

**KANTON LUZERN**

Hanspeter Vogler
Leiter Fachbereich Gesundheitswesen
Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern

Spezialkliniken**Frauenklinik**

Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin

Frau Prof. Dr. med. Irene Hösli**Chefärztin**

Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 90 17 (Sekretariat)
Telefax +41 61 265 91 98
Zentrale +41 61 265 25 25
E-Mail: casekr.geburtshilfe@usb.ch

Basel, 06. Juli 2021
hoi/ns

Sehr geehrter Herr Vogler

Ich wurde am 20.04.2021 von Herrn Hanspeter Vogler, Leiter Fachbereich Gesundheitswesen, gebeten, im Auftrag der SGGG den zukünftigen Leistungsauftrag hinsichtlich Geburtshilfe im LUKS Wolhusen zu begutachten und ein neutrales Gutachten zu erstellen. Die Fragestellung lautet:

«Können aus **medizinischer Sicht** im Spital LUKS Wolhusen künftig nur noch hebammengeleitete Geburten angeboten werden? ».

Im Vorfeld hatte ich ein Gespräch mit Dr. D. Geibel, Chefarzt Frauenklinik LUKS Wolhusen (10.05.2021) und KD Dr. M. Hodel, Chefarzt der Geburtshilfe und Fetomaternalen Medizin der Frauenklinik LUKS Luzern (17.05.2021), um die aktuelle Situation besser erfassen zu können.

1. Ausgangssituation

Das LUKS Wolhusen bietet heute für ein Einzugsgebiet von rund 70 000 Personen eine erweiterte Grundversorgung, darunter auch für Geburtshilfe. Im Rahmen der geplanten Sanierung und der Planung eines Neubaus und gleichzeitig der Abnahme der Wirtschaftlichkeit und einem Millionendefizit wurde bereits 2005 diskutiert, ob das Angebot für Gynäkologie/Geburtshilfe eingeschränkt werden sollte. Da sich der Kantonsrat des Kantons Luzern bereits 2005 ganz klar für den Erhalt der Geburtshilfe ausgesprochen hatte und dies auch im Planungsbericht von 2015 erhalten war, soll die Geburtshilfe weiterhin angeboten werden. Es gibt grundsätzlich folgende zwei Varianten.

Leiterin Frauenklinik Universitätsspital Basel: Prof. Viola Heinzlmann-Schwarz

Chefärztin Gynäkologie und Gyn. Onkologie: Prof. Viola Heinzlmann-Schwarz, **Chefarzt Senologie, Stv. Chefarzt Gyn. Onkologie:** Prof. Christian Kurzedder

Stv. Chefarzt Gynäkologie: Dr. André Kind, MPH, **Leitender Arzt Gynäkologie:** Dr. Bernhard Fellmann-Fischer, MBA

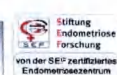
Chefärztin Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin: Prof. Irene Hösli, **Stv. Chefarzt Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin:** Prof. Olav Lapaire

Chefarzt Reproduktionsmedizin und Gyn. Endokrinologie (RME): Prof. Christian De Geyter

Leitende Ärztin Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik: Prof. Sibil Tschudin

Leitende Ärztin Gyn. Sonographie und Pränataldiagnostik: PD Dr. Gwendolin Manegold-Brauer

Leitender Arzt Poliklinik: Dr. André Kind, MPH

Zertifiziertes
BrustkrebszentrumZertifiziertes Gyn.
TumorzentrumZertifizierte Gynäkologische
Dysplasie-Einheit

