

**Österreichischer
Hebammen
Indikationskatalog
für
Konsultation
und
Überweisung**



Mai 2014, 1. Auflage

Mai 2014 im Auftrag des Österreichischen Hebammengremiums.

Mit freundlicher Unterstützung von Sabine Fürst und Brigitte Theierling

Haftungsausschluss

Dieser Katalog stellt Hebammen jene Informationen zur Verfügung, die sie brauchen, um ergänzend zu ihrer Erfahrung und Ausbildung hochwertige Hebammenbetreuung anbieten zu können. Er dient als Hilfestellung zur Risikoeinschätzung und definiert weitere Handlungsschritte, so die betreuten Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett den physiologischen Rahmen verlassen.

Dieser Katalog ergänzt die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen. Keinesfalls ersetzt er die individuelle Erfahrung und damit einhergehend das fachliche Urteil einer Hebamme. Für die Verwendung durch Frauen ohne entsprechende Beratung und Betreuung durch Hebammen ist er nicht geeignet.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
PRÄAMBEL.....	III
1 Ziele.....	1
2 Einführung.....	2
2.1 Grundlagen der hebammengeleiteten Betreuung.....	4
2.2 Grundlagen zur Verwendung des ÖHI.....	7
Anwendung.....	7
Informierte Entscheidung.....	7
2.3 Die Implementierung des ÖHI als S1 Leitlinie.....	8
2.4 Strukturierung des ÖHI.....	9
2.4.1 Konsultation.....	10
2.4.2 Überweisung.....	12
2.4.3 Notfallsituationen.....	13
3 Österreichischer Hebammen Indikationenkatalog.....	15
3.1 Anamnese.....	15
3.2 Schwangerschaft.....	24
3.3 Geburt und postpartale Periode.....	29
3.4 Wochenbett.....	32
3.5 Notfallsituationen.....	33
4 Nachtrag.....	36
Abbildungsverzeichnis.....	III
Literaturverzeichnis.....	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV
Literatur.....	V

Vorwort zum Österreichischen Hebammen Indikationenkatalog

Sehr geehrte Hebammen,

der Österreichische Hebammen Indikationenkatalog für Konsultation und Überweisung wird für Ihre Arbeit in Österreich eine nützliche und wichtige Hilfestellung sein. Ich möchte dem Österreichischen Hebammengremium für die Erstellung dieses Katalogs herzlich danken. Mit diesem Katalog wird den Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die Qualitätssicherung bei Gesundheitsdienstleistungen entsprochen und ein wichtiger Beitrag zur Erhaltung der hohen Qualitätsstandards im Österreichischen Gesundheitssystem geleistet.



Am 30. Juni 2014 wurde im Rahmen der Bundeszielsteuerungskommission das Konzept für eine neue und gestärkte Primärversorgung einstimmig beschlossen. Durch neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit von AllgemeinmedizinerInnen und durch Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen, sollen Menschen mit gesundheitlichen Anliegen besser betreut werden. In den zukünftigen Modellen der Primärversorgung werden Hebammen wichtige Partnerinnen in der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sein und durch strukturiertes Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen, die optimale Versorgung der Frauen sicherstellen. Der vorliegende Indikationenkatalog wird für diese Aufgaben eine wertvolle Unterstützung sein.

Meine große Wertschätzung gilt allen Hebammen in Österreich und ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Hebammengremium.

Dr. Sabine Oberhauser

Bundesministerin für Gesundheit

PRÄAMBEL

Der, durch das österreichische Bundesministerium für Gesundheit formulierte „Bundeszielsteuerungsvertrag 2013“¹ gründet sich auf die durch den Nationalrat beschlossene „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit“² welche besagt, dass die Primärversorgung in der Zukunft der österreichischen Gesundheitsvorsorge verstärkt gefördert werden soll. Am 30. März 2014 wurde die in Österreich für das Jahr 2016 geplante Implementierung der Primärversorgung erstmals der breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

Im Hintergrund wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) damit beauftragt die medizinische Versorgungslandschaft Österreichs zu analysieren. Diese Analyse ergab eine klare Definition und Zuordnung der gynäkologisch-geburtshilflichen Versorgungsaufträge und damit die Erkenntnis, dass die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in den Bereich der Primärversorgung, beziehungsweise in die ambulante Versorgungsebene, einzuteilen sind.

Die nähere Auseinandersetzung mit der Thematik verdeutlichte, dass für die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen umfassende Standards hinsichtlich der Konsultation oder Überweisung von Hebammen an FachärztInnen und andere Mitglieder des operativen Primärversorgungsteams fehlten. Die Notwendigkeit, Empfehlungen in diesem Rahmen zu etablieren, erscheint evident. Diese ermöglicht den Hebammen, sich in einem gesicherten Rahmen zu bewegen, und erleichtert eine entsprechende Risikoeinschätzung, die Zuteilung von Verantwortlichkeiten und damit einhergehend eine klare Aufteilung in einem interdisziplinären multiprofessionellen Team.^{3,4}

¹ Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Bundeszielsteuerungsvertrag 2013*. Abgerufen am 03. Mai 2014, von <http://bmg.gv.at/home/Suchergebnis?begriff=Prim%C3%A4rversorgung&x=0&y=0>

² Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2013). *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. Abgerufen am 03. Mai 2014, von http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2013_I_200

³ De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Buitendijk, S. E., Ausems, M., Bude, L., Daemers, D., Fontein, Y., van Haaren, T., van Helmond, I., Hendrix, M., Korstjens, I., van Limbeek, E., Merckx, A., Wijnen, H., & Zeegers, B. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29, S.1122-1128. doi:10.1016/j.midw.2013.07.007

Für die Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen bedeutet die Etablierung dieser Empfehlungen ein Höchstmaß an Qualität in der Betreuung, mit der Sicherheit, auf individuelle Bedürfnisse abgestimmt und von der probaten Berufsgruppe betreut zu werden.⁵

⁴ Fürst, S. (2014). *Die hebammengeleitete Betreuung in der Schwangerschaft*. Bachelorarbeit, FH IMC Krems, Niederösterreich.

⁵ Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

1 Ziele

Das Ziel des „Österreichischen Hebammen Indikationenkatalog[s] für Konsultationen und Überweisungen“ (ÖHI) ist es, Hebammen, die im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung eigenständig arbeiten, einen gesicherten Rahmen zu ermöglichen, welcher Entscheidungshilfen aufbauend auf konsensbasierten Empfehlungen bietet.

Der ÖHI soll dabei die Vernetzung unter den Gesundheitsberufen fördern und die Grundlage für eine qualitativ hochwertige und zeitnahe Betreuung schaffen, je nach Gesundheitssituation und individuellem Bedarf der Frauen, und zusätzlich die Sicherheit von Mutter und Kind erhöhen.

Die drei Versorgungsstufen – Primärversorgung, Sekundärversorgung und Tertiärversorgung – ebenso wie die Frauen und ihre Familien selbst, sollen vom ÖHI durch ein Dach verbunden werden, das alle Eventualitäten abdeckt und so eine enge Kooperation zwischen den einzelnen Säulen der Versorgung gewährleistet.

Als Grundlage zur Erstellung des ÖHI wurden einerseits Empfehlungen und andererseits bereits bestehende und erfolgreiche Konsultations- und Überweisungslisten aus Australien, Neuseeland und den Niederlanden herangezogen.^{6,7,8}

⁶ Australian College of Midwives. (2008). *National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral* (2. Aufl.).

