

Hebammendiagnosen

Autor(en): **Cignacco, Eva / Georg, Jürgen**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949650>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

Im Jahr 2000 proklamierten die UNO und ihre Mitgliedstaaten globale Entwicklungsziele für das neue Jahrtausend. Ziel Nummer fünf nahm die schwindelerregend hohe Zahl von über 500 000 mütterlichen Todesfällen jährlich ins Visier: bis 2015, so lautet die ehrgeizige Vision, sollen diese skandalösen und meist unnötigen Tragödien



um 75 Prozent vermindert werden. Die traurige Tatsache erstaunt weiter nicht besonders: kein anderes Millenniumsziel zeitigte bisher so geringe Fortschritte wie Nummer Fünf. Im Durchschnitt nahmen die Todesfälle von Frauen vor, während und nach der Geburt seit 2000 um weniger als 1 Prozent jährlich ab. Die betroffenen Staaten haben viel zu geringe finanzielle Mittel bereitgestellt, um die (Über)Lebensbedingungen für Mütter und ihre Kinder zu verbessern. Seit jeher verfügten Frauen und Kinder über wenig bis keine Macht und Rechte; in vielen der besonders betroffenen Drittweltländer ist das bis heute unverändert. Gerade den Frauen werden häufig Ressourcen wie Bildung, Macht, Ansehen und Einflussmöglichkeiten vorenthalten. So fehlen ihnen Mittel, um auf ihre Situation und ihre existenziellen Bedürfnisse aufmerksam zu machen und einen Teil der vorhandenen Gelder dorthin zu lenken, wo es ihnen zugute käme: in ein Gesundheitswesen auch für die Ärmsten, in ausgebildete Hebammen für eine ausreichende Basisbetreuung.

Vielleicht kommt fünf Jahre vor Ablauf der UNO-Frist doch noch Bewegung in die Staaten. Aufgeschreckt von der Tatsache, dass junge Mütter und ihre Babys trotz vollmundiger Versprechen weiterhin sterben wie die Fliegen, und wachgerüttelt von Frauenorganisationen wie The White Ribbon Alliance und der Internationalen Hebammenvereinigung ICM, haben einige westliche Regierungen das Millenniumsziel 5 auf ihre politische Agenda gesetzt. Neben dem EU-Parlament, dem US-Kongress und der African Parliamentary Union beauftragte das Kanadische Parlament im vergangenen Sommer die Zentralregierung, sich national und international aktiv für die Senkung der mütterlichen Todesrate einzusetzen. Viel, sehr viel Einsatz und Lobbying wird jedoch nötig sein, damit solche Resolutionen nicht zum wirkungslosen Lippenbekenntnis verkommen.

Gerlinde Michel
Gerlinde Michel

Überlegungen zu einer dringlichen Diskussion

Hebammen- diagnosen

Die Einführung der Fallkostenpauschalen (DRGs) in den Schweizer Spitälern fordert von den Hebammen unter anderem die genaue und fachgebietsspezifische Beschreibung ihrer Arbeit und Leistungen. Dafür ist die Entwicklung einer begrifflich genauen Fachsprache unabdingbar. Nicht zuletzt hängt auch die zukünftige Entlohnung der Spitalhebammen davon ab, wie gut dieser Erarbeitungsprozess gelingt.

Eva Cignacco
Jürgen Georg

«Hebammen haben die Überlegungen zur Einführung und Nutzung von Hebammendiagnosen zünftig verschlafen». Dies die Bemerkung einer leitenden Hebamme, die 2008 am Kurs «Hebammendiagnosen – Wozu?» des Schweizerischen Hebammenverbandes teilnahm. Was liegt dieser Aussage zu Grunde?

Die Notwendigkeit von «Hebammendiagnosen» im Zeitalter des DRG-Systems

Im Jahr 2012 wird in der Schweiz ein neues Spitalfinanzierungssystem mittels einer Fallkostenpauschale (DRGs = Diagnosis Related Groups) eingeführt. Die DRGs bilden ein System zur diagnosebasierten Klassifikation von Behandlungsfällen, das als Grundlage für die Finanzierung der Spitäler mittels Fallpauschalen dient. Die Patienten bzw. Behandlungsfälle werden aufgrund der Diagnosen und der vorgesehenen Behandlung, respektiv den zu erwartenden Kosten, einer bestimmten DRG zugeordnet (Oggier, 2005). Die «Diagnosengruppen» bauen auf der Grundlage der Hauptdiagnose und Nebendiagnosen auf, die eine Komorbidität oder eine Komplikation ausdrücken und deshalb die Klassierung eines Patienten in eine Gruppe mit hohem oder tiefem Behandlungsaufwand vornehmen (Schenker, 2007). Als Beispiel sei aus dem Bereich der Geburtshilfe folgende Hauptdiagnose genannt: «Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose» (DRG O60D).

