

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 7-8

Artikel: Von der Abnabelung zur Analgesie : Mythen und Fakten in der Perinatalmedizin
Autor: Blanchard, Marie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949519>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Von der Abnabelung zur Analgesie: Mythen und Fakten in der Perinatalmedizin

Für diesen ersten Schweizerischen Perinataalkongress wurde eine Palette von Themen ausgewählt, zu denen Fachpersonen aus verschiedenen Gebieten einen Beitrag leisten konnten: Abnabelung, Dammschutz, Schmerzbekämpfung und Frühgeburt. Anhand von Fakten und Zahlen hinterfragten die Hebammen, Neonatologen und Anästhesisten verschiedene Mythen.

.....
Marie Blanchard et al.

Der Themenblock Abnabelung musste abgesagt werden, weil Christiane Schwarz leider krank war. Ihr Referat «Abnabeln, aber richtig?» konnte jedoch spontan mit einer Präsentation zur Adipositas ersetzt werden. Als Referentin konnte Dr. med. Dagmar l'Allemand, Chefärztin am Ostschweizer Kinderspital und Kopräsidentin des Fachverbands Adipositas im Kindes- und Jugendalter, gewonnen werden. Anschliessend folgte das Referat von Dr. med. Riccardo Pfister, Leitender Arzt der Abteilung Neonatologie des Universitätsspitals Genf (HUG), der sich der Frage von Trennung und Bindung widmete.

Adipositas und pränatale Risiken

Dagmar l'Allemand befasste sich insbesondere mit der Frage, wie das Gewicht des Kindes vor und nach der Geburt mit demjenigen der Eltern zusammenhängt. Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Krankheiten, die gewöhnlich erst im Erwachsenenalter auftreten (Gelenkprobleme, Diabetes, Leberzirrhose, Herzinsuffizienz usw.). Zur Feststellung von Übergewicht kann nebst dem Body-Mass-Index (BMI) auch der Taillenumfang durch die Körperlänge dividiert werden. Das Ergebnis sollte weniger als 0,5 betragen.

Die Ärztin wies darauf hin, dass man bei Übergewicht keiner Person Schuldzuweisungen wegen Ernährung oder Bewegungsmangel machen sollte. Die Industrieprodukte, die Anzahl Autos pro Haushalt und die Anzahl Stunden, die vor einem Bildschirm verbracht werden, sind verschiedene Faktoren, die in unserer heutigen Zeit das Gewicht beeinflussen, während sich unser Energiebedarf seit der Steinzeit nicht verändert hat.

Auswirkungen über mehrere Generationen

Im Folgenden sprach Dagmar l'Allemand das Phänomen der Kompensierung an: Untergewichtige Kinder laufen Gefahr, später zu kompensieren. Umgekehrt wird eine übergewichtige Schwangere ihren Fetus überernähren, wodurch dieser mit einem falsch geprägten Metabolismus geboren wird.

Doch die Prägung kann auch vom väterlichen BMI beeinflusst sein. Und Übergewicht ist vererbbar. Eine Berliner Arbeitsgruppe untersucht gegenwärtig die Methylierung von Genen. Es kann sein, dass Überernährung und Bewegungsmangel während der Schwangerschaft über mehrere Generationen hinweg einen schlechten Metabolismus zur Folge haben.

Die Verabreichung von Antibiotika während der Kindheit kann später ebenfalls Adipositas bewirken. Dagmar l'Allemand erwähnte noch einen weiteren Faktor: Kaiserschnittgeburten!

Was kann man tun?

Abschliessend präsentierte die Referentin das Protokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie. Der «Praxisleitfaden Adipositas» kann unter www.sgedssed.ch (Informationen für Fachpersonen) heruntergeladen werden: In einer ersten, sehr langen Phase geht es um den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, dann um die Motivierung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und schliesslich um Vorschläge für einfache Verhaltensänderungen (Verwendung kleinerer Teller, sich auf seine Stärken konzentrieren, den Fokus auf das seelische Wohlbefinden setzen usw.).

Bedeutung der pränatalen Information

Einleitend zu seinem Referat informierte Riccardo Pfister über die Aktualisierung der Empfehlungen: Die Dauer der Abnabelung sei verlängert worden. Dann wies er darauf hin, dass der Beginn des Lebens ein besonders riskanter Moment ist. Jedes Jahr sterben 2,7 bis 3 Mio. Kinder unter der Geburt, und jeden Tag verlieren welt-

.....
Autorinnen

Marie Blanchard, redaktionelle Beirätin, Hebamme, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.

Maria-Pia Politis, redaktionelle Beirätin, Lehrbeauftragte an der Haute Ecole de Santé de Vaud.

