



Parlamentarischer Vorstoss

Antwort des Regierungsrates

Vorstoss-Nr.: 128-2025
Vorstossart: Interpellation
Richtlinienmotion: ☐
Geschäftsnummer: 2025.GRPARL.323

Eingereicht am: 04.06.2025

Fraktionsvorstoss: Nein
Vorstoss Ratsorgan: Nein
Eingereicht von: de Meuron (Thun, GRÜNE) (Sprecher/in)
Gasser (Ostermundigen, GLP)
Kocher Hirt (Worben, SP)
Beutler-Hohenberger (Gwatt, EVP)
Speiser-Niess (Zweisimmen, SVP)
Patzen (Bern, GRÜNE)

Weitere Unterschriften: 0

Dringlichkeit verlangt: Ja
Dringlichkeit gewährt: Ja 04.09.2025

RRB-Nr.: 1165/2025 vom 05. November 2025
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Zukunft der Geburtshilfe im Kanton Bern: Handlungsspielräume zur Förderung frauengerechter, bedarfsgerechter Versorgungsmodelle

Die Geburtshilfe im Kanton Bern steht unter wachsendem Druck: In ländlichen Regionen wie z. B. dem Berner Oberland wurden geburtshilfliche Abteilungen geschlossen, weitere sind gefährdet. Dies geschieht vor dem Hintergrund eines Finanzierungssystems, das die Betreuung gesunder Schwangeren über Krankenkassenmodelle wie TarMed oder DRG abbildet – obwohl diese Fälle keine medizinische Pathologie darstellen. Gleichzeitig ist unklar, welche Mindestanforderungen an die Grundversorgung in diesem Bereich zu stellen sind. Dies führt zu politischen Forderungen, wie jene zum Erhalt der Geburtsabteilung in Frutigen, weil bei der Bevölkerung der Eindruck und Ängste entstehen, dass die Grundversorgung im Oberland mit der Schliessung der Geburtenabteilung nicht mehr gewährleistet ist.

Dieses System schafft Fehlanreize, untergräbt die Wahlfreiheit der Frauen und führt zu einer wirtschaftlichen Benachteiligung von Spitälern, Geburtshäusern und Hebammenmodellen. Andere Kantone (z. B. Graubünden, Uri, Ob- und Nidwalden, Basel-Land und Basel-Stadt¹) oder Länder (z. B. Schweden) gehen alternative Wege, indem sie gesunde Geburten als Teil der Grundversorgung ansehen und über die öffentliche Hand finanzieren. Oder das Beispiel des Kantons Schwyz,² wo die Frauenklinik am Spital Schwyz zu einem regionalen Zentrum für Gynäkologie und Geburtshilfe entwickelt werden soll, in dem Menschlichkeit, Qualität und Innovation im Vordergrund stehen. Der Kanton Bern hat die Möglichkeit – und Verantwortung – neue

¹ https://www.medinside.ch/graubuenden-500-franken-fuer-hebammen-pikettdienst-20250225?utm_source=chatgpt.com

² <https://www.spital-schwyz.ch/de/ueber-uns/aktuelles/news/neuer-chefarzt-gynaekologie-geburtshilfe.html>

Versorgungs- und Finanzierungsmodelle zu prüfen, Fehlanreize zu korrigieren und seine Handlungsspielräume auf kantonaler wie nationaler Ebene aktiv zu nutzen.

Der Regierungsrat wird um Beantwortung folgender Fragen gebeten:

