

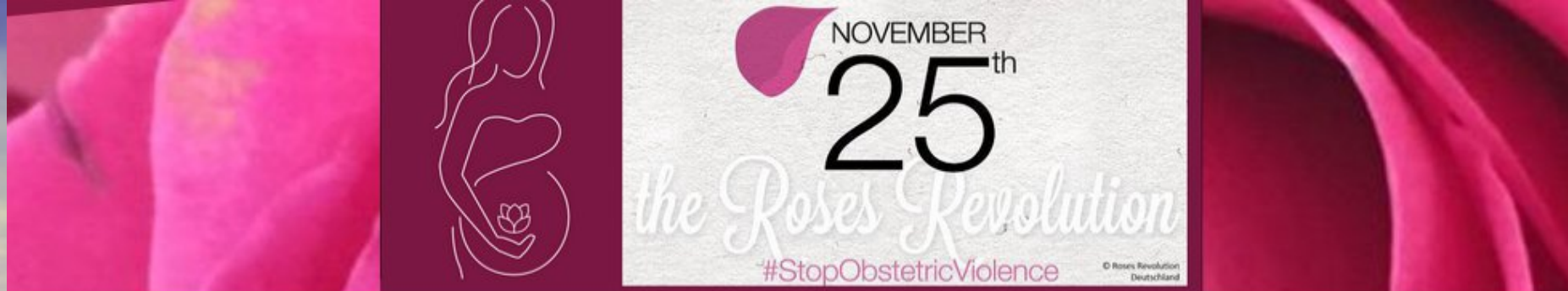
Fortbildungsseminar

Notfälle up to date



Der Storch als Kinderbringer wird in Norddeutschland im 19. Jahrhundert populär. Die Menschen erwarteten die Glück bringenden Tiere, auf den Kaminen und Hausdächern zu sitzen. Kolonial Postkarte des Weltpostvereins, 12,7 x 9 cm, Ugent, 1918. Postkartenammlung, Museum der Kulturen, Basel

CA Dr. med. Wolf Lütje
Hamburg



Am 25. November ist wieder Roses Revolution Day

Am 25. November legen seit 2011 weltweit Frauen rosafarbene Rosen vor den Türen von Kreißsälen und Kliniken ab, in denen sie während der Geburt ihrer Kinder Gewalt erfahren haben, und teilen anschließend Bilder der Niederlegung im Internet.

Auch immer mehr Angehörige, Doulas, Hebammenschülerinnen und Fachpersonal beteiligen sich und zeigen durch ihre Teilnahme die miterlebte Gewalt auf.

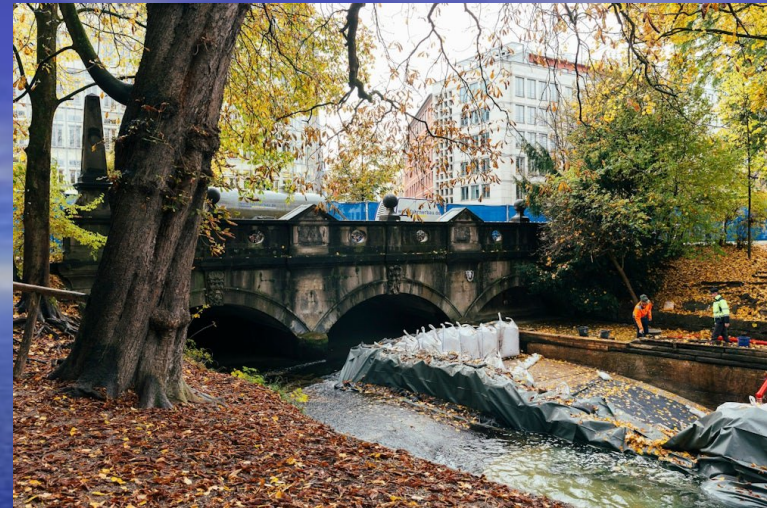
Auf Facebook, Instagram und auf dieser Homepage veröffentlicht die Roses Revolution Deutschland **Rosenbilder und Berichte von Betroffenen.**

5E des traumasensiblen Arbeitens in der Geburtshilfe

- Erklärung
- Erlaubnis / STOP-Signal
- Empathisch, ethisch, angstbefreit
- Evident, erfahren
- Entschuldigung für ALLES

Dies ist weil Jenes ist

- Was hat das Verschwinden der Surferwelle im Eisbach in München mit der Vermeidung von Notfällen in der Geburtshilfe zu tun ??



**Nach dem Rätsel am Eisbach: Stadt
München lässt Baby-Welle bauen**

Bei Risiken

- Entweder echte unumgängliche Prophylaxe
- oder No Touch bis Störungen auftreten
- dann den Sieg verschenken

Fragen

- In welchem Zustand bin ich hier und heute ?
- Warum sind Notfälle das begehrteste Fortbildungsthema in der Geburtshilfe ?
- Mein schlimmster Notfall ?
- Meine schlimmsten Rahmenbedingungen ?

POS:

Gutes Team
Fobi
Supervision
gute Org
Ca - Wechsel
Gute Interprof. koop.
(Kindchirurgie/
Anästhesie)

1:1
2. Kollegin

Übersicht

kein U-Kultur
keine Fobi
wissen können
weg, Landschaft

Entfernungen
Raummangel
Social media
Unerfahrenheit

Personalverfügbarkeit
Personalmangel
Wechsel

Teamkonstellation !!
"Honorarärzte"

Kultur- und
Sprachbarriere
Strukturveränderungen
(Schließung +
Zusammenlegungen)

Zuständigkeiten
Schwierige Paar
Therapieverweigerung
Verlegungsalgorithmus
Alleine

Leitung fachfremde
Org.
fachliche
Vermischung
Interesse

Prämissen

- Jede Geburt mit dem Respekt der 1. und der Erfahrung der letzten begleiten
- Wenn wir uns nicht schämen müssten, hätten wir keine Angst vor Fehlern und würden nicht in Panik verfallen
- Angst darf Berater, aber nie Bestimmer sein
- Fehler sind selten Defizite der Skills sondern Folge des Drills
- Verfügbarkeit von Acht- und Aufmerksamkeit schulen
- ABC-Regeln helfen sofort handlungsfähig zu sein

Was hat Gewalt mit Notfällen zu tun ??



Das Täterparadox

- Bis jetzt gab es nur die Untätigen als Täter
- Dass Geburtshelfer jetzt auch durch Tätigkeit zu Tätern werden, erscheint so paradox, dass es heftige Leugnung und Abwehr produziert.

Ein Konflikt ohne Lösung

- Geburtshilfe ist die Gradwanderung zwischen dem zu viel und zu wenig, zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Mutter und dem des Kindes
- Das rechte Maß lässt sich kaum finden- erst im Nachgang steht fest wer zu viel und wer zu wenig berücksichtigt wurde

Der einzige Ausweg:

- Grundsätzlich respektvolle, traumasensible, angstbefreite, holistische, demütige Geburtshilfe, welche die Größe hat zu sagen:

ES TUT MIR LEID

Der Spiegel und die Therapie für die Geburtshelfer

- Die Erbsünde der Geburtshelfer, die einklagbare Schuld, schafft ein manchmal unbewußtes Trauma, welches in einer Spirale aus Angst und Aktionismus zwangsläufig zu Gewalt führt.
- Jede Geburt, die wir uns im Nachgang spiegeln oder spiegeln lassen, kann therapeutisch wirken

Programm

- Multilog zum Thema
- Ihre Wünsche in den Chat
- Frage: Was im Kontext von geburtshilflichen Notfällen treibt ihnen den Schweiß auf die Stirn ?
- Fälle: interaktive Lösung einzeln/alle
- Fehlerkultur
- Trauma

Wahrnehmung



copyright (c) 1999 Daniel J. Simons. All rights reserved.

Crew Ressource Management

<https://youtu.be/44tH98eLrkQ>





Philosophie der Geburt

- Das Paradies – das ist der Himmel und die Hölle
Hundertwasser
- Kummer ist der Preis, den wir für die Liebe
zahlen Queen E. II.
- Für den Kaiserschnitt braucht es einen Tisch, für
die Geburt eine Haltung

Ist Geburt

- Einfach nur Liebesschmerz um das oder für das Kind ??
- Einfach nur der Schnellkurs fürs Elternsein ??
- Geburt bleibt die Urform der Liebe !!

Narbe der Evolution oder des Irrtums ??



Rahmen

- Optimierungsgesellschaft
- Anspruch auf biopsychosoziale Intaktheit, Wohlbefinden, Glück, pos. Erleben
- Alles ist „zu“ und „über“
- Schwindende Ressourcen
- Ökonomie und Organisation
- Ungelöste Haftpflichtthematik
- Angst und Katastrophisierungstendenz
- Gewaltthematik
- Spaltung: Zwischen Alleingeburt und Geburt als OP

GEWALT^{IN DER} GEBURTSHILFE



KUNDGEBUNG



06.05.2023-12:00UHR
PORTA-NIGRA-PLATZ

TRIER

  @Gewaltfreie_Geburtshilfe


MOTHER HOOD
e.V.

Schatten
& Licht e.V.
Initiative perinatale
psychische Erkrankungen


Traum-Geburt

Aus zu wird über

zu

- Klein
- Groß
- Früh
- Spät
- Jung
- Alt

über

- Kontrolliert
- Ängstlich
- Aktiv
- Reizt
- Empfindlich
- Angespannt
- Informiert
- Fordert
- fordernd

Gradwanderung

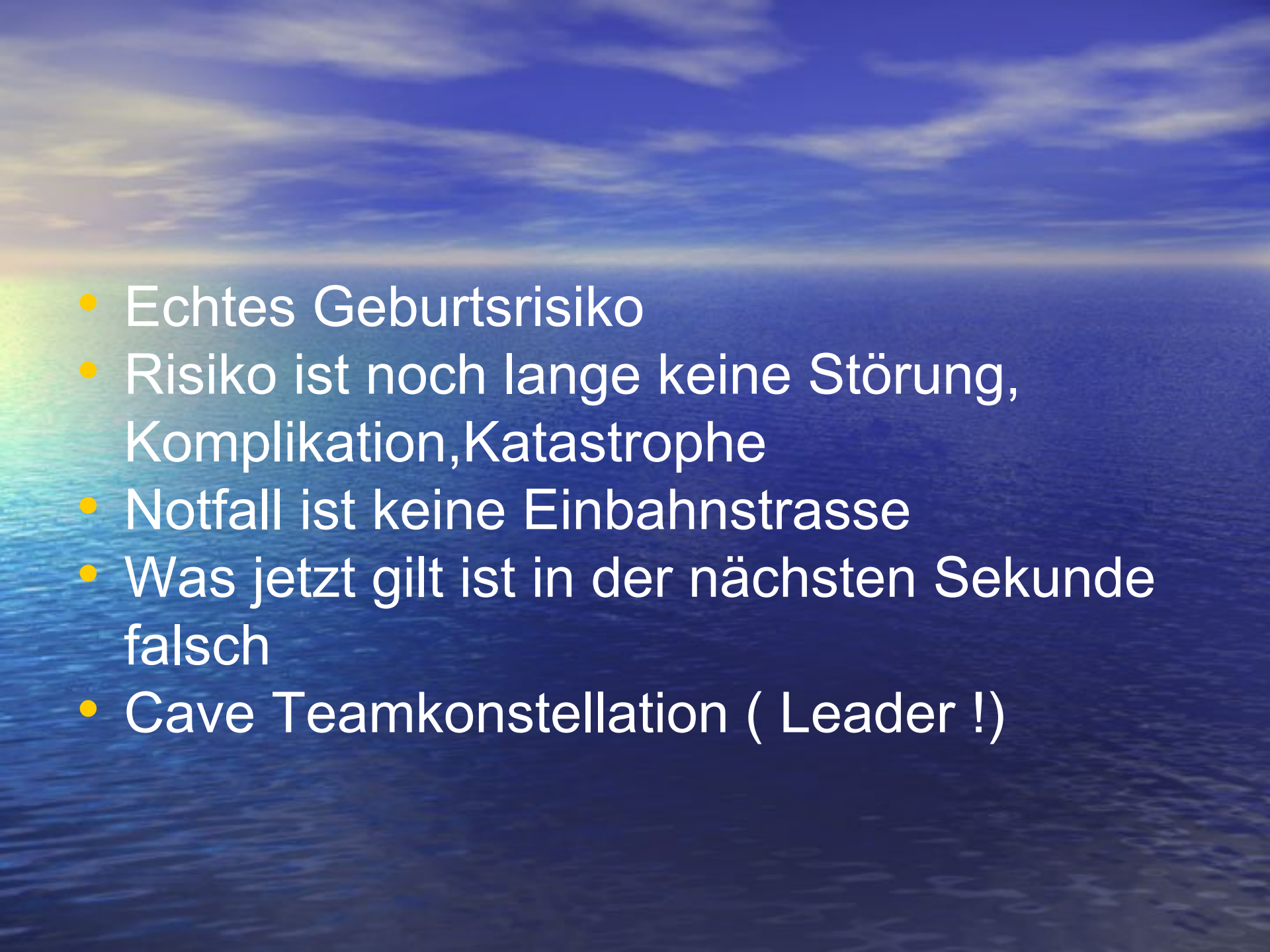
- Zwischen zu viel und zu wenig
- Richtigen und falschen Erwartungen
- Placebo und Nocebo
- Es ist keine Lösung sich von Erwartungen und Selbstbestimmung zu verabschieden und der Geburtsmedizin zu überlassen

Notfallmanagement generell

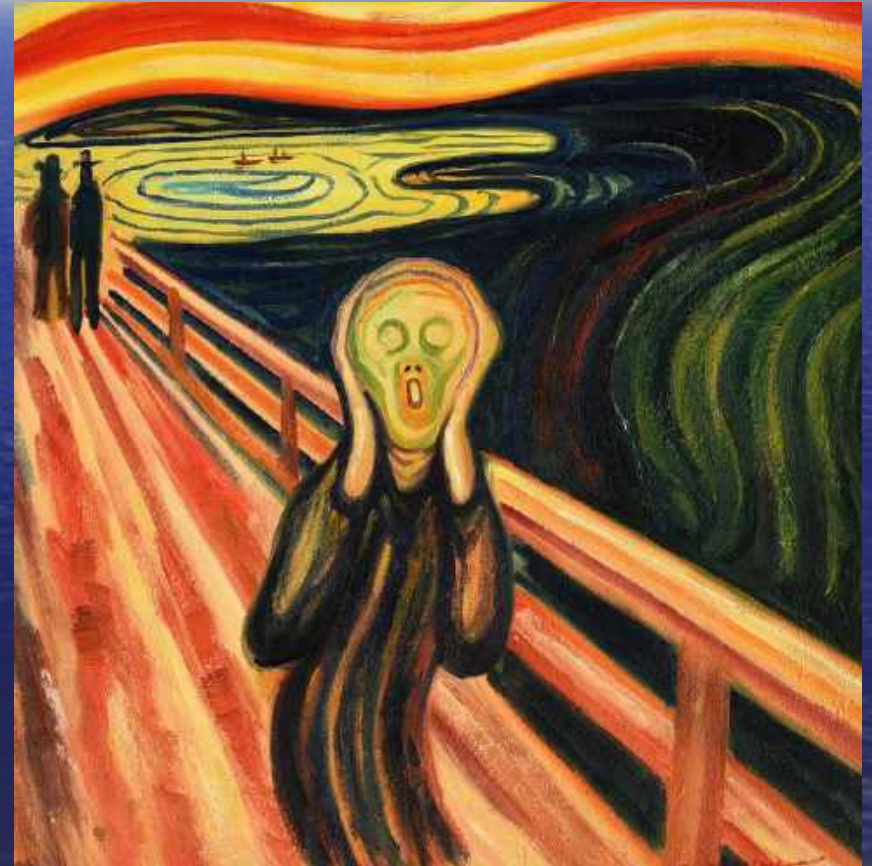
- Aggregatzustand von mir und dem Team
- Mein Auftrag – meine Grenzen
- Angst und Hilfe
- Wüstentest
- Aufschauen, Pause, Durchatmen
- Fast alles hat Zeit
- Chance und Risiko – Placebo und Nocebo
- Grad zwischen zu viel und zu wenig
- Das Ganze ist nicht die Summe seiner Teile

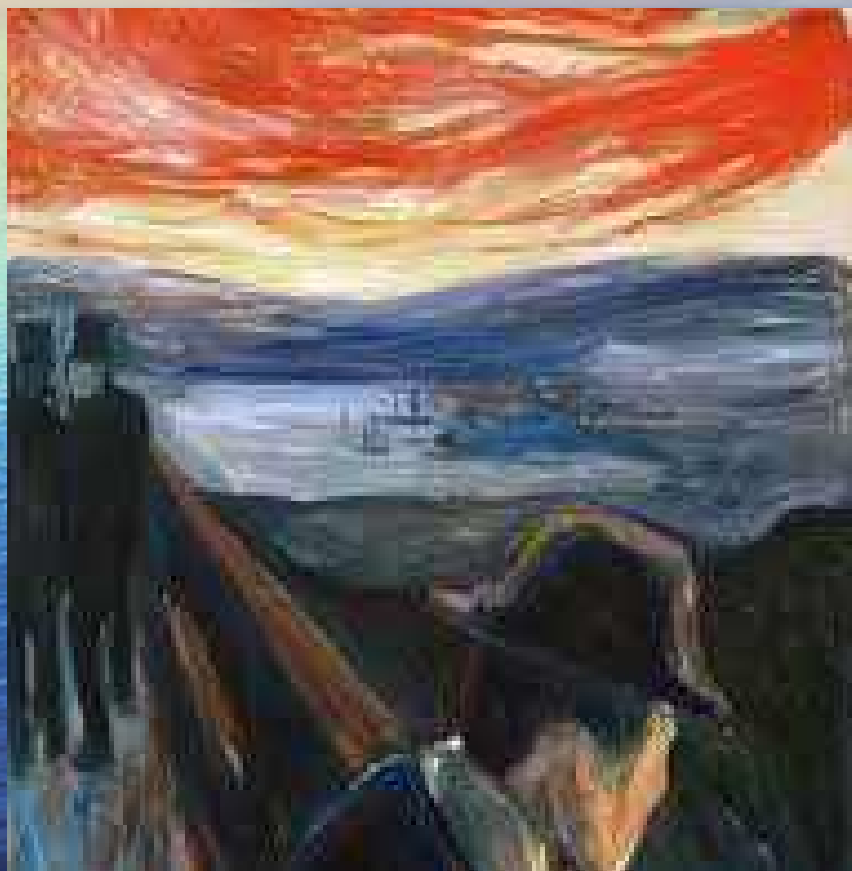
Aktuell

- Die ersten 3 Schritte jeder Handlungseinheit immer abrufen können
- Professionalität = Emotionen (Angst, Wut) sofort ausschalten
- Teamkonstellation: cave viele gute Köche, die vor sich hin kochen- Gerade dann muss man den Hut aufbehalten und mehr aus der Vogelperspektive definieren als sich selbst mit Details zu beschäftigen!

- 
- Echtes Geburtsrisiko
 - Risiko ist noch lange keine Störung, Komplikation, Katastrophe
 - Notfall ist keine Einbahnstrasse
 - Was jetzt gilt ist in der nächsten Sekunde falsch
 - Cave Teamkonstellation (Leader !)

Munch – der Meister der Angst







Angst

- In Respekt wandeln
- Als Berater nutzen – nicht zum Bestimmer werden lassen
- Angst erst bei Störung nicht beim Risiko
- Rotkäppchen sein
- Nie vergessen: Was häufig ist, ist häufig- was selten ist, ist selten
- Weder Flucht noch Erstarrung noch Aktionismus sind angesagt

Die Angst vor der Angst





Angst

- Die bewältigbar erscheint verleiht Flügel !!
- „Keine Angst vor dem Notfall, sondern Angst beim Notfall“
- Angst ist Folge der Scham- und Schuldkultur
- Die Skills fallen den Drills (ph- Tribunal) zum Opfer

Die größten Elternängste haben kleine Wahrscheinlichkeiten

Die klassischen Szenarien und ihre Häufigkeit:

Ertrinken:

0,00016 %

Im Jahr 2017 ertranken 18 von 11,05 Mio. Kindern.

Ersticken:

0,00026 %

Im Jahr 2015 starben 29 Kinder durch Ersticken.

Verkehrsunfälle:

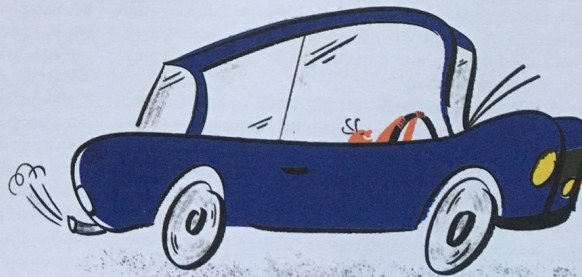
0,26 %

Im Jahr 2016 verunglückten rund 29 000 Kinder im Straßenverkehr, es gab aber nur 66 Todesfälle.

Krebs:

0,2 %

Durchschnittlich erkranken 1800 Kinder jedes Jahr an Krebs.



Angstranking (Dahlen 2014)

- 1. Tod eines Kindes (n=176)
- 2. Etwas Schaden Verursachendes übersehen (n=176)
- 3. Geburtshilfliche Notfälle (n=114), Hauptnotfälle waren Schulterdystokie, Postpartale Hämorrhagie und fetale Not
- 4. Tod einer Mutter (n=83)
- 5. Beobachtet/Überwacht und kritisiert werden (n=68)
- 6. Der Grund für ein negatives Geburtserlebnis sein (n=52)
- 7. Mit Unbekanntem umgehen müssen und nicht vorbereitet sein (n=36)
- 8. Die eigene Leidenschaft und das Vertrauen in die normale Geburt verlieren (n=32)

Angst und Gewalt

- Triggern sich gegenseitig
- Angst macht Aktionismus
- Aktionismus ist meistens unnötige Gewalt
- Die Angst vor Gewalt macht Angst

Notfall

- Erkennen
- Aufschauen- Durchatmen
- Hilfe holen
- Den Hut klären
- Familie beruhigen
- Geordnet abarbeiten
- Rogern

Fehlerquellen

- Selten Skills, Wissen, Können
- Meist : schlechte Prozesse, Ressourcen nicht verfügbar, Kommunikation, Teamfaktoren, unklare Rollen, Blockaden, Angst, Trigger, Traumatisierung, Motivation, Verfassung, Überforderung, Überlastung, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit

Risiko

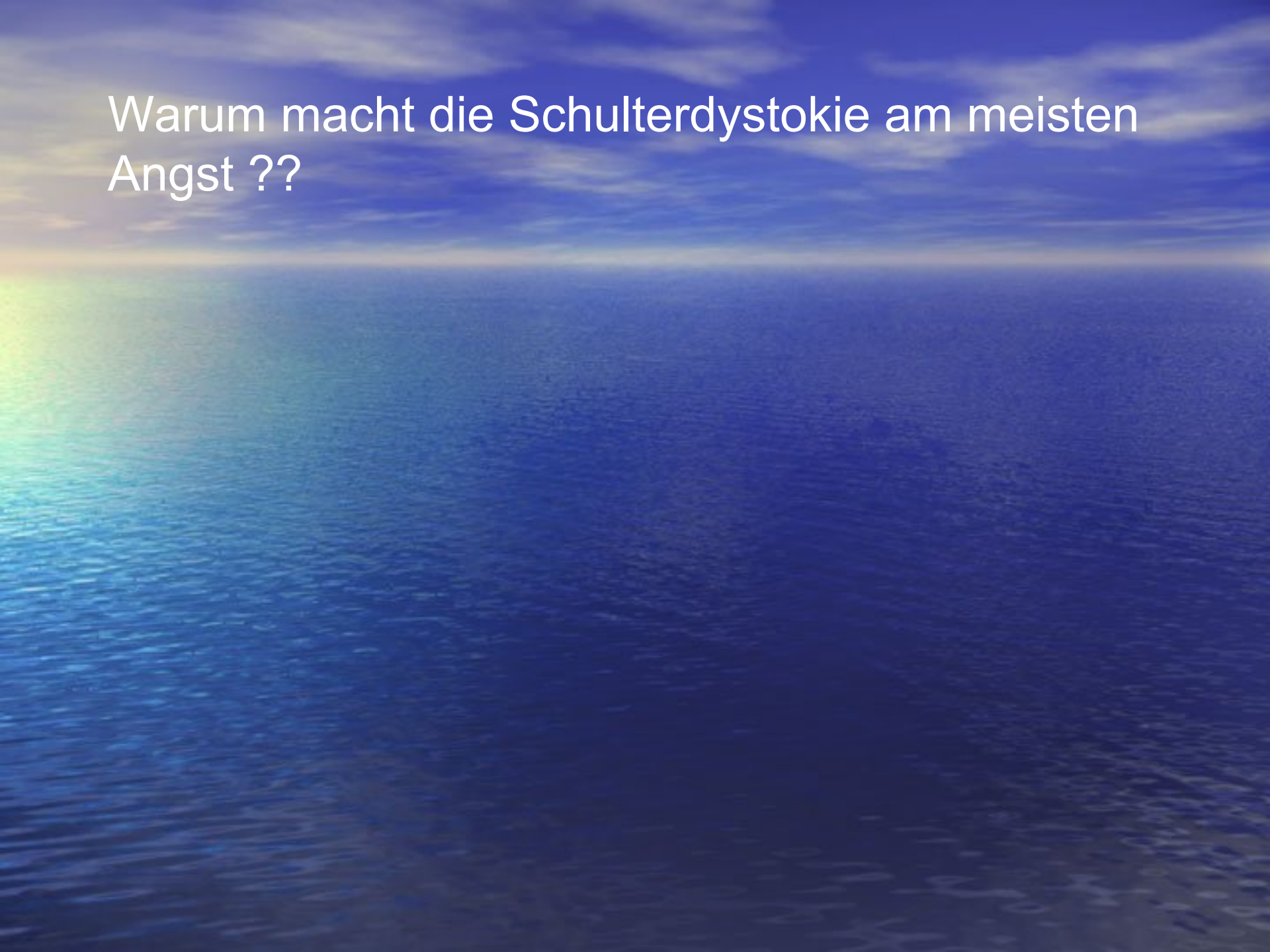
Störung

Komplikation

→ Katastrophe



Warum macht die Schulterdystokie am meisten
Angst ??



