



ÖSTERREICHISCHER HEBAMMEN INDIKATIONEN- KATALOG

**für Konsultation
und Überweisung**

Haftungsausschluss

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

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

Inhalt

VORWORT	I
1 Ziele	1
2 Grundlagen der hebammengeleiteten Betreuung	2
2.1 Grundlagen zur Verwendung des ÖHI.....	3
2.2 Versorgungsebenen	4
2.3 Anwendung des ÖHI	5
3 Strukturierung des ÖHI	6
3.1 Betreuung durch die Hebamme	7
3.2 Konsultation	7
3.3 Überweisung.....	8
3.4 Notfall/Transferierung	9
4 Anamnese	10
4.1 Medizinische Anamnese.....	10
4.2 Gynäkologisch-geburtshilfliche Anamnese.....	14
4.3 Psychosoziale Anamnese	17
5 Schwangerschaft	18
6 Postpartal Periode.....	27
7 Soziale Indikation	31
8 Notfallsituationen	32
9 Verzeichnisse	34
9.1 Abbildungsverzeichnis	34
10.2 Abkürzungsverzeichnis	34
10.3 Literaturverzeichnis	35

VORWORT

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

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

Mit der fachlichen Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH wurde der Österreichische Strukturplan 2013 neu überarbeitet und ist nun mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt. Im Kapitel „Qualitätskriterien der ambulanten Versorgung“ scheinen Hebammen als fachbereichsrelevanter Gesundheitsberuf für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im ÖSG 2017 auf. Darüber hinaus wird die extramurale Hebammengeburt definiert und Gründe zur Konsultation und Überweisung aufgeführt.³

Die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 aufgelistete Risikoliste Geburtshilfe zählt fetale und maternale Risiken auf, bei deren Auftreten eine Transferierung in eine höhere Versorgungsebene indiziert ist. Die nähere Auseinandersetzung mit der Thematik hat jedoch verdeutlicht, dass umfassende Standards für die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen hinsichtlich der Konsultation oder Überweisung von Hebammen an Fachärzt*innen oder andere Gesundheitsdienstleister*innen fehlten. Die Notwendigkeit, Empfehlungen für Hebammen in diesem Rahmen zu etablieren, erschien geboten.

¹ Bundesministerium für Gesundheit 2013

² Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2013

³ ÖSG 2017

Zusätzlich sind Gesundheitsleistungserbringer*innen, unabhängig von ihrer Organisationsform, zur Einhaltung der Qualitätsstandards und zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen, verpflichtet. ⁴

Der 2014 erstellte Indikationenkatalog sollte es Hebammen erleichtern, sich in einem gesicherten Rahmen zu bewegen, eine entsprechende Risikoeinschätzung vorzunehmen und die Zuteilung von Verantwortlichkeiten und damit einhergehend eine klare Arbeitsaufteilung in einem interdisziplinären multiprofessionellen Team vorzunehmen.⁵

Die Überarbeitung der ersten Auflage liegt nun vor und wurde an bestehende Qualitätsstandards angepasst und aktualisiert. Zusätzlich wurde der Indikationenkatalog um einige Textpassagen gekürzt und neu gegliedert um eine bessere Übersicht zu erhalten.

⁴ Gesundheitsqualitätsgesetz

⁵ Fürst 2014

1 Ziele

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

Bei der Erstellung des ÖHI wurden einerseits bereits existierende Qualitätsstandards und andererseits erfolgreiche Konsultations- und Überweisungslisten aus Australien, Neuseeland und den Niederlanden als Vorlage herangezogen. ⁶

Der Österreichische Hebammen Indikationenkatalog für Konsultationen und Überweisungen (ÖHI) soll eigenverantwortlich arbeitende Hebammen in der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe oder Wochenbettbetreuung bei Entscheidungen hinsichtlich Konsultation oder Überweisung an Frauenärzt*innen und andere Gesundheitsdiensteanbieter*innen (GDA) im individuellen Fall unterstützen.

Hebammen agieren in der Ausübung ihrer Tätigkeit innerhalb der Primärversorgung⁷ und müssen aus diesem Grund in der Lage sein, von physiologischen Abläufen abweichende Situationen richtig einzuschätzen und die entsprechenden Handlungsschritte zu setzen.

⁶ Australian College of Midwives 2021; De Verloskundige Indicatielijst (VIL); Ministry of Health 2012

⁷ World Health Organization 2018; Midwives As Primary Care Providers 2011

2 Grundlagen der hebammengeleiteten Betreuung

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

1. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind normale physiologische Prozesse, welche mit einem Minimum an Interventionen beziehungsweise ohne Routineinterventionen begleitet werden.⁸
2. Im Zentrum der Betreuung stehen die zu betreuende Frau, ihr Kind und ihre Familie.⁹
3. Die Begleitung der Mutterschaft geschieht individuell und ist auf die Bedürfnisse der Frauen und Familien abgestimmt, dabei bezieht sie sowohl medizinische als auch psychosoziale Gesichtspunkte mit ein.¹⁰
4. Kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme oder in einem kleinen Hebammenteam wird von der Hebamme angestrebt.¹¹
5. Der Fokus der Hebammenarbeit liegt auf Aufklärung, Beratung und Begleitung und damit auf Gesundheitsförderung und primärer Prävention.¹²
6. Hebammen streben nach Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, um Frauen die optimale Versorgung garantieren zu können. Hebammen veranlassen bei Komplikationen oder bei Ereignissen, die von der Physiologie abweichen, die entsprechende Betreuung.¹³
7. Hebammen arbeiten im Rahmen der physiologischen Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett eigenverantwortlich in einem partnerschaftlich-professionellen Verhältnis mit den betreuten Frauen. Ziel ist dabei eine auf Vertrauen basierende Beziehung aufzubauen, in der es den Frauen möglich ist, informierte Entscheidungen zu treffen.¹⁴