⁷ De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003). *Verloskundig vademecum 2003: De Verloskundige Indicatielijst 2003*. Abgerufen am 01. Mai 2014, von <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/524/verloskundige-indicatie-lijst/>

⁸ Ministry of Health. (2012). *Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines)*. Wellington: Ministry of Health

2 Einführung

Der Österreichische Hebammen Indikationenkatalog für Konsultationen und Überweisungen (ÖHI) wurde entwickelt, um in der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe oder Wochenbettbetreuung eigenständig arbeitenden Hebammen bei Entscheidungen hinsichtlich der Notwendigkeit einer Konsultation oder Überweisung von/an andere Gesundheitsberufsgruppen oder die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft im individuellen Fall zu unterstützen.

Die Primärversorgung basiert auf drei Versorgungsebenen.

Primärversorgung: Die Hebamme oder die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft betreut, je nach Wunsch der gesunden Frauen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.⁹ Bei dieser Betreuung liegt der Fokus auf Gesundheitsförderung, primärer Prävention und Risikoeinschätzung.¹⁰ Eine Hinzuziehung anderer Gesundheitsberufsgruppen ist bei Bedarf möglich und wünschenswert, um so die jeweiligen Kompetenzen zum gesundheitsfördernden Nutzen der Frau auszuschöpfen. Die Hebamme oder die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft bleiben in diesem Fall die für die Frau hauptverantwortliche Person und arbeiten im engen Kontakt mit den anderen Berufsgruppen, um über alle Aspekte der individuellen Situation Bescheid zu wissen.

Sekundärversorgung: Die Gesundheitssituation der Frauen erfordert eine Überweisung an die für den Gesundheitszustand probate medizinische, niedergelassene Fachärzteschaft.¹¹ Eine weitere Betreuung durch die Hebamme ist nicht ausgeschlossen.

Tertiärversorgung: Die Gesundheitssituation der Frauen erfordert die Betreuung durch die für den Gesundheitszustand probate medizinische Fachärzteschaft in einem spezialisierten Setting, wie zum Beispiel einem Perina-

⁹ Australian College of Midwives. (2008), vgl. ebenda

¹⁰ Schäfers, R. (2011), vgl. ebenda

¹¹ Roberts, J. L. (1998). *Terminology: A glossary of technical terms on the economics and finance of health services*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von http://search.who.int/search?q=Glossary&spell=1&site=euro&client=euro&proxystylesheet=euro&output=xml_no_dtd&ie=UTF-8&access=p&lr=lang_en

talzentrum.¹² Eine weitere Betreuung durch die Hebamme ist nicht ausgeschlossen.

Hebammen agieren in der Ausübung ihrer Tätigkeit innerhalb der Primärversorgung.^{13,14,15} und müssen aus diesem Grund in der Lage sein, von physiologischen Abläufen abweichende Situationen richtig einzuschätzen und die entsprechenden Handlungsschritte zu setzen. Der ÖHI soll dabei als Unterstützung dienen und Hebammen, Frauen und ihren Familien sowie der Fachärzteschaft die Sicherheit geben, dass der Entscheidungspfad auf Grundlage von konsensbasierten Empfehlungen stattfindet und zur probaten Berufsgruppe und Behandlung führt.

¹² Roberts, J. L. (1998). *Terminology: A glossary of technical terms on the economics and finance of health services*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von http://search.who.int/search?q=Glossary&spell=1&site=euro&client=euro&proxystylesheet=euro&output=xml_no_dtd&ie=UTF-8&access=p&lr=lang_en

¹³ Schäfers, R. (2011), vgl.ebenda

¹⁴ Kiesl, F., & Rafetseder, O. (2014). *Bisherige Ergebnisse des Konzeptionsprojektes „Primary Health Care“* [PowerPoint slides]. Abgerufen am 02. April 2014, von <http://www.evotion.at/gesundheitskonferenz2014/>

¹⁵ World Health Organization. (2009). *Now more than ever: The contribution of nurses and midwives to primary health care*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von http://search.who.int/search?q=A+compendium+of+primary&ie=utf8&site=who&client=en_r&proxystylesheet=en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype

Die folgende Abbildung soll veranschaulichen, welche Berufsgruppen innerhalb der Primärversorgung, Schulter an Schulter mit der Hebamme, agieren und dadurch ein Höchstmaß an Betreuungsqualität für die Frauen sicherstellen.

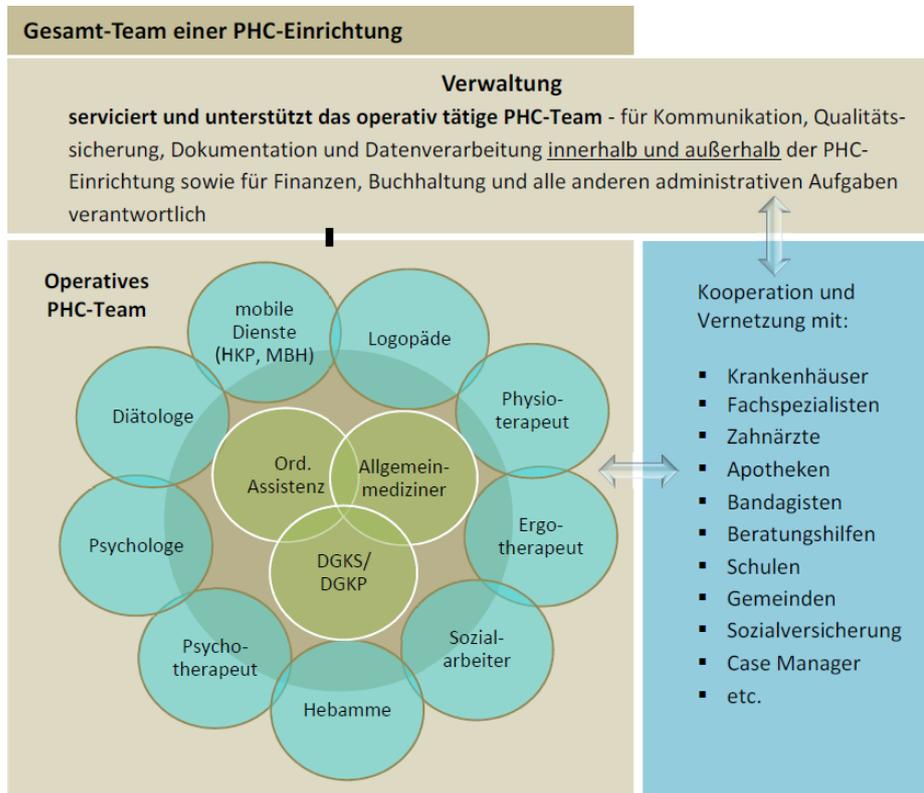


Abbildung 1: Operatives Primärversorgungsteam (Kiesl & Rafetseder, 2014)

2.1 Grundlagen der hebammengeleiteten Betreuung

Im Folgenden sollen die wesentlichen Grundgedanken der hebammengeleiteten Betreuung präsentiert werden.

1. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind normale physiologische Prozesse, welche mit einem Minimum an Interventionen beziehungsweise ohne Routineinterventionen begleitet werden.^{16,17}

¹⁶ Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter [elektronische Version]? *British Journal of Midwifery*, 17, S. 12-16.

