



Beruf und Politik

REALISTISCHE PERSONAL- BEMESSUNG

Veronika Bujny und Gaby Schmidt

Im Gesundheitswesen fehlt Personal an vielen Stellen, auch in der Geburtshilfe. Wie kann eine Planungsgrundlage geschaffen werden? Wie viel Zeit benötigen Hebammen im Kreißaal für eine sichere Betreuung? Eine Arbeitsgruppe angestellter Hebammen im DHV hat sich damit theoretisch und praktisch auseinandergesetzt und stellt die Resultate hier einem größeren Kreis vor. Eine Diskussion ist erwünscht.

Die Ausgangslage

Viele deutsche Kreißsäle sind seit Jahren mit einer äußerst dünnen Personaldecke ausgestattet, dahinter stehen enormer Kostendruck und Personalfucht durch die hohe Arbeitsbelastung. Die Folgen sind zeitweilige Kreißaal-Schließungen oder die Verschiebung von geplanten Eingriffen. Ein zentraler Grund dafür, dass die Besetzung der Kreißsäle mit Hebammen nicht ausreichend ist, liegt sicherlich auch darin, dass für die Personalplanung noch immer eine nicht bindende und fast dreißig Jahre alte Vorgabe zur Personalbemessung genutzt wird. Die damals zugrunde gelegte Hebammentätigkeit ist jedoch mit

den heutigen Personalanforderungen nur schwer vergleichbar. Die Arbeit im Kreißaal ist beispielsweise durch Einleitungen, Betreuung in der Latenzphase und Anforderungen an die Dokumentation erheblich umfangreicher geworden.

Bisher kann kein allgemeingültiges Personalbedarfsmodell zur Berechnung empfohlen werden

Zwar wird politisch mit Untergrenzen hinsichtlich des Personals gearbeitet,¹ die Bemühungen gehen aber nicht weiter, indem etwa der tatsächliche Personalbedarf oder auch Obergrenzen genannt werden. Derzeit kann kein allgemeingültiges Personalbedarfsmodell zur Berechnung der Hebammenstellen empfohlen werden. Dies geht aus der aktuellen AWMF-Leitlinie »Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland« hervor.² Doch nur mit einem Instrument, das den realistischen Arbeitsaufwand abbildet, kann der reale Personalbedarf erfasst werden.

Die Zielsetzung

Dieser Problematik haben sich klinisch tätige Hebammen aus verschiedenen Bundesländern in mehrjähriger Arbeit proaktiv angenommen. Sie wollten Wege finden, die Arbeitsbedingungen im Kreißaal zu verbessern und mehr Hebammen in den Kliniken zu binden, und fanden sich dazu in einer Arbeitsgruppe zusammen. Im Mittelpunkt stand zunächst die Frage, ob und wie es möglich ist, das Verhältnis von Hebammen zu Geburten anhand des tatsächlichen beziehungsweise notwendigen Arbeits- und Betreuungsaufwands darzustellen. Ziel war es, ein Instrument zur Verfügung zu haben, mit dem sich die Personalbemessung von Hebammen im Funktionsbereich Kreißaal am realistischen Bedarf orientiert – und zwar auch bei einer Eins-zu-eins-Betreuung.

Wege finden, um die Arbeitsbedingungen im Kreißaal zu verbessern

Die Ergebnisse, vor allem die schließlich erstellte Excel-Tabelle, sollen hier einer breiten Basis zugänglich gemacht werden. Eine Diskussion über den Einsatz der Tabelle als Personalplanungsinstrument in der Praxis wird angeregt, und gegebenenfalls können weitere Anpassungen folgen.* Diese Kalkulationsgrundlage könnte

zukünftig bundesweit beispielweise von Fachgesellschaften, der Politik, leitenden Hebammen und Pflegedienstleitungen genutzt werden, um den Personalbedarf für die jeweilige Klinik zu berechnen.

Vorgehen der Arbeitsgruppe

Die AG gründete sich 2018 und vereint Kolleginnen aus Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Sachsen. Bei regelmäßigen Treffen werteten die Hebammen anfangs Rechercheergebnisse zu Methoden der Personalbemessung sowie zu bundesweiten Gesetzesvorgaben und Leitlinien für Klinikpersonal im Hebammenwesen aus.

