



UNIVERSITÄTSLEHRGANG
**PUBLIC
HEALTH**
Management in der Krankenversorgung
und Gesundheitsförderung

Evaluierung von Hebammenleistungen im extramuralen Bereich

Masterthese

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Public Health

eingereicht am 10. Januar 2015

Verfasserin:

Moenie van der Kleyn

Matrikelnummer: 1033403

Betreuer:

Dr. Sprenger, Martin, Dr. med. univ., MPH

Lehrgangsleitung

DSA Pammer, Christoph, MPH, MA

Graz, Jänner 2015

Danksagung

Danken möchte ich meiner Kollegin, der außerklinisch tätigen Hebamme und Fahrradexpertin Josi Kühberger, für das Korrekturlesen und die vielen Diskussionen während unserer (Rad)touren.

Mein Dank gilt auch Paul, ohne Dich könnte ich mein geburtshilfliches Engagement nicht ausleben.

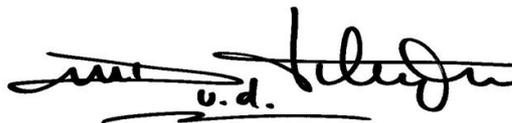
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

zur Arbeit mit dem Titel

Evaluierung von Hebammenleistungen im extramuralen Bereich

„Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.“

Bad Waltersdorf, am 12.1.2015



u.d.

Datum

Unterschrift

Graz, Jänner 2015

Zusammenfassung

Hintergrund: Steigende Kaiserschnitt- und Interventionsraten in der Geburtshilfe erfordern eine Hinterfragung der bestehenden Betreuungskonzepte. Die zunehmend begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen rechtfertigen den aktuell stattfindenden Umdenkprozess in Richtung Primärversorgung. In den letzten Jahrzehnten vollzog sich eine Verschiebung der angebotenen Hebammendiensteleistungen vom Krankenhaus in den extramuralen Bereich. Der Bedarf an Evaluierung der Hebammenleistungen ist, auch in Hinblick auf den Strukturaufbau in der Primärversorgung, gegeben.

Ziele: Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche **Indikatoren** geeignet sind, um den angestrebten Betreuungseffekt wiederzugeben. Ergänzend dazu stellt sich die Frage, mit welchen **Evaluierungsmethoden** die Wirksamkeit von Hebammenleistungen valide gemessen werden kann.

Methodik: Im Kontext drei bestehender Projekte, die Schwangerschaft, Geburt und die postpartale Periode umfassen, werden die Vorgehensweise bei den Evaluierungen sowie die daraus abgeleiteten Indikatoren beschrieben. Verschiedene Forschungsmethoden kommen parallel zum Einsatz: Literaturanalyse, sekundäre Datenanalyse, Projektplanung und die Beschreibung der Planung und Durchführung eines Auditverfahrens.

Setting: Im ersten Teil wird auf Basis von 10.000 Beratungen die Planung der Evaluierung der österreichweit angebotenen Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung vorgenommen. Im zweiten Teil folgt die Datenanalyse des außerklinischen Geburtenregisters, in dem bisher mehr als 2.000 Hausgeburten aus ganz Österreich erfasst wurden. Im dritten Teil wird die Durchführungsqualität einer Hebammengruppenpraxis im ländlichen Bereich mit circa 200 Betreuungsfällen pro Jahr begutachtet. Dieses Hebammenzentrum kann als Modell einer Hebammen-Primärversorgung gesehen werden.

Ergebnisse: Die Versorgungsstrukturen, die Priorisierung der Beratungsthemen und die geburtshilflichen Ergebnisse können in Bezug zur Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung gesetzt werden. Der Wissenszuwachs der Frauen und mögliche Verhaltensänderungen müssen über Befragungen erforscht werden. Für die Hausgeburtshilfe wurden neun Qualitätsindikatoren aufgestellt. Auf Basis des Audits konnten zusätzliche Indikatoren zur Wirksamkeit festgestellt werden.

Conclusio: Befragungen der betreuten Frauen, Analyse der Registerdaten sowie ein umfassendes Audit sind geeignete Methoden der strukturierten Überprüfung des Primärversorgungssystems „Hebammenzentrum“. Qualitätsindikatoren konnten auf der Ebene der Planung, Strukturierung, Umsetzung und Ergebniserzielung bestimmt werden. In Zukunft sollen auch der Bedarf der (werdenden) Eltern, das Ausmaß, in dem die Zielgruppen erreicht werden, sowie die Kosten-Nutzenanalyse erforscht werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Fragestellung und Methodik.....	1
1.1.1 Hintergrund.....	1
1.1.2 Fragestellung.....	2
1.1.3 Methodik zur Evaluierung der Hebammenleistungen.....	3
1.2 Hebammenbetreuung im extramuralen Bereich.....	5
1.2.1 Versorgungsstruktur der Geburtshilfe in Österreich.....	5
1.2.2 Verschiebung der Beschäftigung der Hebammen.....	8
1.2.3 Finanzierung der Hausbesuche.....	10
1.2.4 Evidenzlage Hausbesuche.....	11
1.3 Was wünschen sich Frauen?.....	12
1.4 Kontinuierliche Betreuungsmodelle in der Primärversorgung in Neuseeland...14	
2. Evaluierung der Mutter-Kind-Pass-Schwangerenberatung	17
2.1 Präambel.....	17
2.2 Gesetzliche Voraussetzungen des Mutter Kind Pass - Hebammenberatung...18	
2.3 Ziele und Visionen.....	20
2.4 Evidenz der Relevanz und Wirkung der Beratungskonzepte.....	23
2.4.1 Priorisierung der Beratungsthemen.....	23
2.4.2 Rauchen in der Schwangerschaft.....	24
2.4.3 Alkoholabusus.....	26
2.4.4 Teenagerschwangerschaften.....	27
2.4.5 Häusliche Gewalt.....	28
2.4.6 Initiales Stillen und Stilldauer.....	30
2.4.7 Spontangeburt und Kaiserschnitt.....	33
2.5 Wirkungsergebnisse oder die Evidenz der Gesundheitsförderung.....	35
2.5.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung.....	35
2.5.2 Die Wirksamkeit in der Gesundheitsförderung.....	36

2.6	Das Qualitätsentwicklungsinstrument Quint-Essenz.....	38
2.7	Ansätze der Evaluierung der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung	43
2.7.1	Vier Qualitätsdimensionen	43
2.7.2	Die gesundheitsökonomische Dimension	44
2.7.3	Zusammenführung der Zielebenen mit den Qualitätsdimensionen.....	45
2.8	Planung des Evaluierungsablaufes - Datensammlung	50
2.8.1	Die Zeitpunkte der Datenerhebung	50
2.8.2	Fazit: Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung	53
3.	Die Evaluierung von Hausgeburten	54
3.1	Aufbau des außerklinischen Geburtenregisters.....	54
3.2	Indikatoren in der Geburtshilfe	57
3.2.1	Definition und Eigenschaften von Indikatoren	57
3.2.2	Geburtshilfliche Indikatoren im (inter)nationalen Vergleich.....	58
3.3	Mögliche Qualitätsindikatoren für Hausgeburten in Österreich	60
3.4	Ergebnisbeispiele des außerklinischen Geburtenregisters	63
3.5	Diskussion der Ergebnisse des außerklinischen Geburtenregisters	68
4.	Primärversorgung, Qualitätsentwicklung mittels Audits.....	70
4.1	Hebammengruppenpraxis als Modell der Primärversorgung.....	70
4.1.1	Kontinuierliche Betreuung.....	70
4.1.2	Das Modell der Hebammengruppenpraxis im extramuralen Bereich.....	71
4.2	Qualitätsentwicklung durch ein klinisches Audit	72
4.2.1	Definition von Qualität.....	72
4.2.2	Qualitätsanforderungen - zählen nur die Gesundheitsergebnisse?	73
4.2.3	Aufbau des Audits	74
4.2.4	Grundprinzipien eines Audits	75
4.2.5	Entwicklung der Checklisten	77
4.2.6	Hebammenleistungen, Gesundheitsförderung und Prävention	82
4.3	Ergebnisanalyse, ausgewählte Aspekte.....	83
4.3.1	Telefonbefragung	83
4.3.2	Wiederaufnahme in Bezug auf die Verweildauer	84

4.3.3	Fazit Wiederaufnahme.....	86
4.4	Analyse Gesundheitsförderung und Prävention	87
4.5	Fazit des Audits der Hebammengruppenpraxis.....	87
5.	Diskussion und Conclusio.....	89
	Literaturverzeichnis	94
	Anhang.....	104
A	Datenerhebungsblatt Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung des ÖHG's	104
B	Beratungsblatt Mutter-Kind-Pass	105
C	Dokumentation des außerklinischen Geburtenregisters.....	106
D	Evidenzbasierte Grundlagen der Audit-Checklisten.....	108
D1	Kontinuierliche individuelle Betreuung	108
D2	24/7 Erreichbarkeit.....	109
D3	Beratungen.....	110
D4	Stillberatung	110
D5	Gewichtskontrolle beim Neugeborenen	111
D6	Risiko-Assessment	113
	Frühgeburtsbestrebungen	113
	Vorzeitiger Blasensprung am Geburtstermin	115
	Mastitis.....	118
D7	Medizinische Leistungen	119
	CTG-Kontrollen	119
	Bilirubinkontrollen.....	121
D8	Dokumentation	122
D9	Hygiene	123

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Berufsausübung Hebammen 2011.....	9
Tabelle 2 Beispiele Zielformulierungen der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung ...	21
Tabelle 3 Stillraten der österreichischen Stillstudie.....	31
Tabelle 4 Zielebenen der Gesundheitsförderung.....	38
Tabelle 5 Evaluierungszeitpunkte.....	50
Tabelle 6 Beratungsthemen pro Evaluierungszeitpunkt.....	52
Tabelle 7 Indikatoren Geburtenregister Österreich.....	59
Tabelle 8 Ergebnisse Cochrane Review von Sandall 2013.....	70
Tabelle 9 Katalog der Qualitätskriterien klinischer Audits und Umsetzung im Audit....	78
Tabelle 10 Nutzen-Dimension und Zielparameter für Gesundheitsförderung.....	83
Tabelle 11 Postpartale Spitalsentlassungen nach Tagen.....	85
Tabelle 12 Qualitätsindikatoren außerklinische Geburtshilfe.....	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Alter der Mutter bei der ersten Geburt.....	6
Abbildung 2. Verteilung außerklinische Geburten nach Bundesland in 2013.	6
Abbildung 3. Kurz-, mittel- und langfristige Ziele.....	37
Abbildung 5. Grundstruktur Ergebnismodell Quint-Essenz.....	39
Abbildung 6. Die Unterkategorien des Ergebnismodells Quint-Essenz.....	41
Abbildung 7. Das Wirkungsmodell der Hebammenberatung im Mutter Kind Pass.....	42
Abbildung 8. Zusammenführung der Zielebenen und Dimensionen der Evaluierung..	49
Abbildung 10. Anteil der Meldungen Periode 2006-2013.....	64
Abbildung 11. Zeitpunkt Erstkontakt in der Schwangerschaft.	65
Abbildung 12. Das Audit als Zirkulärer Prozess.....	76
Abbildung 13. Grundstruktur der Checkliste.....	79
Abbildung 14. Beispiel ausgearbeiteter Checkliste Audit: Stillen – Fragenteil.....	80
Abbildung 15. Beispiel ausgearbeiteter Checkliste Audit: Stillen- Antwortteil.....	81
Abbildung 16. Entscheidungsprozess Frühgeburtsbestrebung.....	115
Abbildung 17. Entscheidungsprozess vorzeitiger Blasensprung am Termin.....	117

Abkürzungsverzeichnis

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBI Nr	Bundesgesetz Blatt Nummer
BMI	Body Mass Index
CI	Confidence Interval
CTG	Kardiotokografie
EbM	Evidenzbasierte Medizin
IET	Institute für klinische Epidemiologie der TILAK.
LGA	Large for Gestational Age
LMC	Lead Maternity Carer
MLCC	Midwife-Led-Continuity-Care
MKP-Vertrag	Gesamtvertrag über Mutter-Kind-Pass Leistungen durch freiberufliche Hebammen
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
PDA	Periduralanästhesie
RR	Relatives Risiko
SES	Sozioökonomischer Status
SGA	Small for gestational age
SSW	Schwangerschaftswoche
WHO	World Health Organization
Quag	Gesellschaft für Qualität in der Außerklinischen Geburtshilfe

*“The key midwifery concepts that define the unique role of midwives in promoting the health of women and childbearing families include: **partnership with women to promote self-care and the health of mothers, infants and families**; respect for human dignity and for women as persons with full human rights; advocacy for women so that their voices are heard; cultural sensitivity, including working with women and health care providers to overcome those cultural practices that harm women and babies; **a focus on health promotion and disease prevention which views pregnancy as a normal life event.**”*

International Confederation of Midwives (ICM)

*„[...] dass den Pflegenden und Hebammen [...] bei der Sicherstellung von **hochwertigen, zugänglichen, chancengleichen, effizienten und gegenüber den Rechten und sich wandelnden Bedürfnissen der Menschen** aufgeschlossenen Gesundheitsdiensten, die die Kontinuität der Versorgung sichern, eine Schlüsselrolle zufällt, die zudem immer wichtiger wird.“*

WHO (2000): *Erklärung von München - Pflegende und Hebammen - ein Plus für die Gesundheit*

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Methodik

1.1.1 Hintergrund

Die Grundlagen der Wirksamkeit bilden die Evidenz in der Planungsphase und die Qualität der Durchführung in der Umsetzungsphase. Die auf Evidenz basierende klinische Praxis beinhaltet die Integration von klinischer Expertise, Patientenpräferenzen und externer Evidenz aus systematischer Forschung. Evidenzbasierte gesundheitliche Versorgung umfasst zusätzlich die Berücksichtigung epidemiologischer, ökonomischer und sozialer Gesichtspunkte (Medizinalrat Universität Witten/Herdecke).

Obwohl jegliche Intervention auf der bestmöglichen Evidenz basieren sollte, wird geschätzt, dass 30 bis 45% der Patientenbehandlungen nicht notwendig oder sogar schädlich sind (McGlynn 2003). So bekamen lediglich 19% der Erstgebärenden in England die empfohlene Eins-zu-Eins-Betreuung unter der Geburt (Redshaw 2007). In welchem Maß die Implementierung von Evidenzen erfolgreich ist, hängt auch von den Strukturen des jeweiligen Gesundheitssystems ab.

Ungenügende und qualitativ unzureichende Betreuungen haben nicht nur eine erhöhte Mortalität zur Folge, auch liefern sie einen Beitrag zu akuter, chronischer und physischer und psychischer Morbidität (Koblinsky 2012). Daraus resultieren bleibende Effekte auf die Gesundheit von Mutter und Kind, welche dauerhaft anfallende Kosten für das Gesundheitssystem verursachen. Zusätzlich verringern sie die Chance der Familien, der Armut zu entkommen (WHO 2005). Schlechte maternale und neonatale Versorgung haben einen negativen wirtschaftlichen Effekt auf Gemeinschaften und Länder (Marmot 2012).

Nicht nur das Fehlen von Betreuung oder der Mangel an Mitteln, sondern auch die Steigerung der Interventionsrate gibt weltweit Anlass zur Sorge. Unnötige Interventionen während Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebenswochen, verbunden mit dem Risiko von iatrogenen Schädigungen der Frauen und Neugeborenen, nehmen in Ländern mit hohem Einkommen und mit mittlerem und niedrigem Einkommen zu (Adam 2005, Johanson 2002).

Die Sectorate betrug 2013 bereits 29,4% (Statistik Austria) und veranlasste den Obersten Sanitätsrat des Bundesministeriums für Gesundheit, in einer Arbeitsgruppe Empfehlungen auszuarbeiten, um ein weiteres Ansteigen der Kaiserschnittzahlen ohne zwingende medizinische Indikation zu vermeiden. Diese wurden in einem Newsletter veröffentlicht (Fally-Kausek 2014).

Bei genauerer Betrachtung von Entbindungen, die weder als „Sectio“ noch als „vaginal-operativ-beendet“ dokumentiert wurden, kann eine steigende Interventionsrate auch bei „normalen“ Geburten beobachtet werden. Bei „spontanen-vaginalen Geburten“ finden zunehmend Geburtseinleitungen, Wehenmittelgaben und Nachtastungen statt (Schäfers 2011 S. 78). Die Kosten für eine hohe Interventionsrate sind substantiell (Gibbons 2012). In aktuellen Reviews von Hodett (2012) und Sandall (2013), in denen hebammengeleitete Versorgungsmodelle mit ärztlich geleiteten medizinischen Betreuungsangeboten verglichen wurden, konnte unter Hebammenverantwortung eine geringere medizinische Interventionsrate während der Geburt, ohne erhöhte Risiken für Mutter und Kind, sowie eine größere Zufriedenheit der Mütter festgestellt werden.

Die Notwendigkeit zur effektiven, nachhaltigen und budgetären Verbesserung der Qualität der geburtshilflichen Betreuung ist gegeben. Immer mehr Public Health Experten (Requejo 2012) (WHO The World Health Report 2005, S. 71) empfehlen eine First-Level-Betreuung für alle Mütter und Neugeborenen: demedikalisiert, aber professionell, in hebammengeleiteten Einrichtungen, im Hintergrund ein Backup-System mit frauenärztlicher und technischer Unterstützung. Eine Verschiebung auf Systemebene von intra- zu extramural, von Risikoorientierung hin zu Stärkung von Ressourcen steht bevor.

Hebammenbetreuung im Setting der jungen Familien und im Rahmen von Primärversorgungskonzepten scheint auch für Österreich eine Option zu sein. Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass, hebammengeleitete Kreißsäle, ambulante Geburt mit Wochenbettbetreuung zu Hause, Stillberatung während der gesamten Stillperiode, kontinuierliche, individuelle Betreuung durch alle Phasen der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und des ersten Lebensjahrs, Ernährungsberatung und Beckenbodentraining sind Leistungen, die Hebammen anbieten können und dürfen (Bundeshebammengesetz BGBl. Nr. 310/1994).

1.1.2 Fragestellung

Die Analyse von bestehenden Hebammendiensteleistungen in Hinblick auf Planungsqualität, Versorgungsstruktur, Durchführung, Wirkergebnissen und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der jungen Eltern liefert die Grundlage für die Weiterentwicklung von Betreuungskonzepten für (werdende) Familien. Evaluierung ist ein Schritt auf dem Weg zur Systemänderung. Anhand der Ergebnisse einer fundierten Evaluierung können Qualitätsmerkmale sichtbar gemacht werden. Diese Merkmale bilden die Eckpunkte der Versorgungssysteme.

Die Fragestellungen lauten daher:

- 1) Mit welcher Methodik können Hebammendiensteleistungen im extramuralen Bereich evaluiert werden?**
- 2) Können einheitliche Qualitätsindikatoren für die Hebammenarbeit im extramuralen Bereich abgeleitet werden?**

In dieser Arbeit wird anhand drei bestehender Projekte die Evaluierung von Hebammenleistungen untersucht:

1. Die Planung der Evaluierung der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung in der Schwangerschaft (siehe Kapitel 2).
2. Eine sekundäre Datenanalyse des außerklinischen Geburtenregisters (siehe Kapitel 3).
3. Die Entwicklung und Durchführung eines Audits zur Qualitätssicherung in einer Hebammengruppenpraxis, in der das gesamte Hebammenleistungspaket (außer die direkte Geburtsbetreuung) angeboten wird (siehe Kapitel 4).

1.1.3 Methodik zur Evaluierung der Hebammenleistungen

Versorgungsforschung stützt sich auf die umfassende Evaluierung von Programmen unter Einsatz verschiedener Instrumente: epidemiologische Methoden, Evidenzsynthese, Organisationsanalyse, Methoden zur Erfassung und Bewertung der Lebensqualität, Analyse von Routinedaten und Registern, Methoden der qualitativen Forschung, gesundheitsökonomische Berechnungen und Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (Neugebauer 2011, S. 266-268).

Zur Analyse der oben angeführten drei Projekte werden viele Methoden eingesetzt. Evidenzsynthese auf Basis von Literaturanalysen, die Nutzung von zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten sowie die Auswertung des Hausgeburtenregisters seien hier erwähnt. Elemente aus den Qualitätssicherheitstheorien und der Organisationsforschung werden im Rahmen des Audits benutzt. Die Untersuchung der Änderung der Lebensqualität der Mütter als Folge der Hebammenbetreuung sowie die Durchführung einer Kosten-Nutzen-Rechnung sind (bis jetzt) kein Bestandteil der bestehenden Projekte. Diese Elemente der Evaluierung werden daher kein Thema dieser Arbeit sein.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken MIDIRS, Medline, The Cochrane Library, Maternity and Infant Care Database, PubMed, ScienceDirect College Edition und CINAHL

mehrfach durchgeführt. Zusätzlich wurde eine freie Suche im Internet ausgeführt. Für Health-Technology-Assessment Berichte wurden die Centre-for-Reviews-and Dissemination (CRD-Datenbank) der Universität von York durchforstet (<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>). Aus der Bibliothek der FH JOANNEUM und der Medizinischen Universität Graz konnte darüber hinaus weitere relevante Literatur entlehnt werden. In Anlehnung an das Schema von Stahl (2008) zur kritischen Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten wurde die ausgewählte Literatur in weiterer Folge kritisch gelesen, bewertet und einbezogen oder ausgeschlossen.

Seit dem 1. November 2013 wird österreichweit im Rahmen des **Mutter-Kind-Pass-Programms eine Hebammenberatung** zwischen der 20. und 22. Schwangerschaftswoche angeboten, um das Gesundheitsverhalten der Schwangeren zu verbessern und die Kaiserschnittquote zu verringern. Beratungen zu den Themen Rauchentwöhnung, Ernährung, Stillen, Ort der Geburt usw. werden von Hebammen durchgeführt. Laut Auskunft der Zentralkanzlei des Österreichischen Hebammengremiums wurden vom 1. März bis Ende November 2014 in Österreich bereits mehr als 7.000 Beratungen registriert, dies entspricht circa 10% der Schwangeren.

Die Planung der Evaluierung der Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass erfolgte im Auftrag des Österreichischen Hebammengremiums und befindet sich noch in der Verhandlungsphase mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen. In Kapitel 2 werden die gesetzlichen Grundlagen, die Ziele und Visionen sowie die Evaluierungsschritte beschrieben, gefolgt von der Theorie des Wirkungsnachweises der Gesundheitsförderung. Eine Literaturanalyse wird eingesetzt zum Nachweis der Relevanz der Beratungsthemen und zur Erfassung möglicher Methoden der Bedarfsbestimmung (Assessment). Die Grundstruktur der Evaluierung der Gesamtintervention wird auf Basis des Modells Quint-Essenz der Gesundheitsförderung Schweiz geplant.

Das **Außerklinische Geburtenregister** erfasst seit 2006 geplante Hausgeburten und Geburten, welche in Geburtshäusern und Entbindungsheimen stattgefunden haben. Das Register umfasst Daten von mehr als 2.000 Geburten aus ganz Österreich. Eine sekundäre Datenanalyse wurde in Zusammenarbeit mit Dr. Oberaigner und Mag. Leitner des Instituts für klinische Epidemiologie der Tilak in Innsbruck durchgeführt. In die Datenanalyse des Zeitraumes von 2008 bis 2009 war zusätzlich Frau Oblasser involviert.

Epidemiologische Daten sind eine unabdingbare Voraussetzung für die Analyse gesundheitlicher Problemstellungen und von Lösungsansätzen, sie sind als Instrumente der Evaluationsforschung zu sehen. Das klassische Modell der

Hebammenbetreuung - Schwangerschaftsbegleitung, Geburtsbetreuung und Nachsorge im Wochenbett - konzentriert sich auf die „normale“ Geburt. Das Sichtbarmachen der physiologischen Abläufe ist im Gegensatz zu der auf Pathologie-Screening fokussierten medizinischen Denkweise ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung neuer Betreuungsmodelle, die auch in der klinischen Geburtshilfe (zum Beispiel im Modell „Hebammengeleiteter Kreißsaal“) eingesetzt werden können.

Register können zu Qualitätsinstrumenten werden, wenn Indikatoren und Benchmarks aufgestellt werden können. Basierend auf den Ergebnissen der Datenanalyse werden Indikatoren für die Hausgeburtshilfe erläutert.

Im vierten Kapitel wird die Planung und Durchführung eines **Audits** - eine Besichtigung vor Ort zwecks Überprüfung der Qualität - beschrieben. Dieses Projekt wurde an der Fachhochschule JOANNEUM, Institut für Hebammenwesen, in Auftrag eines externen Instituts umgesetzt. Irmtraud Waldner, Hebamme und Soziologin, war maßgeblich daran beteiligt. Auf Basis der Literaturanalyse wurde die Struktur der Checklisten unter Zuhilfenahme von international anerkannten und über das Internet leicht zugänglichen Leitlinien erarbeitet. Mindeststandards wurden festgelegt und deren Einhaltung vor Ort überprüft. In Absprache mit den Auftraggebern und den beteiligten Hebammen, wurden zwei Ergebnisindikatoren benannt: die Stilldauer und die Wiederaufnahme der Mütter in den ersten sechs Wochen. Diese Daten konnten im Rahmen einer telefonischen Zufriedenheitsbefragung erhoben werden.

1.2 Hebammenbetreuung im extramuralen Bereich

1.2.1 Versorgungsstruktur der Geburtshilfe in Österreich

Im Jahr 2013 wohnten in Österreich 4.352.447 **Frauen** (Gesamtbevölkerung 8.507.786). Eine nicht-österreichische Staatsangehörigkeit hatten 12,2% der Frauen (Statistik Austria 2013). Die Gesamtfertilitätsrate (durchschnittliche Kinderzahl pro Frau) betrug 1,44. Die niedrigste Gesamtfertilitätsrate konnte mit 1,28 in Burgenland verzeichnet werden, die höchste in Oberösterreich mit 1,55. Das Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes stieg stetig an, von 26,6 Jahren im Jahr 2003 auf 28,8 Jahre zehn Jahre später. Im Jahr 2013 sind 426 Kinder perinatal (das heißt ab der 24. Schwangerschaftswoche bis zum siebten Tag nach der Geburt) verstorben, damit betrug die perinatale Mortalität 5,4% (Statistik Austria, demographische Indikatoren 2013).

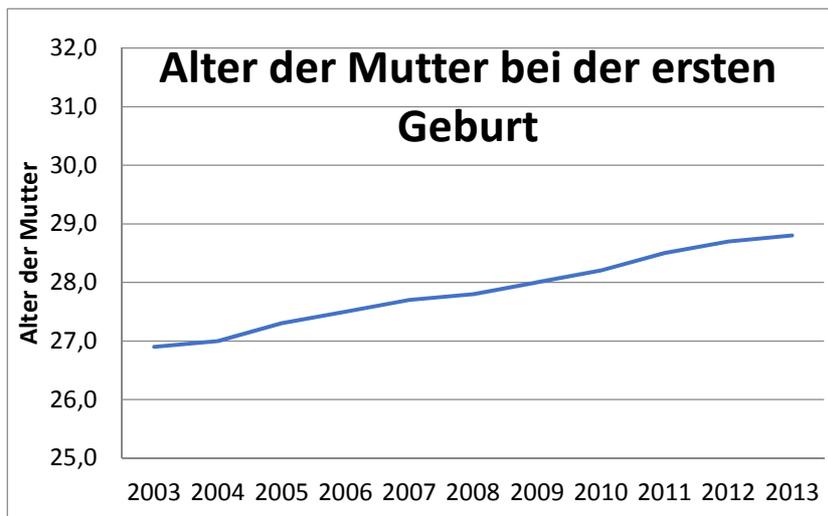


Abbildung 1. Alter der Mutter bei der ersten Geburt.
Anmerkung: Datenquelle Statistik Austria

Die **Anzahl der Geburten** hat sich in den letzten 20 Jahren verringert: im Jahr 1991 wurden noch 94.629 Lebendgeburten registriert, im Jahr 2013 waren es 79.330. Dies entspricht einer Reduktion um 16,2%. (Statistik Austria Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 28) Von den 79.330 Geburten fanden 78.145 in einem Krankenhaus statt (98,5%). Im Haus der Mutter fanden 919 Geburten statt (1,2%), 191 in einem Entbindungsheim oder in der Wohnung der Hebamme (0,2%). (16 Geburten ereigneten sich beim Transport, bei 57 Geburten wurde „sonstiger Niederkunftsort“ angegeben, insgesamt 0,09%) (S. 114).

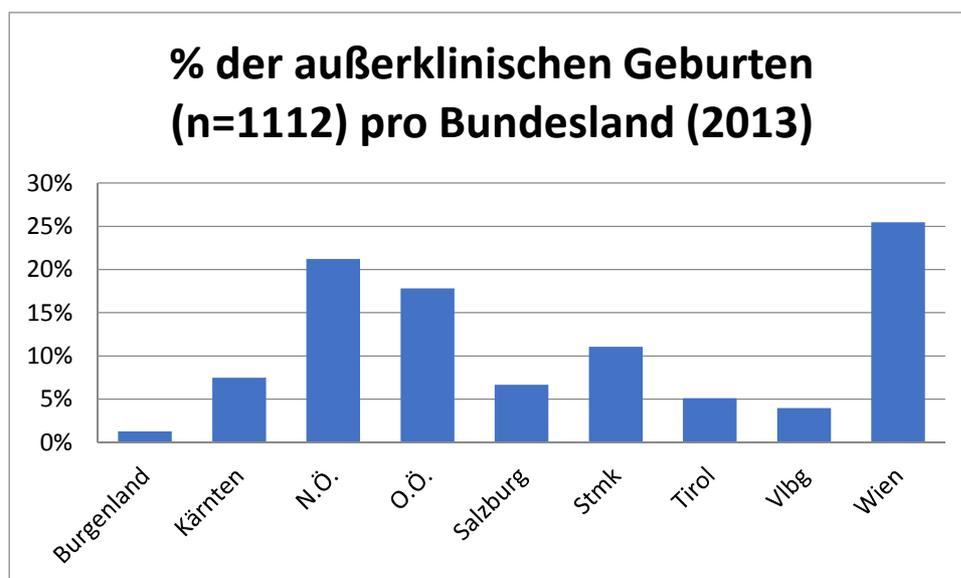


Abbildung 2. Verteilung außerklinische Geburten nach Bundesland in 2013.
Anmerkung. Ohne Geburten beim Transport und an sonstigen Niederkunftsorten. Datenquelle: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013, S. 114.

In den meisten westlichen Ländern ist in den vergangenen Jahrzehnten die **Kaiserschnittrate** massiv gestiegen. 2003 betrug die Sectiorate in Österreich 22,1% (S. 31), 2013 wurden bereits 29,4% verzeichnet, wobei auffällt, dass die Steiermark mit 33,1% (2013) die höchste Rate aufwies (Jahresbericht Gesundheitsstatistik 2013, Statistik Austria S. 114). Die WHO empfiehlt eine Sectiorate von höchstens 15% (Gibbons 2010, S. 4). In Europa wies Italien im Jahr 2012 die höchste Kaiserschnittrate (37%) auf. Weitere Länder mit Raten von über 30% waren Ungarn, Portugal, Schweiz, UK, Polen und Deutschland. Die im OECD-Vergleich niedrigsten Kaiserschnittraten von 15% bis 17% hatten die nordischen Länder Island, Finnland und Norwegen sowie die Niederlande und Slowenien (2011). Österreich lag 2012 mit rund 29% leicht über dem OECD-Durchschnitt von 27%. In Neuseeland werden 24,2% der Lebendgeborenen per Kaiserschnitt auf der Welt gebracht. (OECD, Health at a Glance 2014, S. 98-99).

Die **Gesamtanzahl der Gynäkologen** in Österreich beträgt laut OECD-Bericht 38,1 pro 100.000 Frauen, der OECD Durchschnitt liegt bei 27,3 Frauenärzten. In Neuseeland sind 14,5 Ärzte pro 100.000 Frauen in Krankenhäusern und als niedergelassener Arzt / niedergelassene Ärztin tätig (OECD 2014 S. 68). Die Anzahl der Hebammen im OECD-Durchschnitt liegt bei 69,9 Hebammen pro 100.000 Frauen. In Ländern, in denen Hebammen in das Primärversorgungssystem eingebunden sind, ist die Versorgungsstruktur sehr unterschiedlich: in Neuseeland arbeiten 112,8 Hebammen pro 100.000 Frauen, in den Niederlanden lediglich 31,1 Hebammen. Im OECD-Bericht 2013 ist die Angabe für Österreich nicht repräsentativ. Nur Hebammen, die im Krankenhaus arbeiten, werden mit 30,1 Hebammen pro 100.000 Frauen aufgelistet. Insgesamt waren aber 1.942 Hebammen im Register des Österreichischen Hebammengremiums gemeldet. Darunter sind neben den freiberuflich arbeitenden Hebammen auch jene aufgeführt, die vorübergehend nicht im Arbeitsprozess stehen, beispielsweise wegen Mutterschutz und Karenz.

In 2013 wurden Schwangere und Gebärende in 82 **geburtshilflichen Abteilungen**, in privaten sowie öffentlichen Krankenanstalten, betreut. In den letzten acht Jahren wurde in Österreich eine Zentralisierung der Geburtenabteilungen vollzogen. Kleine Einrichtungen mit weniger als 500 Geburten pro Jahr wurden zugesperrt. In der Steiermark waren geburtshilfliche Abteilungen von drei Krankenhäusern betroffen; die Türen der Kreißsäle im LKH Bruck an der Mur, LKH Wagner und LKH Voitsberg wurden am 1. Januar 2013 endgültig geschlossen. Auch die Verweildauer verkürzte sich. Die mediane Liegedauer nach der Geburt war bei den vaginalen Geburten drei Tage (2013) im Vergleich zu 6,3 Tagen im Jahr 1990, bei den Sektionen fünf Tage (2013) (Oberaigner 2014, S. 5). Hebammen können bei einer vorzeitigen Entlassung, das heißt eine

Entlassung vor dem vierten Tag nach der Geburt, die Wochenbettbetreuung zu Hause über das Vergütungssystem des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) abrechnen. Die Anzahl der häuslichen Betreuungsfälle ist laut Angaben des ÖHG deutlich gestiegen, allerdings gibt es keine offiziellen Zahlen dazu. Der Anteil der ambulanten Geburten (Mutter und Kind verlassen das Krankenhaus innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt) wurde im Jahresbuch der Gesundheitsstatistik 2013 mit 1,9% aller Geburten angegeben. Im Jahresbericht 2013 des Geburtenregisters Österreich wird diese Zahl spezifiziert: 7,2% der Vaginalgeburten wurden ambulant betreut (Oberaigner 2013, S. 5).

1.2.2 Verschiebung der Beschäftigung der Hebammen

Der **Beschäftigungsbereich der Hebammen** hat sich in den letzten zehn Jahren massiv in Richtung des niedergelassenen Bereichs verlagert. Zum einen bieten extramurale Gesundheitseinrichtungen Beschäftigungsmöglichkeiten: Ambulatorien, Hebammenpraxen sowie Gesundheitsabteilungen und Institutionen der Gebietskörperschaften. Dazu gehören insbesondere die Einrichtungen der Mütterberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren sowie Geburtshäuser und Sanatorien. Zum anderen können Hebammen im niedergelassenen Bereich laut Hebammengesetz BGBl. Nr. 310/1994, die Betreuung in der Schwangerschaft, die Geburtsbegleitung als Beleghebamme oder als Hausgeburtshebamme, das Wochenbett zu Hause, Rückbildung- und Beckenbodentraining sowie Still- und Ernährungsberatung für Mutter und Säugling selbständig und eigenverantwortlich durchführen.

Seit 1997 hat sich das Arbeitsfeld der extramural tätigen Hebammen deutlich weiter entwickelt. Im Jahr 2006 waren 221 Hebammen in der Steiermark gemeldet. Davon arbeiteten 114 ausschließlich im Angestelltenverhältnis bei der Steiermärkischen Krankenanstalten Gesellschaft (KAGes). Auf selbständiger Basis arbeiteten 32 Hebammen, und 75 Hebammen waren sowohl als Angestellte als auch in der freien Praxis tätig. 2012 gab es weniger Hebammen im reinen Angestelltenverhältnis. Von 251 Hebammen waren 97 nicht selbständig, 40 Hebammen waren selbständig, und 114 Hebammen arbeiteten sowohl als Angestellte als auch in der freien Praxis. 2012 arbeiteten somit insgesamt 47 Hebammen mehr im extramuralen Bereich als 2006 - ein Trend, der sich im Stellenplan der Sozialversicherungen für niedergelassene Kassenhebammen nicht widerspiegelt (die Daten stammen vom Österreichischen Hebammengremium ÖHG – Landesgeschäftsstelle Steiermark).

Die Motivation zu immer früheren Entlassungen kommt zum einen durch die Finanzierung über das pauschalierte LKF-Punktesystem zustande, zum anderen durch

die Reduzierung der Gesamtzahl an Akutbetten. Eine kürzere Belegdauer bei gleichbleibendem Kostenersatz wird aus diesem Blickwinkel selbstverständlich attraktiv, besonders aus dem Blickwinkel einer angespannten Krankenhausfinanzierung. Für die postnatale Periode ist diese Entwicklung bei gesunden Müttern und Neugeborenen auch umsetzbar, allerdings nur unter der Prämisse, dass junge Mütter und ihre Babys ihre im ASVG gesicherten Ansprüche auf Wochenbettbetreuung kostenlos und ohne Barrieren in Anspruch nehmen können. Die Versorgungsstruktur im extramuralen Bereich hat sich allerdings nicht angepasst - der Stellenplan der Hebammen wurde seit 1997 nicht revidiert.

Die Zahl der Vertragshebammen pro Bundesland ist in einem Stellenplan festgelegt, welcher 1997 auf Landesebene zwischen örtlich zuständiger Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesgeschäftsstelle des Österreichischen Hebammengremiums nach regionalen Bedarfskriterien vereinbart worden ist. Planstellen können nur von einer Einzelhebamme mit Niederlassungsbewilligung besetzt werden, Gruppenpraxen sind im Vertrag nicht vorgesehen.

Für die Steiermark sind 27 Planstellen festgelegt worden. Planstellen können nur von einer Einzelhebamme mit Niederlassungsbewilligung besetzt werden, Gruppenpraxen sind im Vertrag nicht vorgesehen. Seit dem 30.6.2014 sind zehn Kassenstellen unbesetzt, davon die vier Kassenstellen in der Stadt Graz. (Quelle: ÖHG, Landesgeschäftsstelle Steiermark)

Tabelle 1 Berufsausübung Hebammen 2011

Bundesland	ausschließlich Freipraktizierende	Nur in Krankenanstalten tätig	In Freipraxis und Krankenanstalten tätig	Hebammen insgesamt)	Auf 100.000 der Bevölkerung
Österreich	288	679	978	1.945	23,0
Burgenland	6	13	35	54	18,9
Kärnten	23	26	109	158	28,3
Niederösterreich	46	74	209	329	20,3
Oberösterreich	33	141	164	338	23,9
Salzburg	22	35	72	129	24,2
Steiermark	40	97	114	251	20,7
Tirol	34	88	73	195	27,3
Vorarlberg	21	33	42	96	25,8
Wien	63	172	160	395	22,8

Anmerkung. *) inklusive karenzierte und teilzeitbeschäftigte Hebammen. Datenquellen: ÖHG erstellt am 25.09.2012. In: Statistik Österreich – Hebammen Berufsausübung. Quelle: Statistik Austria http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html Download am 10.3.2013

1.2.3 Finanzierung der Hausbesuche

Die Phase nach der Geburt wird eingeteilt in ein sogenanntes „frühes Wochenbett“ bis zum 10. Lebenstag des Kindes und ein „spätes Wochenbett“ bis acht Wochen nach der Geburt (Mändle 2007, S. 531).

Diese Phasen sind vor allem gekennzeichnet durch rasante körperliche Veränderungen: Rückbildung der Gebärmutter, Etablierung der Milchbildung, Wiederfinden des hormonellen Gleichgewichts, Anpassung des Blut- und Flüssigkeitshaushalts sind einige Vorgänge, welche der Körper der Frau durchlaufen muss, um sich dem Zustand vor der Schwangerschaft wieder anzunähern. Allein vor dem Hintergrund dieser körperlichen Beanspruchung wird deutlich, dass die Zeit des Wochenbetts eine besonders sensible Phase für die Entwicklung krankhafter Zustände ist. Zusätzlich löst das Leben mit einem Neugeborenen emotionale und soziale Veränderungsprozesse aus, welche die Entstehung von Krankheiten begünstigen können. So muss eine Geburt als ein Ereignis im Leben einer Frau betrachtet werden, das deren physische und psychische Gesundheit bis weit ins erste Lebensjahr beeinflussen kann (Schäfers (2011)). Viele europäische Krankenversicherungen sehen Betreuungskonzepte in dieser vulnerablen Periode vor.

