

Es geht auch anders

Wie arbeiten Hebammen in England nach der NICE Leitlinie?

Juliana Glaser ist mit der gängigen Praxis der Begleitung von physiologischen Geburten vertraut.



In England gilt die NICE-Guideline für „Intrapartum care for healthy women and babies“ (2017) als Goldstandard für die evidenzbasierte Betreuung der physiologischen Geburt. Jede Frau mit physiologisch verlaufender Schwangerschaft und unter Ausschluss von Risikofaktoren wird anhand dieser Leitlinie betreut. Frauen werden in der Schwangerschaft über ihre Gebäroptionen wie etwa den Geburtsort aufgeklärt und ermuntert, sich mit ihren Präferenzen und Wünschen im Sinne eines Geburtsplans auseinanderzusetzen. Fast jede Frau bringt daher einen Geburtsplan mit zur Geburt, den sie nach einem Gespräch mit einer Hebamme selbst erstellt hat.

Die Wahl des Geburtsorts

Frauen können zwischen Hausgeburt, midwife-led unit und obstetric-led unit wählen. Die hebammengeleitete Betreuung (midwife-led unit) gilt jedoch als erste Wahl und wird gesunden Frauen empfohlen. In der Schwangerschaft wird bei jeder Vorsorge erhoben, ob diese physiologisch verläuft und die Frau sich bei Geburtsbeginn weiterhin in der midwife-led unit einfinden kann.

Bereits die Rahmenbedingungen sind ausschlaggebend für die Betreuung und den Geburtsverlauf. Die Birthplace Cohort Study (2011) hat gezeigt, dass Frauen ein niedrigeres Risiko für geburtshilfliche Interventionen, vaginal-operativ

beendete Geburten und Sectio caesarea haben, wenn sie in hebammengeleiteten Einrichtungen betreut werden oder eine Hausgeburt anstreben.

Die „midwife-led unit“ ist eine hebammengeleitete Einrichtung, manchmal wird sie auch als „Birth Centre“ bezeichnet. Man könnte es mit einem Geburtshaus vergleichen, welches jedoch ins Krankenhaus integriert ist. Das Besondere an einer midwife-led unit ist, dass sie komplett vom normalen Kreißzimmer abgegrenzt ist und sich sogar in einem anderen Bereich oder Stockwerk des Krankenhauses befindet. Manchmal ist sie auch ein eigenständiges Gebäude und vom Krankenhaus weiter entfernt. Das bedeutet, dass es dort keine ÄrztInnen, CTG oder PDA gibt. Allerdings können die ÄrztInnen zu einem Notfall hinzugeholt werden. Bei pathologischem Geburtsverlauf wird die Frau in die obstetric-led unit verlegt. Die betreuende Hebamme wechselt dabei mit und setzt die Betreuung innerhalb ihrer Dienstzeit fort. Dies führt zu einer maximalen Kontinuität in der Betreuung. Natürlich setzt dies auch breites Wissen und Flexibilität bei den Hebammen voraus; das System in England unterstützt diese besonderen Anforderungen jedoch sehr gut.

Die Aufnahme, Betreuung der Geburt, sowie die Wochenbettbetreuung bis zu 24 Stunden nach der Geburt und Entlassung erfolgt in der midwife-led unit von den Hebammen.



Die fünf Landeskrankenhäuser Vorarlbergs verpflichten sich für 450.000 Patienten jährlich medizinische Leistungen auf höchstem Niveau und professionelle Servicequalität anzubieten. 4.000 Mitarbeiter geben dafür ihr Bestes.

In der obstetric-led unit werden die Frauen von Hebammen und ÄrztInnen gemeinsam betreut. Jedoch werden Frauen mit einer physiologisch verlaufenden Schwangerschaft und unter Ausschluss von Risikofaktoren bei der Kontaktaufnahme immer in der midwife-led unit angemeldet. Frauen mit Hochrisikoschwangerschaften, Einleitungen und Frauen, die eine PDA wollen, werden an die obstetric-led unit verwiesen bzw. wie schon erwähnt dorthin verlegt.

