

Positionspapier SHV Sektion Bern zur Zentralisierung der Geburtshilfe

Geburtshilfe ist Grundversorgung - in allen Regionen!

Die Schliessung der Geburtshilfe in Riggisberg und die nun angekündigte Schliessung der Geburtshilfe im Spital Zweisimmen haben uns als Vorstand im letzten Jahr und in den letzten Tagen beschäftigt. Die primär mit fehlender Rentabilität begründeten Schliessungen zeigen exemplarisch, wie die Gesundheitsgrundversorgung in Randgebieten abgebaut wird. Davon betroffen ist auch die Gesundheitsversorgung rund um die Mutterschaft. Saanen, Erlenbach, Belp, Wattenwil, Meiringen, Langnau, Sumiswald, Jegensdorf, Niederbipp, Herzogenbuchsee, Huttwil haben dieses Schicksal bereits erlitten. Mit diesen Schliessungen wurden auch innovative Geburtshilfemodelle wegrationalisiert und in dieser Art in grossen Kliniken nicht mehr angeboten. In Riggisberg hatten Frauen die Möglichkeit ein Kind in Beckenendlage spontan zu gebären. Für Mütter mit psychischen Erkrankungen bestand zudem ein stationäres Therapie-Angebot, ohne von ihrem Kind getrennt zu werden. Zudem ist seit der Schliessungsankündigung der Geburtshilfe in Zweisimmen endgültig klar, dass Geburtshilfe von der Regierung im Kanton Bern nicht als Teil der Grundversorgung betrachtet wird.

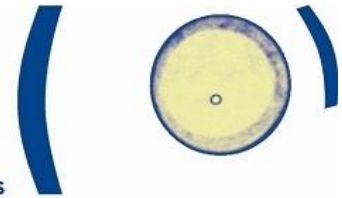
Die öffentlichen politischen Diskussionen drehen sich dabei vorwiegend um die fehlende Rentabilität und mangelnde Qualität (u.a. tiefe Fallzahlen) von kleinen Spitalstandorten. Es werden dabei Geburtenzahlen von mindestens 1000, idealerweise 1500 pro Jahr als Mass für Rentabilität genannt. Als Vorstand der Sektion Bern SHV und als „Anwältinnen“ der Frauen, sind wir der Ansicht, dass sich Hebammen mit ihrem Fachwissen dringend in diese gesundheitspolitische Diskussionen einmischen müssen. Das Ziel muss sein, dass alle Frauen rund um die Mutterschaft Zugang zu einer frauenzentrierten, wohnortsnahen und qualitativ hochstehenden Gesundheitsgrundversorgung haben.

Geburtshilfe soll nicht zur Grundversorgung gehören?

Mit Bekanntwerden des Schliessungsentscheids der Geburtsabteilung in Zweisimmen zeigt sich, dass der Kanton Bern und der Verwaltungsrat der STS AG Thun die Geburtshilfe nicht zur gesundheitlichen Grundversorgung der Bevölkerung zählen.

Im Bund vom 25.06.2014 wird Annamaria Müller, Vorsteherin des kantonalen Spitalamts zitiert: „...**Die Geburtshilfe gehöre aber nicht zur Grundversorgung der Bevölkerung...**“. In einem [offenen Brief des Regierungsrates](#) zum Spitalstandort Zweisimmen vom 02. Juli 2014 werden Medizin und Chirurgie als versorgungsnotwendig aufgeführt. Die Geburtshilfe ist nicht erwähnt. Weiter erläutert Philippe Jeannerat, Sprecher der Gesundheitsdirektion (GEF), „...**Da die Geburtsabteilungen nicht Teil der Grundversorgung sind, kommt auch die kantonale 50-Kilometer-Regel nicht zur Anwendung. Diese schreibt vor, dass keine Gemeinde weiter als 50 Autokilometer vom nächsten Akutspital entfernt liegen darf...**“ (vgl. [Der Bund 27.06.2014](#)). Dies gilt übrigens auch für die Pädiatrie.