2. Im Zentrum der Betreuung stehen die zu betreuende Frau, ihr Kind und ihre Familie.¹⁸
3. Die Begleitung der Mutterschaft geschieht individuell und ist auf die Bedürfnisse der Frauen und Familien abgestimmt, dabei bezieht sie sowohl medizinische als auch psychosoziale Gesichtspunkte mit ein.¹⁹
4. Kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme oder in einem kleinen Hebammenteam wird von der Hebamme angestrebt.²⁰
5. Der Fokus der Hebammenarbeit liegt auf Aufklärung, Beratung und Begleitung und damit auf Gesundheitsförderung und primärer Prävention.²¹
6. Hebammen streben nach Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, um Frauen die optimale Versorgung garantieren zu können, und müssen daher Zugang zur Expertise der einzelnen Berufsgruppen haben, um über diese Bescheid wissen zu können.²² Hebammen veranlassen bei Komplikationen oder bei Ereignissen, die von der Physiologie abweichen, die entsprechende Betreuung.²³
7. Hebammen arbeiten im Rahmen der physiologischen Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett eigenverantwortlich in einem partnerschaftlich-professionellen Verhältnis mit den betreuten Frauen.²⁴ Ziel ist dabei ei-

¹⁷ Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Library*, (8). doi:10.1002/14651858.CD004667.pub3

¹⁸ Ministry of Health. (2012). *Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines)*. Wellington: Ministry of Health

¹⁹ Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

²⁰ Ministry of Health, 2012, vgl. ebenda

²¹ International Confederation of Midwives. (2011). *ICM International Definition of the Midwife*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>

²² Australian College of Midwives. (2008), vgl. ebenda

²³ International Confederation of Midwives. (2011). *ICM International Definition of the Midwife*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>

²⁴ Walsh, D., & Devane, D. (2012). A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative health research*, 22, S. 897-910. doi:10.1177/1049732312440330

ne auf Vertrauen basierende Beziehung aufzubauen, in der es den Frauen möglich ist, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen, um so gestärkt und selbstbewusst die Mutterschaft zu beginnen.^{25,26,27}

8. Frauen, die die hebammengeleitete Begleitung ihrer Mutterschaft wählen, sind sich bewusst, dass die Hebamme die führende Fachperson hinsichtlich Planung, Organisation und Durchführung der Betreuung in allen Stufen der Mutterschaft ist, solange diese als physiologisch gelten.²⁸ Sie wissen auch, dass die Hebamme als qualifizierte Fachkraft in Absprache mit der Frau Konsultationen und Überweisungen vornimmt, so diese nötig sind.²⁹
9. Frauen die die hebammengeleitete Betreuung ihrer Mutterschaft wählen, sind sich bewusst, dass die Hebamme ihnen alle Informationen offen, verständlich, zeitnah und dokumentiert zur Verfügung stellen wird, um ihnen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen.³⁰
10. Eine Konsultation oder Überweisung in die Sekundär- oder Tertiärversorgung bedeutet nicht, dass die Hebamme ihre Betreuung beendet. Sie kann in einem multiprofessionellen Kontext weitergeführt werden, so die individuelle Situation dies erlaubt.³¹ Der Hebamme ist bewusst, dass sie in diesem Kontext den ärztlichen Anweisungen untersteht.
11. Die Hebamme, ebenso wie alle anderen medizinischen Fachpersonen, trägt die Verantwortung für Entscheidungen und Handlungen in der Durchführung ihrer Tätigkeit und dokumentiert alle Entscheidungen und Handlungen.³²

²⁵ Leap, N. (2009), vgl. ebenda

²⁶ Masterson, A: (2010). Core and Developing Role of the Midwife: Literature Review. *Department of Health*. Abgerufen am 04. Mai 2014, von http://www.midwifery2020.org/documents/2020/Core_Role_Lit_review.pdf

²⁷ Schäfers, R. (2011), vgl. ebenda

²⁸ Walsh, D., & Devane, D. (2012), vgl. ebenda

²⁹ Australian College of Midwives. (2008), vgl. ebenda

³⁰ Ministry of Health, 2012, vgl. ebenda

³¹ Australian College of Midwives. (2008), vgl. ebenda

³² Ministry of Health, 2012, vgl. ebenda

2.2 Grundlagen zur Verwendung des ÖHI

Anwendung

1. Die Hebamme ist aufgrund ihrer Ausbildung dazu qualifiziert, professionelle Entscheidungen zu treffen.³³ Der ÖHI unterstützt die Entscheidungsfindung.
2. Verlässt die Hebamme die Grenzen ihrer Kompetenz, so veranlasst sie, dass entsprechende andere Gesundheitsberufsgruppen oder die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft die Frau in diesen Belangen unterstützen.
3. Weichen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett von einem physiologischen Verlauf ab, konsultiert die Hebamme, wie im ÖHI empfohlen, die entsprechende Fachärzteschaft und überweist die Frau, so dies nötig ist.³⁴
4. Die Fachärzteschaft der Sekundär- oder Tertiärversorgung kann die Frau jederzeit wieder zurück überweisen, wenn es der Gesundheitszustand der Frau zulässt.^{35,36,37}

Informierte Entscheidung

Nach Einführung der Primärversorgung in Österreich soll es österreichischen Frauen möglich sein, ihre Schwangerschaft im Zuge der Primärversorgung begleiten und betreuen zu lassen. Dies bedeutet, dass Frauen zwischen einer Hebammenbetreuung und einer ärztlichen Betreuung wählen können.

Um eine informierte Entscheidung in diesem Kontext treffen zu können, muss die Frau von der kontaktierten Hebamme allumfassend über die Grundsätze der Heb-

³³ International Confederation of Midwives. (2011), vgl.ebenda

³⁴ Ministry of Health, 2012, vgl. ebenda

³⁵ Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

³⁶ De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003), vgl.ebenda

³⁷ Schäfers, R. (2011), vgl. ebenda

ammenbetreuung an sich und über die Grenzen der Hebammenbetreuung informiert werden.^{38,39,40}

Der ÖHI soll hierbei als Grundlage verwendet werden. Er definiert dabei einerseits die Grundsätze und Ziele der Hebammenbetreuung und regelt andererseits die Grenzen der Hebammenbetreuung durch die Auflistung der einzelnen Pathologien sowie gegebenenfalls den weiteren Handlungsbedarf.

Die Frau hat jederzeit das Recht, eine Betreuung oder eine Behandlung im Behandlungsverlauf sowie eine Überweisung oder eine Konsultation abzulehnen. Dies muss von der Hebamme sorgfältig dokumentiert werden.

2.3 Die Implementierung des ÖHI als S1 Leitlinie

Wie das „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“⁴¹ definiert, sind Leitlinien „systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen“ welche „regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden“.

Unter einer S1 Leitlinie versteht man eine Empfehlung die von einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe einer Fachgesellschaft im informellen Konsens erarbeitet und vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird.

Die Implementierung des ÖHI als S1 Leitlinie soll unter diesen Parametern als eine vom ÖHG zur Verfügung gestellte Orientierungshilfe verstanden werden, welche ergänzend zu den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen als Empfehlungen für „best practice“ Modelle der Primärversorgung „Mutterschaftsbegleitung“ bestehen.

Sollte in begründeten Fällen von der Leitlinie abgewichen werden müssen, so sollen diese Abweichungen nachvollziehbar dokumentiert werden.

³⁸ Australian College of Midwives. (2008), vgl. ebenda

³⁹ Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2013). *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. Abgerufen am 03. Mai 2014, von http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2013_I_200

⁴⁰ Schäfers, R. (2011), vgl. ebenda

⁴¹ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2007). *Leitlinien-Glossar: Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale Versorgungsleitlinien*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von <http://www.awmf.org/leitlinien.html>

2.4 Strukturierung des ÖHI

Der folgende Entscheidungspfad dient als Basis für alle Entscheidungsfindungen.

