

Inhalt

04 **MITTEILUNGEN** des Österreichischen Hebammengremiums
Hauptversammlung 2013, Gruppenhaftpflicht-Versicherung,
Tätigkeitsbericht des Österreichischen Hebammengremiums,
Neugestaltung der Homepage.

09 **NACHRICHTEN** aus den Bundesländern

Schwerpunktthema „Routinen in der geburtshilflichen Praxis“

18 *Silke Bunse* diskutiert die weitverbreitete Praxis der **kontinuierlichen CTG-Überwachung** in der Geburtshilfe.

21 In der AGMFM Leitlinie „Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt“ wird die **routinemäßige CTG-Überwachung** empfohlen. *Karin Müller* hat die wichtigsten Passagen zusammengefasst.

30 In den meisten Kliniken wird das Neugeborene **routinemäßig unmittelbar nach der Geburt abgenabelt**. *Sven Hildebrandt* stellt diese Praxis sehr in Frage.

34 Das Ludwig-Boltzmann-Institut analysiert in einem HTA-Bericht die unterschiedlichen **Routinescreenings in der Schwangerschaft** in Europa. Wir haben ihn für die **Forschungsrubrik** zusammengefasst.

36 In den **Praxisfeldern von Hebammen** präsentiert *Karin Müller* das Pilotinnenprojekt des Hebammenzentrums Wien.

38 *Dorothea Rüb* war beim **Kongress „Die Rettung der normalen Geburt“** der DHZ in Hannover. Dort wurden einige Routinen in der Hebammenarbeit in Frage gestellt.

41 Die **Studentinnen** *Alexandra Müller* und *Lisa Fleps* berichten von einer Exkursion nach Wien.

42 Die **Steuerrubrik** bringt ein Update zu den Sozialversicherungsbeiträgen 2013.

43 **Bücher**

46 **Veranstaltungen**

52 **Impressum**



Titelspruch: Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) war einer der größten Dichter der deutschen Sprache, aber auch ein großer Forscher. Dass seine letzten Worte „Mehr Licht!“ waren, ist umstritten. Unumstritten sind seine vielfältigen Begabungen, seine Reiselust, sein Wissensdurst und seine Veränderungsbereitschaft bis ins hohe Alter.

Editorial

Liebe Hebammen!

Ein neues Jahr hat begonnen. Das Österreichische Hebammengremium und die Österreichische Hebammenzeitung können auf ein produktives Jahr zurückblicken. Im immerhin schon 18. Jahrgang unserer Verbandszeitschrift finden Sie wieder eine Themen- und AutorInnenübersicht, falls Sie etwas nachlesen wollen oder etwas Bestimmtes suchen. Bewährtes (wie diese Übersicht, unsere vertrauten Rubriken oder das typische Layout unserer Zeitschrift), aber auch Verändertes (wie die Neugestaltung der Homepage und des Veranstaltungskalenders) werden uns durch ein weiteres Jahr begleiten.

Dem entspricht das Schwerpunktthema dieses ersten Hefts im neuen Jahr: die Frage, ob es Sinn macht an Routine-Maßnahmen festzuhalten oder neue Wege einzuschlagen. Um dies zu überprüfen, kann es hilfreich sein, Forschungsarbeiten heranzuziehen, wie Frau Bunse zum CTG – oder einmal zu schauen, wie etwas im internationalen Vergleich gehandhabt wird, wie z.B. bei der Schwangerenvorsorge. Und siehe da: was in einem Land als unerlässliche Selbstverständlichkeit gilt, kommt woanders gar nicht vor. Es gibt sicher noch weitere Routine-Betreuungsmaßnahmen, die hinterfragt werden können. Einen Anfang haben wir gemacht.

In der nächsten Ausgabe geht es dann ausführlicher um internationale Vergleiche in der Hebammenarbeit. Danach stehen medizintechnische bzw. naturwissenschaftliche Grundlagen und Methoden im Mittelpunkt.

Claudia Oblasser wird im nächsten Jahr eine Pause in der redaktionellen Mitarbeit einlegen, und auch bei der Autorin der Stillrubrik wird es eine Veränderung geben.

Wir freuen uns trotzdem mit Ihnen auf ein weiteres produktives und erfülltes Jahr!
Mag.^a Dorothea Rüb mit Karin Müller BSc und Lisa Rakos MSc.

Redaktionsschluss für die nächste Zeitung ist der 5.3.2013

Darf's ein bisschen mehr sein?