Warum macht die Schulterdystokie am meisten Angst ??

- Sinnbild für Ohnmacht, Hilflosigkeit, Abhängigkeit
- Im kollektiven Unterbewußtsein ist archetypisch, mystisch und traumatisch die tiefe Angst des „Steckenbleibens“ verankert
- Gebärende haben das in Bezug auf den Kopf, Geburtshelfer in Bezug auf die Schulter

Manöver nach Walcher, Hängelage nach Walcher



Manöver nach McRoberts:

1. Schritt



Manöver nach McRoberts:

2. Schritt



Manöver nach McRoberts

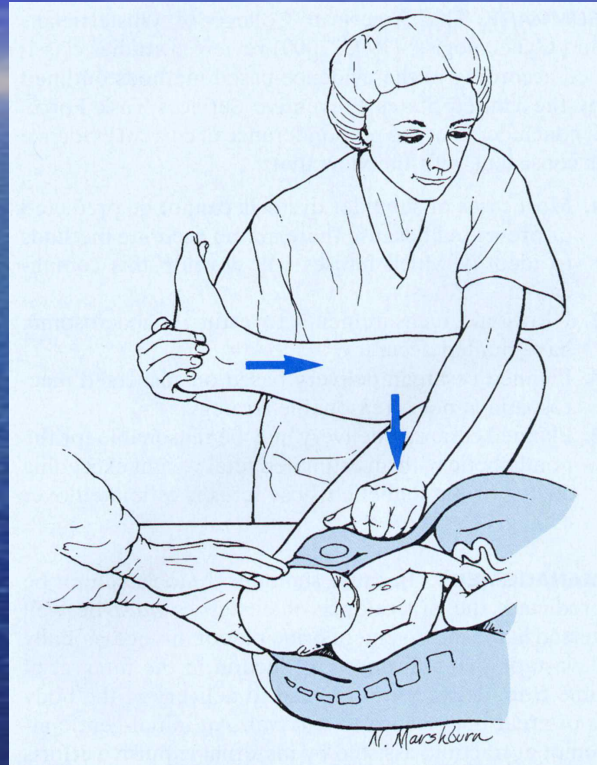


FIGURE 19-10. The McRoberts maneuver. The maneuver consists of removing the legs from the stirrups and sharply flexing the thighs upon the abdomen, as shown by the horizontal arrow. The assistant is also providing suprapubic pressure simultaneously (vertical arrow).

Hilfe in Seitenlage



Hilfe in Seitenlage



Manöver nach Gaskin

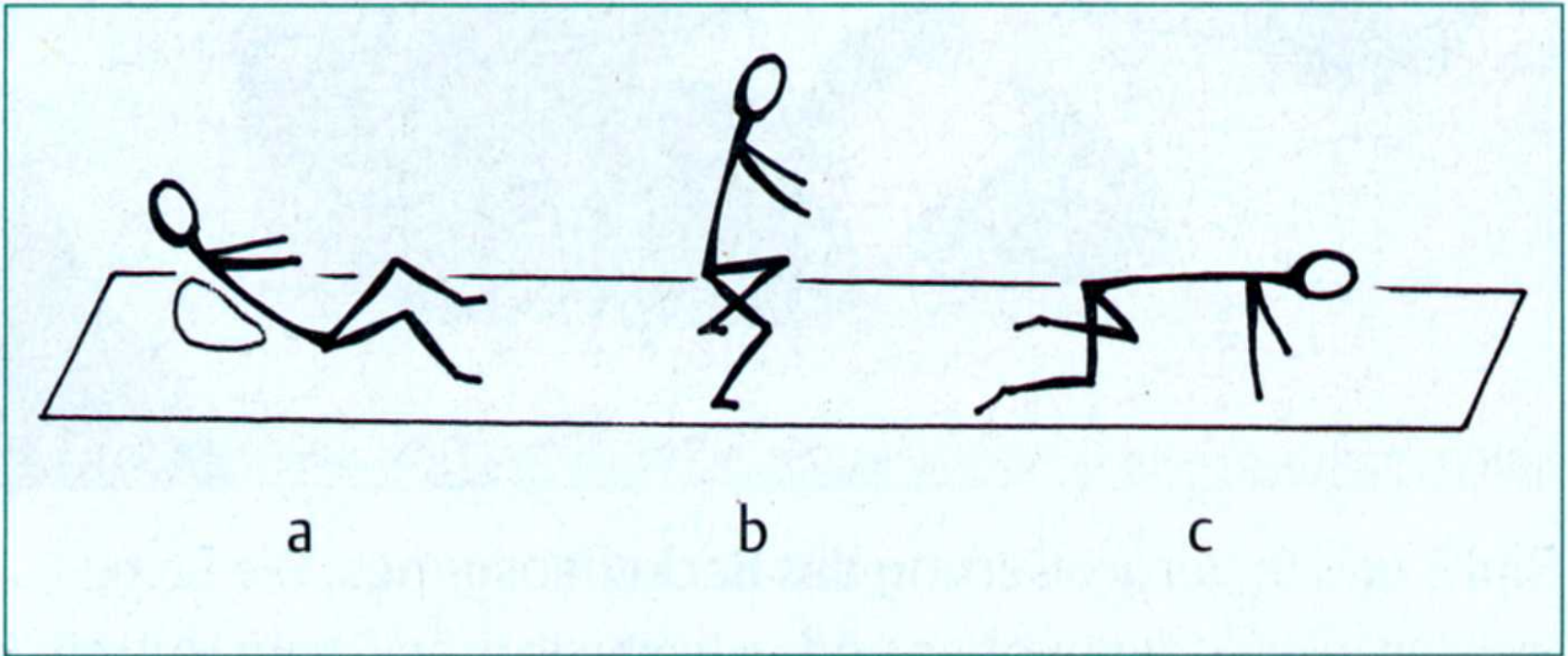


Bild 10: Wechsel in den Vierfüßlerstand:

Manöver nach Gaskin

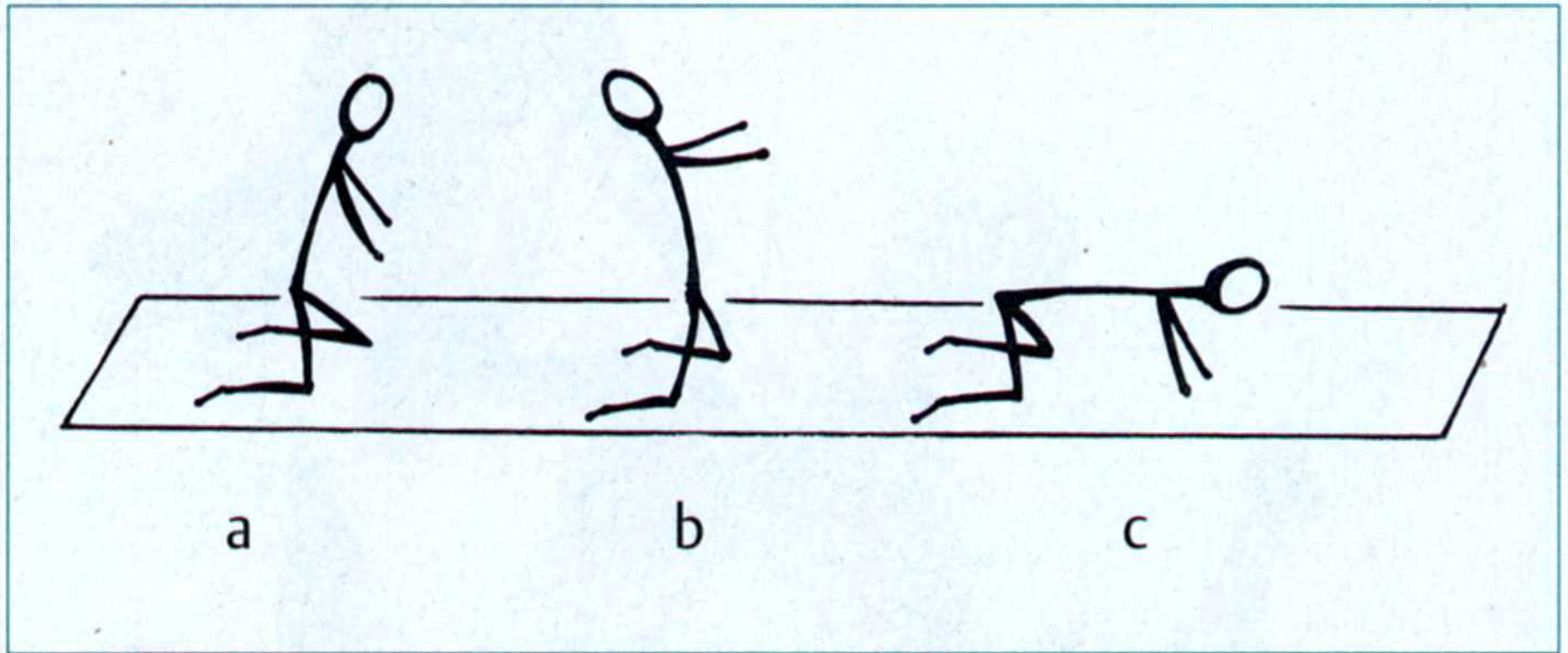
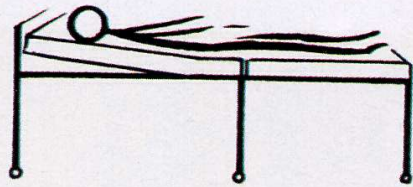
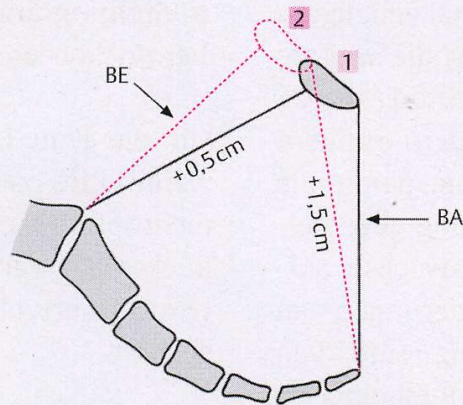
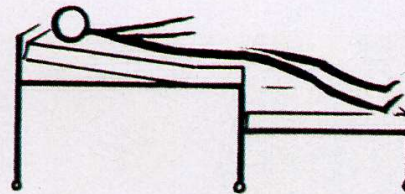


Bild 11: Erweiterung des Beckeneingangs:



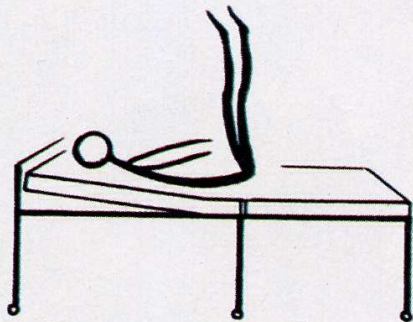
1 Strecken der Beine

Wirkung: Erweiterung des BE



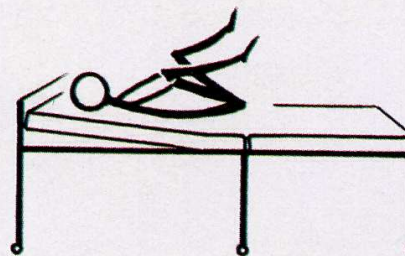
1 Überstrecken der Beine
(Walcher Hängelage)

maximale Erweiterung des BE



2a Die gestreckten Beine bis zur
senkrechten Position bringen

Wirkung: Anheben der Symphyse

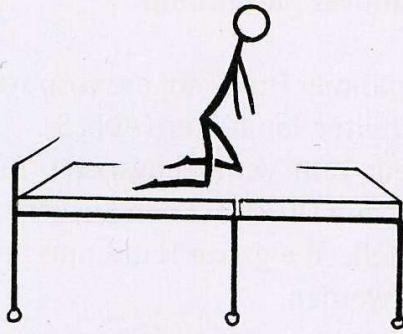


2b dann Knie anwinkeln und Beine
maximal im Hüftgelenk beugen

maximale Erweiterung des BA

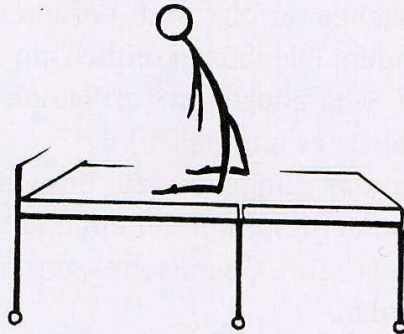
Stellungsänderung
der Symphyse

Harder,
Hebamme 2005



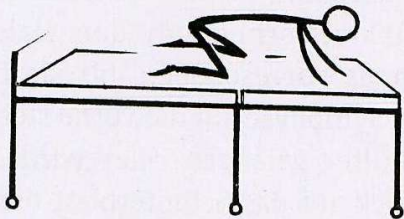
1. Aufrichtung in den Kniestand

Wirkung: Erweiterung des Beckeneingangs



2. Mit gerade stehenden Oberschenkeln das Becken nach vorne schieben bis ein Zug an der Symphyse bemerkt wird.

Wirkung: maximale Erweiterung des Beckeneingangs



3. Zurücksetzen in den Vierfüßlerstand, dann das Becken seitlich etwas schütteln

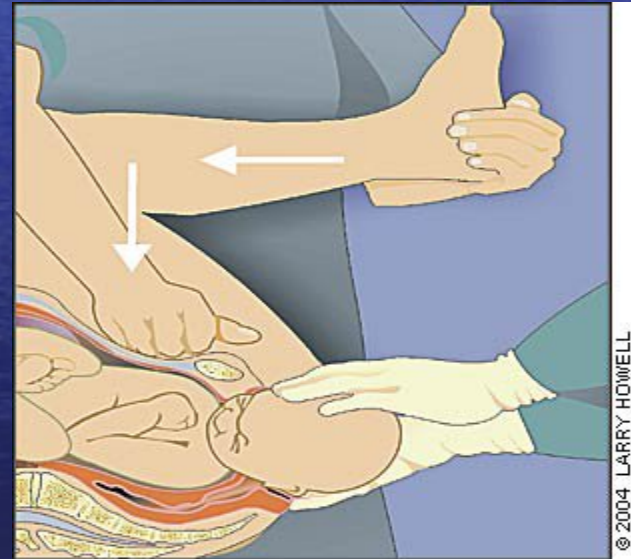
Wirkung: Erweiterung des Beckenausgangs

Stellungsänderung der Symphyse

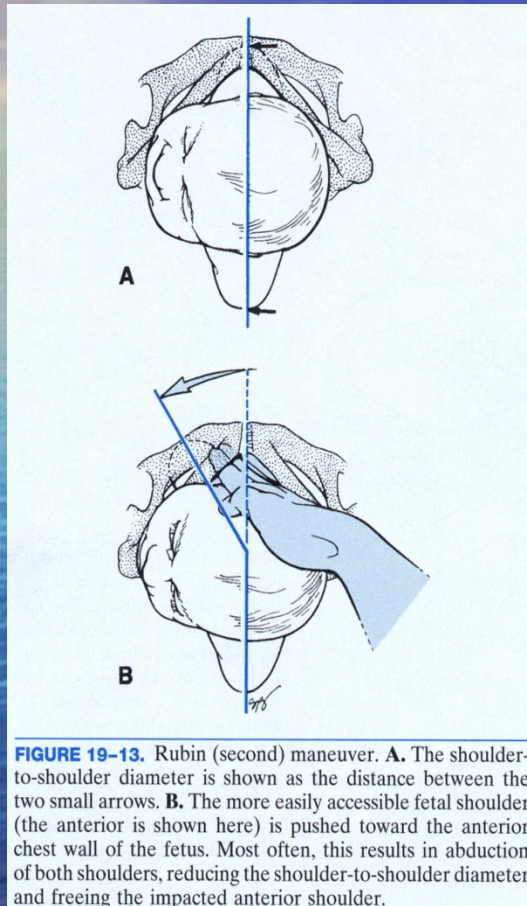
Harder,
Hebamme 2005

äusseres Rotationsmanöver ??

- Kopf äusserlich sanft in den geraden Durchmesser drehen, damit die Schultern rotieren und quer eintreten können



anteriores Manöver nach Rubin



Manöver nach Woods

(posteriores Rubin Manöver !)

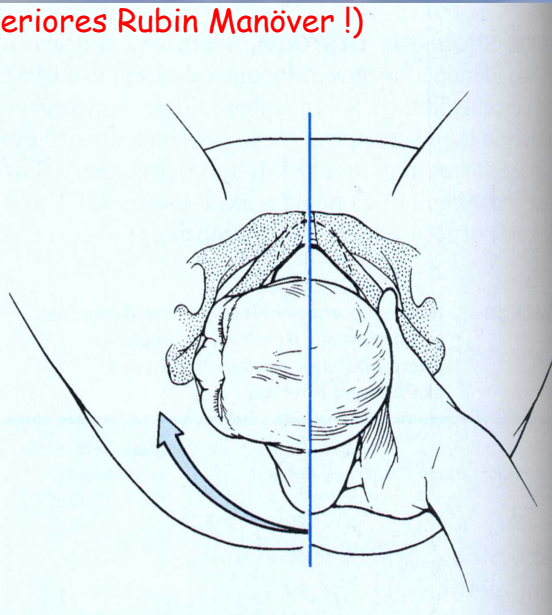


FIGURE 19-11. Woods maneuver. The hand is placed behind the posterior shoulder of the fetus. The shoulder is then rotated progressively 180 degrees in a corkscrew manner so that the impacted anterior is released.

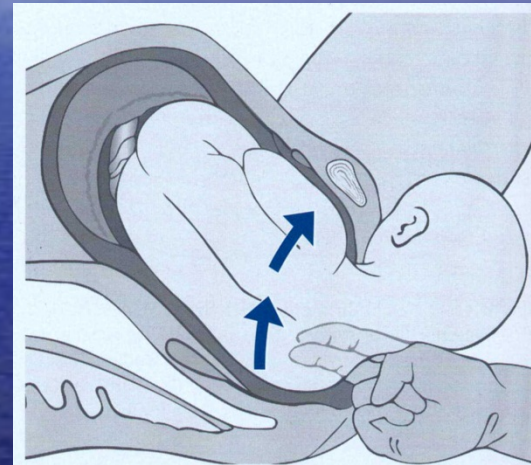
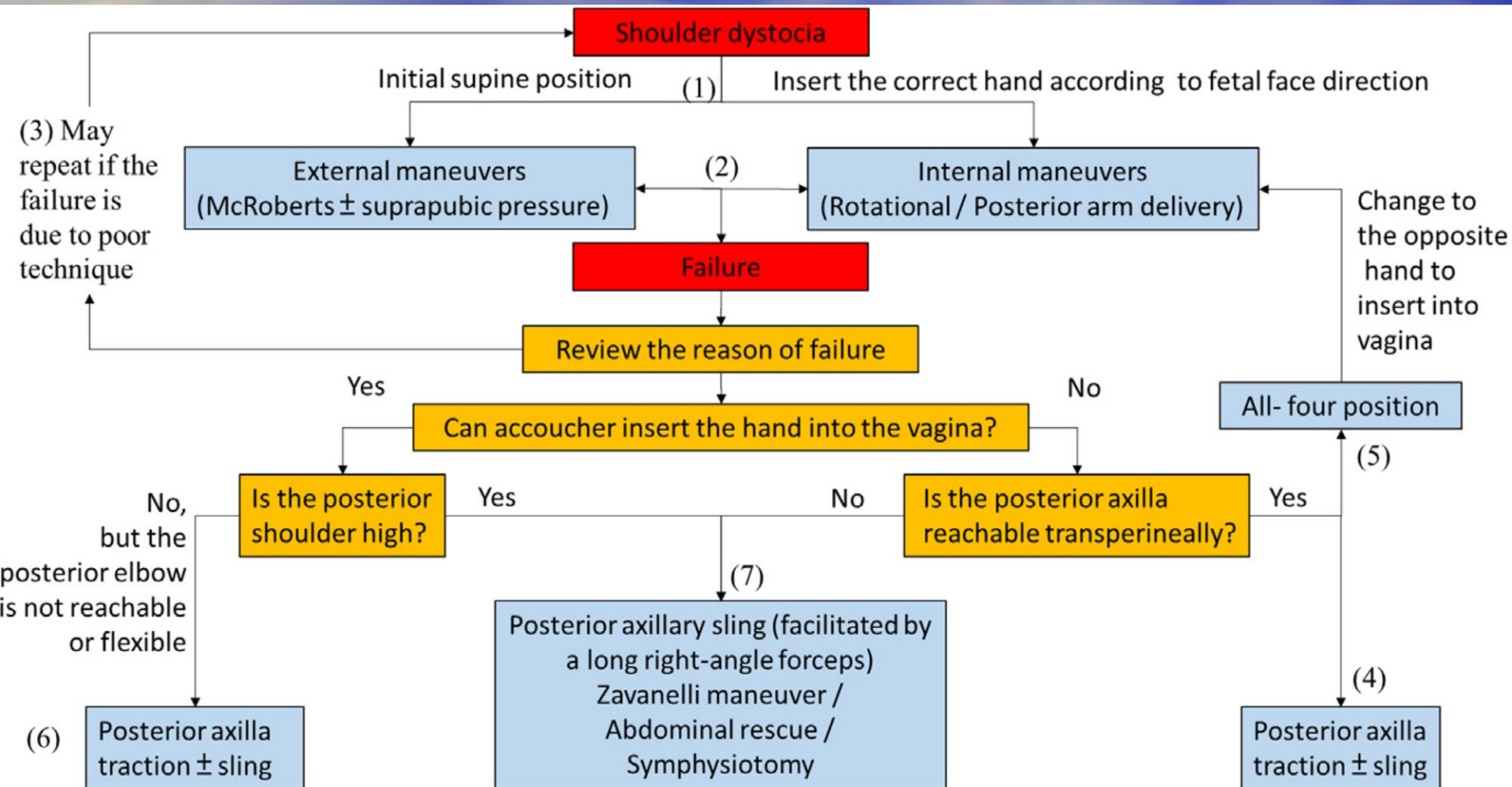


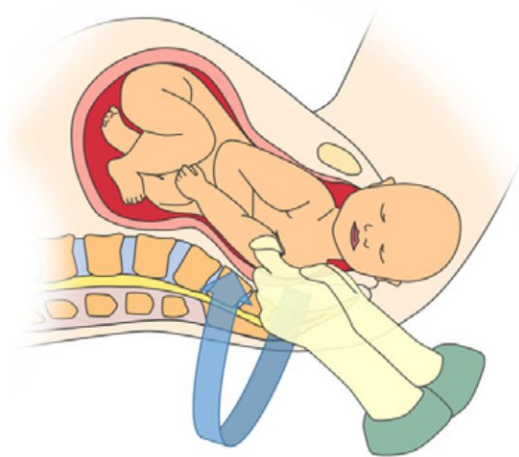
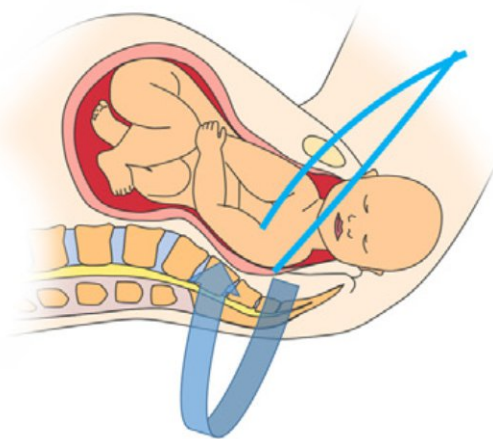
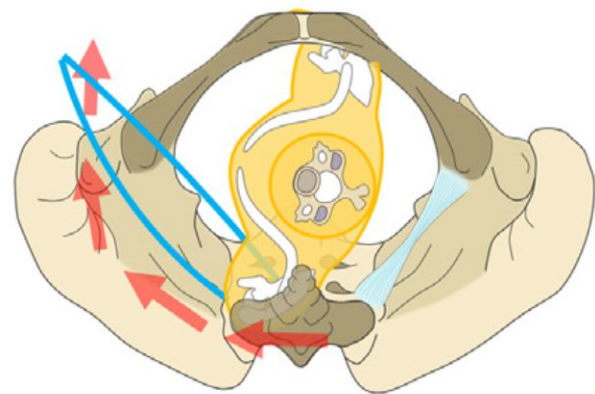
Abb. 42.6. Manöver nach Woods: Der ventrale Anteil der hinteren Schulter wird mit 2 in die Scheide eingeführten Fingern aufgesucht und bei 1. Stellung Druck im Uhrzeigersinn, bei 2. Stellung Druck in entgegengesetzter Richtung ausgeübt, bis die Schulterbreite im queren Durchmesser steht

