Gemeinsam für das Wohl von Mutter und Kind

iStock

Gut funktionierende interprofessionelle Teams werden heute als entscheidender Bestandteil eines nachhaltigen Gesundheitssystems angesehen. Besonders in der Perinatologie kann dies massgeblich zur Verbesserung der Qualität der Betreuung von Mutter und Kind beitragen. Anfang September trafen sich im Kongresszentrum Trafo Hallen in Baden Hebammen aus unterschiedlichen Tätigkeitsgebieten sowie Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten zum zweiten Schweizerischen Perinatalkongress.

TEXT:
ANNE-MARIE HALLER

Dass dieser Kongress heuer zum zweiten Mal stattfindet, führt Dr. med. David Ehm, Past Präsident gynécologie suisse SGGG, in seinem Grusswort nicht alleine auf das Interesse an der Perinatologie zurück, «sondern ist auch ein erfreuliches Zeichen für den Willen und die Bereitschaft zum Zusammengehen im Interesse von Müttern und ihren Kindern.» In vier Blöcken thematisieren die organisierenden Gesellschaften[1] im Plenarsaal Themen aus ihrem Fachgebiet. Parallel werden Kurse sowie Workshops durchgeführt. Neben der Wissensvermittlung bietet der Kongress auch die Möglichkeit zum regen Austausch.

Haftung in der Geburtshilfe

Auch bei sorgfältiger Ausübung der Geburtshilfe kann es Zwischenfälle geben. Zu Strafrechtverfahren komme es häufig erst dann, wenn die Behandelnden nicht mit den Geschädigten gesprochen haben, wie Dr. iur. Ursina Pally Hofmann beobachtet. Sie ist selber Hebamme und weiss, dass es für alle Beteiligten schwierig ist. «Suchen Sie das Gespräch mit den Betroffenen. Sie sollen keine Fehler eingestehen – es geht um Empathie.» Und falls es trotzdem zu einem Strafrechtverfahren kommt, so empfiehlt sie dringend, nie alleine in ein Verfahren zu steigen und Fragen zum Vorfall niemals un-

«Suchen Sie das Gespräch mit den Betroffenen. Sie sollen keine Fehler eingestehen – es geht um Empathie.»

DR. IUR. URSINA PALLY HOFMANN

[1] gynécologie suisse SGGG, Schweizerischer Hebammenverband, Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie, Akademie für feto-maternale Medizin, Swiss Association of Obstetric Anaesthesia.

überlegt zu beantworten (siehe auch Artikel in der nächsten «Obstetrica» Nr. 11/2020).
Weit häufiger geht es bei Haftungsfragen in der Geburtshilfe um Haftpflicht, bei der die Ausgangslage für die beteiligten Fachpersonen einfacher ist. «Angestellte sind versichert, die Haftung betrifft die Klinik – unabhängig davon, wer den Schaden verursacht hat.» Die Juristin warnt besonders Freischaffende vor zu niedrigen Versicherungssummen. «15 Mio. CHF sind in der Geburtshilfe angemessen.»
Im Schadenfall stellen sich die Fragen nach der Verletzung der Sorgfalt, des Schadens sowie des Kausalzusammenhangs. Doch gerade der kausale Zusammenhang könne oft nicht nachgewiesen werden. «Sie schulden kein gesundes Kind oder gesunde Mutter», erinnert Ursina Pally Hofmann ihr Publikum, «ihre Pflicht ist sorgfältig zu arbeiten.» Meist sucht die Versicherung bei einem medizinischen Zwischenfall den Vergleich, wie die Generalsekretärin und Leiterin des Rechtsdienstes FMH erklärt. «Ein Vergleich ist nicht ein Schuldeingeständnis, sondern immer eine Gewichtungsfrage der Versicherung.» Das Risiko, als Arbeitnehmer/-in verantwortlich gemacht zu werden, sei gering, «nur bei absichtlich oder fahrlässig verursachtem Schaden.»
In jedem Fall liegt die Beweislast bei den Geschädigten. Der Leistungserbringer muss beweisen, dass die Patientin aufgeklärt und informiert wurde. Hier spielt die Dokumentation eine ganz zentrale Rolle.

