

Gemeinsame Tagung Hebammen – Ärzte

Fünfte gemeinsame Tagung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie und der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung mit dem Sächsischen Hebammenverband e.V.

Nur durch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die bestmögliche Betreuung von Mutter und Kind vor, unter und nach der Geburt gelingen.

Unter dieser Prämisse stand auch die diesjährige Veranstaltung am 26. Januar 2011, zu der klinisch und außerklinisch tätige Hebammen, Geburtshelfer, Neonatologen und Gäste im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer zusammentrafen.

Nach der Begrüßung der Teilnehmer durch die Ärztliche Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Frau Dr. med. Katrin Bräutigam, und die Vorsitzende des Sächsischen Hebammenverbandes, Frau Grit Kretschmar-Zimmer, begann das wissenschaftliche Programm.

Im ersten Vortrag referierte Dr. med. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz) über Wiederaufnahme ehemaliger Neugeborener nach Frühentlassung. In den letzten zehn Jahren wurde die postpartale Verweildauer der Mütter von fünf auf knapp vier Tage verkürzt. Die Aufnahmen aus dem häuslichen Milieu nahmen entsprechend von 205 Kindern im Jahr 2000 auf 366 im Jahr 2008 zu und waren erstmalig mit 289 Kindern im Jahr 2009 rückläufig. Bei mehr als der Hälfte der Kinder erfolgte die Klinikeinwei-

sung nach dem vierten Lebenstag und bei 60,9 Prozent der Fälle wurden die Diagnosen „Hyperbilirubinämie“ oder „Ernährungsprobleme“ dokumentiert. Notwendige Verbesserungen in der Nachbetreuung durch Hebammen und Kinderärzte werden damit sichtbar. Aus diesem Grund wurde dann die im Netzwerk Junge Familie aktuell erarbeiteten einheitlichen Empfehlungen zum Stillen, Einsatz von Fertignahrungen, Breifütterung und die Notwendigkeit von Vitamin K, Vitamin D und Fluorid bei der Säuglingsernährung vorgebracht (Deutsches Ärzteblatt vom 10. Januar 2011).

Anschließend berichtete in einem Übersichtsreferat Rico Höltzel (Chemnitz) über den aktuellen Wissensstand der neonatalen Hyperbilirubinämie. Ziel aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist die Vermeidung eines Kernikterus beziehungsweise einer Bilirubinenzephalopathie, die zu bleibenden Hirnschäden oder gar zum Tode führen können. Zur Diagnostik hat sich die unblutige transkutane Bilirubinbestimmung als punktuelle Verlaufskontrolle bewährt. Jeder sichtbare Ikterus bedarf der Kontrolle, wobei ab Werten von 250 $\mu\text{mol/l}$ (15 mg/dl) in jedem Fall blutige Messungen erforderlich sind. In der aktuellen Leitlinie der Fachgesellschaften vom März 2010 ist die notwendige Therapie vorgegeben. So ist bei reifen Neugeborenen (\Rightarrow 38 Schwangerschaftswochen) ohne Risiken im Alter von 72 Stunden bei Bilirubinwerten ab 340 $\mu\text{mol/l}$ (20 mg/dl) die Phototherapie (Blaulichtbestrahlung) erforderlich, bei zusätzlichen Belastungen

unter anderem bei verkürztem Gestationsalter, positiven Coombstest oder Auftreten des Ikterus vor der 72. Lebensstunde bereits schon bei niedrigeren Bilirubinwerten. Bei Klinikentlassung ist der aktuelle Bilirubinwert im Vorsorgeheft zu dokumentieren und falls erforderlich, sind weitere ambulante Kontrollen mit den Kindeseltern zu besprechen.

Danach sprach Andrea Hilpmann, freiberuflich tätige Hebamme im Vogtland und Beauftragte für Familienhebammen des sächsischen Hebammenverbandes, über die Ausbildung zur Familienhebamme. Diese betreuen Schwangere, Mütter und ihre Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, die besonderen medizinischen, sozialen und psychosomatischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Ausbildung zur Familienhebamme erfordert vor allem zusätzliches psychosoziales Fachwissen. Das hierzu benötigte Zertifikat kann auch in Sachsen erworben werden. Problematisch ist nach wie vor die Finanzierung der Familienhebammen, da in Sachsen zurzeit noch keine Vorgaben für eine kommunale Vergütung existieren.

Ziel der gegenwärtig tätigen Familienhebammen ist der Aufbau eines regionalen und überregionalen Netzwerkes, in dem die Jugend- und Sozialämter sowie andere Hilfsorganisationen und soziale Einrichtungen einbezogen sind.

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden geburtshilfliche Themen referiert.

Dr. med. Alexander Jank (Leipzig) sprach über die Probleme der Mehrlingsschwangerschaft.

