Um in Notfallsituationen in der Geburtshilfe souverän zu handeln, werden Abläufe in sogenannten Skills-Labs eingeübt.
Foto: mauritius images/ BSIP/AMELIE-BENOIST

Geburtshilfliche Notfallsituationen

Herausforderung an Souveränität und Kompetenz

Sven Hildebrandt

Der geburtshilfliche Notfall hat eine Sonderstellung im Spektrum akuter Notsituationen in der Medizin. Das liegt einerseits in der Tatsache begründet, dass hier ausnahmslos mindestens zwei Personen betroffen sind. Andererseits stellt die Geburt eines Menschen sowohl emotional als auch biografisch einen besonders vulnerablen Lebensmoment dar – auch für die Helfenden. Insofern dürfte die Beschäftigung mit den Handlungsprinzipien in geburtshilflichen Krisen gewinnbringend für alle im Notfallmanagement tätigen Professionen sein.

Geburtshilfliche Notfälle treten im Unterschied zu den meisten anderen medizinischen Notsituationen nicht zwingend schicksalhaft ein, sondern sind oft Folge von Eingriffen in das biologische System der Geburt. Natürlich gibt es Krisen, die „aus heiterem Himmel" auftreten, in denen man nur möglichst effektiv und souverän handeln kann. Ein Beispiel für einen solchen schicksalhaften Notfall ist die Fruchtwasserembolie, die meist akut eintritt und leider oft tragisch verläuft, ohne dass es vorher Anzeichen dafür gäbe. Hier setzen professionelle Notfallalgorithmen ein, die man erlernen und trainieren kann.

Ein großer Teil geburtshilflicher Notfallszenarien ist jedoch Folge medizinischer Interventionen. Zu diesen „hausgemachten" Notfällen gehört die atonische Blutung nach der Geburt, die häufig im Zusammenhang mit einer vorherigen Wehenmittelanwendung auftritt. Hier wird die herausragende Bedeutung der Prävention im Rahmen des Notfallmanagements deutlich: Es ist notwendig, die Rolle jeder einzelnen Routine als Dispositionsfaktor für spätere Komplikationen zu ergründen und wissenschaftlich zu untersuchen.

Wandel der Geburtskultur

Am Anfang aller Überlegungen zu einem Notfallmanagement steht eine grundsätzliche Haltung zur Geburt, eine Art Leitbild für das geburtshilfliche Handeln. Dieses befindet sich derzeit in einem Umbruch: Das bisherige Paradigma einer medizingeleiteten Geburtshilfe ist gewachsen aus der bis ins 19. Jahrhundert katastrophal hohen mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität – und auch aus den in der Zeit der Aufklärung

sich deutlich verbessernden wissenschaftlichen und medizinischen Möglichkeiten. Die Geburt wurde als potenziell gefährlich angesehen und schien durch medizinische Intervention beherrschbar. Zweifelsfrei ist der Entwicklung der modernen Geburtsmedizin zu verdanken, dass Geburten heute für Mutter und Kind weitgehend sicher verlaufen. Dennoch stagnieren die medizinischen Erfolge gegenwärtig – und dies könnte mit einer gewissen Verselbstständigung geburtshilflicher Routinen und den daraus erwachsenden Sekundärrisiken – eben den „hausgemachten" Notfällen – zusammenhängen.

Der vor allem von Elternverbänden ausgehende Ruf nach einer neuen Geburtskultur wird spürbar lauter. Erste Veränderungen waren das Rooming-in und die Anwesenheit des Partners bei der Geburt – beides ist nach langen Kämpfen inzwischen eine völlige Selbstverständlichkeit. Heute fokussiert sich das Engagement auf eine gewaltfreie, achtsame Geburtshilfe, die die Stabilität der Beziehungswelt der Schwangeren ganz in den Mittelpunkt stellt („beziehungsgeleitete Geburtshilfe").

Möglichkeiten der Prävention

Die Vermeidung von geburtshilflichen Krisen ist der Schlüssel zur Verbesserung der Sicherheit der Geburt. Hierfür ist eine grundsätzliche Neuorientierung der Schwangerenbetreuung notwendig, die sich gegenwärtig nahezu ausschließlich auf die Pränataldiagnostik fokussiert. Die Anamneseerhebung wird von vielen Ärzt*innen nicht ausreichend ernst genommen und reduziert sich oft auf das Abhaken von Checklisten. Dadurch bleiben bedeutsame Risikofaktoren wie beispielsweise traumatische Erfahrungen im geschlechtsbezogenen Bereich nicht selten unentdeckt.

