

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Hebammen

Am 29. Januar 2020 fand im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer die inzwischen 13. gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie mit dem Sächsischen Hebammenverband

e. V. mit 162 Teilnehmern statt. Die Themen waren Schwerpunkte des geburts-
hilflichen Arbeitens der Hebammen, so-
dass das Programm mit Vorträgen von
Hebammen und Ärzten abwechslungs-
reich gestaltet war.

Daten der außerklinischen Geburtshilfe

Im ersten Beitrag von Anke Wiemer, Hebamme, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V., wurden die Zahlen der außerklinisch



Dr. med. Gabriele Kamin (l.), Vorsitzende der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie, und Stephanie Hahn-Schaffarczyk, Vorsitzende des Sächsischen Hebammenverbandes e. V., moderierten die Veranstaltung.

geplanten und begonnenen Geburten im Jahr 2018 in Sachsen dargestellt. In Sachsen begannen 2,91 Prozent der Schwangeren ihre Geburt geplant an einem außerklinischen Ort, wenn man die außerklinisch geplant begonnenen und bei der QUAG e. V. erfassten 1.051 Einlingsgeburten in Bezug zu allen geborenen Kindern im Bundesland setzt. Diese 1.051 Geburten verteilen sich auf 392 betreute Hausgeburten und 659 Geburten in von Hebammen geleiteten ambulanten Einrichtungen. 932 Gebärende konnten ihre Geburt an dem geplanten Ort beenden, 119 (11,3 Prozent) wurden subpartal verlegt.

Die Spontangeburtsrate für alle Frauen (Erst- und Mehrgebärende) liegt zusammen bei 95,4 Prozent (n = 1.003). Von den 119, in eine Klinik verlegten Frauen konnten dort 71 spontan gebären, 30 Frauen erlebten einen Kaiserschnitt und 18 eine vaginal-operative Geburt. Bei den Müttern mussten 28 (2,7 Prozent) postpartal verlegt werden. Der häufigste Grund war die Plazentalösungsstörung und/oder eine verstärkte Blutung.

Der Vortrag der Hebamme Johanna Hünig beschäftigte sich mit der Risikoselektion in der außerklinischen Ge-

burtshilfe. Ausgangspunkt waren die Daten zur perinatalen Mortalität des Jahres 2017, die in Deutschland bei 0,54 Prozent lag. Der Anteil außerklinischer Geburten an allen Geburten in Deutschland betrug 1,3 Prozent (Sachsen: 2,9 Prozent). Die perinatale Mortalität lag 2017 in der außerklinischen Geburtshilfe bei 0,165 Prozent. Johanna Hünig stellte den Risikokatalog der Mutterschaftsrichtlinien dem der Ausschlusskriterien für die von Hebammen geleiteten Einrichtungen gegenüber und zeigte alle zusätzlichen Möglichkeiten bei Vorgesprächen und Risikoselektion bei Aufnahme zu Geburtsbeginn auf.

Leitlinien-Update

Im Anschluss daran gab Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan einen Überblick über die seit März 2019 aktuelle S2k-Leitlinie „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie“. Die neue Definition besagt, dass jeder, auch vorbestehender erhöhter Blutdruck >140/90 mm Hg in der Schwangerschaft mit mindestens einer neu auftretenden Organmanifestation eine Präeklampsie darstellt, wenn er keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann. Typischerweise betrifft

die Organmanifestation in erster Linie die Niere, kann aber unter anderem auch Organe wie Leber, Lunge, Zentralnervensystem, Plazenta und fetale Entwicklung betreffen. Auch das Auftreten präeklampsiespezifischer Marker (angiogene und antiangiogene Faktoren) zusätzlich zu einer Hypertonie stellen eine Präeklampsie dar.

Die Möglichkeiten der Früherkennung durch ein Präeklampsiescreening im ersten Trimester und die aktuell beste Risikominimierung in Risikokollektiven durch die frühzeitige Gabe von 150 mg ASS/Tag wurden klar formuliert. Ein weiterer extrem wichtiger Punkt, die Beratung nach einer stattgehabten Präeklampsie, wurde unterstrichen.

Aktuelle Empfehlungen zur Säuglingsernährung

Der zweite Teil der Fortbildungsveranstaltung begann mit dem Vortrag von Lysann Redeker, Beauftragte für Stillen und Ernährung des Deutschen Hebammenverbandes in Sachsen, über „Beikost – wirkt ein früher Beginn protektiv auf die Entstehung von Allergien und Eisenmangelanämie?“. Junge Familien erhalten vielfach die Empfehlung, Beikost schon nach dem vierten Lebensmonat einzuführen und die Stillmahlzeiten sukzessive zu reduzieren, um die Entstehung von Allergien und einer Eisenmangelanämie zu vermeiden. Zahlreiche Studien und Reviews kommen aber zu dem Ergebnis, dass es keine hinreichenden Belege für den Nutzen eines solchen Vorgehens gibt. Berücksichtigt werden muss, dass die Resorptionsfähigkeit des Eisens aus Muttermilch bei durchschnittlich 49 Prozent und die aus Fleisch bei etwa zehn Prozent liegt. Ein Baby müsste circa 9,5 Gläschen mit einem Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei pro Tag essen, um die empfohlene Zufuhr von 8 mg Eisen pro Tag ab einem Alter von vier Monaten mit Beikost zu erreichen. Die aktuell gültigen Handlungsempfehlun-

gen des Netzwerks „Gesund ins Leben“, dem unter anderem auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. und das Forschungsdepartment Kinderernährung angehören, lauten, dass für den genauen Zeitpunkt des Beginns mit Beikost die individuelle Entwicklung (Beikostreifezeichen) des Kindes entscheidend ist.

