



Frauenklinik, Geburtshilfe

# Abortinduktion im 2. Trimenon und Totgeburten

Dokumentenhistory	Datum	Verantwortlich	Status	Version
	26.11.2007	Todesco Monya	Erstellung	1.0
	17.09.2020	Claudia Spielmann	Änderung	31.1
	11.11.2020	Céline Schick, Sükrü Arioglu	Überarbeitungen	31.2
	24.11.2020	Todesco Monya	Freigabe	32.0
<b>Gültigkeit (ab – bis)</b>	24.11.2020 - 23.11.2023			
<b>Dokumententyp</b>	Richtlinie zur KSA internen Verwendung			
<b>Dokumenten-Nr. FKL</b>	193175/32			

**Dokumentation Links** (Ctrl & Klick):

**Arzt:**

- 1) [Geburtseinleitung nach der 12. SSW](#)
- 2) [Todesfallmeldung/Autopsieauftrag](#)
- 7) [Ärztliche Todesbescheinigung](#)
- 8) [Richtlinie «Genetische Untersuchungen nach Frühabort, Spätabort oder Totgeburten»](#)
- 9) [Genetica-Auftrag für medizinisch-genetische Untersuchung](#)

**Hebammen und Pflege:**

- 3) [Bestattung von frühverstorbenen Kindern](#)
- 9) [Genetica-Auftrag für medizinisch-genetische Untersuchung](#)
- 10) [Auftrag zur gemeinschaftlichen Kremation und Beisetzung eines totgeborenen Kindes](#)
- 11) [Vorgehen gemeinschaftliche Kremation und Beisetzung im Gemeinschaftsgrab](#)
- 12) [Merkblatt für Angehörige – Empfohlenes Vorgehen bei Todesfall](#)
- 15) [Meldung: Austritt eines verstorbenen Kindes direkt aus der FKL](#)

**Allgemein:**

- 6) RL [Vaginale Geburt nach Sectio](#)
- 14) Richtlinie [Rhesusprophylaxe](#)

## Inhaltsverzeichnis

1	Diagnose IUFT oder kindliche Fehlbildungen: Erste Schritte .....	2
1.1	Beizug Hebamme für Erstgespräch .....	2
1.2	Diagnose bei einem IUFT .....	2
1.3	Administratives .....	3
2	Voraussetzungen für eine Abortinduktion .....	3
3	Mifegyne Gabe, Voruntersuchungen und –abklärungen (ambulant) .....	3
3.1	Durch den Arztdienst .....	3
3.2	Durch den Arztdienst, Pflegefachfrau oder Hebamme .....	3
3.3	Abgabe von Mifegyne .....	4
3.4	Untersuchungen bei IUFT .....	4
3.5	Interne Anmeldung .....	4
4	<u>Stationärer Eintritt</u> .....	4



4.1	Unter 19 0/7 SSW.....	4
4.2	Über 19 0/7 SSW.....	5
4.3	Massnahmen bei Eintritt durch Pflegefachfrau oder Hebamme .....	5
4.4	Einleitung.....	5
4.5	Beizug des Arztdienstes .....	5
4.6	Bei Kontraindikationen für Misoprostol .....	5
4.7	Analgesie.....	6
4.8	Weitere Verordnungen.....	6
4.9	Massnahmen nach der Geburt .....	6
4.10	Nachcurettage .....	7
4.11	Plazenta.....	7
5	Administration .....	7
5.1	Falleröffnung Kind .....	8
5.2	Autopsie.....	8
5.3	Bestattung .....	9
6	Weitere Massnahmen.....	9
6.1	Abstillen .....	10
6.1.1	Natürliches Abstillen: .....	10
6.1.2	Medikamentöses Abstillen: .....	10
7	Transport .....	10
7.1	Nicht meldepflichtige Kinder .....	10
7.2	Meldepflichtige.....	10
7.3	Transport in das Ausland.....	11
8	Spitalentlassung .....	11
9	Wichtige Telefonnummern.....	12
10	Kostenbeteiligung .....	12
11	Algorithmus Vorgehen IUFT oder Diagnose Fehlbildung .....	13

## 1 Erste Schritte nach Diagnose

### 1.1 Indikation zur Abortinduktion

Frauen mit Verdacht auf eine kindliche Fehlbildung von extern werden im Ambi durch den Facharzt beurteilt. Je nach Befund wird dem Paar ein Gespräch mit der Neonatologie angeboten.

### 1.2 Diagnose IUFT

Frauen mit einem IUFT werden bis zur 19 0/7 SSW dem gynäkologischen Notfall zugewiesen, ab der 19 0/7 SSW der Geburtsabteilung. Bei nicht auffindbaren Herztönen durch die Hebamme wird die Diagnose des IUFT mittels Ultraschall und Farbdoppler durch den Oberarzt gestellt.

### 1.3 Beizug Hebamme für Erstgespräch

Nach der Diagnosestellung wird die Schichtleitung GebS (Tel 5067) informiert. Sie koordiniert und triagiert welche Hebamme für eine erste Kontaktaufnahme beigezogen werden kann. Diese führt das Erstgespräch im Anschluss an die ärztliche Kontrolle durch. Bei Diagnose eines IUFT im GebS, wird das Erstgespräch durch diejenige Hebamme durchgeführt, die sie betreut.

