

# Sectiobonding – (k)ein neuer Standard

*Maria Göttlicher ist Hebamme in der Wiener Semmelweislinik. Durch die Initiative einer Projektgruppe wird dort das Bonding auch Kaiserschnittfamilien ermöglicht.*



## Warum der glitschige erste Hautkontakt so bedeutsam ist

In einer Hebammenzeitschrift auf die Vorteile des Bondings hinzuweisen, ist ja eigentlich müßig. Dass dieser sehr natürliche Akt nicht nur der Bindung zwischen den Familienmitgliedern gut tut, sondern auch physiologische Vorgänge bei Müttern und Kindern unterstützt, wissen Hebammen schon lange. Hebammen nutzen die postpartale Kuschelphase, um auf kindlicher Seite die Stabilisierung von Körpertemperatur und Blutzuckerspiegel zu unterstützen, Mutter und Kind in ihrem symbiotischen Selbstverständnis zu fördern, eine gelungene Stillbeziehung zu initiieren und das Urvertrauen zwischen Mutter und Kind zu stärken. Zahlreiche

Studien haben die Vorzüge des frühen Mutter-Kind-Kontaktes bereits untersucht und bestätigt.

Der ersten Lebensstunde des Kindes, die auch gerne als „Goldene Bondingstunde“ bezeichnet wird, kommt hierbei besondere Bedeutung zu: Hatten Neugeborene innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Geburt Gelegenheit, Brustwarze und Areola zu berühren, gaben ihre Mütter sie auffallend kürzer im Kinderzimmer ab und sprachen am 4. Lebenstag mehr mit ihnen als Mütter, deren Babys durchschnittlich erstmalig acht Stunden nach der Geburt Brustwarze und -hof berührten. Selbst eine kurze Trennung von Mutter und Kind während der ersten Stunden nach

der Entbindung beeinflusst das initiale Anlegen (siehe auch Tab. 1).

Es wird deutlich, von welcher Bedeutung der erste Hautkontakt zur Förderung einer engen Bindung zwischen Mutter und Kind ist – und wie sehr sie die Interaktion zwischen den beiden im Wochenbett beeinflusst. Zudem haben frühes Berühren und/oder Saugen an der Mamille und Areola Auswirkungen nicht nur auf den Stillerfolg der ersten Tage, sondern erhöhen die Gesamtstilldauer. Nicht zuletzt, weil während des Bondings die mütterliche Prolaktin- und Oxytocinausschüttung gefördert wird.

## Die ersten 60 Minuten – die „Goldene Stunde“

Das frischgeschlüpfte Wunder durchläuft in der folgenden Stunde bei ungestörtem Bonding insgesamt neun Phasen:

- Geburtsschrei,
- Entspannungsphase,
- Erwachen,
- Aktivität,
- Ausruhen,
- Krabbeln,
- Eingewöhnung,
- Ansaugen,
- ruhiger Schlaf.

Zwar können auch unter optimalsten Bedingungen beim Sectiobonding vermutlich nur wenige Kinder bis zur Schlafphase vordringen (dafür ist die OP-Umgebung dann doch zu laut und das Licht zu hell – und die Sectiodauer beträgt auch nur in seltenen Fällen tatsächlich eine Stunde), aber nicht selten passiert es, dass ein Kind noch wäh-

(72 Neugeborene / 2 Stunden nach Geburt)	Saugverhalten		
	gut	inkorrekt	kein Saugen
<b>Babys mit ausreichend Hautkontakt</b>			
Ohne Schmerzmittel	16	1	0
Mit Schmerzmittel	8	3	10
<b>Übliche Kreissaalroutine</b>			
Ohne Schmerzmittel	7	7	1
Mit Schmerzmittel	0	4	15

**Tabelle 1:** Saugverhalten von Neugeborenen bei herkömmlicher Kreißsaalroutine vs. Bondingfokus.

rend der OP nach der Brust sucht und sogar effektiv zu saugen beginnt.

### Bonding bei Sectio – die ersten Schritte: interdisziplinäre Kommunikation

In der Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien kamen 2016 rund 2600 Kinder zur Welt. Bei einer Sectiorate von etwa 25 Prozent würde ein bondingexkludierendes Procedere bedeuten, dass etwa 650 Kinder und Mütter auf die Vorteile des frühen Hautkontakts verzichten hätten müssen. Freilich ist nicht in jeder Situation ein ausgiebiges Bonding möglich – dennoch ist man hier inzwischen wie glücklicherweise in mittlerweile vielen Häusern bemüht, Mutter und Kind die gemeinsame Zeit zu ermöglichen.

