

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **121 (2023)**

Heft 11

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

«Eine Guideline kann man sich wie einen Plan A vorstellen»

Anne Steiner ist Qualitätsverantwortliche beim Schweizerischen Hebammenverband; Guidelines sind dabei ein Mittel, um eine hohe Qualität rund um die Geburtshilfe zu gewährleisten. Was aber sind Guidelines genau und welche gehören in jeden Hebammenkoffer? Die Expertin im Interview.

INTERVIEW:
ESTHER GROSJEAN

«Obstetrica»: Was ist eine Guideline? Wie wird sie definiert?

Anne Steiner: Eine Guideline kann man sich wie einen Plan A vorstellen. Es ist die zum Zeitpunkt der Erstellung höchste Evidenz, auf die man sich bei der Guideline geeinigt hat. Hierzulande ist sie gleichbedeutend mit Empfehlung. Die Idee dahinter ist, dass ich als Fachperson, zum Beispiel als Hebamme, weiss; dies wäre im entsprechenden Standardfall die bestmögliche Behandlung. Es kann dabei aber auch Gründe geben, warum in einer Situation nicht guidelinekonform vorgegangen wird (siehe dazu Artikel Seite 46), diese Abweichungen müssen aber immer dokumentiert werden. Sollte etwas passieren und es schlimmstenfalls zu einem Rechtsstreit kommen, ist das Dokumentierte relevant, in dem explizit darauf hingewiesen wird, wann und aus welchem Grund von der Guideline abgewichen wurde.

Welche Guidelines muss jede Hebamme kennen?

Für die ausserklinische Geburtshilfe und alle Hebammen, die in der Geburtshilfe arbeiten, ist das Kennen unserer Guideline zur Neonatalen Erstversorgung – Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung¹ (siehe Artikel Seite 41) unabdingbar. Diese Guideline ist in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft der Gynäkologinnen und Gynäkologen und Geburtshilfe entstanden sowie den Neonatologen; die erste Fassung wurde 2022 überarbeitet. Wir haben uns bei dieser Guideline als Fachgesellschaften und Berufsverbände in der Geburtshilfe darauf geeinigt, welches Kind mit welchem eigenen individuellen Risiko wo geboren werden soll, damit es die bestmögliche Betreuung erhält. Es geht insgesamt um vorausschauendes Denken. Das ist nur interprofessionell möglich, und wer involviert ist, muss die verschiedenen Aufgabenbereiche der jeweiligen Fachpersonen kennen. Zu den Kompetenzen einer Hebamme gehört zum Beispiel auch die Reanimation eines Neugeborenen² (siehe Artikel Seite 42). Diese Guideline

¹ Zur Guideline «Neonatale Erstversorgung – Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung»: www.hebamme.ch



«Unterstützung der Adaptation und Reanimation des Neugeborenen» gehört zum Hebammenwissen, das vorausgesetzt werden kann. Der Kurs Reanimation eines Neugeborenen³ ist mittlerweile eine Pflichtweiterbildung des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV).

Aber – und das ist in der Tat ganz wichtig – das bedeutet auch, dass eine Hebamme das notwendige Equipment bei jedem Wochenbettbesuch dabei hat. Sonst hilft alles Wissen nichts.

Guidelines müssen immer aktuell sein, eine interdisziplinäre Überarbeitung gilt es gut zu koordinieren. Keine einfache Aufgabe bei den meist knappen Zeitressourcen.

Es ist sehr zeitintensiv. In einem ersten Schritt geht es erstmals um die Frage, was in der Guideline überhaupt überarbeitet werden soll. Ist das geklärt, wird der entsprechende Bereich in Pakete geschnürt, und jede Fachgesellschaft oder die dafür verantwortlichen Personen arbeiten in ihrem Kerngebiet weiter. Im Anschluss werden die Ände-

² Zur Guideline: «Unterstützung der Adaptation und Reanimation des Neugeborenen»: www.paediatrieschweiz.ch



³ Basiskurs in neonataler Reanimation «start4neo»: <https://e-log.ch>



rungen interprofessionell diskutiert, bevor sie erneut in die Vernehmlassung gehen. Dabei werden alle angrenzenden Fachgesellschaften informiert und dürfen die neuen Empfehlungen kommentieren. Bei der Guideline zur Reanimation des Neugeborenen,

«Die Idee hinter der Guideline ist, dass ich als Fachperson, zum Beispiel als Hebamme, weiss; dies wäre im entsprechenden Standardfall die bestmögliche Behandlung.»

an der Neonatologinnen und Neonatologen aus der ganzen Schweiz mitgearbeitet haben, waren wir als Hebammenverband zum ersten Mal in der Überarbeitung dabei.

