

Definition der Eins-zu-eins Betreuung in der klinischen Geburtshilfe



Deutscher
Hebammen
Verband

Der Begriff der Eins-zu-eins Betreuung wird je nach Kontext unterschiedlich verwendet. Um Missverständnissen vorzubeugen, sieht der DHV daher die Notwendigkeit, die Begrifflichkeit in Bezug auf die klinische Geburtshilfe klar zu definieren und von der Verwendung in außerklinischen und anderen Bereichen abzugrenzen. Als Kernkonzept eines modernen, evidenzbasierten Versorgungsmodells der klinischen Geburtshilfe muss die Eins-zu-eins Betreuung eindeutig beschrieben und strukturell abbildbar sein. Nur so wird es möglich, Qualitätsrichtlinien und Strukturvorgaben sinnvoll anzupassen.

Der DHV verwendet für die Eins-zu-eins Betreuung die vorhandene Definition der [AWMF-S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin](#) als Grundlage aller Konzepte und spezifiziert sie für die Umsetzung in der Klinik wie folgt:

Definition Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen in der klinischen Geburtshilfe laut AWMF - S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin¹:

„Geburtshilfliche, nicht medizinische Betreuungsmaßnahmen sowie emotionale Unterstützung und Bereitstellung von Informationen und Fürsprache für die Frau während der aktiven Eröffnungs- und Austreibungsphase durch ein und dieselbe Hebamme unter Berücksichtigung bestehender Arbeitszeitmodelle. Die Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme soll entsprechend den Bedürfnissen der Frau so kontinuierlich wie möglich erfolgen.“

Empfehlungen in der Leitlinie:

- Frauen sollen ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten.
- Frauen sollen in der aktiven Austrittsphase nicht vom geburtshilflichen Personal allein gelassen werden.
- Frauen soll es ermöglicht werden, von einer Begleitperson /Begleitpersonen ihrer Wahl während der Geburt unterstützt zu werden.

Umsetzung der Eins-zu-eins Betreuung in klinische Abläufe:

Um die in der Leitlinie geforderte "möglichst kontinuierliche Betreuung durch ein und dieselbe Hebamme entsprechend den Bedürfnissen der Frau" umzusetzen, sieht der DHV – in Anlehnung an das internationale Konzept "Midwife continuity of care²" - die Anwesenheit einer Hebamme in folgenden klinischen Phasen als erforderlich an:

- 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

¹ Vgl.: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf, S. 16 Eins zu Eins Betreuung durch Hebammen. (abgerufen am 11.04.2021)

² vgl.: [Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women - PubMed](#)

Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Apr 10;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub6. PMID: 38597126; PMCID: PMC11005019.

- vor, bei und unmittelbar nach Interventionen
- bei der aktiven Geburt: bei regelmäßiger und/oder schmerzhaft empfundener Wehentätigkeit sowie bei 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

Diese Umsetzung der Eins-zu-eine Betreuung wird in der Praxis bereits erfolgreich umgesetzt. Sie ist Teil der interprofessionell erarbeiteten [Strukturvorgaben des Konzepts "risikoauditiertes Hebammenkreißaal \(HKS⁺\)"](#), das bundesweit von immer mehr Kliniken eingeführt wird. Die obenstehende Umsetzung gliedert dabei die Anforderungen der Patientinnensicherheit und des Risikomanagements in die bestehenden klinischen Abläufe ein. Die Strukturmerkmale des HKS⁺ ergeben sich aus der interprofessionellen Zusammenarbeit, die seit mehr als 20 Jahren im Konzept Hebammenkreißaal beschrieben sind und durch die interprofessionelle Geburtshilfeteams kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert werden.

Personelle Anforderungen zur Umsetzung

Für die Erfüllung der Eins-zu-eins Betreuung geht der DHV von der Umsetzbarkeit mit einem Personalschlüssel von durchschnittlich 1 VZÄ-Hebamme auf 60 Geburten pro Jahr aus, angepasst auf den Versorgungslevel der jeweiligen Klinik. Erhöhte Personalkosten durch eine Erhöhung der Hebammenstellen werden seit Januar 2025³ Zur Umsetzbarkeit dieses Betreuungsmodells sowie der dafür notwendigen Personalbemessung im Kreißaal hat der DHV 2024 eine [Hintergrundinformation](#) herausgegeben⁴.