Die Inhalte des Begriffs „Grundversorgung“ sind nicht klar definiert. Der Kanton Bern hat für die stationäre Versorgung die „[Zürcher Leistungsgruppensystematik](#)“ übernommen, wo *GEB1 Grundversorgung Geburtshilfe ab 34 SSW und > 2000g* in einem sogenannten Basispaket als Leistungsgruppe aufgeführt ist. In der [Spitalliste](#) Bern ist das Spital STS AG Thun als Leistungserbringer aufgeführt, jedoch für den Spitalstandort Zweisimmen wird Geburtshilfe nicht als versorgungsnotwendig erklärt, im Gegensatz zur inneren Medizin und eine „auf die Bedürfnisse der Region fokussierte Chirurgie“. Diese seltsame Betrachtung ist nur erklärbar, weil für die Geburtshilfe spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben sind. Diesen Notfallbetrieb will der Kanton Bern in Zweisimmen offenbar nicht weiterführen. In den Anforderungen für Akutmedizinischen Leistungsgruppen wird zwischen drei unterschiedlichen Levels von Notfallstationen unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Geburtshilfe gilt ein höheres Niveau: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit



im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. Die Notfallsectio hat in < 15min zu erfolgen, dies über 24 Std. (siehe [Legende Seite 5](#)). Hingegen stören sich die Verantwortlichen nicht daran, dass Frauen in abgelegenen Regionen im Notfall über eine Stunde Fahrzeit vor sich haben.

Der Hebammenverband der Sektion Bern vertritt die Position, Geburtshilfe gehört zur Grundversorgung der Bevölkerung und dies kann nicht nach Belieben ausgelegt werden. Wir stellen uns gegen eine Entwicklung, bei der sich die Regierung des Kantons Bern oder ein Spitalzentrum mit Versorgungsauftrag aus der Verantwortung für die geburtshilfliche Grundversorgung abmelden. Besonders störend, gleichzeitig wird in den Zentren fraglos eine "Überversorgung" (gesunder Frauen) und ein mörderischer Wettbewerb mitfinanziert, was durch falsche Anreize zu unnötigen Interventionen in der Geburtshilfe (Sektioraten) führt und die Kliniken zu Personaleinsparungen – insbesondere im Pflege und Betreuungsbereich zwingt. Dabei werden Frauen und Kinder in Randregionen, die auch Krankenkassenprämien bezahlen, benachteiligt. Letztlich werden aber mit dieser Entwicklung die Gesundheit von allen Frauen und Kindern beeinträchtigt, indem Personal für die Betreuung eingespart (Prozessqualität) wird und in der Folge gesunde Frauen unnötige Interventionen erhalten oder „kränker“ gemacht werden durch falsche ökonomische Anreize.

Geburtshaus oder Hausgeburt als Lösung für Randregionen?

Im Fall von Zweisimmen werden von verschiedenen Seiten [Geburtshäuser](#) oder Hausgeburten als Problemlösung für Randregionen vorgeschlagen. Üblicherweise werden diese Geburtsorte gerne als „risikoreich“ dargestellt. Wie wir wissen - übrigens untermauert mit bester Studienqualität – ist dies nicht zutreffend. Trotzdem kann es für abgelegene Randregionen nicht die Lösung sein. In Geburtshäusern und Zuhause gebären risikoselektionierte Frauen und für auftretende Notfälle oder Verletzungen stehen nahe gelegene akutmedizinische Spitalinfrastrukturen zur Verfügung.

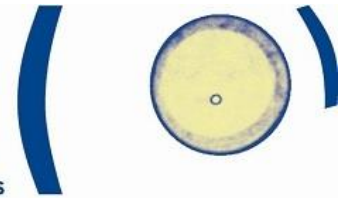
Das Simmental /Saanenland hat topografisch und verkehrstechnisch (vor allem im Winter, nachts, bei Stau) schwierige Bedingungen. Der Spitalstandort Thun liegt für die entlegensten Gemeinden Dorfzentrum bis 72 km entfernt. Streusiedlungen sind in dieser Messung nicht berücksichtigt. Dies führt zu Anfahrtszeiten von über eine Stunde.

Auch die Charakteristika der zu versorgenden Bevölkerung müssen in die Versorgungsplanung einbezogen werden. Die Mehrheit der Bevölkerung arbeitet in kleinen Familienbetrieben in der Berglandwirtschaft oder in Gewerbebetrieben. Oft sind diese Frauen Mehrgebärende, die erfahrungsgemäss schnell gebären. Zudem sind im Saanenland 22% der Bevölkerung ausländischer Herkunft (Kanton Bern 13.5%, vgl. Projekt [MeGOS](#)). Sie arbeiten vorwiegend in der Tourismus/Hotelleriebranche. Untersuchungen zeigen, Frauen mit Migrationshintergrund weisen mehr Gesundheitsprobleme auf. Dies spiegelt sich u.a. in höheren Kaiserschnittraten und anderen geburtshilfliche Interventionen. Dabei sind auch die Schwangerschaft und das Wochenbett betroffen.

