



# Pilotprojekt «Ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen»

Evaluationsbericht

Luisa C. Eggenschwiler, Urs Brügger, Eva Cignacco

Version 1.1, 01.12.2021

# Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Ausgangslage	6
3	Evaluationskonzept	6
3.1	Evaluationsmodell	6
3.2	Evaluationsziele	7
3.2.1	Grobziele (Auszug aus dem Auftrag GSI-BFH)	7
3.3	Projektplanung	7
4	Methoden	8
4.1	Quantitative Methoden	8
4.1.1	Prozessevaluation	8
4.1.2	Kostenvergleichsanalyse	9
4.2	Qualitative Methoden	10
4.2.1	Interviews mit Fachpersonen	10
4.2.2	Interviews mit Nutzerinnen	10
5	Ergebnisse	11
5.1	Quantitative Ergebnisse – Prozessevaluation	11
5.1.1	Behandlungsprozess und Betreuungsstandards	11
5.1.2	Versorgungssicherheit	13
5.1.3	Risikoaufklärung der Eltern	14
5.1.4	Zufriedenheit der Frauen mit der Anästhesie	14
5.2	Quantitative Ergebnisse – Kostenvergleichsanalyse	16
5.2.1	Perspektive des Gesundheitssystems	16
5.2.2	Betriebswirtschaftliche Perspektive der Leistungserbringer	17
5.3	Qualitative Ergebnisse – Perspektive der involvierten Fachpersonen	19
5.3.1	<b>Dimension «Begründung für das Projekt»</b>	19
5.3.2	<b>Dimension «Qualitätssicherung»</b>	20
5.3.3	<b>Dimension «Zufriedenheit»</b>	23
5.3.4	<b>Dimension «Politische Rahmenbedingungen»</b>	24
5.4	Qualitative Ergebnisse – Perspektive der Nutzerinnen	27
5.4.1	<b>Dimension «Verbundenheit mit der Bergregion»</b>	27
5.4.2	<b>Dimension «Erleben»</b>	28
5.4.3	<b>Dimension «Information und Organisation»</b>	29
5.4.4	<b>Dimension «Verlegungsprozess»</b>	30
5.4.5	<b>Dimension «Sicherheit»</b>	31
5.4.6	<b>Dimension «Zufriedenheit»</b>	31
6	Diskussion	34
6.1	Versorgung in der Region Simmental-Saanenland	34
6.2	Qualitätssicherung während des Behandlungsprozesses	35
6.3	Versorgungssicherheit	35
6.4	Kosten	36
6.5	Stärken und Schwächen dieser Evaluation	37
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	38
7.1	Empfehlungen auf der Mikro-Ebene: Verstetigung des Modells mit fachspezifischen Anpassungen	38
7.2	Empfehlungen auf der Meso-Ebene: organisatorische Anpassungen am Modell	38
7.3	Empfehlungen auf der Makro-Ebene: Entwicklung eines alternativen Versorgungsmodells	39
8	Literaturverzeichnis	40
9	Anhang	42
9.1	Anhang 1: Behandlungsprozess	42
9.2	Anhang 2: Individuelle postoperative Verläufe der Schmerzen	43

# 1 Zusammenfassung

## Hintergrund

Im Jahr 2015 wurde die geburtshilfliche Abteilung des Spitals Zweisimmen geschlossen. Die entstandene Versorgungslücke für die ländliche Gegend konnte mit der Gründung des Geburtshauses Maternité Alpine im Jahr 2017 teilweise geschlossen werden. Im Geburtshaus wurden seit seiner Eröffnung rund 410 Familien aus der Bergregion begleitet.

Familien, die in ländlichen Regionen leben und arbeiten, erleben durch die Schliessung von geburtshilflichen Abteilungen verschiedene negative Konsequenzen. So müssen schwangere Frauen aus der Region Simmental-Saanenland eine einstündige Autofahrt zur nächstgelegenen Geburtenabteilung im Spital Thun in Kauf nehmen. Der lange Anfahrtsweg ist nicht nur mit Stress und einer psychischen Belastung verknüpft, sondern auch mit dem Risiko einer ungewollten ausserklinischen Geburt (z. B. im Auto). Es ist bekannt, dass eine regional eingebettete, in kurzer Distanz erreichbare geburtshilfliche Einrichtung, in der vertrauensvolle Beziehungen aufgebaut werden können, den Familien die benötigte Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Diesem Prinzip der familienzentrierten Geburtshilfe wird in der Maternité Alpine entsprochen.

Aufgrund der Nähe des Geburtshauses zum Spital Zweisimmen entstand die Idee, ein zusätzliches Angebot für Frauen mit einer geplanten Sectio zu schaffen. Im Jahr 2019 bewilligte der Kanton Bern für zwei Jahre ein Pilotprojekt für die Durchführung geplanter ambulanter Sectiones in den Operationsräumlichkeiten des Spitals Zweisimmen. Die Erweiterung des Angebots der Maternité Alpine entspricht den Grundsätzen der regional eingebetteten Geburtshilfe und stiess bei der Bevölkerung auf positive Resonanz.

## Methoden

Das Pilotprojekt wurde im Auftrag der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern von der Berner Fachhochschule mit einem Mehrmethodenansatz evaluiert. Quantitative Daten wurden mittels retrospektiver Dokumentenanalyse erhoben und anschliessend deskriptiv analysiert. In der Kostenvergleichsanalyse wurden die direkten medizinischen Kosten der verschiedenen Betreuungsformen verglichen. Qualitative Daten wurden mittels semistrukturierter Videointerviews mit involvierten Fachpersonen und Nutzerinnen erhoben und zu wichtigen Themen zusammengefasst. Die Analyse der Information fand mittels qualitativer thematischer Analyse nach Braun und Clarke statt.

## Resultate

Insgesamt wurden 16 Patientenakten analysiert sowie sieben Interviews mit Fachpersonen und fünf mit Nutzerinnen geführt. In der Prozessevaluation zeigte sich, dass die Betreuungsstandards grösstenteils eingehalten und die Untersuchungen mehrheitlich vollständig dokumentiert wurden. Dokumentationsmängel zeigten sich bei der Schmerzbeurteilung mittels einer standardisierten Skala. Die Versorgungssicherheit wurde stets gewährleistet und es traten keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf. Auffallend ist die Häufigkeit der Hypothermie (Unterkühlung) bei den Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt sowie die zweimalige Umstellung auf Vollnarkose. Diese unerwünschten Ereignisse führten zu keinen weiteren Folgeproblemen. Die Eltern wurden lückenlos über die Risiken aufgeklärt und die Zufriedenheit der Frauen war durchwegs hoch.

Die Kostenvergleichsanalyse ergab, dass die totalen direkten medizinischen Kosten für die ursprüngliche Betreuungsform (stationäre Sectio und Wochenbett im Spital) und jene für die Betreuungsform der ambulanten Sectio auf vergleichbarem Niveau sind. Die Kosten werden unterschiedlich auf die Kostenträger verteilt. Bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» fallen für den Kanton pro Sectio CHF 2'300 weniger Kosten an als bei der ursprünglichen Betreuungsform. Umgekehrt muss die Krankenversicherung bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» rund CHF 2'200 mehr abgelten. Die Maternité Alpine erzielt bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» einen Verlust von knapp CHF 2'000 pro Fall. Das Spital Zweisimmen hat durch die ambulanten Tarife, die nicht kostendeckend sind, pro Sectio ebenfalls ein Defizit von knapp CHF 1'700 zu tragen.

Aus Fachpersonenperspektive war die Qualitätssicherung ein zentraler Faktor, der für alle involvierten Personen von hoher Bedeutung war. Die vorweg erarbeiteten Betreuungsstandards wurden eingehalten und es kam zu keinen schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen. Der Umgang mit Risiken wurde von den Fachpersonen unterschiedlich beurteilt: Das Spektrum der Äusserungen reichte vom Wunsch nach einem regulären Angebot der geburtshilflichen Grundversorgung bis zum Wunsch, ein Angebot mit maximaler möglicher Versorgungssicherheit zur Verfügung zu haben. Die weitere Umsetzung des Modells verlangt Anpassungen, um die Zufriedenheit aller involvierten Fachpersonen zu erhöhen. Das Pilotprojekt wurde im rechtlichen Graubereich realisiert, da es für die geburtshilfliche Versorgung im Spital keinen Leistungsauftrag gab. Dies erschwerte es den involvierten Fachpersonen, vorbehaltlos für dieses Modell einzustehen.

Frauen, die das Angebot der ambulanten Sectio nutzten, zeigten durchgehend eine hohe Zufriedenheit. Diese bezog sich auf die umfassende Information, auf die einwandfreie Organisation und auf das Erleben vor allem am Tag des operativen Eingriffs. Letztlich trug auch die Wohnortsnähe und die damit starke Verbundenheit mit der Bergregion zur hohen Zufriedenheit bei. Die Nutzerinnen fühlten sich sehr sicher, der Umgang mit unerwünschten Ereignissen war sehr zufriedenstellend. Die Verlegung vom Spital ins Geburtshaus beschrieben die meisten Frauen als Negativpunkt. Obwohl diese Erfahrung mit starken Schmerzen einherging, gaben alle befragten Frauen an, dass sie sich wieder für eine ambulante Sectio im Spital Zweisimmen entscheiden würden.

### **Diskussion**

Die geografische Lage der Bergregion Simmental-Saanenland bedarf aufgrund der grossen Distanz zur nächstgelegenen Stadt Thun einer besonderen Form der gesundheitlichen Grundversorgung. Sowohl die Fachpersonen als auch die Nutzerinnen hoben die Nähe zum Geburtsort als positiven Aspekt dieses familienzentrierten Versorgungsmodells hervor. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde deutlich gefördert. So arbeiteten die Hebammen des Geburtshauses eng mit der Gynäkologin, mit der Neonatologin der ambulanten Praxis sowie mit der Anästhesie und Anästhesiepflege des Spitals zusammen. Aus Sicht der Frauen und ihrer Familien geniesst das Modell grosses Vertrauen und generiert eine hohe Zufriedenheit.

Grundsätzlich wurden Überwachungen gemäss Betreuungsstandard durchgeführt. Zum Teil waren die Überwachungsparameter unvollständig dokumentiert. Diese Mängel sind vergleichbar mit denjenigen der innerklinischen Geburtshilfe. Aus den Interviews mit den Frauen ging hervor, dass der Transport vom Spital in das nahe gelegene Geburtshaus schmerzbedingt mit einem negativen Erleben verbunden war. Die Fachpersonen bemängelten vor allem den hohen administrativen Aufwand für eine ambulante Sectio, der hauptsächlich von den Hebammen und der Gynäkologin bewältigt wurde. Treiber für den Aufwand waren der zusätzliche Einbezug der Neonatologin sowie die hohe Anzahl an Blutkonserven, die vorhanden sein müssen.

Die maximale Versorgungssicherheit war zu jedem Zeitpunkt gewährleistet. Die fünf Fälle von Neugeborenen mit Hypothermie waren vermeidbare unerwünschte Ereignisse. Die beiden ungeplanten Vollnarkosen (12,5 %) sind im Vergleich zu den Empfehlungen der Fachorganisationen (< 5 %) ein häufiges unerwünschtes Ereignis. Gemessen an der geringen Anzahl Sectiones kann dies ein zufälliger Ausreisser sein. Laut einer interdisziplinären Empfehlung sowie der International Confederation of Midwives (ICM) ist die Hebamme für die Erstversorgung eines Neugeborenen bei einer risikoarmen Entbindung zuständig. Mit Ausnahme der anästhesiologischen Fachpersonen unterstützten alle befragten Fachpersonen (Gynäkologin, Neonatologin, Hebammen) die Meinung, dass die Neonatologin für die Erstversorgung des Neugeborenen nicht anwesend sein müsse.

Aus Sicht des Gesundheitssystems sind die totalen Kosten für die Betreuungsform «Ambulante Sectio» ähnlich hoch wie für eine Sectio mit Wochenbett im Spital Thun. Die Verteilung der Kosten auf die Kostenträger unterscheidet sich allerdings substantiell. Während die «Ambulante Sectio» für den Kanton und die Versicherten günstiger ist, übernehmen die Krankenversicherer in dieser Betreuungsform deutlich höhere Kosten als bei der Sectio im Spital Thun. Aus ökonomischer Sicht dürften die betriebs-

wirtschaftlichen Verluste denn auch die grösste Herausforderung sein für eine langfristige Sicherstellung dieses Angebots. Die bestehenden Tarife sind nicht kostendeckend. Diesbezüglich müsste einerseits geprüft werden, ob man kostendeckende Tarife schaffen oder andere Finanzierungsquellen finden kann. Ein Vorteil ist, dass die Fallzahlen sehr tief sind und die Finanzierungslücke entsprechend insgesamt nicht sehr gross ausfällt. Es gibt durchaus volkswirtschaftliche Argumente, die dafür sprechen, das Angebot aufrechtzuerhalten: Eine gute perinatale Versorgung ist insbesondere in einer Bergregion ein wichtiger Aspekt der Standortattraktivität, vor allem für junge Familien. Zudem werden durch ein wohn- und arbeitsortnahes Angebot volkswirtschaftliche Kosten gespart, da Angehörige weniger Zeit verlieren und länger produktiv sein können.

### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit diesem für die Schweiz einmaligen geburtshilflichen Versorgungsmodell wurden Empfehlungen zur Sicherung der geburtshilflichen Versorgung in der Region formuliert. Diese sind auf verschiedenen Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) angesiedelt und berücksichtigen unterschiedliche gesundheitspolitische Szenarien:

- a) Verstetigung des Modells «Ambulante Sectiones in Zweisimmen» in seiner aktuellen Form,
- b) Modifikation des Modells «Ambulante Sectiones in Zweisimmen»,
- c) Infragestellung des Modells «Ambulante Sectiones in Zweisimmen».

#### **a) Verstetigung des Modells mit fachspezifischen Anpassungen**

Sollte das vorliegende Modell in der aktuellen Form beibehalten werden, empfehlen wir folgende fachliche Anpassungen:

- Hypothermie beim Neugeborenen verhindern,
- Schmerzen regelmässig standardisiert erheben und dokumentieren,
- Verlegung ins Geburtshaus optimieren.
- Einführung von gemeinsamen Fallbesprechungen in Situationen mit Abweichung

#### **b) Modifikation des Modells**

Soll eine Anpassung des Modells erfolgen, empfehlen wir folgende konzeptuelle und betriebliche Modifikationen:

- Einschlusskriterium bei zweifach wiederholter Sectio (Re-Re-Sectio) klären,
- Erstbetreuung des Neugeborenen durch Hebamme, Neonatologin auf Abruf,
- Hebammen kennen die Infrastruktur des Spitals besser,
- Klärung der Finanzierung der nicht gedeckten betriebswirtschaftlichen Kosten für die Maternité Alpine und das Spital Zweisimmen.

#### **c) Infragestellung des Modells, Entwicklung eines alternativen Versorgungsmodells**

Vorausgesetzt die politischen Behörden entscheiden sich dafür, die Grundversorgung in der Region zu sichern und das Spital Zweisimmen mit einem entsprechenden Leistungsauftrag weiterzuführen, empfehlen wir folgendes Alternativmodell:

- Integration der hebammengeleiteten Geburtshilfe in die bestehende Spitalstruktur.

## 2 Ausgangslage

Nach der Schliessung der geburtshilflichen Abteilung des Spitals Zweisimmen im Jahr 2015 trat am 1. Juli 2019 eine Vereinbarung zwischen dem Geburtshaus Maternité Alpine und der Spital STS (Simmental-Thun-Saanenland) AG in Kraft. Im Rahmen eines Pilotprojektes ermöglichte diese die Durchführung von geplanten ambulanten Sectiones im Spital Zweisimmen mit einer postoperativen Verlegung der Frauen in das Wochenbett der Maternité Alpine in Zweisimmen. Diese Vereinbarung galt für zwei Jahre. Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) nahm die Vereinbarung zur Kenntnis und stimmte ihr 2019 zu.

Im Wesentlichen ermöglichte dieses Pilotprojekt, dass Frauen aus der Region Simmental-Saanenland bei einer physiologischen Schwangerschaft und einer geplanten primären Sectio Caesarea (z. B. aufgrund einer Beckenendlage) im Spital Zweisimmen operiert und danach für das Wochenbett in die Maternité Alpine in Zweisimmen verlegt werden, sodass sie für die Geburt die Reise nach Thun nicht auf sich nehmen müssen. Damit wurde ein wohnortsnahes Angebot in Kombination mit einer vorhandenen Spitalinfrastruktur geschaffen, was primär dem Interesse der Gebärenden und ihrer Familien entspricht. Für dieses neue Modell mit integrierter Versorgung wurde von der Maternité Alpine ein Konzept entwickelt. Des Weiteren definierte die Maternité Alpine zusammen mit der Spital STS AG den Prozessablauf unter Berücksichtigung der notwendigen Versorgungsqualität (z. B. Einbezug einer Geburtshelferin der Region, einer Anästhesiefachperson, einer Neonatologin und einer Hebamme der Maternité Alpine). Die Projektverantwortung oblag der Maternité Alpine sowie der Spital STS AG. Die Berner Fachhochschule Gesundheit (BFH) wurde von der GSI beauftragt, eine Evaluation durchzuführen. In der Zeitspanne von zwei Jahren (1. Juli 2019 bis 30. Juni 2021) wurden 16 ambulante primäre Sectiones durchgeführt, die alle evaluiert wurden.

## 3 Evaluationskonzept

### 3.1 Evaluationsmodell

Das CIPP-Evaluationsmodell nach Stufflebeam and Coryn (2) mit seinen vier Komponenten «Context», «Input», «Process» und «Product» bot die theoretische Grundlage dieser Evaluationsforschung (Abbildung 1). Der Fokus wurde hierbei auf die summative Prozess- und Ergebnisevaluation gelegt.

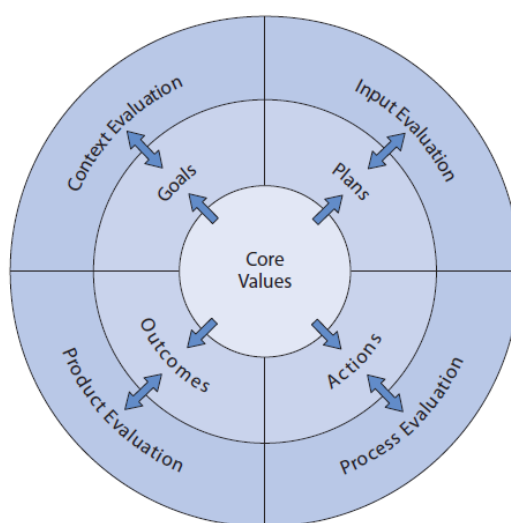


Abbildung 1: CIPP-Evaluationsmodell mit den Kernkomponenten des Modells und den damit verbundenen Beziehungen zu den Programmen aus Stufflebeam and Coryn (2)

## 3.2 Evaluationsziele

### 3.2.1 Grobziele (Auszug aus dem Auftrag GSI-BFH)

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war die Überprüfung

1. des Beitrags, den das Projekt zu einer verbesserten Versorgung in der Region Simmental-Saenenland und zur Förderung der integrierten Versorgung geleistet hat,
2. der Einhaltung und der Dokumentation der definierten Prozesse und Qualitätskriterien,
3. des Umgangs mit Risiken und der Risikoaufklärung der Eltern,
4. von Kosteneffekten.

#### 3.2.1.1 Feinziele – Prozessevaluation

Bewertung der durchgeführten ambulanten Sectiones hinsichtlich

1. der Einhaltung des festgelegten Behandlungsprozesses (prä-, peri- und postoperativ),
2. der Einhaltung der verschriftlichten Betreuungsstandards,
3. des Umgangs mit Risiken (Versorgungssicherheit, Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen),
4. der lückenlosen Risikoaufklärung der Eltern.

#### 3.2.1.2 Feinziele – Ergebnisevaluation

Bewertung der durchgeführten ambulanten Sectiones hinsichtlich

5. der Gewährleistung der perinatalen Versorgung in der Region Simmental-Saenenland,
6. der Gewährleistung der integrierten perinatalen Versorgung in der Region,
7. ihrer Kosten aus der Perspektive des Gesundheitssystems, aufgeteilt auf verschiedene Kostenträger (Kanton, Krankenkasse, Versicherte),
8. der Zufriedenheit des involvierten Fachpersonals mit deren Umsetzung,
9. der Zufriedenheit von Frauen, die dieses Versorgungsangebot in Anspruch genommen haben.