⁸ Sandall et al. 2013

⁹ Ministry of Health 2012

¹⁰ Australian College of Midwives 2021

¹¹ ÖHG Leitlinie zur Betreuung gesunder Schwangerer Frauen 2019

¹² ÖHG Leitlinie zur Betreuung gesunder Schwangerer Frauen 2019

¹³ International Confederation of Midwives 2021

¹⁴ Australian College of Midwives 2021

8. Frauen, die die hebammengeleitete Begleitung ihrer Mutterschaft wählen, sind sich bewusst, dass die Hebamme die führende Fachperson hinsichtlich Planung, Organisation und Durchführung der Betreuung in allen Stufen der Mutterschaft ist, solange diese als physiologisch gelten. Sie wissen auch, dass die Hebamme als qualifizierte Fachkraft in Absprache mit der Frau Konsultationen und Überweisungen vornimmt, so diese nötig sind.¹⁵
9. Frauen die eine hebammengeleitete Betreuung wählen, sind sich bewusst, dass die Hebamme ihnen alle Informationen offen, verständlich, zeitnah und dokumentiert zur Verfügung stellen wird, um ihnen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen.¹⁶
10. Eine Konsultation oder Überweisung in die Sekundär- oder Tertiärversorgung bedeutet nicht, dass die Hebamme ihre Betreuung beendet. Sie kann in einem multiprofessionellen Kontext weitergeführt werden, so die individuelle Situation dies erlaubt. Der Hebamme ist bewusst, dass sie in diesem Kontext den ärztlichen Anweisungen untersteht.¹⁷
11. Die Hebamme, ebenso wie alle anderen medizinischen Fachpersonen, trägt die Verantwortung für Entscheidungen und Handlungen in der Durchführung ihrer Tätigkeit und dokumentiert alle Entscheidungen und Handlungen.¹⁸

2.1 Grundlagen zur Verwendung des ÖHI

Als Grundlagen stehen das Österreichische Hebammengesetz, das die rechtlichen Bestimmungen über das Tätigwerden von Hebammen festlegt und das Gesundheitsqualitätsgesetz und der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017 zur Verfügung.

Der ÖSG 2017 enthält als Rahmenplan verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Gesundheitsversorgungsystems sowie Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität. Mit dem ÖSG wird

¹⁵ Australian College of Midwives 2021

¹⁶ Australian College of Midwives 2021

¹⁷ Australian College of Midwives 2021

¹⁸ Österreichisches Hebammengesetz

sichergestellt, dass Gesundheitsversorgung in Österreich ausgewogen verteilt und gut erreichbar ist und in vergleichbarer Qualität auf hohem Niveau angeboten wird.¹⁹

2.2 Versorgungsebenen

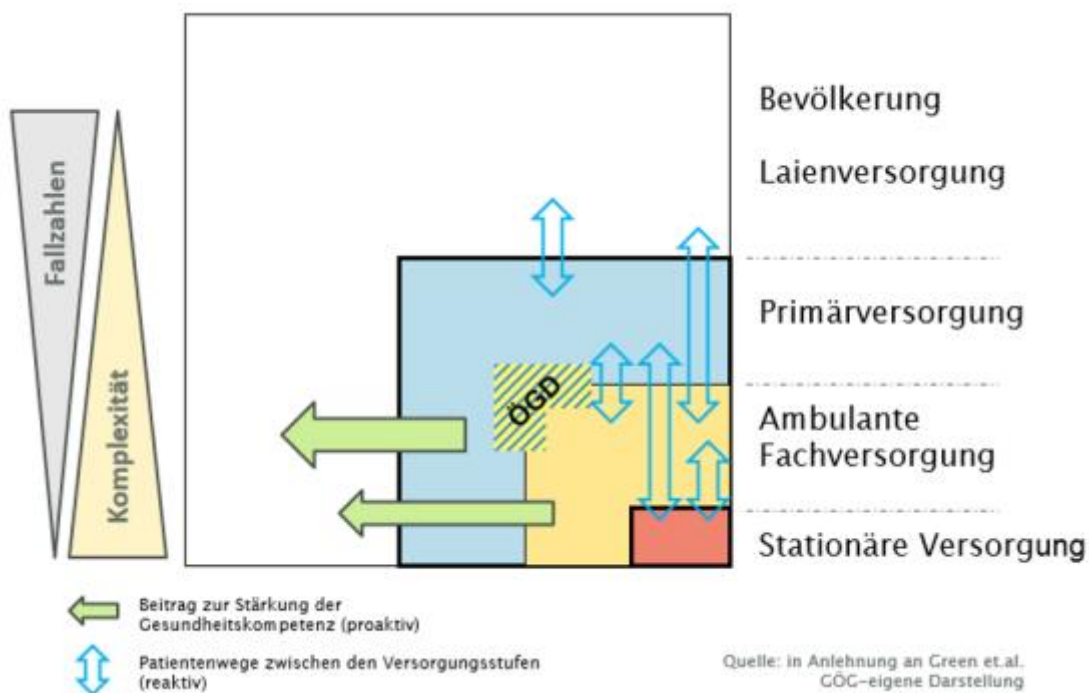


Abbildung 1 Versorgungsebenen (GÖG, OSG 2017)

Die Tätigkeiten von Hebammen im extramuralen Bereich finden in den Versorgungsebenen Primärversorgung und ambulante Fachversorgung statt.²⁰ Aufgrund der engen und fächerübergreifenden Zusammenarbeit mit Allgemeinmediziner*innen, Frauenärzt*innen und Kinderärzt*innen, finden sich zwischen diesen Gesundheitsberufen auch die häufigsten Gründe für Konsultationen und Überweisungen.

