



## **Betreuungspfad der Autonomen Provinz Bozen**

Betreuung der Frauen in der Schwangerschaft, bei der Geburt, des Wochenbettes bei niedrigem geburtshilflichen Risiko und des gesunden Neugeborenen bis zum ersten Lebensjahr

Autonome Provinz Bozen

November 2018

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Abteilung 23  
Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Ripartizione 23  
Salute

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
Verzeichnis der Abkürzungen .....	3
Einleitung .....	4
Projektleitung.....	6
Projektkerngruppe .....	6
General View.....	7
Sub EVS (Einheitliche Vormerkstelle) .....	8
Schwangerschaft 1. Phase des Betreuungspfades .....	9
Bestimmung des geburtshilflichen Risikos .....	12
Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 13 .....	12
Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 26+ .....	14
Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 30 .....	15
Bestimmung des geburtshilflichen Risikos .....	15
Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 40 .....	16
Geburt mit niedrigem Risiko .....	17
Geburt mit niedrigem Risiko .....	18
Geburt mit niedrigem Risiko .....	19
Geburt/Postpartum/Wochenbett mit niedrigem Risiko.....	20
Wochenbett mit niedrigem Risiko .....	21
Wochenbett mit niedrigem Risiko .....	22
Während des gesamten Betreuungspfades .....	23
Indikatoren .....	24
Verweis .....	25
Literaturverzeichnis: .....	26
Anhang A: Bewertungskriterien Beginn der Schwangerschaft .....	27
Anlage B: Fragebogen zur Selbsteinschätzung für die Gebärende.....	28
Anlage C: Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme am Ende der Schwangerschaft .....	29
Anlage D: Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme im Wochenbett .....	30

## Verzeichnis der Abkürzungen

AP	Austreibungsphase
BB	Blutbild
BMI	Body Mass Index
CRL	Crown Rump Length
CTG	Cardiotokographie/-tokogramm
CVS	Chorionzottenbiopsie
EEH	Emotionelle Erste Hilfe
EP	Eröffnungsphase
FHT	Fetale Herztöne
FOT	Fish Odor Test
FW	Fruchtwasser
GDM	Gestational diabetes mellitus
ICT	Indirekter Coombstest
KH	Krankenhaus
LL	Leitlinie/n
M	Monat/e
NT	Nuchal Translucency – Nackentransparenz
RR	Blutdruckmessung nach Riva Rocci
SiEOG	Società italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica (italienische Gesellschaft für Geburtshilfliche und Gynäkologische Sonographie)
SLE	Systemic Lupus Erythematosus
SSW	Schwangerschaftswoche
SUPC	Sudden unexpected postnatal collapse
TVT	Tiefe Venenthrombose
US	Ultraschall
VE	Vakuumextraktion
W	Woche/n

## Einleitung

Beschreibung des Entwicklungsprozesses eines landesweiten Organisationsmodelles "Rund um die Geburt" der Autonomen Provinz Bozen

Dieser Prozess zur Entwicklung eines Organisationsmodelles "Rund um die Geburt" beginnt im Februar 2016 mit der Tagung "Rund um die Geburt", wobei 130 Fachleute, Gynäkologen/innen, Kinderärzte/innen, Anästhesisten/innen, Neonatologen/innen, Hebammen, Krankenpfleger/innen, Vertreter der Sanitäts- und Pflegedienstleitung des Südtiroler Sanitätsbetriebes, sowie der Abteilung Gesundheit sich mit diesem Thema auseinandergesetzt haben.

Es wurde dabei die Methodik des „Worldcafé“ angewandt, wobei an verschiedenen Tischen folgende zentrale Punkte festgelegt wurden, welche bis zum Jahr 2020 behandelt und definiert werden sollen:

- Organisationsmodelle,
- Betreuungspfade,
- Risiko-Assessment,
- Interprofessionelle Zusammenarbeit,
- Betreuungskontinuität zwischen Krankenhaus und wohnortnaher Betreuung,
- Anderes

Aufgrund der erzielten Ergebnisse, hat das Ressort für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit, und im Besonderen Landesrätin Frau Dr. Martha Stocker, gemeinsam mit der Betriebsdirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebs eine interprofessionelle Arbeitsgruppe beauftragt, in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskomitee Rund um die Geburt, ein landesweit einheitliches Modell für die Betreuung vor, während und nach der Geburt auszuarbeiten.

Dieses Organisationsmodell soll die verschiedenen Risiken und die nationalen gesetzlichen Vorgaben, wie z.B. das Abkommen zwischen Staat, Regionen und Autonomen Provinzen vom 16. Dezember 2010, sowie die wissenschaftlichen Evidenzen berücksichtigen.

Das daraus hervorgegangene Modell im Anhang betrifft in erster Linie Schwangerschaften mit geringem Risiko, oft auch als „physiologische Schwangerschaft und Geburt“ bezeichnet. Dabei wurde vor allem auf die Festlegung von Kriterien Wert gelegt, die eine Unterscheidung/Triage zwischen einer „physiologischen“ Schwangerschaft und einer (Hoch)-Risiko-Schwangerschaft ermöglichen.

In der Beschreibung des gesamten Prozesses werden die Momente der Risikoabschätzung, mit Bezug auf die verwendeten klinischen Kriterien, hervorgehoben.

Eine Innovation stellt der autonom von den Hebammen (in Absprache mit allen Gesundheitsberufen, die in den Betreuungspfad „Rund um die Geburt“ eingebunden sind) geleitete Kreißaal für die physiologische Geburt an den Geburtsstationen dar, welche alle Anforderungen und Standards an Qualität und Sicherheit des oben genannten Abkommens zwischen Staat, Regionen und Autonomen Provinzen berücksichtigen. Das ausgearbeitete Modell schließt sog. „freestanding“-Kreißäle (Kreißäle, welche nicht in eine Geburtenstation an einem Krankenhaus integriert sind) aus.

Die in der Bibliographie angeführte Literatur beinhaltet sowohl die nationalen Vorgaben als auch die neuesten wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema (NICE 2017).

Um die Implementierung des Prozesses überwachen und nachverfolgen zu können, wurden Indikatoren für jede Makro-Phase des gesamten Prozesses ausgearbeitet. Der Prozess der Implementierung sieht, nach Erhalt eines positiven Gutachtens von Seiten des nationalen und landeseigenen Komitees „Rund um die Geburt“, einen Beschluss der Landesregierung der Autonomen Provinz Bozen vor, in welchem eine Beschreibung der Makro-Prozesse, ein Zeitplan für die Umsetzung und eine Abschätzung der für die Realisierung benötigten Ressourcen enthalten sind. Das vorliegende Modell zielt auf eine möglichst einheitliche Betreuung ab um eine Gleichbehandlung bei Zugang und Behandlung zu ermöglichen, welche die Bedürfnisse und Vorlieben der Frauen im soweit als möglich berücksichtigt, ohne sie einem nicht zu rechtfertigenden, zusätzlichen Risiko auszusetzen.

**Im Zusammenhang mit dem Betreuungspfad rund um die Geburt nimmt der verschreibende Arzt Bezug auf die geltenden Landesbestimmungen über die Ticket-Befreiungskodizes für Frauen in der Schwangerschaft.**

Der aktuell in der autonomen Provinz Bozen geltende Ticket-Befreiungskodex L9 wird durch Beschluss der Landesregierung, mit den Kodizes, die bereits auf nationaler Ebene (mittels Rezeptblock des nationalen Gesundheitsdienstes) vorgesehen sind, und deren Merkmale in der Anlage 12, des technischen Reglements, des Dekrets vom 17. März 2008 des Ministers für Wirtschaft und Finanzen, im Einvernehmen mit dem Gesundheitsminister, zu entnehmen sind, ersetzt. Die neuen Ticket-Befreiungskodizes und deren Anwendung sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

<b>Kodex</b>	<b>Art der Befreiung</b>
<b>M00</b>	Befreiung aufgrund Schwangerschaft - präkonzeptionell
von <b>M01</b> bis <b>M41</b> je nach Schwangerschaftswoche	Befreiung aufgrund Schwangerschaft – normale Schwangerschaft; oder
<b>M99</b> In diesem Fall obliegt die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Schwangerschaftswoche und der Art der erforderlichen Leistung, hinsichtlich der Ticket-Befreiung für Ausgaben im Gesundheitswesen, der Versorgungsstruktur	Befreiung aufgrund Schwangerschaft – normale Schwangerschaft. Vom Arzt der Allgemeinmedizin alternativ verwendbarer Kodex, falls derselbe Arzt, aufgrund der langen Zeitabstände zwischen dem Verschreibungsdatum und dem Durchführungsdatum der fachärztlichen Leistung, nicht in der Lage wäre die Schwangerschaftswoche der Betreuten genau zu bestimmen.
<b>M50</b>	Befreiung aufgrund Schwangerschaft - Risikoschwangerschaft
<b>M52</b>	Weitere Leistungen in der Schwangerschaft, welche für Beschäftigte auf Schiffen/Flugzeugen erbracht werden

Hinsichtlich der von der Autonomen Provinz Bozen mit oder ohne Kostenbeteiligung garantierten Leistungen wird auf die Bestimmungen der Provinz zur Umsetzung des Art. 59 des Dekrets vom 12. Januar 2017 betreffend die Aktualisierung der Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS/LEA) verwiesen.