1. Volle Geburtshilfe und Gynäkologie mit Notfallbetrieb an 7 Tagen die Woche und rund um die Uhr. 1 Facharzt plus operative Assistenz jeweils innerhalb von maximal 10 Min anwesend im Spital, Anästhesie, OP technische Fachperson sowie Hebamme 24 h vor Ort. Sollte die Geburtshilfe innerhalb von 3 aufeinanderfolgenden Jahren unter 300 Geburten fallen, müsste eine Zusammenarbeit mit dem Spital Sursee gesucht oder auf Variante 2 gewechselt werden.
2. Das LUKS Wolhusen bietet weiterhin hebammengeleitete Geburten an bei komplikationslosen Schwangerschaften und bei Schwangeren, bei denen keine Komplikationen bei der Geburt zu erwarten sind. Die Geburt würde von Beleghebammen geleitet. Der Entscheid, ob eine Geburt in Wolhusen möglich ist, müsste in der ambulanten Sprechstunde von den Fachärzten im LUKS Wolhusen getroffen werden. Sollte trotz allem die sofortige Einweisung in ein Spital notwendig werden, wäre die Ambulanz bereits vor Ort. Bei dieser Variante würden die allermeisten beschriebenen Vorhalteleistungen wegfallen. Es darf davon ausgegangen werden, dass die Geburtshilfe kostenneutral angeboten werden könnte.

Die im LUKS Wolhusen erbrachten Geburten sind gemäss Angaben Dr. D. Geibel in Tabelle 1. aufgeführt.

Jahr	Anzahl Geburten	Sectiones	Verlegung Neonaten	Intrauteriner Fruchttod
2016	445	152 (34.1%)	5	1
2017	418	136 (32.5%)	8	2
2018	425	135 (31.7%)	10	0
2019	407	132 (32.4%)	9	1
2020*	320	115 (35.9%)	5	4

*Vorübergehende Schliessung April-Mai 2020 während der Corona Pandemie

Tabelle 1: Geburten im LUKS Wolhusen, incl. Anzahl Sectiones, Verlegungen von Neugeborenen und intrauterinem Fruchttod: 2016-2020 gemäss Angaben Dr. D. Geibel

2. Generelle Vorteile einer hebammengeleiteten Geburtshilfe

Bei den hebammengeleiteten Geburtsmodellen unterscheidet man zwischen dem Modell der kontinuierlichen Betreuung von Beginn der Schwangerschaft bis zur Geburt und im Wochenbett und der kontinuierlichen Betreuung nur unter der Geburt. Zusätzlich wird räumlich zwischen hebammengeleiteten Geburten innerhalb oder direkt angrenzend an eine klinische Geburtshilfe unterschieden und einer «stand alone» Version. In England, mit einem Anteil von 15% hebammengeleiteten Geburten, sind 80% der hebammengeleiteten Geburten auf dem Areal eines Spitals.[1] In Holland beginnen 85% der Schwangeren die Geburt in einer hebammengeleiteten Geburtsstätte.[2] Im Vergleich zu diesen Ländern ist die Anzahl hebammengeleiteter Geburten in der Schweiz tief und lag 2017 bei ca. 2%. [3] Eine hebammengeleitete Geburt wird nur bei sogenannten Low risk Schwangerschaften empfohlen. Die Tabelle 2 zeigt gemäss einer belgischen Studie die Einschlusskriterien für Schwangere auf.[4] Ähnliche Kriterien werden zurzeit auch für die Schweiz erarbeitet.

Einschlusskriterien
Motivation für hebammengeleitete Geburt
Alter ≥ 18 und ≤ 40 Jahre
BMI (kg/m^2) vor SS: ≥ 18 und < 30
Kein Drogenabusus
Parität: 0-4
Keine vorbestehende maternale Erkrankung, keine gynäkologische Operationen wie Myomektomie oder Uterotomie oder Komplikationen in der Schwangerschaft
Keine aktive Infektion (ausgenommen GBS Positivität)
Schwangerschaftskontrollen ab 12 SSW erfolgt
Einlingsschwangerschaft
Schwangerschaftsalter ≥ 37 und < 42 SSW
Kopflage
Keine fetalen Fehlbildungen, keine kardialen Arrhythmien, keine Fruchtwasseranomalie
Geschätztes Kindsgewicht normal: $> 3.$ Perzentile und < 4500 g
Unauffällige Placenta
Kein sprachliches Verständigungsproblem
Keine psychosozialen Probleme
Keine Periduralanästhesie