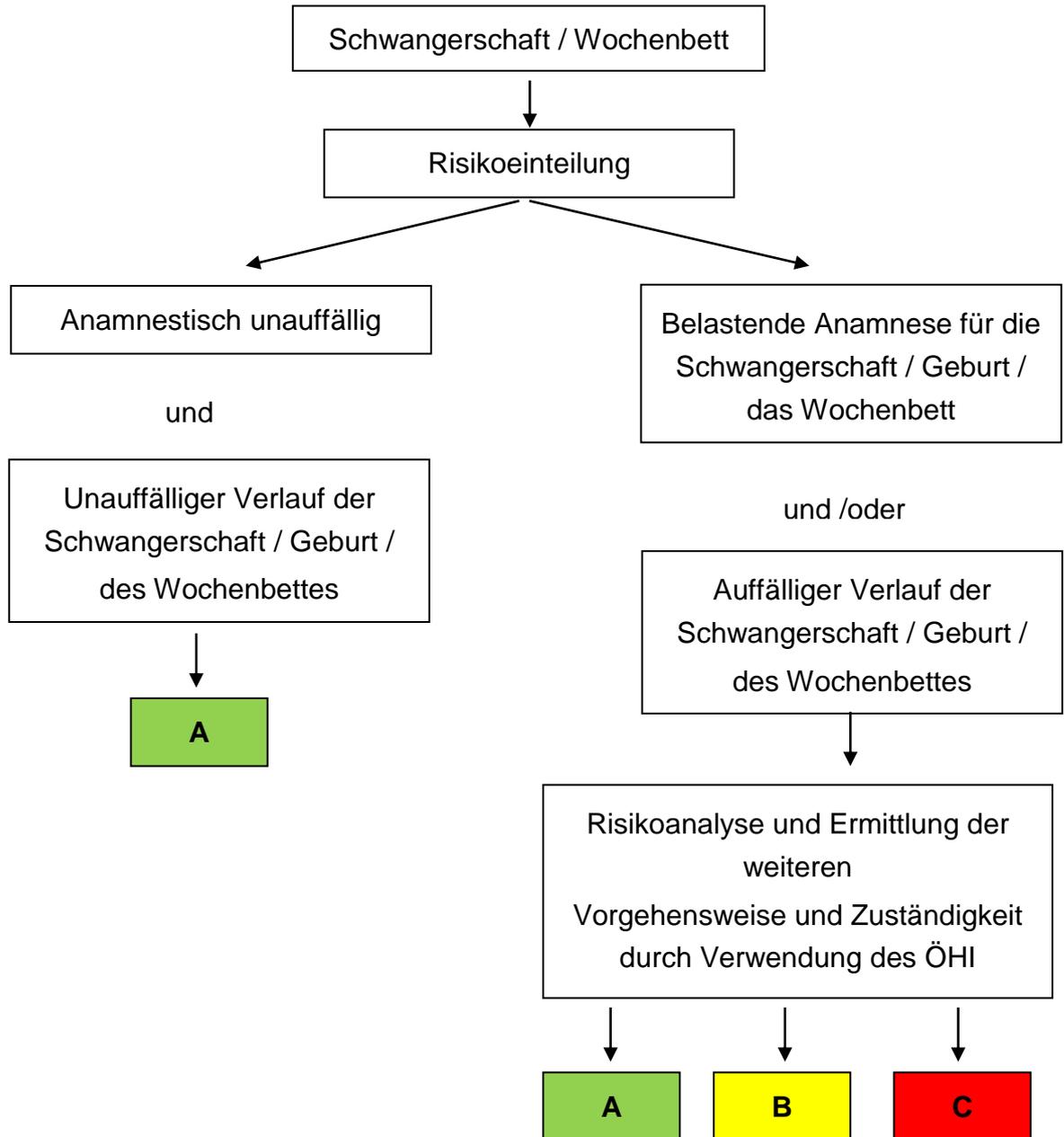


Abbildung 2: Entscheidungspfad des ÖHI

Im Folgenden wird die Rangreihung des Ampelsystems des ÖHI dargestellt:

A	Primärversorgung durch die Hebamme
B1	Konsultation der gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzteschaft
B2	Konsultation der Allgemeinmedizinerschaft
B3	Konsultation anderer Gesundheitsberufe
C1	Überweisung an die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft
C2	Überweisung an die Allgemeinmedizinerschaft

Abbildung 3: Ampelsystem des ÖHI

Im Zweifelsfall soll die gynäkologisch-geburtshilfliche
Fachärzteschaft konsultiert werden!

2.4.1 Konsultation

Eine Situation erfordert die Konsultation der gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzteschaft, der Allgemeinmedizinerschaft oder anderer Gesundheitsberufsgruppen, wenn es die individuelle Gesundheitssituation der Frau erfordert und evaluiert werden muss, von welcher Berufsgruppe die Frau weiterhin betreut werden soll.⁴² Auch wenn der persönliche Kompetenzbereich der Hebamme überschritten wird, soll die probate Fachperson konsultiert werden.

Dadurch ergibt sich die Empfehlung für eine Konsultation auf folgende Weise:

- B1 Konsultation der gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzteschaft bei Vorkommnissen, die die Grenzen der Physiologie überschreiten und den medizinischen Bereich betreffen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett.
- B2 Konsultation des/der die Frau betreuende/n AllgemeinmedizinerIn bei die Grenzen der Physiologie überschreitenden Vorkommnissen im medizinischen Bereich, die nicht in den Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe fallen, mit Option auf weitere Überweisung an die entsprechend spezialisierte Fachärzteschaft.

⁴² Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

B3 Konsultation anderer Gesundheitsberufsgruppen wie zum Beispiel von SozialarbeiterInnen, Psychotherapeutinnen, PsychologInnen, DiätassistentInnen oder PhysiotherapeutInnen bei die Grenzen der eigenen Kompetenz überschreitenden Vorkommnissen in den unterschiedlichsten Bereichen zur Komplettierung der Betreuung.

Die Konsultation kann auf zweierlei Arten eingeleitet werden:⁴³

- Die Hebamme empfiehlt der betreuten Frau, eine andere medizinische Fachperson, ihre/n AllgemeinmedizinerIn oder die gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzteschaft zu kontaktieren und initiiert die Konsultation.
- Die betreute Frau möchte eine zweite Meinung einholen.

Die Konsultation sollte bevorzugt von der Frau persönlich in Anspruch genommen werden. Ist dies nicht möglich so soll die Hebamme die medizinische Fachperson/den/die AllgemeinmedizinerIn / die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft telefonisch kontaktieren. In beiden Fällen soll die Hebamme das Gespräch sowie die Ergebnisse und Entscheidungen akkurat dokumentieren und die Empfehlungen mit der Frau besprechen.⁴⁴

Die Konsultation begründet eine Beratungssituation, deren Ergebnisse zwischen allen Beteiligten (Frau, Hebamme, medizinische Fachperson / AllgemeinmedizinerIn / gynäkologisch-geburtshilflicher Fachärzteschaft) offen kommuniziert und dokumentiert werden sollen, da diese die Grundlage für den weiteren Betreuungsverlauf bilden, welcher von der Gesundheitssituation der Frau und der damit verbundenen Zuständigkeit der Betreuungsperson abhängt.^{45,46}

Somit soll nach der Konsultation klar definiert sein, wer die weitere Betreuung der Frau durchführt und damit verbunden die Verantwortung für diese Betreuung hat:

⁴³ Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

⁴⁴ Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

⁴⁵ De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003), vgl.ebenda

⁴⁶ Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

- Die Hebamme
- Die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft
- Die Hebamme und die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft gemeinsam im multiprofessionellen Team

Im Falle der Konsultation anderer medizinischer Fachpersonen sowie der Allgemeinmedizinerschaft wird die Hebamme die Hauptverantwortliche im Sinne der Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bleiben. Die konsultierte Allgemeinmedizinerschaft kann die Frau bei Bedarf an die Fachärzteschaft anderer Spezialisierungen überweisen. Diese Vorgehensweise entspricht der Kette der Primärversorgung und soll im Sinne einer durchgängigen Betreuung eingehalten werden. Die Konsultation begünstigt in diesen Fällen die enge Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, um für die Frau je nach Bedürfnissen die beste Betreuung zu gewährleisten. Die Betreuung des Konsultationsgrundes wird an die entsprechende Berufsgruppe ausgelagert, während die Hebamme weiterhin den Überblick und die Verantwortung über die Betreuung im Gesamten behält.

