

Hintergrundinformationen zur Umsetzbarkeit der Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen unter der Geburt



Der DHV hält es für dringend geboten, dass die Sicherstellung der Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt durch Hebammen umgehend verwirklicht wird. Sowohl die Qualität und Sicherheit der Versorgung von Mutter und Kind als auch die andauernde Fachkräfteabwanderung aufgrund dauerhafter Überlastung in den Kreißsälen machen die schnelle Umsetzung dieser Kernforderung essentiell. Im Folgenden werden die häufigsten Fragen zu den notwendigen Schritten und Voraussetzungen beantwortet.

Wie lässt sich in Deutschland die Eins-zu-eins-Betreuung zeitnah umsetzen?

Für die Sicherstellung der Eins-zu-eins-Betreuung unter der Geburt ist die Einführung eines Personalschlüssels für die klinische Geburtshilfe notwendig, der eine verbindliche Mindest-Betreuungsrelation aufbaut.

Im ersten Schritt soll als Mindestanforderung eine Betreuungsrelation von einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) zu 60 Geburten pro Jahr für Kliniken verpflichtend erfolgen. Ein Übergangszeitraum zur Umsetzung für die Kliniken von einem Jahr erscheint angemessen, um die personalrechtlichen Vorgänge zu gewährleisten. Es gibt bereits renommierte Kliniken, die mit einem vergleichbaren Personalschlüssel sehr erfolgreich agieren. Die Zahl ist gut belegt und im internationalen Vergleich angemessen.

Die Einführung einer verbindlichen Betreuungsrelation sollte wissenschaftlich begleitet werden, um die Auswirkungen in der Betreuung zu erheben und bei Bedarf Anpassungen vornehmen zu können.

Die Einführung der oben genannten Mindest-Betreuungsrelation und eines Personalschlüssels für die klinische Geburtshilfe kann zeitnah durch eine Verordnung des BMG geregelt werden oder gesetzlich verankert werden.

Ebenso ist es sinnvoll, bei Einführung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform die Umsetzung der Mindest-Betreuungsrelation und einen verbindlichen Personalschlüssel einzupflegen.

Ausgangslage

Die Arbeit der Hebammen wird in der Klinik bisher schlicht unter der Pflege subsumiert (siehe z.B. Pflegepersonalbemessungsverordnung PPBV), die Aufgaben und Anforderungen unterscheiden sich jedoch erheblich und ein effektiver und qualitätssichernder Einsatz von Ressourcen ist so nicht umsetzbar.

Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsanforderungen ist es schwer, die Personalbemessung für Hebammen innerhalb der PPR 2.0 sachgerecht abzubilden, da Geburten per se keine pathologischen, dafür aber beratungsintensive Prozesse sind. Die fehlende Unterscheidung der Tätigkeitsfelder in der derzeitigen Personalbemessung und Datenerhebung führt immer wieder zu Fehlallokationen von Personal sowie struktureller Überlastung der geburtshilflichen Teams. Hebammen werden ab 2025 zwar über das Pflegebudget refinanziert. Um die Eins-zu-eins-Betreuung abzusichern, fehlt derzeit aber eine verbindliche Vorgabe, auf Basis derer die Kliniken ihr Personal planen können.

Perspektivisch ist es unabdingbar, für die Geburtshilfe *interprofessionelle* Vorgaben/Personalschlüssel auszuarbeiten, die sowohl die Funktionsbereiche Kreißsaal als auch Wochenbettstationen umfassen und Standards für alle beteiligten Gesundheitsberufe umfassen. Die Ausarbeitung solcher Vorgaben ist sinnvollerweise mit der Evaluation der Umsetzung der Betreuungsrelation 1:60 zu verknüpfen. Diese Relation muss selbstverständlich um lokale Faktoren, wie Aufwände für die Praxisanleitung o.ä., ergänzt werden können.

Warum die Betreuungsrelation 1:60?

Im internationalen und europäischen Vergleich hat Deutschland eine vergleichsweise schlechte Betreuungsrelation von Geburten pro Hebamme. Mit der angestrebten Betreuungsrelation 1:60 wird sowohl dem internationalen Vergleich als auch den spezifischen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems Rechnung getragen.

Ein Sachstandbericht des Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages von 2017 zeigt durch einen europäischen Ländervergleich zwischen der Anzahl der Geburtsbetreuungen von Hebammen pro Jahr auf, dass Betreuungsrelationen zwischen 1:30 bis 1:40 umgesetzt wurden, beispielsweise in Norwegen, England oder Frankreich.¹ Das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene IGES-Gutachten zur stationären Hebammenversorgung von 2017 führt auf, dass in Deutschland 2017 eine Relation von 1:93 bestand.