Good-Practice-Beispiel im Kanton Bern

In einem längeren Prozess hat der Qualitätszirkel Hausgeburtshebammen im Kanton Bern einen «Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung für eine Hausgeburt» entwickelt, wie Carole Lüscher-Gysi erklärt. Sie ist Hebamme, Ausbildnerin und Geschäftsführerin von 9punkt9 Hebammenpraxis & Zentrum für Salutogenese rund um die Geburt. Darin enthalten sind neben allgemeinen Informationen zur Hausgeburt auch welche zu Verlegungsgründen, medizinischen Interventionen, welche die Hebamme ergreifen kann, Risiken bei Interventionen und eine explizite Formulierung zur Einwilligung. Im Qualitätszirkel habe dieser Bogen zu vielen Diskussionen geführt. «Den meisten war es nicht wohl mit den Informationen z. B. zu den Risiken.» Die Mutigen hätten ihn ausprobiert und machten gute Erfahrungen mit den Testpersonen. «Diese begrüssten die Klarheit, fühlten sich sicher und ernst genommen.»
Alle vom Qualitätszirkel informieren heute ausführlich, doch nicht alle brauchen den Aufklärungsbogen. Dabei ist dieser gerade bei Zwischenfällen ein wichtiges Instrument. Auch freischaffende Hebammen müssen bei Zwischenfällen aufzeigen können, dass richtig aufgeklärt wurde und die Beteiligten eingewilligt haben. Im Kanton Bern gibt es neu den Tageskurs «Notfallsituationen in der ausserklinischen Geburtshilfe»[2], organisiert von einer Arbeitsgruppe mit Hebammen und dem Rettungsdienst, um Notfallsituationen zu üben.

Geburtshaus im Perinatalzentrum

Vor fünf Jahren entstand am Kantonsspital Aarau die Idee, ein Geburtshaus innerhalb des Spitals einzurichten. Doch so einfach die Idee, so komplex gestaltete sich die Ausarbeitung des Vertrags zwischen den Hebammen und dem Kantonsspital, wie die Chefärztin für Geburtshilfe, Dr. med. Monya Todesco Bernasconi, erklärt. Geregelt wurden neben den Vergütungspauschalen sämtliche Aspekte der Haftung, der Zuständigkeiten und der Verantwortung sowie der Aufgaben und Pflichten.
2017 nahmen drei freiberufliche Hebammen – die auch alle selber versichert sind – den Betrieb auf. «Eine absolute Erfolgsgeschichte», wie Monya Tedesco Bernasconi feststellt. Die Geburten sind in den drei Jahren von 27 auf 200 gestiegen, die Hebammen auf zwölf. Haftungsfragen habe es in dieser Zeit keine gegeben. «Bis jetzt hatten wir keine kritischen Ereignisse.»

Notfallverlegung im Kanton Waadt

Die Waadt ist gross, die Wege in die Neonatologie am Universitätsspital Lausanne weit, und es gab in den letzten Jahren kritische Verlegungen. Deshalb geht man in Lausanne in der Notfallverlegung von Neugeborenen neue Wege. In einer Notfallsituation wählt die Hebamme die Notfallnummer 144. Der Notfalldienst ist regional organisiert und innerhalb von wenigen Minuten vor Ort. Braucht die Hebamme die Unterstützung des Neonatologieteams und eine Verlegung des Neugeborenen, kann sie dies am Telefon 144 verlangen. So wird sofort auch die spezialisierte Neonatologie-Notfallequipe mobilisiert. Vorteil dieser Equipe: Ausrüstung und Personal entsprechen einer mobilen neonatalen Intensivstation. Die spezifische Neo-IPS-Behandlung beginnt also nicht erst im Spital, sondern sobald die Baby-Ambulanz am Ort der Geburt eintrifft.

Die Geburten im Geburtshaus innerhalb des Kantonsspitals Aarau sind in den drei Jahren von 27 auf 200 gestiegen, die Hebammen auf zwölf.

In einem zweiten Referat erläutert Prof. Dr. med. Matthias Roth-Kleiner, Chefarzt am Universitätsspital Lausanne, die klinischen Zeichen eines Atemnotsyndroms und appelliert an die Zuhörenden, ein Neugeborenes mit Adaptationsproblemen sorgfältig zu überwachen, und frühzeitig zu alarmieren, denn ein Neugeborenes kann sich respiratorisch sehr schnell verschlechtern.

[2] Anmeldung unter www.e-log.ch

Zwillinge: Geburtszeitpunkt und Geburtsmodus

Prof. Dr. med. Nicole Ochsenbein-Kölbe vom UniversitätsSpital Zürich stellt die im Mai publizierte S2-Leitlinie «Überwachung und Betreuung von Zwillingsschwangerschaften»[3] vor, bei deren Erstellung sie mitgearbeitet hat. Neu wird hinsichtlich Geburtszeitpunkt empfohlen:

- Unkomplizierte dichoriale Zwillinge sollen zwischen 37+0 und 38+0 Schwangerschaftswochen (SSW),
- unkomplizierte monochoriale diamniale Zwillinge zwischen 36+0 und 37+0 SSW,
- unkomplizierte monochorial monoamniale Zwillinge zwischen 32+0 und 32+6 SSW entbunden werden.