Williams Obstetrics 2001

Geburtshilfe 2000

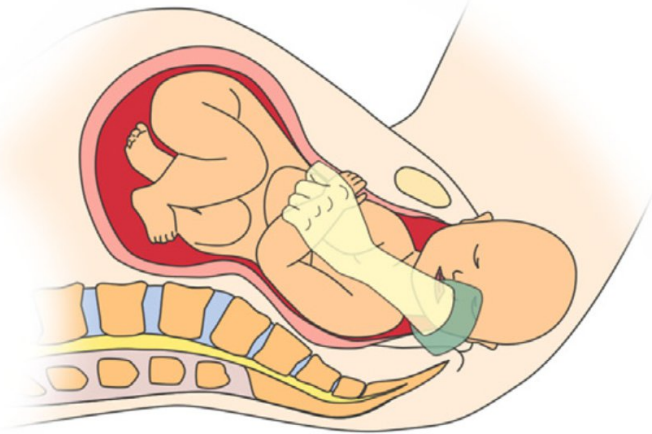
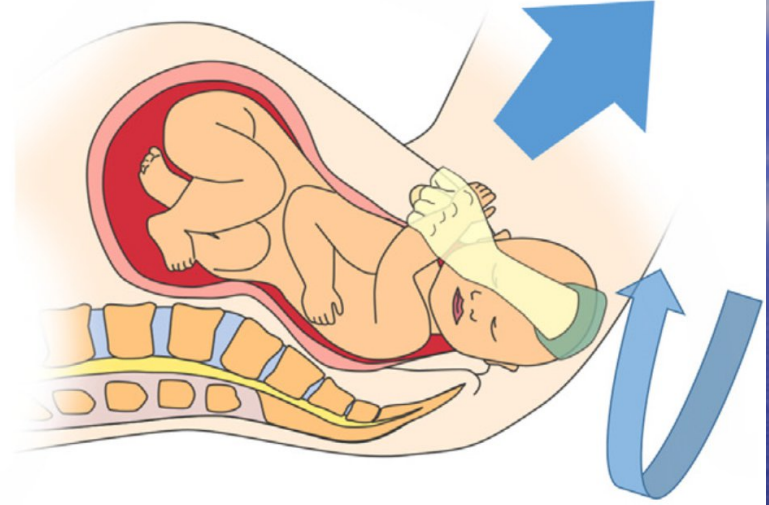
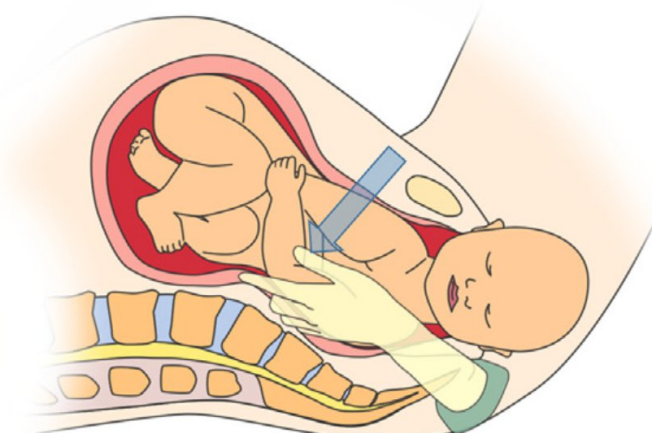
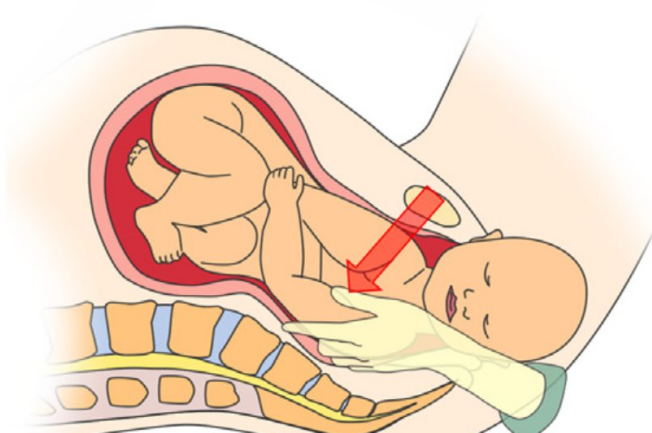


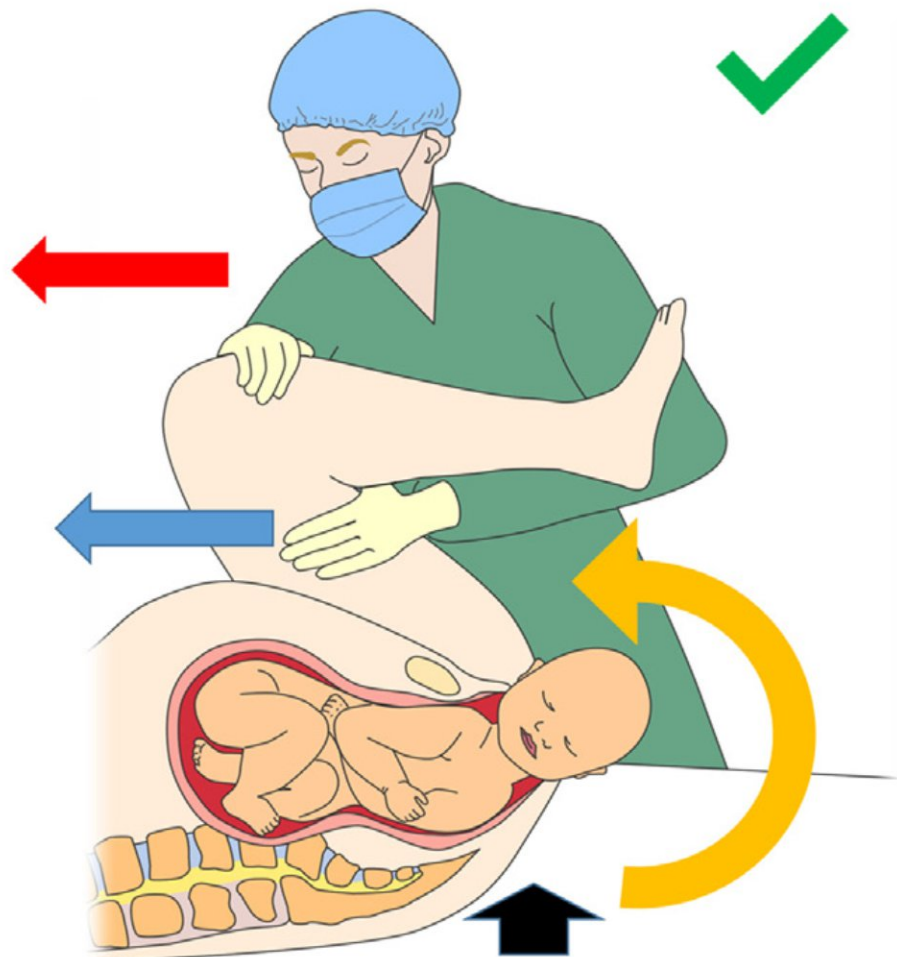
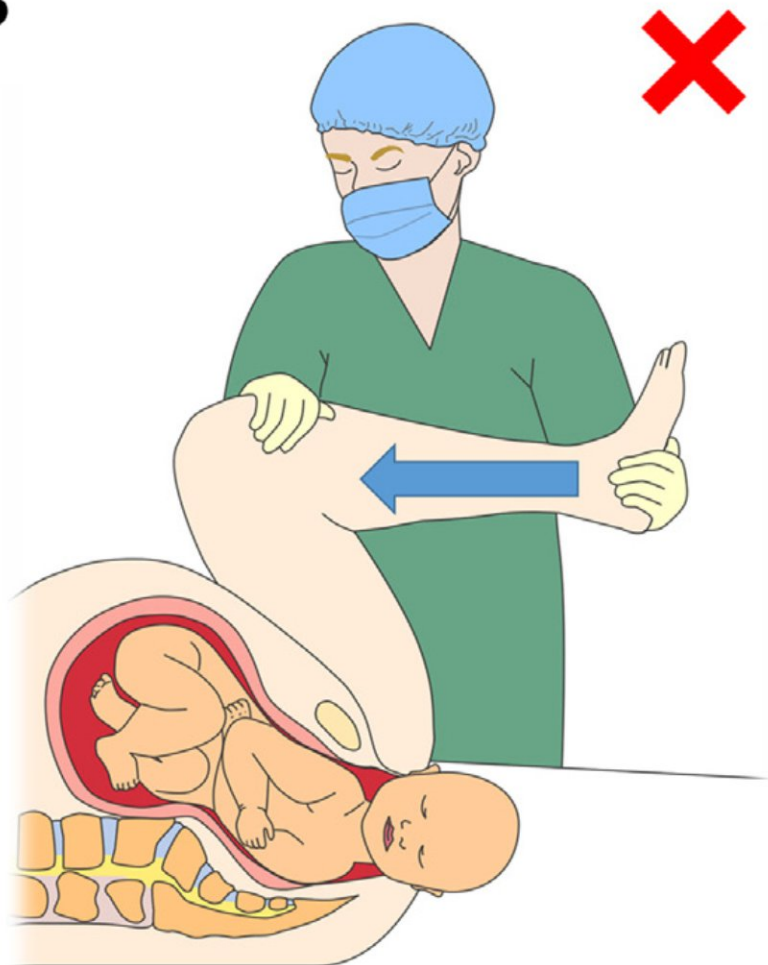


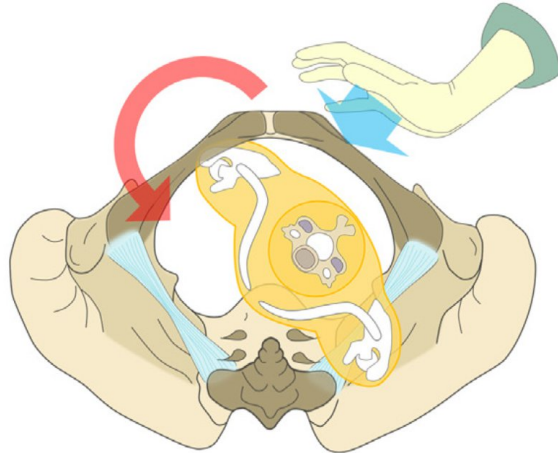
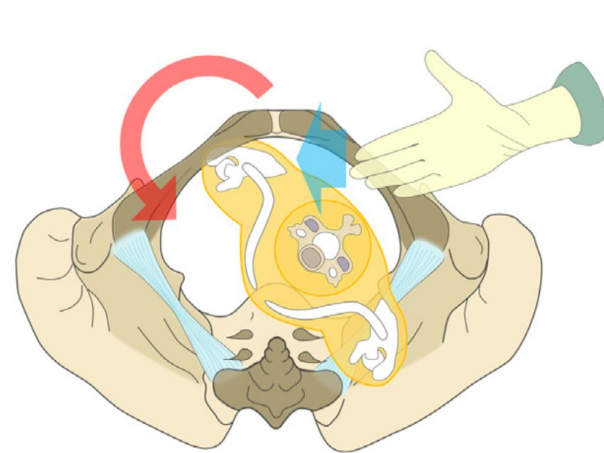
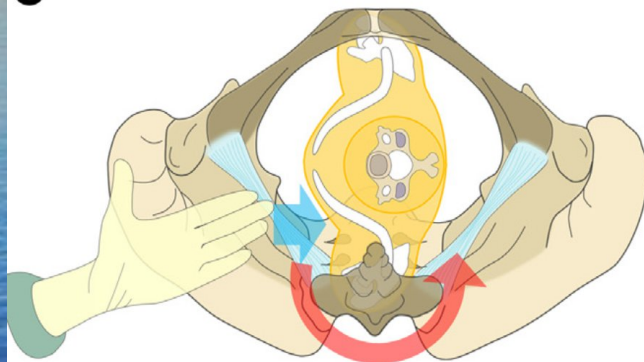
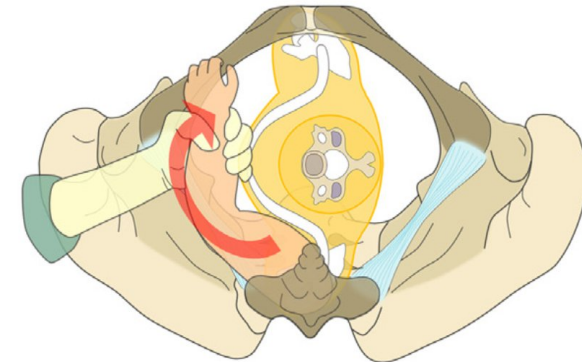
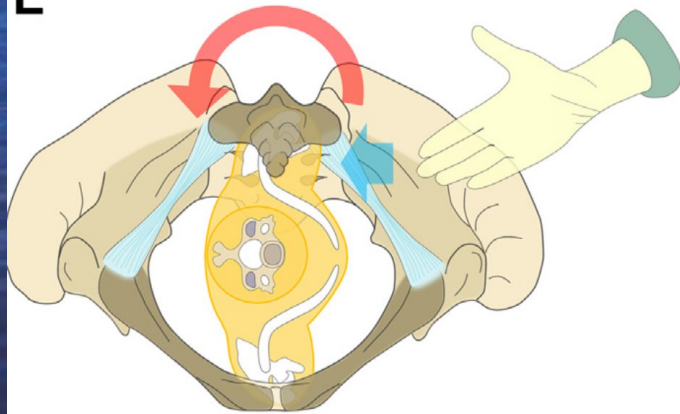
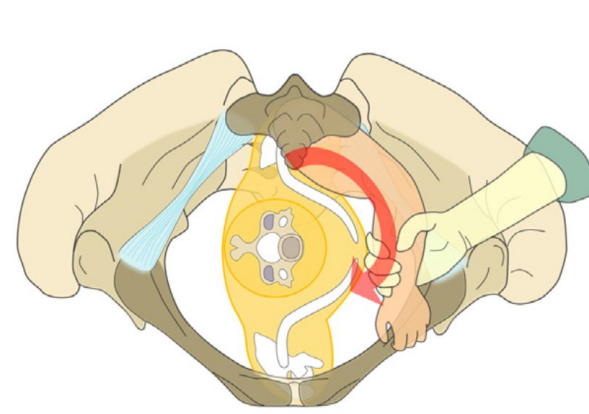
A**B****C**

Schlingeneinsatz Silikonblasenkatheter !



A**B****C****D**

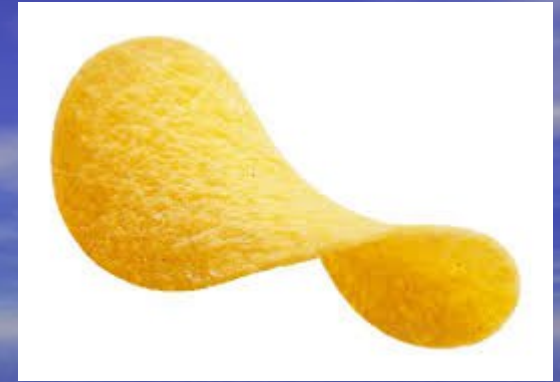
A**B**

A**B****C****D****E****F**

Erfolgsraten

- Mc Roberts 56%
- Rotationen 62%
- Lösung hinterer Arm 86%

PROMPT



- Ähnlicher Ablauf
- Bevorzugt Lösung hinterer Arm
- Eingehen mit Pringeln
- Fassen der Hand und axialer Zug des Armes
- Nur axiale Kopftraktion nach Lösen der Schulter

Ablauf Schulterdystokie

- Tropf ab !
- Stellungsänderungen/Suprasymphysärer Druck
- Ggf. Nitrospray (Partusisten kommt zu spät)
- Epi ?
- Lösung hinterer Arm/ Achselzug oder
- Rotationsmanöver wenn Schulter gut erreichbar
- Narkose
- Sektio mit innerer Lösung

AKUTMASSNAHMEN BEI SCHULTERDYSTOKIE

I. v. ZUGANG ALLGEMEINNARKOSE (nach Möglichkeit) EPISIOTOMIE ANLEGEN ODER ERWEITERN
– NICHT ZIEHEN – NICHT KRISTELLERN

1. MC ROBERT'S MANÖVER:

Beine in Hüfte so weit als möglich strecken, dann Oberschenkel in Steinschnittlage hochnehmen (Hilfsperson!)

Mehrmals probieren evtl. in Kombination mit



2. RUBIN / MAZZANTI MANÖVER:

Suprapubischer Druck auf kindliche Schulter: durch Druck oder Rütteln wird versucht, die Schulter hinter der Symphyse zu mobilisieren

RUBIN
mit schräger Druckrichtung



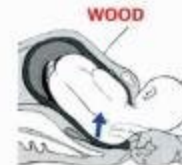
MAZZANTI
mit direkt nach kaudal gerichtetem Druck



3. WOOD'SCHES KORKENZIEHERMANÖVER:

Entwicklung durch Eingehen von Zeige- und Mittelfinger an die Brustseite des Kindes und Druck nach lateral auf die hintere Schulter¹. Die äußere Hand dreht dabei die vordere Schulter in Gegenrichtung (nicht im Bild).

¹ (Bei 2. Stellung Eingehen mittels rechter Hand [Bild], bei 1. Stellung Eingehen mittels linker Hand).



4. EXTRAKTION DER HINTEREN SCHULTER:

Die Hand geht von der Bauchseite des Kindes her in die Kreuzbeinhöhle ein². Dann wird der hintere Arm – unter maximalem Zug des Kopfes nach oben (nicht im Bild) heruntergewischt.



² (Bei 1. Stellung Eingehen mit der linken Hand [Bild], bei 2. Stellung Eingehen mit der rechten Hand).

Ultima ratio:

5. MANÖVER NACH ZAVANELLI:

Kopf wieder flektiert zurück in Scheide und Notfallsectio



NACH GEBURT AUFKLÄRUNG DER MUTTER UND DOKUMENTATION LAUT LEITLINIE

Abteilung für Risikomanagement und Patientensicherheit, Universitätsfrauenklinik Wien (Vorstand: P. Husslein)
N. Pateisky, D. Bancher-Todesca

LL Schulterdystokie



Konsensbasierte Empfehlung 1.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Nach dem Austritt des kindlichen Kopfes sollte die physiologische Rotation der Schultern bis zur nächsten Wehe abgewartet werden, um nicht durch eine forcierte Kindsentwicklung eine Schulterdystokie zu provozieren.

Literatur: [4-9]

Konsensbasiertes Statement 1.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Diagnosestellung einer Schulterdystokie erfolgt nicht vollständig anhand objektivierbarer Kriterien, sondern beinhaltet immer auch eine subjektive Komponente.

Literatur: [4-6,10]

Konsensbasiertes Statement 1.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Diagnose Schulterdystokie lässt sich retrospektiv am ehesten durch die Notwendigkeit von Manövern untermauern, die zur Entwicklung des Kindes erforderlich waren.

Literatur: [11]

Tabelle 10: Faktoren, die mit einer Schulterdystokie assoziiert sind [4,16,17,20-29]

Präpartale Risiken	Intrapartale Risiken
Zustand nach Schulterdystokie	Prolongierte Eröffnungsperiode
Makrosomie > 4.500 g	Geburtsstillstand
Diabetes mellitus	Protrahierte Austrittsphase
Maternale Adipositas (BMI ≥ 30 kg / m ²)	Unterstützung der Wehentätigkeit mit Oxytocin
Geburtseinleitung	Vaginal-operative Geburt
Übertragung > 42 + 0 SSW	Periduralanästhesie
Multiparität	
Fetaler Kopfumfang < fetalem Abdomenumfang mit Differenz > 2,5cm	
Maternale Körpergröße < 160cm	

Konsensbasierte Statement 3.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Da eine Schulterdystokie unabhängig von bekannten Risikofaktoren auftreten kann, ist mit dieser Komplikation bei einer vaginalen Geburt immer zu rechnen.

Literatur: [4,5]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Schwangeren im Z.n. Schulterdystokie bzw. mit erheblichen Risiken für eine Schulterdystokie soll im Hinblick auf eine angestrebte vaginale Geburt und das damit verbundene Risiko einer Schulterdystokie eine Geburt in einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Kinderklinik empfohlen werden.

Literatur: [30-32]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Schwangere mit einem sonographischen Schätzwicht über 4.250 g sollten vor dem Hintergrund der Messungenauigkeit über das erhöhte Risiko einer Schulterdystokie informiert werden, insbesondere wenn ein Diabetes vorliegt. Eine Empfehlung zum Geburtsmodus soll jedoch anhand der geburtshilflichen Gesamtsituation abgeleitet werden.

Literatur: [17]

Konsensbasierte Statement 3.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Diagnose einer kindlichen Makrosomie kann erst postnatal gestellt werden. Pränatal kann lediglich der Verdacht auf eine Makrosomie geäußert werden.

Literatur: [33]

Konsensbasiertes Statement 3.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Durch eine adäquate Therapie eines Diabetes in der Schwangerschaft lässt sich das Risiko für eine Schulterdystokie signifikant senken.

Literatur: [31,36,37]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Geburtseinleitung ab 37+0 SSW zur Prävention einer Schulterdystokie bei Schwangeren ohne Diabetes, jedoch mit der fachlichen Einschätzung eines makrosomen fetalen Wachstums zum Zeitpunkt der Messung, stellt stets eine individuelle Entscheidung dar.

Sie soll im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung unter Einbeziehung aller geburtshilflicher Faktoren getroffen werden. Eine Geburtseinleitung vor 39+0 SSW ist besonders zu begründen.

Literatur: [33]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei maternalem Diabetes und sonographischem fetalen Schätzwicht >95. Perzentile sollten mögliche Vorteile der Einleitung ab 37+0 SSW mit den Auswirkungen eines früheren Gestationsalters bei Geburt sorgfältig abgewogen werden.

Literatur: [31,40]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Entscheidung über den angestrebten Geburtsmodus bei Risikofaktoren für eine Schulterdystokie ist stets eine individuelle und soll im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung getroffen werden. Anamnestische und aktuelle geburtshilflich relevante Faktoren sollen in die gemeinsamen Überlegungen einfließen.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 3.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Sectio caesarea soll bei Schwangeren ohne Diabetes ab einem Schätzwicht von 5.000 g, bei Schwangeren mit Diabetes ab einem Schätzwicht von 4.500 g angeboten werden.

Literatur: [4,5,13,31,42,43]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Neben dem geschätzten Fetalgewicht kann eine Kopf-Abdomen-Umfangsdiskrepanz von über 2,5cm das Risiko für eine Schulterdystokie erhöhen und sollte in die Überlegungen zum Geburtsmodus einfließen.

Literatur: [17]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Schwangere im Zustand nach Schulterdystokie sollen über ein Wiederholungsrisiko von 10-15% informiert werden.

Literatur: [22]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Schwangere im Zustand nach Schulterdystokie sollen eine dezidierte Beratung zum Geburtsmodus erhalten.

Literatur: [4,5,22]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Schwangeren im Zustand nach Schulterdystokie mit einem fetalen Schätzwicht über 4.000g sollte die Sectio caesarea auf Grund des Wiederholungsrisikos als alternativer Geburtsmodus angeboten werden.

Literatur: [50,51]

Konsensbasierte Empfehlung 3.E11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren für eine Schulterdystokie stellt keine Kontraindikation für eine vaginal-operative Geburt dar. Das geburtshilfliche Fachpersonal sollte jedoch auf diese Komplikation vorbereitet sein und bei einer als schwierig eingestuften vaginal-operativen Geburt die Sectio caesarea als echte Alternative mit der Gebärenden besprechen.

Literatur: [5,28]

Konsensbasiertes Statement 3.S4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Anamnese und fetale Biometrie sind bei der Risikoabschätzung für das Auftreten einer Schulterdystokie in der präpartalen Beratung wichtig. Sie stellen nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung zum Geburtsmodus dar, da das Ausmaß an Komplikationen beim Auftreten der Schulterdystokie (fetale und maternale Morbidität und Mortalität) damit nicht ausreichend abgeschätzt werden kann.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 3.E12

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frauen mit Risikofaktoren für das Auftreten einer Schulterdystokie sollten innerhalb von 14 Tagen vor der zur erwartenden Geburt eine fetale Biometrie erhalten, um eine Grundlage für eine individuelle Entscheidung zum Geburtsmodus zu schaffen.

Literatur: [54]

Tabelle 11 Risikoscore Schulterdystokie [56]

Score	Beobachtete Schulterdystokie Inzidenz	Number needed to treat
0	0,5% (60/11336)	189
1	0,9% (16/1764)	110
2	2,1% (38/1809)	48
3	5,4% (18/336)	19
4	10,4% (10/96)	10
5	25% (5/20)	4

Konsensbasiertes Statement 3.S5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der pränatale Ultraschall ist aktuell die am besten geeignete Methode zur Prädiktion einer fetalen Makrosomie. Das tatsächliche Geburtsgewicht wird bei makrosomen Kindern eher unterschätzt.

Literatur: [58,59]

Konsensbasiertes Statement 3.S6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der sonographischen Einschätzung einer fetalen Makrosomie ist die erhebliche Divergenz der Ergebnisse je nach zugrunde gelegter Biometrie-Formel zu beachten.

