

Neonatale Erstversorgung - Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung

Revidierte Version vom 23.02.2022

gynécologie suisse (SGGG)
Akademie für fetomaternale Medizin (AFMM)
Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN)
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)
Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM)
Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®)

Mitglieder der multidisziplinären Arbeitsgruppe:

Thierry Girard – SAOA, SSAPM, Basel
Seraina Schmid - Präsidentin CHG, Grabs
Irene Hösli - gynécologie suisse, Basel
Nicole Ochsenbein - Kölbe, gynécologie suisse, Zürich
Markus Hodel - gynécologie suisse, Luzern
Gabriela Sutter - IGGH-CH®, Bäretswil
Monica Ragazzi - SGN, Bellinzona
Anne Steiner - SHV, Olten
Roger Rytz - Präsident gynécologie suisse, Yverdon-les-Bains
Monya Todesco Bernasconi - gynécologie suisse, Aarau
Riccardo Pfister – SGN, Genf

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Monya Todesco Bernasconi, Chefärztin Geburtshilfe und Perinatalmedizin Frauenklinik,
Kantonsspital Aarau, 5001 Aarau
Sekretariat.todesco@ksa.ch
Tel: 062 838 50 73

Vorbemerkungen:

*Die Vielfalt der Geschlechter wird in diesem Dokument mit dem Gendersternchen deutlich gemacht
Geburtshilfe soll immer als Team verstanden werden (Hebamme und Ärztin).*

Juristische Expertise: Frau Ursina Pally Hofmann, FMH, Bern

Die deutsche Fassung ist die Stammversion. Übersetzung:

Korrekturlesung: ...

Ausgangslage

Unser gemeinsames Ziel ist die grösstmögliche Gesundheit und Sicherheit für alle Mütter und Neugeborenen in der Schweiz. Mit dieser Empfehlung wollen wir die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern.

Demographische Veränderungen (Schwangere mit somatischen Vorerkrankungen, Schwangere nach Fertilitätsbehandlungen, Mehrlingsschwangerschaften, steigendes Alter der Mütter, Zunahme der Schwangeren mit vorangegangener Sectio oder anderen uterinen Eingriffen) haben zur Folge, dass geburtshilfliche Organisationen mit neuen Herausforderungen konfrontiert werden. Schwangere mit einem hohen Risikoprofil für Mutter u/o Kind sollen rechtzeitig identifiziert und in ein Zentrum für Perinatalmedizin eingewiesen bzw. verlegt werden. Alle Neugeborenen mit vorgeburtlich erkennbarem Risiko einer nicht physiologischen primären Adaptation sollen in einem Spital mit kinderärztlicher Betreuung geboren werden.

Alle geburtshilflich tätigen Organisationen sowie die ausserklinische Geburtshilfe sind im Sinne einer vorausschauenden Strategie gefordert, Strukturen zu klären, Prozesse zu definieren und klare Verantwortlichkeiten zu benennen.

Von diesen Empfehlungen kann bei fundierter klinischer Begründung situativ abgewichen werden.

1. Organisation

1.1 Verantwortlichkeiten

In der Peripartalphase liegt die organisatorische Gesamtverantwortung für Mutter und Kind bei der Leitung der geburtshilflichen Institution. Fachspezifische Strukturen und Prozesse rund um die Geburt werden von der Leitung der Institution an die mitbeteiligten Berufsgruppen, insbesondere an Hebammen, Pädiater/ Neonatolog*innen, Anästhesist*innen und weitere spezialisierte Pflegende und Ärzt*innen delegiert. Diese arbeiten interdisziplinär und interprofessionell zusammen und handeln in ihrem Fachbereich eigenverantwortlich.

Die direkt Beteiligten von Schnittstellen sind im regelmässigen Austausch und überprüfen gemeinsam, wo Verbesserungsprozesse nötig sind und setzen diese in Ihrem Bereich um. Die notwendigen interdisziplinären Strukturen, Prozesse und Zuständigkeiten sind von der Leitung der Institution schriftlich festzulegen. Die direkt Beteiligten sind einzubeziehen und für die Umsetzung ihres Anteils und für die Kommunikation im eigenen Bereich zuständig.