Cynthia Khattar, Redaktorin «Hebamme.ch».

weit 830 Frauen während der Schwangerschaft oder der Geburt ihr Leben aus Gründen, die vermeidbar gewesen wären. 99% dieser Todesfälle ereignen sich in Ländern unter der Armutsgrenze.

In der Schweiz erfordert eine von zehn Geburten eine Hospitalisierung, d.h. eine Trennung von Mutter und Neugeborenem. Geburtshelfer, Neonatologen, Pflegepersonen und Eltern erleben die Ereignisse aus unterschiedlichen Perspektiven. Riccardo Pfister erklärte, dass die Pflegepersonen (die Hebammen vielleicht etwas weniger) Risiken oft als Probleme wahrnehmen, doch entscheidend sei in diesen Fällen v. a., wie sie die Eltern informieren. Z.B. werden Eltern, denen man angekündigt hatte, dass ihr Kind ein beträchtliches Herzproblemmisiko habe, ihr Kind anders aufziehen. Auch wenn ihr Kind gesund ist, wird diese schlechte Nachricht einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden haben.

Die Bindung festigen

Ein weiteres Problem betrifft die Art, wie die Neugeborenen einem präsentiert werden. Die typischen Internetbilder zeigen die Babys im besten Licht. Doch wenn die Eltern dann mit der Realität konfrontiert sind und ihr Baby umgeben von technischem Material sehen, kann das einen Schock bewirken. Der Referent berichtete von einer neu eingeführten Massnahme im HUG: die Agenda der Empfindungen – ein Weg, sich auf die Gefühle zu konzentrieren, was einen positiven Einfluss haben kann.

Der Arzt schilderte weitere Methoden zur Festigung der Bindung: den Haut-zu-Haut-Kontakt nach der Geburt, wobei er auf die wichtige Rolle des Oxytocins hinwies, da das Gehirn des Neugeborenen bei der Geburt besonders empfänglich ist; die Oralität über das Stillen; den sensomotorischen Ansatz anhand verschiedener miteinander verknüpfter Bewertungsschemen (Heidelise Als, Brazelton André Bullinger).

Geburt und Dammschutz

In einem zweiten Teil des Kongresses kam dem Dammschutz eine Sonderstellung zu, bezogen sich doch drei Referate auf dieses Thema. Das erste Referat von Prof. Dr. med. Annette Kuhn, Fachärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie FMH und Leiterin des Zentrums für Uro-Gynäkologie am Inselspital Bern, befasste sich mit den Dammverletzungen, den Risikofaktoren und den Vorsorgemassnahmen, insbesondere unter der Geburt. Als Einführung nannte die Ärztin Situationen, wie sie bei Patientinnen in ihrer Sprechstunde immer wieder vorkommen. So schilderte die längerfristige gesundheitliche Entwicklung der Frauen und erwähnte mehrere Arten von Inkontinenz und Genitalprolapsen sowie die Schwierigkeiten beim Orgasmus.

Sie empfahl, bei Inkontinenz während der Schwangerschaft sofort mit Physiotherapie zu beginnen, um die Damm- und Beckenbodenmuskulatur zu stärken. Die Wirkung dieses Trainings werde auch noch postpartal spürbar sein. Ferner wies sie darauf hin, dass eine trainierte Dammuskulatur unter der Geburt kein Hindernis ist.



Irene Hösli

Prof. Dr. med., Chefin Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel, Schirmherrin des ersten Schweizerischen Perinatalkongresses

Liebe Leserin, lieber Leser

Der erste Schweizerische Perinatalkongress stand unter dem Motto «Mythen und Fakten», ein Thema, das spätestens seit der Wahl des amerikanischen Präsidenten für heisse Köpfe sorgt. Besonderes Gewicht wurde auf den heute geltenden Wissenstand gelegt. Bei einigen bisher angewendeten diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen konnte man zeigen, dass sie überholt sind und damit die Schwangeren und Gebärenden nicht adäquat behandelt werden. Andererseits sind manche lang bekannten Ansichten neu durch evidenzbasierte Studien in ihrer Aussage untermauert worden. Somit können wir Schwangeren, Wöchnerinnen und ihren Neugeborenen die Therapie anbieten, die nachgewiesenermassen auch sinnvoll und wirksam ist. Einige Erkenntnisse sind zwar hinreichend untersucht, aber nicht implementiert, und bei vielen komplexen Vorgängen bleiben offene Fragen.

Der Kongress hatte noch ein zweites Motto: die verschiedenen Berufsgruppen und unterschiedlichen Disziplinen, die im klinischen Alltag auch aufeinander angewiesen sind und eng zusammenarbeiten, im Rahmen von Workshops, Diskussionsforen und Vorträgen zusammenzubringen. Unterschiedlicher Meinung sein und Ergebnisse anders interpretieren heisst nicht, dass man nicht gegenseitig Wertschätzung aufbringt.