2.4.2 Überweisung

Bei der Überweisung muss zwischen der Überweisung an die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft oder an die Allgemeinmedizinerschaft unterschieden werden.

Die Überweisung einer Frau in die Sekundär- oder Tertiärversorgung, wie der Entscheidungspfad C1 behandelt, kann je nach Gesundheitszustand der Frau dauerhaft oder zeitlich beschränkt sein. Für die Zeit der Überweisung übergibt die Hebamme die Betreuungsverantwortung an die zuständige Fachärzteschaft.⁴⁷

Die Hebamme kann, in Absprache mit der Fachärzteschaft, die Frau weiterhin begleiten, jedoch übernimmt sie nicht mehr die Planung, Organisation und Durchführung der Betreuung.⁴⁸

Eine Überweisung bedeutet nicht, dass die betroffene Frau in der Sekundär- oder Tertiärversorgung bleiben muss. Eine Rückkehr nach Behebung des Überwei-

⁴⁷ Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

⁴⁸ International Confederation of Midwives. (2011), vgl.ebenda

sungsgrundes in die Primärversorgung, und somit in die Obhut und Betreuung der Hebamme, ist möglich.^{49,50,51}

Bei einer Überweisung in die Primärversorgungsebene an die Allgemeinmedizinernschaft (C2) zur Abklärung, Behandlung oder medikamentösen Therapie ist die Allgemeinmedizinerin / der Allgemeinmediziner für die definierte Indikation (z. B. Sodbrennen, grippaler Infekt usw.) verantwortlich. Die Hebamme ist weiterhin die führende Fachperson hinsichtlich Planung, Organisation und Durchführung der kontinuierlichen Betreuung bezogen auf die physiologische Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett.

2.4.3 Notfallsituationen

Wie Lasogga und Gasch⁵² definieren, ist der Notfall „ein Ereignis das aufgrund seiner subjektiven Heftigkeit physisch und/oder psychisch als so beeinträchtigend erlebt wird, dass es in weiterer Folge zu negativen Auswirkungen für die physische oder psychische Gesundheit kommen kann“.

In der Geburtshilfe kommt es glücklicherweise selten zu Notfallsituationen. Die Hebamme muss jedoch diese Notfallsituationen erkennen, eine Diagnose erstellen, Notfallmaßnahmen einleiten, schnellstmöglich Hilfe holen und den weiteren Zustand von Mutter und Kind überwachen.⁵³

Sobald die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft anwesend ist, wird von dieser Person die Diagnose gesichert, das weitere Vorgehen festgelegt und ausgeführt. Die Hebamme führt, wie im Österreichischen Hebammengesetz verankert und im Sinne der Interdisziplinarität sinnvoll, die ärztlichen Anordnungen aus.^{54,55}

⁴⁹ Australian College of Midwives. (2008), vgl.ebenda

⁵⁰ De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003), vgl.ebenda

⁵¹ Schäfers, R. (2011), vgl. ebenda

⁵² Lasogga, F., & Gasch, B. (Hrsg.). (2008). Definitionen. In *Notfallpsychologie* (S. 19-28). Berlin: Springer.

⁵³ Steininger, I. (2013). Notfälle in der Geburtshilfe. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde* (5. Aufl., S. 479-486). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

⁵⁴ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2012). *Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe aus ärztlicher Sicht: Empfehlungen*. Abgerufen am 09. Mai 2014, von <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-030.html>

⁵⁵ BGBl 310/1994 §4, Abgerufen am 09.Juni.2014 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/...310_0/1994_310_0.pdf

Eine sorgfältige Dokumentation, wenn möglich in Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Facharzt/-ärztin, empfiehlt sich.

Der ÖHI exkludiert die „Notfallsituationen“ aus dem Ampelsystem und widmet ihnen eine eigene Sparte, da das Vorgehen in diesen Fällen den schnellstmöglichen Transport in die nächstgelegene Klinik bedeutet.⁵⁶

⁵⁶ Ministry of Health, 2012, vgl. ebenda

3 Österreichischer Hebammen Indikationenkatalog

Zur leichten Handhabung wird der ÖHI in folgende Bereiche geteilt:

- Anamnese
- Schwangerschaft
- Geburt und postpartale Periode
- Wochenbett
- Notfallsituationen

Innerhalb der Bereiche erfolgt eine alphabetische Reihung.

Der ÖHI wird auf Grundlage der australischen National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral,⁵⁷ der niederländischen Verloskundige Indikatielijst⁵⁸ und den neuseeländischen Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services⁵⁹ erstellt und nach Bedarf adaptiert.

3.1 Anamnese

Neben der Feststellung der Schwangerschaft begründen die Erhebung einer gründlichen Anamnese und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses die Basis des ersten Kontaktes zwischen der Hebamme und der zu betreuenden Frau.^{60,61} Des Weiteren ermöglicht eine genaue Anamnese eine erste Einschätzung hinsichtlich eines möglichen pathologischen Wertes unterschiedlicher Faktoren und dadurch eine erste Risikoklassifizierung der zu betreuenden Schwangerschaft.

In diesem Teil soll die allgemeine Anamnese kategorisiert werden. Sie unterteilt sich in:

⁵⁷ Australian College of Midwives. (2008), vgl. ebenda

⁵⁸ De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003), vgl. ebenda

⁵⁹ Ministry of Health. (2012), vgl. ebenda

⁶⁰ Höfer, S. (2013). Schwangerenvorsorge. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde* (5. Aufl., S. 165-182). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

⁶¹ Seehofer, P. (2010). Anamneseerhebung. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (2. Aufl., S. 32-53)

- Medizinische Eigenanamnese: behandelt Krankheitsbilder der Frau.
- Gynäkologisch-geburtshilfliche Anamnese: behandelt einerseits gynäkologische Krankheitsbilder oder Besonderheiten und andererseits Vorkommnisse der letzten Schwangerschaft(en) und Geburt(en).
- Familienanamnese: beschreibt die in der Familie auftretende Krankheitsbilder mit möglichen Auswirkungen auf die betreute Frau.
- Psychosoziale Anamnese: behandelt das psychische und soziale Spektrum der Frau und ihres Umfelds.

