

Ein Punktesystem zur Operationalisierung der Auslastung im Kreißaal (POAK) - ein Best-Practice Beispiel

Caroline Johanna Agricola | Madita Voß

Hintergrund

Für die klinische Geburtshilfe in Deutschland sind keine allgemeingültigen Kriterien definiert, ab wann das geburtshilfliche Arbeitsaufkommen in einem Kreißaal die Betreuungskapazität überschreitet. In Spitzenzeiten kann es bei maximaler Auslastung zu einem Ungleichgewicht zwischen dem geburtshilflichen Arbeitsaufkommen und personellen Kapazitäten kommen. Temporäre Abmeldungen bei der Rettungsleitstelle der Feuerwehr sind für diese Situationen ein Instrument, um die Patient:innensicherheit von Frauen und Kindern im Kreißaal zu gewährleisten [1]. Entscheidungen zur Abmeldung werden in der Praxis auf Basis einer subjektiven Bewertung der personellen, räumlichen oder neonatologischen Ressourcen willkürlich getroffen. Damit Entscheidungen für Abmeldungen kriterienbasiert erfolgen, wurde im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ein Punktesystem zur Operationalisierung der Auslastung im Kreißaal (POAK) entwickelt.

Konzept

POAK dient der einheitlichen Erfassung der situativen Arbeitsbelastung für interdisziplinäre Kreißaalteams. Basierend auf drei Komponenten: Zuständigkeiten, Arbeitsaufkommen und Betreuungskapazität können Ungleichgewichte frühzeitig identifiziert und Maßnahmen zur Arbeitsentlastung abgeleitet werden (s. Abb. 1).

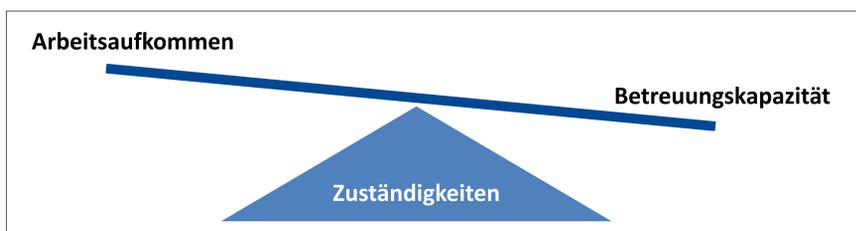


Abb.1: Komponenten von POAK

Zuständigkeiten

In jedem Dienst ist eine Hebamme die Schichtleitung, die für die Kommunikation mit dem ärztlichen Personal und für die Erfassung der situativen Arbeitsbelastung verantwortlich ist. Die Auslastung stellt das Verhältnis der Punkte des Arbeitsaufkommens zu den Punkten der Betreuungskapazität dar. Die erhobene Auslastung wird zentral an der Kreißaaltafel dargestellt (Tab. 3).

Arbeitsaufkommen

Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen werden zur Operationalisierung des Betreuungsumfangs mit einem Durchschnittswert klassifiziert (s. Tab. 1). Die Betreuungsumfänge der Frauen werden kontinuierlich auf der Kreißaaltafel aktualisiert. Für die Berechnung des geburtshilflichen Arbeitsaufkommens in Punkten werden die einzelnen Betreuungsumfänge der Frauen summiert (s. Tab 3.).

Betreuungskapazität

Auf Basis der gängigen Eins-zu-zwei-Betreuung von Gebärenden wurde eine Betreuungskapazität für jede Hebamme von vier Punkten pro Dienst definiert (s. Tab. 2) [2]. Die Gesamtkapazität für die Betreuung der Frauen und Kindern berechnet sich aus der Summe der Betreuungskapazität der Hebammen in Punkten. Die Betreuungskapazität gilt jeweils für den gesamten Dienst und kann nicht durch geleistete Arbeit reduziert werden.

| 1 Punkt | 2 Punkte | 3 Punkte |
|--|---------------------------------|-----------------|
| Schwangere in Einleitung o. mit vorzeitigem Blasensprung | Risikoschwangere | Risikogebärende |
| Ambulante Schwangere o. Wöchnerin | Gebärende | |
| Betreuung einer äußeren Wendung | Betreuung einer Sectio Caesarea | |
| Wöchnerin | Risikowöchnerin | |

Tab. 1: Klassifizierung der Frauen in durchschnittliche Betreuungsumfänge in Punkten

| Hebammen pro Dienst | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------|---|---|----|----|
| Betreuungskapazität in Punkten | 4 | 8 | 12 | 16 |