## Mitglieder der Arbeitsgruppe

Burgmann Helene	Krankenpflegerin	Messner Barbara	Hebamme
Primaria Fr. Dr. Cassar Walburga	Kinderärztin	Primar Dr. Messner Hubert	Neonatologe
Daniel Monika Maria	Hebamme	Mongillo Giorgia	Hebamme
Delago Irene	Hebamme	Dr.in Pedevilla Emanuela	Kinderarzt
Di Bella Astrid	Hebamme	Dr. Peer Hannes	Gynäkologe
Foppa Daiana	Hebamme	Primaria Fr. Dr. Pescollderungg Lydia	Kinderärztin
Gostner Judith	Hebamme	Profanter Elisabeth	Hebamme
Dr.in Haller Rita	Anästhesistin	Dr.in Nicole Ritsch	Anästhesistin
Haspinger Manuela	Kinderkrankenpflegerin	Silbernagl Monika	Hebamme
Heidegger Prim. dott. Herbert	Gynäkologe	Pflegedirektorin Dr.in Siller Marianne	Krankenpflegerin
Hinteregger Jessica Sophie	Hebamme	Primar Dr. Alex Staffler	Gynäkologe
Kaserer Sibylle	Hebamme	Dr. Stecher Heinrich	Gynäkologe
Kuppelwieser Kathrin	Hebamme	Primar Dr. Steinkasserer Martin	Gynäkologe
Dr. Thomas Lanthaler	Sanitätsdirektor	Stricker Giorgia	Hebamme
Dr.in Malleier Monika	Gynäkologin	Tauferer Elfrieda	Sanitätsassistentin
Stefano Mascheroni	Regionalsekretär von „Cittadinanzattiva“ in Bozen	Dr.in Veneziano Micaela	Gynäkologin
Primar Dr. Messini Sergio	Gynäkologe	Zambelli Sara	Hebamme

## Projektleitung

Dr.in Rabensteiner Veronika  
Amt für Gesundheitsordnung  
Abteilung Gesundheit  
Autonome Provinz Bozen - Südtirol

## Projektkerngruppe

Dr.in Cattoi Marina  
Qualitätsreferentin  
Bezirksdirektion – Gesundheitsbezirk Brixen  
SABES

Mag. Frena Harald  
Pflegedienstleiter  
Gesundheitsbezirk Brixen SABES

Dr. Meier Horand  
Koordinator Operative Einheit klinische Führung  
Abteilung Gesundheit  
Autonome Provinz Bozen - Südtirol

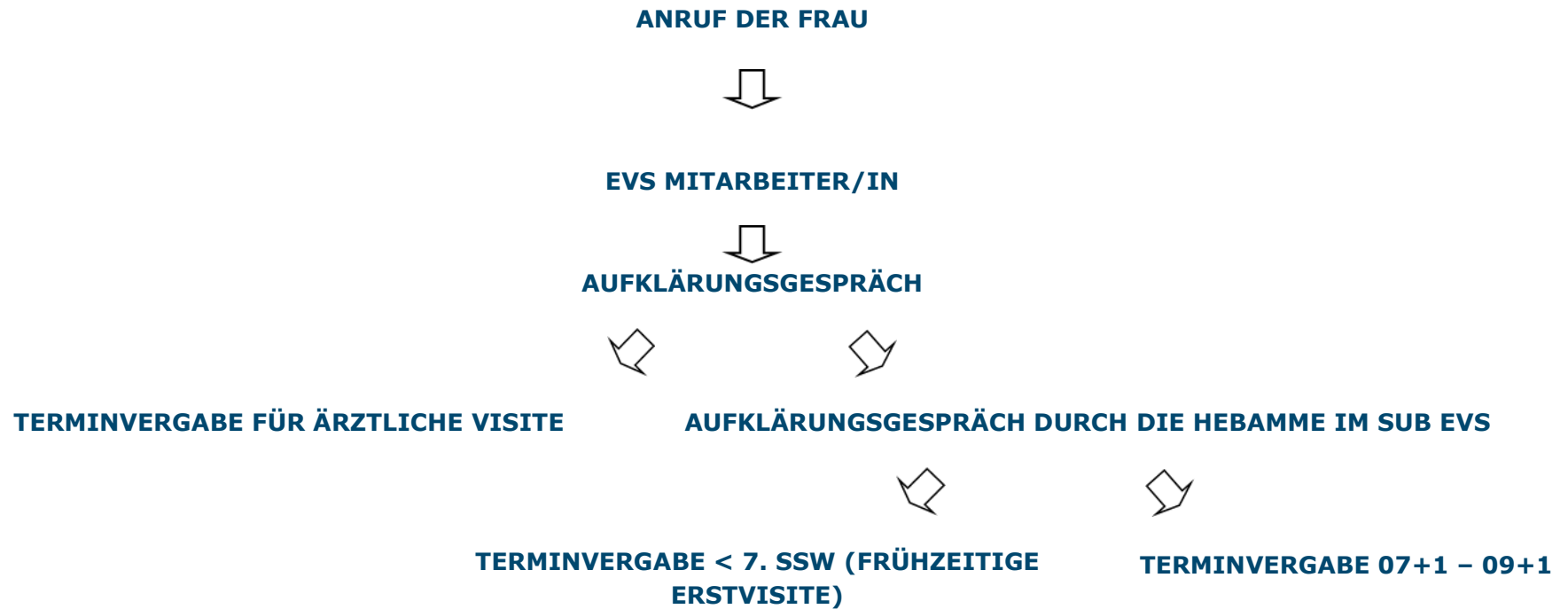
# General View



☎	Schwangerschaft mit niedrigem geburtshilflichen Risiko															Geburt	Post Partum 2 h	Stationäre Aufnahme Kreisßsaal/ Geburtshilfe	Mutter-Kind-Betreuung									
	< 07	07+1 - 09+1	11+1 - 13+1	14 - 18	16+	20+	24+ - 25+	> 26+	28+	28+ - 30+	30 - 35	32+ - +34+	35+ - 36+	40	>41+				Wochenbettbetreuung zu Hause	8. giorno	4-6 W	2-3 M	5-7 M	8-10 M	12-15 M			
Gynäkologe/in	■	■	■	■		■	■			■	■		■		■													
Hebamme	■	■	■		■		■	■		■	■		■		■		■	■	■									
Krankenpfleger/in																	■	■										
Kinderarzt/ärztin Neonatologe/in																		■	■									
Kinderarzt/ärztin freier Wahl																				■		■	■	■	■	■	■	■
Anästhesist/in												■																
Sanitätsassistent /in								■										■	■	■			■					
Kinderkrankenpfleger/in								■										■	■	■	■							
Interkulturelle/r Mediator/in	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
EEH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kriterien zur Risiko-Bewertung	■	■	■	■	■	■			■	■							■	■										
Indikatoren	■	■														■	■		■						■			

MIT EINEM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH DURCH EINE HEBAMME  
VERRINGERT SICH DIE ANZAHL DER VISITEN VOR DER 7. SSW

## Sub EVS (Einheitliche Vormerkstelle)





## Schwangerschaft 1. Phase des Betreuungspfades

SSW+	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>&lt; 07 (frühzeitige Erstvisite)</b>	Anamnese Arterieller Blutdruck RR Körpergewicht Berechnung BMI	Hebamme  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Verschreibung von Blutuntersuchungen
	Untersuchung (*1) Nativ Abstrich FOT (*2) Ultraschall Spot/ Auskultation der fetalen Herztöne	Gynäkologe/in  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Klinische (Vor-) Einschätzung der Frühschwangerschaft
<b>07+1-09+1 (Standard Erstvisite in der Schwangerschaft)</b>	Anamnese RR Messung des Körpergewichts Berechnung BMI (wenn nicht bereits berechnet) Schwangerschaftsberatung Evtl. Ausfüllen der ersten Routine- Befundanforderungen (falls noch nicht in der frühzeitigen Erstvisite durchgeführt) Aufklärung über Toxoplasmose: Vorbeugende Maßnahmen, evtl. Dokumentation der erfolgten Immunisierung	Hebamme  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Vormerkung des pränatalen Gesprächs
	Untersuchung (*1) Nativ Abstrich FOT (*2) Ultraschall (nach den Empfehlungen der SIEOG) Anamnestiche Einschätzung des geburtshilflichen Risikos (siehe Anlage A)	Gynäkologe/in  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Überprüfung ob Blutproben bereits verschrieben oder Verschreibung derselben:  Ticketbefreit: venöse Blutabnahme, BB, Harnuntersuchung, Harnkultur, BZ, <b>Röteln-Test IgG+IgM nur bei V.a. Infektion, oder bei Patientinnen, die keinen Anknunft geben können, ob sie geimpft wurden; Röteln test IgG, wenn Patientin mitteilen kann, dass sie geimpft wurde. Toxoplasmose-Test IgG+IgM</b> , VDRL, HIV, Blutgruppe + RH (wenn nicht bereits bekannt), ICT, Hämoglobinopathiescreening (wenn indiziert); PAP Abstrich (nur wenn Patientin nicht dem Screening der Autonomen Provinz Bozen teilgenommen hat).  Nicht ticketbefreit: TSH, Kreatinin, gamma-GT, Eisenstoffwechsel, <b>antiVarizellen Ab IgG+IgM, Ab antiCMV (nur nach Patienteninformation) IgG+IgM</b> . GOT, GPT, HbsAg, HCVab.