DRG: Anreiz zur Kostenoptimierung

Mit dem DRG-System sollen Anreize zu einer betriebswirtschaftlichen Handlungsrichtung der Spitäler geschaffen werden. Letztlich geht es darum, eine Kostenoptimierung zu erzielen, welche die stetig wachsende Kostenspirale des Gesundheitswesens in der Schweiz zu stoppen vermag. In den USA führte das DRG-System zu einer Halbierung der Aufenthaltsdauer im Akutspital bei gleichzeitigem Anstieg der ambulanten Behandlungen (Indra, 2004). Ob dieses System in der Schweiz all die Hoffnungen auf Kostentransparenz und -kontrolle zu erfüllen vermag, wird sich erst erweisen müssen.

Hebammenleistungen dokumentieren

Tatsache ist, dass heute die Spitäler in der Schweiz im Hinblick auf die Einführung des DRG-Systems ihre Behandlungsprozesse überdenken und optimieren müs-



Dr. Eva Cignacco ist Hebamme, Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel mit Forschungsschwerpunkt «Schmerzmanagement beim Neugeborenen». eva.cignacco@unibas.ch

Jürgen Georg MScN, RN, ist Pflegefachmann, Lehrer und Wissenschaftler und arbeitet als Lektor für den Verlag Hans Huber. juergen.georg@hanshuber.com



Fotos: Markus Kuhn

sen. Dabei sind vor allem die in den Prozessen involvierten Professionen aufgefordert, ihren Anteil am Behandlungsprozess im Kontext einer Diagnose transparent darzulegen. Ein Kernstück dieser Prozessanpassungen stellt die strukturierte Pflege- und Hebammenarbeit, insbesondere deren Dokumentation, dar. Die heutigen Dokumentationssysteme für die Pflege- und Hebammenarbeit bauen auf einer «Vereinheitlichung» der jeweiligen Fachsprache auf (beispielsweise elektronische Klinikinformationssysteme, KIS), die die pflegerischen Leistungen im Rahmen eines Behandlungsprozesses für Kostenträger transparent und nachvollziehbar darstellen. Weitere Modelle zur Abbildung von Pflegeleistungen sind beispielsweise die fallbezogene Leistungserfassung wie das LEP® oder das PRN-System. Beide Systeme berechnen die erbrachten Pflegeleistungen pro Patient in Minuten/Franken und sind in vielen Spitälern der Schweiz im stationären Bereich bereits in Anwendung.

Hebammenfachsprache und Leistungsdokumentation

Mit der Einführung des DRG-Systems gewinnt die Dokumentation der von Hebammen vollzogenen Handlungen zunehmend an Bedeutung. Im Vordergrund steht die Beschreibung der Hebammenarbeit in einer einheitlich definierten Fachsprache, die möglichst alle Schritte der Hebammenarbeit umfasst und prozesshaft zu beschreiben vermag. Das heisst a) das «Hebammenassessment» (Befragung, körperliche Untersuchung, Beobachtung), b) die aus der Befragung, Untersuchung oder Beobachtung analysierte und abgeleitete «Hebammendiagnose», c) die Vereinbarung der Ziele, die zu erreichen sind: «Hebammenziele», d) die «Hebammenplanung», e) die eigentliche «Hebammenarbeit/Hebammenintervention», und f) die Überprüfung des Ergebnisses/der Zielerreichung durch «Hebammenevaluation» (siehe auch Grafik, Seite 6).

Die SHV-Fortbildung zum Thema «Hebammendiagnosen – wozu denn?»