## 3.3 Projektplanung

An der Kick-off- Sitzung vom 20. Februar 2020 in der Maternité Alpine in Zweisimmen lernten sich die Forscherinnen der BFH und die involvierten Fachpersonen des Pilotprojektes kennen. Fragen zum Versorgungs- und Betreuungskonzept «Ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen» konnten gemeinsam geklärt und eine Kooperation für die Phase der Evaluation etabliert werden.

Für die Genehmigung der Evaluationsforschung wurde in einem ersten Schritt bei der Ethikkommission des Kantons Bern (KEK) eine Zuständigkeitsabklärung eingereicht (Req-2020-00192). Die KEK bestätigte mit ihrem Schreiben vom 28. Februar 2020, dass das Vorhaben nicht unter das Humanforschungsgesetz fällt und sie aus diesem Grund nicht zuständig ist. In der Folge wurde das Evaluationskonzept erstellt.

Die Laufzeit des praktischen Pilotprojektes «Ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen» wurde auf zwei Jahre bzw. auf die Dauer vom 01. Juli 2019 bis zum 30. Juni 2021 terminiert. Die Evaluationsstudie erfolgte im Zeitrahmen vom 01. Januar 2020 bis zum 30. September 2021.

Den Auftrag zur Evaluationsforschung erteilte die GSI des Kantons Bern. Die Auftragnehmerin und gleichzeitig auch die Projektleiterin war Prof. Dr. habil. Eva Cignacco. Des Weiteren arbeiteten Luisa Eggenschwiler (wissenschaftliche Mitarbeiterin, Anstellung zu 20 %, Februar 2020 bis Juli 2021) und Prof. Dr. Urs Brügger im Projektteam mit. Zwei Bachelor-Hebammenstudentinnen sowie eine Master-Hebammenstudentin vervollständigten die Projektgruppe.

Für eine effiziente Umsetzung des Projektes bezog die Projektleitung wichtige Ansprechpersonen (Gremium Pilotprojekt) mit ein (Abbildung 2).

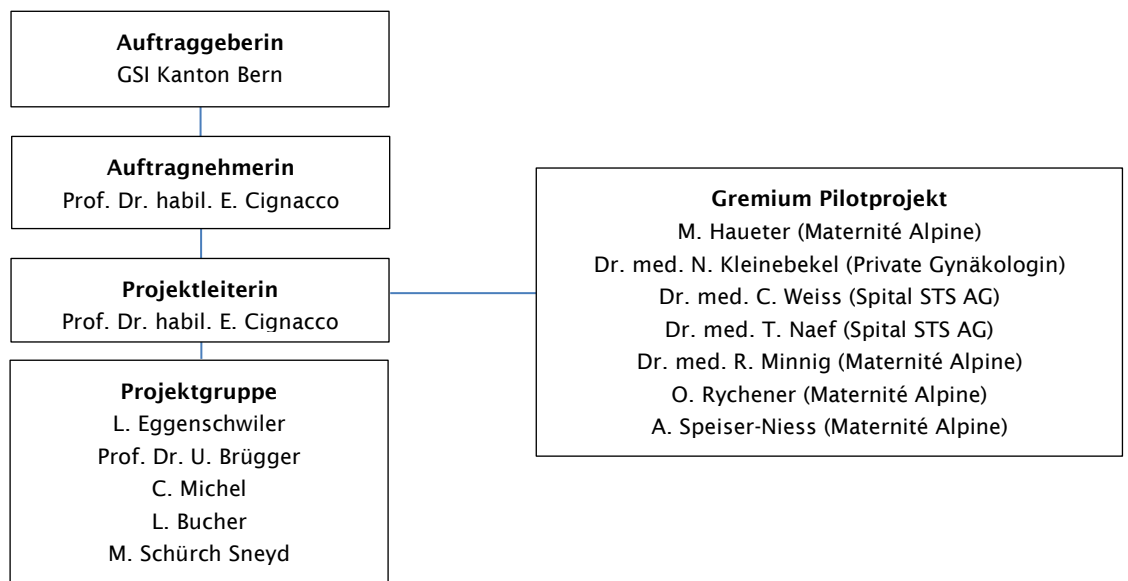


Abbildung 2: Projektorganisation

## 4 Methoden

In dieser Evaluationsstudie wurde mit einem Mehrmethodenansatz gearbeitet. Die Datenerhebung wurde mit der Methode des Projektmanagements nach Gächter (3) geplant. Die quantitativen Daten wurden mittels Dokumentenanalyse und standardisierter Eingabemaske erhoben und anschliessend mit der Statistiksoftware R analysiert (4). In der Kostenvergleichsanalyse wurden die direkten medizinischen Kosten der verschiedenen Betreuungsformen verglichen (1). Die qualitativen Daten wurden mittels semi-strukturierter Videointerviews erhoben und zu wichtigen Themen zusammengefasst. Die Analyse der Information fand mittels qualitativer thematischer Analyse nach Braun and Clarke (5) statt.

### 4.1 Quantitative Methoden

Die quantitative Datenanalyse bestand aus zwei Grundelementen: der Prozessüberprüfung mittels Aktenstudium und der Kostenvergleichsanalyse. Zum besseren Verständnis der Prozessüberprüfung wurde der gesamte Behandlungsprozess gemäss Pilotprojekt visuell dargestellt (siehe Anhang 1). Beide Vorgehensweisen werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

#### 4.1.1 Prozessevaluation

In einem ersten Schritt wurden die Kriterien für die quantitative Datensammlung literaturgestützt und mittels Expertenwissens festgelegt. Folgende Themenbereiche waren für die Entwicklung der Kriterien massgeblich:

1. Behandlungsprozess
2. Betreuungsstandard (*Standard Operating Procedure* [SOP] für das primäre Sectio-Pilotprojekt)
3. Unerwünschte Ereignisse
4. Risikoaufklärung der Eltern
5. Zufriedenheit der Nutzerinnen (mit der Maternité Alpine und der Anästhesie Spital Zweisimmen)

Die festgelegten Kriterien wurden dann in eine standardisierte Eingabemaske eingeflochten. Die Erhebung der quantitativen Daten musste aus datenschutzrechtlichen Gründen persönlich per Telefon (Spital Zweisimmen) und vor Ort in der gynäkologischen Praxis von Dr. med. N. Kleinebekel und im Geburtshaus Maternité Alpine erfolgen. In einer ersten Etappe wurde die Eingabemaske getestet und in einer zweiten Etappe wurden alle Sectiones bis Ende Mai 2021 erhoben.



Die Daten wurden deskriptiv (Häufigkeiten, Mittelwerte) mit der Statistiksoftware R analysiert (4). Dabei wurden die demografischen Angaben der Nutzerinnen, die Zufriedenheit der Nutzerinnen sowie die Anzahl bzw. der Anteil der erfüllten, teilweise erfüllten und nicht erfüllten Kriterien beschrieben. Es wurde mit den Packages «tidyverse» und «ggplot2» gearbeitet (6, 7).

#### 4.1.2 Kostenvergleichsanalyse

Das Betreuungskontinuum in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett diente als Ausgangslage für die Kostenvergleichsanalyse. Es ist in Abbildung 3 visuell dargestellt.

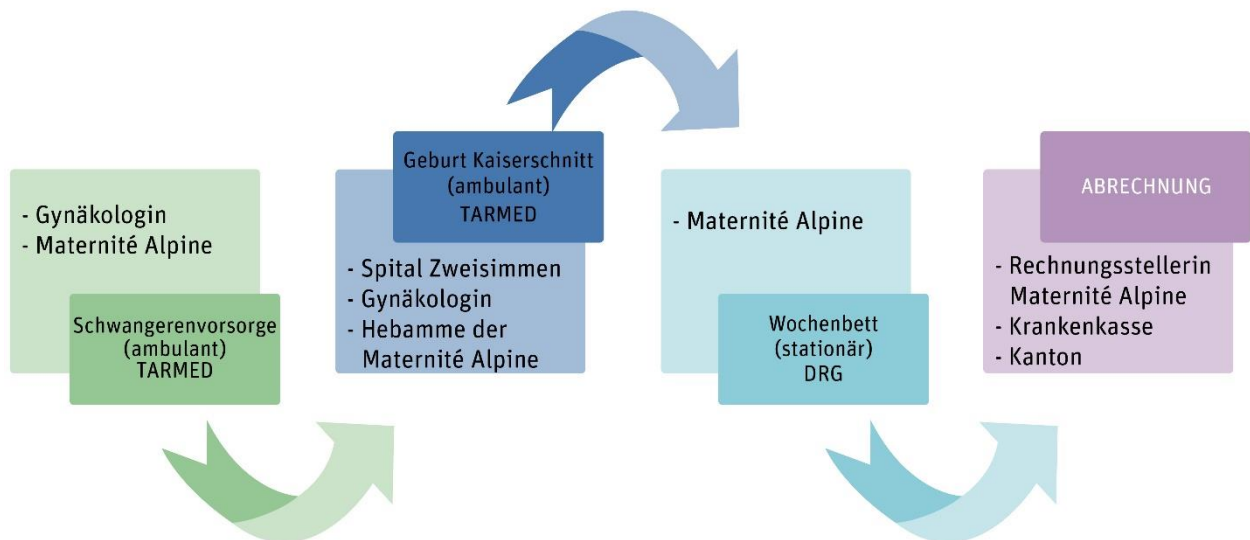


Abbildung 3. Die Darstellung zeigt das Betreuungskontinuum, das Betreuungssetting, den Abrechnungsstandard und die Kostenträger

Die Systematik der Kostenvergleichsanalyse ist in Abbildung 4 dargestellt. In der Analyse wurden die direkten medizinischen Kosten der drei unterschiedlichen Betreuungsformen von geplanten Sectiones mithilfe einer Modellrechnung verglichen. Als Basis («Standard of care») wurde eine geplante Sectio im Spital Thun mit anschliessendem Wochenbettaufenthalt im Spital Thun verwendet. Eine Variante dazu war, das Wochenbett im Geburtshaus Maternité Alpine statt in Thun zu verbringen («Hybrid-Lösung»). Schliesslich wird das Pilotprojekt berücksichtigt, wobei die Sectio ambulant im Spital Zweisimmen durchgeführt und die Familie für das Wochenbett in die Maternité Alpine in Zweisimmen verlegt wurde («Ambulante Sectio»).

	Standard of care	Hybrid-Lösung	Ambulante Sectio
Geplante Sectio	Stationäre Sectio und stationäres Wochenbett im Spital Thun	Stationäre Sectio im Spital Thun und stationäres Wochenbett im Geburtshaus in Zweisimmen	Ambulante Sectio im Spital Zweisimmen und stationäres Wochenbett im Geburtshaus in Zweisimmen
Direkte medizinische Kosten	Leistungen des Spitals Thun	Leistungen des Spitals Thun und des Geburtshauses in Zweisimmen	Leistungen des Spitals Zweisimmen und des Geburtshauses in Zweisimmen

Abbildung 4. Systematik der Kostenvergleichsanalyse der drei Betreuungsformen

Die direkten medizinischen Kosten für jede Betreuungsform wurden – aus der Perspektive des Gesundheitssystems – unter Verwendung von Tarifen (DRG, TARMED) und Musterrechnungen bestimmt. Zudem wurde berechnet, wie die Aufteilung dieser Kosten auf die verschiedenen Kostenträger (Krankenkasse, Kanton, Versicherte) in den drei Betreuungsformen ausfiel.

Zusätzlich zur Perspektive des Gesundheitssystems nahmen die Autorinnen bzw. der Autor auch eine betriebswirtschaftliche Perspektive ein und eruierten dafür die betriebswirtschaftlichen Fallkosten der verschiedenen Leistungserbringer. Diese basieren auf Vollkostenrechnungen, die uns von der Maternité Alpine für das Geburtshaus und der Spital STS AG für das Spital Zweisimmen zur Verfügung gestellt wurden. Da wir die spezifischen Fallkosten des Spitals Thun nicht erhielten, verwendeten wir die schwergradbereinigten durchschnittlichen Fallkosten des Spitals Thun aus dem Jahr 2019. Die Vollkosten pro Fall stellten wir den Erträgen pro Fall gegenüber, um dadurch Gewinn oder Verlust pro Fall zu berechnen, den die jeweiligen Leistungserbringer erzielen.

## 4.2 Qualitative Methoden

Die qualitative Datenanalyse bestand aus zwei Kernelementen, nämlich der Nutzerinnenbefragung und der Befragung involvierter Fachpersonen. Für beide Befragungsgruppen wurden eigene Leitfäden entwickelt und Datenanalysen durchgeführt. Sowohl die Analyse der Perspektive der involvierten Fachpersonen als auch jene der Nutzerinnen wurde mittels der qualitativen thematischen Analyse nach Braun and Clarke (5) unter Zuhilfenahme des Programmes Atlas.ti zu den genannten Konzepten durchgeführt.

### 4.2.1 Interviews mit Fachpersonen

Die involvierten Fachpersonen wurden an der Kick-off-Sitzung im Februar 2020 über die Videointerviews informiert. Sie stimmten diesen mündlich zu. Die Befragung basierte auf einem Interviewleitfaden und die Antworten wurden zusammenfassend transkribiert (8–11).

Bei der Befragung der involvierten Fachpersonen standen folgende Dimensionen im Vordergrund:

1. Erfahrungen bei der Umsetzung des Pilotprojektes,
2. Besprechung von Risiken und Anpassungen zu deren Minderung,
3. Besprechung allfälliger Adverse Events (unerwünschte Ereignisse)
4. Qualität der perinatalen Versorgung,
5. Verbesserung der integrierten Versorgung der Region Simmental-Saananland → koordinierter und integrierter Behandlungsprozess.

### 4.2.2 Interviews mit Nutzerinnen

Zur Durchführung der Videointerviews mit den Nutzerinnen wurden diese im Voraus schriftlich über die Evaluationsstudie informiert. Es wurde ein schriftliches Einverständnis zur Kontaktierung der Nutzerinnen eingeholt. Danach wurden die Nutzerinnen mittels Gelegenheitsstichprobe rekrutiert. Bei der Durchführung des Videointerviews wurde erneut über die Evaluationsstudie informiert und nach dem mündlichen Einverständnis gefragt. Anschliessend wurde das Interview anhand des entwickelten Interviewleitfadens durchgeführt und zusammenfassend transkribiert.

Die Befragung der Nutzerinnen fokussierte auf deren Zufriedenheit sowie auf deren Einschätzung der Versorgungsqualität (12). Dazu wurden drei Domänen entwickelt; für die Domäne «Zufriedenheit» gab es drei Subdomänen, um verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit erfassen zu können (12–18). Auch hier wurde ein Interviewleitfaden für die Videointerviews mit folgenden Domänen entwickelt:

1. Erfragung der Motivation und Beweggründe zur Teilnahme am Pilotprojekt,
2. Besprechung von Erfahrungen und Zufriedenheit mit dem Pilotprojekt,
  - 2.1 Zufriedenheit mit der Durchführung der ambulanten Sectio und der Betreuung,
  - 2.2 Information und Involvierung in Entscheidungen,
  - 2.3 Umgebung,
3. Qualität der Versorgung im Zeitraum vor, während und nach der Sectio.

## 5 Ergebnisse

Im ersten Teil werden die Ergebnisse der quantitative Prozessevaluation sowie die Resultate der Kostenvergleichsanalyse beschrieben, während im zweiten Teil die Ergebnisse der qualitativen Fachpersonen- und Nutzerinnenbefragung erörtert werden. Insgesamt wurden 16 Patientenakten gescreent, sieben Fachpersonen- und fünf Nutzerinneninterviews geführt.

### 5.1 Quantitative Ergebnisse – Prozessevaluation

Im Zeitraum zwischen Juli 2019 und Mai 2021 fanden 16 geplante, ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen statt. Indikationen waren eine Beckenendlage (n = 7), eine wiederholte Sectio (Re-Sectio, n = 8) sowie eine Wunschsectio (n = 1). Rund die Hälfte dieser acht Re-Sectiones war eine mehrfach wiederholte Sectio (Re-Re-Sectio). Die Frauen waren im Schnitt 32,4 Jahre alt. Alle hatten eine allgemeine Krankenversicherung. Der operative Eingriff fand im Schnitt eine Woche vor dem errechneten Geburtstermin statt (39 + 1 Schwangerschaftswochen). Die Neugeborenen wurden mit einem Durchschnittsgewicht von 3342 g geboren. Die Anreise ins Spital dauerte für die Familien durchschnittlich 14 Minuten (9,7 km). Hätten die Familien für die Geburt ins Spital Thun fahren müssen, hätten sie dafür im Durchschnitt 62 Minuten aufwenden müssen (54 km). Die Frauen blieben insgesamt knapp 11 Stunden im Spital (ab Eintritt). Die Verlegung in das Geburtshaus fand durchschnittlich 8,5 Stunden nach der Operation statt.

#### 5.1.1 Behandlungsprozess und Betreuungsstandards

Die Einhaltung des Behandlungsprozesses sowie des Betreuungsstandards ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsqualität. Dazu lag ein Dokument vor, das die Standard Operating Procedure (SOP) festlegte. Für die Evaluation waren vier Phasen von Relevanz: 1) vor der Sectio, 2) nach der Sectio im Spital, 3) Verlegung ins Geburtshaus und 4) Verlauf im Geburtshaus.

##### 5.1.1.1 Phase 1: Vorbereitung und Durchführung der Sectio

Abbildung 5 zeigt, dass ein Grossteil der Aufgaben dokumentiert wurde. Die SOP wurde somit in der Regel eingehalten. Die Messung der intrauterinen Herzöne (HT) beim Kind nach Anlage der Regionalanästhesie bei der Mutter wurde in der Hälfte der untersuchten Sectiones nicht dokumentiert. Es bleibt unklar, ob die Hebammen die HT nicht gemessen hatten oder ob Letztere gemessen und nicht dokumentiert wurden. Diese HT-Messung ist von Bedeutung, um nach der mütterlichen Regionalanästhesie Komplikationen beim Ungeborenen rechtzeitig zu erkennen und das Kind rasch zu entbinden. In der Hälfte der Fälle wurde die Verabreichung des Medikaments Natriumcitrat durch die Anästhesie nicht dokumentiert. Dieses Medikament wird allen Schwangeren vor einer Operation als Aspirationsprophylaxe verabreicht. Die Operations-Checkliste, die dreiteilig ist (Check-in, Time-out, Check-out), wurde in der Hälfte der Fälle vollständig und zweimal teilweise ausgefüllt; in sechs Fällen fehlte dieses Dokument in den Unterlagen. Die Operations-Checkliste trägt zur Sicherheit und Qualität der Operation bei und wird von der WHO empfohlen. Ihre Anwendung ist jedoch in der SOP nicht festgehalten.