			<p>Ticketbefreit bei Vorliegen folgender Risikofaktoren: HCVab, HCV Typisierung (nur wenn HCV ab pos); Zervikalabstrich für Chlamydia, Mykoplasma, Neisseria (Molekulärtest)(*3)</p> <p>- Erstvisite + US mit Gestationskammer US ticketbefreit: Anzahl der Embryonen/Feten CRL embryonale Herzaktion/Fet. Herztöne, Untersuchung der Gebärmutter und Adnexe</p>
--	--	--	--

SSW+	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER INHALT DER LEISTUNGEN
<b>Nach der Visite in der 07-09 SSW</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hebammengespräch für Screening-Angebot (nur von der Schwangeren unterschrieben)</li> <li>- Vormerkung Termin für den Bi-Test (free <math>\beta</math>-HCG +PAPP-A; 9-11 SSW)</li> <li>- Ausstellen der Bewilligungen</li> <li>- Vormerkung der (prä-)morphologischen Pränataldiagnostik</li> </ul>	<p>Zuständige Hebamme</p> <p>Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH</p>	<p>Anamnestisches Screening siehe „Mutterpass“ Seite. 6-7</p> <p>Digitale Dokumentation.</p> <p>Ausfüllen der Bewilligungen für die (prä-)morphologischen Pränataldiagnostik</p>
<b>9+0-11+6</b>	Blutabnahme, free- $\beta$ HCG und PAPP-A (Bi-Test) (*4)	Labor	<p>Ausgefüllte Bewilligungen</p> <p>Ideale SSW 9+0-11+6 (Der Test ist bis der SSW 13 + 6 ticketfrei, man solla ber die Patientin informieren, dass die Sensibilität vom Screening niedriger als erwartet sein könnte).</p>
<b>11+1-13+6 Jedenfalls nach der Entnahme des Bi-Tests</b>	<p>(prä-)morphologische Pränataldiagnostik, Screening kombinierter Test Chromosomopathien</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Selektion der Schwangerschaft nach Risikoklasse</p>	<p>FMF-London-zertifizierte/r Gynäkologe/in für die Einschätzung des chromosomischen Risikos (Kombinierter Test: NT und Bi-Test)</p> <p>&amp; Hebamme</p> <p>Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR</li> <li>- Überprüfung der Anamnese siehe Anlage A</li> <li>- Überprüfung der evtl. vorhandenen Dokumentation der Schwangeren</li> <li>- Überprüfung des Bi-Test-Ergebnisses</li> <li>- US I. Trimenon nach den LL der SiEOG, wenn von der Schwangeren gewünscht, Berechnung des chromosomalen Risikos anhand des kombinierten Tests</li> <li>• Niedriges Chromosomalrisiko: Risiko für Chromosomale-Pathologien unter 1:500: das Screening für Chromosomal anomalies des ersten Trimenons wird beendet</li> <li>• Hohes Risiko, wenn höher als 1:100 oder NT höher als 99 P:&gt;3,5 mm invasive Untersuchung, CVS oder Amniozentese</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mittleres Risiko zwischen 1:100 und 1:500: nicht invasives Screening II. Levels wird ticketbefreit angeboten: NIPT (cfDNA) <ul style="list-style-type: none"> <li>Nach dem NIPT bei hohem Risiko: invasive Untersuchung wird angeboten (CVS oder Amniozentese). Bei niedrigem Risiko: das chromosomale Screening wird beendet</li> </ul> </li> </ul> <p>- Selektion der Schwangeren mit hohem Risiko für frühe Präeklampsie im I. Trimenon</p> <p>Bei Vorhandensein von einem übergeordneten Risikofaktor oder zwei untergeordnete Risikofaktoren, die Verschreibung von Azetylsalizylsäure 75-100 mg/ täglich ab SSW 12 bis SSW 34 erwägen</p> <p><b>Siehe nächste Seite!</b></p>

<p><b>11+1-13+6</b></p> <p><b>Jedenfalls nach der Entnahme des Bi-Tests</b></p>	<p>(prä-) morphologische Pränataldiagnostik &amp; Risikoassessment der Schwangerschaft</p>	<p>FMF-London-zertifizierte/r Gynäkologe/in für die Einschätzung des chromosomischen Risikos (Kombinierter Test: NT und Bi-Test) &amp; Hebamme</p> <p>Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die übergeordneten Risikofaktoren für die Identifizierung der Schwangeren mit erhöhtem Risiko für Präeklampsie sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>Zustand nach SS mit Präeklampsie oder IUGR</li> <li>arterielle Hypertonie vor der Schwangerschaft</li> <li>Diabetes Mellitus vor der Schwangerschaft (Typ I oder Typ II)</li> <li>Mütterliche Nephropathie</li> <li>Antiphospholipid-Syndrom (APS) (oder eine andere autoimmune Pathologie mit Präeklampsie-Risiko)</li> </ul> </li> <li>Die untergeordneten Risikofaktoren sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>mütterliches Alter &gt; 40 Jahre</li> <li>Schwangerschaftsintervall &gt; 10 Jahre oder Nulliparität</li> <li>BMI &gt; 30</li> <li>Mehrlingsschwangerschaft</li> <li>familiäre Anamnese positiv für Präeklampsie</li> </ul> </li> <li>Zusätzliche Screenings für die frühe Präeklampsie: zu den oben aufgelisteten Kriterien, können von jedem Screening-Zentrum autonom zusätzliche Screenings angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>MoM PAPP- A</li> <li>mittlerer Blutdruckwert in der 11-13 SSW</li> <li>Doppler der Arterie uterinae in der 11-13 SSW</li> <li>anamnestische Faktoren</li> </ul> <p>Dieses Screening kann von FMF-zertifizierten Ärzten/Ärztinnen anhand der vorgesehenen Software angeboten werden</p> </li> </ul>
---	--	--	--

- Dokumentation (digital und im Mutterpass)
- Vormerkung US 20 SSW

### Bestimmung des geburtshilflichen Risikos

Bestimmung des geburtshilflichen Risikos

Gynäkologe/in

Mitteilung an die Schwangere

**Schwangerschaft mit NIEDRIGEM RISIKO**

**Schwangerschaft mit  
SPEZIFISCHEM RISIKO**

**PATHOLOGISCHE  
Schwangerschaft**

### Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 13 BETREUUNGSPFAD

SSW+	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER INHALT DER LEISTUNGEN
Ab SSW 13 wöchentlich	Messung des Körpergewichts und Dokumentation	Die Schwangere selbst	Erhebung und Dokumentation des Gewichts 1 Mal wöchentlich
14-18	TRI-Test Nur wenn die Schwangere den kombinierten Test für das Screening von Chromosomopathien nicht durchführen konnte	Gynäkologe/in Genetiker/in Zentrallabor	Verschreibung und Durchführung der Blutbefunde - Wenn die Schwangere die Erstvisite zu spät wahrnimmt und keinen Zugang zum Screening der Chromosomen-Pathologien des ersten Trimenon hat, kann der Tri Test zwischen der 16. Und 18. SSW ticketbefreit angeboten werden. Voraussetzung ist ein ausführliches Informationsgespräch (Alpha-Fetoprotein, freies Östriol und HCG) Eine invasive Untersuchung wird bei einem Risiko von mehr als 1:250 angeboten
16+	Untersuchung + FHT (*1) Nativ Abstrich FOT (*2) Kontrolle der Blutproben RR	Hebamme  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Empfehlungen: Blutuntersuchungen Eventuell, falls indiziert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• venöse Blutabnahme</li> <li>• Röteln Test IgG(wenn vorher negativ)</li> <li>• Toxoplasmose-Test (wenn vorher negativ)</li> <li>• OGTT (*5)</li> </ul>
20+	Morphologischer Ultraschall	Gynäkologe/in  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Ticketbefreiter Ultraschall nach den LL der SIEOG fetale Biometrie fetale Morphologie Placenta-Morphologie LA Zervikometrie  Verschreibung Blutuntersuchung

			<p>Evtl. wenn indiziert: Toxoplasmose-Test IgG+IgM (wenn vorher negativ), venöse Blutabnahme</p>
24+ - 25+	<p>Untersuchung (*1) + FHT Nativ Abstrich FOT (*2)</p> <p>Blutproben</p> <p>Screening Schwangerschafts-Diabetes</p>	<p>Gynäkologe/in oder Hebamme</p> <p>Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH</p>	<p>Labor: Blutuntersuchung, venöse Blutabnahme, Harntest, Harnkultur, Eventuell, falls indiziert: Toxoplasmose-Test IgG+IgM (wenn vorher negativ)</p> <p>Blutuntersuchungen ohne Ticketbefreiung: Blutbild, Eisen</p> <p>Ticketbefreit nur falls indiziert: OGTT (*6) (bei Risiko- Schwangerschaften falls nicht vor der 16. SSW durchgeführt oder wenn bereits durchgeführt mit negativem Ergebnis)</p>