1. Wie definiert der Kanton Bern aktuell den Versorgungsauftrag im Bereich Geburtshilfe? Gehört die geburtshilfliche Versorgung – insbesondere bei gesunden Schwangeren – zur kantonal sichergestellten Grundversorgung?
2. Welche Rolle spielt der Kanton bei der Finanzierung geburtshilflicher Leistungen?
3. Welche Anteile tragen Krankenkassen und öffentliche Hand im ambulanten und stationären Bereich, und wie wirken sich diese Anteile auf die Existenzfähigkeit kleiner Geburtshilfeabteilungen in Randregionen aus?
4. Welche Möglichkeiten hat der Kanton, Fehlanreize im aktuellen Finanzierungssystem (Tar-Med, DRG) zu korrigieren oder ergänzende Lösungen einzuführen, wie z. B. Pauschalen für «Gesundheitsfälle», und könnten solche Lösungen etwa im Rahmen eines kantonalen «Experimentierartikels» erfolgen? Und falls ja, erachtet der Regierungsrat solche Massnahmen als sinnvoll?
5. Sieht der Regierungsrat Handlungsspielraum und -bedarf, um eine klare Trennung zwischen «Gesundheitsfällen» (komplikationslose Schwangerschaften/Geburten) und «Krankheitsfällen» (Risikogeburten) in der Finanzierung vorzunehmen, und wie könnten evidenzbasierte Ein- und Ausschlusskriterien dabei zur Anwendung kommen?
6. Welche Erfahrungen liegen dem Kanton Bern aus früheren oder laufenden Projekten zur hebammengeleiteten Geburtshilfe oder zu alternativen Finanzierungsmodellen vor?
7. Gibt es Vergleiche mit anderen Kantonen wie z. B. Zürich oder Graubünden, die bereits Modelle mit stärkerer öffentlicher Finanzierung verfolgen?
8. Welche Rolle spielt der Regierungsrat innerhalb der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) oder anderer relevanter Gremien, um auf nationaler Ebene Einfluss auf die Weiterentwicklung der Finanzierung und Versorgung von Gebärenden zu nehmen?
9. Wie stellt sich der Kanton zur Forderung, die Versorgung von gesunden Schwangeren – analog Beispielen aus anderen Kantonen (z. B. Graubünden, Uri, Ob- und Nidwalden, Basel-Land und Basel-Stadt) und zum Ausland (z. B. Schweden) – als gesellschaftlich unverzichtbare Grundversorgung zu deklarieren und demnach steuerfinanziert sicherzustellen?
10. Welche Massnahmen könnte der Regierungsrat ergreifen, falls insbesondere in ländlichen Regionen wie z. B. dem Berner Oberland die Geburtshilfe nicht gesichert ist? Und welche Rolle könnte dabei der Einbezug neuer Versorgungsmodelle, wie Geburtshäuser oder integrierte Wochenbettversorgung, spielen?
11. Welche flankierenden Angebote (z. B. Familienlotse, Wochenbettbetreuung, Stillberatung) hält der Regierungsrat zur Gewährleistung der Grundversorgung für sinnvoll, und welche könnten im Rahmen einer übergreifenden Versorgung mitfinanziert und gestärkt werden? Sind Pilotprojekte in diese Richtung geplant oder möglich?

Begründung der Dringlichkeit: Mit der raschen Beantwortung der Fragen soll der Handlungsspielraum des Kantons aufgezeigt werden, und was er dazu beiträgt oder beitragen kann, die geburtshilfliche Versorgung zukunftsfähig, bedarfsorientiert und frauengerecht zu gestalten.

Antwort des Regierungsrates

Der Kanton Bern verfügt heute über ein ausreichendes und gut erreichbares Angebot. Es stehen an neun inner- und an drei ausserkantonalen Spitalstandorten Leistungsangebote für die stationäre Geburtshilfe zur Verfügung. In jeder der 4+ Versorgungsregionen des Kantons Bern befindet sich mindestens ein Listenspital mit einem solchen Angebot. Zusätzlich zu den 12 Listenspitälern führt der Kanton Bern auf der Spitalliste Akutsomatik die beiden Geburtshäuser Luna und Maternité Alpine, die ausschliesslich hebammengeleitete Geburten anbieten.

