

Neonatale Erstversorgung - Interdisziplinäre Empfehlungen

gynécologie suisse (SGGG)

Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN)

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)

Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR)

Schweizerischer Hebammenverband (SHV)

Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)

Mitglieder der multidisziplinären Arbeitsgruppe:

Thierry Girard – Präsident SAOA, Basel

Christof Heim - Generalsekretär SGAR, Bern/Chur

René Hornung – Past Präsident Chefärztekonzferenz gynécologie suisse, St. Gallen

Irene Hösli - gynécologie suisse, Basel

Sebastian Krayer – Vorstandsmitglied SGAR, Zürich

Marc-Alain Panchard - Vorstandsmitglied SGP, Vevey

Riccardo Pfister - SGN, Genève

Gabriel Schär - Past Präsident gynécologie suisse, Aarau

Sabrina Schipani - Zentralvorstandsmitglied SHV, Uster

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Gabriel Schär, Chefarzt Frauenklinik, Kantonsspital 5001 Aarau

gabriel.schaer@ksa.ch

Tel: 062 838 50 72 FAX: 062 838 50 91

Vorbemerkungen:

Weibliche und männliche Formen werden bewusst abwechslungsweise verwendet.

Geburtshilfe soll immer als Team verstanden werden (Hebamme und Ärztin).

Die deutsche Fassung ist die Stammversion.

Korrekturlesung: PD Dr. med. Thomas Brack, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin

Einleitung

Werdende Eltern setzen sich meist intensiv mit der bevorstehenden Geburt auseinander, sie besuchen Informationsveranstaltungen und vergleichen verschiedene Geburtsorte miteinander. Ihre Wünsche und Ansprüche sind individuell unterschiedlich. Häufig erwähnt werden bei Befragungen eine kontinuierliche 1:1 Betreuung durch die Hebamme, grösstmögliche Sicherheit für Mutter und Kind, aber auch wenig Interventionen und der Wunsch, die Geburt möglichst unversehrt überstehen zu können. Ebenfalls wünschen sich Frauen, umfassend informiert, respektiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden.

Demographische Veränderungen (Schwangere mit somatischen Vorerkrankungen, Schwangere nach Fertilitätsbehandlungen, Mehrlingsschwangerschaften, steigendes Alter der Mütter) haben zur Folge, dass geburtshilfliche Abteilungen mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden. Eine gut abgestimmte interdisziplinäre und -professionelle Zusammenarbeit ist Voraussetzung, um die Sicherheit der werdenden Mütter und Neugeborenen zu gewährleisten und die Erwartungen der werdenden Eltern zu erfüllen. Schwangere mit einem hohen Risikoprofil für Mutter u/o Kind sollen rechtzeitig identifiziert und in ein Zentrum für Perinatalmedizin eingewiesen bzw. verlegt werden. Geburtshilfliche Abteilungen sind im Sinne einer prophylaktischen Strategie gefordert, Strukturen zu klären, Prozesse zu definieren und klare Verantwortlichkeiten zu benennen.

Die vorliegenden Empfehlungen richten sich an die geburtshilflichen Institutionen der Schweiz sowie im Einzelnen an Geburtshelfer, Hebammen, Neonatologen, Pädiater, Anästhesisten und Pflegefachpersonen. Von diesen Empfehlungen kann bei fundierter klinischer Begründung situativ abgewichen werden.

1. Organisation

1.1 Verantwortlichkeiten

In der Peripartalphase liegt die organisatorische Gesamtverantwortung für Mutter und Kind bei der Leitung der geburtshilflichen Institution. Fachspezifische Strukturen und Prozesse rund um die Geburt werden vom Leiter der Institution an die mitbeteiligten Berufsgruppen, insbesondere an Hebammen, Pädiater/ Neonatologen, Anästhesisten und weitere spezialisierte Pflegende und Ärzte delegiert. Diese arbeiten interdisziplinär und interprofessionell zusammen und handeln in ihrem Fachbereich eigenverantwortlich.

Die notwendigen interdisziplinären Strukturen, Prozesse und Zuständigkeiten sind vom Leiter der Institution schriftlich festzulegen. Die direkt Beteiligten sind einzubeziehen und für die Umsetzung ihres Anteils und für die Kommunikation im eigenen Bereich zuständig.