Welches Expertenwissen konnte hier eingebracht werden?

Gesetzt den Fall, ein Kind ist reanimationspflichtig, stellt sich die Frage, wie die Versorgung gehandhabt wird. Hier konnte ich als Hebammenexpertin Einfluss nehmen. Ich nahm an der gemeinsamen Sitzung die Perspektive der Hebamme und der Eltern ein. Wie ist es für Eltern, wenn ihr Kind von ihnen getrennt wird, damit es medizinisch betreut werden kann? Auch in anderen Spitalkontexten konnte aufgezeigt werden, dass die Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation eine positive Wirkung auf die weitere Verarbeitung der Ereignisse haben kann. Umgekehrt kann es bei Fachpersonen, denen es noch an Erfahrung fehlt, natürlich einen Riesenstress auslösen, wenn Eltern bei einer Reanimation anwesend sind. Es wurde auch die Frage diskutiert, welches Wissen bei Hebammen ganz allgemein vorausgesetzt werden kann, zudem waren die verschiede-



Anje Kroll-Witzer

nen Geburtspositionen Thema sowie die klaren Vorteile des Bondings.

Könnte der SHV einfach anstossen: Jetzt braucht es eine neue Guideline?

Ja, das wäre möglich. Im Prinzip ist es die in einem bestimmten Bereich federführende Gesellschaft, die eine neue Guideline erstellt, – sie muss für die definitive Erstellung aber mit mindestens eineinhalb bis zwei Jahren rechnen. Einmal umgesetzt, liegt es in der Verantwortung derjenigen, die es angestossen haben, dass sich alle, die damit ar-

beiten, dazu bekennen. Nebst der Frage nach der Relevanz gilt es ebenfalls zu klären, wer für die Guideline verantwortlich ist. Und vor allem: Wer wird es auch in ein paar Jahren noch sein? Ist das alles nicht geregelt, verschwindet die Guideline in der Schublade. Für die Überarbeitung braucht es eine aktuelle Literaturrecherche, und es sind viele weitere Faktoren zu beachten: Was ist seit der letzten Veröffentlichung an Änderungen in Kraft getreten? Was gibt es neu zu bedenken? Was hat sich in den Versorgungsstrukturen verändert? Gibt es seit der letzten Veröffent-

lichung möglicherweise neue Gesetze, die in Kraft getreten sind?

Warum gibt es nicht für alle Fachbereiche der Geburtshilfe gemeinsame Guidelines? Eine Vereinheitlichung könnte Klärung schaffen.

Nur in der Theorie. Es gibt Guidelines von Neonatologen oder Kinderärzten und -ärztinnen, mit denen wir als Hebammenverband überhaupt nicht einverstanden sind. Dazu gehört zum Beispiel die Guideline zur Prävention und Therapie der Hypoglykämie bei



Hebammenarbeit: Guidelines, Leitlinien und Expertenstandards

Empfehlungen in Zusammenarbeit oder auf Empfehlung des Schweizerischen Hebammenverbandes zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett- und Stillzeit, Neugeborene, Hygiene, choosing wisely Switzerland – gegen Über- und Fehlbehandlung sind auf der Webseite des SHV einsehbar.



Zu den Empfehlungen:
www.hebamme.ch



Kostenlose Weiterbildungen

Das weltweite unabhängige Netzwerk Cochrane bietet online kostenlose Weiterbildungen zu Evidenzen in der Medizin an.



Informationen unter
<https://training.cochrane.org>

Neugeborenen ab 35+0 Schwangerschaftswochen. In diesem Fall haben sich Hebammenexpertinnen aus der Schweiz zusammengeschlossen und einen offenen Brief⁴ an die Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie geschrieben. Wir können nicht dahinterstehen und sehen die fachliche Relevanz anders. Solche Diskurse finden auch statt. Wir haben die Guideline der Transparenz halber hochgeschaltet unter den Guidelines, die wir nicht empfehlen. Das haben die anderen so entschieden, wir teilen es, zeigen aber auch, wie wir dazu stehen. Es kann nebst nationalen Guidelines auch kantonale geben, selbst Guidelines innerhalb einer Organisation. Es kommt darauf an, wer das Zielpublikum ist. Es gibt Kantone, die haben tolle Empfehlungen auch im Bereich vom Kinderschutz, zum Beispiel wie mit der Mütter- und Väterberatung zusammengearbeitet werden sollte. Das schafft Verbindlichkeit.