Ein wichtiges Beispiel für den Zusammenhang von Mängeln in der Schwangerenbetreuung und späteren Geburtskomplikationen ist die korrekte Bestimmung des Schwangerschaftsalters, deren herausragende Bedeutung für die Sicherheit der Geburt häufig verkannt wird. Erschreckend oft geht man blind von einer Befruchtung am 14. Tag nach Einsetzen der Menstruation aus und ignoriert die Diskrepanz zu Zyklus- und Sexualanamnese und zu widersprüchlichen Ultraschallbefunden. In der Folge kommt es zu nicht ausreichend indizierten Geburtseinleitungen, die auf der fehlerhaften Bestimmung des Schwangerschaftsalters aufbauen.

Notfallprävention betrifft jedoch vor allem auch die Geburtseinrichtungen, die mögliche Szenarien logistisch und fachlich vorbereiten müssen. Defizitär ist dabei vielerorts das Notfalltraining für alle potenziell an Krisen beteiligten Personen. Was in anderen Hochsicherheitsbereichen wie beispielsweise der Luftfahrt selbstverständlich ist, kommt in der Geburtshilfe oft zu kurz. Ein regelmäßiges, zum Beispiel vierteljährliches Üben der Abläufe, vor allem auch an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Professionen und Notfallstrukturen, sollte Standard in jeder Einrichtung sein.

Ähnlich bedeutsam sind die Supervision insbesondere problematischer Geburten und ein effizientes Fehlermanagement. Auch diese beiden wichtigen Elemente der Notfallprävention müssen in den Geburtseinrichtungen etabliert und gepflegt werden – was leider nicht selten zu kurz kommt. Dabei ist die Analyse der Ursachen und der erfolgten Handlungsabläufe in kritischen Situationen einschließlich begangener Fehler oder „Beinahe-Fehler" eine grundlegende Voraussetzung für einen Lernprozess und die Optimierung der Notfallstrukturen.

Aktuelle Leitlinienkultur

Wissenschaftliche Leitlinien sind eine wesentliche Handlungsorientierung in der Medizin und auch in der Geburtshilfe von großer Bedeutung. Allerdings werden sie oft als „zwingende" Vorgabe fehlinterpretiert und trotz eindeutiger Mängel blind umgesetzt. Ein besonders problematisches Beispiel ist die Leitlinie „Terminüberschreitung": Sie baut – stark vereinfacht gesagt – auf der grundsätzlich falschen Grundannahme auf, dass Kinder bei Überschreiten eines bestimmten Schwangerschaftsalters automatisch in Gefahr geraten. Viele Geburtseinrichtungen leiten daraus großzügige Indikationsstellungen für Geburtseinleitungen ab – mit der Folge, dass in Deutschland inzwischen jede fünfte Geburt künstlich eingeleitet wird. Und die Tendenz steigt, mit maßgeblichen Folgen für die Sicherheit der Geburt: Stark verkürzt dargestellt, greift eine Geburtseinleitung bei unreifem geburtshilflichen Befund in das fragile hormonelle Regulationssystem der Geburt ein, macht deshalb häufig eine künstliche Wehenverstärkung mit synthetischem Oxytocin notwendig. Dadurch kommt es zu einer Blockade der Rezeptoren, die dann nach der Geburt nicht mehr ausreichend zur Kontraktion der Gebärmutter zur Verfügung stehen. Die Folge ist oft eine Atonie – die Störung der „Selbsttamponade" der Gebärmutter mit unter Umständen schweren Nachblutungen.

Es ist dringend notwendig, dass die Autor*innen von Leitlinien nicht nur die Ergebnisse von Studien sammeln, zusammenfassen und interpretieren, sondern sie in einem auf die praktische geburtshilfliche Situation anwendbaren Kontext darstellen – durchaus auch auf der Basis der qualitativen Wissenschaft (Hypothesen, Erfahrungswissen).

Die sieben Elemente des praktischen Notfallmanagements

Professionelles Notfallmanagement bedeutet deutlich mehr als die Umsetzung konkreter Handlungsschritte wie beispielsweise bei der Reparatur einer Waschmaschine. Hier geht es nicht nur um das Was, sondern vor allem auch um das Wie des Handelns.

Unabhängig von der konkreten Notfallsituation sollten die Helfenden bestimmte Verhaltensprinzipien umsetzen – nicht zwingend in der nachfolgend genannten Reihenfolge, sondern je nach Situation ineinandergreifend.

1. Ruhe und Souveränität bewahren: Das ist leicht gesagt – in der Realität jedoch oft nur schwer umsetzbar. Denn im geburtshilflichen Notfall liegt nicht selten eine unmittelbar lebensbedrohliche Dramatik, die schon beim bloßen Gedanken daran Angstreaktionen auslöst. Aber Angst und panische Planlosigkeit sind in solchen Momenten katastrophal destruktive Emotionen, die ein zielvolles und effektives Handeln blockieren können. Ruhe und Gelassenheit in kritischen Situationen zu bewahren ist eine Gabe, die erlernt und geübt werden kann. Ein achtsamer Umgang mit den eigenen Reaktionen und Emotionen im Alltag überträgt sich auch auf ein souveränes Krisenmanagement.