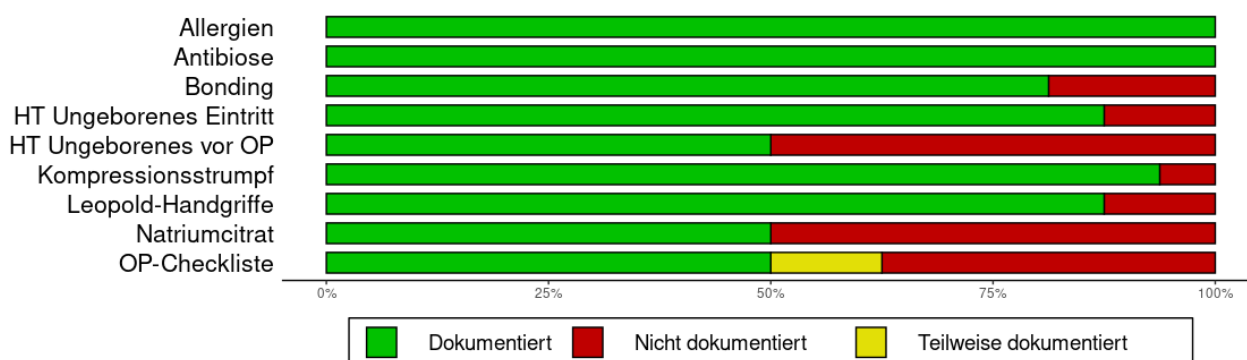


Abbildung 5. Übersicht über den Dokumentationsstatus der erhobenen Aufgaben (HT = Herzöne, OP = Operation)

### 5.1.1.2 Phase 2: Postoperativer Verlauf im Spital

Zum postoperativen Verlauf im Spital gehören gemäss SOP die regelmässige Überwachung von Mutter und Kind sowie die Schmerztherapie der Mutter. Die Überwachung des Neugeborenen wurde bei allen Sectiones vollständig dokumentiert. Dabei zeigte sich, dass bei 5 von 16 Neugeborenen eine zu niedrige Körpertemperatur gemessen wurde. Dieser Umstand wird in Kapitel 5.1.2 zur Versorgungssicherheit genauer beleuchtet. Auch die Mutter muss nach dem Eingriff engmaschig überwacht werden. Gemäss Vorgaben der SOP erfolgt die Überwachung in der ersten Stunde postoperativ alle 15 Minuten, in der zweiten Stunde postoperativ alle 30 Minuten (sofern die Frau stabil ist) und danach bis zur Verlegung in das Geburtshaus alle 60 Minuten. Abbildung 6 zeigt den Dokumentationsstatus der mütterlichen postoperativen Überwachungen im Spital. Bei den Stunden 7 und 8 wurden nicht mehr alle Mütter in die Beobachtung eingeschlossen, da einige von ihnen vorher in das Geburtshaus verlegt worden waren.

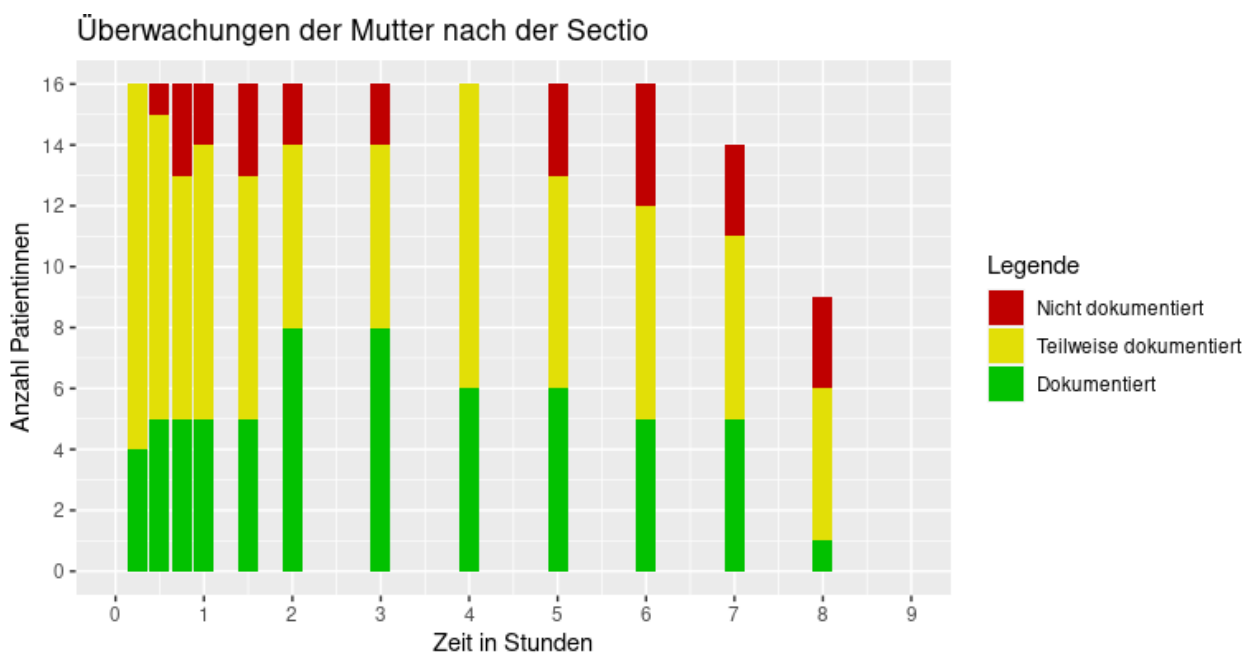


Abbildung 6. Übersicht über den Dokumentationsstatus der mütterlichen postoperativen Überwachungen; die Zeit ist in Stunden ab dem Zeitpunkt der Verlegung auf die Station gerechnet

Zur Überprüfung der Vollständigkeit der Überwachung wurden die auf dem Überwachungsblatt aufgelisteten Kriterien kontrolliert: Blutdruck, Puls, Temperatur, Schmerzen, Blutung und Uteruskontraktion. Da eine Überprüfung der Durchführung der Überwachungen gemäss SOP nicht möglich war, wird hier lediglich die Dokumentation (vollständig dokumentierte, teilweise dokumentierte, nicht dokumentierte Überwachung) aufgeführt. Eine fehlende Dokumentation der Überwachung ist ein mögliches Indiz auf deren Unterlassung.

Die Überwachungen während der ersten zwei Stunden nach der Verlegung auf die Station wurden mehrheitlich gemäss SOP dokumentiert. Knapp ein Drittel der erfordernten Überwachungen wurde vollständig dokumentiert. Es gibt nur vereinzelt erfordernte Überwachungen, die nicht dokumentiert wurden. Während der folgenden Stunden zeigt sich ein ähnliches Muster mit anteilig nicht dokumentierten Überwachungen. Der Schmerzzustand, der mittels der standardisierten Schmerzbeurteilung (auf einer Skala von 0–10, 0 = «kein Schmerz», 10 = «schlimmster vorstellbarer Schmerz») erfasst wurde, wurde am wenigsten häufig dokumentiert. Die individuellen Verläufe der postoperativen Schmerzen ab dem Zeitpunkt der Verlegung auf die Station bis zur Verlegung ins Geburtshaus können Anhang 2 (Abbildungen 13–15) entnommen werden. Ab einem Wert von 5 Punkten ist eine Schmerzmedikation angezeigt.

In 11 von 16 Fällen wurde den Frauen zusätzlich zur Standardschmerztherapie Morphin verabreicht. Zwei Frauen wurde Morphin verabreicht, obwohl kein Schmerzscore dokumentiert wurde. Es kann daher nicht nachvollzogen werden, ob die Gabe von Morphin indiziert war, und auch nicht, ob diese Medikation wirksam war gegen die Schmerzen.

### 5.1.1.3 Phase 3: Verlegung

In diesem Projekt stellte die Verlegung der Frauen vom Spital ins Geburtshaus eine besondere Situation dar, denn die Frauen wurden noch gleichentags ins Geburtshaus gefahren. Für diese Verlegung wurden Kriterien erarbeitet (z. B. Hämoglobinwert > 85g/dl, stabile Vitalzeichen), die erfüllt sein mussten, um die Sicherheit der Frauen zu gewährleisten. Eine Frau erfüllte die Kriterien nicht (zu tiefer Hämoglobinwert) und konnte im Gegensatz zu allen anderen Frauen erst am Folgetag ins Geburtshaus verlegt werden.

Die zuständige Hebamme betreute die Familie ab Eintritt ins Spital bis zur Verlegung ins Geburtshaus kontinuierlich, was im Durchschnitt einem Einsatz von 12 Stunden entsprach (Spannweite: 9 Stunden 15 Minuten bis 26 Stunden).

### 5.1.1.4 Phase 4: Postoperativer Verlauf im Geburtshaus

Gemäss SOP sollte die Überwachung im Geburtshaus direkt nach der Verlegung beginnen, um danach alle 6 Stunden zu erfolgen. Bis 12 Stunden nach der Verlegung sollte diese regelmässige Kontrolle fortgesetzt werden. In fast allen Fällen wurde die Überwachung dokumentiert. Der Anteil der vollständigen Dokumentationen war hoch, mit Ausnahme der Kontrolle 6 Stunden nach Verlegung (Abbildung 7).

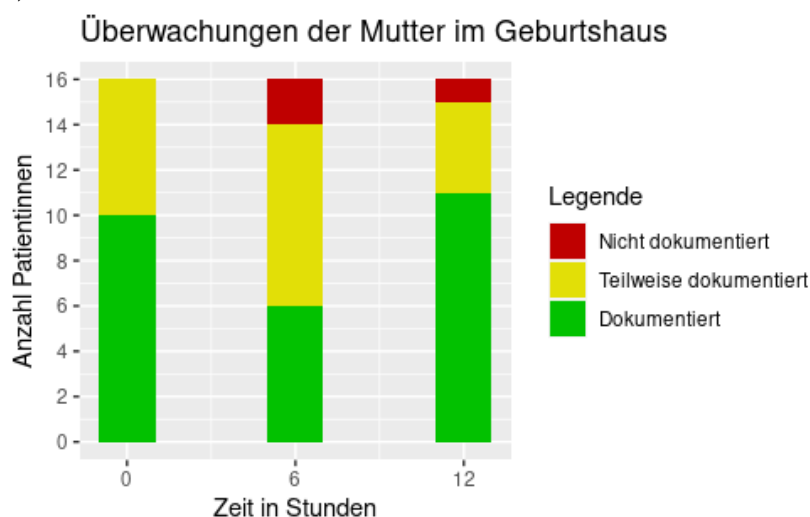


Abbildung 7. Übersicht über den Dokumentationsstatus der mütterlichen postoperativen Überwachungen im Geburtshaus; die Zeit ist in Stunden ab der Verlegung ins Geburtshaus angegeben

Zur postoperativen Betreuung im Geburtshaus gehören neben der Überwachung und Betreuung auch die medikamentöse Thromboseprophylaxe, die Kontrolle der Ausscheidung sowie die intravenösen Infusionen. Die Thromboseprophylaxe wurde im Schnitt knapp 12 Stunden nach der Operation verabreicht, alle Frauen erhielten die Prophylaxe täglich gespritzt. Der Blasen-Dauerkatheter wurde bei allen Frauen am Morgen nach der Operation entfernt (im Schnitt nach knapp 23 Stunden). Harninfektionen wurden während des Wochenbettaufenthalts bei keiner der Frauen festgestellt. Die intravenöse Infusion mit dem Wehenmittel (Oxytocin) soll gemäss SOP vor der Verlegung ins Geburtshaus gestoppt werden, falls die Überwachung unauffällig war. Im Durchschnitt wurde die Infusion 9 Stunden nach der Operation gestoppt, dies korreliert mit dem Verlegungszeitpunkt. In drei der 16 Unterlagen wurde der Stopp der Infusion nicht dokumentiert. Der periphere Venenkatheter soll am Morgen nach der Operation entfernt werden, was nur viermal dokumentiert wurde.

### 5.1.2 Versorgungssicherheit

Es traten vereinzelte unerwünschte Ereignisse auf. Bei 5 von 16 Neugeborenen wurde nach der Geburt eine zu tiefe Körpertemperatur (Hypothermie) dokumentiert (Abbildung 8), zwei Fälle stehen im Zusammenhang mit der Vollnarkose der Mutter. Zu einer Hypothermie beim Neugeborenen kann es kommen, wenn die Auskühlung des Neugeborenen im eher kühlen Operationsaal nicht vorgebeugt wird. Bei den Neugeborenen traten keine weiteren unerwünschten Ereignisse auf.

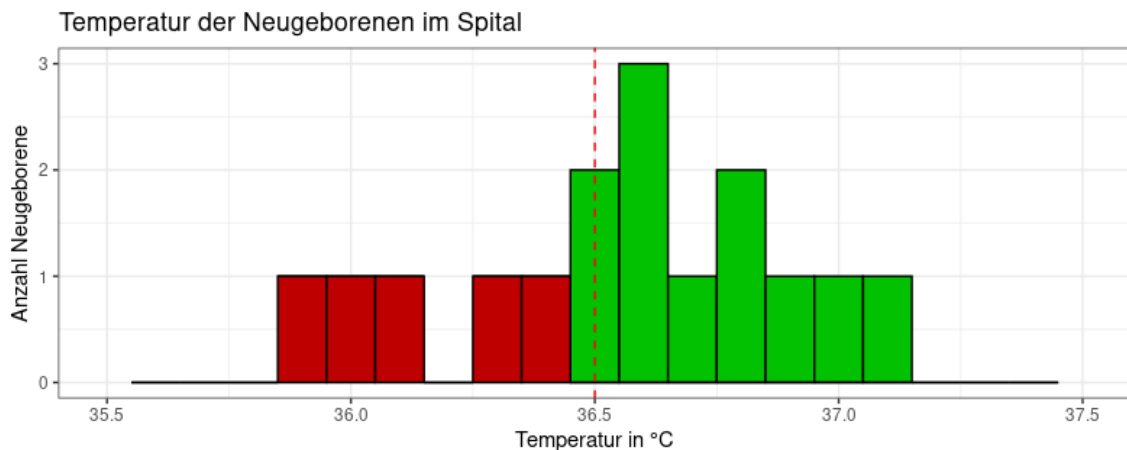


Abbildung 8. Axilläre Temperaturmessungen bei den Neugeborenen. Messungen  $\geq 36,5$  °C wurden grün markiert, Messungen  $< 36,5$  °C wurden rot markiert, da diese zu tief sind. Die rote gestrichelte Linie zeigt den Grenzwert von  $36,5$  °C.

Unerwünschte Ereignisse bei den Müttern kamen selten vor. Bei zwei Frauen musste anstelle der geplanten Regionalanästhesie auf eine Vollnarkose ausgewichen werden. Weiter kam es einmal zu einem erhöhten Blutverlust, was zu einer verzögerten Verlegung ins Geburtshaus, zu tiefem Blutdruck und zu einem tiefen Hämoglobinwert (Anämie) führte. Während der Operationen verspürten zwei Frauen Übelkeit und eine Frau hatte im Verlauf des Wochenbetts eine verzögerte Rückbildung.

### 5.1.3 Risikoaufklärung der Eltern

Zur Risikoaufklärung der Eltern gehören die üblichen Informationen über einen Eingriff (Anästhesie und Sectio). Im Pilotprojekt gab es zusätzliche Aufklärungen, bezüglich der Anwesenheit einer Begleitperson (keine Möglichkeit für deren Betreuung bei Notfall/Unwohlsein) und des Haftungsausschlusses des Spitals gegenüber den Eltern hinsichtlich der Erstversorgung des Neugeborenen. Die üblichen Aufklärungen wurden alle unterschrieben und abgelegt. Die restlichen Dokumente wurden mehrheitlich unterschrieben und abgelegt (Abbildung 9).

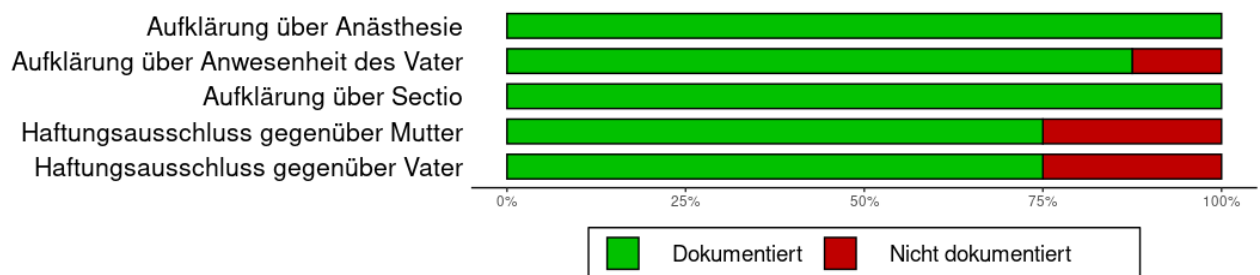


Abbildung 9. Die Dokumentation der Risikoaufklärung der Eltern

### 5.1.4 Zufriedenheit der Frauen mit der Anästhesie

Die Frauen wurden gebeten, bis zum Austritt aus dem Geburtshaus bzw. bis zur Heimkehr einen Evaluationsbogen der Anästhesie auszufüllen. Dieser diente einer retrospektiven Erhebung der Zufriedenheit mit der Leistung der Anästhesie. Gesamthaft füllten 12 Frauen diesen Fragebogen aus.

Alle Befragten waren mit dem Aufklärungsgespräch und dem Narkoseverfahren zufrieden. Sie würden dasselbe Narkoseverfahren wieder wählen. Zwei Frauen gaben an, während des Eingriffs gefroren zu haben und drei erwähnten starke Schmerzen im Unterleib. Sechs Frauen erlebten die stärksten Schmerzen während des Spitalaufenthaltes, während fünf Frauen angaben, die stärksten Schmerzen während ihres Wochenbettaufenthaltes im Geburtshaus gehabt zu haben. Die Frauen wurden im Fragebogen gebeten, auf einer Schmerzskala zwischen 0 und 10 Punkten ihr Schmerzerleben retrospektiv anzugeben. Eine Frau gab einen Wert von 9 an. Alle 12 Frauen würden sich erneut für eine Sectio im Spital Zweisimmen entscheiden.

### **Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse – Prozessevaluation**

- Die Betreuungsstandards wurden grösstenteils eingehalten und die Untersuchungen mehrheitlich vollständig dokumentiert. Dokumentationsmängel zeigten sich bei der Schmerzbeurteilung, die die Frauen mittels einer Skala vornahmen.
- Die Versorgungssicherheit wurde gewährleistet. Es sind keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse aufgetreten. Auffallend sind die Häufigkeit der Hypothermie (Unterkühlung) bei den Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt sowie die zweimalige Umstellung auf Vollnarkose. Diese unerwünschten Ereignisse führten zu keinen weiteren Folgeproblemen.
- Die Eltern wurden lückenlos über die Risiken aufgeklärt.
- Die Zufriedenheit der Frauen war durchwegs hoch.

## 5.2 Quantitative Ergebnisse – Kostenvergleichsanalyse

Für jede der drei Betreuungsformen von geplanten Sectiones wurden die direkten medizinischen Kosten aus der Perspektive des Gesundheitssystems ermittelt. Zudem wird dargestellt, welcher Kostenträger diese Kosten in jeder der drei Betreuungsformen übernimmt. In einem zweiten Schritt werden die betriebswirtschaftlichen Kosten aus Sicht der verschiedenen Leistungserbringer dargestellt und den Erträgen gegenübergestellt, um Gewinn und Verlust pro Fall zu berechnen.

### 5.2.1 Perspektive des Gesundheitssystems

Tabelle 1 zeigt die Kosten der drei Betreuungsformen aus Sicht des Gesundheitssystems. Die Kostendaten wurden mithilfe von Tarifsystemen (DRG, Tarmed) und Musterrechnungen ermittelt. Für die Kostengewichte der Fallpauschalen wurde die DRG-Version 2020 verwendet. Um die Kosten besser vergleichen zu können, wurde die Nutzung des Familienzimmers im Wochenbett des Spitals Thun miteingerechnet, da ein solches im Geburtshaus Maternité Alpine inkludiert ist.

		Standard of care	Hybrid-Lösung	Ambulante Sectio
Sectio [Kostengrundlage]		Spital Thun [DRG]	Spital Thun [DRG]	Spital Zweisimmen [Pilot]
Wochenbett [Kostengrundlage]		Spital Thun [DRG]	Geburtshaus [DRG]	Geburtshaus [DRG]
Kosten Sectio Spital	CHF	9'588.71	5'352.97	1'500.00
Operateurin		-	-	1'000.00
Labor		-	-	115.00
Hebamme		-	-	900.00
Neonatologin		-	-	535.50
Kosten Wochenbett	CHF	-	6'184.41	6'184.41
Familienzimmer		800.00	-	-
<b>Total Kosten</b>	<b>CHF</b>	<b>10'388.71</b>	<b>11'537.38</b>	<b>10'237.91</b>

Tabelle 1: Kosten der drei Betreuungsformen aus der Perspektive des Gesundheitssystems

Tabelle 1 zeigt, dass die Betreuungsformen «Standard of care» und «Ambulante Sectio» bei den totalen Kosten aus Sicht des Gesundheitssystems ungefähr auf dem gleichen Niveau sind. Die Hybrid-Lösung ist rund CHF 1'300 teurer als die beiden anderen Varianten.

Tabelle 2 zeigt die totalen direkten medizinischen Kosten der drei Betreuungsformen, aufgeteilt auf die verschiedenen Kostenträger (Krankenkasse, Kanton, Versicherte).