Routinescreenings in der Schwangerschaft



In der Ausgabe 5/2012 haben wir einen HTA-Bericht (Health Technology Assessment) des Ludwig Boltzmann Instituts zur Folsäure-Prophylaxe vorgestellt. Nun wollen wir auf die systematische Bewertung von Routine-Untersuchungen in der Schwangerschaft in Österreich, auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, eingehen.

Das Ludwig Boltzmann Institut hat den österreichischen Mutter-Kind-Pass in einer umfassenden Literaturrecherche und einer Fragebogenuntersuchung mit den Routinescreenings von Schwangeren in anderen europäischen Ländern verglichen. Mit „Routine“-Untersuchungen sind in erster Linie körperliche Standard- bzw. Basisuntersuchungen gemeint, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Geräte- und Labormedizin, die je nach Ausgestaltung auch die Identifikation bestimmter vulnerabler oder Risiko-Gruppen beinhalten. Das Ergebnis: Anzahl und Frequenzhäufigkeit von körperlichen und geräteunterstützten Untersuchungen sowie Labortests werden oft sehr unterschiedlich gehandhabt.

Der Österreichische Mutter-Kind-Pass

Das österreichische Untersuchungsprogramm ist ein klassisches (epidemiologisches) Screeningprogramm an Gesunden. Während 1974 vier geburtshilfliche Untersuchungen, eine interne Untersuchung und zwei Laboruntersuchungen der Schwangeren sowie eine Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche vorgesehen waren, wurde das Spektrum der Untersuchungen im Laufe der Jahre kontinuierlich erweitert. Derzeit umfasst der Mutter-Kind-Pass folgende Untersuchungen ab Feststellung einer Schwangerschaft bis zum 62. Lebensmonat des Kindes: fünf geburtshilfliche Untersuchungen, zwei Laboruntersuchungen, eine interne Untersuchung und drei Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft sowie neun Untersuchungen des Kindes, plus zwei Hüftultraschall-Untersuchungen, eine orthopädische, eine HNO-, eine Augen- und eine augenfach-

ärztliche Untersuchung. Bei einer ambulanten Geburt beinhaltet der Mutter-Kind-Pass noch eine Kontrolluntersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche.

Das Ludwig Boltzmann Institut bemängelt allerdings, dass eine systematische Evaluierung dieses sehr umfassenden Untersuchungsprogramms nie durchgeführt wurde. Neben der notwendigen evidenzbasierten Evaluierung des österreichischen Mutter-Kind-Passes müsse auch eine zielgruppenorientierte Analyse der „Breiten- und Tiefen“-Wirkung der angebotenen und eventueller neuer oder anderer Leistungen erfolgen (Winkler 2011: 31).

Schwerpunkte und Berufsgruppen

Prinzipiell werden in den meisten Ländern universell zugängliche, kostenfreie pränatale Früherkennungsprogramme angeboten. Sie beinhalten zumeist Informationen, Schulungen und Beratungen (zum Beispiel zu Ernährung) sowie medizinische Screenings und Behandlungen. In manchen Ländern (wie etwa Dänemark) enthalten die Eltern-Kind Früherkennungsprogramme auch Screenings, die das psychische Wohlbefinden oder die sozialen Lebensverhältnisse berücksichtigen.

In einigen Ländern, wie Dänemark, Schweden, Irland, Island, Neuseeland und Großbritannien, besteht die Möglichkeit, bestimmte Untersuchungen, zumeist durch Hebammen oder speziell ausgebildete Krankenschwestern, zu Hause bei den Schwangeren durchführen zu lassen. Besonders bei der Betreuung und Begleitung von Risikopopulationen scheinen solche aufsuchenden Angebote eine bedeutende Rolle zu spielen, da sie potenzielle Barrieren, wie etwa Skepsis gegenüber den Angeboten, aber auch Unwissenheit über Unterstützungsmöglichkeiten überwinden helfen (Winkler 2011: 27). Außerdem wird ermöglicht, auch einen Eindruck von deren Lebenssituation zu bekommen. Inzwischen gibt es auch diverse Modelle mit elektronischen Aufzeichnungen, die sich offensichtlich gut bewähren (Winkler 2011: 21f).

„Die Zuständigkeitsbereiche bzw. Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen variieren jedoch zwischen den Ländern teilweise beträchtlich. Diese Unterschiede sind durch die vorherrschende Gesundheitspolitik und -kultur bedingt: In Ländern mit einem eher ‚medizinorientierten‘ Zugang zum Thema Schwangerschaft werden pränatale Screeningprogramme hauptsächlich von FachärztInnen aus dem Bereich Geburtshilfe durchgeführt. In Kulturen mit einem überwiegend sozial fokussierten Zugang spielen Gesundheitsberufe wie Hebammen, ‚Public Health Nurses‘ oder ‚Health Visitors‘ eine signifikantere Rolle, wobei mancherorts eine enge Kooperation mit AllgemeinmedizinerInnen festgestellt werden kann (wie z.B. in Großbritannien).“ (Winkler 2011: 31).