2. Ruhe ausstrahlen: Doch selbst wenn wir in absoluter Ruhe wie ein Buddha über dem Chaos stehen, kann die desolate Umgebung unser eigenes Notfallmanagement massiv stören. Deshalb ist eine „kollektive Beruhigung" von größter Bedeutung. Diese muss jedoch im Team abgesprochen und geübt werden. Bewährt

haben sich hierbei Codeworte wie „Es ist stickig, wir müssen lüften!" für den Aufruf: „Wir sind grade dabei, kollektiv die Nerven zu verlieren – jeder atmet tief durch und kommt zur Ruhe!"

3. Klare Diagnose stellen: Bei der Diagnosestellung geht es nicht um die Beschreibung eines Symptoms („Es blutet."), sondern um die Benennung eines klinisch definierten Krankheitsbildes („atonische Blutung"). Dies ist notwendig, um gezielt die darauf aufbauenden Handlungsalgorithmen zu aktivieren. Die Diagnosestellung erfolgt intuitiv „aus dem Bauch heraus". Studien haben gezeigt, dass intuitives Handeln erstaunlicherweise in der Regel richtig ist.

4. Differenzialdiagnose: Es wäre jedoch möglicherweise fatal, blind dieser Intuition zu folgen, ohne nicht andere mögliche Hypothesen zu prüfen und abzuwägen. Der differenzialdiagnostische Entscheidungsprozess gehört zu den wichtigsten und zugleich anspruchsvollsten Elementen des Notfallmanagements. Bei einer Blutung nach der Geburt kommen Atonie, Geburtsverletzungen, aber auch eine Blutgerinnungsstörung, etwa in Folge einer Fruchtwasserembolie, als Ursachen in Frage. Zwischen diesen Diagnosen müssen sich die Helfenden in kürzester Zeit entscheiden – in diesem Falle nicht nach Intuition, sondern nach nüchterner rationaler Abwägung anhand anamnestischer Informationen und klinischer Zeichen. Es muss entschieden werden, welches Bild wahrscheinlicher ist. Dabei müssen Komplikationen mit besonders großem Gefahrenpotenzial wie die Fruchtwasserembolie so lange in der ersten Reihe stehen, bis sie sicher ausgeschlossen sind. Zu beachten ist auch, dass zwei Bilder gleichzeitig vorliegen können: Eine Gebärende kann eine Atonie und zugleich einen Zervixriss haben.

5. Venöser Zugang: Fast alle geburtshilflichen Notfälle gehen mit einem Schock einher, der im Falle der Dekompensation zum Kreislaufzusammenbruch führen kann und dann das Legen eines venösen Zugangs unmöglich machen würde. Deshalb ist das sichere, souveräne Legen eines Zugangs – auch in größter emotionaler Anspannung – eine Fertigkeit, die die Helfenden sicher beherrschen und immer wieder üben müssen.

6. Hilfe holen: Wie gesagt: Die Elemente des Notfallregimes sind keine Schritte, die nacheinander abgearbeitet werden müssen. Je nach vorliegender Situation und je nach Setting ist gerade der Hilferuf mal eher, mal später notwendig. Dies ist in erster Linie auch von der Zugriffszeit der angeforderten Hilfe abhängig. Zu unterscheiden sind:

- Hilfe auf gleicher Kompetenzebene: Eine Hebamme ruft eine andere Hebamme, die sie emotional und handwerklich unterstützt.
- Hilfe auf „höherer" Kompetenzebene: Die Hebamme eine/n ruft Ärztin/Arzt.
- interdisziplinäre Hilfe: Einbeziehung anderer Fachgebiete (Anästhesie, Neonatologie).