Medizinische Eigenanamnese		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Abdominale Erkrankungen, chronisch	Beispiele: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa	B2
Adipositas	BMI > 35	B1 und bei Bedarf B3
Anämie	Symptome: Müde, Abgeschlagenheit, geringere Belastbarkeit, Blässe, Tachykardie. Blutbefund: Hämoglobin < 10,5-11 g/dl (Breymann, 2011)	Verbessert sich der Zustand der Frau nicht nach hebammengeleiteter Therapie: B2
Anästhesie-unverträglichkeit	Vorangehende Körperreaktion auf ein Anästhetikum	B2
Asthma, chronisch	Während der Schwangerschaft kann sich Asthma verschlechtern. Asthma wird in Verbindung gebracht mit: vorzeitigen Wehen, niedrigem Geburtsgewicht, Hyperemesis Gravidarum, Präeklampsie und chronischer Hypertonie. (Kainer & Husslein, 2011)	C
Autoimmunerkrankungen	Beispiele: Morbus Crohn, Multiple Sklerose, Morbus Basedow, Zöliakie	B2

Beckenanomalien		B1
Beckenbodenschwäche		B3
Beckenoperationen		B1
Diabetes Mellitus, Typ I		C
Endokrine Erkrankungen	Diabetes Mellitus Typ I, Gestationsdiabetes, Schilddrüsenunterfunktion, Schilddrüsenüberfunktion	Zur Abklärung und medikamentösen Einstellung B2
Epilepsie	Hohe fetale Fehlbildungsrate bei medikamentös eingestellten Epileptikerinnen. (Kainer & Husslein, 2011)	B2
Gerinnungsstörungen	Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Faktor-V-Leiden-Mutation Prothrombinmutation Hyperhomozysteinämie Thrombozytopenie (Fischer, 2011)	B2
Herzerkrankungen	In der Schwangerschaft nimmt die Herzleistung physiologisch zu. Ein gesundes Herz kann dies kompensieren. Bei beste- henden Vorerkrankungen ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mög- lich. (Kainer & Husslein, 2011)	B2
Hypertonie, essentielle	Bekannter Bluthochdruck vor der Schwangerschaft mit sys- tolischen Werten ≥ 140 mmHg und/oder diastolischen Werten ≥ 90 mmHg. Hypertonie gilt als einer der Hauptrisikofaktoren für	B2

	Schlaganfall und Herzinfarkt. (Guzek, Huch, Fessel & Beck-Schimmer, 2011; WHO, 2013)	
Infektionserkrankungen	HBsAg positiv Hepatitis C positiv HIV positiv LUES (je nachdem ob behandelt oder unbehandelt, oder Erstinfektion) Röteln positiv Toxoplasmose positiv	B2 B2 C B2 oder C A A
Lungenembolie	In der Krankengeschichte vorhanden, nicht bestehend.	B2
Nierenerkrankungen		C
Operationen		Je nach Operation A , B1 oder B2
Organtransplantation		B2
Rhesusinkompatibilität		C
Schilddrüsenerkrankungen		Zur Abklärung und medikamentösen Einstellung B2
Systemische Erkrankungen	Beispiele: Lupus Erythematoses, Morbus Cushing, Antiphospholipidsyndrom	B2
Unterernährung	BMI < 19	B1 und bei Bedarf B3
Tiefe Beinvenenthrombose	In der Krankengeschichte vorhanden, nicht bestehend.	B2
Tuberkulose, aktiv		B2
Tuberkulose, inaktiv		A
Gynäkologisch-geburtshilfliche Anamnese		

Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Auffälliger PAP-Abstrich		B1
Cerclage		C
Curretage		A oder C
Chromosomale Erbkrankheiten		B1
Dystrophie		B1
Eklampsie		B1
Fehlgeburt		A und bei Bedarf B3
Fertilitätsbehandlung		B1 und bei Bedarf B3
Fetale Asphyxie		B1
Frühgeburt		B1 und bei Bedarf B3
Genitalbeschneidung		A, B1 und bei Bedarf B3
Gestationsdiabetes		B1
Gestationshypertonie		B1
HELLP		B1
Hypertonie, chronische		A und zur Überprüfung der bestehenden

		Medikation B2
Inkontinenz		B1 und B3
Intrauteriner Fruchttod		B1 und bei Bedarf B3
Konisation		B1
Makrosomie		B1
Mammakarzinom		C
Manuelle Plazentalösung		C
Mehrlingsgeburt		A und bei Bedarf B3
Multipara	> P V	B1 und bei Bedarf B3
Myom	Uterusmyome sind östrogen-abhängige, gutartige, von der Uterusmuskulatur ausgehende Tumore.	B1
Myomenukleation		B1
Plazenta Implantationsstörungen	Plazenta accreta, increta, percreta	C
Plazenta increta		C
Plazenta percreta		C
Plazenta praevia		B1
Perinataler Tod des		B1 und bei Bedarf

Kindes		B3
Plötzlicher Kindstod		A und bei Bedarf B3
Postpartale Haemorrhagie	Atonie Plazentaretention Geburtsverletzung/Episiotomie Thrombozytopenie	C C B1 C
Präeklampsie		C
Schulterdystokie		B1
Schwangerschafts- abbruch		A und bei Bedarf B3
Sectio caesarea	Schwangerschaftsbetreuung Geburt Wochenbettbetreuung	A C A
Symphysiolyse		B1 und B3
Traumatisches Geburtserlebnis		A und bei Bedarf B3
Uterusanomalien		B1
Uterusruptur		B1
Vaginal operative Geburtsbeendigung		A
Vorzeitige Plazentalösung		C
Vorzeitige Wehen		B1
Zervixinsuffizienz		C

Familienanamnese		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Chromosomale Erbkrankheiten		B2
Chronische Erkrankungen		B2
Lungenembolie		B2
Plötzlicher Kindstod		A und bei Bedarf B3
Präeklampsie	Präeklampsie in der Familie ist ein Risikofaktor für das Entwickeln einer eigenen Präeklampsie (Raio, Baumann & Schneider, 2011)	B1
Tiefe Beinvenenthrombose		B2
Psycho-soziale Anamnese		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Alkoholmissbrauch	Es gibt keine gesicherte Aussage darüber, ab welcher Menge der Konsum von Alkohol dem ungeborenen Kind schadet. Gesichert ist das Wissen, dass Alkoholabhängigkeit bzw. exzessiver Alkoholmissbrauch in kausalen Zusammenhang mit physischen und psychischen Schäden des Kindes stehen. (Krampfl-Bettelheim, 2011)	B2 und C
Alter der Mutter		A , B1 und bei Bedarf B3

Drogenmissbrauch	Der gegenwärtige Konsum sogenannter „harter Drogen“ bedeutet ein Höchstisiko. (Krampfl-Bettelheim, 2011)	B3 und C
Essstörungen		A und bei Bedarf B3
Medikamentenmissbrauch		B2 und B3
Nikotinabhängigkeit	Rauchen schadet Mutter und Kind (Frühgeburtlichkeit, Lungenerkrankungen, Wachstumsretardierungen, Adipositas uvm.). Nie sind Frauen mehr bereit, mit dem Rauchen aufzuhören, als in der Schwangerschaft.	A und bei Bedarf B3
Postpartale Depression		A und bei Bedarf B3
Postpartale Psychose		A und B3
Psychische Erkrankungen	Beispiele: Depressionen, manische Depressionen, bipolare Störungen	Je nach Ausmaß und Behandlung B1 , B3 und/oder C
Stress	Durch Lebensumstände, Migrationshintergrund, Partnerschaft, Mehrgebärende, Arbeitsverhältnis	A und bei Bedarf B3

3.2 Schwangerschaft

Der folgende Teil des ÖHI beschäftigt sich mit, während der Schwangerschaft entstehenden oder diagnostizierten, Abweichungen von der Physiologie.

Beinhaltet der vorgesehene Entscheidungspfad die Überweisung an die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft, so ist diese dazu angehalten, die Frau nach erfolgreicher Behandlung oder medikamentöser Therapie wieder in den Zuständigkeitsbereich der Hebamme zurück zu überweisen, um ihr eine auf den Grundlagen der Hebammenarbeit basierende Betreuung zu ermöglichen.