Bei der Kontaktaufnahme mit dem Hebammenteam des Krankenhauses kann die Frau sich aber auch für eine Hausgeburt entscheiden. Das bedeutet, dass das Hebammenteam der midwife-led unit, jeweils bestehend aus zwei Hebammen, zur Hausgeburt ausgesendet wird, wenn die Geburt losgeht. Die Betreuung erfolgt bei Hausgeburten genauso nach der NICE-Guideline wie in der midwife-led unit. Dieses System findet man in ganz England. Auch bei der Verlegung einer Hausgeburt betreut die Hebamme die Frau weiterhin, auf der obstetric-led unit dann mit ÄrztInnen gemeinsam.

Latenzphase zu Hause

In der Latenzphase, welche von unregelmäßiger Wehentätigkeit und Muttermunderöffnung bis 4 cm gekennzeichnet ist, werden Frauen ermutigt, länger daheim zu bleiben (NICE, 2017). In England wird bei intensiv werdender Wehentätigkeit den Frauen geraten, zuerst in der midwife-led unit anzurufen. Den Frauen wird empfohlen, sich daheim so gut wie möglich zu entspannen, auszuruhen und auf ihren Energiehaushalt zu achten, also auch ausreichend zu essen und zu trinken. Am Telefon wird dann anhand eines Anamnese-Gesprächs schnell ersichtlich, ob die Frau ins Krankenhaus kommen soll oder noch daheim bleiben kann. Die Wünsche oder Sorgen der Frau werden immer berücksichtigt. Jedoch wird jede Frau darüber aufgeklärt, dass sie, wenn sie sich noch nicht in der aktiven Eröffnungsphase befindet, eventuell auch wieder nach Hause gehen kann. Generell wird Erstgebärenden der Rat gegeben daheim zu bleiben, bis die Wehenfrequenz drei in zehn Minuten beträgt. Diese sollten jeweils 60 Sekunden dauern und so intensiv sein, dass sie sich auf das Atmen konzentrieren müssen und das für zumindest eine ganze Stunde. Außerdem wird den Frauen empfohlen ein Bad zu nehmen, um zu sehen wie sich die Wehentätigkeit dadurch verändert. Nehmen die Wehen an Frequenz und Intensität ab, hat die Frau die Gewissheit, dass es sich um die Latenzphase handelt. Nimmt die Wehentätigkeit hingegen zu, wird die Frau ins Birth Centre eingeladen, sofern sie daheim nicht mehr abwarten möchte.

Bei Mehrgebärenden wird mehr auf deren Gefühl eingegangen, wann sie ins Birth Centre kommen möchten, da diese ihren Körper bereits besser kennen und wissen, wenn sich die Wehentätigkeit verändert. Sie werden jedoch aufgeklärt, dass ab der zweiten Geburt der Geburtsfortschritt viel schneller sein kann und sie deswegen nicht zu lange warten sollten, mit dem Birth Centre Kontakt aufzunehmen.

Zur Verstärkung unseres Teams im Kreißsaal (1100 Geburten jährlich, Perinatalversorgung) suchen wir in Vollzeit eine/einen

HEBAMME/ENTBINDUNGSPFLERGER

Landeskrankenhaus Feldkirch

Ihre Kompetenzen

- fachliche Qualifikation und Sozialkompetenz sowie Problemlösungsfähigkeit und Belastbarkeit
- interdisziplinäres Denken und Handeln
- Fort- und Weiterbildungsbereitschaft

Wir bieten Ihnen

- eine gezielte Einführung und Einarbeitung
- Jahresbruttogehalt bei achtjähriger Berufserfahrung ca. € 49.000,- (ohne Dienste)
- einen fachlich anspruchsvollen Arbeitsbereich bei einem zukunftsorientierten Arbeitgeber
- eine gute Atmosphäre in einem leistungsfähigen und sehr motivierten Team
- individuelle Mitarbeiterentwicklung durch Fort- und Weiterbildungen

Interesse geweckt?

