

Schweizerischer Hebammenverband

Sektion Bern

Vorstand

p.A. Marianne Haueter

Präsidentin

Bunschen 171 B

3765 Oberwil i.S

shv-sektionbern@bluewin.ch

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Abteilung Spitalamt, Abt. Planung und Versorgung

Rathausgasse 1

3011 Bern

E-Mail: info@spa.gef.ch

30. August 2016

Stellungnahme zur Versorgungsplanung 2016 -2020

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Entwurf der Versorgungsplanung Stellung nehmen zu können. Die Sektion Bern umfasst 560 Hebammen im Kanton Bern.

In unserer Stellungnahme beschränken wir uns auf die geburtshilflichen Aspekte. Eingangs beschreiben wir einige Problemkreise in der Geburtshilfe, die unter anderem Folgen der bisherigen Versorgungsplanungen sind. Anschliessend nennen wir Lösungsansätze, die aus unserer Sicht in der bernischen Versorgungsplanung Eingang finden sollten.

Zusammengefasst sind es folgende Punkte, die anschliessend erläutert werden.

1. Neue hebammengeleitete und in der Grundversorgung integrierte Versorgungsmodelle sollen in die Versorgungsplanung aufgenommen werden und ermöglichen, dass jede Frau in jeder Versorgungsregion innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einer geburtshilflichen wohnortsnahen Grundversorgung erhält (Betrifft Punkt 10.1.2).
2. Neugestaltung und Differenzierung der regulatorischen Anforderung an die verschiedenen geburtshilflichen Leistungserbringer, in Abhängigkeit ihres Leistungsauftrages (Betrifft Punkt 8.2.1. und 10.1.2).
3. Erreichbarkeit, Fallzahlen und Versorgungsrelevanz (Betrifft Punkt 10.1.2).
4. Nutzung der Bildungsinvestitionen der letzten Jahre (Bachelor- und Masterabschlüsse), indem das Potential der Hebammen in der Versorgungsplanung besser aufgenommen wird und neue Leistungserbringungen legitimiert werden, die bisher ÄrztInnen vorbehalten war (Betrifft Punkt 16).
5. Implementierung eines «kantonalen Workforce Monitoring» für die Berufsgruppe der Hebammen (Betrifft Punkt 16).

Einleitung

Die Situation **der gesunden** schwangeren und gebärenden Frau mit ihrer Familie ist in der Versorgungsplanung aus unserer Sicht zu wenig berücksichtigt. Die grosse Mehrheit der gesunden Schwangeren und Gebärenden sowie der Wöchnerinnen «durchläuft» ein Versorgungssystem, das der Logik von Krankheit und Medizin entspringt. Es besteht die Gefahr der Überversorgung und „Medikalisierung“ einer gesunden Bevölkerungsgruppe.

Darüber hinaus sind in der Versorgungsplanung die Zusammenhänge und gegenseitige Beeinflussung von ambulanter und stationärer geburtshilflicher Betreuung in Bezug auf Kontinuität, Verfügbarkeit und Zugänglichkeit

zu wenig berücksichtigt. Dies wirkt sich insbesondere in zentrumsfernen Regionen zum Nachteil der Versorgung von Mutter und Kind vor der Geburt und nachher zu Hause durch Hebammen, Fach- Haus- und KinderärztInnen aus.

Durch die Schliessungen und Konzentrationen von Geburtshilfeabteilungen sind neue Probleme in der Versorgung von Mutter und Kind entstanden, die auch Spitäler mit hohen Geburtenzahlen betreffen. Beispiele sind eine hohe Fragmentierung in der Betreuung, fehlende 1: 1 Betreuung unter der Geburt, unnötige Interventionen (z.B. hohe Einleitungsraten, Kaiserschnitttraten von > 30%). Weiter verlassen Hebammen oft ihren Beruf (Aussteigerinnenquote > 40 %) weil sie ihren Berufsansprüchen und den Bedürfnissen von Frauen nicht mehr gerecht werden können. Es entstehen auch neue Kosten durch Transporte und Bereitstellung von Rettungsdiensten, die teils auf die Betroffenen abgewälzt werden. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass sich Qualität und Wirtschaftlichkeit mit dieser Entwicklung nicht nachweislich verbessert haben.