Freitag, 29. Oktober 2010, Olten (und nicht, wie in der SHV-Kursbroschüre angegeben, am 19. 10. 2010)

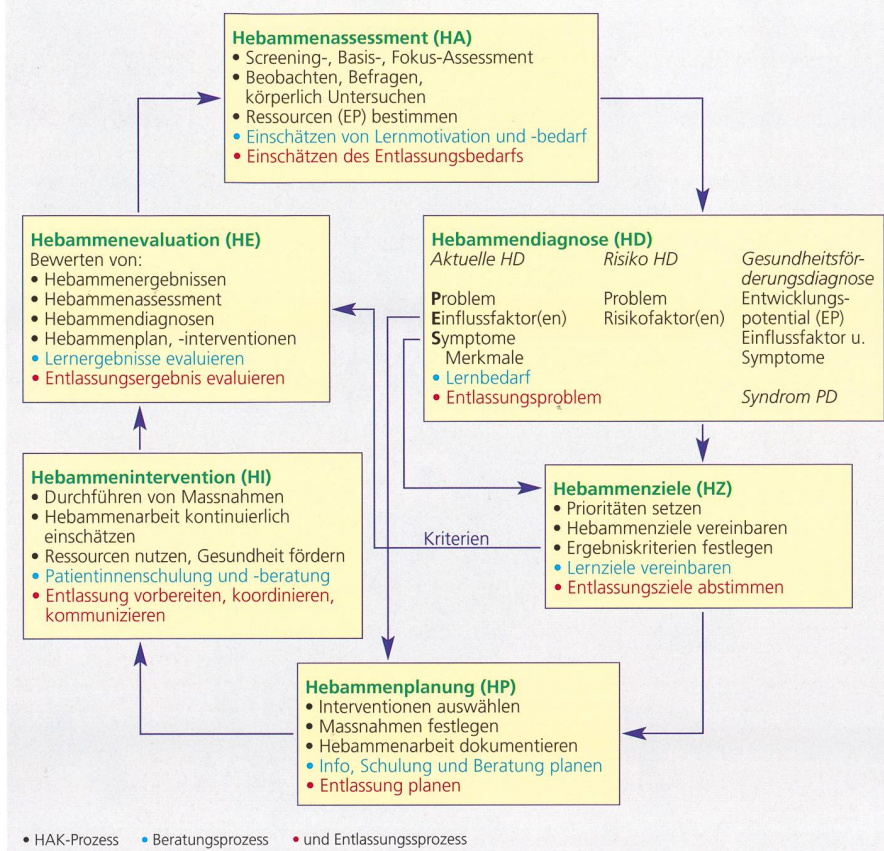
Kursleitung:
Dr. Eva Cignacco
Jürgen Georg

Kursinhalt siehe SHV-Fortbildungsbroschüre 2010, Seite 43.

Im Wesentlichen geht es mit der sprachlichen Abbildung der einzelnen Schritte des Hebammenprozesses darum, sich der Frage zu stellen, was der Anteil der Hebammenleistung im Rahmen der Diagnose ist, der die anfallenden Gesamtkosten (inkl. Hebammenleistungen) beeinflusst und rechtfertigt. So ist beispielsweise bei DRG-Diagnose «vaginale Entbindung ohne

Prozess der Hebammenarbeit

Aus: Georg J.; Cignacco E. (2006, Seite 262)



komplizierende Diagnosen (DRG O60)» die Frage zu stellen, welche Leistungen die Hebamme erbringt, damit es zu einer «vaginalen Entbindung ohne komplizierende Diagnosen» kommt.

Sprachliche Bumerangs

Wie soll es nun der Hebammenprofession auf der sprachlichen Ebene gelingen, all die Hebammenarbeit im Rahmen einer physiologischen Geburt transparent, nachvollziehbar und in ihrer Effektivität darzulegen? Das dabei von Kolleginnen vielgerühmte «Nichts-Tun», das zwar unter Hebammen in der physiologischen Geburtshilfe richtigerweise als eine Form der «Hebammenkunst» beschrieben wird, dürfte sich im Rahmen des DRG-Systems als «Bumerang» für die Hebammenprofession erweisen. Denn das «Nichts-Tun» wird im Rahmen des ökonomischen Paradigmas, das dem DRG-System zugrunde liegt, von zahlenden Instanzen (z.B. Krankenkassen) wohl kaum als eine Form der «Hebammenkunst» interpretiert, sondern eher als Kosten verursachende Leistungserbringung (=unnötige Personalkosten) abgetan. Eine logische Konsequenz daraus könnte sein, die Notwendigkeit von Hebammenleistungen im Rahmen der «vaginalen Entbindung ohne komplizierende Diagnosen (DRG O60)» gänzlich zu strei-

