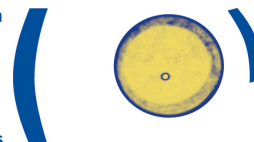


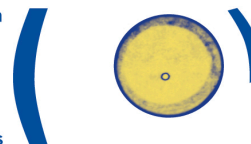
Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe

Diskussionspapier und Vorschläge zur Umsetzung
Vorstand SHV Sektion Bern
12. September 2016



Inhalt

Das Ziel	3
In Kürze: Massnahmen für die Umsetzung	3
Jede Versorgungsregion verfügt über ein Angebot hebammengeleiteter Geburtshilfe.	4
Aufnahme von hebammengeleiteten Geburtshilfeangeboten (hgG) in die Versorgungsplanung der Kantone zur geburtshilflichen Grundversorgung	4
Aufnahme von hgG in die Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik als Teil des Basispakets, als eigenständiges Grundversorgungsmodell und Leistungsgruppe.....	4
Schaffung einer spezifischen Fallkostenpausschale DRG, welche die «Betreuungs- oder Carearbeit» besser berücksichtigt	5
Statt in zentrumsfernen Regionen die Geburtshilfeabteilungen zu schliessen braucht es neue hebammengeleitete Modelle für die geburtshilfliche Grundversorgung	5
Auf Vorgaben von Mindestfallzahlen in der geburtshilflichen Grundversorgung ist zu verzichten.	5
Auf die Einführung von national einheitlichen Kriterien für die Aufnahme bzw. den Ausschluss in hebammengeleitete Geburtshilfemodelle zusammen ist zu verzichten.....	6
Anerkennungsverfahren hgG durch den SHV	7
Förderung der öffentlichen Information.....	8
Entwicklung und Förderung einer gesicherten und standardisierten Datengrundlage	9
Stärkung der akademischen und praxisorientierten Hebammenausbildung.....	9
Prüfung und Unterstützung von Pilotprojekten	10
Bemerkung zum Bericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vom 9. Dezember 2015.....	10
Forderungen der Sektion Bern im Petitionstext von 2013	10
Literatur.....	12



Einleitung

Am Kongress 2013 des Schweizerischen Hebammenverbandes in Thun lancierte die Sektion Bern eine Petition, mit welcher die Einführung von hebammengeleiteten Geburtshilfeangeboten in Spitälern gefordert wird. Das heißt, es sind eigenständige Geburtshilfeabteilungen in Spitälern zu schaffen, in denen **die fachliche Betreuung der Frauen und die organisatorische Leitung der Abteilung in der Verantwortung von Hebammen liegen**. Seither hat sich einiges bewegt. Die Petition wurde der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) vorgelegt. Parlamentarische Vorstösse in den Kantonen Bern und Zürich fordern die Regierung auf, die Einführung solcher Modelle mindestens zu prüfen und es liegt ein Expertinnenbericht zum Thema vor (Aubrey & Cignacco, 2015)

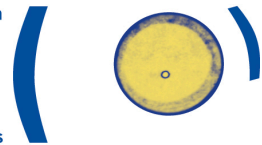
Dieses Papier soll als Diskussionsgrundlage für Hebammen und anderen Interessierten dienen und zeigt Vorschläge zur Implementierung von hebammengeleiteten Geburtshilfemodellen in den Kantonen auf. Dabei wird auch der [Bericht der GEF Bern](#) zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe kommentiert. Einige der Punkte wurden bereits im Februar 2016 in einer Stellungnahme vom Vorstand der Sektion Bern SHV an die GEF übermittelt. Am Schluss sind zur Erinnerung nochmals die Forderungen der Petition von 2013 dargestellt, so wie sie der GDK übergeben wurden.

Das Ziel

Jede Versorgungsregion verfügt über mindestens ein Angebot einer hebammengeleiteten Geburtshilfe (hgG). Diese Geburtshilfemodelle können durch Geburtshäuser (ausserklinisch) oder eigenständige Abteilungen in Spitälern (klinisch) angeboten werden.