In Skandinavien, den Niederlanden, Großbritannien und teilweise auch Deutschland führen nicht-ärztliche Berufsgruppen oder HausärztInnen bei risikoarmen Schwangerschaften die Untersuchungen und Beratungen durch, während FachärztInnen v.a. Risikoschwangere betreuen.

In Schweden begleiten Hebammen die Frauen während der ganzen Schwangerschaft. Die Schwangeren erhalten nach jeder pränatalen Untersuchung eine Kopie der aktualisierten Aufzeichnungen. In der 37. SSW erstellt die Hebamme eine Zusammenfassung über den bisherigen Schwangerschaftsverlauf und einen Geburtsplan (Wünsche zum Geburtsvorgang, Schmerzbehandlung etc.) (Winkler 2011:53).

Routine-Untersuchungen im europäischen Vergleich

Hinsichtlich der Anzahl an empfohlenen körperlichen Untersuchungen für schwangere Frauen zeigen sich teils große Divergenzen zwischen den 20 verglichenen Ländern. Lediglich die Messung des Blutdrucks ist in allen Ländern üblich. Auch das Wiegen der Mutter ist (außer in Spanien) eine obligate Maßnahme. Bei den übrigen Parametern sind teils erhebliche Unterschiede zu erkennen. So wird die Beobachtung der Kindesbewegungen („Fetal movement count“) nur in einigen Ländern empfohlen (NL, I, E, ES, SK, LT, LV), die Erhebung des Fundusstandes in allen außer I, E und P. Vaginale Untersuchungen sind außer in LU, UK, NL und I in den Empfehlungen der meisten Länder enthalten, obwohl dadurch keine Verringerung des Frühgeburtsrisikos, sondern ein potenzielles Risiko für Infektionen und Wehen entstehen kann (Alexander et al. 2010).

Bei geräteunterstützten (technischen) Untersuchungen weisen die Mutterschaftsrichtlinien folgende Empfehlungen auf: (siehe Tabelle unten aus Winkler 2011: 36):

Untersuchung	LU	DK	S	UK	SF	A	NL	D	F	I	E	P	SL	CZ	H	PL	ES	SK	LT	LV
Auskultation (Fetale Herzaktivität)																				
Kardiotokographie																				
Doppler-Ultraschall																				
Ultraschall, abdominal																				
Ultraschall, transvaginal																				

Quelle: Bernloehr 2006, S. 215 [15].

Überwiegende Übereinstimmung gibt es bei der Auskultation und beim abdominalen Ultraschall. Kardiotokographie und Doppler-Ultraschall werden für normal verlaufende Schwangerschaften nur in jeweils neun Ländern vorgeschlagen. Bei Labortests zeigt sich, dass nur Blutgruppe und Rhesusfaktor überall festgestellt werden. Harnuntersuchungen auf Bakterien (in 19 von 20 Ländern), Proteine (18 von 20) und Glukose (17 von 20), die Bestimmung von Hb, Lues und Hepatitis B werden überwiegend (je in 18 von 20 Ländern), Toxoplasmose- oder Röteltiter nur ca. der Hälfte der Länder bestimmt. Die Bestimmung des fetalen Fibronectins wird nur in der Slowakischen Republik empfohlen. Ob die Zahlen insgesamt noch ganz aktuell sind, ist den Tabellen nicht zu ent-

nehmen, bez. Gestationsdiabetes und HIV wurden in die neuen österr. Bestimmungen eingearbeitet.

Untersuchung	LU	DK	S	UK	SF	A	NL	D	F	I	E	P	SL	CZ	H	PL	ES	SK	LT	LV
Alpha-Fetoprotein																				
Atypische Blutgruppen Antikörper																				
Blutgruppe																				
Chlamydia trachomatis																				
Fetales Fibronectin																				
Gestationsdiabetes ¹⁵																				
Gonorrhoe																				
Hämoglobin																				
Hämoglobinopathie																				
Hepatitis B																				
Hepatitis C																				
HIV																				
Lues																				
PAP-Abstrich																				
Plazentahormone																				
Rhesusfaktor																				
Röteln Titer																				
Gruppe B Streptokokken																				
Toxoplasmose																				
Harnanalyse/Bakteriurie																				
Harnanalyse/Glukosurie																				
Harnanalyse/Proteinurie																				

Quellen: Bernloehr 2006, S. 215 [15] und eigene Ergänzungen zu Österreich bezüglich Gestationsdiabetes und HIV.