Grundsätzlich sollen Interventionen/ Entscheidungen nie am gleichen Tag stattfinden wie die Diagnosestellung. Dem Paar soll Zeit gegeben, um sich auf die Geburt vorzubereiten und sich darauf einzustellen. Dadurch kann die Situation langfristig besser verarbeitet werden.



In diesem ersten Gespräch durch die Hebamme werden die Bedürfnisse der Eltern aufgenommen und es wird Raum gegeben für Gefühle und Fragen zu beantworten.

- Der Gesprächsleitfaden hilft dabei, die wichtigsten Gesprächsinhalte abzudecken.
- Paare mit einem IUFT erhalten das Informationsblatt "Geburtseinleitung nach der 12. SSW sowie den Ratgeber "Wir haben unser Kind verloren".
- Nach der Entlassung des Paares organisiert die Hebamme eine fpH oder Pflegefachfrau, um die Mitbetreuung zu Hause, bereits vor Eintritt ins KSA, zu gewährleisten. Die fpH soll sich noch am selben Tag telefonisch beim Paar melden.

Das Paar meldet sich in den nächsten Tagen telefonisch im GebS sobald sie parat für die nächsten Schritte sind (Mifegyne Gabe/ Planung weiteres Vorgehen bei Option SS-Abbruch).

#### 1.4 Administratives

Es wird für alle ein geburtshilflicher Fall eröffnet. Bei einem Schwangerschaftsabbruch muss der Arzt den Eintrag in die SS-Abbruch-Statistik online eintragen.

### 2 Voraussetzungen für eine Abortinduktion

- Indikation zum straffreien Schwangerschaftsabbruch gemäss Art. 119f StGB bei vitaler SS (Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung der Schwangeren oder Abwendung einer schweren seelischen Notlage)
- Bei anderen Anwendungsbereichen (z.B. missed abortion/IUFT) genaue Diagnose/Indikation

### 3 Mifegyne Gabe, Voruntersuchungen und –abklärungen (ambulant)

Die Frau erhält dafür den frühestmöglichen Termin im Ambi (Mo-Fr) oder in der Geburtenabteilung (ausserhalb Ambi Öffnungszeiten) (siehe 11 Algorithmus Vorgehen IUFT oder Diagnose Fehlbildung). Dort werden sie vom OA oder erfahrenen AA (AAe müssen mindesten 3 x bei einem Gespräch dabei gewesen sein) betreut.

Bei einer Interruptio > 12 0/7 SSW muss eine genaue und ausführliche Indikationsstellung des OA (siehe oben) und das Visum des LA oder der CÄ vorliegen. Ein psychiatrisches Gutachten ist in den Fällen notwendig in denen die seelische Lage der Frau nicht ganz eindeutig beurteilt werden kann.

Die unten folgenden Punkte werden durch den Arztdienst oder PFF Gynäkologie erledigt. Im GebS wird bei Bedarf eine Hebamme beigezogen.

#### 3.1 Durch den Arztdienst

- Kontrollieren der Serologien, ggf. Blutentnahme verordnen
- Aufklärung über Nachcurettage (obligat bis 24 0/7 SSW)
- Off-label-use von Misoprostol durch den Arztdienst erklären und in den Akten notieren (Link: [Aufklärungsprotokoll Geburtseinleitung](#))
- Autopsie ja/nein auf dem Formular «[Todesfallmeldung/Autopsieauftrag](#)<sup>2)</sup>» vermerken, durch den Arztdienst abzuklären
- Entnahme der fehlenden Abstriche, falls indiziert

#### 3.2 Durch den Arztdienst, Pflegefachfrau oder Hebamme

- Anamnese erheben und im Kisim dokumentieren mit Ausschluss von Kontraindikationen:
  - Chronische Nebenniereninsuffizienz
  - Bekannte Allergien
  - Schweres Asthma bronchiale
  - Schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen
  - Nikotin > 30 Zigaretten/Tag



- Besprechen des Ablaufs und des Ratgebers "wir haben unser Kind verloren" welchen Sie beim Erstgespräch erhalten haben
- Urinstatus
- Blutentnahme bei IUFT (siehe 3.4)
- Formular «Bestattung von frühverstorbenen Kindern<sup>3)</sup>» abgeben und besprechen
- Auf der «[Checkliste für nichtmeldepflichtige Kinder](#)» im Kisim, respektive auf der «[Checkliste für meldepflichtige Kinder](#)» im Kisim abhaken.

### 3.3 Abgabe von Mifegyne

Abgabe von **1x600 mg Mifepriston p.os.** durch den Arzt. Die Tablette wird vor seinen Augen eingenommen, nachdem er sich abgesichert hat, dass die Indikation durch LA oder CÄ vorliegt (Eintrag in der Eintrittsbeurteilung).

Mit dem Einsatz einer Kombination von Mifepriston und Misoprostol ist gegenüber herkömmlichen Prostaglandin-Induktionsschemata eine weitere Verkürzung des Intervalls zwischen Induktion und Geburt zu erwarten.