Tabelle 2: Einschlusskriterien für eine hebammengeleitete Geburt[4]

Die Vorteile und der Nutzen von hebammengeleiteten Geburtsmodellen für dieses klar umgrenzte Schwangerenkollektiv wurden in verschiedenen Studien aufgezeigt. Für gesunde Gebärende, mit einer komplikationslosen Schwangerschaft, führte die hebammengeleitete Geburt im Vergleich zum ärztlich geleiteten Modell in verschiedenen Untersuchungen zu einer **höheren mütterlichen Zufriedenheitsrate**, einer **tieferen Interventionsrate** (Periduralanästhesie, Episiotomien und instrumentelle vaginale Geburten), **einer kürzeren Geburtsdauer und Hospitalisation, einer längeren Stillzeit** und unterschied sich nicht signifikant in der Kaiserschnitttrate und Rate an höhergradigen Dammrissen oder dem neonatalen outcome.[5-8] Zudem gelang es Homer et al. in ihren randomisierten kontrollierten Studien durch die kontinuierliche Betreuung während der gesamten Schwangerschaft durch Hebammen, **die Sectiorate** zu senken.[9] Ausserdem zeigte sich eine **geringere Rate an Frühgeburten < 37 SSW und intrauterinem oder neonatalem Tod**. [6] Auch die WHO empfiehlt in ihren 2018 publizierten Empfehlungen zur intrapartalen Betreuung, ein «Midwife-led continuity-of-care model» an Orten mit einem gut funktionierenden Hebammenprogramm.[10] Es existieren verschiedene Erklärungen dafür, weshalb eine kontinuierliche Unterstützung während der Geburt die physiologischen Geburtsprozesse und das Gefühl der Mutter von Kontrolle und Selbstkompetenz erhöht, was zu einer verringerten Abhängigkeit von medizinischen Interventionen führen kann.[11] Ziel einer kontinuierlichen Betreuung während der Geburt ist die Reduktion des Angst- und Stresslevels der Gebärenden durch eine hochqualitative und enge Unterstützung.[12] Hebammengeleitete Geburten reduzieren die Gesundheitskosten indirekt durch Reduktion von Interventionen und direkt durch die tieferen Lohnkosten.[13]

3. Nachteile der hebammengeleiteten Geburt

Trotz der evidenzbasierten Vorteile, müssen einige Punkte kritisch beurteilt werden.

1. Nicht jede Schwangere ist für eine hebammengeleitete Geburt geeignet. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, beeinflussen zum Beispiel ein höheres maternales Alter, ein höherer BMI oder Voroperationen wie ein Kaiserschnitt den Geburtsverlauf und benötigen häufiger ärztlich indizierte Interventionen. Deshalb sollten diese Frauen nicht primär eingeschlossen werden. Gerade das maternale Alter beim ersten Kind, der BMI oder die Rate an Kaiserschnitten sind in der Schweiz in den letzten Jahren angestiegen oder konstant höher als in anderen Ländern. [14-16] Es bedarf somit einer systematischen vorgeburtlichen Selektionierung und eines Notfallplanes, falls unvermutet unter oder nach der Geburt eine Komplikation bei Mutter und/oder Neugeborenem auftritt. In einer retrospektiven Studie mit hebammengeleiteter Geburt in einem Perinatalzentrum zeigte sich, dass ca. 50% der Gebärenden unter der Geburt «transferiert», d.h. in ein ärztliches Betreuungsmodell überführt werden mussten.[7] In den Niederlanden wurden 41% in eine ärztlich geleitete Geburtshilfe überführt.[2] Die häufigsten Gründe waren der Wunsch nach Periduralanästhesie, ein auffälliges Kardiotokogramm (auffällige fetale Herztöne) oder maternale Komplikationen.[7] Andere Arbeiten gehen von Verlegungsraten von 12.3-44.5% aus.[17] Gründe waren der notwendige Einsatz von Wehenmitteln oder eine Geburtseinleitung, die Behandlung einer postpartalen Blutung und die Versorgung höhergradiger Dammrisse. Die unterschiedlichen Raten hängen auch vom ausgewählten Kollektiv und dem Spektrum der Tätigkeiten ab, die die Hebamme gemäss gesetzlichen Richtlinien durchführen darf. Erstgebärende wurden im allgemeiner häufiger verlegt als Mehrgebärende, da sie häufiger einen längeren Geburtsverlauf hatten und eine medikamentöse analgetische Versorgung benötigten.