Die Sozialversicherungen in Österreich vergüten die Schwangerschaftsbetreuung, allerdings nur im Rahmen einer geplanten Hausgeburt (vier bis sieben Kontakte in der Schwangerschaft) sowie einer ambulanten- oder vorzeitigen Entlassung (ein Kontakt bis zwei Kontakte in der Schwangerschaft). Schwangerenvorsorge ist daher nicht für alle Frauen kostenlos zugänglich. Die Geburtsbegleitung ist nur dann möglich, wenn eine Hausgeburt angestrebt wird. Auch die Nachsorge bis acht Wochen nach der Geburt ist anhand der Entlassungstage reglementiert, bis zu zwölf Hausbesuche können in Anspruch genommen werden. Verweilt eine Wöchnerin nach einer Spontangeburt länger als drei Tage im Krankenhaus oder nach einer Kaiserschnittentbindung länger als fünf Tage, verliert sie ihren Anspruch auf kostenlose Hebammennachsorge. Lediglich ein kleiner Teil der Hebammendiensteleistungen wird innerhalb der ASVG versichert. Geburtsvorbereitung, Geburtsbegleitung, Stillberatung über die ersten acht Lebenswochen hinaus, Beckenbodentraining sowie Pflege- und Beratung zu Beikost-Einführung sind nicht inkludiert und als Privatleistung zu bezahlen. Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) wird die Betreuung der Wöchnerin bis acht Wochen nach der Geburt gemäß §157 sichergestellt. Ein Gesamtvertrag, welcher zwischen der Landesvertretung der Hebammen - dem Österreichischen Hebammengremium (ÖHG) - und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 1997 abgeschlossen wurde, regelt die Einzel-

Vertragsvergabe. Die Möglichkeit, Hausbesuche durchzuführen sind ein essentieller Bestandteil des Vertrags. Wenn die Hebamme unter Kassenvertrag ihre Leistungen anbietet, werden die Hausbesuche inklusive Fahrtkosten bzw. die Ordinationsbesuche direkt mit der jeweiligen Krankenkasse verrechnet. Arbeitet eine Hebamme als Wahlhebamme, also ohne Kassenvertrag, hat die Wöchnerin das Privathonorar direkt an die Hebamme zu zahlen. Über die Sozialversicherung kann die Wöchnerin 80% des Betrags, den die nächstgelegene Vertragshebamme als Honorar und Reisekostenersatz erhalten hätte, zurückfordern.

1.2.4 Evidenzlage Hausbesuche

Die Anzahl der postpartalen Kontakte ist immer von mehreren Faktoren abhängig – beispielsweise vom Gesundheits-/Allgemeinzustand oder von der Verweildauer der Frauen und Neugeborenen im Krankenhaus. Grundsätzlich ist laut derzeitiger Evidenzen (basierend auf internationalen Leitlinien, beispielsweise der WHO) im Allgemeinen zumindest ein Hausbesuch in der ersten Woche postpartal vorzunehmen. Es können aus verschiedenen gewichtigen Gründen wesentlich mehr Hausbesuche erforderlich sein (Gelbsucht, Gewichtsverlust, Stillschwierigkeiten...). Aufgrund vorliegender Zahlen der durchschnittlichen Verweildauer von Frauen des Hebammenzentrums Voitsberg sind in den meisten Fällen mehrere Hausbesuche in der ersten Woche postpartal durchzuführen.

Weitere Kontakte (nach der ersten Woche) können entweder als geplante Hausbesuche oder in einer Ordination stattfinden. Laut Evidenzen (ebd.) als Mindestmaß einer im Zeitraum vom 7. bis 14. Tag und ein Kontakt sechs Wochen nach der Geburt. Infolge verschiedener Ursachen können auch hier Hausbesuche weiterhin zwingend notwendig sein. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) in Österreich sieht acht bis 13 Hausbesuche nach der Geburt, abhängig vom Entlassungstag, vom Geburtsmodus (spontan oder Kaiserschnitt) und vom Gesundheitszustand vor. Die idealere Variante - Haus- oder Ordinationsbesuch - ergibt sich aus den situationsbedingten Umständen und der Kontaktursache und kann nicht pauschal vorgeschrieben werden. Generell macht eine steigende Sectiorate häufigere Hausbesuche erforderlich, da die Mütter mit ihren Kindern in der ersten Zeit postoperativ nicht entsprechend mobil sein können.

Um die Evidenzlage für Hausbesuche zu untermauern, wird zusätzlich ein aktueller, ausführlicher Bericht des Ludwig Boltzmann Instituts (LBI 2012) herangezogen. Dieser beschäftigte sich mit der Wirksamkeit von aufsuchenden Hilfen im Geburtskontext bei

Zielgruppen mit Belastungsfaktoren. Die Ergebnisse sollen folgend kurz wiedergegeben werden. Es gibt Hinweise auf

- eine positive Beeinflussung der Mütter, beispielsweise eine erhöhte Feinfühligkeit gegenüber den Kindern, eine Senkung der Prävalenz von postpartaler Depression, mehr stillende Frauen, eine Verbesserung in der Qualität der sozialen Kontakte.
- eine Wirksamkeit bezüglich kindersicherer Umgebung.
- eine bessere Mutter-Kind Interaktion.
- eine verbesserte soziale/emotionale Entwicklung des Kindes (mit Hinweisen für eine Wirksamkeit hinsichtlich Kindeswohlgefährdung).

1.3 Was wünschen sich Frauen?

Das soziale und familiäre Leben der Frauen hat sich in dem letzten Jahrzehnt geändert. Mütter bekommen ihre Kinder in höherem Alter, bleiben im Arbeitsprozess und leben alleine oder in Partnerschaften. Eine Verschiebung der traditionellen Mutterrolle hin zu einer großen Diversität in der Auffassung von Mutterschaft erfordert auch mehr Wahlmöglichkeiten bei der Betreuung während der gesamten Phase rund um die Geburt. Gleichzeitig entwickeln sich neue professionelle Haltungen der Fachpersonen in Folge finanzieller Strukturanpassungen und neuer Organisationsformen im Gesundheitswesen. Die daraus entstehende Spannung zwischen Systemanforderungen und individuellen Bedürfnissen der Frauen birgt sowohl Risiken als auch Chancen. Die Wünsche und Erfahrungen der Frauen in der Planung, Umsetzung und Evaluierung von Hebammenbetreuung und in geburtshilflichen Konzepten zu berücksichtigen, ist ein essentieller Bestandteil der erfolgreichen Umsetzung; sie bilden das Fundament.

Studien, welche die Wünsche und Erfahrungen untersuchen, setzen verschiedene Methoden ein, zum Beispiel Befragungen (Online und per Post), Interviews, Beobachtungen von Betreuungen und Gruppendiskussionen. Die Dokumentation der Meinungsvielfalt von Frauen zielt darauf ab, Verbesserungspotenzial zu identifizieren und Veränderungen einzuleiten. Schriftliche Fragenbögen, die den Frauen nach der Entbindung in der Klinik mitgegeben werden, gehören auch in Österreich bereits zur Standardprozedur (Kages 2011). Im niedergelassenen Bereich werden in Österreich kaum Befragungen durchgeführt, eine Analyse der Zufriedenheit der Frauen mit dem Hebammenzentrum Wien ist eines der wenigen Beispiele (Reiter 2007).

Die Befragungen konzentrieren sich auf folgende Kernthemen: Welche Wahlmöglichkeiten wurden den Frauen angeboten? Welche Optionen hätten Frauen sich gewünscht? Welche Aspekte der Betreuung sind wichtig für Frauen und deren Partner? (Garcia 2003, S. 83).

Wahlfreiheit ist für Frauen wichtig, wenn es um die Wahl der Betreuungspersonen geht, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett begleiten sollen, um die Wahl des Geburtsorts und des Geburtsmodus. Eine nationale Befragung im Vereinigten Königreich Großbritannien (MORI-Studie 1993) kam zu der Schlussfolgerung, dass 49% der Frauen keine Wahlmöglichkeit angeboten und 23% kaum eine Alternative vorgestellt worden sei (Rudat 1993).

Welche Aspekte ihrer Betreuung erachten Frauen als wichtig? In der MORI-Untersuchung wurden folgende Frage gestellt: „Wenn Sie wieder schwanger wären und gebären würden, was wäre Ihnen am wichtigsten in Hinblick auf die Ihnen zukommende Betreuung?“. Diese Frage wurde in offener Form gestellt, ohne vorgefertigte Kategorien ankreuzen zu müssen. Frauen priorisierten:

- Ständige Betreuung durch dieselbe Hebamme, Ärztin, denselb. Arzt 19%
- Mehr Erklärung über das, was gerade passiert 13%
- Mehr direkte Begleitung und Unterstützung 13%
- Mehr Bestätigung / Beruhigung 8%
- Dass einem zugehört wird, dass man behandelt wird als eine Person 8%
- Mehr persönliche Aufmerksamkeit 8%
- Mehr bzw. regelmäßige Kontrollen und Untersuchungen 7%
- Bestätigung, dass das Baby in Ordnung sei 7%

Garcia (1997) gab Frauen bei der Entlassung eine Liste mit vorgefertigten Antworten mit, welche nach Wichtigkeit eingestuft werden sollten: „Wie wichtig ist für Sie, dass die Betreuung...?“ (S. 87)

- von Fachpersonen wie Hebamme oder Arzt / Ärztin durchgeführt wird? 98%
- Informationen über die Betreuung gegeben werden? 93%
- dass Sie freundlich behandelt werden? 91%
- dass Sie respektvoll behandelt werden? 88%
- dass die Betreuung angenehm ist? 66%
- dass Sie selbst die Entscheidungen treffen können? 76%
- dass Sie von jemandem betreut werden, den Sie kennen? 45%

Homer (2009) fasst die zentralen Wünsche an die Hebammenbetreuung zusammen: „Hebammen müssen die Bedürfnisse der Frauen ins Zentrum stellen, sichere und unterstützende Betreuung gewährleisten und dies, wenn notwendig, in guter Zusammenarbeit mit anderen Professionen.“ (S. 673).

1.4 Kontinuierliche Betreuungsmodelle in der Primärversorgung in Neuseeland

Die Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett wird in Österreich fragmentiert, in verschiedenen Zeitabschnitten durch verschiedene Fachpersonen an verschiedenen Orten geleistet. Dem gegenüber steht das Konzept der kontinuierlichen Betreuung: Begleitung durch dieselben Betreuungspersonen oder eine kleine Gruppe von Fachkräften während der gesamten Periode von Schwangerschaft bis weit hinein in die postnatale Periode.

Der Maternity Service in Neuseeland war in den letzten zehn Jahren massiven Veränderungen unterworfen, von einer reinen auf das Krankenhaus orientierten Geburtshilfe hin zu einem Primärversorgungsmodell. Die Ergebnisse werden weltweit beachtet. Das Outcome für Frauen, die eine kontinuierliche Hebammenbetreuung erhalten, ist sehr gut, und die perinatalen Mortalitätsraten sind niedrig wie zuvor. Die Zufriedenheit der Frauen mit der Hebammenbetreuung ist hoch (Sandall 2013, Hodnett 2008).

Aus verschiedenen Cochrane Reviews von Hodnett (2008) und Sandall (2013) geht das Mifwife-Led Continuity-of-Care-Model (MLCC), in dem die Hebamme die primäre Gesundheitsbetreuerin ist, jedes Mal als das beste geburtshilfliche Versorgungsmodell hervor. Die Ergebnisse sind besser als beim reinen Medical-Led-Care-Model (Gynäkologe oder Hausarzt sind die Betreuungspersonen an erster Stelle) oder dem Shared-Care-Model (ein Team von diversen Fachpersonen teilt sich die Betreuung). Das Mifwife-Led Continuity-of-Care-Model (MLCC) stützt sich auf zwei Grundannahmen: Schwangerschaft und Geburt sind physiologische Prozesse. Die Frau spielt die zentrale Rolle darin.

Sandall (2010) kommt in ihrer Cochrane Review, die aus 13 Studien mit mehr als 16.000 inkludierten Frauen besteht, zu folgendem Ergebnis. In der Gruppe der hebammengeleitenden Betreuung besteht eine

- achtmal höhere Wahrscheinlichkeit für eine Betreuung unter der Geburt durch eine der Frau bekannten Hebamme.
- eine um 21% geringere Wahrscheinlichkeit einer Fehlgeburt unter der 24. Schwangerschaftswoche.

- eine um 19% geringere Wahrscheinlichkeit, regionale Analgesie in Anspruch zu nehmen.
- eine um 18% geringere Wahrscheinlichkeit einer Episiotomie (Dammchnitt).
- ein geringeres Risiko für Frühgeburt (RR 0.77, 95% CI 0.62 - 0.94).
- eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer spontanen vaginalen Geburt (RR 1.05, 95% CI 1.03 - 1.08).
- eine größere Chance, mit dem Stillen anzufangen.
- Zudem haben Frauen das Gefühl, die Kontrolle über das Geschehen zu haben.

Seit 1990 wird in Neuseeland eine große Systemveränderung vollzogen, von einer vollständig medikalisierten Geburtshilfe zu einem System der MLCC.

Die Betreuung wird rund um einen sogenannten Lead Maternity Carer (LMC) organisiert, den die Frauen selbständig auswählen – als LMC kommen Hebammen, Gynäkologen/Geburtshelfer oder Allgemeinmediziner in Frage. LMCs werden von der Regierung bezahlt, sie bekommen alle die gleiche Honorierung für ihre Leistung. LMCs übernehmen die Verantwortung für ihre Leistungen in Bezug auf die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett, so dass Frauen über diesen Zeitraum hindurch kontinuierliche Betreuung erwarten können. Betreuungen und Behandlungen, die eine Frau zusätzlich benötigt, aber der LMC nicht selbst durchführen kann / darf, werden von dem LMC koordiniert (ten Berge, 2014). Die Indikationen zur Überweisung sind in den „referral guidelines“ festgelegt (New Zealand Ministry of Health 2012). Laut Berichterstattung des Gesundheitsministeriums in Neuseeland wählten 92% der Frauen eine Hebamme als LMC, 87% der Gebärenden wurden von einer ihnen bekannten Fachperson unter der Geburt betreut (New Zealand Ministry of Health 2010).

Das Maternity Service ist ein einheitliches System mit drei Abstufungen: Primary, Secondary und Tertiary Maternity Care. In der Secondary Maternity Care sind Abteilungen so ausgerichtet, dass Kaiserschnitte durchgeführt werden können. Tertiary Maternity Abteilungen haben eine Frühgeburten-Intensivstation angeschlossen (insgesamt fünf in Neuseeland). Im tertiären Bereich fanden 45 % der Geburten statt, in sekundären Krankenhäusern 41%, im extramuralen Bereich der Primärversorgungen fanden 11% statt, zusätzlich 3% der Kinder wurden Zuhause geboren. Wenn eine Frau in das sekundäre System überwiesen wird, kommt sie jedoch spätestens post partum in das primäre System zurück, damit die Kontinuität der Betreuung durch einen LMC gewährleistet ist (New Zealand Ministry of Health 2010).

Die Basis des neuseeländischen Maternity Care Systems ist das „partnership model of care“ (New Zealand Royal college of midwives), in dem die Betonung auf einer gleichberechtigten Beziehung der Frau und der Hebamme liegt. Ausgegangen wird von der Philosophie, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett normale Vorgänge sind und vom Recht auf informierte Entscheidung. Die Rolle der Hebammen liegt in der Förderung von natürlichen Prozessen, nicht in deren Überwachung und Beherrschung. Alle Frauen werden nach der Geburt gebeten, einen anonymen Fragebogen auszufüllen, in dem die Arbeit der Hebamme beurteilt wird. Ihr Feedback dient der Hebamme und dem „Midwifery Standards Review Team“ zur Diskussion und Evaluierung der Hebammenarbeit und, falls notwendig, zu deren Verbesserung.

Das LMC-Modell ist die tragende Säule des Maternity Services, alle anderen Leistungen fügen sich nahtlos ein, damit jede Frau die individuelle Betreuung erhält, die sie benötigt.

Die Entwicklung von Primärversorgungskonzepten in der Geburtshilfe scheint auch für Österreich sinnvoll zu sein.

2 Evaluierung der Mutter-Kind-Pass Schwangerenberatung

2.1 Präambel

Seit dem 1. November 2013 können alle Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Programms eine einmalige einstündige Hebammenberatung kostenlos in Anspruch nehmen. Dieser Kontakt zwischen Hebamme und werdender Mutter ist explizit als Beratungseinheit unter anderem zu Themen wie gesunder Lebensstil, Modus der Geburt und Stillen gedacht.

„Die Beratung beinhaltet Informationen zum Verlauf einer Schwangerschaft, zur Geburt, zum Wochenbett, zum Stillen, über gesundheitsförderndes Verhalten in diesem Zeitraum und über weitere Unterstützungsmöglichkeiten“. (Homepage Bundesministerium für Gesundheit)

Ein klassischer Schwangerenvorsorge-Termin mit Blutdruckmessen, Herzton-Überwachung usw. ist nicht vorgesehen. Der ehemalige Gesundheitsminister Dr. Alois Stöger rechnete mit einer Teilnahme von 50% der Schwangeren, das sind circa 35.000 Hebammenberatungen pro Jahr. Diese Teilnahmequote soll nach drei Jahren, mit Ende 2016, erreicht worden sein. Die Beratung kann sowohl als Einzelberatung gestaltet werden als auch in der Gruppe umgesetzt werden.

Der Wunsch einer Evaluierung wurde seitens des Ministeriums deutlich ausgesprochen, ist aber nur im Gesamtvertrag mit den Sozialversicherungen festgelegt worden. Laut §12 des Gesamtvertrags über Mutter-Kind-Pass Leistungen durch freiberufliche Hebammen – kurz MKP Vertrag genannt, der zwischen Hauptverband der Sozialversicherung und dem ÖHG abgeschlossen wurde - erklären alle Vertragshebammen sich bereit, an einer Evaluierung teilzunehmen und die mit der vertragsgegenständlichen Beratung zusammenhängenden Daten in pseudonymisierter Form zur Verfügung zu stellen.

Um nach drei Jahren bereits Ergebnisse zu erzielen, ist es notwendig, in einer frühen Phase der Implementierung an der Planung der Evaluierung mitzuwirken. Dieses Kapitel widmet sich der Planung der Evaluierung der Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass.

2.2 Gesetzliche Voraussetzungen der Mutter-Kind-Pass- Hebammenberatung

Im Kinderbetreuungsgeldgesetz (BGBl. I Nr. 197/2013 § 5a) wurde die einstündige Beratung durch eine Hebamme innerhalb der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche im Untersuchungsprogramm des Mutter-Kind-Passes aufgenommen und deren Ziele in den nachfolgenden Erläuterungen (Erläuterungen 2013) umschrieben:

„.....

- *Informationen durch eine Hebamme über*
 - *den Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (...)*
 - *das Wochenbett und das Stillen als die beste Form der Säuglingsernährung (...)*
- *In der Hebammenberatung soll auch auf gesundheitsfördernde Aspekte wie Ernährung, Umgang mit Alkohol, Nikotin und koffeinhaltigen Getränken eingegangen werden (...)*
- *Durch die persönliche Beratung (...) wird insbesondere auch ein Eingehen auf das individuelle psychosoziale Umfeld der Schwangeren ermöglicht. Eventuelle Sorgen und Probleme sowie ungünstige Begleitumstände in Zusammenhang mit der Schwangerschaft sollen angesprochen werden.*
- *Erforderlich soll im Sinne der „frühen Hilfe“ über weitere Ansprechstellen zur Unterstützung informiert werden.*
- *Auch auf die Wichtigkeit der Inanspruchnahme der weiteren, im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms vorgesehenen Untersuchungen hingewiesen werden....“ (Erläuterungen der Mutter-Kind-Pass Novelle 2013)*

Im MKP-Gesamtvertrag wird im §2 der Umfang der Leistungen beschrieben:

§2 (1)

1. Informationen über den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen
2. Beratung über gesundheitsförderndes und präventives Verhalten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und während der Stillzeit
3. Eingehen auf das psychosoziale Umfeld der Schwangeren und erforderlichenfalls Informationen über diesbezügliche Unterstützungsmöglichkeiten

§2 (2)

Im Rahmen des §5a der Mutter-Kind-Pass-Verordnung ist die Schwangere über folgende Themen zu informieren und diesbezüglich zu beraten:

- Ernährung
- Bewegung
- Nikotin, Alkohol und Drogen in ihren Auswirkungen auf die Schwangere und die Entwicklung des Kindes
- Gesundheitsfördernde Aspekte des Stillens
- Allgemeine Gefährdungen für Mutter und Kind (z.B. Schutz vor Infektionskrankheiten)
- Möglichkeiten der Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik
- Informationen über verschiedene Formen der Geburt und deren Langzeitauswirkungen

Das Bundeshebammen-gesetz (BGBl. Nr. 310/1994) legt in §2 die Tätigkeiten der Hebammen fest, die selbständig durchgeführt werden dürfen:

„...§2. (1) Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.

(2) Bei der Ausübung des Hebammenberufes sind eigenverantwortlich insbesondere folgende Tätigkeiten durchzuführen:

- ...

- 4 Vorbereitung auf die Elternschaft, umfassende Vorbereitung auf die Geburt einschließlich Beratung in Fragen der Hygiene und Ernährung;

-“ (Hebammengesetz 1994)

2.3 Ziele und Visionen

Ziele

Aus den Leistungen, beschrieben im Mutter-Kind-Pass-Gesamtvertrag, sowie aus der Erläuterung der Mutter-Kind-Pass-Verordnung lassen sich die Ziele der Hebammenberatung ableiten:

1. Als Hauptziel wird die **umfassende Information** der Schwangeren gesehen.
2. Die **Beratung über gesundheitsförderndes und präventives Verhalten** nimmt an zweiter Stelle einen wichtigen Platz in der Hebammenberatung ein.
3. Als drittes Ziel kann die **Vernetzung** der Schwangeren einerseits und andererseits die **Weitervermittlung** an andere Ansprechstellen zur Unterstützung sowie andere Gesundheitsdienstleister gesehen werden.
4. Das Eingehen auf das **individuelle psychosoziale Umfeld** wird explizit genannt.

Obwohl im Mutter-Kind-Pass die Hebammenberatung sehr umfassend und im Grunde genommen allgemein umschrieben ist, sind die Ziele klar beschrieben. Die direkten Zielpunkte der Maßnahmen an sich, nämlich der Beratung, können definiert werden.

Tabelle 2 Beispiele Zielformulierungen der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung

Ziel Nr.	Ziel	Ziel-Endpunkt	Beispiel	Information/ Beratung durch die Hebamme
1	Information	Mindestens ein individuelles Informationsthema, gegebenenfalls mehrere, wurde/werden identifiziert, gegebenenfalls priorisiert und dazu informiert	Mutter möchte einen Wunschkaiserschnitt	Über die Vor- und Nachteile eines Kaiserschnitts im Allgemeinen und eines geplanten Kaiserschnitts im Besonderen wurde informiert
			Mutter hat einen erhöhten Ausgangs-BMI	Individuelle Empfehlungen der empfohlenen Gewichtszunahme in der Schwangerschaft laut Leitlinie des Institute of Medicine (IOM)
2	Gesundheitsförderung	Das individuelle Potenzial zum Wissenszuwachs (Bildung) und zur Steigerung des gesundheitsfördernden Verhaltens wurde identifiziert und dazu gezielt informiert und beraten.	Mutter raucht / Mutter ist in der Arbeit / im familiären Umfeld Passivrauch ausgesetzt	a) Information über die negativen Folgen von Tabakkonsum b) Information über den Prozess der Verhaltensänderung c) Methode der „motivierenden Ansprache“ zur Stärkung der Mutter wurde durchgeführt
	Vernetzung	Der individuelle Bedarf an weiterer Unterstützung wurde festgestellt und mit der Mutter besprochen. Kontaktdaten und Informationen zu den weiteren Ansprechstellen wurden gezielt übermittelt.	Mutter raucht	Broschüre „Rauchertelefon“, Kurstermine „Tabakentwöhnung für Schwangere“ der GKK wurden weitervermittelt.
3			Mutter ist erstmalig schwanger	Adressen und Termine der Geburtsvorbereitungskurse wurden vermittelt
	Psychosoz. Umfeld	Die Themen soziale Vernetzung, Stress und Depressionen werden pro-aktiv angesprochen. Der eventuelle Unterstützungsbedarf wird ermittelt.	Mutter schläft schlecht und hat Alpträume	Screening auf psychischen Stress und zu erwartende Geburtsergebnisse mittels validiertem Mind2Care Screening and Advice Instrument (Quispel et al 2012) inklusive Edinburgh Depression Scale
4			Mutter ist Landwirtin, der Geburtstermin fällt mit der Apfelernte zusammen	Hinweis auf Caritas Familienhilfe

Visionen

Im Gegensatz zu den Zielen, für die eindeutige Endpunkte festgelegt werden sollten, damit die Zielerreichung realisierbar und messbar wird, werden Visionen allgemeiner und in einem breiteren Kontext beschrieben. Komplexe Systeme wirken auf die Eckpunkte der Visionen ein, deren Umsetzung sich oft über eine längere Zeitspanne erst angenähert werden kann (Kollip P. 2012, S. 142).

Das Hebammenberatungskonzept ist auf einer sehr breiten Basis aufgestellt, gleichzeitig spannen die Visionen von der Wirksamkeit einen weiten Bogen. Von der Senkung der Kaiserschnitt- und Frühgeburtsrate, der Optimierung des Geburtsgewichtes (weniger Neugeborene sollen zu viel (LGA) oder zu wenig (SGA) bei der Geburt wiegen), über einen Body Mass Index (BMI) im Idealbereich (der Mütter und langfristig auch der Kinder) und einer höheren Stillrate bis hin zur Optimierung des Lebensstils durch unter anderem verbessertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Die Erwartungen an die Hebammenberatung sind hoch. In den Erläuterungen zur Kinderbetreuungsgeldgesetz-Novelle (BGBl. I Nr. 197/2013- Erläuterungen) steht:

„Informationen durch eine Hebamme über den Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Wochenbett und Stillzeit sollen der Zielsetzung dienen, der Schwangeren insbesondere bei der ersten Schwangerschaft zu helfen, Unsicherheiten und unbegründete Ängste abzubauen und ihr Selbstvertrauen in einen natürlichen Geburtsablauf zu stärken. Dies kann mit dazu beitragen, die Anzahl nicht medizinisch indizierter Kaiserschnitte zu senken.“ (Kinderbetreuungsgeldgesetz-Novelle)

Eine Vermischung von Zielen und Visionen erschwert eine realistische Planung der Evaluierung. Obwohl die Senkung der Sectorate in einer Zahl als sogenanntes SMART Ziel ausgedrückt werden könnte, ist sie ungeeignet als Ergebnisindikator für die Intervention „einmaliger Beratungskontakt in der Frühschwangerschaft“.

Eine gezielte Auswahl der Beratungsthemen und der damit verbundenen Evaluierungsebenen scheint mehr als sinnvoll. Auch ein Konsens zwischen der Landesvertretung der Hebammen, dem Bundesministerium für Gesundheit und den Sozialversicherungen sowohl über die Evaluierungsthemen als auch über die Ergebnisebene soll erreicht werden, damit der Erwartungshorizont der diversen Stakeholder in der Planung mitberücksichtigt werden kann. (Im Rahmen eines mehrstufigen Konsensverfahrens wurde mit dem Hauptverband der Sozialversicherungen und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ein Fragenkatalog ausgearbeitet. Dieser Prozess

war Ende Dezember 2014 noch nicht abgeschlossen, daher kann der ausgearbeitete Evaluierungsbogen kein Bestandteil dieser Arbeit sein.)

Der gesetzliche Auftrag der Hebammen ist unmissverständlich nicht im medizinischen Betreuungsmodell, sondern im Kontext der Public Health angesiedelt. Die vier Hauptbereiche - Informationsvermittlung, Beratung über gesundheitsförderndes Verhalten, Vernetzung sowie Weitervermittlung an andere Dienstleister und Eingehen auf das individuelle psychosoziale Umfeld - müssen in Verbindung gebracht werden mit Aspekten der Gesundheitsförderung wie Zielgruppenorientierung, Nachhaltigkeit, Partizipation, Empowerment und Vernetzung im Setting der Gemeinde.

2.4 Evidenz der Relevanz und Wirkung der Beratungskonzepte

2.4.1 Priorisierung der Beratungsthemen

Die Schwangerschaft ist möglicherweise die einzige Zeit im Leben einer Frau, in der sie regelmäßig Kontakt zu medizinische Fachpersonen hat, deren Arbeitsschwerpunkt in der Initiierung und Unterstützung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen der Frau und ihre Familie liegt. In dieser Zeit sind Frauen und deren Partner häufig sehr offen und bereit für Verhaltensänderungen, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Kindes haben (Schäfers S. 8).

Die Beratungsinhalte ergeben sich grundsätzlich aus den aktuellen Interessen, Sorgen und Ängsten der Frauen in dieser Lebensphase. Problematisch scheint die Fülle an möglichen Beratungsthemen zu sein, vor allem in Verbindung zu der vorgegebenen limitierenden Beratungsstruktur – eine einstündig einmalige Beratung, weitere Termine mit einer Hebamme sind nicht routinemäßig im Rahmen des ASVG oder im Mutter-Kind-Pass vorgesehen. Eine Priorisierung scheint unerlässlich. Die Fähigkeit, durch kurze gezielte Fragestellungen den tatsächlichen Bedarf abzuschätzen, ist eine Voraussetzung für eine professionelle Strukturierung der Beratungseinheit. In diesem Kapitel wird der Nachweis der Relevanz der Themen erbracht, und mögliche Assessmentmethoden werden anhand von Literaturanalysen wiedergegeben. Ergänzend wird, wenn vorhanden, die Evidenz der Wirksamkeit der in der Literatur beschriebenen Beratungskonzepte erwähnt. Ob und wie diese für Österreich umgesetzt werden können, ist kein Bestandteil dieser Arbeit. Die Weiterentwicklung geeigneter Beratungskonzepte, zugeschnitten auf die Struktur der einmaligen, einstündigen Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass, liegt im Verantwortungsbereich des ÖHG. Die Evaluierungsergebnisse können dabei richtungsweisend sein.

2.4.2 Rauchen in der Schwangerschaft

Rauchen verringert die Lebenserwartung und vergrößert die sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Mortalität (Callum 1998). Die WHO beurteilt den Tabakkonsum als den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktor für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf.

Rauchen während der Schwangerschaft birgt Risiken für die werdende Mutter selbst sowie für den Verlauf der Schwangerschaft. So treten vorzeitige Wehentätigkeit, vorzeitiger Blasensprung, Spontanabort, Plazenta praevia, vorzeitige Plazentalösung und ein niedriges Geburtsgewicht vermehrt auf (Dunkley 2003, S. 148-149). Intrauterine Wachstumsverzögerung, geringere Gehirnentwicklung, höhere neonatale Sterblichkeit und höhere Risiken für plötzlichen Kindstod (SIDS) werden in der Literatur als Folge für die Neugeborenen genannt. Auch Langzeitfolgen für Kinder von Raucherinnen sind bekannt. Töchter von Müttern, die während der Schwangerschaft geraucht haben, bekommen früher die Menstruationsblutungen. Auch sind sie, wenn sie selbst schwanger werden, einem höheren Risiko in Hinblick auf Blutungen und Fehlgeburten im ersten Trimenon der Schwangerschaft ausgesetzt (Edwards 2007, S. 56-66). Rauchen in der Schwangerschaft erhöht das Risiko um 47%, bereits im Kindesalter adipös zu werden (Brisbois 2012).

Das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung hat mehrere Studien einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage von 2008 in seiner Gesamtheit ausgewertet. Es kam zu dem Ergebnis, dass 38% der österreichischen Bevölkerung rauchen (Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung 2009). Genau in der Lebensphase, in der die meisten Frauen Kinder gebären, raucht ein Drittel der Frauen. Auch viele Väter rauchen in diesem Lebensalter, was sich negativ auf die Säuglinge auswirkt. Frauen erhalten zudem keine Unterstützung bei der Rauchentwöhnung. Ebenso verkürzt sich die Stilldauer, wenn der Partner raucht.

Zur Häufigkeit des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft liegen in Österreich keine aktuellen repräsentativen Studien vor. Für lediglich die Hälfte der Geburten im Geburtenregister Österreich sind Daten zum Rauchverhalten in der Schwangerschaft festgehalten worden. In dieser Gruppe haben im Jahr 2013 16,3% der Frauen in der Schwangerschaft geraucht (Oberaigner 2013, S. 19).

Die in den Jahren 2005 bis 2006 durchgeführte bayerische Stillstudie zeigt, dass junge Schwangere und schlecht ausgebildete Frauen signifikant häufiger rauchen als ältere und besser Ausgebildete. So lag die Raucherquote in dieser Studie unter den Schwangeren, die ihre Kinder in jungen Jahren bekamen (bis 24 Jahre) bei 24,6%, unter den Schwangeren mit Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss bei 19,4%.

Auch beim Familienstand und dem Geburtsland der Mutter zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. In Deutschland geborene Frauen rauchten häufiger als Frauen, die nicht in Deutschland geboren wurden (10,3 vs. 6,9% der Schwangeren). Alleinerziehende Mütter wiesen in der Schwangerschaft eine dreifach erhöhte Raucherquote auf (28,3% vs. 9,2%) (Rebhan 2009).

Entwöhnungsverhalten und Unterstützungsprogramme für die Schwangeren sind gut dokumentiert. Erstgebärenden fällt der Rauchstopp in der Schwangerschaft leichter als Frauen, die schon Kinder haben (Deutsches Krebsforschungszentrum 2010, Händel 2009). Von den Frauen, die während der Schwangerschaft ihr Rauchverhalten beendet haben, nehmen 50% bis 75% innerhalb eines Jahres nach der Entbindung dieses wieder auf (Hannöver 2009, Voigt 2001).

Frauen geben eher in der Frühschwangerschaft das Rauchen auf als zu einem späteren Zeitpunkt. Hebammen sollten den Erstkontakt in der Schwangerschaft nutzen, um mit der Rauchentwöhnungsberatung zu beginnen (Owen 1996).

Raucherinnen sind hoch motiviert, in der Schwangerschaft auf den Tabakkonsum zu verzichten; die Gesundheit ihres Babys steht an erster Stelle. Im Gegensatz zu nicht schwangeren Frauen gelingt ihnen dieser Rauchverzicht, ohne das Für und Wider abzuwägen und ohne dafür Bewältigungsstrategien entwickeln zu müssen. In der Phase nach der Geburt ist vielen die Sinnhaftigkeit des Rauchverzichts weniger klar, die für eine dauerhafte Tabakabstinenz notwendigen Bewältigungsstrategien fehlen (Rahden 2007).

Um einen Rauchverzicht auch über die Zeit nach der Geburt aufrechterhalten zu können, sollte die Aufmerksamkeit also nicht nur der Gesundheit des Babys gelten. Eine der Lebenssituation der jungen Mutter gerecht werdende Motivations- und Verhaltensänderung sollte das Ziel sein, um die hohe Rückfallquote in der post partum Periode zu minimieren oder sogar einen endgültigen Rauchstopp zu bewirken (Priets 2008).

Die Methode der „motivierenden Ansprache“ als Kurzintervention wird als effiziente Herangehensweise gesehen, sie sollte von jeder Hebamme gelernt und in der Beratungseinheit umgesetzt werden können (BZgA 2011). Sie dient als erster Schritt auf dem Weg der Verhaltensänderung. Zusätzlich sollen Kontaktdaten von Institutionen, welche weitere und vertiefende Unterstützung anbieten, zur Verfügung gestellt werden. Die steiermärkische Gebietskrankenkasse zum Beispiel positioniert niederschwellige Angebote wie die STGKK-Helpline und die internetbasierte Entwöhnung www.endlich-aufatmen.at. Hochschwellige Angebote richten sich an jene, die einen Rauchstopp planen (Stadium der Vorbereitung) oder bereits umsetzen (Handlungsstadium). Diese umfassen das Rauchertelefon, die gut besuchten

Gruppenseminare „Rauchfrei in 6 Wochen“ und Einzelentwöhnungsseminare. Die Zufriedenheit mit diesen Angeboten ist sehr hoch, die Erfolgsrate, gemessen an der Abstinenz nach einem Jahr, liegt bei 60%. Allerdings besuchten 2009 lediglich 14 Schwangere eine Einzelentwöhnungsberatung (Hoffmann 2010). Hier kann das Potenzial der Mutter-Kind-Pass Hebammenberatung zur Weitervermittlung genutzt werden.

2.4.3 Alkoholabusus

Die unbedenkliche Alkoholmenge während der Schwangerschaft wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Manche Länder empfehlen eine maximale Trinkmenge von sieben alkoholischen Getränken pro Woche und kein sogenanntes „binge-drinking“ oder „Rauschtrinken / exzessives Trinken“. Ähnlich lautet die Empfehlung, die in der Broschüre „Alkohol und Schwangerschaft“ der österreichischen ARGE Suchtvorbeugung nachgelesen werden kann (www.suchtvorbeugung.net). Die (Langzeit-) Folgen von Alkohol während der Schwangerschaft reichen von Wachstumsverzögerung der Feten und Frühgeburtlichkeit über kognitive Probleme und Verhaltensprobleme bis hin zum schwerwiegenden Fetal-Alcohol-Syndrom (RCOG 2006). Allerdings sind die Auswirkungen geringen bzw. moderaten Alkoholkonsums wenig erforscht. Daher kann keine eindeutige Empfehlung bezüglich der erlaubten Trinkmenge ausgesprochen werden. In der Schweiz wird starker Alkoholkonsum bei 7,4% der Schwangeren und jungen Eltern wahrgenommen (Informationsbroschüre der Österreichischen Suchtpräventionsstelle), in den USA wird geschätzt, dass sieben bis 15% der Schwangeren viel Alkohol zu sich nehmen; der Durchschnitt liegt bei 45 alkoholischen Getränken pro Monat (Janke 1994). Für Österreich liegen keine Zahlen vor.

Viele Frauen nehmen Alkohol als einen positiven Teil ihres sozialen Lebens wahr. Die Erwartung, dass sie ihr Trinkverhalten ohne entsprechende Information, Beratung und Unterstützung ändern, ist daher unrealistisch (Dunkley 2003, S. 166). Screening, Einschätzung und Beratung während der Schwangerschaft haben sich in der Reduktion der Alkoholmenge als effektiv erwiesen (Handmaker 1999). Der Alkoholkonsum wird im Allgemeinen unterschätzt, diese Untertreibung des tatsächlichen Alkoholkonsums erschwert die Identifikation von Trinkenden mit hohem Risiko (Chang 2007). Die Erhebung des Trinkverhaltens sollte routinemäßig während des Erstkontakts in der Schwangerenbetreuung stattfinden.

Der T-ACE-Test ist ein Kurzfragebogen, in dem indirekt über die Frage nach der Alkoholtoleranz der Alkoholkonsum eingeschätzt werden kann. Er wird von der Royal

College of Obstetricians and Gynaecologists als Instrument für die Schwangerschaft empfohlen. Ähnlich ist der TWEAK-Test, er besteht aus fünf Fragen, die sich auf das Ergebnis des Trinkverhaltens konzentrieren (Chang 1993). Beide Tests können von den Frauen selbständig ausgefüllt werden; dadurch steigt die Chance auf ehrliche Beantwortung. Die Sensitivität und Spezifität für Screening auf starken Alkoholkonsum ist für die T-ACE und TWEAK Screeningverfahren hoch (Burns 2010). Psychologische und informierende Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums beinhalten verschiedene Elemente wie kurze Informationsvermittlung (zehn Minuten), motivierende Ansprache, Selbsthilfegruppen, psychotherapeutische Techniken und/oder Interventionen, die auf Verhaltensänderung abzielen (Stade 2009). Eines der Ziele der Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass könnte die Risikoselektion der Frauen mit einem hohen Alkoholkonsum sein. Mit Hilfe geeigneter Interventionsstrategien kann dann versucht werden, die Frauen zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen zu motivieren. Bereits kleine Interventionen haben das Potenzial, den individuellen Alkoholkonsum zu reduzieren und damit zu einer Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind beizutragen. Sensibilisierung durch das Auflegen der Broschüre „Alkohol und Schwangerschaft“ sowie die Vernetzung mit Suchtpräventionsstellen, die in jedem Bundesland vorhanden sind, sollte zu den Aufgabenbereichen der Hebammen in der Schwangerenbetreuung gehören.