Die einzelnen Sprachregionen der Schweiz beziehen sich jeweils auf Leitlinien, die von verschiedenen Regionen der Welt inspiriert sind. Ist es daher schwieriger, Leitlinien in der Schweiz zu harmonisieren?

Ja, das ist es mit Sicherheit. Die Romandie orientiert sich häufig mehr an Frankreich, die deutschsprachige Schweiz an gemeinsamen Leitlinien aus Deutschland und Österreich. Auch haben natürlich unsere Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland einen erheblichen Einfluss auf die verschiedenen Regionen. Ein Team mit einem grösseren Anteil an Hebammen, die in Frankreich ausgebildet wurden, reagiert anders auf bestimmte Leitlinien als ein Hebammenteam mit vielen deutschen Hebammen. Für ein Hebammenkollegium, das sich hauptsächlich aus Schweizerinnen und Schweizern zusammensetzt, ist die Empfehlung durch den SHV das ausschlaggebende Kriterium.

Guidelines sind im liberalen Gesundheitswesen der Schweiz «nur» Empfehlungen. Kann diese Freiheit auch zum Verhängnis werden?

Diese Freiheit gibt mehr Spielraum sowohl im Guten als auch im Schlechten. Die hohe

Kaiserschnitttrate in der Schweiz ist darauf zurückzuführen, dass es keine definierte national festgelegte Vorgehensweise gibt. Ein Kaiserschnitt wird häufig sehr schnell gemacht. Umgekehrt erlaubt dieser freiere Handlungsraum, dass genau hingeschaut werden kann, was einzelne Frauen und Familien brauchen, und es kann eher individuell darauf eingegangen werden. Klar, ich wünschte mir, dass je-

**«Die hohe
Kaiserschnitttrate
in der Schweiz ist
darauf zurückzuführen,
dass es keine definierte
national festgelegte
Vorgehensweise gibt.»**

mand sagt: «Wir intervenieren zu viel.» Ich wünschte mir ebenfalls, dass jede Schwangere für die Erstkontrolle zuerst zur Hebamme gehen würde, wie das zum Beispiel in Schweden der Fall ist. Aber das wäre ein gesteuertes Gesundheitssystem, das es so hier nicht gibt. Den Frauen würde vorgeschrieben werden, wie sie vorzugehen haben.

Wohin geht der Trend in Bezug auf die Guidelines?

Der Trend geht in Richtung höhere Evidenz. Es gibt Guidelines auf verschiedenen Evidenzstufen, einige mit sehr kleiner, andere mit riesiger Literaturrecherche. Es kommt auch vor, dass zur Erstellung einer Guideline Studien oder Analysen in Auftrag gegeben werden, wie das zum Beispiel bei der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin⁵ (siehe Kästchen, Seite 40) der Fall war. Cochrane Deutschland hat dazu viel Hintergrundarbeit gemacht. S3-Leitlinien auf so hoher Evidenzstufe empfehlen wir immer, sie sind unbe-streitbar am wertvollsten.

Der SHV dürfte eine Guideline in Auftrag geben. Welche wäre das?

Die Guideline zum Kaiserschnitt gibt es als S3-Leitlinie⁶. Wenn wir das konsequent umsetzen könnten, wäre das toll. Auch die S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin. Hilfreich wäre auch eine Guideline zur Eins-zu-eins-Betreuung. Oder eine Guideline,



⁵ Zur S3-Guideline «Vaginale Geburt am Termin»:
<https://register.awmf.org>




⁶ Zur S3-Leitlinie «Sectio caesarea»:
<https://register.awmf.org>



⁴ Zum offenen Brief Schweizer Hebammenexpertinnen an die Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie zur Richtlinie «Prävention und Therapie der Hypoglykämie bei Neugeborenen»: www.hebamme.ch



die definiert: Was ist unter einer verzögerten Geburt überhaupt zu verstehen? Wie genau sollen in der Schweiz die Herztöne des Kindes überwacht werden? Wenn das in den Spitälern konsequent umgesetzt werden könnte, wären wir schon an einem ganz anderen Punkt. Mehr Hebammen mit einem Masterabschluss wären förderlich, um mehr Stimmrecht im ganzen Gebiet der Geburtshilfe zu haben. Für Hebammen ist es auf jeden Fall wichtig, immer wieder auf unsere Webseite zu schauen. Was ich mir auch wünsche, ist, dass Hebammen Eltern auf die unter «Hebammensuche» aufgeführte Rubrik «Informierte Entscheidung für die Eltern»⁷ verweisen. Da steht vieles, was Eltern wissen müssen, um selbstbestimmt eine Wahl treffen zu können.