1.2 Betreuung von Mutter und Kind

Eine sichere Betreuung von Mutter und Kind setzt die gleichzeitige situationsgerechte Betreuungsbereitschaft für Mutter und Kind (oder mehrerer Kinder bei Mehrlingsschwangerschaften) voraus. Beim Neugeborenen sprechen wir von der neonatalen Erstversorgung; dazu gehören die Überwachung und Versorgung des sich normal adaptierenden Neugeborenen sowie des Neugeborenen mit Adaptationsstörungen bis zur neonatalen Reanimation¹.

Die primäre Adaptation des Neugeborenen in den ersten Lebensminuten birgt Risiken. So muss für die ersten 15-30 postnatalen Minuten eine in neonataler Erstversorgung qualifizierte Fachpersonⁱ (bzw. mehrere Fachpersonen bei Mehrlingsschwangerschaften) prioritär für das Neugeborene zur Verfügung stehen.

Als qualifizierte und speziell geschulte Fachpersonen für die neonatale Erstversorgung sind primär Hebammen und Geburtshelfer zuständig. In geburtshilflichen Abteilungen ohne integrierte Neonatologie müssen neben den situativ beigezogenen Neonatologen auch die Pädiater und Anästhesisten in der neonatalen Erstversorgung entsprechend qualifiziert sein.

Bei präpartal bekannten neonatalen Risiken muss die Entbindung an einer Institution stattfinden, welche für deren Versorgung eingerichtet ist (Tabelle 3)¹.

Bei bekanntem direktem oder indirekt durch die Geburt bedingtem Risiko des Neugeborenen muss der Neonatologe/Pädiater rechtzeitig informiert und bei Bedarf beigezogen werden (Tabellen 4 und 5).

Bei einer operativen Entbindung kann die Anästhesistin, die zeitgleich die Mutter im OP betreut, nicht grundsätzlich für die neonatale Erstversorgung und/oder Reanimation verpflichtet werden. Hingegen steht der Anästhesist bei Bedarf den Hebammen und Geburtshelfern unterstützend zur Verfügung, solange dadurch die Versorgung der Mutter nicht beeinträchtigt wird.

2. Rahmenbedingungen

Die beteiligten Disziplinen definieren mit diesen Empfehlungen die Rahmenbedingungen für eine optimale Betreuung. Die Risikobeurteilung einer Geburt erfolgt sowohl fachspezifisch als auch interdisziplinär.

Die Fachgesellschaften haben in Tabellenform die Kriterien aufgelistet, die gezielt zu prophylaktischen Massnahmen führen und durch fein abgestimmte interdisziplinäre Zusammenarbeit das Risiko in der Geburtshilfe minimieren. Kenntnis und Befolgung der fachspezifischen Prioritäten ermöglichen reibungslose Prozessabläufe.

ⁱ Die Qualifikation in neonataler Erstversorgung und Reanimation sollen die betroffenen Berufsgruppen (Hebammen, Geburtshelfer sowie Neonatologen, Pädiater und Anästhesisten) mit Besuch eines spezifischen Kurses (z.B. „start4Neo – Reanimationskurs“ der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie) erreichen und aufrechterhalten.

3. Empfehlungen

3.1 Geburtshilfe

Die Früherkennung einer potentiellen Risikogeburt ist wichtig. Dabei kann es sich um eine Risikosituation für das Neugeborene und/oder für die Schwangere handeln. Die Erkennung einer Risikosituation sollte Überlegungen zur Geburt und zum Geburtsort auslösen. Der rechtzeitige Zuzug von Neonatologen, Pädiatern, Anästhesisten und ev. anderen Fachspezialisten anhand der fachspezifischen Checklisten soll geplant werden. Ebenso ist eine rechtzeitige, d.h. geordnete Verlegung der Schwangeren mit potentiellen Risiken in ein Zentrum¹ wichtig.

Die Definition der Dringlichkeit einer Sectio bei Termingeburten mit niedrigem Risiko und deren Abläufe sollen institutionell schriftlich festgelegt sowie regelmässig geübt werden. Die Tabellen 1 und 2 zeigen Indikationen und Anforderungen, die Abbildung 1 einen Musterablauf einer Notfallsectio auf. Die darin enthaltenen Aussagen basieren auf Empfehlungen verschiedener internationaler Fachgesellschaften²⁻⁴.