Auch wenn wir noch einiges inhaltlich und im Ablauf verbessern können, war der Perinatalkongress ein wunderbarer Anfang und ein grosser Erfolg. Ein grosses Dankeschön geht an die vielen Personen, die bereits lange im Voraus am Grundkonzept und dann an der Umsetzung und am Gelingen des Kongresses gearbeitet haben.

Herzlich, Irene Hösli

Dr. med. Leonhard Schäffer referierte über das Thema Frühgeburten und zog regionale sowie internationale Vergleiche.



Anna Margareta Neff Seitz, Leiterin von kindsverlust.ch, sprach darüber, was unterstützend wirkt, um das Sterben als normalen Prozess annehmen zu können.



Genitalprolapse

Genitalprolapse hängen mit der Anzahl vaginaler Geburten zusammen. Doch was die Harninkontinenz betrifft, so ist der Zusammenhang mit der Anzahl natürlicher Geburten weniger klar. Die Ärztin wies darauf hin, dass Verletzungen hauptsächlich bei Erstgeburten auftreten. Es gibt unbeeinflussbare Risikofaktoren, bspw. die Genetik, insbesondere bei Blasensenkungen. Fettleibigkeit ist ein weiterer Risikofaktor. Und Kaiserschnitte? Sie bieten nur hinsichtlich analer Inkontinenz einen relativen Schutz. Denn schon die Schwangerschaft hat einen Einfluss auf den Damm. Deshalb gibt es keinen Unterschied zwischen einem Kaiserschnitt auf Wunsch und einem peripartalen Kaiserschnitt.

Was die anale Inkontinenz betrifft, so sind insbesondere Zangengeburt ein Risikofaktor, denn dieses Instrument benötigt 10% zusätzlichen Raum um den Kopf des Fötus, was die Dehnung des Damms noch verstärkt. Auch ein Gewicht des Fötus über 4000 g, eine Körpergrösse der Mutter unter 160 cm, Fettleibigkeit und das Alter der Mutter erhöhen das Risiko grösserer Risse. Mit fortschreitendem Alter bauen sich die Muskelfasern ab. Ob die Dauer der Austreibungsphase einen Einfluss hat, ist schwer zu beurteilen; dazu gibt es zwei Studien, die zu widersprüchlichen Ergebnissen führten. Eine Prävention mittels Routedammschnitt ist nicht effizient. Auch die Wirkung von Epi-No® während der Schwangerschaft konnte nicht belegt werden.

Dammverletzungen

Warme Umschläge und Massage unter der Geburt scheinbar Dammrisse 3. und 4. Grades zu vermindern, allerdings stehen die diesbezüglichen Untersuchungen auf schwachen Beinen. Die Referentin zitierte die Ergebnisse der Zeitschrift «Cochrane» (2017) von Aasheim V. et al. zu den verschiedenen Techniken, die Dammrisse unter der Geburt vermindern helfen.

Ein Risikokalkulator (UR-Choice) zur Erfassung der Frauen mit einem höheren Dammrisiko ist in Vorbereitung. Abschliessend betonte die Referentin die Bedeutung einer guten Beurteilung der Verletzungen unmittelbar nach der Geburt. Um festzustellen, ob der Schliessmuskel verletzt ist oder nicht, braucht es eine rektale Untersuchung, denn mit einer visuellen Beurteilung entdeckt man nur die Verletzungen des äusseren Sphinkters. Es ist wichtig, die Verletzungen des Analsphinkters rasch zu vernähen, da die Muskelfasern sich schnell zurückziehen. Auch die Art der Dammnaht ist wichtig. Sie ist nur in 50% der Fälle wirksam. Es kann sich eine Fistel entwickeln, die gelegentlich das Anlegen eines Stoma erfordert. Die anale Inkontinenz kann psychische, dermatologische und sexuelle Probleme bewirken.

Untersuchungen in Skandinavien

Anschliessend thematisierte die Fachärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie FMH vom Universitätsspital Zürich, Dr. med. Nina Kimmich, die Praktiken zur Verminderung von Dammrissen 3. und 4. Grades (siehe auch Artikel in der «Hebamme.ch» Nr. 6/2018). Zur Illustration ihres Referats zog sie umfassende Untersuchungen hinzu, die in den letzten Jahren in Skandinavien durchgeführt worden waren. Vier wichtige Massnahmen helfen, die Quote von Dammrissen bei spontanen und instrumentellen Geburten zu senken: Kommunikation mit der Frau, Rückenlage oder halb sitzende Position, Hände auf dem Damm (eine Hand auf dem Kopf, die andere auf dem Damm mit dem Daumen auf einer Seite und den anderen Fingern auf der anderen, um den Damm auf beiden Seiten des Kopfes des Fötus zu stabilisieren). So kann ein zu rascher Austritt des Kopfes (hands-on) vermieden, dessen Durchmesser reduziert und der Kopf unterstützt werden.