Alle Geburtshäuser in der Schweiz stehen unter einem starken ökonomischen Druck. Um finanziell bestehen zu können sind langfristig mindestens 150 Geburten pro Jahr nötig. Mit dem Lösungsvorschlag „Geburtshaus in Zweisimmen“ wird das Versorgungsproblem einer Randregion einfach privatisiert. Hebammen sollen bei fehlender Notfallinfrastruktur die fachlichen Risiken verantworten und die finanziellen Risiken selber tragen.

Was bedeutet die Schliessung der Geburtshilfe für Frauen und Kinder Familien einer Randregion?

Wie sich die Folgen einer verfehlten Spitalpolitik durch die Schliessung der Geburtshilfe Zweisimmen auf Frauen in Randregionen auswirken können, sei hier beispielhaft dargestellt. Frauen aus den Gemeinden Gsteig, Lenk und Gstaad fahren zwischen 60 bis 70 km nach Thun. Was ist mit der Wöchnerin, die nachts eine Mastitis oder eine Milchstauung entwickelt? Fährt sie zum Abpumpen mit ihrem



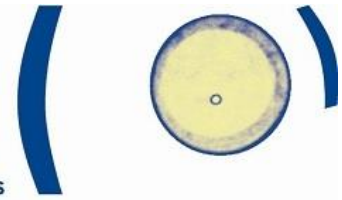
Neugeborenen zwei Stunden hin und her? Wie oft sind Frauen mit Vorwehen verunsichert, ob die Geburt im Gange ist? Um diese Frage zu klären, müsste zuerst eine Stunde hin und eine Stunde zurück gefahren werden. Man stelle sich noch eine stürmische Winternacht vor, mit viel Neuschnee auf der Strasse, doppelt so lang. Die ganze Familie erleidet unter Umständen eine 4-5 Wochen dauernde unsichere "Standby"-Situation, die das ganze Sozial- und Arbeitsleben beeinträchtigt. Wie viele unnötige Einleitungen werden die Folge sein? Wie viele Mehrgebärende nach Blasensprung und sofort einsetzen Wehen schafft es manchmal kaum in ein nahe gelegenes Spital? Von den letzten 400 Geburten in Zweisimmen hätten es möglicherweise 44 Frauen nicht nach Thun geschafft (Eintrittszeit – Geburtszeit < 60 Min.). Gelten die unversorgten Autogeburten somit als Restrisiko? Dazu kommt, es gibt Notfallsituationen, die zwar selten sind, aber die Distanz zum nächsten Spital kann für das Leben von Mutter und Kind entscheidend sein. Nimmt man in Kauf, dass einzelne Frauen oder Kinder an Leib und Leben gefährdet werden, weil eine nahe akutmedizinische Versorgung fehlt? Dazu kommt, die Transportfahrzeuge der Rettungsdienste sind im ganzen Kanton Bern nicht zweckmässig ausgestattet, um Neugeborene sicher zu transportieren. Diese haben wir als Verband schon vor zwei Jahren aufgrund von Ereignissen im Raum Emmental bei der Kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion bemängelt und erfolglos Lösungen für die Ausstattung vorgeschlagen. Weisst ein Neugeborenes Probleme auf, sei es nach Hausgeburt, im Wochenbett nach Spitalgeburt oder möglicherweise nun vermehrt unterwegs nach einer Autogeburt, transportiert der nächst verfügbare Rettungsdienst das Kind in das nächst verfügbare Spital, ohne eine adäquate Transportausstattung. Im nächst verfügbaren Spital wird das Kind stabilisiert und von einer speziell ausgestattet Equipe, entweder mit einem Ambulanzfahrzeug aus Bern oder mit Helikopter ins Zentrumsspital geholt resp. geflogen. Dies betrachten wir nicht als durchdachtes sicheres Rettungskonzept für Neugeborene aus den Randregionen. Es gibt noch weitere Lücken, zum Beispiel hat es in der ganzen Region keine Kinderärzte. Als Verbandsvertreterinnen sind wir der Ansicht, dass nicht auf dem Rücken der Frauen in Randregionen gespart werden darf und diese Minderheit einen erschwerten Weg voller Risiken auf sich nehmen muss.