Tab. 2: Betreuungskapazität der Hebammen in Punkten

Wenn das Arbeitsaufkommen an die Grenze der Betreuungskapazität stößt, oder diese überschreitet, werden folgende Maßnahmen zur Entlastung des Arbeitsaufkommens eingeleitet: Verlegungen auf periphere Stationen und Verschiebung von Terminen und Maßnahmen. Wenn die Maßnahmen nicht ausreichen, kann die Entscheidung zur Kreißaalabmeldung von der Schichtleitung und dem oberärztlichen Personal getroffen werden. Temporäre Abmeldungen können auch auf Mangel an Räumlichkeiten, fehlenden Betten- oder Betreuungskapazitäten auf der Neonatologie sowie technischen Störungen in einem Krankenhaus beruhen [3]. Kreißäle sind in Abmeldungssituationen trotzdem in der Aufnahme- und Behandlungspflicht (§39 SGB V). Selbsteinweisende Frauen werden vom Personal ersteinschätzend behandelt und wenn eine stationäre Aufnahme medizinisch indiziert ist, wird diese gewährleistet. Reicht die Betreuungskapazität nicht aus, wird eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus vom Personal organisiert. In Notfallsituationen wird die Versorgung von Mutter und Kind im Kreißaal unverzüglich gewährleistet. Vor Verlegungen findet immer eine Einzelfallprüfung vom ärztlichen Personal statt.

Berechnungsbeispiel

Der Dienst ist mit vier Hebammen, was einer Betreuungskapazität von 16 Punkten (P) entspricht, besetzt (s. Tab. 3). Zu Dienstbeginn besteht ein Arbeitsaufkommen von 10 Punkten, das sich wie folgt zusammensetzt: 4 Frauen in Einleitung (4 x 1 P.), 2 Gebärende (2 x 2 P.) und 1 Risikowöchnerin (1 x 2 P.). Vier Stunden später ist das Arbeitsaufkommen wie folgt: 2 Schwangere in Einleitung (2 x 1 P.), 3 Gebärende (3 x 2 P.), 1 Risikogebärende (1 x 3 P.), 2 Risikowöchnerinnen (2 x 2 P.) und 2 Schwangere mit vorzeitigem Blasensprung (2 x 1 P.). Es kann keine der Frauen auf eine periphere Station verlegt oder eine Maßnahme pausiert werden. Hebammschichtleitung Anna Schneider und der Oberarzt Dr. Jörg Mattis entscheiden sich gemeinsam für eine temporäre Abmeldung bis 14 Uhr.

| Kreißaaltafel | Beispiel |
|---|-------------------------------------|
| Schicht | Frühdienst |
| Hebammen-Schichtleitung (Name) | Anna Schneider |
| Oberärztin/ Oberarzt (Name) | Dr. Jörg Mattis |
| Auslastung in Punkten (Arbeitsaufkommen/ Betreuungskapazität) | 10/16 P. (6 Uhr), 17/16 P. (10 Uhr) |
| Endzeitpunkt der Kreißaal-Abmeldung (Uhrzeit) | Abmeldung von 10 bis 14 Uhr |

Tab. 3: POAK auf der Kreißaaltafel

Limitationen

Die durchschnittlichen Betreuungsumfänge von POAK basieren nicht auf evidenzbasierten Daten, sondern auf Basis der Praxiserfahrungen der konzipierenden Hebammen. In Einzelfällen können in der Praxis die Punkte unter- oder überschritten werden. Bisher hat keine wissenschaftliche Evaluation vom Einfluss des Konzepts auf die Arbeitszufriedenheit oder das fetale sowie maternale Outcome stattgefunden.

Fazit

POAK stellt ein simples, transparentes und dynamisches Instrument zur Operationalisierung der Auslastung des Kreißaals dar, um Überlastungssituationen frühzeitig zu identifizieren und die Patient:innensicherheit zu gewährleisten. Im UKE hat sich POAK erfolgreich etabliert und wird vom Team, den leitenden Hebammen, dem Klinikdirektor und der pflegerischen Zentrumsleitung mitverantwortet. Die Nutzung von POAK entbindet das Personal nicht von Einzelfallprüfungen.

Referenzen

[1] Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: Drucksache 21/13904. Schriftliche Kleine Anfrage der Abgeordneten Jennyfer Dutschke (FDP) vom 30.07.18 und Antwort des Senats

[2] Deutscher Bundestag: Sachstand. Wissenschaftliche Dienste. Zum Betreuungsschlüssel von Hebammen in der klinischen Geburtshilfe. WD 9 – 3000 – 039/19. 2019

[3] DGGG, BVF, BLFG, DHV, BfHD, DGHWI: Neujahrsgespräch: Sicherstellung der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland. Pressemitteilung. In: www.dggg.de/pressenews/pressmitteilungen/mitteilung/neujahrsgespraech-sicherstellung-der-klinischengeburtshilflichen-versorgung-in-deutschland-697/. 2018