Literatur: [66]

Konsensbasierte Empfehlung 4.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Da die Schulterdystokie einen Notfall darstellt, der jederzeit eintreten kann, sollte jede Einrichtung, die Geburtshilfe anbietet, einen Notfallplan zur Behandlung einer Schulterdystokie vorhalten.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 4.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Mit dem Erkennen soll die Diagnose „Schulterdystokie“ allen an der Geburt beteiligten Personen klar kommuniziert werden.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 4.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Leitung der Geburt nach Diagnose einer „Schulterdystokie“ soll die geburtshilflich erfahrenste anwesende Fachperson übernehmen.

Literatur: [77]

Konsensbasierte Empfehlung 4.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Spätestens mit Beginn sekundärer Lösungsmanöver sollten in den Behandlungsprozess – wenn möglich – andere Fachdisziplinen (z.B. Neonatologie, Anästhesie, etc.) hinzugezogen werden.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Gebärende soll bei einer Schulterdystokie über die eingetretene Notfallsituation und die dadurch erforderlichen Manöver situationsgerecht informiert werden.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

1. Kommunikation der Notfallsituation (Information der Gebärenden, Alarmierung, etc.)
2. Übernahme der Leitung der Geburt durch die erfahrenste anwesende Fachperson

Vaginal-operative Geburtshilfe – Teil 2: Schulterdystokie

62

3. Die Gebärende wird aufgefordert nicht weiter zu pressen und ruhig zu atmen (Vermeidung einer weiteren Verkeilung der kindlichen Schulter auf dem mütterlichen Beckeneingang, bevor weitere externe oder interne Manöver durchgeführt werden)
4. Eine zu diesem Zeitpunkt laufende Oxytocininfusion soll abgestellt werden
5. Bei einer Wassergeburt soll die Wanne umgehend verlassen werden, um die notwendigen Lösungsmanöver durchzuführen
6. Jede Form von fundalem Druck soll unterlassen werden
7. Eine forcierte Traktion am oder eine äußere Überdrehung des kindlichen Kopfes soll nicht durchgeführt werden
8. Entleerung der Harnblase (wenn in der Situation möglich und/oder erforderlich)
9. Positionierung der Gebärenden entsprechend der geplanten Lösungsmanöver und vorhandenen Hilfsmittel (Gebärbett, Matte, etc.)

Konsensbasierte Statement 5.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die first-line-Manöver unterliegen keiner festen Reihenfolge oder Abstufung, sondern werden entsprechend der geburtshilflichen Situation gewählt.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasiertes Statement 5.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Gaskin-Manöver ist bei der mobilen Gebärenden mit einer hohen Erfolgsrate assoziiert und benötigt nur eine Hilfsperson.

Literatur: [87,88]

Konsensbasierte Statement 5.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das klassische McRoberts-Manöver kann mit oder ohne suprapubischen Druck durchgeführt werden.

Literatur: [4,5,13,85]

Konsensbasierte Empfehlung 5.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das klassische McRoberts-Manöver in Kombination mit einem suprapubischen Druck hat höhere Erfolgsraten als das McRoberts-Manöver allein. Spätestens bei fehlendem Erfolg soll ein das Manöver ergänzender suprapubischer Druck erwogen werden.

Literatur: [97]

Konsensbasierte Empfehlung 5.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Anlegen oder die Erweiterung einer bestehenden Episiotomie kann im Rahmen einer Schulterdystokie erwogen werden, um bei unzureichenden Platzverhältnissen den vaginalen Zugang zur Durchführung interner Manöver zu optimieren.

Literatur: [105,106]

Konsensbasierte Empfehlung 5.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Als erstes second-line-Manöver sollte, wenn die hintere Schulter erreichbar ist, die hintere Armlösung bzw. der hintere Achselzug erfolgen. Ansonsten sollten die Rotationsmanöver erfolgen.

Literatur: [49]



Abbildung 7: Hintere Armlösung nach Jacquemier (Blick von abdominal in das kleine Becken). Nach Aufsuchen des hinteren Armes über den Humerus (1) Beugen des Unterarms in der Ellenbeuge (2) und Entwicklung (Streckung) desselben über die Brustseite des Kindes (3). Oft kommt die vordere Schulter bereits nach diesem Schritt frei. Zur Unterstützung kann ein moderater Druck (kein Zug!) auf den Kopf (dammwärts) und suprasymphysärer Druck zur Entwicklung der vorderen Schulter erforderlich sein

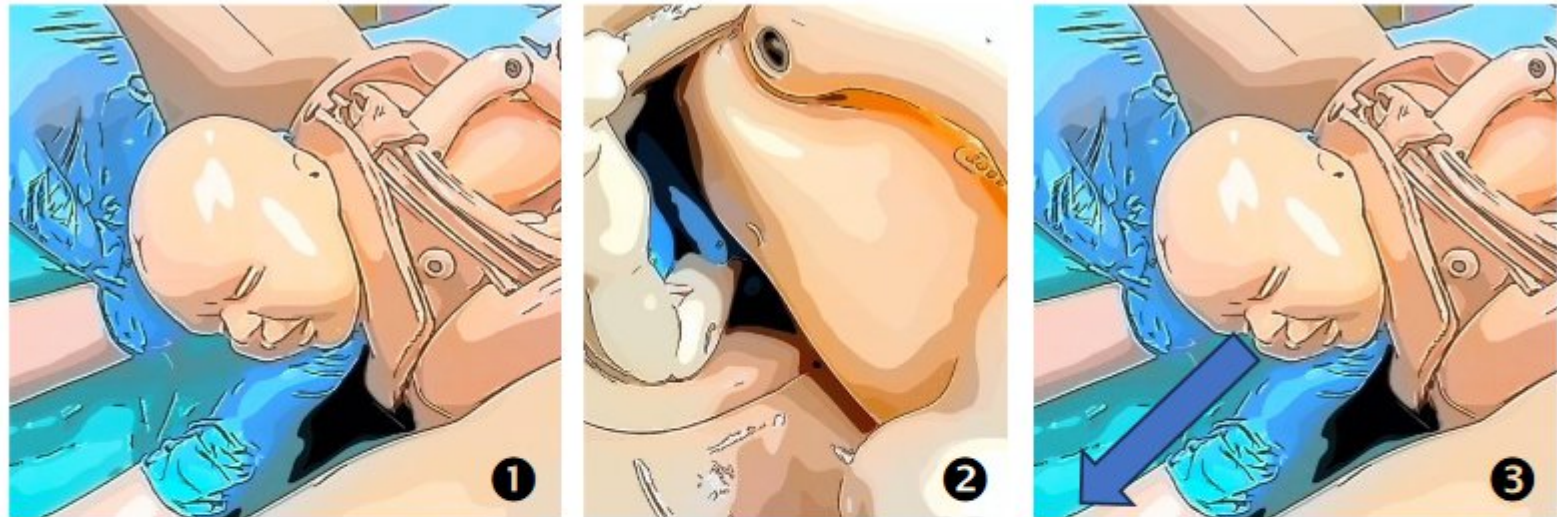


Abbildung 8: Hinterer Achselzug. Hochhalten des fetalen Kopfes durch eine Hilfsperson (1) beim Eingehen in die Vagina mit den Mittelfingern beider Hände mit gleichzeitigem Druck auf den Damm durch die gebeugten Ring- und Kleinfinger. Platzieren der beiden Mittelfinger von ventral bzw. dorsal in der fetalen Axilla – abgebildet ist hier der Blick von abdominal auf die hintere Schulter (2). Kontrollierter Zug in dorso-caudaler Richtung (3)

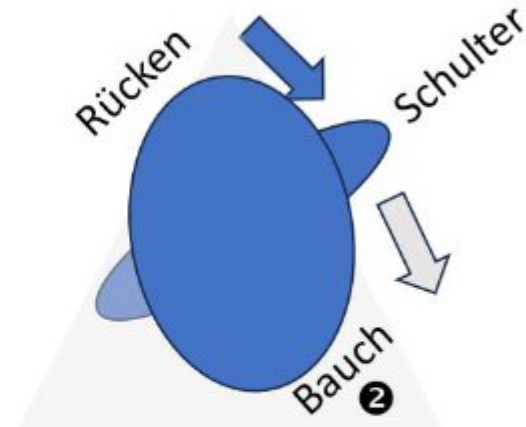
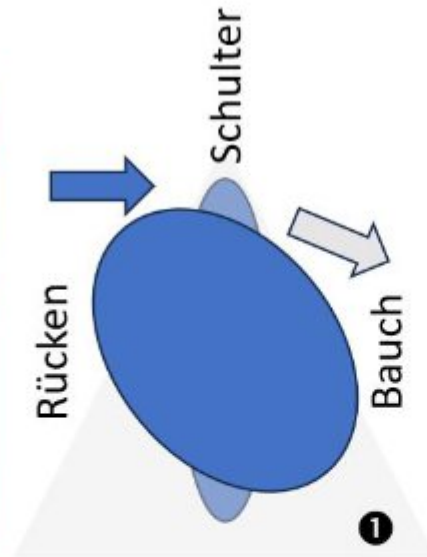
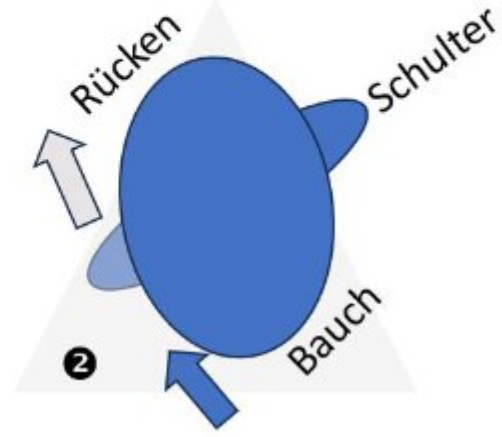
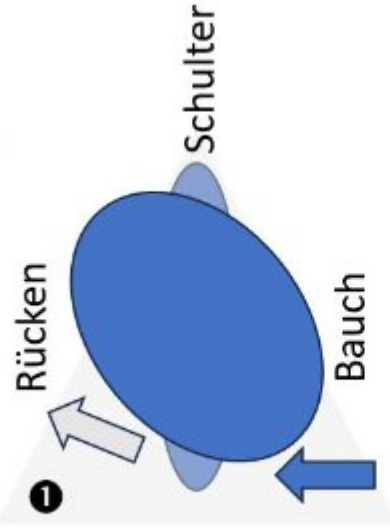


Abbildung 13: Rubin-Manöver. Nach Eingehen mit der Hand in den Geburtsweg an der Rückenseite des Kindes erfolgt eine Rotation der Schulterebene durch Druck (blauer Pfeil) auf das Schulterblatt in Richtung der Bauchseite des Kindes (1) um 90 Grad bis die vordere Schulter entwickelt werden kann (2)



5.3.3.5 Reverse Lövset-Manöver

Der Pistolengriff bzw. das Reverse Lövset-Manöver wird in Norwegen bei Schulterdystokie empfohlen.

Vorgehen: Die dem kindlichen Rücken zugewandte Hand wird entlang des Rückens in die Vagina eingebracht (bei erster Lage rechte Hand, bei zweiter Lage linke Hand). Der Zeige und Mittelfinger wird in die hinteren Achselfalte gelegt und der Daumen im Bereich der vorderen Schulter positioniert. Dies ermöglicht der das Manöver durchführenden Fachperson einen guten Griff, über den das Kind im Geburtskanal gedreht werden kann. Die Drehung erfolgt gegen den Uhrzeigersinn, wenn sich das Kind in einer ersten Lage befindet und im Uhrzeigersinn, wenn es sich in der zweiten Lage befindet. Bei einer frustrierten Drehung kann eine Drehung in die entgegengesetzte Richtung versucht werden [123].

Konsensbasierte Empfehlung 5.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Für die last-resort-Manöver soll eine Intubationsnarkose mit effektiver Muskelrelaxation erfolgen.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 5.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Rahmen der last-resort-Manöver sollte zunächst ein abdominaler Rettungsversuch durchgeführt werden, gefolgt vom klassischen oder modifizierten Zavanelli-Manöver, ggf. unter zusätzlicher Kleidotomie. Die Symphysiotomie hat einen untergeordneten Stellenwert.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Statement 5.S6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine ausreichende Analgesie der Mutter ist ein grundlegender Baustein für die Kindsentwicklung bei einer Schulterdystokie - insbesondere bei den second-line- und last-resort-Manövern

Literatur: Klinischer Konsenspunkt, [13]

Last resort

- Abd
- Zafanelli
- Symphysiotomie
- Clavikula

Konsensbasierte Empfehlung 5.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Behandlung der Schulterdystokie soll einem in der geburtshilflichen Einrichtung abgestimmten Algorithmus folgen.

Literatur: [4,5,13]

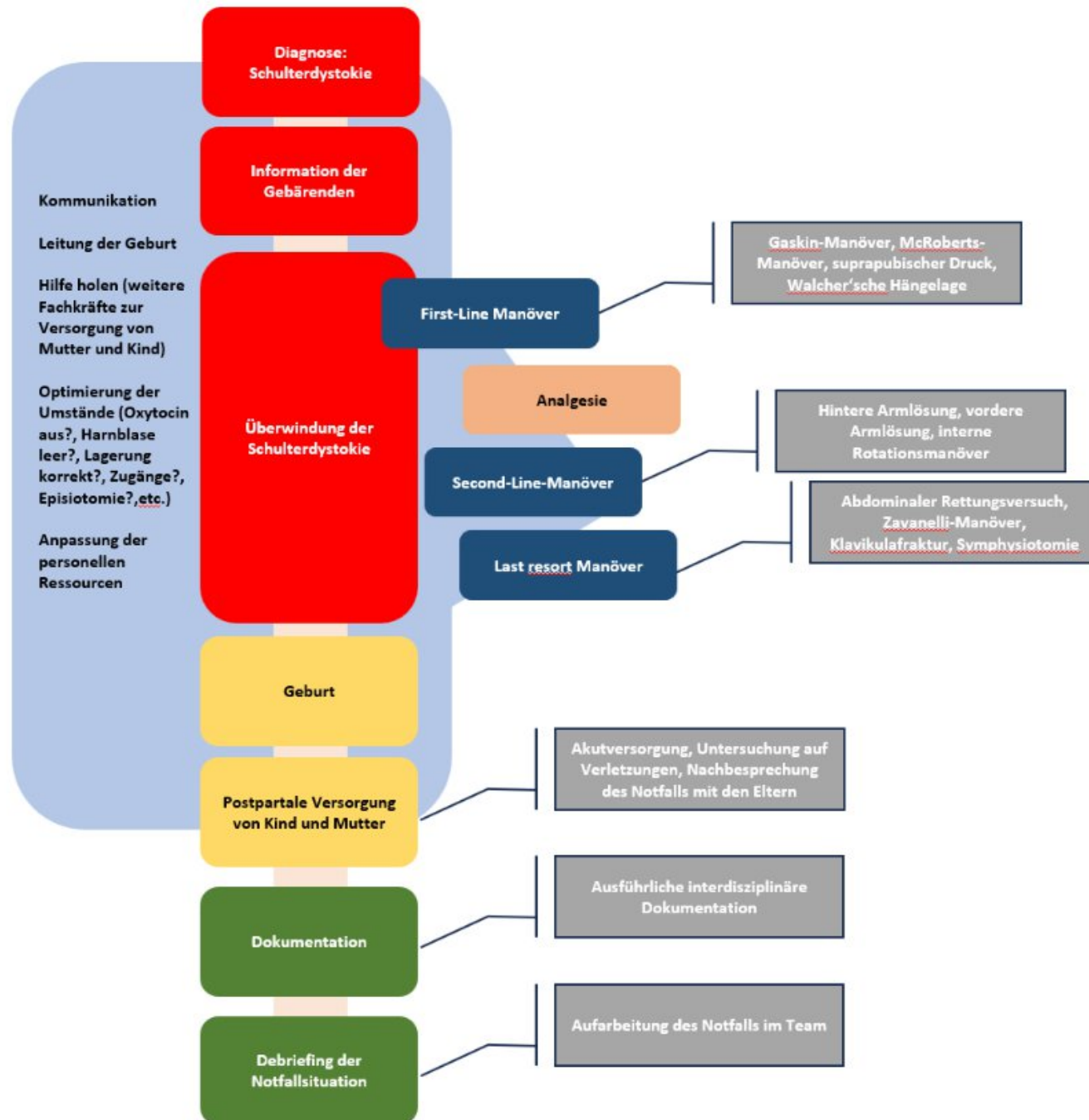


Abbildung 17: Handlungsalgorithmus bei einer Schulterdystokie

Konsensbasiertes Statement 6.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Schulterdystokie erhöht das Risiko für eine höhergradige Geburtsverletzung und eine postpartale Hämorrhagie.

Literatur: [46-48]

Konsensbasierte Empfehlung 6.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine vaginale Untersuchung auf Geburtsverletzungen unter besonderer Berücksichtigung des Analsphinkters soll nach einer Geburt, die durch eine Schulterdystokie kompliziert wurde, durchgeführt werden.

Literatur: [46-48]

Konsensbasierte Empfehlung 6.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Nach einer Schulterdystokie soll der Gesundheitszustand des Neugeborenen durch eine in der postnatalen Anpassung von Neugeborenen geschulte Fachperson (bevorzugt eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt) beurteilt werden.

Literatur: [4,13,137]

Konsensbasierte Empfehlung 6.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Wenn ein Neugeborenes nach Schulterdystokie klinisch auffällig ist, soll zeitnah eine Beurteilung und ggf. erforderliche Therapiefestlegung durch eine Kinderärztin bzw. einen Kinderarzt erfolgen.

Literatur: [4,13,137]

Konsensbasiertes Statement 6.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der direkte Hautkontakt, das Stillen oder die Gabe von Paracetamol sind effektive Methoden, die Schmerzen des Neugeborenen nach einer Schulterdystokie (z.B. bei Klavikula- und Humerusfrakturen) zu reduzieren.

Literatur: [139-141]

Konsensbasierte Empfehlung 6.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Aufgrund der potenziellen kindlichen Komplikationen, die im Rahmen einer Schulterdystokie auftreten können, soll bei der Erstversorgung eine in der Behandlung von Anpassungsstörungen bzw. ungünstigem Outcome eines Neugeborenen fachkundige Person anwesend sein.

Literatur: [4,13,137]

Konsensbasierte Empfehlung 6.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Verdacht auf neonatale Geburtstraumata (Plexusparesen, Frakturen, hypoxisch ischämische Enzephalopathie) nach einer Schulterdystokie soll das Kind durch eine Kinderärztin bzw. einen Kinderarzt beurteilt werden.

Literatur: [4,13,137]

Konsensbasierte Empfehlung 7.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Geburten mit Schulterdystokie soll minutengenau, exakt handlungsgetreu und für fachkundige Dritte nachvollziehbar dokumentiert werden.

Literatur: [4,5,137,150]

Konsensbasierte Empfehlung 7.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Nach einer Schulterdystokie sollte den involvierten Teammitgliedern eine Nachbesprechung (Debriefing) angeboten werden.

Literatur: [137,154]

Konsensbasiertes Statement 7.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Kindliche und mütterliche Verletzungen sind auch bei regelrechter Durchführung der zur Lösung einer Schulterdystokie erforderlichen Manöver nicht vollständig vermeidbar.

Literatur: [16,156-160]

Konsensbasierte Statement 7.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Begriff einer „erschwerten Schulterentwicklung“ ist nicht definiert und soll daher in der geburtshilflichen Praxis nicht verwendet werden.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Konsensbasierte Empfehlung 8.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alle in die Geburtshilfe eingebundenen Fachkräfte sollten regelmäßig – idealerweise im multiprofessionellen Team – an Trainings zur Behandlung einer Schulterdystokie teilnehmen.

Literatur: [163-165]

Konsensbasierte Empfehlung 9.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Allen Beteiligten (Eltern und geburtshilflichem Fachpersonal) sollten nach einer Schulterdystokie Nachgespräche und ggf. psychologische Unterstützung angeboten werden.

Literatur: Klinischer Konsenspunkt

Placenta accreta

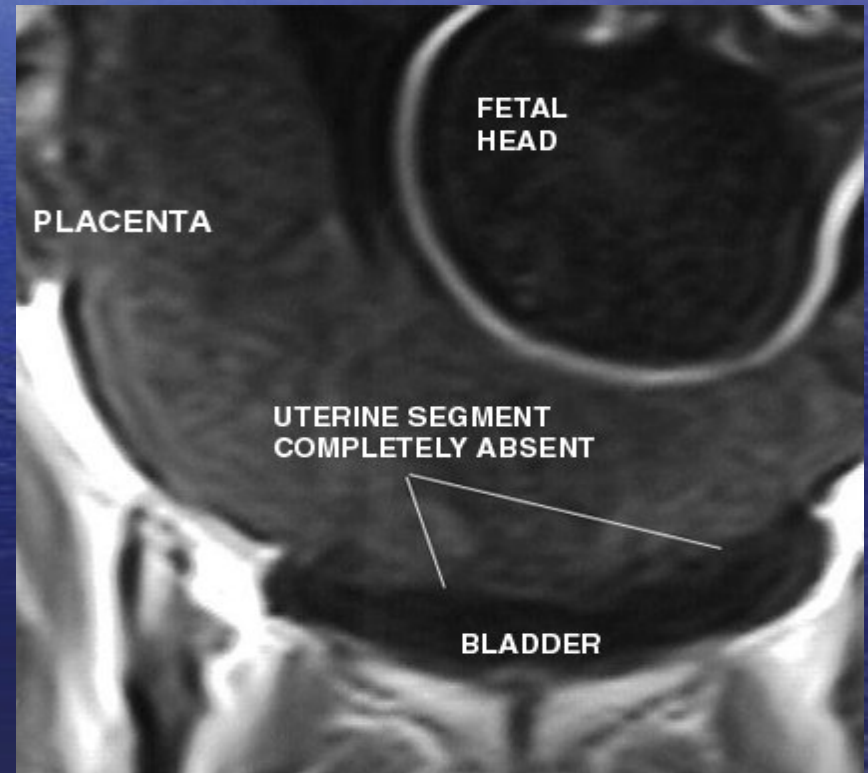
- Festes Anheften der Plazenta an der Uteruswand
- Manuelle oder instrumentelle Nachtastung bzw. Plazentalösung
- Ca. 2/3 aller Pl. accreta treten mit Pl. praevia auf