Was sind die Folgen für die ambulante geburtshilfliche Versorgung bei einer Schliessung der Geburtenabteilung?

Eine weitere Folge der Schliessung einer Geburtshilfeabteilung bedeutet, dass auch die regionale ambulante Vor- und Nachsorge über kurz oder lang, sowohl von Hebammen wie von Frauenärztinnen, wegbricht. Für eine Hebamme ist es weder attraktiv noch existenzsichernd, ausschliesslich Wochenbettbetreuung anzubieten. Dasselbe gilt auch für GynäkologInnen, wenn die Möglichkeit für operative Tätigkeiten wegfällt. Das heisst, Hebammen und Gynäkologinnen schliessen ihre Praxen. Dies bedeutet für die betroffenen Frauen, dass die Kontinuität in der Betreuung noch weniger gewährleistet ist. Als Folge der Fallpauschalen werden gesunde Frauen mit ihrem Kind heute am zweiten oder dritten Wochenbetttag entlassen. Durch den drohenden Hebammenmangel ist ihre ambulante Nachsorge nicht mehr gewährleistet, Hebammen ausserhalb der Täler werden kaum zwei Stunden Wegzeiten für einen Wochenbettbesuch oder wenn nötig zwei in Kauf nehmen, die nicht verrechenbar sind.

Mangelnde Qualität von kleinen regionalen Geburtshilfeabteilungen?

Neben der fehlenden Rentabilität werden qualitativ-medizinische Gründe (u.a. zu tiefen Fallzahlen) für die Schliessung von kleinen Geburtshilfeabteilungen ins Feld geführt. Diese undifferenzierte Argumentation zeigt, dass Gesundheitsversorgungsplaner bisher nicht verstanden haben, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um eine hohe Qualität mit guten Gesundheitsergebnissen für Mutter und Kind zu erzielen. Viele Untersuchungen aus der Hebammenwissenschaft zeigen, ein kontinuierlicher Begleitprozess mit ausreichender Zeit über die ganze Schwangerschaft, Geburt und Wo-



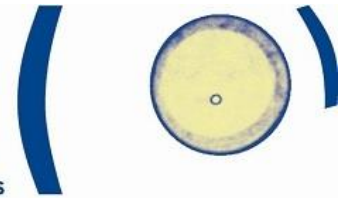
chenbettzeit führen zu guter Qualität, insbesondere auch in kleinen hebammengeleitete Einrichtungen. Gerade in Geburtshilfeabteilungen mit „tiefen Fallzahlen“ besteht noch die Möglichkeit, Frauen in der Schwangerschaft kontinuierlich und unter der Geburt 1:1 zu betreuen. Frauen, ihre Familien, Hebammen und Frauenärztinnen kennen sich. Diese Beziehungsstruktur gilt ebenfalls als Voraussetzung für eine qualitativ hohe, professionelle Betreuung in der Geburtshilfe.

In der ganzen Qualitätsdiskussion der Medizin ist festzustellen, es gibt keine zuverlässige Daten, sowohl für die Geburtshilfe, wie auch für andere untersuchte medizinischen Fachgebieten, die belegen dass die Festlegung von Mindestmengen (Fallzahlen) einen qualitätssichernden oder steigenden Effekt auf Messendpunkte wie Mortalität, Morbidität Struktureffekte, Verweildauer und Re-Interventionen haben (vgl. Bericht des deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2012). Sogar für hochspezifische Fachgebiete in unserem Bereich, wie für die Versorgung von Frühgeburten (Mindestfallzahlen $30 < 1205g$), zeigen die Ergebnisse einer deutschen Untersuchung (Seeling & Metzinger 2010), dass die Ergebnisqualität nicht von der Menge der erbrachten Leistung abhängt.