### 3.4 Untersuchungen bei IUFT

<b>Blutentnahmen</b>	<b>Hämatologie</b>	Vacutainer violett; kleines Blutbild
	<b>Gerinnung</b>	Vacutainer hellblau (2 Röhrli nötig) Quick, PTT, Thrombinzeit, Fibrinogen = Status Fibrinospaltprodukte = D-Dimere, Lupus-Anticoagulans
	<b>Chemie</b>	Vacutainer grün Glucose, Na, K, , Kreatinin, ASAT, ALAT, CRP
	<b>Chemie</b>	Vacutainer gold/gelb (2 Röhrli nötig) TSH, Anti-Cardiolipin (IgA, IgG, IgM) Hepatitis-Serologie HBs-Antigen, anti-HBc (IgG/IgM) (nur bei fehlender Immunität und wenn Resultat älter als 3 Monate)
	<b>Mikro-biologie</b>	Vacutainer gelb Röteln (wenn keine Immunität), Toxoplasma, CMV (Cytomegalovirus), Herpes, HIV (Einverständnis der Frau in der KG dokumentieren), Brucella, Parvoviren B19
<b>Urin</b>		Urinstatus
<b>Cervix-Abstriche</b>		allgemeine Bakteriologie und Chlamydien-PCR

### 3.5 Interne Anmeldung

Der Arzt, welcher das Mifegyne abgegeben hat (Ambi oder GebS) meldet die Frau bei der Schichtleitung GebS und bei der Ops Dispo (Mo-Fr) oder (am WE) direkt der entsprechenden Abteilung (812 oder 831) an. Ausserdem erfolgt durch denselben Arzt die Anmeldung im EOPPS.

## 4 Stationärer Eintritt

### 4.1 Unter 19 0/7 SSW

Eintritt 36-48 h nach Mifegyne Gabe via Patientenadministration Haus 1 um 8.45 Uhr und um 9.00 Uhr auf der Gynäkologie. Bei Eintritt der Frau Info an GebS durch Pflegenden Gyni.



## 4.2 Über 19 0/7 SSW

Eintritt 36-48 h nach Mifegynegabe nach Rücksprache direkt in GebS. Telefonkarte und PIB wie üblich bestellen.

## 4.3 Massnahmen bei Eintritt durch Pflegefachfrau oder Hebamme

- Einlage des peripheren Venenkatheters bis 24 0/7 SSW ab 1. Misoprostolgabe, > 24 0/7 SSW ab Wehenbeginn
- Type & Screen abnehmen und ins Blutspendezentrum schicken bis 24 0/7 SSW, > 24 0/7 SSW Handhabung wie bei normalen Geburten
- Nötige Formulare vorbereiten anhand der Checkliste
- Vitalzeichen kontrollieren
- Anästhesievorstellung (möglichst rasch)
- Bis 24 0/7 nur schluckweise klare Flüssigkeit ab 1. Misoprostolgabe
- >24 0/7 SSW Leichte Vollkost bis Wehenbeginn, Blasensprung oder vaginaler Blutung, ab dann nur noch schluckweise klare Flüssigkeit.

## 4.4 Einleitung

bis 30 6/7 SSW mit MisoOne® **400 µg** p.o. **1 Tabl.** 6-stündlich und in Absprache mit dem Arzt (max. 3 x 24h)

ab 31 0/7 SSW mit Cytotec® **100 µg** p.o. (1/2 Tabl à 200 µg) 6-stündlich

ab 36 0/7 SSW mit Misoprostol à **25 µg** vaginal **1 Supp.** 3-stündlich (max. 8 x 24h)

### Maximale Dosis von Misoprostol 1200 µg

**Bei Status nach Sectio wird bis zur 27 0/7 SSW mit Prostaglandinen eingeleitet, danach mit Nalador (gemäss Schema: «[Vaginale Geburt nach Sectio](#)<sup>6)</sup>»).**

Bis 12 0/7 SSW Betreuung auf der Gynäkologie durch Pflegende Gyni.

Ab 12 0/7 SSW Betreuung bei Eintritt durch Pflegende Gyni, ab Wehenbeginn bis zur Nachcurettage gemeinsam mit der Hebamme auf der Abteilung. Falls die Hebammen keine Kapazität haben (Entscheid Schichtleitung Hebammen), Betreuung der Frau durch Pflegende Gyni und DA, bei Komplikationen OA beiziehen. Ab 1. Gabe Cytotec individuelle Visite durch die Hebamme oder Arzt, mindestens aber alle 2 h. Die zuständige Pflegende wird jeweils über aktuelle Situation informiert. Vitalzeichenkontrolle situationsangebracht durch Pflegende oder Hebamme und Kontrolle der Wehentätigkeit palpatorisch durch die Hebammen oder Arzt, keine unnötigen vaginalen Untersuchungen.

Ab 19 0/7 SSW Betreuung durch die Hebammen, spätestens bei regelmässigen Wehen kommt die Frau in GebS. Geburt wird in jedem Fall durch eine Hebamme betreut.