Auch Dammmassage und warme Umschläge sind nützlich. Dabei sollte die Frau die Bewegungen wählen dürfen, die ihr am besten passen, damit der Fetus besser herausgleiten kann, dabei wirken die vaginalen Ausscheidungen schmierend. Ein Dammödem sollte vermieden werden.

Weiterbildungsvideos

Darüber hinaus ist auf die Rotation des Kindes und auf seine Lage zu achten, und die unterstützenden Handgriffe sind dem natürlichen Geburtsverlauf anzupassen. Zeigt sich die hintere Schulter als erste, so ist sie vor der vorderen Schulter zu befreien. Das Team in Zürich hat eine Sammlung von über 100 Geburtsvideos angelegt, die der nachträglichen Analyse der Handgriffe und der

Weiterbildung des medizinischen Personals dienen. Im Laufe des Referats waren fünf Geburtssequenzen zu sehen. Die Beurteilung des Damms nach der Geburt mithilfe eines Evaluationsinstruments und eines Schemas, das nicht nur den Damm, sondern auch die zahlreichen Positionen des Babykopfs analysiert, wird im geburtshilflichen Dossier notiert. Es ist eine Studie in Vorbereitung, die den Einfluss dieser Betreuung auf die Häufigkeit schwerer Dammverletzungen prüft. Erste Ergebnisse lassen auf eine Verringerung der Verletzungen schliessen, deren Häufigkeit je nach Parität und Gestationsdauer schwankt.

Bedeutung des klinischen Vorgehens

Das dritte Referat hielt die frei praktizierende Hebamme Cristina Marinello aus dem Kanton Aargau, die seit 28 Jahren Haus- und Beleggeburten durchführt. Sie setzte den Akzent auf die Erhaltung der Gesundheit der Frauen durch genaue Beobachtung und möglichst wenig Eingriffe. Sie wies darauf hin, dass das Mutter-Kind-Binom externe Interventionen zwar kompensieren kann, dass man sich aber doch der subtilen Auswirkungen kleinster Eingriffe bewusst sein sollte. Nach Ansicht von Cristina Marinello kann die Geburt in den letzten vier Schwangerschaftswochen durch Entlastung vorbereitet werden. In ihrer Präsentation setzte sie den Akzent auf die Bedeutung des klinischen Vorgehens der Hebamme durch Beobachten, Abtasten und Vaginaluntersuchung. So kann die Hebamme die Kindslage im Mutterleib in 3D visualisieren. Die durch Abtasten und Vaginaluntersuchung gewonnenen Erkenntnisse ergänzen sich. Dieses Vorgehen will allerdings erst erlernt sein.

Lage des Fetus

Anschliessend beschrieb die Referentin die Auswirkungen der Lage des Fetus auf den Geburtsverlauf. Die Hinterhauptslage ist die günstigere Variante als die Vorderhauptslage mit ihrer ganzen Palette an Auswirkungen (ausgeprägte Deflexion, Schmerzen, vorzeitiger Blasenprung). Die Frau kann die Lage ihres Kindes beeinflussen, indem sie wenig sitzt und häufig geht, was auch den Psoas entspannt. Gegen Schwangerschaftsende kann sie den Bauch zudem mit einem Schal stützen. Die Referentin verabreicht gegebenenfalls auch einen grossen Einlauf, der die Uteruskontraktionen fördert und das Baby positionieren hilft. Ausserdem empfiehlt sie, die Fruchtblase während der Wehenarbeit zu erhalten.

Anhand alter Tafeln (18. und Anfang 20. Jahrhundert) illustrierte Cristina Marinello die zusammengekauerte Lage des Fetus: der Kopf maximal gebeugt, die Knie auf der Brust und die Arme gegen die Ohren gefaltet, wobei der Hals des Fetus die Höhe der unteren Symphyse erreicht, die als Stütze für die Austreibung des Fetus und seine Deflexion beim Austritt dient. Es ist wichtig, den Damm zu schützen, indem man ihm die Zeit lässt, sich zu dehnen und indem man eine vorzeitige Deflexion vermeidet. Diese würde nämlich bewirken, dass sich der Durchmesser des Kindskopfes vergrössert, was das Risiko von Dammrissen erhöht. Der Hinterkopf ist langsam zu

Lunchsymposium zum Thema interprofessionelle Aus- und Weiterbildung

Mittags, als die meisten Teilnehmenden die wohlverdiente Essenspause genossen, gingen andere zum Lunch mit Symposium, wo sie sich Gedanken zu einem gemeinsamen Vorgehen für eine Optimierung der Qualität der Geburtshilfe über interprofessionelle Ausbildung und Collaborative Practice machten. Prof. Dr. med. Nicole Oxenbein-Kölbe vom UniversitätsSpital Zürich präsentierte die verschiedenen Initiativen, die im Spital zur Förderung des Austausches zwischen den zahlreichen Fachpersonen umgesetzt werden: Fallstudien, gemeinsame Workshops, Übungen, Simulationen, runde Tische und «Arbeitslunches» für einen regelmässigen Austausch mit den Hebammen. Und in Planung ist eine Zürcher interprofessionelle Ausbildungsstation, wo sich Studierende der Medizin und angehende Pflegefachleute, Physiotherapeutinnen und Ergotherapeuten begegnen und austauschen werden.

