

Weshalb "Smarter medicine" in der Geburtshilfe umsetzen?

Autor(en): **Stocker Kalberer, Barbara / Steiner, Anne / Weber-Käser, Andrea**

Objektyp: **Article**

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

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

Heft 4

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1041639>

Nutzungsbedingungen

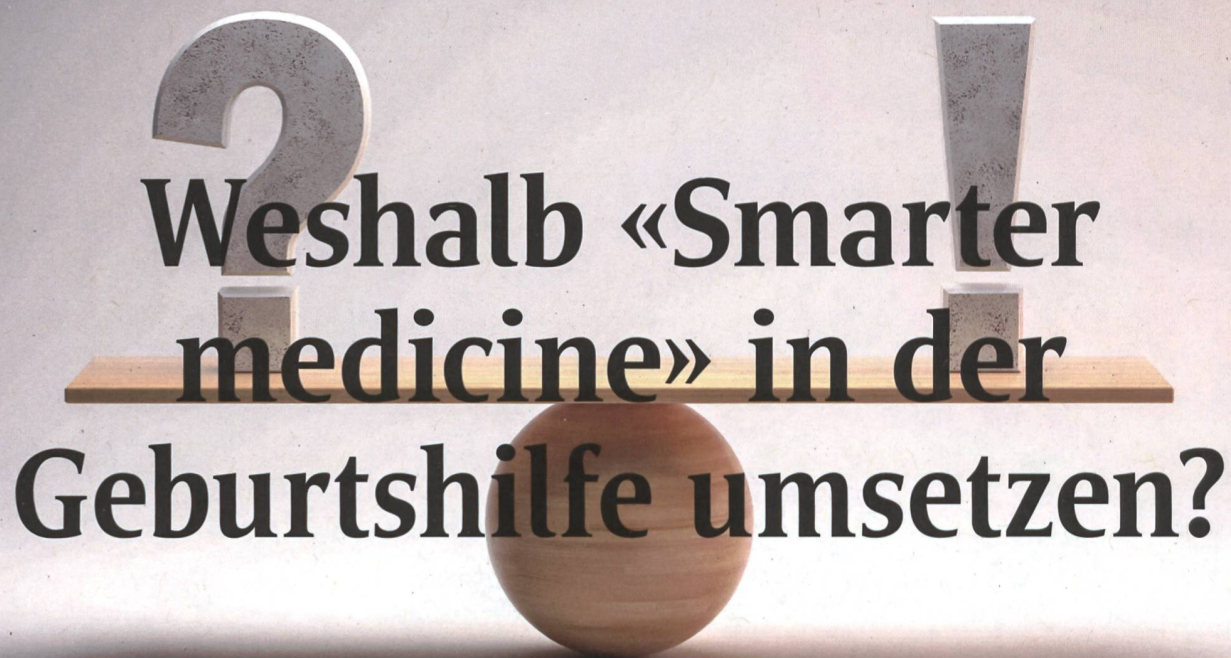
Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

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.



Weshalb «Smarter medicine» in der Geburtshilfe umsetzen?

Adobe Stock

In Zusammenarbeit mit «Smarter medicine – Choosing Wisely» stellte das Team Verantwortliche für Qualität und Innovation des Schweizerischen Hebammenverbandes eine Top-5-Liste aller Interventionen rund um die Geburt zusammen, auf die verzichtet werden sollte. Dieser Artikel beschreibt den Zweck und den detaillierten Inhalt dieser Liste für Hebammen. Zu beachten: Die Liste ist auch für «Laien» in der Geburtshilfe gedacht (siehe Link am Ende des Artikels).

TEXT:
BARBARA
STOCKER
KALBERER,
ANNE
STEINER,
ANDREA
WEBER-KÄSER

Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Frauen/Paare für die Geburt? Bei Befragungen häufig genannt wird der Wunsch nach wahrgenommener Kontrollierbarkeit der Situation, auch im Sinne von informiert und aufgeklärt sein, sowie Sicherheit und Vertrauen in Interventionen haben. Deshalb hat der Schweizerische Hebammenverband (SHV) eine geburtshilfliche Top-5-Liste mit Empfehlungen zu geburtshilflichen Interventionen erarbeitet, die in der Regel unnötig sind oder den natürlichen Verlauf einer Geburt stören.