chen. Aus diesem Grund birgt das DRG-System für die Hebammenprofession etliche Gefahren, die es sehr ernst zu nehmen gilt. Hier ist dringend die Diskussion über eine einheitliche Hebammenfachsprache angebracht, die zu zeigen vermag, was Hebammen an Leistungen erbringen und welchen Beitrag sie zum Ergebnis «vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnosen» leisten.

«Präsent sein» statt «Nichts-Tun»

Dabei könnte der vielfach verwendete Begriff des «Nichts-Tun» mit der von Bulechek et al. (2008, Seite 584) beschriebenen Intervention der «presence» (präsent/anwesend sein, da sein) angepasst umschrieben werden. Diese Intervention, die 16 Aktivitäten umfasst, könnte sich hypothetisch aus der Hebammendiagnose «Angst vor der Geburt» (Cignacco & Georg, 2006) ableiten, die auf eine erstgebärende Frau mit zu erwartendem physiologischen Geburtsverlauf zutreffen könnte. Durch ihre «Anwesenheit» und ihr «Zusprechen» als Massnahmen zur Linderung der Angst vor der Geburt kann die Hebamme der erstgebärenden Frau die Zuversicht vermitteln, die sie für eine physiologische Geburt braucht. Hier sind also bereits zwei Hebammenhandlungen («Anwesenheit» und «Zu-

spruch») im Rahmen der Interventionen «Präsent sein» sprachlich beschrieben, welche die Hebammenarbeit im Rahmen der «vaginalen Entbindung ohne komplizierende Diagnosen» umschreiben und den Geburtsprozess positiv beeinflussen.

Hebammenspezifische Fachsprache entwickeln

Wie bedeutend die Entwicklung einer hebammenspezifischen Fachsprache ist, lässt sich mit dem Norma Lang und June Clark (2003) zugeschriebenen Zitat «If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, teach it, or put into into public» veranschaulichen. Auf die Hebammenarbeit übertragen kann dieser Satz frei wie folgt übersetzt werden: «Wenn wir den Gegenstand der Hebammenkunde, die hebammenkundlichen Probleme, Ziele und Handlungen nicht benennen, dann werden wir sie auch nicht kontrollieren, kommunizieren, finanzieren, beforschen, lehren und (berufs-) politische Forderungen und Richtlinien umsetzen können.» (Georg & Cignacco, 2006, Seite 257).

Die Pflege ging voraus

Im Gegensatz zur Hebammenprofession hat die Pflege sich seit den 1990er Jahren auch in der Schweiz darum bemüht, mit der Entwicklung verschiedener Klassifikationssysteme eine Pflegefachsprache zu kreieren. So entstanden Werke, die sowohl «Pflegediagnosen» (Doenges et al., 2002), «Pflegeinterventionen» (Bulechek et al., 2008), wie auch «Pflegeergebnisse» (Johnson et al., 2005) in einer Fachsprache darstellen. Diese Klassifikationssysteme können bereichsunabhängig (akute Pflege, Langzeitpflege, psychiatrische Pflege) eingesetzt werden. Das Ziel dieser Pflegeklassifikationssysteme war und ist (heute im Kontext der DRG-Einführung umso mehr), dass pflegerische Arbeit sichtbar gemacht wird, das heisst pflegerische Leistungen im Rahmen eines Behandlungsprozesses benannt und in ihrer Effektivität nachvollziehbar dokumentiert werden. Zu diesem Zweck fanden seit der Mitte der 1990er Jahre in den Spitälern in der Schweiz zunehmend Weiterbildungen des Fachpersonals zum Pflegeprozess statt. Beim Erwerb des Wissens um die Schritte des Pflegeprozesses wurden die Teams in die Fachkunde der «Pflegediagnosen» und in die strukturierte Dokumentationsweise eingeführt. Auch Pflege-Bildungsinstitutionen integrierten zunehmend Module der Pflegediagnostik in ihren Curricula und bereiteten so die Studierenden auf die Anwendung einer einheitlichen Fachsprache in der Praxis vor. Durch die Verwendung von Pflegediagnosen als integraler Bestandteil des Pflegeprozesses hat die Pflege ihr Wissensgebiet formuliert, mit dem sie sowohl zur Präven-

tion von Krankheiten, zur Vermeidung von Risiken als auch zur Aufrechterhaltung/Wiederherstellung von Gesundheit beiträgt. Die Pflege ist aus diesem Grund politisch und fachsprachlich besser auf das DRG-System vorbereitet, obwohl sich auch ihr noch etliche zu lösende Probleme stellen (Baumberger et al., 2009).