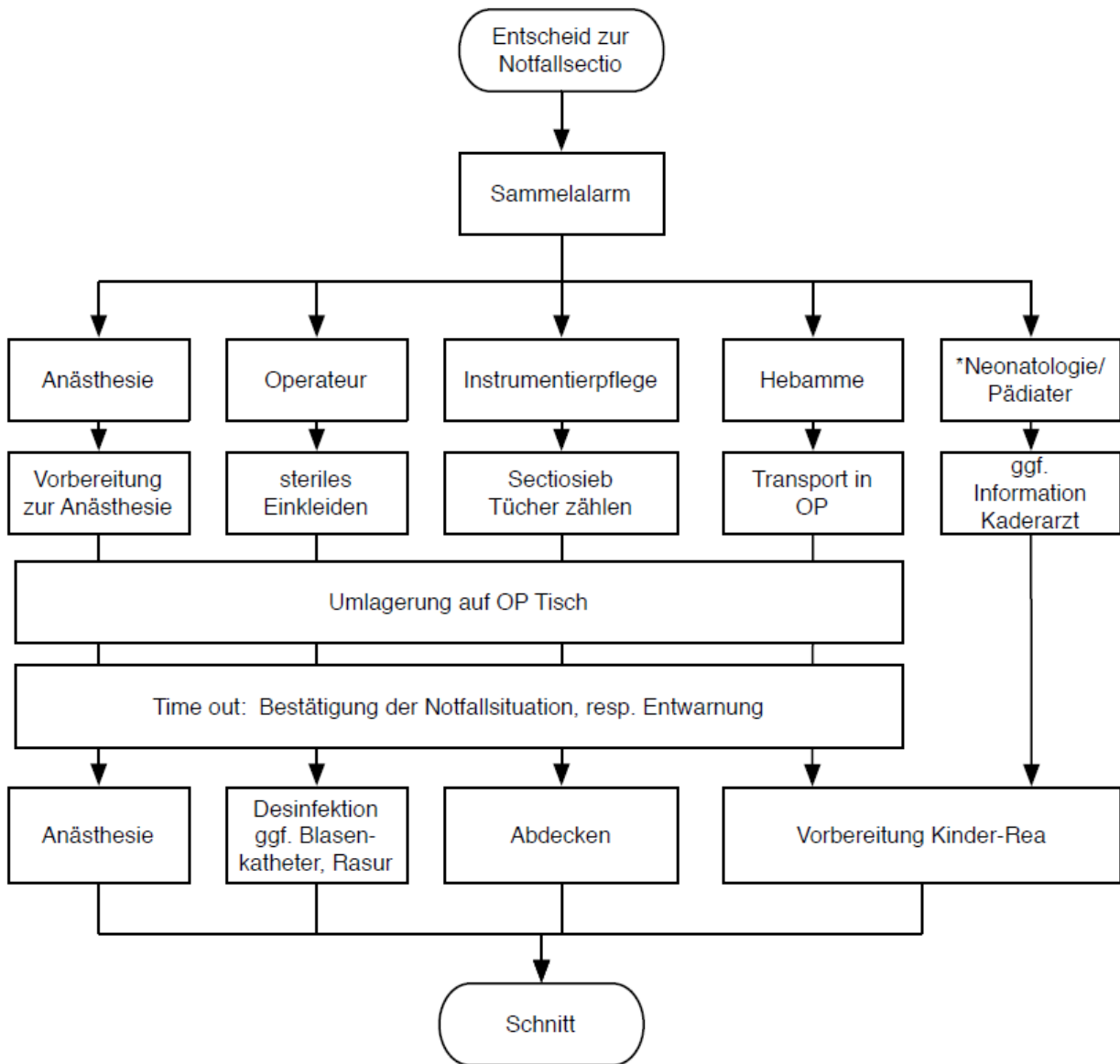
Tabelle 1: Vier Stufen der Dringlichkeit zur Durchführung eines Kaiserschnitts²

| Grad | Begriff | Definition | Entscheid-Entbindungszeit |
|------|---|--|--|
| 1 | Notfall (= Blitzsectio oder Notsectio) | Lebensbedrohlicher Notfall, für Mutter/Kind. z.B. schwere Bradykardie, Uterusruptur. | So schnell wie möglich |
| 2 | Dringend | Maternale oder fetale Beeinträchtigung, die nicht direkt lebensbedrohlich ist. z.B. Geburtsstillstand mit maternaler oder fetaler Beeinträchtigung. | Innerhalb 60 Minuten |
| 3 | Ungeplant, nicht dringlich (Sectio „ohne Eile“) | Keine Beeinträchtigung von Mutter / Kind aber Sectioindikation gegeben. z.B. Geburtsstillstand ohne maternale oder fetale Beeinträchtigung. | Nach Absprache, bei Geburtsstillstand in der Regel innerhalb 2 Stunden |
| 4 | Geplant | Geplanter Eingriff | Spätestens am Vortag im OP- Programm eingeplant |