		Standard of care	Hybrid-Lösung	Ambulante Sectio
Kostenträger	CHF			
Krankenkasse		4'314.92	5'191.82	6'836.48
Kanton		5'273.79	6'345.56	3'401.43
Versicherte		800.00	-	-
<b>Total Kosten</b>	<b>CHF</b>	<b>10'388.71</b>	<b>11'537.38</b>	<b>10'237.91</b>

Tabelle 2: Kosten aufgeteilt nach Kostenträgern

In diesem Vergleich zeigt sich, dass für die Krankenversicherung die Kosten für die Variante «Standard of care» am tiefsten ausfallen. Die Betreuungsform «Ambulante Sectio» ist für die Krankenversicherungen die teuerste Variante, da ambulante Leistungen zu 100 % durch die Versicherer getragen werden müssen. In der Variante «Standard of care» werden alle Leistungen stationär erbracht; der Kanton übernimmt 55% davon. In der Betreuungsform «Ambulante Sectio» fallen ambulante Kosten von insgesamt CHF 4'050.50 (Spital, Operateurin, Labor, Hebammen, Neonatologin) an, die zu 100 % von den Krankenversicherungen übernommen werden müssen.



Der Kanton bezahlt in der Betreuungsform «Ambulante Sectio» am wenigsten, da er dort nur seinen Anteil von 55 % an den stationären Wochenbettkosten trägt und sich nicht an den ambulanten Kosten beteiligen muss.

Für die Versicherten entstehen bei der Variante «Standard of care» zusätzliche Kosten in der Höhe von CHF 800.00 für das Familienzimmer. Diese fallen in den beiden anderen Varianten für die Versicherten nicht an, da ein Familienzimmer zur Standardleistung des Geburtshauses gehört.

### 5.2.2 Betriebswirtschaftliche Perspektive der Leistungserbringer

Tabelle 3 zeigt die Erträge und die betriebswirtschaftlichen Kosten der drei involvierten Leistungserbringer für die drei Betreuungsformen. Dargestellt sind die durchschnittlichen Vollkosten pro Fall.

		Standard of care	Hybrid-Lösung	Ambulante Sectio
<b>Spital Thun (STS AG)</b>				
	CHF			
<small>(Kosten gemäss schweregradbereinigten Fallkosten)</small>				
	Ertrag	9'588.71	5'352.97	-
	Kosten	9'286.68	5'184.36	-
	Gewinn/Verlust	302.02	168.61	-
	<i>Spezialertrag</i>	800.00	-	-
<b>Spital Zweisimmen (STS AG)</b>				
	CHF			
<small>(Vollkostenrechnung STS AG)</small>				
	Ertrag	-	-	1'500.00
	Kosten	-	-	3'482.00
	Gewinn/Verlust	-	-	<b>-1'982.00</b>
<b>Geburtshaus Maternité Alpine</b>				
	CHF			
<small>(Stationäre Kosten gemäss schweregradbereinigter Fallkosten, ambulante Kosten gemäss Vollkostenrechnung Maternité Alpine)</small>				
	Ertrag	-	6'184.41	10'237.91
	Kosten	-	7'986.56	12'223.46
	Gewinn/Verlust	-	<b>-1'802.15</b>	<b>-1'985.55</b>

Tabelle 3: Betriebswirtschaftliche Perspektive auf die drei Betreuungsformen aus Sicht der Leistungserbringer

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive zeigt sich, dass einzig die Variante «Standard of care» kostendeckend ist. Beide Varianten, an denen das Geburtshaus Maternité Alpine beteiligt ist, sind für dieses nicht kostendeckend. Für das Spital Zweisimmen ist die ambulante Sectio ebenfalls mit einem Verlust verbunden. Somit ist die Betreuungsform «Ambulante Sectio» für keinen der beteiligten Leistungserbringer kostendeckend.

Für das Spital Zweisimmen bedeutet eine ambulante Sectio anhand der Vollkostenrechnung ein Verlust von knapp CHF 2'000. Würde man anstelle der Pauschale (CHF 1'500) die Leistung mithilfe von TARMED abrechnen, so ergäbe dies ebenfalls lediglich einen Ertrag von CHF 1'800 und somit noch immer einen Verlust von rund CHF 1'700 pro Sectio.

Das Geburtshaus Maternité Alpine hat pro Wochenbettaufenthalt nach einer Sectio gemäss der schweregradbereinigten Fallkosten einen Verlust von rund CHF 1'800 zu tragen, wenn die Sectio in Thun stattfindet. Wenn der Eingriff in Zweisimmen durchgeführt wird, beläuft sich der Verlust auf knapp CHF 2'000. Bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» ist das Defizit somit etwas höher als bei der Variante «Hybrid-Lösung». Zusätzlich entsteht in der Betreuungsform «Ambulante Sectio» für das Geburtshaus ein deutlich erhöhter administrative Aufwand, der in dieser Studie nicht monetär beziffert wurde.

### **Zusammenfassung quantitative Ergebnisse – Kostenvergleichsanalyse**

- Die totalen direkten medizinischen Kosten für die Betreuungsform «Standard of care» und jene für die «Ambulante Sectio» sind auf vergleichbarem Niveau.
- Die Kosten werden unterschiedlich auf die Kostenträger verteilt. Bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» bezahlt der Kanton pro Sectio CHF 2'300 weniger als bei der Betreuungsform «Standard of care». Umgekehrt muss die Krankenversicherung bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» rund CHF 2'200 mehr abgelten.
- Die Maternité Alpine erzielt bei der Betreuungsform «Ambulante Sectio» einen Verlust von knapp CHF 2'000 pro Fall.
- Das Spital Zweisimmen trägt aufgrund der nicht kostendeckenden ambulanten Tarife pro Sectio ebenfalls ein Defizit von knapp CHF 1'700.

### 5.3 Qualitative Ergebnisse – Perspektive der involvierten Fachpersonen

Mit folgenden sieben Fachpersonen wurde ein Interview geführt: mit einer Gynäkologin, einer Neonatologin, einer technischen Operationsfachfrau, einer leitenden Ärztin Anästhesie und einem leitenden Arzt Anästhesie, einer Hebamme (Leiterin Geburtshaus) und einer weiteren Hebamme des Geburtshauses. Zusätzlich wurde die Leiterin des involvierten medizinischen Labors per E-Mail befragt.

Bei der Auswertung der Gespräche zeichneten sich vier thematische Dimensionen mitsamt Subdimensionen (siehe Abbildung 10) ab, die in der Folge im Detail beschrieben werden.

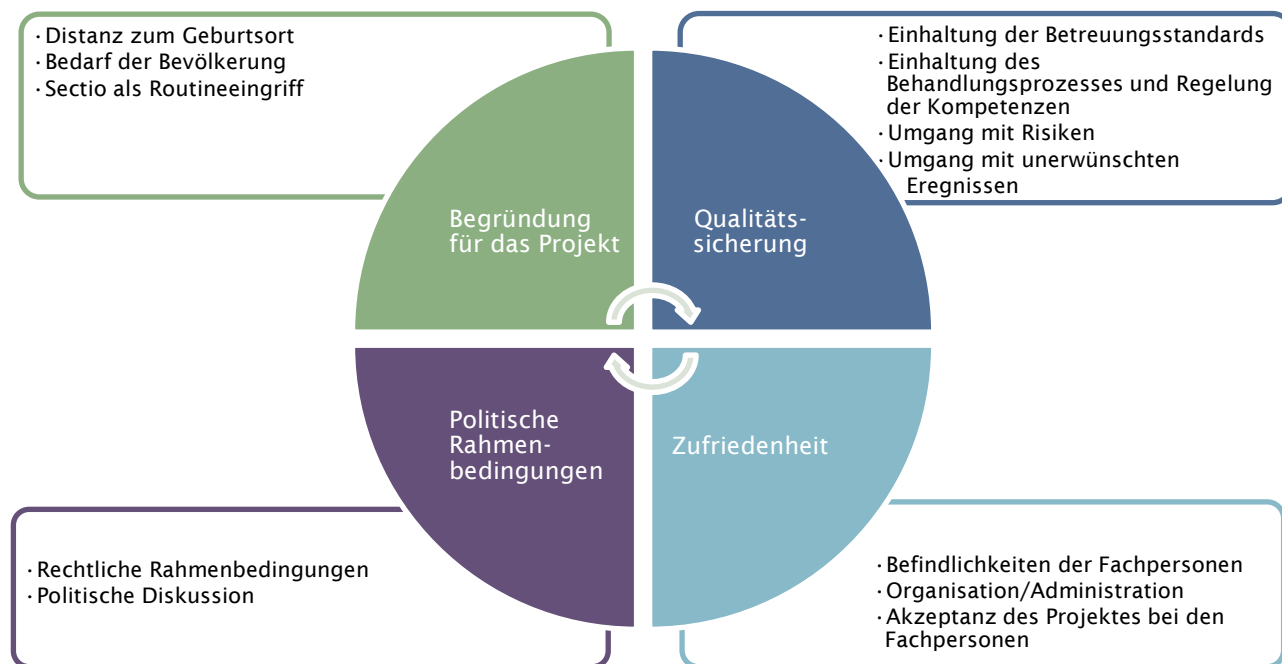


Abbildung 10: Dimensionen und Subdimensionen der Perspektive der involvierten Fachpersonen

#### 5.3.1 Dimension «Begründung für das Projekt»

Die Fachpersonen erläuterten Pro- und Kontraargumente des Pilotprojektes, die auf einen deutlichen weiteren Diskussionsbedarf hinweisen. Sie waren sich grundsätzlich einig, dass das Angebot einer ambulanten Sectio für die Bevölkerung der Region vor allem dem Wunsch nach einer wohnortsnahen Versorgung entspreche. Aus professioneller, fachlicher Perspektive ermöglicht dieses Pilotmodell zudem, die Routine in der interprofessionellen Zusammenarbeit während der Sectio beizubehalten.

##### 5.3.1.1 Subdimension «Distanz zum Geburtsort»

Das Pilotprojekt garantierte den Eltern eine rasche Erreichbarkeit geburtshilflicher Dienstleistungen. Die meisten Fachpersonen nannten als wichtigsten Faktor, dass betroffene Frauen die Möglichkeit hätten, in der Nähe des Wohnortes – sprich in der Nähe ihrer Familie – zu gebären. Dem Partner wurde durch dieses wohnortsnahes Angebot ermöglicht, bei der Geburt anwesend zu sein, ohne mit grösseren Einbussen rechnen zu müssen, etwa weil er auf dem Bauernhof eine Stellvertretung organisieren musste. Eine Fachperson erachtete dieses Argument der Distanz zum Geburtsort als nicht stichhaltig, denn für andere Angebote oder Dienstleistungen würden jene Personen den Weg nach Thun nicht scheuen. Der längere Weg sei zumutbar, da die Frauen eine geplante Sectio erleben und somit nicht von Schmerzen beeinträchtigt seien.

*«Das Argument, dass dann die Schwangeren nicht so weit Auto fahren müssen, das machen sie auch sonst. Sie sind ja nicht unter der Geburt. Sie haben keine Wehen. Diejenigen, die Wehen haben, die nehmen wir sowieso nicht. Das ist für mich kein Argument.» (FP\_04)*

### 5.3.1.2 Subdimension «Bedarf der Bevölkerung»

Die meisten Fachpersonen hoben hervor, dass dieses Pilotprojekt auf ausdrücklichen Wunsch und aufgrund lokalpolitischer Vorstösse aus der örtlichen Bevölkerung realisiert worden sei. Ausnahmslos alle Fachpersonen erzählten von sehr zufriedenen Patientinnen im Kontext dieses Pilotprojekts. Die Frauen haben gemäss Aussage der Befragten ein starkes Vertrauen in die örtlichen Fachpersonen und in die lokalen Dienstleistungen und bescheinigen den Versorgungsangeboten eine hohe Qualität.

*«Die Frauen sehen aber eher erstmals die Versorgung vor Ort. Sie haben das Gefühl, sie sind da doch auch eher irgendwie wie zu Hause. Und dass man das unterstützen muss, das ist gar nicht so Hauptthema, sondern eher dieser familiäre Rahmen. Also ich habe eher den Eindruck, sie sehen das andersrum. Sie werden jetzt von denen betreut, die sie sonst auch kennen. Die kennen ja auch genau die Krankengeschichte oder auch die Gesundheitsgeschichte und ich glaube, die Frauen schätzen das eher als höhere Qualität ein.» (FP\_06)*

In mehreren Interviews wurde darauf hingewiesen, dass in der Bevölkerung der Region Unverständnis darüber herrsche, dass die bestehende Spitalinfrastruktur für Geburtshilfe nicht genutzt werden dürfe. Ein Teil der Fachpersonen stellte sich auf den Standpunkt, dass der Bevölkerung mit diesem Pilotprojekt eine falsche Sicherheit suggeriert werde. Es würden nur geplante Sectiones durchgeführt und alle anderen Komplikationen und Notfälle müssten nach wie vor in Thun behandelt werden.

### 5.3.1.3 Subdimension «Sectio als Routineeingriff»

Bezüglich des Arguments, dass das Projekt es den Fachpersonen ermögliche, die Routine in der Durchführung einer Sectio zu erhalten, waren die Fachpersonen unterschiedlicher Meinung. Befürworterinnen und Befürworter erörterten die Wichtigkeit der regelmässigen Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen. Diese geplanten Sectiones seien eine optimale Möglichkeit, die Routine für diesen Eingriff zu erhalten und die Zusammenarbeit zu fördern, was schlussendlich die Sicherheit erhöhe. Die Gegner erklärten, dass sich ein routinemässiger Eingriff und ein notfallmässiger Eingriff signifikant unterscheiden würden und deshalb die Übung der Sectio keinen Effekt habe. Sie gebe keine Garantie, dass bei einem Notfall richtig gehandelt werde.

*«Sie [die Befürworterinnen und Befürworter, Anmerkung der Autorinnen] haben dann gesagt, das sei, damit wir dann im Spital üben können und so. Das ist völlig jenseits von der Realität. Bei einer Notfall-Sectio, wenn (...) man wegen der Mutter oder dem Kind extrem schnell zur Sectio greifen muss, dann machen wir von der Anästhesie ein völlig anderes Verfahren, als wenn wir eine primäre Sectio in aller Ruhe machen.» (FP\_04)*

*«Und das Zweite ist die Nothilfe. Die müsste das Spital ja immer leisten. Es hilft auch den Fachleuten, in der operativen Routine zu bleiben. Auch für die Anästhesie oder das technische Personal im OP. Wenn das ab und zu geregelt und geplant vorkommt, hat das Vorteile.» (FP\_03)*

## 5.3.2 Dimension «Qualitätssicherung»

Die Qualitätssicherung stellte in den Interviews mit den Fachpersonen das prominenteste Thema dar. Es zeigte sich deutlich, dass dieses Anliegen allen Fachpersonen besonders wichtig war; entsprechend legten alle Befragten ein hohes Qualitätsbewusstsein an den Tag. Zudem kristallisierte sich das sehr hohe Engagement aller Fachpersonen heraus. Den grössten Aufwand betrieben die Hebammen des Geburtshauses Maternité Alpine: Bei einer geplanten Sectio setzen sich diese am Tag des Eingriffs von Anfang an und bis zum Zeitpunkt der Verlegung in das Geburtshaus für die Frauen und deren Familien ein, und zwar unabhängig von der zeitlichen Dauer. So ist es ihnen möglich, die Betreuungskontinuität zu gewährleisten.

*«Wenn man die Leute kennt, dann ist das etwas anderes als in einer Klinik. Wenn man in einer grossen Klinik arbeitet, sieht man die Leute nachher nie mehr. Wir sehen die Leute nachher immer noch. Jeder, der hier arbeitet, muss den Leuten später noch begegnen und sich je nach dem etwas vorwerfen. Von daher ist ein grosses Interesse vorhanden, dass alles gut geht und Vorkehrungen getroffen werden. Es bleibt immer ein Restrisiko. Damit muss man einfach leben. Das gibt es auch in der Klinik, also überall.» (FP\_03)*

#### 5.3.2.1 Subdimension «Einhaltung der Betreuungsstandards»

Die erarbeiteten Betreuungsstandards liegen für jeden einzelnen Prozessschritt in einem sehr hohen Detaillierungsgrad vor und sind auf eine maximale Sicherheit bedacht. Durch die hohe Sicherheitsorientierung sehen gewisse Fachpersonen auch eine Tendenz zur Überversorgung. Aus Sicht der Fachpersonen sollten einzelne Aspekte noch nachbearbeitet werden, wobei die Meinungen zu den notwendigen Anpassungen stark divergieren.

Aufgrund von Erfahrungen wurde die SOP nach dem Projektstart immer wieder angepasst. Alle Fachpersonen erwähnten, dass sie sich strikt und ausnahmslos an die vorgegebene SOP halten würden und dass die Sectiones nur unter Einhaltung dieser strengen Kriterien durchgeführt würden. Die definierten Ausschlusskriterien tragen gemäss Auskunft der interviewten Fachpersonen zur Risikominimierung bei, wobei für die Zukunft Klärungsbedarf in Bezug auf den Einschluss von Frauen mit einer wiederholten Sectio (ab der 3. Sectio) besteht.

Die Fachpersonen sprachen von einer ganzheitlichen Betreuung, da die Frauen von der ihnen bekannten Gynäkologin operiert und von einer Hebamme kontinuierlich betreut wurden. Die Patientenversorgung war stets gewährleistet und zur Durchführung der ambulanten Sectiones waren im Spital Zweisimmen keine speziellen Vorkehrungen notwendig, da alle Materialien noch vorhanden waren. Aus der Perspektive der Hebammen wurde kritisch erläutert, dass das initiale Bonding zwischen Mutter und Neugeborenem durch den Einbezug der Neonatologin unterbrochen werde, da die Fachärztin das Kind unmittelbar nach der Geburt untersuchen müsse. Andererseits wünschten sich die Anästhesiefachpersonen, dass der vereinbarte Sicherheitsstandard, wonach eine Neonatologin beigezogen wird, keinesfalls unterschritten werden dürfe. Aus Sicht der Anästhesie stellt die postoperative Schmerztherapie einen weiteren Kritikpunkt dar. Diese sei nicht zufriedenstellend, denn durch die frühe Verlegung der Frau in das Geburtshaus sei eine andere spinale Schmerztherapie notwendig, was eine kürzere Therapie zur Folge habe. So muss aus Sicht der Anästhesie frühzeitig auf einzunehmende Schmerzmedikamente umgestellt werden. Wenn die Frauen nach der Sectio über Nacht im Spital bleiben würden, könnte eine optimalere Therapie garantiert werden.

#### 5.3.2.2 Subdimension «Einhaltung des Behandlungsprozesses und Regelung der Kompetenzen»

Während des gesamten Behandlungsprozesses bei einer ambulanten Sectio (siehe Anhang 1, Behandlungsprozess) waren die Zuständigkeiten klar geregelt und ein reibungsloser Ablauf des Eingriffs war jederzeit garantiert. Der Hebamme war während des ganzen Prozesses involviert und gewährleistete die Betreuungskontinuität. Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass die Fachperson Anästhesie für eine Patientin zuständig war, solange sich Letztere in Spitalpflege befand. Nach der Spitalentlassung oblag die ärztliche Verantwortung der behandelnden Gynäkologin.

Im Lauf der Interviews wurde evident, dass Uneinigigkeiten hinsichtlich der Kompetenzen der Fachpersonen bestehen. Dies zeigte sich am deutlichsten bei der Frage nach der Erstversorgung des Neugeborenen. Die Fachpersonen Anästhesie forderten, dass eine Neonatologin für die Erstversorgung vor Ort sein müsse, den Hebammen wurde die Erfüllung dieser Aufgabe von den Fachpersonen Anästhesie nicht zugetraut. Dagegen stellten sich die Neonatologin, die Gynäkologin, wie auch die Hebammen auf den Standpunkt, dass Letztere aufgrund ihrer Ausbildung durchaus kompetent seien, um die Erstversorgung des Neugeborenen zu leisten.

### 5.3.2.3 Subdimension «Umgang mit Risiken»

Alle Fachpersonen waren der Meinung, dass es nie ein Nullrisiko gebe. Ein Risiko sei allen medizinischen Behandlungen inhärent. Alle Beteiligten waren sich bewusst, dass die regionalen Begebenheiten bei einem geburtshilflichen Notfall Risiken in sich bergen. Beispielsweise stünden gemäss Auskunft der Fachpersonen bei einem Notfall vor Ort wenig personelle Ressourcen zur Verfügung und der kurzfristige Beizug von Personal aus dem Spital Thun sei nur bedingt möglich.

Als weitere Risikofaktoren wurden die fehlende Blutbank sowie die fehlenden intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten für Neugeborene wie auch für Erwachsene genannt. Aus diesen Gründen wurden äusserst strenge Ausschlusskriterien definiert, um so mittels einer strengen Risikoselektion Zwischenfälle zu reduzieren, die die Mutter und das Neugeborene betreffen. Des Weiteren wurden die Eltern umfassend über diese Risiken aufgeklärt.

In den Interviews mit den Anästhesiefachpersonen wurde deutlich, dass deren Handeln und Entscheidungen geleitet sind von einem ausgeprägten Fokus auf potenzielle Risiken. Aus der Perspektive der Anästhesie muss das Risiko auf ein Minimum reduziert werden, beispielsweise durch das Vorhandensein einer ungewöhnlich hohen Anzahl getesteter Blutkonserven und die zwingend notwendige Anwesenheit der Neonatologin. Als weiteres Risiko erachtete die Anästhesie, dass die Hebammen zu wenig vertraut mit der Umgebung des Spitals seien. Dies berge das Risiko, dass die Hebamme zwar wisse, was in einem Notfall zu tun ist, jedoch die dazu notwendigen Materialien nicht rechtzeitig auffinden könne.

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis wurde von den Fachpersonen unterschiedlich gewichtet. Die Anästhesie vertrat den Standpunkt des Qualitäts- und Risikomanagements und stufte bei den ambulanten Sectiones die Risiken höher ein als den Nutzen. Hingegen schätzten die befragten Hebammen, die Gynäkologin wie auch die Neonatologin das Risiko klein ein und gewichteten in diesem Versorgungsmodell den Nutzen stärker.

*«Es gibt nie ein Nullrisiko in der Medizin. Das gibt es nicht. Aber mit dem vorhandenen Material ist auch eine Erstversorgung, bei zum Beispiel einem Narkosezwischenfall, durch die vorhandenen Hebammen und auch durch die vorhandene Anästhesie da. Man unterscheidet ja zwischen Erstversorgung, die kindliche Reanimation benötigt, die mit einfachen Mitteln auskommt, und dann die erweiterte Reanimation, wo es dann auch zur Intubation kommen kann. Für beides sind die Materialien vorhanden. Für die Erstversorgung eines Kindes sind sowohl die Hebammen und meines Wissens auch die Anästhesisten geschult. Es ist ein Sicherheitsstandard da. Dass es gar kein Risiko gibt, kann ich Ihnen als Medizinerin nie sagen. Das gibt es nicht, aber es ist sehr gering.» (FP\_07)*

### 5.3.2.4 Subdimension «Umgang mit unerwünschten Ereignissen»

Während der ganzen Pilotphase kam es zu keinem schweren Zwischenfall, wohingegen kleine unerwünschte Ereignisse eintraten (Adaptationsstörung des Neugeborenen, leichte Hypothermie beim Neugeborenen, Notwendigkeit eines Wechsels zur Vollnarkose bei der Frau sowie ein erhöhter Blutverlust). All diese unerwünschten Ereignisse wurden rechtzeitig erkannt und konnten sofort erfolgreich angegangen werden.

Die unerwünschten Ereignisse führten zu keinen weiteren Folgeproblemen. Beim Vorfall des erhöhten Blutverlustes waren die Mitglieder des interprofessionellen Teams in der postoperativen Phase uneinig, ob die Frau vom Spital ins Geburtshaus verlegt werden sollte. Die Frau erfüllte die Entlassungskriterien nicht, weshalb die Anästhesie entschied, dass die Patientin zur Überwachung über Nacht im Spital verweilen musste. Diese Entscheidung respektierten die Gynäkologin und die Hebamme, obwohl sie den allgemeinen Zustand der Frau anders einschätzten. Ihrer Meinung nach war der Zustand der Patientin trotz erhöhtem Blutverlust stabil und eine Verlegung wäre vertretbar gewesen.

*«Der Frau ging es niemals irgendwie schlecht. Sie hatte zwar ein Hämoglobin von 6 oder 6 Komma was auch immer. Das war schon nicht berühmt hoch, aber es stand niemals im Raum, auch nicht von der Anästhesie, dass man eines dieser vier ECs [Blutkonserven] benutzen könnte. Die Frau wollte in die Maternité verlegt werden. Ich hätte dem auch zugestimmt. Aber das wollte die Anästhesie nicht. Da wir vorher besprochen hatten, sobald die Anästhesie Bedenken äussert, behalten wir die Frau im Spital, war das keine Diskussion.» (FP\_06)*

Aufgetretene unerwünschte Ereignisse werden im Geburtshaus mit der Gynäkologin nachbesprochen, nicht aber mit den Fachpersonen des Spitals. Es gab keine Fallbesprechungen zwischen Gynäkologin, Hebammen, Neonatologin und Anästhesie.

### 5.3.3 Dimension «Zufriedenheit»

Trotz unterschiedlicher Grundeinstellungen gegenüber dem Projekt zeigten sich die befragten Fachpersonen mit dessen Umsetzung zufrieden. Für eine Weiterführung setzten die Fachpersonen jedoch divergierende Bedingungen voraus. So wünschte sich die Anästhesie die Beibehaltung der getroffenen Sicherheitsstandards bzw. ein Anästhesist stand der Weiterführung ablehnend gegenüber. Im Gegensatz dazu sahen die Gynäkologin und die Hebammen im Projekt nur eine Zukunft, wenn die Standards angepasst und so der administrative Aufwand reduziert werden könne. Durch die Einzigartigkeit dieses Pilotprojektes war eine gewisse Unruhe stets zu spüren und es wurde der Wunsch nach Konsolidierung und Ruhe geäussert.

#### 5.3.3.1 Subdimension «Befindlichkeiten der Fachpersonen»

Aus den Interviews kristallisierten sich unterschiedliche Einstellungen und Meinungen bezüglich des Pilotprojekts heraus. Die befragten Fachpersonen zeigten grundsätzlich eine positive Haltung gegenüber dem Pilotprojekt, doch kamen auch Vorbehalte zum Ausdruck. Hierbei spielt die persönliche Erfahrung in der beruflichen Laufbahn jeder einzelnen Person sicherlich eine bedeutsame Rolle.

Eine Fachperson beschrieb, dass sie unter gewissen Fachpersonen eine Aufgeregtheit oder auch Angst während des Eingriffs wahrnehme. Eine andere Fachperson äusserte den Wunsch nach Ruhe innerhalb des Projektteams. Erwähnt wurde diesbezüglich insbesondere die Tatsache, dass von Seiten der Anästhesie Widerstand bestehe und dass diese das Projekt schon mehrfach in Frage gestellt habe. Auf der anderen Seite wurde die Sectio als eine willkommene Abwechslung beschrieben.

*«Die Aufgeregtheit nehme ich an den anderen Personen wahr, also wie routiniert sie mit der Situation umgehen. Das ist personenbezogen, wo die Aufgeregtheit stattfindet. Es ist keine medizinische Aufgeregtheit, dass etwas nicht klappt. Sondern einfach diese Situation, dass jetzt eine Sectio ansteht, verursacht Aufgeregtheit, die man bisher in dem Projekt noch nicht in einen Bereich gebracht hat, wo es routinierter abläuft.» (FP\_07)*

Die Gynäkologin und die Hebammen beschrieben wiederkehrende Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Anästhesie. Die langen Arbeitstage empfanden die Hebammen als Belastung.

#### 5.3.3.2 Subdimension «Organisation/Administration»

Den hohen administrativen Aufwand im Kontext dieses Pilotprojektes spürten vor allem die Gynäkologin und die Hebammen. Zusätzlich wurde die erschwerte Zusammenarbeit mit dem chirurgischen Sekretariat des Spitals genannt, was auf einen Optimierungsbedarf hindeutet.

Weil die Anästhesie bei der Zulassung der schwangeren Frauen zum Pilotprojekt das letzte Wort hatte, entstand für die Gynäkologin eine hohe Planungsunsicherheit. Wurde eine Frau von der Anästhesie erst kurz vor der geplanten Sectio für das Aufklärungsgespräch aufgebeten und dann möglicherweise aufgrund von Ausschlusskriterien abgelehnt, blieb der Gynäkologin nur wenig Zeit, die Sectio in einem anderen Spital anzumelden und alles umzuorganisieren.

Mehrfach wurde bemängelt, dass die Kommunikation zwischen Anästhesie und den restlichen Projektbeteiligten einseitig laufe. So würde die Anästhesie zu wenig kommunizieren und wenn, dann indirekt über die Spitalleitung.

*«Mittlerweile, das haben Sie ja vielleicht mitbekommen, hat jetzt die Anästhesie diesen Teil des Vertrages, der ja die eigene Auflage war, gekündigt. Leider ohne das vorher mit dem kleineren oder grösseren Team irgendwie zu besprechen. Das kam recht überraschend.»  
(FP\_06)*

#### 5.3.3.3 Subdimension «Akzeptanz des Projektes bei den Fachpersonen»

Das Pilotprojekt wurde gemäss Aussage der Befragten von den Hebammen, der Gynäkologin wie auch von der Neonatologin akzeptiert und von der Anästhesie toleriert. Letztere betonte, dass die Patientenbetreuung trotz ihrer Bedenken gegenüber diesem Pilotprojekt während der Durchführung der Sectio ohne Einschränkungen stets gewährleistet gewesen sei.

Die Projektleitung Sorge stets für Transparenz und dafür, dass alle Beteiligten bei Entscheidungen involviert waren. Die Weiterführung dieses Betreuungsmodells wird grundsätzlich befürwortet, teilweise mit Vorbehalten.

*«Ja, ich persönlich schon, auch aus Sicht vom OP-Team. Wir würden das [die Weiterführung des Betreuungsmodells] schon befürworten. Das ist für uns einerseits eine schöne Operation, da schaut etwas heraus.» (FP\_05)*

*«Ich denke, solange es unter den Kriterien läuft, die wir im Moment haben, könnte ich mir schon vorstellen, da weiter Sectiones zumachen.» (FP\_02)*

#### 5.3.4 Dimension «Politische Rahmenbedingungen»

Das Pilotprojekt lief vor dem Hintergrund eines politisch umstrittenen Rahmens: Obwohl das Spital Zweisimmen keinen offiziellen geburtshilflichen Leistungsauftrag des Kantons hat, wurde im Falle der ambulanten Sectio eine geburtshilfliche Grundversorgung angeboten. Demnach war die Spannweite der Beurteilung dieses Projektes unter den Fachpersonen entsprechend gross. Sie reichte von der Aussage, dass es sich um ein «innovatives Versorgungsmodell» handle, bis zur Kritik, das Projekt sei eine «politische Zwängerei».

*«Grundsätzlich finde ich das eine politische Zwängerei. Die haben in der Region die Geburtshilfe einfach mal geschlossen. (...) Dann fanden diverse Einwohner und Politiker, dass das so nicht geht. Geburtshilfe gehört zur Grundversorgung. Sie haben dann Unterschriften gesammelt und am Schluss diese Maternité Alpine gegründet mit einigen Spendengeldern. Nachher ging es um den grossen Kampf, dass man diese Sectiones in Zweisimmen machen kann.» (FP\_04)*

##### 5.3.4.1 Subdimension «Rechtliche Rahmenbedingungen»

Es war allen Fachpersonen klar, dass die ambulanten Sectiones nur unter dem besonderen Umstand gewährleistet werden können, dass die GSI hier ein Pilotprojekt bewilligt hat. Das Spital Zweisimmen hat derzeit keinen offiziellen geburtshilflichen Leistungsauftrag. Mit dem Pilotprojekt wurde ein Gefäss



geschaffen, in dem die geburtshilfliche Grundversorgung im Falle einer geplanten Sectio trotzdem möglich ist. In dieser rechtlichen Grauzone sahen die befragten Anästhesiefachpersonen vielerorts das Risiko einer Klage.

*«Damit Medizin Spass macht und damit es für alle in Ordnung ist, muss man auch die Rahmenbedingungen schaffen, dass man nicht mit einem Fuss auf der Bananenschale steht und mit dem anderen schon halb im Gefängnis, weil man den entsprechenden Standards nicht mehr entspricht.» (FP\_02)*

Die Fachpersonen äusserten sich nach wie vor enttäuscht darüber, dass die Geburtshilfe ohne ihr Mitreden geschlossen worden sei. Sie betonten den Bedarf, der in der Bergregion Zweisimmen nach einer geburtshilflichen Grundversorgung vorliege, und deren Notwendigkeit. Es wurde der Wunsch geäussert, dass das Spital Zweisimmen wieder einen Leistungsauftrag für Geburtshilfe erhalten solle. Unterstützend wurden mehrere Beispiele von Frauen erwähnt, die es für die Geburt nicht mehr ins Spital schafften, worauf das Kind beispielsweise im Auto zur Welt kam.

#### 5.3.4.2 Subdimension «Politische Diskussion»

Die Sorge um eine mögliche Spitalschliessung in Zweisimmen ist omnipräsent, denn würde dies tatsächlich eintreten, wäre auch die geburtshilfliche Versorgung des Geburtshauses Maternité Alpine nicht mehr aufrechtzuerhalten. Das Angebot der Maternité Alpine müsste in der Folge drastisch reduziert werden (nur noch Wochenbettbetreuungen), was allerdings die Betriebskosten nicht decken würde. Also Folge müsste die Schliessung des Geburtshauses in Betracht gezogen werden.

Einige Fachpersonen erwähnten, dass das Projekt mit den ambulanten Sectiones eine Chance für das Spital sein könnte, um dem Fachkräftemangel vorzubeugen, denn mit einem solch attraktiven Versorgungsangebot liessen sich unter Umständen mehr Fachkräfte gewinnen. Die Genehmigung dieses Pilotprojekts durch die GSI taxierten die Befragten auch als Signal an die Bevölkerung, dass die Aufrechterhaltung des Spitalbetriebs geprüft werde.

Der Widerstand von Seiten des Spitals Zweisimmen – der vor allem von der Anästhesie kam – sowie jener der Leitung der STS AG war vor und während des Pilotprojekts eine grosse Herausforderung. Die Umsetzung des Pilotprojektes musste erkämpft werden und die Fachpersonen zeigten sich frustriert, dass die vorhandene Spitalinfrastruktur für ein grösseres geburtshilfliche Angebot nicht genutzt werden darf.

*«Und nachdem das Geburtshaus geöffnet hat, hat man gemerkt, dass 200 Meter nebenan ein Spital vorhanden ist und wir dessen Infrastruktur nicht nützen dürfen. Obwohl wir eine Gynäkologin haben, welche mit uns arbeitet. Und grundsätzlich finde ich es eine sehr gute Idee für dieses Pilotprojekt, jedoch den Grund dazu finde ich tragisch.» (FP\_01)*

*«Bei der Durchführung dieses Projektes muss man wissen, dass es gegen viele Widerstände durchgeführt wird und dass dieses Projekt nur mit einem enormen Einsatz der Hebammen hier vor Ort durchgeführt wird. Und dass es trotz aller widrigsten Umstände immer noch fortgeführt werden kann und es immer wieder versucht wird, nicht weiterzuführen, trotz laufendem Projekt und trotz laufender Verträge. Das ist ganz wichtig, dass dieses Projekt von einigen Seiten nicht unterstützt wird, und [dass] immer wieder versucht wird abzubrechen. Aus meiner Sicht gibt es keine Gründe, dieses Projekt abzubrechen.» (FP\_07)*

### **Zusammenfassung qualitative Ergebnisse – Fachpersonenperspektive**

- Es besteht ein Bedarf der Bevölkerung nach einer wohnortsnahen geburtshilflichen Versorgung.
- Die Qualitätssicherung ist im Rahmen des Pilotprojektes ein zentraler Faktor. Darüber waren sich alle involvierten Fachpersonen einig. Die Einhaltung der Betreuungsstandards war gegeben. Der Umgang mit Risiken wurde von den involvierten Fachpersonen unterschiedlich ausgelegt. Das Spektrum reichte vom Wunsch nach einem regulären Angebot der geburtshilflichen Grundversorgung bis zum Wunsch nach einer maximalen möglichen Versorgungssicherheit.
- Die weitere Umsetzung des Modells verlangt Anpassungen, um die Zufriedenheit aller involvierten Fachpersonen zu erhöhen.
- Das Pilotprojekt wurde in einem rechtlichen Graubereich realisiert (geburtshilfliche Versorgung im Spital ohne Leistungsauftrag), was es involvierten Fachpersonen erschwerte, vorbehaltlos für dieses Modell einzustehen.

## 5.4 Qualitative Ergebnisse – Perspektive der Nutzerinnen

Mit fünf Nutzerinnen wurde ein Interview geführt, wobei sich im Verlauf der Analyse eine Datensättigung abzeichnete, weshalb auf eine Erweiterung der Stichprobe verzichtet wurde. Bei der Auswertung der Interviews zeigten sich sechs Dimensionen mit dazugehörigen Subdimensionen, die in Abbildung 11 dargestellt sind. Im Folgenden werden die Themenbereiche erläutert.

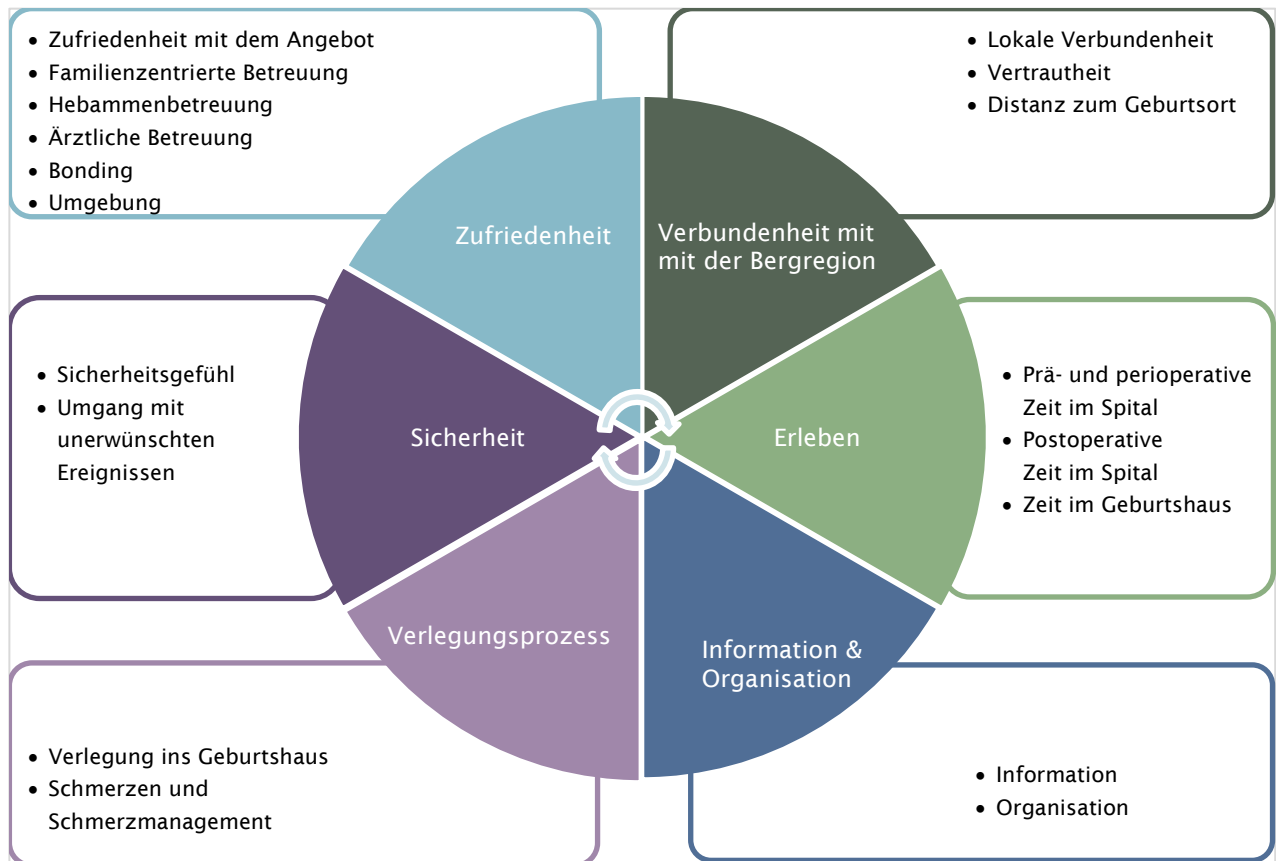


Abbildung 11: Dimensionen und Subdimensionen der Perspektive der Nutzerinnen

### 5.4.1 Dimension «Verbundenheit mit der Bergregion»

Die ausgeprägte Verbundenheit der befragten Frauen mit der Bergregion kam in verschiedenen Facetten zum Vorschein. Die befragten Nutzerinnen sagten, dass es für sie klar gewesen sei, das Angebot der ambulanten Sectio im Spital Zweisimmen in Anspruch nehmen zu wollen. Als weitere Vorteile des Angebotes wurden die Nähe zum Wohnort und die Möglichkeit des täglichen Familienbesuchs genannt.

#### 5.4.1.1 Subdimension «Lokale Verbundenheit»

Alle befragten Nutzerinnen beschrieben ihre Entscheidung für eine Sectio in Zweisimmen mit einem eindeutigen Statement: Wenn es die Möglichkeit gebe, in Zweisimmen zu gebären, dann wollten sie diese nutzen. Auf Nachfrage wurden uns keine Gründe genannt, die gegen eine Geburt in Zweisimmen sprachen. Die Betreuung durch lokal ansässige Fachpersonen war ein wichtiger Faktor für diese Entscheidung, denn es wurde als positiv erwähnt, regelmässig auf bekannte Personen zu treffen.

*«Für mich war immer klar, wenn es in Zweisimmen so etwas gibt, dann will ich es hier machen.» (Pat\_04)*

#### 5.4.1.2 Subdimension «Vertrautheit»

Die befragten Nutzerinnen schätzten besonders, dass der Eingriff von einer bereits bekannten Gynäkologin, die vor Ort tätig ist, durchgeführt wurde. Teilweise kannten die Nutzerinnen die Gynäkologin schon von früheren Schwangerschaften und Geburten. Als wichtige Unterstützung beschrieben die Nutzerinnen auch die Hebamme, die wie während der Geburt begleitete.

*«Das hatte diverse Gründe. Zum einen sicher emotional. Es ist ja schön, wenn man am Wohnort den Eingriff haben kann, und dass natürlich die eigene Gynäkologin den Eingriff macht, die einem bereits neun Monate betreut hat. In Thun wäre das ja einfach jemand anderes gewesen.» (Pat\_05)*

Verstärkt wurde diese Vertrautheit zwischen Nutzerinnen und Fachpersonen durch das Modell der kontinuierlichen Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Die Fachpersonen waren im ganzen perinatalen Prozess eine Konstante, denn sie waren permanent anwesend. Sie betreuten die Nutzerinnen in den verschiedenen Phasen bis zur Entlassung aus dem Wochenbett und noch darüber hinaus in der häuslichen ambulanten Nachsorge.

#### 5.4.1.3 Subdimension «Distanz zum Geburtsort»

Durch die Nähe zum Wohnort ergaben sich für die Nutzerinnen deutliche Vorteile. An erster Stelle stand die Nähe zur Familie. Die Nutzerinnen waren glücklich darüber, dass der Partner mit den älteren Kindern ohne lange Anreise täglich zu Besuch kommen konnte. Das erste Kennenlernen des Neugeborenen sowie die Neuorientierung als Familie wurde so von Anfang an ermöglicht.

*«Ich war wirklich sehr froh (...), dass meine Familie in der Nähe war und jeden Tag vorbeikommen konnte. Und auch, dass ich meine anderen Kinder immer wieder sehen konnte.» (Pat\_01)*

Auch für die Nutzerinnen der umliegenden Täler war das Spital Zweisimmen gut erreichbar. Der Weg nach Thun wäre ungleich weiter gewesen und hätte rund eine Stunde Autofahrt in Anspruch genommen. Für Familien, die auf den ÖV angewiesen sind, wäre die Reise vom Berner Oberland nach Thun noch umständlicher gewesen.

*«Zudem kann mein Partner nicht Auto fahren. Das heisst, wir konnten am Morgen schön zu Fuss hingehen und mussten nicht mit dem ÖV hin und her. Es war halt mitten im Winter. Dann kann unter Umständen ein Meter Schnee fallen und man kann nicht davon ausgehen, dass alles so klappt mit dem ÖV, wie man sich das vorstellt.» (Pat\_05)*

### 5.4.2 Dimension «Erleben»

Die Nutzerinnen zeichneten ein detailliertes Bild ihres Erlebens der Sectio und des Wochenbettes. Sie fühlten sich auf den operativen Eingriff gut vorbereitet und erlebten den gesamten Tag positiv. Die unmittelbare postoperative Phase im Spital war jedoch geprägt von Erschöpfung, Müdigkeit und Schmerzen. Nach der Verlegung in das Geburtshaus konnten die Wöchnerinnen etwas zur Ruhe kommen und sich erholen.

#### 5.4.2.1 Subdimension «Prä- und perioperative Zeit im Spital»

Aufgrund der Planbarkeit der Sectio konnten sich die Nutzerinnen entspannt auf die Geburt einlassen. Sie wurden allesamt durch die Fachpersonen sehr gut auf die Operation vorbereitet. Im Erleben des operativen Eingriffs zeigten sich Unterschiede. Bei den meisten Nutzerinnen verlief die Sectio problemlos. Die Eltern konnten den Eingriff auch visuell miterleben. Bei anderen Nutzerinnen war dies nicht der Fall, da wegen unerwarteter Probleme bei der Regionalanästhesie eine Vollnarkose notwendig wurde.

*«Die Operation habe ich auch wirklich gut erlebt. Die Stimmung war gut. Es war wirklich ein sehr schöner Tag und wir sind sehr zufrieden und relaxt dahin gekommen.» (Pat\_01)*

#### 5.4.2.2 Subdimension «Postoperative Zeit im Spital»

Unterschiedliche Emotionen charakterisierten die postoperative Phase im Spital. So äusserten die Nutzerinnen Gefühle von Schwäche und Müdigkeit, aber auch von Leichtigkeit. Die Schmerzen sowie das Schmerzmanagement werden in der Dimension Verlegungsprozess (siehe Kapitel 5.4.4) genauer beschrieben. Die Nutzerinnen erlebten die ersten postoperativen Stunden als anstrengend und benötigten Zeit, um wieder zu Kräften zu kommen. Trotzdem beurteilten sie diese Zeitspanne grundlegend positiv. Sie fühlten sich umsorgt, kompetent gepflegt, in ihren Bedürfnissen verstanden und sehr gut aufgehoben.

#### 5.4.2.3 Subdimension «Zeit im Geburtshaus»

Im Wochenbett in der Maternité Alpine fühlten sich die befragten Frauen aufgenommen, angenommen und gut umsorgt. Sie berichteten, dass sie sich entspannen und erholen konnten. Auch die umfassende Betreuung durch die Hebammen wurde besonders geschätzt. Die einladende Einrichtung und das sehr gute Essen trugen ihren Teil zum positiven Erleben bei. Als einziger Negativpunkt wurden die nicht in der Höhe verstellbaren Betten erwähnt. Für Frauen nach einer Sectio stellte dies eine Erschwernis dar.

*«Dort konnte ich entspannen. Es war fast wie ein Heimkommen. Ich kam in ein schönes Zimmer und konnte dann einfach mal schlafen und gut essen. Man fühlt sich da einfach wohl.» (Pat\_04)*

### 5.4.3 Dimension «Information und Organisation»

Die Nutzerinnen wurden sehr ausführlich und konsequent über die Rahmenbedingungen der ambulanten Sectio im Kontext des Pilotprojekts sowie über alternative Geburtsorte wie Thun oder Frutigen informiert. Auch über die Risiken des Eingriffs klärten die Gynäkologin sowie die Fachpersonen Anästhesie umfassend auf. Die Hebamme erläuterte den Nutzerinnen den Ablauf am Operationstag inklusive Verlegung ins Geburtshaus. Für auftretende Fragen standen alle beteiligten Fachpersonen stets zur Verfügung. Auch mit der Organisation waren die Nutzerinnen grundsätzlich zufrieden. Allein die definitive ärztliche Zusage zum Eingriff wurde als sehr kurzfristig beschrieben.

#### 5.4.3.1 Subdimension «Information»

Von der Möglichkeit, die geplante Sectio in Zweisimmen durchzuführen, erfuhren die Nutzerinnen in der Regel durch ihre Gynäkologin. Einige hatten auch einen Bericht in der Regionalzeitung über das Pilotprojekt gelesen. Obwohl die Nutzerinnen direkt von diesem Modell überzeugt waren, zeigte ihnen die Gynäkologin auch Alternativen auf, etwa eine Entbindung in Thun oder Frutigen. Den Nutzerinnen wurde so eine informierte Entscheidung ermöglicht. Auch andere Wünsche der Frauen wurden berücksichtigt. Beispielsweise wünschte sich eine der Befragten, dass während der Sectio der Sichtschutz entfernt wurde, damit sie die Geburt des Kindes sehen konnte.

Die Gynäkologin und die Anästhesie klärten alle Nutzerinnen schriftlich und mündlich über den Ablauf des Eingriffs, die Vorgehensweise bei der Operation, die Regionalanästhesie und die möglichen Risiken auf. Die Nutzerinnen schätzten dabei die bedarfsgerechte und verständliche Art, wie sie informiert wurden.

*«Es war alles sehr verständlich. Schwierige Wörter wurden einfach erklärt. Ich konnte immer gut folgen und habe die Information verstanden.» (Pat\_03)*

Die Hebamme informierte die Nutzerinnen über den Ablauf des bevorstehenden Operationstages und klärte bei Bedarf anstehende Fragen. Diese kontinuierliche und zeitnahe Art zu informieren beschrieben die Frauen als hilfreich.

*«Aber sie hat mir dann wirklich alles, den Tag und wie es ablaufen wird, Schritt für Schritt erklärt. Ab dann ging es mir eigentlich besser.» (Pat\_05)*

#### 5.4.3.2 Subdimension «Organisation»

Einige Nutzerinnen beschrieben die Organisation im Vorfeld der Operation als reibungslos. Andere empfanden es als aufwendig, mehrere Termine in Zweisimmen wahrnehmen zu müssen. Sie hätten sich eine effizientere Terminplanung gewünscht.

Viele Nutzerinnen erwähnten, dass sie die definitive ärztliche Zusage zur Sectio in Zweisimmen erst kurzfristig erhalten hätten. Erst im Narkosegespräch, knapp eine Woche vor dem geplanten Termin, prüfte die Fachperson Anästhesie ihre Einschlusskriterien, um dann über die Zu- oder Absage zu entscheiden. Bei der Durchführung der Sectio wurden die kurzen Wartezeiten und der reibungslose Ablauf positiv hervorgehoben.

*«Das war alles etwas kurzfristig. Aber rein theoretisch hätten sie uns bei diesem Gespräch noch ein Nein geben können.» (Pat\_01)*

#### 5.4.4 Dimension «Verlegungsprozess»

Die Verlegung vom Spital ins Geburtshaus gaben die Nutzerinnen detailgetreu wieder. So beschrieben sie das erste Aufstehen nach der Sectio als grosse Anstrengung, die mit starken Schmerzen verbunden war. Da dieses Aufstehen als Grundvoraussetzung für die Verlegung galt und die meisten Frauen unbedingt ins Geburtshaus verlegt werden wollten, wurde die Mobilisation nach dem Motto «Augen zu und durch» in Angriff genommen. Der anschliessende Transport mit dem Betriebsauto der Maternité wurde als weitere schmerzhafteste Herausforderung beschrieben.

##### 5.4.4.1 Subdimension «Verlegung ins Geburtshaus»

Die Nutzerinnen beschrieben, dass sie im Vorfeld von den Fachpersonen darüber aufgeklärt worden seien, dass die Verlegung vom Spital ins Geburtshaus ein anstrengender und schmerzhafter Prozess sein würde. Voraussetzung dafür sei eine erfolgreiche erste Mobilisation. Während manche Frauen problemlos aufstanden, war die erste Mobilisation für andere mit starken Schmerzen verbunden. Erst wenn die Schmerzsituation und der allgemeine Zustand stabil waren, wurden die Nutzerinnen ins Geburtshaus verlegt. Hierzu wurden sie mit dem Rollstuhl bis zum Parkplatz des Spitals gefahren und von da mit dem Betriebsauto in das nahegelegene Geburtshaus gefahren. Die Nutzerinnen wurden bei der Entscheidung über die Verlegung ins Geburtshaus stets miteinbezogen. Die meisten beschrieben den Transport vom Spital ins Geburtshaus als unangenehm. Vor allem das Ein- und Aussteigen in das Auto waren eine Herausforderung.

*«Ich war sehr erschöpft und hatte Schmerzen. Nachher sind wir dann in dieses Auto gestiegen. Ich habe mir gedacht, Augen zu und durch und anschliessend kann ich mich hinlegen und schlafen.» (Pat\_04)*

Beim Transport setzten auch die meisten Verbesserungsvorschläge der Frauen an. Während sich einige Gedanken zu einem geeigneteren Transportfahrzeug machten, hätten sich andere gewünscht, noch eine Nacht im Spital bleiben zu können.

##### 5.4.4.2 Subdimension «Schmerzen und Schmerzmanagement»

Die Mehrheit der von uns befragten Nutzerinnen äusserten starke postoperative Schmerzen, die vom Fachpersonal adäquat und zügig behandelt werden konnten. Die befragten Frauen beschrieben, dass sie mit der Schmerztherapie zufrieden gewesen seien und dass auf ihre Bedürfnisse eingegangen worden sei. Nichtsdestotrotz bleibt zu erwähnen, dass die Frauen viele Schmerzmittel erhielten; auch ein

Opiat (Morphin) kam häufig zum Einsatz, um die Schmerzen in einen erträglichen Bereich zu bringen. Die Verabreichung von Opiaten stand im Zusammenhang mit der Schmerzproblematik, die durch die Mobilisation aufgrund der Verlegung hervorgerufen wurde.

#### **5.4.5 Dimension «Sicherheit»**

Die Nutzerinnen fühlten sich während des ganzen Prozesses sicher. Sie vertrauten den Fachpersonen, die sie von früheren Behandlungen oder aufgrund von deren Ortsansässigkeit kannten. Im Fall eines unerwünschten Ereignisses wurden sie transparent über deren Ursache informiert. Der Umgang mit erwähnten Zwischenfällen wurde als ruhig und kompetent beschrieben.

##### **5.4.5.1 Subdimension «Sicherheitsgefühl»**

Durch die Beziehung zu ihrer Gynäkologin und zur Hebamme fühlten sich die Nutzerinnen sicher. Verstärkt wurde das Sicherheitsgefühl, weil sie im Spital einige Fachpersonen kannten. In diese hatten sie gemäss eigener Angabe grosses Vertrauen, entsprechend gingen sie stets von einer erfolgreichen Operation aus. Eine Nutzerin verlautete auch, dass sie eine hohe Qualität erwartet habe, da es sich um ein Pilotmodell handle. Der eigentliche Ablauf des Eingriffs war gemäss Angaben der befragten Frauen ruhig, die Atmosphäre vermittelte ein Gefühl von Sicherheit und Professionalität.

*«Ich hatte einfach volles Vertrauen in die Leute um mich herum. Sie waren alle sehr ruhig und angenehm und haben mir ein gutes Gefühl gegeben. So habe ich mich wirklich sehr sicher gefühlt.» (Pat\_01)*

##### **5.4.5.2 Subdimension «Umgang mit unerwünschten Ereignissen»**

Bei unerwarteten Zwischenfällen – beispielsweise einem erhöhten Blutverlust – gaben die Nutzerinnen an, dass die Fachpersonen sie umgehend und transparent darüber informiert hätten. Es kam vor, dass die Fachpersonen die Situation unterschiedlich einschätzten. Im Fall des erhöhten Blutverlustes nahm die betroffene Nutzerin diese Unstimmigkeit wahr und beschrieb diese im Interview wie folgt:

*«Sie waren sich nicht so ganz einig. Ich konnte das aber auch verstehen, dass die Anästhesie gesagt hat, ich solle noch bleiben, weil sie auf Nummer sicher gehen wollte.» (Pat\_01)*

Auf die Nachfrage, ob die Nutzerinnen unerwünschte Ereignisse erlebt hätten, nannte keine Nutzerin einen Zwischenfall. Obwohl die befragten Frauen von einer fehlgeschlagenen Regionalanästhesie oder von einer Adaptationsstörung beim Neugeborenen erzählten, bezeichneten sie diese Erlebnisse nicht als unerwünschte Ereignisse. Die Wöchnerin, die ein Neugeborenes mit einer anfänglichen Adaptationsstörung hatte, beschrieb die Situation als kurzen Moment der Unsicherheit, aber durch die Ruhe im Raum, die Erklärungen von der Hebamme und das kompetente Handeln des Teams war diese Unsicherheit von kurzer Dauer.

#### **5.4.6 Dimension «Zufriedenheit»**

Die Qualität der Betreuung und der Durchführung des Eingriffs wurde durchwegs positiv bewertet. Die Nutzerinnen fühlten sich kompetent und umfassend versorgt. Sie nahmen die guten Absprachen zwischen den Fachpersonen wahr und hatten den Eindruck, dass der Behandlungsablauf klar geregelt war. Besonders schön war es für die Nutzerinnen, dass sie ihr Kind direkt nach der Geburt zu sich nehmen konnten. Sie genossen den Aufenthalt im ansprechend eingerichteten Geburtshaus, doch waren sie auch mit den schon etwas älteren Zimmern im Spital Zweisimmen zufrieden.

##### **5.4.6.1 Subdimension «Zufriedenheit mit dem Angebot»**

Die Nutzerinnen waren äusserst zufrieden mit dem Angebot der ambulanten Sectiones in Zweisimmen. Vor allem der problemlose Ablauf der Geburt und die als sehr kompetent wahrgenommene Betreuung durch das Fachpersonal trugen zur Zufriedenheit bei. Alle Frauen würden diese Option erneut wählen

und sie auch weiterempfehlen. Viele der Befragten hofften zudem auf eine Weiterführung des Angebotes.

*«Ich würde dieses Angebot wirklich jedem weiterempfehlen, der einen Kaiserschnitt haben muss oder sich überlegt, einen Kaiserschnitt aus anderen Gründen zu machen.» (Pat\_01)*

#### 5.4.6.2 Subdimension «Familienzentrierte Betreuung»

Die Betreuung wurde als durchwegs kompetent und fürsorglich erlebt, auf die Wünsche der Nutzerinnen wurde eingegangen. Die Partner konnten den ganzen Ablauf miterleben und vom Spitaleintritt bis zum Austritt anwesend sein. Gleichzeitig wurde die Privatsphäre geschützt und den Familien wurde ermöglicht, erste Momente allein zu verbringen. Die befragten Frauen gaben an, dass sich ihre Partner integriert und wahrgenommen gefühlt hätten.

*«Ich hatte das Gefühl, dass sie uns alle und das Wohl von uns allen im Blick hatte.» (Pat\_06)*

#### 5.4.6.3 Subdimension «Hebammenbetreuung»

Die Nutzerinnen waren mit der Betreuung durch die Hebammen sehr zufrieden. Deren Kompetenz und Empathie wurden geschätzt. Die Hebammen waren den Nutzerinnen während der Geburt und des Wochenbetts eine grosse Stütze. Weil eine Hebamme vom Spitaleintritt bis zur Verlegung ins Geburtshaus für eine Frau zuständig war, wirkte sich diese Kontinuität beruhigend aus. Die stete Verfügbarkeit der Hebamme ermöglichte es der Familie, in ihrem neuen Familiengefüge anzukommen, Zeit für sich zu haben und trotzdem die benötigte Hilfe zur Verfügung zu haben.

*«Da war jemand rund um die Uhr da. Wenn die Hebamme mal aus dem Zimmer ging, wusste man, dass man läuten kann und sie direkt wiederkommt. Sie war für das Baby da, sie war für mich da.» (Pat\_04)*

#### 5.4.6.4 Subdimension «Ärztlichen Betreuung»

Im Allgemeinen waren die Nutzerinnen sehr zufrieden mit der ärztlichen Betreuung. Sie waren froh, dass sich die Ärztinnen und Ärzte ausreichend Zeit nahmen und auch Raum für Fragen liessen. Die Frauen schätzten auch, dass sie von Gynäkologin und der Fachperson Anästhesie postoperativ im Zimmer besucht wurden. Die Nutzerinnen beschrieben das ärztliche Personal als wohlwollend und professionell.

*«Ich habe einfach gemerkt, dass ich so gut begleitet wurde. Es ist schwierig zu beschreiben, ich wurde einfach verstanden von A-Z, wirklich vom Anfang der Schwangerschaft, bis wir wieder nach Hause gegangen sind.» (Pat\_04)*

#### 5.4.6.5 Subdimension «Bonding»

Allen Frauen war das Bonding, der erste Haut-zu-Haut Kontakt zwischen Mutter und Kind, unmittelbar nach der Geburt wichtig. Die Fachpersonen legten grossen Wert darauf, diesem Wunsch nachzukommen. Die Nutzerinnen beschrieben diesen Moment als eindrücklich und überwältigend. Keine der Befragten erwähnte die kurzfristige Trennung von ihrem Neugeborenen aufgrund der kinderärztlichen Untersuchung als negativen Aspekt. Vielmehr wurde geschätzt, dass eine Kinderärztin vor Ort war.

*«Das finde ich auch immer sehr wichtig und schön, dass man den ersten Kontakt zum Kind haben kann, bevor sie es anschauen.» (Pat\_01)*



#### 5.4.6.6 Subdimension «Umgebung»

Mit der Ausstattung der Zimmer im Spital und im Geburtshaus waren die Nutzerinnen zufrieden. Im Spital bekamen sie in der Regel ein Einzelzimmer. Die Frauen genossen diesen privaten Rahmen in den Stunden nach der Operation gemeinsam mit ihren Familien. Keine der Befragten störte sich daran, dass das Spital und seine Einrichtung schon älter waren. Im Geburtshaus genossen sie die grossen und schönen Familienzimmer.

*«Also das Zimmer war schön, da war ich allein drin. Der OP hat mich etwas alt gedünkt, so im Vergleich zu Frutigen. Es hat ein bisschen wie eine Metzgerei ausgesehen. Es gab so alte Fliesen und so. Ich habe mich nicht unwohl gefühlt. Ich habe es einfach so wahrgenommen, dass es speziell ausgesehen hat. Sonst waren die Räumlichkeiten gut.» (Pat\_01)*

Das Spital beschrieben viele der befragten Nutzerinnen als einen vertrauten Ort. Entweder sie hatten dort ihre älteren Kinder geboren oder es gab anderweitige Erlebnisse, die sie mit diesem Ort in Verbindung brachten. Sie charakterisierten das Spital – obwohl es schon etwas in die Jahre gekommen ist – als «heimelig».

#### **Zusammenfassung qualitative Ergebnisse – Nutzerinnenperspektive**

- Die Zufriedenheit der Nutzerinnen mit dem Angebot war durchgehend hoch. Dies bezieht sich auf die sehr umfassende Information, auf die einwandfreie Organisation und auf das Erleben vor allem am Tag des operativen Eingriffs. Letztlich trug auch die Nähe zum Wohnort und die damit einhergehende starke Verbundenheit mit der Bergregion zur hohen Zufriedenheit bei.
- Die Nutzerinnen fühlten sich sehr sicher, der Umgang mit unerwünschten Ereignissen war sehr zufriedenstellend.
- Die Verlegung von Spital ins Geburtshaus beschrieben die meisten Nutzerinnen als Negativpunkt, der mit starken Schmerzen verbunden war.
- Alle Nutzerinnen würden sich wieder für dieses Modell entscheiden.

## 6 Diskussion

In diesem Projekt wurde ein für die Schweiz einmaliges Modell der perinatalen Versorgung in einer Bergregion evaluiert. Es entstand als Pilotprojekt nach der Schliessung der geburtshilflichen Abteilung Zweisimmen im Jahr 2015.

Was in diesem Pilotprojekt auffällt, ist einerseits das überdurchschnittliche Engagement aller involvierten Fachpersonen, andererseits sind es die ausgesprochen detailgetreu vorliegenden Standards zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit. In der Pilotphase traten keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse auf. Nebst der maximalen Sicherheit ist das Modell «Ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen» charakterisiert durch eine ausgeprägte «Familienzentrierung». Die Frauen wurden sehr umfassend über den Behandlungsprozess aufgeklärt und stimmten dieser Behandlung informiert zu. Sie schätzten die umfassende und kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme am Tag des Eingriffs und fühlten sich auch von den anderen Fachpersonen in allen Belangen ernst genommen und stets sicher aufgehoben. Dies widerspiegelt sich in der ausnahmslos hohen Zufriedenheit der Frauen und ihren Familien.

### 6.1 Versorgung in der Region Simmental-Saanenland

Die geografische Lage der Bergregion Simmental-Saanenland bedarf aufgrund der grossen Distanz zur nächstgelegenen Stadt Thun einer besonderen Form der gesundheitlichen Grundversorgung. Durch die Schliessung der innerklinischen Geburtshilfe im Spital Zweisimmen – einem Spital in einer ländlichen Region – entstand eine geburtshilfliche Versorgungslücke. Das Fehlen einer geburtshilflichen Versorgung führte in der Bevölkerung zu einer Unsicherheit, insbesondere bei jungen Familien (19). Das wohnortsferne geburtshilfliche Angebot in der nächstgelegenen Stadt bedingt eine Trennung von der Familie. Dies führt zum einen zu einer psychischen Belastung der Frauen, zum anderen kann sich diese Situation finanziell negativ auswirken (20, 21). Zudem ist die Gefahr einer ungeplanten ausserklinischen Geburt (unterwegs zur Klinik) wesentlich erhöht (22–24). Dadurch steigt auch das Risiko der neonatalen Morbidität (22–24). Durch die Eröffnung des Geburtshauses konnte diesem Nachteil, den die Einwohnerinnen und Einwohner dieser Bergregion haben, partiell entgegengewirkt werden. Aus Studien ist bekannt, dass die hebammengeleitete Geburtshilfe in abgelegenen Gegenden sicher ist und das Versorgungsangebot für physiologisch verlaufende Geburten aufrechterhalten werden kann (25, 26).

Das Modell der ambulanten Sectiones in Zweisimmen erweitert das Grundangebot der geburtshilflichen Versorgung in dieser Region. Die Nähe zum Geburtsort hoben sowohl die Fachpersonen als auch die Nutzerinnen als positiven Aspekt dieses familienzentrierten Versorgungsmodells hervor. Diese wohnortsnahe Geburtshilfe basiert auf einem eindeutigen Bedarf der regionalen Bevölkerung. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass in diesem Modell ausschliesslich risikoarme Sectiones durchgeführt wurden. Durch das Modell der ambulanten Sectiones wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit deutlich gefördert. Fachpersonen arbeiteten sektorenübergreifend nach einem festgelegten Betreuungsprozess zusammen. So arbeiteten die Hebammen des Geburtshauses eng mit der Gynäkologin, mit der Neonatologin der ambulanten Praxis sowie mit der Anästhesie und Anästhesiepflege des Spitals zusammen. Diese regelmässige Zusammenarbeit und das geregelte Durchführen von geplanten ambulanten Sectiones bildeten zudem eine optimale Voraussetzung für das Funktionieren der verschiedenen Akteure bei einer allfälligen anderweitigen geburtshilflichen Nothilfesituation.

Bei der Befragung der Fachpersonen zeigte sich, dass diese diesem Versorgungsmodell grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Unterschiede zeigten sich in den Vorstellungen hinsichtlich der konkreten Umsetzung des Modells. Auf der einen Seite wird eine maximale Risikoabsicherung erwartet, auf der anderen stehen die Kosten sowie der hohe administrative und logistische Aufwand im Fokus. Aus Sicht der Frauen und ihrer Familien geniesst das Modell grosses Vertrauen und erzielt eine hohe Zufriedenheit. Alle befragten Frauen gaben an, dass sie sich wieder für eine ambulante Sectio im Spital Zweisimmen entscheiden würden.

## 6.2 Qualitätssicherung während des Behandlungsprozesses

Grundsätzlich wurden die peri- und postoperativen Überwachungen gemäss SOP durchgeführt. Zum Teil waren die Überwachungsparameter unvollständig dokumentiert. Diese Dokumentationsmängel sind vergleichbar mit denjenigen der innerklinischen Geburtshilfe (27). Die postoperative Erhebung der Schmerzen mittels einer Schmerzskala wurde teilweise unzureichend dokumentiert. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) empfiehlt in der postoperativen Schmerztherapie die Schmerzspitzen (Schmerzskala > 7) durch die Gabe von Opiaten abzuwenden, um eine spätere Chronifizierung der Schmerzen zu verhindern (28). Die erhobenen Schmerzwerte im Spital waren nie höher als 7, was auf ein angemessenes Schmerzmanagement hindeutet. Aus den Interviews mit den Frauen geht hervor, dass sie die stärksten Schmerzen während des Transportes vom Spital in das 800 m entfernte Geburtshaus erlebten (Autofahrt von 2 Minuten). Der Transport fand im Personenwagen des Geburtshauses statt. Dieser für die Frau umständliche Transport (Bett – Rollstuhl – Auto – Rollstuhl – Bett) wurde als einziger Kritikpunkt moniert. Im Geburtshaus dürfen aus Sicherheitsgründen keine opiathaltigen Schmerzmedikamente intravenös verabreicht werden, was eine rasche Linderung der Schmerzen verhindert. Da diese Schmerzspitzen vermieden werden sollten, scheint der Transport in einem Personenwagen für einige Frauen ungünstig gewesen zu sein. Eine geeignete Lösung dieses Problems wäre, die Frauen in einem Fahrzeug zu befördern, in dem sie im Rollstuhl sitzen bleiben können.

Die Fachpersonen bemängelten vor allem den hohen administrativen Aufwand für eine ambulante Sectio. Dieser wurde hauptsächlich von den Hebammen und der Gynäkologin bewältigt. Treiber für den Aufwand sind der Einbezug der Neonatologin sowie die hohe Anzahl an Blutkonserven, die vorhanden sein müssen. Es war ein enormer Aufwand, einen passenden Zeitpunkt für die eine Sectio zu finden, der in die Terminkalender aller beteiligten Fachpersonen (Anästhesieteam, Neonatologin, Gynäkologin und Hebamme) passte und das involvierte Labor zum rechtzeitigen Bereitstellen der Blutkonserven veranlasste.

## 6.3 Versorgungssicherheit

Es kam zu keinem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis. Damit war die maximale Versorgungssicherheit zu jedem Zeitpunkt gewährleistet. Jene Patientin, die einen erhöhten Blutverlust hatte, blieb stabil; intensivmedizinische Handlungen oder eine Bluttransfusion waren nicht erforderlich. Die fünf Fälle, in denen beim Neugeborenen eine axillär gemessenen Hypothermie festgestellt wurde, waren vermeidbare unerwünschte Ereignisse. Die Hypothermie eines Neugeborenen kann zu einer starken Reduktion des Blutzuckerspiegels führen, was für das Kind bedrohlich werden kann. Im Rahmen des Pilotprojektes kam es bei keinem Neugeborenen zu einer Lebensgefährdung. Das Auskühlen des Neugeborenen kann beispielsweise durch Haut-zu-Haut-Kontakt mit der Mutter im Operationssaal vermindert werden, was bei einer Mutter mit Vollnarkose nicht möglich ist. Zwei der fünf Fälle wurden in einen Zusammenhang mit der Vollnarkose der Mutter gebracht. Es sind Massnahmen angezeigt, um das Auskühlen des Neugeborenen zu verhindern, vor allem im Zusammenhang mit einer Vollnarkose bei der Mutter. Die beiden ungeplanten Vollnarkosen bei 2 von 16 Frauen (12,5 %) sind im Vergleich zu den Empfehlungen von Fachorganisationen (< 5 %) ein häufiges unerwünschtes Ereignis (29). Durch die tiefe Anzahl Sectiones kann nicht eruiert werden, ob es sich um einen zufälligen Ausreisser handelte. Möglich Ursachen der ungeplanten Vollnarkosen wurden im Rahmen dieser Evaluation nicht untersucht.

Für die Umsetzung des Pilotprojektes forderte das Spital Zweisimmen zwei zusätzliche Massnahmen, um die Sicherheit zu erhöhen. Zum einen war dies die Anwesenheit einer Neonatologin bei der Sectio, die für die Erstversorgung des Neugeborenen verantwortlich war. Zum anderen mussten vier anstatt zwei Blutkonserven bereitgestellt werden. Diese beiden Massnahmen wurde von den Fachpersonen, die nicht im Spital tätig sind, als Überversorgung mit überhöhten Sicherheitsstandards erachtet.

Laut einer interdisziplinären Empfehlung ist die Hebamme für die Erstversorgung eines Neugeborenen bei einer risikoarmen Entbindung zuständig. Dies wird von der Gesundheitsberufekompetenzverordnung sowie von der International Confederation of Midwifery (ICM) unterstützt (30–32). Laut Emp-

fehlung und Verordnung liegt die Erstversorgung im Kompetenzbereich der Hebamme, entsprechend bedarf es keiner Neonatologin während einer Entbindung. Alle befragten Fachpersonen (Gynäkologin, Neonatologin, Hebammen) unterstützen dies, eine Ausnahme bildeten die anästhesiologischen Fachpersonen. Die Hebammen des Geburtshauses sind verpflichtet, sich regelmässig in der Neugeborenen-Reanimation weiterzubilden, um so die Sicherheit stets gewährleisten zu können (33). Bei einem Notfall wären es in diesem Fall die Anästhesiefachpersonen, die in der Lage sein müssten, Hilfe zu leisten. Die Neonatologin, die in Zweisimmen ihre Kinderarztpraxis führt, könnte bei einem Notfall gerufen werden. Sie wäre in kürzester Zeit im Spital.

Gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) ist zwar das Risiko für eine postpartale Blutung bei einer Sectio erhöht, gleichzeitig ist bekannt, dass das Risiko für eine notwendige Transfusion reduziert ist (34). In der Guideline der SGGG wird nicht darauf hingewiesen, wie viele Blutkonserven für einen Notfall standardmässig vorbereitet sein sollen. Weil sich das Labor nicht im Spital befindet und entsprechende Blutkonserven von Thun geliefert werden müssen, erscheint es sinnvoll, mindestens zwei Blutkonserven vor Ort zu haben. Es bedarf einer differenzierten Risiko- und Kostenanalyse, um zu eruieren, ob die Bedingung für vier Blutkonserven angemessen ist.

Einige Fachpersonen des Spitals Zweisimmen beobachteten, dass die Infrastruktur (Materialversorgung) den anwesenden Hebammen nicht immer genügend bekannt war. Das ist dem Umstand geschuldet, dass die ambulanten Sectiones weniger als einmal monatlich durchgeführt werden und immer andere Hebammen anwesend sind. Um die Sicherheit zu gewährleisten, müssen die Hebammen wissen, wo das notwendige Material – vor allem auch für einen Notfall – gelagert wird.

Ein weiterer Aspekt, der die Sicherheit gewährleistete, war die hohe Risikoselektion, die die Wahrscheinlichkeit eines Zwischenfalls stark reduzierte. Diesbezüglich bestand im interdisziplinären Team Uneinigkeit bezüglich des Einschlusskriteriums der Re-Sectio. Die Gynäkologin schloss bei der Indikation Re-Sectio jede Anzahl von wiederholten Sectiones ein. Die Fachpersonen Anästhesie hingegen verstanden darunter die einmalig wiederholte Sectio, was der tatsächlichen Bedeutung des Begriffs «Re-Sectio» entspricht. Unter Berücksichtigung der Risikoabschätzung müsste zukünftig festgelegt werden, wie viele wiederholte Sectiones bei einer Frau im Spital Zweisimmen durchgeführt werden dürfen. Die Indikation Re-Re-Sectio erscheint vernünftig, wobei weitergehende wiederholte Sectiones wegen des erhöhten Blutungsrisikos kontraindiziert wären.

#### **6.4 Kosten**

Aus Sicht des Gesundheitssystems ist die Betreuungsform «Ambulante Sectio» betreffend die totalen Kosten ähnlich teuer wie die Sectio mit Wochenbett im Spital Thun. Die Verteilung der Kosten auf die Kostenträger unterscheidet sich allerdings substantiell. Während die «Ambulante Sectio» für den Kanton und die Versicherten günstiger ist, übernehmen die Krankenversicherer in dieser Betreuungsform deutlich höhere Kosten als bei der Sectio im Spital Thun. Dies ist hauptsächlich auf die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zurückzuführen. Während der Kanton bei stationären Leistungen 55 % und die Krankenversicherung 45 % der Kosten tragen, müssen die Krankenversicherer bei ambulanten Leistungen 100 % der Kosten übernehmen.

Zudem ist zu bemerken, dass für die Versicherten in der Betreuungsform «Ambulante Sectio» weniger Kosten anfallen als bei der Sectio im Spital Thun. Ein Grund dafür ist das Familienzimmer, das eine Standardleistung des Geburtshauses darstellt und im Spital Thun extra bezahlt werden muss. Ein weiterer Grund sind die zusätzlichen Transport- und Zeitkosten für die Strecke vom Wohnort ins Spital Thun, die ebenfalls zulasten der Versicherten gehen. Diese wurden allerdings nicht quantifiziert und ausgewiesen.

Zusätzlich zur Perspektive des Gesundheitssystems wurde in dieser Studie auch aus der Perspektive der verschiedenen Leistungserbringer eine betriebswirtschaftliche Sicht dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Betreuungsform «Ambulante Sectio» sowohl für das Geburtshaus als auch für das Spital Zweisimmen

ein Verlustgeschäft darstellt. Die Tarife und Entschädigungen sind für diese Leistungen aus betriebswirtschaftlicher Sicht nicht kostendeckend.

Aus ökonomischer Sicht dürfte diese betriebswirtschaftliche Tatsache im Hinblick auf eine langfristige Sicherstellung des Angebots denn auch die grösste Herausforderung sein. Die bestehenden Tarife sind für diese Betreuungsform nicht kostendeckend. Hier müsste einerseits geprüft werden, ob man kostendeckende Tarife schaffen oder andere Finanzierungsquellen finden kann. Andererseits müsste abgeklärt werden, ob nicht auch Kosten gesenkt werden könnten, ohne die Sicherheit für Mutter und Kind zu gefährden.

Das Aufrechterhalten der Versorgungssicherheit auch in Randregionen hat seinen Preis. Es ist eine grosse Herausforderung, Spezialangebote mit tiefen Fallzahlen kostendeckend zu betreiben: Die Fallzahlen lassen sich nicht beliebig steigern und die Fallkosten nicht beliebig senken. Letztlich gilt es wohl, diese Knacknuss politisch zu lösen und für diese Leistung – sofern sie aufrechterhalten werden soll – eine Zusatzfinanzierung zu finden. Ein Vorteil ist, dass die Finanzierungslücke insgesamt aufgrund der relativ tiefen Fallzahlen nicht sehr gross ist. Wenn jährlich mit weniger als zehn Fällen zu rechnen ist und die ungedeckten Kosten rund CHF 4'000 pro Fall betragen, ist der fehlende Gesamtbetrag überschaubar und liegt schätzungsweise in der Grössenordnung zwischen CHF 20'000 und CHF 30'000.

Volkswirtschaftliche Argumente für ein Aufrechterhalten dieses Angebots gibt es. Eine gute perinatale Versorgung in einer Region ist ein wichtiger Aspekt für die Standortattraktivität, was insbesondere für junge Familien gilt. Zudem werden durch ein wohn- und arbeitsortnahes Angebot volkswirtschaftliche Kosten gespart, da Angehörige weniger Zeit verlieren und länger produktiv sein können. Diese Überlegungen haben wir in dieser Studie nicht quantifiziert.

## **6.5 Stärken und Schwächen dieser Evaluation**

Eine Stärke dieser Evaluation ist ihr Mehrmethodenansatz. Die quantitativen Ergebnisse konnten mit jenen der qualitativen Befragung kombiniert werden, was zum einen zu einer gegenseitigen Validierung der Aussagen genutzt wurde. Zum anderen unterstützten die qualitativen Ergebnisse die Interpretation der quantitativen Analyse. In der quantitativen Prozessevaluation konnten alle 16 Frauen, die während der Pilotphase eine ambulante Sectio erlebt haben, in die Analyse miteingeschlossen werden. Demzufolge konnte mit einem vollständigen Datensatz gearbeitet werden. Für die qualitative Evaluation wurde mit Fachpersonen aller beteiligten Berufsgruppen ein Interview geführt, was ein umfassendes Bild der unterschiedlichen Meinungen ermöglichte. Mit knapp einem Drittel der Nutzerinnen wurden Interviews geführt, wodurch die Ergebnisse der Prozessevaluation vertieft werden konnten.

Sechzehn Sectiones sind als kleine Stichprobe zu beschreiben. Aus diesem Grund beschränkten wir uns auf eine rein deskriptive Analyse der Ergebnisse. In der quantitativen Kostenvergleichsanalyse waren wir auf die Angaben der Leistungserbringer angewiesen, vor allem punkto Vollkostenrechnung. Diese erhielten wir von der Spital STS AG für das Spital Zweisimmen, jedoch nicht für das Spital Thun. Deshalb mussten wir auf publizierte Daten (schweregradbereinigte Fallkosten) zurückgreifen, was die Aussagen zu den Kosten im Spital Thun möglicherweise beeinflusst hat.

## 7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit diesem für die Schweiz einmaligen geburtshilflichen Versorgungsmodell erlauben wir uns, Empfehlungen zur Sicherung der geburtshilflichen Versorgung in der Region zu formulieren. Diese sind auf verschiedenen Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) angesiedelt und berücksichtigen unterschiedliche gesundheitspolitische Szenarien:

- a) Verstetigung des Modells «Ambulante Sectiones in Zweisimmen» in seiner aktuellen Form,
- b) Modifikation des Modells «Ambulante Sectiones in Zweisimmen»,
- c) Infragestellung des Modells «Ambulante Sectiones in Zweisimmen».

### 7.1 Empfehlungen auf der Mikro-Ebene: Verstetigung des Modells mit fachspezifischen Anpassungen

Sollte das vorliegende Modell in der aktuellen Form beibehalten werden, empfehlen wir folgende fachliche Anpassungen.

#### (1) Hypothermie beim Neugeborenen verhindern

Gesamthaft wurde bei 5 der 16 Sectiones beim Neugeborenen nach der Geburt eine Hypothermie festgestellt. Es sollten Massnahmen definiert und ergriffen werden, damit die Auskühlung der Neugeborenen verhindert wird.

#### (2) Schmerzen regelmässig standardisiert erheben und dokumentieren

Das postoperative Schmerzerleben der Frauen sollte mittels einer standardisierten Skala systematisch erhoben und die Schmerzwerte sollten dokumentiert werden. Schmerzwerte > 7 sind durch eine adäquate Schmerztherapie zu vermeiden. Ohne dokumentierte Schmerzwerte sollten keine Opiate verabreicht werden.

#### (3) Verlegung ins Geburtshaus optimieren

Für die Verlegung sollte ein Transportfahrzeug zur Verfügung stehen, in dem die Patientin im Rollstuhl sitzend verlegt wird.

#### (4) Einführung von gemeinsamen Fallbesprechungen in Situationen mit Abweichung

Gemeinsame Fallbesprechungen fördern die Zusammenarbeit und erhöhen die Versorgungsqualität. Durch Fallbesprechungen können unterschiedliche Perspektiven besprochen und ein gemeinsames Vorgehen in Zukunft festgelegt werden.

### 7.2 Empfehlungen auf der Meso-Ebene: organisatorische Anpassungen am Modell

Sollen Anpassungen am Modell vorgenommen werden, empfehlen wir folgende konzeptuelle und betriebliche Anpassungen:

#### (5) Einschlusskriterium bei zweifach wiederholter Sectio (Re-Re-Sectio) klären

Der Begriff Re-Sectio (Wiederholung einer Sectio bei einer Patientin) wurde von den involvierten Fachpersonen unterschiedlich interpretiert. Wir empfehlen die Re-Re-Sectio (dritte Sectio bei einer Patientin) ebenfalls in die Indikationsliste aufzunehmen.

#### **(6) Erstbetreuung des Neugeborenen durch die Hebamme, Neonatologin ist abrufbereit**

Die Erstbetreuung des Neugeborenen liegt im Kompetenzbereich der Hebamme. Wir empfehlen, mit der Neonatologin eine Vereinbarung zu treffen, dass diese für die Zeit des operativen Eingriffs auf Abruf in ihrer Kinderarztpraxis in Zweisimmen zur Verfügung steht.

#### **(7) Hebammen kennen die Infrastruktur des Spitals**

Wir empfehlen Massnahmen, die es den Hebammen des Geburtshauses erlauben, sich im Operationsaal sowie während der postoperativen Pflege rasch zu orientieren, und die insbesondere die Kenntnisse der Hebammen über die Lagerung von Notfallmaterial stärken.

#### **(8) Finanzierung der nicht gedeckten betriebswirtschaftlichen Kosten für die Maternité und das Spital Zweisimmen klären**

Die durch die aktuellen Tarifsysteme nicht gedeckten betriebswirtschaftlichen Kosten, die sowohl für die Maternité Alpine als auch für das Spital Zweisimmen pro Sectio anfallen, müssten finanziert werden, da das Modell ökonomisch sonst nicht nachhaltig ist.

### **7.3 Empfehlungen auf der Makro-Ebene: Entwicklung eines alternativen Versorgungsmodells**

Wenn sich die politischen Behörden dafür entscheiden, die Grundversorgung in der Region zu sichern und das Spital Zweisimmen mit einem entsprechenden Leistungsauftrag weiterzuführen, empfehlen wir folgendes Alternativmodell:

#### **(9) Integration der hebammengeleiteten Geburtshilfe in die bestehende Spitalstruktur**

Die hebammengeleitete Geburtshilfe der Maternité Alpine ist in die bestehende Spitalinfrastruktur zu integrieren. Der Leistungsauftrag sollte wie bis dato im Geburtshaus alle physiologischen Geburten sowie eine Zusatzleistung für geplante Sectiones umfassen. Bei den Sectiones sind die gleichen Indikationen wie im Pilotmodell zu berücksichtigen. Alle Regelabweichungen sowie Pathologien werden weiterhin in Thun betreut. Damit könnten Kostensenkungen und höhere Erträge erzielt werden.

## 8 Literaturverzeichnis

1. Drummond M.F., Sculpher M.J., Claxton K., Stoddart G.L., Torrance G.W. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 4th revised ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
2. Stufflebeam D.L., Coryn C.L. *Evaluation theory, models, and applications*. 2 ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2014.
3. Gächter H.P. *Projektmanagement*. 4. Aufl. Bern: hep; 2015.
4. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2013.
5. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2): 77-101.
6. Wickham H. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. New York: Springer; 2016.
7. Wickham H. et al. Welcome to the Tidyverse. *J Open Source Softw*. 2019; 4(43):1-6.
8. Doody O., Noonan M. Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Res*. 2013; 20(5): 28-32.
9. Bullock A. Conduct one-to-one qualitative interviews for research. *Educ Prim Care*. 2016; 27(4): 330-2.
10. Blumenstock G. [Assessing the quality of quality indicators]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2011; 54(2): 154-159.
11. Teigen N.C., Sahasrabudhe N., Doulaveris G., Xie X., Negassa A., Bernstein J. et al. Enhanced recovery after surgery at cesarean delivery to reduce postoperative length of stay: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 222(4): 372 e1-e10.
12. Redshaw M. Women as consumers of maternity care: Measuring «Satisfaction» or «Dissatisfaction»? *Birth-Iss Perinat C*. 2008; 35(1): 73-76.
13. Biro M.A., Waldenstrom U., Brown S., Pannifex J.H. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*. 2003; 30(1): 1-10.
14. Brown S., Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994; 21(1): 4-13.
15. Brown S., Lumley J. The 1993 Survey of Recent Mothers: issues in survey design, analysis and influencing policy. *Int J Qual Health Care*. 1997; 9(4): 265-275.
16. Cusack L., Digenis C., Schultz T., Klaer B., Hobbs M. Women's experiences with enhanced recovery after elective caesarean section with next day discharge: A qualitative study. *Midwifery*. 2020; 83:102632.
17. Floris L., de Labrusse C. Cross-cultural validation and psychometrics' evaluation of women's experience of maternity care scale in French: the ESEM. *BMC Med Res Methodol*. 2020; 20(1): 188.
18. Gungor I., Beji N.K. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012; 28(3): 348-357.
19. Barclay L., Kornelsen J. The closure of rural and remote maternity services: Where are the midwives? *Midwifery*. 2016; 38: 9-11.
20. Crowther S., Smythe E. Open, trusting relationships underpin safety in rural maternity a hermeneutic phenomenology study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1): 370.
21. Miller K.J., Couchie C., Ehman W., Graves L., Grzybowski S., Medves J. et al. Rural Maternity Care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2012; 34(10): 984-991.
22. Grzybowski S., Stoll K., Kornelsen J. Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 147.
23. Hemminki E., Heino A., Gissler M. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland. *BJOG*. 2011; 118(10): 1186-1195.
24. Hoang H., Le Q., Terry D. Women's access needs in maternity care in rural Tasmania, Australia: a mixed methods study. *Women Birth*. 2014; 27(1): 9-14.
25. Haines H.M., Baker J., Marshall D. Continuity of midwifery care for rural women through caseload group practice: Delivering for almost 20 years. *Aust J Rural Health*. 2015; 23(6): 339-345.
26. Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 4:CD004667.
27. Johnson M., Jefferies D., Langdon R. The Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT): a short nursing documentation audit tool. *J Nurs Manag*. 2010; 18(7): 832-845.
28. Bremerich D., Annecke T., Chappell D., Hanß R., Kaufner L., Kehl F. et al. Die geburtshilfliche Analgesie und Anästhesie. S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. AWMF online. 2020; 61. Jg. (Supplement Nr. 18).



29. Purva M., Russell I., Kinsella M. Caesarean section anaesthesia: technique and failure rate. In: Colvin J., Peden C. (ed.). Raising the standard: a compendium of audit recipes for continuous quality improvement in anaesthesia. 3rd ed. London: Royal College of Anaesthetists. 2012; p. 220-221.
30. Verordnung über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe nach GesBG, SR 811.212; 2020.
31. Girard T., Heim C., Hornung R., Hösli I., Kraye S., Panchard M.-A. et al. Neonatale Erstversorgung – interdisziplinäre Empfehlungen. SWISS MEDICAL FORUM. 2016; 16(44): 938-942.
32. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019.
33. Zentralvorstand SHV. Kontrolle der Weiterbildungspflicht SHV in Organisationen der Hebammen (gemäss Art. 45a KVV). Bern: Schweizerischer Hebammenverband; 2020.
34. Hösli I., El Alama-Stucki S., Drack G., Girard T., Irion O., Schulzke S. et al. Guideline Sectio Caesarea. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG); 2015.

## 9 Anhang

### 9.1 Anhang 1: Behandlungsprozess

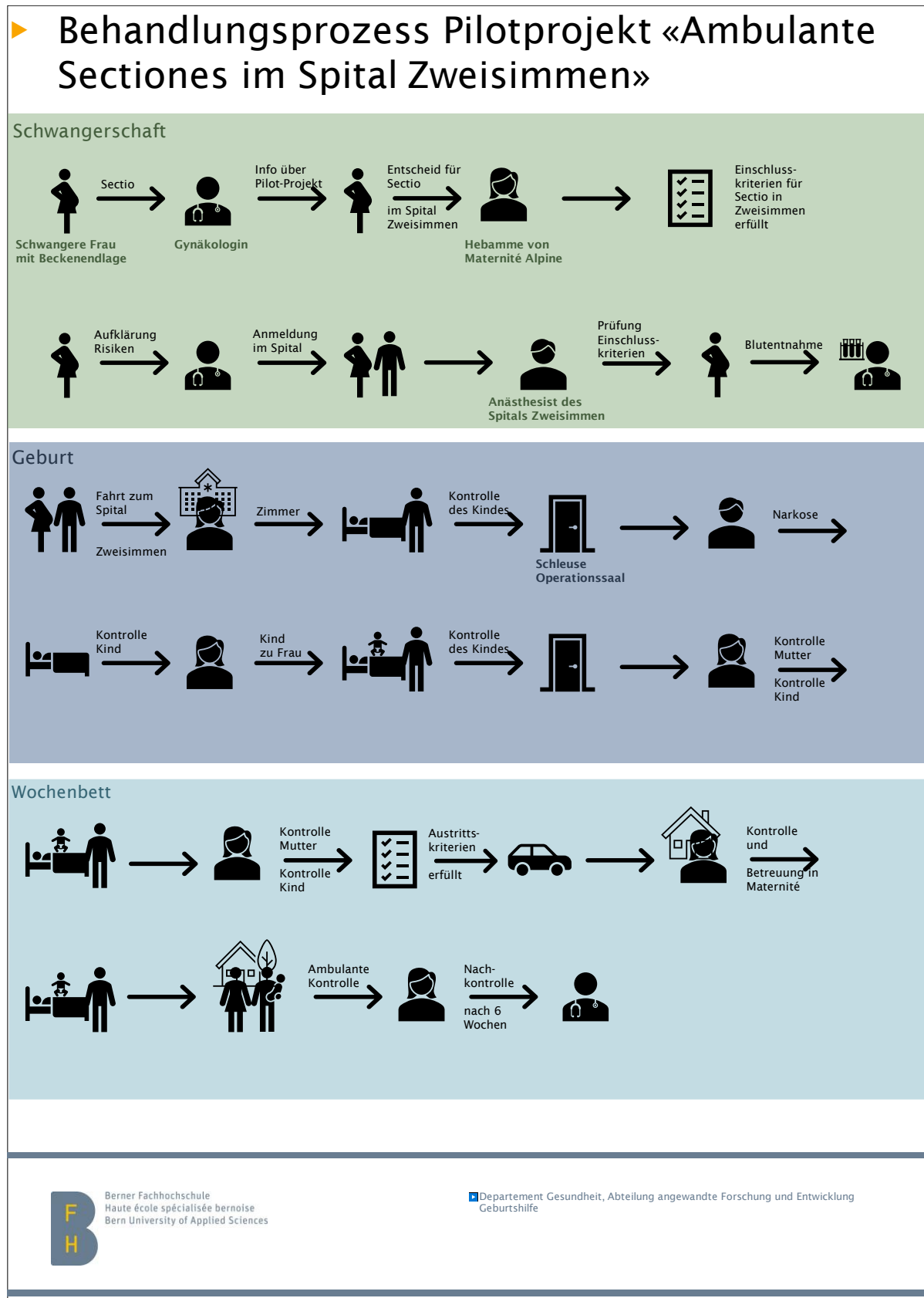


Abbildung 12. Behandlungsprozess gemäss Pilotprojekt «Ambulante Sectiones im Spital Zweisimmen»

## 9.2 Anhang 2: Individuelle postoperative Verläufe der Schmerzen

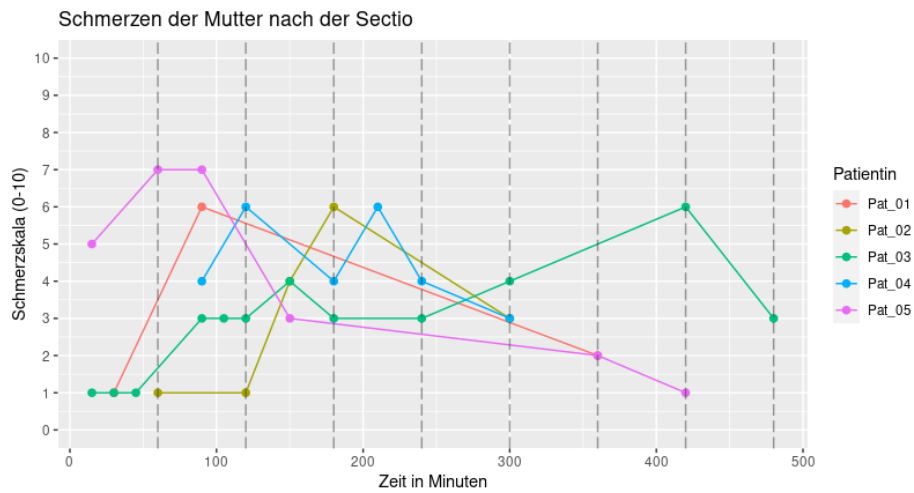


Abbildung 13. Verlauf der Schmerzen während des postoperativen Aufenthalts im Spital; die Zeit ist in Minuten ab der Verlegung auf die Station gerechnet (Darstellung der Patientinnen 01-05)

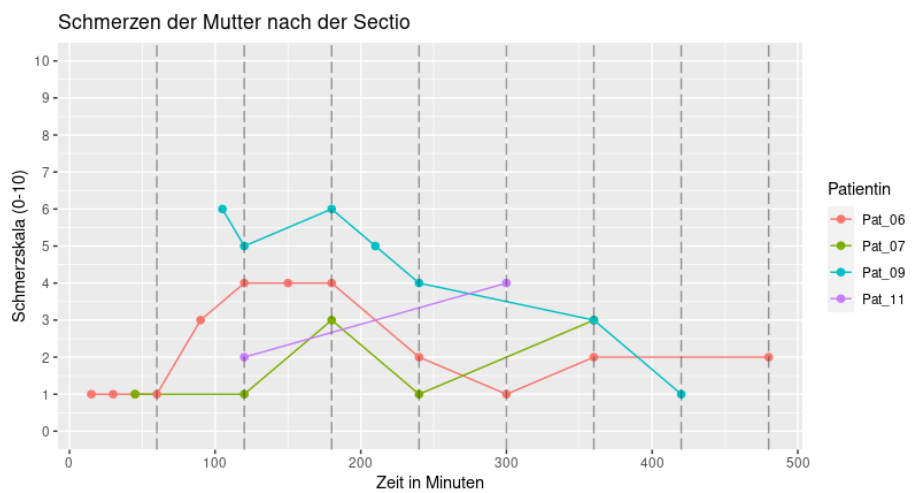


Abbildung 14. Verlauf der Schmerzen während des postoperativen Aufenthalts im Spital; die Zeit in Minuten ab der Verlegung auf die Station gerechnet (Darstellung der Patientinnen 06- 11\*)  
\*keine Messungen für Patientin 08 und 10 dokumentiert

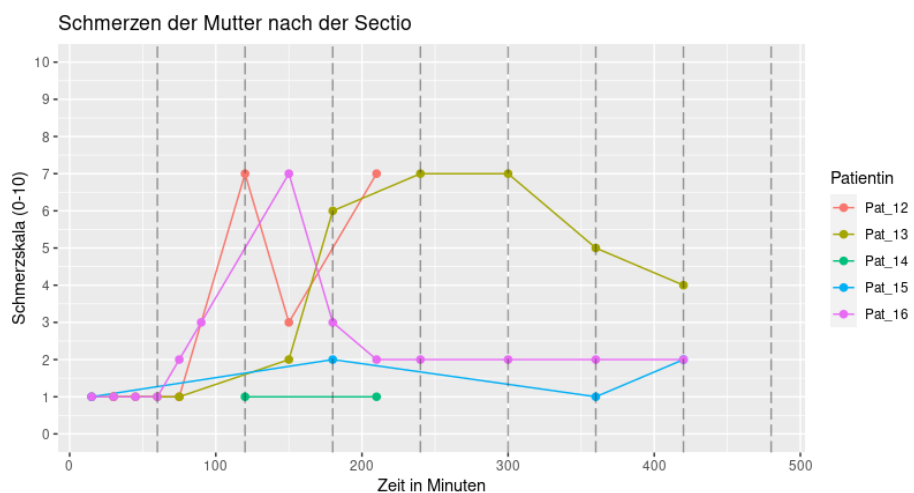


Abbildung 15. Verlauf der Schmerzen während des postoperativen Aufenthalts im Spital; die Zeit ist in Minuten ab Verlegung auf die Station gerechnet (Darstellung der Patientinnen 12-16)