Im Hebammenbereich wurde im Jahr 2006 ein erster Entwurf von Hebammendiagnosen publiziert (Georg & Cignacco, 2006), der aber in der Hebammengemeinschaft, insbesondere in Bildungsinstitutionen, bis heute weitgehend unbeachtet und undiskutiert blieb.

Definition und Entwicklung von Hebammendiagnosen

Die Grafik beschreibt, welche Stellung eine *Hebammendiagnose* im Rahmen des Hebammenprozesses einnimmt. Eine Hebammendiagnose ist demnach «eine Beurteilung, die von einer Hebamme nach einem Assessment (bestehend aus Beobachtung, Interview, körperlicher Untersuchung und Ressourceneinschätzung) gemacht wird. Diese Aussage bezieht sich auf die Art, die möglichen Einflussfaktoren und die Merkmale oder Risikofaktoren für aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme oder -syndrome und -entwicklungspotenziale von Frauen, Kindern, Partnern und Familien zu benennen. Dies ist in Situationen von Bedeutung, in welchen deren Unabhängigkeit hinsichtlich *Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL)* – während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – beeinträchtigt oder unfähig ist. Hebammen sind für das Stellen von Hebammendiagnosen zuständig und verantwortlich. Hebammendiagnosen bilden die Grundlage, um Interventionen auszuwählen, planen und durchführen zu können, und um gemeinsam vereinbarte Ziele und Ergebnisse erreichen und bewerten zu können» (Georg & Cignacco, 2006). Hebammendiagnosen lassen sich konzeptionell im Rahmen des ABEDL-Modells von Krohwinkel (2008) stellen. Dies ist allerdings nur eine mögliche Antwort auf die Frage, in welchem konzeptionellen Rahmen Hebammenarbeit stattfinden soll.

Diskussion und Konsensfindung

Grundsätzlich sind Hebammen wie jede Berufsgruppe, die ein eigenes diagnostisches System entwickeln möchte, gefordert, folgende drei Fragen zu beantworten:

- Was ist unter Hebammenkunde zu verstehen, wie kann ihr Inhalt und Gegenstand definiert werden, wer sind die KlientInnen von Hebammen? (konzeptuelle Definition)

- In welchen Sachzusammenhang und Prozess ist eine Hebammendiagnose eingebettet? Mit welchen anderen Elementen dieses Prozesses ist sie verknüpft und verflochten? (kontextuelle Definition)
- Welche Arten von Hebammendiagnosen gibt es und wie sind diese strukturiert? (strukturelle Definition)

Mögliche Antworten auf diese Fragen wurden in Georg und Cignacco (2006) gegeben. Dieser Text ersetzt jedoch nicht eine breite berufspolitische Diskussion und Konsensfindung. Im Hinblick auf die DRG-Einführung sollte auch von Seiten der Hebammen gefragt werden, ob die im DRG-System verwendeten medizinischen Diagnosen den Bedarf an hebammenkundlicher Versorgung von Klientinnen ausreichend beschreiben.

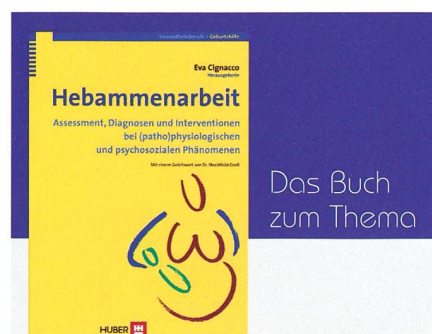
Es geht nicht zuletzt um Finanzielles

Fachsprachliches Kernstück jeglicher Beschreibung der Arbeit und Entscheidungsprozesse einer Berufsgruppe sind Aussagen darüber, warum eine Berufsgruppe – hier die Hebammen – tätig werden (Hebammendiagnosen), was sie tun (Hebammeninterventionen) und mit welchem Ergebnis sie das tun (Hebammenziele, -ergebnisse). Das es im Rahmen der DRG-Diskussion darum geht, aus Hebammensicht darzustellen, aufgrund welcher hebammenkundlichen Indikation (Hebammendiagnose) eine Klientin die Leistungen (Hebammeninterventionen) einer professionellen Hebamme benötigt, sollte sich die fachsprachliche Diskussion und Entwicklung auf diese Schwerpunkte konzentrieren.