¹⁹ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017

²⁰ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017

2.3 Anwendung des ÖHI

1. Die Hebamme ist aufgrund ihrer Ausbildung dazu qualifiziert, professionelle Entscheidungen zu treffen. Der ÖHI unterstützt die Entscheidungsfindung.
2. Verlässt die Hebamme die Grenzen ihrer Eigenverantwortlichkeit so wird sie veranlassen, dass entsprechende andere Gesundheitsberufsgruppen oder die gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzteschaft die Frau in diesen Belangen unterstützen.
3. Weichen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett von einem physiologischen Verlauf ab, konsultiert die Hebamme, wie im ÖHI empfohlen, die entsprechende Fachärzteschaft und überweist die Frau, so dies nötig ist.
4. Die Fachärzteschaft in der ambulanten Fachversorgungsebene und in der stationären Versorgungsebene kann die Frau (und ihr/e Kind/er) jederzeit wieder zurück überweisen, wenn es deren Gesundheitszustand zulässt.

3 Strukturierung des ÖHI

Der folgende Entscheidungspfad dient als Basis für alle Entscheidungsfindungen.

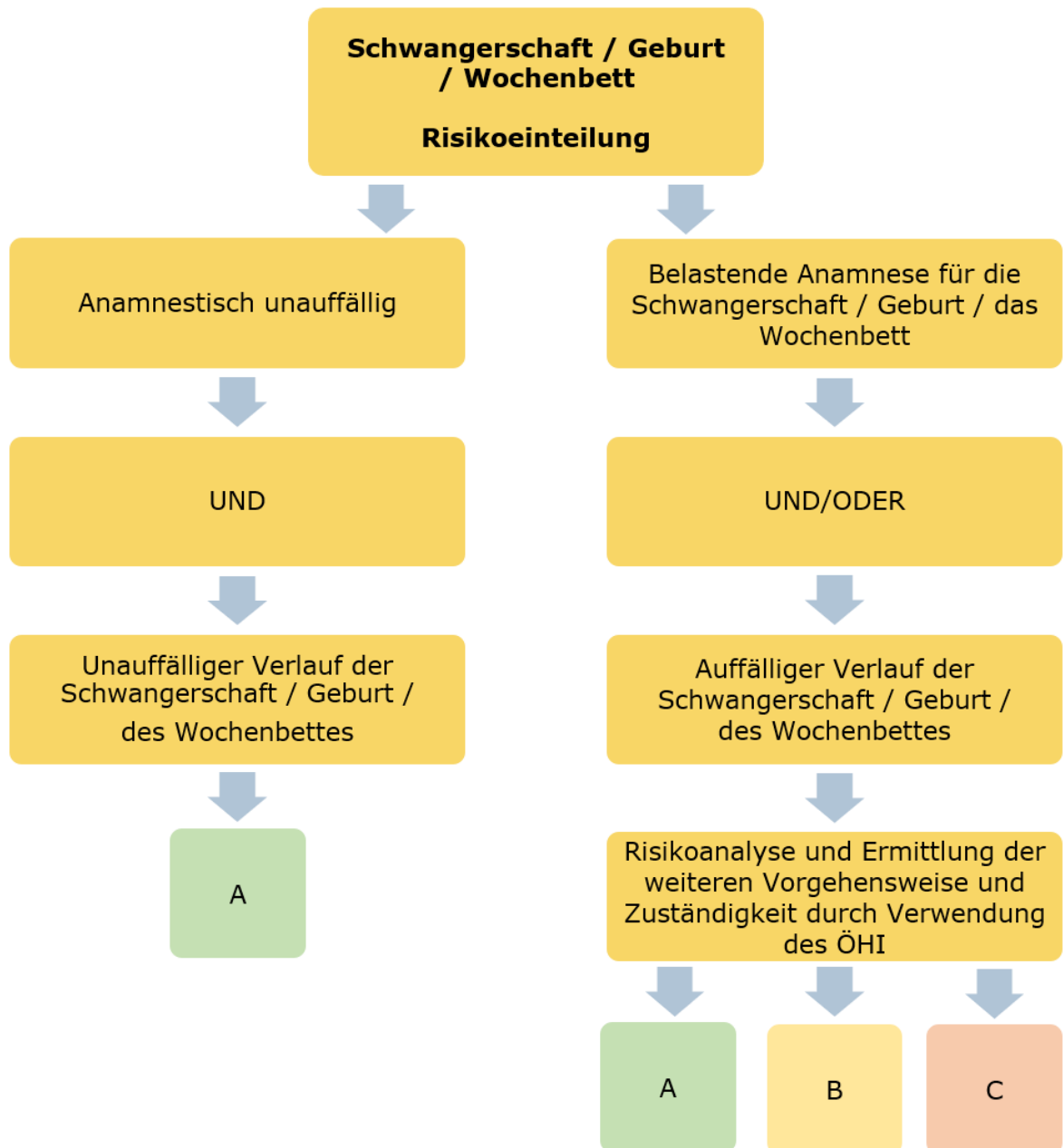


Abbildung 2 Entscheidungspfad des ÖHI

Im Folgenden wird die Rangreihung des Ampelsystems des ÖHI dargestellt:

A	Betreuung	Betreuung durch die Hebamme Fachlicher Austausch mit zweiter Hebamme oder anderem GDA ist möglich, aber nicht zwingend notwendig
B	Konsultation	Konsultation Fachärzt*in für Frauenheilkunde, Fachärzt*in für Kinderheilkunde Konsultation Allgemeinmediziner*in Konsultation anderer GDA
C	Überweisung	Überweisung an Fachärzt*in für Frauenheilkunde, Fachärzt*in für Kinderheilkunde Überweisung an Allgemeinmediziner*in Überweisung in ein Krankenhaus

Abbildung 3 Ampelsystem des ÖHI

3.1 Betreuung durch die Hebamme

A Die eigenverantwortliche Betreuung der Frau obliegt der Hebamme, nachdem die Anamneseerhebung und der aktuelle Status einen unauffälligen Verlauf von Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett ergeben haben. Relevante Informationen oder Empfehlungen, inklusive der Präferenzen der Frau werden dokumentiert.