**Schwangerschaft mit niedrigem Risiko – ab SSW 26+**  
BETREUUNGSPFAD

<b>SSW+</b>	<b>LEISTUNG</b>	<b>BERUFSBILD/ORT</b>	<b>ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN</b>
<b>&gt;26+</b>	Geburtsvorbereitungskurs	Hebamme und Sanitätsassistent/in oder Kinderkrankenpfleger/in Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Vorbereitung auf die Geburt, das Stillen und die Pflege des Neugeborenen
<b>28+</b>	Visite + BCF Kontrolle der Blutuntersuchungen Aushändigen des anästhesiologischen Fragebogens (s. Anlage B) Überprüfung bezüglich einer eventuellen Immunprophylaxe Anti- D wenn Rh negativ	Hebamme  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Empfehlungen: ticketbefreite Blutuntersuchungen: Blutbild, TCI, venöse Blutabnahme Eventuell falls indiziert: Toxoplasmose-Test IgG + IgM (wenn vorher negativ) Eventuell falls indiziert: Rh Immunprophylaxe empfehlen, nach bezirksinterner Vorgehensweise
	Ausfüllen des anästhesiologischen Fragebogens (s. Anlage B)	Die Schwangere selbst	Im Mutterpass aufzubewahren
	Überprüfung des anästhesiologischen Fragebogens (s. Anlage B)	Hebamme, territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Eventuelle Vormerkung einer anästhesiologischen Visite auf Basis des Mutterpasses
<b>28+ - 30+</b>	Biometrischer Ultraschall nur bei Indikationsstellung	Gynäkologin/Gynäkologe  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Ticketbefreiter Ultraschall nach Urteil der behandelnden Hebamme, wenn der Abstand Symphyse/Fundus nicht der SSW entspricht oder bei einem anderen Verdacht. Fetale Biometrie Erneute Beurteilung der Morphologie von Herz, Magen, Nieren Fetale Lage Placenta-Morphologie FW Eventuelle Zervikometrie falls Indikation vorhanden

**Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 30**  
BETREUUNGSPFAD

SSW+	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>SSW 30-35</b>	Informationsveranstaltung in der Gruppe	Gynäkologin/Gynäkologe Anästhesisten/in Hebamme KH/ Territoriale Ambulatorien	Informationsveranstaltung über die Geburt und das Management der Geburtsschmerzen für eine Gruppe von Schwangeren an festgelegten Daten (ohne Vormerkung) in Anwesenheit von Anästhesist/in Gynäkologe/in, Hebamme; eventuell mit Hilfe von Videoclips oder in Form von Einzelgesprächen; abgehalten sowohl in deutscher als auch in italienischer Sprache je nach Geburtenrate (1-2-mal monatlich) oder als Einzelgespräch im anästhesiologischen Ambulatorium. Das Formular für die Einverständniserklärung soll auf jeden Fall vor Beginn der Geburt von der Frau unterschrieben werden (entsprechend der gültigen Rechtslage).
<b>32+ - 34+</b>	Visite + BCF Nativ Abstrich, FOT Kontrolle der Blutuntersuchungen	Hebamme Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Zu empfehlen: Ticketbefreite Blutuntersuchungen Harntest, Harnkultur, Blutbild, venöse Blutabnahme HbsAg, HIV, VDRL Eventuell, falls indiziert: Toxoplasmose-Test IgG+IgM (wenn vorher negativ)
<b>34+ - 36+</b>	Biometrischer Ultraschall	Gynäkologin/Gynäkologe Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	US Fetale Biometrie Fetale Lage FW Manning score
	Bestimmung des geburtshilflichen Risikos		
	Bestimmung des geburtshilflichen Risikos (s. Anlage C)	Gynäkologin/Gynäkologe	Anwendung des Protokolls "Selektion der Geburtsrisiko-Klassen" ("Übernahme" durch Geburten-Abteilung) (s. Anlage C)
<b>36+ - 37+</b>	Screening GBS (Streptococcus agalactiae Gruppe B) (37. SSW)	Hebamme	rekto-vaginaler Abstrich auf GBS (darf während der letzten US Kontrolle durchgeführt werden , nach bezirksinterner Vorgehensweise)

**Schwangerschaft mit niedrigem Risiko - ab SSW 40**  
BETREUUNGSPFAD

<b>SSW+</b>	<b>LEISTUNG</b>	<b>BERUFSBILD/ORT</b>	<b>ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN</b>
<b>40</b>	Visite (*1) + BCF Nativ Abstrich FOT (*2) CTG Programmierung der vorgeburtlichen Kontrollen Entscheidung über Nabelschnurblutspende	Hebamme  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Überprüfung: Gebärmutterhals wenn indiziert Fetale Lage BCF/CTG  Die Triage durch die Hebamme muss rechtzeitig vor der Geburt wiederholt werden.
<b>&gt;41+</b>	vorgeburtliche Kontrollen: Visite (*1) Nativ Abstrich FOT (*2) US CTG	Gynäkologin/Gynäkologe  Territoriale Ambulatorien SABES/Freiberuflich/KH	Mit Beurteilung von: Dilatation der Cervix Fetale Lage BCF/CTG FW Manning score



## Geburt mit niedrigem Risiko

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>Geburt</b>	Betreuung und Überwachung der Frau während der Geburt	Hebamme im Kreißaal im KH	<p><b>Schwangerschaft/Geburt mit niedrigem Risiko (grüner Kodex)</b>                      Ort der Geburt:                      Hebammengeleiteter Kreißaal in einem KH, welcher die vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt (s. Staat-Regionen Konferenz 2010)                      Zuweisung von ausreichend Personal im Kreißaal unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben:                      Ziel ist die "One to One" Betreuung im Kreißaal                      Aufnahme für die Geburt durch eine Hebamme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebung des geburtshilflichen Risikos/ Triage nach Vorgabe</li> <li>• Anamnese</li> <li>• Vital-Parameter</li> </ul> <p>-&gt; Mutter: Temperatur, Blutdruck, Wehentätigkeit, Schmerzempfinden, vaginale Visite                      -&gt; Fötus: Kindsbewegungen, FHT, Situation und Lage, Fruchtwassermenge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sammlung der entsprechenden Dokumentation</li> <li>• Durchführung der bürokratischen Aufnahmemodalitäten</li> </ul> <p><b>First stage of Labour (1):</b>                      (Eröffnungsphase)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebung des geburtshilflichen Risikos/ Triage nach Vorgabe</li> <li>• CTG/FHT</li> <li>o intermittierendes CTG /FHT alle 15 Minuten in der Eröffnungsphase</li> <li>o Bei Vorliegen der folgenden Befunde muss frühzeitig das ärztliche Personal verständigt werden: fetale Herzfrequenz &lt;110 bpm e &gt;160-180 bpm, Dezelerationen, mütterliches Fieber, Vorfinden von missfarbenem FW, mütterlicher arterieller Hochdruck</li> <li>• vaginale Visite mind. alle 4 Stunden (nach WHO-Empfehlung)</li> <li>• kontinuierliche systematische Beurteilung, Kontrolle und Dokumentation der Wehentätigkeit alle 30 Minuten, Kontrolle mütterlicher Herzfrequenz jede Stunde, mütterlicher Blutdruck und Temperatur alle 4 Stunden</li> <li>• Überwachung der Miktion, Dokumentation</li> <li>• Begleitung der Gebärenden in emotionaler und technischer Hinsicht – unterstützen, eine für den Geburtsfortgang förderliche Mobilisierung anregen</li> </ul>

## Geburt mit niedrigem Risiko

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>Geburt</b>	Betreuung und Überwachung der Frau während der Geburt	Hebamme im Kreißaal im KH	<p><b>First stage of Labour (2):</b>                      Dokumentation des Geburtsvorgangs im "Partogramm", im PiA (fetadoc) oder anderem Software-Programm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer der EP</li> <li>• Primipara: 8-18 Stunden mit regulärer Wehentätigkeit</li> <li>• Pluripara: 5-12 Stunden mit regulärer Wehentätigkeit</li> </ul> <p><b>Second stage of Labour:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primipara: 3 Stunden aktive AP (zusätzlich zur Latenzphase anzusehen)</li> <li>• Multipara: 2 Stunden aktive AP (zusätzlich zur Latenzphase anzusehen)</li> <li>• intermittierendes CTG /FHT alle 5 Minuten in der AP</li> <li>• kontinuierliche systemische Beurteilung, Kontrolle und Dokumentation der Wehentätigkeit, mütterliche Pulskontrolle jede Stunde, mütterlicher Blutdruck und Temperatur alle 4 Stunden, regelmäßige Miktion</li> <li>• Besonderes Augenmerk auf die emotionale und psychische Situation der Gebärenden und entsprechende Dokumentation</li> <li>• Intermittierende Auskultation der fetalen Herzöne (FHT) alle 5 Minuten für 1 Minute, mütterlicher Puls alle 15 Minuten; CTG</li> <li>• Das Schmerzempfinden (Toleranz) der Gebärenden berücksichtigen, sie unterstützen und zur Mitarbeit animieren, um die für sie angenehmste Gebärstellung zu finden und ihr beim Essen und Trinken zu helfen.</li> <li>• Aufrechte Stellungen fördern</li> <li>• Aktives Mitschieben bei Bedarf der Gebärenden</li> <li>• Nur bei ineffizientem Mitschieben oder wenn es die Gebärende wünscht:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positionswechsel anbieten</li> <li>- Harnblase entleeren</li> <li>- Motivieren und unterstützen</li> </ul> </li> <li>• Hands-on = Dammschutz</li> <li>• Hands-poised = nur die Durchtrittsgeschwindigkeit des Kopfes am Perineum verlangsamen</li> <li>• KEIN erhöhter Bedarf an Betreuung bei der Wassergeburt</li> <li>• Dammschnitt nur bei Indikation und nicht als Routine</li> <li>• Fördern des Bondings</li> </ul>

