

# Inhaltsverzeichnis

Widmung . . . . .	5
Vorwort zur 3. Auflage . . . . .	6
Vorwort zur 1. Auflage . . . . .	7

## Teil 1 Einführung

<b>1</b>	<b>Rolle der Intervention bei der Entstehung geburtshilflicher Notfälle . . . . .</b>	<b>18</b>
1.1	<b>Geburt im Verständnis eines Naturwunders . . . . .</b>	<b>18</b>
1.1.1	Geburtsbeginn . . . . .	18
1.1.2	Zusammenwirken von Mutter und Kind im Geburtsverlauf . . . . .	19
1.1.3	Balance zwischen Belastung und Ruhe . . . . .	20
1.1.4	„Survival-Kit“ Plazenta . . . . .	21
1.2	<b>Geburtshilfliche Paradigmen im soziokulturellen Wandel . . . . .</b>	<b>21</b>
1.2.1	Naturgeleitete Geburtshilfe (bis zur Aufklärung im 18./19. Jh.) . . . . .	22
1.2.2	Medizingeleitete Geburtshilfe (19./20. Jh.) . . . . .	23
1.2.3	Beziehungseleitete Geburtshilfe . . . . .	25
1.3	<b>Moderne Geburtshilfe im Spannungsfeld von Risikoprävention und Risikodisposition . . . . .</b>	<b>26</b>
1.3.1	Aspekte der modernen Geburtshilfe . . . . .	27
1.4	<b>Risikofaktoren der heutigen Geburtshilfe . . . . .</b>	<b>31</b>
1.4.1	Restriktive Geburtshilfe . . . . .	31
1.4.2	Betriebswirtschaftliche Zwänge . . . . .	33
1.4.3	Verstöße gegen das Prinzip der evidenzbasierten Medizin . . . . .	34
1.4.4	Angst von Hebammen und Ärzten als Risikofaktor der Geburt . . . . .	35
1.5	<b>Vision einer neuen, beziehungsgeleiteten Geburtskultur . . . . .</b>	<b>39</b>
1.5.1	Polarität in der Geburtshilfe. . . . .	40
1.5.2	Beziehungsgeleitete Geburtskultur als Leitidee einer neuen Geburtshilfe . . . . .	42
1.5.3	Visionäre Konzepte als Entwicklungsimpuls in der Geburtshilfe . . . . .	43
<b>2</b>	<b>Grundlagenwissen für das Verständnis der Pathophysiologie geburtshilflicher Notfälle . . . . .</b>	<b>46</b>
2.1	<b>Balancierte Elternschaft als Ausgangspunkt für einen gesunden Schwangerschafts- und Geburtsverlauf . . . . .</b>	<b>46</b>
2.2	<b>Individuelle Schwangerschaftsdauer . . . . .</b>	<b>47</b>
2.3	<b>Phasen der Geburt mit ihren physiologischen Besonderheiten . . . . .</b>	<b>50</b>
2.3.1	Vorgeburtsperiode, Reifungsperiode . . . . .	51
2.3.2	Geburtsbeginn . . . . .	53
2.3.3	Latenzphase. . . . .	53
2.3.4	Eröffnungsperiode . . . . .	54
2.3.5	Übergangsperiode . . . . .	55
2.3.6	Austrittsperiode . . . . .	56
2.3.7	Geburt des kindlichen Körpers . . . . .	56
2.3.8	Plazentarperiode . . . . .	56
2.3.9	Postplazentarperiode . . . . .	57