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen online im Bewerberportal auf unserer Homepage www.lkhf.at/karriere oder per E-Mail an personalabteilung@lkhf.at

Fragen zur ausgeschriebenen Position beantworten Ihnen der Leiter der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, Herr Prim. Dr. Burghard Abendstein, T +43 (0)5522 303-2201 bzw. der Pflegedirektor, Herr Michael Scheffknecht, MSc, T +43 (0)5522 303-4010 oder per E-Mail an pflagedirektion@lkhf.at



Julianas Arbeitsplatz im Birth Center



Latenzphase in der midwife-led unit

Manchmal haben Frauen bereits in der Latenzphase das Bedürfnis ins Birth Centre zu kommen, da sie sich zum Beispiel daheim nicht sicher fühlen und Betreuung wünschen. Nachdem festgestellt wurde, dass sie nicht unter der aktiven Geburt sind, wird mit ihnen zusammen ein individueller Betreuungsplan erstellt. Festgestellt wird das entweder durch Beobachtung wie bereits beschrieben oder durch die vaginale Untersuchung (welche jedoch nur selten notwendig ist). Der Betreuungsplan beinhaltet was sie brauchen, um durch diese Phase der Geburt zu kommen. Oft genügt es, diesen Frauen Zeit zu widmen und ihnen emotionale und psychologische Unterstützung zu geben. Spaziergänge, Gebärwanne, Essen und Trinken, Equipment wie Bälle oder TENS-Gerät sind oft Teil der individuellen Pläne. Je nach Befinden der Frau und Situation wird dann nach ein paar Stunden oder auch am nächsten Tag mit der Frau besprochen, ob sie wieder nach Hause gehen möchte, um dort weiter abzuwarten. Äußern Frauen, dass sie nicht mit der Latenzphase zurechtkommen und nicht nach Hause gehen möchten, werden sie über ihre Optionen aufgeklärt. In manchen Fällen kann dadurch eine Verlegung auf die Schwangerenstation oder in die obstetric-led unit mit ärztlichem Input notwendig werden.

Blasensprung

Auch bei Blasensprung wird die Anamnese zunächst telefonisch erfragt, und die Frauen kommen mit ihrer Geburtsbegleitung selbstständig in die midwife-led unit. Dort wird erhoben, ob es sich tatsächlich um einen Blasensprung handelt. Abstriche und Spekulum werden von den Hebammen gemacht. Bei einem Blasensprung ohne regelmäßige Wehentätigkeit wird die Frau über die Einleitung und Risiken des Blasensprungs aufgeklärt. Unter Ausschluss von weite-

ren Risikofaktoren wird die Einleitung nach 24 Stunden angeboten, denn 60% aller Frauen gehen innerhalb von 24 Stunden, 90% innerhalb von 48 Stunden in die Geburt (NICE, 2017). Die Frau kann auch länger warten, ab 48 Stunden wird die Einleitung aufgrund des rapid ansteigenden Infektionsrisikos jedoch ausdrücklich empfohlen. Einleitungen erfolgen nur in der obstetric-led unit.

Ohne regelmäßige Wehentätigkeit kann die Frau wieder nach Hause gehen, bleibt aber mit der midwife-led unit telefonisch in Kontakt und meldet sich bei Bedarf. Sie wird aufgeklärt, worauf sie achten muss, wie reduzierte Kindsbewegungen, die Farbe des Fruchtwassers, das Auftreten einer vaginalen Blutung, und sie soll alle vier Stunden ihre Temperatur messen (nicht wenn sie schläft). Der Frau wird dadurch die Eigenverantwortung gelassen, sich bei Abweichungen oder Unregelmäßigkeiten zu melden. Dokumentiert werden die Parameter von den Frauen zu Hause nicht.

Aktive Eröffnungsphase

Haben Frauen gute regelmäßige Wehen, möchten eine Einschätzung der Situation durch die Hebamme oder fühlen sich daheim nicht wohl, werden sie in das Birth Centre eingeladen.