Tabelle 2: Minimalanforderungen für die Durchführung einer Notfallsectio gemäss Empfehlungen der gynécologie suisse SGGG³

| |
|---|
| Das Auftreten erster Anzeichen einer akuten fetalen Gefährdung bis zur fetalen Schädigung ist ein kontinuierlicher Prozess, was die Definition eines für Mutter und Kind sicheren Zeitintervalls zwischen Alarmierung und Entbindung verunmöglicht. Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung des Arztes für Geburtshilfe mit Facharztstitel bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden. |
| Bei Risikoschwangerschaften oder Geburten mit Warnzeichen müssen substanziell kürzere Alarmierungs-Entbindungszeiten erreicht werden. Schwangerschaften mit hohem Risikoprofil dürfen nur in Kliniken mit entsprechender personeller und infrastruktureller Ausstattung betreut werden. |
| Notfallabläufe sollen in jeder Klinik definiert und regelmässig eingeübt werden. |

Abbildung 1: Musterraster für Strukturen und Abläufe bei Notfallsectio. Modifiziert nach Zimmermann et al. Handbuch Geburtshilfe 2012⁵



*In geburtshilflichen Institutionen mit angeschlossener Neonatologie/Pädiatrie

3.2 Neonatologie

Die Vorgaben zur Betreuung und Erstversorgung des Neugeborenen sind in den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie unter Mitarbeit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe nachzulesen^{1,6,7}. Geregelt sind dort auch die Indikationen für die präpartale Verlegung der schwangeren Frau in ein Zentrum für Perinatalmedizin, welche in Tabelle 3 zusammengefasst sind.

Tabelle 3: Indikationen für eine präpartale Verlegung¹

| |
|--|
| Absolute Indikationen |
| Drohende Frühgeburt vor 32 0/7 SSW |
| Falls keine Neonatologie-Abteilung: <34 0/7–35 0/7 SSW oder <2000 g |
| Voraussehbare schwere Anpassungsstörungen, die intensivmedizinische Massnahmen erfordern |
| Höhergradige Mehrlinge (Drillinge und mehr) |
| Pränatal diagnostizierte, versorgungsbedürftige Fehlbildungen |
| Relative Indikationen |
| Intrauterine Infektion |
| Hämolytische Erkrankung des Feten |
| Fetale Rhythmusstörungen |
| Intrauterine Mangelentwicklung (fetales Gewicht < 5. Perzentile) |
| Chronische oder instabile Erkrankung der Mutter (Hypertonie, Präeklampsie, HELLP-Syndrom, Diabetes mellitus, Zustand nach Transplantation, Autoimmunopathien usw.) |
| Mütterlicher Suchtmittelkonsum |
| Fetus mit letalen Fehlbildungen, wenn intensivmedizinische Massnahmen nicht als sinnvoll erachtet |

Die perinatologischen Zentrumskliniken (Geburtenabteilungen mit angeschlossener Neonatologie) sind via „Neonet“ vernetzt und kennen die freien Intensivplätze der Schweiz⁶. Sie sind gemeinsam dafür verantwortlich, die perinatale Versorgung der Schweiz so zu organisieren und zu unterstützen, dass prä- und postpartale Versorgung und Verlegung in die Zentrumsklinik sichergestellt sind.

Bei mütterlichen, respektive fetalen Risiken oder wenn eine intensivmedizinische Behandlung des Kindes wahrscheinlich erscheint, soll frühzeitig vor der Geburt eine Beurteilung unter Einbezug des Neonatologen/Pädiaters erfolgen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Indikationen für eine präpartale Beratung durch den Neonatologen/Pädiater

| |
|---|
| Frühgeburtslichkeit <34 Wochen und/oder geschätztes fetales Gewicht <2000g, höhergradige Mehrlinge, relevante fetale Fehlbildungen und genetische Anomalien, fetale Thrombopenie, fetomaternale Infektionskrankheiten (z.B. HIV, HCV, HBV, Herpes, CMV) |
| Schwere mütterliche Erkrankungen: Schlecht eingestellter, insulinpflichtiger Diabetes, schwere Präeklampsie/HELLP, kardiopulmonale, renale Erkrankungen etc. |
| Plazenta praevia |
| Psycho-soziale Umstände, welche eine spezielle Planung der postnatalen Phase des Kindes nötig machen: Suchtmittel- und Medikamentenmissbrauch, Armut, psychiatrisches Leiden und andere. |
| Auf Wunsch der Eltern oder des Entbindungsteams |

Durch vorausschauende Einschätzung des peripartalen Risikos soll die Rufbereitschaft bzw. die notwendige Präsenz des Neonatologen / Pädiaters bei einer Geburt oder Sectio in die Wege geleitet werden.