2.4	<b>Gebärmutterkontraktion als treibende Kraft der Geburt</b> . . . . .	59
2.4.1	Prostaglandin-System. . . . .	59
2.4.2	Oxytozin-System . . . . .	61
2.5	<b>Geburtsweg als komplexes und störanfälliges biologisches System</b> . . . . .	62
2.6	<b>Das Kind als aktiver Teil des Geburtsprozesses</b> . . . . .	63
2.7	<b>Intrauteriner APGAR: mutmaßliche kindliche Befindlichkeit während der Geburt</b> . . . . .	63
2.8	<b>Kindliche Ressourcen für den perinatalen Umstellungsprozess</b> . . . . .	65
<b>3</b>	<b>Allgemeine Handlungsrichtlinien beim Auftreten geburtshilflicher Notfälle</b> . . . . .	68
3.1	<b>Grundlagen eines professionellen Notfallmanagements</b> . . . . .	68
3.1.1	Logistik/Rufregime . . . . .	69
3.1.2	Ausstattung für Notfälle . . . . .	70
3.2	<b>Innere Ruhe als wichtigstes Handlungsprinzip im Notfall</b> . . . . .	71
3.2.1	Schritt 1: Panksituationen definieren und identifizieren. . . . .	71
3.2.2	Schritt 2: „Beruhigungsprotokoll“ erarbeiten . . . . .	71
3.2.3	Schritt 3: Üben. . . . .	72
3.3	<b>Diagnose und Differenzialdiagnose</b> . . . . .	74
3.4	<b>Klare Handlungsprotokolle</b> . . . . .	77
<b>4</b>	<b>Indirekte Bestandteile des professionellen Notfallmanagements</b> . . . . .	84
4.1	<b>Verantwortungsvolle Risikobewertung und Wahl des Geburtsortes</b> . . . . .	84
4.2	<b>Umgang mit medizinischen Leitlinien</b> . . . . .	87
4.3	<b>Festlegung des Betreuungsauftrages</b> . . . . .	88
4.4	<b>Forensische Absicherung der Geburt</b> . . . . .	92
4.5	<b>Aufklärung der Schwangeren vor der Geburt</b> . . . . .	92
4.6	<b>Dokumentation</b> . . . . .	94
4.6.1	Anamnese . . . . .	95
4.6.2	Behandlungsvertrag . . . . .	96
4.6.3	Befunde. . . . .	96
4.6.4	Behandlungsmaßnahmen . . . . .	96
4.6.5	Zustand. . . . .	96
4.6.6	Zuständigkeit . . . . .	97

## Teil 2 Geburtsstillstand – was tun?

<b>5</b>	<b>Grundlagen für das Verständnis der Geburtsblockade</b> . . . . .	100
5.1	<b>Geburtsstillstand: konstruktiv oder destruktiv?</b> . . . . .	100
5.1.1	Zeichen des destruktiven Geburtsstillstandes. . . . .	101
5.2	<b>Disponierende Faktoren der Geburtsblockade</b> . . . . .	102
5.3	<b>Einführung in die Psychotraumatologie: Seelischer Verschluss der Geburtswege</b> . . . . .	103
5.3.1	Traumatische Erfahrungen im geschlechtsbezogenen Bereich . . . . .	104
5.3.2	Reinszenierung des Dramas der vorangegangenen Geburt . . . . .	106
5.3.3	Reinszenierung des Dramas der eigenen Geburt . . . . .	106
5.3.4	Andere Imbalancen der mütterlichen Seele . . . . .	107
5.3.5	Äußere Einflüsse. . . . .	107
5.4	<b>Einfluss des Kindes auf die Dynamik der Geburt</b> . . . . .	107
5.4.1	Körperliche Störung der geburtsdynamischen Aktivitäten . . . . .	107
5.4.2	Mechanisch bedingte Bewegungseinschränkung des Kindes . . . . .	108