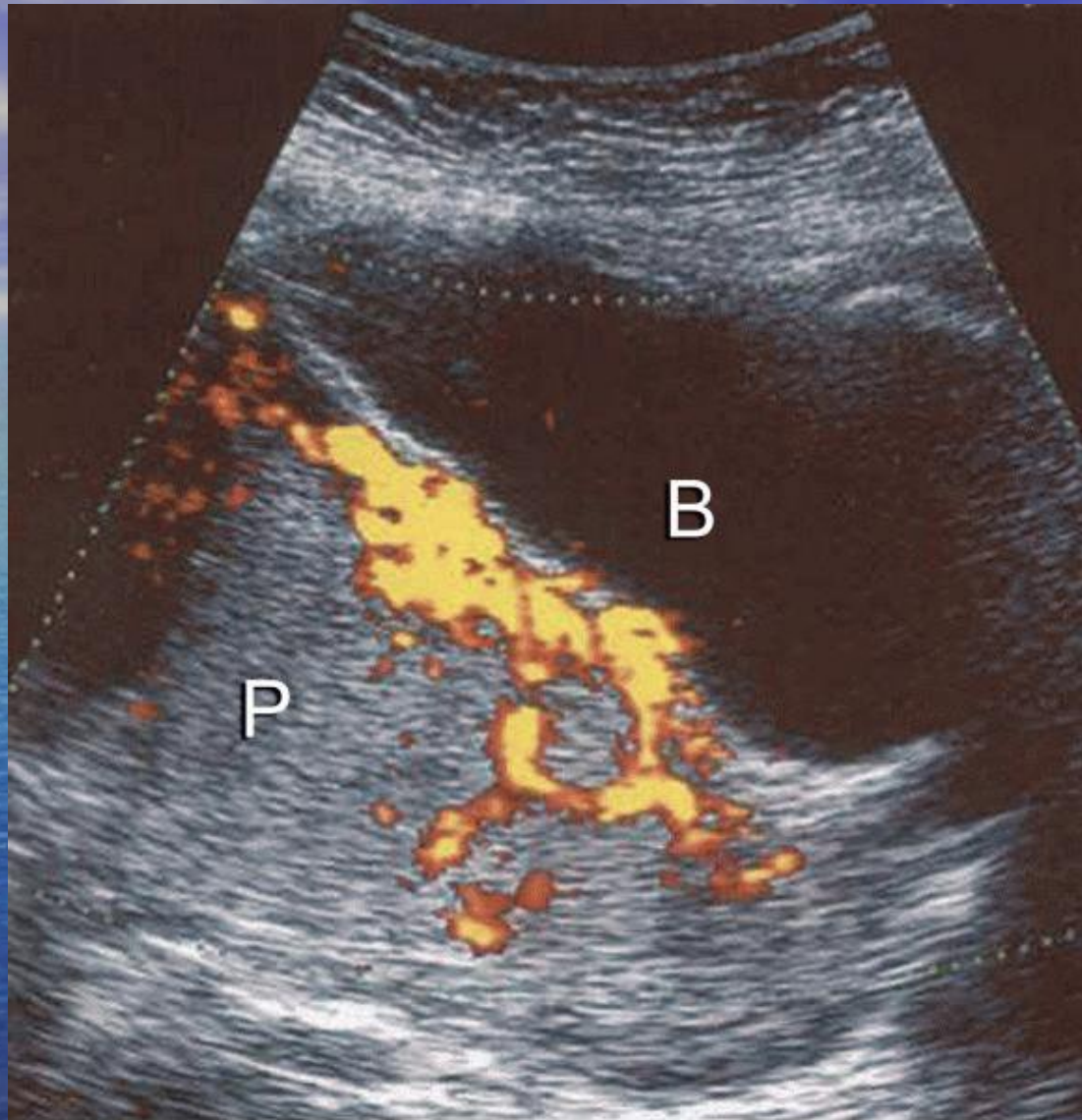
Placenta increta

- Invasion der Plazenta in das uterine Myometrium

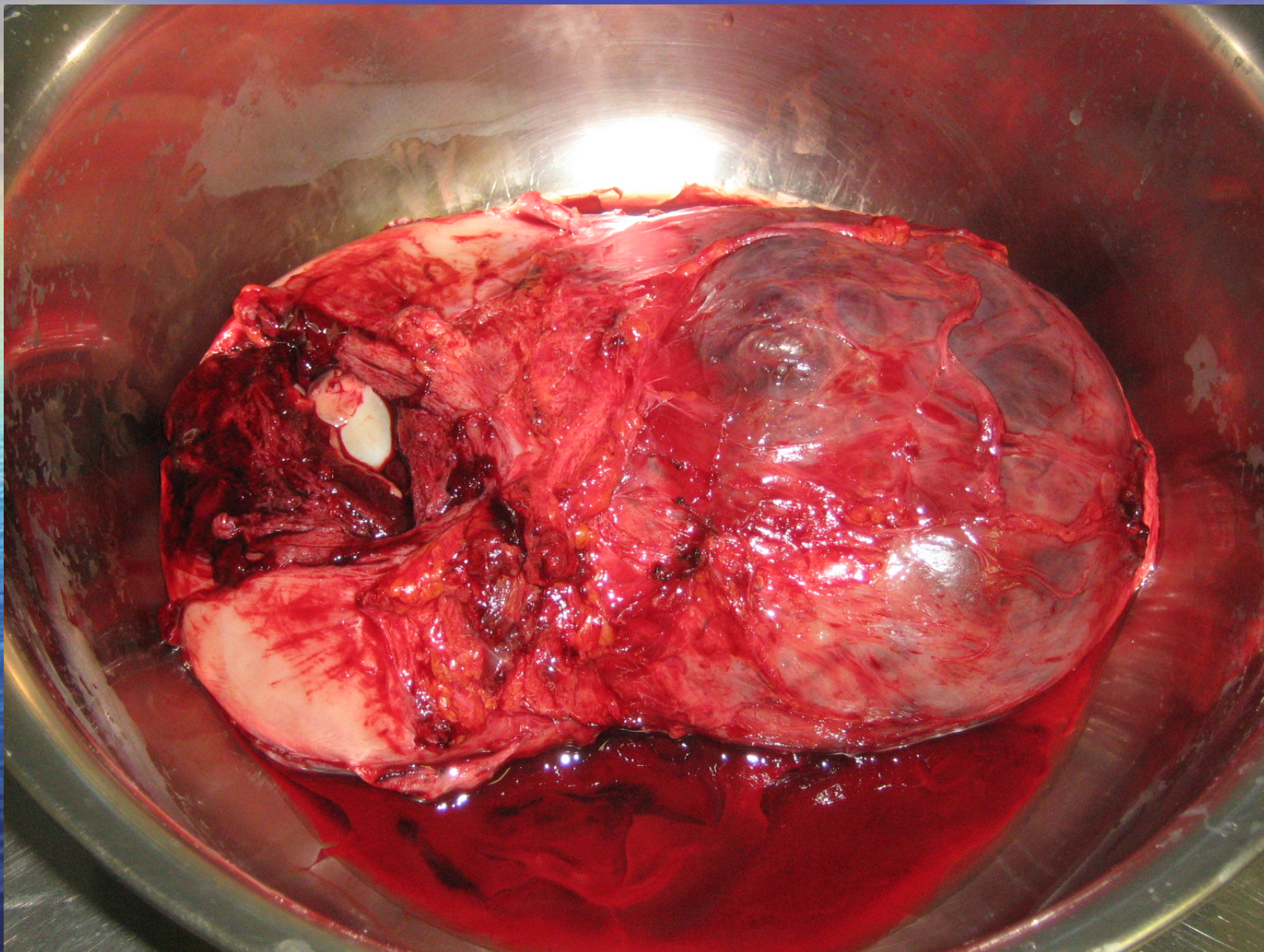
Plazenta percreta

- Plazenta hat das Myometrium komplett infiltriert und ist in Nachbarorgane eingewachsen (z.B. Harnblasenwand)

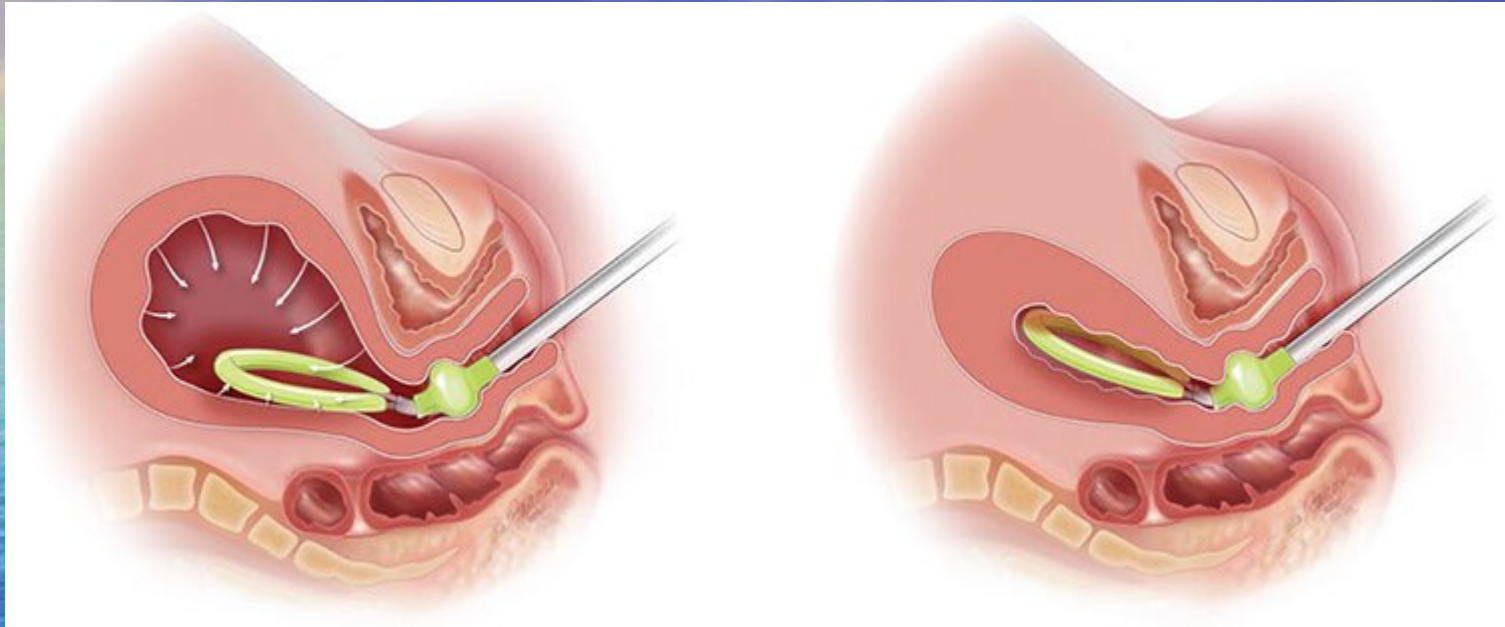




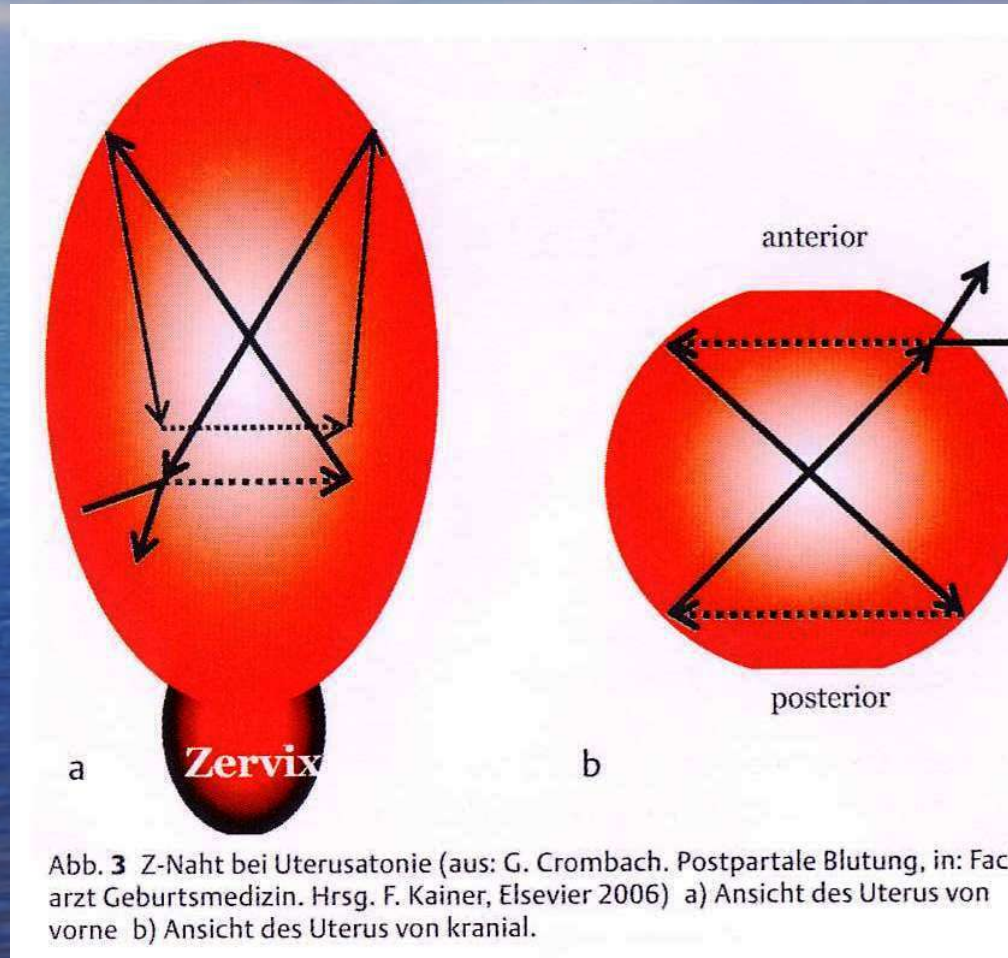
Husslein H, Chalubinski K Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2010; 28 (4): 20-24 ©



JADA-system



Uterusatonie, Rucksacknaht



Hosenträgernaht bzw. B-Lynch-Technik

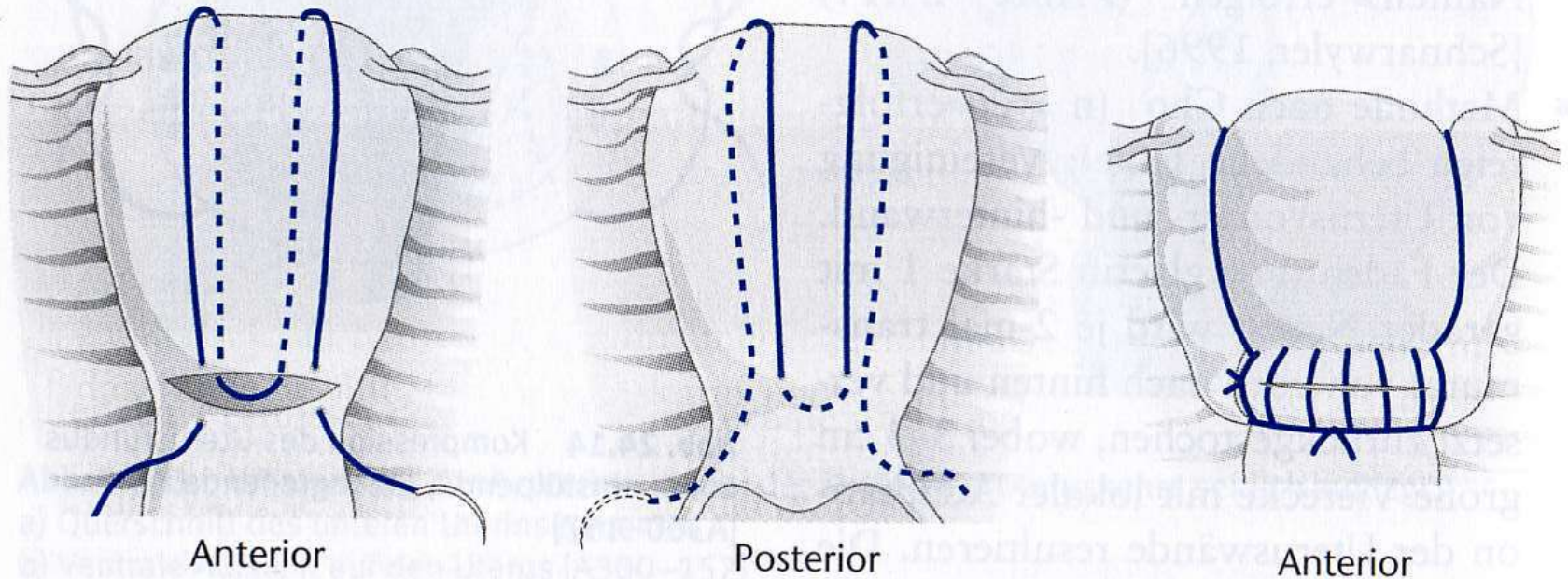
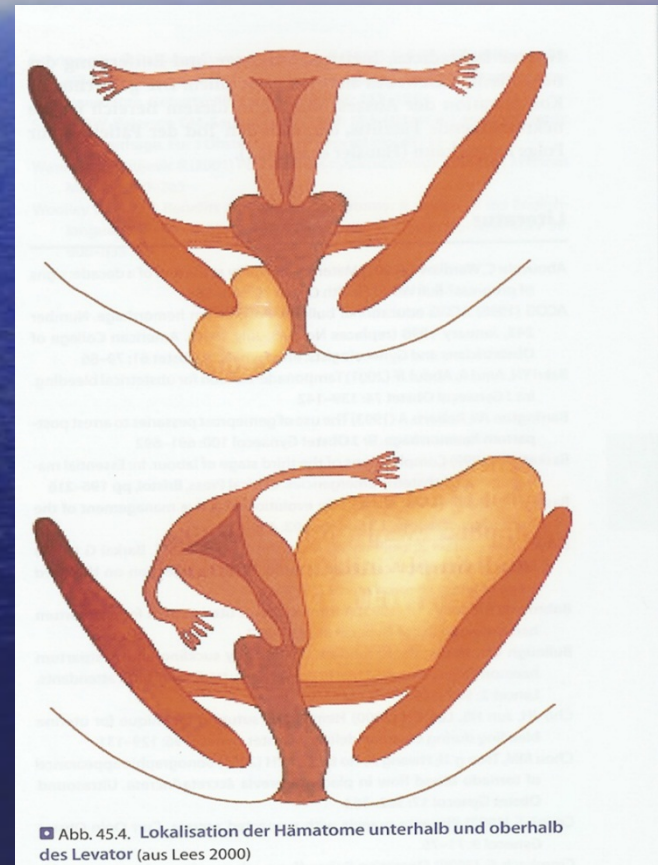
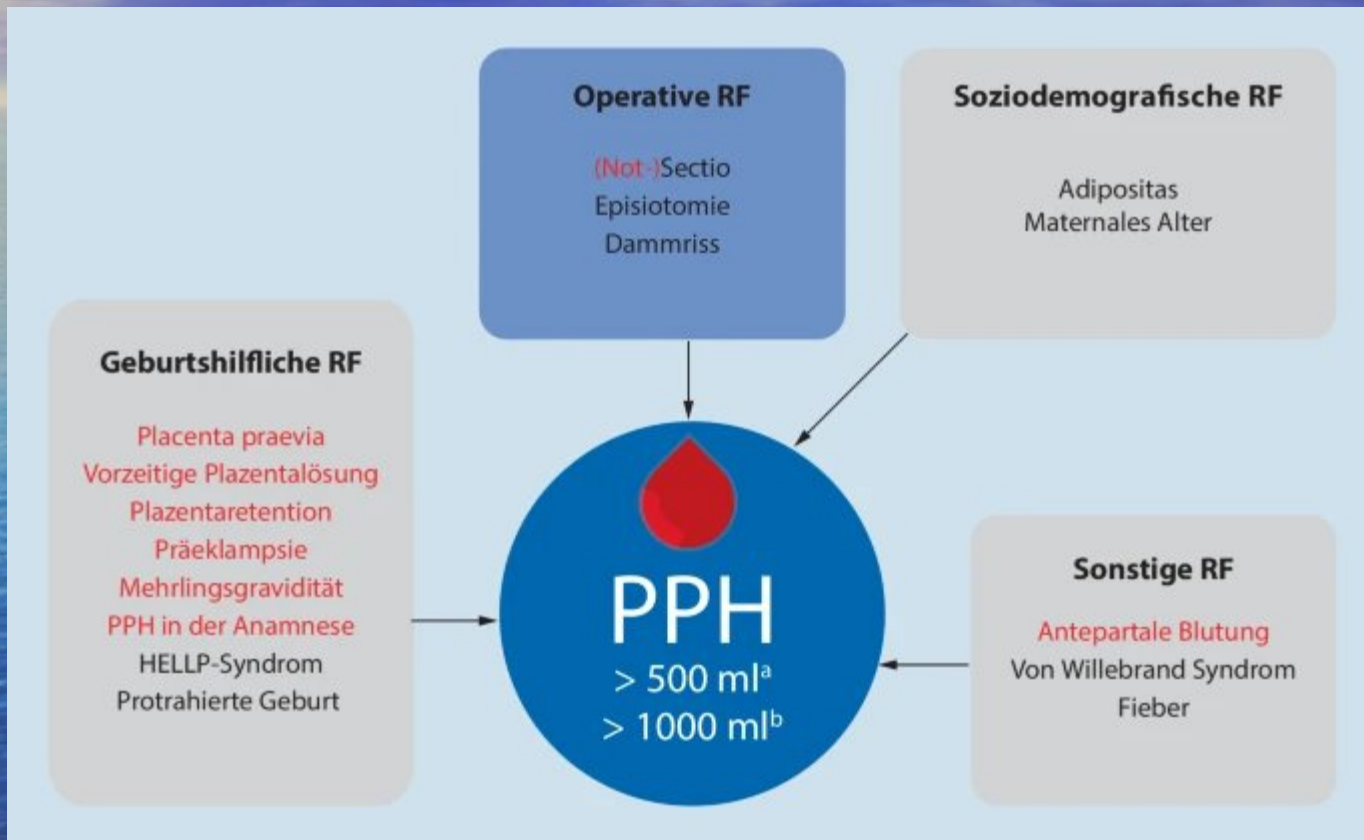


Abb. 24.16 Uteruskompression mittels „Hosenträger-Naht“ nach B-Lynch [A300–157]

Haematom infolge Geburt

- Vulva
- Paravaginal
- Retroperitoneal
- Schockzeichen,
Schmerzen ohne
vermehrte Blutung!
- Vaginale-rektale
Untersuchung!
- Evtl. US,CT

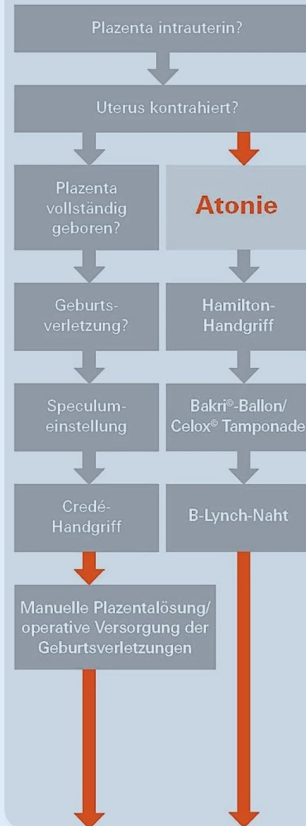




Postpartale Hämorrhagie

> 500 ml Blutverlust nach vaginaler Geburt // > 1000 ml Blutverlust bei Sectio caesarea

Geburtshilfe



Ursache ▶ 4T's: **Tonus** · Tissue · Trauma · **Thrombin**

Uterus-Atonie

Oxytocin
▶ 3 IE langsam IV (Prophylaxe)
▶ 20-40 IE über 30 min (therapeutisch)

ODER

Carbetocin (Pabal®)
▶ 100 µg langsam IV
▶ Off label (therapeutisch)

Sulproston (Nalador®)
500 µg/ 500 ml NaCl 0,9%
→ Infusomat
(ggf. 1-5 min: 999 µg/h)
Start: 500 µg/h
Erhaltung: 100-200 µg/h

Tranexamsäure 1 g

Fibrinogen 2-6 g

Tranexamsäure 1 g (2. Gabe)

Zielparameter:

Fibrinogen > 2 g/l;
Thrombozyten 50-100×10⁹/µl;
Hb 7-9 g/dl; Quick > 50 %

Temperatur > 35°C;
Calcium > 1,0 mmol/l;
pH > 7,2

Grenzwerte POC:

FIBTEM A5 < 12 mm → Fibrinogen; EXTEM CT > 75 s → PPSB
EXTEM A5 < 35 mm + norm. FIBTEM → TK

Blutprodukte
Initial 4-6 EK bedarfsadaptiert
EK:FFP:TK (4:4:1)

Rekombinierter Faktor VIIa; Initial 90 µg/kg KG

Koagulopathie

Kreislaufstabilisation

→ Akrinor®/ Noradrenalin/ Vasopressin/ Kristalloide + Kolloide

Ziel-MAP > 60 mmHg

Interventionell radiologische Verfahren möglich? → Verlegung ZOM; REBOA

Hysterektomie

Organisation

Instrumentierung + Basismaßnahmen

- ▶ Großvolumige IV Zugänge / Fluido
- ▶ Wärmemanagement
- ▶ Blasenkatheter / Blasenentleerung
- ▶ Indikation MAT
- ▶ Frühzeitige invasive RR-Messung

Alarmierung (Anästhesie)

- ▶ OA (Ⓢ) Regelarbeitszeit
- ▶ Aufsicht (Ⓢ) Regelarbeitszeit
- ▶ 1. Dienst (Ⓢ) Dienstzeit
- ▶ Pflege (Ⓢ)

OP-Pflege Frauenklinik

- ▶ Stützpunkt: Ⓢ
- ▶ Telefon: Ⓢ
- ▶ Funk: Ⓢ

Aktivierung Blutbank (Ⓢ)

- ▶ 3 x 0-neg EK im Kreissaal
- ▶ EKs auf Notfall
- ▶ FFP
- ▶ TK

Labor

- ▶ Gerinnungsfaktoren: Ⓢ
- ▶ Fax für Faktorenbest.: Ⓢ

Organisation Intensivbett (Ⓢ)