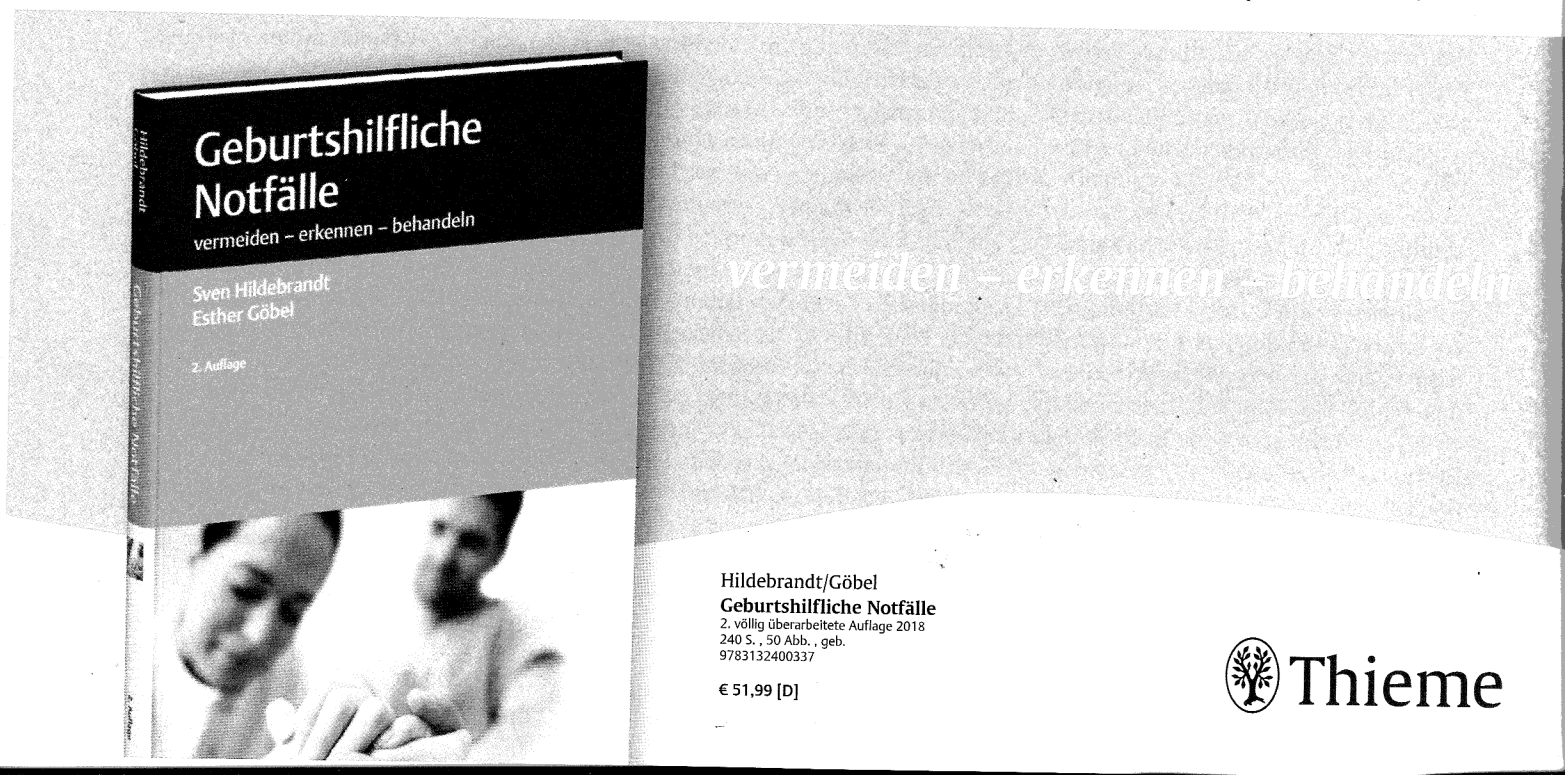
7. Klare Handlungsabläufe: Letztlich müssen die konkreten Handlungen planvoll und zielgerichtet ablaufen. Hierfür können feste Algorithmen erarbeitet und eingeübt werden. Erfreulicherweise gibt es gar nicht so viele Notfallszenarien in der Geburtshilfe – und auch die notwendigen Handlungen sind meist einfach strukturierbar. Doch die Dramatik der Situation erfordert dennoch sehr klare Protokolle und eine gut durchdachte Logistik. Bewährt haben sich beispielsweise für einzelne Notfälle speziell vorbereitete Notfall-Boxen, in denen alle notwendigen Utensilien und Medikamente liegen, damit diese nicht erst zusammengesucht werden müssen. Im Deckel dieser Boxen sind alle notwendigen Handlungsschritte, Dosierungen etc. aufgeführt.

Geburtshilfliches Notfallmanagement ist anspruchsvoll und komplex. Aber bei guter Vorbereitung, ruhiger und besonnener Vorgehensweise und planvollem Handeln sind die Situationen trotz ihrer Dramatik in aller Regel gut beherrschbar. ■

Wer oder was hilft Ihnen in kleinen und großen Krisen?

„In schweren Krisen hilft mir der achtsame Umgang mit mir selbst und mit meiner Umgebung. In innerer Ruhe und Meditation gelingt oft der Zugang zu verborgenen Ressourcen."

Prof. Dr. Sven Hildebrandt
ist niedergelassener Frauenarzt in Dresden, Mitbegründer des Geburtshauses, der Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau in Dresden, Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Hochschule Fulda und Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung.
info@prof-hildebrandt.de



Hildebrandt/Göbel
Geburtshilfliche Notfälle
2. völlig überarbeitete Auflage 2018
240 S., 50 Abb., geb.
9783132400337

€ 51,99 [D]

Thieme