Die Hebamme kann sich mit einer Hebammenkolleg*in oder einer(m) anderen Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) austauschen, aber die Verantwortung für alle Entscheidungen bleibt bei ihr. ²¹

3.2 Konsultation

B Eine Situation erfordert die Konsultation von gynäkologisch-geburtshilflichen Fachärzt*innen, Kinderärzt*innen, Allgemeinmediziner*innen oder anderer Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), wenn die individuelle Gesundheitssituation der Frau es erfordert und evaluiert werden muss, von welcher Berufsgruppe die Frau weiterhin betreut werden soll.

²¹ Australian College of Midwives 2021

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

B Konsultation der gynäkologisch-geburtshilflichen oder pädiatrischen Fachärzteschaft, wenn die Grenze zur Physiologie in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett überschritten wird und den pathologischen Bereich betrifft.

Konsultation der die Frau betreuenden Allgemeinmediziner*in wenn die Grenze zur Physiologie im medizinischen Bereich überschritten wird, die nicht in den Fachbereich der Geburtshilfe oder Pädiatrie fällt.

B Konsultation anderer Gesundheitsdiensteanbieter*innen (GDA) wie zum Beispiel von Sozialarbeiter*innen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Diätassistent*innen oder Physiotherapeut*innen, wenn die Grenzen der fachlichen Kompetenz überschritten werden.

Die Konsultation begründet eine Beratungssituation, deren Ergebnisse zwischen allen Beteiligten (Frau, Hebamme, medizinischen GDA / Allgemeinmediziner*in / gynäkologisch-geburtshilfliche Fachärzt*in, Kinderärzt*in) offen kommuniziert und dokumentiert werden sollen, da diese die Grundlage für den weiteren Betreuungsverlauf bilden, welcher von der Gesundheitssituation der Frau und der damit verbundenen Zuständigkeit der Betreuungsperson abhängt.

3.3 Überweisung

C Bei der Überweisung muss je nach Zuständigkeit oder Dringlichkeit zwischen der Überweisung an eine/n Fachärzt*in für Frauenheilkunde, Kinderärzt*in oder an eine/n Allgemeinmediziner*in oder in ein Krankenhaus unterschieden werden.

Die Überweisung einer Frau in die ambulante Fachversorgung oder stationäre Versorgung kann je nach Gesundheitszustand der Frau dauerhaft oder zeitlich beschränkt sein. Für die Zeit der Überweisung übergibt die Hebamme die Betreuungsverantwortung an die zuständige Ärzteschaft oder an das Krankenhaus.

Eine Überweisung bedeutet nicht, dass die betroffene Frau in der ärztlichen oder stationären Versorgungsebene bleiben muss. Eine Rückkehr nach Behebung des Überweisungsgrundes in die Primärversorgung, und somit in die Obhut und Betreuung der Hebamme, ist möglich.

3.4 Notfall/Transferierung

In der Geburtshilfe kommt es glücklicherweise selten zu Notfallsituationen.²² Die Hebamme ist aufgrund ihrer Ausbildung befähigt eine Notfallsituationen zu erkennen, eine Diagnose zu erstellen, Notfallmaßnahmen einzuleiten, schnellstmöglich Hilfe zu holen und den weiteren Zustand von Mutter und Kind zu überwachen.

Wenn ein Notfall eintritt, der eine sofortige Verlegung/Transferierung notwendig macht, empfiehlt es sich die Vorkommnisse sorgfältig zu dokumentieren, wenn möglich in Zusammenarbeit zwischen Hebamme und dem/der Facharzt*in, beziehungsweise einem /einer Notarzt*in.

Der ÖHI exkludiert die „Notfallsituationen“ aus dem Ampelsystem und widmet ihnen eine eigene Sparte, da das Vorgehen in diesen Fällen den schnellstmöglichen Transport in die nächstgelegene Klinik bedeutet. Die Risikoliste des ÖSG 2017 für Neugeborene wurde in das Kapitel Postpartale Periode eingearbeitet.²³

²² Brokmann J. 2020

²³ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017

4 Anamnese

In diesem Abschnitt soll die allgemeine Anamnese kategorisiert werden.

- Medizinische Eigenanamnese: behandelt Krankheitsbilder der Frau.
- Gynäkologisch-geburtshilfliche Anamnese: behandelt einerseits gynäkologische Krankheitsbilder oder Besonderheiten und andererseits Vorkommnisse der letzten Schwangerschaft(en) und Geburt(en).
- Psychosoziale Anamnese: behandelt das psychische und soziale Spektrum der Frau und ihres Umfelds.

4.1 Medizinische Anamnese

Abdominale Erkrankungen /Gastrointestinal	
Morbus Crohn	C
Colitis Ulcerosa	C
Magenband /Magenbypass St.p. bariatrischer Operation	B
Anästhesiologische Probleme	
Intubationsprobleme	C
EDA/PDA Probleme	C
Maligne Hyperthermie	C
Adipositas BMI>35	C
Autoimmunerkrankungen	
Multiple Sklerose	C
Rheumatische Arthritis	C
Zöliakie	C
Bluterkrankungen	
Anämie	B
Rhesus Antikörper	C

Rhesus negativ, Anti D indiziert	A / B
Thalassämie	C
Thrombozytopenie	C
Thrombophilie: Antiphospholipid-Antikörper, APC-Resistenz	C
Cervikale Erkrankungen / Operationen	
PAP III	B
St.p. Konisation	B
Suchtmittelabusus	
Alkoholabusus	B / C
Drogenabusus	B / C
Endokrinologische Erkrankungen	
Typ I Diabetes	C
Typ II Diabetes	C
Gestationsdiabetes in der vorangegangenen Schwangerschaft	A
Fertilitätsbehandlung	
Hormonbehandlung	A / B
IVF	B
ICI	B
FGM	B
Gebärmuttererkrankungen, -Fehlbildungen	
St. p. Myomentfernung	B
Uterus Bicornis	C
Vaginal Septum	C
Genetisch bedingte Erkrankung	B
Infektionskrankheiten	