Tabelle 5: Risikoadaptierter Einsatz des Pädiaters/Neonatologen bei Geburt und Sectio caesarea

| | Präpartales Risikomanagement (Voraussehbares Risiko) | | Intra- und Postpartales Risikomanagement (Nicht voraussehbares Risiko) | |
|----------------------|--|---|--|---|
| | Hohes Risiko | Mittleres Risiko | Hohes Risiko | Mittleres Risiko |
| | Entbindung in Klinik mit hoher Strukturqualität (mind. Level IIA ⁱ oder höher) | Neonatologe/Pädiater wird informiert und ist abrufbar ⁱⁱ | Information und ggfs. Zuziehen des Neonatologen/Pädiaters | Ggfs. Information und Zuziehen des Neonatologen/Pädiaters |
| Kindliche Faktoren | <ul style="list-style-type: none"> • Frühgeburten (<34 0/7 SSW) • Unmittelbar versorgungsbedürftige fetale Fehlbildungen • Wachstumsretardierung < 5. Perzentile • Geschätztes Gewicht < 2000g • Höhergradige Mehrlinge • Rhesus- und Thrombozyten-Isoimmunisierung • Feto-maternale Infektionserkrankungen gemäss pädiatrischer Beurteilung • Voraussehbare schwere Adaptationsstörungen, welche intensivmedizinische Massnahmen erfordern | <ul style="list-style-type: none"> • Vaginale Geburt aus BEL • Vaginale Geburt Zwillinge • Plazenta praevia Kaiserschnitt < 37 0/7 • Fetales Infektionsrisiko (Chorioamnionitis, mütterliches Fieber) • Fetale Nierenbeckendilatation • Fetale Arrhythmien • St. n. plötzlichem Kindstod • St. n. Schulterdystokie | <ul style="list-style-type: none"> • Nabelschnurvorfall • Persistierende Adaptationsstörung (tiefer 5'-APGAR < 6, pH <7.10, persistierendes ANS¹, Sauerstoffbedarf und/oder Zyanose, inadäquate Herzfrequenz, Hypo-/Hyperthermie) | <ul style="list-style-type: none"> • Notfallsectio • Vakuum/Forceps • Oligo-/Polyhydramnion • Drohende fetale Asphyxie (Mekoniumhaltiges Fruchtwasser, pathologisches CTG) • Unerwartete Fehlbildung |
| Mütterliche Faktoren | <ul style="list-style-type: none"> • Toxikomanie • Schlecht eingestellter Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus (z.B. fetale Makrosomie, vor 35 0/7 SSW, zusätzliche maternale Vaskulopathie) | <ul style="list-style-type: none"> • Mütterliche medikamentöse Therapie mit potentieller, die Adaptation des Kindes störender Nebenwirkung • Auffällige Familienanamnese welche eine prä- und postnatale Beratung durch Neonatologen/Pädiater notwendig machen • Gut eingestellter insulinabhängiger Diabetes Typ I | <ul style="list-style-type: none"> • Schwere Präeklampsie / HELLP • Schwere prä-/intrapartale Blutung | |

ⁱ www.neonet.ch; Standards for level of neonatal care in Switzerland 2012

ⁱⁱ Die Indikation für Information und Zuzug eines Neonatologen/Pädiaters soll vorausschauend gestellt werden und lässt sich aufgrund der obigen Liste abschätzen.

3.3 Anästhesiologie

1. Bei mütterlichen respektive fetalen Risiken, welche anästhesiologischen Massnahmen erfordern oder erschweren können, soll die Schwangere frühzeitig vor der Geburt durch den Anästhesisten beurteilt werden (Tabelle 6).
2. Beim Eintritt zur Geburt einer Schwangeren mit entsprechenden Risiken muss der Anästhesist zusätzlich informiert und beigezogen werden.