Aus der Sicht der Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbandes besteht deshalb die Notwendigkeit, neue Modelle für die geburtshilfliche Grundversorgung zu denken und zu schaffen.

Erläuterung zu den einzelnen Punkten:

1. Neue hebammengeleitete und in der Grundversorgung integrierte Versorgungsmodelle sollen in die Versorgungsplanung aufgenommen werden und ermöglichen, dass jede Frau in jeder Versorgungsregion innerhalb von 30 Minuten Zugang zu einer geburtshilflichen wohnortsnahen Grundversorgung erhält.

Wie im Expertenbericht „Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern“, welcher im Bericht auf Seite 103 erwähnt wird, braucht es in der Versorgungsplanung Strukturen und Anreize für Modelle, welche den Bedürfnissen gesunder Schwanger entsprechen und der Gesunderhaltung dienen. Dazu braucht es neue, integrierte Versorgungsmodelle. Solche Modelle können durch Geburtshäuser (ausserklinisch) oder eigenständige Abteilungen in Spitälern (klinisch) angeboten werden. Für zentrumsferne Regionen sind Subversorgungsregionen vorzusehen, die es jeder Frau ermöglichen, innerhalb von 30 Minuten ein geburtshilfliches wohnortsnahes hebammengeleitetes Angebot zu erreichen. Diese Angebote müssen in Zukunft in die Leistungsgruppensystematik (SPLG) für die Akutsomatik aufgenommen werden und spezifischer und weitergehend als die bisherige Kategorie «GEBH» für Geburtshäuser ausgearbeitet werden. Solche Modelle könnten künftig auch Ersatz werden für teure, unzweckmässige, in der Notfallversorgung überdimensionierte Angebote. Dabei sind zweckdienliche und wirtschaftliche Lösungen für die Notfallversorgung in den bestehenden Strukturen zu finden und die Nutzung von Synergien zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Leistungsgebieten verpflichtender als bisher festzuschreiben.

2. Neugestaltung und Differenzierung der regulatorischen Anforderung an die verschiedenen geburtshilflichen Leistungserbringer, in Abhängigkeit ihres Leistungsauftrages (Grundversorgung versus hochspezialisierte Geburtsmedizin).

a) Leistungsgruppenspezifische Mindestanforderungen: Flächendeckende Anforderungen an Notfallstation Level 4 für alle geburtshilflichen Leistungserbringer in Spitälern: Die sogenannte geltende E-E Zeit < 15 Minuten (Entschluss- Entwicklungszeit für Kaiserschnitt) ist nicht zweckmässig, wirtschaftlich und wirksam. Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz für diese Vorgabe (NICE Guidelines 2011¹, Tolcher et al. 2014²). Daten zeigen, dass kürzere E-E Zeiten (15 Min) generell nicht bessere Outcome-Resultate bringen. Eine E-E Zeit von 30 Min ist für Grundversorger angemessen wie in vielen andern Ländern auch. Somit ist es zweckmässig, ab 34. SSW und >2000 g diese Anforderungen zu senken, weil schon vorher eine Risikoselektion stattfindet und die echten Notfälle auch innerhalb 15 Min das Resultat nicht verbessern.

¹ NICE National Institut for Health and Care Excellence (2011), Caesarean section NICE guidelines [CG132], Verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/cg132>

²Tolcher, M. C., Johnson, R. L., El-Nashar, S. A., & West, C. P. (2014). Decision-to-Incision Time and Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3).

Level 4 führt jedoch zu unnötiger Kostenverdoppelung (Personal Vorhalteleistungen), welche geburtshilfliche Grundversorgungsmodelle strukturell gefährdet (Bsp. Riggisberg, Zweisimmen).