1.2 Betreuung von Mutter und Kind

Eine sichere Betreuung von Mutter und Kind setzt die gleichzeitige situationsgerechte Betreuungsbereitschaft für Mutter und Kind (oder mehrerer Kinder bei Mehrlingsschwangerschaften) voraus. Beim Neugeborenen sprechen wir von der neonatalen Erstversorgung; dazu gehören die Überwachung und Versorgung des sich normal adaptierenden Neugeborenen sowie des Neugeborenen mit Adaptationsstörungen bis zur neonatalen Reanimation¹.

Die primäre Adaptation des Neugeborenen in den ersten Lebensminuten birgt Risiken. So muss für die ersten 15-30 postnatalen Minuten eine in neonataler Erstversorgung qualifizierte Fachpersonⁱ (bzw. mehrere Fachpersonen bei Mehrlingsschwangerschaften) prioritär für das Neugeborene zur Verfügung stehen.

Als qualifizierte und speziell geschulte Fachpersonen für die neonatale Erstversorgung sind primär Hebammen, Pflegefachpersonen und Geburtshelfer*innen zuständig. In geburtshilflichen Abteilungen ohne integrierte Neonatologie müssen neben den situativ beigezogenen Neonatolog*innen auch die Pädiater*innen und Anästhesist*innen in der neonatalen Erstversorgung entsprechend qualifiziert sein (zB. Start4neo). Zwei Fachpersonen sollten bei jeder ausserklinischen Geburt anwesend sein, beide mit einer Ausbildung in Reanimation für Erwachsene und zB. Start4neo.

Bei präpartal bekannten neonatalen Risiken muss die Entbindung an einer Institution stattfinden, welche für deren Versorgung eingerichtet ist.

ⁱ Die Qualifikation in neonataler Erstversorgung und Reanimation sollen die betroffenen Berufsgruppen (Hebammen, Pflegefachpersonen, Geburtshelfer sowie Neonatologen, Pädiater und Anästhesisten) mit Besuch eines spezifischen Kurses (z.B. „start4Neo – Reanimationskurs“ der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie) erreichen und aufrechterhalten.

Die schweizerische Gesellschaft für Neonatologie hat folgende Levelteilung erstellt:

SSN Level-CANU	III	IIB	IIA	I
FMH/SIWF	A	B	B	-
Gestationsalter	alle	>32 0/7 SSW	>34 0/7 SSW	35 0/7-36 6/7 SSW
Gewicht	alle	>1250g	>1500g	>2000g
Beatmung	ja	nein	nein	nein
Monitoring	kontinuierlich	kontinuierlich	kontinuierlich	nein
CPAP	ja	ja	nein	nein
Zentraler Katheter	ja	Evtl.	Evtl.	nein

Neonatalogie ‚Level of care‘ – Kurzfassung; www.neonet.ch⁵

Eine Herausforderung in der Praxis stellt die Diskrepanz in der Definition der Schwangerschaftswochen zwischen den kantonalen Leistungsaufträgen und den Levels der neonatalen Versorgung dar. Die Arbeitsgruppe empfiehlt hier den Fachgesellschaften für einheitliche Definitionen einzutreten.

Bei bekanntem direktem oder indirekt durch die Geburt bedingtem Risiko des Neugeborenen muss der Neonatologe/Pädiater rechtzeitig informiert und bei Bedarf beigezogen werden (Tabellen 4 und 5, Kapitel 3.2).

Bei einer operativen Entbindung kann die Anästhesie, die zeitgleich die Mutter im OP betreut, nicht grundsätzlich für die neonatale Erstversorgung und/oder Reanimation verpflichtet werden. Hingegen steht die Anästhesie bei Bedarf den Hebammen und Geburtshelfern unterstützend zur Verfügung, solange dadurch die Versorgung der Mutter nicht beeinträchtigt wird.

2. Rahmenbedingungen

Die beteiligten Disziplinen definieren mit diesen Empfehlungen die Rahmenbedingungen für eine sichere Betreuung. Die Risikobeurteilung einer Geburt erfolgt sowohl fachspezifisch als auch bei Bedarf interdisziplinär.