2.4.4 Teenagerschwangerschaften

Im Jahr 1970 betrug in Österreich der Anteil an Geburten per 1.000 Frauen unter dem 20. Lebensjahr 58,2%; 1998 sank dieser Anteil auf 14%. 2013 gebaren absolut gesehen 1.882 Frauen unter 20 Jahren ein Kind, das sind 2,4% aller Geburten (Statistik Austria 2013, S. 102). Trotz dieser Verringerung können Teenagerschwangerschaften aus Public Health- und aus medizinischer Sicht problematisch sein. Statistisch gesehen brechen junge Mütter eher die Schule ab, haben dadurch niedrigere oder keine Qualifikationen, folglich sind sie eher arbeitslos oder bekommen niedrigere Gehälter, ihre Wohnsituation ist schlechter. Teenagermütter sind einem größeren Risiko ausgesetzt, an Depressionen zu erkranken. Kinder junger Mütter wachsen in ärmeren Lebensverhältnissen auf, leben eher ohne Vater und werden eher Opfer von Vernachlässigung oder Gewalt. Ihre schulischen Leistungen sind schlechter, sie sind einem höheren Risiko ausgesetzt, drogen- oder alkoholabhängig und selbst wiederum Eltern im Teenageralter zu werden (Unicef-Report 2001. S. 3, Barlow 2011). Die Säuglingssterblichkeit ist nach

Teenagerschwangerschaften um 60% höher als bei älteren Müttern, das Geburtsgewicht ist geringer, was allerdings auch eine Folge schwierigerer sozialer Umstände sein kann. Die Frühgeburtsrate ist erhöht sowie das Risiko für das Baby, einen Eisenmangel zu erleiden. Kinder von Teenagereltern sind öfter in Unfälle involviert, vor allem Vergiftungen und Verbrennungen kommen häufiger vor (Peckham S. 1993).

Eine den Bedürfnissen der Teenagerschwangeren angepasste Begleitung zur Reduzierung des Risikos, an den oben erwähnten Folgen zu leiden, dürfte sinnvoll sein. Instanzen wie „Young Mum“ im Krankenhaus Göttlicher Heiland in Wien und Niederösterreich oder „Nestwärme“ von „Jugend am Werk“ in der Steiermark begleiten junge Eltern bereits in der Schwangerschaft und weiter bis zum 3. Lebensjahr des Kindes, damit frühe Bindung, Elternkompetenz und Bildung gesichert werden können. Ziel der Hebammenberatung in der Frühschwangerschaft ist die Bedarfseinschätzung, die Informationsvermittlung über weiterführende Betreuungsangebote sowie die Vernetzung.

2.4.5 Häusliche Gewalt

Häusliche Gewalt, von der meistens Frauen betroffen sind, kommt in allen Ländern und allen Gesellschaftsschichten vor und ist nach wie vor eine tabuisierte Form der Gewalt (WHO 2003). 13% bis 50% der Frauen erfahren physische Gewalt erstmalig in der Schwangerschaft, diese wird meist von dem Partner ausgeübt (WHO 2005). Schwangerschaft und Geburt können als Risikofaktor für die Auslösung von häuslicher Gewalt gesehen werden (EBG 2009, Egger 2008). In der Schwangerschaft kann die Gesundheit der Kinder ebenso gefährdet sein. Aborte, Fehlgeburten, eine höhere Anzahl an Frühgeburten sowie geringeres Geburtsgewicht treten häufiger auf in der Gruppe der Frauen mit Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft (Shah 2010).

Hebammen werden während ihrer Arbeit einer großen Anzahl an betroffenen Frauen begegnen. Häusliche Gewalt könnte um bis zu 75% reduziert werden, wenn Fachpersonen Gewaltgeschehen identifizieren und Interventionen im primären Gesundheitswesen angeboten werden würden (Rosenberg 2010). Trotz Hemmschwelle beim medizinischen Personal erhöht das mehrfache Ansprechen während der Schwangerschaft die Chance, das Vorkommen von häuslicher Gewalt zu erkennen (O'Reilly 2010). Standardisierte Fragebögen, welche Schwangere selbständig ausfüllen können, decken mehr Fälle von häuslicher Gewalt auf als standardisierte Interviews (Kataoka 2010). Als Screeninginstrument zur Identifikation von häuslicher Gewalt kann das von McFarlane für den Einsatz in der Geburtshilfe

entwickelte „Abuse Assessment Screen“ (AAS) genannt werden (McFarlane 1992). Es umfasst fünf Fragen und kann sowohl in der Schwangerschaft als auch im Wochenbett eingesetzt werden. Als weiteres Screening-Instrument gilt das „Antenatal Psychosocial Health Assessment“ (ALPHA). Es umfasst 15 Fragen, allerdings hat keine davon einen direkten Bezug zu Gewalt in der Schwangerschaft. Die Wirksamkeit zur Aufdeckung von häuslicher Gewalt konnte jedoch belegt werden (Caroll 2005). Diese Instrumente wurden allerdings nicht im und für den deutschsprachigen Raum entwickelt, die direkte Nutzung sollte daher kritisch betrachtet werden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass kulturelle Kontexte eine wesentliche Rolle bei der Auslösung und Identifizierung von häuslicher Gewalt spielen (O'Reilly 2010). Das deutschsprachige Instrument „Screening Partnergewalt“ von Nyberg et al ist zwar validiert, allerdings wurde es nicht direkt für das Screening in der Geburtshilfe konzipiert (Nyberg 2008). Direkt einsetzbare Screening-Instrumente stehen im Moment den Hebammen nicht zur Verfügung.

Überlegt werden muss, ob die Nachfrage nach Gewalterfahrungen im Konzept der einmaligen Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass angebracht ist und welche Screening-Instrumente eingesetzt werden können. Die WHO empfiehlt in ihrer Leitlinie zur Diagnostik von Gewalt gegen Frauen den Gesundheitsberufen eine standardisierte Nachfrage bezüglich Gewalterfahrungen (WHO in: Schäfers R. 2011, S. 131). Andererseits erachtet der Bund Deutscher Hebammen die routinemäßige Frage in der Anamnese nach vergangenen Gewalterfahrungen nicht immer als sinnvoll (Deutscher Hebammen Verband, Hrsg. 2012). Die Schwangerenbegleitung ist besonders für traumatisierte Frauen eine wertvolle Zeit, um sich mit Hilfe der betreuenden Hebamme über ihre besonderen Bedürfnisse und Ängste, aber auch ihre Stärken und Wahlmöglichkeiten klar zu werden. Essentiell ist das Signalisieren der Bereitschaft und der Kompetenz der Hebammen, über Gewalterfahrungen sprechen zu wollen/zu können. Das Auflegen von Broschüren, das Aufhängen von Postern und die Mitgabe eines Leitfadens mit Notrufnummern und Unterstützungsangeboten sind mögliche Instrumente, die Bereitschaft der Frauen zu erhöhen, über ihre Gewalterfahrung zu sprechen. Frauen werden zu einem für sie richtigen Zeitpunkt davon Gebrauch machen (Hellbernd 2005).

Die NICE Guidelines „Routine care for the healthy pregnant woman“ (NICE 2008) empfehlen Schulungen der Gesundheitsfachpersonen, um das Fachwissen und die Handlungskompetenz zu optimieren. Eine Schulung sollte die Erkennung, die Befragung, die Darstellung von Interventionsmöglichkeiten sowie die rechtsmedizinischen Aspekte beinhalten (Bänzinger 2007, S. 187-213). In der Steiermark wurde bereits dreimal eine zweitägige Schulung für Hebammen umgesetzt.

Die Weiterentwicklung und bundesweite Durchführung der Schulungen ist ein Bestandteil des Hebammenberatungs-Implementierungsplans des ÖHG.

2.4.6 Initiales Stillen und Stilldauer

Die Österreichische Stillkommission des Obersten Sanitätsrats empfiehlt Stillen als die optimale ausschließliche Ernährung für Säuglinge - idealerweise während der ersten sechs Lebensmonate. Ergänzend soll weiter bis ins zweite Lebensjahr und darüber hinaus gestillt werden, so lange Mutter und Kind das wollen (Österreichische Stillkommission). Auch die WHO 2009 bezeichnet sechs Monate als die optimale Dauer des Vollstillens an.

Stillen bietet viele gesundheitliche Vorteile für Mutter und Kind. Über drei Monate voll gestillte, reife Neugeborene weisen gegenüber Kindern, die ausschließlich mit Formulanahrung gefüttert wurden, beispielsweise ein um 50% reduziertes Risiko für Mittelohrentzündung auf, ein um 42% reduziertes Risiko für Neurodermitis, ein um 64% reduziertes Risiko für gastrointestinale Infekte und ein um 72% reduziertes Risiko für stationäre Aufnahmen wegen Atemwegserkrankungen (Schäfers 2011, S. 102-103).

In einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland konnte festgestellt werden, dass 77% der Kinder (geboren zwischen 1986 und 2005) gestillt wurden. Die Stilldauer betrug durchschnittlich 4,6 Monate (Lang 2007). Laut Österreichischer Stillstudie „Säuglingsernährung Heute“ beginnen 93% der Mütter mit dem Stillen. Je höher gebildet eine Frau ist, desto länger ist die Stilldauer. Nach drei Monaten stillen 72% der Frauen, nach sechs Monaten sinkt der Anteil auf 55%, wobei nur mehr 10% davon voll stillen (BMfG 2006). Mehrere Studienergebnisse haben gezeigt, dass die Rate der gestillten Kinder in der Gruppe der Mütter mit hohem Bildungs- und Sozialstatus wesentlich höher ist als in der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus (in der oben erwähnten deutschen Studie konnte eine viermal so hohe Stillrate nachgewiesen werden.)

Die Optimierung der Stilldauer hat in der Gesundheitspolitik einen großen Stellenwert. Individuelle Unterstützungsangebote können gezielt die Stilldauer verlängern. So wird in einer aktuellen Studie konkludiert, dass nicht-standardisierte (individuell abgestimmte) Hausbesuche durch Hebammen mit längerer Stilldauer assoziiert sind (Kronberg 2012). Im Schlussbericht des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit fallen bei fast 41.000 postpartalen Beratungen (Beratungskontakte nach der Geburt) im Jahr 1999 56% (ca. 23.000) in die Kategorie Stillberatung. Davon wurden knapp 15.000 (36%) bis zum 10. Lebenstag des Kindes in Anspruch genommen (Jungo 2009). Hebammenbetreuungsansätze nehmen eine wichtige Rolle in der Stillunterstützung

ein, damit die Stilldauer im Sinne der Kinder- und Frauengesundheit optimiert werden kann.

Im internationalen Vergleich fallen große Unterschiede bei den Raten für „initiales Stillen“ und der „Dauer des Stillens“ auf. So weisen Japan, Schweiz, Luxemburg und die Türkei eine Stillinitiation von 90% auf. In Zentral- und Südeuropa, wie zum Beispiel in Italien, Spanien und Griechenland, liegt diese Zahl bei 70 bis 80 Prozentpunkten (Dyson 2005).

In westlichen Ländern steht die Stillrate in engem Zusammenhang mit sozialem Status, Einkommen und Bildungsniveau; je niedriger beispielsweise das Einkommen oder der Bildungsstand, desto unwahrscheinlicher das initiale Stillen (Bolling 2005). Gerade für die Gruppe der Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist es wichtig zu untersuchen, welche Interventionen eine höhere Stillrate und eine längere Stilldauer zur Folge haben könnten.

Tabelle 3 Stillraten der österreichischen Stillstudie
Österreichische Stillstudie 2006

Stillrate	93%
Stilldauer mindestens 3 Monate	72%
Stilldauer mindestens 6 Monate	55%

Quellen: Österreichische Stillstudie, 2006. Werte in der Tabelle sind relative Häufigkeiten bezogen auf entbundene Mütter (bei der Stillrate) bzw. auf Mütter, die stillen oder gestillt haben (bei der Stilldauer).

Eine Cochrane Review von Renfrew aus 2012 analysierte 52 randomisierte Studien aus 21 Ländern, welche mehr als 56.000 Frauen umfasste. Danach hat persönliche, 1:1-Beratung einen größeren Effekt als telefonische Unterstützung; proaktive Betreuungskonzepte brachten größere Erfolge hinsichtlich Stillrate und Stilldauer. Demgegenüber sind Konzepte, in denen Frauen von sich aus Hilfe aktiv lukrieren müssen, ineffektiv. Dies impliziert die Folgerung, dass Frauen Kontaktoptionen angeboten werden müssen, die durchgehend verfügbar und innerhalb eines Schemas auch individuell planbar sind, um dementsprechend erfolgreich zu sein. Die Beratungen und Betreuungen sind auf die Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt und zugeschnitten (Renfrew 2012).

Eine vorangegangene Cochrane Review aus dem Jahr 2005 untersuchte den Einfluss von Interventionen auf die initiale Stillrate. Schulungen und Beratungen in der Schwangerschaft zum Thema Stillen hatten im Vergleich zur Standard-Betreuung

einen positiven Effekt auf den Stillstart, vor allem in der Gruppe von Frauen mit niedrigem Einkommen (risk ratio (RR) 1.57, 95% (CI) 1.15 - 2.15, P=0.005). Detailliertere Analysen ergaben, dass 1:1-Beratungen/Schulungen, den individuellen Bedürfnissen angepasste und wiederholende Kontakte (entweder vor oder vor und nach der Geburt) durch Fachpersonen als erfolgreichste und effektivste Interventionen gelten (im Vergleich zu allgemeinen und formalen Schulungseinheiten). Auch Unterstützungen durch Peer-Gruppen, wie z.B. Stillgruppen, haben eine positive Wirkung (Dyson 2005).

Die Hebammen im extramuralen Bereich setzen genau diese Art der Stillberatung in der Praxis um. Sie können auf Grundlage des ASVG Gesamtvertrags in den ersten acht Lebenswochen des Kindes bis zu zwölf Hausbesuche durchführen. In den ersten fünf Lebenstagen sowie am 10. Tag nach der Geburt sind standardisierte Kontakte vorgesehen. Zusätzlich können, in Absprache mit der Mutter, Kontrollen und Stillberatungen bis zur 8. Lebenswoche durchgeführt werden. Für dringende Fragen sind die Hebammen telefonisch Tag und Nacht erreichbar.

In der Literatur konnte kein validiertes Konzept der Beratung in der frühen Schwangerschaft gefunden werden, welche die Steigerung des initiale Stillens zum Ziel hat. Die Initiierungsrate ist in Österreich laut letzter Erhebung aus 2006 mit 93% hoch. Allerdings stillen mit drei Monaten nur noch 72% der Frauen. Das empfohlene ausschließliche Stillen ist mit 60% noch geringer (BMfG 2006, S. 79). Untersuchungen haben gezeigt, dass die Entscheidung zum Stillen in den meisten Fällen bereits vor der Schwangerschaft getroffen wird. Die österreichische Stillenerhebung „Säuglingsernährung Heute“ von 2006 konnte dies bestätigen: 82,5% der Frauen trafen die Entscheidung, ob sie ihr Kind stillen werden, vor der Schwangerschaft. In der Schwangerschaft entschlossen sich 12,2% der Befragten zum Stillen, und im Wochenbett waren es nur noch 3,6 %. (1,7% ohne Angabe) (S. 8).

Informationsvermittlung in der Schwangerschaft über die Vorteile des Stillen könnte noch unentschlossenen Frauen helfen, im Sinne des „Informed Consent“ eine Entscheidung zu treffen. Wichtig wäre allerdings auch die Identifizierung von Frauen, die mit dem Stillen anfangen, aber verfrüht mit dem Vollstillen aufhören. Eine Studie aus dem Jahr 2013 kreierte ein Modell, um die Stillrate und Dauer bereits in der Schwangerschaft voraussagen zu können (Donnan 2013). Sie benützte neben demografischen Daten auch Fragebögen zur Erhebung der Bereitschaft zum Stillen (Theory of Planned Behaviour - TPB) und der Grundhaltung gegenüber dem Stillen (Iowa Infant Feeding Assessment Scale - IIFAS score). Für beide Messinstrumente konnte eine gute Voraussagekraft nachgewiesen werden, welche Frauen in der Stillperiode mehr Unterstützung brauchen würden. Junge Mütter und Frauen aus

niedrigeren sozioökonomischen Schichten scheinen extra Ermutigung für den Stillstart und zusätzliche Begleitung für eine längere Stilldauer zu benötigen. Am stärksten sollten Hebammen sich in der Beratung auf Mehrgebärende ohne vorherige Still Erfahrung konzentrieren.

Die Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass sollte sich auf die Sensibilisierung dieser Frauen konzentrieren, damit nach der Geburt für diese jungen Mütter gezielt Unterstützung angeboten bzw. in Anspruch genommen werden kann. Prinzipiell scheint es sinnvoll zu sein, alle Schwangeren im Kontext der Hebammenberatung im Mutter Kind Pass über das Thema Stillen und Stillbetreuung im Wochenbett bzw. in der Säuglingsperiode zu informieren und auf die bestehenden Stillgruppen sowie Peerunterstützung in den Elternberatungszentren aus der Umgebung hinzuweisen.

2.4.7 Spontangeburt und Kaiserschnitt

Die Kaiserschnitt rate ist im letzten Jahrzehnt stark gestiegen. Declercq (2011) untersuchte die Sectiorate in 22 Industriestaaten. In den fünf Ländern Slowakei, Tschechische Republik, Irland, Ungarn und Österreich verdoppelte sich die Kaiserschnitt rate in dem Zeitraum von 1992 bis 2007. Für die Sectiorate gibt es keine einheitliche anerkannte Benchmark. Die WHO empfahl 1985 eine Rate von 10% bis 15%, da keine zusätzlichen gesundheitlichen Vorteile von einer höheren Rate zu erwarten sind. Auch aktuelle Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse (Gibbons 2010). Immer mehr Studien weisen auf ein höheres Risiko für maternale Mortalität (Deneux-Tharoux 2006) und sowohl maternale als auch fetale Morbidität (Blanchette 2011) hin.

Die Varianz in der Sectiorate zwischen den Ländern und sogar innerhalb eines Landes ist groß. Die höhere Prävalenz der Sectiones wird oft argumentiert mit einem Anstieg des Anteils an Erstgebärenden, einem höheren maternalen Alter, mehr vorangegangenen Kaiserschnitten, mehr Beckenendlagen und mehr Komplikationen wie Diabetes, Bluthochdruck und Adipositas. Werden diese unterschiedlichen Faktoren in der Analyse weggerechnet, bestehen aber nach wie vor regionale Unterschiede in der Sectiorate (Hanley 2010). Dies führt zu der Konklusion, dass die unterschiedliche Prävalenz auf Grund von unterschiedlichen Schwellenwerten der Interventionsbereitschaft, unterschiedlichen Betreuungsmodellen auf institutioneller Ebene und unterschiedlichen Zugängen der Fachpersonen zu klinischer Entscheidungsfindung entsteht (Klein 2011). Das in Großbritannien entwickelte „Focus on Normal Birth and Reducing Caesarean section Rates Rapid Improvement Programme“ hat zum Ziel, innerhalb des geburtshilflichen Teams die Prozesse und

Verhaltensweisen zu reflektieren und Konzepte zur Reduktion der *Sectorate* und Steigerung der normalen Geburten zu entwickeln. Die Evaluierung des Programms kam zu dem Ergebnis, dass die Verringerung der *Sectorate* zusammenhängt mit einer geteilten Philosophie, welche Geburt als normales Geschehen sieht, mit guter interdisziplinärer Kommunikation und deutlichem „Leadership“ innerhalb der involvierten Berufsgruppen (Marshall 2014).

Der Begriff „normale Geburt“ wird von der WHO (WHO 1997) definiert als eine Geburt, bei der die Wehen spontan anfangen und bei der vom Beginn bis zum Ende der Geburt keine Risikofaktoren bestehen. Das Kind wird spontan in Schädellage zwischen der 37. und der 42. Schwangerschaftswoche geboren. Nach der Geburt sind Mutter und Kind in einem guten Zustand.

Normale Geburt ist assoziiert mit einer Anzahl an physiologischen Vorteilen für Mutter und Kind: ein geringeres Risiko für Nachgeburtsblutungen, frühes Einsetzen der Milchbildung und erfolgreiches Stillen, verbesserte Mutter-Kind-Bindung und höhere mütterliche Zufriedenheit sowie weniger psychologische Erkrankungen im Wochenbett (Carolan-Olah 2014).

Der Sectioanteil in der Gruppe der Geburten mit Einlingen in Schädellage am Termin (37+0 – 41+6 Schwangerschaftswoche) betrug im Jahr 2013 23,7% und hat seit 2008 um 2,4 % statistisch signifikant zugenommen (Oberaigner 2014, S. 23).

Bei Überlegungen zur Reduktion der Kaiserschnitttrate scheint eine Fokussierung auf den Erhalt der normalen Geburt essentiell zu sein. Untersucht wurde, welche Initiative einen Einfluss auf das Grundverhalten von Fachkräften hat, die Kaiserschnitttrate verringern zu wollen. Diese Interventionen können zum Beispiel das Befürworten einer Spontangeburt bei Status Post Sectio sein (Walker 2002). Oder die Umsetzung des Konzeptes der kontinuierliche Betreuung, sie bewirkt eine signifikante Reduktion der *Sectorate* bei geplanter Krankenhausgeburt mit kontinuierlicher Hebammenbegleitung unter der Geburt, im Vergleich zu ärztlicher Begleitung (adjustierte OR 0.58, 95% CI 0.39-0.86) (Janssen 2007). Auch für das Betreuungsmodell „hebammengeleiteter Kreißsaal“ konnten weniger Not-Sectiones bei Erstgebärenden (OR: 0.69, 95% CI: 0.58-0.83), bei Mehrgebärenden (OR: 0.34, 95% CI: 0.23-0.51) nachgewiesen werden (Gottvall 2011), Overgaard (2011) berechnete ein relatives Risiko von (RR 0,3-0,9).

Auch Initiativen im Rahmen des Qualitätsmanagements scheinen einen positiven Effekt auf die Senkung der *Sectorate* zu haben. Laut Chaillet and Dumont (2007) sind lokale Audits ein probates Mittel zur Entwicklung von Strategien zur Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte. Catling und Paull (2011) fanden in ihrer systematischen Review heraus, dass auch nichtklinische Interventionen, wie die Nutzung lokal angepasster Guidelines, Audits und Feedback sowie individualisierte Informationen für

Schwangere, effektiv die Chance auf eine vaginale Geburt nach vorangegangenem Kaiserschnitt zu erhöhen vermögen.

Die Cochrane Review von Sandall aus 2013 untersuchte verschiedene hebammengeleitete Betreuungsmodelle und konnte keinen Unterschied in der Sectiorate feststellen (durchschnittlich RR 0.93 (95% CI 0.84 - 1.02)) im Vergleich zu der Standardbetreuung. Die Chance auf eine spontane vaginale Geburt war etwas erhöht (durchschnittlich RR 1.05 (95% CI 1.03 - 1.08)).

Zu beachten ist allerdings, dass die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung entweder unter der Geburt analysiert worden ist oder, wie auch bei Sandall 2013, die Betreuung über eine längere Periode in der Schwangerschaft. Die Wirkung einer einmaligen Beratung, wie im Mutter-Kind-Pass inkludiert, mit dem Ziel, die Sectiorate zu senken, wurde in der Literatur nicht beschrieben. Es lässt sich aber vermuten, dass hier mit keiner Reduktion der Kaiserschnitte zu rechnen ist. Der Fokus der Beratung sollte auf den Erhalt der normalen Geburt gerichtet sein. Zudem sollte in Hinblick auf Re-Sectio und Wunschkaiserschnitt eine Beratung stattfinden. Auch der Ablauf der Operation, die Folge für Mutter und Kind sowie der Erholungs- und Unterstützungsbedarf nach einem Kaiserschnitt können Themen der Beratung sein. Eine klare Zielsetzung und eindeutige Konzeptentwicklung sollten angestrebt werden.

2.5 Wirkungsergebnisse oder die Evidenz der Gesundheitsförderung

2.5.1 Grundlagen der Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten (...).“ (WHO Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung 1986)

Das Konzept der Gesundheitsförderung baut auf dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO auf, die Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen definiert (Haas, S. 2013).

Das Konzept beruht ferner auf dem salutogenetischen Ansatz (Antonovsky 1996). Dieser beschäftigt sich mit der Entstehung von Gesundheit durch Ressourcen und Potenziale (wie z.B. Kohärenzsinn, Bewältigungsmechanismen) – im Gegensatz zum

pathogenetischen Ansatz, der sich mit Risikofaktoren und der Entstehung von Krankheiten befasst.

Bei Programmen der Gesundheitsförderung handelt es sich um anspruchsvolle Interventionen in komplexe soziale Systeme. Die Einflussfaktoren auf Gesundheit - aus der sozialen, ökonomischen, politischen, kulturellen sowie natürlichen und materiellen Umwelt - interagieren auf vielfältige Weise miteinander, aber auch mit personalen Ressourcen.

Interaktionen und Wechselwirkungen innerhalb von einzelnen Systemen und zwischen verschiedenen Systemen führen zu einer hohen Dynamik. Die Ursache-Wirkungszusammenhänge in komplexen Systemen sind nicht linear, sondern vielschichtig und wechselseitig. Durch die hohe Komplexität und Dynamik sind Entwicklungen schwer voraussagbar. Die Planbarkeit von Wirkungen ist daher schwierig (Kolip P. 2012).

Die auch im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung gewollte Interdisziplinarität und multisektorale Zusammenarbeit erschweren die Planbarkeit und Steuerbarkeit. Die miteinander interagierenden Teilsysteme (ärztliche Screenings und Untersuchungen innerhalb des Mutter Kind Passes, Hebammenberatung und Belange der Sozialversicherungen und der Finanziere) haben jeweils ihre kulturelle Eigenart und eine eigene Logik, welche zunächst einmal ein gegenseitiges Verständnis fordert.

2.5.2 Die Wirksamkeit in der Gesundheitsförderung

„Die Evaluation der Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen wird erschwert durch die große Latenz zwischen Maßnahme und Wirkung und die oft schwer nachzuweisende Kausalität zwischen Maßnahme und Wirkung. (...) das gewünschte Ereignis ist zudem oft ein „Nichtereignis“ und dadurch schwer mess- und bewertbar.“ (Brügger et al., 2004)

Der geforderte Nachweis der „Wirksamkeit“ in der Gesundheitsförderung kann anhand von **gesundheitsförderungsspezifischen Indikatoren** gemessen werden. Dabei werden nicht die Endpunkte Mortalität und Morbidität betrachtet, sondern salutogenetische Ziele wie Lebensqualität, verbesserte Gesundheit, Gesundheitsnutzen sowie Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten (Haas, S. 2013). Dabei handelt es sich um die Beachtung individueller Faktoren wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen (Verhaltensprävention) in ihrer Wechselwirkung mit Faktoren wie Einkommen,

Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitsbedingungen, dem Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und um die natürliche Umwelt (Verhältnisprävention).

Eine Orientierung für die Auswahl von gesundheitsförderungsspezifischen Indikatoren (Wirkfaktoren) bieten sogenannte Ergebnismodelle. Im Outcome-Model von Nutbeam (1999) differenzieren sich Wirkfaktoren einerseits nach Ergebnisebenen, andererseits lassen sich kurzfristige, mittelfristige und langfristige Ergebnisse daraus ableiten. Die kurzfristigen Ziele sind die direkte Folge der gesundheitsfördernden Handlung. Die mittelfristig daraus entstehenden Ergebnisse können als Veränderungen der Gesundheitsdeterminanten eingestuft werden wie Gesundheitskompetenz, Partizipation, gesunder Lebensstil etc. Langfristig werden Verbesserungen der Gesundheitseckpunkte und/oder der sozialen Endpunkte angestrebt. Über Information (Bildung) kann eine Steigerung der eigenen Gesundheitskompetenz erzielt werden, welche wiederum zu einer tatsächliche Verhaltensänderung führen kann. Erst diese wird zu einer verbesserten Gesundheit beitragen, welche gemessen werden kann in „Health-Outcomes“ (reduzierter Morbidität und Behinderung, reduzierter vermeidbarer Sterblichkeit aber auch in erhöhter „Quality of Life“). Das Ergebnismodell von Nutbeam berücksichtigt zusätzlich die Ebenen „Individuum“, „Mikro/Mesoebene“ und „Makroebene“ (Nutbeam 2000).

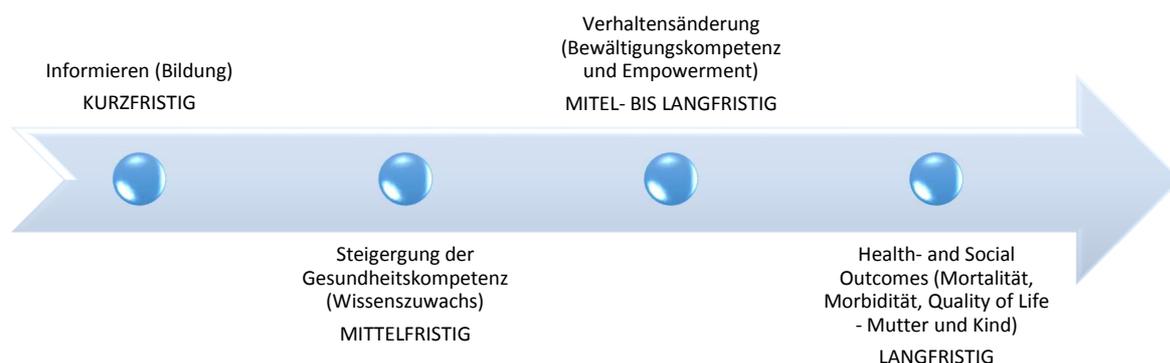


Abbildung 3. Kurz-, mittel- und langfristige Ziele

Tabelle 4 Zielebenen der Gesundheitsförderung

Gesundheits- und Sozialindikatoren	Morbidität, Mortalität, Lebensqualität, Behinderung,		
<i>Determinanten der Gesundheit</i>	Gesunder Lebensstil	Versorgung	Lebensbedingungen/ gesundheitsförderliche Umwelt
<i>Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten</i>	Gesundheitskompetenz	Sozialer Einfluss. Partizipation	Politik- und Organisationsgestaltung
<i>Interventionsebene (Maßnahmen der Gesundheitsförderung)</i>	Bildung	Soziale Aktivierung	Interessenvertretung
	Individuum	Mikro- /Mesoebene	Makroebene

Quelle:

http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/evaluation/leitfaden_selbstevaluation/planungsqualitaet_ergebnismodell/index.html. Download am 21.4.2013

2.6 Das Qualitätsentwicklungsinstrument Quint-Essenz

Eine Weiterentwicklung des Ergebnismodells von Nutbeam ist das Qualitätsentwicklungsinstrument der Gesundheitsförderung Schweiz, das sogenannte Quint-Essenz Modell (www.quint-essenz.ch). Grundannahme des Modells ist, dass Gesundheit nicht direkt über Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen erzielt werden kann, sondern über Zwischenstufen erreicht wird.

Das Modell Quint-Essenz geht von vier unterschiedlichen Ergebnisebenen aus, die Ebene

- der Individuen,
- der Gruppen / Gemeinschaften / Bevölkerung.
- der Legislative / Administration / Organisation / Netzwerke,
- der Infrastruktur und Dienstleistungen,

welche in Verbindung zu den Zielebenen **Maßnahmen** der Gesundheitsförderung (A), **Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten** (B), die **Gesundheitsdeterminanten** (C) an sich, die **Gesundheit** der Bevölkerung (D) gebracht werden.

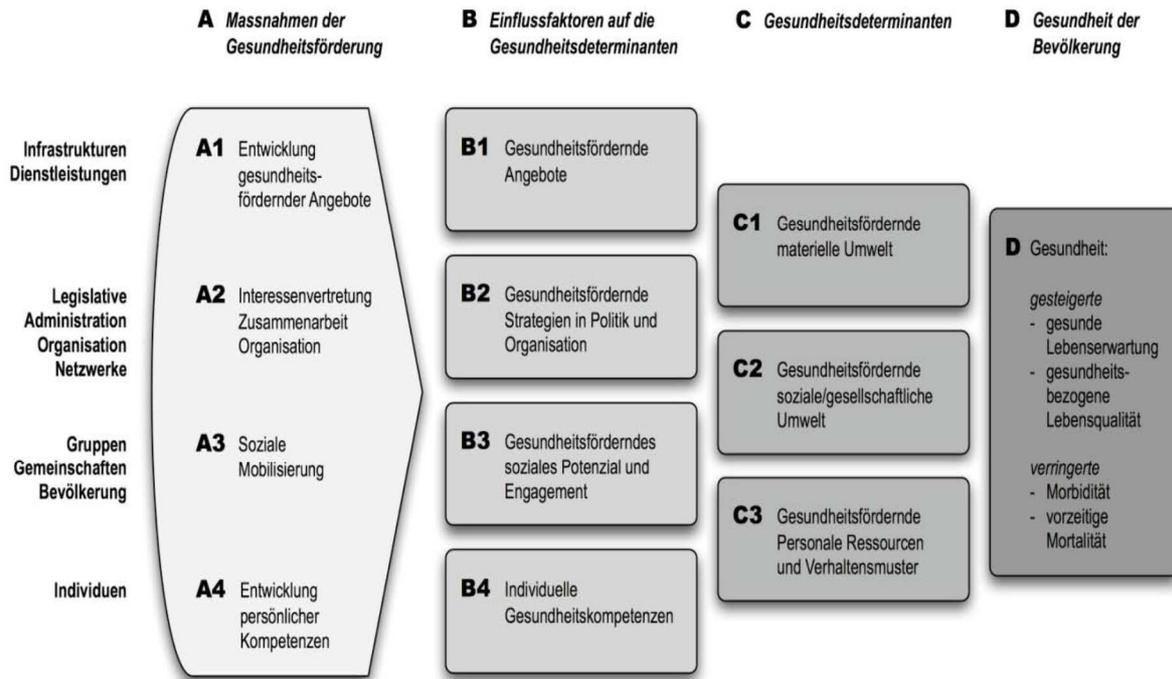


Abbildung 4. Grundstruktur Ergebnismodell Quint-Essenz

Quelle: Quint-Essenz Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung Schweiz. http://www.quint-essenz.ch/de/files/Ergebnismodell_11.pdf S. 1 Download am 23.12.2014

Gesundheitsförderung und Prävention haben immer das Endziel, die Gesundheit einzelner Menschen oder Gruppen zu verbessern (**Zielebene D**). Die Ursache erhöhter Lebenserwartung der Bevölkerung, erhöhte gesundheitsbezogene Lebensqualität oder geringere Inzidenz an vermeidbarer oder frühzeitiger Morbidität ist multifaktoriell und unterliegt komplexen Wirkungsmechanismen. Ziele auf der Ebene der Gesundheitsergebnisse sind nur langfristig erreichbar und die Zusammenhänge mittels epidemiologischer Methoden messbar.

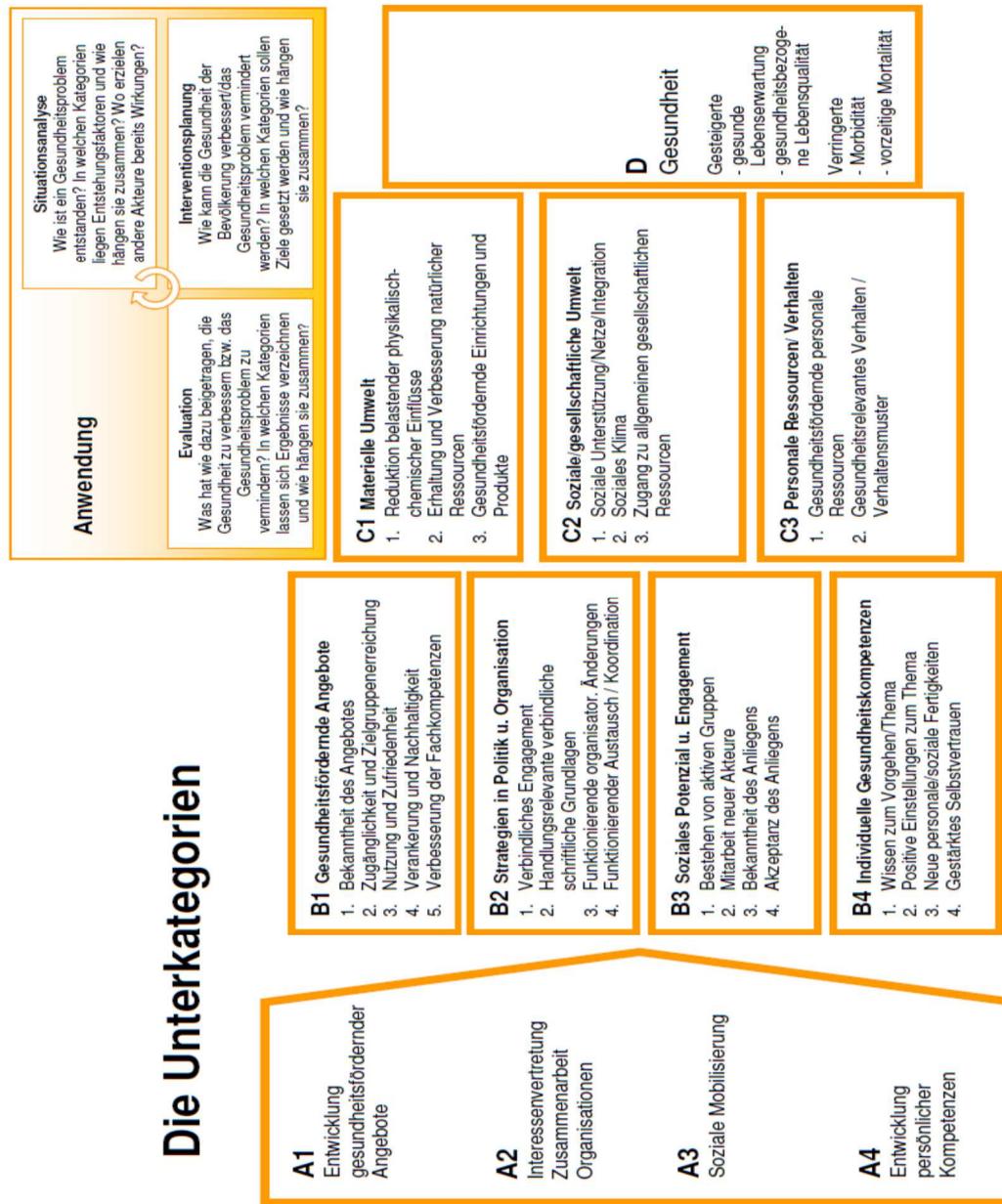
Gesundheitsdeterminanten (**Zielebene C**) sind Einflussfaktoren, die auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken. Dahlgren und Whitehead (1991) sprechen von „4 Einflussebenen der Gesundheit“. Diese sind

- die Verhaltens- und Lebensweisen des oder der Einzelnen,
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des oder der Einzelnen, das für die Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann,
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten,
- die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie zum Beispiel der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.

Ein Ergebnis auf der Stufe C kann bezeichnet werden als eine nachgewiesene positive Veränderung einer anerkannten Gesundheitsdeterminante in einem Setting oder in einer Bevölkerungsgruppe. Die Evidenz-Basierung ist Voraussetzung für die Anerkennung der Determinante und kann durch Studien, Evaluierungen und wissenschaftlich fundierte Modelle erfolgen. Diese Evidenz muss zusätzlich in der relevanten Zielgruppe und innerhalb der lokalen (nationalen) Gegebenheiten umsetzbar sein.

Auf **Zielebene B** werden die direkten Faktoren, welche die Gesundheitsdeterminanten beeinflussen, angesprochen.

Die Maßnahmen der Intervention (**Zielebene A**) sind darauf gerichtet, diese Faktoren positiv zu verändern (Cloetta 2004).