Tabelle 6: Checkliste zur präpartalen Anästhesievorstellung

| | |
|--|--|
| Anästhesie <ul style="list-style-type: none">• Probleme bei früheren Anästhesien• Maligne Hyperthermie• Pseudocholinesterase-Mangel• Poly-Allergien (Medikamente, Latex) | Mütterliche Systemerkrankungen (mit relevanten Symptomen und Therapien) <ul style="list-style-type: none">• Pulmonale Erkrankung• Kardiovaskuläre Erkrankung• Gefässmissbildungen• Gerinnungsstörung (inkl. Medikation mit niedermolekularem Heparin)• Neuromuskuläre Erkrankung• Psychiatrische Erkrankung• Ablehnung von Blutprodukten (z.B. Zeugin Jehovas) |
| Mütterliche Anatomie <ul style="list-style-type: none">• Pathologie der Wirbelsäule und des Beckens• Krankheiten des Zentralnervensystems• Kraniofaziale Abnormalität• Adipositas Grad \geqIII (ab ca. BMI > 40) | Schwangerschaftsrisiken <ul style="list-style-type: none">• Plazentationsstörungen (praevia, accreta, increta, percreta)• Fetale Fehlbildungen• Präeklampsie• Mehrlinge |

4. Schlussbemerkungen

Diese Empfehlungen orientieren sich an internationalen Standards und Empfehlungen. Sie definieren die Anforderungen für eine sichere und qualitativ hochstehende peripartale Betreuung von Mutter und Kind. Delegierte der beteiligten Fachgesellschaften haben dieses Dokument in 11 Sitzungen und 22 Textversionen erarbeitet. Alle Vorstände dieser Fachgesellschaften haben es genehmigt.

Diese Empfehlungen sollen helfen, in den geburtshilflichen Institutionen eine entsprechende Organisation sicherzustellen und Verlegungsentscheide zu treffen, wenn bei bestehendem Risiko eine adäquate Betreuung nicht garantiert werden kann.

Ein Update ist für Januar 2018 vorgesehen. Verantwortlich sind die involvierten Verbände unter Leitung der gynécologie suisse.

Literatur

1. Paediatrica 23; Nr. 1, 2012;13-23; Die Betreuung und Reanimation des Neugeborenen.
2. Guideline Sectio Caesarea der gynécologie suisse; Hösli I, El-Alama- Stucki S, Drack, G et al. 2015 www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/
3. Minimalanforderungen für die Durchführung einer Notfallsectio - Empfehlungen der gynécologie suisse sggg; www.sggg.ch/news/detail/1/minimalanforderungen-fuer-die-durchfuehrung-einer-notfallsectio/
4. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine with the assistance of, Menard MK, Kilpatrick S, Saade G, Hollier LM, Joseph GF, Jr., Barfield W, Callaghan W, Jennings J, Conry J. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol 2015; 212:259-71.
5. Zimmermann et al. Handbuch Geburtshilfe 2012
6. www.neonet.ch
7. Swiss Society of Neonatology. Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. 5.12.2012. <http://www.neonet.ch/en/about-us/neonatology-units-switzerland/>

Korrespondenzadressen

gynécologie suisse SGGG

Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8
Tel.: 031 313 88 55
Fax: 031 313 88 99
www.sggg.ch
sekretariat@sggg.ch

Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN)

c/o meeting.com Sàrl
Rue des Pâquis 1
1033 Cheseaux-sur-Lausanne
Tel: 021 312 92 61
Fax: 021 312 92 63
www.neonet.ch
neonat@meeting-com.ch

Société Suisse de Pédiatrie (SSP – SGP)

Rue de l'Hôpital 15
Case postale 1380
1701 Fribourg
Tél. 026 350 33 44
Fax 026 350 33 03
www.swiss-paediatrics.org
secretariat@swiss-paediatrics.org

Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR-SSAR)

Rappentalstrasse 83
3013 Bern
Tel: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
www.sgar-ssar.ch
info@sgar-ssar.ch

Schweizerischer Hebammenverband (SHV)

Geschäftsstelle
Rosenweg 25 C
Postfach
3000 Bern
Tel: 031 332 6340
Fax: 031 332 7619
www.hebamme.ch
info@hebamme.ch

Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)

Rappentalstrasse 83
3013 Bern
Tel: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
www.sgar-ssar.ch/interessengruppen/saoa/
thierry.girard@unibas.ch