In Kürze: Massnahmen für die Umsetzung

- 1) Aufnahme hebammengeleiteter Geburtshilfemodelle in die Versorgungsplanung der Kantone als geburtshilfliche Grundversorgung.
- 2) Aufnahme solcher Modelle in die Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akut-somatik als Teil des Basispakets, als eigenständiges Grundversorgungsmodell und als Leistungsgruppe (z.B. als GEBHGG)
- 3) Schaffung einer spezifische Fallkostenpauschale DRG
- 4) Positive Anreize zur Implementierung hgG schaffen, wie z.B. das in Vernehmlassung befindende Anerkennungsverfahren hgG durch den SHV
- 5) Prüfung und Unterstützung von Pilotprojekten
- 6) Evaluation durch Begleitforschungsprojekt
- 7) Förderung der öffentlichen Information
- 8) Förderung von partnerschaftlicher interdisziplinärer Zusammenarbeit der Berufsverbände und –gruppen
- 9) Entwicklung und Förderung einer gesicherten und standardisierten Datengrundlage



Jede Versorgungsregion verfügt über ein Angebot hebammengeleiteter Geburtshilfe.

Diese Angebote können durch Geburtshäuser oder eigenständige Abteilungen in Spitälern zur Verfügung gestellt werden. Dabei wird als Versorgungsregion für Geburtshilfe definiert: Der Zugang muss sich an den **Kriterien für versorgungsnotwendige Grundversorgung** richten, d.h. im Kanton Bern an die «80/30» Regel, ergänzt mit einer maximalen Distanzregel von 50 Kilometern zur nächstgelegenen Geburtshilfe. Das heisst konkret: 80% der Bevölkerung erreichen innerhalb von 30 Minuten ein hebammengeleitetes Angebot und dieses ist nicht mehr als 50 km entfernt. Dies ist heute in einigen zentrumsfernen Region nicht mehr der Fall. Es fehlt generell an geburtshilflicher Grundversorgung, eine Wahlfreiheit für Frauen bezüglich Geburtsort ist somit nicht vorhanden. Frauen in zentrumsfernen Regionen werden diskriminiert, auch indem regionale Arbeitsplätze von Frauen abgebaut wurden.

Aufnahme von hebammengeleiteten Geburtshilfeangeboten (hgG) in die Versorgungsplanung der Kantone zur geburtshilflichen Grundversorgung

Nur so kann ein nachhaltiges Angebot geschaffen werden, das die Gesundheitsversorgung von schwangeren und gebärenden Frauen verbessert und die normale physiologische Geburt fördert.

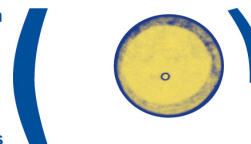
Damit sind diese Versorgungsmodelle nicht vom Goodwill von Klinikleitungen und ChefärztInnen abhängig und die Umsetzung kann nicht von ökonomischen Anreizen (welche eine Pathologisierung und unnötige Interventionen begünstigen) in Tarifsystemen behindert werden.

Aufnahme von hgG in die Spitalplanungs–Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik als Teil des Basispakets, als eigenständiges Grundversorgungsmodell und als Leistungsgruppe

In der SPLG ist neu eine eigene Leistungsgruppe **Modell Grundversorgung Geburtshilfe: hebammengeleitetes Modell GEBHG** zu schaffen. Dies wäre eine Ergänzung zu GEB1, GEB1.1, GEB1.1.1 und GEBH. Diese Leistungsgruppe orientiert sich an den ICD und CHOP Kategorien und könnte im klinischen Setting mit naher ärztlicher Verfügbarkeit mehr Kategorien umfassen als GEBH (Geburtshäuser).

Ein solches eigenständiges Grundversorgungsmodell ist dem heutigen und zukünftigen Ausbildungsprofil der Hebammen anzupassen (mehr Masterabschlüsse - Übernahme von bisher ärztlich vorbehaltenen Leistungen durch Hebammen). Dies ist im Hinblick auf den Fachärztemangel, insbesondere in zentrumsfernen Regionen bedeutsam für die ambulante und stationäre geburtshilfliche Versorgung.