Autorinnen: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spöni-Fairni, Adrian
© Gesundheitsförderung Schweiz. Anleitung: www.gesundheitsfoerderung.ch

Abbildung 5. Die Unterkategorien des Ergebnismodells Quint-Essenz
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz. https://www.quint-essenz.ch/de/project_management

Das Wirkungsmodell des Projektes Hebammenberatung in der MuKiPa (als Basis f. d. Entwicklung eines Evaluierungsinstruments) (Basis: Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz)

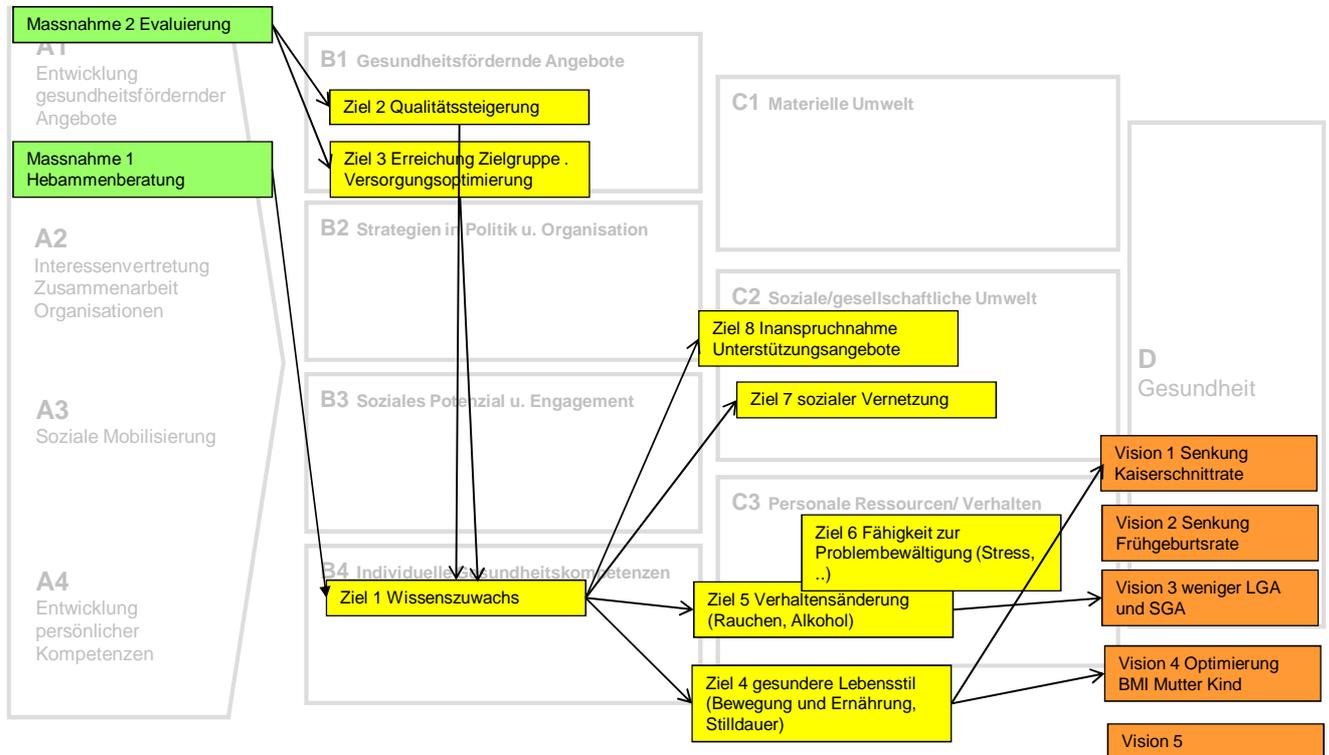


Abbildung 6. Das Wirkungsmodell der Hebammenberatung im Mutter Kind Pass
Basis: Modell Quint-Essen

2.7 Ansätze der Evaluierung der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung

2.7.1 Vier Qualitätsdimensionen

Eine zentrale Anforderung des heutigen Qualitätsverständnisses ist, dass nicht nur die Dienstleistung in den Blick genommen wird, sondern das gesamte Unternehmen. Die Planungsqualität, die vorhandenen oder aufzubauenden Strukturen, die Durchführung, sie alle haben einen Einfluss auf die erreichten Ziele. Die vier Qualitätsdimensionen sind eng miteinander verbunden: nur wenn das Angebot den tatsächlichen Bedarf berücksichtigt, die Bedürfnisse und der soziokulturelle Kontext der Zielgruppe erfasst wurden, die strukturellen Voraussetzungen angemessen sind und das Angebot wie geplant umgesetzt wird, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch das angestrebte Ergebnis erreicht wird.

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW 2011, S. 13) hat einen Leitfaden zu den Qualitätsdimensionen zusammengestellt:

1. Planungsqualität
 - a. Sind die Voraussetzungen geklärt?
 - b. Sind der Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppen bekannt?
 - c. Sind die Ziele klar benannt?
 - d. Stützt die Intervention auf Theorien und Forschungsergebnissen?
 - e. Ist der Kontext der Intervention bedacht?
 - f. Wurde festgelegt, welche Effekte auf welcher Ebene zu erwarten sind?
2. Strukturqualität
 - a. Sind die organisatorischen und institutionellen Rahmen angemessen?
 - b. Sind die personellen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen angemessen?
 - c. Gibt es eindeutige Aufgabenzuordnungen und Verantwortlichkeiten?
3. Prozessqualität
 - a. Wird das Projekt wie geplant umgesetzt?
 - b. Gibt es Probleme mit der Kommunikation und dem Informationsfluss?
 - c. Welche Hindernisse und förderliche Bedingungen lassen sich identifizieren?
 - d. Wie können Prozesse optimiert werden?
4. Ergebnisqualität
 - a. Erreicht das Projekt die gesteckten Ziele?
 - b. Im welchem Ausmaß werden die Ziele und die Zielgruppen erreicht und in welchen Bereichen?

- c. Welche nicht intendierten (Neben-) Wirkungen werden allenfalls verursacht?
- d. Sind die Ergebnisse nachhaltig?

Gesundheitsförderung findet in einem komplexen und dynamischen sozialen System statt. Sich ändernde Voraussetzungen lösen andere Ergebnisse aus. Die Wahrnehmung und flexibles Reagieren auf Verschiebungen im System sind Bestandteile der Qualitätssicherung (Dierks 2001, S. 49).

2.7.2 Die gesundheitsökonomische Dimension

Bei der ökonomischen Dimension des um die Hebammenberatung erweiterten Mutter-Kind-Passprogrammes handelt es sich um die Frage, ob die zusätzlichen Kosten durch deren zusätzlichen Nutzen gerechtfertigt sind. Angesichts der Kostendynamik im Gesundheitssystem sowie des Drucks, die Kosten des Krankenversicherungssystems in Relation zum Bruttosozialprodukt konstant zu halten, stellt sich die Frage, wie die knappen Ressourcen des solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystems effizient eingesetzt werden können (Schöffski 2008, S.4). Dazu muss auch aus dem Blickwinkel der Gesamtwirtschaft die langfristige Kostenreduktion als Folge von gesundheitsfördernden Maßnahmen berücksichtigt werden. Diese beinhaltet unter anderem die Verringerung der Kosten durch kürzere Krankenhausverweildauer, Reduzierung der Ausgaben, entstanden durch Krankenstand, geringere finanzielle Aufwände für Medikamente etc. Naturgemäß überwiegen in der kurzfristigen Zeitspanne eher die Kosten, erst über einen längeren Zeitraum kommt der Nutzen zum Tragen.

Eine mögliche wirtschaftliche Evaluierung wäre die Kosten-Nutzen-Analyse. Mit dieser Methodik werden auch die immateriellen Nutzenkomponenten, wie z.B. Senkung des BMI oder Steigerung der Lebensqualität, bewertet. Die gebräuchlichste Nutzwertberechnung geschieht anhand der qualitätsbereinigten Lebensjahre (quality-adjusted life years/QUALYs). Beim QUALY Konzept werden die Steigerungen an gesundheitsbezogener Lebensqualität und der Gewinn an Lebenszeit (Lebenserwartung) zu einer normierten Einheit zusammengefügt, welche als monetäre Einheit ausgedrückt und mit den Kosten der Maßnahme verglichen werden kann (Drummond 2005, S. 136 ff). In der Literatur konnte keine Kosten-Nutzen-Analyse eines annähernd ähnlichen Beratungsmodells in der Schwangerschaft gefunden werden.

Die Evaluierung der Kosten-Nutzen-Relation der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung übersteigt den Evaluierungsauftrag, der an das Österreichische Hebammengremium gestellt worden ist. Sie ist daher kein Bestandteil der Evaluierungsplanung. Eine ökonomische Evaluierung scheint aber angebracht zu sein, wenn berücksichtigt wird, dass der Mutter-Kind-Pass aus Steuereinnahmen finanziert wird.

2.7.3 Zusammenführung der Zielebenen mit den Qualitätsdimensionen

Die **Planung** und Implementierung der Intervention „Hebammenberatung im Mutter-Kind-Pass“ lag und liegt hauptsächlich im Verantwortungsbereich des Österreichischen Hebammengremiums. Auch diese sind kein Bestandteil des hier beschriebenen Evaluierungsvorhabens, sie unterliegen einer internen Evaluierung des ÖHG. Der Nachweis der Wirkung von Interventionen unterstützt die Politik bei der Rechtfertigung des Einsatzes von Steuermitteln. Bei der Konzipierung der Evaluation wurde daher großes Augenmerk auf die Wirkung und zwar auf verschiedenen Zielebenen gelegt. Zusätzlich kann die Nutzung der Versorgungsstruktur analysiert werden.

In der Dimension der **Strukturqualität** werden lediglich auf der ersten Zielebene Daten gesammelt, anhand deren die Versorgungsstruktur betrachtet werden kann. (Siehe Abbildung 8) Hierbei geht es um die Fragen:

- Wie viele Beratungen werden pro Jahr durchgeführt?
- Werden Einzel- oder Gruppenberatungen umgesetzt?
- Wie viele Hebammen sind involviert, sind dies Vertrags- oder Wahlhebammen?
- Wie ist die topografische Verteilung der Hebammen?
- Welche Beratungsschwerpunkte wurden festgestellt?

Dazu wurde vom ÖHG ein vorläufiges „Datenerhebungsblatt zur Evaluierung der Beratung im Mutter-Kind-Pass“ (ÖHG) konzipiert, das in Gebrauch ist, bis ein endgültiger Evaluierungsbogen in Abstimmung mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen erstellt worden ist. Im Datenerhebungsblatt (Siehe Anhang Kapitel 6.1) werden neben der Identifikationsnummer der Hebamme die Postleitzahl der Schwangeren, Staatsbürgerschaft und Geburtsland, Familienstand, Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften und Parität, Beruf, höchste abgeschlossene Schulbildung und Stellung im Beruf festgehalten. Auch die Schwerpunkte im Beratungsgespräch werden notiert. Seit dem 1. März 2014 wird dieses Datenerhebungsblatt online auf der Homepage des ÖHG allen Hebammen zur

Verfügung gestellt. Laut persönlicher Mitteilung des Sekretärs des ÖHG wurden bis zum 1.12.2014 über 7.000 Erhebungsbögen zurückgeschickt, Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Alle Hebammen, die Mutter-Kind-Passberatungen anbieten, müssen

- eine gültige Arbeitsberechtigung als Hebammen besitzen und im Hebammenregister aufgenommen sein (§ 42 Hebammengesetz).
- eine Niederlassungsbewilligung haben.
- sich in der Zentralkanzlei des Österreichischen Hebammengremiums melden; alle Mutter-Kind-Pass-Beratungshebammen bekommen eine zusätzliche Identifikationsnummer.
- das Datenerhebungsblatt des ÖHG zur Evaluierung der Beratung im Mutter-Kind-Pass bei jeder Beratung ausfüllen und an die Zentralkanzlei des ÖHG weiterleiten.

Ob und in welchem Ausmaß die Zielgruppe erreicht wird, wird in der Dimension der **Prozessqualität** anhand des sozioökonomischen Status bestimmt, welcher über das Datenerhebungsblatt erhoben werden kann. Erfahrungsgemäß werden anfänglich Frauen mit einer höheren Schulbildung an der Beratung teilnehmen. Mit November 2014 ist eine überarbeitete Fassung des Mutter-Kind-Passes in Druck gegangen, in dem auch das Hebammen-Beratungsblatt einen festen Platz hat (siehe Anhang Kapitel 6.2). Sobald die neuen Pässe in Umlauf kommen, wird erwartet, dass auch weniger bildungsaffine Schwangere auf das Angebot der Hebammenberatung aufmerksam werden. Sinnvoll wäre eine vergleichende Analyse der topographischen Verteilung in Österreich und der demographischen Merkmale der Frauen im gebärfähigen Alter, die über Statistik Austria abrufbar ist.

Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Hebammen finden regelmäßig in jedem Bundesland im Auftrag des ÖHG statt. Die Analyse dieser Prozessqualität obliegt der internen Evaluation, welche das ÖHG durchführt.

In der Dimension der **Wirkungsqualität** sollen womöglich alle vier Ergebnisebenen (Zielebene) in größerer oder kleinerer Ausprägung analysiert werden.

Auf der Ergebnisebene der **Maßnahme (A)** kann untersucht werden, welchem Beratungsbedarf nachgegangen worden ist, das heißt

- ob eher die Informationsvermittlung über Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Wochenbett und Stillen im Vordergrund stand,

- ob Beratung über gesundheitsförderndes und präventives Verhalten Priorität hatte,
- ob das Eingehen auf psychosoziales Umfeld, Ängste und Erwartungen am wichtigsten war,
- ob die Weitervermittlung an andere Dienstleister und Unterstützungsmöglichkeiten einen großen Stellenwert hatte,
- ob die Informationen und Beratungsinhalte den Bedürfnissen der Schwangeren entsprachen,
- und ob die Schwangeren mit der Beratung zufrieden waren.

Auf der Zielebene der **Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten (B)** kann der Wissenszuwachs untersucht werden, ob

- die Schwangere mehr Wissen zu bestimmten Themen und Abläufen hat,
- sie die für sie in Frage kommenden medizinischen Dienstleister, Beratungsstellen und Unterstützungsangebote kennt bzw. über deren Angebote und Kontaktdaten Bescheid weiß,
- sie sich ihrer Stärken und ihres Unterstützungsbedarfes bewusst ist.

Auf der Zielebene der **Gesundheitsdeterminanten (C)** geht es vor allem um das Ausmaß der vollzogenen Verhaltensänderung. Die Schwangere weiß nicht nur mehr über gesundheitsförderndes Verhalten, sie ist auch in der Lage, dieses für sich umzusetzen und kann weitere Unterstützung für sich organisieren. Quantitative Fragen nach der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote wie zum Beispiel der Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs, geändertes Ernährungsverhalten oder die Reduzierung des Zigarettenkonsums können zur Bewertung der Ergebnisse herangezogen werden.

Die Wirkung der Maßnahme auf der Zielebene der **gesundheitlichen Ergebnisse (D)** lässt sich nicht am Indikator „verringerte Mortalität/ Morbidität“ messen, da

1. die Intervention nur einen indirekten Effekt auf diesen Indikator erzielt,
2. vielfältige Wirkungspfade sich auf die Morbidität und Mortalität auswirken,
3. eine zu lange Latenzzeit den Nachweis von Wirkungszusammenhängen erschwert.

Daher müssen verschiedene Wirkungsebenen unterschieden werden (Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz, Spencer et al. 2008).

Trotzdem wurde seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungen und des ÖHG's darauf gedrungen, im klinischen Geburtenregister ab dem 1.1.2015 zu vermerken, ob eine Frau an der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung teilgenommen hat. Damit entsteht die Möglichkeit, geburtshilfliche Ergebnisse wie Modus der Geburt, Geburtsgewicht, Schwangerschaftsdauer der teilnehmenden bzw. nicht teilnehmenden Schwangeren zu beschreiben und miteinander zu vergleichen. Zu beachten ist allerdings, dass erst in zusätzlichen Detailstudien mögliche Zusammenhänge genauer untersucht werden können.

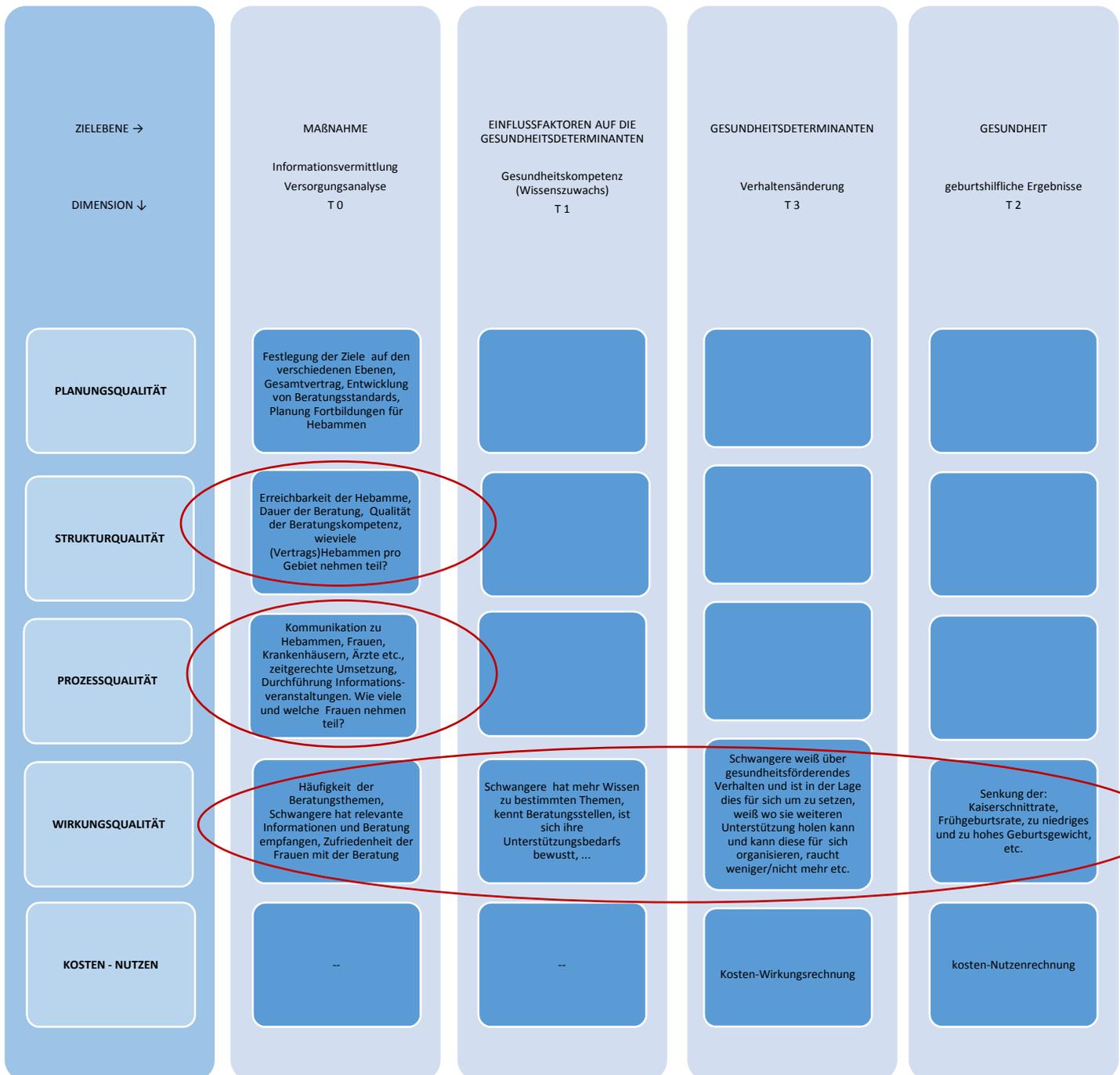


Abbildung 7. Zusammenführung der Zielebenen und Dimensionen der Evaluierung
Die rot umkreisten Bereiche werden in der externen Evaluierungsplanung berücksichtigt

2.8 Planung des Evaluierungsablaufes - Datensammlung

2.8.1 Die Zeitpunkte der Datenerhebung

Die Datenerhebung findet an vier Zeitpunkten statt:

- T 0 = Intervention = Zeitpunkt, an dem die Hebammenberatung stattfand
- T 1 = Befragung online oder schriftlich, bis max. vier Wochen nach der Hebammenberatung
- T 2 = Geburt (geburtshilfliche Daten aus dem österreichischen klinischen Geburtenregister)
- T 3 = Befragung vier bis acht Wochen nach der Entbindung

Tabelle 5 Evaluierungszeitpunkte

Zeit		
T 0	Hebammenberatung	1) Dokumentation der Hebammenberatung durch die Hebamme 2) Vergabe eines Zugangscodes an die Schwangere, damit diese Zutritt zum Online-Fragebogen bekommt bzw. Befragung in Papierform mitgeben 3) Übertragung der evaluierungsrelevanten Daten durch die Schwangere über Tablet oder Android-Smartphone an die Datenbank (z.B. Alter der Mutter, Parität, Ausgangs-BMI, Raucherstatus,) 4) Schwangere füllt am Ende der Beratung und vor Ort die Fragen zum sozioökonomischen Status aus.
T1	Befragung 1 Online / schriftlich	Schwangere füllt Befragung zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und zur Zufriedenheit aus.
T2	Geburt	Ausfüllen des Geburtenregisterdatei durch die geburtshilflichen Abteilungen
> T2	Mailkontakt bzw. über SMS	Ein Erinnerungsmail und ein zweiter Zugangscodes werden an die junge Mutter geschickt.
T3	Onlinebefragung 2	Junge Mutter füllt Befragung zur möglichen Verhaltensänderung, zu geburtshilflichen Ergebnissen und zum Stillverhalten aus.

T 0: Die Dokumentation der betreuungsrelevanten, medizinischen Daten obliegt der Verantwortung der Hebamme. Ein für die Evaluierung relevanter Teil wird online über eine sichere Internetverbindung an die Evaluierungsdatenbank in pseudonymisierter Form übertragen. Dabei wird pro Betreuungsfall ein Code freigegeben, welcher der Schwangeren den Zutritt zum Online-Fragebogen erlaubt.

Die Schwangere füllt über das Tablet oder das eigene Handy am Ende der Beratung und vor Ort die Fragen zum sozioökonomischen Status aus. Diese werden in der Datenbank dem Betreuungsfall zugeordnet, sind aber für die Hebammen nie abrufbar.

Möchte die Schwangere lieber die Fragen handschriftlich beantworten, kann sie das direkt vor Ort erledigen und den Fragebogen bei der Hebamme abgeben.

T 1: Vier Wochen später wird die Befragung zum Wissenszuwachs und zur Zufriedenheit ausgefüllt.

T 2: In den Krankenhäusern wird anhand der Dokumentation im Mutter-Kind-Pass die Inanspruchnahme der Hebammenberatung in das Geburtenregister übertragen.

Die Auswertung der Daten, bei der die verschiedenen geburtshilflichen Ergebnisse (wie z.B. Geburtsmodus, Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht) in Beziehung zur Teilnahme an der Hebammenberatung gesetzt werden, kann nur in Absprache mit dem ÖHG stattfinden.

T 2 - T3: Ein Erinnerungsmail wird zwei Wochen nach dem errechneten Geburtstermin automatisch an die Mailadresse der jungen Mutter geschickt, mit der Bitte an der zweiten Onlinebefragung teilzunehmen. Ein zweiter Code wird damit freigegeben.

T 3: Die junge Mutter kann mit dem zweiten Code, den sie mittels Email erhalten hat, die zweite Onlinebefragung ausfüllen.

Die Befragung besteht aus vier Hauptthemen und soll maximal 20 Minuten in Anspruch nehmen:

1. Mögliche Verhaltensänderung im Zeitraum bis zur Geburt (z.B. Ernährungsverhalten)
2. Inanspruchnahme von weiteren Unterstützungsangeboten (Rauchertelefon, Bewegungsangebot, Familienhilfe, Stillberatung, Hebammenbetreuung...), auch über die Periode nach der Geburt
3. Geburtshilfliche Ergebnisse wie Geburtsmodus, Geburtsgewicht, Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, Entlassungstag, Stillverhalten, die dem Mutter-Kind-Pass entnommen werden können,
4. Zufriedenheit mit der Hebammenberatung und weiterer Betreuungsbedarf

Die Mutter füllt von zu Hause über Tablet, Computer oder das eigene Handy die zweite Onlinebefragung aus. Diese Daten werden in der Datenbank dem Betreuungsfall wiederum in anonymisierter Form zugeordnet, wobei der Datenschutz ein essentielles Thema ist. Sie hat auch die Möglichkeit, das Formular auszudrucken, auszufüllen und an die Zentralkanzlei des ÖHG zu schicken. Mit einer hohen Dropout-Quote zu diesem Zeitpunkt muss gerechnet werden.

Die technische Entwicklung des Dokumentations- und Befragungssystems soll eine E-Health Firma übernehmen. Die Ausarbeitung der Daten findet in Zusammenarbeit mit Vertretern des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungen, dem ÖHG und dem IET (Institut für klinische Epidemiologie der TILAK in Innsbruck) statt.

Tabelle 6 Beratungsthemen pro Evaluierungszeitpunkt

Zeit	Art der Befragung	Datensätze - Beratungsziele
T 0	Hebammenbetreuungsdaten	Alter der Mutter
	Betreuungsdaten	Parität
		Ausgangs-BMI (Klassifikation WHO)
		Rauchverhalten: Anzahl Zigaretten pro Tag
		Gewünschte Ernährungsart des Kindes (Muttermilch, Formulanahrung)
		Gewünschter Geburtsmodus (Spontangeburt, SC)
		Information über Verlauf der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillen (ja / nein)
		Information / Beratung zu den Themen laut §2 (3) Gesamtvertrag MKP
T 0	Sozioökonomische Daten	Ziel: Analyse der Versorgungsstruktur
T1	1. Onlinebefragung Mütter	
	Gesundheitsförderung – Wissenszuwachs	Zu welchen Themen bekamen Sie Informationen (Geburtsmodus, Geburtsort, Unterstützungsmöglichkeiten, Stillen, Ernährung, Bewegung,...)
		Form der Information (mündlich, Infoblatt, Broschüre,..)
		Zu welchen Themen wurde spezifisch beraten (Geburtsmodus,.. etc. siehe oben)
		Überprüfung des Wissenszuwachses in Hinblick auf spezifische Empfehlungen in den durchgeführten Beratungen
		Überprüfung des Wissenszuwachses in Hinblick auf gesundes Verhalten in der Schwangerschaft
	Vernetzung	Überprüfung des Wissenszuwachses in Bezug auf weitere Ansprechstelle / Unterstützungsangebote
	Psychosoziales Umfeld	Überprüfung des Wissenszuwachses in Bezug auf positiven bzw. negativen Einfluss des psychosozialen Umfeldes.
		Überprüfung des Wissenszuwachses in Bezug auf Möglichkeiten zur sozialen Vernetzung, psychosozialen Unterstützung
	Zufriedenheitsbefragung	Überprüfung der Qualität der Beratung, des Erwartungshorizonts der Schwangeren und weiterer Präferenzen
T 2	Geburtenregister	Geburtshilfliche Ergebnisse: Schwangerschaftsdauer, Tatsächlicher Geburtsmodus, Operative Beendigung der Geburt, Geburtsgewicht des Kindes Gewichtszunahme in der Schwangerschaft
T3	2. Onlinebefragung Mütter	
	Gesundheitsförderung - Verhaltensänderung	Überprüfung der Steigerung der Selbstwirksamkeit der werdenden Eltern: Fühlen sie sich selbstsicherer, können sie Bedürfnisse und Probleme besser erkennen, wissen sie, wie sie damit umgehen sollen. Sie erkennen das eigene Potenzial in den gesünderen Lebensstilen und können diese umsetzen.

Vernetzung	Überprüfung der Inanspruchnahme zusätzlicher (medizinischer) Dienstleistungsangebote (z.B. hat an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen, ...)
Stillrate	Wie viele Mütter haben in der Periode der 4.-8. Lebenswoche ihr Kind gestillt?

2.8.2 Fazit: Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung

Die Evaluierung der Hebammenberatung ist in ihrer Planung und Umsetzung noch nicht abgeschlossen. Zwischenstufen konnten bereits umgesetzt werden, sind allerdings auch als Zwischenlösungen zu betrachten. Ein umfassendes Gesamtkonzept ist noch in der Verhandlungsphase.

Ab März 2015 können die ersten Daten der ÖHG-Befragung ausgearbeitet werden. Dann sind über die Periode von einem Jahr die Informationen über die Versorgungsstruktur, die Inanspruchnahme anhand der Topographie und des sozioökonomischen Status der Frauen sowie Häufigkeit und Bandbreite der Beratungsthemen auswertbar. Die Ergebnisse können dazu dienen einerseits die Implementierung der Hebammenberatung gezielt anzupassen. Zudem kann die Weiterentwicklung der Beratungskonzepte priorisiert werden. Die Ergebnisse dieser ersten Stufe sind zwar nicht vollständig im Sinne einer Evaluierung eines Gesundheitsförderungsprogramms, bringen aber wichtige Zwischenergebnisse auf der Ebene der Strukturqualität.

Ab Januar 2016 können erstmalig unter Nutzung des klinischen Geburtenregisters Österreichs geburtshilfliche Ergebnisse in Bezug gesetzt werden zur Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung.

Die Zwischenstufen, nämlich die Befragung der Schwangeren bzw. jungen Mütter nach Wissenszuwachs und Verhaltensänderung, stehen noch aus. In den kommenden Jahren soll auch die (Weiter-)Entwicklung von einzelnen Beratungskonzepten (wie z.B. Erstberatung bei Tabakentwöhnung, Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, Früherkennung von Gewalt) vorangetrieben werden, ebenso deren Wirkungsüberprüfung.

3 Die Evaluierung von Hausgeburten

Die freie Entscheidung der Frau, welche Art von medizinischer Betreuung sie in Anspruch nehmen möchte, ist ein Eckpfeiler des Österreichischen Gesundheitssystems. Damit eine Wahl getroffen werden kann, müssen gute, valide und vergleichbare Informationen zur Verfügung stehen. Diese bilden die Basis für die (Weiter-)Entwicklung von Versorgungsstrukturen, für eine zielgerichtete, qualitativ hochwertige Umsetzung, für die Weiterentwicklung von Betreuungskonzepten und für die individuelle Entscheidungsfindung der (werdenden) Eltern.

Die Notwendigkeit der Transparenz von Ergebnissen gilt auch für die Hausgeburtsilfe. Bei der Überprüfung der eigenen Daten durch die jeweilige Hebamme fehlt aufgrund der geringen Fallzahl die statistische Signifikanz, zudem ist kein Vergleich der Zahlen möglich. Eine systematische Zusammenführung der gesammelten Betreuungsdaten hingegen eröffnet den Weg zur externen, vergleichenden Qualitätsdarstellung. Mit dieser Zielsetzung wurde auf Initiative des Österreichischen Hebammengremiums und in Zusammenarbeit mit Prim. Univ. Doz. Dr. Hofmann (Vorsitzender des Steirischen Geburtenregisters), mit Dr. Oberaigner, dem Leiter des Institutes für Epidemiologie der Tilak (IET), und M. van der Kleyn im Jahr 2006 das außerklinische Geburtenregister gegründet.

3.1 Aufbau des außerklinischen Geburtenregisters

Register werden in der Forschung eingesetzt, um das Versorgungsgeschehen und/oder Aspekte der Bevölkerungsgesundheit auf eine strukturierte und wissenschaftlich fundierte Art und Weise zu erheben und zu bewerten. Die inhaltliche Ausrichtung eines Registers hängt eng zusammen mit seiner Zielsetzung. So kann das Einsatzgebiet die geographische Erfassung von Erkrankungen sein (sogenannte epidemiologische Register wie z.B. das Krebsregister in Kärnten), die Erfassung von Medizinprodukteinsätzen (klinische Register wie z.B. das Hüftprothesenregister) oder die Sicherung der Behandlungsqualität (Qualitätsregister) sein.

Klinische Register legen ihren Schwerpunkt auf Mortalität und Morbidität. Diese Daten machten es möglich, die drastische Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität in den letzten 40 Jahren zu beschreiben. Nach Erreichen eines sehr niedrigen Niveaus der Sterblichkeit und Morbidität stellt sich die Frage, wie perinatale Ergebnisse in einem so kleinen Bereich weiter optimiert werden können. Der Fokus erweitert sich von rein ergebnisorientierter Betrachtung auf die Qualität der Betreuung, unter Berücksichtigung der sozialen Umstände (wie Bildungsniveau, Einkommen und soziale Vernetzung), sowie auf die Inhalte der geburtshilflichen Betreuungskonzepte

selbst und deren Beitrag zur perinatalen Gesundheit (Zeitlin 2003, Irgens 2000). Soziale Unterstützung beeinflusst die perinatalen Ergebnisse anerkanntermaßen in gleichem Ausmaß wie medizinisch fachliche Begleitung (Edwards 2007). Hebammengeleitete Geburtshilfe unterstreicht diesen Betreuungsansatz. Hausbesuche und Eins-zu-Eins-Begleitung sowie eine breit angelegte interdisziplinäre Zusammenarbeit vom Facharzt/von der Fachärztin bis hin zum Sozialarbeiter/zur Sozialarbeiterin sind dabei wichtige Elemente. Hebammen gehen davon aus, dass die meisten Frauen fit und gesund sind; sie bieten Betreuung, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse und unter Berücksichtigung der sozialen/familiären Umstände.

Hausgeburtshebammen können die detaillierten Informationen über die von ihnen betreuten Geburten im außerklinischen Geburtenregister zusammentragen. Ziel ist es, einerseits die Merkmale der physiologischen Geburt sichtbar zu machen, andererseits soll das Register dazu beitragen, die Qualität der Hebammenbetreuung anhand von sogenannten Indikatoren zu messen und reproduzierbar zu machen. Die in verschiedenen Studien (De Jonge 2009, Janssen 2009) dargestellten guten Ergebnisse der außerklinischen Geburten sind keine Zufallsbefunde, sondern die Folge von Selektions- und Entscheidungsprozessen sowie von der Physiologie erhaltenden Betreuungskonzepten. Die Datensammlung im außerklinischen Geburtenregister soll eine Evaluierung auf Prozess- und Ergebnisebene ermöglichen, so dass Betreuungskonzepte bei gleichzeitiger Qualitätsoptimierung weiterentwickelt werden können. Sie bietet zusätzlich Organisationen Einblick in die Versorgungsstruktur. Die Risikoselektion, die Umsetzung der Betreuung und Überweisung bei Regelwidrigkeiten können anhand des außerklinischen Geburtenregisters sichtbar gemacht werden. Qualitätsindikatoren sollen diesen Prozess wiedergeben können. Die Versorgungsstrukturen (Gibt es genügend Hebammen? Sind Hebammenpraxen adäquat organisiert, damit hochwertige Betreuung erfolgen kann?) und die Werte und Bedürfnisse der Gebärenden können anhand dieser Daten nicht analysiert werden.

Als essentiell ist die Veröffentlichung der Gesamtdaten zu sehen, die Klientinnen Unterstützung in der Entscheidungsfindung bezüglich des Geburtsortes ermöglicht. Die zusätzliche alljährliche Erstellung eines Einzelberichts für jede teilnehmende Hebamme bietet jeder außerklinisch arbeitenden Hebamme eine individuelle Vergleichsmöglichkeit mit den Gesamtergebnissen der außerklinischen Geburtshilfe.

Sowohl das klinische als auch das außerklinische Geburtenregister sind Qualitätsregister, in denen Informationen entlang der direkten Patientenbetreuung zentral gesammelt werden und zwar basierend auf der Behandlungsdokumentation. Auswertungen dieser Daten zielen darauf ab, Merkmale (Indikatoren) zu erheben und

Vergleiche darzustellen, die mit der Qualität der Versorgung direkt oder indirekt verbunden sind. Diese können verschiedene Einrichtungen (Hebammen) oder Gruppen von Einrichtungen betreffen und Vergleiche über einen Zeitrahmen beinhalten (Müller 2011, S. 305).

Vorgehensweise: Anhand eines standardisierten Fragebogens (siehe Anhang Kapitel 6.3) werden Daten über die Versorgung und Betreuung von Frauen und Neugeborenen bei der Geburt außerhalb des Krankenhauses gesammelt und zentral ausgewertet. Die Resultate, ausgearbeitet durch die Statistiker des Instituts für Epidemiologie Tirol (IET), können Vorschläge zur Qualitätsverbesserung auf Ebene der einzelnen Hausgeburtshebamme sowie auf Systemebene ergeben. Episiotomierate, Geburtsposition, Anzahl und Begründung der abgebrochenen Hausgeburten sind einige Themenbeispiele, die auf diese Art und Weise innerhalb der Gruppe der Hausgeburtshebammen, aber auch interdisziplinär besprochen werden können, um so einen Beitrag zu leisten zur Weiterentwicklung der (außerklinischen) Geburtshilfe.

Die Fragebögen wurden interdisziplinär und analog dem österreichischen klinischen Register entwickelt. Zudem wurde darauf geachtet, von Beginn an eine Vergleichbarkeit der Daten mit Zahlen international bereits bestehender Hausgeburtsregister, wie dem der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) in Deutschland, der LVR–Primärversorgung und der „Stichting Perinatal Registratie“ in den Niederlanden zu ermöglichen. Zu diesem Zweck wurden, soweit sinnvoll, dieselben Definitionen und Fragestellungen verwendet, damit in der Grundstruktur ein Vergleich möglich ist. So werden zum Beispiel für die Bewertung des Blutverlusts nach der Geburt einheitliche Kategorien zur Angabe der Blutmenge in Milliliter verwendet. Eine nachhaltige strukturierte Zusammenarbeit mit dem österreichischen klinischen Geburtenregister ist über die Mitgliedschaft im Fachbeirat des Klinischen Geburtenregisters gegeben.

Jede österreichische Hebamme kann freiwillig und kostenlos an der Registrierung teilnehmen. Zur Regelung der Zusammenarbeit zwischen Hebamme und IET findet sich auf der Homepage des IET (www.iet.at →Download →Hausgeburten) ein Mustervertrag. Zwei ausgedruckte Exemplare des Formulars sind unterschrieben an das IET zu senden, ein Exemplar wird retourniert. Darin verpflichten sich beide Vertragsparteien unter anderem zur vertraulichen Behandlung der Daten. Der Vertrag kann von Seiten der Hebamme jederzeit gekündigt werden. Die Dokumentationsbögen und eine Ausfüllanleitung sind ebenso auf der Homepage des IET und beim Österreichischen Hebammengremium erhältlich.

Die EpidemiologInnen und StatistikerInnen des Geburtenregisters Österreichs am IET (www.iet.at) zeigen sich für die Eingabe und Auswertung der Daten verantwortlich.

Was ausgewertet wird und auf welche Fragen eine Antwort gesucht wird, richtet sich einerseits nach vergleichbaren Perinatal-Erhebungen, andererseits nach den Vorschlägen der Hebammen, insbesondere derer, die diese Art der Geburtshilfe durchführen. Sie bestimmen im Rahmen eines Fachbeirates, welche Daten spezifisch für die außerklinische Geburtssituation sind und was sie wissen wollen, um ihre Arbeit evaluieren zu können.

3.2 Indikatoren in der Geburtshilfe

Explizite Qualitätskriterien, die das Fundament des Verbesserungspotenzials von Gesundheitsdienstleistern bilden, zielen darauf ab, die Gesundheit von Klientinnen bestmöglich zu optimieren. Allerdings verursachen die Komplexität und die Individualität der Gesundheitsversorgung methodische Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Auch Bedenken der Fachkräfte wie Angst vor externer Kontrolle, vor Verlust der Individualität in der therapeutischen Beziehung, vor Zunahme der Bürokratie und vor finanziellen Einbußen müssen bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.

3.2.1 Definition und Eigenschaften von Indikatoren

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 1990) definiert einen Qualitätsindikator folgendermaßen:

„Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtige Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, die einer intensive Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.“

Übersetzung: GMDS-AG „Qualitätsmanagement in der Medizin“ (Sens 2007, S. 30)

Folgende allgemeine Grundsätze bei der Auswahl von Indikatoren sind zu beachten:

- Selektion: Aus einer großen Anzahl an Parametern soll ein relevanter Parameter ausgesucht werden, welcher aussagekräftig die Qualität des Gesamtablauf der Intervention darstellt.

- Zielgerichtetheit: Qualitätsindikatoren beschreiben Qualität. Was aber bei einer bestimmten Intervention als Qualität angesehen wird, ist abhängig von dem Blickwinkel und dem Qualitätsverständnis. So können Arzt/Ärztin und Patient/Patientin die Qualität ein und derselben Behandlung unterschiedlich beurteilen.
- Machbarkeit: Die Messungen müssen korrekt durchgeführt werden können. Die Qualitätsansprüche müssen erreichbar sein.
- Validierung: Indikatoren müssen das wiedergeben, was sie messen sollen und das mit großer Genauigkeit. Indikatoren sollen die Qualität der Gesundheitsdienstleistung wiedergeben und nicht die Qualität der Datensammlung an sich.

Wichtige Eigenschaften von konkreten Indikatoren sind in der sogenannten RUMBA-Regel (McGlynn 2003, S. 30) zusammengefasst:

- **R**elevant for the selected problem
- **U**nderstandable for providers and patients
- **M**easurable with high reliability and validity
- **B**ehaviourable i.e. changeable by behaviour
- **A**chievable and feasible

Indikatoren sollen für das zugrundeliegende Problem relevant, für Mitarbeiter und Patienten verständlich, von hoher Verlässlichkeit (Reliabilität) und Validität sein. Die Qualität soll umsetzbar, sprich durch Maßnahmen beeinflussbar sein.

Die Qualität wird durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse abgebildet. Die Referenzwerte, die gute und schlechte Qualität kennzeichnen, müssen im Vorfeld bestimmt werden. Die Referenzbereiche können entweder empirisch (statistisch) oder normativ mittels Expertenkonsens festgelegt werden. Indikatoren nehmen Bezug auf die Struktur-, Prozess und/oder Ergebnisqualität.