Auch die Empfehlungen zum Geburtsmodus wurden überprüft. Neu wird empfohlen:

- Unkomplizierte Zwillinge > 32 SSW, erster Zwilling in Schädellage, ohne Kontraindikationen oder Wachstumsdiskordanz, können vaginal oder durch Sectio entbunden werden. Die Chorionizität spielt für den Geburtsmodus keine Rolle.
- Für die Entbindung unkomplizierter Zwillinge < 32 SSW mit dem ersten Zwilling in Schädellage ist die Evidenz nicht ausreichend, um eine sichere Empfehlung abgeben zu können.
- Monoamniale Zwillinge sollen durch Sectio entbunden werden.

Nicole Ochsenbein hält fest, dass sich die internationalen Empfehlungen allgemein weder beim Entbindungszeitpunkt noch beim Geburtsmodus einig sind. Die Empfehlung zum Geburtszeitpunkt bei monochorial-monoamnialen Zwillingen wurde in der Arbeitsgruppe mangels randomisierter Studien im Expertenkonsens verabschiedet. Die Entscheidung, sie zwischen 32+0 und 32+6 SSW zu entbinden, gründet sich in der Beobachtung, dass sich danach die intrauterine Mortalität verdoppelt.

Braucht es den Ultraschall im Gebärsaal?

«Es gibt keine Geburtseinheit im Spital ohne Ultraschall, sei es für Notfälle oder für standardisierte Eintrittsuntersuchungen», stellt Dr. med. Markus Hodel, Chef der Geburtshilfe am Luzerner Kantonsspital, eingangs seines Referates fest und fragt gleich nach: «Sinn oder Unsinn?» Vor einiger Zeit wollte er von seiner Belegschaft wissen, ob es sinnvoll sei, routinemässig im Gebärsaal einen Ultraschall zu machen.

Die Resultate: Assistenzärztinnen und -ärzte schwören darauf, Oberärztinnen und -ärzte sehen es schon etwas entspannter, die Chefinnen und Chefs auch. «Ganz spannend war das Verständnis bei den Hebammen – ca. 60 Prozent sehen einen Nutzen

Assistenzärztinnen und -ärzte schwören auf den Ultraschall im Gebärsaal, Oberärztinnen und -ärzte sehen es schon etwas entspannter, die Chefinnen und Chefs auch.

Neue Guidlines

Am Schweizerischen Perinatalkongress konnten weitere, sich noch in Überarbeitung befindende, jedoch noch nicht verabschiedete Guidelines vorgestellt werden.

Hyperglykämie – was ist neu?

- Änderung der Interventionsschwelle für neonatale Hypoglykämie auf < 2,6 mmol/l (zuvor < 2,5 mmol/l).
- Einsatz von oralem Dextrosegel 40 % zur Prophylaxe und Therapie der neonatalen Hypoglykämie.
- Neue Erkenntnisse zum Ergebnis der Langzeit-Neuroentwicklung nach neonataler Hypoglykämie.
- Neue Daten und Erkenntnisse zu Glukoseprofilen bei gesunden Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.

Die Guideline ist bereit für die Veröffentlichung, das Datum ist noch nicht bekannt.

Bilirubinämie – was wird voraussichtlich neu sein?

- Hauptrisikofaktoren: 1. Blutgruppe (ABO-Inkompatibilität!), 2. Hämatom, 3. Frühgeburtlichkeit (und nicht die Kinder von Rhesus negativen Müttern, wie bisher angenommen!).
- Erklärung zur Verwendung von transcutanen Bilirubinmessgeräten (TcB-Messgeräte):
  - Nur nützlich ≥ 32 SSW.
  - Kann auch nach der Phototherapie angewendet werden (jedoch nicht vor 24 Stunden nach Beendigung der Phototherapie).
  - Unverzichtbar, wenn TcB innerhalb von 50 µmol/l der Behandlungsschwelle liegt.
  - Neue Nomogramme für alle Schwangerschaftsalter, nicht nur für Kinder ab 35 SSW bei Geburt.
- Bei der Messung ist nicht mehr das Gewicht entscheidend, sondern das Alter des Kindes.
- Ratschläge zum Nomogramm, das je nach chronologischem und postmenstruellem Alter (gilt ab Alter von 72 Stunden) zu befolgen ist.
- Stellungnahme zur Verwendung von intravenösen Immunglobulinen.
- Standardarbeitsanweisung für Austauschtransfusionen.

Die Guideline ist noch nicht durch die Fachgesellschaft genehmigt.