Bis zur tatsächlichen Umsetzung des Sectiobondings war es allerdings ein nicht immer ganz einfacher Weg, der viel interdisziplinäres Zusammenfinden nötig machte: Ein Arbeitskreis aus zwei Hebammen, drei Diplomkrankenschwestern aus verschiedenen Bereichen, einer OP-Schwester und jeweils einer Kinderärztin, einer Gynäkologin und einer Anästhesistin haben sich ab Jänner 2011 regelmäßig getroffen, um die Umsetzung des Sectiobondings zu besprechen und zu planen. Eine Diplomkrankenschwester mit IBCLC-Zusatzausbildung und eine leitende Hebamme übernahmen die Projektleitung.

Zunächst wurde der aktuelle Status quo festgehalten: Bis zu diesem Zeitpunkt war es üblich, dass das Kind sofort nach seiner Entwicklung zum bereitstehenden Pädiater in den Nebenraum gebracht wurde. Danach wurde es zumeist kurz den Eltern gezeigt. Während der Kinderarzt das Kind in Begleitung des Vaters/der Begleitperson ins Kinderzimmer brachte, kümmerte sich die Hebamme um Plazenta und Nabelschnurblutabnahmen. Im Kinderzimmer wurde das Neugeborene erstversorgt – erst im Aufwachraum stießen Mutter und Kind wieder aufeinander. Abhängig von freien Ressourcen unterstützten die Kreißsaalhebamme oder eine Krankenschwester der Aufwachstation das erste Anlegen. Von diesem Stand ausgehend begann die Planung der Veränderungen, die das Bonding im OP ermöglichten. Zunächst sollte es nur bei geplanten Kaiserschnitten erfolgen; erst nach der Etablierung unter diesen kontrollierten Umständen sollte eine Ausweitung auf sekundäre Sectiones im Rahmen der Möglichkeiten geschehen. Die Projektgruppe war nun gefordert, zugunsten der optimalen Versorgung aller Mütter und Kinder einen in die Klinikroutine einbaubaren Standard, der sowohl die örtlichen Gegebenheiten als auch die personellen Ressourcen aller beteiligten Berufsgruppen berücksichtigte, zu entwerfen.

### Neuordnung der Aufgaben und grundlegende Voraussetzungen

In einer interdisziplinären Situation, in der jede Berufsgruppe schon lange Zeit festgelegte Aufgaben erledigt, ist es nicht immer leicht, notwendige Umstrukturierungen umzusetzen. In diesem Fall mussten besonders folgende Fragen geklärt werden:

- Wer übernimmt nach der kinderärztlichen Untersuchung während des Bondings die Betreuung von Mutter und Kind?
- Falls dies Aufgabe der Hebamme wird – wer übernimmt dann deren Aufgaben wie Nabelschnurblutabnahmen und deren Auswertung, Plazentaver-sorgung oder die Wiederaufbereitung des Reanimationstisches?
- Wann und wo hat die Hebamme die Möglichkeit, ihre Dokumentation zu erledigen, wenn sie durchgehend bei Mutter und Kind bleibt? Wie wird das Bonding dokumentiert?
- Wie sollen Kinder unterstützt werden, die trotz ununterbrochenen Hautkontakts Probleme haben, ihre Körpertemperatur zu stabilisieren?
- Welche Abweichungen bezüglich der Vitalparameterüberwachung (Haut-elektroden des EKG, Blutdruckman-schette, Pulsoxymeter) kommen auf die Anästhesie zu?
- Wie und wann wird die Frau über den Ablauf und die Möglichkeit des Bondings bei primärer Sectio aufgeklärt?



Es stellte sich heraus, dass einige logistische Veränderungen notwendig waren, um das Bondingprojekt gut umsetzen zu können: Ein neues Keilkissen für den Kopf der Mutter wurde bestellt, und die EKG-Elektroden sollten während der OP umgeklebt werden. Ein Ohrenabnehmer für die maternale Pulsoxymetrie wurde kurz angedacht, dann aber für unnötig befunden, da trotzdem eine Hand der Mutter zum Halten des Kindes freigegeben werden konnte; dafür sollte der Venflon künftighin nicht mehr in der Armbeuge, sondern am Unterarm gelegt werden. Das Neugeborene sollte tatsächlich bis zum Ende des Eingriffs bei der Mutter bleiben und anschließend gemeinsam mit ihr ausgeschleust werden.