Es muss in den Anforderungen einen Unterschied zwischen Grundversorgung und hochspezialisierter Versorgung geben. Diese sind Versorgungstufenabhängig zu gestalten.

b) Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik, Anforderungen für Geburtshäuser oder hebammengeleiteten Einrichtungen (des Kantons ZH).

Der Vorstand der Sektion Bern vertritt klar die Position, dass auf national gültige Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme von Frauen in hebammengeleiteten Einrichtungen verzichtet wird. Solch einheitlich gültige Kriterien fördern die normale physiologische Geburt nicht. Dies wird der Betreuung von gesunden Frauen nicht gerecht, Mehr- und Uneindeutigkeiten müssen individuell beurteilt werden, um grösstmögliche Sicherheit zu erreichen.

Der Vorstand der Sektion Bern fordert, die Risikoselektion in hebammengeleiteten Einrichtungen wie bis anhin in der Kompetenz der Hebammen zu belassen. Hebammen sind geschult in einer salutogenetischen Betrachtung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Mit dieser ganzheitlichen Sichtweise geschieht eine Risikoinschätzung zusammen mit der Frau und unter Berücksichtigung von individuellen Umständen und nicht einzig und primär aufgrund statistischer Daten. Bei Bedarf wird ein Facharzt oder eine Fachärztin zugezogen.

Eine Liste von Aus- und Einschlusskriterien wird von jeder Einrichtung für die spezifischen Gegebenheiten ausgearbeitet. Damit können regionale und örtliche Gegebenheiten, sowie der Versorgungscharakter von hebammengeleiteten Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) erarbeitet zurzeit ein Anerkennungsverfahren für Einrichtungen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe. Das Thema ist darin aufgenommen und ein Standard wurde definiert.

3. Erreichbarkeit und Versorgungsrelevanz:

a) Erreichbarkeit: Auszug Versorgungsplanung 2016 -2020 (S. 100): *«Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass 85,2 Prozent der Bernerinnen zwischen 15–45 Jahren in weniger als 15 Minuten und 97,5 Prozent in weniger als 30 Minuten ein Listenspital oder -geburtshaus mit einem entsprechenden Angebot erreichen. Insgesamt sind die Auswahl und die Erreichbarkeit an Listenspitälern mit dem entsprechenden Angebot für die Bevölkerung im Kanton Bern sehr gut...».*

Dies ist ein statistischer Trick: Wenn man die Erreichbarkeit der anderen Versorgungsangebote auch nach Alterskategorie und Geschlecht rechnen würde, käme man für andere Angebote wahrscheinlich auch auf andere Erreichbarkeiten. Die Berechnungsregel ist irreführend, weil genau die Mehrheit der Frauen in abgelegenen Regionen in dieser Zeit ein Listenspital nicht erreicht. **Es müssen Subregionen in die Berechnung einbezogen werden.**

b) Fallzahlen und Versorgungsrelevanz: Auszug Versorgungsplanung 2016 -2020 (S. 79): *«...Zu der Frage, ab wann ein Leistungserbringer für die Versorgung der Kantonsbevölkerung als Versorgungsrelevant gilt, hat sich im Kanton Bern die Grenze von 10 Fällen etabliert. Sie entspricht der Praxis des Kantons Bern, die er bereits in der Spitalliste 2010 anwendete. In der Versorgungsplanung 2007–2010 galten mindestens 10 Fälle pro Jahr als versorgungsrelevant. Die Versorgungsplanung 2011–2014 ging von mindestens 10 Fällen und einem Versorgungsanteil von 3 Prozent im Referenzjahr aus»*

Diese Kriterien für die Versorgungsrelevanz der geburtshilflichen Grundversorgung entsprechen nicht anderen medizinischen Leistungen. Sie sind aus unserer Sicht neu zu definieren. Geburtshilfliche Grundversorgung muss wohnortsnah innerhalb von 30 Min in allen Regionen für alle Frauen verfügbar sein. Mindestfallzahlen bilden eine starke Triebkraft zur Zentralisierung und steigern die Qualität in der Geburtshilfe nicht. Die heutigen Konzentrationen von hochspezialisierten geburtshilflichen Zentren führt einerseits zu Überversorgungen von Gesunden und andererseits zur Unterversorgung in zentrumsfernen Regionen (Abbau der geburtshilflichen Grundversorgung). Neue, wohnortsnah und niederschwellige Angebote für den ganzen Betreuungsbogen (Schwangerschaft bis Stillzeit) verbessern die Qualität und fördern und erhalten die Gesundheit (Prävention).