2. Generell sind schwere Komplikationen bei der Schwangeren unter oder nach der Geburt oder bei den Neonaten zwar selten. Werden Schwangere unter der Geburt oder Frauen nach der Geburt jedoch aus einer hebammengeleiteten Geburtshilfe nicht rechtzeitig verlegt, kann es zu notfallmässigen Verlegungen in eine geburtshilfliche Klinik kommen oder auf die Neonatologie; die sogenannten «near miss» Fälle.

Schwere maternale Komplikationen wie Verlegung auf eine Intensivstation, Uterusrupturen, Eklampsie oder ein schweres HELLP Syndrom, eine schwere postpartale Blutung oder andere schwerwiegende Ereignisse treten häufiger in einer ärztlich geleiteten Geburtshilfe auf. Dies ist mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Selektionierung der Schwangeren zurückzuführen. Gemäss einer niederländischen Studie war die Verlegungsrate aus einer hebammengeleiteten Geburtshilfe wegen schwerer maternaler Komplikationen sehr tief und lag bei 2.1/1000.[18]

Gemäss einer englischen Populationsbezogenen case-control Studie betrug die Rate an neonatalen Verlegungen 1.2% und die neonatale Mortalität (intrauteriner Fruchttod oder Tod innerhalb 48 h postpartal) 0.01%.[1] Gründe für die neonatale Verlegung waren Atemadaptationsstörungen oder der Verdacht auf Infektion. Andere Angaben gehen von 6% neonatalen Verlegungen und 0.28/1000 neonatalen Todesfällen aus.[19] Dabei zeigten sich Komplikationen unter der Geburt oder Risikofaktoren der Schwangeren (wie hoher BMI, Gruppe B Streptokokken Positivität) oder eine

verlängerte Geburtsphase, mekoniumhaltiges Fruchtwasser, Makrosomie und Schulterdystokie als Auslöser für die neonatalen Komplikationen.

3. Auf der Basis der einerseits klaren Vorteile einer hebammengeleiteten Geburt im Sinn einer Normalisierung des Geburtsprozesses und einer Reduktion von Interventionen und andererseits der Vermeidung von zum Teil unvorhersehbaren Komplikationen und notfallmässigen Verlegungen wird zunehmend eine Spitalintegrierte hebammengeleitete Geburt zur Verfügung gestellt, um keine unnötige Zeit durch die Verlegung zu verlieren.[13] Gerade die relative hohe Rate an Verlegungen ante- und intrapartal reduziert das Geburtserleben und führt zu einer Unterbrechung der kontinuierlichen Betreuung durch die Hebammen. Ein integriertes System, in dem die Hebammen weiterhin die Schwangere betreuen, die Verantwortung aber bei Bedarf zeitverzugslos an den Arzt übergeht, kombiniert hier die deutlichen Vorteile.

4. Die hebammengeleitete Geburt sieht eine 1:1 Betreuung und unter der Geburt den Zuzug einer 2. Hebamme vor. In Zeiten zunehmender Ressourcenknappheit könnte dies auf Grund der regionalen Konkurrenz ein stark limitierender Faktor werden.