Hepatitis B, positive Serologie (HBsAg)	C
Hepatitis C	B
GBS positives Neugeborenes (vorangegangen)	B
Chlamydien	A / B
Herpes Genitalis, primär Infektion	B
Syphilis, positive Serologie, behandelt	A / B
Trichomonaden	A / B
Gonorrhoe	B
HPV	A / B
HIV	C
Listeriose	B
Toxoplasmose, akute Infektion im 1. Trimester	C
Varizellen, aktuelle Infektion	C
Tuberkulose, aktiv	C
Influenza H1H1	C
SARS-CoV Covid 19	C
Andere Infektionen	B
Krebserkrankung	C
Mütterliches Alter	
< 16 Jahre	B
> 40 Jahre	B
Erste Schwangerschaft > 40 Jahre	B
Neurologische Erkrankungen	
Epilepsie, medikamentös eingestellt	B
Multiple Sklerose	B

Muskeldystrophie	C
Andere neurologische Erkrankungen	B
Psychische Störungen	
EPDS > 12 Punkte (vorbestehend)	B
Depression	B
Vorbestehende psychiatrische Erkrankung	B
Nierenfunktionsstörungen	
Harnstauung	B
Pyelonephritis	C
Respiratorische Erkrankungen	
Asthma gut eingestellt	A
Asthma schlecht eingestellt	B / C
Schwere Lungenfunktionsstörung	C
Vergangene Covid 19 Infektion	B
Cystische Fibrose	C
Rauchen im ersten Trimenon	B

4.2 Gynäkologisch-geburtshilfliche Anamnese

Vorangegangene Schwangerschaften

ABO Inkompatibilität	B
Cerclage der Cervix	C
Bluthochdruck	
Chronischer Bluthochdruck	B / C
Gestationshypertonie	B
Präeklampsie	C
Endokrine Erkrankungen	
Gestationsdiabetes diätetisch eingestellt	B
Insulinpflichtiger Gestationsdiabetes	B
Fetale Störungen	
SGA (small for gestational age)	B
LGA (large for gestational age)	B
Fetale Wachstumsretardierung (IUGR)	B
Makrosomie > 4500g	B
IUFT	B / C
Fehlgeburt, drei oder mehr	B
Frühgeburtlichkeit	
Behandelte vorzeitige Wehentätigkeit	B
Vorzeitiger Blasensprung in der Vorgeschichte	B
Frühgeburt in der Vorgeschichte	B / C
Induzierter Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik	B
Multiparität ≥5	B
Plazenta	

Vorzeitige Plazentalösung	C
Plazenta accreta,- increta, -percreta	C
Manuelle Plazentalösung	B / C
Symphysenlockerung	A

Vorangegangene Geburten

Beckenbodendysfunktion	
Dyspareunie	B / C
Harninkontinenz	B / C
Stuhlinkontinenz	B / C
Forzeps oder Vakuum	A / B
Geburtsverletzungen	
DR I – DR II	A / B
DR III – DR IV	B / C
Episiotomie – median, mediolateral	A / B / C
Cervixriss	B / C
Levatorabriss	C
Postpartale Blutung	
≤ 500 ml	A
> 500ml, asymptomatisch, keine Behandlung notwendig	A / B
500 - 1000 ml, medizinische Intervention notwendig	C
1000 - 2000ml, schwere PPH, Bluttransfusion notwendig	C
Schulterdystokie	A / B
Sectio Caesarea	C
Vorangegangene Sectio Caesarea	C

Spontangeburt nach vorangegangener Sectio Caesarea	A / B
Zwei oder mehr vorangegangene Sectiones Caesarea	C
Spontangeburt	A

Neonatale Störungen

Anpassungsstörungen des Neugeborenen	A / B
Asphyxie des Neugeborenen	B
Apgar < 7 nach 5 Minuten	B
Geburtsverletzungen des Neugeborenen	A / B
Kongenitale Störungen eines Kindes	B
Infektionen	
GBS Infektion des Neugeborenen	B
Neugeborenes mit anderer Infektion	B
Totgeburt	B / C

4.3 Psychosoziale Anamnese

Depression oder Angststörung in der Schwangerschaft	B
Postpartale Depression	A / B / C
Wochenbett Psychose	C
Andere psychische Störungen	A / B / C
Häusliche Gewalt	B
Migration	A / B
Armutgefährdung oder Obdachlosigkeit	B

5 Schwangerschaft

Bluthochdruck	
Chronischer Bluthochdruck	B / C
Gestationshypertonie	B / C
Präeklampsie: >140/90mmHg, oder relativer Anstieg > 30/15mmHg	C
Eklampsie	C
Proteinurie \geq 300mg/d	C
HELLP Syndrom	C
Endokrine Störungen	
Gestationsdiabetes diätetisch eingestellt	B
Gestationsdiabetes medikamentös eingestellt	C
Hypothyreose	B
Hyperthyreose	B
Vorbestehende endokrine Erkrankung	B
Fetale Fehlbildungen (Kongenitale Dysmorphien)	
Fetale Kindesbewegungen: mangelnd, nachlassend	A / B
Fetales Wachstum	
LGA (large for date) keine anderen Risikofaktoren	A
LGA mit Risikofaktoren: Diabetes, vorangegangene Schulterdystokie	B
Makrosomie > 4000g oder > 90. Wachstumsperzentile	C
SGA (small for date) mit normalem Doppler	A / B
Fetale Wachstumsretardierung (IUGR)	B / C
IUGR mit schlechtem Nabelschnurdoppler	C
Polyhydramnion, mild	B