Notfalltelefon PNZ (BGA): Ⓢ

Klinische Symptome	anhaltende Blutung	Blutverlust >1000 ml	Blutverlust >1500 ml (~¼ Blutvolumen)	Blutverlust >2000 ml
	HINZUZIEHEN Facharzt Geburtshilfe & INFO Anästhesiologie • Patientin kreislaufstabil • Blutung: – >500 ml nach vaginaler Geburt – >1000 ml nach Sectio caesarea • CAVE: Blutverluste werden leicht unterschätzt! → Messen statt schätzen!!!	HINZUZIEHEN Oberarzt Geburtshilfe & Anästhesiologie VERLEGUNG in Zentrum erwägen • Patientin kreislaufstabil • anhaltend schwere Blutung	Ausreichend Personal und Expertise (OA Geb. und OA Anä.) Hämostaseologischer / radiologischer Konsildienst? • <u>kreislauf</u>instabile Patientin (Schock-Index [HF / RRsys] > 0,9) mit persistierend schwerer Blutung (Alarmzeichen: BE <-6 mmol/l und Lactat >4 mmol/l)	Ausreichend Personal und Expertise? Hämostaseologischer Konsildienst? Embolisation verfügbar? • hämorrhagischer Schock
Geburtsmedizin	• Blutverlust messen • innere Blutung (z.B. Uterusruptur) ausschließen • 2 i.v.-Zugänge (mögl. großlumig) • Kreuzprobe / Notfalllabor (Blutbild, BGA, aPTT, Quick/INR und, sofern verfügbar, Fibrinogen, FXIII, VET), EK bereitstellen • angepasste Volumengabe (Kristalloide) • Blase katheterisieren • rasche interdisziplinäre Klärung der Blutungsursache (4T): – Tone: Uterustonus (Atonie?) – Tissue: Plazentainspektion (Plazentarest?) – Trauma: SpekulumEinstellung (Geburtskanal?) – Thrombin: Gerinnung (Laborwerte? / VET?) • Uteruskompression – Ultraschall	• ALARMIERUNG OP-Team • Ausschluss Uterusruptur – Nachtastung / Ultraschall • bei V. a. Plazentarest (nach US oder Inspektion) – manuelle Nachtastung – ggf. Kürettage (US-Kontrolle) • HAMILTON-Handgriff / Aortenkompression erwägen • ggf. Tamponadeverfahren • zusätzliches Personal hinzuziehen	• BLUTSTILLUNG – Laparotomie / Gefäßklemmen / Kompression – Kompressionsnähte / Ligaturen • TAMPONADEVERFAHREN – mit Hämostyptika (Celox®, <i>off-label!</i>) / Streifentamponade • BALLON-TAMPONADE des Uterus – Balloneinführung unter Ultraschallkontrolle (ausreichendes Auffüllen des Ballons, Sulproston weiter) – leichten Zug applizieren – Ballon-Deblockade / -Entfernung nach 24 h	• HYSTEREKTOMIE interdisziplinär erwägen • PERSISTIERENDE oder ERNEUTE BLUTUNG (bei liegender Ballon-Tamponade oder nach Deblockade) – ggf. erneute Ballon-Tamponade („bridging“) – Packing – Ballonokklusion der Aorta – Embolisation (Radiologie) • NACH BLUTUNGSSTOPP – Stabilisierung – Intensivüberwachung – Ballon-Deblockade nach 24 h (ggf. nach Transfer in Zentrum)
Anästhesiologie / Gerinnung	(falls noch nicht durch Geburtsmedizin erfolgt) • OXYTOCIN – 3–5 IE als Kurzinfusion – ggf. dann 10-40 IE in 500-1000 ml als Dauertropfinfusion • TRANEXAMSÄURE – 1 g i.v. • ggf. MISOPROSTOL (zur Therapiesicherung) – 800-1000 µg rektal oder 600 µg oral – <i>off-label!</i>	• Bereitstellung 4 FFP / 4 EK / 1 TK (ggf. in Kreißsaal / OP bringen lassen) • wenn >25 IE Oxytocin: Wechsel auf SULPROSTON (dann Oxytocin absetzen; nur i.v.; rascher Wechsel; Kreislaufmonitoring); Dosierung: 500 µg in 500 ml als Dauertropfinfusion: deeskalierend!, d.h. 3 min 8,3 ml/min bzw. 500 ml/h (8,3 µg/min), dann 7 min 1,7 ml/min bzw. 100 ml/h (1,7 µg/min), dann weiter mit 0,2-0,4 ml/min bzw. 10-20 ml/h; max. 1500 µg/Tag • O₂-Gabe • großlumiger Zugang (≥14-16 G) • angepasste Volumen- / Blutproduktgabe • MAT & Massivtransfusionsgerät erwägen	• O₂-Versorgung sicherstellen, endotracheale Intubation erwägen • Shaldon-Kath. (ggf. US) / arterielle Druckmessung vorbereiten • MAT & Massivtransfusionsgerät aufbauen und anschließen • ggf. VASOPRESSOREN (z.B. NORADRENALIN, PHENYLEPHRIN oder THEODRENALIN / CAFEDRIN) • Start der Gerinnungstherapie nach Bedingungen und Vorhaltungen der jeweiligen Klinik GERINNUNG (wenn entsprechende Werte erniedrigt): • ggf. FIBRINOGEN 30-60 mg/kgKG; Ziel: ≥2,5 g/l (A_{5:10} >12mm) und / oder • ggf. FXIII 20 IE/kgKG ; Ziel: FXIII-Aktivität >60% • ggf. PPSB initial 25 IE/kgKG • zum Ersatz des Plasmavolumens FFP ≥30 ml/kgKG (EK:FFP:TK = 4:4:1) • ggf. TRANEXAMSÄURE 1 g wiederholen • evtl. (bei V.a.) erworbene Thrombozytopathie; nur <u>nach</u> Abnabelung DDAVP 0,3 µg/kgKG über 30 Minuten	• endotracheale Intubation • Shaldon-Kath. (ggf. Ultraschall) / arterielle Druckmessung legen • MAT bei Sammelvolumen >1000 ml aufbereiten • möglichst „hybrid approach“ (initial EK:FFP:TK = 4:4:1, dann schnellstmöglich zielgerichtet, Gerinnungslabor- / VET-gesteuert) • „damage control“ mit permissiver Hypotonie GERINNUNG • ggf. REKOMBINANTEN FAKTOR VIIa erwägen initial 60-90 µg/kgKG (Bolus), nur bei >35,0°C & Fibrinogen >1,5 g/l & Thrombozyten >50 Gpt/l; ggf. Wiederholungsdosis bei persistierender Blutung nach 30 min

ZIELE DER THERAPIE:

Blutungsstopp | Hämodynamische Stabilisierung | Optimierung der Gerinnung

Hämoglobin 7-9 g/dl (4,3-5,5 mmol/l), Thrombozyten ≥70-100 Gpt/l, MAD ≥55-65 mmHg, pH ≥7,2, Temperatur ≥34°C, Kalzium ≥0,9 mmol/l, BE >-6 mEq/l, Lactat <4 mmol/l.

BGA Blutgasanalyse; MAT maschinelle Autotransfusion (z.B. „Cell Saver“); VET viskoelastische Tests (z.B. ROTEM®, TEG®, ClotPro®, Quantra®)

Version: 11 Jul 2022

PROMPT

- Flüssigkeitsweiderbelebung: 2 bis 3,5 Liter warme Ringerlösung
- Cave „kleine“ Frau
- Carboprost: F2alpha 250mikrogramm alle 15 Minuten i.m.

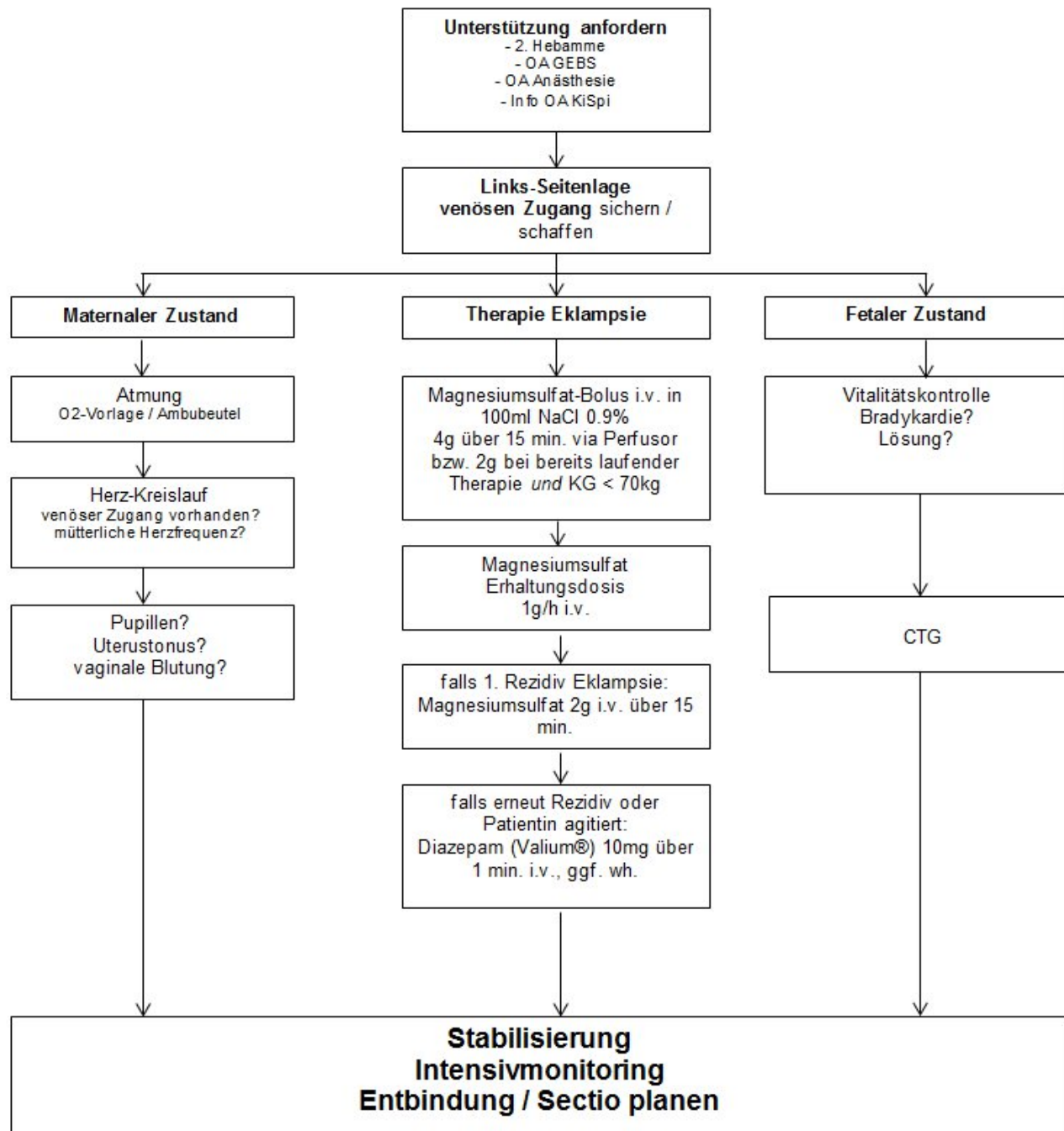
Eklampsie = eklamptischer Anfall

- 2/3 pränatal, 1/3 postnatal
- meist überraschend und ohne Prodromi eintretend
- Ⓟ tonisch-klonische Krämpfe
- akut lebensbedrohliche Situation:
- matern. Mortalität: 2 – 5%
- fetal. Mortalität: $\leq 20\%$!
- Cave: DD epileptischer Anfall, schwierig zu unterscheiden, aber bei Schwangeren epileptischer Anfall selten, Anamnese

antikonvulsive Therapie bei Eklampsie

- Magnesiumsulfat
3 – 4g langsam i.v. über 20 min.
anschl. 1 – 2g/Std. über Perfusor
- Cave
Oligourie ($\leq 50\text{ml/Std.}$)
fehlender Patellarsehnenreflex
Atemfrequenz $\leq 14/\text{min.}$ (Pulsoxymetrie $\sim 95\%\text{SO}_2$)
- Antidot: Calcium (1 Amp. = 10mg Ca^{++} , langsam 3 min i.v.)
- Diazepam
5 – 20mg langsam i.v./ ggf Nasenspray !
Midazolam 5mg
Alternativ Tavor !

kein Beisskeil!!



RR - Notfallregime

- Urapidil(Ebrantil®) Peripherer α_1 -Blocker, zentrale Stimulation von Serotonin 5HT_{1A}-Rezeptoren 5–10 mg als Bolus; 5–50 mg/h als kontinuierliche Infusion 3–5 min 4–6 h(HWZ: 3 h)
- Nitrolingual – spray 1-3 Hübe

PROMPT

- Linksseitenlage, O₂, Kreislauf
- Nur Mg 4g i.v. über 5 Min. Dann 1g/h über 24h
- Erneuter Krampf: 2g Mg über 5 Min.
- Asthma oder afrokaribisch: Nifedipin 10mg oral alle 30 Min ggf Hydralazin i.v. 5mg alle 15 Min.
- Sonst: Labetalol 200mg oral Wh nach 30Min. (wenn erfolglos i.v.: 50mg über 2Min alle 5 min bis zu 4x)
- Strenge Bilanz

Notfallmedikamente: Psyche

- Psychose : Haloperidol 5-10mg ggf alle 30 Min Loxapin 1 Inhalation ggf WH nach 2h
- Angst: Lorazepam (Tavor) expedit unter die Zunge ggf. WH nach 60 Min (cave Hypotonie und Atemdepression)
Diazepam 5-10mg schlecht steuerbar
cave
Hypotonie/Atemdepression

Notfallmedikamente

- Boxen vorhalten (Blutung/Eklampsie)
- Nur Oxytocin ist im Kühlschank
- Wissen wo was lagert !
- Liste schreiben

NS-vorfall PROMPT

- Hochschieben des Kopfes
- Knie Ellenbogen – oder Links-SL, Kopf tief. Kissen unter linkes Becken
- Blasenfüllung 500ml
- Ggf. Tokolyse
- Spinalanästhesie !

Gemini PROMPT

- Nach Geburt 1. Zwillings Lagestabilisierung und US
- Bei BEL 2. Zwillings äußere Wendung oder innere Wendung auf den Fuß
- Zeitintervall max. 30 Min.

Uterusinversion

- Cave Schock und Blutung
- Rasche Rückverlagerung ggf. unter Tokolyse (Fenoterol oder Nitrospray) oder in Vollnarkose
- Plazenta erst nach Rückverlagerung lösen
- Cave Atonie

Das posteriore reversible Enzephalopathie-Syndrom (PRES)

- Therapie: Blutdrucksenkung (z.B. Labetalol i.v.), wenn ein rein vasogenes Ödem vorliegt, sowie potentielle Auslöser (z.B. Chemotherapeutika, Immunsuppressiva) möglichst sistieren, sowie entsprechende Therapie gemäß Symptomatik
- Prognose: Bei raschem Behandlungsbeginn meist gut und eine Restitutio ad integrum häufig
- Gemäss Literatur besteht ein Zusammenhang zwischen verzögerter Diagnosestellung mit spätem Therapiebeginn und ungünstigem Verlauf ,daher ist die Kenntnis des PRES enorm wichtig!

Das posteriore reversible Enzephalopathie-Syndrom (PRES)

- PRES = Kombination von akut auftretenden Kopfschmerzen, Sehstörungen, epileptischen Anfällen und einer (meist) qualitativen Bewusstseinsalteration
- Typischer MRT-Befund: Vasogenes Ödem vor allem in der posterioren zerebralen Hemisphäre (symmetrische okzipitale Hyperintensitäten auf T2/FLAIR-Sequenzen im MRT und Hypodensitäten in der CCT, wobei das MRT dem CCT überlegen ist)
- Häufige Auslöser: hypertensive Krisen, Immunsuppression, Nierenversagen, Autoimmunerkrankungen, Eklampsie

Die peripartale oder postpartale Kardiomyopathie (PPCM)

- Inzidenz: 1:3500-1:1400 in USA & Europa
- Klinik: **schnelle** Entwicklung einer systolische Dysfunktion entsprechend dem Bild einer dilatativen Kardiomyopathie bis zur terminalen Herzinsuffizienz
 - >Ejektionsfraktion des linken Ventrikels $< 45\%$ (normal $\geq 55\%$)
 - >Kurz vor bis 6 Monate nach der Geburt bei Frauen ohne kardiovaskuläre Vorerkrankungen
 - >erste klinische Symptome häufig Dyspnoe, Husten, Beinödeme und allgemeine Abgeschlagenheit, aber auch periphere arterielle Thrombembolien

Die peripartale oder postpartale Kardiomyopathie (PPCM)

- Pathomechanismus:
 - > es kommt u.a. zur Spaltung des Stillhormons Prolaktin durch Cathepsin D (Insulin-Protease) in eine pro-apoptotische und anti-angiogenetische 16 kDa Subform
 - > das 16 kDa Prolaktin schädigt das Endothel und damit auch die Mikrozirkulation im Myokard
 - > Therapeutischer Ansatz für Bromocriptin in Kombination mit einer Herzinsuffizienztherapie, dass in einer Pilotstudie in Südafrika zur Verbesserung der kardialen Funktion und der Überlebensrate führte und in Deutschland im Rahmen von individuellen Heilversuchen bestätigt wurde (Bromocriptin ist zur Therapie der PPCM nicht zugelassen)
 - > zurzeit läuft eine Bromocriptin-Studie mit PPCM-Patientinnen an der MHH

Die peripartale oder postpartale Kardiomyopathie (PPCM)

- Therapie:
 - > Herzinsuffizienztherapie (β -Blocker, ACE-Hemmer, Diuretika) plus ggf. Bromocriptin
- Prognose:
 - > Mortalität nach 6 Monaten ca. 10-20%, nach 2 Jahren ca. 30%
- > keine klinische Verbesserung der Pumpfunktion im Verlauf bei ca. 30-40%
 - > nur bei ca. 20-30% Normalisierung der linksventrikulären Pumpfunktion

Manualhilfe nach Bracht

- Beginn: wenn der Nabel geboren ist
- Steiß mit beiden Händen gürtelförmig so umfassen, daß die Oberschenkel durch die Daumen des Geburtshelfers gegen den Bauch des Kindes gedrückt werden
- Die übrigen Finger liegen auf der Kreuzbein-Lendengegend des Kindes
- In dieser Stellung das Kind langsam anheben
- Steiß ganz langsam auf einem Kreisbogen um die Symphyse herum gegen den Leib der Mutter hin bewegen (-> Rotation um die Symphyse)

Assistierte Spontangeburt nach Bracht

- Beginn: wenn der Nabel geboren ist
- Steiß mit beiden Händen gürtelförmig so umfassen, dass die Oberschenkel durch die Daumen des Geburtshelfers gegen den Bauch des Kindes gedrückt werden
- Die übrigen Finger liegen auf der Kreuzbein-Lendengegend



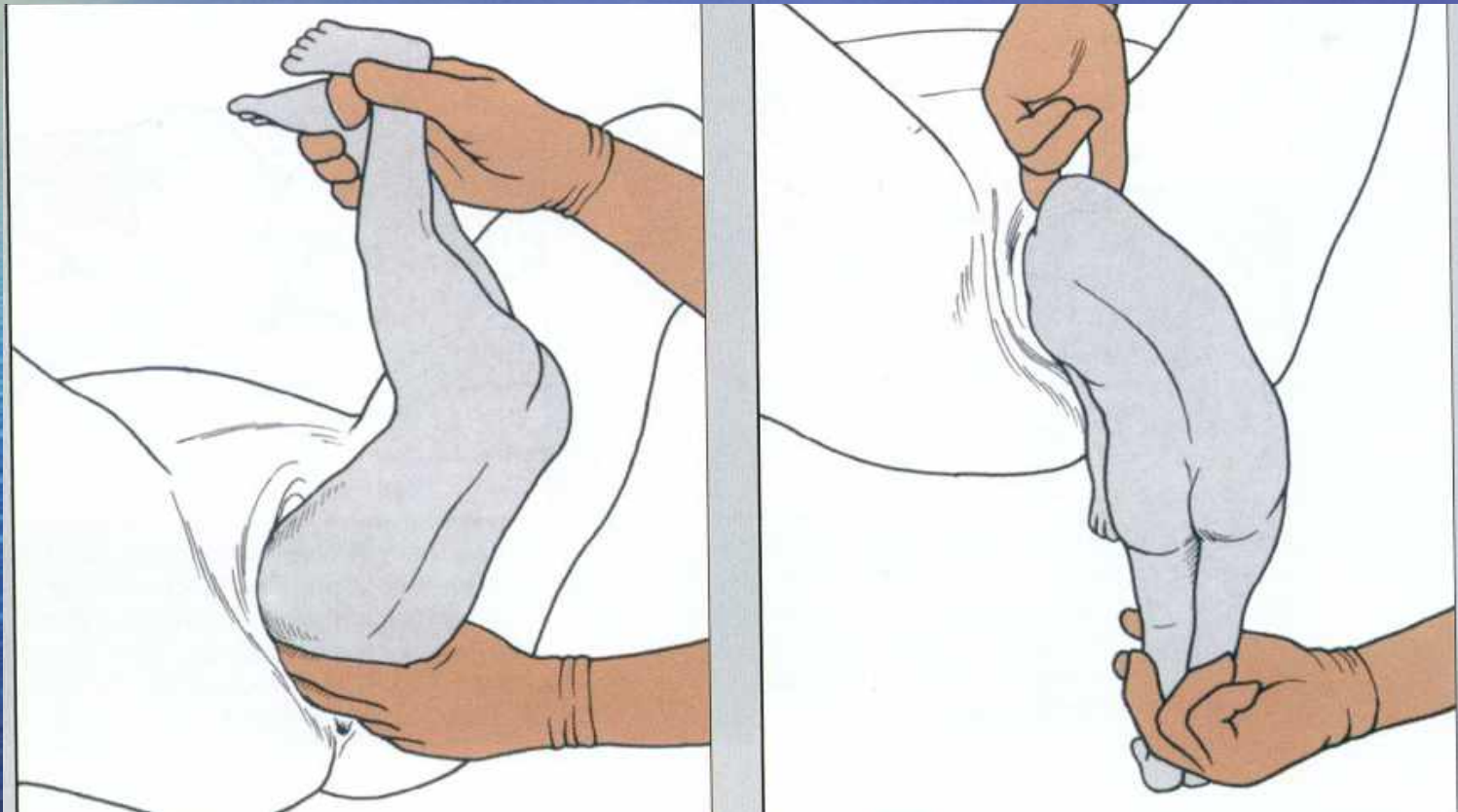
Umgekehrter Merkelgriff !!



- In dieser Stellung das Kind langsam anheben
- Steiß ganz langsam auf einem Kreisbogen um die Symphyse herum gegen den Leib der Mutter hin bewegen (-> Rotation um die Symphyse)



Armlösung nach Bickenbach



Veit - Smellie

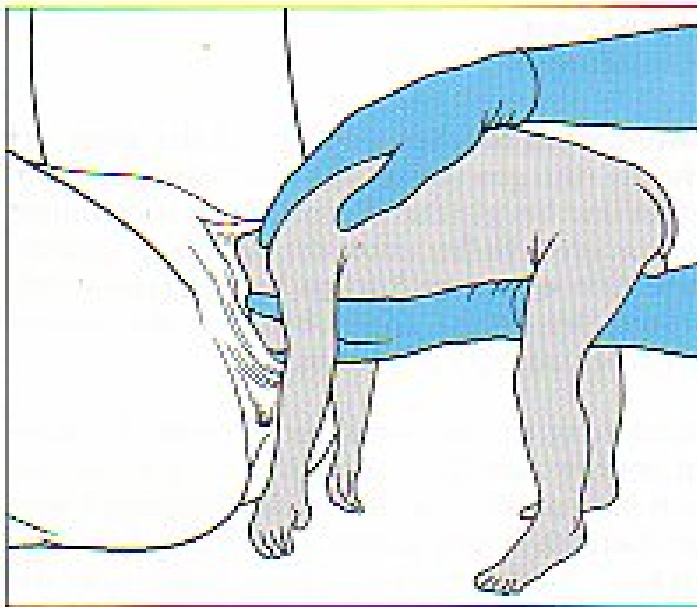


Abb. 38 Entwicklung des nachfolgenden Kopfes nach Veit-Smellie (1). Der Rumpf ist mit der Bauchseite auf dem Unterarm der inneren Hand des Geburtshelfers gelagert. Der Zeigefinger der inneren Hand sucht den Mund des Kindes auf, um eine evtl. noch ausstehende Beugung und Rotation nachzuholen. Die äußere Hand greift gabelkörnig über den Nacken des Kindes.

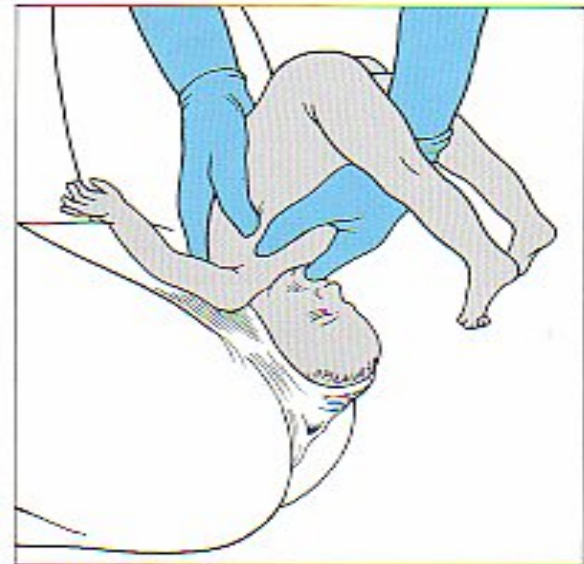
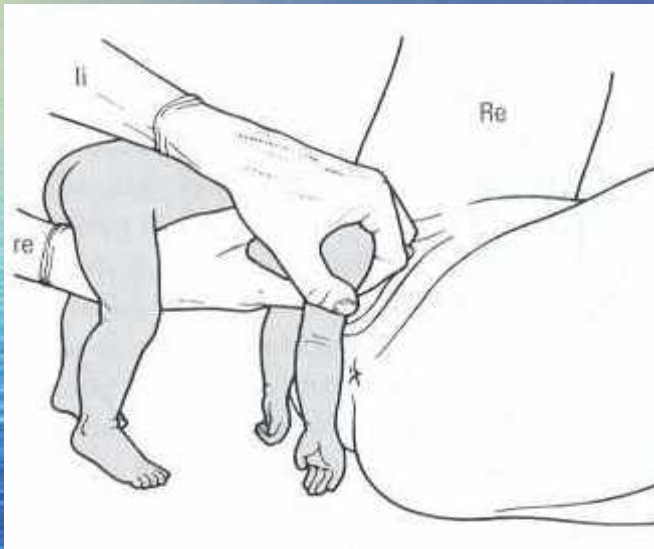


Abb. 39 Entwicklung des nachfolgenden Kopfes nach Veit-Smellie (2). Es wird der Kopf bis zum Erreichen des Stemmpunktes im Bereich des Nackens extrahiert. Durch Anheben des Rumpfes wird unter Führung des Kopfes mit der inneren Hand das Gesicht über den Damm entwickelt. So ist ein Durchtritt des Kopfes mit dem kleinen Umfang der Circumferentia suboccipito-bregmatica sichergestellt.