Wenn Eltern Rat suchen im Internet, dann sollen sie klugen Rat finden. Den haben wir. 

INTERVIEW MIT:



Anne Steiner,
Qualitätsverantwortliche beim Schweizerischen Hebammenverband (SHV) und als Expertin dafür zuständig, dass sich der SHV in Zusammenarbeit mehrerer Fachgesellschaften auf ein Vorgehen einigt.



⁷ Zur Rubrik «Informierte Entscheidung für die Eltern»: www.hebammensuche.ch



S3-Leitlinien «Vaginale Geburt am Termin»

Als im deutschsprachigen Raum die S3-Leitlinie «Vaginale Geburt am Termin» erschien, an deren Erstellung der Schweizerische Hebammenverband, vertreten durch seine Präsidentin Barbara Stocker Kalberer, beteiligt war, veröffentlichte Barbara Stocker in der Zeitschrift «Obstetrica» eine Artikelserie, die sich dieser Leitlinie widmete.

Sie berichtete über die Herausforderungen, die sich bei der Erstellung eines solchen interdisziplinären Dokuments sowie der Umsetzung zeigen, und berichtet über die innovativen Inhalte der Guideline (zum Beispiel Empfehlungen zur Personalausstattung). Ein Rückblick.

Stocker Kalberer, B. (2021). S3-Leitlinie «Vaginale Geburt am Termin», Artikelserie erschienen von Mai bis Dezember 2021. «Obstetrica».



S3-Leitlinie: Empfehlung für eine evidenzbasierte Geburtshilfe (erschienen im Mai 2021),
<https://obstetrica.hebamme.ch>



Betreuung (Juni 2021),
<https://obstetrica.hebamme.ch>



Monitoring (Juli-August 2021),
<https://obstetrica.hebamme.ch>



Schmerzmanagement (September 2021),
<https://obstetrica.hebamme.ch>



Die Phasen der Geburt (November 2021),
<https://obstetrica.hebamme.ch>



Schlussgedanken (Dezember 2021),
<https://obstetrica.hebamme.ch>

Aktualisiert: Guideline zur neonatalen Erstversorgung

«**N**eonatale Erstversorgung – Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung»: Die bedeutende Guideline wurde aktualisiert. Der Schweizerische Hebammenverband war an der Revision beteiligt, darunter zahlreiche Fachgesellschaften. Das Wichtigste in Kürze.

Für wen gilt die Empfehlung?

Alle geburtshilflich tätigen Organisationen sowie die ausserklinische Geburtshilfe. Als qualifizierte und speziell geschulte Fachpersonen für die neonatale Erstversorgung sind primär Hebammen, Pflegefachpersonen und Geburtshelfer*innen zuständig.

Welches Ziel wird damit verfolgt?

Das gemeinsame Ziel ist die grösstmögliche Gesundheit und Sicherheit für alle Mütter und Neugeborenen in der Schweiz. Schwangere mit einem hohen Risikoprofil für Mutter und/oder Kind sollen rechtzeitig identifiziert und in ein Zentrum für Perinatalmedizin eingewiesen beziehungsweise verlegt werden. Alle Neugeborenen mit vorgeburtlich

erkennbarem Risiko einer nicht physiologischen primären Adaptation sollen in einem Spital mit kinderärztlicher Betreuung geboren werden.

Was bedeutet das für die Hebamme in eigener fachlicher Verantwortung?