Blick auf die üblichen Methoden

Einige der eingesetzten Verfahren beziehungsweise Vorgaben geben einen Wert von 780 Minuten Hebammen-Arbeitskraft pro Geburt an, andere nennen 118 Geburten pro Hebamme mit dem Hinweis, dass eine nicht näher definierte »Risikoadaption« stattfinden soll. Beide Werte sind Ende der 1980er-Jahre entstanden.³ Eine schlüssige Begründung für die jeweilige Vorgehensweise fehlt. Der DHV hat ein Modell zur Personalbemessung 2020 in einem Schaubild veröffentlicht,⁴ das von der Arbeitsgruppe in die Überlegungen einbezogen wurde. Hier wird nicht mit einem Minutenwert gearbeitet, die Personalbemessung wird von der Seite der Geburtenzahl aus betrachtet. Kliniken entscheiden zudem sehr unterschiedlich, nach welchen Methoden sie ihren Personalbedarf begründen. Vergleiche sind auf dieser Grundlage schwierig. Die Suche in internationalen Veröffentlichungen zum Thema brachte wenig Erkenntnisse. Ohnehin sind die verschiedenen Gesundheitssysteme kaum miteinander vergleichbar.

Eigene Analyse

All dies stärkte bei den Hebammen der Arbeitsgruppe den Entschluss, sich der Thematik aus der Praxis heraus zu nähern und selbst Daten zu erheben. So könnte mittels Minutenwerten ein Ausgangspunkt für eine durchschnittliche Betreuung pro Gebärende nachgewiesen werden. Doch ebenso sollte der Funktionsbereich mit den vielfältigen Aufgaben, die von den Hebammen erfüllt werden müssen, Berücksichtigung finden – die Zeit dafür steht nicht für Geburtsbetreuungen zur Verfügung.

Arbeitszeiten erfassen

Als Instrument, das die Arbeitszeit möglichst genau erfassen sollte und so eine realistische Planungsgrundlage ergibt, hat die Arbeitsgruppe eine Tabelle gewählt. Die Kriterien hat die AG immer wieder diskutiert. Durch Abfragen, Vergleiche und mehrfache Messungen der Zeiten in den Kliniken wurden über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr zu vielen einzelnen Tätigkeiten Minutenwerte ermittelt. Eine zeitliche Über- oder Unterrepräsentation einzelner Posten wurde durch wiederholte Vergleiche minimiert und die Tabelle wurde kontinuierlich angepasst. So ist eine sehr genaue Erfassung der einzelnen Posten möglich. Es lagen schließlich Ergebnisse von 27 geburtshilflichen Abteilungen aus verschiedenen Bundesländern vor (6 x Level-1-, 7 x Level-2-, 4 x Level-3-, 10 x Level-4-Kliniken).

* Bitte unter Betreff »Personalbemessung« mailen an: info@hebammen-niedersachsen.de

Selbst wenn die Menge der Zahlen aus den Kreißsälen überschaubar und nicht statistisch repräsentativ ist, ergaben die Rückläufe schon sehr gute Ausgangswerte und zeigten, welche Kategorien für eine sinnvolle Planung einbezogen werden müssen. Die Minutenwerte beruhten auf Schätzungen, Selbstaufschrieben oder stammten aus den vorhandenen Dokumentationssystemen. Fremdaufschriebe und Beobachtungen durch Dritte standen nicht zur Verfügung. Dies galt sowohl für die betreuungsnahe als auch für die betreuungsferne Tätigkeiten. Nach dem Einpflegen der Daten wurde die Tabelle so ausgestaltet, dass sie den unterschiedlichen Bedingungen an den verschiedenen Arbeitsorten gerecht werden kann.