3.2.2 Geburtshilfliche Indikatoren im (inter)nationalen Vergleich

Für den klinischen Bereich in Österreich wurden entsprechende Indikatoren vom wissenschaftlichen Beirat des Geburtenregisters eingeführt. Durch die Verschiedenartigkeit der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe können die für den klinischen Bereich entwickelten Kriterien jedoch nicht ohne Anpassung für den außerklinischen Bereich übernommen werden. Daher stellt sich die Herausforderung, gültige Qualitätskriterien für die außerklinische Geburtshilfe zu entwickeln.

Sowohl national als auch international wurden geburtshilfliche Indikatoren aufgestellt. PERISTAT (Zeitling 2003), WHO (WHO 2000) und OECD (OECD 1999) haben sich mit unterschiedlicher Anzahl und unterschiedlicher Ausprägung auf durchschnittlich zehn Hauptindikatoren konzentriert. Der internationale Vergleich dieser Hauptindikatoren ist ein Instrument zur Hypothesenbildung über den Einfluss von Risikofaktoren und über die Auswirkungen verschiedener gesundheitspolitischer Ansätze, die Unterschiede in den Ergebnissen möglicherweise erklären können. Allerdings konnten extreme Abweichungen von EU-Referenzwerten anhand von Unterschieden in der Bevölkerungsgröße aufgezeichnet werden. Je kleiner die Bevölkerung, desto weiter entfernt lagen die Ergebnisse vom europäischen Median (Lack 2013). Da die Anzahl der Hausgeburten laut Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013 (Statistik Austria 2013, S114) pro Jahr in Österreich bei ca. 1.000 liegt (1,2% der Gesamtzahl der Geburten), ist eine direkte Übernahme von internationalen Indikatoren kritisch zu betrachten. Die Überlegung, sich nach nationalen Indikatoren zu richten, ist gerechtfertigt.

Das österreichische klinische Geburtenregister hat sich auf neun Indikatoren geeinigt, die ab dem 1.1.2015 gültig sind:

Tabelle 7 Indikatoren Geburtenregister Österreich

Laufnummer	Beschreibung Indikator
1.	Bei Notsectio soll die Zeit zwischen Entscheidung und Eingriff unter 20 Minuten liegen.
2.	Frühgeburten bis SSW 31+6 mit einer praepartalen Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Tagen sollen nur in einer Klinik/Abteilung mit angeschlossener Intensivbehandlungseinheit für Früh- und Neugeborene laut ÖSG 2012 stattfinden.
3.	Der Anteil der Episiotomie bei Vaginalgeburten soll unter 40% liegen.
4.	Der Anteil der Geburten mit dokumentiertem Na-pH-Wert soll über 90% liegen.
5.	Der Anteil der Geburten mit dokumentiertem Base-Excess-Wert soll über 75% liegen.
6.	Die Anzahl der Kinder mit einem Na-pH-Wert <7.0 und APGAR10Min ≤ 5 soll zwei oder kleiner sein.
7.	Der Anteil der Regionalanästhesie bei Sectio soll über 70% liegen.
8.	Der Anteil der Frühgeburten bis SSW 33+6 mit einem Aufenthalt vor Geburt von mindestens zwei Tagen mit Anwesenheit eines Pädiaters bei der Geburt soll über 90% liegen.
9.	Der Anteil der Frühgeburten bis SSW 33+6 und Aufenthalt vor der Geburt von mindestens zwei Tagen mit Lungenreifeinduktion soll über 90% liegen.

Quelle: Geburtenregister Österreich, Qualitätsindikatoren ab 1.1.2015. Interne Mitteilung Fachbeirat des Österreichischen Geburtenregister 11.12.2015.

Hebammen können laut Hebammengesetz autonom regelrechte Geburtsverläufe zu Hause betreuen. Frauen, die eine komplikationsarme Schwangerschaft mit geringem Risiko erlebt haben, können für die Hausgeburt angenommen werden. Die Indikatoren des klinischen Geburtenregisters bilden die Betreuung von Low-Risk-Geburten in der Struktur der Primärversorgung im extramuralen Bereich nur ungenügend ab. So kann zum Beispiel in der häuslichen Situation aus organisatorischen Gründen kein Nabelschnur pH-Wert bestimmt werden, noch können pharmakologische Schmerzmittel eingesetzt werden. Die Übernahme von klinischen Indikatoren ist daher nicht sinnvoll. Die Entwicklung von Indikatoren, die für die außerklinische Geburtssituation geeignet sind, sowie die Feststellung zutreffender Grenzwerte (Benchmarking) sind notwendig.

Eine zweite Herangehensweise zur Entwicklung eines Indikatorensets ist die Bezugnahme auf ähnliche Organisationsstrukturen anderer Länder, zum Beispiel auf das Hausgeburtsregister in Deutschland (QUAG), die Perinatalregistration in den Niederlanden oder auf Register im angelsächsischen Raum. Im internationalen Vergleich sind allerdings verschiedene Beschreibungen derselben geburtshilflichen Ergebnisse zu finden. So wird zum Beispiel die Häufigkeit von Geburtsverletzungen nach vaginaler Geburt beschrieben als die Anzahl der Primipara mit intaktem Perineum, dividiert durch die Gesamtanzahl Primipara mit vaginaler Geburt (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, Australian Council on Healthcare Standards 2008). Oder auch als die Anzahl der Frauen mit einer Episiotomie (Dammschnitt) oder einem Dammriss I., II., III. oder IV. Grades, dividiert durch die Gesamtzahl an vaginalen Geburten (Demissie et al 2000). Ein direkter Vergleich ist dadurch nicht möglich.

Der niederländische Hebammenverband hat sich im Jahr 2010 auf ein Set von 20 Indikatoren für die geburtshilfliche Primärversorgung geeinigt (Stuurgroep zichtbare Zorg eerstelijns verloskunde 2012). Auf Grund einer unterschiedlichen Versorgungsstruktur ist nicht jeder dieser Indikatoren direkt für das österreichische System der geburtshilflichen Primärversorgung einzusetzen.

3.3 Mögliche Qualitätsindikatoren für Hausgeburten in Österreich

Einige mögliche Indikatoren lassen sich aus der bestehenden Literatur ableiten. Nicht alle Indikatoren können anhand der Daten der derzeit verwendeten Fragebögen ausgewertet werden. Für diese Fälle wurden alternative Vorschläge ausformuliert.

1. Schwangerschaft – Strukturindikator: Hausbesuch vor der 34. SSW als Standard. Alternativ: Erst-Kontaktaufnahme spätestens bis 36. SSW.

Begründung: Für eine sichere Schwangerschaft und Geburt ist es notwendig, Einblick in die (zukünftigen) Lebensumstände, die psychosoziale Situation der werdenden Eltern und des Kindes zu bekommen. Auch auf Basis des Hausbesuches entscheidet die Hebamme, in Absprache mit der Frau und ihrem Partner, spätestens in der 34. SSW, ob die Geburt zuhause stattfinden kann. (Niederländische Indikator Nr. 4) (Stuurgroep zichtbare Zorg eerstelijns verloskunde 2012, S. 17).

2. Geburt – Prozessindikator: kontinuierliche Betreuung ab dem Beginn der aktiven Eröffnungsperiode. Alternativ: Eintreffen der Hebammen nach dem ersten Ruf.

Begründung: Die Gebärende wird ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode nicht mehr alleine gelassen, ab diesem Moment fängt die medizinische Betreuungsverantwortung der Hebamme an. (Niederländische Indikator Nummer 9) (Stuurgroep zichtbare Zorg eerstelijns verloskunde 2012, S. 21).

3. Geburt – Prozessindikator - % Überweisungen sub partu

Begründung: Überweisung in eine Klinik während der Geburt auf Grund von verzögerter Eröffnung oder des Bedarfs an Schmerzmedikation. Confounder müssen bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden: Alter der Mutter, Schwangerschaftsdauer und Parität sowie SES und Herkunft der Mutter.

4. Geburt – Prozessindikator – Damm intakt bzw. Anzahl der Episiotomien / Rissverletzungen.

Begründung: Eine Episiotomie (Dammschnitt) wird auf kindliche Indikation durchgeführt, routinemäßiger Einsatz wird nicht empfohlen. Einer Norm von < 11% wird als Benchmark angenommen, als restriktiver Einsatz in den klinischen Settings (ohne Perinatalzentrum) wird eine Episiotomierate von unter 28,4% angesehen. (Niederländische Indikator Nr. 8) (Stuurgroep zichtbare Zorg eerstelijns verloskunde 2012, S. 20).

5. Geburt – Ergebnisindikator – Anzahl der Kinder, welche zu Hause geboren wurden und einen APGAR-Score < 7 bei 5 Minuten aufweisen, dividiert durch die Gesamtzahl an zuhause geborenen Kinder.

Begründung: APGAR-Score: die Beurteilung des Zustandes des Neugeborenen fünf Minuten nach der Geburt, ausgedrückt in der Summe der Punkte (0,1 oder 2 Punkte jeweils für Herzaktion, Atmung, Muskeltonus, Reflexen und Hautfarbe) mit einem Maximum von zehn Punkten. Ein Score niedriger als sieben Punkte

fünf Minuten post partum impliziert eine höhere Gefährdung des Neugeborenen hinsichtlich gesundheitlicher Probleme. Der 5-Minuten-Apgar ist der aussagekräftigste Wert in Hinsicht auf die Morbidität des Neugeborenen (Bryce 1985).

6. Geburt – Ergebnisindikator – Anteil der Kinder mit Small for Gestational Age (SGA) oder mit Geburtsgewichtspercentile unter 3. Als Alternative könnte ein Geburtsgewicht < 2500 Gr. bei am Termin geborenen Kinder als Indikator verwendet werden.

Begründung: Fetale Wachstumsverzögerung ist einer der Faktoren der intrauterinen Sterblichkeit und kann Morbidität im späteren Leben verursachen. Die Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen hat das Ziel, Wachstumsverzögerungen rechtzeitig zu erkennen und die Schwangere an Fachärzte zu überweisen. Dieser Indikator gibt die Betreuungsqualität und die Risikoselektion in der Schwangerschaft wieder.

7. Geburt – Prozessindikator – Anzahl der Geburten bei denen die Schwangerschaftsdauer kürzer als 37 SSW oder länger als 42 SSW angegeben wurde .

Begründung: Frühgeburten bis 36-6 SSW und Geburten nach der 41. + 6 SSW sind regelwidrig und erhöhen das Risiko der Komplikationen bzw. negativer Outcomes. Dieser Indikator gibt die Risikoselektion wieder. Da die Schwangerschaftsdauer an sich nicht beeinflussbar ist, kann der Indikator nur als Prozessindikator kategorisiert werden.

8. Geburt – Ergebnisindikator – Anteil der Überweisungen von Kindern innerhalb der ersten 24 Stunden in ein Krankenhaus mit pädiatrischer Betreuung.

Begründung: Die perinatale Mortalität (die Sterblichkeit der Kinder in der Perinatalperiode bis sieben Tage nach der Geburt, pro 1.000 Lebend- und Totgeborenen) ist als Indikator desto weniger anwendbar, je niedriger die Rate dieses Ereignisses ist (Loytved 2007, S. 92). Die Inzidenz in Österreich liegt bei 5,4% (Statistik Austria 2013). Die Analyse der Überweisungen der Kinder in den ersten 24 Stunden nach der Geburt gibt besseren Hinweis auf vermeidbare Fälle und auf die Betreuungsqualität über die Periode Schwangerschaft, Geburt und Postpartal-Periode. Das Gleiche gilt für maternale Mortalität und Indikator Nr. 9.

9. Geburt – Ergebnisindikator – Anteil der Überweisungen der Mütter innerhalb der ersten 24 Stunden in ein Krankenhaus.

Begründung: siehe Begründung Indikator 8

10. Geburt – Prozessindikator – Stillinitierung

Stillinitierung und Stilldauer können durch Betreuungskonzepte wie sie von Hebammen angeboten werden positiv beeinflusst werden. Das setzt aber eine individuelle Beratung in der Schwangerschaft voraus, sowie Begleitung im Wochenbett (Lassi 2010, siehe Kapitel 2.4.6). Die Stilldauer könnte als Ergebnisindikator gesehen werden, der durch die Betreuung in den ersten Lebenswochen beeinflusst wird. Allerdings wird nur der Stillstart im außerklinischen Geburtenregister festgehalten; die Stilldauer wird nicht registriert.

3.4 Ergebnisbeispiele des außerklinischen Geburtenregisters

Von 2006 bis 2013 wurden 2.063 außerklinische Geburten im Register dokumentiert. Im Rahmen der Einzelauswertung des Jahres 2013 konnten bestimmte Aspekte der Hausgeburtshilfe analysiert werden. Beteiligt waren Willi Oberaigner und Hermann Leitner für das IET und Moenie van der Kleyn im Auftrag des ÖHG.

Zusätzliche Blickwinkel, welche zu der Diskussion dieser Arbeit beitragen können, wurden aus den Ergebnissen der beiden Jahre 2008 und 2009 herangezogen. Dazu wurden 523 Hausgeburten und Geburtshausgeburten von Moenie van der Kleyn, Claudia Oblasser, Hermann Leitner und Wilhelm Oberaigner ausgewertet. Diese Daten wurden nicht publiziert.

Anhand von einigen Beispielen kann die Wirkungsweise des Geburtenregisters (Leitner 2011) gezeigt werden. Die Beispiele orientieren sich an den in diesem Kapitel vorgeschlagenen Indikatoren. Für die Analyse wurden die geplanten und zu Hause begonnenen Hausgeburten herangezogen. Ausgeschlossen wurden sogenannte „Außengeburten“, das sind ungeplante Geburten außerhalb des Krankenhauses (zuhause/Rettungsauto/PKW) ohne Hebammenbeistand. Ungeplante, außerklinische Geburten sind Geburten, die unerwartet außerklinisch stattfanden, zu denen jedoch die Hebamme gerufen wurde und einen Bogen einsandte. Diesen Geburten fehlt die Risikoeinschätzung durch die Hebamme, daher dürfen auch diese Daten nicht für eine Qualitätsanalyse herangezogen werden.

Allgemein

Von den 2.063 in dem Zeitraum von 2006 bis 2013 dokumentierten Geburten waren 1.806 geplante Hausgeburten, 212 Frauen planten ihre Niederkunft in einem

Entbindungsheim bzw. einem Geburtshaus. Circa 25% der Hausgeburtshebammen nahmen teil. Die meisten Dokumentationsbögen (37%) wurden aus Oberösterreich eingesandt, gefolgt von Wien mit 14% und Vorarlberg mit 11%. Im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der Geburten wurden in Oberösterreich und in Vorarlberg 0,7% aller Geburten dieser Bundesländer an das außerklinische Geburtenregister gemeldet. Lediglich 0,2% aller Geburten (278 Hausgeburten von 14.1641 Geburten insgesamt, von 2006 bis 2013) wurden aus Wien gemeldet (Statistik Austria).

Fünfunddreißig Mal wurde eine Hebamme unerwartet zu einer nicht geplanten Hausgeburt gerufen. Wie wichtig es für diese Frauen war, die Möglichkeit nutzen zu können, eine Fachperson in dieser Notsituation zu rufen, lässt sich aus diesen Zahlen nicht ableiten.

Von den außerklinischen Geburten waren 13% Erstgebärende und 73% Mehrgebärende. Bei 14% der Meldungen war diese Frage leider nicht ausgefüllt. Im Bericht der Deutschen Hausgeburtshilfe über die Periode von 2000 bis 2004 betrug der Anteil der Erstgebärenden 36% und die der Mehrgebärenden 64% (Loytved 2007, S. 28).

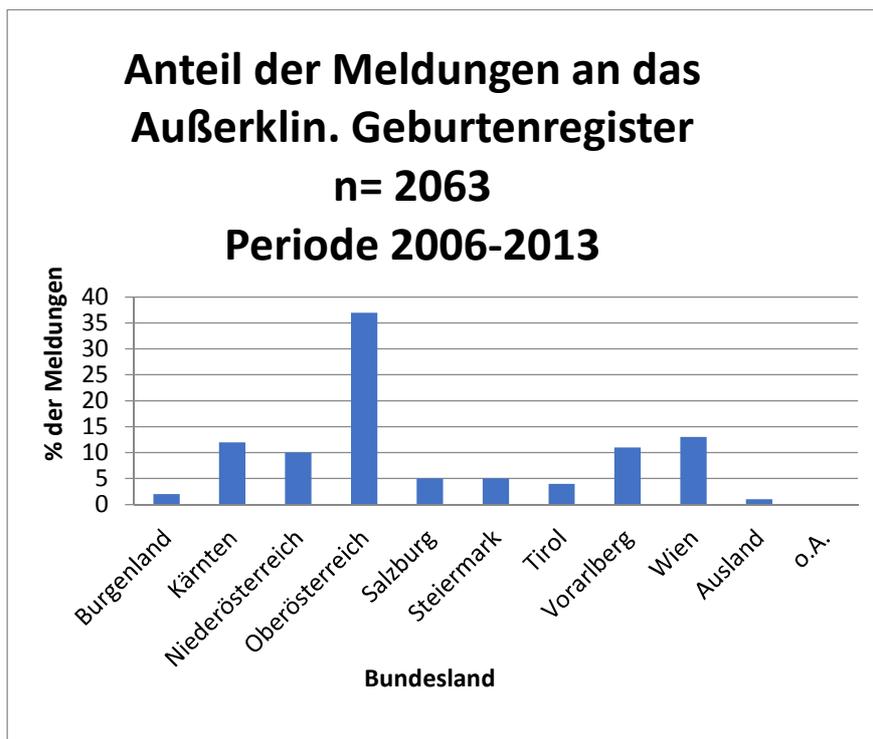


Abbildung 8. Anteil der Meldungen Periode 2006-2013

Indikator 1 Kontakt in der Schwangerschaft (Strukturindikator)

Im Zeitraum von 2006 bis 2013 trafen ungefähr $\frac{3}{4}$ der Frauen ihre Hebamme in der Schwangerschaft bis zu fünfmal (76%). Lediglich 0,8% der Frauen hatten vor der

Geburt keinen Kontakt zu ihrer Hebamme. Darunter befinden sich jene 35 Frauen, die die Geburt im Krankenhaus geplant hatten. Daher kann festgestellt werden, dass fast alle Frauen bei der Hausgeburt ihre Hebammen vorher kannten. Aus der Sicht der Klientinnen ist dies ein Qualitätsmerkmal, siehe auch das Kapitel „Was sich Frauen wünschen“. Von 2006 bis 2013 bekamen allerdings 2% keinen Hausbesuch vor der Geburt. Auch hier sind leider nicht vollständig ausgefüllte Fragebogen mit 7% ohne Angabe zu verzeichnen. Jedenfalls konnten bei 90% der Schwangeren ein Hausbesuch oder mehrere Hausbesuche abgestattet werden.

Der Zeitpunkt des ersten Kontakts zwischen Hebamme und Frau wird im außerklinischen Geburtenregister festgehalten. In den Jahren 2008 bis 2009 nahm die Hälfte der Schwangeren (49,8%) in der 21. bis 30. Schwangerschaftswoche zum ersten Mal Kontakt zur Hebamme auf. Bis zur 31. Schwangerschaftswoche hatten 68,6% der Frauen ihre Hebamme kontaktiert, bis zur 36. Schwangerschaftswoche allerdings erst 88,4%.

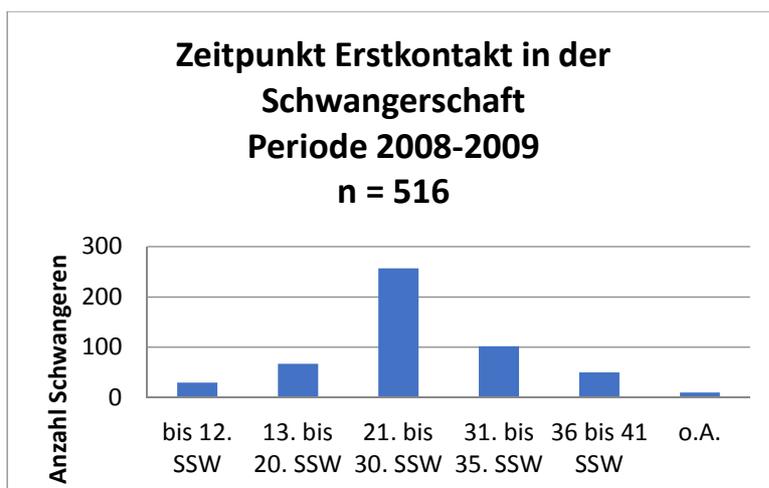


Abbildung 9. Zeitpunkt Erstkontakt in der Schwangerschaft.

Periode 2008-2009. Anmerkung: Basis: geplante außerklinische Geburten

Was bedeutet dies nun für die einzelnen Frauen und Hebammen? Ist die Mitte der Schwangerschaft die beste Zeit für den Erstkontakt und den Beginn der Hebammenbegleitung? Reichen vier bis sechs Besuche, um eine gute Schwangerenbegleitung durchführen zu können? Oder sollten im Rahmen der Kassenverträge bis zu zehn Kontakte möglich sein? Die Daten aus dem Geburtenregister können Argumentationsmaterial zur laufenden Diskussion liefern.

Indikator 2 Kontinuierliche Betreuung unter der Geburt (Prozessindikator)

Zeitdauer von der Kontaktaufnahme mit der Hebamme zu Geburtsbeginn bis zum Eintreffen der Hebamme im Zeitraum von 2008 bis 2009: Bei 43,8% der Geburten traf die Hebamme binnen einer Stunde nach dem Anruf bei ihrer Klientin ein, bei 36,8% nach einer Stunde bzw. bis zu drei Stunden später. Zehnmal (bei 1,9%) kam die Hebamme später als zehn Stunden nach der ersten Verständigung zur Gebärenden; das legt die Vermutung nahe, dass die Gebärende das erste Mal angerufen hat, um die Hebamme über die bevorstehende Geburt frühzeitig zu informieren, und dass die Hebamme erst nach einem weiteren Anruf losgefahren ist. 2,3% der Bögen enthalten dazu keine Angabe.

Indikator 3 Anteil an Überweisungen unter der Geburt (Prozessindikator)

Aus den Registerdaten von 2006 bis 2013 lässt sich ablesen, dass von den 1.816 geplanten außerklinischen Geburten 237 (13,1%) letztendlich im Krankenhaus stattgefunden haben. In Deutschland beträgt diese Rate 15,6% (Loytved 2010).

In der Analyse des Zeitraumes von 2008 bis 2009 wurden die Überweisungen in das Krankenhaus genauer untersucht. Von den 516 geplanten und begonnenen Hausgeburten wurden 66 ins Krankenhaus verlegt. Mehr Erst- als Mehrgebärende brachen ihre geplante außerklinische Geburt ab: 33 von 75 (44%) versus 25 von 360 (6,9%). Zu acht Frauen mit abgebrochener, außerklinischer Geburt liegt keine Angabe zur Parität vor. Der Grund bzw. die Gründe für den Abbruch der Geburt am geplanten außerklinischen Geburtsort und den Transport ins Krankenhaus konnten in eigenen Worten angegeben werden. Verlegungshauptgrund (41 Mal, 62%) war mangelnder Geburtsfortschritt. Über den Geburtsmodus sowie die Geburtsergebnisse der transferierten Gebärenden und ihrer Neugeborenen kann leider nichts ausgesagt werden, da die diesbezüglich nötigen Geburtennummern des Krankenhauses von den Hebammen nicht angegeben wurden, und eine einzelne Nachverfolgung der Daten nicht möglich ist.

Indikator 4 Damm intakt bzw. Anzahl der Episiotomien / Rissverletzungen. (Prozessindikator)

Die Episiotomierate lag im Zeitraum von 2006 bis 2013 bei 1,7%. Da heißt, dass 98% der Frauen keinen Dammschnitt bekamen. Insgesamt erlitten 66% der Frauen keine einzige Verletzung der Geburtswege. Bei 24% der Frauen konnten Dammrisse I. und II. Grades festgestellt werden, bei 10% der Frauen ein Labienriss. Die schwerwiegenden Dammrisse III / IV Grades kamen insgesamt bei fünf Frauen (0,3%) vor.

Indikator 5 APGAR-Score < 7 bei 5 Minuten (Ergebnisindikator)

Im Zeitraum von 2006 bis 2013 hatten nur 0,3% der Kinder einen 5-Minuten-APGAR-Wert unter sieben. Die volle Punkteanzahl von zehn bekamen 89% der Kinder und 8% erreichten neun Punkte. Kindliche Todesfälle bis in der ersten Lebenswoche wurden dem Register nicht gemeldet.

Indikator 6 Geburtsgewicht < 2500 Gr. (SGA oder Perzentile < 2,3 (Prozessindikator)

In der Analyse des Zeitraums von 2008 bis 2009 konnte festgestellt werden, dass bis auf vier Kinder (0,9%) alle Neugeborenen mindestens 2500 Gramm wogen (1 Angabe fehlt).

Indikator 7 Schwangerschaftswoche < 37 oder > 42 (Prozessindikator)

Unter den geplanten und tatsächlich außerklinisch stattgefundenen Geburten dauerte nur eine Schwangerschaft weniger als 37 Wochen (0,1%), und die Geburten von 13 (0,7%) Kindern fanden in der 43. Schwangerschaftswoche statt (Periode 2006 bis 2013).

Indikator 8 Anteil Überweisungen der Kinder innerhalb der ersten 24 Stunden in ein Krankenhaus mit pädiatrischer Betreuung. (Ergebnisindikator)

In dem Zeitraum von 2008 bis 2009 wurden zwölf Kinder (2,7%) unmittelbar nach der Geburt oder im Wochenbett in eine Krankenanstalt verlegt. Die Gründe auf Seiten des Kindes waren: dreimal Ikterus (Gelbsucht), einmal Anpassungsstörung, zweimal Asphyxie (Atemnot) bzw. Atemstillstand sowie Intubation bei fraglicher Asphyxie, zweimal Begleitung der Mutter, je einmal Analatresie, starkes Erbrechen mit Austrocknung und Dünndarmileus sowie schlechter Zustand des Kindes unklarer Genese; eine Angabe fehlt. Die Gründe Asphyxie und Anpassungsstörung können als Ergebnis der Geburt gesehen werden. Das heißt, dass diese drei Fälle dem oben formulierten Indikator zugeordnet werden können. Die Entstehung von Analatresie ist unabhängig von Geburtsort und der Art der Geburtsbegleitung.

Indikator 9 Anteil Überweisungen der Mütter innerhalb der ersten 24 Stunden in ein Krankenhaus. (Ergebnisindikator)

Es wurden zwölf Mütter (2,7%) unmittelbar nach der Geburt oder im Wochenbett verlegt. Die Gründe auf Seiten der Mutter waren: viermal Plazentalösungsstörungen, vier mal postpartale Blutung, je einmal beginnendes HELLP-Syndrom, Begleitperson für das Kind und Unmöglichkeit der Plazentagewinnung nach Nabelschnurabriss; bei

einer Verlegung ist der Grund nicht klar genannt. Abgesehen von Begleitung des Kindes sind alle der hier genannten Gründe eine Folge der Geburt. (Periode 2008-2009)

In dem Zeitraum von 2006 bis 2013 wurden 2,7 % (55) der Mütter verlegt und 2,1% (44) der Kinder. Die genauen Gründe wurden nicht analysiert.

3.5 Diskussion der Ergebnisse des außerklinischen Geburtenregisters

Eine schwerwiegende Einschränkung des außerklinischen Geburtenregisters ist darauf zurückzuführen, dass nur etwa ein Viertel der außerklinisch stattfindenden Geburten in das außerklinische Geburtenregister aufgenommen werden, da nicht alle außerklinisch arbeitenden Hebammen an der Registrierung teilnehmen. Diese nicht registrierten Geburten sind somit die letzten in Österreich, die nicht im nationalen Geburtenregister erfasst werden. Die in den Ergebnissen getätigten Aussagen gelten daher nur für die dokumentierten Geburten – es ist nicht bekannt, wie die Ergebnisse der nicht dokumentierten außerklinischen Geburten waren und wie diese die Gesamtergebnisse verändert hätten. Die Resultate können deshalb nicht pauschal auf die außerklinische Geburtshilfe in Österreich übertragen werden. Eine vollständige Teilnahme aller außerklinisch tätigen Hebammen Österreichs würde auch die Aussagekraft der statistischen Auswertung steigern, da mehr Daten gemeldet würden.

Auch wenn die Bögen im vorliegenden Auswertungszeitraum vollständiger ausgefüllt wurden als in früheren Jahren, sind unvollständig ausgefüllte Bögen weiterhin eine Limitierung. Auch die Nachverfolgung der außerklinisch begonnenen und in der Klinik beendeten Geburten ist ein Bereich, der verbesserungswürdig ist. Um die klinischen Geburtsergebnisse für die transferierten Frauen erheben zu können, ist die Angabe der Krankenhaus-Geburtennummern durch die teilnehmenden Hebammen nötig.

Die Evaluierung der Hausgeburten umfasst mehr als die Interpretation der Ergebnisse anhand der systematischen Datenerhebung. Auch die Beschreibung der Indikatoren reicht noch nicht aus, solange keine vergleichenden Grenzwerte dinghaft gemacht werden können. Für dieses Benchmarking müssen einerseits mehr Fälle einbezogen sowie internationale Vergleiche mit ähnlichen Strukturen angestellt werden.

Der Fragebogen muss mit den sozioökonomischen Daten der Familien ergänzt werden, damit gruppenspezifische Analysen durchgeführt und gezielte Betreuungskonzepte entwickelt werden können.

Bis jetzt wurde die Versorgungsstruktur nicht ausgewertet. Die Frage nach dem flächendeckenden Angebot der außerklinischen Geburtsbetreuung ist in Hinblick auf

die Wahlfreiheit der Frauen essentiell. Die Bedürfnisse und Zufriedenheit der Mütter können lediglich über eine Umfrage in Erfahrung gebracht werden, ein Register ist nicht die geeignete Methode dafür.

Der nächste Schritt, der bevorsteht, ist die Bestimmung der Indikatoren. Sowohl die Hausgeburtshebammen selbst als auch die (werdenden) Eltern sollten in diesen Prozess eingebunden sein. Die sogenannte „normale“ Geburt in den Mittelpunkt zu stellen, ist eine der Hauptaufgaben des außerklinischen Geburtenregisters. Indikatoren geben die Sichtweisen der Low-Risk Gruppe von Schwangeren und Gebärenden wieder, unabhängig vom geplanten Geburtsort. Auch eine Besinnung auf die Physiologie ist vor dem Hintergrund der steigenden Sectiorate für die gesamte Geburtshilfe notwendig.

4 Primärversorgung, Qualitätsentwicklung mittels Audits

4.1 Hebammengruppenpraxis als Modell der Primärversorgung

Cochrane Reviews von (Lassi 2010), Hodnett (2012), und Sandall (2013) plädieren für eine kontinuierliche, frauenzentrierte Betreuung von werdenden Müttern und deren Neugeborenen im Setting der Familie, im extramuralen Bereich, damit geburtshilfliche Ergebnisse verbessert werden können.

4.1.1 Kontinuierliche Betreuung

Die Cochrane Review von Sandall aus dem Jahr 2013 untersuchte 13 Studien mit insgesamt mehr als 16.000 Frauen. Bei hebammengeleiteten, kontinuierlichen Modellen der Schwangeren- und Geburtsbetreuung ist ein niedrigerer Einsatz von Interventionen zu verzeichnen im Vergleich zu Standardbetreuungen. Die Zufriedenheit der Frauen wurde in den 13 Studien nicht abgefragt.

Tabelle 8 Ergebnisse Cochrane Review von Sandall 2013

	RR	CI 95%
PDA	0,83	0.76 – 0.90
Episiotomie	0.84	0.76 – 0.92
Vaginal-operative Geburt	0.88	0.81 – 0.96
Spontangeburt	1.05	1.03 – 1.08
Anwesenheit bekannter Hebamme	7.83	4.15 - 14.80
Sectorate	0.93	0.84 – 1.02
Geburtsdauer (längere Geburtsdauer in h)	0.50	0.27 – 0.74

Kontinuierliche Hebammenbetreuung unter der Geburt verringert das Risiko von Interventionen, erhöht die Chance auf eine spontane Geburt und hat einen geringen Einfluss auf die Senkung der Sectorate.

Frauen, die in der Schwangerschaft der Gruppe der hebammenbetreuten Vorsorge randomisiert zugeteilt wurden, erlebten weniger häufig Frühgeburten RR 0.77 (95% CI 0.62 - 0.94) und Fehlgeburten (vor der 24. Schwangerschaftswoche) RR 0.81 (95% CI 0.66 - 0.99). Kein Unterschied wurde festgestellt in Bezug auf das Auftreten von intrauterinen Fruchttoden (IUFD) nach der 24. Schwangerschaftswoche RR 1.00 (95% CI 0.67 - 1.51) und die Gesamtzahl der neonatalen Sterblichkeit RR 0.84, 95% CI 0.71 - 1.00. (Lassi 2010)

Kontinuierliche Betreuung durch Hebammen scheint ein sinnvolles Konzept zu sein. Drei Institutionen haben Leitlinien für dieses Betreuungsmodell entwickelt, World Health Organisation (WHO), National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

und National Collaborating Centre for Primary Care (NCCPC). Diese empfehlen, die Betreuung im Zeitraum von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch einen möglichst kleinen Kreis von Fachpersonen abzudecken, um die erforderliche Kontinuität zu gewährleisten. Weiters ist den Frauen bei unproblematischen Schwangerschaften eine Betreuungsalternative zu GynäkologInnen anzubieten. Hebammen und Hausärzte sind die einzigen Berufsgruppen, welche diese Aufgabe in niederschwelliger Form über die gesamte Zeitspanne durchgehend ermöglichen können.

4.1.2 Das Modell der Hebammengruppenpraxis im extramuralen Bereich

Die Hebammen-Gruppenpraxis, welche auditiert worden ist, bietet eine große Bandbreite an Betreuung und Begleitung an. Vor der Geburt können in der Hebammenordination Beratungen, CTG-, Blutdruck- und Harnkontrollen vorgenommen werden. Die Lage des Kindes und das Wachstum können eingeschätzt werden, sowie bei Bedarf die Eröffnung des Muttermunds. Bei der sogenannten Anbetreuung der Geburt handelt es sich um die Begleitung der Gebärenden in der frühen Eröffnungsphase. Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit ist dafür Voraussetzung. Frauen können z.B. bei unsicherem Wehenbeginn, bei vorzeitigem Blasensprung oder Frühgeburtsbestrebungen jederzeit den Rat und die Einschätzung einer ihnen bekannten Hebamme einholen. Die Geburt selber findet in einem der umliegenden Krankenhäuser statt. Die direkte Geburtsbegleitung ist nicht im Konzept vorgesehen. Nach der Geburt werden die jungen Familien im Wochenbett bis zum Ende des ersten Lebensjahrs begleitet. Hausbesuche können in den ersten acht Wochen in Anspruch genommen werden. Gewichtskontrolle, Stillberatung, Hörtest und Bilirubinkontrollen können durchgeführt werden. Beratungen zu den Themenbereichen Einführung von Beikost, Abstillen, Babypflege, Schlafverhalten und Blähungen sind im weiteren Verlauf des ersten Lebensjahrs sehr gefragt. Eine 24-Stunden Telefonhotline wird zusätzlich angeboten.

Durch die kontinuierliche Betreuung durch eine kleine Gruppe von Hebammen, die vor Ort angesiedelt und niederschwellig erreichbar ist, lässt sich individuelle Begleitung planen und umsetzen. Eine Vernetzung mit anderen Fachpersonen, die die Schwangeren und Mütter betreuen, ist in unterschiedlichem Ausmaß gegeben.

Die hier vorgestellte Hebammengruppenpraxis kann als Vorbildmodell der Hebammen-Primärversorgung herangezogen werden. Die Ergebnisse des Audits können zur weiteren Entwicklung von Primärversorgungsmodellen in Österreich eingesetzt werden.

4.2 Qualitätsentwicklung durch ein klinisches Audit

Qualität in der medizinischen Betreuung hat viele Dimensionen. Sie muss effektiv sein, den Bedürfnissen und der Zufriedenheit der PatientInnen entgegenkommen, auf eine effektive Weise vermittelt werden und für alle gleichmäßig zugänglich sein (Maresh 2003, S. 139). Ein klinisches Audit ist eine Komponente der Qualitätsverbesserung.

4.2.1 Definition von Qualität

Das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM) formulierte im Jahr 1996 Qualität im Gesundheitssektor als „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.“ (IOM)

Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen BGBl. I, Nr. 179/2004 definiert Qualität folgendermaßen:

„§ 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. *“—,*
2. *„Qualität: Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.“*

Um im Rahmen der Gesundheitsversorgung Qualität betrachten zu können, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Donabedian (1986) unterteilte den Qualitätsbegriff in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Unter Strukturqualität wird die Qualität der Ausbildung, Organisationsstruktur, Ausstattung etc. verstanden. Die Prozessqualität beschreibt organisatorische Abläufe, bei der Ergebnisqualität handelt es sich um die Resultate der Behandlung bzw. der Intervention sowie um das Erreichen der Projektziele. Zu Beginn der Qualitätsdiskussion stand die Prozesssicht der Behandlung im Vordergrund, derzeit wird vor allem die Ergebnisqualität gefordert. (Schrappe, M. 2010). Für Interventionen im Rahmen der Gesundheitsförderung wird ein vierter Aspekt, die Planungs- und Konzeptqualität, hinzugefügt. (BZgA 2001).

4.2.2 Qualitätsanforderungen - zählen nur die Gesundheitsergebnisse?

Ein zielorientiertes Qualitätsmanagement ist die Voraussetzung, um Systeme, Prozesse und Abläufe so zu beeinflussen, dass damit die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gelegt und das Hauptziel – die Verbesserung der Gesundheitsergebnisqualität – erreicht wird (Walter 2001, S. 18). Maßnahmen haben mehrdimensionale Ergebnisprofile. Die Einschränkung auf klinische Ergebnisparameter wie Morbidität und Mortalität würde die Komplexität der Gesundheitsförderung im Speziellen, aber auch die der Heilungsprozesse sowie des Gesunderhaltens nicht widerspiegeln.

Hakkennes und Green (2006) beschreiben in ihrer systematischen Review über die Methodik der Messung von Ergebnisveränderungen nach Implementierung von Interventionen bzw. Wissenstransfer, folgende drei Wirkungsebenen:

1. Die Ebene des Patienten bzw. des Klienten oder der klinischen Ebene. Hier werden die aktuellen Veränderungen im Gesundheitszustand anhand von Mortalität, Morbidität, Symptombeschreibung, Funktionalität, „Quality of Live“ und/oder Nebenwirkungen beschrieben. Auch die Messung der Zufriedenheit der LeistungsempfängerInnen ist hier einzugliedern.
2. Die Ebene der Gesundheitsleistungserbringer(in). Hierunter fällt unter anderem die Abfragung des Wissensstands der Gesundheitsdienstleister, deren Einstellungen zu der Intervention sowie deren eigene Zufriedenheit.
3. Organisationsebene sowie die Ebene des Gesundheitssystems. Veränderungen in der Organisation können zum Beispiel gemessen werden an den Wartezeiten, der Verweildauer, der Anzahl der Wiederaufnahmen, der Anzahl der Kontakte mit Gesundheitsanbieterinnen. Auch Kosten-Nutzen-Analysen fallen unter dieser Kategorie.

Mehrdimensionale Qualitätsebenen stellen komplexe Qualitätsanforderungen. Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ist eine US-amerikanische Non-Profit Organisation, welche gegründet wurde, um die Sicherheit und Qualität medizinischer Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens zu steigern. Gesundheitsdienstleistungen werden dazu evaluiert und zertifiziert. Die JCAHO beschreibt im Jahr 1990 eine systematische Qualitätsanforderung in der Gesundheitsversorgung mit folgenden Aspekten:

1. ... „ *Accessibility of care: the ease with which patients can obtain the care that they need when they need it.*
2. *Appropriateness of care: the degree to which the correct care is provided, given the current state of the art.*

3. *Continuity of care: the degree to which the care needed by patients is coordinated among practitioners and across organizations and time.*
4. *Effectiveness of care: the degree to which care (for example, a procedure) is provided in the correct manner (that is, without error) given the current state of the art.*
5. *Efficacy of care: the degree to which a service has the potential to meet the need for which it is used.*
6. *Efficiency of care: the degree to which the care received has the desired effect with a minimum of effort, expense or waste.*
7. *Patient perspective issues: the degree to which patients (and their families) are involved in the decision-making processes in matters pertaining to their health, and the degree to which they are satisfied with their care.*
8. *Safety of care environment: the degree to which the environment is free from hazard or danger.*
9. *Timeliness of care: the degree to which care is provided to patients when it is needed..." (JCAHO 1990, in Lauterbach S. 276)*

In einer umfassenden Evaluierung von Hebammenleistungen muss die Wirkung auf den drei Ebenen, die der Patientinnen, die der Dienstleisterinnen und die des Gesundheitssystems, unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen der JCAHO, analysiert werden.