Die Fachgesellschaften haben in Tabellenform die Kriterien aufgelistet, die gezielt zu präventiven Massnahmen führen und durch fein abgestimmte interdisziplinäre Zusammenarbeit das Risiko in der Geburtshilfe minimieren sollen. Kenntnis und Befolgung der fachspezifischen Prioritäten ermöglichen reibungslose Prozessabläufe.

3. Fachspezifische Empfehlungen

3.1 Geburtshilfe

Die Früherkennung einer potentiellen Risikogeburt ist wichtig. Dabei kann es sich um eine Risikosituation für das Neugeborene und/oder für die Schwangere handeln. Eine Risikosituation sollte rechtzeitig erkannt werden und Überlegungen zur Geburt und zum Geburtsort auslösen. Der rechtzeitige Zuzug von Neonatolog*innen, Pädiater*innen, Anästhesist*innen und ev. anderen Fachspezialist*innen anhand der fachspezifischen Checklisten soll geplant werden (Tabellen3-6). Ebenso sollte eine rechtzeitige, d.h. geordnete Verlegung der Schwangeren mit potentiellen Risiken in eine entsprechende Institution¹ erfolgen.

Die Definition der Dringlichkeit einer Sectio bei Termingeburten mit niedrigem Risiko sollen institutionell schriftlich festgelegt sowie deren Abläufe regelmässig geübt werden. Die Tabellen 1 und 2 zeigen Indikationen und Anforderungen für die klinische Geburtshilfe. Die darin enthaltenen Aussagen basieren auf Empfehlungen verschiedener internationaler Fachgesellschaften^{2,3,4}.

Tabelle 1: Vier Stufen der Dringlichkeit zur Durchführung eines Kaiserschnitts²

Grad	Begriff	Definition	Entscheid-Entbindungszeit
1	Notfall (= Blitzsectio oder Notsectio)	Lebensbedrohlicher Notfall, für Mutter/Kind. z.B. schwere Bradykardie, Uterusruptur.	So schnell wie möglich
2	Dringend	Maternale oder fetale Beeinträchtigung, die nicht direkt lebensbedrohlich ist. z.B. Geburtsstillstand mit maternaler oder fetaler Beeinträchtigung.	Innerhalb 60 Minuten
3	Ungeplant, nicht dringlich (Sectio „ohne Eile“)	Keine Beeinträchtigung von Mutter / Kind aber Sectioindikation gegeben. z.B. Geburtsstillstand ohne maternale oder fetale Beeinträchtigung.	Nach Absprache, bei Geburtsstillstand in der Regel innerhalb 2 Stunden
4	Geplant	Geplanter Eingriff	Spätestens am Vortag im OP- Programm eingeplant

Tabelle 2: Minimalanforderungen für die Durchführung einer Notfallsectio gemäss Empfehlungen der gynécologie suisse SGGG²

Das Auftreten erster Anzeichen einer akuten fetalen Gefährdung bis zur fetalen Schädigung ist ein kontinuierlicher Prozess, was die Definition eines für Mutter und Kind sicheren Zeitintervalls zwischen Alarmierung und Entbindung verunmöglicht. Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung des Facharztes für Geburtshilfe bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden.
Bei Risikoschwangerschaften oder Geburten mit Warnzeichen müssen substanziell kürzere Alarmierungs-Entbindungszeiten erreicht werden. Schwangerschaften mit hohem Risikoprofil (Tabelle 5) dürfen nur in Kliniken mit entsprechender personeller und infrastruktureller Ausstattung betreut werden.
Notfallabläufe sollen in jeder Klinik definiert und regelmässig eingeübt werden.

3.2 Neonatologie

Die Vorgaben zur Betreuung und Erstversorgung des Neugeborenen sind in den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie unter Mitarbeit der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe nachzulesen^{1,6}. Geregelt sind dort auch die Indikationen für die präpartale Verlegung der schwangeren Frau in ein Zentrum für Perinatalmedizin, welche in Tabelle 3 zusammengefasst sind.