Arbeitszeit pro Jahr

Zuerst wurde festgestellt, wie viele Minuten einer in Vollzeit arbeitenden Hebamme jährlich als Nettoarbeitszeit zur Verfügung stehen. Zugrunde gelegt wurde eine 38,5-Stunden-Woche. Anschließend wurde die zur Verfügung stehende Betreuungsarbeitszeit ermittelt. Dabei wurden Faktoren wie Krankheit, Wege- und Umkleidezeit, Bildungs- und Erholungsurlaub, Fortbildungen, Teamsitzungen und Fallbesprechungen abgezogen. Bei einer hohen Anzahl an Teilzeitkräften fallen im Verhältnis mehr Zeiten an, die nicht mit der Betreuung der Gebärenden direkt verbunden sind (beispielsweise Teamsitzungen und Fortbildungen). Insgesamt müssen die Berechnungen hausintern hinsichtlich der Gegebenheit der Team-Zusammensetzung angepasst werden.

Darstellung betreuungsferner Tätigkeiten

Zu berücksichtigen ist, dass Betreuung ohnehin vielfältig ist. Kreißsaalarbeit bedeutet deutlich mehr als Geburten. Hinzu kommen unter anderem Einleitungen und Unterstützung in der Latenzphase.⁵ Überdies war zu beachten, dass Arbeiten wie Auffüllen und Putzen oft von anderen Berufsgruppen wie Medizinischen Fachangestellten übernommen werden. Daher sind diese Tätigkeiten nicht mit aufgeführt und einberechnet. Wird dies allerdings von Hebammen durchgeführt, ist das zu veranschlagen.

Kreißsaalarbeit bedeutet deutlich mehr als Geburten

Außerdem sind Leitungstätigkeiten und Praxisanleitungen nicht in der Berechnung enthalten. Hier variieren die Rahmenbedingungen innerhalb der Häuser zu stark. In die Berechnung einbezogen wurden andere Tätigkeiten, die nicht originär Hebammenarbeit sind. Genannt werden können hier Medikamentenbestellung und -kontrolle, Gerätekontrollen, Qualitätsmanagement, die Erstellung von Standards oder Verfahrensanweisungen im Team, telefonische Beratung sowie Kreißsaalbesichtigungen beziehungsweise Infoabende. In weitgehend allen Kreißsälen fallen diese betreuungsfernen Tätigkeiten an. Manches ist hausintern anders geregelt. Zahlen lagen aus 27 Abteilungen vor. Es ergab sich ein Orientierungswert von rund 45 Minuten für betreuungsferne Tätigkeiten pro Geburt im Jahr.

Prüfen und abgleichen

Um den Blick zu schärfen und auch mehr Daten gewinnen zu können, hatte die Arbeitsgruppe auf dem Hebammenkongress 2019 einen Workshop zur Personalbemessung im Kreißaal organisiert. Parallel recherchierten die Mitglieder der AG weiter, wie gängige Personalbemessungsinstrumente eingesetzt werden. Die von den Hebammen selbst erarbeiteten Abfrage- und Auswertungsmethoden konnten durch den Abgleich mit etablierten Instrumenten bestätigt werden – sowohl hinsichtlich der Arbeitsplatz- als auch der Leistungseinheitsberechnung.

Im ersten Fall wird geschaut, wie viel Personal gebraucht wird, um alle nötigen Dienste besetzen zu können. Die zweite Möglichkeit basiert auf einem Wert für die erbrachten Leistungen. Dieser wird auf der Grundlage der jeweiligen durchschnittlichen Behandlungszeit sowie der Anzahl des benötigten Personals ermittelt.⁵ Innerhalb des DHV wurde die Tabelle mit der Beirätin für den Angestelltenbereich Andrea Ramsell und mit der Präsidentin Ulrike Geppert-Orthofer diskutiert.

Die so kontinuierlich weiter ausgestaltete Tabelle kann in der Praxis als Berechnungsgrundlage zur Personalbemessung genutzt werden. Es ist möglich und vorgesehen, Klinikintern einige Positionen wie beispielsweise Wege- und Umkleidezeiten oder die Geburtenanzahl anzupassen.

Eins-zu-eins-Betreuungsmomente

Der Anspruch der AG war es, den Personalbedarf für die Eins-zu-eins-Betreuung darzustellen. Die Definition der konkreten Kategorien, die es dafür zu erfassen gilt, orientiert sich an der Empfehlung des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aus dem Jahr 2017⁶ (siehe Kasten 1). Die NICE-Empfehlung ent-

Kasten 1

Sicherstellung einer Eins-zu-eins-Betreuung in den folgenden Phasen

- bei der Anamnese und in der Aufnahmesituation der Schwangeren,
- während der Aufnahme und in der 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 postpartal),
- bei der Vorbereitung und während der Sectio, inklusive der postpartalen Phase,
- bei der Begleitung von stillen Geburten.

Die zeitnahe Dokumentation, die in unmittelbarer Nähe der Frau stattfindet, ist auch in der Zeiterfassung zu berücksichtigen.

(von der AG erarbeitet, HLV Brandenburg, 2018)

stand noch vor der Veröffentlichung der deutschen S3-Leitlinie »Die vaginalen Geburt am Termin«⁷ und bezieht sich bewusst nicht ausschließlich auf die Geburt. Enthalten ist dort auch die schwer messbare Interaktionsarbeit. Das sind unter anderem Telefonberatungen, ambulante Betreuungen, Betreuung in der frühen Latenzphase und Beratungsgespräche.

Die Berechnungen der Arbeitsgruppe, die sich an dem schon tatsächlich dokumentierten Zeitaufwand orientieren, ergeben anhand der Tabelle, dass eine Hebamme in Vollzeit ausgehend von einer Eins-zu-eins-Betreuung jährlich rund 60 Geburten betreuen kann (siehe Kasten 2).

Kasten 2

Ergebnisse der Zeiterfassung nach Betreuungsbereichen, in Auszügen:

- Anamneseerhebung: 60 Minuten,
- Aufnahme zur Geburt: 60 Minuten,
- Übergabe pro Fall: 12 Minuten,
- frühe postpartale Phase nach allen Geburten (inklusive Dokumentation): 180 Minuten,
 - Betreuung bei Geburtseinleitung: durchschnittlich 720 Minuten,
 - zusätzliche Minuten bei Zustand nach Sectio,
 - Betreuung bei geäußertem Bedarf der schwangeren Person, (durch AG geschätzt)
- vor der aktiven Geburt beispielsweise in der Latenzphase, bei fraglichem Geburtsbeginn oder bei Schmerzmittelgaben: 180 Minuten,
- während der aktiven Geburtsphase im Zeitraum regelmäßiger und schmerzhafter Wehentätigkeit und einer damit einhergehenden Muttermundseröffnung: 420 Minuten.

Grundlagen der Zeiterfassung:

Sämtliche Kategorien sollen auch für Außenstehende klar nachvollziehbar sein. Die den Tätigkeiten zugrunde gelegten Minutenwerte wurden nach Möglichkeit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen^{8,9} und dem Bereich der Diagnosis Related Group¹⁰ entnommen – dies war aber nur begrenzt der Fall. Mehrheitlich wurden die Zahlen durch Monitoring erhoben und abgeglichen. Den Beteiligten ist bewusst, dass die berechneten Betreuungszahlen wenig mit der momentanen Situation in deutschen Kreißälen zu tun haben. Dennoch sollte eine aktuelle Personalbemessung die angemessene Betreuung der Gebärenden abbilden und den zukünftigen Personalbedarf aufzeigen.

Pro Geburt ergibt sich ein durchschnittlicher Gesamtbedarf von 1330 Minuten.

Die komplette Tabelle ist an folgender Stelle hinterlegt:

<https://hebammen-niedersachsen.de/downloads/TabellePersonalbemessung2022.xlsx> oder <https://t1p.de/t33ok>

Zusammenfassung und Ausblick

Die Personalbemessung im Kreißaal ist ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung der Versorgung Schwangerer und Gebärender und dient somit der Patientinnensicherheit. Die angemessene Personalbesetzung wird die Arbeitsbelastung für Hebammen senken und ihre Arbeitszufriedenheit vergrößern. Die Implementierung aktueller Leitlinien in den Arbeitsprozess erfordert, dass veraltete Bemessungen nicht mehr als Grundlage herangezogen werden.

Die von der Arbeitsgruppe entwickelte und hier vorgelegte Tabelle für den Funktionsbereich Kreißaal ist nicht statisch. Die einzelnen Kategorien wie Minutenwerte orientieren sich am Ist-Zustand, können jedoch angeglichen werden. Das Instrument lässt sich um weitere Kriterien anpassen. Dadurch kann eine Weiterentwicklung im Sinne einer frauenzentrierten Betreuung berücksichtigt werden. Arbeitserleichternde Neuerungen wie die Digitalisierung können ausreichend Beachtung finden.

Zur Diskussion

Es bleibt zu diskutieren, ob der Minutenwert die richtige Grundlage ist. Die Arbeitsgruppe hatte sich hier an der gängigen Praxis orientiert. Ein Abgleich mit vorhandenen Personalbemessungsmethoden stellte sicher, dass keine zentralen Gesichtspunkte außer Acht gelassen wurden. Dennoch sind – wie bereits erwähnt – die einbezogenen Zahlen nicht repräsentativ, da die Menge der Daten aus der Praxis zu gering ist. Es ist beispielsweise möglich, dass die seltene Betreuung der Risikogeburten die ermittelten Werte verzerrt. Auch ist vorstellbar, dass hinsichtlich der Minutenwerte Beobachtungen durch Dritte noch näher an der Realität wären als akribische Selbstaufschriebe. Es zeigt sich, dass die Datenlage, die Dokumentationssysteme bieten können, deutlich ausbaubar ist. Hierfür müssen allgemeingültige Kriterien definiert werden.

Bis zum Vorliegen von Alternativen stellt die Tabelle eine sehr fundierte Argumentationsgrundlage dar.

Quellen

- 1 Schleußner E, Scharl AJ: »Kreißsäle sind Hüllen«. DHZ 01/2022; www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/kreissaele-sind-huellen/ (Zugriff 28.8.22)
- 2 Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e. V.: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 087-001. 2021; www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland__2021-04_01.pdf (Zugriff 28.8.22)
- 3 Streffing J: Methoden der Personalbedarfsermittlung für Hebammen im Kreißaal. Die Hebamme 2019; 32: 49–54
- 4 DHV: Anschauungsmodell zur Personalbemessung. 2020; www.hebammen-brandenburg.de/_media/Schaubild%20Personalbemessung%20im%20Kreissaal%20pro%20Jahr.pdf (Zugriff 25.9.22)
- 5 Streffing J: Methoden der Personalbedarfsermittlung für Hebammen im Kreißaal. Die Hebamme 2019; 32: 49–54
- 6 National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Intrapartum Care. Quality statement 2: One-to-one care. 2017; www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-2-one-to-one-care (Zugriff 25.9.22)
- 7 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft: Die vaginale Geburt am Termin, S3-Leitlinie Registernummer 015-083, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html (Zugriff 25.9.22)
- 8 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren. 2017; https://iqtig.org/downloads/auswertung/2016/16n1gebh/QSKH_16n1-GE BH_2016_BUAW_Vo2_2017-07-12.pdf (Zugriff 25.9.22)
- 9 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren, Kennzahlen. 2020; https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH_16n1-GE BH_2019_BUAW_Vo2_2020-07-14.pdf (Zugriff 25.9.22)
- 10 Reimbursement Institute: DRG-Kataloge. O65. Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme. 2022; <https://app.reimbursement.info/drgs/O65?year=2022> (Zugriff 25.9.22)

Bei diesem Artikel handelt es sich um die Präsentation der Ergebnisse der Arbeitsgruppe angestellter Hebammen zur Personalbemessung. Weitere Autorinnen sind:

Heike Schiffling, Bremen

Doris Schwarz, Bremen

Hilke Schauland, Niedersachsen

Susanne Pfender, Baden-Württemberg

Natalie Luke, Hamburg

Stephanie Hahn-Schaffarczyk, Sachsen

Heidi Giersberg, Bremen

Veronika Bujny, angestellte Hebamme in Niedersachsen, vorsitzende-1@hebammen-niedersachsen.de

Gaby Schmidt, angestellte Hebamme in Bremen, gaby.haupt@gmx.de

Bujny V, Schmidt G: Von Hebammen erarbeitet: realistische Personalbemessung. Hebammenforum 11/2022, 23: 43–48