Polyhydramnion, schwer	C
Oligohydramnion	C
Früher vorzeitiger Blasensprung	
Blasensprung < 37 SSW	C
Frühgeburt/ Vorzeitige Wehentätigkeit	B / C
Vorzeitige Wehentätigkeit behandelt	B
Frühgeburt < 36 SSW	C
Gastrointestinale und hepatologische Störungen	
Cholezystitis	B
Hepatitis B oder C (pos. Serologie)	B
intrahepatische Schwangerschafts-Cholestase	B
Akute Hepatitis oder Gelbsucht	C
Entzündliche Darmerkrankung	B
Appendizitis	C
Akute Bauchschmerzen	B
Hämatologische Störungen	
Anämie 1. und 3. Trimester < 110g/ 2. Trimester < 105g/l	B / C
Andere Anämien (Thalassämie, Sichelzellanämie)	B
Blutgruppenverträglichkeit	C
Blutgruppenantikörper	B
Rhesus neg, Anti D Prophylaxe erforderlich	A / B
Blutgerinnungsstörung (APC Resistenz)	B
Pulmonalembolie	C
Thrombose oder Thrombophilie	C

Thrombozytopenie	B / C
Hyperemesis: Erbrechen > 5x pro Tag	B
Intrauteriner Fruchttod (IUFT)	C
Infektionen	
Chlamydien	A / B
Zytomegalie	B
Streptokokken positiv	A / B
Herpes Genitalis	B / C
Gonorrhoe	B
HIV-Infektion	C
HPV	A / B
Listeriose	B
Parovirus	B
Röteln, Erstinfektion	C
Syphilis	B / C
Toxoplasmose, akute Infektion	C
Tuberkulose	B
Varicellen	B
Andere unbekannte Infektion	B
Kardiologische Auffälligkeiten	
Palpitationen: gelegentlich auftretend	A / B
Palpitationen: Arrhythmien, Tachykardien	B
Lageanomalien	
BEL: Überweisung zur Äußeren Wendung in der 36- 37 SSW	B
Erfolgreiche Äußere Wendung	A / B

BEL: Mutter entscheidet sich für Vaginalgeburt	C
Schräglage, Querlage	C
Haltungsanomalien: Hoher Geradstand, Gesichts-, Stirnhaltung	C
Mehrlingsschwangerschaft	C
Myome	B / C
Neurologische Störungen	
Migräne	B
Karpaltunnelsyndrom	A / B
Krampfanfälle	C
Neuropathien oder Paralysen	B / C
Schlaganfall	C
Zerebrale Venen- und Sinusthrombose	C
Nierenfunktionsstörungen	
Hämaturie	A / B
Infektionen des Harntraktes	A / B
Proteinurie \geq 300mg/d	C
Pyelonephritis	C
Operationen während der Schwangerschaft	
Kleine Operationen	B
Große Operationen	C
Psychische Störungen	
Akute psychische Störung	C
Depression oder Angststörung	B
EPDS > 12 während der Schwangerschaft	B / C
Psychische Störung mit Medikamenten behandelt	B

Psychiatrische Erkrankung	B / C
Respiratorische Erkrankungen	
Asthma: gut eingestellt	A
Asthma: nicht kontrolliert, schlecht eingestellt	C
COVID - 19 Infektion in der Schwangerschaft	C
Influenza (A oder B)	B / C
H1N1 (Schweinegrippe)	C
Pneumonie	C
Schwere Lungenfunktionsstörung	C
Schwangerschaftserbrechen: < 5x pro Tag	A
Status post Sectio	
St. p. Sectio bei vorangegangener Geburt	C
Spontangeburt nach St. p. Sectio	A / B
Symphysenlockerung	A
Vaginale Blutung	
Gelegentlich, auftretend bis zur 12 SSW	A / B
Wiederkehrend, auftretend nach der 12 SSW	B
Zervixinsuffizienz	B / C
Zervixverkürzung < 25 mm	B
Zervixverkürzung mit dem Risiko einer Frühgeburt	C
Zervixzytologie	A / B / C
HPV pos (nicht Typ 16/18)	A
HPV pos (Typ 16/18) in der Schwangerschaft	B
PAP IIID/IVa	C

6 Geburt

Anämie	
Hämoglobin < 110 g /l unter der Geburt	C
Amniotomie	
Nach Indikation unter Kontrolle der fetalen Herzfrequenz	A / B
Blasensprung	
Blasensprung am Geburtstermin > 24 Std	B / C
Blasensprung, Streptokokken positiv	B / C
Bluthochdruck	
Gestationshypertonie	B / C
Präeklampsie: >140/90mmHg, oder relativer Anstieg > 30/15mmHg	C
Eklampsie	C
Blutung	
<ul style="list-style-type: none"> Intrapartale Blutung 	
Asymptomatisch und / oder < 50 ml	A / B
Symptomatisch und / oder > 50 ml	C
<ul style="list-style-type: none"> Postpartale Blutung 	
Geschätzter Blutverlust bis 500 ml und asymptomatisch	A / B
Geschätzter Blutverlust bis 1000 ml und symptomatisch	B / C
Geschätzter Blutverlust >1000 ml und symptomatisch	C
Dammriss III - IV	C
Fetale Herzfrequenz	
Normale HF, keine fetalen Risiken (CTG, Doptone)	A
Suspekte HF, mögliche fetale Gefährdung (CTG, Doptone)	B

Pathologische HF, wahrscheinliche fetale Gefährdung (CTG)	C
Lebensbedrohliche HF, Bradycardie, prolong. Dezellerantion (CTG)	C
Fruchtwasserembolie	C
Geburtseinleitung	B / C
Haltungsanomalien: Hoher Geradstand, Gesichts-, Stirnhaltung	C
Herpes Genitalis, akut bei Geburtsbeginn	C
Mehrlingsschwangerschaft	C
Missfärbiges Fruchtwasser	
Nicht signifikant	A / B
Signifikant Mekoniumhaltig	C
Mütterlicher Schock	C
Mütterliche Vitalparameter	
Bradycardie	B / C
Tachykardie	B / C
Hypertonie	B / C
Hypotonie	B / C
Tachypnoe	B / C
Mütterliches Fieber > 38°C	B / C
Nabelschnurvorfal	C
Nabelschnurvorlage, reponierbar	A / B
Neugeborenes	
Anpassungsstörung	A / B
APGAR < 7 nach 5 Minuten	C
Reanimation indiziert	C