## Geburt mit niedrigem Risiko

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>Geburt</b>	Betreuung und Überwachung der Frau während der Geburt	Hebamme im Kreißaal im KH	<p><b>Third stage of Labour: Nachgeburtsphase</b> (bis zur kompletten Entbindung von Plazenta und Membranen) Dauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Minuten bei aktiver Leitung der Nachgeburtsperiode</li> <li>• 60 Minuten bei abwartender Haltung (ohne Vorliegen einer Metrorrhagie)</li> <li>• Das Kind nicht von der Mutter trennen, mindestens bis zum ersten Anlegen.</li> <li>• Nach internationalen und italienischen Leitlinien, Verabreichung von 10 UI Oxytocin i.m. oder 5 UI e.v. bei Entwicklung der fetalen Schulter, zur Prävention von verstärkten postpartalen Blutungen. Auf die Verabreichung wird verzichtet, wenn die Gebärende nach ausreichender Information, der Prävention nicht zugestimmt hat.</li> <li>• Abwarten bis die Nabelschnur aufhört zu pulsieren bevor abgeklemmt wird oder die Nabelschnur nicht vor einer Minute nach der Geburt abklemmen (vorher nur im Falle einer zu kurzen Nabelschnur)</li> <li>• pH-Bestimmung aus dem arteriellen Nabelschnurblut</li> <li>• Blutgruppenbestimmung des Neugeborenen</li> <li>• Kontrolle der Vitalparameter und der Blutungen der Frau</li> <li>• Nachgeburt, die sich spontan durch das aktive Pressen der Frau gelöst hat</li> </ul> <p><b>Postpartum:</b> Kontrollieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrität der Plazenta und der Membranen nach der Nachgeburt</li> <li>• Kontrahierter Uterus mit physiologischer Blutung</li> <li>• Überprüfung durch Inspektion der eventuellen Verletzungen an Damm und/oder Vagina</li> <li>• Vitalparameter der Mutter, Temperatur, Blutdruck und regulärer Puls</li> <li>• Psychisch-emotionaler Zustand der Frau</li> <li>• Kontrolle der Entleerung der Harnblase nach der Geburt (maximal innerhalb von 6 Stunden)</li> </ul> <p><b>Erste Behandlungen des Neugeborenen:</b> Abtrocknen und wärmen (s. aktuelle Leitlinien zur Reanimation des Neugeborenen) Apgar nach 1, 5, 10 Minuten Kontrolle der Vitalzeichen für die Prävention des SUPC</p>

Dokumentation bezüglich Mutter und Kind

## Geburt/Postpartum/Wochenbett mit niedrigem Risiko

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>Geburt /Postpartum</b>	Betreuung und Überwachung der Frau während der Geburt	Hebamme Kreißsaal im KH	Die Hebamme ist verantwortlich für die Überwachung und Betreuung der Frau und des Neugeborenen während der Post-Partum-Phase, ausgenommen bei Verdacht auf funktionelle Anomalien Prävention SUPC (s. entsprechende Dokumente)
	Erstbeurteilung des Neugeborenen	Durch die Hebamme, außer bei Verdacht auf funktionelle Anomalien Kreißsaal im KH	Wenn die Apgar-Punktezahl nach 5 Minuten mehr als 7 beträgt und laut den aktuellen Leitlinien zur Reanimation des Neugeborenen, bleibt das Kind bei der Mutter. Die Erstbeurteilung des Neugeborenen wird von der Hebamme durchgeführt (außer bei Anwesenheit eines Gynäkologen, Kinder-Krankenpflegerin oder Krankenpflegerin)
<b>Aufenthalt im Wochenbett</b>	Betreuung und Überwachung der Frau während der Geburt	Hebamme Entsprechende Krankenhausabteilung (Geburtshilfe)	Triage durch die Hebamme für die Betreuung im Wochenbett – s. Anlage D Innerhalb von 6 Stunden nach der Geburt muss die Harnblase entleert sein. Kontrolle des Ausflusses, des Uterus-Fundus, der Temperatur, des Blutdrucks, des Pulses (Vitalparameter der Wöchnerin), von Miktion, Stillen, Brust, Kontrolle der eventuellen Dammverletzungen, der Mobilisierung, des Bondings, des emotional-psychologischen Zustands und des Verhaltens. Integrierte Betreuung im Wochenbett; tägliche Kontrolle des Fundus Uteri, der Vitalparameter, des Ausflusses, Kontrolle des Perineums am 2. Tag nach der Geburt, Rh-Prophylaxe falls notwendig, zulässige Entlassung am 2. Tag
	Betreuung und Überwachung der Frau während der Geburt	Hebamme oder Kinderkrankenschwester, oder Krankenpflegerin Krankenhausabteilung	Rooming-in 24-Stunden Gewicht, Körpergröße, Kopfumfang, Haut-zu-Haut-Kontakt, Förderung des Stillens, integrierte Betreuung im Wochenbett durch geeignetes Personal, Gesundheitserziehung, Pflege des Neugeborenen, Nabelpflege, Handling, Kinästhetik Protokolle: Bilirubin-Bestimmung, Augen-Prophylaxe, Gruppe ABO Rh, Vitamin K, Screening, Hörtest Das Personal muss die Fachkompetenz besitzen, Pathologien des Neugeborenen frühzeitig zu erkennen.
	Screening Entlassung	Hebamme oder Kinderkrankenschwester, oder Krankenpflegerin Krankenhausabteilung	Screening-Untersuchungen (metabolisch und audiologisch) Geschützte Entlassung

## Wochenbett mit niedrigem Risiko

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>Aufenthalt im Wochenbett</b>	Untersuchung des Neugeborenen	Pädiater-Neonatologe Krankenhausabteilung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untersuchung des Neugeborenen innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt</li> <li>2. Untersuchung bei Entlassung</li> </ol> Der Pädiater-Neonatologe entscheidet bei der Entlassung, ob das Neugeborene gesund ist und keine Risikofaktoren bestehen. In diesem Fall kann das Neugeborene, wie vom Behandlungspfad für die Geburt mit niedrigem Risiko vorgesehen, weiterbetreut werden.
	Geschützte Entlassung	Hebamme, Sanitätsassistentin oder Kinderkrankenschwester/in Territorium	Die Hebamme erhält Informationen über die geschützte Entlassung und überweist an das kompetente Personal des Sprengels (Hebamme und/oder Sozialassistentin, Kinderkrankenschwester/in) für die Komplettierung des Betreuungspfades.
		Interkulturelle Mediatoren Krankenhaus	
<b>Nach der Entlassung (zu Hause)</b>	Die Betreuung im Wochenbett von Mutter und Kind sieht 2-3 Hausbesuche durch die Hebamme in Zusammenarbeit mit dem/der Kinderkrankenschwester/in und dem/der Sanitätsassistent/in innerhalb von 4 Wochen nach der Geburt vor		
	Hausbesuche Abschließende Untersuchung für die geschützte Entlassung	Hebamme Krankenhausabteilung, Territorium	<p><b>Hausbesuche:</b> Betreuung im Wochenbett: Mutter-Kind-Beziehung, 2-3 Hausbesuche innerhalb von 4 Wochen nach der Geburt</p> <p><b>Abschließende Untersuchung für die geschützte Entlassung:</b> Innerhalb von 4 Wochen nach der Geburt durchzuführende Kontrollen:</p>

			Entwicklung des Stillverhaltens, Wundheilung (Nähte), Fundus Uteri Stillberatung Eventuelle Beckenboden Rehabilitation
--	--	--	--

## Wochenbett mit niedrigem Risiko

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
Nach der Entlassung (zu Hause)	Geschützte Entlassung	Hebamme Sanitätsassistentin oder Kinderkrankenpflegerin  Territorium	<p>Geschützte Entlassung            Erste Kontaktaufnahme mit der Frau, bzw. den Eltern            Angebot: Beratung-Einleitung/Demonstration: Stillen            Beratung für Ernährung, Pflege des Neugeborenen und der Nabelpflege, Baden des Neugeborenen, Windelwechsel, Begleitung bei der Anwendung des Tragetuchs für das Neugeborene (kinästhetisches Wissen)</p> <p>Neugeborenes: Kontrolle des Wachstums von Körpergröße- und gewicht, Kontrolle des Nabels, des Bilirubins und Betreuungsabstimmung mit dem Pädiater</p> <p>Für Mutter/Kind- Probleme wird der/die Kinderarzt/ärztin der freien Wahl/der/die Arzt/Ärztin der Basismedizin/das Krankenhaus konsultiert.            Bei Bedarf:            Hausbesuch (Zwillinge, Vorhandensein von Geschwistern im Kindesalter, logistische Probleme, Krankheit)            Information über die Betreuung durch andere Dienste mit eventueller Vormerkung einer Visite.            Aktivitäten bei chronischen Erkrankungen, Palliativbehandlungen, Frühgeburten; die Übergabe durch die Hebamme kann auch während des Aufenthaltes im Wochenbett erfolgen.</p>

## Während des gesamten Betreuungspfades

	<b>LEISTUNG</b>	<b>BERUFSBILD/ORT</b>	<b>ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN</b>
<b>7-41 SSW</b>	Emotionale Erste Hilfe Selbsthilfegruppen	Ausreichend ausgebildetes Personal Krankenhaus/Territorium	Prävention Basic Bonding Gruppen Stärkung der persönlichen Ressourcen Aufbau einer Verbindung zum Fötus Handhabung von akutem und chronischem Stress
<b>7-41 SSW</b>	Emotionale Erste Hilfe Individuelles Gespräch in der SS	Ausreichend ausgebildetes Personal Krankenhaus/Territorium	Förderung der Mutter-Kind-Beziehung Aus dem Stress-Schema ausbrechen Stärkung der Ressourcen
<b>Stationärer Aufenthalt</b>	Emotionale Erste Hilfe Individuelles Gespräch	Ausreichend ausgebildetes Personal Krankenhaus/Territorium	Förderung der Mutter-Kind-Beziehung Aus dem Stress-Schema ausbrechen Stärkung der Ressourcen
<b>Nach der Entlassung (zu Hause)</b>	Emotionale Erste Hilfe Selbsthilfegruppen	Ausreichend ausgebildetes Personal Krankenhaus/Territorium	Präventions-Arbeit Basic Bonding Gruppe Begleiten der Eltern in schwierigen Situationen (Weinen, Schreibabies, Unruhe, Schlafprobleme des Kindes) von Geburt an bis zum Erreichen des 3. Lebensjahres, jährlich 1-4 Gruppen pro Bezirk
<b>Nach der Entlassung (zu Hause)</b>	Emotionale Erste Hilfe Nach der Geburt	Ausreichend ausgebildetes Personal Krankenhaus/Territorium	Förderung der Mutter-Kind-Beziehung Aus dem Stress-Schema ausbrechen Stärkung der Ressourcen Gleichzeitig Begleitung bei Auftreten von Krisen, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Neugeborenen-Intensiv-Station, Psychiatrie, Psychologen. Frühzeitige Hilfe durch Sozialassistenten bei minderjährigen Müttern, Drogen-Abusus, von Geburt an bis zum Erreichen des 3. Lebensjahres des Kindes, spezialisiertes Ambulatorium

	LEISTUNG	BERUFSBILD/ORT	ANMERKUNGEN UND/ODER LEISTUNGEN
<b>8 Tag-6 Wochen</b>	1. Gesundheitsbilanz	Kinderarzt/-ärztin freier Wahl Ambulatorium am Territorium	Gesundheitsbilanz, Gewicht
<b>4-6 Wochen</b>	Hüft-Ultraschall	Pädiater - Neonatologe Krankenhausabteilung	Hüft-Ultraschall
<b>2-3 Monate</b>	1. Gesundheitsbilanz	Kinderarzt/-ärztin freier Wahl Ambulatorium am Territorium	Bilanz + Impfung
<b>5-7 Monate</b>	2. Gesundheitsbilanz	Kinderarzt/-ärztin freier Wahl Ambulatorium am Territorium	Gesundheits-Bilanz + Impfung
<b>8-10 Monate</b>	3. Gesundheitsbilanz	Kinderarzt/-ärztin freier Wahl Ambulatorium am Territorium	Gesundheits-Bilanz
<b>12-15 Monate</b>	4. Gesundheitsbilanz	Kinderarzt/-ärztin freier Wahl Ambulatorium am Territorium	Gesundheits-Bilanz + Impfung

## Indikatoren

1. Sub-EVS aktiv?
2. Kontakt Sub EVS anwesend auf Homepage ersichtlich [www.sabes.it](http://www.sabes.it)?
3. Anzahl der Schwangerschaften, die nach diesem Behandlungspfad betreut wurden, im Vergleich mit der Gesamtanzahl der Schwangerschaften in der Provinz Bozen/Südtirol.
4. Anzahl der Geburten, die sich einer Triage durch die Hebammen für die Geburtsbetreuung am Ende der Schwangerschaft unterzogen haben, im Vergleich zur Gesamtanzahl der Geburten in der Provinz Bozen/Südtirol.
5. Anzahl der Schwangerschaften, die in der 12. SSW als Schwangerschaft mit niedrigem Risiko (grüner Kodex) eingestuft worden sind und welche dann eine Pathologie entwickelt haben, im Vergleich zur Gesamtanzahl der Schwangerschaften mit niedrigem Risiko (grüner Kodex).
6. Anzahl der Frauen, die im Wochenbett zu Hause von einer Hebamme betreut werden, im Vergleich zur Gesamtanzahl der Geburten in der Provinz Bozen/Südtirol
7. Sectorate (nach Robson Kriterien) der Schwangeren im geburtshilflich niedrigen Risiko Kollektiv im Verhältnis zu den Risiko-Schwangeren
8. Erhebung der perinatalen mütterlichen (Fieber im Wochenbett, DR 3-4, HB) und fetalen Outcome Kriterien (NS-art pH-Wert, Apgar Index)
9. Messung der Zufriedenheit der Wöchnerinnen und des Personals ein Jahr nach Implementierung.
10. Stillrate 6 Monate nach der Geburt



Verweis		
(*1)	<p>Als geburtshilfliche Visite wird die klinische Untersuchung der Patientin verstanden. Die vaginale Untersuchung bei der Erstvisite wird zur Identifizierung von vaginalen oder uterinen Missbildungen oder Verstümmelungen der weiblichen Geschlechtsteile empfohlen. Bei den Folgeuntersuchungen kann die vaginale Austastung immer dann durchgeführt werden, wenn es der behandelnde Arzt, bzw. die Hebamme für notwendig erachten. Die geburtshilfliche Visite muss bei jedem Termin eine standardisierte Messung des Abstandes Symphyse-Fundus beinhalten, der sowohl im Mutter-Kind-Pass, als auch in der elektronischen Krankenkartei vermerkt werden muss.</p>	
(*2)	<p>Der native vaginal-Abstrich und FOT müssen bei der Erstvisite immer durchgeführt werden. Bei den Folgevisiten werden sie immer dann durchgeführt, wenn es der behandelnde Arzt, bzw. die Hebamme für notwendig erachtet. Die Durchführung eines nativen vaginal-Abstrichs und FOT ermöglicht die Diagnose von vaginalen Infektionen, die wenn sie rechtzeitig im ersten Trimenon behandelt werden, die Inzidenz einer Frühgeburt vermindern können.</p>	<p>Mikrobiologische Beurteilung mittels vaginalem Abstrich</p>
(*3)	<p>Die zervikovaginalen Abstriche können nur dann ticketbefreit durchgeführt werden, wenn Risikofaktoren nach den Leitlinien für die physiologische Schwangerschaft 2011 vorliegen.</p>	<p><a href="http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf">http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf</a></p>
(*4)	<p>Bi-Test = Blutprobe <math>\beta</math>-HCG e PAPP-A Kombinierter Test = Bi-Test e Untersuchung NT</p>	
(*5)	<p>Der OGTT muss in der 16.-18. SSW ticketbefreit verschrieben werden, wenn ein oder mehrere Risikofaktoren vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI &gt; 30</li> <li>- vorheriger Schwangerschafts-Diabetes</li> <li>- Nüchtern-Blutzucker im ersten Trimenon zwischen 100 und 125 mg/dl</li> </ul>	<p>Wenn der OGTT in der 16.-18. SSW negativ ausfällt, muss er auf jeden Fall in der 24. SSW erneut durchgeführt werden.</p>
(*6)	<p>Der OGTT muss in der 24. SSW ticketbefreit verschrieben werden, wenn ein oder mehrere Risikofaktoren vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMI &gt; 25</li> <li>- Alter der Mutter &gt; 35 Jahre</li> <li>- vorheriger Schwangerschafts-Diabetes</li> <li>- vorherige fetale Makrosomie (&gt;4,5 kg)</li> <li>- Familienanamnese positiv auf Schwangerschafts-Diabetes</li> <li>- Familie stammt aus einer Gegend mit hoher Prävalenz für Diabetes (Zentralasien, Karibik, Mittlerer Orient)</li> </ul>	<p>#:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indien, Pakistan, Bangladesch</li> <li>- Afro-Karibische Bevölkerung (Kreolen)</li> <li>- Saudi Arabien, Vereinigte Arabische Emirate, Oman, Qatar, Kuwait, Irak, Syrien, Libanon, Jordanien, Ägypten"</li> </ul>
NB	<p>In den Feldern, in denen die Berufsbezeichnung Hebamme angeführt ist, kann die Aktivität von Hebammen oder von einem Gynäkologen/einer Gynäkologin durchgeführt werden.</p>	

## Literaturverzeichnis:

Chaoui R, Benoit B, Heling KS, Nicolaides KH. Assessment of intracranial translucency (IT) in the detection of spina bifida at the 11-13 week scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009.

Cicero s., Rembouskos G, Vandecruys H, Hogg M, Nicolaide KH. Likelihood ratio for trisomy 21 in fetuses with absent nasal bone at the 11-14 week scan: *Ultrasound Osbset Gynecol*, 2004.

Clur SA, Ottenkamo J., Bilardo CM. The nuchal translucency and the fetal hearth: a literature review. *Prenatal Diagn.*, 2009.

Conferenza Stato – Regioni 2010

Mainz N, Valencia C, Emmanuel EE, Staboulidou I, Nicolaides KH. Screening for adverse pregnancy outcome by ductus venosus Doppler at 11-13+6 weeks of gestation. *Ostet Gynecol.*, 2008.

Ministero della Salute. Linee Guida . Screening prenatale non invasivo basato sul DNA. Roma 2015.

Nicolaides KH Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol*, 2004.

Nicolaides KH, Azar G., Byrne D, Mansur Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in first trimester of pregnancy, *BMJ* 1992.

Poon LC, Stratieva V, Piras S, Piri S, Nicolaides KH. Hypertensive disorders in pregnancy : combined screening by uterine artery doppler, blood pressure and serum PAPP-A at 11-13 weeks. *Prenat. Diagn.* 2010.

Salomon Lj; Alfirevic Z, Audibert F, Kagan KO, Paladini D, Yeo G, raine-Fenning N. ISUOG consensus statement on the impact of non-invasive prenatal testing (NIPT) on prenatal.

Souka AP, Von Kaisenberg CS, Hyett JA , Sonek Jd, Nicolaides KH. Increased nuchal translucency with normal karyotype. *Am J Obstet Gynecol*, 2005.

Souka AP, Pilalis A, Kavalakis I, Antsaklis P Screening for major structural abnormalities at the 11-to 14-week ultrasound scan. *Am J Obstet Gynecol*. 2006.

Linee guida SIEOG edizione 2015 : ecografia ostetrica nel 1 trimestre, screening prenatale della trisomia 21, test del DNA libero circolante nel sanguigno materno.

Makrydimas G, Sotoriadis A, Huggon IC, Simpson J, Sharland G Nuchal translucency and fetal cardiac defects: a pooled analysis of major fetal echocardiography centers. *Am J Obstet Gynecol* 2005.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1> (03.2017)

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care> (08.2016)

<https://www.fetalmedicine.com> Internet course " The 11-13 weeks scan" (02.2017)

[https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility-pregnancy-and-childbirth/intrapartum-care-\(08.2016\)](https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility-pregnancy-and-childbirth/intrapartum-care-(08.2016))

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs105> (08.2016)

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1436\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf) (04.2018)

[http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Gravidanza.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf) (03.2017)

[http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Cesareo\\_finaleL.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf) (03.2017)

## Anhang A: Bewertungskriterien Beginn der Schwangerschaft

TEIL A	TEIL B	TEIL C	TEIL D									
<b>Persönliche Anamnese</b>	<b>Spezifische Anamnese – Risikofaktoren</b>											
<input type="checkbox"/> Essentielle arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Hamatologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/> Anomalien des Glukosestoffwechsels <input type="checkbox"/> Infektionen (HIV, HCV) <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Abusus (Nikotin/Alkohol/Kannabitoide/usw) <input type="checkbox"/> BMI < 18 > 28 <input type="checkbox"/> Andere Besonderheiten	<b>Fehlbildungen u. genetische Anomalien</b>  <b>Thromboembolie</b>  <b>Frühgeburt</b>	<input type="checkbox"/> Blutsverwandtschaft <input type="checkbox"/> Kontakt mit teratogenen/Substanzen/Infektionen <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankung o. Missbildung in der Familie <input type="checkbox"/> Schwangere > 35 Jahre <input type="checkbox"/> Andere: ja nein ja nein  <input type="checkbox"/> Zustand nach Thromboembolie <input type="checkbox"/> Thrombophilie  <input type="checkbox"/> Zustand nach Frühgeburt <input type="checkbox"/> Zustand nach Spätabort <input type="checkbox"/> Trachelektomie <input type="checkbox"/> Uterine Fehlbildung <input type="checkbox"/> Andere:  <input type="checkbox"/> Essentielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I <input type="checkbox"/> Nephropathie <input type="checkbox"/> Kardiopathie <input type="checkbox"/> Zustand nach Präeklampsie <input type="checkbox"/> Zustand nach IUGR <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Andere:  <input type="checkbox"/> Zustand nach Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> Blutzucker I Trimester > 100 < 126 <input type="checkbox"/> BMI > 28 <input type="checkbox"/> Zustand nach Makrosomie > 4500 gr	<b>NT und Bi-Test</b> <input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt  <b>Invasive Unterschung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Hämatologische Konsulenz</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Screening Zervikometrie SSW.....</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Doppler Arteriae uterinae:</b> <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt  <b>in der SSW.....</b>  <b>OGTT</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Spezifische SS-Kontrolle</b>	<b>Genetische Beratung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Spezifischer Ultraschall</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Therapie:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Dosierung:</b>  <b>Therapie-Typ:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Kontrolle Zervikometrie</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>ASA low dose</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Multidisziplinäre Überwachung</b>  <b>Spezifische SS-Kontrolle</b>								
<b>Geburtshilfliche Anamnese</b>	<b>Preeclampsia/ IUGR</b>  <b>Glukosestoffwechselstörung</b>  <b>Mehrlings-SS</b>											
<input type="checkbox"/> Zustand nach drei oder mehr Spontanaborte <input type="checkbox"/> Zustand nach Spätabort oder Frühgeburt <input type="checkbox"/> Zustand nach IUGR <input type="checkbox"/> Kind mit Chromosomenanomalie oder Missbildung <input type="checkbox"/> Zustand nach vorzeitiger Plazentalösung <input type="checkbox"/> Vorhergehende Makrosomie > 4.500 gr <input type="checkbox"/> Zustand nach Gestationsdiabetes <input type="checkbox"/> PIH oder Präeklampsie in vorausgehender Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Vorheriger neonataler Tod oder intrauteriner Fruchttod <input type="checkbox"/> Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen <input type="checkbox"/> Uterine Fehlbildung oder uterine Anomalien (Myome) <input type="checkbox"/> Andere Besonderheiten												
<b>Aktuelle Schwangerschaft</b>												
<input type="checkbox"/> Unklares Schwangerschaftsalter <input type="checkbox"/> Mehrlingsschwangerschaft <input type="checkbox"/> Schwangere > 35 Jahre <input type="checkbox"/> Rh-Isoimmunisierung <input type="checkbox"/> Infektion CMV – TOXO – Andere <input type="checkbox"/> Andere Besonderheiten												
				<b>GYNÄKOLOGE/IN BEWERTUNGSKRITERIEN IN DER SS</b> <table border="1"> <tr> <td><b>Teil A und B</b></td> <td><b>SSW 07+1 – 09+1</b></td> </tr> <tr> <td><b>Teil A, B und C</b></td> <td><b>SSW 11+1 – 13+1</b></td> </tr> <tr> <td><b>NB 4</b></td> <td><b>SSW 20+</b></td> </tr> <tr> <td><b>NB 4</b></td> <td><b>SSW 30+</b></td> </tr> </table>	<b>Teil A und B</b>	<b>SSW 07+1 – 09+1</b>	<b>Teil A, B und C</b>	<b>SSW 11+1 – 13+1</b>	<b>NB 4</b>	<b>SSW 20+</b>	<b>NB 4</b>	<b>SSW 30+</b>
<b>Teil A und B</b>	<b>SSW 07+1 – 09+1</b>											
<b>Teil A, B und C</b>	<b>SSW 11+1 – 13+1</b>											
<b>NB 4</b>	<b>SSW 20+</b>											
<b>NB 4</b>	<b>SSW 30+</b>											

## Anlage B: Fragebogen zur Selbsteinschätzung für die Gebärende

	JA	NEIN
Leiden Sie an Herzkreislauferkrankungen? (Myokardiopathien, Herzklappenvitium, Bluthochdruck)?		
Nehmen Sie Antiarrhythmika oder Antihypertensiva ein?		
Nehmen Sie Antikoagulations- oder Antiaggregationstherapie ein? (Aspirin®, Tiklid®, Coumadin®, Clexane®, Fraxiparina®)?		
Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen und bluten Sie daher stärker nach einer kleinen Verletzung? (Hämophilie, angeborene oder erworbene Thrombozytopenie)		
Hatten Sie Lebererkrankungen?		
Leiden Sie an Wirbelsäulenerkrankungen oder wurden Sie einem chirurgischen Eingriff an der Wirbelsäule unterzogen? (Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenstabilisierung, Skoliose, Spina Bifida)?		
Sind Sie stark übergewichtig (BMI >35)?		
Leiden Sie an neurologischen Erkrankungen (Epilepsie, Eingriffe aufgrund von Hirnblutungen oder -tumoren)?		
Leiden Sie an dermatologischen entzündlichen Erkrankungen, insbesondere am Rücken (Herpes Zoster, Abszesse)?		
Leiden Sie an Muskelerkrankungen (Dystrophien, Myasthenia Gravis)?		
Haben Sie bereits allergische Reaktionen auf Lokalanästhetika gehabt (z.B. während einer zahnärztlichen Behandlung)?		

Wenn Sie auch nur eine dieser Fragen mit JA beantwortet haben, müssen Sie einer anästhesiologischen Visite vor der Geburt (zwischen der 34. Und 37 Schwangerschaftswoche) unterzogen werden.

