

Qualitätssicherung in der Hausgeburtshilfe

Bettina Wiesinger macht anhand eines internationalen Vergleichs Vorschläge zur Qualitätssicherung und Dokumentation in der Hausgeburtshilfe in Österreich.

Bis heute gibt es in Österreich weder eine jährliche Qualitätserhebung, noch offizielle Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Richt- oder Leitlinien für die Hausgeburtshilfe.

„Wenn du etwas 2 Jahre lang gemacht hast, betrachte es sorgfältig!

Wenn du etwas 5 Jahre lang gemacht hast, betrachte es misstrauisch!

Wenn du etwas 10 Jahre lang gemacht hast, mache es anders.“

Mahatma Gandhi

Dieses Zitat von Mahatma Gandhi spiegelt deutlich die Wichtigkeit von Beobachtung, Reflexion und Verbesserung in Tätigkeiten und Prozesse wieder. Werden diese Worte mit dem Hebammenberuf in Verbindung gebracht, so wird deutlich, dass diese im Zusammenhang mit Handlungsabläufen in der Hebammentätigkeit eine große Bedeutung einnehmen. So sollten bzw. müssten diese Handlungsabläufe regelmäßig kritisch betrachtet, hinterfragt und laufend verbessert werden. In der Fachsprache verwendet man dafür die Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Diese Abläufe sind im klinischen Setting bereits oftmals eingebunden, in der Hausgeburtshilfe, im Besonderen in Österreich, jedoch noch kaum präsent.





Qualitätssicherungsmerkmale zur Optimierung der österreichischen Hausgeburtshilfe

Um die Qualität einer Dienstleistung messen, bewerten und verbessern zu können, wird Qualität im Rahmen der Qualitätssicherung in drei sogenannte Qualitätsdimensionen eingeteilt: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Zollondz 2011).

1. Strukturqualität

Strukturqualität umfasst alle notwendigen personellen sowie sachlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen einer Institution (z.B. Ausrüstung, Arbeitsbedingungen etc.) (Zollondz 2011). Im Hebammenalltag beschäftigen wir uns täglich mit den folgenden angeführten Punkten der Strukturqualität:

Die Anamnese: Ausschlusskriterien für eine Hausgeburt

Im Rahmen der außerklinischen Tätigkeit spielen die Anamnese und die damit verbundenen Ausschlusskriterien für eine Hausgeburt eine unumgänglich wichtige Rolle. In den vorwiegend englischen Leitlinien aus Australien, Kanada und England wird von der Auswahl einer „low risk“ Schwangeren gesprochen. Die NICE Guidelines (2007) unterteilen dahingehend die Auswahl der Schwangeren in vier große Bereiche: Derzeitige Schwangerschaft, gynäkologische Vorgeschichte, bestehende Erkrankungen der Mutter sowie Komplikationen bei einer bereits vorangegangenen Schwangerschaft und/oder Geburt.

Status post Sectio, ein viel diskutiertes Thema in der außerklinischen Geburtshilfe, ist in Leitlinien weltweit unter-

schiedlich geregelt. In den Richtlinien aus Australien (2013, 2014), den NICE Guidelines (2007), den Isländischen Richtlinien (2007) sowie in den Kriterien des ICD-10 (2015) stellt ein vorangegangener Kaiserschnitt ein absolutes Ausschlusskriterium für eine Hausgeburt dar. Im Widerspruch dazu steht der deutsche Ergänzungsvertrag für Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen (2008), der Schwangere erst mit zwei vorangegangenen Kaiserschnitten für eine außerklinische Geburt ausschließt. Ebenso beschreibt die kanadische Leitlinie „Guideline for Vaginal Birth after one Previous Low Segment Caesarean Section (2013), dass Frauen unter besonderen Voraussetzungen mit St.p.Sectio zuhause entbinden dürfen.

Häusliche Rahmenbedingungen für eine Hausgeburt

Die häuslichen Voraussetzungen werden in fünf internationalen Leitlinien angesprochen. Besonders ausführlich werden diese in den zwei australischen Richtlinien (2013, 2014) geschildert. Dabei wird besonderer Wert auf die Distanz zum nächstgelegenen Krankenhaus gelegt. Diese darf nicht länger als 30 Fahrminuten mit dem Privatauto und/oder Rettung entfernt sein. In allen weiteren vorliegenden Leitlinien (North Cumbria University Hospitals NHS Trust, 2011; WHO, 2006; California College of Midwives, 2004) wird ein „emergency transport plan“ empfohlen. Dabei sollte die Hebamme gemeinsam mit der Frau/dem Paar das nächstgelegene Krankenhaus mit einer Geburtshilflichen Abteilung und der Möglichkeit einer Notoperation, einer eigenen Blutbank und einem Labor ausfindig machen. Eine Anmeldung in diesem Krankenhaus wird ebenso in der Schwangerschaft empfohlen.