Gemeinsame Entscheidungsfindung

Kernbotschaft: Eine Geburt ist grundsätzlich ein physiologisches Geschehen, Interventionen können zu jedem Zeitpunkt nötig sein, aber auch potenziell Schaden anrichten, und der Nutzen einer Intervention soll deshalb sorgfältig abgewogen werden. Frauen/Paare,

Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte sollen diese Empfehlungen folglich miteinander im Sinne von «shared decision making» besprechen. Selbstverständlich sind sie im Einzelfall stets zu überprüfen.

Die Diskussion anstoßen

Für den SHV ist die Top-5-Liste im Rahmen von «Smarter medicine» ein wichtiger Schritt in Richtung evidenzbasierter Betreuung. Die Liste soll zu Diskussionen anregen und die Frau/das Paar bestärken, Fragen zu stellen und allenfalls eine Zweitmeinung einzuholen. Einige Interventionen werden vor dem errechneten Geburtstermin geplant und sollen daher unter Abwägung der Vor- und Nachteile in Ruhe besprochen werden. Andere Interventionen betreffen das geburtshilfliche Geschehen während der Geburt, wo eine evidenzbasierte, ausführliche Aufklärung schwierig ist. Die vorgeburtliche Auseinandersetzung mit möglichen Interven-

tionen ist deshalb besonders wichtig und kann Eltern in der Entscheidung helfen, wo (zum Beispiel Geburtshaus, Spital, Hausgeburt) und wie die Geburt stattfinden soll. Sie kann auch aufzeigen, wie weit eine Gebärende in geburtshilfliche Entscheidungen miteinbezogen wird. «Do not harm» hat in der Geburtshilfe eine ganz besondere Be-

deutung, denn nicht nur die Gesundheit der Mutter ist kurz- und langfristig betroffen, sondern auch die des Säuglings.

Im Sinne einer gesundheitsfördernden Geburtshilfe ist es wichtig, wie wir geboren werden. ☺

Barbara Stocker Kalberer, Hebamme, MSc in Midwifery, Präsidentin Schweizerischer Hebammenverband.
Anne Steiner, Hebamme, MSc in Midwifery, EMBA Health Care Management, Verantwortliche für Qualität und Innovation Schweizerischer Hebammenverband.
Andrea Weber-Käser, Hebamme FH, Geschäftsführerin Schweizerischer Hebammenverband.



Anja Kroll-Witler

«Choosing wisely»: Eine Top-5-Liste von und für Hebammen

1 Kein Abnabeln des Neugeborenen vor der ersten Minute nach der Geburt, sofern keine Notsituation vorliegt

Das Abklemmen der Nabelschnur nicht vor einer Minute ist für termin- und frühgeborene Säuglinge von Vorteil. Bei Säuglingen am Termin erhöht das verzögerte Abklemmen der Nabelschnur den Hämoglobinspiegel und verbessert die Eisenspeicher in den ersten Lebensmonaten, was sich günstig auf die Entwicklung der Kinder auswirken kann. Bei Frühgeburten ist das Abklemmen der Nabelschnur nicht vor einer Minute mit erheblichen neonatalen Vorteilen verbunden, einschliesslich einer verbesserten Übergangszirkulation, einer besseren Etablierung des Volumens roter Blutkörperchen, eines geringeren Bedarfs an Bluttransfusionen und einer geringeren Inzidenz von nekrotisierender Enterokolitis und intraventrikulären Blutungen.



Quellen unter
www.hebamme.ch

Keine Geburtseinleitung oder Kaiserschnitt planen oder empfehlen vor 39 0/7 SSW ohne klare medizinische Indikation

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass elektive Sectiones oder Einleitungen vor 39 0/7 SSW die Risiken für das Kind signifikant erhöhen. Die Kinder sind häufiger NICU-pflichtig und zeigen vermehrt die folgenden Komplikationen: erhöhte Wahrscheinlichkeit einer transienten Tachypnoe des Neugeborenen, erhöhte Inzidenz des Atemnotsyndroms, vermehrt Atemunterstützung nötig, erhöhte Wahrscheinlichkeit einer vermuteten oder nachgewiesenen Sepsis sowie erhöhte Wahrscheinlichkeit von Ernährungsproblemen des Neugeborenen. Das kindliche Risiko bei einem geplanten Kaiserschnitt ist zwischen 37 0/7 SSW bis 37 6/7 SSW am höchsten. Bis 38 6/7 SSW lässt sich ein signifikant erhöhtes Risiko für Komplikationen nachweisen.