## 4.5 Beizug des Arztdienstes

- Auftreten von Nebenwirkungen
- Ineffiziente Analgesie
- Vermehrte Blutung
- Einsetzen der Geburt oder nach Absprache mit der zuständigen Hebamme

## 4.6 Bei Kontraindikationen für Misoprostol

Einleitung mittels Nalador (=Sulproston = Prostaglandinen E2)-Infusion: Nebenwirkungen und Kontraindikationen entsprechen weitgehend denen für Misoprostol



**Cave:** Atemnot/Bronchospasmus, Arrhythmien, Bradykardie, Blutdruckabfall

Dosierung: **1 Amp. Nalador à 500 µg in 250 ml NaCl 0.9 %** (= 2 µg/Min.)

Anfangsdosis 54 ml/h (= 1.7 µg/Min.)

Maximaldosis 250 ml/h (= 8.3 µg/Min.)

Nalador darf 30 ml/h alle 30 Min. gesteigert werden bis regelmässige Wehen eintreten.

Absolute Maximaldosis von Nalador: 1500 µg, maximale Anwendung während 10 h.

**ACHTUNG: Nalador und Syntocinon dürfen nicht gleichzeitig gegeben werden.**

**Bei einer Einleitung mit Nalador keine Syntogabe zur Plazentalösung.**

#### 4.7 Analgesie

Folgende Analgetika werden durch den Arztdienst in Reserve verordnet:

1. Paracetamol à 1g p.os alle 6 h
2. MST cont. Retard 10 mg p. os alle 12 h (langsamer Wirkungseintritt)
3. Bei starken Schmerzen 2 mg Morphium i.v. in Reserve (max. 10-minütlich, insgesamt 3 Dosen, gleichzeitig 3 l O<sub>2</sub>/Min. + Pulsoxymeter)
4. zusätzlich bei Bedarf grosszügig EDA (ausschliesslich in der Geburtenabteilung, auf Verordnung des zuständigen Arztes)  
Bei MST-Gabe und EDA → 3 l O<sub>2</sub>/Min + Pulsoxymeter

#### 4.8 Weitere Verordnungen

1. ab Einlage des peripheren Venenkatheters (siehe 4.3) klare Flüssigkeit und Infusion (2 l Ringer-Laktat/24 h) bis zur Geburt.
2. bei Nausea:
  - a) Paspertin Supp.
  - b) Paspertin 10 mg i.v. max. 4-stdl.
  - c) Zofran 4 mg lingual 6-stdl.

Zu erwartende Komplikationen nach der Geburt:

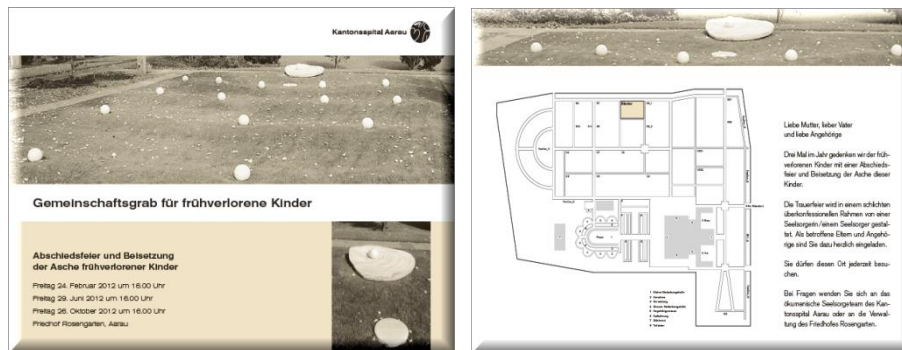
- Plazentaretention
- unvollständige Plazenta
- Atonie
- Gerinnungsstörung

#### 4.9 Massnahmen nach der Geburt

- Syntocinon-Infusion **5 IE Synto in 100 ml NaCl 0.9 % i.v. über 10 Min.**
- Uterus- und Blutungskontrolle in engmaschigen Abständen
- Beurteilung des Kindes und der Plazenta auf Vollständigkeit (Gewicht und Länge ab 19 0/7 SSW oder nach Ermessen)
- Fotodokumentation des Kindes und Familienfoto machen. Fotos für Eltern ausdrucken und nach Möglichkeit auf USB Stick der Eltern laden. Allenfalls Herzensbilder involvieren (wurde beim Erstgespräch bereits besprochen mit ihnen).



- Durch den Arztdienst: Fotodokumentation kindlicher Fehlbildungen und Dokumentation des phenotypischen Erscheinungsbildes des Kindes, Ablage der Fotos als geschütztes Fotodokument im KISIM
- Fussabdruck und Leidkärtli ab 19 0/7 SSW oder nach Ermessen (Material im stillen Büro GebS)
- Kind gemeinsam mit Eltern anziehen. Material ist in der Geburtenabteilung platziert.
- Unterstützung der Frau und ihres Partners; Bestattung besprechen; Blatt «Bestattung von frühverstorbenen Kindern<sup>3)</sup>» unterschreiben lassen.
- Eine Bestattung eines Kindes ab 22 0/7 SSW, >500g oder lebendgeboren ist Pflicht (Meldepflicht). Andere Bestattungsmöglichkeiten siehe weiter unten.
- Je nach Situation Flyer «Abschiedsfeier und Beisetzung der Asche frühverlorener Kinder» abgeben



Die Eltern sollen die Möglichkeit haben, solange wie möglich mit dem Kind zusammen zu sein, um Abschied nehmen zu können. Falls sie anfänglich eher ablehnend dazu stehen, können sie auf die Wichtigkeit des Abschiednehmens für die spätere Verarbeitung hingewiesen werden.

