

Definition der Eins-zu-eins-Betreuung in der Schwangerschaft und unter der Geburt

Unter einer Eins-zu-eins-Betreuung verstehen wir die kontinuierliche und persönliche Unterstützung der Gebärenden durch die anwesende Hebamme. Hierbei wird das Bedürfnis der Frau berücksichtigt, vollumfänglich, kompetent und zugewandt betreut zu werden. Die Definition ist angelehnt an die Empfehlung des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aus dem Jahre 2017.

Die Eins-zu-eins-Betreuung muss in den folgenden Phasen der Schwangerschaft / Geburt sichergestellt werden:

- bei der Anamnese und in der Aufnahmesituation der Schwangeren
- während der Aufnahme und Stabilisierungsphase von Risikoschwangeren
- bei der Überwachung von Hochrisikoschwangeren
- bei dem geäußerten Bedarf der Schwangeren / Gebärenden
- vor, bei und unmittelbar nach Interventionen
- bei der aktiven Geburt: bei regelmäßiger und schmerzhafter Wehentätigkeit, sowie Muttermundseröffnung
- in der frühen postpartalen Phase (2-3 Stunden p.p.)
- bei der Vorbereitung zur und während der Sectio, einschließlich der postpartalen Phase
- bei der Begleitung von stillen Geburten

Bei allen oben genannten Punkten ist die zeitnahe Dokumentation, die in unmittelbarer Nähe der Frau stattfindet, mit zu berücksichtigen.

Eine aufsuchende Begleitung von Geburten im häuslichen Umfeld stellt eine Eins-zu-eins-Betreuung sicher.

Eine Eins-zu-eins-Betreuung stellt nachweislich eine hohe qualitätssichernde Maßnahme dar. Es kommt zur Steigerung der Anzahl der natürlichen Geburten ohne Interventionen, zur Verkürzung der Geburtslänge und zur Senkung der vaginal-operativen Geburten (Nice, 2017).

Bei der Sicherstellung der Eins-zu-eins-Betreuung muss eine adäquate Bemessung des Personals bedacht und geplant werden.

Quelle:

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017): Intrapartum Care, online: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-2-one-to-one-care> (zuletzt geöffnet am 23.11.2018)

Ergänzendes Literaturverzeichnis

Literatur zur kontinuierlichen Betreuung:

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt, online:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf (zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Verbund

Hebammenforschung (2014): Expertinnenstandard: Förderung der physiologischen Geburt, online:

https://www.hebammenforschung.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Hebammenforschung/Geburt_Auszug.pdf (zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

Knape, N.; Schnepf, W.; Krahl, A.; zu Sayn-Wittgenstein, F. (2013): Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. In Z. Geburtshilfe Neonatol 2013. 217: S. 161-172.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017): Intrapartum Care, online:

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-2-one-to-one-care> (zuletzt geöffnet am 23.11.2018)

Sandall, H.; Soltani, H.; Gates, S. (2017): Hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Vergleich zu anderen Versorgungsmodellen für Frauen rund um die Geburt. Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews. Übersetzung durch Michaela Michel-Schuldt. In: Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. Journal of Midwifery Science.DGHWi. Heft 01. (05/2017). ISSN 2196-4416. S. 29-30.

Literatur zur Personalbemessung:

Bibnet.org (2018): Gemeinsame Empfehlung der DKG und der GKV nach Paragraph 19 KHG über Massstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Hebammen/Entbindungspfleger in Krankenhäusern, online:

<http://bibnet.org/vufind/Record/HN116210/Description#tabnav>
(zuletzt geöffnet am 18.11.2018)



Deutscher Bundestag (2017): Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern, online: Deutscher Bundestag (2017), online:

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

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) (2016): S1-Leitlinie Empfehlungen für die strukturelle Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, online:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/087-001.html>

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene), online:

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1646/QFR-RL_2018-05-17_iK-2018-08-25.pdf

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018) , Stand: Inkrafttreten 01.01.2018

Meinfeld,H (2011): Personalermittlung von Hebammen in Kliniken: In: Hebammenforum 5/2011 S394-399

https://www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/klinische-arbeit/angestellte-hebammen/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=73050&g=1,5,6,7,15,40,47,51,57&t=1550854025&hash=fc706915b91d5a5b34d75f824f26e6ab4dc058ad&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Angestellte_Hebammen/Personalbedarfsermittlung_HF_05-11.pdf

Literatur mit Textausschnitten:

Abstract: Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht.

Knape, N.; Schnepf, W.; Krahl, A.; zu Sayn-Wittgenstein, F. (2013): Die Effektivität der Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. In Z. Geburtshilfe Neonatol 2013. 217: S. 161-172.