Zwei Fachpersonen sollten bei jeder ausserklinischen Geburt anwesend sein, beide mit einer Ausbildung in Reanimation für Erwachsene und zum Beispiel Start4neo. Bei einem prognostisch ungünstigen, regelabweichenden oder regelwidrigen Geburtsverlauf sollte die für die Geburt verantwort-

Die Arbeitsgruppe empfiehlt grundsätzlich, kritische oder nicht erfolgte Verlegungsentscheide in interdisziplinären Qualitätszirkeln zu analysieren.

liche Hebamme die Situation erkennen und geeignete Massnahmen für die Überführung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe ergreifen, um die grösstmögliche Gesundheit des ungeborenen Kindes sicherzustellen, zum Beispiel bei Verdacht auf das Amnioninfektionssyndrom (AIS), bei protrahiertem Geburtsverlauf mit negativen Zusatzkriterien, regelabweichenden und regelwidrigen Blutungen der Mutter.

Was empfiehlt die interprofessionelle Arbeitsgruppe?

Die Arbeitsgruppe empfiehlt grundsätzlich kritische oder nicht erfolgte Verlegungsentscheide in interdisziplinären Qualitätszirkeln zu analysieren, um die konstante Einhaltung der Rahmenbedingungen zu überprüfen und Prozessabläufe fortlaufend zu verbessern. ◉



Guideline «Neonatale Erstversorgung»

An der Revision der Guideline waren folgende Fachschaften beteiligt: Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®), Schweizerischer Hebammenverband (SHV), gynécologie suisse (SGGG), Akademie für fetomaternale Medizin (AFMM), Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN), Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA).



Zur Guideline «Neonatalen Erstversorgung – Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung»: www.hebamme.ch

ZUSAMMENGEFASST VON:

Anne Steiner,
Qualitätsverantwortliche beim
Schweizerischen Hebammenverband.

Aktualisiert: Guideline zur Neugeborenen-Reanimation

Die Guideline «Unterstützung der Adaption und Reanimation des Neugeborenen» wurde durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN) und den Schweizerischen Hebammenverband aktualisiert. Das Wichtigste in Kürze.

Für wen gilt die Empfehlung?

Diese Empfehlungen beziehen sich in erster Linie auf die Betreuung von Neugeborenen älter als 34 0/7 Schwangerschaftswochen und mit einem Geburtsgewicht über 2000 Gramm. Sie richten sich an alle Gebärdkliniken und Geburtshäuser der Schweiz sowie an die ärztlichen Mitarbeitenden der Fachbereiche Pädiatrie, Neonatologie, Geburtshilfe, Anästhesie sowie an Hebammen, Notfall-, Wochenbett-, Anästhesie- und Neonatologie-Pflegefachpersonen.

Was ist das Ziel?

Die grosse Mehrheit gesunder Neugeborenen ohne Risiken braucht in den ersten Lebensminuten ausser Aufrechterhaltung einer normalen Körpertemperatur und Sicherstellen einer normalen Adaptation keinerlei Interventionen. Im Sinne einer Stabilisierung benötigen jedoch bis 10 % aller Neugeborenen in den ersten Lebensminuten einfache respiratorische Unterstützungsmassnahmen wie Trocknen, Stimulation und Manöver zum Öffnen der Atemwege; und bis 5 % brauchen eine nicht-invasive Beatmung. Weiterführende Reanimationsmassnahmen wie Intubation (0.4 %), Thoraxkompressionen (< 0.3 %) und Adrenalin (0.05 %) sind hingegen sehr selten notwendig. Weil Risikosituationen nicht immer vorausgesehen werden können, müssen bei jeder Geburt ausgebildetes Personal und die technische Ausrüstung für eine allfällige Reanimation vorhanden sein.

Was bedeutet das für die Hebamme in eigener fachlicher Verantwortung?

Gegenüber der vorherigen Version von 2017 wurden in der aktuellen Revision folgende

Präzisierungen und Akzentuierungen formuliert:

- Anwesenheit von zwei Fachpersonen für die Betreuung der Gebärenden und des Neugeborenen bei einer Geburt im Geburtshaus und bei geplanter Hausgeburt;
- Indikationen für eine pränatale Verlegung der Schwangeren;
- Berücksichtigung eventuell vorhandener subpartaler Warnzeichen zur Einschätzung der Risikosituation des Neugeborenen;
- Anpassung des Normwertes des Nabelarterien-pH ≥ 7.10 ;
- Anpassung der Ziel-Sättigungswerte (SpO₂) in den ersten 10 Lebensminuten;
- Verzicht auf initiale verlängerte Atemhübe (sustained inflations);
- Tabelle «Eigenschaften verschiedener Geräte zur nicht-invasiven Atemunterstützung von Neugeborenen»;
- CPAP-Applikation im Gebärsaal;
- Ausrüstung für Hausgeburten und im Geburtshaus;
- Ausrüstung für Geburten im Geburtshaus;
- Ausrüstung für die ambulante Betreuung des Neugeborenen im häuslichen Wochenbett.