#### 4.10 Nachcurettage

Obligat bis 24 0/7 SSW. Darüber nur sofern die klinische und/oder sonographische Beurteilung den Verdacht auf eine unvollständige Plazenta ergeben oder bei persistierender übermenschlicher Blutung trotz Uterotonika.

Bei Kapazitätenproblemen im GebS kann die Frau bis zur Nachcurettage an die Abteilung abgegeben werden. Ansonsten Übergabe ab OPS. Nachcurettage immer im OPS.

Die verbleibenden administrativen Arbeiten werden an die Stationen rapportiert und übergeben.

#### 4.11 Plazenta

Bei einem IUFT werden folgende Untersuchungen in jedem Fall durchgeführt:

- Plazenta: Abstriche zwischen den Eihäuten für allg. Bakt.
- Für Listerienachweis mind. 1 cm<sup>2</sup> Plazentastück
- Histologie: Infarkte, Zottenpathologie, AIS (Histologie nativ) Entnahme allfälliger Biopsien Chromosomenbestimmung

[Das detaillierte «Vorgehen für genetische Untersuchung und Transport in die Genetica» finden Sie in der Richtlinie «Genetische Untersuchungen nach Frühabort, Spätabort oder Totgeburten»<sup>8\)</sup>.](#)

Formular «Genetica-Auftrag für medizinisch-genetische Untersuchungen»<sup>9)</sup> ausfüllen und senden.

## 5 Administration

Meldepflichtig sind folgende Kinder:

- Totgeborene Kinder ab 22 0/7 SSW oder > 500 g



- Lebend geborene Kinder, unabhängig vom Gestationsalter

Meldepflichtig heisst, das Kind wird im Geburtenregister eingetragen. Dazu braucht es das Familienbüchlein, obwohl darin nichts eingetragen wird. Auf Wunsch der Eltern werden meldepflichtige Kinder ins Familienbüchlein mit Namen eingetragen. Bitte Eltern darauf aufmerksam machen (muss auf dem Namenszettel vermerkt werden).

Alle lebend Geborenen erhalten einen Vornamen, tot geborene Kinder erhalten offiziell keinen Namen. Die Eltern sollen aber motiviert werden zur Erinnerung dem Kind einen Namen zu geben. Alle meldepflichtigen Kinder haben das Recht auf eine Bestattung.

Bei meldepflichtigen Kindern werden von den Eltern dieselben Papiere benötigt, wie bei einer Lebendgeburt.

Zum Beispiel bei einem verheirateten Schweizer Paar:

- Familienbüchlein
- Namenszettel: Lebend geborene Kinder brauchen einen Vornamen, totgeborene nicht zwingend. Vermerk: Totgeburt
- Wenn ein Eintrag ins Familienbüchlein von den Eltern gewünscht wird, muss dies vermerkt werden.
- Zusätzlich beifügen: [Ärztliche Todesbescheinigung<sup>7\)</sup>](#) (vom Arzt ausgefüllt)
- Für meldepflichtige Kinder wird ein Fall eröffnet mit dem Vermerk: "tot geboren" oder "lebend geboren und verstorben" (Unterscheidung, weil lebend geborene Kinder einen DRG-Fall erhalten)

## 5.1 Falleröffnung Kind

Für alle meldepflichtigen Kinder oder falls Leistungen beim Kind erbracht werden, muss eine Fallnummer bestellt werden (Pathologie benötigt diese). Diese kann, muss aber nicht mit Namen bestellt werden. Ansonsten Vermerk: Knabe/ Mädchen Totgeburt.

## 5.2 Autopsie

Die Eltern fragen, ob sie einer Autopsie zustimmen. In jedem Fall muss das Formular «Todesfallmeldung/ Autopsieauftrag»<sup>2)</sup> ausgefüllt werden. Alle Kinder kommen primär in das Pathologische Institut KSA. Es werden nur die internen Formulare verwendet.

Indikationen für eine Autopsie sind:

- Klärung der Todesursache
- Äusserliche Missbildungen
- Sonografischer Verdacht auf Missbildungen
- Nackenödem
- St. n. Missbildungen oder familienanamnestische Besonderheiten
- Forensische Indikation
- Wunsch der Eltern

Eine Autopsie findet im Pathologischen Institut KSA statt. Die bekannten Diagnosen und die genaue Fragestellung werden auf dem Auftragsformular notiert werden. Falls spezielle Analysen nötig sind, werden die Kinder durch das Pathologische Institut ggf. an die Pädopathologie in Basel oder Zürich überwiesen. Die Kinder werden nach der Autopsie in ansehnlichem Zustand komplett hergerichtet. Nach der Untersuchung kommen die Kinder wieder zurück und werden je nach Wunsch der Eltern bestattet.

Falls eine spezielle Untersuchung vom Kind (makroskopische Untersuchung, Biopsie) ohne Autopsie von uns gewünscht ist, ist eine telefonische Anmeldung an der Pathologie nötig. (via Sekretariat Pathologie: 52 73).