Nach dem Umlagern von Mutter und Kind sollte sich die Hebamme rasch umziehen und der Frau auf die Aufwachstation nachfolgen, um auch hier noch beim ersten Anlegen zu unterstützen. Anschließend würden die Schwester der postoperativen Station die Betreuung wie bereits üblich übernehmen. Die Dokumentation der Hebammenarbeit müsste schließlich hier stattfinden.

Nicht nur grundlegende sprachliche Fähigkeiten der Patientin, sondern auch die Anwesenheit einer Begleitperson wurden für unabdingbar befunden. Zudem durfte es von maternaler wie kindlicher Seite keinerlei medizinische Kontraindikationen geben. Ein entsprechendes geeignetes Infoblatt, das in der Schwangerenambulanz aus-

gegeben werden sollte und die Frauen über die Möglichkeit und Voraussetzungen des Sectiobondings informierte, wurde in einer Kleingruppe erstellt.

### In medias res – der Schritt zur Tat

Endlich waren die grundlegenden Fragen geklärt und die Umsetzungsphase des Projekts konnte beginnen. Eine Frau, die die festgelegten Voraussetzungen erfüllt, kann seitdem ihren geplanten Kaiserschnitt so erleben: Zunächst erhält sie das Infoblatt in der Ambulanz am Tag der Terminvergabe. Entscheidet sie sich, das Angebot anzunehmen, dann gibt sie das am Tag der Aufnahme bekannt – für Fragen stehen der aufnehmende Arzt und die diensthabende Hebamme zur Verfügung.

Am Entbindungstag selbst verläuft die OP-Vorbereitung wie bisher. Nach der Geburt wird das Kind ebenfalls gleich an die Pädiatrie übergeben, die im Nebenraum am Reanimationstisch eine kurze Begutachtung des kindlichen Zustands durchführt. Hier bekommt es außerdem sofort ein Namensbändchen angelegt. Währenddessen klebt die Anästhesie die mütterlichen Elektroden um. Nach gründlichem Abtrocknen bekommt das Kind dann Häubchen und Windel angezogen, wird anschließend von pädiatrischer Seite zu den Eltern gebracht und der Mutter unter möglichst großflächigem Hautkontakt auf die Brust gelegt und mit einem warmen, trockenen Handtuch bedeckt.

Der Kinderarzt/die Kinderärztin bleibt bei den Eltern, bis die Hebamme ihre Arbeiten erledigt hat. Erst dann übernimmt die Hebamme die Bondingunterstützung und hilft – je nach Situation – bereits beim ersten Anlegen. Nach Ende der OP übernimmt die Hebamme für kurze Zeit das Neugeborene, während die Mutter umgelagert und der Vater ausgeschleust wird. Sobald die Frau in ihrem Bett gelagert wurde, wird der Hautkontakt zwischen Mutter und Kind wiederhergestellt und die Familie wird zusammen in den Aufwachraum gebracht. Hierher folgt die Hebamme nach dem Umziehen nach und unterstützt die Eltern weiterhin bei den ersten Stillversuchen.

### Vom Projekt zur Routine

Entgegen einiger anfänglich kritischer Stimmen war das Projekt laut der äußerst positiven Rückmeldungen der Frauen ein Erfolg und wurde dementsprechend fortgesetzt. Das Sectiobonding funktioniert in den meisten Fällen bis heute reibungslos und wird mittlerweile nach Möglichkeit auch während sekundärer Sectiones durchgeführt. Hierbei kommt den Frauen und Kindern zugute, dass in der Semmelweis-Klinik auch in Akutfällen – so irgendwie möglich – Spinalanästhesien gelegt werden. Obwohl zu Projektbeginn noch einige Adjustierungen nötig waren (ein angedachtes spezielles Bondingtuch etwa wurde verworfen; auch Känguruthücher wurden nur in der Anfangsphase genutzt), gehört der post-

partale Hautkontakt, auch wenn er aufgrund äußerer Umstände wie kindliche Adaptionsschwierigkeiten oder mütterliche Kreislaufschwierigkeiten nur wenige Minuten lang möglich ist, mittlerweile bei fast allen Kaiserschnitten zum Standardprocedere.