Ausrüstung für eine Hausgeburtshilfliche Hebamme

Insgesamt wurden im Laufe der Recherche acht Materiallisten aus fünf verschiedenen Ländern (Schweiz, Island, England, Kanada, Australien) ausfindig gemacht. Der Schweizer Heb-

ammenverband (2014) hat eine „Materialliste für die freiberufliche Hebamentätigkeit“ als Empfehlung für die Mitglieder erstellt. Sie war von allen Listen am exaktesten ausgeführt und stellt eine sehr gute Übersicht in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dar.

Rufbereitschaft und Organisation einer Vertretung

Die Organisationsform von Hausgeburtshabammen unterscheidet sich in den einbezogenen Ländern stark vom österreichischen System. Im Gegensatz zu der bei uns vorherrschenden Organisationsform der „Einzelkämpferin“ arbeiten Hausgeburtshabammen in anderen Ländern in Teams (ab zwei Personen) zusammen und bilden eine sogenannte Hebammenpraxis. In den Niederlanden arbeiten z.B. lediglich 5,4% aller 519 tätigen Hausgeburtshabammen alleine (Royal Dutch Organisation of Midwives 2012). Dies bringt den großen Vorteil mit sich, dass bei Arbeitsverhinderung einer Hausgeburtshabamme, die Rufbereitschaft sowie die Organisation von Vertretung immer sichergestellt werden kann.

Zuziehung einer zweiten Hebamme während der Geburt

Die gemeinsame Betreuung einer Gebärenden durch zwei Hebammen während einer Hausgeburt ist nicht in jedem Land Pflicht, kann jedoch viele Vorteile für alle Beteiligten mit sich bringen. In der Richtlinie vom Government of Western Australia, Department of Health (2014) werden folgende Vorteile genannt:

- Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit der 2. Hebamme
- Sofortige Assistenz und Beistand in einem Notfall
- Förderung des Teamgeistes unter den Hausgeburtshabammen
- Eine exakte und detaillierte Dokumentation durch die 2. Hebamme
- Einholung einer zweiten Expertinnen-/Expertenmeinung bei einem Vorkommnis außerhalb der Norm
- „Sichere“ Arbeitszeiten der ersten Hebamme (Wechsel der ersten Heb-

amme nach zwölfstündiger Arbeitszeit)

- Gegenseitiges Lernen voneinander
- Beobachtung und Betreuung von Mutter und Kind pp durch 2. Hebamme (Sicherheitsfaktor)

Im Statistikbericht des SHV von 2013 wurde festgehalten, dass bei 42,5% aller Hausgeburten in der Schweiz eine zweite Hebamme hinzugezogen wurde. Eine zusätzliche Hebammenkollegin ist aber nicht verpflichtend.

Im Gegensatz dazu ist in Kanada, Australien und Neuseeland die Zuziehung einer zweiten Hebamme aufgrund der Richtlinien der einzelnen Hebammenorganisationen Pflicht (College of Midwives of British Columbia [CMBC], 2014a; CMBC, 2014b; Government of Western Australia, Department of Health, 2014; Government of South Australia, Department of Health, 2013; Department of Internal Affairs, 2007). In Kanada wurde zusätzlich zu den bereits bestehenden Hausgeburtshabammenleitlinien der einzelnen Bundesstaaten (College of Midwives of Manitoba, 2011; College of Midwives of British Columbia, 2014a;) eine Extra-Richtlinie „Policy of second birth attendants“ (2014) für die Hinzuziehung einer zweiten Hebamme ab der späten Eröffnungsperiode (Mehrggebärende) beziehungsweise Austreibungsperiode (Erstgebärenden) erstellt.