5. Die Selektionierung des ausgewählten Schwangerenkollektivs benötigt immer einen in Geburtshilfe erfahrenen Gynäkologen, der selber Titelträger für fetomaternalen Medizin ist oder eng mit dem umliegenden Perinatalzentrum zusammenarbeitet.

4. Spezifische Situation im LUKS Wolhusen

Sowohl in Sursee als auch in Luzern werden bereits neben der klinischen Geburtshilfe auch Möglichkeit einer ausserklinischen Geburtshilfe angeboten.

In Sursee: Das Geburtshaus Terra Alta (212 Geburten) mit Transfer von Schwangeren ins LUKS Sursee innerhalb weniger Minuten (Distanz 1 km), aber auch bei nicht notfallmässigen Situationen ins LUKS Wolhusen (Distanz 10 Km).[20]

In Luzern stehen mehrere Geburtshäuser zur Verfügung, die ebenfalls innerhalb weniger Minuten ins Kantonsspital Luzern verlegen können.

Einzig in Wolhusen würde beim Eröffnen einer ausserklinischen Geburtshilfe kein Spital mehr direkt vor Ort zur Verfügung stehen. Der Transfer vom LUKS Wolhusen müsste bei Risikosituationen ins Kantonsspital Luzern erfolgen (ca. 30 min, 24 Km) oder bei intermediären Situationen ins LUKS Sursee (ca. 24 min, 15.7 km). Komplexe Situationen, die eine grössere Distanz zu den Spitälern LUKS Sursee und Kantonsspital Luzern haben (zum Beispiel Schwangere aus dem Entlebuch), müssten sehr gut vorselektioniert werden, damit es nicht zu einer Notfallsituation mit längerer Anreisezeit führt. Auf Grund der Selektionierung würde wahrscheinlich knapp ein Drittel aller Geburten in einer hebammengeleiteten Geburtshilfe primär betreut werden können.

Die ambulante Sprechstunde, von Fachärzten wie oben erwähnt, mit Spezialisierung in Geburtshilfe, optimal mit einem Schwerpunktträger in fetomaternaler Medizin, könnte eine Triagierung im LUKS Wolhusen durchführen. Sie müsste eng mit dem Perinatalzentrum, dem Kantonsspital in Luzern kollaborieren. Ausserdem müssten die Aerzte/Aerztinnen selbstverständlich eng mit den Hebammen zusammenarbeiten, die die Geburten durchführen. (Qualitätszirkel) Das Kantonsspital Luzern müsste

zusätzlich 24/7 h Kapazitäten für die Aufnahme von Risikoschwangerschaften bzw. das LUKS Sursee zusätzlich für intermediäre Situationen zur Verfügung stellen. Die Anstellung der Kollegen/innen in der ambulanten Sprechstunde in Wolhusen, das sogenannte «medical back up», würde aber keinesfalls eine ärztlich geleitete Geburtshilfe ersetzen, erst recht nicht in Notfallsituationen.

5. Abschliessende Bemerkungen

Die Schaffung einer hebammengeleiteten Geburt für Niedrigrisikoschwangere auf einem Spitalareal ist aus medizinischer Sicht generell zu begrüssen. Allerdings scheint mir der Standort in Wolhusen so wie es gemäss Variante 2 vorgesehen ist, ungeeignet, da nach Abschaffung der Geburtshilfe im Spital LUKS Wolhusen eine direkte Angliederung an ein Spital vor Ort nicht vorgesehen ist und die Distanzen zu den umliegenden Spitälern deutlicher grösser sind als es andere Angebote in der Region bereits anbieten. In einer Konkurrenzsituation zwischen drei Optionen (hebammengeleitete Geburt in Sursee, Wolhusen, Luzern) könnte dies als Nachteil für den Standort in Wolhusen ausgelegt werden und die Anzahl an tatsächlichen Geburten in Wolhusen damit erneut reduzieren. Die Abschaffung der ärztlich geleiteten Geburtshilfe am Standort Wolhusen erschwert die Betreuung von Risikoschwangerschaften aus ferner gelegenen Ortschaften. Diese Schwangeren müssten evtl präpartal in anderen Spitälern hospitalisiert werden. Ausserdem müsste in Wolhusen ein Ambulatorium mit entsprechend ausgestatteter Expertise geschaffen werden, das die entsprechende Vorselektionierung vornimmt. Ob sich eine genügende Anzahl an Hebammen, die die hebammengeleitete Geburtshilfe tragen kann, findet, kann ich für diese Region nicht beurteilen.