Die Anzahl der Geburten ist im Kanton Bern rückläufig. Im Jahr 2024 wurden 8727 Kinder geboren. Im Vergleich zu 2014 ging die Anzahl Geburten stark zurück, damals wurden noch 9731 Kinder geboren. Das entspricht einem Rückgang von -11,5 Prozent.³

Werdende Eltern können zwischen einer Geburt im Spital oder in einem Geburtshaus wählen, wobei Spitäler eine breitere medizinische Infrastruktur bieten, während Geburtshäuser eine hebammengeleitete, natürliche Geburt in einer familiären Atmosphäre ermöglichen. Geburtshäuser richten sich primär an gesunde Frauen mit unauffälligen Schwangerschaften und bieten eine engere 1:1-Betreuung durch Hebammen. Im Kanton Bern kommen pro Jahr etwa 200 Kinder in einem Geburtshaus zur Welt. Der Anteil ist im Vergleich zu Spitalgeburten gering, nur etwa 2,4 Prozent der Geburten werden in einem hebammengeleiteten Geburtshaus betreut, während 97,6 Prozent in einem Spital betreut werden.

Für das Führen von Geburtshäusern gelten schweizweit einheitliche Standards. In Geburtshäusern dürfen einzig voraussichtlich komplikationslose Spontangeburt durchgeführt werden. Die Versorgung der Frauen ist während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen zu garantieren. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch mindestens drei Hebammen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung. Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 Schwangerschaftswoche bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar. Zudem muss eine Hebamme jederzeit innert 30 Minuten im Geburtshaus sein. Befindet sich eine Frau im Geburtshaus, ist immer eine Fachperson im Geburtshaus anwesend.

Für das Führen einer Geburtsabteilung im Spital gelten schweizweit höhere Standards. Eine Geburtsabteilung im Spital eignet sich für alle Geburten, auch für Risikoschwangerschaften und Geburten mit möglichen Komplikationen, da ärztliche und operative Unterstützung jederzeit verfügbar sind. Die Versorgung der Frau erfolgt während 365 Tagen über 24 Stunden. Eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtsabteilung vor Ort während 365 Tagen über 24 Stunden zur Verfügung. Eine Notfallsectio erfolgt in weniger als 15 Minuten vom Entscheid bis zur Entbindung, wenn dies notwendig ist.

Zu den Fragen nimmt der Regierungsrat folgendermassen Stellung:

Zu Frage 1

Wie definiert der Kanton Bern aktuell den Versorgungsauftrag im Bereich Geburtshilfe? Gehört die geburtshilfliche Versorgung – insbesondere bei gesunden Schwangeren – zur kantonal sichergestellten Grundversorgung?

Die Kantone planen die stationäre Versorgung und erteilen auf dieser Basis Leistungsaufträge für die kantonalen Spitallisten. Im Rahmen dieser Aufgaben können sie die Entwicklung von stationären geburtshilflichen Modellen unterstützen. Auf das ambulante geburtshilfliche Angebot haben die Kantone keinen Einfluss.

³ Bundesamt für Statistik, STATPOP (2024)

Für die stationäre geburtshilfliche Versorgung gibt es im Kanton Bern vier unterschiedliche Leistungsaufträge: «GEBH / NEOG: Geburtshäuser», «GEB1 / NEO1: Grundversorgung Geburtshilfe und Versorgung von Neugeborenen», «GEB1.1 / NEOG1.1: Geburtshilfe und Versorgung von Neugeborenen», «GEB1.1.1 / NEOG1.1.1: Spezialisierte Geburtshilfe und Versorgung von Neugeborenen». Für jeden dieser Leistungsaufträge gibt es spezifische Anforderungen (z. B. verfügbare Facharzttitel, Ein- und Ausschlusskriterien für die Geburt)⁴. Diese Unterteilung der Leistungsaufträge erlaubt eine abgestufte Versorgung in der stationären Geburtshilfe.

Der Kanton ist verpflichtet, für den Entscheid über die Aufnahme auf die Spitalliste unter anderem die im Krankenversicherungsgesetz (KVG)⁵ und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)⁶ festgelegten Planungskriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit anzuwenden. Damit Leistungen von der Krankenversicherung übernommen werden, müssen diese erfolgsversprechend, anwendbar, geeignet und kosteneffizient sein. Eine Leistung muss diese Kriterien kumulativ erfüllen.

Erteilt der Regierungsrat einem Spital oder Geburtshaus einen Leistungsauftrag, werden diese Leistungserbringenden auf die Berner Spitallisten aufgenommen. Sie sind damit berechtigt, die entsprechenden stationären Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen.

Die stationäre Geburtshilfe ist im Kanton Bern nicht Teil der stationären Grund- und Notfallversorgung, für welche bei der Erteilung von Leistungsaufträgen für die kantonalen Spitallisten Zugangswerte für die Bevölkerung bestehen (vgl. Artikel 11d SpVV⁷). Die stationären Grund- und Notfallversorgung beschränkt sich auf den Leistungsauftrag «Basispaket Innere Medizin / Chirurgie (BP)».

Zu den Fragen 2 und 3

Frage 2: Welche Rolle spielt der Kanton bei der Finanzierung geburtshilflicher Leistungen?

Frage 3: Welche Anteile tragen Krankenkassen und öffentliche Hand im ambulanten und stationären Bereich, und wie wirken sich diese Anteile auf die Existenzfähigkeit kleiner Geburtshilfeabteilungen in Randregionen aus?

Gemäss Artikel 49a Absatz 1 KVG werden die Vergütungen der stationären Behandlungen einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. Der Anteil des Kantons Bern an der Vergütung beträgt 55 Prozent. Die ambulanten Behandlungen gehen zu 100 Prozent zu Lasten der Krankenversicherer.

Die Höhe der Vergütung wird von zwei Faktoren bestimmt. Der erste Faktor ist der abrechenbare Tarif, der zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern ausgehandelt und in einem Tarifvertrag festgehalten wird. Im stationären Bereich ist der Tarif die SwissDRG-Baserate, im ambulanten Bereich der Taxpunktwert TARMED oder der Taxpunktwert für Hebammenleistungen. Der Regierungsrat des Kantons hat diese Tarifverträge auf ihre Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu prüfen. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind in der Regel schweizweite Betriebsvergleiche anzustellen. Eine besondere Berücksichtigung der Grösse oder der geografischen Lage der Betriebe ist dabei nicht vorgesehen.

⁴ Vgl. Leistungsspezifische Anforderungen zu den Leistungsaufträgen auf der Spitalliste Akutsonnabik des Kantons Bern, abrufbar unter: [Spitallisten](#).

⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

⁶ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

⁷ Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112)

Der zweite Faktor, der die Höhe der Vergütung bestimmt, sind die Anzahl Taxpunktwerte, die für ambulante Leistungen abgerechnet werden können, resp. das Kostengewicht, das für stationäre Leistungen abgerechnet werden kann. Dieser zweite Faktor wird im stationären Bereich und für TARMED (ab 2026 TARDOC) datenbasiert hergeleitet und in schweizweiten Tarifstrukturverträgen, die von den Leistungserbringern und den Versicherern unterzeichnet werden, festgehalten. In den Tarifstrukturen SwissDRG (Akutsomatik), TARPSY (Psychiatrie) und in ST Reha (Rehabilitation) wird das Kostengewicht der einzelnen Leistungen auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler durch die SwissDRG AG hergeleitet und jährlich überprüft.

Die ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich sind in der Tarifstruktur TARMED (ab 2026 TARDOC) datenbasiert definiert und werden ab Einführung von TARDOC ebenfalls jährlich überprüft und weiterentwickelt. Die ambulanten Hebammenleistungen wurden zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt und im entsprechenden Tarifstrukturvertrag festgehalten.

Alle Leistungen basieren auf einer schweizweit einheitlichen Lösung. Für die Genehmigung von schweizweiten Tarifstrukturverträgen ist der Bundesrat zuständig. Der Kanton hat keine Kompetenzen, um auf die Tarifstrukturverträge einzuwirken.