Obwohl es mit gesundem Menschenverstand einleuchtet, dass es im gesundheitlichen Versorgungsbereich Zusammenhänge zwischen der Menge oder Häufigkeit einer bestimmten Leistung oder Verrichtung und der Leistungsqualität oder der Qualifikation des Leistungserbringers gibt, sind auch Experten der Ansicht (Hase, 2012), dass Fallzahlen alleine kein geeignetes Qualitätskriterium und vor allem gar **kein geeignetes Mittel sind, um die Konzentration in der gesundheitlichen Versorgung zu regeln.**

Die Erfahrung zeigt, kleine, eingespielte und erfahrene Teams erzielen gute Resultate. Grosse Kliniken mit hohen Fallzahlen haben Strukturbedingungen, die nicht per se kostengünstiger und mit besserer Qualität erbracht werden können. Dies sind zum Beispiel eine höhere Fragmentierung der Betreuung durch Spezialisierungen, hoher Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen den Professionen in der Zusammenarbeit, grosser administrativer Überbau, lange Entscheidungswege). Die ins Feld geführte „Fallzahlenlogik“ in der Geburtshilfe (je mehr, desto besser) zu Ende gedacht, würde bedeuten, dass allen Frauen geraten werden muss, in Kliniken zu gebären, wo Operateure besonders hohe Sektioraten und Interventionsraten aufweisen (und dabei das einhergehenden Risiko und die Langzeitfolgen von unnötigen Kaiserschnitten ausgeblendet wird).

Der Fall Zweisimmen zeigt, jedes Mittel ist recht um eine Schliessung zu begründen. Hebammen und Frauenärztinnen werden sogar öffentlich diskreditiert, indem die gefährdete Qualität für die Schliessung der Geburtshilfe mitverantwortlich gemacht wird. Diese Behauptungen werden jedoch nicht mit Daten belegt. Obwohl überall in Spitälern, mit enormem Zeitaufwand, eine computerbasierte Datensammlung betrieben wird, die Resultate sind für die am „Bett Tätigen“ und die Öffentlichkeit im Detail nicht verfügbar. Als Hebammenvertreterinnen fordern wir eine Offenlegung dieser Daten und fallkontrollierte Kohortenstudien (retrospektiv und prospektiv) die Geburtenabteilungen mit kleinen und grossen Fallzahlen bezüglich ihrer Qualität und ihren Kosten vergleichen. Dabei sind auch die Hebammen bei der Festlegung von Qualitätsindikatoren einzubeziehen. Nur so ist eine faktenbasierte öffentliche Diskussion zur Versorgungssicherheit möglich. Doch selbst dann, muss man sich keine Illusionen machen, wie auch Hase (2012) zu bedenken gibt: Mit randomisierten, prospektiv oder retrospektiv vergleichenden Studien, (EBM Konzept bestimmt), wird nicht das reale Versorgungsgeschehen in bestimmten Einrichtungen oder bei bestimmten Leistungserbringern erfasst und ausgewertet, vielmehr werden auf einem äußerst abstrakten Niveau Feststellungen über die Wirksamkeit therapeutischer Massnahmen und Methoden getroffen. Trotzdem ist es nicht akzeptabel, dass ohne verfügbare Daten die geburtshilfliche Grundversorgung wegrationalisiert wird.



Zusammengefasst, für Frauen ohne hohes Risiko für Komplikationen sehen wir weder auf der Qualitäts- noch auf der Kostenseite Vorteile in der Zentralisierung der Geburtshilfe. Der Rationalisierungsdruck setzt falsche Anreize, die Prävention und Gesundheitserhaltung stehen nicht im Zentrum. Die behaupteten Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen, welche Zentralisierungen zur Folge haben sollen, sind auch auf diesem Gebiet nicht durch zugängliche Daten überprüfbar. Trotz der Schliessung von mittlerweile 13 Spitälern im Kanton Bern sind die Kosten seither angestiegen.

Fehlendes Fachpersonal in Regionalspitälern?

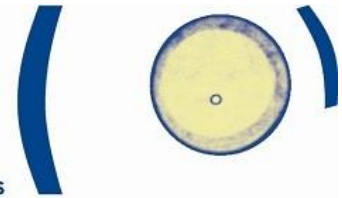
Neben fehlender Rentabilität und mangelnder Qualität wird als drittes Argument das fehlende Fachpersonal gegen dezentrale Spitalstandorte ins Feld geführt. Dieses eignet sich schlecht um einer Zentralisierung der medizinischen Grundversorgung das Wort zu reden. Fachkräftemangel ist heute in allen Spitälern ein Problem, insbesondere von Hebammen in Wochenbettabteilungen. Dazu kommt ein zunehmend hoher Arbeits- und Zeitdruck für das Personal. Ganzheitliche Pflege und Betreuung ist dadurch nur unbefriedigend möglich und kann zu gefährlichen Situationen führen. Es ist zu vermuten, dass grosse Spitäler sogar unter einer höheren Personalfuktuation leiden, was ein bedeutsamer Kostenfaktor darstellt. Um das Beispiel der Geburtenabteilung in Zweisimmen zu nehmen, der Betrieb wurde gerade von einem kleinen regional verankerten Team mit langjähriger Erfahrung - trotz Personalrekrutierungsschwierigkeiten – aufrechterhalten, sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich. Dies obwohl die jahrelange Schliessungsdrohung die Bedingungen für die Personalrekrutierung und für die Innovationskraft beeinträchtigt haben.