Fetale Herztonüberwachung während der Geburt

Die kanadische (SOGC, 2007) und englische (NICE, 2007) Leitlinie beziehen sich auf die Methoden der kindlichen Herztonüberwachung während der Geburt. Als gleichberechtigte Instrumente werden dafür das Pinard Hörrohr oder ein Fetaldoppler (Dopton) verwendet. Ziel der Auskultation ist, die Herzschläge zu hören, gegebenenfalls auszuzählen, um sie danach dokumentieren zu können. Es sollte jedoch nicht versucht werden, so wie unter anderem in Stiefel et al. (2013, S. 756) beschrieben, ein Herztonmuster wahrzunehmen und dieses als Bandbreite niederzuschreiben, z.B. FHF 127 – 142 Schläge pro Minute (spm). Diese Methode wäre mit dem Dopton zwar

möglich, würde jedoch nicht der Definition einer Auskultation entsprechen. Laut NICE (2007) wird in der Eröffnungsphase ab dem Beginn der aktiven Geburt alle 15 Minuten nach der Wehe für 1 Minute lang auskultiert. Die Leitlinie des SOGC (2007) gibt eine Auskultation alle 15-30 Minuten an. Laut beider Leitlinien sollen in der Austreibungsperiode die Herztöne in jeweils 5 Minuten Abständen nach einer Wehe überprüft werden. Aufgrund einer zu geringen Studienlage wird auf generelle Empfehlungen für die Latenzzeit verzichtet. Eine CTG-Überwachung wird von NICE (2007) und SOGC (2007) nur für eine „high-risk“ Klientin oder eine drohende Gefährdung des Ungeborenen sub partu empfohlen.

Die intermittierende Auskultation im Hausgeburtshabammen setting stellt bei low-risk Frauen während der Geburt eine ideale Möglichkeit der Herztonüberwachung des Feten dar.

Fort- und Weiterbildung von Hebammen

In Österreich müssen Hausgeburtshabammen keine separaten Nachweise an Erfahrungen oder eine Anzahl von bestimmten Fort- und Weiterbildungen für den Berufseinstieg oder für die fortlaufende Berufsausübung als Hausgeburtshabamme vorweisen.

Im Vergleich dazu dürfen Hebammen in Australien z.B. nur dann in der Hausgeburtshilfe aktiv sein, wenn sie eine gewisse Anzahl an Fort- und Weiterbildungen beziehungsweise Trainings für diverse geburtshilfliche Notfälle (u.a. Schulterdystokie, Postpartale Blutung etc.) absolviert haben. In weiterer Folge müssen mindestens fünf Hausgeburten unter Supervision einer zweiten Hebamme geleitet sowie drei Jahre Berufserfahrung nachgewiesen werden (Australian Nursing and Midwifery Board of Australia, 2008; Western Australia, Department of Health, 2014).

Ein weiteres Beispiel ist in diesem Zusammenhang das jährlich verpflichtende Rezertifizierungsprogramm neuseeländischer Hebammen. In diesem ist jede Hebamme verpflichtet, an



einem „Emergency Skill Day“ pro Jahr, bei dem alle geburtshilflichen Notfälle praktisch in Teams trainiert werden, teilzunehmen. Das verpflichtende Mentoring einer erfahrenen Hausgeburtshelferin für BerufseinsteigerInnen in der außerklinischen Geburtshilfe im 1. Jahr (Midwifery Council of New Zealand, 2014) wäre ebenso ein wünschenswertes Projekt in Österreich.

2. Prozessqualität

Die Tätigkeit einer Hebamme umfasst unzählige Prozesse, die während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett durchgeführt werden. Die Prozessqualität definiert also die Gesamtheit aller Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen. Diese müssen nachvollziehbar, nachprüfbar, sowie dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen (Zollandz 2011).

Dokumentation und Aufklärung

In der Hebammentätigkeit stellt die Dokumentation eine wesentliche Grundlage des medizinischen Vorgehens dar und ist demzufolge in § 9 Abs. 1 des HebG gesetzlich verankert.

Die Dokumentation stellt in weiterer Folge auch die Basis für eine optimale Qualitätssicherung im Hebammenberuf dar. So macht diese einen Betreuungsablauf nachvollziehbar, zeigt ob Maßnahmen die gewünschte Wirkung erreicht haben und dient der Hebamme dazu, ihre Prozesse zu überprüfen, auszuwerten, zu vergleichen und darüber hinaus zu verbessern (Knoblauch & Selow 2010). Dies kann besonders bei geburtshilflichen Anklagen und Schadensfällen hilfreich sein, da eine ungenügende Aufklärung sowie eine mangelhafte Dokumentation im Falle eines später gerichtsanhängigen Verfahrens in vielen Fällen die wesentliche Grundlage für eine Urteilsfindung bilden (DHV 2011).