Tabelle 3: Indikationen für eine präpartale Verlegung¹

Kindliche Faktoren	Absolute Indikationen	Relative Indikationen
	Drohende Frühgeburt vor 32 0/7 SSW	Intrauterine Infektion
	Voraussehbare schwere Anpassungsstörungen, die intensivmedizinische Massnahmen erfordern	Hämolytische Erkrankung des Feten
	Pränatal diagnostizierte, versorgungsbedürftige Fehlbildungen	Fetale Rhythmusstörungen
		Intrauterine Mangelentwicklung (fetales Gewicht < 3. Perzentile)
	Fetus mit letalen Fehlbildungen, wenn intensivmedizinische Massnahmen nicht als sinnvoll erachtet	
Mütterliche Faktoren	-	Chronische oder instabile Erkrankung der Mutter (Hypertonie, Präeklampsie, HELLP-Syndrom, Diabetes mellitus, Zustand nach Transplantation, Autoimmunopathien usw.)
	-	Mütterlicher Suchtmittelkonsum
Strukturelle Faktoren	Falls keine Neonatologie-Abteilung: <35 0/7 SSW* oder <2000 g	-

Die Geburtenabteilungen mit angeschlossener Neonatologie sind via „Neonet“ vernetzt und kennen die freien Intensivplätze der Schweiz⁶. Sie sind gemeinsam dafür verantwortlich, die perinatale Versorgung der Schweiz so zu organisieren und zu unterstützen, dass prä- und postpartale Versorgung und Verlegung in die Zentrumsambulanz sichergestellt sind.

3.2.1 Präpartale Beratung

Bei mütterlichen, respektive fetalen Risiken oder wenn eine intensivmedizinische Behandlung des Kindes wahrscheinlich erscheint, soll frühzeitig vor der Geburt eine Beurteilung unter Einbezug des Neonatologen/Pädiaters erfolgen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Mögliche Indikationen für eine präpartale Beratung durch den Neonatologen/Pädiater

Kindliche Faktoren	Frühgeburtlichkeit <34 SSW und/oder geschätztes fetales Gewicht <2000g
	höhergradige Mehrlinge
	relevante fetale Fehlbildungen und genetische Anomalien
	Vd. auf fetale Thrombopenie
	fetomaternale Infektionskrankheiten (z.B. HIV, HCV, HBV, CMV)
Mütterliche Faktoren	Psycho-soziale Umstände mit notwendiger Planung der postnatalen Phase des Kindes (z.B.: Suchtmittel- und Medikamentenmissbrauch, häusliche Gewalt, Armut, psychiatrisches Leiden)
	Auf Wunsch der Eltern oder des Entbindungsteams

Tabelle 5: Risikoadaptierter Einsatz des Pädiaters/Neonatologen bei Geburt und Sectio caesarea

	Präpartales Risikomanagement (Voraussehbares Risiko)		Intra- und Postpartales Risikomanagement (Nicht voraussehbares Risiko)	
	Hohes Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko	Mittleres Risiko
	Entbindung in Klinik mit hoher Strukturqualität (mind. Level IIA ⁶ oder höher)	Neonatologe/Pädiater wird informiert und ist abrufbar ⁱⁱ	Information und ggfs. Zuziehen des Neonatologen/Pädiaters	Ggfs. Information und Zuziehen des Neonatologen/Pädiaters
Kindliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Frühgeburten (<34 0/7 SSW) • Unmittelbar versorgungsbedürftige fetale Fehlbildungen • Wachstumsretardierung <3. Perzentile • Höhergradige Mehrlinge • Rhesus- und Thrombozyten-Isoimmunisierung • Feto-maternale Infektionserkrankungen gemäss pädiatrischer Beurteilung • Voraussehbare schwere Adaptationsstörungen, welche intensivmedizinische Massnahmen erfordern 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginale Geburt aus BEL • Vaginale Geburt von Zwillingen • SGA (<10. P mit path. Doppler • Plazenta praevia Kaiserschnitt < 37 0/7 • Fetales Infektionsrisiko (Chorioamnionitis, mütterliches Fieber) • nicht unmittelbar versorgungsbedürftige fetale Fehlbildung Fetale Arrhythmien • St. n. plötzlichem Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Nabelschnurvorfall • Persistierende Adaptationsstörung (tiefer 5'-APGAR < 6, pH <7.10, persistierendes ANS¹, Sauerstoffbedarf und/oder Zyanose, inadäquate Herzfrequenz, Hypo-/Hyperthermie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallsectio • Vakuum/Forceps • Drohende fetale Asphyxie (Mekoniumhaltiges Fruchtwasser, pathologisches CTG) • Unerwartete Fehlbildung • Fetales Infektionsrisiko (Chorioamnionitis, mütterliches Fieber)
Mütterliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Suchtmittelkonsum • Schlecht eingestellter Insulinpflichtiger Diabetes Mellitus (z.B. fetale Makrosomie, FG vor 35 0/7 SSW, zusätzliche maternale Vaskulopathie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mütterliche medikamentöse Therapie mit potentieller, die Adaptation des Kindes störender Nebenwirkung • Auffällige Familienanamnese welche eine prä- und postnatale Beratung durch Neonatologen/Pädiater notwendig machen • Gut eingestellter insulinabhängiger Diabetes Typ I 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Präeklampsie/ HELLP • Schwere prä-/intrapartale Blutung 	