Was sind die Folgen für die Ausbildung von Grundversorgerinnen?

Eine weitere Folge der Negativspirale durch die Schliessung kleiner Geburtsabteilungen sind die wegfallenden Ausbildungsplätze für Hebammen wie auch für Ärztinnen. Regionalspitäler bieten das Potenzial um Generalistinnen für die geburtshilfliche Grundversorgung auszubilden. Gerade an diesem Typus von Hebammen und Ärzten fehlt es. Diese sind auch nötig für die ambulante Versorgungstätigkeit. Hebammen und Ärzte, die im Berufsleben, selbst für eine gesunde Population immer von Spezialisten und Spezialistinnen flankiert sind, haben es schwerer, eine ganzheitliche und eigenverantwortliche Berufsausübung zu lernen. Kleine dezentrale Standorte, wo eine frauenzentrierte, kontinuierliche und ganzheitliche Geburtshilfe möglich ist, können attraktive Arbeitsplätze bieten und gestalten. Mit einer an Physiologie orientierter Geburtshilfe können sich Hebammen identifizieren und Studentinnen wie Assistentinnen lernen, wie der Prozess des Mutterwerdens gesund verläuft.

Geburtshilfliche Gesundheitsversorgung ist regionale Wertschöpfung für die Bevölkerung insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention!

Geburtshilfliche Gesundheitsversorgung rund um die Mutterschaft leistet auch einen Beitrag an die regionale Wertschöpfung für die Bevölkerung. Geburtshilfeabteilungen spielen eine Schlüsselrolle für ein kleines Regionalspital mit akutmedizinischer Versorgung. Ist die stationäre Geburtshilfe weg, und damit der 24 Stunden Betrieb im OPS, beginnt auch der Rest der akut-medizinischen Versorgung wegzubrechen, sowohl im stationären und ambulanten Bereich. Wie die Erfahrung bei der Schliessung von kleinen Spitälern zeigt, kommt eine Negativspirale in Gang: immer mehr Dienstleistungen werden aus Kostengründen abgebaut und zentralisiert. Damit ist letztlich auch die ambulante Versorgung der Frauen durch Hebammen gefährdet. Diese Zentralisierungspolitik erstaunt umso mehr, als der Kanton Bern in einem [Frühförderungskonzept](#) den Hebammen eine wichtige Rolle, insbesondere in der Familienunterstützung, in der Früherkennung und in der Frühintervention eine wichtige Rolle attestiert hat. Im Kanton Graubünden werden bewusst Geburtshilfeabteilungen mit 40- 50 Geburten pro Jahr betrieben, weil der Kanton erkannt hat, dass es für die Bevölkerung versorgungsnotwendig ist und eine wirtschaftliche Bedeutung für die Regionen hat. Dies sind politische Entschei-



de, die gefällt werden können. Dabei kann es nicht sein, dass die Gemeinden die Lücken in der Grundversorgung mitfinanzieren müssen, wie dies schon im östlichen Oberland der Fall ist.

Alles oder nichts?

Ganz entschieden fordern wir: Geburtshilfe gehört zur Grundversorgung. Geburtshilfliche Grundversorgung heisst, sie findet dort statt wo die Menschen leben und wo das Leben beginnt.