Für die Aufklärung, die im Rahmen einer Hausgeburt von der zuständigen Hebamme geleistet werden soll, wurde daher in Deutschland ein einheitlicher Aufklärungsbogen für die Hausgeburtshilfe vom DHV (2012a) in Absprache mit JuristInnen, GutachterInnen und den zuständigen Haftpflichtversicherungen entwickelt.

In den internationalen Leitlinien ist nur in den Guidelines des Government of

Western Australia, Department of Health (2014) ein Aufklärungsbogen angehängt. Anders als in Deutschland muss die Schwangere in Australien den Aufklärungsbogen während der Schwangerschaft insgesamt dreimal unterzeichnen, nämlich bei der Buchung der Hausgeburtshelferin sowie in der 28. und 36. SSW.

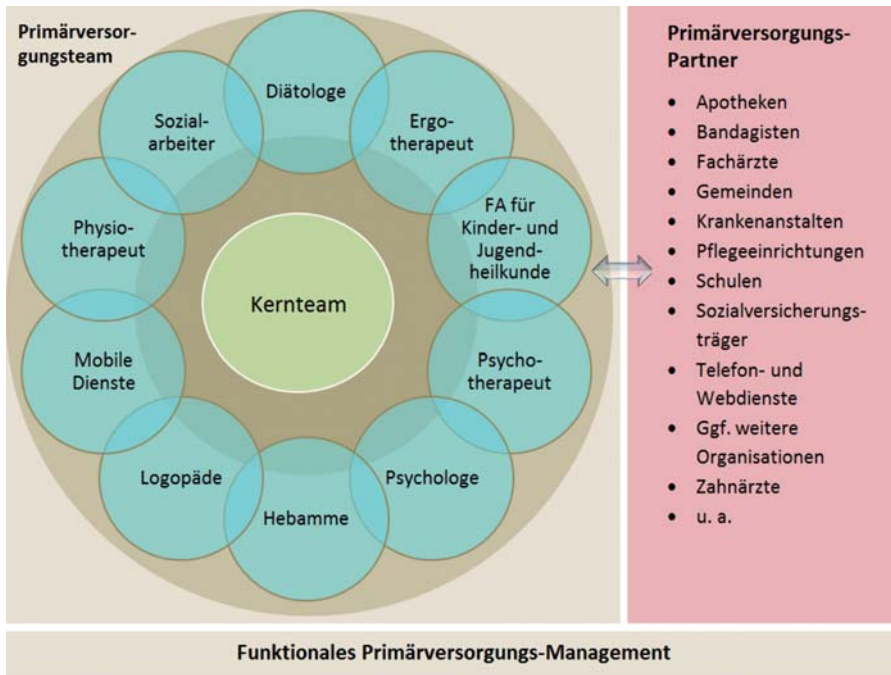
Die Hebammenpraxis Innsbruck hat einen Risikoaufklärungsbogen erstellt, den wir auf S. 44 dankenswerter Weise als Beispiel vorstellen können.

Transferierungskriterien – Hinzuziehung einer Ärztin/eines Arztes

Geht man von einer bestmöglichen Primärversorgung einer Schwangeren aus, so ist eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Professionen erforderlich. Damit in diesem Zusammenhang eine optimale Betreuung stattfinden kann, wäre es von Vorteil, wenn sich die schwangere Frau bei den zuständigen Fachärztinnen/Fachärzten vorstellt sowie bei einer geplanten Hausgeburt sich vorsorglich in einem örtlich günstig gelegenen und mit einer geburtshilflichen Abteilung ausgestatteten Krankenhaus anmeldet.

In Australien, Neuseeland und den Niederlanden gibt es sogenannte „Consultation and referral“ Guidelines. Die australische „National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral“ (Australien College of Midwives [ACM], 2013), sowie die neuseeländische Richtlinie „Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services – Referral Guidelines“ (Ministry of Health, 2012) haben jeweils Zuständigkeitskategorien für die jeweiligen Professionen gebildet. Diese sind dem „Österreichischen Indikationskatalog für Konsultation und Überweisung“ (ÖHG 2014) ähnlich.

Die genannten Zuständigkeitskategorien zeigen somit deutlich auf, bei welchen pathologischen Indikationen eine Hebamme vor, während und nach der Geburt die Frau und gegebenenfalls ihr Kind an die nächst höhere Profession weiterleiten muss.