Kommt eine Frau ins Birth Centre, werden Vitalparameter und Harn überprüft, die Leopold'schen Handgriffe gemacht, der Symphysen-Fundus-Abstand gemessen sowie die fetale Herzfrequenz mit dem Dopton für zumindest eine Minute auskultiert. Daraufhin wird mit der Frau etwa eine Stunde Zeit verbracht, in welcher die Frau beobachtet, auf sie eingegangen und ihr zugehört wird. Die Wehen werden abdominell palpirt und beobachtet, in welchem Abstand und in welcher Intensität sie kommen bzw. wie die Frau darauf reagiert und mit ihnen zurechtkommt. Oft ist aufgrund der Wehentätigkeit und des Verhaltens der Frau ersichtlich, ob sie noch etwas mehr Zeit braucht oder die aktive Eröffnungsphase bereits da ist.

Ist man unsicher, ob die Frau in der aktiven Eröffnungsphase ist, wird ihr der Gebärpool angeboten. Innerhalb der nächsten Zeit, zumindest nach einer Stunde im Pool zeigt sich, ob die Wehentätigkeit regelmäßiger wird oder abnimmt. Aufgrund von Wehentätigkeit und Verhalten der Frau wird dann das Partogramm gestartet. Beobachtet wird dabei die gesamte Körpersprache der Frau, wie Mimik, Gestik, ob sie entspannt ist. Ein guter Anhaltspunkt ist auch die Sprache: beispielsweise wird in das Assessment (Einschätzung) einbezogen, ob die Frau normal reden kann, sich schnell nach einer Wehe erholt oder ob sie tönen muss, um die Wehe zu veratmen.

Eine vaginale Untersuchung ist nicht immer notwendig. Aber natürlich gibt es auch Frauen, die schwieriger zu „lesen“ sind und bei denen diese zusätzliche Diagnostikmethode hilfreich ist. Prinzipiell wird versucht die vaginalen Untersuchungen so gering wie möglich zu halten, da diese unangenehm sind und ab sieben vaginalen Untersuchungen bei Blasensprung das Infektionsrisiko erheblich ansteigt (Seaward et al., 1997).

Das Partogramm zu starten bedeutet, die Frau in der aktiven Eröffnungsphase zu erklären und damit die 1:1 Betreuung zu beginnen. Als betreuende Hebamme bleibt man dann bei der Frau bis zum Abschluss der Geburt. Vitalparameter und fetale Herzfrequenz werden gemäß der NICE-Guideline überwacht: Vitalzeichenkontrolle alle vier Stunden, mütterliche Herzfrequenz jede Stunde sowie Temperatur stündlich, falls sich die Frau in der Gebärmutter befindet. Die fetale Herzfrequenz wird für mindestens eine Minute alle 15 Minuten nach einer Wehe auskultiert, wobei die mütterliche Herzfrequenz simultan durch den Radialispuls überprüft wird.

Die meisten Frauen verbringen zumindest die Eröffnungsphase, oft auch die Austreibungsphase in der Gebärmutter. Andernfalls werden sie motiviert, sich zu bewegen oder die für sie angenehmste Position einzunehmen. Die Frauen werden immer wieder ermuntert, zu essen und zu trinken und darauf zu achten die Blase regelmäßig zu entleeren.

Vaginale Untersuchung

Wie erwähnt ist nicht immer eine vaginale Untersuchung notwendig, um zu erfahren ob sich die Frau in der aktiven Eröffnungsphase befindet. Die vaginale Untersuchung wird dann vier Stunden nach Beginn des Partogramms angeboten, beziehungsweise erfolgt ohne weitere Indikationen die nächste Untersuchung vier Stunden nach der vorhergehenden. Des Öfteren gebären daher Frauen, vor allem Mehrgebärende, ohne eine einzige vaginale Untersuchung unter der Geburt.

Sollte die erste Untersuchung vier Stunden nach Beginn des Partogramms erfolgen, wird zumindest eine Muttermundöffnung von 4 cm erwartet. Andernfalls wird das Partogramm beendet und wieder die Betreuung der Latenzphase aufgenommen. Der Frau wird dann mehr Zeit gegeben, in die aktive Eröffnungsphase zu gehen. Dabei wird entsprechend ihren Wünschen und wie sie zurechtkommt mit ihr ein individueller Plan erarbeitet. Einleitung oder Eröffnung der Fruchtblase ist normalerweise keine Option in der physiologischen Latenzphase.