Hypoglykämie	A / B / C
Mekonium Aspiration	C
Atemnot	B / C
Vorübergehende Tachypnoe	B
Oxytocin Infusion	
Nach Indikation: Wehenschwäche, Geburtsstillstand	A / B
PPH Management	A / B / C
Prolongierte Geburt	B / C
<p>Prolongierte Eröffnungsphase (> 6cm MM)</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine MM Öffnung in 4 Std. Kein Tiefertreten des kindlichen Kopfs Unkoordinierte Wehentätigkeit Wehenstillstand Nachlassen der Wehenstärke-, frequenz, -dauer <p>Prolongierte Austreibungsphase > 4 Stunden</p>	B / C
Regionalanästhesie	
Epidural-, Periduralanästhesie	C
Spinalanästhesie	C
Schulterdystokie	A / B / C
Sectio Caesarea	C
Streptokokken B positiv	A / B / C
Uterusinversion	C
Uterusruptur	C
Vaginal operative Geburt	C
Vasa Prävia	C

Verzögerte Plazentalösung	
<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 1 Stunde • Asymptomatisch und oder geschätzter Blutverlust < 500 ml 	A / B
Aktives Management (Oxytocin) <ul style="list-style-type: none"> • > 1 Stunde • Kein Hinweis auf Plazenta Bipartita 	A / B / C
Vorzeitige Plazentalösung	C

6 Postpartal Periode

Mutter

Bluthochdruck	
Persistierende Hypertonie	C
Postpartum Präeklampsie	C
Medikamentenabusus, Drogenabusus	A / B / C
Inkontinenz	
Flatusinkontinenz	A / B
Harninkontinenz	A / B
Stuhlinkontinenz	C
Kopfschmerzen nach Epidural-, Periduralanästhesie	C
Milchbildung	
Milchstau	A / B
Übermäßige Milchproduktion	A / B
Geringe Milchproduktion	A / B
Mütterliche Infektion	
Endometritis	B / C
Fieber > 38° C	A / B
Harnwegsinfekt	A / B
Lochialstau	A / B
Mastitis	A / B
Plazentarestes	B / C
Pyelonephritis	B / C
Sepsis	C

Wundinfektion (Sectionarbe, Episiotomie, Dammriss)	B
Postpartale Blutung	
Primäre PPH, abhängig von Symptomen	A / B / C
Sekundäre PPH, asymptomatisch	B / C
Sekundäre PPH, symptomatisch	C
Prolaps	
Uterus	C
Cystocele	C
Rectocele	C
Pulmonalembolie	C
Psychische Störungen	
Babyblues	A
Geburtstrauma	A / B / C
Wochenbettdepression / Angststörung	B / C
Wochenbettpsychose	C
Andere psychische Störungen	C
Schlaganfall	C
Thrombose, Thrombophlebitis	C

Neugeborenes

Anämie in der ersten Lebenswoche (Symptomatik)	B / C
Angeborene Stoffwechselstörung (Verdacht auf)	B / C
Anpassungsstörung (rasch bessernde klinische Symptomatik)	A / B
Atemstörungen (Apnoen/ Bradycardien)	C
Diabetische Fetopathie	B / C
Erbrechen	A
<ul style="list-style-type: none"> • Übermäßig • Grün, galleartig • Schwallartig 	
Ernährungsstörungen	B
Fehlender Harnabgang innerhalb von 36 Stunden	A / B
Fehlender Mekoniumabgang innerhalb 24 Stunden	B
Fetale Wachstumsretardierung (< 3. Perzentile)	B / C
Frühgeburt < 37 SSW	B / C
Geburtsgewicht	
Perzentilenkurve bezogen auf das Gestationsalter <ul style="list-style-type: none"> • < 10 Perzentile • > 90 Perzentile 	
Geburtsverletzung	B / C
Herzrhythmusstörungen	B / C
Hyperglykämie, wiederholt in den ersten 24 Stunden	B / C
Hyperbilirubinämie, zur Differentialdiagnostik	C
Ikterus Neonatorum	
< 24 Std. oder länger als 14 Tage	C

> 24 Std. aber weniger als 14 Tage	A / B / C
Infektion (Verdacht auf)	B / C
Intrakranielle Blutung (Verdacht auf)	C
Krampfanfälle	C
Kongenitale Fehlbildung	C
Morbus haemolyticus neonatorum (BG Inkompatibilität)	C
Morbus haemorrhagicus neonatorum	B / C
Nabelinfektion	B / C
Neurologische Auffälligkeiten	B / C
Neonatales Entzugssyndrom	B / C
Singuläre Nabelschnurarterie	A / B / C
Thermolabilität	B
Trinkschwäche	A / B
Verzögertes Wachstum	
<ul style="list-style-type: none"> • Gewicht • Kopfumfang • Länge • Fütterungsstörung 	A / B A / B A / B A / B
Zyanose oder Blässe	B / C

7 Soziale Indikation

Im extramuralen Bereich können bei sozialer Indikation verschiedene Sozialeinrichtungen wie „Frühe Hilfen“ oder die Kinder- und Jugendwohlfahrt zur Konsultation herangezogen werden. Die Betreuung durch eine Hebamme sollte allen Frauen zugänglich sein und möglichst auf deren individuelle Bedürfnisse und ihr soziales Umfeld eingehen. Im Bedarfsfall sollen Frauen und ihre Familien in problematische Situation an die zuständigen GDA überwiesen werden.

Eine gute Vernetzung mit den genannten Einrichtungen oder GDAs wird empfohlen. Den Frauen und ihren Familien sollen die entsprechenden Kontaktadressen zur Verfügung gestellt werden.