4.2.3 Aufbau des Audits

Im Rahmen der Evaluierung einer Hebammengruppenpraxis wurde das Institut Hebammenwesen der FH-JOANNEUM von einem externen Büro beauftragt, ein Audit durchzuführen, um somit die Qualität der erbrachten Leistungen genauer zu betrachten. Auf der Basis eines Treffens mit dem Auftragsgeber sowie eines Gesprächs mit Vertreterinnen des Hebammenzentrums konnten im ersten Schritt Themenbereiche identifiziert werden, welche einerseits beispielhaft repräsentativ für das Leistungsspektrum des Zentrums sind, andererseits sowohl eine Relevanz für die öffentlichen Finanziere als auch für die betroffenen jungen Familien aufweisen. Auf Grundlage dieser Informationen wurde im nächsten Schritt der Auditbesuch mit dementsprechend ausgearbeiteten Checklisten geplant und durchgeführt.

Dabei wurde von drei Basisprinzipien ausgegangen:

1. Evidenzbasierte Grundtheorien des Audits

Die Zielgrößen basieren auf international und national anerkannten Leitlinien und sind klar umschrieben. Die Qualitätsrichtlinien für klinische Audits werden eingehalten - so ist z.B. jede herangezogene Leitlinie über Internet abrufbar.

2. Ebene des Qualitätsmanagements als Basis für die Audit-Checklisten

Für die Grundstruktur wurde die klassische Vorgehensweise des Qualitätsmanagements verwendet. Struktur-, Prozess- und Qualitätsergebnisse wurden ergänzt mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung von Planungs- und Zielsetzungsebene. Fragestellungen, Zielgrößen und die Antworten der Zentrums-Mitarbeiterinnen sind daraus ersichtlich.

3. Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention

Da die Hebammenarbeit im extramuralen Bereich nicht nur medizinische Leistungen abdeckt, sondern viele Elemente der Gesundheitsförderung und Prävention aufweist, werden auch diese mitberücksichtigt: Gesundheit, Empowerment, Umfeld, Zugangswege, Strukturbildung, Service/Marketing. Diese Zielparameter wurden aus „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZfGA Band 15, entnommen (Dierks 2001).

4.2.4 Grundprinzipien eines Audits

In „Principles for Best Practice in Clinical Audit“ beschreibt das „National Institute for Health and Clinical Excellence“ (NICE) ein klinisches Audit als:

“...a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change. Aspects of the structure, processes, and outcomes of care are selected and systematically evaluated against explicit criteria. Where indicated, changes are implemented at an individual, team or service level and further monitoring is used to confirm improvement in health care delivery” (NICE 2002, S. 5).

Bei der Planung des Audits wurde von der Grundannahme ausgegangen, dass das Audit

- ein zirkulärer Prozess ist.
- das Ziel verfolgt, die Qualität zu verbessern.
- systematisch ist.

- unter aktiver Beteiligung der Gesundheitsdienstleister durchgeführt wird.
- etablierte und akzeptierte Standards als Vergleichsnorm nimmt.
- die aktuelle Betreuung anhand dieser Standards vergleicht.
- Übereinstimmungen zeigt mit den Standards oder mögliches Verbesserungspotenzial aufzeigt.

Als erster Schritt im zirkulären Ablauf eines Audits findet in Absprache mit den Hebammen die Priorisierung der Themen statt. Nach einer Einigung darüber, welche evidenzbasierten Standards eingesetzt werden, kann das Vorgehen im Team damit verglichen werden. Auf die daraus resultierenden Verbesserungsempfehlungen folgt die Implementierung. Essentiell ist ein nochmaliges Audit (siehe Abbildung 12).

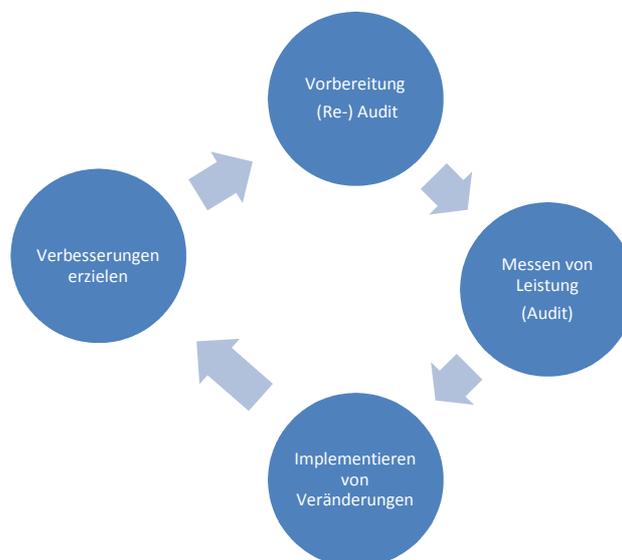


Abbildung 10. Das Audit als Zirkulärer Prozess.

Ein klinisches Audit kann zusätzlich Informationen über die Strukturen und Prozesse einer Gesundheitsorganisation liefern und dadurch das Vertrauen bei KlientInnen/ PatientInnen, MitarbeiterInnen, Versicherungen, Finanziers und anderen Stakeholdern festigen. Für die Durchführung eines klinischen Audits ist keine Bewilligung der Ethikkommission notwendig.

Während eines Peer-Reviews überdenken und rezensieren Vertreter aus der eigenen Fachdisziplin bzw. aus demselben Arbeitsbereich die Qualität der Betreuung mit dem Ziel, ein Feedback zu geben und so die Reflektion des eigenen Handelns zu unterstützen (NICE 2002 S. 11). Ein Audit ist keine Ermittlung. Bei einem externen Audit sind die Durchführenden keine Mitglieder des Teams oder der Einheit, welche

auditert wird. Unabhängigkeit ist damit gewährleistet. Das hier geplante Audit ist als ein externes Peer-Review Audit zu sehen.

Unter „Quasi-Audit Aktivitäten“ sind zum Beispiel Patienten-Zufriedenheitsbefragungen, klinische Datenbanken und Register einzuordnen. Nur Register, die so aufgebaut sind, dass sie Qualitätsmerkmale sichtbar machen, inklusive Benchmarking und Ergebnisindikatoren, können als Element eines klinischen Audits gelten.

Die Ergebnisse des klinischen Audits sollen nicht nur an die Fördergeber und an die Leistungsanbieter übermittelt werden, aber auch den KlientInnen/PatientInnen zugänglich gemacht werden (NICE 2002 S.16).

Die Partizipation des zu auditierenden Teams in der Vorbereitungsphase, bei der Durchführung des Audits sowie in der Ergebnisevaluierung ist essentiell. So kann sich ein Konsens über die Qualitätsverbesserung entwickeln. Konsequente Beteiligung motiviert dazu, die Verbesserungen letztendlich erfolgreich umzusetzen.

4.2.5 Entwicklung der Checklisten

Klinische Audits untersuchen die Frequenz und den Umfang von Betreuungskonzepten (Behandlungskonzepten), das Risikopotenzial, mögliche Probleme bei der Durchführung der Behandlung, die Aspekte der Effektivität und eventuell die Kosten-Nutzen Bilanz. Um komplexe Betreuungssysteme in einzelnen, repräsentativen Checklisten wiedergeben zu können, müssen Transparenz und Konsens zwischen Dienstleistern, Finanziers und dem Audit-Team bestehen. Daher wurden die Audit-Checklisten anhand der Kriterien und Indikatoren für „Best Practice“ klinischer Audits entwickelt (HQIP 2009, siehe Tabelle 9). Nachfolgend sind die Grundstruktur der Checklisten sowie ein ausgearbeitetes Beispiel wiedergegeben. (siehe Abbildung 13, 14 und 15). Im Anhang sind der Katalog der Qualitätskriterien und die darauf basierenden konkreten Umsetzungsschritte im Rahmen des bereits durchgeführten Audits dargestellt.

Tabelle 9 Katalog der Qualitätskriterien klinischer Audits und Umsetzung im Audit

Katalog der Qualitätskriterien klinischer Audits		Audit-Umsetzung Hebammenzentrum
1. Die Themen des Audits müssen Priorität haben	<p>1.1 Die Themen spiegeln Charakteristiken lokaler Gesundheitsleistungsanbieter wider oder beinhalten Spezialgebiete welche auch nationale Relevanz haben.</p> <p>1.2 Die wichtigsten Stakeholder sind mit den Auditthemen einverstanden.</p>	<p>1.1 V: Die Auswahl der Checklisten-Themen basieren u.a. auf der Selbstevaluation des Hebammenzentrums.</p> <p>1.2 V: Alle Themen wurden mit dem Auftraggeber und den Mitarbeiterinnen des Hebammenzentrums im Vorfeld akkordiert.</p>
2. Das klinische Audit wird an Hand von hoch-wertigen Standards gemessen	<p>2.1 Die Standards basieren auf den besten verfügbaren Evidenzen (z.B. Nice Guidelines, nationale Leitlinien etc.).</p> <p>2.2 Die Quellen der Standards sind die Originalfassungen und werden als solche zitiert.</p> <p>2.3 Die eingesetzten Standards sind sowohl vom Auditteam als auch von den Leistungsanbietern (und den KlientInnen, die dem Audit unterliegen) unterschrieben.</p> <p>2.4 Die Standards werden so formuliert, dass sie messbar sind (z.B. als SMART-Ziele).</p>	<p>2.1 V: Sowohl internationale als auch deutsche Standards wurden eingesetzt.</p> <p>2.2 V: Die Leitlinien sind im Internet frei zugänglich, die Website-Adressen befinden sich auf der Checkliste.</p> <p>2.3 V: Die Standards wurden von den Hebammen des Zentrums anerkannt.</p> <p>2.4 V: Die Checklisten wurden in die Kategorien Planung, Struktur, Prozess und Ergebnis aufgeteilt.</p>
3. Die Institution ermöglicht die Durchführung des Audits	<p>3.1 Die Strukturen und Prozesse, die notwendig sind, um das Audit durchführen zu können, sind verschriftlicht.</p> <p>3.2 Die MitarbeiterInnen der Institution haben Zeit, am Audit zu partizipieren.</p> <p>3.3 Die Institution bietet Unterstützung bürokratischer und anderer Art zur reibungslosen Durchführung.</p> <p>3.4 Alle anfallenden Kosten in Verbindung mit dem Audit müssen bekannt und erfüllbar sein.</p>	<p>3.1 V: Die Vorgehensweise wurde den Mitarbeiterinnen des Zentrums vier Wochen vor Audittermin in einer Sitzung erläutert und im Protokoll festgehalten.</p> <p>3.2 V: Die Dauer des Audits wurde mit vier Stunden angesetzt und der Termin dem Ordinationsbetrieb des Zentrums angepasst.</p> <p>3.3 V: Die Mitarbeiterinnen haben jegliche Unterstützung für das Audit gewährt.</p> <p>3.4 V: Es sind keine Kosten für das Hebammenzentrum entstanden.</p>

Klinisches Audit Nr.:		Evidenzniveau:	Schlussfolgerung:	
Thema:		Arbeitsbereich:	Zielgröße:	
Evidenz:		SS, Geburt, WB, 1. LJ		
Evidenzquelle:				
Bewertung auf den 4 Qualitätsebenen				
Ziel	Beschreibung, Fragestellung: Zielgröße: Antwort:		<input type="checkbox"/>	Gesundheit <input type="checkbox"/>
Struktur	Beschreibung, Fragestellung: Zielgröße: Antwort:		<input type="checkbox"/>	Empowerment <input type="checkbox"/>
Prozess	Beschreibung, Fragestellung: Zielgröße: Antwort:		<input type="checkbox"/>	Umfeld <input type="checkbox"/>
Ergebnis	Beschreibung, Fragestellung: Zielgröße: Antwort:		<input type="checkbox"/>	Zugangswege <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Strukturbildung <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Service/Marketing <input type="checkbox"/>

Fachhochschule JOANNEUM, Graz: Institut Hebammenwesen 2014

Abbildung 11. Grundstruktur der Checkliste

<p>Klinisches Audit Nr.: 4 Evidenzniveau: internationale Leitlinie, Kages Leitlinie</p> <p>Thema: Stillberatung im Frühen Wochenbett</p> <p>Evidenz: Ilca Leitlinie Nr. 8 + Leitlinie Nr. 14</p> <p>Evidenzquelle: http://www.stillen-institut.at/asp_service/upload/content/ilca-leitlinien.pdf</p>	<p>Arbeitsbereich: SS, Geburt, WB, 1. U</p>	<p>Zielgröße: Bei jeder betreuten Frau wurde im frühen Wochenbett mindestens 1 Stillmahlzeit beobachtet und in der Karteikarte dokumentiert. Geeignetes Stillinformationsmaterial ist in der Ordination vorhanden.</p>	<p>Schlussfolgerung: Durchschnittlich werden pro Wöchnerin systematisch 4 Stillmahlzeiten beobachtet, davon werden 2 in der Kartei dokumentiert, was als eindeutiges Qualitätsmerkmal einzustufen ist.</p>
4 Qualitätsebenen			
Ziel	<p>Beschreibung, Fragestellung: Welche Ziele haben Sie die Stillberatung im frühen Wochenbett betreffend?</p> <p>Zielgröße: Verschiedene Formen der Stillberatung inkl. Stillvorbereitung werden angeboten.</p>		
Struktur	<p>Beschreibung, Fragestellung: Ausbildung, Zeitressourcen, Dokumentationsvorlagen, Stillinformation?</p> <p>Zielgröße: Ilca Leitlinien sind bekannt und vorhanden. Mindestens 1 von 4 Mitarbeiterinnen hat Velb-Basisausbildung. Die Dokumentationsvorlage für die Beobachtung einer Stillmahlzeit ist vorhanden. Während Haus- oder Ordinationsbesuch ist mindestens 1/2 Stunde Zeit für die Stillberatung bzw. Stillmahlzeitbeobachtung. Stillbroschüre BMFG liegt auf.</p>		
Prozess	<p>Beschreibung, Fragestellung: Werden bedarfsgerechte umfassende Stillberatungen durchgeführt, welche eine Stillmahlzeitbeobachtung inkludiert? Wie oft wird die Stillbroschüre des BMFG nachbestellt? Wer ist dafür zuständig?</p> <p>Zielgröße: Von 10 eingesehenen Karteikarten wurden 9 korrekt durchgeführte Stillmahlzeitbeobachtungen dokumentiert. Adäquat organisierte Nachbestellungen der Stillbroschüre.</p>		
Ergebnis	<p>Beschreibung, Fragestellung: Werden Stillmahlzeitbeobachtungen in den postpartalen Kontakten fachgerecht und ausreichend umgesetzt?</p> <p>Zielgröße: Bei 9 von 10 stillende Frauen im Wochenbett wird mindestens ein mal bis zum 14. Lebenstag des Kindes eine Stillmahlzeit beobachtet und dokumentiert.</p>		

Abbildung 12. Beispiel ausgearbeiteter Checkliste Audit: Stillen – Fragenteil

Antworten auf den 4 Qualitätsebenen		Gesundheitsförd./Präv. Aspekte
Ziel	Das Ziel der Mitarbeiterinnen ist es Stillberatungen in der Form anzubieten, dass das Stillen bestmöglich und über einen langen Zeitraum gefördert wird. Dabei werden 6 Monate volles Stillen, und darüber hinaus solange Mutter und Kind wollen, angestrebt.	<input type="checkbox"/> Gesundheit V Höhere Stillrate und Stildauer fördert die Gesundheit von Mutter und Kind Empowerment V Stillbetreuung fördert in erster Instanz das Sicherheitsgefühl, die Selbstwirksamkeit steigt
Struktur	Es haben alle Hebammen die Verb-Stillausbildung. Ilca-Leitlinien sind im Zentrum vorhanden. Es existieren Vorlagen für die Stilldokumentation und die Beratung wird durch erstellte Handzettel unterstützt (zu wenig/zu viel Milch, Milchstau, Milchkegelrezept). Die Stillbroschüre des BMFG ist nicht standardmäßig im Hebammenzentrum aufliegend. Es sind Handpumpen zum Verleih verfügbar, bzw. wird den Frauen die Information gegeben wo elektronische Geräte ausgeliehen werden können. Für eine komplette Stillberatung mit Stillbeobachtung sind mindestens 45 min von den MitarbeiterInnen angedacht.	<input type="checkbox"/> Umfeld V Stillberatung zu Hause fördert (z.B. durch das Üben von geeignete Stillpositionen) die Kompetenz der Frau im eigenen (Familien)Setting
Prozess	Es finden ausführliche Stillberatungen sowohl in Ordinations- als auch Hausbesuchen statt (teilweise wesentlich länger), welche aus Sicht der Hebammen unbedingt auch immer die Stillbeobachtungen inkludieren. Die bisherige Arbeit hat gezeigt, dass es in den Hausbesuchen zu 90 % (auch) um Stillberatung geht. Der Hausbesuch erweist sich in manchen Fällen als noch idealer, da die originäre Stillsituation (Sitzposition etc.) erfasst und gegebenenfalls korrigiert werden kann. Die Frauen erhalten darüber hinaus die Information über Stillgruppen im Elternberatungszentrum.	<input type="checkbox"/> Zugangswege V Das Hebammenzentrum erreicht Frauen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Hintergrund
Ergebnis	Es ergeben sich im Schnitt 5-8 Kontakte nach der Geburt mit Mutter und Kind, und dabei werden durchschnittlich 4 Stillmahzeiten beobachtet. Bei allen stillenden Frauen war in der Dokumentation eine Stillmahzeit-Beobachtung in den ersten 2 Wochen nachweisbar.	<input type="checkbox"/> Strukturbildung V Aufbau Stillgruppe Service/Marketing <input type="checkbox"/>

Abbildung 13. Beispiel ausgearbeiteter Checkliste Audit: Stillen- Antwortteil

4.2.6 Hebammenleistungen, Gesundheitsförderung und Prävention

Hebammen sind in der idealen Position einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Lebensweise von Frauen und deren Familien zu nehmen. Gesundheitsförderung bedeutet Ressourcenermittlung und –förderung des Individuums und seines Umfeldes. Die Erfassung des gesundheitsfördernden Potenzials innerhalb des Leistungskonzeptes des Hebammenzentrums Voitsberg soll mehrdimensional angelegt werden.

In der Gesundheitsförderung vereinen sich die Förderung gesunder Lebensweisen, die Verbesserung des Zugangs zu den Gesundheitsdiensten, die Berücksichtigung der Lebenswelten der Zielgruppe sowie die Förderung einer gesunden physischen und sozialen Umwelt.

Bei der Planung des Audits wurde bewusst entschieden, die gesundheitsfördernden Elemente der Hebammenarbeit sichtbar zu machen. Innerhalb der Checklisten wurde dazu jeweils der Kasten „Gesundheitsförderung und Prävention“ eingefügt, der wie die Auflistung der „Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung“ aus „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aufgebaut ist. (BzgA (2001, Walter 2001, S. 31)

Im Laufe eines vierstündigen Auditsgespräches konnte ein guter Eindruck des gesundheitsfördernden Potenzials, das in der Hebammengruppenpraxis vorhanden ist, gewonnen werden. Stichwortweise wird dieser Eindruck in der Checkliste wiedergegeben. Ziel dieser Vorgehensweise ist gleicherweise das Sichtbarmachen der mehrdimensionalen gesundheitsfördernden Aspekte der Hebammenarbeit sowie deren Entwicklungspotenzial im Kontext der Hebammenleistungen.

Tabelle 10 Nutzen-Dimension und Zielparameter für Gesundheitsförderung

Dimension	Zielparameter
I Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> Langfristige Parameter: Inzidenzrate vermeidbarer Krankheits- oder Sterbeereignisse, z.B. Mortalität, Morbidität, Behinderung, Beeinträchtigung Intermediäre physiologische und funktionale Parameter: z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, BMI, Hautbild, Funktionsfähigkeit Intermediäre Verhaltensparameter: z.B. Ernährungsmuster, Bewegungsmuster, rückschonende Arbeitsweise, Stressbewältigung, Suchtverhalten Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Lebensqualität, Funktionalität: z.B. über „SF-36“, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
II Kompetenz/ Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> Wissen Einstellung Wahrgenommene Kontrolle (perceives/actual control) Selbstwert/Selbstbewusstsein Selbstwirksamkeit Kompetenzgesteuerte, nachhaltige Verhaltensänderung Partizipation, z.B. bei Umfeldgestaltung
III Umfeld (physikalische und soziale Umwelt)	<ul style="list-style-type: none"> Setting, z.B. Arbeitsplatzorganisation, Wohnbedingungen, soziale Unterstützung Physikalische Umwelt, z.B. Wohnbedingungen, Lärm, Schadstoffbelastung Soziale Umwelt, z.B. soziales Netz, soziale Unterstützung Politik, z.B. öffentliche Bewusstseinsbildung Gesetzlichen Grundlagen
IV Leistungen der Sozialversicherungen	<ul style="list-style-type: none"> Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgung, Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Medikamentenverschreibung
V Kosten	<ul style="list-style-type: none"> Return on investment (aufgewendete Kosten zu Kostenersparnisse) Aufgewendete Kostenkomponenten, z.B. Programmkosten, Teilnehmerkosten, Overheadkosten Kostenersparnisse, z.B. durch Verringerung der Leistungen der Sozialversicherung, verminderte Eigenaufwendungen
VI Zugangswege	<ul style="list-style-type: none"> Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen Wirksamkeit spezifischer Zugangswege (Erreichbarkeit)
VII Strukturbildung (Capacity building)	<ul style="list-style-type: none"> Befähigung von professionellen Zielgruppen Institutionalisierung der Interventionen Ressourcennutzung, z.B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke Diffusion von Programmen
VIII Service/Marketing	<ul style="list-style-type: none"> Zufriedenheit der Zielgruppe Bekanntheitsgrad

Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung. Aus Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention

4.3 Ergebnisanalyse, ausgewählte Aspekte

4.3.1 Telefonbefragung

Die Bestimmung von Ergebnisindikatoren zur Bewertung von Modellen der geburtshilflichen Primärversorgung sind in der Fachliteratur weder ausdiskutiert noch

sind akzeptierte Normwerte (Benchmarking) festgelegt worden. Bekannt ist, dass die Anzahl der Episiotomien, Interventionen, PDAs, Spontangeburt sowie die Stillrate und Stilldauer durch Hebammenbetreuung positiv beeinflusst werden können, die Sectiorate und neonatale Sterblichkeit wiederum nicht (Sandall J. 2013, Hodnett 2010, Aasheim 2011). Im Rahmen einer telefonischer Zufriedenheitsbefragung, welche zusätzlich zum Audit von einer externen Firma konzipiert und durchgeführt wurde, wurde die Chance genutzt, die Stillrate, die Stilldauer und die Wiederaufnahme der Mutter abzufragen. Die Betreuung von gesunden Frauen und deren Babys nach vorzeitiger Entlassung (d.h. die Verweildauer auf einer Wochenbettstation war kürzer als maximal vier Tage) ist eines der Konzepte der Primärversorgung der Hebammen, mit dem letztendlich die Krankenhauskosten gesenkt werden können. Wenn die Zahl der Wiederaufnahmen allerdings höher ist als bei regulärer Verweildauer, würde das gegen ein frühes Nachhausegehen sprechen. Aus diesem Grund wurde während des Telefoninterviews auch nach eventuellen Wiederaufnahmen gefragt.

In drei Fragen wurde erhoben, ob gestillt wurde, wenn ja, wie lange (bis zum vollendeten 1., 4., 6., 12. Monat oder darüber hinaus). Zusätzlich wurde abgefragt, ob in den ersten sechs Wochen nach der Geburt eine stationäre Aufnahme erfolgte und wenn ja, aus welchem Grund. Die Ergebnisse der Stillbefragung wurden mit der aktuellsten verfügbaren Stillstudie aus Österreich (BMfG Säuglingsnahrung Heute, 2006) verglichen, die Daten der Wiederaufnahme der Mütter mit denen der Statistik Austria. Die kindlichen Wiederaufnahmen können aus der öffentlich zugänglichen Statistik nicht abgelesen werden. Aus diesem Grund ist eine diesbezügliche Analyse im Rahmen des vorliegenden Evaluationsberichts nicht möglich.

Hintergründe über die Erhöhung der Stillrate und die Verlängerung der Stilldauer in Zusammenhang mit Hebammenbetreuung sind in Kapitel 2.4.6 zu lesen.

4.3.2 Wiederaufnahme in Bezug auf die Verweildauer

In den vergangenen Jahren hat sich die Krankenhaus-Verweildauer nach der Geburt drastisch verkürzt. Dies kann auch als Folge einer Reduzierung von Akutbetten gesehen werden, womit man sich eine Senkung der Spitalskosten erhoffte. Die Daten der Statistik Austria belegen jene Senkung der Verweildauer in Zahlen: die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Kategorie „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ betrug 1990: 6,3 Tage, im Jahr 2013: 3,0 Tage (Statistik Austria). Dies wirft jedenfalls die Frage nach dem Risiko für Mutter und Kind bei früher Entlassung auf.

Eine Studie aus dem Jahr 2004 konkludiert keine Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Wiederaufnahmen von Neugeborenen nach vorzeitiger Entlassung im Vergleich zu Babys, die einen längeren stationären Aufenthalt als Standardbetreuung erfahren haben (Petrou 2004). Eine weitere Studie (Boulvain 2004) beschreibt in einer Kohorte von Frauen mit unkomplizierten Schwangerschaften die Unterschiede bei

a) vorzeitiger Entlassung inklusive Hausbesuche durch eine Hebamme im Vergleich zu

b) einer traditionellen Krankenhaus-Verweildauer ohne zusätzliche Hausbesuche.

Bezüglich Stillrate waren hierbei nach 28 Tagen keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen (90% versus 87%, $p= 0.30$). Allerdings hatten die Frauen in der Gruppe der vorzeitigen Entlassung weniger Stillprobleme, und die Zufriedenheit hinsichtlich der Betreuung wurde deutlich höher eingestuft. Auch in der Anzahl der mütterlichen Wiederaufnahmen, in Bezug auf die Ergebnisse im „Postnatal Depression Score“ und den Gesundheitsstatus der Mütter waren keine Unterschiede evident. Eine Metaanalyse von Brown aus dem Jahr 2009 bestätigt diese Ergebnisse. Das relative Risiko für eine kindliche Wiederaufnahme zwischen der dritten und achten Lebenswoche beträgt danach RR 1.29 (95% CI: 0,60 – 2,79). Das relative Risiko für eine mütterliche Wiederaufnahme zwischen der dritten und sechsten Woche beträgt RR 1.10 (95% CI: 0.51- 2.40).

Tabelle 11 Postpartale Spitalsentlassungen nach Tagen

Spitalsentlassung nach Tagen (Median) 2012	Österreich	Steiermark
	Tage	Tage
Spontangeburt (Einling)	3,7	3,9
Sectio, Mehrlinge	5,5	5,5
Aufenthaltsdauer Mutter bei Wiederaufnahme im Wochenbett	3,3	3,3

Postpartale Spitalsentlassungen nach Tagen - Österreich und Steiermark

Quelle:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html

Laut Statistik Austria ist eine Wiederaufnahme als solche zu bezeichnen, wenn folgende Diagnosen in den ersten sechs Wochen nach der Geburt bei der Mutter auftreten (ICD-10).

Wiederaufnahme im Wochenbett nach der Diagnose:

- Infektionen der Brust:
 - Brustwarze, Brustdrüse,

- fieberhafter Milchstau
- Abszess
- Probleme der Brustwarze: Hohlwarze, Rhagade
- Zu viel, zu wenig Milch
- Abstillen, Hemmung der Milchproduktion
- Fieberhafte Erkrankung der Gebärmutter
- Wochenbettinfektion:
 - Fieber unbekanntes Ursprungs nach der Entbindung
 - Infektion der Kaiserschnittwunde, der Dammwunde
 - Blasenentzündung, Infektion des Harntraktes nach der Entbindung
- Venenerkrankungen und Hämorrhoiden im Wochenbett
- Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett
 - Kopfschmerzen nach Kreuzstich im Wochenbett
 - Komplikationen / Beschwerden bei Intubation im Wochenbett
- Wochenbettkomplikation, andersorts nicht klassifiziert:
 - Wundheilungsstörung (=Auseinanderweichen der Wundränder) oder ein Hämatom der Kaiserschnittwunde oder der Dammwunde
 - Herzprobleme im Wochenbett
 - Akutes Nierenversagen nach der Geburt
 - Schilddrüsenentzündung nach der Geburt
 - Sonstiges
- Psychische Probleme
- Embolie

Die Anzahl der mütterlichen Wiederaufnahmen in den ersten sechs Wochen nach der Geburt betrug 1.769 im Jahr 2012, das sind 2,3% aller Spontan- und Kaiserschnittgeburten in ganz Österreich (76.267). In der Steiermark wurden 2012 insgesamt 9.992 Kinder geboren. Die Zahl der mütterlichen Wiederaufnahmen war 229 (2,2%). Für die Hebammengruppepraxis konnte ein fast gleich hoher Anteil festgestellt werden.

4.3.3 Fazit Wiederaufnahme

Was die Anzahl der Wiederaufnahmen betrifft, lassen sich keine Unterschiede feststellen beim Vergleich zwischen früher Entlassung aus dem Spital mit Hebammenbetreuung im Wochenbett und längeren Krankenhausaufenthalten. Wie die Ergebnisse bei früher Entlassung ohne Hebammenbetreuung ausfallen, lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht ablesen. Eine frühe Entlassung mit

Hebammenbetreuung verkürzt die Verweildauer nach der Geburt, ohne ein erhöhtes Risiko für die Gesundheit von Mutter und Kind und ohne erhöhtes Risiko für eine mütterliche Wiederaufnahme (mit einer üblichen Wiederaufnahmerate der Mutter von circa 2,2% und einer zusätzlichen Verweildauer von circa 3,3 Tagen kann gerechnet werden). Vorzeitige Entlassungen tragen somit zur Reduktion von Krankenhauskosten bei.

4.4 Analyse Gesundheitsförderung und Prävention

Auf der Ebene der Gesundheitsförderung können durch Hebammenleistungen indirekte, positive Wirkungen auf die Gesundheit eindeutig festgestellt werden, zum Beispiel die längere Stilldauer oder das frühzeitige Erkennen von abweichenden Gewichtsentwicklungen bei den Neugeborenen.

Durch die frauen- und familienzentrierte Beratung, die deutliche mündliche und schriftliche Informationsvermittlung und die Partizipation der (werdenden) Eltern an der Auswahl der Beratungsthemen können die **Kompetenz und Selbstwirksamkeit** der Familien erhöht werden.

Umfeld: Das Kennenlernen der häuslichen und familiären Situation im Zuge von Hausbesuchen, der daraus resultierende Beratungsbedarf und die Förderung der sozialen Vernetzung über das Angebot von zum Beispiel Stillgruppen und Geburtsvorbereitungskursen unterstützen Frauen auch über das direkte Betreuungskonzept des Hebammenzentrums hinaus.

4.5 Fazit des Audits der Hebammengruppenpraxis

Ausgehend von vorangegangenen Theorien und Audit-bezogener Analysen wird in diesem Abschnitt ein Hebammenzentrum / eine Hebammengruppenpraxis in Bezug auf evidenzbasierte Qualitätskriterien unter die Lupe genommen. Die Einbettung und Position im gesamten System, das Setting und der strukturell-organisatorische Rahmen der Hebammengruppenpraxis sind gute Voraussetzungen, um qualitätsvolle Betreuung, basierend auf diesen geltenden Evidenzen, zu ermöglichen. Dies realisiert sich konkret vor allem durch die 24/7-Verfügbarkeit, die gelebte kontinuierliche Betreuung, das Angebot von Hausbesuchen und die Durchführung von Risikoassessment und medizinischen Leistungen. Genannte Voraussetzungen und damit die Leistungen des Hebammenzentrums können von keiner anderen Einrichtung in dieser Form angeboten werden. In einem Krankenhaus kann beispielsweise die

Betreuungskontinuität in dieser Weise niemals erreicht werden, da unter anderem der Kreis des Fachpersonals wesentlich größer ist, und bei jedem Besuch mit einem neuen MitarbeiterIn-Kontakt bzw. mehreren neuen MitarbeiterInnen-Kontakten zu rechnen ist. Niedergelassene Ärzte wiederum weisen keine durchgehenden Öffnungszeiten auf und sind auf ein Fachgebiet und damit eine Betreuungsperiode im gesamten Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und darüber hinaus begrenzt. Die Niederschwelligkeit, die Kombination aus medizinischen Leistungen, Beratungen und psychosozialer Unterstützung sowie eine bewusste Unterstützung physiologischer Prozesse und ‚normaler‘ Geburten, gleichzeitig aber auch die Möglichkeiten des medizinischen Screenings auf Abweichungen und die nahtlosen Überweisungsstrukturen sind die Voraussetzungen, um einem evidenzbasierten Modell, wie es bei einer Hebammengruppenpraxis der Fall ist, gerecht zu werden. Zusätzlich werden Leistungen der umliegenden Krankenhäuser und von niedergelassenen Ärzten adäquat in Anspruch genommen und auf diese Weise entlastet, was wiederum Kosteneinsparungen ermöglicht.

Hinsichtlich Bewertung der Durchführungsqualität können folgende Parameter des Audits herangezogen werden: Beratungen aller Art, Dokumentation, Hygiene, Gewichtskontrollen, medizinische Leistungen und das Risikoassessment. Zusammenfassend ist eine sehr hohe Durchführungsqualität zu verzeichnen. Genannte Parameter werden fachgerecht von den Mitarbeiterinnen umgesetzt, vereinzelt können geringfügige Punkte verbessert werden.

5 Diskussion und Conclusio

Bei zunehmend begrenzteren Ressourcen werden Fragen nach Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von bestehenden und geplanten gesundheitlichen Maßnahmen gestellt, damit der Einsatz der vorhandenen Mittel optimiert wird. Allerdings kann die Wirksamkeit einer Intervention nur dann erreicht werden, wenn nicht lediglich auf die Ergebnisse abgezielt wird, sondern auch Struktur- und Prozessdimensionen berücksichtigt werden. (Ruckstuhl B., Kollip P., Gutswiller F. 2001, S.40).

Die **Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung** kann stufenweise umgesetzt werden. Die **Versorgungsstruktur** im Sinne der österreichweiten Verteilung der beteiligten Hebammen, die Inanspruchnahme der Beratungen und die Priorisierung der Beratungsthemen sowie die Analyse der Sozialdeterminanten der Zielgruppe können ab Frühling 2016 durch Prüfung der bis dahin erhobenen Daten beschrieben werden. Die Datensammlung erfolgt über die systematische Befragung. Nach jedem Beratungskontakt füllt die Hebamme einen Fragenbogen aus. Aus der bereits erfolgten großen Zahl an Rückmeldungen durch die Hebammen lässt sich schließen, dass die Datenerhebung mittels Fragebogen eine aufwendige, aber für niedergelassene Hebammen geeignete Methodik zu sein scheint.

Die Wirkung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen kann nur auf Ebene der Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten und auf der Ebene der Gesundheitsdeterminanten selber nachgewiesen werden. Fragebögen zu Wissenszuwachs und Verhaltensänderung sollen durch die Betroffenen selbst zeitversetzt ausgefüllt werden. Die Qualität der Fragen an sich und die Überprüfung, ob sich damit tatsächlich eine Verhaltensänderung als Folge der Hebammenberatung messen lässt, ist noch nicht geklärt. Auch muss mit Verzerrungen gerechnet werden, da höher gebildete Frauen leichter Zugang zum Internet haben, geübter sind in die Beantwortung von Fragen und eine höhere Selbstwirksamkeit in Bezug auf gesundheitliches Verhalten aufweisen. Bei der Erhebung des Wissenszuwachses vier Wochen nach der Intervention ist mit einer Ausfallquote zu rechnen. Auch bei der Umfrage bis acht Wochen nach der Geburt ist ein erheblich höherer Drop-Out zu erwarten. Tatsächliche Verhaltensänderungen sind daher schwieriger nachzuweisen.

Geburtshilfliche Ergebnisse können ab Januar 2016 über das klinische Geburtenregister untersucht werden. Die Reliabilität der von Krankenhausangestellten ausgefüllten Erhebung zur Teilnahme an der Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung muss bewiesen werden. Die Teilnehmerzahl laut Geburtenregister kann verifiziert werden anhand der Anzahl der Rückmeldebögen der Hebammen. Eine Kausalität

zwischen einmaliger Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung und zum Beispiel einer verringerten Kaiserschnitttrate kann auf keinen Fall über das klinische Geburtenregister hergestellt werden. Ergänzende Forschung ist erforderlich.

Indikatoren auf Struktur- und Prozessebene wie Teilnehmerzahl, Art der Beratung usw. können österreichweit bestimmt und anhand des hier vorgestellten Evaluierungsplans gemessen werden. Die angestrebte Wirkung kann nicht, oder nicht valide genug, nachgewiesen werden. Hierzu muss die hier beschriebene Methodik weiter ausgearbeitet werden, und es müssen zusätzliche detaillierte Forschungskonzepte entwickelt werden.

Das **Außerklinische Geburtenregister** ist eine zentrale Datensammlung, gestützt auf die Behandlungsdokumentation. Die Methode an sich ist anerkannt. Allerdings kann die Versorgungsstruktur sowie die Inanspruchnahme nicht anhand des Registers erforscht werden. Eine Erweiterung der Fragebögen, um den sozioökonomischen Status der Frauen erheben zu können, wäre dazu hilfreich. Kritisch zu betrachten ist die geringe Teilnehmerzahl von circa 25%., jegliche Ergebnisse sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Im Rahmen des außerklinischen Geburtenregisters können **zehn Indikatoren** beschrieben werden.

Tabelle 12 Qualitätsindikatoren außerklinische Geburtshilfe

	Periode	Indikator	Benchmark Vorschlag	
1	SI	Schwanger- schaft	Hausbesuch vor der 34. SSW	95% aller betreuten Schwangeren
2	PI	Geburt	Kontinuierliche Betreuung ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode	95% aller betreuten Gebärenden
3	PI	Geburt	Anzahl Überweisungen sub partu	Unter 20%
4	PI	Geburt	Damm intakt bzw. Anzahl Episiotomien	Anzahl Episiotomien unter 11 %
5	EI	Geburt	Anzahl Kinder mit Apgar 5 Min. unter 7	t.b.d.
6	PI	Geburt	Anzahl Kinder mit Geburtsgewicht unter 2500 Gramm	t.b.d.
7	PI	Geburt	Anzahl der angefangenen außerklinischen Geburten vor der 37. SSW und nach der 42. SSW.	95 % aller betreuten Gebärenden
8	EI	Geburt	Anzahl der Überweisungen von Kinder innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt in ein Krankenhaus	t.b.d.
9	EI	Geburt	Anzahl der Überweisungen von Mütter innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt in ein Krankenhaus	t.b.d.
10	PI	Geburt	Anzahl der Frauen, die mit dem Stillen anfangen	98 % der betreuten Gebärenden

SI = Strukturindikator, PI = Prozessindikator, EI = Ergebnisindikator t.b.d.= noch zu bestimmen

Während eines **Audits** werden vor allem die kontinuierliche Betreuung sowie die Qualität der Durchführung beleuchtet. Zur Überprüfung der **Durchführungsqualität** von Hebammengruppenpraxen können neun Checklisten zu den Themen Beratung, Dokumentation, Gewichtskontrolle, Risikoassessment, medizinische Leistungen und Hygiene herangezogen werden. Sie repräsentieren das breite Arbeitsspektrum einer Hebammen-Primärversorgungseinheit. Die Umsetzung konnte im Rahmen einer Besichtigung einmal erprobt werden. Sie erwies sich als praktikabel. Zur Validierung der Methode werden weitere Umsetzungen und deren Evaluierung angestrebt.

Im Rahmen dieses Audits sind **zwei Ergebnisindikatoren** überprüft worden, die Stilldauer und die Anzahl der Wiederaufnahmen der Mütter bis sechs Wochen nach der Geburt. Nur Ergebnisse dieser Fragestellungen können in Relation zu den in Österreich erhobenen Daten gestellt werden. Für andere Fragestellungen gibt es keine für Österreich repräsentativen Vergleichsdaten. Die Zufriedenheit und das Sicherheitsgefühl der Frauen können auch als Qualitätsindikator betrachtet werden. Diese wurden von einem externen Institut abgefragt.

Bisher konzentrierten sich Evaluierungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen vor allem auf die Entwicklung und Implementierung der Maßnahme selbst, auf die Umsetzung des Setting-Ansatzes der WHO sowie auf den Aufbau von Kooperationen. Heutzutage wird auch Fragen nachgegangen, wie zum Beispiel, ob die Zielgruppe erreicht wurde oder ob die erhofften gesundheitlichen Verbesserungen erzielt werden konnten. Auch die Kosten-Nutzen Relation muss betrachtet werden.