5.5	Geburtsschmerz: archaische Kraftäußerung oder destruktive Blockadeursache? . . . . .	108
5.6	Rolle der Gebärdpositionen und der Gebärdbewegungen für den Geburtsfortschritt . . . . .	110
<b>6</b>	<b>Übertragung als vorgezogener Geburtsstillstand . . . . .</b>	<b>112</b>
6.1	Abgrenzung individuelle Schwangerschaftsdauer vs. Übertragung . . . . .	112
6.2	Ätiologie der Übertragung . . . . .	113
6.2.1	Geburtsmechanische Faktoren . . . . .	113
6.2.2	Geburtsdynamische Faktoren . . . . .	113
6.3	Diagnostik der Übertragung . . . . .	113
6.4	Indikation zur Geburtseinleitung . . . . .	115
6.5	Methoden der Geburtseinleitung . . . . .	116
6.5.1	Zervixreifende Maßnahmen: Naturheilkunde . . . . .	116
6.5.2	Zervixreifende Maßnahmen: mechanisch . . . . .	117
6.5.3	Oxytozinrezeptor-Reifung: Naturheilkunde . . . . .	118
6.5.4	Natürliches Oxytozin . . . . .	119
6.5.5	Natürliches Prostaglandin . . . . .	119
6.5.6	Synthetisches Oxytozin . . . . .	119
6.5.7	Synthetisches Prostaglandin . . . . .	120
6.5.8	Andere Methoden – Mythen und Fakten . . . . .	120
<b>7</b>	<b>Richtiger Umgang mit dem vorzeitigen Blasensprung . . . . .</b>	<b>122</b>
7.1	Ursachen des vorzeitigen Blasensprungs und Möglichkeiten der Vermeidung . . . . .	122
7.1.1	Abnorm hohe Druckwirkung auf die Eihäute . . . . .	122
7.1.2	Vorzeitige Aktivierung des Prostaglandinsystems durch Infektionen . . . . .	122
7.1.3	Regulationsstörung der Geburtsaktivität . . . . .	123
7.2	Geburtshilfliches Management beim vorzeitigen Blasensprung . . . . .	124
7.3	Bedeutung der Betreuungsqualität für den Verlauf der Latenzphase . . . . .	125
<b>8</b>	<b>Geburtsstillstand im Geburtsverlauf . . . . .</b>	<b>127</b>
8.1	Abgrenzung Geburtsstillstand vs. nicht aktive Geburtsphase . . . . .	127
8.2	Bedeutung der Übergangsphase für den Geburtsverlauf . . . . .	127
8.3	Verantwortungsvolle Therapie des Geburtsstillstandes . . . . .	128
8.4	Möglichkeiten zur Prävention des Geburtsstillstandes . . . . .	130
<b>9</b>	<b>Schulterdystokie als Geburtsstillstand in der späten Durchtrittsperiode . . . . .</b>	<b>132</b>
9.1	Vorüberlegungen zur Pathogenese der Schulterdystokie . . . . .	133
9.1.1	Primäre Schulterdystokie . . . . .	133
9.1.2	Sekundäre Schulterdystokie . . . . .	133
9.1.3	Fehlerhaftes geburtshilfliches Management . . . . .	134
9.2	Prävention der Schulterdystokie . . . . .	135
9.3	Diagnose und Differenzialdiagnose . . . . .	136
9.3.1	Differenzialdiagnose . . . . .	136
9.4	Handlungsrichtlinie Schulterdystokie . . . . .	136
9.4.1	Primäre Schulterdystokie . . . . .	136
9.4.2	Sekundäre Schulterdystokie . . . . .	139
9.4.3	Schlussbemerkungen . . . . .	139

<b>10</b>	<b>Plazentaretention als Geburtsstillstand in der Plazentarperiode</b>	141
<b>10.1</b>	<b>Ursachen der oft verzögerten Plazentalösung beim Menschen</b>	142
<b>10.2</b>	<b>Prävention</b>	143
10.2.1	Vermeidung von Plazentationsstörungen	143
10.2.2	Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung	143
10.2.3	Vermeidung aller Eingriffe in die Dynamik der Geburt	143
10.2.4	Begleitung statt Leitung der Plazentarperiode	143
<b>10.3</b>	<b>Diagnose und Differenzialdiagnose</b>	145
<b>10.4</b>	<b>Handlungsrichtlinie</b>	147
10.4.1	Placenta incarcerata	147

## Teil 3 Mütterliche Notfälle

<b>11</b>	<b>Uterusruptur</b>	150
<b>11.1</b>	<b>Definitionen</b>	150
11.1.1	Drohende Uterusruptur	150
11.1.2	Uterusruptur	151
<b>11.2</b>	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b>	151
<b>11.3</b>	<b>Möglichkeiten der Prävention</b>	152
<b>11.4</b>	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik</b>	153
11.4.1	Drohende Uterusruptur	153
11.4.2	Uterusruptur	154
<b>11.5</b>	<b>Handlungsrichtlinie</b>	154
11.5.1	Drohende Uterusruptur	154
11.5.2	Uterusruptur	155
<b>12</b>	<b>Fruchtwasserembolie (Lungenembolie während der Geburt)</b>	156
<b>12.1</b>	<b>Definitionen</b>	156
<b>12.2</b>	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b>	156
<b>12.3</b>	<b>Möglichkeiten der Prävention</b>	158
<b>12.4</b>	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik</b>	158
12.4.1	Leitsymptom der Fruchtwasserembolie	158
12.4.2	Eklampsie	159
12.4.3	Vorzeitige Plazentalösung	159
12.4.4	Epilepsie (Petit Mal)	159
12.4.5	„Die fliehende“ Gebärende	159
<b>12.5</b>	<b>Handlungsrichtlinie</b>	159
12.5.1	Ruhe bewahren und Ruhe ausstrahlen	159
12.5.2	Venöser Zugang	159
12.5.3	Notalarm internistische Intensivtherapie	160
12.5.4	Spezielle Maßnahmen (idealerweise durch internistische Intensivmediziner)	160
<b>13</b>	<b>Epileptischer Anfall während der Geburt</b>	162
<b>13.1</b>	<b>Vorbemerkungen</b>	162
<b>13.2</b>	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b>	162
<b>13.3</b>	<b>Möglichkeiten der Prävention</b>	162
<b>13.4</b>	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik</b>	162
13.4.1	Eklampsie	163