[3] von Kaisenberg, C. S.*, Klaritsch, P.*, Ochsenbein-Kölble, N., Hodel, M., Nothacker, M. & Hecher, K. (2020). Überwachung und Betreuung von Zwillingsschwangerschaften. AWMF LL 015-087 S24 (* geteilte Erstautorenschaft).

für ihre Arbeit.» Bei Indikation wie z. B. Geburtsstillstand steige die Akzeptanz bei allen Beteiligten. Tatsächlich gibt es jedoch keine Evidenz, dass eine routinemässige Ultraschalluntersuchung im Gebärsaal zu einer Verbesserung des fetalen oder maternalen Outcomes führt. «Sollten wir es also lassen?», fragt Markus Hodel. Um das zu beantworten, brauche es Studien, hält er abschliessend fest.

iStock

Wo ist denn da die Führungslinie?

Die Führungslinie ist die Verbindung der Mittelpunkte der Beckenebenen – also die nach hinten (dorsal) gebogene Linie, entlang derer das Kind bei der Geburt das mütterliche Becken verlässt. In der Praxis braucht es einige Kenntnisse über Geburtsmechanik, über die wichtigsten Strukturen und Masse des kleinen Beckens sowie des kindlichen Köpfchens, über den Ablauf der physiologischen und pathologischen Geburt sowie räumliches Vorstellungsvermögen. Ebenfalls ist es wichtig zu verstehen, was mit dem kindlichen Köpfchen unter der Geburt passiert und welche Strukturen während der unterschiedlichen Phasen der Geburt in Führung gehen.

Sobald im Workshop 7 die Hebamme Anne Steiner, Verantwortliche Qualität und Innovation beim Schweizerischen Hebammenverband, und Dr. med. Gundula Hebisch, Leitende Ärztin Gynäkologie und Geburtshilfe am Kantonsspital Frauenfeld, die Modelle in die Hand nehmen, beginnt das Ganze Sinn zu ergeben. Was sofort klar wird: Hier geht es zwar auch um theoretisches Wissen – doch weit mehr um sogenanntes Erfahrungswissen. Die Hände der Geburtshelferinnen wissen genau, was sie bei einer Vaginaluntersuchung ertasten wollen: die Nähte, kleine und grosse Fontanellen, Kopfumfang, Ohr, Nase oder Mund. Das alles kann Hinweise geben, wie das Kind liegt. Gundula Hebisch warnt vor falscher Zurückhaltung: «Wenn Sie sich für eine vaginale Untersuchung entscheiden, dann machen Sie es richtig und hören Sie nicht auf, bis Sie herausgefunden haben, was Sie wissen wollen.»

Sowohl bei den Impfungen wie bei den Analysen gilt: Der Zeitpunkt der Durchführung ist entscheidend.

Die einen Teilnehmerinnen nutzen den Moment, unter Anleitung zu üben. Andere halten die Demos mit dem Smartphone fest. Verabschiedet werden sie mit dem Tipp: «Üben, üben, üben!»

Geburtseinleitung, Laboruntersuchungen und Impfen

Wann soll die Geburt eines retardierten Kindes eingeleitet werden? Welche Parameter helfen, das kindliche Wachstum und die plazentare Durchblutung zu beurteilen? Wann profitiert ein normal entwickeltes Kind allenfalls von einer Geburtseinleitung? Diesen Fragen geht Dr. med. Alice Winkler, Leitende Ärztin am Luzerner Kantonsspital, in ihrem Referat nach. Sie hält fest, dass es Forschungsbedarf gibt, herauszufinden, wann Kinder von einer Einleitung profitieren und wie Frauen eine Einleitung erleben. Fazit: Frauen ab der 41 0/7 SSW die Einleitung anbieten und spätestens in der 42 0/7 SSW soll eingeleitet werden.

Zum Abschluss des Kongresses führen Prof. Dr. Dr. med. Martin Müller, Leitender Arzt, und Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Chefarzt, beide tätig in der Frauenklinik des Inselspitals, Universitätsspital Bern, durch die Themen Laborkontrollen und Impfungen während der Schwangerschaft. Anhand eines direkten Vergleichs zu Schwangerschaftsempfehlungen eines Onlineportals werden die entbehrlichen und unentbehrlichen Laboruntersuchungen in der Schwangerschaft herauskristallisiert. Sowohl bei den Impfungen wie bei den Analysen gilt: Der Zeitpunkt der Durchführung ist entscheidend. Die Impfung gegen Grippe lohnt sich zu Beginn des Winters, Pertussis sollte im zweiten Drittel jeder Schwangerschaft aufgefrischt werden. Mit einem Appell zur Grippeimpfung auch für Fachpersonen endet der Kongress, der dank eines guten Schutzkonzepts durchgeführt werden konnte. ⊙

AUTORIN

Anne-Marie Haller, freie Journalistin.