Schwangerschaft		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Adoptionsfreigabe		A, B1 und bei Bedarf B3
Anämie		B2
Anhydramnion		C
Auffälliger PAP-Abstrich		B1
Beckeninstabilität		A und B3
Blutungen ab der 16. Schwangerschaftswoche		C
Blutungen vor der 16. Schwangerschaftswoche		B1
Cerclage		C

Chromosomale Erbkrankheiten		C
Cytomegalieinfektion		C
Drohende Frühgeburt		C
Emesis Gravidarum		A
Extrauterin gravidität		C
Fehlgeburt		C
Fetale Stresszeichen		C
Früher vorzeitiger Blasensprung		C
Frühgeburt		C
Gestationsdiabetes	Abhängig davon, ob Gestationsdiabetes mittels Diät eingestellt werden kann, oder ob Insulin verabreicht werden muss.	A und B1 oder C
Gestationshypertonie	Diastolischer RR: 90-95mmHG Diastolischer RR 95-100mmHg Diastolischer RR ab 100mmHg	A B1 C
Harnwegsentzündung		B2
Hbs Antigen positiv		B2
HELLP		C
Hepatitis A, B, C, D, E		B2

Herpes genitalis, Erstinfektion		C
Herpes genitalis, rezidivierend		C
Herpes labialis		A
Herpes Zoster		B2
HIV-infektion		C
Hyperemesis gravidarum		C
Hypertonie, chronische		B2
Intrauteriner Fruchttod		C
Intrauterine Wachstumsretardierung		C
Karpaltunnelsyndrom		B2
Keine Schwangerschaftsbetreuung	Frau kommt ab dem 3. Trimenon.	C
Lageanomalien am Termin		C
Makrosomie		C
Medikamenteneinnahme	Es muss abgeklärt werden, ob die eingenommenen Me- dikamente negative Auswir- kungen auf die Schwanger- schaft und das Kind haben.	B2
Mehrlingsschwangerschaft	Schwangerschaft Geburt Wochenbett	A C A

Myome		B1
Nierenbeckenentzündung		C
Ödeme	Abhängig davon, ob es Begleitkrankheitsbilder gibt.	A, B2 und bei Bedarf C
Oligohydramnion		C
Operationen	Abhängigkeit von Art und Lokalität der Operation	B2 oder C
Plazentarandsinusblutung		B1
Pfropfpräeklampsie		C
Plazenta Implantationsstörungen	Plazenta increta, percreta, accreta	C
Plazenta praevia	Schwangerschaft Geburt Wochenbett	A und bei Blutungen C C A
Polyhydramnion		C
Präeklampsie		C
Pränataldiagnostik		C
Psychische Erkrankungen	Je nach Ausmaß	B2, B3 oder

		C
Rhesusunverträglichkeit		C
Ringelrötelninfektion		C
Rötelninfektion		C
Sodbrennen		A und bei Bedarf B2
Terminunsicherheit		B1
Tiefe Beinvenenthrombose		B2 und bei Bedarf C
Toxoplasmoseinfektion		C
Tuberkulose		C
Unfalltrauma		B2 oder C
Übertragung		B1
Unsicherer Geburtstermin nach der 20. SSW		B1
Vaginale Infektionen		C
Varicelleninfektion		B1
Vorzeitiger Blasensprung	Abhängig von Gestationsalter	B1 oder

		C
Vorzeitige Wehentätigkeit		C
Zervixinsuffizienz		C

3.3 Geburt und postpartale Periode

Der folgende Teilabschnitt des ÖHI behandelt Abweichungen von der Physiologie während der Geburt und der postpartalen Periode.

Aus Gründen der Praktikabilität wird der ÖHI auch in diesem Teilabschnitt unterteilt in:

- Geburt
- Postpartale Periode

Der ÖHI kann dabei sowohl im klinischen Bereich, im Sinne der Information bzw. Hinzuziehung der gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzteschaft, als auch bei Geburten zu Hause angewendet werden.

Indikationen, die das Kind betreffen, sollen an die/den zuständige/n PädiaterIn überwiesen werden.

Geburt		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Fieber		C
Geburtsstillstand in Austreibungsperiode		C
Geburtsstillstand in Eröffnungsperiode		C
HELLP		C
Lageanomalien		C

Mekoniumhältiges Fruchtwasser		C
Nabelschnurvorlage	Reponierbar Nicht reponierbar	A C
Pathologisches CTG		C
Perinataler Tod des Kindes		C
Primäre Wehenschwäche 24h nach vorzeitigem Blasensprung		C
Schmerzmittelbedarf	Schmerzmittel, die nicht dem Suchtmittelgesetz unterstehen. Suchtmittel PDA	A C C
Suspektes CTG	nach FIGO	B1
Vasa praevia		C
Vermehrter Blutverlust peripartal		C
Zervixdystokie		C
Postpartale Periode		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
5 Minuten APGAR < 7		C
Adaptionsstörungen des Neugeborenen		C

Auffälligkeiten am Neugeborenen bei erster Untersuchung		C
Dammriss III. oder IV. Grades	chirurgische. Versorgung unbedingt notwendig	C
Fehlende Blutgefäße in der Nabelschnur		C
Fieber		C
Geburtstrauma der Mutter	Physiologisch Psychologisch	B3
Geburtsverletzungen am Neugeborenen	Physiologisch	C
Kephalhämatom		B1
Kreislaufkollaps		C
Hämatome		C
HELLP		C
Nabelschnurabriss		C
Symphysiolyse		B1 und B3
Uterusprolaps		C

3.4 Wochenbett

Der folgende Teilabschnitt des ÖHI beschäftigt sich mit Abweichungen der Physiologie während der Wochenbettbetreuung.

Unterteilt wird der ÖHI in diesem Bereich in

- Wochenbett Mutter
- Wochenbett Kind: Bei den, das Kind betreffenden Auffälligkeiten soll der/die von der Mutter gewählte PädiaterIn konsultiert werden bzw. an diese/n überwiesen werden. „B1“ steht in diesem Fall für die Konsultation des/der PädiaterIn und „C“ für die Überweisung.

Wochenbett Mutter		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
HELLP		C
Lochienstau		C
Mastitis		C2,C
Milchstau		A
Postpartale Depression		B2 und B3
Postpartale Psychose		B2 und B3
Stillprobleme		A
Tiefe Beinvenenthrombose		C

Vermehrter vaginaler Blutverlust		C
Wochenbett Kind		
Indikation	Charakteristik	Entscheidungspfad
Angeborene Fehlbildungen		C
Chromosomale Fehlbildungen		C
Frühgeburt	< 37+1 SSW und/oder < 2500g	C
Gewichtsverlust, pathologisch		B1
Infektion des Nabelschnurrestes		B1
Temperaturinstabilität	Sowie Temperaturen < 37,4° und > 36,0° die auf nicht medikamentöse Therapie nicht ansprechen	B1
Verdacht auf Hyperbilirubinämie		C

3.5 Notfallsituationen

Die im Folgenden angeführten Indikationen beschreiben Notfallsituationen die bei Betreuung im extramuralen Bereich ein sofortiges Überweisen an die nächstgelegene Klinik erforderlich machen. Ereignen sich diese Situationen im klinischen Setting, bei von Hebammen selbstständig durchgeführten Betreuungssituationen, so muss sofort die entsprechende Fachärzteschaft hinzugezogen werden.

Die Hebamme muss in diesen Fällen schnellstmöglich dafür Sorge tragen, dass die Notfallmittel alarmiert werden und dann die entsprechenden Notfallmaßnahmen einleiten.

Notfallsituationen können in jeder Phase der Betreuung, sei es Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, eintreten.