Veit-Smellie Handgriff



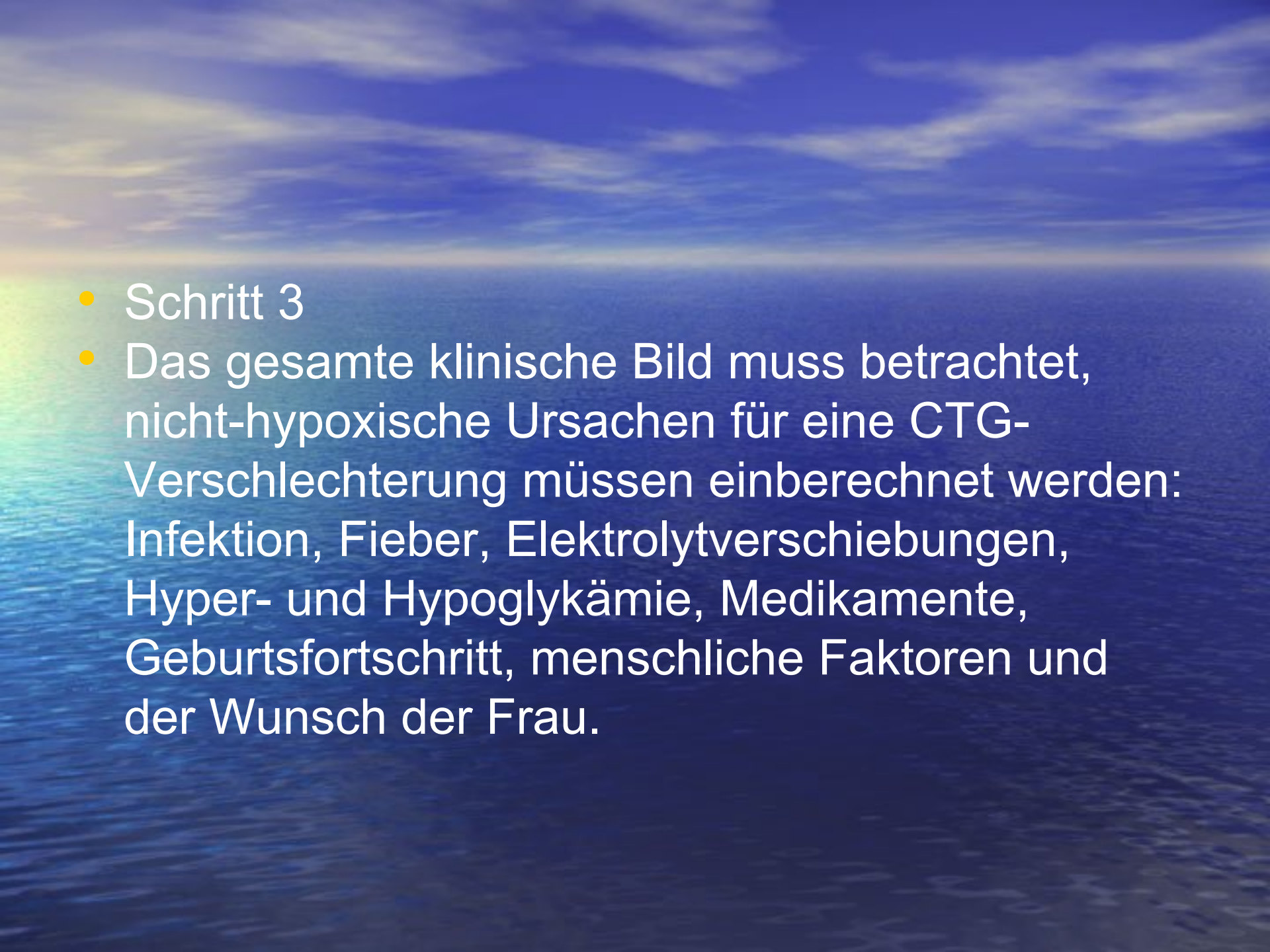
Prinzip:
Bis zur Nackenhaargrenze
abwärts ziehen,
dann langsam
Symphsenwärts heben

Test für 2

- Stoppuhr
- Klopfen mit Frequenz 60
- Augen geschlossen
- Rechte Hand hoch bei Unruhe
- Zusätzlich linke Hand hoch bei Panik

- **Schritte der physiologischen CTG-Interpretation**
- Schritt 1
- **Diese Fragen sollten in der Schwangerschaft beantwortet werden:**
- Ist dieses Baby fit für eine Geburt (Anamnese)?
- Hat das Kind eine stabile Baseline mit einer adäquaten fetalen Herzfrequenz für das Gestationsalter?
- Ist die Oszillation normal?
- Gibt es Schlaf-Wach-Phasen (Cycling)?

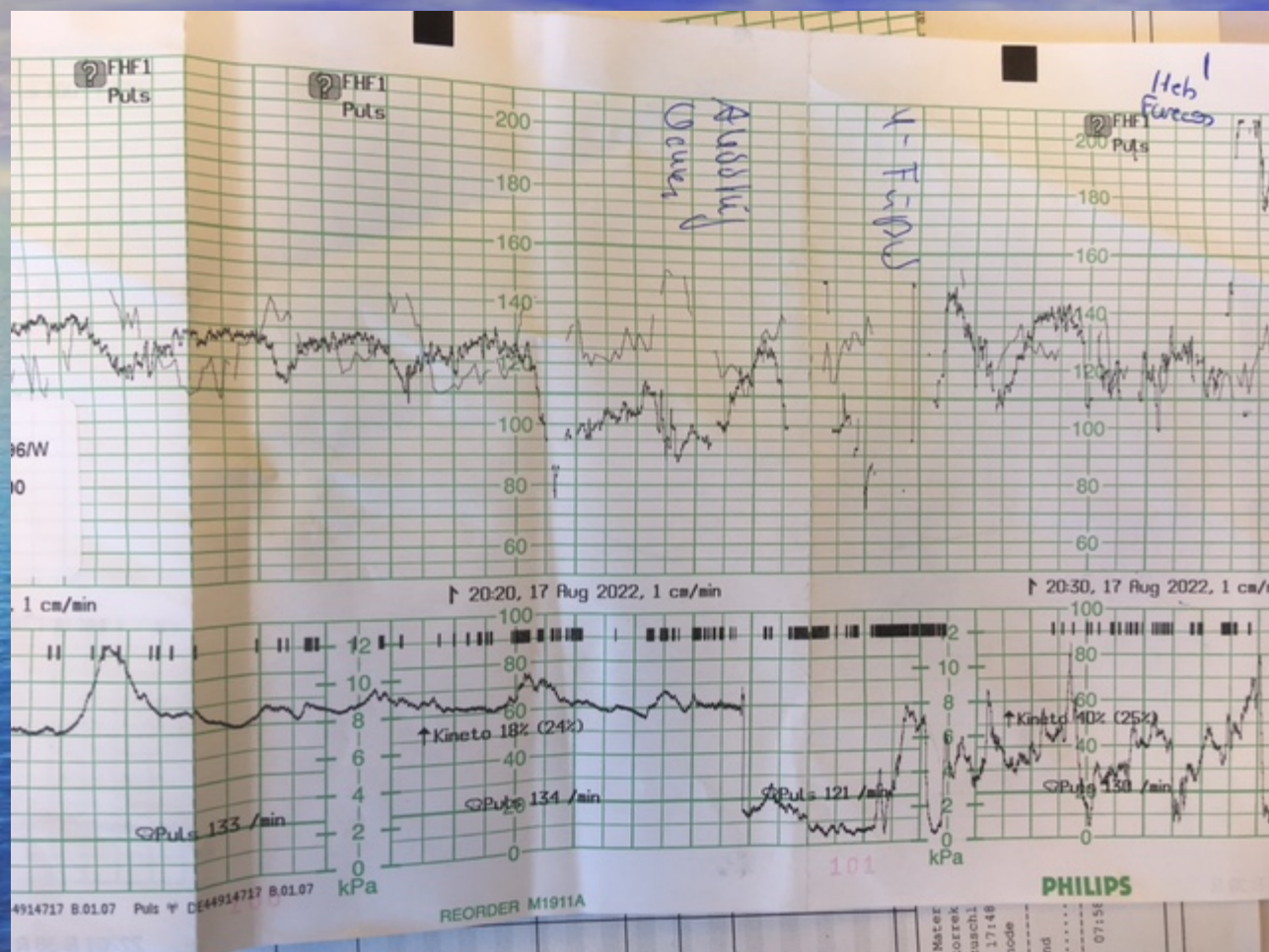
- Schritt 2
- Diese Fragen sollten sub partu beantwortet werden:
- Ist das Kind hypoxischem Stress ausgesetzt? → Das Zeichen dafür sind Dezelerationen.
- Kompensiert das Kind diesen Stress? → Das Zeichen dafür ist eine stabile Baseline trotz Dezelerationen.
- Gibt es Zeichen einer Dekompensation? → Das Zeichen dafür ist ein Anstieg der Baseline, eine eingeschränkte oder saltatorische Oszillation oder weniger Zeit auf der Baseline als in der Dezeleration.

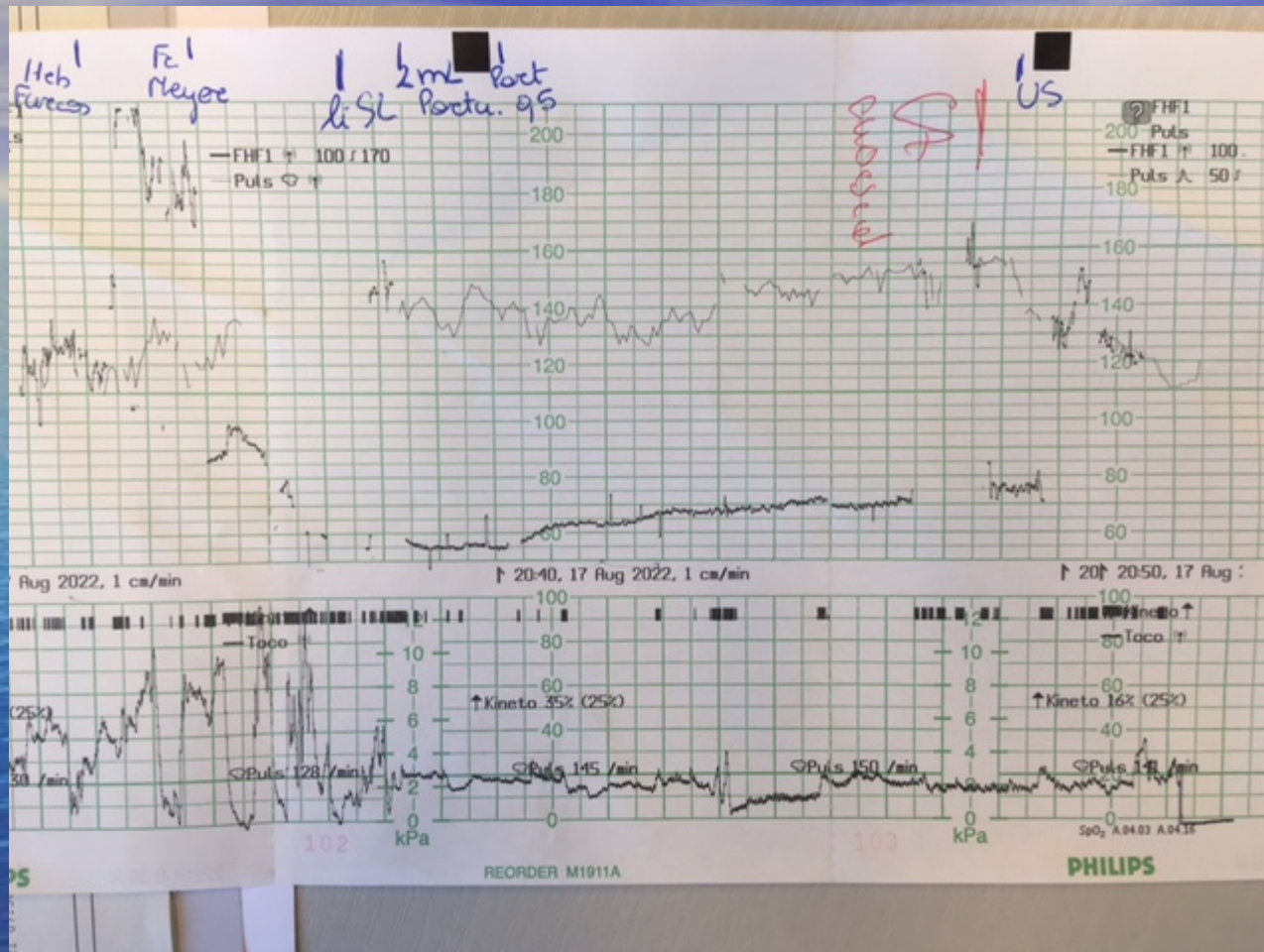
- 
- Schritt 3
 - Das gesamte klinische Bild muss betrachtet, nicht-hypoxische Ursachen für eine CTG-Verschlechterung müssen einberechnet werden: Infektion, Fieber, Elektrolytverschiebungen, Hyper- und Hypoglykämie, Medikamente, Geburtsfortschritt, menschliche Faktoren und der Wunsch der Frau.

CAVE: Bei Warnhinweis "FHF" ist folgendes zu beachten:

- CTG-Aufzeichnung ist nicht mehr zu verwerten !
- Sicherstellung kindlicher Parameter: Bewegung, Dopton, Ultraschall
- Interne CTG-Ableitung erwägen !
- Nicht hilfreich: Pulsen der Mutter

Stand: 02.02.2018





CTG^XPERT

ImPuls

DIE GROSSE REIHE ZUM
PHYSIOLOGISCHEN CTG



Online-Workshop, 23. April 2024

www.ctg-xpert-ulm.de

Der einzige echte Notfall ist

- Die vorzeitige Plazentalösung
- Auch die Uterusruptur ist nur dann !! Ein Problem

Notsektio

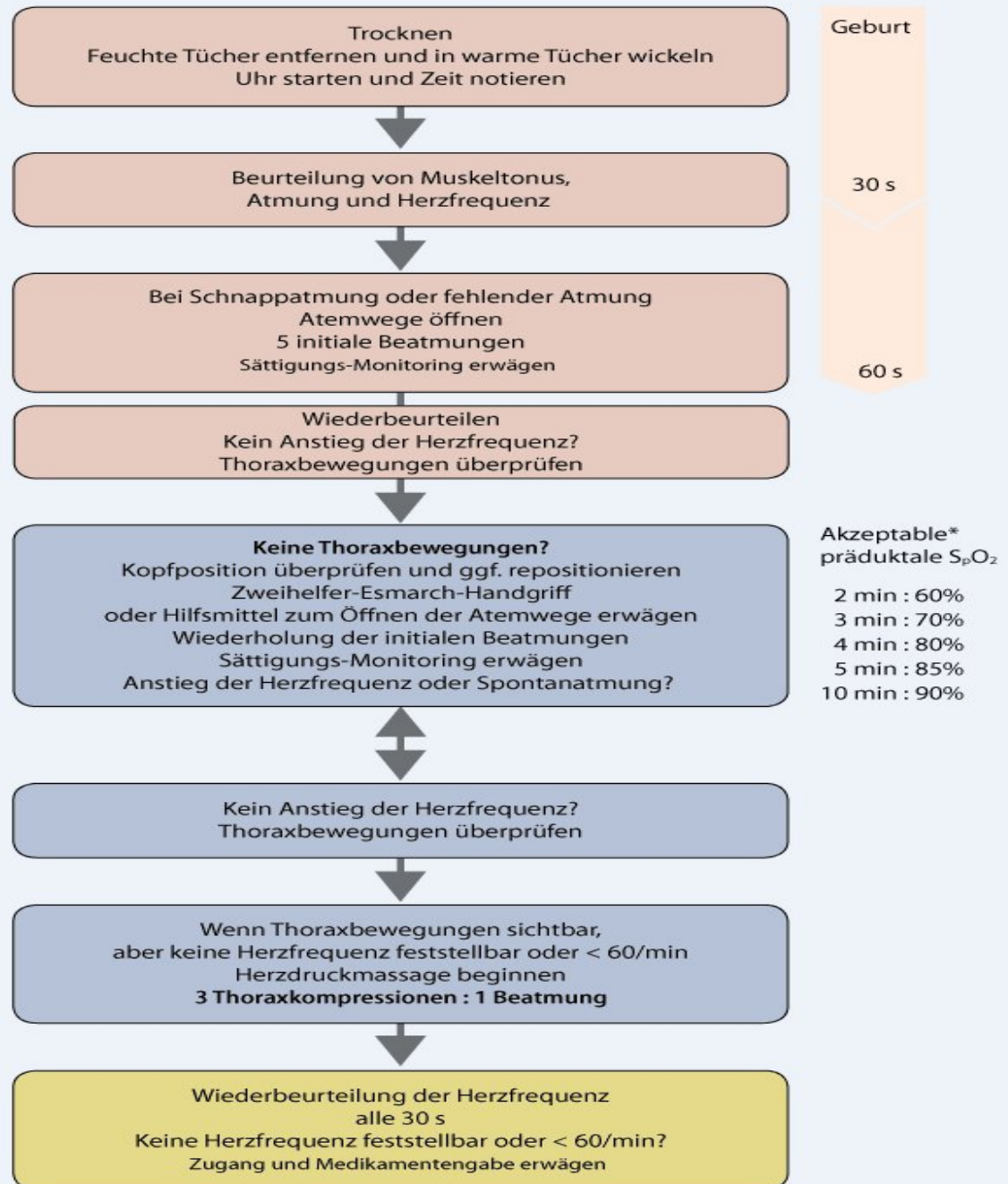
- EEE-Zeit
- Wenn Plazentalsg. unwahrscheinlich
Reevaluation
- Eklampsie keine Indikation
- Wenn Kind sich erholt – warten – keine Sektio in
der sich auflösenden Asphyxie
- Cave Traumatisierung
- Angst ist der Begleiter nicht der Bestimmer

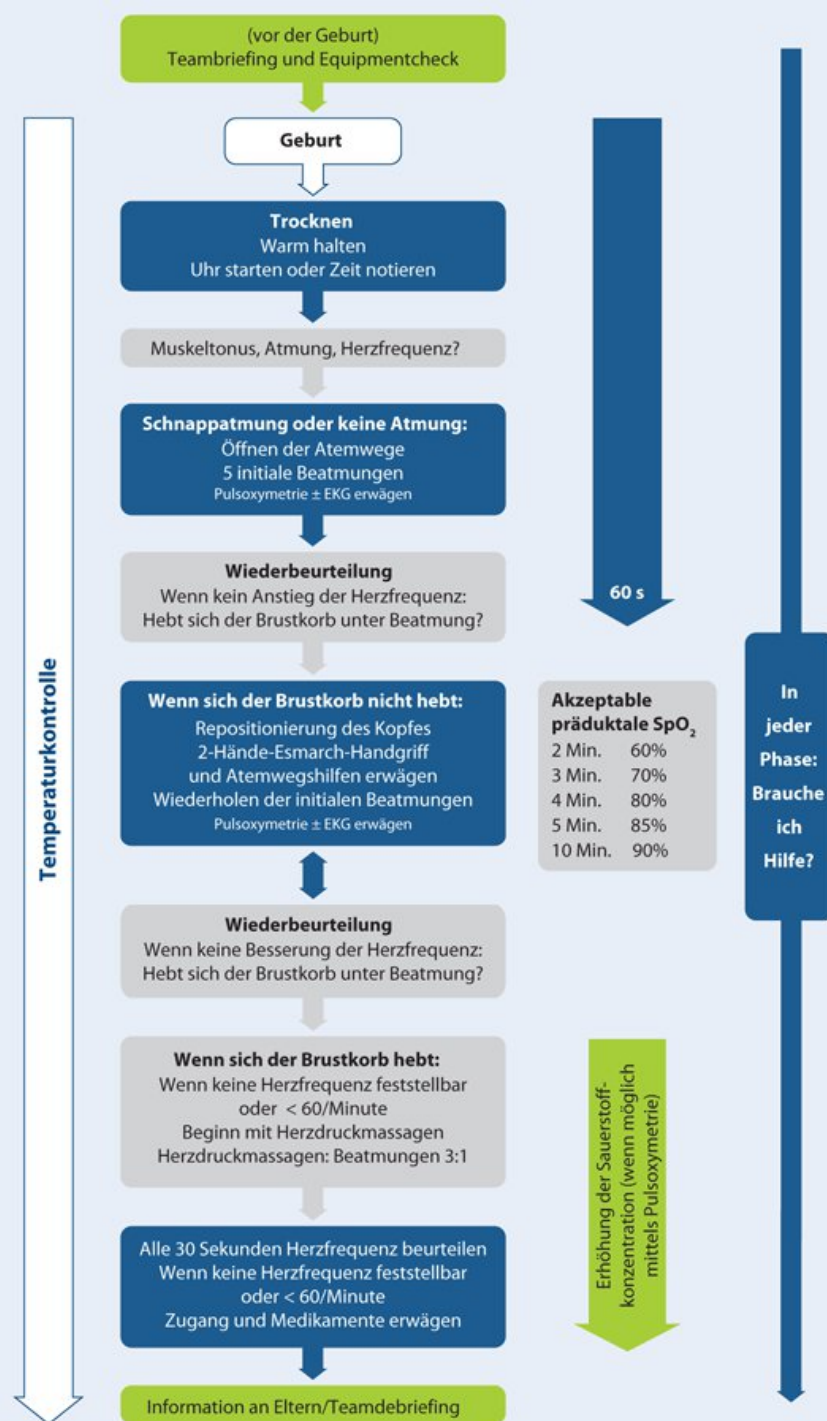
Sonderfall

- Was tun bei Verweigerung der Sektio oder anderer lebensrettender Maßnahmen ??

IN JEDER PHASE: BRAUCHE ICH HILFE?