ⁱⁱ Die Indikation für Information und Zuzug eines Neonatologen/Pädiaters soll vorausschauend gestellt werden und lässt sich aufgrund der obigen Liste abschätzen.

3.2.2 Überführung vor oder am Geburstbeginn aus der hebammengeleiteten in die ärztlich geleitete Geburtshilfe

Die folgende Beispiele sind nicht vollständig und dienen als Orientierung⁷. Zielgruppe sind gesunde Schwangere und deren voraussichtlich gesunde Kinder, die in der 37+0–41+6 Schwangerschaftswoche

als Einling aus Schädellage geboren werden und in der alleinigen Verantwortung von Hebammen betreut werden.

Beispiele aus der S3-Leitlinie⁷ (unvollständige Liste):

- PROM > 24 Stunden ohne Wehen
- Auffälligkeiten bei der Erstuntersuchung des Feten:
 - Angaben von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden
 - Dezeleration der fetalen Herzfrequenz
 - Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM
 - Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie
 - BEL, Querlage oder Schräglage
 - Nabelschnurvorliegen
 - Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden
 - Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion

3.2.3 Intrapartale Überführung aus der hebammengeleiteten in die ärztlich geleitete Geburtshilfe

Bei einem prognostisch ungünstigen, regelabweichenden oder regelwidrigen Geburtsverlauf sollte die für die Geburt verantwortliche Hebamme die Situation erkennen und geeignete Massnahmen für die Überführung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe ergreifen, um die grösstmögliche Gesundheit des ungeborenen Kindes sicherzustellen (z.B. bei Verdacht auf AIS, protrahierter Geburtsverlauf mit negativen Zusatzkriterien, regelabweichende und regelwidrige Blutungen der Mutter).

Beispiele aus der S3-Leitlinie⁷ (unvollständige Liste):

- Bei ansteigender Baseline der fetalen Herzfrequenz oder bei Verdacht auf Dezelerationen soll unter anderem
 - Häufiger auskultiert werden, z.B. Bei 3 aufeinanderfolgenden Wehen,
 - Die klinische Gesamtsituation berücksichtigt werden, z.B. Position der Gebärenden, Hydratation, Wehenqualität und mütterliche Vitalparameter
- Wenn der Baseline-Anstieg oder die Dezelerationen sich bestätigen, soll
 - Eine kontinuierliche CTG-Überwachung begonnen werden
 - Eine hebammengeleitete Geburt in ärztliche Verantwortung übergeben werden
 - Hilfe hinzugezogen werden

3.3 Anästhesiologie

Aus anästhesiologischer Sicht sind für eine Geburt folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Bei mütterlichen respektive fetalen Risiken, welche anästhesiologischen Massnahmen erfordern oder erschweren können, soll die Schwangere frühzeitig vor der Geburt durch den Anästhesisten beurteilt werden (Tabelle 6).
2. Beim Eintritt zur Geburt einer Schwangeren mit entsprechenden Risiken (Tabl. 6) muss der Anästhesist informiert und beigezogen werden.