Die Kosten für einen ggf. anstehenden Transport für externe Untersuchungen werden wie folgt verrechnet:

- Wenn die Autopsie auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern ist: Transport zu Lasten der Eltern
- Wenn die Autopsie vom Arzt empfohlen wird: Transport zu Lasten KSA
- Wenn die Autopsie aus wissenschaftlichen Gründen von den Ärzten in Auftrag gegeben wird: zu Lasten KSA
- Wenn Autopsie durch Staatsanwaltschaft verlangt: Transport zu Lasten der Staatsanwaltschaft
- Wenn Autopsie durch Versicherung verlangt: Transport zu Lasten Versicherung

### 5.3 Bestattung

Folgende Möglichkeiten stehen der Mutter/ den Eltern zur Verfügung:

- Erdbestattung in der Wohngemeinde. Kosten entstehen für Särqli, Grabkreuz, Unterhalt und Bepflanzung. Informationen durch das Bestattungsamt der Wohngemeinde und dem Bestattungsinstitut nach Wahl.
- Kremation und Bestattung in der Wohngemeinde. Kosten entstehen für Särqli, Kremation, Urne, Grabkreuz, Unterhalt und Bepflanzung. Informationen durch das Bestattungsamt der Wohngemeinde und dem Bestattungsinstitut nach Wahl.
- Kremation und Urne mit nach Hause nehmen. Kosten entstehen für Kremation und Urne. Information durch das Bestattungsamt der Wohngemeinde.
- Einzelkremation und Beisetzung im Gemeinschaftsgrab für frühverlorene Kinder im Friedhof Rosengarten Aarau. Kosten entstehen für die Kremation und Urne. Zuständig Bestattungsamt Aarau, Telefonnummer 062 836 05 77.
- Nur nach Rücksprache mit dem Friedhof Rosengarten möglich, Telefonnummer 062 836 05 48: Erdbestattung und Beisetzung im Gemeinschaftsgrab für frühverlorene Kinder im Friedhof Rosengarten Aarau. Erste Wahl bleibt immer die Wohngemeinde. Zuständig Bestattungsamt Aarau, Telefonnummer 062 836 05 77.
- Gemeinschaftliche Kremation und Beisetzung im Gemeinschaftsgrab für frühverlorene Kinder auf dem Friedhof Rosengarten in Aarau. Zuständig ist das Pathologische Institut KSA. Eine gemeinschaftliche Kremation ist nur möglich, wenn das Kind bereits vor der Geburt verstorben ist. Formular «Auftrag zur gemeinschaftlichen Kremation und Beisetzung eines totgeborenen Kindes»<sup>10)</sup> verwenden. Nötige Schritte siehe Vorgehen gemeinschaftliche Kremation und Beisetzung im Gemeinschaftsgrab<sup>11)</sup>.

Die aktuelle Liste der Bestattungsunternehmen ist auf dem Formular «Merkblatt für Angehörige – Empfohlenes Vorgehen bei Todesfall»<sup>12)</sup> aufgelistet.

Unabhängig von der Bestattungsart muss das Kind ins Pathologische Institut überführt werden. Ausnahmen siehe unter Kapitel Spitalentlassung.

Auch nicht meldepflichtige Kinder können auf Wunsch der Eltern auf dem Gemeinschaftsgrab beigesetzt werden. Vorgehen siehe «Checkliste nicht meldepflichtige Kinder» im Kisim. Dieses Formular bitte ausdrucken und auf der KG angeheftet mit in den OP geben.

Richtwert Kremationskosten der Stadt Aarau (Stand November 2020): ab 22. SSW bis 8 Tage nach der Geburt: CHF 150.- nachher CHF 220.-.

## 6 Weitere Massnahmen

Gabe von **Anti-D** (1 Amp. Rhophylac à 300 µg i.v.) gemäss Schema «[Rhesusprophylaxe](#)»<sup>14)</sup>.



## 6.1 Abstillen

Für die trauernde Wöchnerin kann die initiale Milchdrüsenanschwellung entweder sinnlose Qual oder ein Zeichen für die Mutterschaft und einen funktionierenden Körper sein. Deswegen soll die Frau über dieser natürlichen Reaktion des Körpers und über die verschiedenen Methoden des Abstillens informiert werden.

### 6.1.1 Natürliches Abstillen:

Es ist wichtig das Paar durch **die Stillberatung und eine freipraktizierende Hebamme nach Austritt** gut zu begleiten

- Salbei- und Pfefferminztee, max 2 Tassen pro Tag (**Cave:** Minze stört den Einsatz von homöopathischen Mitteln)
- Kühle Wickel
- Homöopathisches Mittel Lac Caninum C 200 Einmaldosis
- Homöopathisches Mittel Phytolacca D1 stündlich während 3 - 4 Tagen tagsüber, anschliessend 3xtgl 5 Globuli
- Akupunktur
- Während 7 - 10 Tagen tägliche Brustkontrolle
- Ev. Manuelle Milchentleerung oder Entlastungspumpen falls nötig

### 6.1.2 Medikamentöses Abstillen:

Die Prolaktin hemmenden Medikamente werden dafür eingesetzt. Diese haben bekannte Nebenwirkungen (Schwindel, Benommenheit, psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen). Trotz medikamentösem Abstillen kann es zu einer initialen Milchdrüsenanschwellung kommen.