Die Hebamme Yvonne Bovermann vom Deutschen Hebammenverband wies auf die «Collaborative Practice» hin. Dabei handelt es sich um einen möglichen Lösungsansatz zur Behebung des Mangels an Pflegefachkräften, der die ganze Welt betrifft und dem vielleicht mit interprofessioneller Ausbildung entgegengewirkt werden kann. Zur Illustrierung dieser Methode erwähnte Yvonne Bovermann das Beispiel einer Feldstudie der kalifornischen Universität in San Francisco. Dort haben die Hebammen einen Master, sind «Assistant Professors» und führen die Assistenzärzte in die natürliche Geburt ein. Dank dieser interprofessionellen Ausbildung lernen die verschiedenen Teams, sich besser zu verstehen und die einzelnen Fälle effizienter zu begleiten. Aber wenn die Hebammen Assistenzärzte ausbilden können, sollte auch das Gegenteil möglich sein: Die Ärzte sollten die Hebammen für komplexe Situationen ausbilden. Am Schluss des Symposiums diskutierten nebst den Referentinnen auch Dr. med. David Ehm, Past President Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), Prof. Dr. med. René Hornung, Präsident SGGG, Dorothee Eichenberger zur Bosen, Leiterin Disziplin Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule, Barbara Günthard, Leiterin Hebammen Klinik für Geburtshilfe am UniversitätsSpital Zürich, Iris Hochstrasser, Leiterin Pflege Geburtsabteilung am Universitätsspital Basel, und Barbara Stocker Kalberer, Präsidentin SHV. Alle betonten die Notwendigkeit der interprofessionellen Annäherung und der Anerkennung der persönlichen Kompetenzen auf beiden Seiten.

heben, wodurch das Dammgewebe entlastet wird: Dazu sind beide Hände der Hebamme nötig, wie auf einer der alten Tafeln mit einer Mutter in Seitenlage zu sehen war. Cristina Marinello verwendet den Gebärstuhl nur selten. Es sei sehr wichtig zu entscheiden, wann ein Eingriff nötig ist und wann nicht, betonte sie abschliessend.

Anmerkungen zur Analgesie

Zwei Referate befassten sich mit dem Thema der Anästhesien in der Geburtshilfe und der mit ihnen verbundenen Mythen. Dr. med. Thierry Girard, Anästhesist und Mitverantwortlicher der geburtshilflichen Anästhesie und des Zentrums für Perinatalmedizin am Universitätsspital Basel, kam auf die Mythen zu sprechen, die sich

v. a. um die Periduralanästhesie (PDA) ranken, und er stellte sie mehreren Studien gegenüber. Dr. med. Andrea Melber, Leitende Ärztin für Anästhesie und Intensivmedizin am Spital Münsingen, vermittelte einen Überblick über die Risiken der medizinischen Methoden zur Schmerzlinderung unter der Geburt.

Die ideale Schmerzbekämpfung gibt es nicht, welche die Autonomie sowohl der Gebärenden als auch der Hebammen gewährleisten würde. Eine ideale und risikofreie Analgesie sollte für die Mutter und das Kind keine Nebenwirkungen haben. Sie sollte die Geburt nicht beeinflussen und einfach und kostengünstig sein. Die Information, die gegeben werden, sollten ehrlich und zweckmässig sein und der Patientin die Freiheit der Wahl lassen. Umso wichtiger ist es also, die neuesten Untersuchungen auf diesem Gebiet zu kennen.

Mythen und Fakten zur Periduralanästhesie

Anhand verschiedener, teils wissenschaftlicher Internetquellen, welche die grosse Vielfalt der Haltungen gegenüber der PDA aufzeigen, widerlegte Thierry Girard einige Mythen rund um diese Anästhesie («sie darf nicht zu früh angelegt werden, sie erhöht die Kaiserschnitttrate, die Patientin kann sich nicht mehr bewegen ...»).

Was den Einfluss der PDA auf das Stillen betrifft, so berichten Lau et al. (2017), dass keine signifikative Wirkung bestätigt werden kann, wenn das Kind früh die Brust erhält, das heisst innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt. Eine Cochrane Review 2011 hält fest, dass eine PDA keinen Einfluss auf das Kaiserschnittisiko oder auf später auftretende Rückenschmerzen hat. Hingegen erhöht die PDA das Risiko einer instrumentellen Geburt und den Einsatz von Oxytocin.