Was empfiehlt die interprofessionelle Arbeitsgruppe?

Im Idealfall ist mindestens eine Person ausschliesslich für die Versorgung des Neugeborenen verantwortlich. Sie soll fähig sein, das Neugeborene klinisch korrekt zu beurteilen, thermisch zu stabilisieren und, falls notwendig, eine Reanimation einzuleiten, das heisst die Luftwege zu öffnen und eine Maskenbeatmung durchzuführen. Diese Kompetenzen entsprechen den Lernzielen des Schweizer Basis-Kurses in neonataler Reanimation «start4neo». Für weitere Massnahmen, insbesondere für eine intratracheale Intubation, soll Hilfe einer in der neonatalen Reanimation geübten Fachperson der Neonatologie, Pädiatrie oder Anästhesie angefordert werden. Auch bei einer vermeintlich risikofreien Geburt oder im Wochenbett können beim Neugeborenen unvorhersehbare Probleme auftreten. Daher

sind ein funktionstüchtiger Reanimationsplatz inklusive Zubehör und die rasche Verfügbarkeit einer in der neonatalen Reanimation geübten Person Voraussetzung für jede Geburtsbegleitung. ◉

ZUSAMMENGEFASST VON:

Anne Steiner,
Qualitätsverantwortliche beim
Schweizerischen Hebammenverband.



Guideline «Reanimation des Neugeborenen»

An der Vernehmlassung teilgenommen haben: Schweizerischer Hebammenverband (SHV), gynécologie suisse (SGGG), Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN), Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA).



Zur Guideline «Unterstützung der Adaption und Reanimation des Neugeborenen»:
www.paediatrie-schweiz.ch

Aktualisiert: Empfehlungen zur Hyperbilirubinämie

Die Empfehlungen zur Betreuung von Neugeborenen mit Hyperbilirubinämie wurden 2022 durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie aktualisiert. Das Wichtigste in Kürze.

Was ist neu?

Die Revisionen von 2022 bringen folgende Neuerungen mit sich:

- Tabelle mit risikofaktoradjustiertem Vorgehen;
- Erweiterung der Indikationen zur Verwendung der transkutanen Bilirubinbestimmung;
- Neues Flussdiagramm zum Vorgehen bei der Risikoabschätzung je nach Wert auf der neuen Bahr-Kurve (Adaptation der prädiktiven Kurven nach Bhutani);
- Neue Kurven für Phototherapie- und Austauschtransfusionsgrenzen, adaptiert nach Gestationsalter, inklusive Frühgeborenen < 34 SSW;
- Neues Flussdiagramm zum Vorgehen bei schwerer Hyperbilirubinämie;
- Stellungnahme zur Heim-Phototherapie;
- Stellungnahme zur intravenösen Immunglobulin-Therapie (IVIg);
- Beschreibung der Prinzipien der Austauschtransfusion.

Was gleich bleibt: Die Grenzwerte bleiben beim Termingeborenen ohne Risikofaktoren für eine Phototherapie bei 350 $\mu\text{mol/l}$ und für eine Austauschtransfusion bei 430 $\mu\text{mol/l}$.

Im Text sind die Resultate der nationalen Erfassung der Kinder mit Hyperbilirubinämie mit mindestens einem Wert oberhalb der altersabhängigen Austauschtransfusionsgrenze veröffentlicht: Unter den bekannten Ursachen tritt es am häufigsten bei ABO-Inkompatibilität auf. Müttern mit Blutgruppe 0 sollte daher besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Bilirubin und Kernikterus

Das Risiko eines Ikterus (Gelbsucht) ist bei Neugeborenen erhöht durch:

Die klinische Beurteilung des Ikterus soll routinemässig durch Pflegefachpersonen oder Hebammen 8- bis 12-stündlich ab Geburt bei guten Lichtverhältnissen erfolgen und protokolliert werden.