4. Nutzung der Bildungsinvestitionen der letzten Jahre (Bachelor- und Masterabschlüsse), indem das Potential der Hebammen in der Versorgungsplanung besser aufgenommen wird und neue Leistungserbringungen legitimiert werden, die bisher ÄrztInnen vorbehalten waren (Betrifft Punkt 16).

Einerseits wurde die Ausbildung der Hebammen in den letzten Jahren laufend verbessert und hat ein hohes Niveau (Bachelorstufe, Masterstufe in Arbeit) erreicht. Andererseits wird dieses Potential zu wenig genutzt. Hebammen werden zu Spezialistinnen in der Förderung und Unterstützung der normalen Geburt ausgebildet und verfügen über Kompetenzen während des ganzen Betreuungsbogens (Schwangerschaft bis Stillzeit). Im Spitalbereich hat die selbständige Ausübung dieser Berufskompetenzen jedoch eher ab- statt zugenommen. Dadurch gehen wertvolle Ausbildungsinvestitionen einer Berufsgruppe verloren, was volkswirtschaftlich betrachtet nicht vernünftig ist.

5. Daten «Workforce» Berufsgruppe Hebammen Betrifft Punkt 16

Im Kanton Bern gibt es keine zuverlässigen und aktuellen Daten zur Berufsausübung von Hebammen im ambulanten und im stationären Bereich. Aus unserer Sicht ist ein «kantonales Workforce Monitoring» für die Berufsgruppe der Hebammen dringend nötig. Versorgungsrelevante Fragen sind nicht oder unzuverlässig verfügbar. Konkret: Wie viele Hebammen arbeiten in welchen Settings (ambulant stationär, freiberuflich) und in welchen Regionen, Altersstrukturen, Aussteigerinnenquoten, Gründe, usw.

Abschliessend möchten wir bemerken, dass die geltenden Tarifsysteme die beschriebenen Problematiken verstärken. Die Fallkostenpauschalen und die SPLG-Systematik (Zuordnung zu Diagnose-Codes & zu Behandlungs- und/oder der Diagnose-Codes) gewichten ärztliche Interventionen höher als Betreuungsleistungen von Hebammen. Sie setzen falsche wirtschaftliche Anreize und sind daher für gesunde Schwangere und Gebärende ungeeignet. Es ist uns klar, dass dies auf nationaler Ebene diskutiert werden muss. Wir hoffen jedoch, dass die Kantone darauf hinwirken, dass eine Änderung der SPLG Systematik in Angriff genommen wird, so dass das Tarifsysteem der Gesundheitserhaltung rund um Schwangerschaft und Geburt dienen und Anreize für die Förderung der normalen physiologischen Geburt bringt, indem Betreuungsarbeit, d.h. die Kontinuität und 1:1 Betreuung durch Hebammen unter der Geburt besser berücksichtigt werden.

Wir hoffen, dass unsere Rückmeldungen aufgenommen werden. Wir sind gerne bereit, unsere praktischen Erfahrungen und unsere Fachexpertise in die Ausgestaltung von neuen Versorgungsmodellen in der Geburtshilfe einzubringen.

Mit freundlichen Grüssen

SCHWEIZERISCHER HEBAMMENVERBAND
 Sektion Bern
 Vorstand

Marianne Haueter, Präsidentin



Sabine Graf, Vizepräsidentin



Ilona Bürklin



Verena Piguet,



Madlaina Zindel-Jann