Sollte die aktive Eröffnungsphase bereits bestätigt sein, wird ein Fortschritt von 0,5 cm/ Stunde erwartet, d.h. nach vier Stunden weitere 2 cm Fortschritt. Vor jeder vaginalen Untersuchung muss der Bauch abgetastet werden, um die kindliche Stellung und Lage festzustellen.

Informed Consent

In England erfolgt keine Untersuchung oder Intervention ohne Einwilligung der Frau. Die Frau hat immer das Recht zu verweigern, wobei es wichtig ist, dass sie über potenzielle Risiken aufgeklärt wird. Verweigert eine Frau beispielsweise eine vaginale Untersuchung, wird sie über die Gründe dafür aufgeklärt. Verweigert sie daraufhin noch immer die Untersuchung, wird das respektiert, jedoch genau dokumentiert. Auch eine Episiotomie darf nur durchgeführt werden, wenn die Frau dazu einwilligt. Es ergibt sich daraus, dass die Dokumentation rechtlich von großer Bedeutung ist.

Das Traumpaar der Hebammen-Fortbildungen 2019
Mannheim - Berlin
 • Top-ReferentenInnen • Top-Themen • Top-Teilnahmepreise
 • Keine Themengleichheit
 Aktuell. Praxisrelevant. Anerkannt. Themenstark.

2 Congresse = 1 Kombi-Sonderpreis: 199,- Euro

Anerkannte, doppelte 30 Fortbildungsstunden!
Sofort anmelden! Sensationellen Sonderpreis sichern!

Internationaler Congress
Geburtshilfe im Dialog



Ihr Forum für den Dialog in Schwangerschaft, Geburt & Wochenbett



Der größte, jährliche geburtshilfliche Hebammen Fortbildungscampus im deutschsprachigen Raum.



Kooperationspartner:
 FÖHM
 Hebammenverband Österreich

>> 22. – 23. März 2019
 Congress Center Mannheim
www.Geburtshilfe-im-Dialog.de

Internationaler Congress **Neu 2019!**
Geburtshilflicher Dialog



Ihr Forum für den Dialog in Schwangerschaft, Geburt & Wochenbett



1. Int. Hebammen-Congress in der Hauptstadt Berlin



Kooperationspartner:
 St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof

>> 10. – 11. Sept 2019
 Estrel Congress Center Berlin
www.GeburtshilflicherDialog.de

PRO MEDICO

Medizinische Fortbildungsgesellschaft



Akupunktur & Hebammenarbeit
 Eine einzigartige Verbindung für die tägliche Praxis.
Einzigartig. Wirkungsvoll. Effektiv.
 Die Therapieoption für Hebammen, im Sinne und zum Wohle der uns anvertrauten und vertrauenden Frauen.

Start neuer Ausbildungsreihen & nächste Kursangebote:

- Graz 28.06.-29.06.'18
- Wien 29.06.-01.07.'18
- Weissensee 14.09.-19.09.'18
- Innsbruck 26.10.-27.10.'18
- Wien 24.11.-25.11.'18

TCM-Vollausbildung

- Weissensee V1: 14.-19.09.'18
- V3: 14.-19.09.'18
- Wien V2 A: 22.-23.11.'18

TCM-Sonderkurse

- Wien 22.11.'18 **Punktlokalisation & Nadeltechnik**
- Wien 23.11.'18 **Aku-Taping**

Hebammen-Fortbildungswoche

- Weissensee 05.-10.02.'19

Baby Shiatsu & Shonishin

- Weissensee 11.-16.02.'19

Lernen auch Sie von und bei den Profis für Hebammen im deutschsprachigen Raum, dem anerkannten Aus- und Fortbildungspartner No. 1 für Hebammen seit über 25 Jahren. Ausbildungen anerkannt und entsprechend der ÖHG-Richtlinie.

Alle Informationen und Anmeldungen:
www.Pro-Medico-Fortbildung.com

Liebe Kolleginnen,
 die Pro-Medico Kursleiterinnen heißen Sie auch 2018 herzlich willkommen.
 Überzeugen Sie sich zum Ausbildungsbeginn von der Pro-Medico-Qualität.
Buchen Sie den ersten Kurs zum halben Preis!