Notfallsituationen	
Indikation	Charakteristik
Disseminierte Intravasale Gerinnung	Ursachen z.B.: Sepsis, Schock, Fruchtwasserembolie, Präeklampsie, septischer Abort, usw.
Drohende intrauterine Asphyxie	z.B. Plazentainsuffizienz, Nabelschnurvorfal, pathologisches CTG usw.
Eklampsie	Alle Krampfanfälle in der SS und pp, Differentialdiagnose zu epileptischem Anfall notwendig
Fruchtwasserembolie	z.B. Schocksyndrom, Gerinnungsstörung
Mekoniumaspiration	Avitales Kind durch Mekoniumaspiration peri- oder subpartal
Nabelschnurvorfal	Hypoxie des Kindes, pathologisches CTG
Plazentaretention	Starke Blutung pp, unvollständige Lösung, 1Std. pp Plazentageburt noch nicht erfolgt
Postpartale Haemorrhagie	Uterusatonie, Uterusruptur, Plazentalösungsstörung, Geburtsverletzung
Reanimation der Mutter oder des Kindes	Nach Bewusstlosigkeit, Schock, Asphyxie, Mekoniumaspiration, usw.
Schulterdystokie	Hoher Schultergeradstand, Tiefer Schulterquerstand, Manöver: Mc Roberts, Walcher, Gaskin, Woods, Rubin, Zavanelli

Uterusruptur	bei vorgeschädigtem Uterus (z.B.: St.p.Sectio), nach Wehensturm, nach Kristeller Handgriff, usw.
Vorzeitige Plazentalösung	Vaginale Blutung, pathologisches CTG, (Abgrenzung zur Zeichnungsblutung)

4 Nachtrag

Die S1 Leitlinie des ÖHI besteht nicht als starres Gebilde sondern lebt von den Anregungen und Vorschlägen zur Veränderung und Erweiterung von Hebammen, der Ärzteschaft und von allen Gesundheitsberufen, die in den genannten Bereichen arbeiten. Sie alle können durch ihre Berufserfahrungen den ÖHI mitgestalten und bereichern.

Der ÖHI wird deshalb in regelmäßigen Intervallen überarbeitet und auf seine Aktualität hinsichtlich der bestehenden Evidenzen überprüft.

Bei Anfragen oder Anregungen kontaktieren Sie bitte das Büro des Österreichischen Hebammengremiums:

oehg@hebammen.at

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Operatives Primärversorgungsteam.....3

Abbildung 2: Entscheidungspfad des ÖHI.....7

Für den ÖHI adaptierte Version aus folgenden Quellen: National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral (ACM, 2008); De Verloskundige Indikatielijst (De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen), 2003; Guidelines for Consultations with Obstetric and Related Medical Services (Ministry of Health, 2012)

Abbildung 3: Ampelsystem des ÖHI.....8

Abkürzungsverzeichnis

ACM	Australian College of Midwives
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ICM	International Confederation of Midwives
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
ÖHI	Österreichische Hebammen Indikationenliste
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2012). *Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe aus ärztlicher Sicht: Empfehlungen*. Abgerufen am 09. Mai 2014, von <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-030.html>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2007). *Leitlinien-Glossar: Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale Versorgungsleitlinien*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von <http://www.awmf.org/leitlinien.html>
- Australian College of Midwives. (2008). *National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral* (2. Aufl.).
- Breymann, C. (2011). Anämie. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 344-359). Berlin: Springer.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2013). *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. Abgerufen am 03. Mai 2014, von http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2013_I_200
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Bundeszielsteuerungsvertrag 2013*. Abgerufen am 03. Mai 2014, von <http://bmg.gv.at/home/Suchergebnis?begriff=Prim%C3%A4rversorgung&x=0&y=03>.
- De Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen. (2003). *Verloskundig vademecum 2003: De Verloskundige Indicatielijst 2003*. Abgerufen am 01. Mai 2014, von <http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/524/verloskundige-indicatie-lijst/>
- De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Buitendijk, S. E., Ausems, M., Bude, L., Daemers, D., Fontein, Y., van Haaren, T., van Helmond, I., Hendrix, M., Korstjens, I., van Limbeek, E., Merckx, A., Wijnen, H., & Zeegers, B. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29, S.1122-1128. doi:10.1016/j.midw.2013.07.007
- Fischer, T. (2011) Thromboembolische Komplikationen in Schwangerschaft und Wochenbett. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 362-377). Berlin: Springer.
- Fürst, S. (2014). *Die hebammengeleitete Betreuung in der Schwangerschaft*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, FH IMC Krems, Niederösterreich.
- Guzek, B., Huch, R., Fessel, D., & Beck-Schimmer, B. (2011). Kreislauf und Gefäßsystem. In R. Huch & K. D. Jürgens (Hrsg.), *Mensch, Körper, Krankheit* (6. Aufl., S. 296-308).

- Höfer, S. (2013). Schwangerenvorsorge. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde* (5. Aufl., S. 165-182). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- International Confederation of Midwives. (2011). *ICM International Definition of the Midwife*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>
- Kainer, F., & Husslein, P. (2011). Erkrankungen und Risikofaktoren in der Schwangerschaft. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 277-303). Berlin: Springer.
- Kiesl, F., & Rafetseder, O. (2014). *Bisherige Ergebnisse des Konzeptionsprojektes „Primary Health Care“* [PowerPoint slides]. Abgerufen am 02. April 2014, von <http://www.evotion.at/gesundheitskonferenz2014/>
- Krampl-Bettelheim, E. (2011). Lebensführung. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 212-222). Berlin: Springer.
- Lasogga, F., & Gasch, B. (Hrsg.). (2008). Definitionen. In *Notfallpsychologie* (S. 19-28). Berlin: Springer.
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter [elektronische Version]? *British Journal of Midwifery*, 17, S. 12-16.
- Masterson, A. (2010). Core and Developing Role of the Midwife: Literature Review. *Department of Health*. Abgerufen am 04. Mai 2014, von http://www.midwifery2020.org/documents/2020/Core_Role_Lit_review.pdf
- Ministry of Health. (2012). *Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines)*. Wellington: Ministry of Health.
- Österreichisches Hebammengesetz. Abgerufen am 09. Mai 2014, von <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804>
- Raio, L., Baumann, M., & Schneider, H. (2011). Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. In H. Schneider, P. Husslein & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Aufl., S. 307-342). Berlin: Springer.
- Roberts, J. L. (1998). *Terminology: A glossary of technical terms on the economics and finance of health services*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von http://search.who.int/search?q=Glossary&spell=1&site=euro&client=euro&proxystylesheet=euro&output=xml_no_dtd&ie=UTF-8&access=p&lr=lang_en
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Library*, (8). doi:10.1002/14651858.CD004667.pub3
- Seehofer, P. (2010). Anamneseerhebung. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (2. Aufl., S. 32-53)

- Steininger, I. (2013). Notfälle in der Geburtshilfe. In A. Stiefel, C. Geist & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde* (5. Aufl., S. 479-486). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Walsh, D., & Devane, D. (2012). A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative health research*, 22, S. 897-910. doi:10.1177/1049732312440330
- World Health Organization. (2009). *Now more than ever: The contribution of nurses and midwives to primary health care*. Abgerufen am 08. Mai 2014, von http://search.who.int/search?q=A+compendium+of+primary&ie=utf8&site=who&client=en&proxystylesheet=en&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfield=doctype
- World Health Organization. (2013). Hypertonie. Abgerufen am 18. Mai 2014, von <http://www.euro.who.int/de/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2013-focus-on-high-blood-pressure/about-hypertension>