Weiter entspricht ein solches eigenständiges Grundversorgungsmodell der Stossrichtung des Bundesrates, welcher im Rahmen von „Gesundheit2020“ (Bundesamt für Gesundheit, 2013) vorschlägt, neue Versorgungsmodelle zu fördern und nichtärztlichen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung mehr Gewicht und Kompetenzen zu erteilen.



Schaffung einer spezifischen Fallkostenpauschale DRG, welche die «Betreuungs- oder Carearbeit» besser berücksichtigt

In den heutigen Fallkostenpauschalen für Geburtshäuser und Spitäler sind Betreuungskosten nicht angemessen an die Bedürfnisse der gebärenden Frauen abgebildet. Das Ziel muss sein, im Tarifsystem spezifische Leistungen wie z.B. die 1:1 Betreuung durch eine Hebamme unter der Geburt oder Bereitschaftsdienste rund um den Geburtszeitraum adäquat abzubilden, um eine kontinuierliche Betreuung zu gewährleisten.

Damit können auch Anreize für unnötige Interventionen beseitigt werden, welche in den heutigen Fallkostenpauschalen der Geburtshilfe vorhanden sind und als dysfunktional zu bezeichnen sind.

Statt in zentrumsfernen Regionen die Geburtshilfeabteilungen zu schliessen braucht es neue hebammengeleitete Modelle für die geburtshilfliche Grundversorgung

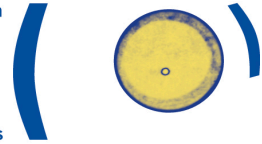
Anstelle der Schliessung von Geburtshilfen sind hebammengeleitete Modelle zu implementieren, welche vor Ort mit den niedergelassenen Fachärzten und -ärztinnen zusammenarbeiten. Für die Fachärzte und -ärztinnen vor Ort braucht es den Zugang zu den bestehenden Spitalinfrastrukturen zur regulären operativen Versorgung von Frauen und für die operative Behandlung von allfälligen Notfällen. Der Zugang zur Spitalinfrastruktur muss nahe sein, um Notfälle effektiv versorgen zu können.

Dabei ist das heute geltende Notfallversorgungslevel 4 (E-E Zeit 15 Min. d.h. Entscheid Sectio bis zur Entwicklung des Kindes), welches als Leistungsanforderung auch an Regionalspitäler für einen Leistungsauftrag Geburtshilfe gekoppelt ist, zu ersetzen mit einem **Modell Grundversorgung Geburtshilfe: hebammengeleitetes Modell (GEBHG)**. Dieses beinhaltet die Zusammenarbeit mit den lokalen niedergelassenen Fachärzten und Ärztinnen, welche Zugang zu bestehenden Spitalinfrastrukturen mit Notfalllevel 2 erhalten.¹

Auf Vorgaben von Mindestfallzahlen in der geburtshilflichen Grundversorgung ist zu verzichten

Mindestfallzahlen bilden eine starke Triebkraft zur Zentralisierung und steigern die Qualität in der Geburtshilfe nicht. In der Qualitätsdiskussion der Medizin gibt es keine zuverlässigen Daten, weder für die Geburtshilfe noch für andere untersuchte medizinische Fachgebiete, welche 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).

¹ Eine E- E Zeit von 30 Minuten ist erprobt und zweckmässig. Das Level 4 ist weder zweckmässig, wirtschaftlich oder wirksam, noch gibt es eindeutige Evidenzen für diese Vorgaben (NICE 2011, Tolcher et al. 2014), insbesondere nicht für Grundversorger.



Auf die Einführung von national einheitlichen Kriterien für die Aufnahme bzw. den Ausschluss in hebammengeleitete Geburtshilfemodelle ist zu verzichten.