Die Auswahl der **Zielgruppe** bedeutet bei „Hebammenleistungen im extramuralen Bereich“ die Ausrichtung nach mehreren Richtungen: Mutter – Kind – Familie. Einerseits beinhaltet sie eine Altersgruppe mit erhöhten Risiken (die Säuglinge), andererseits eine Bevölkerungsgruppe in einer risikoerhöhten Lebensphase (schwangere Frauen). Um optimale Ergebnisse erzielen zu können sollten Maßnahmen möglichst genau auf diese beiden Zielgruppen ausgelegt sein. Innerhalb der Zielgruppe müssen vulnerable und sozial benachteiligte Personengruppen identifiziert werden (Migrantinnen, Arbeitslose, Alleinerzieherinnen, Jugendliche). Die Erhebung des objektiven und subjektiven Bedarfs, die Wahl der für die Zielgruppe spezifischen Settings (Interventionsorte), Überlegungen zur Erreichbarkeit der Gruppe und die Festlegung der Zielparameter für diese Gruppe sind maßgeblich ausschlaggebend für den Erfolg einer Maßnahme. Auch der Einfluss von und auf die jungen Familien sollte mitberücksichtigt werden. Gezielte Überlegungen, wie Frauen mit geringerem Bildungsgrad und Migrantinnen erreicht werden können, sollten angestellt werden.

Zudem sollte eine entsprechende Bedürfnisanalyse dieser Frauen vorgenommen werden.

Eine **Vernetzung mit anderen Dienstleistern** ist u.A. durch Kooperationen mit niedergelassenen ÄrztInnen und Krankenhäusern bereits gegeben. Diese können aber in der Grundstruktur (zum Beispiel Rücksprache bei Überweisungen, Dokumentation) verbessert werden. **Strukturbildung**, also Vernetzung, Kooperationen, Ausbildungen der Mitarbeiterinnen, Anerkennung des Zentrums und Implementierung von Interventionen, soll in der Planung, Umsetzung und Evaluierung der geburtshilflichen Primärversorgung einen großen Stellenwert erhalten. Bei der Umsetzung eines Primärversorgungskonzeptes müssen die Finanzierungsstrukturen angepasst werden, damit alle Schwangeren gleichermaßen die Chance haben, Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Der Umgang mit personellen und finanziellen Ressourcen soll nicht nur auf Effektivität und Effizienz, aber vor allem auch auf Nachhaltigkeit ausgerichtet sein.

Fazit:

Eine Systemverschiebung von klinischer Orientierung hin zu einer Primärversorgungstruktur soll von qualitativer und quantitativer Evaluierungsforschung begleitet werden, auf Planungs-, Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisebene. Die Dimensionen des Individuums, der Gemeinschaft und der Verwaltung und Organisationen müssen dabei berücksichtigt werden. Als essentiell stellt sich die kontinuierliche Betreuung heraus, sie bildet die Grundstruktur der Hebammenversorgung im extramuralen Bereich. Die Ausgangsbasis ist der Fokus auf die physiologische Geburt. Unabdingbar sind gut funktionierende Strukturen und eine reibungslose Zusammenarbeit mit anderen medizinischen und sozialen Dienstleistern. Die werdenden Eltern dabei in alle Entwicklungsphasen miteinzubeziehen - sie zu fragen, was sie brauchen, was sie möchten, wie sie Qualität erfahren - diese Herangehensweise ist bis jetzt unzureichend eingesetzt worden. Dies konstruktiv und systematisch zu verbessern ist die schönste Herausforderung.

Bad Waltersdorf, am 12. Januar 2015.

Literaturverzeichnis

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M., Reinar, L. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12:CD006672
- ABM - Academy of Breastfeeding Medicine (2008). *Klinisches Protokoll Nr. 4.*
<http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/protocol_4mastitis_german_revised_0911.pdf>
> Stand: September 2014.
- Adam T., Limm S., Mehta S. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005;331:1107-12.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion Internationale*; 1996:Vol. 11. Nr. 1.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 015/029 S1-Leitlinie 06/2006 – *Empfehlungen zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung.*
<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-029_S1_Empfehlungen_zum_Vorgehen_beim_vorzeitige_Blasensprung_06-2006_06-2011_01.pdf> Stand: September 2014.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 015/036 S1-Leitlinie 06/2014 – *Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt.*
<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-036l_S1_CTG_Schwangerschaft_Geburt_2014-06.pdf> Stand: September 2014.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 015/065 S1-Leitlinie 02/2014 – *Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung.*
<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-065l_S1_Termin%C3%BCberschreitung_%C3%9Cbertragung_02-2014.pdf> Stand: September 2014.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 015/071 S3-Leitlinie 02/2013 – *Therapie entzündlicher Brustkrankungen in der Stillzeit.*
<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-071l_S3_Therapie_entzundlicher_Brustentzundungen_Stillzeit_2_2013-02_01.pdf> Stand: September 2014.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 024/007 S2-Leitlinie 03/2010 – *Hyperbilirubinämie des Neugeborenen.*
<http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-007l_S2k_Hyperbilirubinaemie_des_Neugeborenen.pdf> Stand: September 2014.
- Bänzinger, V., Bass, B., Fleischli, M., Triofini, A. & Weingartner, M. (2007). *Ein Spital wird aktiv. Das Projekt „Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren“ in der Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich.* In Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich, Frauenklinik Maternité, Stadtspital Triemli Zürich & Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung* (S. 187-213). Bern: Hans Huber.
- Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD002964. DOI: 10.1002/14651858.CD002964.pub2.
- Berge ten M. (2014). Midwives need mothers need midwives: Partnership in Nieuw-Zeeland. *Tijdschrift voor verloskundigen. Utrecht: KNOV. TvV 7/2014:62-65*
- Blanchette H. (2011). The rising cesarean delivery rate in America: what are the consequences? *Obstet. Gynecol.* 118, 687–690.
- BMfG – Bundesministerium für Gesundheit (2006). *Säuglingsernährung Heute.*
<http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/kurzfassung_saeuglingsernaehrung_heute_druckversion_08_2009.pdf> Stand: November 2014.

- BMfG - Bundesministerium für Gesundheit (2006). Säuglingsernährung Heute.
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/8/5/CH1101/CMS1384785444563/langfassung_-_saeuglingsernaehrung_heute_-_endbericht_-_220707.pdf
- BMfG - Bundesministerium für Gesundheit.
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082201.html> download am 4.12.2014
- Bolling K., Grant C., Hamlyn B., Thornton A. (2007). *Infant Feeding Survey 2005*. London: The Information Centre, Government Statistical Service, UK Health Departments.
- Boulvain, M. (2004). Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG* 2004; Vol. 111:807-813
- Brisbois, T. (2012). Obesity diagnostic and prevention. Early markers of adult obesity: a review. *International Association for the Study of Obesity* 13,347-367.
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P., Krastev, A. (2009). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3*. Art. No.: CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958.
- Brügger, U. (2004). *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG); Winterthur.
- Bryce, R., et al (1985). Associating between indicators of perinatal asphyxia and adverse outcome in the term infant: a methodological review. *Neuroepidemiology* 4(1):24-28.
- Burns E., Gray R., Smith L. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):601-14. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02842.x.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15*. Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. Seite 40.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(2011). *Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern*. Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. http://www.dkfz.de/de/rauchertelefon/download/BZgA__Kurzinterventionen.pdf download am 23.12.2014
- Callum, C. (1998). *The United Kingdom smoking epidemic: death in 1995*. Health Education Authority, London.
- Carolan-Olah, M., Kruger, G., Garvey-Graham, A. (2014). Midwives`experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery* 31 (2015) 112-121.
- Caroll, J. C., Biringir, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L., et al. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173, S. 253-259.
- Catling-Paull, C., Johnston, R., Ryan, C., Foureur, M., Homer, C. (2011). Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. *J. Adv. Nurs.* 67, 1662–1676.
- Chaillet, N., Dumont, A. (2007). Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 34, 53–64.
- Chang, G. et al.(1993). Use of the TWEAK Test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism, clinical and experimental research* 17(6):118-1192.
- Chang, G., McNamara, T., Wilkins-Haug, L., Orav, E. (2007). Estimates of prenatal abstinence from alcohol: a matter of perspective. *Addit. Behav.* 2007 Augst; 32 (8): 1593-1601.
- Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp-Stone, U., Ackermann, G. (2004). Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*. 27. Jg 3/2004.
- Conde-Agudelo, A., Díaz-Rossello, J. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4*. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub3.

- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- De Jonge, A. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital birth. *BJOG* 2009; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x.
- Declercq, E., Young, R., Cabral, H., Ecker, J. (2011). Is a rising cesarean Delivery rate Inevitable? Trends in Industrialized Countries, 1987-2007. *Birth* V. 38 (2); June 2011: 99-104.
- Demissie, et al (2000). In: Voerman, G., et al. A systematic approach towards the development of a set of quality indicators for public reporting in community-based maternity care. *Midwifery* (2013), doi:10.1016/j.midw.2012.01.012
- Deneux-Tharoux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M.-H., Bréart, G. (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.*108, 541–548 Doi.: 510.1097/1001.AOG.0000233154.0000262729.0000233124.
- Dennis, C., Kingston, D. (2008). A Systematic Review of Telephone Support for Women During Pregnancy and the Early Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37: 301–314. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x
- Deutscher Hebammen Verband (Hrsg.) (2012). *Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen*. Karlsruhe; Deutscher Hebammenverband e.V
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010). *Schutz der Familie vor Tabakrauch- Band 14*. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg.
- Dierks, M., Walter, U., Schwartz, F., (2001) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen : Eine aktuelle Bestandsaufnahme im Auftrag der BZgA. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ; Bd. 15)* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA. S. 49
- Donabedian A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual. Rev Bull* 1986;12:99-108
- Donnan, P., Dalzell, J., Symon, A., et al. (2013). Prediction of initiation and cessation of breastfeeding from late pregnancy to 16 weeks: the Feeding Your Baby (FYB) cohort study. *BMJ Open* 2013;3:e003274. doi:10.1136/bmjopen-2013-003274
- Drummond, M., Sculpher, M. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (3. Aufl.). New York-Oxford: Oxford University Press. S. 136ff
- Dunkley, J. (2003). *Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis*. Bern; Verlag Hans Huber. S. 148-149.
- Dyson, L., McCormik, F., Renfrew, M. (2009). Interventions to promote the initiating of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3: CD001055.
- EBG - Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau (2009). Informations-blatt: Ursachen und Risikofaktoren von Gewalt in Paarbeziehungen. Abgefragt am 9.3.2012 unter <http://www.ebg.admin.ch/dokumentation/00012/00442/index.html?lang=de>
- Edwards G., King D. Smoking in pregnancy: a growing public health problem. In: Edwards G., Byrom S. (Hrsg.) (2007) *Essential midwifery practice – Public Health*. Oxford; Blackwell Publishing. S. 56-66.
- Edwards, G. (2007). *Essential midwifery practice – public health*. Oxford:Blackwell Publishing.
- Egger, Th. & Schärmoser, M. (2008). *Gewalt in Paarbeziehungen, Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen. Schlussbericht*. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG.
- Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010*, Luxembourg. S. 94
- Fally-Kausek, R. (2014). *Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats zur Senkung der Kaiserschnittraten*. Newsletter Kinder- und Jugendgesundheit Ausgabe 1/2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Kinder und Jugendgesundheitsstrategie.
- Garcia, J. (2003). *Mothers views and experiences on care*. In: Marsh G. (2003). *Community based maternity care*. Oxford; Oxford University Press. S. 83.
- Gibbons, L., Belizán J., Lauer, J., Betrán, A., Merialdi M., Althabe, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year:*

- Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. World Health Report. Background Paper, No. 30 World Health Organization, Geneva (2010)
- Gibbons L., Belizan J., Lauer J. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:331. e1-e119
- Gottvall, K., Waldenstrom, U., Tingstig, C., Grunewald, C. (2011). In-hospital birth center with the same medical guidelines as standard care: a comparative study of obstetric interventions and outcomes. *Birth* 2011 Jun; 38(2):120-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00461.x.
- Haas S., Breyer E., Knaller C., Weigl M. (2013). *Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch)*, Hrsg. GÖG / FGÖ. Wien: Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.
- Hakkennes, S., Green, S (2006). Measures for assessing practice change in medical practitioners. *Implementation Science*, 1, 29.
- Händel, G., et al (2009). Intention to change smoking in pregnant and postpartum women according the number of pregnancies. *European journal of public health*, Vol. 19, 218-221.
- Handmaker, N., Miller, W., Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with preagnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol* 60 (2):285-292.
- Hanley, G., Janssen, P., Greyson, D. (2010). Regional variation in the cesarean delivery and assisted vaginal delivery rates. *Obstet. Gynecol.*, 115 (2010), pp. 1201–1208. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181dd918c
- Hannöver, W., Thyrian, J., Röske, K., (2009). *Rauchfreie Schwangerschaft, Rauchfreie Kleinkindzeit*. Auf dem Weg zur Modellregion Saarland. <http://www.vdek.com/LVen/SAA/Versicherte/Praevention/ModellprRauchen.pdf> (Letzter Zugriff: 7.1.2011)
- Hellbernd H., Brznak P., May A., Maschewsky-Schneider U. (2005). Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm gegen Gewalt an Frauen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005;3:329-336.
- Hodnett, E. (2008). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Oct 8;(4):CD000062. doi: 10.1002/14651858.CD000062.pub2.
- Hoffmann, K., Stelzhammer, J. (2010). *Jahresbericht 2009 - Tabakentwöhnungsangebote der Steiermärkische Gebietskrankenkasse- Entwicklung, Konzeption, Inanspruchnahme und Evaluation*. Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Graz.
- Holmer, C. (2009). The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery* (2009) 25, 673–681
- HQIP (2009). Criteria and Indicators of Best Practice in Clinical Audit (2009). <http://www.hqip.org.uk/assets/Downloads/Criteria-and-indicators-of-best-practice-in-clinical-audit.pdf> download am 14. 8.2014
- ICM - International Confederation of Midwives. <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/> download am 12.12.2014
- ILCA - International Lactation Consultant Association (2005). *Leitlinien zur die Etablierung des ausschließlichen Stillens*. Hrsg. VELB Europäischer Verband Laktationsberaterinnen. http://www.stillen-institut.at/asp_service/upload/content/ilca-leitlinien.pdf download am 11.12.2014
- IOM Institute of Medicin. (1999) Definition of Quality. <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>. Download am 3. August 2014.
- Irgens, L. (2000). The medical birth registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:435-439
- Janke, S. (1994). Wenn the Mother-to-be trinks. *Childbirth Instructor Magazin* 4(1):28-31.
- Janssen, P. (2009). Outcome of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009. DOI:10.1503/cmaj.081869.
- Janssen, P., Ryan, E., Etches, D., Klein, M., Reime, B. (2007). Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth-Issues Perinat. Care*

- 34, 140–147.
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (1990). In: Lauterbach W., Lungen M., Schrappe M.: *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. 3. Ausgabe. Stuttgart; Schattauer. S. 276
- JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (1990). *Primer on Indicator Development and Application*. Measuring Quality in Health Care. Oakbrook Terrace
- Johanson, R., Newburn, M., Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* 2002;324:892-95.
- Jungo, G. (2009). *Bestandsaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht zu Handeln des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*, Bern. In: Knauss, C., N. Bauer, et al. (2009). *Monitoring der Stillfreundlichkeit - Bericht 2008*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Basel.
- Kages Qualitätsbericht 2011.
http://www.kages.at/cms/dokumente/10277038_5058571/e0f0c79b/kages_qualitaetsbericht_2011.pdf download am 2.12.2014.
- Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H. & Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, S.84ff.
- Klein, M., Liston, R., Fraser, W., et al. (2011). Attitudes of the new generation of canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors? *Birth*, 38 (2011), pp. 129–139. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2010.00462.x
- Koblinsky, M., Chowdhury, M., Moran, A., Ronsmans, C. (2012). Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *J Health Po pul Nutr* 2012;30:124-30.
- Kollip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B., Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System. Quint-Essenz- Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern; Verlag Hans Huber. S. 142.
- Kronberg, H. (2012). The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing Vol. 29 No. 4*, pp. 289–301.
- Lack, N., Blondel, B., Mohangoo, A., Sakkeus, L., Cans, C., Bouvier-Colle, M., Macfarlane, A., Zeitlin, J. (2013). Reporting of perinatal health indicators for international comparisons—enhancing the appearance of geographical plots. *European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 6*, 957–963. doi:10.1093/eurpub/cks176.
- Lang C. et al (2007). Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 5/6, pp. 624-633.
- Lassi, Z., Haider, B., Bhutta, Z. (2010). Community based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;11:CD007754. DOI:10.1002/14651858.CD007754.pub2.
- LBI - Ludwig-Boltzmann-Institute für Suchtforschung (LBI-Sucht) (2009). *Rauchverhalten in Österreich – Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market 2008* – Erstellt vom LBI-Sucht im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit.
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/8/7/CH1038/CMS1166785817949/factsheet_rauchverhalten_in_oesterreich.pdf (Letzter Zugriff: 11.12.2010)
- LBI HTA - Ludwig Boltzmann Institute Health Technology Assessment (2012). *Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen. Projektbericht Nr. 053*, <http://eprints.hta.lbg.ac.at/947/1/HTA-Projektbericht_Nr53.pdf> Stand: Oktober 2014.
- Leitner, H., Oblasser, C., van der Kleyn, M., Oberaigner, W. (2011). Nicht veröffentlichte Daten aus dem Außerklinisches Geburtenregister 2008-2009. Innsbruck: Institut für klinische Epidemiologie (IET).

- Loytved, C. (2010). *Qualitätsbericht 2009: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Herausgegeben von: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.).
- Loytved, C., Wenzlaff, P. (2007) *Außerklinische Geburt in Deutschland 2000-2004*. Bern: Huberverlag. S. 92.
- Mändle, C. (2007). *Physiologie des Wochenbetts*. In: Mändle, C., Opitz-Kreutzer, S. (Hrsg). *Das Hebammenbuch*. 5. Auflage, Schattauer, Stuttgart, New York, pp. 531-542.
- Maresh, M. *Auditing Care*. In: Marsh G., Renfrew, M. (Hrsg)(2003). *Community-based Maternity Care*. Oxford: Oxford University Press. S. 139
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; 380: 1011–29. doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
- Marshall, J., et al. (2014). Evaluating the 'Focus on Normal Birth and Reducing Caesarean section Rates Rapid Improvement Programme': A mixed method study in England. *Midwifery* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.10.005i>
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. *The Journal of the American Medical Association*, 17(267), S. 3176-3178.
- McGlynn (2003) In: Sens, B., et al. (2007) *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagement*. 3. Auflage. GMS-Arbeitsgruppe Qualität in der Medizin. Herausg. GMS Deutscher Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. GMS med Inform Biom Epidemiol 2007;3(1):Doc2005. S. 30
<http://www.egms.de/tools/download.jsp?path=journals/mibe/2007-3/mibe000053.1a.pdf&mime=application/pdf&name=GMS-QM-Glossar-Auflage3.pdf>
Download am 8.8.2014
- McGlynn et al (2003). The quality of health care delivered to adults in the US. *The new England journal of medicin*, 348;2635-2645. In: Bick, D. (2010) *Evaluating the Impact of Implementing Evidence-Based Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Medizinalrat – Universität Witten/Herdecke. http://www.medizinalrat.de/Eb_Medicine/EbM_-_Theorie_und_Handwerkszeu/ebm_-_theorie_und_handwerkszeu.html. Download am 12.12.2014
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5*. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Müller, D. (2011). *Register als Evaluationsinstrument*. In: Pfaff H. (2011) *Lehrbuch Versorgungsforschung Systematik – Methodik – Anwendung*. Stuttgart: Schattauer. S. 305.
- Mutter-Kind-Pass Gesamtvertrag MKP-Gesamtvertrag § 12 <http://www.hebammen.at/media/MKP-GV.pdf> down load am 23.12.2014
- Mutter-Kind-Pass Novelle 2013. § 5a abs. 1
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_420/BGBLA_2013_II_420.pdf
down load am 23.12.2014
- Mutter-Kind-Pass Novelle 2013-Erläuterungen - Hebammenberatung
http://www.google.at/url?url=http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_927822/COO_2026_100_2_927839.rtf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=VsCaVN-9D6OkygOkIIcWcG&ved=0CBMQFjAA&usg=AFQjCNH9V7FyB4FWx_SbltHJ15xetN9jA down load am 23.12.2014
- NCCPC - National Collaboration Centre of Primary Care (2006). Postnatal care. Demott, K., Bick, D., Norman, R., Ritchie, G., Turnbull, N., Adams, C., Barry, C., Byrom, S., Elliman, D., Marchant, S., Mccandlish, R., Mellows, H., Neale, C., Parkar, M., Tait, P., Taylor, C., (2006) *Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies*. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners.
- NCCPC - The National Collaborating Centre for Primary Care an Royal College of General Practitioners

- (2006). *The Postnatal Care: Routine postnatal care of women and their babies*.
<<http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/cg37-postnatal-care-full-guideline2>>
Stand: September 2014.
- Neugebauer, E. (2011). *Methoden der Versorgungsforschung*. In: Pfaff, H., Neugebauer, E. *Lehrbuch Versorgungsforschung - Systematik - Methodik - Anwendung*. Stuttgart: Schattauer. S. 266-268
- New Zealand Ministry of Health. 2012. *Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines)*. Wellington: Ministry of Health.
- New Zealand Ministry of health. *Report on maternity 2010*. Wellington New Zealand 2012.
www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/report-on-maternity-2010 download am 20.12.2014
- New Zealand Royal college of midwives. <http://www.midwife.org.nz/in-new-zealand/new-zealand-model-of-partnership>. Download am 20.12.2014
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. S.5. <http://www.hqip.org.uk/assets/Guidance/HQIP-Clinical-Audit-Simple-Guide-online1.pdf> download am 14.8.2014
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2008). Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline. London: National Collaborating Centre Women's and Children's Health. Download am 13.12.2014
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Quality standard 37 – Postnatal Care*. <<http://www.nice.org.uk/guidance/qs37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>> Stand: September 2014.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Quality standard 57—Neonatal jaundice*. <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs57/resources/guidance-neonatal-jaundice-pdf>> Stand: September 2014.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Quality standard 62 - Antenatal Care*. <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/guidance-antenatal-care-pdf>> Stand: September 2014.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Quality standard 62 - Antenatal Care*. <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/guidance-antenatal-care-pdf>> Stand: September 2014.
- Nutbeam, D. (1999). Evaluating health promotion. *BMJ* 318/7180, 404A
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15, 259-267.
- Nyberg, E., Hartmann, P., Stieglitz, R.-D. und Riecher-Rössler, A. (2008). Screening Partner-gewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 76, S. 28- 36.
- O'Reilly, R. Beale, B. & Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Traumata, Violence & Abuse*. 11(4) S. 190-201.
- Oberaigner, W., Leitner, H. (2014). *Bericht Geburtenregister Österreich- Geburtsjahr 2013*. Fachbeirat Geburtenregister Österreich; Innsbruck: Institut für klinische Epidemiologie. S 5
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en download am 12.12.2014 S. 98-99
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development CREDES (1999) *OECD Health Data 1999*
- ÖHG - Österreichisches Hebammengremium (2014). *Qualitätskriterien zur Errichtung einer Hebammenpraxis*.http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2012/10/Qualit%C3%A4tskriterien-zur-Errichtung-einer-Hebammenpraxis.doc_.pdf download am 10.8.2014
- ÖHG - Österreichisches Hebammengremium (2013). Datenerhebungsblatt zur Evaluierung der MKP-Beratung durch Hebammen. <http://www.hebammen.at/media/MUKI->

- Datenerhebungsblatt.pdf download am 27.12.2014
- Österreichische Stillkommission (n.d.).
http://www.stillen.at/images/pdfs/stillempfehlungen_homepage.pdf down load am 30.10.2014.
- Österreichischen Suchtpräventionsstellen (n.d.). *Alkohol und Schwangerschaft*.
 Informationsbroschüre Österreichischen Suchtpräventionsstellen. Download am 8.12.2014.
<http://www.praevention.at/upload/products/Alk-Schwangerschaft.pdf>
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2010). *Österreichische Leitlinie für die Pflegedokumentation. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*.
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Arbeitshilfe_2010.pdf> Stand: September 2014.
- Overgaard, C., Møller, A., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L., Sandall, J.(2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-riskwomen. *BMJ Open* 1(2), e000262 doi: org/10. 1136/bmjopen-2011-000262.
- Owen, L., Bolling, K. (1996). *Smoking in pregnancy: developing a communications strategy for smoking cessation*. unpublished
- Peckham, S. (1993). Preventing unplanned teenage pregnancies. *Public health* 107: 125-133.
- Petrou, S. (2004). Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG - an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. August 2004, Vol. 111: 800–806. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x
- Priets, N. et al (2008). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (Review). *The Cochrane Libaray 2008, issue 4*, published by Wiley.
- QUAG - Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe QUAG. www.quag.de
- Quispel, Chantal et al (2014). The role of depressive symptoms in the pathway of demographic and psychosocial risks to preterm birth and small for gestational age. *Midwifery*. DOI.org/10.1016/j.midw.2014.03.08
- Rahden, O. von, Hassel, H. (2007). Motivierende Gesprächsführung – eine gute Methode bei der beratung zum rauchverzicht.In: *Die Hebamme Vol. 20:265-268*.
- RCOG - Royal College of Obstericians and Gynaecologists (2006). *Statement no. 5. Alcohol Consumption and the outcomes of pregnancy*. Down load am 8.12.2014.
- Rebhan, B., Kohlhuber, M, Schwegler, B., Fromme, H. (2009). Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft – Ergebnisse aus der Studie „Stillverhalten in Bayern“. In: *Gesundheitswesen Vol. 71:391-398*.
- Redshaw, M., Rowe, R., Hockley, C. (2007). *Recorded delivery: a national survey of women`s experiences of maternity care 2006*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Reiter, A., Bauer, M. (2007). *Das Hebammenzentrum aus der Sicht der betreuten Frauen. Evaluierung des Angebots des Hebammenzentrums*. Wien: Kultur-Soziologie-Werkstatt.
- Renfrew, M., McCormick, F., Wade, A., Quinn, B., Dowswell, T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5*. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
- Requejo, J., Bryce, J., Victoria, C. (2012). Countdown to 2015 maternal, newborn and child survival: the 2012 report. Geneva: World Health Organization and United Nations Children`s Fund.
- Rosenberg & Fenley, zit. in McFarlane, J., Soeken, K. & Wiist, W. (2000). An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women. *Pubilc Health Nursing* 17(6).
- Ruckstuhl, B., Kollip, P., Gutswiller, F. (2001). *Qualitätsparameter in der Prävention*. In: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 40.
- Rudat, K. Robert, C. (1993). *Maternity services: A comparative survey of Afro-Caribbean, Asian and white women commissioned by the Expert Maternity Group*. MORI Health Research London.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., Gates, S. (2010). Improving quality and safety in

- maternity care: the contribution of midwife-led care. *J Midwifery Womens Health*. 2010 May-Jun;55(3):255-61. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.002.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8*. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.
- Schäfers, R. (2011). *Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt*. Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, H., Husslein, P., Schneider, K. (2006). *Die Geburtshilfe*. 3. Auflage, Springer.
- Schöffski, O., Graf v.d. Schulenburg, J. (2008). *Gesundheitsökonomische Evaluation*. (3. Aufl.) Berlin: Springer-Verlag. S. 4
- Schrappe, M. (2010) in: Lauterbach W., Lungen M., Schrappe M.: *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. 3. Ausgabe. Stuttgart; Schattauer.
- Sens, B., et al. (2007). *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagement*. 3. Auflage. GMS- Arbeitsgruppe Qualität in der Medizin. Herausg. GMS Deutscher Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. GMS med Inform Biom Epidemiol 2007;3(1):Doc2005. S. 30
<http://www.egms.de/tools/download.jsp?path=journals/mibe/2007-/mibe000053.1a.pdf&mime=application/pdf&name=GMS-QM-Glossar-Auflage3.pdf> Download am 8.8.2014
- Shah P.S., Shah J. & Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. (2010). Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Women's Health*, 19(11). Download am 15.3.12
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8576d46d-68b2-48fb-a96a-95031da13581%40sessionmgr12&vid=4&hid=104>
- Spencer, B.; Broesskamp-Stone, U.; Ruckstuhl, B.; et al. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in health promotion and Prevention. *Health Promotion International*; 23, 86-97.
- Stade, B., Bailey, C., Dzenoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D. (2009). Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2*. Art. No.: CD004228. DOI: 10.1002/14651858.CD004228.pub2.
- Stahl, K. (2008). *Evidenzbasiertes Arbeiten*. Karlsruhe: BDH/Deutscher Hebammenverband.
- Statistik Austria (2013). *Demographische Indikatoren 2013*:
www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/031407.html (Zugriff 23.9.2014)
- Statistik Austria (2013). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013*. Wien: Statistik Austria.
http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html download 21.12.2014
- Statistik Austria. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013*. Wien: Statistik Austria.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html Download am 23.12.2014
- Statistik Austria. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013*. Wien: Statistik Austria.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/024811.html. Download am 17.12.2014.
- Stichting Perinatal Registratie. www.perinatreg.nl
- Stuurgroep zichtbare Zorg eerstelijns verloskunde (Hrs) (2012). *Zorginhoudelijke Indicatoren Zichtbare Zorg Eerstelijnsverloskunde. Verslagjaar 2011*. www.zichtbarerzorg.nl/verloskunde. Download am 23.12.2014
- Tempel, N., Kolip, P. (2011). *Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen*. LIGAPRAXIS 8. Düsseldorf: LIGA NRW. S. 13
- Thomson, G. et al. (2012). UK Breastfeeding Helpline support: An investigation of influences upon satisfaction. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:150

- Thomson, G., Crossland, N. (2013). Callers' attitudes and experiences of UK breastfeeding helpline support. *International Breastfeeding Journal* 2013, 8:3.
- UNICEF (2001). *A league table of teenage births in rich nations, Innocenti Report Card No.3*, July 2001. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. S. 3.
- Voigt, M., Hesse, V., Wermke, K. (2001). Rauchen in der Schwangerschaft. In: *Kinderärztliche Praxis, Sonderheft „Wachstumsstörungen“*: 26-29.
- Walker, R., Turnbull, D., Wilkinson, C. (2002). Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth-Issues Perinat. Care* 29, 28–39.
- Walter, U., Schwarz, F., Hoepner-Stamos, F. (2001), in: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. BZgA Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15*. Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.
- WHO – World Health Organisation (2005). *The world health report 2005: make every mother and child count*. Genf: World Health Organisation. http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf download am 12.12.2014.
- WHO - World Health Organisation (1985). Appropriate technology für birth. *Lancet* 2, 436-437.
- WHO - World Health Organisation (1986). *Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung 1986*. Download am 4.12.2014. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO - World Health Organisation (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit - Zusammenfassung*. Download am 8.12.2014 http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf
- WHO - World Health Organisation (2005). *Summary report. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genf.
- WHO - World Health Organisation (2009). *Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied professionals*. Genf.
- WHO – World Health Organisation (2013). *Recommendations on the Postnatal care of the mother and newborn*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf> Stand: September 2014
- WHO - World Health Organisation 1997. *Care in Normal Birth: a practical guide. Reproductive Health and Research*, Genf.
- WHO - World Health Organisation Regional Office for Europe (2000). *Erklärung von München – Pflegende und Hebammen – ein Plus für Gesundheit*. WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/53855/E93016G.pdf download am 12.12.2014
- WHO - World Health Organisation Regional Office for Europe (2000). *Health for All Data Base; 2000*.
- Zeitlin, J., Wildman, K., Bréart, G., Alexandre, S., Barros, H., Bloedel, B., Buitendijk, S., Gissler, M., Macfarlane, A. (2003). Peristat, Indicators for monitoring and evaluation perinatal health in Europe. *European journal of public health* 2003;13(3):29-37

Anhang

A Datenerhebungsblatt Mutter-Kind-Pass-Hebammenberatung des ÖHG

Österreichisches HebammenGremium

Gesetzliche Standesvertretung und Körperschaft öffentlichen Rechts
 Hebammenregister der Bundesgeschäftsstelle/des Gremialsekretariats
 7372 Draßmarkt, Neugasse 6, Tel.: +43 (0) 2617 2910 Fax: +43 (0) 2617 21033
[email: register@hebammen.at](mailto:register@hebammen.at)

RegNr.Hebamme



Datenerhebungsblatt zur Evaluierung der Beratung im Mutter-Kind-Pass

Datum:

PLZ:		SVN:	
		Österreich	Andere, und zwar: ...
Staatsbürgerschaft		<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ...
Geburtsland		<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ...
Familiäre Situation		verheiratet <input type="radio"/>	in Partnerschaft lebend <input type="radio"/>
		alleinstehend <input type="radio"/>	
Parität und Gravidität			
Vorangegangene Schwangerschaften		Vorangegangene Geburten	
	davon	Anzahl	Anzahl
	Frühgeburt <input type="radio"/>		Saugglocke <input type="radio"/>
	Kaiserschnitt <input type="radio"/>		Zange <input type="radio"/>
	Zwillinge <input type="radio"/>		Manualhilfe <input type="radio"/>
	Totgeburt <input type="radio"/>		
Beruf			
Höchste abgeschlossene Schulbildung		<input type="radio"/> Kein Schulabschluss	<input type="radio"/> Berufsbildende mittlere Schule
		<input type="radio"/> Pflichtschule ohne Lehre	<input type="radio"/> AHS/BHS (Matura)
		<input type="radio"/> Pflichtschule mit Lehre	<input type="radio"/> Hochschule (incl. Fachhochschule)
Stellung im Beruf		<input type="radio"/> Vollbeschäftigt	<input type="radio"/> Mutterschutz/Karenz
		<input type="radio"/> Teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/> Arbeitsuchend
		<input type="radio"/> Geringfügig beschäftigt	<input type="radio"/> Nicht erwerbstätig
Schwerpunkte im Beratungsgespräch			
Information über Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Wochenbett und Stillen		1	2 3
Beratung über gesundheitsförderndes und präventives Verhalten		1	2 3
Eingehen auf psychosoziales Umfeld, Erwartungen und Fragen		1	2 3
gegebenenfalls Information über weitere Unterstützungsmöglichkeiten		1	2 3
Besondere Beratungsergebnisse:		1= Sehr wichtig 2= wichtig 3 = weniger wichtig	

Formblatt Datenerhebung MUKI © ÖHG-20131101

C Dokumentation des außerklinischen Geburtenregisters

DOKUMENTATION HAUSGEBURTEN (auch abgebrochene Hausgeburten) Version 2009	GEBURTENREGISTER ÖSTERREICH Anichstraße 35 A-6020 Innsbruck Tel. 0512/504-22313 Fax 0512/504-22315	 iet						
Bei Fragen bitte Frau Moenie van der Klein kontaktieren: Tel. 0664/2302474, e-mail: van.der.Kleyn@aon.at								
Hebamme: _____								
PERSONALIEN DER MUTTER								
Geburtennummer:	Geburtsdatum:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>Tag</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Monat</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Jahr</small></td> </tr> </table>	_ _	_ _	_ _	<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>
_ _	_ _	_ _						
<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>						
PLZ und Wohnort:	Bundesland:							
Entfernung zwischen Hebamme und Wohnort der Mutter: _ _ _ km								
ANAMNESTISCHE DATEN								
<input type="radio"/> Schwangere erscheint ohne Mutter-Kind-Pass Hebammenkontakt in der _ _ , SSW (= Schwangerschaftswoche) Anzahl der Kontakte in der Schwangerschaft: _ _ am Berufszit der Hebamme und _ _ Hausbesuche Berufstätigkeit während der Schwangerschaft: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein								
Frühere Schwangerschaften:	Lebendgeburten: _ _	Totgeburten: _ _						
	Aborte: _ _	Abbrüche: _ _						
Errechner/Korrigierter Geburtstermin: _ _ _ _ _ _								
	<small>Tag</small>	<small>Monat</small>						
Ausgangsgewicht: _ _ kg	Gewicht bei Geburt: _ _ kg	Körpergröße: _ _ _ cm						
Zigaretten pro Tag während SS: _ _ _								
GEBURT								
Geplanter Geburtsort:	<input type="radio"/> Hausgeburten <input type="radio"/> Entbindungsheim <input type="radio"/> Geburtshaus <input type="radio"/> Krankenhaus							
Tatsächlicher Geburtsort:	<input type="radio"/> Hausgeburten <input type="radio"/> Entbindungsheim <input type="radio"/> Geburtshaus <input type="radio"/> Krankenhaus							
Ortsbezeichnung:	Bundesland:							
Erster Ruf zum Geburtsbeginn am _ _ _ _ _ _ um _ _ _ _ Uhr								
Eintreffen der Hebamme bei der Mutter am _ _ _ _ _ _ um _ _ _ _ Uhr								
Muttermundweite: _ _ cm								
Herztonkontrolle:	<input type="radio"/> Doptone <input type="radio"/> CTG							
Wehenbeginn am _ _ _ _ _ _ um _ _ _ _ Uhr								
<input type="radio"/> Blasensprung <input type="radio"/> Amniotomie	am _ _ _ _ _ _ um _ _ _ _ Uhr							
Fruchtwasser:	<input type="radio"/> klar <input type="radio"/> erbsbreiartig <input type="radio"/> blutig <input type="radio"/> grünlich <input type="radio"/> gelb <input type="radio"/> unbekannt <input type="radio"/> grün <input type="radio"/> blutig tingiert							
Geburtserleichternde Maßnahmen:	<input type="radio"/> Spasmolytika <input type="radio"/> Akupunktur <input type="radio"/> Homöopathie <input type="radio"/> Körper- / Atemübungen <input type="radio"/> Einlauf <input type="radio"/> Massage <input type="radio"/> Naturheilkunde							
Muttermund vollständig eröffnet am _ _ _ _ _ _ um _ _ _ _ Uhr								

IET: Version 2009-1 25.02.2009

GEBURT (Fortsetzung)		
Geburtsmodus: <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Kristellerhilfe		
LAGE: <input type="radio"/> Schädellage <input type="radio"/> I HH <input type="radio"/> Beckenendlage, welche:..... <input type="radio"/> II HH <input type="radio"/> sonst. regelwidrige Schädellage, welche:..... <input type="radio"/> hi HH (verkehrt rotierte HH)		
GEBÄRPOSITION: <input type="radio"/> liegend: Rückenlage <input type="radio"/> Vierfüßler <input type="radio"/> andere:..... <input type="radio"/> liegend: Seitenlage <input type="radio"/> Wasser <input type="radio"/> hockend <input type="radio"/> stehend		
EPISIOTOMIE: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> medio-lat. Episiotomie <input type="radio"/> med. Episiotomie <input type="radio"/> laterale Episiotomie <input type="radio"/> vorz. med. laterale Episiotomie		
VERLETZUNGEN: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Dammriss 1. Grades <input type="radio"/> Zervixriss <input type="radio"/> Damm o.B. <input type="radio"/> Dammriss 2. Grades <input type="radio"/> Scheidenriss <input type="radio"/> Dammriss 3. Grades <input type="radio"/> Labienriss <input type="radio"/> Dammriss 4. Grades <input type="radio"/> Klitorisriss		
Nachgeburt am <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr um <input type="text"/> Uhr		
Plazentalösung: <input type="radio"/> spontan u. vollständig <input type="radio"/> unvollständig		Blutverlust: <input type="radio"/> unter 500 ml <input type="radio"/> über 500 ml
Arzt bei der Entbindung anwesend: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
KIND		
Geburt am <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr um <input type="text"/> Uhr Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbekannt		
Gewicht: <input type="text"/> g Kopfumfang: <input type="text"/> cm Länge: <input type="text"/> cm		
Apgar 1 min.: 5 min.: 10 min.:		
Anzahl der Kontrollen im Wochenbett: <input type="text"/>		Konsult Arzt: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Geburtsgewicht erreicht am <input type="text"/> Tag p.P.		Grund:
Stillen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Probleme im Wochenbett:	Mutter:	<input type="radio"/> Infektionen <input type="radio"/> Wundheilung <input type="radio"/> Stillen <input type="radio"/> Rückbildung der Gebärmutter <input type="radio"/> Mastitis <input type="radio"/> Psyche <input type="radio"/> Sonstiges
	Kind:	<input type="radio"/> Infektionen <input type="radio"/> Gelbsucht <input type="radio"/> Blutzucker <input type="radio"/> Gewichtszunahme <input type="radio"/> Sonstiges
Abgebrochene Hausgeburt / Transport ins KH		
am <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr um <input type="text"/> Uhr		
Krankenhaus:		Geburtsnummer im KH:
Grund:		
Verlegung		
Verlegung Kind	am <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr um <input type="text"/> Uhr nach	
	Grund:	
Verlegung Mutter im Wochenbett	am <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr um <input type="text"/> Uhr nach	
	Grund:	

Datum:

Unterschrift:

D Evidenzbasierte Grundlagen der Audit-Checklisten

D1 Kontinuierliche individuelle Betreuung

Evidenz

NICE quality standard 62 + 37 – Antenatal + Postnatal Care

WHO 2013 – Postnatal care of the mother and newborn¹

NCCPC 07/2006

Zielwerte

Kontinuierliche Betreuung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist für alle (werdenden) Mütter zu gewährleisten (NICE – Antenatal/Postnatal Care, S.13). Diese soll von einer **kleinen** Gruppe von Gesundheitsberufen durchgeführt werden, mit der sich Frauen wohlfühlen und die eine **beständige** Betreuung über diese **gesamte** Periode (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) sicherstellen. Gleichzeitig ist auf ein klares System zu achten, das den Frauen zur Verfügung steht, wenn zusätzliche, irreguläre Betreuung oder spezielle Behandlungen bei Komplikationen notwendig sind, also entsprechende Fachleute heranzuziehen sind (NICE – Antenatal/Postnatal Care, S. 13).