Risiken der fetalen Makrosomie

Dr. med. Gabriele Kamin referierte dabei zuerst über die Frage der Geburtseinleitung bei fetaler Makrosomie versus abwartenden Verhaltens mit den jeweiligen maternalen und fetalen Risiken.

2018 wurden 9,7 Prozent der Kinder mit einem Geburtsgewicht zwischen 4.000 g und 4.999 g geboren, 1,3 Prozent wiesen ein Geburtsgewicht größer als 4.500 g auf. Die Ursachen sind multifaktoriell, die wichtigsten betreffen das erhöhte mütterliche Alter, den prägraviden BMI >30 und das fetale männliche Geschlecht. Zur Vermeidung mütterlicher und fetaler Komplikationen wird die präventive Sectio caesarea kontrovers diskutiert. Die Leitlinie zum Gestationsdiabetes empfiehlt aktuell die Sectio caesarea bei einem Schätzwert > 4.500 g. Jedoch ist die pränatale Gewichtsschätzung ein unsicheres Instrument und abhängig von verschiedensten Faktoren, wie zum Beispiel der Erfahrung des Untersuchers, maternalen Voraussetzungen oder der Fruchtwassermenge und mit einer Varianz je nach benutzter mathematischer Formel von +/- 300 bis 600 g leider wenig sicher. Die aktuelle Literatur zeigt eine Risikoreduktion der Schulterdystokie bei fetaler Makrosomie von sechs auf zwei Prozent bei Geburtseinleitung in der 37. oder 38. Schwangerschaftswoche, ohne dass sich die Sectiorate erhöht.

Aufgrund auch der möglichen juristischen Konsequenzen bei Komplikationen sind die Ausbildung der jungen Ärzte und die Aufklärung der Frauen extrem wichtig.

Im zweiten Teil stellte Prof. Dr. med. Ulrich Thome von der Universitätskinderklinik Leipzig zwei Fälle von Neugeborenen mit hohem Geburtsgewicht und Schulterdystokie vor.

Bei beiden Schwangerschaften bestand ein dringender Verdacht beziehungsweise die gesicherte Diagnose eines Gestationsdiabetes. Dennoch wurden beide Kinder im Geburtshaus geboren und erlitten unter der Geburt jeweils eine Schulterdystokie. Die Geburtsgewichte lagen in beiden Fällen um 5.400 g. Beide Kinder benötigten postnatal eine Reanimation und einen Notarzttransport in die Kinderklinik. Ein Kind musste zehn Tage stationär bleiben, das andere drei Tage. Sowohl nach deutschen als auch nach niederländischen Richtlinien hätten beide Kinder aufgrund des Gestationsdiabetes der Mutter und der Makrosomie in einer Klinik und nicht außerklinisch zur Welt kommen sollen. Glücklicherweise erlitten beide Kinder keine bleibenden neurologischen Schäden, was auch die hohe Qualität der Versorgung bei der Beherrschung der Notsituationen durch die betreuenden Hebammen belegt.

Kinder aus diabetischen Schwangerschaften haben auch ein deutlich erhöhtes Lebenszeitrisiko für Zivilisationserkrankungen, sodass alle Betreuer von Schwangeren aufgerufen sind, für eine möglichst effektive Erkennung und Behandlung des Gestationsdiabetes zu sorgen, damit die Kinder gesund in ein möglichst langes und krankheitsfreies Leben starten können.

Respiratory Syncytial-(RS)-Virusinfektionen

Im letzten Vortrag referierte Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger über Diagnostik, Therapie und Prophylaxe der RS-Virusinfektion in Risikogruppen. RS-Virusinfektionen sind Atemwegsinfektionen, die hochinfektiös sind und vor allem Babys und Kleinkinder, insbesondere Frühgeborene und kranke Neugeborene gefährden.

In einer retrospektiven Studie der Universitätskinderklinik Dresden wurden die Daten aller Kinder bis zu einem Alter von zwei Jahren analysiert, die mit einer obstruktiven Bronchitis von Oktober 2004 bis Juni 2011 hospitalisiert werden mussten und die einen RSV-Schnelltest erhalten hatten. Bei reichlich 30 Prozent der getesteten Kinder fiel das Ergebnis positiv aus. Die Hälfte der positiv getesteten Kinder musste intensivmedizinisch versorgt werden. Eine kausale Therapie dieser Infektion ist bisher nicht möglich. Es gelten zur allgemeinen Prophylaxe die gängigen Hygieneregeln. Die aktuelle S2k-Leitlinie zur Prophylaxe von schweren Erkrankungen durch RSV bei Risikokindern vom 30. Oktober 2018 empfiehlt die passive Immunisierung von Frühgeborenen > 28+6 SSW und ebenso die der bis 34+6 SSW geborenen Kinder mit weiteren Risikofaktoren zu Beginn der RSV-Saison. Außerdem besteht in Sachsen die Meldepflicht dieser Infektion.

Alles in allem konnten wir uns für tolle Vorträge und eine lebhafte Diskussion bei den Anwesenden bedanken und baten um erneute Themenwünsche für 2021. ■

Dr. med. Gabriele Kamin
Vorsitzende der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie