Netzwerk der Geburtshäuser

Erfahrungsaustausch der Hebammen im Netzwerk der Geburtshäuser

Dies ist ein **fortlaufendes** Protokoll. Die Aktualität lässt sich dem Stand entnehmen, nicht mehr Zutreffendes wird ggf. gelöscht. Die Themen sind nach bestem Wissen aller Anwesenden als **Ergebnisprotokoll** festgehalten und geben keine Garantie auf Richtigkeit oder Vollständigkeit. Das Protokoll ist alphabetisch nach Themen sortiert.

Der Erfahrungsaustausch der Hebammen findet in der Regel alle 8 Wochen in rotierenden Wochentagen online statt. Eine Einladung erfolgt über den Newsletter.

Gewünschte **Fortbildungsthemen bitte an: info@akademie-geburtshaeuser.de**

Die nächsten Termine sind:

25.06.24 von 16:00 - 18:00 Uhr

20.08.24 von 10:00 - 12:00 Uhr

Inhalt

Abort 4
Abrechnungsprogramm digital 5
ADHS bei Schwangeren 5
Adipositas – Begleitung 5
Archivierung Dokumentation 6
Aufklärungsbogen (DHV) 6
Aufklärungsbogen BfHD 6
Aufklärungsgespräch 6
Auslastung 6
Austrittsphase / Länge der AP 7
Behandlungsvertrag 7
Berufshaftpflichtversicherung 7
Blutungen während der Geburt 8
BZ Kontrollen beim NG p.p. (wegen Geburtsgewicht) 8
Buscopan Gabe 8
Corona-Infektion in SWS 9
Dienstplan App 9
Digitale Dokumentation 9
Dokumentation mit Partogramm 9
Einleitung 9
Eisenmangel – Erfahrungen / Empfehlungen 10
ET / Terminüberschreitung / Terminunklarheit 10
Förderung durch Kommune / Land 10
Förderung allgemein/ Fördervereine 11
Geburtsvorbereitungskurse 11
Gesellschaftsform 11
Gesundheitsamt / Hygiene 11

Kriterien zur außerklinischen Geburt 12
Latenzphase 12
Low-Level-Laser 12
Masern-Impfschutz 12
Medikamente 12
Medikamentenkühlschrank 13
Modelle als Hebamme: freiberuflich/ angestellt 13
Nahtpauschale 13
Neugeborenenscreening 13
Notfälle in der Geburtshilfe 14
OGTT 14
PAL 14
Plazenta 15
Privatversicherte, Abrechnung 15
QM 15
Queersensible Begleitung 15
Rassismussensible Begleitung 15
Reanimation Ngb. Und O2-Gabe 16
Renault-syndrom 16
Rhesus-Prophylaxe 16
Rizinusgabe 16
Rückbildung durch Physiotherapeut*innen 16
Rufbereitschaftspauschale 17
SFA 17
Social Media 17
Stille Geburt 17
Studien beschaffen 18
Teamkommunikation 18

(Stand 05/24) 18

Austausch zum Thema Kommunikation im Team via Messenger bzgl. Datenschutz – unterschiedlicher Umgang, wichtig: Festlegung und einheitliches Vorgehen im Team 18

End-to-end-Verschlüsselung sei günstig 18

SMS sind nicht end-to-end-verschlüsselt 18

Praxis in unterschiedlichen Teams: 18

Teamstruktur (und Abrechnung) 18

Überschreitung des ET / Übertragung 19

Ungeplante HG 19

VBS 19

Verbot Doppelmitgliedschaft 20

Verlegungen 20

Vit K 20

(Stand 05/24) 20

Aufklärung durch Geburtshäuser 20

Wie rechnen andere Häuser das ölige Vit K ab? Von „Eltern selbst besorgen lassen“ bis Abrechnung via PZN alles dabei 20

Vorsorge, gemeinsame/ Kooperation Gynäkolog*innen 20

Werbung 21

Xylocain Gel 2 % 21

Abort

(Stand 05/23)

Zuhause und im GH, Abrechnung wenn Hebamme dabei als Hilfeleistung Fehlgeburt - vorher Hilfe bei Beschwerden und nachher als Wochenbett

→ mitnehmen in die Verhandlungen

→ Fortbildung über Akademie NWGH gewünscht

Abrechnungsprobleme mit KK

(Stand 01/2024)

Es gibt Abrechnungsprobleme aufgrund kurzer Absenzen auf der VPL durch die Kündigung beim DHV. Einzelfalllösungen.
Wichtig: Eintrag auf der VPL beim GKV unbedingt erforderlich.

(Stand 11/22)
Abrechnungsprobleme mit IKK Südwest sowie TK aufgetreten, bspw. Kürzung von VS in zu kurzen Abständen (z.B. nach 13 statt nach 14 Tagen nach 30. SSW), sehen Hebammen-VS in unsicherer Position. DAK zahlt laut einem GH nur nach Diskussionen die Rufbereitschaft.

Bitte Problematiken in Bezug auf Abrechnung an den Vorstand per Mail schicken, sodass es in den Verhandlungen dem GKV und Kassenvertretern vorgestellt werden kann.
(Stand 05/23)
Abrechnung wenn Kind schon zu Hause, Mutter noch stationär – WB Besuch bei Kind abrechenbar.

Abrechnungsprogramm digital

(Stand 07/23)
Es gibt bereits gute Erfahrungen einiger GHs mit digitaler Doku:
- alle können darauf zugreifen, gut bei Vertretung
- Hebamio als gutes komplexes System beschrieben, Personen, die mit HebRech Erfahrung haben, kommen gut damit zurecht.
- Vergleich unterschiedliche Systeme (Hebamio/Mia)
→ Erkenntnis: Gewohnheit/Anwender*innenspezifische unterschiedliche Bedürfnisse
→Tipp: Kommunikation mit den Verantwortlichen der Systeme: ggf. Möglichkeit, auch individuelle Bedürfnisse zu kommunizieren
An Förderung von Kommune/Land denken (siehe Förderung).

ADHS bei Schwangeren

Ein Geburtshaus berichtet über vermehrtes Vorkommen der Diagnose ADHS bei Schwangeren und dadurch Konfrontation mit dem Thema der Amphetamin-Einnahme Elvanse®:

Frage: Wie kann Begleitung aussehen, gibt es Bewertungskriterien, die Begleitung Geburt mit Elvanse® im außerklinischen Setting diskutieren (kann Atemdepression beim Kind machen, bisher allerdings kaum Erfahrungen und keine Forschung, da Datenlage in Bezug auf Schwaschaft noch kaum vorhanden) (aus psychiatrischen Fachkreisen gibt es die Empfehlung fürs klinische Setting, dass Absetzen nicht nötig bei möglicher neonatologischer Überwachung p.p.)

Bisher Kommunikation darüber mit

- Embryotox: empfehlen Absetzen bis 24.SSW vor außerklinischer Geburt
- Sven Hildebrand: hat „Gefühl“ dazu, dass Absetzen im 2. Trimenon mit außerklinischer Geburt kompatibel wäre.

Adipositas – Begleitung

(Stand 05/24)

Kriterien für Entscheidung zur Begleitung während Geburt:

- Beweglichkeit

- Herztöne – gut abzuleiten
- Kriterien Überleitung: Obergrenze 150 kg (Maximalbelastung - Liegen in regulären RTWs)
- Teaminterne Diskussionen über Umgang
- Umgang mit Grenze 35 BMI

Archivierung Dokumentation

(Stand 03/23)
Bei Weiterlagerung bei Schließung des GH oder Ruhestand – Gesundheitsamt zuständig, teils kein Platz. Akten bei Hebammen lagern (z.B. 1. Heb der Geburt) und Übergabe der Akte durch Unterschrift dokumentieren. Auch Firmen lagern, digitalisieren und schreddern, kostet mehrere 1000 EUR. Digital speichern und schreddern günstiger, da einmaliger Betrag. Idee Scan App (datenschutzkonform).

Diskussion über Kopie der Geburtsdokumentation für Klient*innen. Manche GH lassen eine 3. Hebamme Akte nach Abschluss der Betreuung komplett checken, kam bei QM Prüfung gut an.

(Stand 01/23)
Frage: wie stelle ich sicher, dass digitalisierte Dokumentation/ Akte gelöscht wird? (Anbieter danach fragen.)

Nach 10 Jahren Archivierung keine Aufbewahrungspflicht der Akte, dann Beweispflichtumkehr (Kläger muss Anklage nachweisen), bis zu 30 Jahre Klagemöglichkeit. (Stand 05/23)
Feuerfester Schrank im GH, auch Stadtarchive, Gesundheitsamt (Datenschutz beachten).

Aufklärungsbogen (DHV)

In Papier archivieren oder digital möglich? DHV/ Versicherung anfragen. (Stand 01/23)

Aufklärungsbogen BfHD

Wenn Versicherung nicht über DHV/ Gruppenhaftpflicht, dann Aufklärungsbogen des BfHD nutzbar: https://bfhd.de/wp-content/uploads/2012/06/2012_Aufklaerungsbogen.pdf
Aufklärungsbogen mit Versicherung abzustimmen? (Stand 03/23)

Aufklärungsgespräch

(Stand 01/23)
Frage nach der detailreiche der Praxis der Aufklärungsgespräche / Besprechung der Notfälle

- ➔ Unterschiedliche best practice Beispiele
- ➔ CL sind für alle gutes Hilfsmittel
- ➔ Wichtig, zu erwähnen, dass falls Schadensfall eintritt, dass es dann schwer ist, sich als Menschen zu begegnen
- ➔ Ein Geburtshaus: alleine aufklären, Dauer: Erstgeb.: ca 1,5 h; Aufklärung Geburt,
- ➔ Die meisten GH berichten, dass sie alleine das AK führen, ca. 1-1,5 h
- ➔ Eine Idee: Termin splitten? Erster Teil AK und 2. Gespräch, da dann Unterschrift für Aufklärung (Stand 09/23)

Auslastung

In manchen Geburtshäusern weniger Anfragen, Umgang damit:

- Regelmäßige Infoabende, Präsenz zeigen
- Förderanträge bei Stadt, Kommune, Land (Vorlage Forderungspapier, best-practice-Beispiele von NWGH erstellt, gern anfragen)

Austrittsphase / Länge der AP

(Stand 01/2024)
Wie wird eine „lange AP“ definiert? Umgang mit AP – Frage nach Erfahrungspraxis

- Ein GH berichtet: Beginn, wenn die Frau aktiv mitschiebt und das Kind herunter kommt.
- Eine Kollegin berichtet: untersucht nach Möglichkeit gar nicht vaginal. Beginn auch bei Ihr, wenn die Frau aktiv mitschiebt. Bei einer I/0 darf die Austreibungsphase 4std. dauern bei einer Mehrgebährenden 2 Std.
- Eine Kollegin appelliert: junge Kolleginnen sollte man auf alle Fälle häufiger VU machen lassen, damit sie lernen, ihre Beobachtungen mit der MM-Eröffnung abgleichen zu können.

Behandlungsvertrag

(Stand 09/23)
Wie handhaben die unterschiedlichen Häuser den Vertragsschluss mit den Klient*innen? (Frage kam auf, weil bei einem GH das Programm Hebamio ausschließlich Einzelverträge mit den Hebammen zulässt und somit die Klient*innen einen vertrag mit jeder Hebamme einzeln abschließen muss)
Einige Häuser machen Behandlungsvertrag, in dem alle Hebammen genannt sind und die Klient*in unterschreibt den einen Vertrag und dann einen Vertrag über die Geburt nach der Aufklärung/Zusagen mit dem Geburtshaus. (Stand)

Berufshaftpflichtversicherung

(Stand 03/23)
Diskussion über die unterschiedlichen Regelungen der Haftung / Haftpflichtversicherung in anderen Ländern und den daraus vermuteten unterschiedlichen gesellschaftlichen Haltungen der Geburtshilfe gegenüber.
(Stand 09/23)
Christine Bruhn berichtet im ErfaHeb über die jüngsten Entwicklungen im Thema Haftpflichtversicherung: das Angebot des Versicherungsmaklers AON wird immer konkreter – bei Interesse an einem auf das GH zugeschnittene Angebot bitte direkt an AON wenden hebammen@aon.de oder per Telefon an Dominik Marquardt (0208 7006 2143) oder Barbara Köster (0208 7006 2162).

- Wir gehen davon aus, dass es rechtzeitig vor 30.9. (das Ende der Kündigungsfrist) ein konkretes Angebot von AON geben wird, damit eine Entscheidung für die Geburtshäuser möglich ist
- Wichtig: Diese Versicherung kann von allen gewählt werden: KEIN Mitgliedszwang bei einem Verband, kein Hebammenverband tritt als Maklerin auf
- Formenwechsel in bisherig bekannter Art der Gruppenhaftpflichtversicherung über den DHV wird so nicht möglich sein, das kritische Thema ist die Nachthaftung → auch DHV sieht den für die nächsten Versicherungsverhandlung dies nicht mehr als garantiert; Sicherstellungszuschlag wird dann aber früher (sobald die 4 geburtshilflichen Leistungen erbracht und nachgewiesen sind, ausgezahlt, es muss nicht mehr gewartet werden das ganze Jahr!)
- Keine gesetzliche Grundlage bekannt, dass alle Hebammen eines Teams die gleiche Versicherung haben müssen, aber aus Praxis heraus ist es sinnvoll, wenn Team eine Versicherung

wählt → relevant für haftungsfälle, dass zwei Hebammen bei unterschiedlichen Versicherungen versichert dann nicht „Gegner*innen“ würden und die beiden Versicherungen bei Rechtsfall gegeneinander arbeiten würden.

Blutungen während der Geburt

(Stand 01/2024)

Blutungen p.p. - gibt es einen Standard? Wer handhabt Management wie?
→GH Bonn: 3IE Oxy, K-Urin, Plazentakontrolle, Eisbeutel, evtl. 10IE Oxy als Infusion und Verlegung, oder Cytotec, wenn nicht greift
→ Cytotec gibt es nicht legal, GH Bonn bekommt es über eine zugewandte Gyn. Aus dem Ausland, GH Ansbach bekommt es sogar vom Chefarzt der Klinik
→ Hirtentäschel-Tee(Stadelmann) mit ganz viel Zucker oder Honig prophylaktisch p.p. geben, erzielt auch gute Ergebnisse.

(Stand 11/23)
- Medikamente (Oxytocin) nur im Notfall eingesetzt, da GH Klientel low-risk Klientel
- ggf. bei Z.n. verstärkter Blutung oder Mehrgebärende oder Wehenschwäche in AP als Blutungsprophylaxe spätestens nach 30min 3iE Oxy
- bei meisten GH ultima ratio und nä Schritt wäre Zugang/Verlegung (nach 1,5h Verlegung angelehnt an S3 LL)
- Unterschieden in Gabe - 5iE Oxy, 3iE Oxy
- Methergin raus aus ErgV als Vorhaltemedikament

BZ Kontrollen beim NG p.p. (wegen Geburtsgewicht)

(Stand 05/23)
S3 Leitlinien (GDM) orientiert sinnvoll als AA
BZ Kontrollen in den meisten Häusern > 4200/4300/4500g, < 2500/2700g
2-3 Kontrollen in den ersten 12 Stunden nach Geburt (nach 2/6/12h + Frühfütterung)

Buscopan Gabe

(Stand 01/2024)
Umgang mit Buscopan-Ampullen, die in einigen Bundesländern von Hebammen gekauft werden dürfen und in anderen Bundesländern nicht auf der Liste stehen:

- Einige GH benutzen die Ampullen gar nicht, andere besorgen sie über Rezepte von „zugewandten Ärzten“
- Einige GH benutzen Buscopan nur als Zäpfchen und häufig in Kombination mit Spascupreel-Zäpfchen. Sie berichten von guten Ergebnissen

(Stand 03/23)
Buscopan supp (nur als plus).
Buscopan Ampullen nicht mehr im Arzneimittelgesetz, daher nicht mehr abrechnungsfähig, manche bekommen es als Rezept.
Buscopan plus (supp) bei rigider Cervix, Kombination Buscopan und Paracetamol. Auch in Latenzphase, Spascupreel und Buscopan als Zäpfchen schon zu Hause, vorab besorgen.
(Stand 05/23)

Spascupreel ist gute Alternative. Zwischen MM und Köpfchen, auch Rescuesalbe, lokal wirksam.

Corona-Infektion in SWS

(Stand 11/22)
Vorgehen in Bezug auf Vorsorge und Geburt:
Zusätzliche(s) Sono(s) bei Z.n. Covid-Infektion in SWS, manche Gyns machen (1-2) zusätzliche Sonos, ggf. in 36.SSW Pränataldiagnostik erwägen, andere nehmen die Schwangeren komplett in ihre Betreuung – wir können dann gut aufklären über Wichtigkeit der Hebammen-VS (ggf. neben den Sonos), Schwangere entscheiden selbst.
GH Ansbach und Koblenz haben Kooperation mit Prof. Müller (Plazenta Pathologin, Köln), haben Plazenten nach Covid-Infektion untersuchen lassen, bisher keine signifikanten Auffälligkeiten.

Dienstplan App

(Stand 05/23)
→ Umfrage in Planung (Julia Teckemeyer, GH Jena)

Digitale Dokumentation

(Stand 01/23)
Hebamio
GH Koblenz: Gute Erfahrungen, alltagstauglich und unkompliziert zu benutzen, auch mit Mobiltelefon, sehr benutzer*innenfreundlich, entwickeln auch noch kund*innenbasierte Anliegen, wünschen sich nur noch digitale Versichertenbestätigung. Kosten: > 300 EUR pro Jahr pro Hebamme inkl. QM.
GH Löhne: Haben Praxislizenz, allerdings auch da Kosten pro Hebamme. Positiv: verbesserungswillig vom System, Abrechnung geht gut, Gewöhnung/ Übergang. Positiv: die Möglichkeit, von überall zu arbeiten.
GH Ansbach: nutzen Kurslizenz des Video Tools – zufrieden.

Dokumentation mit Partogramm

(Stand 01/2024)

Auf Dokumentationsfortbildung wurde Doku mittels Partogramm empfohlen, es gibt nun GH, das auf der Suche nach Erfahrungen mit einem digitalen Programm und freut sich über Efahrungsberichte und Tipps!

Erfahrungberichte beim Erfa-Austausch: auch diejenigen GHs, die schon digital Doku eingeführt haben, nutzen für Geburtsdoku noch analoge Dokumentation – und Fließtext

Einleitung

(Stand 01/23)
Ballonkatheter:
https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/geburtseinleitung-mit-dem-ballonkatheter/
https://www.cochrane.org/de/CD001233/PREG_mechanische-methoden-der-geburtseinleitung
https://www.cochrane.org/de/CD001233/PREG_mechanische-methoden-der-geburtseinleitung
https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1308-2341.pdf
Wenig Erfahrung für Außerklinik.

Eisenmangel – Erfahrungen / Empfehlungen

(Stand01/2024)

Empfehlungen bei FE-Mangel:

- Ein GH berichtet: Untere Grenze 10mg/dl dabei immer auch den Ferritinspeicher im Auge behalten
- Ernährungsberatung
- Floradix/Kräuterblutsaft
- Produkte aus der Curryblatt-Pflanze wie z.B. Ferroverde oder „Sanftes Eisen“ von IntroLife
- Anaemedoron von Weleda
- Einen Hämatit tragen, als Armband oder Halskette

ET / Terminüberschreitung / Terminunklarheit

(Stand 05/23)
Tendenz mehr Gebärende gehen zurzeit über ET - SSL hat sich verändert – Nägele/ß-HCG/SWS-Zeichen beachten!
(Stand 09/23)
Umgang bei TÜ nach 42+0SSW?
Im Ergänzungsvertrag für GHs steht nicht so explizit > 42+0SSw als Auschlußkriterium beschrieben wie für die Hausgeburten

- ➔ Einige GHs geben nach 42+0SSW an Klinik ab
- ➔ Unterschiedliche Kriterien für GH und HG → Geburtshäuser, die auch HG machen, orientieren sich an der strengeren Variante…. Bisher im GH möglich, mit fachärztlichem Konsil weiter zu gehen → Thema: Finanzierung der Kassen
- ➔ „sofern gesicherter ET“ steht als Kriterium für hartes Ausschlusskriterium bzw. relatives A.
- ➔ Manche Gebrtshäuser berichten dass sie nach individueller Abwägung zusammen mit den Klient*innen Teamentscheid praktizieren, auch weiter zu gehen.
- ➔ Unterscheidung: Bezahlung durch den GKV bei gesetzlich versicherten Frauen / Haftungsverantwortung

Frage nach dem Umgang mit Terminunklarheit?

- ➔ Best practice Beispiele: Hebammendiagnostik, US, gute Aufklärung
- ➔ Eintrag in den SWS Pass mit Nägele (entgegne mancherorts schwierige Gynäkolog*innen-Verhältnisse) und Anamnese

Förderung durch Kommune / Land

(Stand 07/23)

- NWGH stellt Dokumente und Checklisten der best practice zur Verfügung
- Bericht eines GH über Förderung der Stadt für Digitalisierung – à Kolleg*in ca. 600€ -
- Einige GH berichten über Parkgenehmigungen / Sozialdienstausweise für ihre Stadt, die mit oder ohne Gebühr zu kostenfreiem Parken und Parken auch in eingeschränktem Halteverbot ermächtigt
- Es gibt Geburtshäuser, die für Umbau bei Neubezug Fördergelder ihrer Städte erhalten haben

- In Bayern und Thüringen z. B. (wie ist das in anderen Bundesländern?) gibt es unterschiedliche Förderungsmöglichkeiten für spezifische Projekte
- Ermutigung, an Lokalpolitiker*innen heranzutreten, Einladungen auszusprechen, Geburtshilfe ist gerade zu Zeiten von Wahlkampf gutes Thema

Förderung allgemein/ Fördervereine

(Stand 06/23)

- Elternvereine unterstützen in einigen Häusern, v.a. Zuschüsse zu Rufbereitschaftspauschalen (Idee, dass Zugang zu außerklinischer Geburtshilfe keinesfalls an finanzieller Situation scheitern darf
- Es kommt die Frage auf, ob es Stiftungen gibt, die außerklinische Geburtshilfe / Geburtshäuser fördern → kein Wissen darüber existent → Dorothee Stephan, GH Flensburg informiert sich

(Stand 09/23)
Frage nach Umgang /Erfahrungen mit Förderverein

- ➔ Förderverein in München für Eltern /Unterstützung RB-Pauschale
- ➔ In Tübingen: Verein Förderverein durch Eltern für Eltern Gegenfinanzierung von Investitionen in das GH rein gibt es da nicht: eher Eltern für Eltern
- ➔ GH Charlottenburg: Förderverein: Veranstaltungen mit Themen rund um Geburt → Ziel auch Austausch zwischen Eltern und Hebammen , Wunsch auch Koop mit Gynäkolog*innen; Erfahrungen auch von Personen, die da geboren haben.

Geburtsvorbereitungskurse

Abrechnung
(Stand 07/23)
Thema, dass ein Geburtshaus, mit der GH IK keine Kurse abrechnen konnten.
Andere GH, die mit ihrer GH-IK abrechnen, geben immer diejenige Hebamme samt persönlichem IK zusätzlich auf der Versichertenbestätigung an.

Gesellschaftsform

(Stand 09/22)
Gängige Modelle: Gbr, PartG, GmbH, gGmbH mit Förderverein, Verein als Träger
→ siehe auch Auswertung der Umfrage aus 12/2022
https://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/umfrage-zu-hebammenleistungen-in-geburtshaeusern-und-zur-abrechnung-dieser-leistungen/

Gesundheitsamt / Hygiene

- ➔ Thema „Putzen“ nach Geburt
  - Alle anwesenden GHs putzen nach Geburt selbst (finanzieller und organisatorischer Aufwand groß)
  - Unterschiedliche Unterstützung durch Putzkräfte mit unterschiedlicher Frequenz und Dauer
- ➔ Thema Wäsche:
  - Unterschiedliche Vorgaben unterschiedlicher Gesundheitsämter zum Thema Wäschewaschen in den Geburtshäusern: die einen dürfen, die anderen nicht. Unterscheidung „blutige / unblutige“ Wäsche → Info über lokales Gesundheitsamt

- Wäsche „extern vergeben“: Schwierigkeiten, Wäschezulieferer zu finden, der Zertifikat „Gesundheitswäsche“ hat, und der für die vergleichsweise geringe Stückzahl Wäsche anliefert, dies ist recht kostspielig

Kriterien zur außerklinischen Geburt

(Stand 05/23)
Adipositas - BMI > 35 hartes Kriterium >30 weiches Kriterium
Beweglichkeit und Multipara beachten.

Latenzphase

(Stand 01/2024)
Wie kann man Wehen anregen, wann sollte man Verlegen?

- Ein GH berichtet: das ist immer eine sehr individuelle Entscheidung! Immer überlegen, wie ist die Situation, was toleriert (trägt) die Frau, was passiert Mutter und Kind, wenn ich zu spät verlege, den psychosozialen Hintergrund im Auge behalten
- ein GH berichtet von guten Erfahrungen mit Syntho-Spray, aber wirklich nur für 2-3 Wehen, die in der Austreibungsphase fehlen. Sie bekommen das Spray aus den Niederlanden. Das Rebozo-Tuch kommt häufiger zu Einsatz und ein Bauchgurt, der das Kind noch einmal schient und in die „Linie“ zurückbringt. Damit haben sie sehr gute Erfahrungen gemacht. Dann Eisenkraut in die Duftkerze und Bauchmassagen zur Wehenanregung

Low-Level-Laser

(Stand 11/22)
Teils sehr gute Erfahrungen damit, selbst bei Dekubitus und Herpes (beschleunigt Heilungsprozess).
Einwand: Sorge vor Zellentartung bei Lasern der Brust (Mamma-CA), bisher keine Langzeitstudien.

Masern-Impfschutz

(Stand 11/23)
- Nachweis über Masernschutz – ein GH Beispiel: jede Person für sich selbst verantwortlich, wird aber dokumentiert für GH QM
- ab Jahrgang 72 keine Nachweispflicht mehr
-> beim RKI Vorgehen einsehen

Medikamente

(Stand 03/23)
Manche GH halten Medikamente im GH vor, minimiert wegen Verfallsdatum. Muss über Hebamme abgerechnet werden – GH kauft es ein, Hebamme hakt es dann über Liste ab, Hebamme kauft es vom GH ab. Dient als Serviceangebot für Klient*innen.

(Stand 07/23)
Gute Erfahrung einzelner Geburtshäuser mit Infusionen (NaCl / Ringer / Jonosteril unter Geburt bei

erschöpften Gebärenden oder Gebärenden, die sich viel erbrechen bzw. schwitzen. Hinweis: Zurückhaltung mit Glucose und ggf. Zusammenhang zwischen Infusionen und Geburtsgewicht Kind beachten.
Cola-Trinken als gute Alternative, um Erschöpfung gut zu begleiten.

Medikamentenkühlschrank

(Stand 05/24)

Vorhalten eines Medikamentenkühlschranks – unterschiedliche Aussagen der zuständigen Behörden – individuelle Absprachen. Wenn gemeinsamer Kühlschrank Medikamente und LM Medikamente in extra gekennzeichnetes Behältnis

Modelle als Hebamme: freiberuflich/ angestellt

(Stand 03/23)
Melanie Boß aus dem GH Frankfurt hat Erfahrung mit unterschiedlichen Modellen gleichzeitig: ist seit 22 Jahren im KRS angestellt und macht seit 13 Jahren parallel auch Dienste freiberuflich im GH.

Nahtpauschale

(Stand 11/22)
Pauschale beinhaltet alle benötigten Materialien sowie Medikament zur Betäubung.
Aufkleber vom Nahtpäckchen behalten, um für QM festzuhalten, dass Instrumente steril und gekauft waren.

Neugeborenenscreening

(Stand: 06/24)

Handhabung Aufklärung durch Hebamme: NGS kann von Hebamme aufgeklärt und durchgeführt werden, mit Ausnahme Aufklärung über CF und SME – dies ist ärztl. Tätigkeit aufgrund GenDG – Anweisung der Untersuchung kann von Pädiater*innen nach Aufklärung telefonisch/ Fax im Labor nachgefordert werden, keine erneute BE nötig, Blut wird im Labor noch einige Zeit aufbewahrt. Hebammen in Aufklärungs-/ Verantwortlichkeitsrichtlinie erwähnt!

GNPI, DGNS, DGPM, DGKJ, DGGG, ,DGHWI, DHV, GPP, BVKJ (2019). Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechselstörungen, Endokrinopathien und Mukoviszidose. AWMF Leitlinienregister Nr. 024/012, S2k. URL: Leitlinie 024-012 07Feb2019 (screening-dgns.de) [Zugriff 26.2.24]

Relevant für Hebammenaufklärung: → S. 6-16

Auszug aus der Kinder-Richtlinie Stand: 18. Mai 2017 zum Thema Erweiterte Früherkennungsuntersuchungen: Richtlinie (screening-dgns.de)

Relevante Passagen für Hebammen: → §16 Aufklärung und Einwilligung; §19 Durchführungsverantwortung

Sinnvoll: Klärung/ Absprache mit kooperierendem NGS-Labor

Notfälle in der Geburtshilfe

(Stand 09/22)
Verlegung Neugeborenes bei grünem Fruchtwasser: Kein tiefes Absaugen mehr empfohlen! Wenn Bebeutelung mit Ambubeutel nicht durchkommt → Mund zu Mund-Nasen-Beatmung

Rituale im Team nach traumatisierenden Geburten wichtig: Supervisionen/ 3 Tage mindestens nicht arbeiten ermöglichen/ 2. Hebamme von Beginn hinzurufen in Folgegeburten ermöglichen/ Fallbesprechungen

Tipp Fortbildung für Schulterdystokie: spinning babies (online, englisch, Videomaterial von Schulterdystokien, die in HG Settings gelöst werden)

OGTT

(Stand 11/23)
- BZ Tagesprofil und Homa Index oder Empfehlung 50g OGTT
- zunehmend wird 75g OGTT geschätzt, da dieser erst Diagnose stellen kann, sichereres Erkennen von GDM
- nü BZ, kl. und gr. Test – gr. Test können Hebammen nicht abrechnen (ärztlich vorbehalten)
- gute Kooperation mit Diabetespraxis anstreben
- Kostenübernahme des 75g OGTT erst wenn 50g auffällig und dann ärztlich vorbehalten
- nü 80-92 als Grenze, in dem Bereich mehr Risiko für Diabetes Entwicklung
- nach AWMF LL: nü 80 als Grenze, darunter vermutlich kein Diabetes, darüber in Diagnostik gehen, dort auch beschrieben, dass 75g dem 50g OGTT vorzuziehen ist
- BZ Tagesprofil als Alternative: 1 Wo 4x tgl. BZ Messung ohne Zusatzbelastung Zucker – benötigt Schulung, wann genau messen, 12h nü, dann morgens nü, und jeweils 1h nach jeder Mahlzeit, morgens, mittags, abends – sollen dokumentieren, was sie gegessen haben
- Diskussion zu Befundung der Blutwerte durch Hebammen, Weiterbildung (Ernährungsberatung) nötig
- teils geben GH Infoblätter raus, angelehnt an AWMF LL, das hat Entscheidungsverhalten der Klient*innen auch verändert
-> Aufklärungsblatt vom Haus für Geburt und Gesundheit im Mitgliedsbereich
- HOMA Rechner: https://www.labor-enders.de/rechenformeln/homa-rechner/

(Stand 06/2024)
Grundsätzlich siehe oben
- Austausch über Häufigkeit der BZTP – von einmal bis täglich über eine Woche hinweg unterschiedliche Praxis in verschiedenen GH

PAL

(Stand 09/22)
→ gibt inzwischen eigenen Erfahrungsaustausch zu PAL, Termine nach Bedarf, Fragen und Anregungen gern an: pal@netzwerk-geburtshaeuser.de
AG PAL: Christine Bruhn, Steffi Lippelt, Kristin Seeland

(Stand 11/23)
- eine Mentorin, Studierende läuft teils bei allen mit (Überblick und Feedback behalten)
- Beispiel: 3 Praxisanleiterinnen bei 8 Kolleginnen, eine macht Erstgespräch, Zwischengespräch und Abschlussgespräch, geht aber bei allen anderen mit, Praxisanleitung gibt Stunden an wann Praxisanleitung, um 25% einzuhalten – so breites Abbild von unterschiedlichen Hebammen
- teils einem Team zugeordnet

- Motivation PAL-Verträge entsprechend so zu ändern, dass es dem Mustervertrag entspricht und keine Nachteile für die PAL Hebamme und das GH entsteht

Plazenta

(Stand 07/23)
Aus der Frage nach der Müllentsorgung ergibt sich die Frage, wie die einzelnen Häuser mit den Plazenten umgehen – Diskussion, weil die Einen sie für de Fmilien entsorgen, die anderen sie ihnen mitgeben:

- Plädoyer für die besondere Funktion der Placenta!
- Rituale in anderen Kulturen könnten als Beispiel dienen
- Merkblatt der Anthroposophischen Gesellschaft zur Placenta
- Anmerkung: Selbstbestimmung

Privatversicherte, Abrechnung

(Stand 3/23)
Bei Privatversicherung „1100 ist abgedeckt“: einfachen Satz abrechnen. Seit 4-5 Jahren festgelegt: PKV muss nach dem Satz der GKV bezahlen. In Marburg gibt es andere Erfahrung, v.a. mit „ausländischem akademischen Dienst“.

QM

(Stand 5/23)
Elektrische Geräteprüfung alle 2 Jahre, alle Geräte die am Stecker hängen - DGVU Vorschrift
Feuerfeste, abschließbare Aktenschränke zur Archivierung - je nach Auditor wird dies angemerkt

Queersensible Begleitung

(Stand 11/23)
- Umformulierung der Formulare und internen Dokumente
- WS/ Fortbildungen machen, Neugierde vermeiden, authentisch bleiben
- jährliches Fortbildungsangebot für Hebammen* und andere Fachpersonen sowie Studierende zum Thema „Queersensible Geburtshilfe“ in der Waldschlösschen Akademie (Göttingen): https://seminare.waldschloesschen.org/de/853cf06be34d45398537a56c363ae956/queersensible-geburtshilfe

Rassismussensible Begleitung

(Stand 11/23)
- regelmäßige Auseinandersetzung im Team mit rassismussensibler Arbeit (Haus für Geburt und Gesundheit, Nora Naber)
- Beschwerdemanagement, Feedbackmöglichkeit
- mögliche Ansprechpersonen für Fortbildungen: Sam Schulz, Arbeitsorganisation und Rassismus;

Noah Sow; Utopa Ogette
- Paper of content, Leute für Kurse und Studierende

Reanimation Ngb. Und O2-Gabe

(Stand 9/23)
Rea Fobi – unterschiedliche Infos über O2→ lt. LL: sobald Herzdruckmassage erfolgt, muss O2 verabreicht werden (NICHT 100% - druckminderer!)

- ➔ in Ergänzungsvertrag (für GH´s relevant) ist verpflichtend Vorhaltung O2-Flasche
- ➔ best practice GH Düsseldorf: sie mieten O2-Flaschen – somit kümmert sich „Vermiter" um TÜV, Haltbarkeit etc.
- ➔ GH Ansbach z.B. hat Koop mit lokalem Sanitätshaus

Renault-syndrom

(Stand 05/2024)

BW – Vasospasmus – Therapie Magnesium und Calcium – getrennt oder zusammen?

Ein Erfahrungsbericht: 100 mg B6 + 300 Mg mg 2x tgl.

Rhesus-Prophylaxe

(Stand 11/22)
Sinn der Blutentnahme in SWS (schwangere Person) und pp (Nabelschnur): Vermeiden von Rhesus-Spritze in SWS und pp, Rezept kann frühzeitig vorbereitet werden, am Wochenende können Betreute mit Rhesogam in Klinik gehen zum Spritzen, Gegenkontrolle (pp aus Nabelschnurblut) muss stattfinden.

Teils Kooperation mit Apotheke, damit Medikament (Rhesogam) vorhanden ist und ordnungsgemäß gelagert wird.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst bundesweit unterschiedlich bereit zu spritzen (da streng genommen nur Ärzt*innen mit transfusionsmedizinischer Ausbildung berechtigt sind). Mehrere Städte haben Vereinbarung mit ÄBD, sie kommen zum Spritzen.

Wenige GH/ Hebammen spritzen selbst und lagern Medikament (Rhesogam) bei sich im GH (wenn Berufsordnung des BL es hergibt, unterschiedlich). Andere haben Delegation und Rezept von zuständiger gynäkologischen Praxis dafür.

Rizinusgabe

Aus vorherigen Erfahrungsaustauschen einfügen.

Rückbildung durch Physiotherapeut*innen

(Stand 3/23)
Seit 2021 sind Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse durch Physiotherapeut*innen und die Abrechnung mit GKV möglich. Teilnehmende müssen in Vorleistung treten, bekommen Leistung je nach KK prozentual zurück. Mehrere GH haben Physiotherapeut*innen für Kurse, können auch mit eigener IK direkt mit KK abrechnen, ggf. beim GKV nachfragen.

Rufbereitschaftspauschale

(Stand 1/23)
Wer hat Erfahrung mit solidarischem Prinzip?
- Anlehnung an „The green bottle“ – Sliding skill nach Selbsteinschätzung, positive Erfahrungen damit https://static1.squarespace.com/static/54a1bf90e4b07c077787ed68/t/55d650e6e4b0bb73fdc7b993/1440108774760/GreenBottleSlidingScale.png
- GH Diez, Jena: Förderverein für Beteiligung an Rufbereitschaftsgeldern für Klient*innen
- GH Münster: Staffelung nach SWS-Alter, Ratenzahlung, Möglichkeit zu gebären auch ohne Bezahlung der Rufbereitschaft
- GH Bergstraße: sammelt Spendengelder als „Puffer“ für nicht bezahlbare Rufbereitschaften, empfiehlt BKK Pfalz (zahlen bis zu 1000 EUR)
- GH Ansbach: Bayern bietet Fonds (Eltern sollten dies vor Geburt beantragen), Landesstiftung über Familienberatungsstellen

RB-Pauschale werden zu unterschiedlichen Zeiten bezahlt, teils ab 34+0, teils ab 37+0 oder auch früher. Vertragsformulierung beachten, ggf. beginnt dadurch auch früher Rufbereitschaft. Ggf. (Teil-)Rückzahlung ermöglichen.

SFA

(Stand 1/23)
SFA-Messung im Team, wichtig zu beachten:
Gleiche Unterlage/Matratze, wenn möglich Messung durch dieselbe Person, ohne Kissen, Beine in selber Position.

https://perinatal.org.uk/GAPguidance.pdf

(Stand 7/23)
Hinweis: unbedingt GAP in Verbindung mit Leopold und unserer haptischen Erfahrung zusammen beurteilen.
Arbeiten mit GAP: GH Tübingen, GH München.

Social Media

(Stand 05/24)

Soziale Medien – Fotos von Ngb.? → Formblatt für Datennutzung

Stille Geburt

(Stand 11/23)
- stille Geburten und Palliativgeburten zu begleiten
- fortbildende Personen: Antje Thiessen Berlin (Fehlgeburtsbegleitung) und Anett Schmid aus Chemnitz (stille Geburten in der Außerklinik)
- ärztliche Person muss pp Tod nachweisen, auch wenn vorab Diagnose des Kindes klar

(Stand 06/2024)

> Die Hebammen aus dem **Haus für Geburt und Gesundheit Hamburg** berichten über gute Fobi zum Thema Stille Geburten begleiten durch Hebamme Anett Schmid aus dem GH Chemnitz

Studien beschaffen

(Stand 05/2024)

- Studien und wissenschaftliche Arbeiten beschaffen – wie kommen wir da ran?

  Pubmed

  DGHWI → ZHWI

  Studierende einbinden – Praxisanleitung, recherchieren lassen

Teamkommunikation

(Stand 05/24)

Austausch zum Thema Kommunikation im Team via Messenger bzgl. Datenschutz – unterschiedlicher Umgang, wichtig: Festlegung und einheitliches Vorgehen im Team

End-to-end-Verschlüsselung sei günstig

SMS sind nicht end-to-end-verschlüsselt

Praxis in unterschiedlichen Teams: Threema work für Team, Untereinander Signal mit Abkürzungen und ET, mit Frauen nur SMS, Dokumente über Hebamio mit Passwortschutz

Teamstruktur (und Abrechnung)

(Stand 11/22)
GH Hamburg: zu 10., 2 Teams, betreuen nur Frauen aus ihrem Team, 2. Heb aus anderem Team kommt dazu
GH Bremen: zu 8., 2 Vierer-Teams, 2. Heb aus anderem Team zur Geburt. Lernen selbst im Vierer-Team die Frauen zu wenig kennen, denken über Bezugshebammen-System nach (1 Bezugshebamme für VS und Wochenbett, zur Geburt kommt Bezugshebamme ODER eine der anderen 2)

GH Marburg: zu 6., betreuen im Team , hatten mal Umstellung auf 2 Teams, haben sie sofort wieder revidiert, lernen die Frauen ganz gut kennen, da die Frauen 4-wöchentlich einbestellt werden und kommen müssen!
GH Erfurt: haben 2 Teams aus 2-4 Hebammen, Frauen sind zugeteilt, Hebammen wechseln in VS ab, eine der Beiden macht Geburtsbetreuung, die 2. Hebamme ist aus anderem Team, Ziel ist wieder 2er Team um Frau besser zu kennen
GH Koblenz: 2 Dreier-Teams mit Bezugshebamme, Frau sieht jede Hebamme mind. 3 Mal, haben Erfahrung gemacht dass selbst bei Dreier-Team manchmal Informationen verloren gehen
GH München: 2 Teams aus 5-6 Hebammen, Frauen müssen in geregelten Abständen kommen, 2. Hebamme bei Geburt aus anderem Team
Teamstruktur sollte zu Wünschen der Hebammen passen (z.B. Freizeit vs. Familien sehr gut kennen) – wenn alle zufrieden sind, können die Familien Modelle auch gut annehmen.
Abrechnungsmöglichkeiten: z.B. im Pool nach Dienstauszahlung oder jede*r rechnet selbst ab, Rufbereitschaften nach Diensten oder Staffelung 1./2. Hebamme

Überschreitung des ET / Übertragung

(Stand 01/2024)

Management bei ET + ? spezifische Frage nach Umgang mit US – wann empfehlen und welche Kriterien liegen zugrunde?

- Wird in allen GH unterschiedlich gehandhabt. Einheitlich ist nur, dass alle an ET +14 spätestens in die Klinik verlegen.
- Viele halten sich an die Leitline „low risk“

Ungeplante HG

(Stand 3/23)
Für kleine GH problematisch, da BKP fehlt, manche begrenzen die Anzahl der geplanten HG im Monat, wenige lassen HG höhere Rufbereitschaft (z.B. 200 EUR mehr) zahlen für Ausgleich, andere verneinen dies, manche GH betreuen (zeitweise) nur GH-Geburten. Fraglich wie umzugehen bei Umentscheidung.
Wichtig: klare Kommunikation mit Klient*innen (GH Geburten halten Haus aufrecht), im Aufklärungsgespräch auf ungeplante HG eingehen, Procedere der Betreuung checken, ggf. Auswahlkriterien für HG, Deckelung der HG im Monat, km Radius an Auslastung anpassen, bei personellem Engpass muss auch GH Geburt möglich sein (Aufklärung darüber).

Bei nicht geplanter HG RTW dazu holen für rechtliche Absicherung, falls keine Aufklärung zur außerklinischen Geburt stattgefunden hat. Bleiben nach Erfahrung ½ bis ¾ Stunde vor Ort, wollen kurz pp schauen ob es allen gut geht.

VBS

(Stand 11/22)
Verlegung i.d.R. nach 24 Std. (bis 36 Std.) auch in Absprache mit Verlegungsklinik, Temperaturkontrolle (!) alle 2 Std, CTG-Kontrollen (nach 4-6h, unterschiedlich), keine Blutentnahme, bei Infektionszeichen direkt Verlegung

Wichtig: Druck rausnehmen, abhängig von Parität ggf. länger warten, Vertrauen auf Beobachtung der Gesundheits-/ Aufmerksamkeitszeichen /Eindruck Gebärende und Hebamme

Manche unterscheiden zwischen Blasensprung- und Riss, Beobachtung dass sich bei Blasenriss Blutwerte nicht verschlechtern und Fruchtblase sich oft wieder verschließt
Nach Blasenriss keine direkte Verlegung indiziert, bei Blasensprung ist es anders: wenn Laborveränderung i.d.R. nur nach Blasensprung, ggf. nach Fruchtblase tasten bei v.a. Blasenriss/-sprung

CRP-Schnelltests → kein GH hat Erfahrung.

(Stand 06/24)
Fachlicher Austausch: Siehe oben
Berichte über Erfahrungen mit Gabe von Quarz
CRP-Abnahme lt. Leitlinie nicht empfohlen
Und siehe:
Kapitel 7 in der S3-Leitlinie: 015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf (awmf.org)

Verbot Doppelmitgliedschaft

(Stand 9/23)
Satzungsänderung im DHV zum Verbot der Doppelmitgliedschaft DHV und BfhD bzw. NWGH ist in allen Landesverbänden nun beschlossen und umgesetzt

Wir sprechen über die Unsicherheiten (und auch persönlichen Enttäuschungen), die diese Haltung des DHV bei vielen Mitgliedern hervorruft.

Zum Thema eidesstattliche Erklärung, die der DHV fordert vor der Versammlung in Kassel, auf der eine Geburtshausdelegierte gewählt werden soll:

Wenn Ihr noch nicht sicher seid, wie Ihr euch entscheiden werdet, dann keine solche Erklärung abgeben. Gut abwägen, ob Eure Präsenz dort Sinn macht

Gedankenanregung:

- Sonderkündigungsrecht – ist ein Recht, keine Pflicht
- Kündigungsfristen: Ende September zum Jahresende und Sonderkündigungsfrist des DHV geht bis 15. November zu Ende des Jahres
- Kassel – eine Delegierte für alle Geburtshäuser wird gewählt

Die Geburtshäuser erzählen von ihren Teamprozessen, die diese Entscheidung – für oder gegen einen Verband und vor allem auch für oder gegen einen potenzieller Versicherungswechsel

➔ Konsensfindung braucht Zeit (die knapp ist) und Wissen über Bedingungen

(Stand 5/23)
Satzungsänderungen in den Landesverbänden noch nicht alle abgestimmt. Solange noch nicht auf Bundesebene abgeschlossen ist Doppelmitgliedschaft möglich.

Verlegungen

(Stand 5/23)
Verlegung im eigenen PKW - Begründung dokumentieren (Klient*in wünscht es, keine eilige Situation/ in Ruhe, protr. Verlauf ohne Not etc.)
Individuelle Entscheidung je nach Geburtssituation, bereits im Aufklärungsbogen vermerken

Vit K

(Stand 05/24)

Aufklärung durch Geburtshäuser

Wie rechnen andere Häuser das ölige Vit K ab? Von „Eltern selbst besorgen lassen“ bis Abrechnung via PZN alles dabei

Vorsorge, gemeinsame/ Kooperation Gynäkolog*innen

(Stand 9/22)
Beziehungen pflegen durch Einladungen zum persönlichen Gespräch/ Flyer/ positives Feedback geben, Geburtsbrief nach Geburt verschicken, feste Kooperationen anstreben.

Links zum Thema:
https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2021/03/2021-3-BIOSKOP-93_14-15.pdf

https://www.greenbirth.de/images/vertiefende_artikel/texte/2021_Schwangerschaftsvorsorge_im_Spannungsfeld_der_Berufsgruppen_barmer.pdf

https://www.aerztinnenbund.de/Interprofessionelle_Schwangerenvorsorge.3712.0.2.html?fbclid=IwAR1CVWWWJslAlJBU_Vki6xfeteTUa8sI10wKiVjCd9wTYWBc7R9esfsivBg

Werbung

(Stand 9/22)
wie können wir „Werbung“ machen? → schriftliche, sachliche Informationen auf unterschiedlichen Wegen: Webseite, Social media, Presse, usw.

Xylocain Gel 2 %

(Stand 5/23)
Gel 2 % kann abgerechnet werden, das Spray nicht.
GKV verweist auf Arzneimittelgesetz → in Verhandlung beachten