

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
(DGHWi)
zur
Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung (PPB 2.0)
in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP)

Autorinnen: Tamara Marraffa, Joana Streffing

Kontaktadresse: geschaeftsstelle@dghwi.de

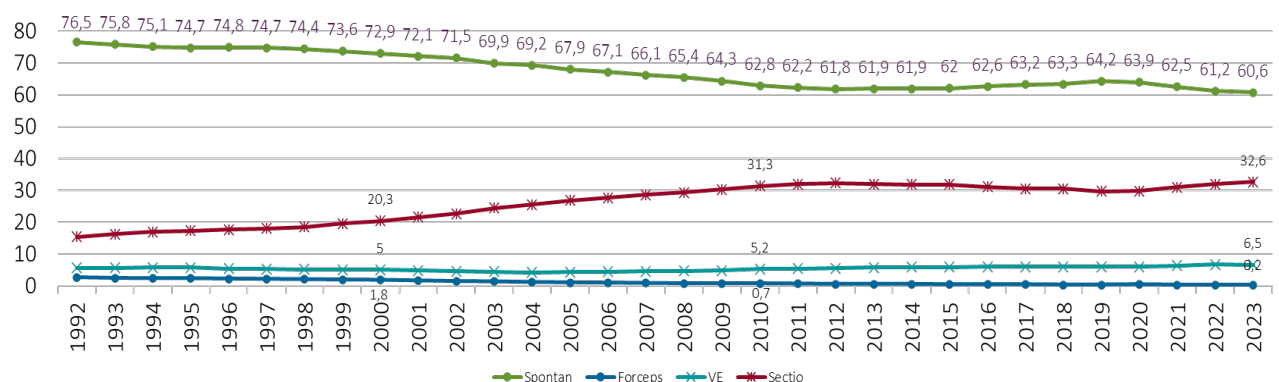
Datum: 07.03.2025

Vorbemerkung der DGHWi

Die DGHWi begrüßt die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP) und empfiehlt eine Anpassung der Weiterentwicklung auf bettenführende Stationen in der Geburtshilfe. Die DGHWi wird Anmerkungen zur Personalbemessung in der Pflege und seine Relevanz in der klinischen Geburtshilfe auf den bettenführenden Stationen machen mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Diese Perspektive wird beispielsweise in den Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“¹ oder in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin² beschrieben. Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und ihre Kinder stellen eine besondere Gruppe von Personen dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen:

- Im Jahr 2023 wurden 663.556 Frauen zur Klinikgeburt stationär aufgenommen.³
- Die Hauptdiagnose „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegegewicht über 2499g“ ist mit 519.250 Fällen (2022) eine sehr häufige Diagnose.
- Im Jahr 2023 gab es insgesamt 880.563 Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99).⁴
- Unter den 20 häufigsten Operationen in Deutschland in 2023 sind die beiden operativen geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion nach einem Dammriss“ (n=339.293) und „andere Sectio Caesarea / Kaiserschnitt“ (n=252.209).⁵
- Die Rate an Spontangeburten erreicht mit knapp über 60 Prozent aller Klinikgeburten einen historisch niedrigen Wert (Abbildung).

Abbildung: Geburtsmodus in Deutschland, in Prozent, 1992-2023 ⁶



Vor dem Hintergrund, dass fast alle Geburten in Deutschland in einem Krankenhaus stattfinden,⁷ machen diese Zahlen allein deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur einen maßgeblichen, sondern auch einen besonders bedeutsamen und komplexen Versorgungsbereich darstellt. Er unterliegt besonderen Bedingungen und benötigt spezifische Tätigkeitsprofile sowohl in der prä- wie auch in der postpartalen Phase. Gerade der hohe Anteil operativen Gebärens macht eine intensivere postoperative Pflege notwendig und stellt Anforderungen an eine gelingende Mutter-Kindbindung, beispielsweise in Form gelingenden Stillens des Kindes.

Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden.⁸ Ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung und in die Bewältigung des Alltags ist eine besondere Herausforderung. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben.⁹ Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus in Form von Geburtshilfe in Anspruch nehmen.¹⁰

In der Literatur wird das Gebären eines Kindes als lebensabschnittsprägendes Ereignis beschrieben. Zwischen Geburten und den Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, den viele Patientinnen und Patienten in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt vollziehen, bestehen einige bedeutende Parallelen. Rund 85 Prozent der Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden in ihrer Häuslichkeit von Verwandten oder nahen Bezugspersonen gepflegt. Neugeborene werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fast vollständig in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich bei Mutter und Kind in dieser Lebenssituation um eine äußerst vulnerable Phase handelt, die ein hohes Potential für gesundheitliche Behandlung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in der Personalbemessung in der Pflege berücksichtigt werden.

Grundsätzliche Vorabbemerkungen zu dieser Stellungnahme

Die DHGWI nimmt hier zu der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der PPR 2.0 im Krankenhaus Stellung. Es sollte auf wissenschaftlicher Basis die Bedarfe der bettenführenden prä- und postpartale Stationen geprüft werden.

Das sind im Besonderen:

- Es werden sowohl einzelne Personen versorgt, nämlich die Mutter und das Kind, als auch die zwingend notwendige Einheit, nämlich die Mutterkind-Dyade. Würde der Barthel-Index auf Neugeborenen angewendet werden, läge er bei null.
- Die sinkende Rate an Spontangeburt und die steigende Zahl operativer Geburten erfordern eine Anpassung der hebammenhilflichen und pflegerischen Versorgung auf den postpartalen Stationen. Gleichzeitig sollte die hohe Sectio-Rate kritisch betrachtet und strukturelle Maßnahmen zur Förderung der physiologischen Geburt gestärkt werden.
- Internationale Pflegediagnosen¹¹ finden auch in der Geburtshilfe Berücksichtigung und werden hier von Hebammen und der Pflege mit unterschiedlichem Qualifikationsniveau erstellt.
- Die vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen umfassen auch die Überwachung des Wochenbettverlaufs.¹² An dieser Stelle gibt es Überschneidungen im Feld der Geburtshilfe

mit den vorbehaltenen Tätigkeiten der Pflegeberufe.¹³ Deswegen sollte die Hebammenwissenschaftliche Perspektive bei allen Regelungen, die auch die prä- und postpartalen bettenführenden Stationen betreffen, berücksichtigt werden.

- Seit 2021 ist die Hebammenausbildung in Deutschland flächendeckend durch ein primär qualifizierendes Studium ersetzt worden.¹² Das sollte bei allen Regelungen die unterschiedliche Grade der pflegerisch-beruflichen Qualifizierung betreffen, berücksichtigt werden.
- Auf den präpartalen Stationen werden Risikoschwangere sowie Frauen kurz vor der Geburt betreut, die eine engmaschige Überwachung rund um die Uhr benötigen. Hier kann kein signifikanter Unterschied des Leistungsbedarfs zwischen Tag- und Nachtschicht festgestellt werden.¹⁴
- Geburten finden ungeplant an allen Wochentagen statt. Gerade in den ersten 72 Stunden nach der Geburt finden zentrale Anpassungen statt.¹⁴ Sie bedürfen einer besonderen Vorbereitung und Betreuung, sowohl in der Häuslichkeit als auch in der Klinik.

Stellungnahme der DGHWI im Detail

Die Stellungnahme bezieht sich auf die wissenschaftliche Weiterentwicklung (WiWePP) und strukturiert sich nach den Kapiteln der Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung - PPBV).¹⁵

Zu Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

Keine Anmerkungen

Zu Kapitel 2 Ermittlung der Soll- und Ist-Personalbesetzung, Datenübermittlung

- Geburtshilfe als Normalstation:

Es sollte wissenschaftlich fundiert überprüft werden, ob bettenführende prä- und postpartale Stationen so bezeichnete Normalstationen darstellen oder ob aus den oben genannten Gründen andere Maßstäbe entwickelt werden sollten.

Die Personalbemessung für Hebammen auf Wochenbettstationen ist entscheidend für die Qualität der postnatalen Versorgung und die Zufriedenheit der Mütter. Eine Sekundärdatenanalyse aus England untersuchte den Zusammenhang zwischen der personellen Ausstattung von Wochenbettstationen und den Erfahrungen von Müttern während der postnatalen Betreuung. Die Sekundärdatenanalyse mit Daten des National Maternity Survey 2018 wurde mit Daten Personalstatistiken des National Health Service (NHS) verknüpft. Dabei zeigte sich, dass ein höherer Personalschlüssel mit einer höheren Zufriedenheit der Mütter korreliert war. Mütter auf Stationen mit besserer personeller Ausstattung erhielten zeitnah Unterstützung bei Fragen und empfanden die Betreuung als freundlicher

und verständnisvoller. Die Autoren schlussfolgerten, dass eine ausreichende personelle Besetzung auf Wochenbettstationen essenziell ist, um negative Erfahrungen der Mütter zu vermeiden und deren Wohlbefinden zu fördern.¹⁶

- Bürokratiearme Erfassung und Übermittlung:

Die Erfassung von Qualitätssicherungsdaten in der Geburtshilfe hat in Deutschland eine lange Tradition. Beginnend mit der Münchner Perinatalstudie 1975 bis 1977 sind diese Daten inzwischen in die Qualitätssicherungsdaten des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übergegangen.¹⁷ Sie beinhalten Daten aus den in den Kliniken erhobenen Dokumentationsdaten und den standortbezogenen Sollstatistiken. Es sollte geprüft werden, ob diese Daten in der bestehenden Version oder mit leichten Anpassungen genutzt werden können. So könnte vermieden werden neue bürokratische und ressourcenintensive Erfassungsstrukturen aufzubauen.

Zu Kapitel 3 Personalbemessung auf Normalstationen für Erwachsene

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) fordert für die präpartale und die postpartale Station einen Betreuungsschlüssel von maximal sechs Mutter-Kind-Einheiten auf eine Hebamme pro Schicht. In dieser Betreuungsrelation sind pflegerische Leistungen bereits enthalten.

Aus internationalen Studien ist allerdings bekannt, dass selbst solche Personalschlüssel nicht ausreichend sind, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.^{18,19} Angesichts der hohen Zahl von Müttern mit komplexeren postpartalen Bedürfnissen, wie etwa nach traumatischen Geburtserfahrungen oder operativen Eingriffen, sowie von Neugeborenen mit besonderen Anforderungen, wie etwa bei Phototherapie oder Antibiotikatherapie, sind engere Betreuungsschlüssel erforderlich.

Nach dem aktuellen Stand der internationalen Forschung liegt der **empfohlene Betreuungsschlüssel bei maximal drei bis vier Mutter-Kind-Einheiten auf eine Hebamme oder spezialisierte Pflegefachperson pro Schicht**. Diese Empfehlung würde eine intensivere Betreuung ermöglichen, insbesondere für stillende Mütter oder Frauen nach operativen Eingriffen¹⁸. Dieser Vorschlag sollte in der WiWePP berücksichtigt und geprüft werden.

Im Folgenden wird auf zwei typische Pflegekontexte in der postnatalen Versorgung eingegangen:

- Stillen

Ein für Neugeborene und ihre Mütter relevanter Aspekt ist die seit vielen Jahren mögliche Zertifizierung von Krankenhäusern als babyfreundlich. Babyfreundliche Krankenhäuser sind in Deutschland etabliert, auch wenn sie weit von einer flächendeckenden Implementierung entfernt sind.²⁰ Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003.²¹ Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Stillquote von Müttern, die Unterstützung beim Stillen erhalten, signifikant steigen.²²

Die derzeitige Personalbemessung für gesunde Neugeborene im Krankenhausaufenthalt der Mutter sieht einen Zeitaufwand von 110 Minuten pro Tag vor. Für stillende Mütter bedeutet dies, dass bei durchschnittlich 8–12 Stillmahlzeiten pro Tag lediglich 9–14 Minuten pro Mahlzeit für die Unterstützung durch eine Hebamme oder andere spezialisierte Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen. Diese Zeitspanne ist nicht ausreichend, um eine umfassende Stillberatung zu gewährleisten, die essenziell für den erfolgreichen Stillbeginn ist.²³

Internationale Studien zeigen, dass eine intensivere und bedarfsgerechte Betreuung durch Hebammen das Stillverhalten nachhaltig verbessert und mit einer höheren Stillrate nach der Entlassung assoziiert ist.²² Es konnte gezeigt werden, dass eine bessere Hebammen-zu-Säugling-Quote (1:2,5 bis 1:5) zu besseren Ergebnissen für gesunde termin-gerechte Säuglinge führt, insbesondere in Bezug auf die Rate des exklusiven Stillens, die Rate Aufnahmen auf Neonatalstation und die Krankenhausaufenthaltsdauer.¹⁹ Daher sollte in Einrichtungen die Hebammen-zu-Säugling-Quote optimiert werden, um individuelle Stillberatung zu ermöglichen und die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme auf eine Neonatalstation zu verringern.

- Wochenbettpflege, -beratung und -unterstützung

Darüber hinaus umfasst die Betreuung durch Hebammen in den ersten Tagen nach der Geburt eine Vielzahl weiterer essenzieller Beratungs- und Unterstützungsaufgaben. Dazu gehören unter anderem die Anleitung und Begleitung der Mütter bei der Körperpflege des Neugeborenen, dem Wickeln, die Anbahnung der Eltern-Kind-Bindung sowie der Etablierung eines gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus. Diese Tätigkeiten erfordern individuell angepasste Beratung und praktische Unterstützung, um den Übergang ins Wochenbett und vom Wochenbett in die Häuslichkeit optimal zu gestalten.

Die limitierte Zeitvorgabe verdeutlicht eine grundlegende Schwäche der aktuellen Personalbemessung: Sie basiert auf einem pathologiezentrierten Ansatz, der primär den klinischen Versorgungsaufwand berücksichtigt, jedoch den hohen individuellen Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Wochenbett sowie in physiologischen Stillbeziehungen nicht adäquat abbildet.

Zu Kapitel 4 Personalbemessung auf Stationen für Kinder

Im Bereich der Perinatalmedizin ist zu konstatieren, dass der Betreuungsbedarf der Mütter von erkrankten Neugeborenen derzeit nicht ausreichend gewährleistet wird. Es steht zu vermuten, dass essentielle physiologische Prozesse wie der Bindungsaufbau, das Stillen mit der erforderlichen Anleitung und gegebenenfalls der Hilfe beim Abpumpen und auch die Stressbewältigung besonders nach traumatischen Erfahrungen beim Gebären nicht adäquat begleitet werden können. Dies ist umso bedeutsamer, als dass jede Frau einen Anspruch auf Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme hat, von der sie selber und ihr in diesem Fällen krankes Neugeborenes

gleichermaßen profitieren. Es sollte eine sorgfältige Evaluation erfolgen, um in Fällen unzureichender Betreuung die Ursachen zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungspraxis zu ergreifen. Eine neonatologische Personalbemessung sollte auch die Qualität dieser Leistungen berücksichtigen. Besonders die Versorgung an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung könnte durch Hebammenhilfe verbessert werden.¹⁹

Zu Kapitel 5 Schlussvorschriften

Keine Anmerkungen

Fazit

Die DGHWi empfiehlt eine wissenschaftliche Überprüfung der Vorgaben der PPBV auf geburts-
hilflich bettenführenden Stationen, um die Qualität in diesem Versorgungszweig zu verbessern
und damit Effizienzpotentiale zu heben. Hebammenwissenschaftliche Expertise sollte in diesen
Prozess integriert werden. Hebammen sollten neben anderen spezialisierte Fachpersonen kon-
sequent entsprechend ihrem Qualifikationsniveau berücksichtigt werden. Eine Anbindung der
PPB an bestehende Datenerhebungen im Rahmen der Qualitätssicherung im Zweig Geburtshilfe
sollte geprüft werden.

Literatur

¹ Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Abgerufen 27.10.2017, Available from:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf

² Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammen-
wissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der L A N G F A S S U N G [Internet]. 2020.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-0831_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf

³ IQTIG-Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung Perinatalme-
dizin. Auswertungsjahr 2024, Geburten für das Erfassungsjahr 2023. https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2024/pm-gebh/DeQS-RL_PM-GEBH_AJ2024_BUAW_V02_2024-08-15.pdf

⁴ Statistisches Bundesamt (Destatis): Krankenhäuser, Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser. Abgerufen am: 28.02.2025. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>

⁵ Statistisches Bundesamt (Destatis): Krankenhäuser, Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS5), Abgerufen am: 28.02.2025. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>

⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis): Krankenhausstatistik, Entbindungen (in Prozent) im Krankenhaus, Anteil bestimmter Entbindungsmethoden seit 1992, abgerufen Nov. 2024. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.html>

⁷ Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG). Geburtenzahlen in Deutschland, 2001-2023. Abgerufen am 01.03.2025. Abrufbar unter: <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm>

⁸ NICE. Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>

⁹ Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth;15:251

¹⁰ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz-KHG). Darin: § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“. Abgerufen am 30.05.2021. https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_2.html

¹¹ Ayerle GM, Eggenschwiler L, Linhart M, Cignacco Müller E. Hebammendiagnosen: Der Hebammenarbeit eine Sprache verleihen. 2019. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. <https://arbor.bfh.ch/handle/arbor/40266>

¹² Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG). Darin: Teil 3. Abgerufen am: 01.01.2024. https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html

¹³ Gesetz über die Pflegeberufe 1 (Pflegeberufegesetz - PflBG). Darin §4. https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/inhalts_bersicht.html

¹⁴ Deutscher Hebammenverband (DHV). Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (PPBV). https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/11/2023_11_29-SteNa-PPBV-DHV.pdf

¹⁵ Bundesgesetzblatt. Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung — PPBV). BGBl. 2024 I Nr. 188 vom 14.06.2024. <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/188/VO.html>

¹⁶ Turner L, Culliford D, Ball J, Kitson-Reynolds E, Griffith, P. The association between midwifery staffing levels and the experiences of mothers on postnatal wards: cross sectional analysis of routine data. 2022. Women and Birth, 35(6), e583-e589.

¹⁷ Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Perinatalmedizin (QS PM). 2025. <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/>

¹⁸ Forster DA, McLachlan HL, Yelland J. et al. Staffing in postnatal units: is it adequate for the provision of quality care? Staff perspectives from a state-wide review of postnatal care in Victoria, Australia. BMC Health Serv Res 6, 83; 2006.

¹⁹ Dani C, Papini S, Iannuzzi L, Pratesi S. Midwife-to-newborn ratio and neonatal outcome in healthy term infants. Acta Paediatrica, 109(9), 1787-1790. 2020.

²⁰ Babyfreundlich e.v. (BFHI). Available from: <https://www.babyfreundlich.org/nc/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html>

²¹ WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Abgerufen am : 29.05.2021. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>

²² McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5

²³ Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5(5):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 28;2:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5. PMID: 22592675; PMCID: PMC3966266.