Zu Frage 4

Welche Möglichkeiten hat der Kanton, Fehlanreize im aktuellen Finanzierungssystem (TarMed, DRG) zu korrigieren oder ergänzende Lösungen einzuführen, wie z. B. Pauschalen für «Gesundheitsfälle», und könnten solche Lösungen etwa im Rahmen eines kantonalen «Experimentierartikels» erfolgen? Und falls ja, erachtet der Regierungsrat solche Massnahmen als sinnvoll?

Für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY und ST REHA ist die SwissDRG AG zuständig. Die erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) gemäss Artikel 49 Absatz 2 KVG dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Gemäss dem Bundesverwaltungsgericht (Leiturtel zur Tariffindung unter SwissDRG 2014/36 vom 11. September 2024) sind allfällige Fehlanreize oder Mängel über die Tarifstruktur anzupassen und nicht über den Tarif. Eingriffe in die Tarifstruktur fallen nicht in die Zuständigkeit der Kantonsregierung.

Es steht den Tarifpartnern frei, Anpassungen an der Tarifstruktur einzubringen, um allfällige Mängel zu korrigieren. Die Tarifstruktur SwissDRG wird jedes Jahr überprüft und Anpassungen werden von der SwissDRG AG datenbasiert vorgenommen. Für die ambulanten Tarifstruktur TARDOC und ambulante Pauschalen ist ebenfalls ein solcher datenbasierter Mechanismus der jährlichen Überprüfung und Anpassung geplant, der von der OAAT AG durchgeführt werden soll. Der Tarifstrukturvertrag für die ambulanten Hebammenleistungen wurde zwischen den Krankenversichererverbänden santésuisse und curafutura (heute Prio Swiss) sowie dem Schweizerischen Hebammenverband (SHV) und der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH) abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt. Allfällige Anpassungen sind zwischen den Tarifpartnern auszuhandeln.

Die Anwendung des Experimentierartikels wird nicht als sinnvoll erachtet, da es sich bei der Geburtshilfe nicht um eine Innovation oder eine innovative Leistung handelt. Alternative Finanzierungsmodelle sind nicht nötig, da die Abgeltung bereits heute abgestuft bzw. risikobasiert erfolgt (siehe Frage 5).

Zu Frage 5

Sieht der Regierungsrat Handlungsspielraum und -bedarf, um eine klare Trennung zwischen «Gesundheitsfällen» (komplikationslose Schwangerschaften/Geburten) und «Krankheitsfällen» (Risikogeburten) in der Finanzierung vorzunehmen, und wie könnten evidenzbasierte Ein- und Ausschlusskriterien dabei zur Anwendung kommen?

Die Finanzierung wird in Artikel 29 KVG geregelt. Dieser definiert, welche Leistungen bei Mutterschaft von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Dabei wird nicht unterschieden, ob es sich um komplikationslose Schwangerschaften/Geburten oder Risikogeburten handelt. Welche Leistungen in welchem Umfang verrechnet werden können, wird in den Tarifstrukturverträgen geregelt oder ist Grundlage der Tarifstruktur. Wie weiter oben ausgeführt, hat der Regierungsrat keinen Handlungsspielraum, um direkt in die Tarifstruktur einzugreifen.

Eine komplikationslose Geburt ist meist kostengünstiger, da sie weniger medizinische Interventionen erfordert als eine Risikogeburt. Risikogeburten sind teurer, weil sie eine intensiviertere Überwachung und potenzielle Eingriffe wie operative Entbindungen oder intensive Schmerztherapien nach sich ziehen können, die entsprechend abgerechnet werden. Dies wird bereits heute im Rahmen der Fallpauschalen nach SwissDRG abgebildet, wobei für eine komplexere Risikogeburt höhere Kostengewichte gelten.

Zu Frage 6

Welche Erfahrungen liegen dem Kanton Bern aus früheren oder laufenden Projekten zur hebammengeleiteten Geburtshilfe oder zu alternativen Finanzierungsmodellen vor?

In Artikel 44 KVG ist geregelt, dass die Leistungserbringer sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten müssen. Sie dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz).

Die Tarifstruktur SwissDRG regelt die Vergütung stationärer Leistungen in Spitälern und Geburtshäusern. Für Geburtshäuser gibt es separate Tarifverträge für stationäre Aufenthalte, die von der IGGH-CH mit den Versicherern ausgehandelt werden. Diese Verträge basieren auf einer nationalen Baserate für eine Geburt im Geburtshaus, die durch die SwissDRG-Struktur abgedeckt wird. Die beiden Berner Geburtshäuser sind diesem IGGH-CH-Vertrag nicht beigetreten und verhandeln einzeln mit den Versicherern.

Alternative Finanzierungsmodelle sind nicht nötig, da die Abgeltung bereits heute abgestuft bzw. risikobasiert erfolgt (siehe Frage 5).

Im Bereich der stationären Geburtshilfe gibt es schweizweit gleichlautende Leistungsaufträge (Leistungsaufträge «GEB1 + NEO1», «GEB1.1 + NEO1.1», «GEB1.1.1 + NEO1.1.1» und «GEB1.1.1 + NEO1.1.1.1»). Die Unterteilung der Leistungsaufträge erlaubt eine Abstufung der Versorgung nach Spezialisierungsgrad. Die Mehrheit der Einrichtungen auf der Spitalliste Akut-somatik des Kantons Bern bietet eine Basisversorgung in der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen an (Leistungsaufträge «GEB1 + NEO1»).

Für die Versorgung durch Hebammen bestehen die zusätzlichen Leistungsaufträge «GEBH + NEOG». Sie sind das Ergebnis der Motion 126-2013 Imboden (Bern, Grüne) zur Hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern vom 14. Mai 2013.⁸ Mit diesen Leistungsaufträgen wird die stationäre hebammengeleitete Geburtshilfe geregelt. Im Fokus steht die Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die stationäre hebammengeleitete Geburtshilfe ist eine Ergänzung – und kein Ersatz – für die konventionelle stationäre Geburtshilfe. Spitäler mit den Leistungsaufträgen «GEB1 + NEO1» können bereits heute im Rahmen ihres Leistungsauftrags eine hebammengeleitete Geburtshilfe ergänzend zur konventionellen Geburtshilfe anbieten. Darüber hinaus ist es möglich, dass auch ein Spital die Leistungsaufträge «GEBH + NEOG» beantragt und analog zu Geburtshäusern ausschliesslich hebammengeleitete Geburten anbietet.

Ein neues Projekt zur hebammengeleiteten Geburtshilfe im klinischen Setting (Geburtshaus oder Spital) ist aus Sicht des Regierungsrates nicht nötig, da ein entsprechender Leistungsauftrag bereits besteht. Er umfasst die Ein- und Ausschlusskriterien für eine hebammengeleitete Geburt.⁹

Zu Frage 7

Gibt es Vergleiche mit anderen Kantonen wie z. B. Zürich oder Graubünden, die bereits Modelle mit stärkerer öffentlicher Finanzierung verfolgen?

Die erwähnten Kantone kennen einen Beitrag an den ambulanten Bereitschaftsdienst von Hebammen und die Wochenbettbetreuung. Es geht somit nicht um eine alternative Finanzierung des stationären Bereichs. Im Kanton Graubünden wird beispielsweise der Pikettdienst von Hebammen bei einer Hausgeburt neu mit 500 Franken entschädigt. Im Kanton Zürich gibt es in einigen Gemeinden eine Entschädigung bei Hausgeburten. Diese Entschädigung wird allerdings nicht vom Kanton finanziert, sondern von der jeweiligen Gemeinde.

Zu Frage 8

Welche Rolle spielt der Regierungsrat innerhalb der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) oder anderer relevanter Gremien, um auf nationaler Ebene Einfluss auf die Weiterentwicklung der Finanzierung und Versorgung von Gebärenden zu nehmen?