Der sächsischen Perinatalerhebung ist zu entnehmen, dass besonders die Zwillingsschwangerschaften in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. So ist 2009 gegenüber 2008 eine Zunahme der Geminischwangerschaften in Sachsen um 20 Prozent (545 gegenüber 452) zu verzeichnen. Dies ist epidemiologisch und medizinisch bedeutungsvoll, da diese eine deutlich höhere prä-, peri- und neonatale Mortalität und Morbidität im Vergleich mit Einlingschwangerschaften aufweisen. Die wesentlichen Risiken sind die Frühgeburtlichkeit, Wachstumsdiskordanz, Fehlbildungen/chromosomale Aberrationen, Nabelschnurkomplikationen, feto-fetales Transfusionsyndrom (FFTS) und die intrapartale Morbidität des zweiten Zwilling. Besonders gefährdet sind monochoriale Zwillinge. Aber auch mütterliche Komplikationen, wie Präeklampsie, Gestationsdiabetes und Blutungen treten bei Zwillingsschwangerschaften häufiger auf. Für das rechtzeitige Erkennen und für die Betreuung einer Zwillingsschwangerschaft hat die qualifizierte Ultraschalldiagnostik im ersten und zweiten Trimenon den höchsten Stellenwert. Nur durch eine exakte Ultraschallerstuntersuchung im ersten Trimenon ist die Definition der Chorionizität möglich. Die weiteren Untersuchungen ermöglichen das frühzeitige Erkennen des FFTS, den Ausschluss von Fehlbildungen, der fetalen Wachstumsretardierung und über die Messung der Zervixlänge eine Beurteilung des Frühgeburtsrisikos. Die Betreuung von Mehrlingschwangerschaften erfordert eine enge Zusammenarbeit von Pränatalmedizinerinnen, Geburtshelfern und Neonatologen. Dr. med. Gabriele Kamin (Dresden) erläuterte dann ausführlich



Dr. med. habil. Reinhold Tiller,
Vorsitzender der AG Peri-/Neonatalogie

und praxisbezogen den selten auftretenden geburtshilflichen Notfall einer Schulterdystokie. Es handelt sich dabei um ein für den Feten vital bedrohlichen Geburtsstillstand nach der Geburt des Kopfes.

Besonders bei makrosomen Feten mit einem Gewicht > 4000 g, häufiger bei Frauen mit einem Diabetes mellitus (auch Gestationsdiabetes) und mütterlicher Adipositas (Körpergewicht > 125 kg) auftretend ist das Risiko für eine solche Komplikation erhöht. Trotz alledem tritt sie in der Hälfte der Fälle auch bei Kindern < 4000 g Geburtsgewicht auf. Intrapartale Risikofaktoren sind eine verlängerte Austreibungsperiode, frühzeitiges Kristellern und vaginal-operative Entbindung von Beckenmitte. Die betroffenen Feten sind vital gefährdet durch die entstehende Asphyxie, durch Knochenfrakturen und neurologische Komplikationen auf Grund der erforderlichen manuellen Manöver (obere und untere Plexuslähmung bis zu Wurzelabrissen) mit bleibender Lähmung. Bei den Müttern sind mit starkem Blutverlust einhergehende Weichteilverletzungen und die traumatische Uterusruptur gefürchtet. Bei Verdacht auf Makrosomie sollte die vorzeitige Geburtseinleitung in der 38. Schwangerschaftswoche erwogen werden, gute Stoffwechseleinstellung bei Diabetes mellitus und großzügige Sektioempfehlung bei Zustand nach Schulterdystokie sind weitere präventive Maßnahmen. Das Beherrschen der geburtshilflichen Maßnahmen und der Handgriffe zur Lösung einer Schulterdystokie ist nur durch regelmäßiges Training möglich. Jede Klinik sollte einen Managementplan für Akutsituationen haben und mit allen Beteiligten kommunizieren. Neben



Andrea Hilpmann, freiberufliche
Hebamme

einer Reihe anderer Maßnahmen zur Lösung der Schulter wird das McRoberts-Manöver in Kombination mit suprasymphysärem Druck als Methode der ersten Wahl besonders betont.

Dr. med. Sven Hildebrandt (Dresden) befasste sich dann aus Sicht von Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis mit dem geburtshilflichen Notfall unter außerklinischen Bedingungen.

Um das Notfallrisiko zu minimieren, steht an erster Stelle eine verantwortungsbewusste Risikoselektion der Schwangeren, die eine außerklinische Geburt wünschen. Am Beispiel einer Plazentalösungsstörung mit nachlassendem Uterus-Tonus und zunehmender Blutung wurden die Rettungskette und die dabei auftretenden Probleme besprochen. Einrichtungsbezogene Notfall-Leitlinien, verbunden mit einem regelmäßigen Notfalltraining sind unabdingbar. Gemeinsame Notfallübungen mit Notärzten, Rettungssanitätern, dem kinderärztlichen Notdienst und den Verlegungskliniken sichern im Notfall das schnelle situationsgerechte Handeln und dienen dem Schutz der werdenden Mütter und deren Neugeborenen bei der außerklinischen Geburt.

Abschließend dankten Frau Grit Kretschmar-Zimmer und der Moderator, Dr. Reinhold Tiller, den Referenten für deren interessante Vorträge und dem Team der Projektgeschäftsstelle unter Leitung von Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser für die gute Vorbereitung und Organisation der diesjährigen Veranstaltung.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie