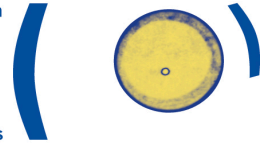
Stattdessen betrachten wir das vom SHV entwickelte Anerkennungsverfahren von hgG-Einrichtungen auf der Grundlage von Qualitäts-Kriterien als geeignetes Instrument um die Entwicklung und die Qualität solcher Einrichtungen zu fördern (vgl. Seite 7).

Wir unterstützen die Idee, dass alle AnbieterInnen von hebammengeleiteter Geburtshilfe damit fortfahren sollen, sich intensiv mit der Frage der Risikoselektion auseinander zu setzen. Diese Auseinandersetzung ist ja nicht neu. Sie ist integrativer Bestandteil der Arbeit von Hebammen, sowohl in klinischen als auch in ausserklinischen Einrichtungen.

Wir befürworten zudem einen systematischeren Umgang mit den Ergebnissen dieser Auseinandersetzung. Diese kann in konsensual verabschiedeten Listen von Aufnahme- und Ausschlusskriterien zur hebammengeleiteten Geburt münden. Als Sektion werden wir uns dafür einsetzen, dass das Arbeiten mit validierten Listen mit Kriterien zur Aufnahme bzw. zum Ausschluss von Frauen ein obligatorisches Bewertungskriterium im Anerkennungsverfahren von Einrichtungen der hebammengeleiteten Geburt werden wird.

Im Folgenden eine Auflistung von Argumenten gegen national einheitliche Kriterien der Aufnahme bzw. des Ausschlusses in hebammengeleiteten Einrichtungen:

- Die Entwicklung von solchen Kriterien ist nicht zweckmässig, jedoch teuer und zeitaufwändig. Solche Kriterien führen zu Überregulation auf der operationellen Ebene der Leistungserbringer. Geld und Zeit kann anders eingesetzt werden. Jede hebammengeleitete Einrichtung muss diese Kriterien selber formulieren können und dabei die lokalen, personellen und strukturellen Gegebenheiten berücksichtigen.
- Im Anerkennungsverfahren SHV für Einrichtungen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe ist das Thema «*Die Aufnahmekriterien sind festgelegt*» enthalten und dazu sind einige Beurteilungskriterien formuliert.
- Es existieren bereits solche Listen, die den hebammengeleiteten Einrichtungen als Grundlage für die Auseinandersetzung und für die Adaptation im eigenen Betrieb dienen können.
- Solche Regulationen beschneiden die Kernkompetenz ausgebildeter und erfahrener Hebammen. Wir verweisen diesbezüglich auf die in der Schweiz gesetzlich verankerte professionelle Autonomie der Hebammen und halten daran fest.
- Solche Regulationen schränken insbesondere auch die Autonomie und Wahlfreiheit der Frauen ein, wie am Beispiel des Ausschlusskriteriums «Status nach Sectio» gezeigt werden kann. Obwohl es hierzu keine Evidenz gibt, wurde dieses Ausschlusskriterium in einzelnen Kantonen bereits festgelegt, wie etwa von der Gesundheitsdirektion Zürich in den [weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen](#) für Geburtshäuser.
- Die Risikoselektion von schwangeren Frauen wird heute vermehrt aufgrund von ökonomischen Anreizen in dysfunktionalen Tarifsyste men vorgenommen, statt aufgrund sorgfältiger individueller Abklärung von Fall zu Fall und zusammen mit der betroffenen Frau.
- Wenn Hebammen die Risikoselektion in der Schwangerschaft und unter der Geburt vornehmen, und bei Bedarf einen Facharzt oder eine Fachärztin zuziehen, werden **weniger Frauen unnötig «risikoiert»:**



- weil im Tarifsystem keine ökonomischen Anreize für Hebammen vorhanden sind
- weil Hebammen auf einer salutogenetischen, d.h. gesundheitsorientierten Betrachtung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geschult sind
- weil Hebammen mit dieser salutogenetischen Sichtweise Befunde zusammen mit der Frau und unter Berücksichtigung von individuellen Umständen erheben und nicht nur primär aufgrund statistischer Daten.
- National einheitliche Kriterien für die Aufnahme bzw. den Ausschluss von Fachgesellschaften haben im Haftungsfall weiterreichende Konsequenzen, sie führen zu einer defensiver Medizin².
- Solche Kriterien behindern die Förderung der physiologischen Geburt. Ein- und Ausschlusskriterien suggerieren in der Praxis eine Schwarz-Weiss Betrachtung – weg vom Einzelfall. Grautöne, so wie sie in der Praxis häufig Realität sind, haben keinen Platz. Mehr- und Uneindeutigkeiten werden damit ausgeräumt.
- Sie bieten der Politik wie auch den Krankenversicherer willkommene Instrumente, um ihre Interessen nach gesundheitspolitischer Steuerung durchsetzen zu können. Hier spielt der Komplex von GesundheitsökonomInnen, WirtschaftsingenieurInnen, Regierungen, PolitikerInnen, Verwaltung, Versicherungen gut zusammen. Ziel dieses Zusammenspiels ist Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung weiter voran zu treiben.
- Die Kräfteverhältnisse der geburtshilflichen Fachkompetenz von Hebammen verschiebt sich zu ihren Ungunsten und zum Vorteil neuer administrativer und technischer Eliten, die nun zusätzliche Anforderungen an die geburtshilfliche Arbeit herantragen können.

Anerkennungsverfahren hgG durch den SHV

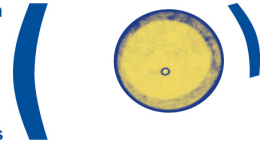
Ziele dieses Anerkennungsverfahrens:

- Anerkennung von Einrichtungen auf der Grundlage von Qualitäts-Kriterien durch eine Überprüfung eingereicherter Unterlagen und einem Audit vor Ort mit Peers (Fachexpertinnen).
- Veröffentlichung einer Liste von anerkannten Einrichtungen.
- Zielgruppe: Einrichtungen der Deutschschweiz, der Westschweiz und der italienischen Schweiz, welche hebammengeleitete Geburtshilfe anbieten.

Vorteile

- Die Definitionsmacht, was hebammengeleitete Geburtshilfe im Wesentlichen umfasst, liegt beim Berufsverband der Hebammen (SHV).
- Das Anerkennungsverfahren ist freiwillig, es honoriert die Einrichtungen, welche diese Modelle anbieten.
- Es ist kostengünstig.

²Defensive Medizin ist eine Methode medizinischer Praxis, die allfällige Klagen gegen den behandelnden Arzt oder Hebamme wegen Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht, Fahrlässigkeit oder eines Kunstfehlers verhindern soll. Deshalb werden möglichst viele diagnostische Tests oder Therapien werden in erster Linie verordnet und durchgeführt, um das Risiko einer allfälligen straf- oder haftpflichtrechtlichen Verantwortlichkeit zu reduzieren.



- Es beansprucht nicht Vollständigkeit für die zu beurteilenden Themen, sondern beschränkt sich auf Wesentliches.
- Die Überprüfung geschieht durch Peers und nicht durch Praxisfremde, welche die Beurteilung einer Einrichtung vornehmen.
- Es fördert die Haltung «gegenseitig voneinander lernen» in den Einrichtungen.
- Es werden nicht Inhalte vorgegeben, sondern übergeordnete Qualitätsanforderungen definiert und Prozesse gefördert.

Förderung der öffentlichen Information

Es muss unseres Erachtens um mehr als nur um gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Werbekampagnen gehen. Hebammen beobachten, dass jüngere Frauen und Männer zunehmend über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit wenig Bescheid wissen, ja sogar falsch informiert sind. Fortbildung und Information dürfen sich nicht auf Schwangere und ihre Partner als Zielgruppe beschränken. Die Information sollte – selbstverständlich in angepasster Form – möglichst frühzeitig erfolgen. Hier wären nicht nur das Bundesamt für Gesundheit und kantonale Gesundheitsdirektionen, Hebammen und ÄrztInnen gefordert, sondern auch Schulen aller Stufen und damit auch die Bildungsadministrativen aller Ebenen. Der Inhalt der zu vermittelnden Informationen zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit darf sich nicht auf die Anpreisung einzelner Angebote der ausserklinischen und klinischen Geburtshilfe beschränken. Ziel dieser Anstrengungen muss es sein, das Vertrauen der Frau in ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten zur physiologischen Geburt zu stärken.

Förderung einer partnerschaftlichen interdisziplinären Zusammenarbeit der Berufsverbände und – gruppen

Die partnerschaftliche, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hebammen und FachärztInnen der Geburtshilfe befürwortet die Sektion Bern sehr. Wir erachten diese als unabdingbar für gelingende Betreuung von Frauen und deren Kinder. Allerdings gehört dazu als Grundlage der gegenseitige Respekt. Diese Grundlage wurde in den letzten Jahren von einzelnen VertreterInnen der Fachärzte immer wieder willentlich aufs Spiel gesetzt.

Mit wiederholt destruktiven Äusserungen über die Arbeit der Hebammen wiesen wichtige ExponentInnen der universitären Lehre und Forschung, sowie einzelne Mitglieder der SGGG, einen Mangel an Respekt für die Disziplin der Hebammen und deren Arbeit auf

Für Regierungen und Gesundheitsdirektionen bedeutet dies auch, dass Hebammen in die Entschiede von regulatorischen Behörden einbezogen werden, und diese sich nicht darauf beschränken Gutachten über Hebammenarbeit bei ärztlichen Fachgesellschaften einholen, wie es in der Vergangenheit öfters der Fall war. Um die Interprofessionalität zu fördern, bedingt es, dass die professionelle Autonomie der Hebammen anerkannt wird. Letztlich hat diese einen direkten in Bezug zur Autonomie von Frauen.

Entwicklung und Förderung einer gesicherten und standardisierten Datengrundlage

Qualitätssicherung und Qualitätsförderung müssen auf Daten basiert sein. Die Sektion Bern ist gerne bereit, mit dem Wissen und der Erfahrung ihrer Mitglieder für die Entwicklung eines Minimum-Data-Sets zur Qualität der Geburtshilfe beizutragen. Hebammen wie auch Ärztinnen und Ärzte verbringen jedoch schon heute einen grossen Teil ihrer Arbeitszeit damit, für den Kanton, für den Bund, für die Krankenversicherer etc. Daten über ihre Tätigkeit zu sammeln und zu liefern, ohne dass sie den geringsten Nutzen daraus ziehen können. Es herrscht eine unkoordinierte und ungehemmte Datensammelwut, ohne dass diese Daten sinnvoll aggregiert, kommentiert und veröffentlicht werden. Damit verletzen Bund und Kantone nicht nur gesetzliche Pflichten, sondern verschleudern Ressourcen, die Hebammen lieber den Frauen, ihren Kindern und ihren Familien zugute kommen lassen möchten.

Die Sektion Bern ist deshalb gegenüber zusätzlichen Wünschen nach Daten sehr kritisch eingestellt, so lange nicht die Gewähr besteht, dass diese Daten auch sinnvoll genutzt werden.

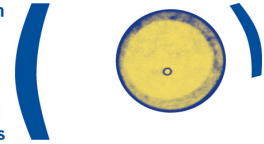
Unseres Erachtens muss ein Minimum-Data-Set die Leistungsqualität der gesamten ausserklinischen und klinischen Geburtshilfe der Schweiz abbilden. Nur so können verschiedene Modelle miteinander verglichen und bewertet werden. Wir werden der Einführung eines solchen Sets nur zustimmen, falls gleiches Recht und gleiche Pflicht für alle Leistungserbringer gelten wird.

Ein Mandat zur Definition der Anforderungen an ein solches Set scheint uns überflüssig. Die Anforderungen liegen auf der Hand:

- 1) Die aus den Daten gewonnenen Indikatorenwerte müssen international vergleichbar sein.
- 2) Es darf jeweils nicht nur ein Indikator isoliert betrachtet werden (wie zum Beispiel aktuell die ANQ-Erfassung postoperativer Wundinfektionen nach Kaiserschnitt).
- 3) Die Daten müssen Aspekte der Leistungsqualität betreffen, welche durch die Teams tatsächlich auch positiv beeinflusst werden können.
- 4) Die Indikatorenwerte werden kommentiert veröffentlicht, und zwar in allgemein verständlicher und leicht zugänglicher Form (nicht wie jetzt zum Beispiel auf der völlig unübersichtlichen Website des Bundesamtes für Gesundheit).
- 5) Die Indikatorenwerte werden pro Standort (und nicht nur zusammengefasst für die gesamte Unternehmensgruppe) veröffentlicht.

Stärkung der akademischen und praxisorientierten Hebammenausbildung

Selbstverständlich ist es allgemein wünschenswert, akademische Aus- und Weiterbildung für Hebammen zu fördern. Aber akademisch vermittelte Leadership, Qualitätssicherung und interdisziplinäre Kommunikation stellen unseres Erachtens längst nicht die einzigen und wichtigsten Kompetenzen dar, um hebammengeleitete Geburtshilfe erfolgreich zu implementieren und zu fördern.



Unseres Erachtens wäre es viel wichtiger, Einrichtungen mit hebammengeleiteter Geburtshilfe zu ermutigen, sich an der Aus- und Weiterbildung von Hebammen zu beteiligen, indem sie Praktikumsstellen bereithalten und sie dafür angemessen zu entschädigen. Berufsabgängerinnen werden heute vorwiegend in Settings sozialisiert, wo sie keine Gelegenheit mehr haben, die professionelle Autonomie und Verantwortlichkeit zu lernen und auszuüben, so wie es im Kompetenzprofil der Hebammen vorgesehen ist. Meist bieten diese Settings auch sehr beschränkte Möglichkeiten, die Physiologie der Geburt zu vertiefen, da es heute kaum mehr wirklich interventionslose Geburten in Kliniken gibt.

Prüfung und Unterstützung von Pilotprojekten

Diesen Vorschlag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern (GEF), welchen sie in ihrem Bericht „Handlungsfelder zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern“ (2015) macht, können wir vorbehaltlos unterstützen. Wir haben hierzu bereits im Dezember 2014 eine Projektskizze bei der GEF eingereicht. Die GEF des Kantons Bern sollte aus unserer Sicht mehrere Pilotprojekte insbesondere auch mit finanziellen Beiträgen in der Projektierungsphase unterstützen. Wir würden allerdings die Begriffe „ambulant“ und „stationär“ durch „ausserklinisch“ und „klinisch“ ersetzen. Und die Evaluation der Pilotprojekte sollte jeweils den gesamten Betreuungsbogen von der Schwangerschaft über die Geburt bis zum Wochenbett und zum Ende der Stillzeit umfassen.

Bemerkung zum Bericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern vom 9. Dezember 2015

Der Bericht ist aus Sicht der Sektion Bern enttäuschend, macht er doch die Unterstützung und Begleitung von Modellversuchen durch den Kanton Bern davon abhängig, dass

- national gültige Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt sind und dass
- ein Minimum Data Set durch die Fachgesellschaften SGGG und SHV verabschiedet worden ist.

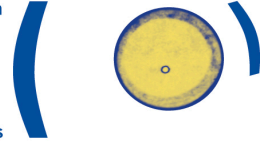
Wer den aktuellen Zustand des Gesundheitswesens in der Schweiz kennt, müsste wissen, dass diese beiden Hürden fast nicht zu überwinden sein werden. Falls es doch gelingen würde, beide Hürden zu überspringen, so würde dieser vorausgesetzte nationale doppelte Konsensusprozess mit grösster Wahrscheinlichkeit Jahre dauern.

Wir befürchten, damit meldet sich die Gesundheits- und Fürsorgedirektion für die nächsten Jahre aus der Diskussion um die Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern ab.

Forderungen der Sektion Bern im Petitionstext von 2013

Über 30 Schweizerische Frauenorganisationen und Parteien haben die Petition unterstützt, es kamen innert 6 Monaten über 17'000 Unterschriften zusammen, vorwiegend aus dem Kanton Bern.

Wir fordern die Gesundheitsdirektionen und Spitalleitungen aller Kantone auf, das heutige Angebot der Gesundheitsversorgung von schwangeren und gebärenden Frauen zu verbessern, um die normale physiologische Geburt zu fördern. Hierzu fordern wir die Ein-



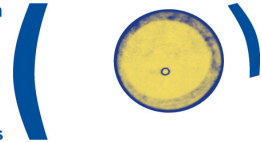
führung von hebammengeleiteten Geburtshilfeangeboten in Spitälern. Das heißt, es sind eigenständige Geburtshilfeabteilungen in Spitälern zu schaffen, in denen **die fachliche Betreuung der Frauen und die organisatorische Leitung der Abteilung in der Verantwortung von Hebammen liegen**. Dieses hebammengeleitete Betreuungsangebot für Frauen muss so gestaltet sein, dass die Betreuung von Beginn der Schwangerschaft über die Geburt bis und mit Spätwochenbett ermöglicht werden kann. Die Umstrukturierung betrifft also den stationären und den ambulanten Bereich. Das neue Betreuungsangebot richtet sich an gesunde Frauen mit einem geringen Risiko für Komplikationen. Dabei müssen bei Bedarf Dienstleistungen aus anderen Berufsdisziplinen in Anspruch genommen oder Frauen in Geburtshilfestationen mit medizinischem Angebot für Risikosituationen verlegt werden können.

Warum hebammengeleitete Geburtshilfemodelle (hgG)?

In der Schweiz ist die ärztlich geleitete Geburtshilfe üblich, für die eine hohe Rate von unnötigen Interventionen nachgewiesen wurde. Das natürliche Lebensereignis Geburt ist zu einem medizinisch zu behandelnden Zustand geworden. Mittlerweile kommt in der Schweiz jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zur Welt. Im Jahr 2011 betrug die durchschnittliche Sectio-Rate in der Schweiz 33 %. Schwankungen in den einzelnen Spitälern liegen zwischen 14 bis 57%. Diese Schwankungen können medizinisch nicht gerechtfertigt werden

Verschiedene internationale Untersuchungen zeigen, dass die hebammengeleitete Geburtshilfe mit tieferen Interventionsraten (weniger Medikamenteneinsatz, weniger Dammschnitte, weniger Kaiserschnitte usw.) und zufriedeneren Frauen verbunden ist. Dies bei gleich guten Gesundheitsergebnissen für Mutter und Kind wie in der ärztlich geleiteten Geburtshilfe.

Die meisten Frauen wünschen sich eine normale physiologische Geburt mit einer ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuung während der ganzen Versorgungszeitspanne. Darum soll das Potential von Hebammen in den Versorgungsstrukturen der Schweiz vollständig genutzt werden.



Literatur

Aubry, E., & Cignacco E. (2015). Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen- und Expertenbericht der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung Geburtshilfe. Verfügbar unter <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/publikationen.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Grundlagenbericht%20Berner%20Fachhochschule,%20Fachbereich%20Gesundheit.pdf>

Bundesamt für Gesundheit (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates – Gesundheit2020. Bern. Verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=47540>

Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern (2015). Handlungsfelder zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern, Bericht der Gesundheitsdirektion Geschäftsnummer: 2014.GEF.12068, Verfügbar unter <http://www.rr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.RRDOKUMENTE.acq/1d55e53768184a45bff1fcfd19a40bf8-332/6/PDF/2014.GEF.12068-Beilage-DF-120076.pdf>

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

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

NICE National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth Issued: December 2014 NICE clinical guideline 190. Verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/guidance-intrapartum-care-care-of-healthy-women-and-their-babies-during-childbirth-pdf>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 9.

Tolcher, 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). Retrieved from http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2014/03000/Decision_to_Incision_Time_and_Neonatal_Outcomes_A.9.aspx