Berechnungsgrundlage für die Betreuungsrelation 1:60 ist unter anderem die *Leitlinienorientierte Personalbemessung Hebammen (LoPH-Methode)* des DHV, die die Tätigkeitsbereiche der Hebammen in deutschen Kliniken berücksichtigt. In der LoPH-Methode wurden für eine beispielhafte Auswahl von Krankenhäuser verschiedener Level in Deutschland die durchschnittliche Betreuungszeit bei einer Eins-zu-eins-Betreuung, die durchschnittliche Minutenzahl pro Geburt für betreuungsferne Tätigkeiten im Team, die durchschnittlichen Ambulanz-Tätigkeiten pro Geburt und die durchschnittliche Zeit für Übergaben pro Geburt errechnet und damit ein durchschnittlicher gesamter Tätigkeitsaufwand pro Geburt erstellt und dieser dann auf VZÄs umgerechnet.²

Auch internationale Ansätze zur Personalbedarfsplanung in der Geburtshilfe bilden verschiedene Teile des komplexen Betreuungsbogen der Frauen ab und berücksichtigen neben den Geburten und den unterschiedlichen Bedarfen der Frauen auch die ambulanten Konsultationen und bestätigen in etwa den oben gewählten Betreuungsschlüssel.³

Im genannten IGES-Gutachten wird davon ausgegangen, dass eine in Vollzeit angestellte Hebamme mit der Betreuung von knapp über 100 Geburten pro Jahr als voll ausgelastet zu werten ist. Diese Betreuungszahl von 1:100, ist nur dann sehr theoretisch möglich, wenn sich die Geburtenzahl ausschließlich auf die Eins-zu-eins-Betreuung bezieht und *keine* anderen hebammenspezifischen Tätigkeiten beinhaltet. Dies lässt sich in der Praxis jedoch nicht umsetzen und macht daher die Ergänzung dieser Relation um die tatsächlich stattfindenden weiteren Aufgaben notwendig, um die Eins-zu-eins-Betreuung sicherzustellen. Daher wird vom IGES im gleichen Gutachten ebenfalls konstatiert, dass Hebammen trotz einer damals bestehenden Betreuungsrelation von 1:93 häufig 4-5 Frauen gleichzeitig unter der Geburt betreuen, also nicht einmal annähernd eine Eins-zu-eins-Betreuung gesichert ist. Dies muss zukünftig durch eine adäquate Betreuungsrelation vermieden werden.

¹ <https://www.bundestag.de/resource/blob/498952/e6d987867d45ea04396edc12a38aa6d3/wd-9-079-16-pdf-data.pdf>

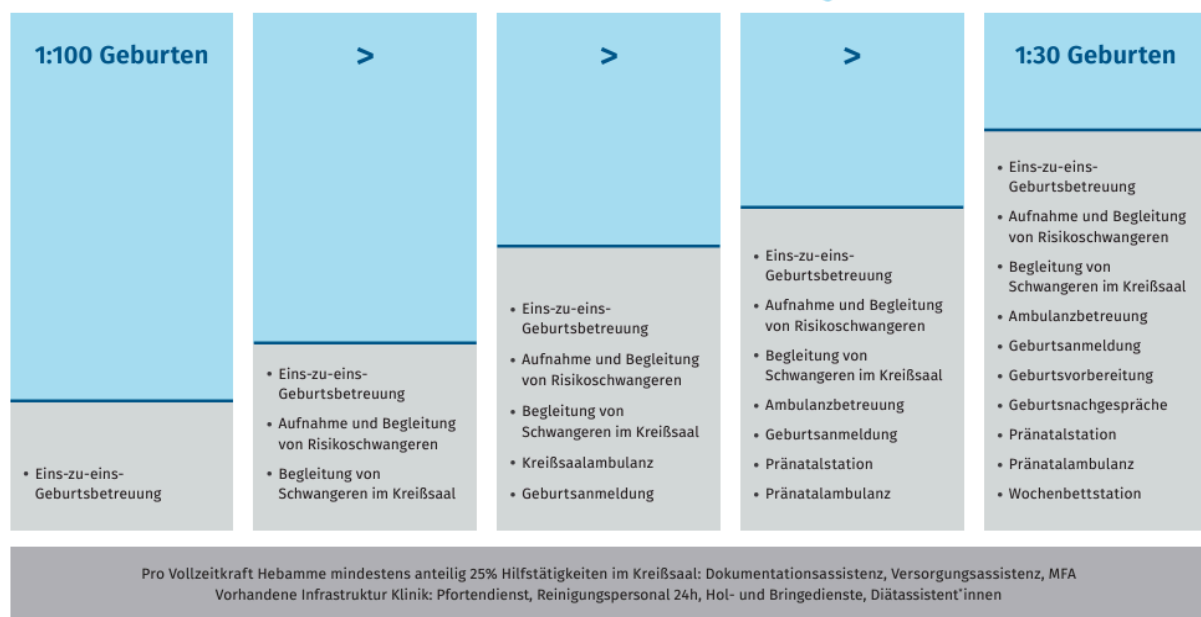
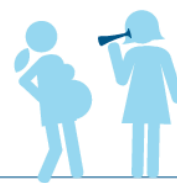
² https://hebammen-niedersachsen.de/hebammenberuf/personalbemessung/DHV_LoPH_Platat_A3_HP.pdf

³ Birthrate Plus: using ratios for maternity workforce planning. Jean A Ball and Marie Washbrook. British Journal of Midwifery 2010 18:11, 724-731.