13.4.2	Fruchtwasserembolie . . . . .	163
13.5	<b>Handlungsrichtlinie</b> . . . . .	163
<b>14</b>	<b>Eklampsie</b> . . . . .	164
14.1	<b>Definitionen</b> . . . . .	164
14.1.1	Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie . . . . .	164
14.1.2	Schwangerschaftsproteinurie. . . . .	166
14.1.3	Präeklampsie . . . . .	167
14.1.4	Eklampsie . . . . .	167
14.2	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b> . . . . .	168
14.3	<b>Möglichkeiten der Prävention.</b> . . . . .	169
14.4	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik.</b> . . . . .	170
14.4.1	Screening im Rahmen der Schwangerenbetreuung . . . . .	170
14.4.2	Präeklampsie-Risikoabschätzung bei symptomlosen Schwangeren . . . . .	170
14.4.3	Verlaufsdiagnostik . . . . .	171
14.4.4	Klinische Symptome . . . . .	172
14.4.5	Differenzialdiagnose . . . . .	172
14.5	<b>Handlungsrichtlinie</b> . . . . .	173
14.5.1	Konsequente Reizausschaltung . . . . .	173
14.5.2	Antikonvulsive Therapie . . . . .	174
14.5.3	Antihypertensive Therapie . . . . .	174
14.5.4	Sofortige Geburtsbeendigung . . . . .	174
<b>15</b>	<b>HELLP-Syndrom (hepatische Eklampsie)</b> . . . . .	175
15.1	<b>Definition</b> . . . . .	175
15.2	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b> . . . . .	175
15.3	<b>Möglichkeiten der Prävention.</b> . . . . .	175
15.4	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik.</b> . . . . .	175
15.5	<b>Handlungsrichtlinie</b> . . . . .	176
<b>16</b>	<b>Atonische Blutung.</b> . . . . .	177
16.1	<b>Vorbemerkungen und Definitionen</b> . . . . .	177
16.1.1	Atonische Blutung vor Lösung der Plazenta . . . . .	178
16.1.2	Atonische Blutung nach Lösung der Plazenta . . . . .	178
16.2	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b> . . . . .	178
16.3	<b>Möglichkeiten der Prävention.</b> . . . . .	179
16.4	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik.</b> . . . . .	179
16.5	<b>Handlungsrichtlinien</b> . . . . .	180
16.5.1	Atonie vor Geburt der Plazenta. . . . .	180
16.5.2	Atonie nach Geburt der Plazenta. . . . .	181
<b>17</b>	<b>Zervixriss</b> . . . . .	184
17.1	<b>Definition</b> . . . . .	184
17.2	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese</b> . . . . .	184
17.3	<b>Möglichkeiten der Prävention.</b> . . . . .	184
17.4	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik.</b> . . . . .	185
17.5	<b>Handlungsrichtlinie</b> . . . . .	185
17.5.1	Ruhe bewahren und Ruhe ausstrahlen . . . . .	185
17.5.2	Wie bei jeder schweren Blutung: venöser Zugang. . . . .	185

17.5.3	Spiegeleinstellung. . . . .	185
17.5.4	Erfassen der vorderen Muttermundlippe mit der Fensterklemme. . . . .	185
17.5.5	Sorgfältige Inspektion der Portio . . . . .	186
17.5.6	Abklemmen des blutenden Gefäßes mit der Fensterklemme. . . . .	186
17.5.7	Sofern nicht bereits initial erfolgt: Facharztzuf oder Verlegung . . . . .	186
17.5.8	Ggf. Therapie des hämorrhagischen Schocks . . . . .	186