Ich schlage vor, zu prüfen, ob eine hebammengeleitete Geburtshilfe innerhalb des LUKS Wolhusen unter Beibehaltung der ärztlich geleiteten Geburtshilfe, nicht eine sinnvolle Alternative wäre.

Ich hoffe, Ihnen mit meinen Ausführungen bei der Entscheidung geholfen zu haben. Bei weiteren Fragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Prof. Irene Hösli
Chefärztin Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin

Literatur:

1. Rowe, R., et al., *Neonatal admission and mortality in babies born in UK alongside midwifery units: a national population-based case-control study using the UK Midwifery Study System (UKMidSS)*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2021. **106**(2): p. 194-203.
2. *Netherlands Perinatal Registry (PRN). Perinatal Care in the Netherlands 2013. Utrecht, Netherlands: Netherlands Perinatal Registry (PRN)*. 2014.
3. file:///C:/Users/Hoeslii/Downloads/1920-1700-05.pdf, 2017.
4. Wellfens, K., et al., *The "Cocoon," first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years*. Birth, 2020. **47**(1): p. 115-122.
5. T, H., *Das hebammengeleitete Geburtsmodell im Vergleich zum ärztlich geleiteten Modell im Spital. Beurteilt an der mütterlichen Zufriedenheit, der Kaiserschnitttrate und der Anwendung der PDA. Bachelorarbeit Hebamme, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*. 2016.
6. Sandall, J., et al., *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **4**: p. Cd004667.
7. Merz, W.M., et al., *Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany*. BMC Pregnancy Childbirth, 2020. **20**(1): p. 267.
8. Koto, P.S., et al., *Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: A retrospective, cohort study*. Midwifery, 2019. **77**: p. 144-154.
9. Homer, C.S., et al., *Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care*. Bjog, 2001. **108**(1): p. 16-22.
10. WHO, *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization. 2018.
11. Bohren, M.A., et al., *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev, 2017. **7**(7): p. Cd003766.
12. Knape, N., et al., *[The efficiency of one-to-one support during labour - a literature analysis]*. Z Geburtshilfe Neonatol, 2013. **217**(5): p. 161-72.
13. Shaw, D., et al., *Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care?* Lancet, 2016. **388**(10057): p. 2282-2295.
14. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten>.
15. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/uebergewicht.html>.
16. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/fa1f7281-en/index.html?itemId=/content/component/fa1f7281-en/todesfaelle/geburten.html>.
17. Martín-Arribas, A., et al., *Transfers of Care between Healthcare Professionals in Obstetric Units of Different Sizes across Spain and in a Hospital in Ireland: The MidconBirth Study*. Int J Environ Res Public Health, 2020. **17**(22).
18. de Jonge, A., et al., *Severe Adverse Maternal Outcomes among Women in Midwife-Led versus Obstetrician-Led Care at the Onset of Labour in the Netherlands: A Nationwide Cohort Study*. PLoS One, 2015. **10**(5): p. e0126266.
19. <https://maternityaudit.org.uk/FilesUploaded/NMPA%20Clinical%20Report%202019.pdf>. 2019.
20. <http://www.geburtsstspital.ch/hsp/43/geburtssthaus-terra-alta.html>.