Quellen unter
www.hebamme.ch

Keine routinemässigen Kaiserschnitte bei Status nach Sectio empfehlen oder planen

Die vorliegenden wissenschaftlichen Studien empfehlen für alle Frauen den Versuch einer vaginalen Geburt bei Status nach Sectio (VBAC), sofern keine klaren medizinischen Kriterien für eine weitere Schnittentbindung vorliegen. Eine elektive Re-Sectio ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden. Hierzu gehören insbesondere ein höherer Blutverlust, chirurgische Komplikationen und Plazentaanomalien in zukünftigen Schwangerschaften im Vergleich zu Frauen mit einer vaginalen Geburt bei Status nach Sectio. Eine vaginale Geburt bei Status nach Sectio ist mit einem leicht erhöhten Risiko einer Uterusnarbenruptur verbunden. Die Uterusnarbenruptur ist ein seltenes Ereignis, wobei das Outcome für Kind und Mutter jedoch ganz klar vom Geburtsort und der Möglichkeit zur Durchführung eines sicheren Notfallkaiserschnittes abhängig ist.



Quellen unter
www.hebamme.ch

Keine medikamentöse Augmentation der Wehen (Wehenunterstützung) ohne klare medizinische Indikation

Wenn der Geburtsverlauf regelrecht ist und es Mutter und Kind gut geht, sollen keine Interventionen zur Wehenunterstützung angeboten und empfohlen werden. Spontane Wehen sind für Mutter und Kind sicherer und fördern bei beiden die kurz- und langfristige Gesundheit.

Die Latenzphase ist definiert als die Zeitspanne von Geburtsbeginn bis zu einer Muttermundseröffnung (MM) von 4–6 cm. Die Diagnose einer protrahierten Eröffnungsphase (EP) soll erst mit Beginn der aktiven/späten EP gestellt werden. Unter der aktiven (oder späten) EP versteht man die Zeitspanne von MM 4–6 cm bis MM vollständig. Anzeichen für eine protrahierte EP sind: Muttermundseröffnung <2 cm in 4 Stunden (Erstgebärende und Mehrgebärende), Verlangsamung der Eröffnungsgeschwindigkeit (Mehrgebärende), fehlende Veränderung bei Höhenstand bzw. Einstellung des vorangehenden Teils sowie beginnende Wehenschwäche. Bei einem protrahierten Verlauf in der aktiven EP soll zuerst eine Amniotomie angeboten werden. Erst in einem zweiten Schritt soll zur Oxytocingabe beraten und ggf. eine Behandlung durchgeführt werden.

Die Austrittsphase (AP) wird in 2 Unterphasen unterteilt: die latente/passive AP und die aktive/späte AP mit sichtbarem Kind und/oder reflektorischer Pressdrang bei vollständigem MM bzw. aktives Pressen ohne reflektorischen Pressdrang. Eine protrahierte AP wird diagnostiziert, wenn die Geburt in der aktiven AP bezüglich der Rotation und/oder Tiefertreten bei einer Erstgebärenden über zwei Stunden und bei einer Mehrgebärenden über eine Stunde inadäquate Fortschritte aufweist. Möglichkeiten zur Behandlung einer protrahierten AP sind vor allem die Energiezufuhr, Mobilisation/Lagewechsel der Mutter, Amniotomie und Oxytocingabe.