## Teil 4 Kindliche Notfälle

<b>18</b>	<b>Unerwartete Beckenendlage</b> . . . . .	190
<b>18.1</b>	<b>Vorbemerkungen.</b> . . . . .	190
18.1.1	Steißlagen-Phobie. . . . .	190
18.1.2	Paradigmenwechsel im Umgang mit der Beckenendlage . . . . .	191
<b>18.2</b>	<b>Definitionen</b> . . . . .	192
<b>18.3</b>	<b>Überlegungen zur Ätiologie</b> . . . . .	193
18.3.1	Kind kann sich nicht drehen . . . . .	193
18.3.2	Kind will sich nicht drehen . . . . .	194
18.3.3	Kind soll sich nicht drehen . . . . .	194
<b>18.4</b>	<b>Regeln zur Schwangerenbetreuung bei fortbestehender Beckenendlage</b> . . . . .	194
<b>18.5</b>	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik</b> . . . . .	196
<b>18.6</b>	<b>Geburtsphysiologische Vorüberlegungen</b> . . . . .	196
18.6.1	Einfluss der Schwerkraft auf die Geburtsparabel . . . . .	197
18.6.2	Verzögerte Eröffnungsperiode. . . . .	197
18.6.3	Rolle der fetomaternalen Proportion . . . . .	198
18.6.4	Nabelschnurkompression . . . . .	199
18.6.5	Frühzeitige Entleerung des Cavum uteri . . . . .	199
18.6.6	Hochschlagen der Arme . . . . .	199
<b>18.7</b>	<b>Regeln für die Begleitung von (unerwarteten) Beckenendlagegeburten</b> . . . . .	199
18.7.1	Außerklinische Situation: Indikationen zur Verlegung in die Klinik . . . . .	200
18.7.2	Klinische Situation: Indikationen zum Kaiserschnitt . . . . .	200
18.7.3	Geburtsbegleitung . . . . .	201
18.7.4	Kritische Auseinandersetzung mit gegenwärtig verbreiteten Gepflogenheiten bei der Steißlagegeburt . . . . .	201
<b>18.8</b>	<b>Komplikationsmanagement</b> . . . . .	202
18.8.1	Armlösung modifiziert nach Bickenbach. . . . .	202
<b>19</b>	<b>Nabelschnurvorfall.</b> . . . . .	205
<b>19.1</b>	<b>Definitionen</b> . . . . .	205
<b>19.2</b>	<b>Disponierende Faktoren und Pathogenese.</b> . . . . .	205
<b>19.3</b>	<b>Möglichkeiten der Prävention</b> . . . . .	207
<b>19.4</b>	<b>Diagnose und Differenzialdiagnostik</b> . . . . .	207
19.4.1	Ähnlicher Tastbefund. . . . .	207
19.4.2	Plötzliche Bradykardie im zeitlichen Zusammenhang mit dem Blasensprung . . . . .	207
<b>19.5</b>	<b>Handlungsrichtlinie</b> . . . . .	208
19.5.1	Vorliegen der Nabelschnur. . . . .	208
19.5.2	Nabelschnurvorfall . . . . .	208
19.5.3	Dekompression der Nabelschnur . . . . .	209
19.5.4	Akut-Tokolyse . . . . .	209
19.5.5	Geburtsmodus. . . . .	210

<b>20</b>	<b>Vorzeitige Plazentalösung</b>	211
20.1	Einführung	211
20.2	Disponierende Faktoren und Pathogenese	211
20.3	Möglichkeiten der Prävention	212
20.3.1	Konsequentes Screening und frühzeitige Behandlung einer Präeklampsie	212
20.3.2	Konsequentes (möglichst präkonzeptionelles) Screening und Behandlung eines Gestationsdiabetes	212
20.3.3	Strenge Indikationsstellung für alle Eingriffe an der Gebärmutter, die für eine Plazentationsstörung disponieren	212
20.4	Diagnose und Differenzialdiagnostik	213
20.5	Handlungsrichtlinie	214
20.5.1	Ruhe bewahren und Ruhe ausstrahlen	214
20.5.2	Notkaiserschnitt-Alarm	214
20.5.3	Venöser Zugang	214
20.5.4	Spezielle Maßnahmen	214
<b>21</b>	<b>Intrauterine Not</b>	215
21.1	Pathophysiologie	215
21.1.1	Intrauteriner Sauerstoffmangel	215
21.1.2	Schmerz	216
21.1.3	Abbruch des Kontakts zur Mutter	216
21.2	Anmerkungen zum Kardiotokogramm	217
21.3	Möglichkeiten der Prävention	219
21.4	Vorgehen bei Verdacht auf intrauterine Not	220
21.4.1	Entlastung des Kindes	220
21.4.2	Tokolyse	220
21.4.3	Geburtsbeendigung	220
<b>22</b>	<b>Reanimation des Neugeborenen</b>	222
22.1	Kindliche Ressourcen für den perinatalen Adaptationsprozess	222
22.1.1	Plazenta	222
22.1.2	Fähigkeit des Kindes zur Kreislaufzentralisation	223
22.1.3	Umstellungsvorgänge des Neugeborenenkreislaufs	223
22.1.4	Umgehung der kindlichen Leber	223
22.1.5	Wärmehaushalt des Kindes	223
22.1.6	Neuroendokrine Stabilisatoren	223
22.2	Prinzipien einer verantwortungsvollen Reanimation	223
22.2.1	Frage 1: Kommt das Kind oder geht das Kind?	224
22.2.2	Frage 2: Zeitlicher Verlauf?	224
22.3	Reanimationstechniken	224
22.3.1	Maskenbeatmung	224
22.3.2	Sauerstoffgabe/-vorlage	226
22.3.3	Intubation	226
22.3.4	Herzdruckmassage	226
22.3.5	Adrenalingabe	227
22.4	Situationsangepasste Reanimationsrichtlinien	227
22.4.1	Notfalltyp 1: absoluter Notfall	227
22.4.2	Notfalltyp 2: Lungenentfaltungs- oder -belüftungsstörung	227
22.4.3	Notfalltyp 3: Post-Asphyxie-Syndrom	228
22.5	Grundsätze für Einrichtungen ohne kinderärztliche Notversorgung	229