Austreibungsphase

In der Austreibungsphase wird alle fünf Minuten nach einer Wehe für mindestens eine Minute die fetale Herzfrequenz auskultiert und alle 15 Minuten der mütterliche Puls gemessen.

Bei vollständiger Muttermunderöffnung ohne Pressdrang ist es möglich, der Frau bis zu zwei Stunden Zeit zu geben. Die Frau wird ermutigt Gebärpositionen einzunehmen, die die kindliche Position unterstützen und die Wehen so weit es geht zu veratmen. Dies gibt ihr Zeit, das Köpfchen in eine geburtsfördernde Position zu bringen und das Tiefertreten zu fördern, wobei gleichzeitig die Energiereserven von Mutter und Kind möglichst geschont werden. Dies wird auch als passive Austreibungsphase bezeichnet.

Nach jeder Stunde muss jedoch ein volles Assessment durchgeführt werden: maternale Vitalparameter, fetale Herzfrequenz, abdominelle Palpation, Blasenentleerung spontan oder mit Einmalkatheter und Harntest, vaginale Untersuchung sowie Evaluierung der Wehentätigkeit. Die genaue Einschätzung ist von enormer Bedeutung, um einen langsamen Geburtsfortschritt von einer Dystokie zu unterscheiden und möglichst zeiteffizient und sicher zu reagieren. In der aktiven Austreibungsphase wird die Frau unterstützt, die von ihr gewünschten Gebärhaltungen einzunehmen. Sie wird bestärkt, auf ihren Körper zu hören und dem körpereigenen Drang mitzudrücken zu folgen.

Es ist nicht immer notwendig, eine vaginale Untersuchung durchzuführen, um die vollständige Muttermunderöffnung

festzustellen. Das Verhalten der Frau, die lila Linie und anale Dilatation durch Tiefertreten des kindlichen Kopfes sind oft sehr aufschlussreiche Zeichen des Geburtsfortschritts.

Sollte nach einer Stunde unwillkürlich starkem Pressdrang der vorangehende Kindsteil nicht sichtbar sein, wird mit der Frau die vaginale Untersuchung besprochen um festzustellen, in welcher Geburtsphase sie sich befindet.

Bei vollständiger Muttermunderöffnung, wenn die Frau unwillkürlich mitdrücken muss, wird von der aktiven Austreibungsphase gesprochen. Insgesamt können der Frau bis zu drei Stunden Zeit für die Austreibungsphase gegeben werden, davon können eine oder zwei Stunden passiv sein. Normalerweise besteht die verbale Führung darin, die Frau in ihrem Empfinden zu bestärken, auf ihren Körper zu hören. Jedoch wird auch jedes mögliche Geburtsequipment wie der Gebärhocker verwendet und aktiv zum Mitdrücken angeleitet, wenn es notwendig ist.

Birth buddies

In England hat es sich bewährt, kurz bevor das Kind geboren wird eine zweite Hebamme zur Geburt zu holen. Bei physiologisch verlaufenden Geburten ist daher kein Arzt/keine Ärztin anwesend. Die zweite Hebamme dokumentiert für die Hebamme, welche die Geburt leitet. Sie steht ihr mit einer zweiten Meinung in schwierigen Fällen zur Seite und ist bei Notfällen sofort zur Verfügung. Auch bei Hausgeburten wird eine zweite Hebamme aus der midwife-led unit hinzugeholt. Es kann daher jederzeit im Dienst passieren, dass man zu einer Hausgeburt geholt wird.

Das Modell bietet außerdem die Gelegenheit, voneinander zu lernen, sich auszutauschen und zu reflektieren.

Literatur:

Birthplace in England Collaborative Group (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343, 1-13. doi: 10.1136/bmj.d7400

National Institute for Health and Clinical Excellence (2017). Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations> [28.03.18]

Seaward, PG, Hannah, ME, Myhr, TL, et al. (1997). International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177, 1024-1029. doi: 10.1016/S0002-9378(97)70007-3



Juliana Glaser BA, BSc

ist seit 2015 Hebamme und arbeitet seit 2016 im Birth Centre des Cambridge University Hospitals in England.