Eine weitere Cochrane Review aus dem Jahre 2014 analysierte die Folgen einer eher frühen oder eher späten PDA, wobei die Definition von früh und spät je nach Studie variierte. Von einer frühen Anästhesie spricht man, wenn der Muttermund weniger als 4 oder 5 cm geöffnet ist, während eine späte Anästhesie erfolgt, wenn die Dilatation 4 bis 5 cm oder mehr beträgt. Obwohl eine frühe oder späte Verabreichung die Dauer der Austreibungsphase nicht wesentlich verändert, scheint es, als ob eine frühe Anästhesie die Eröffnungsphase verkürzen würde. Die Autoren schliessen daraus, dass der Wunsch der Patientin beim Entscheid des Zeitpunkts der Anästhesie massgebend sein sollte.

Reduktion von Stress

In der Anästhesie ist die PDA weiterhin der Goldstandard. Es gibt Situationen, in denen sie notwendig oder in der Planung eines Kaiserschnitts vorgesehen ist, da sie grundsätzlich weniger Risiken birgt als eine Vollnarkose. Sie wirkt nicht nur gegen Schmerzen. Sie kann auch indiziert sein, wenn eine Risikopatientin zu viel Stress hat. Das Anlegen einer PDA ist ein sicherer Akt; allerdings bewirkt er häufig Nebenwirkungen, die aber gut kontrollierbar sind. Mehrere Hebammen erwähnten am Ende des Referats, dass die PDA nebst Stressverminderung auch die Hormonproduktion beeinflusst und dass diese Nebenwirkung beträchtliche Auswirkungen haben kann. Deshalb sei es nötig, kritisch und gut informiert zu bleiben.

Verschiedene Anästhesien in der Geburtshilfe

Anschliessend vermittelte Andrea Melber in ihrer Präsentation einen Überblick über die Risiken der medizinischen analgetischen Methoden in der Geburtshilfe.

Lachgas

Das Distickstoffmonoxid ist ein Gas mit Treibhauseffekt, das 300 Mal stärker wirkt als CO₂. Es bleibt während 100 Jahren in der Atmosphäre. Die medizinischen Anwendungen stellen einen eher geringen Teil am ökologischen Schaden durch Treibhauseffekt dar. Es gibt nur wenige Daten dazu. Das inerte Gas wird seit 1961 unter dem Namen Entonox, einer äquimolaren Mischung von 50% O₂ und 50% Lachgas, verwendet. Seine Wirkung ist gut steuerbar und nimmt mit der Ausatmung rasch ab. Das Medikament unterliegt dem Arbeitsschutzgesetz, denn es inhibiert die Synthese von Vitamin B12. Eine Untersuchung zur Exposition des Pflegepersonals liegt vor. Sie verweist auf eine neue, dichtere Maske, welche die Exposition auf diejenigen Werte verringert, die gemäss Arbeitsschutzgesetz zugelassen sind. Ob Grenzwerte überschritten werden, wird nur selten in den Gebäuden gemessen.

Langwirksame Opioide

Pethidin kann Krämpfe verursachen. Die Halbwertszeit beträgt bei der Mutter zwei bis vier Stunden, beim Kind 18 bis 23 Stunden. Seine Wirkung kann die Saugkraft und die Atmung beeinflussen. Beim Tramadol beträgt die Halbwertszeit bei der Mutter vier bis sechs Stunden, beim Baby bis zu 85 Stunden. Beim Meptazinol beträgt die Halbwertszeit bei der Mutter drei bis vier Stunden, für das Kind liegen keine Angaben vor.

Remifentanyl

Dieses kurzwirksame Opioid kommt seit 1996 in der Anästhesie zum Einsatz und wurde erstmals in Nordirland 2005 als Routineanalgetikum zur Geburt verwendet. Es ist 200 Mal wirksamer als Morphin. Seine Metabolisierung hängt nicht von Organen (wie z. B. Leber und Niere), sondern von Enzymen ab, die Halbwertszeit beträgt drei bis fünf Minuten. Als Nebenwirkungen bekannt sind wie bei den anderen Opioiden auch: Atemdepression, Sedierung, Bradykardie, Juckreiz und in hoher Dosierung Muskelrigidität. In der Geburtshilfe sind die Risiken in Anbetracht der geringen Dosierung von Remifentanyl kleiner. Beim Kind ist die Metabolisierung rascher als bei den anderen Opioiden, und die kurze Wirksamkeit führt dazu, dass auch Nebenwirkungen sehr rasch abklingen.