Seit 2011 empfiehlt die GDK den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung des vom Kanton Zürich entwickelten Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzepts (SPLG) einschliesslich der damit verbundenen Anforderungen an die einzelnen Leistungsaufträge. Die Definition und Einschlusskriterien für den Leistungsauftrag «GEBH / NEOG: Geburtshäuser» wurden bereits in diese Systematik integriert (siehe Frage 6). Es besteht kein weiterer Handlungsbedarf für die Definition des stationären geburtshilflichen Angebots. Auf das ambulante geburtshilfliche Angebot haben die Kantone keinen Einfluss.

Bei der Weiterentwicklung der Tarifstrukturen sind, wie zu Frage 3 beschrieben, die Tarifpartner antragsberechtigt. Regierungsrat Pierre Alain Schnegg, Direktor der Gesundheits-, Sozial- und

⁸ Am 14. Mai 2013 wurde die Motion 126-2013 Imboden (Bern, Grüne) zur Hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern eingereicht und im September 2013 vom Grossen Rat als Postulat angenommen. Dieser begrüsst den Vorstoss, wonach das hebammengeleitete Geburtshilfeangebot als Alternative – nicht als Ersatz – zur konventionellen ärztlichen Geburtshilfe unterstützt werden sollte. Zur Erfüllung des Postulats erarbeitete eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Organisationen (Interessengemeinschaft Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH®), Schweizerischer Hebammenverband (SHV), Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Institut für Hebammen Berner Fachhochschule (BFH), Fachbereich Gesundheit und Gynécologie suisse bzw. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)), unter der Leitung der Kantone Bern und Zürich die Definition sowie die Einschlusskriterien für den Leistungsauftrag: «GEBH / NEOG: Geburtshäuser».

⁹ Vgl. Spitallisten, Grundlagendokumente Spitalliste Akutsumatik 2019.

Integrationsdirektion, nimmt als Vertreter der GDK zudem Einsitz im Verwaltungsrat in der SwissDRG AG und der OAAT AG. In den besagten Verwaltungsräten sind alle Tarifpartner vertreten, so dass der Einfluss beschränkt ist, auch auf die Weiterentwicklung der Finanzierung der Geburtshilfe.

Zu den Fragen 9 und 10

Frage 9: Wie stellt sich der Kanton zur Forderung, die Versorgung von gesunden Schwangeren – analog Beispielen aus anderen Kantonen (z. B. Graubünden, Uri, Ob- und Nidwalden, Basel-Land und Basel-Stadt) und zum Ausland (z. B. Schweden) – als gesellschaftlich unverzichtbare Grundversorgung zu deklarieren und demnach steuerfinanziert sicherzustellen?

Frage 10: Welche Massnahmen könnte der Regierungsrat ergreifen, falls insbesondere in ländlichen Regionen wie z. B. dem Berner Oberland die Geburtshilfe nicht gesichert ist? Und welche Rolle könnte dabei der Einbezug neuer Versorgungsmodelle, wie Geburtshäuser oder integrierte Wochenbettversorgung, spielen?

Heute bestehen in allen 4+ Versorgungsregionen Angebote der stationären Geburtshilfe. Zur gezielten Sicherstellung stationärer geburtshilflicher Angebote im ländlichen Raum könnte der Kanton Bern die Zugangs-Richtwerte von Artikel 11d SpVV auf den Leistungsauftrag «GEB1 + NEO1» ausdehnen. Versorgungsnotwendige Spitäler mit einem entsprechenden stationären geburtshilflichen Angebot hätten dann die Möglichkeit, eine Zusatzfinanzierung gemäss Artikel 67ff des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG)¹⁰ zu beantragen. Der Regierungsrat kann jedoch keinen Leistungserbringer zum Angebot der stationären Geburtshilfe verpflichten. Stellt ein Spital die Geburtshilfe z. B. aufgrund des Fachkräftemangels resp. aufgrund von Personalengpässen ein, kann auch eine Zusatzfinanzierung das Angebot nicht weiter gewährleisten.

Die Herausforderungen für die Geburtshilfe sind aus verschiedenen Gründen anspruchsvoller geworden, darunter die wirtschaftliche Notwendigkeit, da niedrige Geburtenzahlen für Spitäler nicht rentabel sind, sowie der Mangel an qualifiziertem Personal. Ein weiterer Grund sind die Fallpauschalen, die für Kliniken mit geringer Patientenfrequenz nicht ausreichen, um die hohen Kosten für den Betrieb und die Vorhaltung der notwendigen Dienste decken.

Im laufenden Jahr haben im Kanton Bern zwei Spitäler ihre Geburtsabteilungen zusammengeführt. Das Spital Frutigen, dessen Geburtsabteilung mit derjenigen des Spital Interlaken zusammengelegt wurde, und das Spital Langenthal, das eng mit dem Spital Burgdorf zusammenarbeitet. Die Zusammenlegung der jeweiligen Geburtsabteilungen zielt darauf ab, die Geburtshilfe regional zu zentralisieren und die Qualität und Sicherheit für die Frauen durch gebündelte Expertise und höhere Fallzahlen zu verbessern. Gemäss der SRO AG verursachte die Geburtsabteilung in Langenthal etwa zwei Millionen Franken Defizit pro Jahr, mit steigender Tendenz. Die SRO AG hatte in Langenthal rund 430 Geburten und hätte nach eigenen Angaben etwa doppelt so viele Geburten benötigt, um dieses Angebot kostendeckend zu führen. Gemäss der fmi AG verfügte die Geburtshilfe in Frutigen über zu wenige Fachkräfte, um den Betrieb während 365 Tagen über 24 Stunden sicherzustellen. Die Vorhalteleistungen waren zu hoch angesichts von rund 260 Geburten pro Jahr.

¹⁰ Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2016 (SpVG; BSG 812.11)

Zu Frage 11

Welche flankierenden Angebote (z. B. Familienlotse, Wochenbettbetreuung, Stillberatung) hält der Regierungsrat zur Gewährleistung der Grundversorgung für sinnvoll, und welche könnten im Rahmen einer übergreifenden Versorgung mitfinanziert und gestärkt werden? Sind Pilotprojekte in diese Richtung geplant oder möglich?

Um eine wohnortnahe Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu ermöglichen, benötigt es Zusammenarbeitsmodelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung sowie zwischen hebammengeleiteter und konventioneller stationärer Geburtshilfe. Es ist Aufgabe der verschiedenen Leistungserbringer im Bereich der Geburtshilfe, entsprechende Zusammenarbeitsmodelle voranzutreiben.

Der Kanton Bern unterstützt die Mütter- und Väterberatung Kanton Bern. Sie ist die Anlaufstelle für Fragen rund um die frühe Kindheit und hat die Stärkung der Eltern sowie von Bezugspersonen von Kindern ab Geburt bis zum vollendeten fünften Lebensjahr in der Betreuungs- und Erziehungsarbeit zum Ziel. Zudem hat die Mütter- und Väterberatung den Auftrag, Berufspersonen im Frühbereich bei der Einschätzung allfälliger Kindeswohlgefährdung zu coachen.

Im Rahmen des kantonalen Aktionsprogramms Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit bei Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen 2022-2025 unterstützt der Kanton Bern das Angebot «Geburtsvorbereitung in deiner Sprache» des Vereins mamamundo sowie die Stiftung Stillförderung Schweiz.

Darüber hinaus sind keine Pilotprojekte oder Beiträge geplant. Dies auch, weil heute die Kantone keinen Einfluss auf das ambulante geburtshilfliche Angebot haben, dazu gehören Schwangerschaftsvorsorge (regelmässige Kontrollen von Mutter und Kind, Ultraschall, CTG), die Geburtsbegleitung zu Hause oder als ambulante Geburt im Spital oder Geburtshaus, die Nachsorge im Wochenbett (Hausbesuche durch eine Hebamme für Mutter und Kind, Unterstützung beim Stillen und der Pflege) sowie weiterführende Kurse und Beratungen (z. B. Stillberatung, Babymassage, Rückbildungskurse).

Verteiler

– Grosser Rat