Adoption	A / B
Arbeitslosigkeit	A / B
Asyl Status	A / B
Fehlende soziale Unterstützung	B
Flüchtlingsstatus	A / B
Finanzielle Probleme	B
Haftstrafe	A / B
Häusliche Gewalt	B
Kindeswohlgefährdung	A / B
Lernschwäche	A / B
Migration	A / B
Soziale Isolation	B
Stresssituation	A / B
Teenagerschwangerschaft	A / B
Trauer- und Verlustsituation	A / B

8 Notfallsituationen

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

Die Hebamme muss in diesen Fällen schnellstmöglich dafür Sorge tragen, dass die Verlegung in die adäquate Versorgungsstufe stattfindet und dann die entsprechenden Notfallmaßnahmen einleiten.

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

Notfallsituationen	
Indikation	Diagnosen
Disseminierte Intravasale Gerinnung	Ursachen z.B.: Sepsis, Schock, Fruchtwasserembolie, Präeklampsie, septischer Abort, usw.
Drohende intrauterine Asphyxie	z.B. Plazentainsuffizienz, Nabelschnurvorfall, pathologische fetale Herzfrequenz usw.
Eklampsie	Alle Krampfanfälle in der Schwangerschaft und pp, Differentialdiagnose zu epileptischem Anfall notwendig
Fruchtwasserembolie	z.B. Schocksyndrom, Gerinnungsstörung
Mekoniumaspiration	Avitales Kind durch Mekoniumaspiration peri- oder subpartal
Nabelschnurvorfall	Hypoxie des Kindes, pathologische fetale Herzfrequenz
Plazentaretention	Starke Blutung pp, unvollständige Lösung, 1Std. pp Plazentageburt noch nicht erfolgt
Postpartale Haemorrhagie	Uterusatonie, Uterusruptur, Plazentalösungsstörung, Geburtsverletzung

Reanimation der Mutter oder des Kindes	Nach Bewusstlosigkeit, Schock, Asphyxie, Mekoniumaspiration, usw.
Schulterdystokie	Hoher Schultergeradstand, Tiefer Schulterquerstand, Manöver: Mc Roberts, Walcher, Gaskin, Woods, Rubin,
Uterusruptur	bei vorgeschädigtem Uterus (z.B.: St.p.Sectio), nach Wehensturm, nach Kristeller Handgriff, usw.
Vorzeitige Plazentalösung	Vaginale Blutung, pathologische fetale Herzfrequenz, (Abgrenzung zur Zeichnungsblutung)

9 Verzeichnisse

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Versorgungseben (GÖG, OSG 2017).....	4
Abbildung 2 Entscheidungspfad des ÖHI.....	6
Abbildung 3 Ampelsystem des ÖHI	7

10.2 Abkürzungsverzeichnis

ABO Inkompatibilität	Unverträglichkeit der Blutgruppen A, B, O
Anti D	Anti-D-Immunglobuline
APC	aktiviertes Protein C
Apgar	Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe
BEL	Beckenendlage
BMI	Body Mass Index
CTG	Cardiotokographie
DR	Dammriss
EDA	Epidural Anästhesie
EPDS	Edinburgh Depressions-Fragebogen
FGM	Female Genital Mutilation
GBS	Gruppe-B-Streptokokken
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
H1H1(Influenza)	Schweinegrippe
HELLP	Haemolysis, Elevated Liver Enzyme Levels, Low Platelet
HF	Herzfrequenz
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humane Papilloma Viren
ICI	intrazervikale Insemination
IUFT	Intrauteriner Fruchttod
IUGR	Intrauterine Growth Retardation
IVF	In-Vitro-Fertilisation
LGA	Large for Gestational Age
ÖHI	Österreichischer Hebammen Indikationskatalog
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAP	Papanicolaou-Test
PDA	Peridural Anästhesie
PPH	Post-Partum Hemorrhage
SGA	Small for Gestational Age
SSW	Schwangerschaftswoche
St.p.	Status post

10.3 Literaturverzeichnis

- Australian College of Midwives. (2021). National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral (4. Aufl.).
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. (2013). *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. Abgerufen am 29.12.2021, von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000543>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Bundeszielsteuerungsvertrag 2013*. Abgerufen am 29.12.2021 von https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/III/III_00038/imfname_336346.pdf
- Brokmann J. (2020) Gynäkologische Notfälle. In: Brokmann J.C., Rossaint R. (eds) Repetitorium Notfallmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-20815-7_16
- De Verloskundige Indicatielijst (VIL). Abgerufen am 19.11.2021 von <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/nieuws/aanpak-herijking-verloskundige-indicatielijst-vil/>
- Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017, Seite 89. Abgerufen am 21.11.2021 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html>
- Fürst, S. (2014). *Die hebammengeleitete Betreuung in der Schwangerschaft*. Bachelorarbeit, FH IMC Krems, Niederösterreich.
- Gesundheitsqualitätsgesetz. Abgerufen am 21.11.2021 von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883>
- International Confederation of Midwives. (2021). Abgerufen am 29.12.2021 von https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf
- Midwives As Primary Care Providers (2011) Abgerufen am 21.11.2021 von <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S1526-9523%2899%2900031-8>
- Ministry of Health. (2012). *Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines)*. Wellington: Ministry of Health.
- ÖHG (2019) Leitlinie zur Betreuung gesunder Schwangerer Frauen. Abgerufen am 21.11.2021 von <https://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2020/03/200305-OEHG-Leitlinien-2020.pdf>
- Österreichisches Hebammengesetz. Abgerufen am 09. Mai 2014, von <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Library*, (8). Version published: 28 April 2016. Abgerufen am 21.11.2021 von <https://doi.org/10.1002/14651858.CG004667>.
- World Health Organization. (2018). Primary health care: the time is now. Abgerufen am 21.11.2021 von <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/news/news/2018/10/primary-health-care-the-time-is-now>