Die Frage, wie die Betreuungsrelation anzusetzen ist, hängt sehr stark mit der jeweiligen Klinik, dem weiteren Personal und den tatsächlichen Aufgaben, die im Kreißaal zusätzlich übernommen werden, zusammen. Die folgende Grafik verdeutlicht diese Zusammenhänge:

ANSCHAUUNGSMODELL ZUR PERSONALBEMESSUNG IM KREISSAAL

Betreuungsschlüssel Vollzeitkraft Hebamme: Geburten in der Geburtsklinik abhängig von Tätigkeitsbereichen



Impressum: Deutscher Hebammenverband e. V. • Gartenstr. 26, 76133 Karlsruhe • T. 0721-98189-0, F. 0721-98189-20 • info@hebammenverband.de, www.hebammenverband.de • © 2020 Deutscher Hebammenverband e. V.

Auf dieser Grundlage stellt die Relation von 1:60 eine adäquate Mindestvorgabe dar, auf deren Basis die Betreuungsrelation klinikindividuell durch weitere Faktoren angepasst wird.

Ist die Abdeckung der Eins-zu-eins-Betreuung personell überhaupt zeitnah möglich?

Ja! Als Basis für diese Überlegung gilt auch hier ein Vollzeitäquivalent pro 60 Geburten pro Jahr. Bei 724.043 Geburten (Anzahl der Geburten 2022 im klinischen Setting) bräuchte es damit etwa 12.068 Hebammen, die in Vollzeit arbeiten. 2022 waren tatsächlich 12.329 Hebammen in den Kliniken tätig (inklusive Beleghebammen), davon aber 75% in Teilzeit.⁴

Es ist davon auszugehen, dass die Eins-zu-eins-Betreuung den Teilzeitanteil verringern und einen Wiedereinstieg erheblich befördern würde (Stille Reserve). Zudem steigen die Absolvent*innen - Zahlen konstant an und eine weitere Steigerung ist absehbar. Dem DHV werden immer mehr Kreißsäle gemeldet, die ihre Stellen voll besetzen können und eine Vielzahl von Bewerber*innen abweisen müssen. Dies ist vor allem dort der Fall, wo im Bereich Personalschlüssel und Betreuungsmöglichkeiten neue Wege gegangen werden und die Eins-zu-ein-Betreuung sichergestellt wird. Auch das Vorhandensein hebammengeleiteter Geburt ist hier ein entscheidender Faktor.

⁴Statistischer Bericht- Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Statistisches Bundesamt (Destatis). 2023.

Der DHV betont seit Jahren: Es gibt bei Hebammen keinen echten Fachkräftemangel, es gibt nur einen Mangel an adäquaten Arbeitsbedingungen.

Verringerung Anteil Teilzeit/Wiedereinstieg

Einer DHV-Umfrage unter 3.516 teilnehmenden Hebammen von 2022 zufolge würden 77 Prozent (2.718 Personen) wieder oder mehr im Kreißaal arbeiten, wenn u. a. eine Eins-zu-eins-Betreuung der Frau garantiert sei und weniger fachfremde Tätigkeiten ausgeführt werden müssten.

Anstieg Absolvent*innenzahlen

Im Schuljahr 2019/2020 befanden sich bundesweit 3 057 Schülerinnen und sechs Schüler auf dem Weg zum Hebammenberuf. Das waren rund 14 % mehr als im Schuljahr davor. Im Vergleich dazu waren es im Schuljahr 2009/2010 1896 Schülerinnen. Die Zahlen haben sich damit in diesem Zeitraum um 61% erhöht, was als Hinweis auf einen langfristigen Trend bewertet werden kann.⁵

Die Zahlen zu den Absolvent*innen des Hebammenstudiums werden bislang nicht zentral erfasst und liegen uns nicht vor. Zahlen des DHV zeigen aber, dass vor der Umstellung auf das Studium ca. 700-750 Schüler*innen im Jahr eine Ausbildung aufgenommen haben. 2022 haben nach Informationen des DHV 1575 Student*innen an 44 Standorten in Deutschland ein Studium aufgenommen. Das entspricht in etwa einer Verdoppelung in den Ausbildungszahlen. Der gleichbleibend hohe NC bestätigt, dass es weiterhin sehr viel mehr Anwärterinnen als Studienplätze für das Hebammenstudium gibt.

Der weitere Ausbau von Studienplätzen ist bereits an verschiedenen Standorten in Planung oder Umsetzung und alle aktuellen Standorte erhalten mehr Bewerbungen, als sie annehmen können. Der stärkste Engpass an dieser Stelle liegt bei ausreichend Plätzen in der Praxisanleitung.

*Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und setzt sich aus 16 Landesverbänden mit insgesamt rund 22.000 Mitgliedern zusammen. Er vertritt die Interessen aller Hebammen. Im DHV sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammschüler*innen und Studierende vertreten.*
www.hebammenverband.de

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

referat-pol-strategie@hebammenverband.de

www.hebammenverband.de

⁵ https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2021/PD21_18_p002.html
<https://www.bundestag.de/resource/blob/928554/c19078193871cdd7f5b208795b2de29a/WD-9-073-22-pdf-d ata.pdf>