Gleichzeitig geht es weitblickend in der DRG-Diskussion darum, dass Gesundheitsberufe gemeinsam erklären und beschreiben, was sie warum und mit welchem Ergebnis bei ihren KlientInnen tun. Um sich an einer solchen Diskussion über interdisziplinäre Behandlungspfade zu beteiligen, muss ein Fachbereich soweit sprachlich und fachlich geklärt und auf den Begriff gebracht sein, dass er anderen Berufsgruppen seinen essenziellen Beitrag an der Versorgung von Klientinnen verdeutlichen kann. Nicht zuletzt geht es darum, einen entsprechenden Teil des dafür bereitgestellten Finanztopfes für sich zu beanspruchen.

Heute steht die Hebammenprofession in der Schweiz vor der riesigen Herausforderung, die «verschlafenen Jahre in der Sprachentwicklung» entweder im Eilzugtempo nachzuholen oder sich aus einer bestehenden Pflegeklassifikation «zu bedienen». Sicher ist, dass auch unter Hebammen eine Diskussion über die Entwicklung und Einführung von «Hebammendiagnosen» unumgänglich geworden ist. ▶

Originalartikel



Eva Cignacco (Hrsg.)

Hebammenarbeit

Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen

2006. 288 S., 11 Abb., 23 Tab., Fr. 56.–
Verlag Hans Huber Bern

Literaturangaben

- Baumgartner D.; Bosshard W.; Portenier L.; Wittwer M.; Bürgin R.; Müller M.: *Projekt Swiss DRG und Pflege. Quantitative Analyse Pflegeaufwand*. Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter und Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Schlussbericht Teilaufgabe 1, 2009.
- Bulechek G. M.; Butcher H. K.; McCloskey Dochterman J.: *Nursing Intervention Classification*, 5. Edition, Elsevier, St. Louis 2008.
- Doenges M.; Moorhouse M. F.; Geissler-Murr A. C.: *Pflegediagnosen und Massnahmen*. 3. Auflage. Verlag Hans Huber Bern, 2002.
- Georg J.; Cignacco E.: *Hebammendiagnosen und deren Bedeutung für die Professionalisierung des Hebammenberufes*. In: Cignacco E. (Hrsg.): *Hebammenarbeit. Assessment, Diagnosen und Interventionen bei (patho)physiologischen und psychosozialen Phänomenen*. Verlag Hans Huber, Bern, 2006.
- Indra P.: *Die Einführung der Swiss-DRG in Schweizer Spitälern und deren Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen*. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Zürich, 2004, Band 80.
- LEP AG, St. Gallen: [LEP® Nursing 3www.lep.ch/index.php/en/home-mainmenu-1](http://www.lep.ch/index.php/en/home-mainmenu-1) (download, 22.12.2009).
- Krohwinkel M.: *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkranken. Fördernde Prozesspflege als System*. Verlag Hans Huber, Bern 2008.
- Marion Johnson, Meridean L. Maas, Sue Moorhead: *Pflegeergebnisklassifikation (NOC)*. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
- PRN: Das PRN-System zur Messung des zeitlichen Pflegeaufwandes. Die Messung der erforderlichen Pflegetätigkeiten für einen Patienten für eine Periode von vierundzwanzig Stunden. 5. überarbeitete Ausgabe, aus dem Französischen übersetzt von Knecht S. Montréal 1995 (1987).
- Schenker L.: *Die DRG werden das Gesundheitssystem grundlegend ändern*. Le trait d'union, Klinikzeitung der Clinique Générale Beaulieu, Genf, Nr. 38, Juni 2007.
- Oggier W.: *Einführung der Swiss DRG in der Schweiz*. *Managed Care* 2005; 1: 35–36.