Hintergrund und Fragestellung:

Die Art und Intensität der Unterstützung während der Geburt wird international unterschiedlich ausgestaltet. Dies liegt an unterschiedlichen Traditionen, Kulturen, Gesetzen sowie an der Finanzierbarkeit dieser Leistung. Darüber hinaus haben sich die Betreuungsinhalte im letzten Jahrhundert durch den Übergang von der Hausgeburtshilfe zur Krankenhausgeburtshilfe verändert. Mit der medizinischen Weiterentwicklung traten technische Aspekte sowie die Überwachung der Gebärenden in den Vordergrund. In Krankenhäusern wird eine steigende Arbeitsbelastung dokumentiert (IQWiG 2006) und die Qualitätsberichte weisen zunehmende Sektoren und eine Zunahme von Periduralanästhesien aus (AQUA 2011). Ein Grund für die Entwicklung kann eine fehlende kontinuierliche Betreuung der Gebärenden sein. Internationale Studien betonen die Bedeutung einer Eins-zu-eins-Betreuung und einer kontinuierlichen Unterstützung während der Geburt für ein verbessertes Geburtsergebnis (Hodnett et al. 2011). Diese Übersichtsarbeit soll die Bedeutung der Eins-zu-eins-Betreuung im internationalen Kontext beschreiben und die Übertragbarkeit der internationalen Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse in der Geburtshilfe prüfen.

Methodik:

Eine systematische Literaturrecherche wurde in 12/2012 durchgeführt.

Ergebnisse:

Eine kontinuierliche Unterstützung während der Geburt führt zu einem Absinken der Interventionsraten. Ergebnisse internationaler Studien können nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragen werden, da sich die Versorgungsstrukturen und die Zuständigkeiten, der an der Geburtshilfe maßgeblich beteiligten Professionen, unterscheiden.

Diskussion:

Eine professionelle Betreuung und emotionale Unterstützung kann eine wirksame Unterstützung für die Gebärende sein und eine Fragmentierung der Betreuung im Kreißaal verhindern. Die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für eine Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt sollten ausgestaltet werden.

Schlussfolgerung:

In Deutschland sollten Studien durchgeführt werden, um die Effektivität der Eins-zu-eins Betreuung zu evaluieren.

Literatur mit Text zur Personalbemessung:

Bibnet.org (2018): Gemeinsame Empfehlung der DKG und der GKV nach Paragraph 19 KHG über Massstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Hebammen/Entbindungspfleger in Krankenhäusern, online:

<http://bibnet.org/vufind/Record/HN116210/Description#tabnav>

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

Meinfeld,H (2011): Personalermittlung von Hebammen in Kliniken, Hebammenforum 5/2011 S394-399

https://www.hebammenverband.de/mitgliederbereich/klinische-arbeit/angestellte-hebammen/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=73050&g=1,5,6,7,15,40,47,51,57&t=1550854025&hash=fc706915b91d5a5b34d75f824f26e6ab4dc058ad&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Ange stellte_Hebammen/Personalbedarfsermittlung_HF_05-11.pdf

Deutscher Bundestag (2017): Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen Ausstattung mit Hebammen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern, online: Deutscher Bundestag (2017), online:

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

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

„In der Empfehlung vom 01. Januar 1993 ist der Personalbedarf von Hebammen in geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern mit mehr als 600 Geburten im Jahr geregelt. Danach ist bei der Personalbemessung ein Minutenwert von 780 Minuten pro Geburt anzusetzen, vgl. hierzu zu Sayn-Wittgenstein, Geburtshilfe neu denken, Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, 2007, S. 155“ (Aus der Antwort des Wissenschaftlichen Dienstes 2017)

Anmerkung: Dieser Minutenwert enthält keine Risikoaufschläge zur Versorgung von Risikoschwangeren. Trotz erheblicher Veränderungen in der Geburtshilfe hat keine Anpassung der Personal-Anhaltzahlen gegeben Meinfeld (2011).

Der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags ist 2017 der Frage nachgegangen, wie sich die Situation in anderen Ländern darstellt und ob es dort Instrumente zur Personalbemessung und Personalplanung gibt. Jede in Vollzeit in Deutschland beschäftigte Hebamme betreut eine Geburtenzahl von fast 100 Geburten pro Jahr. Im Vergleich dazu sollen in Großbritannien Hebammen nur 27 bis 32 Geburten im Jahr betreuen. Das entspricht einer Eins-zu-eins-Betreuung dort. Norwegen geht von 33 Geburten im Jahr pro Hebamme aus. Die Ausarbeitung des Deutschen Bundestags zeigt auf, dass in Deutschland die vorliegenden Hinweise auf eine Problemlage in der klinischen Geburtshilfe bisher ohne Konsequenz bleiben.



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) (2016): S1-Leitlinie Empfehlungen für die strukturelle Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland, online:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/087-001.html>

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018)

„Hebammen: Es soll eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren sub partu durch eine Hebamme gewährleistet sein. Dazu soll mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten/Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzlichen 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen.“

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene), online:

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1646/QFR-RL_2018-05-17_iK-2018-08-25.pdf

(zuletzt geöffnet am 18.11.2018) , Stand: Inkrafttreten 01.01.2018

„Im Kreißsaal ist die 24-Stunden-Präsenz einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers gewährleistet. Mindestens eine zweite Hebamme oder ein zweiter Entbindungspfleger befindet sich im Rufbereitschaftsdienst oder steht im Rahmen einer vergleichbaren Regelung als Beleghebamme oder als Belegentbindungspfleger zur Verfügung. Die ständige Erreichbarkeit einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers auf der präpartalen Station muss sichergestellt sein.“