

Grundsätze für die Dokumentation der Hebammenhilfe

1. Allgemeines

Hebammenhilfe bei Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung muss noch nach Jahren an Hand der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Alle Aufzeichnungen und beruflichen Unterlagen sind durch besondere Vorkehrungen vor dem Zugriff Unbefugter zu sichern. Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger haben dafür zu sorgen, dass die Aufzeichnungen bei Berufsaufgabe bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist ordnungsgemäß aufbewahrt werden.

Jede Dokumentation muss der dokumentierenden Hebamme oder dem dokumentierenden Entbindungspfleger namentlich eindeutig zugeordnet werden können, ebenso muss die zeitliche Zuordnung der dokumentierten Daten einwandfrei möglich sein.

2. Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsvorbereitung, Wochenpflege

Alle Befunde, die während der Schwangerschaftsvorsorge, der Geburtsvorbereitung sowie der Betreuung im Wochenbett erhoben werden und ebenso Informationen, die Hebammen oder Entbindungspfleger im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit erhalten, sind in einem formalisierten System zu erfassen. Das dazu erforderliche Dokumentationssystem kann die Hebamme oder der Entbindungspfleger frei wählen oder selbst erarbeiten. Die dafür vom Bund deutscher Hebammen herausgegebenen Empfehlungen sind zu beachten.

3. Geburtshilfe

Die Dokumentation des Geburtsverlaufs muss folgende Daten umfassen und folgende Kriterien erfüllen:

3.1

Es ist eine Anamnese zu erheben, die beinhalten muss: Familienanamnese, Eigenanamnese einschließlich durchgemachter Kinderkrankheiten und Operationen; besondere Berücksichtigung sollte dabei der Frage nach Allergien und Dauermedikation eingeräumt werden, Gynäkologische Anamnese, geburtshilfliche Anamnese, Verlauf der derzeitigen Schwangerschaft, Serologische Befunde wie Blutgruppe, Rh-Faktor, Antikörpertiter, Röteltiter.

3.2

Durch Zustandsbeschreibungen ist das Allgemeinbefinden der Gebärenden festzuhalten, dabei ist sowohl die körperliche als auch die seelische Befindlichkeit zu beachten.

3.3

Die Nahrungsaufnahme und die Flüssigkeitszufuhr sind zu notieren. Je nach Anamnese ist Näheres über die Zusammensetzung der Nahrung und über die Trinkmenge zu dokumentieren, beispielsweise bei Diabetes mellitus; gleichermaßen sind Eintragungen über die Ausscheidungen, einschließlich Erbrochenem, zu dokumentieren.

3.4

Alle aus Temperatur-, Puls- und Blutdruckkontrolle gewonnenen Werte sind zu dokumentieren, ggf. auch die Pulsqualität besonders zu beschreiben.

3.5

Erfolgte Beratung oder Aufklärung zu geburtshilflichen Fragen, zu möglichen Maßnahmen oder Eingriffen sind mit denen der Gebärenden gegebenen Begründungen in die Dokumentation einzutragen. Ablehnende, verweigernde Stellungnahmen der Gebärenden sind ebenfalls schriftlich zu fixieren.

3.6

Jedes Kardiotokogramm, muss mit Name, Vorname, Datum und ggf. Uhrzeit beschriftet werden, ebenso ist die Beurteilung des Kardiotokogramm schriftlich festzuhalten.

3.7

Das geschriebene Kardiotokogramm, seine Beurteilung und die darin eingetragenen Aufzeichnungen sind in den Geburtsbericht zu übernehmen.

3.8

Auch die mit dem Hörrohr oder anderem technischen Hilfsmittel festgestellten Frequenzen der kindlichen Herztöne müssen dokumentiert werden. Die Herztöne sind dem Geburtsverlauf angepasst in kurzen Zeitabständen zu ermitteln und zu dokumentieren.

3.9

Mindestens alle zwei Stunden sind über Häufigkeit und Qualität der Wehentätigkeit Aufzeichnungen zu machen.

3.10

Durch regelmäßige Untersuchungen müssen Befunde über Cervix und Muttermund (Beschaffenheit und Weite) erhoben und dokumentiert werden, ebenso über Stand und Einstellung des vorangehenden Teils des Kindes.

3.11

Beobachtungen über die Fruchtblase und über die Fruchtwasserfarbe sind schriftlich festzuhalten.

3.12

Bewegungen und Haltungen in der Eröffnungsperiode wie Umhergehen, Liegen, Sitzen auf dem Pezziball oder ähnliches, sind zu dokumentieren.

3.13

Zur Abgrenzung der Austreibungsperiode von der Eröffnungsperiode ist die vollständige Eröffnung des Muttermundes und der Höhenstand des vorangehenden Teils des Kindes sowie der Beginn der Presswehen zeitlich festzuhalten.

3.14

Das Verhalten der Gebärenden in der Austreibungsperiode, die Anleitungen, die ihr gegeben werden und die Gebärdposition sind in der Dokumentation zu beschreiben.

3.15

Bei verlängerter Austreibungsperiode ist das Befinden der Gebärenden genau zu beschreiben; ergänzende Angaben über die Häufigkeit und Qualität der Wehen sowie über den Zustand des Kindes sind erforderlich.

3.16

Nach der Geburt des Kindes sind neben den üblichen Angaben wie Geburtsdatum einschließlich Uhrzeit, Geschlecht, Länge, Körperumfang, Lage, Geburtsmodus, auch Vital- und Reifezeichen des Kindes sowie die Auffälligkeiten zu vermerken.

3.17

Die Information eines Arztes, seine Hinzuziehung sowie der Anlass und die ausgesprochene Dringlichkeit für seine Anwesenheit sind inhaltlich und mit genauen Zeitangaben zu vermerken.

3.18

Ärztliche Anordnungen sind schriftlich festzuhalten, ebenso der Zeitpunkt ihrer Durchführung, ggf. dabei aufgetretene Besonderheiten oder die Weigerung der Gebärenden, die Anordnungen zu akzeptieren. Von dem Arzt selbst durchgeführte Maßnahmen sind von ihm zu dokumentieren oder bei Eintragung durch die Hebamme oder den Entbindungspfleger abzeichnen zu lassen.

3.19

Bei jeglicher Verabreichung von Medikamenten muss die Indikation sowie die genaue Dosierung und die Applikationsart aus der Dokumentation des Geburtsverlaufs ersichtlich sein. Diese Angaben können auf einem gesonderten Blatt notiert werden. Für Maßnahmen wie Akupunktur, Fußreflexzonenmassage, Vollbad und ähnliches besteht ebenfalls eine Dokumentationspflicht.

3.20

Die Leitung der Nachgeburtsperiode, der Zeitpunkt der Geburt der Placenta, der Uterusstand danach sowie der Gesamtblutverlust müssen eingetragen werden.

3.21

Bei Verzögerung der Placentalösung muss der Bericht Aufschluss über die erfolgten Maßnahmen zur Lösung der Placenta geben.

3.22

Häufig zu kontrollierende Werte wie beispielsweise Blutdruckmessung infolge erhöhten Blutdrucks oder starken Blutverlustes bedürfen eines gesonderten Überwachungsbogens, der den übrigen Dokumentationsunterlagen beizufügen ist.

3.23

Insbesondere müssen pathologische Befunde, wie schwierige Schulterentwicklung, sehr straffer Beckenboden, Weiterreißen der Episiotomie, großer Blutverlust, Nabelschnurumschlingungen, sichtbare Fehl- oder Missbildungen in die Dokumentation aufgenommen werden.