PDA und Spinalanästhesie

Seit 1985 ist diese rückenmarksnahe invasive Methode der Goldstandard. In 5% der Fälle bewirkt die PDA kein zufriedenstellendes Ergebnis. Sie hat Nebenwirkungen wie bspw. Hypotonie in 5% der Fälle und eine Verlängerung der Austreibungsphase (gemäss Studien). Versehentlich kann eine Perforation der Dura mater erfolgen bzw. besteht das Risiko einer Kathetermigration in den Spinalraum. Das kann einen starken bzw. hohen Block auslösen. Gehen die Narkosemittel ins Blut über, besteht das grosse Risiko der Neuro- und Kardiotoxizität. Der in ca. 1% der Fälle auftretende postpunktionelle Kopfschmerz (postdural puncture headache) kann ausgeprägt sein. Die Rate schwerer neurologischer Schädigungen beträgt 1/200 000, wobei eine Paraplegie die Ausnahme ist. Zwi-

Rund 800 Kongressteilnehmer informierten sich an den zahlreichen Ständen der Aussteller im Trafo Baden.



24 Poster im Wettbewerb



Die Gewinnerinnen und Gewinner des Posterwettbewerbs (v. l.): Nina Kimmich, Jana Birri, Roland Zimmermann, Regula Aeberli, Susanne Grylka, Jessica Pehlke-Milde, Camille Bérard, Anaïs Bonny, Katharina Quack-Lötscher und Jacqueline Barin.

Dieses Jahr waren am Schweizerischen Perinatalkongress in Baden Poster in fünf Kategorien ausgestellt: 1. Bachelorthesis einer Studierenden | 2. Hebammenprojekt | 3. Hebammenforschung | 4. Interprofessionelles Projekt | 5. Geburtshilfe, Neonatologie und geburtshilfliche Anästhesie. Eine Jury bestimmte pro Kategorie je ein Gewinnerposter, das mit einem Preis im Wert von CHF 1000.– honoriert wurde, wobei CHF 3000.– von der Swica und CHF 2000.– vom UniversitätsSpital Zürich gestiftet wurden. Für die ersten drei Kategorien bekleideten die Jury Tamara Bonc, Hebammenexpertin MSc, Frauenklinik Stadtpital Triemli, Zürich; Claudia Putscher-Ulrich, Hebamme MSc, ZHAW; Silvia Ammann-Fiechter, Hebamme MSc, Haute Ecole de Santé Vaud. Die Poster der beiden anderen Kategorien beurteilten Karin Inderbitzin, Hebamme FH, UniversitätsSpital Zürich; PD Dr. med. Leonhard Schäffer, Kantonsspital Baden; KD Dr. med. Philipp Meier, Kantonsspital Aarau. Dies sind die Gewinnerposter in den einzelnen Kategorien:

1. «Le sentiment de cohérence et la physiologie de la naissance» von Camille Bérard, Anaïs Bonny (in der «Hebamme.ch» Nr. 9 wird ein Artikel auf Französisch darüber erscheinen)

2. «Telefonisches Nachgespräch durch die Hebamme – ein Hebammenprojekt mit Evaluation der Gebärdabteilung des UniversitätsSpitals Zürich» von Regula Aeberli, Barbara Meier-Käppeli, Pearl Marca-Ghaemmaghami, Barbara Günthard, Roland Zimmermann, Jessica Pehlke-Milde und Susanne Grylka
3. «Netzwerkarbeit im Bereich der Frühen Förderung: Erfahrungen freipraktizierender Hebammen in der Schweiz» von Jessica Pehlke-Milde, Astrid Krahl, Rebekka Erdin, Susanne Grylka und Irina Radu
4. «Frauenmilchbanken: Herausforderungen und Chancen in der Schweiz» von Jacqueline Barin, Silvia Hongmann und Katharina Quack Lötscher
5. «Assoziation zwischen Einführung verschiedener geburtshilflicher Observationsmassnahmen und maternalen Geburtsverletzungen», retrospektive Kohortenstudie von Jana Birri, Martina Kreft, Roland Zimmermann und Nina Kimmich

Miryam Azer

Die Gewinnerposter sind abrufbar unter www.hebamme.ch

schen 1979 und 2015 wurden 54 Todesfälle verzeichnet, davon vier aufgrund eines subduralen Hämatoms. Ausserdem traten in 14 bis 37% der Fälle bei einer PDA eine Hyperthermie auf. Dieser Vorgang, vermutlich eine nicht entzündliche Reaktion, ist schlecht erforscht. Die Folge davon ist eine vermehrte Abgabe von Antibiotika und ein erhöhtes Sepsis-Screening beim Neugeborenen.