Legende:

LU=Luxemburg; DK=Dänemark; S=Schweden; UK=Großbritannien; SF=Finnland; A=Österreich; NL=Niederlande; D=Deutschland; F=Frankreich; I=Italien; E=Spanien; P=Portugal; SL=Slowenien; CZ=Tschechische Republik; H=Ungarn; PL=Polen; ES=Estland; SK=Slowakische Republik; LT=Litauen; LV=Lettland (Tabelle oben aus Winkler 2011: 37)

Inzwischen haben sich EU-Netzwerke gebildet, um herauszufinden, was die besten Vorsorgeangebote für Mütter, Babies und Familien in Europa sind. Im COST-Netzwerk (Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Creating a dynamic EU framework for optimal maternity care) suchen Teams aus 12 europäischen Ländern nach den besten Modellen, insbesondere auch für die Betreuung von benachteiligten Gruppen, „by understanding what works, for whom, in what circumstances, and by identifying and learning from the best“ (Winkler 2011: 24).

Quellen:

- Alexander S, Boulvain M, Ceysens G, Haelterman E, Zhang WH (2010). Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6.
- Winkler, R. (2011): Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil II: Internationale Policies, Konzepte und Screeningstrategien zu „Normal-“ und „Risikoverläufen“ während der Schwangerschaft und frühen Kindheit bis zum Schuleintritt. HTA-Projektbericht 045b.

Schwangerenbetreuung bringt's!

Evaluierung des Pilotinnenprojekts

zur kostenlosen Schwangerenbetreuung durch Hebammen



Die Hebamme ist in Österreich für die Betreuung der schwangeren Frau im Gesundheitssystem nach wie vor nicht vorgesehen, obwohl internationale Studienergebnisse die Notwendigkeit und Effizienz der Hebammenbetreuung belegen. Industrieländer, in denen Hebammen hauptverantwortlich für die Betreuung gesunder Schwangerer mit normalen Schwangerschaftsverläufen sind, weisen bessere mütterliche und neonatale Outcomes auf verglichen mit Industrieländern, in denen gesunde Schwangere von GynäkologInnen betreut werden (Enkin 2006, S. 43).

Um eine kostenlose Schwangerenbetreuung durch Hebammen in Österreich zu implementieren, startete im Jänner 2011 im Wiener Hebammenzentrum das „Pilotinnenprojekt“, das Frauen ermöglicht, sich in der Schwangerschaft bis zu vier Mal kostenlos durch die selbe Hebamme betreuen zu

lassen (siehe auch ÖHZ 03/11, S. 33). An zwei der vier Termine kann die Hebamme zu den Frauen nach Hause kommen. Nach der Geburt ist noch ein Treffen im Hebammenzentrum vorgesehen. Finanziell wird das Projekt durch die deutsche Auerbachstiftung ermöglicht.

Inzwischen wurden mehr als 370 Frauen betreut. Bis zum Sommer 2012 lagen 190 vollständige Datensätze vor, die nun ausgewertet wurden. Am 19.11.2012 konnten im Rahmen einer eintägigen Veranstaltung die Ergebnisse dieser Evaluierung präsentiert werden:

Die wichtigsten Ergebnisse scheinen einerseits eine äußerst hohe Zufriedenheit zu sein und andererseits der Umstand, dass die Frauen das Angebot fanden, ohne dass es breitflächig beworben wurde. Das lässt darauf schließen, dass der Bedarf nach einem Angebot wie diesem tatsächlich gegeben ist. Es scheint notwendig zu sein, die

Betreuung für alle Schwangeren gleichermaßen ohne Vorauswahl nach sozialer Bedürftigkeit anzubieten, da speziell „belastete“ Frauen nicht als solche deklariert werden möchten und ein entsprechendes Angebot daher nicht in Anspruch nehmen würden – sie wollen endlich einmal normal behandelt werden.

Die persönliche Erreichbarkeit der Hebamme wurde als besonders positiv bewertet. Die heutige Zeit verlangt in dieser verunsicherten Phase des Lebens nach sicheren persönlichen Verantwortlichen. Es wurde auch ganz klar, dass es eine persönliche beziehungs-fähige Annäherung frühestens beim zweiten Termin gab. Nur durch viel Zeit in der Betreuung kann die Grundlage für Vertrauen und Sicherheit geschaffen werden.

Einer der wichtigsten Bestandteile eines jeden Betreuungstreffens war das