Wir fordern ein Umdenken in dieser zentralistischen und nur von Grösse und Wirtschaftlichkeit bestimmter Strategie in der medizinischen und geburtshilflichen Grundversorgung. Es braucht die Stärkung dezentraler Standorte mit attraktiven Versorgungsmodellen. Für die Geburtshilfe in ländlichen oder abgelegenen Regionen besteht die Möglichkeit, innovative, attraktive Grundversorgungsmodelle zu schaffen – unter der Leitung von Hebammen und in guter Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen. Es braucht ein stationäres Angebot mit der Möglichkeit, geburtshilfliche Notfälle mit Fachpersonal vor Ort zu behandeln. Dabei sind die heute geltenden teuren Struktur- und Ausstattungsvorgaben für den Notfallbetrieb auf ihre Tauglichkeit für kleine regionale Geburtshilfeabteilungen kritisch zu hinterfragen und die Nutzung von Synergien mit den Hauptstandorten zu verbessern. Zwischen dem Credo „alles oder nichts“ sind noch verschiedene Varianten denkbar. Dazu braucht es aber den Einbezug der lokalen Hebammen und Frauenärztinnen und der Bevölkerung. Fällt die Geburtshilfe weg, untergräbt man damit die ganze Versorgungssicherheit einer Region.

Als Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbandes setzen wir uns für eine geburtshilfliche Grundversorgung ein. Wir stellen uns klar gegen die Benachteiligung von Frauen in Randregionen. Wir plädieren für bessere Informationen an die Bevölkerung und wir engagieren uns für die Erhaltung und den Ausbau von Hebammen-Geburtshilfe. Es darf nicht soweit kommen, dass wie kürzlich (von Männern) vorgeschlagen, doch die Spitex die ambulante Wochenbettbetreuung übernehmen könnte! Rationalisierung, Zentralisierung, undifferenzierte Qualitätsmassstäbe in der Geburtshilfe dienen nicht den Müttern, nicht den Kindern, nicht den Familien und sie dienen nicht der Bevölkerung.

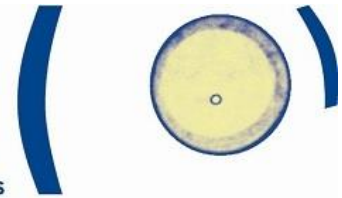
Aus all diesen Gründen unterstützen wir die [Spitalstandort-Initiative](#). Diese wurde nach der Schliessung der Geburtsabteilung in Riggisberg lanciert und im letzten Januar mit rund 26'000 Unterschriften eingereicht. Wir sehen keine andere Möglichkeit die regionale Geburtshilfe zu erhalten.

Wir hoffen auf die Unterstützung von allen Hebammen.

Der Vorstand SHV Sektion Bern

05. Juli 2014

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras



Sektion Bern

Quellenangaben:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG (2012), Evidenz zu Auswirkungen der Mindestmengenregelung nach § 116b SGB V 29.05.2012, Verfügbar unter

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3175/Hase_Mindestmengen.pdf

Hase, F. (2012), Möglichkeiten und Grenzen von Mindestmengen als Regulierungsinstrument in der GKV, Rechtssymposium des G-BA am 25. Januar 2012 in Berlin Prof. Dr. Friedhelm, Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht, Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3175/Hase_Mindestmengen.pdf

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3175/Hase_Mindestmengen.pdf

Links zu Medienberichten zur Schliessung der Geburtshilfe Zweisimmen

<http://www.derbund.ch/bern/region/Ungewohnte-Fronten-in-der-Spitalpolitik/story/15030556>

<http://www.derbund.ch/bern/region/Zweisimmen-bleibt-SpitalStandort--aber-ohne-Geburtenabteilung/story/20888870>

<http://www.derbund.ch/bern/region/Hebammen-kritisieren-Simmentaler-SpitalEntscheid/story/22661391>

<http://bo.bernerzeitung.ch/region/thun/Geburtshilfe-Am-vorgestellten-Konzept-wird-Kritik-laut/story/25875243>

<http://bo.bernerzeitung.ch/region/thun/Kommentar-Spital-Zweisimmen-braucht-Geburtshelfer-keine-Totengraeber/story/31532728>

<http://www.simmentalzeitung.ch/Dossier/Es-reicht-wir-haben-genug-Aber-wir-werden-weiter-kaempfen-38369.html>

<http://www.bernerzeitung.ch/region/kanton-bern/Spitaeler-Geburten-sind-nicht-nur-im-Simmental-ein-Verlustgeschaeft/story/19011010>

<http://www.bernerzeitung.ch/region/thun/Wir-gehen-garantiert-kein-Risiko-ein-in-Sachen-Sicherheit/story/28171842>

Facebook- Seite: Retten wir das Spital und die Geburtshilfe Zweisimmen

<https://de-de.facebook.com/spitalzweisimmenretten>