1. Beschleunigten Abbau der Erythrozyten infolge der kürzeren Lebensdauer der fetalen Erythrozyten und damit eines erhöhten Turnovers von Hämoglobin.
2. Leberunreife mit verminderter Aktivität der Glucuronyltransferase, umso ausgeprägter, je tiefer das Gestationsalter.
3. Verminderte Albuminbindung durch niedriges Serumeiweiss.
4. Erhöhte enterohepatische Bilirubinrückresorption, infolge der nur langsam beginnenden Darmaktivität und einer noch erhöhten Aktivität der β -Glucuronidase im Darmtrakt.
5. Erhöhten Häm-Katabolismus zum Abbau der extravaskulären Erythrozyten bei geburtstraumatischen Hämatomen.

Man unterscheidet:

- Ikterus praecox: Gelbsucht mit Erhöhung des Bilirubinwertes bereits am ersten Lebenstag.
- Schwere Hyperbilirubinämie: Erhöhung des Serumbilirubins auf einen Wert oberhalb der altersabhängigen Grenze für Phototherapie.
- Ikterus prolongatus: Gelbsucht mit einer Dauer von mehr als 14 Tagen bei Termingeborenen und mehr als 21 Tagen bei Frühgeborenen.

Was empfiehlt die Arbeitsgruppe?

Die klinische Beurteilung des Ikterus soll routinemässig durch Pflegefachpersonen oder Hebammen 8- bis 12-stündlich ab Geburt bei

guten Lichtverhältnissen erfolgen und protokolliert werden. Es ist auf die gelbliche Hautfarbe, aber auch auf Blässe, Trinkschwäche, Erbrechen oder Zeichen einer Polyglobulie zu achten. Bei dunkelhäutigen Neugeborenen ist zusätzlich die Betrachtung der Konjunktiven und der sichtbaren Schleimhäute erforderlich. Der Bilirubinspitzenwert tritt bei kaukasischen und afroamerikanischen Termingeborenen in der Regel zwischen dem 3. und 5. Lebenstag auf. Dementsprechend



Empfehlungen zur Hyperbilirubinämie

Der vollständige Text der «Empfehlungen zur Betreuung von Neugeborenen mit Hyperbilirubinämie» liegt als Druckvorlage vor, er enthält Kurven, Kästen und Praxisanleitungen für die Phototherapie für die Gebärabteilung.



Zu den «Empfehlungen zur Betreuung von Neugeborenen mit Hyperbilirubinämie»:
www.neonet.ch



iStock

gilt es sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting (insbesondere nach Hausgeburt, ambulanter Geburt und nach Kurzhospitalisationen) dem Ikterus eine hohe Aufmerksamkeit zu schenken, frühzeitig eine Bilirubinkontrolle durchzuführen und weitere ambulante Bilirubinkontrollen zeitlich festzulegen.

ten zwischen Mutter und Kind verantwortlich. Daher ist bei ikterischen Neugeborenen immer eine solche auszuschliessen beziehungsweise müssen Blutgruppe von Mutter und Kind bekannt sein. ◉

ZUSAMMENFASSUNG
IN ZUSAMMENARBEIT MIT:

Dr. Juliane Meng-Hentschel,
Fachärztin für Kinderheilkunde (FMH Pädiatrie)
und Neonatologin.

Die Inkompatibilitäten von Blutgruppen zwischen Mutter und Kind gehören zu den Hauptursachen für eine schwere Hyperbilirubinämie. Daher ist bei ikterischen Neugeborenen immer eine solche Inkompatibilität auszuschliessen.

Wie die Untersuchung der Ursachen für die schwere Hyperbilirubinämie bei Schweizer Neugeborenen gezeigt hat, waren dabei überwiegend Blutgruppen-Inkompatibilitä-

Obstetrica

Jetzt auch als ePaper erhältlich.
Disponible désormais aussi en ligne.

Deutsch:



Français:



Achten Sie auf dieses Icon.
Icône à repérer.



Weitere Informationen: www.hebamme.ch

Plus d'informations: www.sage-femme.ch

zhaw

Gesundheit

Das bringt mir der MSc Hebamme

«Das Masterstudium hat mich persönlich und beruflich weitergebracht. Es hat mich in meiner Identität als Hebamme gestärkt und mir den Weg für eine Tätigkeit als Hebammenexpertin gebnet.»

Sarah-Maria Schuster, Absolventin des
Master of Science (MSc) Hebamme an der ZHAW

Wir beraten Sie gern

Neu bieten wir auch hybride Studienplätze an.
Gerne beraten wir Sie persönlich zum Masterstudium.

Mehr Infos:

→ zhaw.ch/gesundheit/master/hebamme

Online-
Infoanlass am
5. Dezember