Quellen unter
www.hebamme.ch

Keine routinemässige Durchführung einer Episiotomie bei vaginalen Geburten

5 Studien zeigen, dass eine routinemässige Episiotomie mehr schadet als nützt. Bei einer zurückhaltenden Anwendung der Episiotomie zeigen sich weniger höhergradige Dammverletzungen, weniger Verletzungen, die genäht werden müssen, und weniger Komplikationen bei der Wundheilung. Dabei gibt es keinen Unterschied in Bezug auf postpartale Dammschmerzen, schwere Geburtsverletzungen oder die langfristige Funktionalität des Beckenbodens. Zeigt ein Kind bei der Geburt ein pathologisches Herztonmuster, kann ein Dammschnitt eine vaginale Geburt beschleunigen.



Quellen unter
www.hebamme.ch



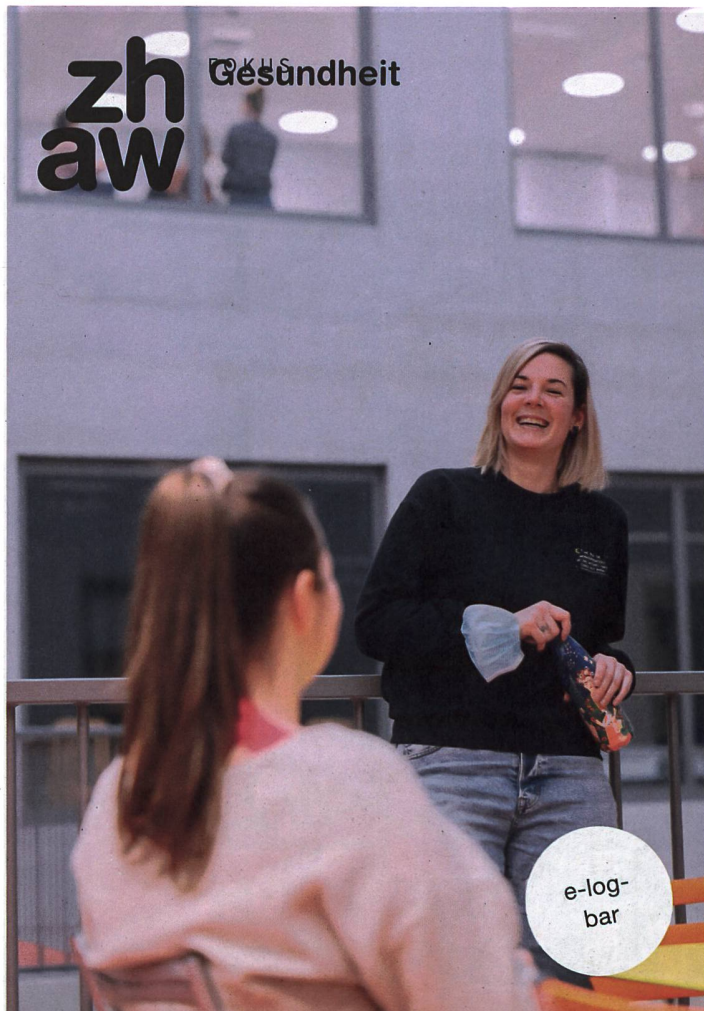
Ressourcen



Mehr erfahren über «Choosing Wisely – smarter medicine Schweiz»: www.samw.ch



Die Top-5-Listen des SHV (Fachpersonen und Laien) heruntergeladen unter www.hebamme.ch



Weiterbildung Schritt für Schritt

Unsere praxisnahen Weiterbildungen bringen Sie auf den neusten Stand. Einzeltage, Module, CAS oder MAS – unsere Angebote decken eine breite Palette an Themen rund um das Tätigkeitsfeld von Hebammen ab.

Current Clinical Topics (CCT)

- 19.04.2023 Beckenboden
- 08.05.2023 Einstellungsanomalien, Beckendynamik und Schulterdystokie
- 10.05.2023 Frau und psychische Gesundheit
- 30.05.2023 Impfen von Mutter und Kind
- 01.06.2023 Familienzentrierte Betreuung und Beratung
- 13.06.2023 Unerfüllter Kinderwunsch – Assistierte Schwangerschaft

Module

- 30.05.2023 Das Neugeborene
- 13.06.2023 Schwangerenbetreuung durch die Hebamme

Mehr zum Weiterbildungsangebot der ZHAW für Hebammen:
→ zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