<b>23</b>	<b>Perinatale Infektion</b> . . . . .	231
<b>23.1</b>	<b>Immunologische Vorüberlegungen</b> . . . . .	231
23.1.1	Eubiose und Dysbiose . . . . .	232
23.1.2	Beimpfung des kindlichen Mikrobioms . . . . .	233
<b>23.2</b>	<b>Amnioninfektionssyndrom</b> . . . . .	234
23.2.1	Disponierende Faktoren . . . . .	234
23.2.2	Möglichkeiten der Prävention . . . . .	234
23.2.3	Regeln für die vaginale Untersuchung während der Geburt. . . . .	235
23.2.4	Differenzialdiagnostik. . . . .	236
23.2.5	Handlungsrichtlinie . . . . .	236
<b>23.3</b>	<b>Auto-Immun-Hypothese zur B-Streptokokken-Sepsis</b> . . . . .	237
23.3.1	Streptokokken als Keimfamilie mit autoimmunogenem Potenzial . . . . .	238
23.3.2	Immundefekt als Ursache überschießender Immunreaktion . . . . .	238
23.3.3	Prävention: kritischer Blick auf die aktuelle Leitlinie . . . . .	239
23.3.4	Praktisches Vorgehen. . . . .	239

## Teil 5 Nachbetreuung nach geburtshilflichen Notfällen

<b>24</b>	<b>Nachbetreuung des Kindes nach traumatischen Geburten</b> . . . . .	242
<b>24.1</b>	<b>Indikationen für eine postnatale Therapie beim Neugeborenen</b> . . . . .	242
24.1.1	Postnatales Belastungssyndrom. . . . .	243
<b>24.2</b>	<b>Therapeutische Möglichkeiten in der Postnatalzeit.</b> . . . . .	243
<b>24.3</b>	<b>Therapeutische Möglichkeiten im Kindes- und Erwachsenenalter.</b> . . . . .	244
<b>25</b>	<b>Nachbetreuung der Eltern</b> . . . . .	245
<b>26</b>	<b>Verhalten im Team nach geburtshilflichen Notfällen.</b> . . . . .	246
<b>26.1</b>	<b>Juristisch korrektes Verhalten nach Notfällen</b> . . . . .	246
26.1.1	Regeln im Falle einer Komplikation . . . . .	246
<b>26.2</b>	<b>Supervision und Fehlermanagement</b> . . . . .	249
26.2.1	Akzeptanz von Fehlern und Beinahefehlern . . . . .	250
26.2.2	Offene Kommunikation, No-Blame-Kultur. . . . .	250
26.2.3	Anonymität . . . . .	250
26.2.4	Fehleranalyse . . . . .	250
26.2.5	Bestmögliche Schadensbegrenzung . . . . .	250
26.2.6	Anreiz-/Anerkennungssystem für das Melden von Fehlern und Beinahefehlern . . . . .	251
26.2.7	Klare Direktive, dass eine Null-Fehler-Kultur nicht angestrebt wird . . . . .	251
<b>27</b>	<b>Was bleibt? – Ein kurzes Nachwort</b> . . . . .	252
<b>28</b>	<b>Autor*innen</b> . . . . .	253

## Teil 6 Anhang

<b>29</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> . . . . .	256
	<b>Sachverzeichnis</b> . . . . .	263