Die Stimmung im OP ist – auch bei sehr fidelem Kind – in der Regel ruhig. Das liegt nicht zuletzt daran, dass Kinder mit postpartalem Hautkontakt generell entspannter sind und (auch laut aktueller Studien) in den ersten Stunden weniger weinen. Die OperateurInnen beschreiben zwar eine Bewegungseinschränkung durch das Kind, das unter der Abdeckung doch Platz in Anspruch nimmt – es wurde aber bislang von niemandem als arbeitsbehindernd bezeichnet. Auch die Zusammenarbeit mit der Anästhesie erweist sich als relativ problemlos – hier ist schon allein aufgrund der Gegebenheiten des Arbeitsplatzes eine gute Kommunikation eine wichtige Grund-

lage für die gemeinsame Arbeit. Mittlerweile erbitten die Schwestern des Aufwachraumes ein Kinderbett im Aufwachraum, um das Kind im Akutfall schnell an einen sicheren Platz legen zu können, so gerade keine Hebamme oder Begleitperson anwesend ist. Zumeist wird der Vater mit seinem Kind nach etwa einer Stunde im Aufwachraum ins Kinderzimmer gebracht, wo das Baby weiter versorgt wird. Auf Wunsch der Mutter kann das Kind anschließend wieder zu ihr gebracht werden. Die Schwestern der Aufwachstation sind sehr bemüht, die Frauen auch dann beim Stillen zu unterstützen, wenn die Hebammen keine Zeit für ausgiebige Stillhilfe haben und bilden sich spezifisch weiter. Insgesamt hat das Sectiobonding nicht nur die Beziehung zwischen Müttern und Kindern sondern auch die interdisziplinären Beziehungen in der Semmelweisklinik verdichtet und verbessert. Und die Freude in den Augen der

Mütter, wenn sie ihr Kind nah bei sich spüren, hören und sehen können, erzählt die Erfolgsgeschichte vom Bonding bei Sectio in ihrer eigenen Sprache.

Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag am Österreichischen Hebammenkongress 2016 mit dem Titel „Bonding bei Sectio – vorerst ein Projekt“.

**Literatur:** Bei der Autorin.

**Maria Göttlicher, IBCLC,**

hat 1994 ihr Hebammendiplom erworben. Sie ist in der Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien angestellt und auch freiberuflich tätig.



a.ö. Krankenhaus St. Vinzenz Betriebs GmbH  
eine soziale Einrichtung der Barmherzigen Schwestern des Hl. Vinzenz von Paul, Zams



CARITAS CHRISTI  
URGET NOS

## Stellenanzeige – Pflege **Hebamme**

in Vollzeit

Wir versorgen als erweitertes Standardkrankenhaus das Tiroler Oberinntal mit seinen bekannten Winter-Tourismusregionen. Unser Krankenhaus umfasst die Abteilungen für Anästhesie mit Intensivtherapie, Augenheilkunde (Tagesklinik), Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO, Innere Medizin mit Intensivstation, Orthopädie, Pädiatrie, Radiologie, Unfallchirurgie, Urologie und Psychiatrie. Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe verzeichnet jährlich ca. 750 Geburten.

Wir erwarten uns:

- Hebammenausbildung
- Hohes Verantwortungsbewusstsein
- Eigenverantwortliche, selbständige und patientenorientierte Arbeitsweise
- einem ethischen Grundkonsens mit den Werten eines christlich orientierten Krankenhauses

Tätigkeiten:

- Betreuung von werdenden Müttern
- Begleitung während der Geburt – selbständiges Entbinden leiten bzw. ärztlichem Personal assistieren

Die Entlohnung erfolgt nach dem Kollektivvertrag für die Dienstnehmer der Ordensspitäler Österreichs – für die ausgeschriebene Position gilt ein KV-Mindestgrundgehalt von monatlich € 2.359,44 brutto mit der Bereitschaft zur KV-Überzahlung.

Ihre Bewerbung richten Sie an das

**a. ö. Krankenhaus St. Vinzenz Betriebs GmbH Zams**

Personalabteilung

Sanatoriumstraße 43, 6511 Zams, Email: [personal@krankenhaus-zams.at](mailto:personal@krankenhaus-zams.at)