Laktationshemmung nach Information der Frau mit **Dostinex ab 16 0/7 SSW mit 2 Tabl à 0.5 mg p.os**

## 7 Transport

**Grössere Kinder** werden im weissen Särgli durch den Träger (Logbuch Webclient) in eine Kühlzelle des Pathologischen Institutes transportiert, nachdem der Mutter/ dem Paar genügend Zeit zum Abschiednehmen gegeben wurde. Alle nötigen Formulare siehe «Checkliste meldepflichtig oder nichtmeldepflichtig» mitgeben.

Fusszettel mit Namen und ev. Vornamen am Fuss des Kindes anbringen.

### 7.1 Nicht meldepflichtige Kinder

Nicht meldepflichtige Kinder haben juristisch gesehen keine Rechte und Pflichten. Sie dürfen mit nach Hause genommen werden und grundsätzlich an einem Ort der Wahl bestattet werden. Jedoch Eltern darauf aufmerksam machen, dass die Bestattung an einem neutralen Ort sinnvoller wäre als im eigenen Garten (damit auch bei einem Wohnortwechsel ein Besuch der Grabstätte möglich ist). Der Transport darf privat organisiert werden. Ein offizielles Schreiben durch den Arztdienst, mit der Bestätigung der natürlichen Todesursache, den Eltern mitgeben.

### 7.2 Meldepflichtige

Kinder dürfen in der Schweiz nur auf einem Friedhof beerdigt werden. Sie dürfen auch im Privatauto transportiert und können zum Abschiednehmen mit nach Hause genommen werden. Auch hier soll mit einem offiziellen Schreiben durch den Arztdienst bestätigt werden, dass die Todesur-



sache natürlich erfolgte. Auf Wunsch der Eltern und um die Kosten möglichst klein zu halten, können alle Transporte ins Krematorium etc. auch durch die Eltern erfolgen. Hier braucht es eine gute Absprache mit dem Bestattungsinstitut.

Die Urne darf in beiden Fällen mit nach Hause genommen werden. Grundsätzlich darf die Asche überall verstreut werden, sofern der Grundstückbesitzer einverstanden ist.

### 7.3 Transport in das Ausland

Nach einer Kremation darf die Urne sowohl bei den nichtmeldepflichtigen – wie auch bei den meldepflichtigen Kindern im Handgepäck im Flugzeug mitgenommen werden. Dazu eine Kremationsbescheinigung vom Krematorium verlangen und mitnehmen.

Falls eine Beisetzung im Heimatland gewünscht wird, muss ein Bestattungsinstitut involviert werden. Das Kindersärgli wird speziell verschlossen (Kosten CHF 200.-) und vom Zivilstandesamt muss ein «Leichenpass» (Kosten CHF 30.-) ausgestellt werden. Der Transport zum Flughafen darf privat erfolgen, das Särgli wird im Frachtraum des Flugzeugs mitgeführt.

## 8 Spitalentlassung

**Zeitpunkt:** frühestens 6 h nach der Geburt respektive Nachcurettage. Grosszügige Hospitalisation über Nacht.

**Voraussetzung:** normalstarke Blutung  
keine Beschwerden  
psychisch kompensierte Patientin, bei welcher ein adäquater Support durch Partner, Familie oder eine andere Bezugsperson gewährleistet ist.

**Medikation:** Dafalgan oder Mefenacid i.R. bei Bedarf

Auf Wunsch der Eltern dürfen verstorbene Kinder ausnahmsweise direkt aus der Frauenklinik entlassen werden. Dafür wird das Formular „Meldung: Austritt eines verstorbenen Kindes direkt aus der FKL“ verwendet. Dieses Formular muss zwingend vollständig ausgefüllt werden, ansonsten darf das Kind nicht mit nach Hause gegeben werden. Zusätzlich kann eine Kopie der Todesbescheinigung oder eine Bestätigung des Arztes über die natürliche Todesursache des Kindes den Eltern mitgegeben werden. Die restlichen Formulare müssen gemäss Checkliste trotzdem ausgefüllt und mit der internen Post an die Pathologie geschickt werden.

Die betreuende Fachperson (die schon vor der Einleitung involviert ist) wird vom Paar oder von der PFF über den Austritt informiert.

AUF: 100 % für 2 - 6 Wochen je nach AZ; ab 22 0/7 SSW Mutterschaftsurlaub für 14 Wochen.

**Nachkontrolle:** beim zuweisenden Arzt 6 - 8 Wochen nach der Geburt. Der zuständige Assistenzarzt, welcher die Patientin entlässt, dokumentiert alle erhobenen Diagnosen/Befunden (Histologie, Autopsie, Genetik, Labor) und schlägt nach Rücksprache mit dem OA das Prozedere für eine Folgeschwangerschaft vor.