Perspektivisch bleibt es unabdingbar, für die Geburtshilfe interprofessionelle Vorgaben zum Personalschlüssel auszuarbeiten, die sowohl die Funktionsbereiche Kreißaal 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.

Begründung

Die Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt stellt nachweislich eine Maßnahme zur Steigerung der Qualität, Zufriedenheit und Sicherheit der Gebärenden und ihrem Neugeborenen dar. Es kommt zu einer größeren Anzahl der interventionsarmen physiologischen Geburten, weniger vaginal operativen Geburten und zur Senkung der Geburtsdauer. Die Eins-zu-eins Betreuung erhöht die Zufriedenheit der Frauen und steigert die Wahrscheinlichkeit für ein positives Geburtserlebnis. Gleichzeitig können gesundheitliche Folgen von negativen Geburtserlebnissen wie Wochenbettdepressionen (aktuelle Studienergebnisse 17% aller Wöchnerinnen)⁵, posttraumatische Belastungsstörung und Bindungsprobleme des Neugeborenen mit großer Wahrscheinlichkeit minimiert werden. Durch die Eins-zu-eins Betreuung ist von einem signifikanten präventiven Gesundheitseffekt bei verhältnismäßig

³ Vgl.: [Krankenhauspflegeentlastungsgesetz \(KHPfLEG\) | BMG](#)

⁴ Vgl.: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/05/2024_03_22-DHV-Hintergrundinformationen-1-zu-1-Betreuung.pdf, Mai 2024

⁵ Vgl.: Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prävalenz und Inzidenz von postpartalen Depressionen bei gesunden Müttern: Eine systematische Überprüfung und Metaanalyse. J Psychiatr Res. 2018 Sep;104:235-248. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.001. Epub 2018 Aug 3. PMID: 30114665.

geringem Aufwand und hoher Kosteneffektivität auszugehen. Sie trägt insgesamt zu einer nachhaltigen Gesunderhaltung der Gesellschaft bei.

Im europäischen Ausland werden die positiven Effekte der Eins-zu-eins Betreuung seit Jahren anerkannt und genutzt. In Deutschland wird die Eins-zu-eins Betreuung in der aktuellen S3 Leitlinie "Die vaginale Geburt am Termin"⁶ definiert und empfohlen, im Klinikalltag jedoch nur selten umgesetzt. Die Eins-zu-eins Betreuung ist bislang nicht Teil der aktuellen Qualitätssicherung und DRGs.

Die aktuelle Gesetzgebung fördert im Rahmen des Krankenhausreformgesetzes das Ziel der Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt mit der Einführung von hebammengeleiteten Kreißsälen sowie, zur Einführung dieses Versorgungsmodells vorgehaltenen, eigenen Fördergeldern. Auch das nationale Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt⁷ zielt auf die Verbesserung der physiologischen Geburtshilfe ab.

Bislang fehlen jedoch einheitliche und Vorgaben und Kriterien, wie genau dieses Betreuungsmodell im klinischen Kontext definiert wird und wie die Betreuungsleistung praxistauglich umzusetzen ist. Die interprofessionell erarbeiteten Strukturvorgaben für den risikoauditierten, zertifizierten Hebammenkreißsaal (HKS*) haben die Übertragung der notwendigen Vorgaben auf den Klinikalltag erfolgreich vorgenommen und bieten eine solide Grundlage, die Eins-zu-eins Betreuung sicher und praxisnah in die klinischen Strukturen zu übertragen.

Weiterführende Literatur zur Eins-zu-eins Betreuung:

Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Jane Sandall et al. (2024): [Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women - PubMed](#)

AWMF Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (2021):

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf

Organisational requirements for safe midwifery staffing for maternity settings. National Institute for health and Care Excellence NICE (2021).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/resources/safe-midwifery-staffing-for-maternity-settings-51040125637>

Empfehlungen zur Personalausstattungen in der Geburtshilfe

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/resources/safe-midwifery-staffing-for-maternity-settings-51040125637>

⁶ AWMF Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (2021): https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf

⁷ Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. (2017) Bundesministerium für Gesundheit. [Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt | BMG](#)

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>

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

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf

Die Effektivität der Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. Knappe, N.; Schnepf, W.; Krahl, A.; zu Sayn-Wittgenstein, F. In Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2013. 217: S.161-172.

Berlin, den 18.02.2025

*Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.*

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

info@hebammenverband.de
hebammenverband.de