Schwangerenvorsorge

Aufgrund der Tatsache, dass in fast allen Ländern der herangezogenen Leitlinien ein „primary care“ System vorherrscht, können die folgenden Qualitätssicherungsvorschläge (siehe Grafik oben, BMfG 2014) nur teilweise oder individuell von jeder einzelnen Hausgeburtshebamme in Österreich umgesetzt beziehungsweise übernommen werden. Im Rahmen einer Hausgeburt sind laut ÖHG (2015a) bis zur 40. Schwangerschaftswoche vier und ab der 41. bis zur 42. SSW maximal drei weitere Vorsorgetermine durch die ausgewählte Hausgeburtshebamme vorgesehen. Diese Vorgehensweise wird durch die beiden Leitlinien der WHO (2006, 2007) bekräftigt.

Im Gegensatz zum österreichischen Vorgehen werden in den englischen „Antenatal care“ Guidelines von NICE (2014a) unabhängig vom geplanten Geburtsort idealerweise zehn Schwangerenvorsorgeuntersuchungen durch die betreuende Hebamme durchgeführt. Bei einer Mehrgebärenden ohne Risiko sollten sieben Termine laut den Leitlinien ebenso ausreichend sein. Jede Hebamme sollte der Schwangeren eine Ultraschalluntersuchung, am besten zwischen der 10. und 13. SSW, empfehlen, um ein exaktes Gestationsalter sowie den probablen Geburtstermin festhalten zu können.

Zusätzlich wird in den Guidelines von Northampton General Hospital NHS Trust (2012) und North Cumbria University Hospitals NHS Trust (2011) angeführt, dass bei Hausgeburten im Rahmen der Schwangerenvorsorge mindestens ein Besuch zwischen der 35. und 36. SSW zuhause stattfinden muss. Dabei soll die Hebamme die häuslichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen sowie die sozialen Umstände begutachten und bewerten.

3. Ergebnisqualität

Bei der dritten Qualitätsdimension handelt es sich um die sogenannte Ergebnisqualität. Sie beschreibt messbare Veränderung, den Zielerreichungsgrad und hinterfragt in weiterer Folge die Angemessenheit der gesetzten Ziele (Zollandz 2011).

Der außerklinische Qualitätsbericht in Österreich und Deutschland

In Deutschland werden bundesweit seit 1999 Daten zu den außerklinischen Geburten von der QUAG e.V. erhoben. Das Ziel dabei ist, „anhand einer verbandsübergreifenden Erhebung Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit freiberuflicher Hebammen ziehen zu können“ (Loytved & Wenzlaff 2007). Die ausgewerteten Daten werden jährlich in einem Qualitätsbericht veröffentlicht, welcher jederzeit online



Seminare & Ausbildungen

14 Jahre Fortbildungsprogramm von und mit Hebamme Ingeborg Stadelmann und Apotheker Dietmar Wolz.

Vorträge, Seminare, Workshops, Fachseminare und Ausbildungen wie z.B.:

- »Homöopathie für Mutter & Kind«
- »Aromatherapie in der Geburtshilfe«
- »Phytotherapie für Mutter und Kind«



Gut zu wissen:

Die Ausbildungen sind anrechenbar gemäß Hebammenberufsordnung §7.

- Kleine Gruppen ab 15 Teilnehmer mit namhaften Referenten
- Bio-Verpflegung inklusive
- Treue-Gutschein ab dem 4. Seminar
- Umgebung mit Erholungsfaktor Allgäu

Bestellen Sie mit Ihren Hebammenkonditionen:

- Stadelmann®-Aromamischungen
- Homöopathische Arzneien
- Praxisbedarf

Telefon: 08 31 - 5 22 66 11

www.bahnhof-apotheke.de



Fordern Sie unser aktuelles Seminarprogramm an!

Telefon:
08 31 - 5 22 66 18
oder

www.bahnhof-apotheke.de/fortbildung.html

Bahnhof-Apotheke • Apotheker D. Wolz
Bahnhofstraße 12 • D - 87435 Kempten
info@bahnhof-apotheke.de



stattgefundenen Hausgeburten im Geburtenregister (IET) registriert. Um bessere Ergebnisse zu erlangen, wäre eine verpflichtende Teilnahme aller Hausgeburtshebammen in Österreich anzudenken.

Überwachen und Messen der Hebammentätigkeit

Im Zuge einer in Einrichtungen oder Einzelunternehmen eingeführten Qualitätssicherung sollte eine kontinuierliche Messung, Analyse und Bewertung der Hebammenarbeit stattfinden. Somit kann eine ständige Bewusstmachung der eigenen Tätigkeit und in weiterer Folge eine Verbesserung erfolgen (DHV, 2012b).