**Visite vormerken!**

# Anlage C: Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme am Ende der Schwangerschaft

Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme am Ende der Schwangerschaft

## Kriterien für einen Grünen Kodex Schwangere mit niedrigem Risiko

Etikette  
Name und Nachname  
Patient

Wenn alles mit "Ja" beantwortet, kann die Schwangerschaft autonom von einer Hebamme betreut werden.

	Ja	Nein
Normaler Schwangerschaftsverlauf dessen geburtshilfliches Risiko in der 12. SSW als niedrig eingestuft worden ist (Betreuung der Schwangerschaft mit grünem Kodex) ohne Komplikationen		
Hämoglobin-Wert >10,0 g/dl in der 39SSW		
Mütterlicher BMI >18 und <30 bei der geburtshilflichen Erstvisite		
Keine Myom-Knoten oder Nachweis kleiner Knoten (<2cm Durchmesser) die nicht am Isthmus/Zervix Uteri angesiedelt sind		
Abwesenheit von sexuell übertragbaren Krankheiten oder nicht floride Infektionen ohne Kontraindikationen für eine vaginale Geburt (z.B. ausgeschlossene floride Kondylomatose)		
Keine vorherigen Kaiser-Schnitte und/oder korrektive Eingriffe bei Uterus-Fehlbildungen (Metroplastik, Myomektomien)		
Abstrich zum Nachweis von $\beta$ -hämolisierenden Streptokokken Typ B: negativ oder positiv mit bereits begonnener antibiotischer Therapie nach Protokoll		
Vorzeitiger Blasensprung <24 h		
Abwesenheit jeglicher anderen roten Kriterien		
N.B.: Wenn alle mit JA beantwortet GRÜNER KODEX Wenn auch nur ein NEIN vorkommt, wird es ein ROTER KODEX		

Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme am Ende der Schwangerschaft

## Kriterien für einen Roten Kodex Pathologische Schwangerschaft oder Hoch-Risiko-Schwangerschaft

Etikette  
Name und Nachname  
Patient

Diese Patientinnen werden von ärztlichem Personal behandelt, oder von der Hebamme auf ärztliche Anweisung hin

	Ja	Nein
Pathologische (nicht geburtshilfliche) Anamnese der Mutter		
BMI >35		
Hämoglobin-Pathologien		
Anämie Hb <10,0 g/dl		
Mütterliche Kardiopathie		
Essentielle arterielle Hypertonie und durch Schwangerschaft induzierte arterielle Hypertonie		
Respiratorische Erkrankung, welche das mütterliche und fetale Wohlbefinden gefährden		
Autoimmune Thrombozytopenie und andere Thrombozytenfunktionsstörungen		
Aktive Hepatitis B: Wenn sich die Patientin in einem guten klinischen Zustand befindet und bei Abwesenheit von Kontraindikation des Neugeborenen für eine vaginale Geburt.		
HIV		
Patientin, die einer Transfusion von Blutkomponenten nicht zustimmt		
Gerinnungsstörungen, welche das mütterliche und fetale Wohlbefinden beeinträchtigen		
Aktive virale Infekte: Masern, Röteln, mütterlicher Herpes genitalis		
Offene Tuberkulose, auch wenn bereits in Therapie		
Aktiver SLE		
Sclerodermie		
Niereninsuffizienz		
Diabetes mellitus, einschließlich der entgleisten schwangerschaftsinduzierten Glucose-Stoffwechselstörung und/oder mit fetale Makrosomie		
Epilepsie, auch wenn bereits in Therapie		

	Ja	Nein
Myasthenia gravis		
Zustand nach zerebrovaskulärer Pathologie		
Leber-Stoffwechsel-Störungen		
Psychiatrische Störungen, die einer stationären Aufnahme bedürfen und/oder vorbestehende Psychose, Schizophrenie oder bipolare Störungen		
Drogen-Abusus		
Soziale Probleme, welche das mütterliche Wohlbefinden beeinträchtigen (Meldung bei den Sozialen Diensten oder bei Gericht)		
Vorherige/Aktuelle geburtshilfliche Komplikationen		
Einleitung der Wehentätigkeit		
Positive geburtshilfliche Anamnese für Prä-Eklampsie		
Positive geburtshilfliche Anamnese für Makrosomie (Gewicht des Neugeborenen > 4500 g)		
Abgang von grünem Fruchtwasser		
Positive geburtshilfliche Anamnese für Schulterdystokie		
Körpertemperatur < 37 .5 °C zum Zeitpunkt der Aufnahme		
Positive geburtshilfliche Anamnese für Placenta-Lösung		
Rhesus-Isoimmunisierung oder andere mütterliche Antikörper die eine hämolytische Anämie des Neugeborenen verursachen.		
Placenta Praevia e/o Accreta		
Bedeutendes Trauma des Gebärmutterhalses, der Vagina und des Perineums bei einer vorherigen Geburt: Zustand nach Dammrissen 3.- 4. Grades bei aktuell asymptomatischer Patientin		
Beckenendlage oder anomale Präsentation		
Merhlings-Schwangerschaft		
Zustand nach Kaiserschnitt		
Elektiver Kaiserschnitt		
Positive Anamnese für Eklampsie		
Zustand nachintrauterinem Fruchttod		
Aktuelle Präeklampsie		
Genitalverstümmelungen		
Fetale Komplikationen		
IUGR		
(Dokumentierte) fetale Anomalien		

## Anlage D: Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme im Wochenbett

Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme im Wochenbett

Kriterien für einen Grünen Kodex  
Schwangere mit niedrigem Risiko

Etikette  
Name und Nachname  
Patientin

Wenn alles mit "Ja" beantwortet, kann die Schwangerschaft autonom von einer Hebamme betreut werden.  
(Wenn auch nur ein NEIN vorkommt, wird es ein ROTER KODEX)

	Ja	Nein
Spontangeburt mit regulärem Verlauf (keine VE kein Kaiserschnitt) unabhängig von einer Einleitung oder PDA		
Keine chirurgische Naht eines DR3 oder DR4 und/oder eines komplizierten Scheidenrisses, aber unabhängig von einer nicht komplizierten Episiorrhaphie		
Abwesenheit von pathologischen Ereignissen im Postpartum.		
Abwesenheit anderer Pathologien (rote Kriterien)		
Positives ärztliches Urteil für die Leitung von Seiten der Hebamme in folgenden Fällen:		
-Leichte Anämie mit Hb >09,0		
-leichte Hypothyreose auch wenn bereits in Therapie		
-mütterlicher BMI bei Erstvisite in der Schwangerschaft >18 ed < 30		
-Diagnose von unkompliziertem DGM in der Schwangerschaft		
- Anwesenheit von sexuell übertragbaren Erkrankungen		
- Rh Isoimmunisierung oder andere mütterliche Antikörper (in der Schwangerschaft)		
-Feto-neonatale Pathologien (insbesondere mit stationärem Aufenthalt auf der Neugeborenen-Intensivstation)		

Kriterien für eine geburtshilfliche Triage durch die Hebamme im Wochenbett

Kriterien für einen Roten Kodex  
Wöchnerinnen mit Pathologien oder mit hohem Risiko

Etikette  
Name und Nachname  
Patientin

Wenn auch nur ein JA vorkommt, wird es ein ROTER KODEX

Diese Patientinnen werden von ärztlichem Personal behandelt, oder von der Hebamme auf ärztliche Anweisung hin

	Ja	Nein
Mütterliche, nicht geburtshilfliche, pathologische Anamnese		
Hämoglobinopathie		
Mütterliche Kardiopathie		
Essentielle und schwangerschaftsinduzierte Hypertonie		
Respiratorische Erkrankungen, welche das mütterliche und fetale Wohlbefinden beeinträchtigen		
Autoimmune Thrombozytopenie oder andere Störungen der Thrombozytenfunktion		
Aktive Hepatitis B, wenn sich die Patientin in einem guten klinischen Zustand befindet und keine Kontraindikationen des Neugeborenen für eine Spontangeburt bestehen.		
HIV		
Patientin, die einer Transfusion von Blutkomponenten nicht zustimmt		
Gerinnungsstörungen, welche das mütterliche und fetale Wohlbefinden beeinträchtigen		

	Ja	Nein
Aktive virale Infektionen: Masern, Röteln, mütterlicher genitaler Herpes		
Offene Tuberkulose auch wenn bereits in Therapie		
Aktives SLE		
Sklerodermie		
Niereninsuffizienz		
Diabetes Mellitus einschließlich der entgleisten schwangerschaftsinduzierten Glukosestoffwechselstörung und/oder mit fetaler Makrosomie		
Epilepsie auch wenn bereits in Therapie		
Myasthenie gravis		
Zustand nach zerebrovaskulärer Pathologie		
Leberstoffwechselstörungen		
Psychiatrische Störungen, welche einer stationären Behandlung bedürfen oder/und Zustand nach Psychose, Schizophrenie oder bipolare Störungen		
Drogenabusus		
Soziale Probleme, welche das mütterliche Wohlbefinden beeinträchtigen (Meldung bei den sozialen Diensten oder bei Gericht)		
Rezente pathologische geburtshilfliche Anamnese		
DR 3 oder DR4 o andere schwerwiegende Scheidenrisse		
Operative Geburt (VE oder Kaiserschnitt)		
Aktuelle Präeklampsie		
Genitale Verstümmelung		