Bei IUFT infolge einer schweren frühen IUWR (ggf mit mit hoch auffälliger Plazentahistologie – ausgeprägte Plazentainfarkte, Gitterinfarkte oder intervillöse Thrombosen) ist eine mütterliche Abklärung bezüglich Thrombophilie indiziert. Dazu wird bei Austritt ein Konsilium ca 6-12 Wochen postnatal auf der Hämatologie angemeldet.



Telefonische Kontaktaufnahme durch die Hebamme nach 6 Wochen. Bei Wunsch Nachgespräch bei uns möglich, vorzugsweise bei einem AA oder OA, welcher die Patientin schon kennt.

## 9 Wichtige Telefonnummern

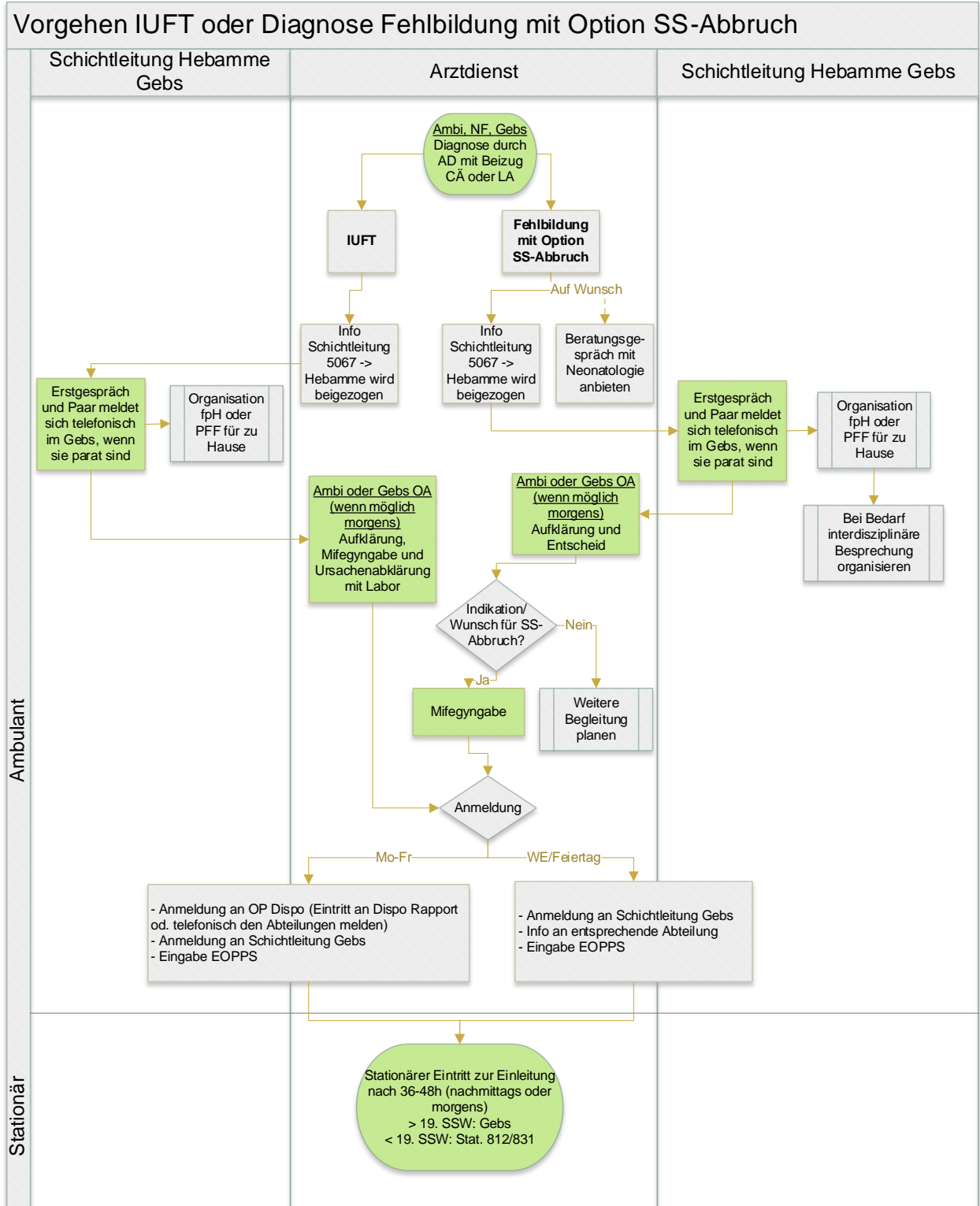
Friedhof und Krematorium Aarau	062 / 836 05 48
Pathologie	intern 5234 oder 5284
Pädopathologie Basel	061 / 265 27 57
Pädopathologie Zürich	044 / 255 25 30
Genetica Zürich	044 / 251 90 94

## 10 Kostenbeteiligung

Falls die Eltern die Kosten für die Bestattung nicht übernehmen können, ist es möglich an folgenden Orten um Unterstützung anzufragen:

- Wohngemeinde
- Kirchgemeinde
- Caritas
- Sozialdienst (falls Sozialhilfeempfänger)

### 11 Algorithmus Vorgehen IUFT oder Diagnose Fehlbildung



Legende

Start/ Ende



Prozessschritt / Aufgaben



ODER Verzweigung / Entscheidung im Prozess