Abschliessend betonte Andrea Melber, wie wichtig es sei, Standards für die Anwendungen aller medizinischen Methoden festzulegen und die Risiken abzuwägen. Sie wies erneut darauf hin, dass das Ziel der Anästhesie und der Geburtshilfe sein sollte, sich fachübergreifend für einen sicheren Einsatz der zur Verfügung stehenden Methoden einzusetzen.

Frühgeburt

Der letzte Kongressblock befasste sich mit der Frühgeburt. Dr. med. Leonhard Schäffer, Leiter der Klinik für Geburtshilfe und Pränataldiagnostik am Kantonsspital Baden, präsentierte die Schlüsselzahlen zu den Frühgeburten in der Schweiz. 6,1% der Geburten erfolgen zu früh, was in etwa dem Durchschnitt der europäischen Länder entspricht. 86% der Frühgeburten finden zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche statt, die Zahl der frühen Frühgeburten bleibt stabil. Diese Zahlen müssen im Zusammenhang mit dem höheren Alter werdender Mütter und mit den Mehrlingsgeburten infolge der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (PMA) gesehen werden. Auch die Zahl der Mehrlingsschwangerschaften nimmt zu, doch ist bei deren Interpretation die im Ausland beanspruchte PMA zu berücksichtigen.

Weltweit gelten Japan und Skandinavien wie auch Spanien als gute Schüler. Zur Prophylaxe ist zu sagen: je geringer die Frühgeburtenrate, desto schwieriger, eine Verbesserung zu erreichen.

Dr. Eva Cignacco, Hebamme und Leiterin der Abteilung Forschung und Entwicklung Geburtshilfe, Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule, befasste sich anschliessend mit der Frage des Schmerzerlebens von Neugeborenen (siehe Artikel auf Seite 15).

Trauer um ein verlorenes Kind

Anna Margareta Neff Seitz, Hebamme und Leiterin von kindsverlust.ch, hielt das letzte Referat dieses Kongress-tages. Seit 2014 leitet sie die Fachstelle kindsverlust.ch während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit. Daneben ist sie in eigener Hebammenpraxis tätig und begleitet Eltern bei Fehlgeburt, perinatalem Kindstod und Folgeschwangerschaft. Zu Beginn ihres Referats erwähnte sie die Mythen rund um die Trauer um ein verlorenes Kind: «Die Zeit heilt alle Wunden...», «Je älter das Kind, desto schwieriger das Trauern...» oder «Je stärker die Bindung, desto härter der Abschied...». Doch die Hebamme weist darauf hin, dass trauern nicht vergessen heisst, sondern dass man mit dem Verlust leben muss. Und gerade wenn die Bindung noch nicht aufgebaut werden konnte, wird der Abschied kompliziert. Es ist schwierig, sich von etwas zu lösen, das man nicht kennt.

Zahlen und Fakten in der Schweiz

Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik belegen, dass im Jahr 2016 in der Schweiz 7% der Geburten, das sind 6153 Kinder, zu früh zur Welt kamen. 142 Kinder oder 2,5% starben infolge ihrer verfrühten Geburt und 37% wurden nach 22 bis 27 Wochen Amenorrhoe geboren. Diese Zahlen haben sich in den letzten zehn Jahren nicht verändert. Die Versorgung der Neugeborenen wird zwar immer besser, doch wie steht es um die Begleitung?

Anna Margareta Neff Seitz weiss aus Erfahrung, dass für die Eltern alles zu schnell geht. Sie befinden sich noch im Schockzustand, und schon rasch trifft das Umfeld die ersten Vorkehrungen: Fragen zur Trauerfeier werden mitunter bereits vor der Geburt besprochen, der Aufenthalt in der Geburtsabteilung ist kurz. Nach der Bestattung bleibt eine grosse Leere.

Zeit geben

Doch wie kann man ein solches Ereignis überhaupt verarbeiten? Die Referentin empfiehlt, den Eltern mehr Zeit zu lassen, damit sie erste Bande knüpfen können, und dem Paar die Zeit zu lassen, seinen eigenen Weg zu finden. Anna Margareta Neff Seitz rät, unserer Ohnmacht in dieser Situation Ausdruck zu verleihen. Vielleicht so: «Wir können nichts machen, wir können ihn/sie nicht retten.» Solche Aussagen veranlassen die Eltern, eigene Ressourcen zu suchen und ihr Beziehungsnetz zu stärken. Gleichzeitig ist es wichtig, dass sich das Paar als «Papa» und «Mama» sieht und in dieser Funktion gewisse Entscheidungen trifft. Die Hebammen spielen eine wichtige Rolle in dieser Identifikationsphase und bei einem Kindsverlust, wo es darum geht, den Übergang zu begleiten. Geburt und Tod liegen nahe beieinander, und der Tod sollte ein integrierender Bestandteil der Hebammenausbildung sein.

Daniel Osterwalder, Facilitator, hielt während den Referaten die wichtigsten Aussagen auf kreative Art fest.