Die Kundenzufriedenheit hat im Ergänzungsvertrag der deutschen Geburtshäuser einen sehr hohen Stellenwert. So wird jeder begleiteten Frau/jedem Paar nach Abschluss der Betreuung durch die zuständige Hebamme ein Fragebogen über die Zufriedenheit ausgehändigt.

Freiberuflich tätige Hebammen in Neuseeland sind durch die Vorgaben des Midwifery Council of New Zealand (2014) zur Aushandlungen von Fragebögen oder schriftlichen Feedback-Formularen an Klientinnen und – im Falle einer Zusammenarbeit – auch an Kolleginnen verpflichtet. Die Auswertung wird in einem persönlichen Gespräch alle zwei Jahre mit den Zuständigen im „Midwifery Standards Review“ – Team des Council of New Zealand – rückblickend besprochen. Bei Bedarf wird Hilfestellung zur Verbesserung gegeben. Dieses Gespräch dient gleichzeitig auch als MitarbeiterInnen-

gespräch. Somit haben auch freiberuflich tätige Hebammen die Möglichkeit eines persönlichen Austauschs.

Fazit

Betrachtet man die Situation in der Hausgeburtsilfe international, scheint die Einführung von Qualitätssicherung sowie die Erstellung von Leitlinien/Best practice Standards für ein langfristiges und dauerhaftes Bestehen der österreichischen Hausgeburtsilfe unumgänglich. Nur durch diese progressive Maßnahme kann in Zukunft die Hausgeburt einen weiteren legalen Bestandteil in der Geburtshilfe darstellen und Frauen und Paaren die Möglichkeit schenken, ihr Kind in ihrem vertrauten Heim begrüßen zu dürfen.

Das Literaturverzeichnis kann gerne in der Redaktion der Österreichischen Hebammenzeitung per Email angefordert werden.

Bettina Wiesinger BSc,

außerklinisch tätige Hebamme in der Hebammenpraxis Innsbruck, Absolventin der IMC FH Krams 2015, Leiterin vom Qualitätszirkel

Tirol. Ihre Bachelorarbeit befasste sich anhand eines Leitlinienvergleichs mit der Optimierung und Qualitätssicherung für das österreichische Hausgeburtsystem.

Kontakt: betti.wiesinger@gmail.com



frei zugänglich abgerufen werden kann. Die Teilnahme der Hebammen ist – genauso wie in Österreich – freiwillig, die Erhebung erreichte jedoch im Vergleich zu Österreich schnell eine hohe Akzeptanz. Und so wurden laut Angaben des QUAG e. V. (2014) 85,9% aller außerklinisch geborenen Kinder von Hebammen dokumentiert und somit in den Qualitätsbericht mit einbezogen.

Seit 2006 gab es in Österreich die Möglichkeit einer freiwilligen Registrierung von Hausgeburten durch das ÖHG in Kooperation mit dem Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET), die die Daten im außerklinischen Geburtenregister auswertete. Obwohl in Österreich alle Hausgeburtshebammen registriert sein müssen, wurden im Jahr 2009 erschienenen Qualitätsbericht (Oblasser et al., 2009) lediglich 407 Geburten von 19 Hausgeburtshebammen für 2006 und 2007 dokumentiert. In den darauffolgenden Jahren gab es eine geringe Steigerung, doch 2013 waren nur 318 der 1106

Gesundheitsprofis auf Erfolgswegen – mehr zum Masterlehrgang AIHS:

Advanced Integrative Health Studies
Ihr interdisziplinärer Master.
Ihre Zukunft.

Bewerben Sie sich jetzt!



- Nun ist es Zeit für neue Perspektiven und Sie möchten sich für Führungs- und ExpertInnen-Aufgaben qualifizieren?
- Sie wollen gleichzeitig Ihre fachspezifischen und interdisziplinären Kompetenzen weiterentwickeln?

Ein ausgezeichnetes Ziel, denn GesundheitsexpertInnen und GesundheitsmanagerInnen sind sehr gefragt!

Unser disziplinspezifischer Masterlehrgang AIHS (Advanced Integrative Health Studies) ist flexibel und maßgeschneidert für DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, LogopädInnen, OrthoptistInnen und PhysiotherapeutInnen.

Kontakt: Robert Priewasser, MA, health.master@fh-campuswien.ac.at T: +43 1 606 68 77-4385