Reanimation des Neugeborenen





Neugeborenen Rea in 3

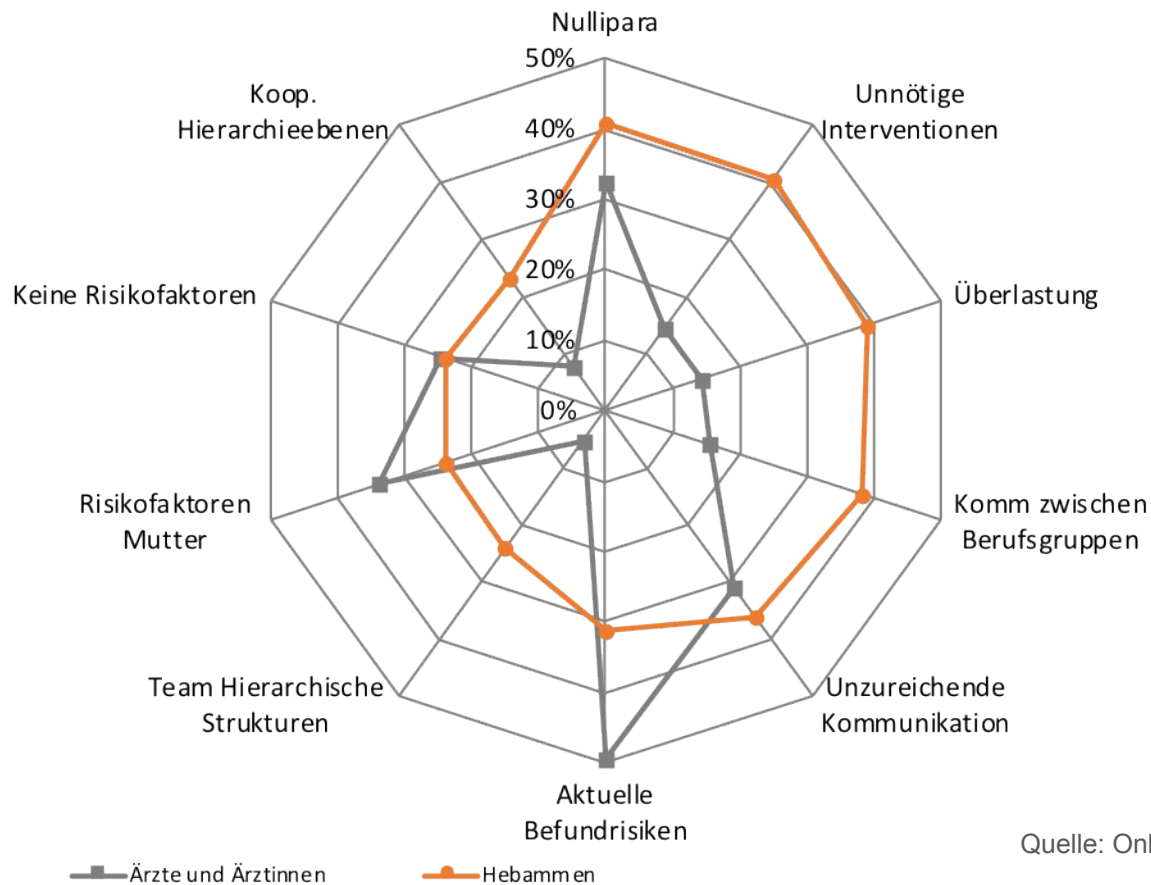
Reifes Kind - ca 3kg

- Selbst 3x tief durchatmen
- 3 (-5) prolongierte Hübe über Maske
- 3 (-8) mmHg CPAP
- Max . 30 mmHg bei Mekoniumaspiration
- Rea 1:3
- 30 ml Ringer o.ä.
- 3 Teilstriche Adrenalin nach Verdünnung

Tab. 5.8: Übereinstimmung zwischen Hebamme und Arzt/Ärztin in Bezug auf die Empfehlung zum Kaiserschnitt

Arzt/Ärztin hat Kaiserschnitt empfohlen (n=259)	Hebamme hat Kaiserschnitt empfohlen	Hebamme hatte uneindeu- tige Mei- nung	Hebamme hätte lieber abgewar- tet	Hebamme hat Ent- scheidung überlas- sen	Hebamme war gegen Kaiserschnitt
	66,4%	7,7%	6,9%	5,4%	13,5%
Hebamme hat Kaiserschnitt empfohlen (n=190)	Arzt/Ärztin hat Kaiserschnitt empfohlen	Arzt/Ärztin hatte uneindeu- tige Mei- nung	Arzt/Ärztin hätte lieber abgewar- tet	Arzt/Ärztin hat Ent- scheidung überlas- sen	Arzt/Ärztin war gegen Kaiserschnitt
	90,5%	3,6%	0,5%	0,5%	4,7%

Top 10 der erlebten Begleitumstände



Quelle: Onlinebefragung

Do You suffer from illnesses developed since the adverse event? 16% yes

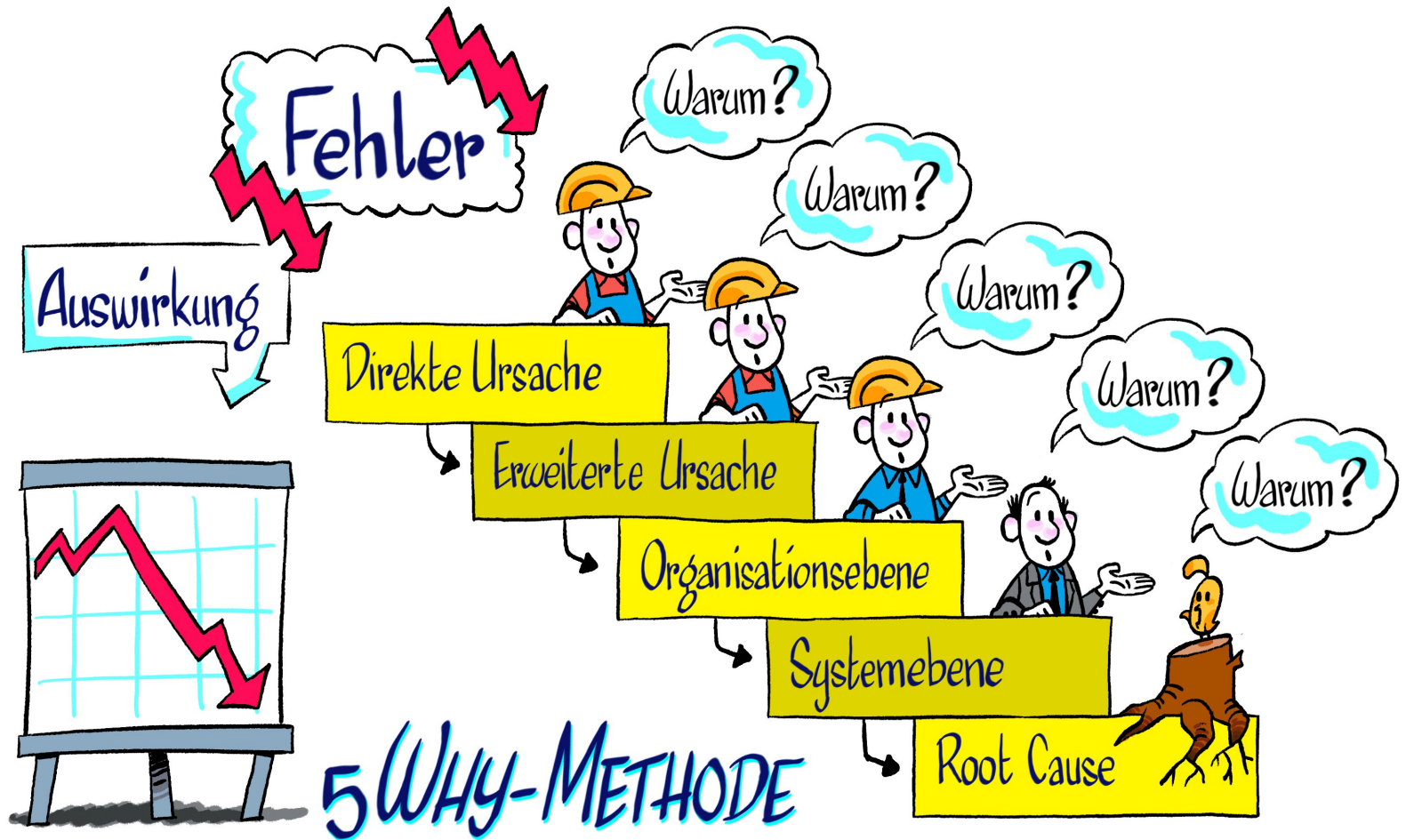


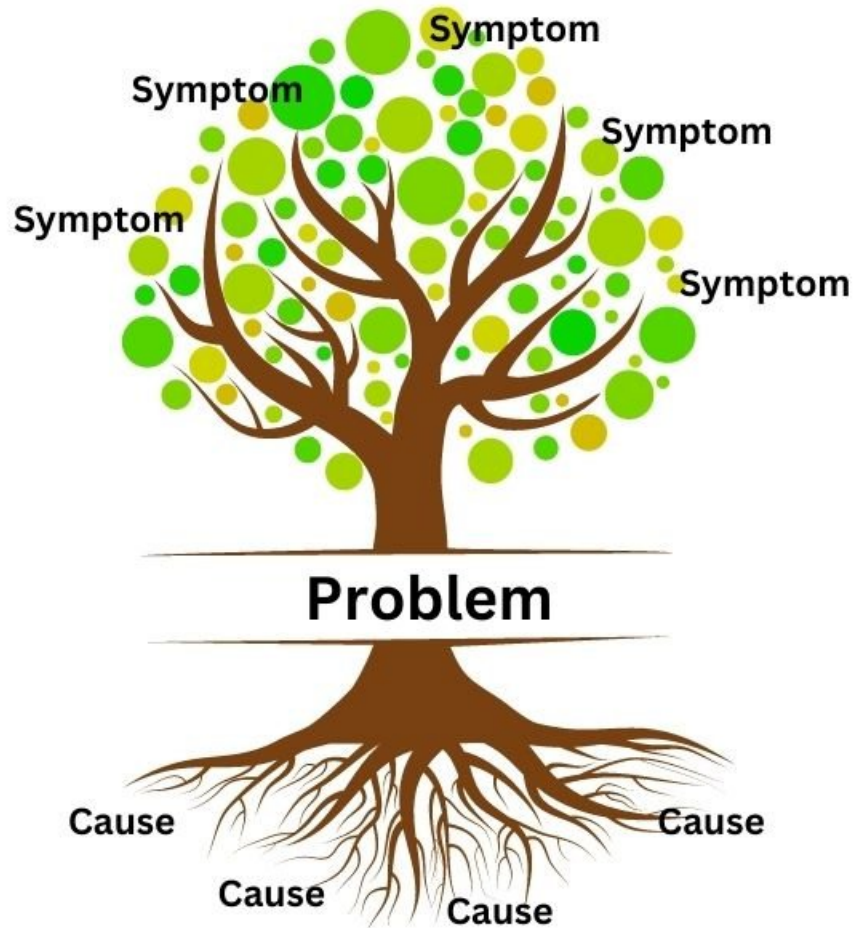
If so... which ones?

Answer Options	Response Percent	Response Count
Burnout	24,7%	19
panic attacks	23,4%	18
eating disorder	10,4%	8
hypertension	11,7%	9
diabetes type II	0,0%	0
sleeping disorders	59,7%	46
addiction	10,4%	8
depression	15,6%	12
gastritis	27,3%	21
cancer	2,6%	2
other	19,5%	15
answered question		77
skipped question		225

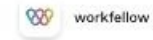
Großschaden – was tun?

- Emotionalität aushalten
- Stille Post oft unvermeidlich
- Verantwortung nicht vorschnell adressieren
- Rasch externes neutrales Gutachten
- London Protokoll
- Debriefing, Mediation und Supervision
- Strukturfehler rasch beheben
- Gespräche/ Freistellung/ Therapie
- Vermeidung von 2.- und 3.-Opfern



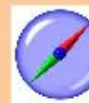


Above the surface
you can see the
symptoms
of the problem



Dig deeper and
you find the
root cause
of the problems

Die 5-Why-Methode



Axel Schröder
Unternehmensberatung für
Mittelstand und Handwerk

1. Die Problemstellung

Genaue Beschreibung des Problems anhand von Visualisierungen, Skizzen oder Fotos

- Was ist eigentlich passiert?
- Wann tritt das Problem auf?
- Wo tritt es auf?
- Wie häufig tritt es auf?
- ...

2. Die Ursachenanalyse

Man gelangt zum Kern des Problems, indem auf jeder Ebene eine Warum-Frage gestellt wird. 

Aus deren Antwort leitet sich die nächste Warum-Frage ab. Die Wirkungszusammenhänge werden so in kleinen Schritten erfasst.

3. Die Gegenmaßnahmen

Nachdem die Ursache für das Problem bekannt ist, muss diese abgestellt werden. Geeignete Maßnahmen sind zu treffen:

- Was muss akut getan werden?
- Was muss man für die Zukunft ändern, um so etwas zu verhindern?

4. Die Kontrolle

Nach der Umsetzung der Gegenmaßnahmen ist eine Kontrolle erforderlich

- Haben die Maßnahmen gegriffen?
- Tritt das Problem noch oder wieder auf?
- Ist eine neue Ursachenforschung notwendig?

Man muss 2x auf den Spülkastenknopf drücken 

Warum muss man 2x drücken?

Weil das Wasser sonst nicht aufhört zu fließen

Warum hört es nicht auf zu fließen?

Weil die Dichtung nicht richtig schließt

Warum schließt sie nicht richtig?

Weil sie verkalkt ist

Warum ist sie verkalkt?

Weil sie nicht rechtzeitig ausgetauscht wurde

Warum wurde sie nicht rechtzeitig ausgetauscht?

Weil sie nicht im Wartungsplan steht

Was brauchen wir Geburtshelfer?

- Kompetenz (richtiges Erkennen)
- Angstfreies Denken und abgestimmtes Handeln
- Struktur- Teamarbeit
- Kommunikation
- angstfreie Nachbesprechung
- Fehlermanagementkultur
- Supervision und Selbsterfahrung
- Lehren und Lehrer

ABC

- Schulter : Hilfe, Stellungsänderung, Hand
- Blutung: Erkennen, Hilfe, Zugang, Med.
- Eklampsie: Hilfe, Mg.
- Asphyxie: Hilfe, Luft, alles in 3

Tips für morgen

- Eigenes ABC entwerfen
- LL –empfehlungen in Powerpoint gießen und im QM-ordner hinterlegen
- Notfallmedikamente sichten, ergänzen, am richtigen Ort hinterlegen
- Kultur der Nachbesprechung pflegen

5E des traumasensiblen Arbeitens in der Geburtshilfe

- Erklärung
- Erlaubnis / STOP-Signal
- Empathisch, ethisch, angstbefreit
- Evident, erfahren
- Entschuldigung für ALLES



Vivian Weigert · Dr. med. Wolf Lütje

Das große *Mama* Handbuch

Alles über Schwangerschaft, Geburt
und **die ersten 10 Monate** mit Baby



Mit *MamaPlus*
Bonusmaterial auf
www.mami-kind-buch.de



Meine Wunschgeburt

Selbstbestimmt gebären nach Kaiserschnitt:
Begleitbuch für Schwangere,
ihre Partner und geburtshilfliche Fachpersonen

edition
riedenburg

- ✓ Aufklärung und fundierte Informationen – auch für Erstgebärende und Frauen mit spontanen Geburten
- ✓ Erfahrungsberichte von Kaiserschnittmüttern
- ✓ Hilfe bei der Geburtsplanung

Ohne Angst in den Kreißsaal

Immer mehr Frauen und Geburtshelfer entscheiden sich gegen eine natürliche Geburt. Doch der Gebärvorgang hat eine wichtige Funktion für Mutter und Kind. Dr. med Wolf Lütje plädiert dafür, dass Kinder auf normalem Wege zur Welt kommen und medizinische Interventionen nur Notlösungen bleiben sollten. Er macht den Schwangeren Mut, schenkt ihnen Kraft und weckt in ihnen das Vertrauen in eine natürliche Geburt.

Vivian Weigert und Wolf Lütje

- ➔ Einzigartige **MamaPlus-Links** auf die Homepage zum Buch
- ➔ Das Standardwerk der Extraklasse:
10 Monate Schwangerschaft
10 Monate Babyzeit



432 Seiten | € 29,99 [D]
ISBN 978-3-466-34550-2



ca. 144 Seiten | ca. € 14,99 [D]
ISBN 978-3-466-31065-4
Erscheint Oktober 2016
Auch als E-Book erhältlich



Martina Kruse | Katharina Hartmann (Hrsg.)

Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe

Ein Handbuch für Fachkräfte



 Schattauer

Svenja
Flaßpöhler

Verzeihen

Vom Umgang
mit Schuld



DVA

Svenja Flaßpöhler
Florian Werner

Zur Welt kommen

Elternschaft als
philosophisches
Abenteuer

BLESSING



Annemarie Stoltenberg

Wenn ein neues Leben beginnt

Die schönsten Geschichten über die Geburt
und das Wunder der ersten Stunden

RECLAM



DR. MED. WOLF LÜTJE
Deutschlands ganzheitlichster
Geburtshelfer

DEIN GEBURTS COACH

Wie du
selbstbestimmt,
individuell und
voller Zuversicht
die Ankunft deines
Babys vorbereitest





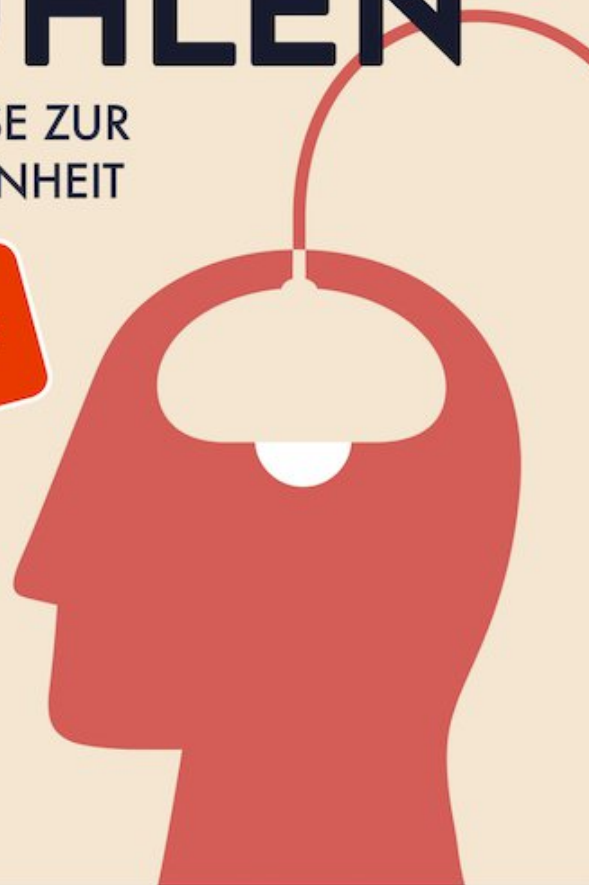
DR. LEON WINDSCHEID

BESSER FÜHLEN

EINE REISE ZUR
GELASSENHEIT

SPIEGEL
Bestseller
Platz 1

rowohlt
POLARIS



CAT BOHANNON



Das Wunder des weiblichen Körpers –
und wie er seit 200 Millionen Jahren
die Entwicklung des Lebens
auf der Erde vorantreibt

C.Bertelsmann



Hartmut Rosa

- Unser Leben wandelt zwischen den Polen der Resonanz und der Entfremdung – der Angst und dem Begehren

Hartmut Rosa **Resonanz**

Eine Soziologie
der Weltbeziehung
suhrkamp taschenbuch
wissenschaft

3-Tagesseminar Psychosomatische Grundversorgung rund um die Geburt für Hebammen, Doulas, PsychologInnen, ÄrztInnen



Diese Veranstaltung
entspricht 32 Fortbildungsstunden.

06. – 09. Mai 2026
Haus am Kliff · Wenningstedt / Sylt

B.F.G.

Bildungsinstitut Fachbereiche
Gesundheitswesen

**ANMELDUNG UND WEITERE
INFORMATIONEN:**

www.bfg-kray.de/
fortbildungsangebote-fuer-hebammen



Mittwoch, 6. Mai 2026

- 15:00 – 17:15 Uhr • Begrüßung und Einführung in die Thematik
- 17:15 – 18:00 Uhr • Pause und Imbiss
- 18:00 – 19:30 Uhr • Einführungsvortrag: Psychosomatik der Elternschaft
- 19:30 – 20:30 Uhr • Psychosomatik als Haltung:
Filminterpretation „Patch Adams“

Donnerstag, 7. Mai 2026

- 09:00 – 10:30 Uhr • Allgemeine Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie
- 10:30 – 11:00 Uhr • Pause
- 11:00 – 12:30 Uhr • Grundlagen typischer Störungsbilder und Kommunikationsmodelle in der Gesprächsführung
- 12:30 – 14:00 Uhr • Mittagspause
- 14:00 – 15:30 Uhr • Fallseminare: Selbsterfahrung mit Fokus auf „Emotionen und Trauma“
- 15:30 – 16:00 Uhr • Pause
- 16:00 – 17:30 Uhr • Fallseminare mit Fokus auf „Scham und Schuld“
- 17:30 – 18:30 Uhr • Zusammenfassung und kleiner Imbiss
- 18:30 – 21:00 Uhr • Psychosomatik als Lebensphänomen
(Beispiele aus der Literatur)

Freitag, 08. Mai 2026

- 09:00 – 10:30 Uhr • Psychosomatik der Geburt
- 10:30 – 11:00 Uhr • Pause
- 11:00 – 12:30 Uhr • Psychosomatik des Wochenbetts und des Stillens
- 12:00 – 14:00 Uhr • Mittagspause
- 14:00 – 15:30 Uhr • Fallseminare & Selbsterfahrung mit Fokus auf „Verlust und Abgrenzung“
- 15:30 – 16:00 Uhr • Pause
- 16:00 – 17:30 Uhr • Fallseminare & Selbsterfahrung mit Fokus auf „Gewalt“
- 17:30 – 18:30 Uhr • Zusammenfassung und kleiner Imbiss
- 18:30 – 20:30 Uhr • Psychosomatische Schnittstellen: Ethik, Kultur, Religion, Philosophie, Soziologie

Samstag, 09. Mai 2026

- 09:00 – 10:30 Uhr • Umsetzungsstrategien holistischer Begleitung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 10:30 – 11:00 Uhr • Pause
- 11:00 – 12:30 Uhr • Resümee, Schlussrunde, Ausblick, Was nehme ich mit?
Lernzielkontrolle anhand schriftlichem
Multiplechoice-Verfahren



Referent:

Dr. Wolf Lütje
Geburtshelfer, Frauenarzt, Psychotherapeut,
Gutachter, Autor, Präsident DGPF

Termin / Ort:

Mittwoch, 06.05. – Samstag, 09.05.2026
Haus am Kliff, Strandstraße 25, 25996 Wenningstedt-Braderup / Sylt

Kosten:

€ 550,00 (Frühbuche € 470,00) ohne Mittagessen
€ 620,00 (Frühbuche € 540,00) inkl. Mittagessen

Tagungsorganisation:

Evamaria Wilhelmi – B.F.G., Ltd. Fachbereich Hebammenwesen
Tel.: 06421 3400227 · Mobil: 015123019858
fobi@stressfrei-tagen.de

Kongressmanagement & Veranstalter:

Bildungsinstitut Fachbereiche Gesundheitswesen B.F.G.
Am Katzenberg 3 | 57258 Freudenberg
Tel.: +49 (0) 2734 572736 | Fax +49 (0) 2734 55516
bfg.kray@t-online.de | www.bfg-kray.de



**NEWSLETTER
ABONNIEREN**

4-Tagesseminar

Psychosomatische Grundversorgung rund um die Geburt

**für Hebammen, Doulas,
PsychologInnen, ÄrztInnen**



Diese Veranstaltung
entspricht 32 Fortbildungsstunden.

14. – 17. Oktober 2026

Bad Wiessee am Tegernsee

Hotel Terrassenhof

B.F.G.

Bildungsinstitut Fachbereiche
Gesundheitswesen

**ANMELDUNG UND WEITERE
INFORMATIONEN:**

[www.bfg-kray.de/
fortbildungsangebote-fuer-hebammen](http://www.bfg-kray.de/fortbildungsangebote-fuer-hebammen)



Mittwoch, 6. Mai 2026

- 15:00 – 17:15 Uhr • Begrüßung und Einführung in die Thematik
- 17:15 – 18:00 Uhr • Pause und Imbiss
- 18:00 – 19:30 Uhr • Einführungsvortrag: Psychosomatik der Elternschaft
- 19:30 – 20:30 Uhr • Psychosomatik als Haltung:
Filminterpretation „Patch Adams“

Donnerstag, 7. Mai 2026

- 09:00 – 10:30 Uhr • Allgemeine Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie
- 10:30 – 11:00 Uhr • Pause
- 11:00 – 12:30 Uhr • Grundlagen typischer Störungsbilder und Kommunikationsmodelle in der Gesprächsführung
- 12:30 – 14:00 Uhr • Mittagspause
- 14:00 – 15:30 Uhr • Fallseminare: Selbsterfahrung mit Fokus auf „Emotionen und Trauma“
- 15:30 – 16:00 Uhr • Pause
- 16:00 – 17:30 Uhr • Fallseminare mit Fokus auf „Scham und Schuld“
- 17:30 – 18:30 Uhr • Zusammenfassung und kleiner Imbiss
- 18:30 – 21:00 Uhr • Psychosomatik als Lebensphänomen
(Beispiele aus der Literatur)

Freitag, 08. Mai 2026

- 09:00 – 10:30 Uhr • Psychosomatik der Geburt
- 10:30 – 11:00 Uhr • Pause
- 11:00 – 12:30 Uhr • Psychosomatik des Wochenbetts und des Stillens
- 12:00 – 14:00 Uhr • Mittagspause
- 14:00 – 15:30 Uhr • Fallseminare & Selbsterfahrung mit Fokus auf „Verlust und Abgrenzung“
- 15:30 – 16:00 Uhr • Pause
- 16:00 – 17:30 Uhr • Fallseminare & Selbsterfahrung mit Fokus auf „Gewalt“
- 17:30 – 18:30 Uhr • Zusammenfassung und kleiner Imbiss
- 18:30 – 20:30 Uhr • Psychosomatische Schnittstellen: Ethik, Kultur, Religion, Philosophie, Soziologie

Samstag, 09. Mai 2026

- 09:00 – 10:30 Uhr • Umsetzungsstrategien holistischer Begleitung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 10:30 – 11:00 Uhr • Pause
- 11:00 – 12:30 Uhr • Resümee, Schlussrunde, Ausblick, Was nehme ich mit?



DGPFG e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.



Psychosoziale Krisen und Belastungen in Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit

**Symposium des Interdisziplinären Forums
der Deutschen Gesellschaft für
Psychosomatische Frauenheilkunde und
Geburtshilfe e.V. (DGPFG)**

Hamburg, 22. November 2025

Programm		Programm	
09:30 – 09:40	Begrüßung <i>Wolf Lütje, Susanne Ditz</i>	15:30 – 15:45	Pause
09:40 – 11:15	Armut und Geburt <i>Ute Lange</i> Was verändert sich funktionell - auch am Beckenboden – spezialisierte Physiotherapie vor und nach der Geburt <i>Christiane Rothe</i>	15:45 – 17:15	Workshops (Parallelveranstaltungen) 1: Der schwangere Mann – Zur medizinischen Versorgung von schwangeren Transmännern und nicht-binären schwangeren Personen <i>Nathan Mehring</i> 2: Konservatives Vorgehen bei Frühaborten und psychologische Begleitung <i>Jana Moeffert, Annekathrin Bergner</i> 3: Traumatisches Geburtserleben <i>Andrea Hocke, Ute Lange</i> 4: Lost in Transition - Interkulturelle Kommunikation in Gynäkologie und Geburtshilfe <i>Annett Madadi</i>
11:15 – 11:30	Pause		
11:30 – 12:45	Netzwerke stellen sich vor: FINE, Hamburg Stiftung SeeYou, Hamburg Medizinische Kinderschutzhotline		
12:45 – 14:00	Mittagspause		
14:00 – 15:30	Vielfalt im Kreissaal statt Schubladen-Medizin <i>Berna Karademir</i> Die Postpartale Depression aus drei Perspektiven (mindestens) <i>Catrin Mautner</i>	17:15	get together „wine and finger food“

Frauen. Körper. Seele. Psychosomatische Perspektiven im Wandel.

54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

Halle (Saale) • 26.-28. März 2026



DGPFG e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.



Universitätsklinikum
Halle (Saale)



Gern folgen

- wluetje@googlemail.com
- Wolf.luetje@geburts-coach.de
- #dergeburtscoach
- www.geburts-coach.de
- www.dgppfg.de
- #dgppfrauenheilkundegeburtshilfe