Bei unproblematischen Schwangerschaften ist Frauen eine Betreuungsalternative zur Vorsorge durch GynäkologInnen bereitzustellen, sprich Hebamme oder praktischer Arzt. Es bestehen keine Verschlechterungen/Verbesserungen in den perinatalen Outcomes, wenn Betreuungssysteme auf eine Weise angelegt sind, bei der erst im Falle von auftretenden Komplikationen FrauenärztInnen beigezogen werden (NICE – Antenatal Care, S. 13). Die Kontinuität durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kann mit dieser Methode besser gewährleistet werden und die damit einhergehende Zufriedenheit der Frauen wesentlich erhöht werden. Optimale postpartale Betreuung ist die Fortführung der Betreuung, die Frauen während Schwangerschaft und Geburt erhalten haben (NICE – Postnatal Care, S. 13).

Ein **individueller Betreuungsplan** wird bei jedem Kontakt überprüft, besprochen, festgelegt und dokumentiert. Die Zahl der Kontakte ist vom Bedarf der Frauen/Kinder/Familien abhängig.

⇒ Das **Mindestmaß** an postpartalen Kontakten liegt bei wenigstens
einem Termin am 3. Tag
einem Termin am 7. bis 14. Tag und
einem Termin sechs Wochen nach der Geburt.

Bei ambulanter oder Hausgeburt ist auch ein Kontakt innerhalb der ersten 24 Stunden postpartum erforderlich. (WHO 2013)

Kontakte sind in Form eines geplanten Hausbesuches oder in einer Ordination/Praxis etc. zu realisieren. Aufgrund der Evidenzlage sind Kontakte in der ersten Woche postpartum auf jeden Fall als Hausbesuche zu organisieren (WHO 2013). Es sind klare Informationen über alle involvierten oder zusätzlich möglichen Leistungserbringer zu geben – Stichwort Schnittstellenmanagement (NCCPC, S. 53).

Schriftliche Dokumentation und Kommunikation sind für eine transparente, nahtlose Zusammenarbeit essentiell: z.B. beim Transfer von zu Hause ins Krankenhaus, postpartal von Krankenhaus nach Hause oder zwischen Hebammen und Gynäkologen (NCCPC, S. 54).

Eine **24-h-Telefonnummer** ist den Frauen/Familien im Sinne einer Gewährleistung der kontinuierlichen Betreuung in den ersten Wochen postpartum für eventuelle Probleme bereit zu stellen.

D2 24/7 Erreichbarkeit

Die stetige Erreichbarkeit ist laut Studien einer der bedeutendsten Faktoren für das Sicherheitsgefühl der Familien, was wiederum eine optimale Basis darstellt konkrete Outcomes nachhaltig zu beeinflussen. Auch die telefonische Erreichbarkeit mittels Hotline verstärkt das Sicherheitsgefühl; die Anruferinnen fühlten sich bestätigt und motiviert z.B. weiterhin zu stillen. (Thomson 2012, Thomson 2013, Dennis 2008)

Evidenz

NICE quality standard 62 + 37 – Antenatal + Postnatal Care

Zielwerte

Frauen/Familien ist in den ersten Wochen postpartum eine 24-h-Telefonnummer 7 Tage in der Woche (24/7) für mögliche Komplikationen und eventuelle Problemlagen zur Verfügung zu stellen (S. 15). Die permanente Erreichbarkeit ist im Sinne der erforderlichen medizinischen Leistungen (wie CTG oder Bilirubinkontrollen) und dem entscheidenden Risikoassessment (im Falle von Frühgeburtsbestrebungen, vorzeitigem Blasensprung etc.) unabdingbar.

Abgesehen von der rechtzeitigen Verfügbarkeit von Fachpersonal stellt diese permanente Kontaktmöglichkeit für Frauen/junge Familien eine der wichtigsten Faktoren für eine optimale Betreuungssituation, die Zufriedenheit und das Sicherheitsgefühl dar.

D3 Beratungen

Evidenz

NCCPC 07/2006

NICE quality standard 62 + 37 – Antenatal Care + Postnatal Care

Zielwerte

Hauptthemen der prä- und postpartalen Beratung sind

- schwangerschaftsbezogene Themen wie Ernährung, Supplementierung, Vorsorgeuntersuchungen, Pränataldiagnostik, Rauchen in der Schwangerschaft
- geburtsspezifische Informationen zu Terminüberschreitung, Geburtsort, Geburtsmodus
- nachgeburtliche Themen wie Stillen, Neugeborenen screenings/-untersuchungen, Babyblues, Postpartale Depression, Babypflege (NICE, S. 11)

Die Beratungen sind auf den Grundlagen des ‚informierten Entscheidens‘ durchzuführen, somit umfassend, klar und neutral (S. 10). Weitere Grundsätze dieser Beratung sind:

- Für die jeweilige Person wird sie verständlich artikuliert.
- Gegebenenfalls sind Anschauungsmaterial oder unterstützende Informationsbroschüren hinzuzuziehen.
- Klare Auskünfte für weiterführende Angebote werden gegeben.
- Es besteht die Möglichkeit, Fragen zu stellen.
- Alle ‚informierten Entscheidungen‘ müssen respektiert werden.

Es muss stets ausführlich darüber informiert werden, was untersucht oder getestet wird.

Zudem gilt es, abzusichern, dass die Inhalte auch verstanden wurden – inklusive ausreichend Zeit für die Entscheidung, also Zustimmung oder Ablehnung. Die Möglichkeit zum Ansprechen sensibler Themen wie häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch, psychische Erkrankungen, Drogenmissbrauch ist elementar, da das wichtige Einflussfaktoren für peripartale Outcomes sind (NICE, S. 13).

Frauen muss außerdem die Möglichkeit gegeben werden, über ihr Geburtserlebnis zu sprechen und im Nachhinein Fragen über die Betreuung/Interventionen zu stellen (NCCPC, S. 53).

D4 Stillberatung

Hebammenbetreuungskonzepte mit Hausbesuchen in der Postpartumperiode sowie telefonische 24 Stunden Erreichbarkeit und Gruppenberatung in der Form von Stillgruppen,

wie von einzelnen Hebammen oder Hebammengruppenpraxen angeboten, nehmen eine wichtige Rolle in der individuellen Stillunterstützung ein, damit die Stilldauer im Sinne der Kinder- und Frauengesundheit optimiert wird. Kontinuierliche Hebammenbetreuung erhöht die initiale Stillrate sowie die Stilldauer (Dyson 2009, Lassi 2010, Moore 2012, Conde-Agudelo 2014, Sandall 2013).

Evidenz

ILCA klinische Leitlinien zur Etablierung des ausschließlichen Stillens Nr. 8 und Nr. 14

Die Leitlinien der International Lactation Consultant Association (ILCA) treten für eine Optimierung des Stillens und der Einhaltung der von der WHO empfohlenen Stilldauer ein, indem sie dem medizinischen Fachpersonal eine evidenzbasierte Handlungsstruktur vorgeben.

Zielwerte

Die Leitlinie Nr. 8 besagt, dass während der unmittelbaren Postpartumperiode mindestens eine Stillmahlzeit innerhalb eines Zeitraums von jeweils acht Stunden anhand eines vorgegebenen Schemas beobachtet und dokumentiert werden soll. Die direkte Beobachtung ist ein wesentlicher Teil der Beurteilung des Stillens. Eine Begutachtung ist die Voraussetzung für jegliches Eingreifen, das der Vorbeugung von Entstehung bzw. Verschlimmerung von Stillproblemen dient. Zusätzlich gibt sie Gelegenheit für positive Stärkung und Rückversicherung der Frauen.

Die Leitlinie Nr. 14 fordert auf, geeignetes Informationsmaterial zum Stillen zur Verfügung zu stellen. Informationsmaterial ist geeignet wenn es

- klinisch korrekt,
- übereinstimmend,
- positiv,
- der Lesefähigkeit der Eltern angepasst,
- werbefrei,
- in Einklang mit dem „Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ und den nachfolgenden WHO-Resolutionen ist.

Weiterbildungsprogramme und Informationsmaterialien sind wirkungsvolle Einzelmaßnahmen, um den Stillbeginn und die Stilldauer zu fördern.

D5 Gewichtskontrolle beim Neugeborenen

Regelmäßige Gewichtskontrollen der Babies in den ersten Wochen nach der Geburt sind in der gesamten Etablierung der Kindes-Ernährung ein zentrales Element zur Überprüfung, ob

sich eine korrekte Entwicklung einstellt. Hebammen führen diese Kontrollen nach einem Schema durch, welches zumindest wöchentliche Kontrollen vorsieht. Auf diese Weise wird jene relativ lange, elementare Zeitspanne zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und erster Kinderarztuntersuchung überbrückt. Die ausschlaggebende Anfangsphase von etwa sechs bis acht Wochen ohne Gewichtskontrolle verstreichen zu lassen – wie es nach einer Krankenhausentlassung ohne Hebammennachbetreuung in vielen Fällen geschieht - ist nicht leitlinienkonform.

Die Gewichtskontrolle und damit verbundene Beratung ist zudem ein wesentlicher Beitrag, um den Müttern/Eltern in der Startphase das notwendige Sicherheitsgefühl zu vermitteln.

Evidenz

NCCPC 07/2006

ILCA-Leitlinie Nr. 8 + 9

Zielwerte

Die Etablierung des Stillens geschieht typischerweise in der 2. bis 6/8. Woche. In dieser Zeitspanne ist in den meisten Fällen kein Arztkontakt oder eine anderweitige Kontrolle vorgesehen, von daher müsste diese Zeit bis zur 2. MKP-Kinderarztuntersuchung von den Eltern alleine überbrückt werden.

Die NCCPC befindet keine Evidenz für eine standardisierte Gewichtskontrolle als ausreichend, allerdings bezieht sich diese insgesamt auf die Periode bis zum Ende des zweiten Lebensjahres des Kindes. Die gesamte klinische Untersuchung (inklusive Gewichtskontrollen) des Kindes wird bei der Nachkontrolle in der 6. bis 8. Lebenswoche sowie bei allen Impfterminen empfohlen. Für gestillte Kindern sind als Ausgangsbasis die WHO Wachstumskurven heranzuziehen. Dezierte, einheitliche Richtwerte und Aussagen hinsichtlich Überwachung des Gewichtsverlaufs in den ersten vulnerablen Lebenswochen sind aus der Literatur nicht ableitbar. Mit Hilfe der ‚Anzeichen für effektives Stillen‘ können dennoch Empfehlungen für die Kontrolle des Gewichtsverlaufs in den ersten 14 Tagen gegeben werden.

ILCA Leitlinie Nr. 8: Während der unmittelbaren Postpartumperiode ist mindestens eine Stillmahlzeit innerhalb eines Zeitraums von jeweils acht Stunden zu beobachten und zu dokumentieren. Die folgenden Punkte werden zur Beurteilung des effektiven Anlegens dokumentiert:

- Wohlbefinden der Mutter
- Zustand von Brust und Mamillen
- Form der Mamille unmittelbar nach dem Stillen

- Anzeichen für einen Milchtransfer
- Anzahl der Stillmahlzeiten
- Anzahl und Aussehen der Darmentleerungen
- tägliche Gewichtszunahme/-abnahme

Die direkte Stillmahlzeitbeobachtung ist ein wesentlicher Teil der Beurteilung des Stillens und damit auch der Gewichtsentwicklung. Eine Begutachtung ist die Voraussetzung für jegliches Eingreifen und gibt Gelegenheit für positive Unterstützung, Stärkung und Rückversicherung.

ILCA Leitlinie Nr. 9: Erkennen von Anzeichen für effektives Stillen bei Mutter und Säugling und gegebenenfalls Einschreiten, falls kein angemessener Milchtransfer stattfindet.

Anzeichen für ein effektives Stillen beim Säugling:

- Ein Gewichtsverlust von weniger als sieben Prozent
- Mindestens drei Darmentleerungen in jeweils 24 Stunden nach dem ersten Lebenstag
- Sämiger, gelber Stuhlgang ab Tag fünf
- Ab dem vierten Tag mindestens sechs nasse Windeln täglich, der Urin ist klar und blassgelb
- Ein nach dem Stillen sattes und zufriedenes Kind
- Hörbares Schlucken beim Stillen
- Kein Gewichtsverlust nach dem dritten Tag
- Gewichtszunahme ab Tag fünf
- Wiedererlangen des Geburtsgewichts am Tag zehn

Gestillte Kinder nehmen ab dem fünften Tag etwa 20 bis 35 Gr. / Tag an Gewicht zu. Das Ausbleiben von Stuhlgang ist bei einem gestillten Kind ein Schlüsselhinweis für eine unzureichende Kalorienaufnahme. Anhaltender Gewichtsverlust am dritten Tag steht in engem Zusammenhang mit vorzeitigem Abstillen. (ILCA)

D6 Risiko-Assessment

Die angeführten Risiken sind keine vollständige Auflistung der möglicherweise eintretenden Komplikationen – diese drei folgend beschriebenen wurden lediglich für die Durchführung der Evaluation herangezogen.

Frühgeburtsbestrebungen

Evidenz

Schneider, Husslein, Schneider 2006
AWMF 015/029 S1-Leitlinie 06/2006

Definition

Als Frühgeburtsbestrebungen sind solche zu bezeichnen, bei denen

- vorzeitige Wehen, also Kontraktionen vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche, auftreten. Ausschlaggebend ist die Abgrenzung der vorzeitigen Wehen von physiologischen Kontraktionen des Myometriums. Der obere Grenzwert in der Schwangerschaftswoche 25 liegt bei zwei Kontraktionen pro Stunde und bei fünf in der Schwangerschaftswoche 37. Die Kontraktilität des Uterus über den betreffenden Zeitraum ist im gegebenen Falle genau zu ermitteln und bei der Schwangeren zu erfragen.
- ein früher vorzeitiger Blasensprung festgestellt wird. Dies ist dann der Fall, wenn ein Blasensprung ohne Wehentätigkeit vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche auftritt.

Weitere Frühsymptome sind: Menstruationsähnliche Beschwerden, tiefe Rückenschmerzen, unspezifische Leibschmerzen, wässriges oder blutiges Vaginalsekret, Änderung in der Zusammensetzung des Vaginalsekrets, Druckgefühl im Bereich der Symphyse, Druckgefühl im kleinen Becken.

Zielwerte

- ⇒ Bei Auftreten von Kontraktionen im oder über dem Grenzwertbereich bzw. einem (fraglichen) frühen vorzeitigen Blasensprung mit oder ohne genannte Frühsymptome sind Frauen < 34+0 SSW in ein Perinatalzentrum zu verlegen.
- ⇒ Bei Frauen \geq 34+0 SSW wird zur Objektivierung des Blasensprunges mit SpekulumEinstellung und Abstrich eine zu 90% sichere klinische Diagnose möglich. Zusätzlich ist ein Screening auf Amnioninfektionssyndrom erforderlich:
 - Temperaturerhöhung (\geq 38°C)
 - mütterliche Tachykardie (\geq 100 Spm)
 - fetale Tachykardie (\geq 150 Spm)
 - druckschmerzhafter Uterus
 - übel riechendes Fruchtwasser
- ⇒ Kontraktionen sind durch Anfertigung eines CTGs zusätzlich objektivierbar. Auch bei jenen (objektivierten) Frühgeburtsbestrebungen zwischen der 34. und 37. Schwangerschaftswoche ist die Überweisung in ein Krankenhaus angezeigt.

⇒ Entscheidungsprozess Frühgeburtsbestrebung:

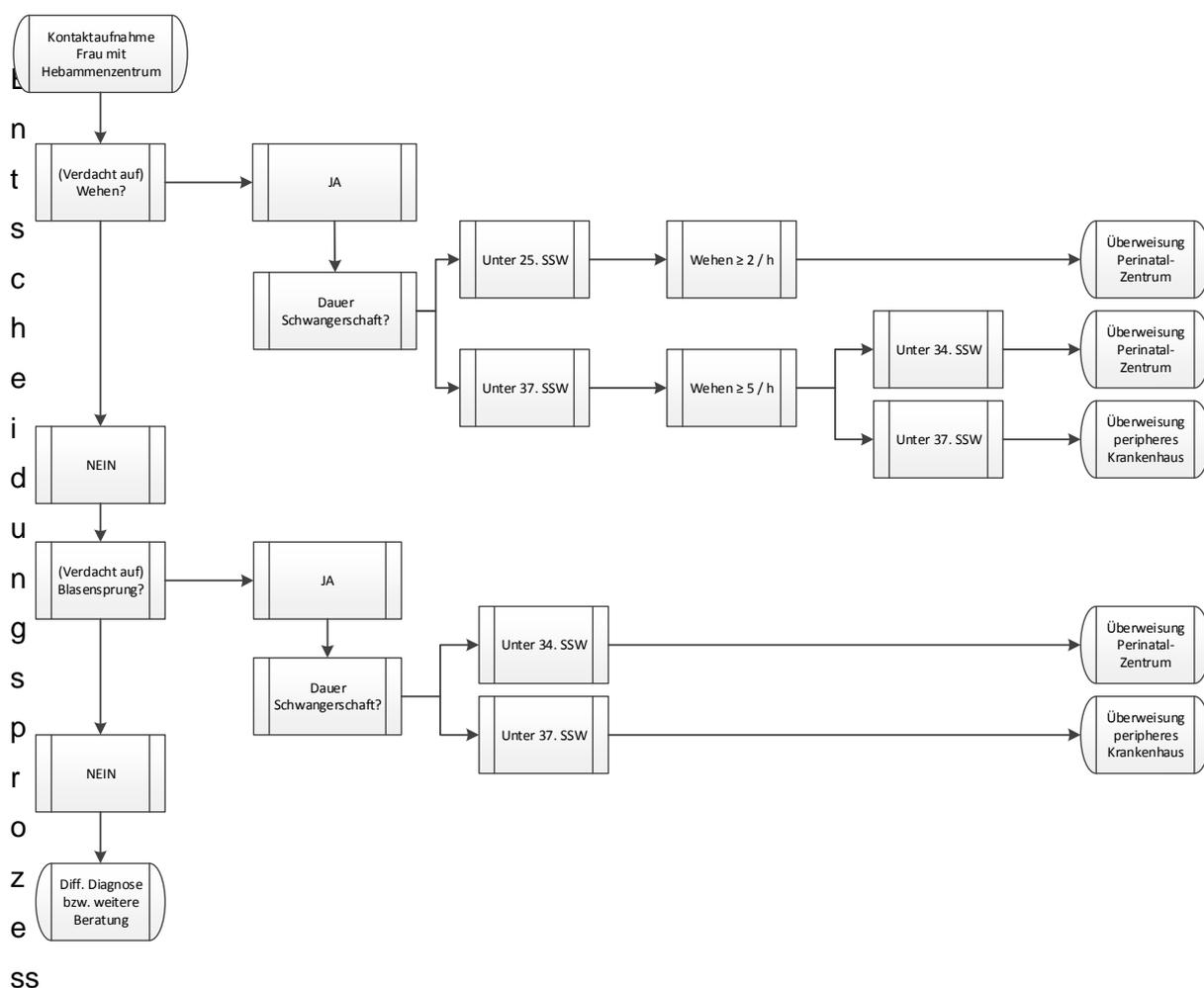


Abbildung 14. Entscheidungsprozess Frühgeburtsbestrebung

Vorzeitiger Blasensprung am Geburtstermin

Evidenz

AWMF 015/029 S1-Leitlinie 06/2006

Schneider, Husslein, Schneider 2006

Definition

Als vorzeitiger Blasensprung wird jener bezeichnet, der vor dem Einsetzen von Wehentätigkeit auftritt.

Zielwerte

-
- ⇒ Die Objektivierung des Blasensprunges erfolgt durch SpekulumEinstellung und Abstrich (in ca. 90% ist eine klinische Diagnose möglich).
 - ⇒ Es ist der Ausschluss von missfärbigem Fruchtwasser sicherzustellen, im gegebenen Fall unverzüglich an ein Krankenhaus weiterzuleiten.
 - ⇒ Bei positivem oder fraglichem Streptokokken B Befund ist die Antibiose zu veranlassen und dazu an ein Krankenhaus zu überweisen.
 - ⇒ Zusätzlich wird ein Screening auf Amnioninfektionssyndroms anhand folgender Kriterien durchgeführt
 - Temperaturerhöhung ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
 - mütterliche Tachykardie (≥ 100 Spm)
 - fetale Tachykardie (≥ 150 Spm)
 - druckschmerzhafter Uterus
 - übel riechendes FruchtwasserLiegen eine/mehrere dieser Symptome vor, ist unverzüglich an ein Krankenhaus zu überweisen.
 - ⇒ Kann ein Amnioninfektionssyndrom auf dieser Basis ausgeschlossen werden, ist bei diagnostiziertem oder möglicherweise weiterhin fraglichem Blasensprung das rechtzeitige Weiterleiten in ein Krankenhaus sicherzustellen. Zu beachten ist dabei, dass in 70 bis 80 % der Fälle innerhalb von 24 Stunden die Wehentätigkeit selbständig einsetzt und in 95% innerhalb von 72 Stunden.
 - ⇒ Eine digitale vaginale Untersuchung bei vorzeitigem/fraglichem Blasensprung ist grundsätzlich kontraindiziert. Bei diagnostiziertem oder möglicherweise weiterhin fraglichem Blasensprung ist in ein Krankenhaus zu überweisen.

⇒ Entscheidungsprozess vorzeitiger Blasensprung am Termin:

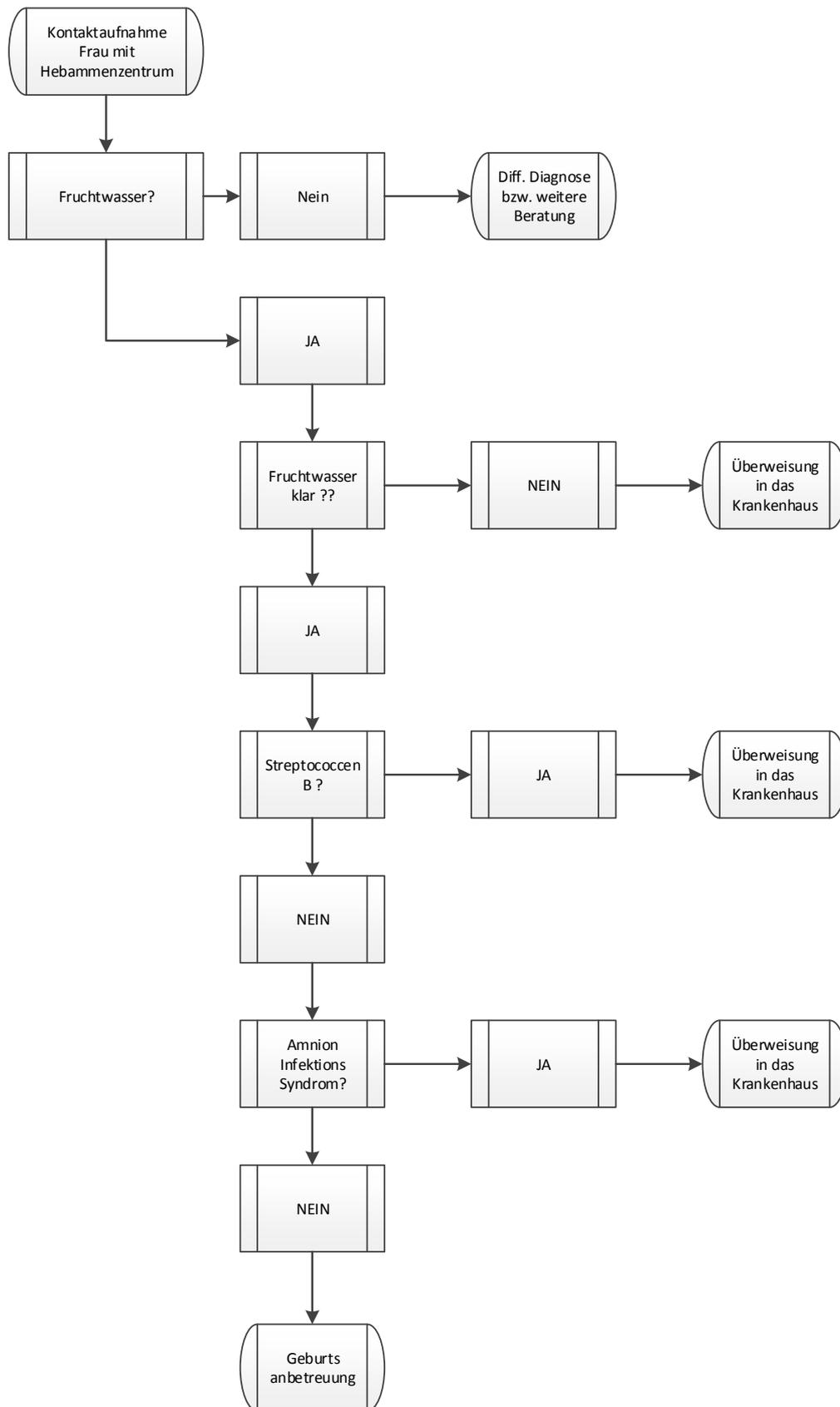


Abbildung 15. Entscheidungsprozess vorzeitiger Blasensprung am Termin

Mastitis

Evidenz

AWMF 015-071 S3-Leitlinie 02/2013

Protokoll Nr. 4 der Academy of Breastfeeding Medicin

Definition

Mastitis puerperalis ist eine in der Stillzeit auftretende Entzündung der Brustdrüsen, die durch Behinderung des effektiven Milchflusses verursacht wird oder infektionsbedingt auftritt.

Zu diagnostizierende Symptome bei Mastitis puerperalis:

- örtlich begrenzte gerötete, überwärmte und geschwollene Bereiche der Brust
- lokale starke Schmerzen in der Brust
- systemische Reaktionen wie Unwohlsein und Fieber ($>38,4^{\circ}\text{C}$)
- lokale Symptome meist unilateral, in selteneren Fällen bilateral

Differenzialdiagnosen:

- Milchstau beschreibt einen Zustand, bei dem durch Blockierung eines Milchganges dieser unzureichend entleert wird. Der resultierende Druckanstieg in dem Milchgang führt zu lokalen Beschwerden in der Brust, ohne dass das Allgemeinbefinden beeinträchtigt ist.

Symptome bei Milchstau: lokale Schmerzen und Verhärtung („Knoten“), keine oder leichte Überwärmung der betroffenen Stellen, kein Fieber ($< 38,4^{\circ}\text{C}$), gutes Allgemeinbefinden, unilateral

- Brustabszess
- (inflammatorisches) Mammakarzinom

Zielwerte

⇒ Vor Beginn einer Therapie einer Mastitis sind folgende Ursachen zu evaluieren:

- Stilltechnik
- Stillfrequenz
- wunde Brustwarzen
- verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung
- mechanische Blockierung des Milchflusses
- verstärkter Milchfluss
- traumatische Läsionen
- fehlender Milchspendereflex (Stress, Schlafentzug)
- psychische Faktoren

- mangelnde Hygiene

⇒ Therapiemaßnahmen:

- Regelmäßige Brustentleerungen zur Entlastung des Drüsengewebes (manuell oder mechanisch).
- Physikalische Hilfsmaßnahmen können angewendet werden: Wärme vor dem Stillen/der manuellen oder mechanischen Entleerung der Brust; Kühlen nach dem Stillen/der manuellen oder mechanischen Entleerung der Brust.
- Ausstreichen blockierter Areale der Brust bei Mastitis kann zur Therapie angewendet werden – wobei jegliche Anwendung eines für die Mutter unangenehmen Drucks zu vermeiden ist.

⇒ Führen die angewendeten konservativen Maßnahmen nach 24 bis 48 Stunden nicht zu einer relevanten klinischen Besserung bzw. tritt trotz konsequenter Therapie eine deutliche Verschlechterung ein, ist von einer bakteriellen Mastitis mit erhöhtem Risiko für eine Abszessbildung auszugehen; die bakterielle Mastitis ist antibiotisch zu therapieren, folglich ein Facharzt hinzuzuziehen.

⇒ Eine infektionsbedingte Mastitis ist primär kein Grund zum Abstillen.

D7 Medizinische Leistungen

Die folgenden Ausführungen verstehen sich nicht als vollständige Auflistung der durchgeführten medizinischen Hebammenleistungen – sie sind lediglich jene, die im Rahmen einer Evaluierung herangezogen werden können.

CTG-Kontrollen

Evidenz

AWMF 015/036 S1-Leitlinie 06/2014

AWMF 015/065 S1-Leitlinie 02/2014

Zielwerte

⇒ CTG-Kontrollen sind ab der 34. SSW anwendbar, vor dieser Zeit sind Herzfrequenzmuster teils schwierig zu erfassen und/oder zu interpretieren (AWMF 2013, S. 5).

⇒ Generell ist die Anfertigung eines CTG im Niedrigrisikokollektiv nicht mit einer Verbesserung der perinatalen Daten assoziiert und somit vor der 40. SSW ohne Indikationen nicht zweckmäßig. Auch im Risikokollektiv ist es meist nur in

Kombination mit der Dopplersonographie zielführend. Das heißt bei auffälligem CTG ist in der Regel zusätzlich eine Dopplersonographie zu veranlassen (ebd., S. 7 ff).

- ⇒ Die Indikation für eine präpartale CTG-Registrierung besteht bei
- Anämie der Mutter (Hämoglobin < 10 g/dl oder ≤ 6 mmol/l)
 - Arrhythmien des Feten (speziell Tachyarrhythmien) im Ultraschall
 - Blutungen während der Spätschwangerschaft
 - Blutgruppeninkompatibilität
 - *Bluthochdruck* ($\geq 140/90$ mmHg)
 - Diabetes mellitus Typ I bzw. Typ II
 - Suspekten oder pathologischen fetalen Dopplerbefunden
 - Drogenabusus (z.B. Nikotinabusus)
 - Hydramnion (AFI > 25 cm)
 - Viralen Infektionen (z.B. Parvovirus B19) und bakteriell (AIS)
 - Verminderten Kindsbewegungen
 - Maternaler Kreislaufinstabilität (orthostatische Probleme)
 - *Mehrlingsschwangerschaft*
 - *Oligohydramnion* („single-pocket“ < 2 cm)
 - Terminüberschreitung > 7 Tage
 - Unfall mit abdominalem Trauma oder schwerer mütterlicher Verletzung
 - vorzeitigen Wehen (Tokolyse) / drohender Frühgeburt
 - *Wachstumsrestriktion* < 10. Perzentile.

Bei den kursiv geschriebenen Indikationen sollte zusätzlich eine Doppleruntersuchung erfolgen.

- ⇒ Die übliche (Mindest-)Registrierdauer ist 30 bis höchstens 60 Minuten in idealerweise linker oder halblinker Seitenlage. Das CTG gilt nur als verwertbar, wenn die Signalausfallrate unter 15 % liegt (S. 6 f). Die Registrierhäufigkeit richtet sich nach dem individuellen Risikoprofil von Mutter und Kind (ebd., S. 9)
- ⇒ Bei Überschreiten des Geburtstermins ist in Deutschland, Österreich und Schweiz die CTG-Überwachung ab 40+0 SSW (auch bei komplikationsloser Schwangerschaft) in zweitägigem Abstand gängig, obwohl keine Evidenz dafür besteht (AWMF 2014, S. 34).
- ⇒ Entsprechend besteht bei unauffälligem CTG die Empfehlung für eine Einleitung ab 41+0 SSW oder 41+3 bei unauffälligem CTG (ebd., S. 35).

Bilirubinkontrollen

Evidenz

NICE quality standard 57 – Neonatal jaundice 2014

AWMF 024/007 S2-Leitlinie 03/2010

Zielwerte

- ⇒ Ist Neugeborenen-Ikterus in den **ersten 24 Stunden** ersichtlich: Blutserummessung und damit Überstellung in die Klinik
- ⇒ Wird Ikterus **nach der 24. Lebensstunde** erkennbar:
 - Die klinische Beurteilung der Hautfarbe wird bei gutem (Tages-)Licht durchgeführt.
 - Skleren, Zahnfleisch und die ‚nicht-durchblutete‘ Haut werden als Indikatoren mitbegutachtet.
 - Die Farbe des kindlichen Stuhls und Urins wird ebenfalls begutachtet.
 - Die Ausbreitung (gemäß zephalokaudaler Progression) wird festgehalten - bei Ausbreitung des Ikterus unter die kindlichen Mamillen 24 bis 48 Stunden postpartum ist die Bestimmung des transkutanen Bilirubinwerts innerhalb von sechs Stunden erforderlich.
- ⇒ Je nach gemessenem Wert erfolgen weiterführende Schritte:
 - Transkutaner Bilirubinwert ist über der Phototherapiegrenze*: Blutserummessung und Überstellung in die Klinik
 - Transkutaner Bilirubinwert zwischen 75. und 90. Perzentile: Wiederholung der Messung nach 12 bis 24 Stunden
 - Transkutaner Bilirubinwert zwischen 40. und 75. Perzentile: Kontrolltermin nach 24 bis 48 Stunden
- ⇒ Ab einem Alter von fünf Tagen und bei spontanem Rückgang des Ikterus kann in der Regel auf weitere Kontrollen verzichtet werden.
- ⇒ Empfehlungen und Beratung an Mutter/Eltern zu
 - Wärmebedarf
 - Nahrungsaufnahme/Ausscheidung
 - Lichttherapie (Sonnenlicht)

*Phototherapiegrenzen:

- Bei unkomplizierten Fällen (Gestationsalter $\geq 38+0$ Wochen, kein Hämolysehinweis) beträgt ab einem Lebensalter von 72 h die Phototherapiegrenze 20 mg/dl (340 μ M).
- Bei Neugeborenen mit einem Gestationsalter < 38 Wochen gilt: Phototherapiegrenze (mg/dl) = aktuelles Gestationsalter (in Wochen) – 20.

- Bei einem positiven Coombs-Test wird die Grenze zusätzlich um 2 mg/dl abgesenkt.
- Um der Dynamik des Anstiegs Rechnung zu tragen, wird vor einem Alter von 72 h eine weitere Absenkung der Phototherapiegrenze um 2 mg/dl (35 µM) pro Tag empfohlen (S. 2 ff).

D8 Dokumentation

Evidenz

Österr. Rechtsvorschrift für Hebammengesetz 2014

BMG - Leitlinie Pflegedokumentation

NCCPC 07/2006

NICE quality standard 62 – Antenatal Care

Zielwerte

⇒ Aus dem Österreichischen Hebammengesetz geht hinsichtlich Dokumentationspflicht laut § 9 hervor:

- (1) Hebammen haben bei Ausübung ihres Berufes ihre wesentlichen Feststellungen und Maßnahmen vor, während und nach der Geburt fortlaufend umfassend zu dokumentieren. Der zur Betreuung oder Beratung übernommenen Frau oder der zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person oder Personen, die von der Frau ausdrücklich als auskunftsberechtigt benannt wurden, sind darüber alle Auskünfte zu erteilen. Die Dokumentation, die auch durch elektronische Datenverarbeitung erfolgen kann, hat insbesondere

1. persönliche Daten,
2. geburtserhebliche Daten der Schwangeren, Daten der Gebärenden und Wöchnerin sowie des Neugeborenen und Säuglings,
3. Angaben über die Geburt,
4. Angaben über das Wochenbett und
Angaben über die Anwendung von Arzneyspezialitäten und den zur Identifizierung dieser
5. Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen gemäß § 26 Abs. 7 Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 158/1983, in der jeweils geltenden Fassung
erforderlichen Daten
zu enthalten.

- (2) Freiberuflich tätige Hebammen haben die Dokumentation mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Der zur Betreuung oder Beratung übernommenen Frau, der zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person, sowie Personen, die von der zur Betreuung und Beratung übernommenen Frau ausdrücklich als einsichtsberechtigt benannt wurden, ist auf Verlangen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren und gegen Kostenersatz die Herstellung von Kopien zu ermöglichen.

⇒ Die österreichische Leitlinie für Gesundheits- und Pflegeberufe definiert:
,Dokumentation ist die systematische Aufzeichnung von Daten zur Sicherung von Information wie z. B. in Schriftform, mittels EDV oder als Bild anlässlich einer

Fotodokumentation: Es soll kurz, aber vollständig sein, zeitnah, der verantwortlichen Person zuordenbar, chronologisch, lesbar und wertfrei/-neutral. Handzeichen, Datum und Uhrzeit sind immer mit anzugeben.

⇒ Darüber hinaus ist eine dokumentengerechte Schreibweise einzuhalten:

- Eine Handzeichenliste ist in der Einrichtung vorhanden.
- Verwendung von Schreibgeräten, die erhalten bleiben und nicht löschar sind.
- Korrekturen müssen nachvollziehbar sein.
- Nicht erlaubt ist Überschreiben, Überkleben, Auseinanderschneiden, Zusammenkleben, Auslacken (u. a. Tipp-ex).
- Abkürzungen entsprechen einem definierten Abkürzungsverzeichnis.
- Leerzeilen/-spalten sind zu entwerten.

Die elektronische Pflegedokumentation verlangt dieselben Grundsätze.

Als wichtige Komponente erscheint die Empfehlung internationaler Guidelines, die Dokumentation den Frauen/Familien zugänglich zu führen, anstatt sie bei Leistungserbringern zu verwahren (NCCPC, S. 60f; NICE). Die Dokumentation im Mutter-Kind-Pass kann somit als bevorzugt angesehen werden.

D9 Hygiene

Evidenz

Zusammenfassung Karte KNOV 2004

Österreichisches Hebammengremium (ÖHG)

Zielwerte

⇒ Reinigung der Ordinationsräumlichkeiten:

- Sämtliche Oberflächen sollen von der Beschaffenheit her gut zu reinigen sein.
- Einweg-Reinigungsartikel werden bevorzugt.
- Sprechzimmer: wöchentliche Reinigung der Böden, Lichtschalter etc., Arbeitsflächen nach jeder Sprechstunde.
- Regelmäßige Toilettenreinigung
- Flüssigseife, Händedesinfektionsmittel, Papier-Handtücher und Pedal-Mistkübel
- Spielsachen im Wartebereich desinfizieren bzw. im Geschirrspüler einmal pro Woche waschen

- Kleidung, die möglicherweise mit Blut und andere Körperflüssigkeiten verunreinigt ist, muss bei über 60 °C gewaschen werden (KNOV 2004)

⇒ ÖHG

Empfehlungen:

16. Die Wiederaufbereitung von Sterilgut hat mit einem Dampfsterilisator oder einem Heißluftsterilisator zu erfolgen, und es ist in geeigneter Verpackung zu sterilisieren.

- Im Dampfsterilisator ist nach Ablauf der Anheiz- und Ausgleichszeit eine Einwirkungszeit (Abtötungszeit) von mindestens 15 Minuten bei gesättigtem und gespanntem Dampf mit einer Temperatur von 121 °C oder mindestens drei Minuten bei 134 °C einzuhalten. Die Abtrocknungs- bzw. Abkühlzeit verlängert die Prozessdauer zusätzlich. Bei jedem Sterilisationsvorgang ist ein geeigneter chemischer Farbindikator zur Sichtkontrolle einzusetzen.
- Die im Heißluftsterilisator erreichbare Temperatur muss mindestens 180 °C betragen und eine Einwirkungszeit (Abtötungszeit) von mindestens 30 Minuten garantieren. Bei jedem Sterilisationsvorgang ist ein geeigneter chemischer Farbindikator zur Sichtkontrolle ein zu setzen. Zu berücksichtigen ist, dass die Erwärmungszeit, Ausgleichzeit, Sicherheitszuschlag und Abkühlzeit die Prozessdauer verlängern.

17. Für den Sterilisator ist ein Kontrollbuch zu führen, das folgende Angaben enthalten muss: Hersteller, Typ, Baujahr, Gerätenummer, Bedienungsanleitung, Prüfanforderungen, festgestellte Mängel, Wartung und Reparaturen.

18. Für sämtliche Räume soll ein Reinigungsplan erstellt werden, der eine Bezeichnung der Gegenstände bzw. Oberfläche, die Art der Reinigung, die Reinigungsfrequenz und allfällige Desinfektion enthält.