Tabelle 6: Checkliste zur präpartalen Anästhesievorstellung

Anästhesie <ul style="list-style-type: none">• Probleme bei früheren Anästhesien• Maligne Hyperthermie	Mütterliche Systemerkrankungen (mit relevanten Symptomen und Therapien) <ul style="list-style-type: none">• Pulmonale Erkrankung
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Pseudocholinesterase-Mangel • Poly-Allergien (Medikamente, Latex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiovaskuläre Erkrankung • Gefässmissbildungen • Gerinnungsstörung (inkl. Medikation mit niedermolekularem Heparin) • Neuromuskuläre Erkrankung • Psychiatrische Erkrankung • Ablehnung von Blutprodukten (z.B. Zeugin Jehovas)
<p>Mütterliche Anatomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie der Wirbelsäule und des Beckens • Krankheiten des Zentralnervensystems • Kraniofaziale Abnormalität • Adipositas Grad \geqIII (ab BMI > 40) 	<p>Schwangerschaftsrisiken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plazentationsstörungen (praevia, accreta, increta, percreta) • Präeklampsie • Mehrlinge • Fetale Fehlbildungen

4. Schlussbemerkungen

Die Arbeitsgruppe empfiehlt grundsätzlich kritische oder nicht erfolgte Verlegungsentscheide in interdisziplinären Qualitätszirkeln zu analysieren, um die konstante Einhaltung der Rahmenbedingungen zu überprüfen und Prozessabläufe fortlaufend zu verbessern.

Eine Aktualisierung dieser Empfehlung ist alle 3 Jahre vorgesehen. Verantwortlich sind die involvierten Verbände unter Leitung der gynécologie suisse.

Literatur

1. Die Unterstützung der Adaptation und Reanimation des Neugeborenen. Revidierte Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie. Paediatrica (2017) Vol. 28 Nr. 5
2. Guideline Sectio Caesarea der gynécologie suisse; Hösli I, El-Alama- Stucki S, Drack G, et al. 2015 <https://www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/>
3. The American Association of Birth Centers; the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Kilpatrick SG, Menard MK, Callaghan WM. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol 2019; 221(6) B19-B30.
4. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001 Leitlinienklasse: S2k Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland
5. www.neonet.ch
6. Swiss Society of Neonatology. Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland. Revised version 14.03.2019.
7. S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin, AWMF-Registernummer 015-083 (von der SGGG und AFMF nicht homologiert; die IGGH anerkennt die Beispiele der S3- Leitlinien als wissenschaftliche Grundlage und angemessene Orientierung für berufliches Handeln, betont aber die Wichtigkeit einer individuellen, ganzheitlichen Betrachtungsweise in der Geburtshaus- und Hausgeburtshilfe.) <http://www.neonet.ch/en/about-us/neonatology-units-switzerland/>

Korrespondenzadressen

gynécologie suisse SGGG

Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8
Tel.: 031 313 88 55
Fax: 031 313 88 99
www.sggg.ch
sekretariat@sggg.ch

Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN)

c/o meeting.com Sàrl
Rue des Pâquis 1
1033 Cheseaux-sur-Lausanne
Tel: 021 312 92 61
Fax: 021 312 92 63
www.neonet.ch
neonat@meeting-com.ch

Société Suisse de Pédiatrie (SSP – SGP)

Rue de l'Hôpital 15

Case postale 1380
1701 Fribourg
Tél. 026 350 33 44
Fax 026 350 33 03
www.swiss-paediatrics.org
secretariat@swiss-paediatrics.org

Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM)

Rabbentalstrasse 83
3013 Bern
Tel: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
<https://ssapm.ch/>
info@ssapm.ch

Schweizerischer Hebammenverband (SHV)

Geschäftsstelle
Froburgstrasse 17
4600 Olten
Tel: 031 332 6340
www.hebamme.ch
info@hebamme.ch

Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)

Rappentalstrasse 83
3013 Bern
Tel: 031 332 34 33
Fax: 031 332 98 79
www.sgar-ssar.ch/interessengruppen/saoa/
thierry.girard@usb.ch

Akademie für fetomaternale Medizin (AFMF)

Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8
Tel.: 031 313 88 55
Fax: 031 313 88 99
https://www.sggg.ch/ueber_uns/verband/arbeitsgemeinschaften/afmm/
Begona.MartinezDeTejada@hcuge.ch

Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH[®])

c/o Geburtshaus Delphys
8003 Zürich
info@geburtshaus.ch