

Buchbesprechung

**Geburtshilffliche Notfälle – vermeiden, erkennen, behandeln**

S. Hildebrandt, E. Göbel

211 Seiten, 25. Abb., Buch mit DVD, 39,95 Euro, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 2008, ISBN 978-3-8304-5363-5

Dieses Buch beruht auf der Hoffnung, dass durch positive Zuwendung und Verzicht auf Interventionen Notfälle vermeidbar seien, dass vorgestellte Konzepte der tatsächlichen Pathophysiologie nahekommen könnten^{1,2} und dass die vorgestellten Therapieansätze begründet und wirksam seien^{3,4,5}.

Leider sieht die Realität anders aus, und ein Befolgen der wohl gemeinten Vorstellungen und Ratschläge birgt Risiken, vor denen eine Schwangere und ihr Kind zu schützen sind, es droht der definitive⁶, vielleicht sogar fatale Notfall.

Beispiele mögen dies dem Leser klarmachen – auch wenn sie das Buch nicht in aller Gänze zu erfassen vermögen und manchen auch positiven Aspekt außer Acht lassen.

¹ (S. 5) Unsere Aufgabe besteht lediglich darin, den pathologischen Wehensturm, der z. B. Folge einer Amnioninfektion ist, oder die pathologische Wehenruhe, die z. B. bei einer schweren Störung der Intimität der Gebärenden auftreten kann, durch Aufmerksamkeit und Sorgfalt zu erkennen und abzugrenzen.

² (S. 152) **17 Vorzeitige Plazentalösung:** Die vorzeitige Lösung der korrekt eingenisteten Plazenta gehört zu den häufigsten Ursachen perinataler Todesfälle. Wir können nicht hinreichend erklären, wie es zum Versagen des eigentlich bis zur kindlichen Kreislaufumstellung fest gekoppelten biologischen Systems Mutter / Plazenta / Kind kommt und warum vor allem die Häufigkeit dieses Ereignisses in den letzten Jahren drastisch zugenommen hat. (...)

Die in der modernen Geburtshilfe verbreitete *Einleitungskultur* bei Terminüberschreitung sollte in diesem Zusammenhang als potenzielle Ursache ebenso diskutiert werden wie der unkritische Umgang mit Wehenmitteln, Prostaglandinen oder der *Periduralanästhesie*.

17.1 Definitionen: Das Krankheitsbild definiert sich mit dem Namen selbst: Jede Verringerung der Kontaktfläche zwischen einer ursprünglich korrekt eingenisteten Plazenta und der Uteruswand vor der Geburt des Kindes wird als „vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta“ bezeichnet.

³ (S. 4) Ein an das Kind gerichtetes *tröstendes Wort der Mutter* vermag ein pathologisches CTG ebenso zu stabilisieren wie das Streicheln des in der Vulva stehenden Köpfchens.

⁴ (S. 80) **HELLP-Syndrom:** Die eigentliche Diagnose finden wir nur durch eine serologische Untersuchung:

- ▶ erhöhte Transaminasen: ASAT (GOT) > 0,53 µmol/l, ALAT (GPT) > 0,52 µmol/l,
- ▶ Thrombozytopenie: Thrombozyten < 150 Gpt/l,
- ▶ Fibrin-Monomere nachweisbar (...)

8.5 Handlungsrichtlinien: Basismaßnahmen beim HELPP-Syndrom: **Not-Kaiserschnitt**

Die Schwangere befindet sich in akuter Lebensgefahr, die nur durch eine sofortige Beendigung der Schwangerschaft beherrscht werden kann. **Absoluter Notfall!**

⁵ (S. 148) **16 Schulterdystokie:** Nach der Geburt des Kopfes ist jede Berührung oder Manipulation unnötig und gefährlich! Ausnahme: liebevolles Streicheln und Ertasten der Nabelschnur bei Nabelschnurumschlingung.

16.3 Symptome und Befunde: In aller Regel kommt es zum *hohen Schulterquerstand*.

16.5 Handlungsrichtlinien: 1. Ruhe bewahren! Diese Forderung ist beim Vorliegen einer Schulterdystokie von besonders großer Bedeutung! Die größte Gefahr für das Kind besteht in unserer eigenen Angst und in unüberlegten oder panischen Handlungen. Deshalb ist es wichtig, dass wir stets daran denken: *Es gibt keine Zeitnot!* Das Kind wird über die Nabelschnur mit Sauerstoff versorgt und kann notfalls sogar atmen – Zeitkorridore von über 15 Minuten wurden als unproblematisch beschrieben!

Wir sollten uns in dieser Situation einen Satz immer wieder gebetsmühlenartig wiederholen: *„Hab keine Angst, du bekommst das Kind!“* Es ist doch tatsächlich undenkbar, dass es uns nach der Geburt des größten und härtesten Kindsteiles nicht gelingen soll, die schmalere, flexiblere und *viel weichere Schulter* zu lösen.

⁶ (S. 113) **13 Die unerwartete Beckenendlage:**

Unsicherheiten bei der Risikoabschätzung: Beckenendlagenkinder haben signifikant niedrigere Geburtsgewichte als Kinder in Schädelage. Sie sind im Durchschnitt um bis zu 9 % leichter. Diese Tatsache ist vielen Geburtshelfern nicht gegenwärtig. Hinzu kommt, dass die sonografische Gewichtsschätzung große Fehler aufweist. Dies gilt in besonders hohem Maße für Kinder in Beckenendlage. Hier kann die Abweichung insbesondere bei größeren Kindern bis zu 12 % betragen (3), wobei das Geburtsgewicht in der Regel überschätzt wird. Somit können wir davon ausgehen, dass es relativ häufig zu einer falschen Beurteilung der fetomaternalen Proportion kommt, wodurch restriktive Entscheidungen hinsichtlich des Geburtsmodus gefördert werden.

Kompetenzverlagerung auf den Arzt

In der Zeit der naturgeleiteten Geburtshilfe lagen sämtliche Geburten zunächst in Hebammenhand. Nur beim Auftreten einer Regelwidrigkeit wurde der Arzt hinzugezogen. Das heißt: die Hebamme entschied, welche Geburt sie an den Arzt „abgibt“ – und Steißlagengeburt gehörten durchaus nicht automatisch dazu. Dieses Prinzip wurde mit der Entwicklung der medizinergeleiteten Geburtshilfe umgekehrt: Nun lagen die Geburten zunächst in „ärztlicher Leitung“, und allerhöchstens, wenn alles absolut glatt lief, überließ man der Hebamme das Feld. Die Beckenendlage – so sehen es die Geburtsmediziner – ist für das „Experiment Hebammengeburt“ viel zu gefährlich. Somit wird der Arzt bei der Steißlagengeburt in einem Umfang tätig, der für seine übliche Mitwirkung bei Geburten untypisch ist. Er nimmt eine Rolle ein, die sonst die Hebamme innehat. Dieses „ungewohnte Arbeitsfeld“ am Damm der Gebärenden kann zu Unsicherheiten und Überforderungen führen.

Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin