



Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» und Gegenvorschläge

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	3
2.	Ausgangslage	3
2.1	Von der Einreichung der Volksinitiative bis zur Novembersession 2015	3
2.2	Kommissionsarbeit im Hinblick auf die Junisession 2016	3
3.	Zur Erinnerung: Wichtigste Vorgaben des geltenden Rechts bzw. Regelwerks	4
4.	Vergleich der wichtigsten Elemente der Spitalstandortinitiative und der bereits vorliegenden Gegenvorschläge von Regierungsrat bzw. aus der Ratsmitte	5
4.1	Wichtigste Gemeinsamkeiten aller Vorschläge	5
4.2	Wichtigste Unterschiede zwischen den Vorschlägen	5
4.3	Wichtigste Ergebnisse der Konsultation bei betroffenen Institutionen	7
4.3.1	Vorteile gegenüber dem geltenden Recht	7
4.3.2	Nachteile gegenüber dem geltenden Recht	7
4.3.3	Auswirkungen auf das <i>Personal</i>	8
4.3.4	Auswirkungen auf die <i>Infrastruktur</i>	8
4.3.5	Auswirkungen auf die <i>Finanzen</i>	8
4.3.6	Auswirkungen auf das <i>Leistungsangebot</i>	8
4.3.7	Auswirkungen auf die <i>Qualität</i> der Leistungen	8
4.3.8	Auswirkungen auf die <i>Wirtschaftlichkeit</i> der Leistungen	8
4.3.9	Auswirkungen auf die <i>Wettbewerbsfähigkeit</i> der Leistungserbringer	8
5.	Haltung der GSoK zur Spitalstandortinitiative und zu den Gegenvorschlägen des Regierungsrates bzw. aus der Ratsmitte	8
6.	Gegenvorschlag der Gesundheits- und Sozialkommission	9
6.1	Ausgangspunkt	9
6.2	Grundzüge der vorgeschlagenen Gesetzesänderung	10
6.3	Erläuterungen zu den Artikeln des Gegenvorschlags	11
7.	Anträge	13
8.	Anhang: Definition von Begriffen aus der Spitalstandortinitiative und den Gegenvorschlägen	14

Berichterstattung der Gesundheits- und Sozialkommission an den Grossen Rat zur Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» und zu den Gegenvorschlägen

1. Zusammenfassung

In der Novembersession 2015 behandelte der Grosse Rat die Spitalstandortinitiative und den Gegenvorschlag des Regierungsrates erstmals. Erst kurz vor der Session wurden zwei Anträge für Gegenvorschläge aus der Ratsmitte eingereicht: einer stammte von den Grossräten Pierre Alain Schnegg, Thomas Knutti und Walter Sutter und ein zweiter von der SP-JUSO-PSA-Fraktion. Auf Antrag der Gesundheits- und Sozialkommission (GSoK) wies der Grosse Rat die Spitalstandortinitiative und die Gegenvorschläge an die GSoK zurück mit der Auflage, die neu vorliegenden beiden Anträge aus dem Grossen Rat auf ihre materiellen und finanziellen Auswirkungen zu prüfen.

Im vorliegenden Bericht legt die GSoK die Erkenntnisse aus ihren Arbeiten dar und begründet ihre Anträge an den Grossen Rat.

Nach eingehender Prüfung ist eine Mehrheit der GSoK weiterhin der Meinung, dass sowohl die Spitalstandortinitiative wie auch der Gegenvorschlag des Regierungsrates abzulehnen sind. Auch die Gegenvorschläge aus der Ratsmitte empfiehlt die Kommission mehrheitlich zur Ablehnung.

Gleichzeitig legt die GSoK dem Grossen Rat einen neuen Gegenvorschlag vor, den sie selber ausgearbeitet hat. Eine Kommissionsmehrheit empfiehlt dem Grossen Rat, diesen Gegenvorschlag anzunehmen.

2. Ausgangslage

2.1 Von der Einreichung der Volksinitiative bis zur Novembersession 2015

Die Gesetzesinitiative «Spitalstandortinitiative» wurde am 21. Januar 2014 mit 25 945 gültigen Unterschriften eingereicht. Am 12. Februar 2014 stellte der Regierungsrat das Zustandekommen der Volksinitiative fest.

Mit Beschluss vom 12. August 2015 überwies der Regierungsrat das Geschäft an den Grossen Rat. Er beantragte, die Spitalstandortinitiative für gültig zu erklären. Inhaltlich beantragte er, die Volksinitiative abzulehnen und als Gegenvorschlag eine Teilrevision des Spitalversorgungsgesetzes zu verabschieden.

An ihrer Sitzung vom 18. August 2015 beriet die Gesundheits- und Sozialkommission (GSoK) das Geschäft zuhanden des Grossen Rates vor. Auch sie vertrat die Ansicht, die Initiative sei gültig zu erklären. Inhaltlich beantragte sie dem Grossen Rat, sowohl die Spitalstandortinitiative wie auch den Gegenvorschlag des Regierungsrates abzu-

lehnen. In der Folge empfahl der Regierungsrat dem Grossen Rat seinen eigenen Gegenvorschlag ebenfalls zur Ablehnung.

Das Geschäft war erstmals für die Novembersession 2015 des Grossen Rates traktandiert. Erst kurz vor der Session wurden zwei Anträge für Gegenvorschläge aus der Ratsmitte eingereicht. Um diese hinsichtlich ihrer inhaltlichen und finanziellen Auswirkungen genau prüfen zu können, beantragte die GSoK dem Grossen Rat, das Geschäft an sie zurückzuweisen. Diesem Antrag folgte der Grosse Rat am 24. November 2015 mit 122 Ja zu 22 Nein bei 2 Enthaltungen.¹

2.2 Kommissionsarbeit im Hinblick auf die Junisession 2016

Die GSoK befasste sich seit der Novembersession 2015 an insgesamt drei Ausschuss- und drei Plenums-Sitzungen intensiv mit der Spitalstandortinitiative und den Gegenvorschlägen. Sie gab umfassende Abklärungsaufträge bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) in Auftrag und führte bei betroffenen Institutionen eine Konsultation durch (vgl. Kapitel 4.3). Im Weiteren hörte sie das Initiativkomitee und die Urheber der Gegenvorschläge aus dem Grossen Rat an. Die Erkenntnisse aus diesen Arbeiten und ihre Anträge an den Grossen Rat legt die GSoK im vorliegenden Bericht dar.

Inhaltlich befasste die GSoK sich detailliert mit den Gemeinsamkeiten, Unterschieden und Folgen der Spitalstandortinitiative und der Gegenvorschläge der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter sowie der SP-JUSO-PSA-Fraktion und bezog dabei sowohl den Gegenvorschlag des Regierungsrates wie auch das geltende Recht mit ein. Während ihren Arbeiten prüfte die Kommission auch die Frage, ob sie dem Grossen Rat einen eigenen Gegenvorschlag vorlegen möchte und wenn ja, welche Elemente ein solcher beinhalten müsste, damit er sich in die Logik des geltenden Rechts (insbesondere des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG]² und des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 [SpVG]³) eingliedert. In Kenntnis aller Fakten entschied sich die Kommission schliesslich dazu, dem Grossen Rat einen eigenen Gegenvorschlag vorzulegen, welcher eine Teilrevision des Spitalversorgungsgesetzes vorsieht.

¹ Tagblatt 2015, S. 1318 – 1336.

² SR 832.10

³ BSG 812.11

3. Zur Erinnerung: Wichtigste Vorgaben des geltenden Rechts bzw. Regelwerks⁴

Die Kantone erstellen eine **Spitalplanung**. Diese dient den Kantonen dazu, zu planen, welche Einrichtungen (z.B. Spitäler und Geburtshäuser) es braucht, damit der Bedarf der Einwohnerinnen und Einwohner für stationäre Behandlung⁵ gedeckt werden kann. Auf Basis dieser Planung erstellen die Kantone eine **Spitalliste**, die alle Spitäler mit ihren jeweiligen Leistungen aufführt, die notwendig sind, um den Bedarf an stationärer Behandlung der Einwohnerinnen und Einwohner des betroffenen Kantons zu decken. Die Spitalliste des Kantons Bern enthält die auf Basis der Versorgungsplanung⁶ vom Regierungsrat verfügbaren **Leistungsaufträge** für die aufgeführten Leistungserbringer mit ihren jeweiligen Behandlungen. Um einen Leistungsauftrag zu erhalten, müssen die Spitäler eine ausreichende ärztliche Betreuung und das erforderliche Fachpersonal gewährleisten, über die notwendigen medizinischen Einrichtungen verfügen und der kantonalen Planung, also einem Bedarf der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons entsprechen.

Für ein Spital ist es sowohl wichtig, auf der Spitalliste aufgeführt zu sein, als auch über einen adäquaten Leistungsauftrag zu verfügen, denn diese bilden die Grundlage dafür, dass es **zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen** kann. Umgekehrt bedeuten die Leistungsaufträge aber auch, dass die jeweilige Behandlung **angeboten werden muss**. Es gibt keine Leistungsaufträge «auf Halde».

Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden, bezahlen der Kanton und die Versicherer anteilmässig, wobei der Kanton mindestens 55 Prozent des Tarifs übernimmt. Die Kantone legen ihren genauen Kostenanteil selber fest. Das Tarifsystem gilt schweizweit und die Höhe des Tarifs wird zwischen den Spitälern und den Versicherern vereinbart. Der Kanton ist nicht Vertragspartei. Er genehmigt jedoch den Tarifvertrag oder legt einen Tarif fest, falls sich die Parteien nicht einigen können. Rekursinstanz ist das Bundesverwaltungsgericht. Bieten Spitäler Angebote ohne Leistungsauftrag an, müssen sie die Kosten ohne Beteiligung der Grundversicherung und des Kantons finanzieren.

In den Kosten, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden, dürfen keine Angebote eingerechnet werden, die dem Bedarf nicht

⁴ Vgl. zum Ganzen im Wesentlichen das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), die Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) und das Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG).

⁵ «Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

- a. von mindestens 24 Stunden;
- b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- e. bei Todesfällen.»

(vgl. Swiss DRG, Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG, http://swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/SwissDRG_Falldefinitionen_Version_5_2013_def.pdf, besucht am 15.03.2016).

⁶ Der Kanton Bern erstellt gemäss Art. 6f. SpVG nicht nur eine Spitalplanung, sondern eine Versorgungsplanung, welche über die stationären Spitalleistungen hinausgeht.

entsprechen und nur aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhalten werden. Wenn Kantone Leistungsaufträge aus regionalpolitischen Gründen vergeben, müssen sie die Kosten dafür also vollständig übernehmen. Im Kanton Bern gibt es bisher keine Grundlage, um Angebote aus regionalpolitischen Gründen aufrechtzuerhalten und sie aus Kantonsgeldern zu finanzieren.

Bei der **Erstellung der Spitalliste** müssen die Kantone insbesondere die **Kriterien** Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie Bereitschaft und Fähigkeit der Leistungserbringer zur Erfüllung des Leistungsauftrages berücksichtigen. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität, die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien. Im Kanton Bern werden in Bezug auf die Qualität die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verglichen. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung werden Fallkostenvergleiche herangezogen. Und für den Zugang innert nützlicher Frist gilt, dass das nächstgelegene Spital für 80 Prozent der zu versorgenden Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar und höchstens 50 Strassenkilometer vom Ortskern der zu versorgenden Gemeinden entfernt ist.

Seit 2014 gliedert der Regierungsrat des Kantons Bern die Spitalliste anhand der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)⁷, welche die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und Gesundheitsdirektorinnen (GDK) empfiehlt und in der Mehrheit der Kantone zur Anwendung kommt. Darin werden Behandlungen in Leistungsgruppen aufgeteilt und die notwendigen Anforderungen definiert, die erfüllt sein müssen, damit ein Leistungsauftrag für eine bestimmte Leistungsgruppe vergeben werden kann. Die aufgeführten Anforderungen betreffen dabei insbesondere auch die Ausstattung der zugehörigen Notfallstation. 20 Leistungsgruppen werden der Grundversorgung zugeordnet und bilden das sogenannte «Basispaket». Spitalstandorte, welche einen Leistungsauftrag für das Basispaket Innere Medizin / Chirurgie erhalten haben, müssen über eine Notfallstation mindestens auf Level 1 gemäss den Anforderungen der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) verfügen.

Die Kantone haben den Auftrag, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Gewisse Angebote sind **versorgungsnotwendig**, weil entweder im betreffenden geografischen Raum keine weiteren Spitäler bestehen oder bestimmte Angebote im betreffenden geografischen Raum nur an einem einzigen Standort angeboten werden. Gemäss Beschlüssen des bernischen Regierungsrates ist ein Spitalstandort versorgungsnotwendig, wenn er folgende Regeln kumulativ erfüllt:

- der Standort ist für 80 Prozent der zu versorgenden Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar,
- der Standort ist höchstens 50 Strassenkilometer vom Ortskern der zu versorgenden Gemeinden entfernt,

⁷ Vgl. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623> (besucht am 11.03.2016).

- der Standort ist bedarfsgerecht, d.h. sein wie oben beschrieben zugängliches Leistungsangebot wird durch die potentiellen Patientinnen und Patienten des Einzugsgebiets auch in Anspruch genommen.

Bei der Bezeichnung der Versorgungsnotwendigkeit von einzelnen Spitalstandorten gilt die Erreichbarkeit als Hauptkriterium. Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit gelten nur als Nebenkriterien. Allerdings muss auch ein versorgungsnotwendiges Leistungsangebot den Vorgaben der jeweiligen Leistungsgruppe (benötigte Infrastruktur, Fachpersonal, Verfügbarkeiten etc.) entsprechen. Alles andere würde sowohl die Patientensicherheit gefährden als auch die Rechtsgleichheit unterlaufen.

Ein versorgungsnotwendiger Standort muss ein Grundangebot der stationären Versorgung und der Notfallversorgung anbieten können. Da im Kanton Bern wie oben beschrieben die Spitalplanungs-Leistungsgruppen angewendet werden, müssen an einem versorgungsnotwendigen Spital mindestens die Leistungen des Basispakets erbracht werden.⁸

Versorgungsnotwendige Vorhalteleistungen (z.B. das Personal der Notfallstation, das jederzeit bereitstehen können muss, um Notfallpatienten aufzunehmen) können im Kanton Bern im Rahmen des durch den Grossen Rat zu sprechenden Kredits abgegolten werden.

4. Vergleich der wichtigsten Elemente der Spitalstandortinitiative und der bereits vorliegenden Gegenvorschläge von Regierungsrat bzw. aus der Ratsmitte⁹

4.1 Wichtigste Gemeinsamkeiten aller Vorschläge

Sowohl der Gegenvorschlag des Regierungsrates wie auch jener der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter und jener der SP-JUSO-PSA-Fraktion führen die **Spitalstandorte** auf, welche die Volksinitiative erwähnt. Sie unterscheiden dabei Hauptstandorte und «regionale» bzw. «lokale» Standorte.

4.2 Wichtigste Unterschiede zwischen den Vorschlägen

Während die Spitalstandortinitiative und die Gegenvorschläge der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter sowie der SP-JUSO-PSA-Fraktion je ein neues **Spezialgesetz** vorsehen, besteht der Gegenvorschlag des Regierungsrates in einer Änderung des Spitalversorgungsgesetzes.

Kommentar: Die Einführung neuer Spezialgesetze birgt das Risiko von Inkongruenzen. Dabei ist unklar, welches Gesetz bei Konflikten Vorrang hätte.

⁸ Vgl. RRB 814/2013, Prüfbericht zur Neuoperationalisierung der Zugänglichkeit mit einer ergänzenden Distanzkomponente vom 12.06.2013. Online: <http://www.rr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwbinary.RRDOKUMENTE.acq/ac564a1a93334c98bf77a8c185c171fb-332/1/PDF/2013.RRGR.11045-Beilage-DF-66367.pdf> (besucht am 11.03.2016).

⁹ Vgl. für die im Text genannten Begriffe auch die detaillierten Definitionen im Anhang.

Gemäss Spitalstandortinitiative und Gegenvorschlägen der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter sowie der SP-JUSO-PSA-Fraktion wird der **Kanton** verpflichtet, sicherzustellen, dass an den genannten Standorten Spitäler betrieben werden. Demgegenüber verpflichtet der Gegenvorschlag des Regierungsrates die **Regionalen Spitalzentren** zum Betrieb eines Spitals an den genannten Standorten.

Kommentar: Soll der Kanton sicherstellen, dass «öffentliche Spitäler» oder Regionale Spitalzentren an bestimmten Standorten betrieben werden, so bestehen im geltenden Recht unternehmerische, eigentümerrechtliche und Finanzierungsinstrumente dazu.

Im geltenden Recht gibt es hingegen keine Instrumente, um eine nicht kantonale Trägerschaft zum Betrieb eines Spitals zwingen zu können, insbesondere dann nicht, wenn das Spital die Kriterien des KVG (inbes. Wirtschaftlichkeit, Qualität, Bedarfsnotwendigkeit) nicht erfüllt.

Der Geltungsbereich des Gegenvorschlags der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter bezieht sich auf «**Spitäler**», was auch jene einschliesst, die zwar eine Betriebsbewilligung, aber keinen Leistungsauftrag haben und damit nicht auf der Spitalliste figurieren. Die Spitalstandortinitiative bezieht sich auf «**öffentlichen Spitälern**», worunter ein durch den Kanton gesteuertes oder sich in seinem Besitz befindliches Spital zu verstehen ist.¹⁰ Der Gegenvorschlag der SP-JUSO-PSA-Fraktion verlangt pro Standort ein **Spital, welches die Anforderungen an die Listenspitäler erfüllt**. Der Gegenvorschlag des Regierungsrates sieht vor, dass ein **Regionales Spitalzentrum** die Leistungen erbringt, ausser es besteht am jeweiligen Standort ein Spital mit dem geforderten Leistungsangebot.

Kommentar: Nach der Spitalstandortinitiative muss ein öffentliches Spital die genannten Leistungen erbringen, bei den Gegenvorschlägen der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter sowie der SP-JUSO-PSA-Fraktion könnte auch ein privates Spital am betreffenden Standort die Aufgabe übernehmen. Faktisch besteht an den regionalen Standorten bisher allerdings sowieso jeweils nur ein (öffentlicher) Leistungserbringer. Dass ein privates Spital an einem regionalen Standort neu aufgebaut würde, ist unrealistisch.

Was das **Leistungsspektrum an den Hauptstandorten** angeht, enthalten die Spitalstandortinitiative und der Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter keine Regelung. Die Gegenvorschläge des Regierungsrates und der SP-JUSO-PSA-Fraktion dagegen spezifizieren, dass Hauptstandorte insbesondere Leistungen der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Gynäkologie / Geburtshilfe sowie eine umfassende Notfallbehandlung anbieten müssen.

Bezüglich **Leistungsspektrum an den regionalen / lokalen Standorten** verlangen die Spitalstandortinitiative und der Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter insbesondere Leistungen der Inneren Medizin, Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe, soweit diese bisher (Initiative) bzw. bis zum 1. November 2015 (Grossräte

¹⁰ Vgl. Rütsche, Bernhard (2014). *Rechtsgutachten - Übereinstimmung der Berner Spitalstandortinitiative vom 21. Januar 2014 mit übergeordnetem Recht und kantonalem Gesetzesrecht*. Luzern, Rz. 26.

Schnegg, Knutti, Sutter) angeboten worden sind. Weiter halten beide eine akutsomatische Notfallversorgung rund um die Uhr fest, wobei der Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter spezifiziert, dass diese für die Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie / Geburtshilfe in den vom Regierungsrat als versorgungsnotwendig erklärten Spitälern gelte. Demgegenüber verlangen die Gegenvorschläge des Regierungsrates und der SP-JUSO-PSA-Fraktion insbesondere Leistungen der Inneren Medizin und Chirurgie und eine umfassende Notfallaufnahme an den regionalen / lokalen Standorten.

Kommentar (vgl. zum Ganzen die detaillierten Hinweise im Anhang):

Der Begriff «Notfallversorgung» der Spitalstandortinitiative und des Gegenvorschlags der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter bedeutet eine uneingeschränkte Behandlungsfähigkeit bzw. Operationsbereitschaft für das gesamte Leistungsspektrum und entspricht damit dem Begriff «Notfallbehandlung». Eine «Notfallaufnahme» gemäss Gegenvorschlag von Regierungsrat und SP-JUSO-PSA-Fraktion bedeutet hingegen ganzjährigen, uneingeschränkten Zugang während 24 Stunden mit Erstversorgung und nötigenfalls Verlegung. Der Begriff «akutsomatische Notfallversorgung» der Spitalstandortinitiative schliesst psychiatrische Notfälle explizit aus.

Welche Leistungen an einem Standort angeboten werden, hat einen Einfluss auf die Ausstattung der zugehörigen Notfallstation (vgl. Kapitel 3). Die Geburtshilfe stellt – wegen der besonderen Verletzlichkeit der Neugeborenen und weil eine Geburt im Gegensatz zu anderen Eingriffen nicht geplant werden kann – die höchsten Anforderungen an die zugehörige Notfallstation (Level 4). Für die Fachbereiche der Grundversorgung bzw. des Basispakets (Innere Medizin und Chirurgie) dagegen sind tiefere Anforderungen ausreichend (Level 1). Die Ausstattung der Notfallstation hat Auswirkungen auf das notwendige Personal und die Höhe der Investitionen, Vorhalteleistungen und Kosten.

Die Vorgaben der Spitalstandortinitiative bezüglich der regionalen Standorte bedeuten, dass die Gynäkologie / Geburtshilfe in Riggisberg und Zweisimmen wiederzueröffnen sind – aufgrund der geltenden Spitalplanungs-Gruppen müssten dabei die zugehörigen Notfallstationen ausgebaut werden, um den höchsten Anforderungen (Level 4) zu entsprechen. Auch die Notfallstation in Langnau ist wiederzueröffnen.

Die Vorgaben des Gegenvorschlags der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter bezüglich der regionalen Standorte bedeuten, dass an den versorgungsnotwendigen Standorten Zweisimmen und Frutigen Leistungen wie an «Hauptstandorten» anzubieten sind, die über die Grundversorgung bzw. das Basispaket (Innere Medizin und Chirurgie mit Notfallstation) hinausgehen und zusätzlich Gynäkologie / Geburtshilfe beinhalten, wodurch die Geburtshilfe in Zweisimmen wiederzueröffnen und die zugehörigen Notfallstationen auf die entsprechenden höchsten Anforderungen (Level 4) auszubauen sind.

Bei den Gegenvorschlägen von Regierungsrat und SP-JUSO-PSA-Fraktion resultiert keine Wiedereröffnung von kürzlich geschlossenen Abteilungen und

wird an den regionalen Standorten nur das Basispaket mit den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie gefordert, was tiefere Anforderungen an die zugehörige Notfallstation stellt (Level 1).

Änderungen an der Spitallandschaft beschliesst der Grosse Rat gemäss Spitalstandortinitiative auf Basis eines Berichts und der Anträge des Regierungsrates alle acht Jahre, der Beschluss untersteht dem fakultativen Referendum. Der Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter verlangt, dass der Regierungsrat nach sechs Jahren einen Bericht und eine Spitalstrategie vorlegt und dem Grossen Rat Antrag stellt; Beschlüsse des Grossen Rates über allfällige Änderungen unterstehen dem fakultativen Referendum. Gemäss Gegenvorschlag des Regierungsrates können die Regionalen Spitalzentren der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (jederzeit) melden, wenn sie den Betrieb trotz Ausschöpfung aller betrieblichen oder gesetzlichen Möglichkeiten nicht mehr sicherstellen können. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beantragt dem Regierungsrat die notwendigen Massnahmen. Das Spezialgesetz des Gegenvorschlags der SP-JUSO-PSA-Fraktion schliesslich erlischt sechs Jahre nach dem Inkrafttreten, der Grosse Rat kann aber seine Weiterführung beschliessen. Vor Ablauf der sechs Jahre hat der Regierungsrat dem Grossen Rat Bericht zu erstatten.

Kommentar: Die genauen Inhalte der geforderten Berichterstattung werden weder in der Spitalstandortinitiative noch in den Gegenvorschlägen aufgeführt. Ebenfalls offen bleibt die genaue Abgrenzung der Spitalstrategie gemäss Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter zur Versorgungsplanung und zur Eigentümerstrategie.

Die Spitalstandortinitiative und die Gegenvorschläge der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter sowie der SP-JUSO-PSA-Fraktion schaffen einen Rechtsanspruch auf Finanzierung der festgehaltenen Angebote an den genannten Standorten, enthalten aber keine Bestimmungen zur **Finanzierung und Mittelbeschaffung**. Demgegenüber schafft der Gegenvorschlag des Regierungsrates einen Rechtsanspruch nur bezüglich der Finanzierung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen. Die entsprechenden Mittel bewilligt der Regierungsrat. Für die Mittelbeschaffung enthält der Gegenvorschlag des Regierungsrates zwei Varianten (Äufnen eines Fonds mittels Abschöpfen von Erträgen aus der Zusatzversicherung / Äufnen eines Fonds mittels Erhöhung der Steueranlage).

Kommentar: Da die Spitalstandortinitiative und die Gegenvorschläge aus dem Grossen Rat Rechtsansprüche schaffen, aber Finanzierung und Mittelbeschaffung nicht regeln, ist hierzu auf das geltende Recht abzustellen. Die Mittel müssten aus dem Staatshaushalt generiert werden. Die bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten stünden zudem alle unter dem Vorbehalt einer Ausgabenbewilligung durch das finanzkompetente Organ. Die Finanzierung hinge damit von den politischen Beschlüssen des Grossen Rates ab und wäre somit nicht im Voraus verbindlich gesichert.

Verschiedene Elemente der Spitalstandortinitiative und der Gegenvorschläge können im Vergleich zur Situation nach geltendem Recht zu einer Veränderung der **Kosten** für den Kanton führen. Bei allen Vorschlägen ist zum Vornherein fraglich, ob die mittels

Initiative und Gegenvorschlägen aufrechterhaltenen Angebote überhaupt einem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Es darf jedenfalls nicht ohne weiteres angenommen werden, dass Infrastruktur und Personal optimal ausgelastet sind, was zu erhöhten Vorhalteleistungen führt. Da aber die Spitalstandortinitiative und Gegenvorschläge aus dem Grossen Rat Rechtsansprüche schaffen, müssten die entsprechenden Mittel zur Verfügung gestellt werden. In diesem Bereich ist für den Gegenvorschlag des Regierungsrates – abgesehen davon, dass dieser auch Vorschläge zur Mittelbeschaffung macht – mit deutlich tieferen Kosten zu rechnen, da der darin geschaffene Rechtsanspruch sehr viel weniger weit geht. Auch die in den Vorschlägen festgelegte Frist, innert welcher Anpassungen am Angebot der Standorte möglich wären (Moratorium), zieht unterschiedlich hohe Belastungen für den Kanton nach sich: Muss der Kanton wie bei der Spitalstandortinitiative Angebote jeweils über eine längere Frist finanzieren, bis er sie anpassen kann, entstehen höhere Kosten. Können die Angebote wie beim Gegenvorschlag des Regierungsrates jedoch jederzeit verändert werden, liegen die Kosten tiefer. Und schliesslich führt der (Wieder-)Aufbau der in der Spitalstandortinitiative und im Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter genannten Abteilungen (inkl. Notfallstationen) zu massgeblichen zusätzlichen Ausgaben.

4.3 Wichtigste Ergebnisse der Konsultation bei betroffenen Institutionen

An ihrer Sitzung vom 8. Dezember 2015 beschloss die GSoK, bei den betroffenen Institutionen eine Konsultation zur Spitalstandortinitiative und zu den Gegenvorschlägen durchzuführen. Folgende Institutionen wurden zur Konsultation eingeladen:

- die Regionalen Spitalzentren,
- Leistungserbringer aus dem Rettungswesen,
- Verbände von betroffenen Leistungserbringern,
- Verbände von betroffenen Berufsgruppen,
- die schweizerische Stiftung Patientenschutz,
- Personalverbände,
- die Interessengemeinschaft medizinische Grundversorgung im Kanton Bern,
- das Initiativkomitee der Spitalstandortinitiative,
- die Urheber der Gegenvorschläge aus dem Grossen Rat.

Die rund 30 zur Teilnahme eingeladenen Institutionen waren gebeten, die Spitalstandortinitiative und die Gegenvorschläge bezüglich ihrer Vor- und Nachteile sowie ihrer Auswirkungen auf Personal, Infrastruktur, Finanzen, Leistungsangebot, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen und die Wettbewerbsfähigkeit der Leistungserbringer zu beurteilen.

Als Hauptergebnis der Konsultation kann festgehalten werden, dass alle Regionalen Spitalzentren mit Ausnahme des Hôpital du Jura bernois, alle befragten Verbände von Leistungserbringern, die Verbände der Belegärzteschaft und der Assistenz- und Oberärzteschaft sowie der Personalverband VPOD das geltende Spitalversorgungsgesetz befürworteten.

Der Spitalstandortinitiative stimmten der Hebammenverband und die Ärztesgesellschaft zu. Der Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter wurde unterstützt durch das Hôpital du Jura bernois und die IG medizinische Grundversorgung. Die

Gegenvorschläge des Regierungsrates und der SP-JUSO-PSA-Fraktion fanden in der Konsultation keine Zustimmung.

4.3.1 Vorteile gegenüber dem geltenden Recht

Als einen Vorteil aller Vorschläge gegenüber dem geltenden Recht nannten die Konsultationsteilnehmer, dass eine wohnortnahe Spitalversorgung erhalten bliebe. Weiter würde durch die Pflicht zur Finanzierung von Vorhalteleistungen gerade für die peripheren Standorte die Planungssicherheit erhöht. Der hausärztliche Notfalldienst und wichtige Aus- und Weiterbildungsorte wären schliesslich auch in Zukunft gesichert.

Als besonderen Vorteil der Spitalstandortinitiative und des Gegenvorschlags der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter wurde in den Konsultationsantworten das «Moratorium» hervorgehoben, während dem die Planungsgrundlagen überprüft werden könnten. Ausserdem würden beide Varianten eine verbindlichere Einflussnahme des Grossen Rates auf die Steuerung der Spitalversorgung ermöglichen.

4.3.2 Nachteile gegenüber dem geltenden Recht

Als gewichtigen Nachteil aller Vorschläge gegenüber dem geltenden Recht wurde der Strukturerhalt genannt: Die Aufrechterhaltung von Standorten und Angeboten gewährleiste als solche nicht die umfassende Versorgung der Bevölkerung, sofern sie sich nicht am Bedarf orientiere, sie setze falsche Anreize und führe zu Ineffizienzen und berücksichtige die Mobilität der Patientinnen und Patienten nicht. Bei den zu erhaltenen oder aufzubauenden Angeboten würden zudem die bundesgesetzlichen Kriterien nicht gleich angewendet, was zu Ungleichheiten zwischen den Spitälern führen würde. Ein solcher planerischer Eingriff in die Spitallandschaft widerspreche dem Wettbewerbsgedanken der Bundesgesetzgebung. Er würde verhindern, dass sich das Angebot der Nachfrage und der medizinischen Entwicklung anpasse. Einen weiteren gemeinsamen Nachteil sahen die Konsultationsteilnehmer darin, dass die Vorschläge den herrschenden Fachkräftemangel nicht berücksichtigten bzw. sogar noch verschärften, weil Angebote ohne nachweislichen Bedarf aufrechterhalten werden müssten. Obwohl schwer abzuschätzen sei, in welchem Umfang allenfalls Mehrkosten im Vergleich zum geltenden Recht entstehen würden, stellten die Konsultationsteilnehmer bei allen Vorschlägen die Finanzierung in Frage.

Gemeinsamer Nachteil der Spitalstandortinitiative und der Gegenvorschläge Schnegg, Knutti und Sutter sowie SP-JUSO-PSA-Fraktion ist gemäss den Konsultationsantworten die verstärkte Beschneidung der unternehmerischen Freiheiten der Spitäler. Ausserdem sei unklar, was genau nach dem Moratorium geschehen würde.

Ein gemeinsamer Nachteil der Gegenvorschläge von Regierungsrat und SP-JUSO-PSA-Fraktion wurde darin geortet, dass das Angebot an den regionalen Standorten zu wenig ausgebaut und die Notfallversorgung zu wenig verbindlich geregelt wären.

Als wichtigen Nachteil der Spitalstandortinitiative wurde schliesslich die Wiedereröffnung der Geburtshilfeabteilungen in Riggisberg und Zweisimmen hervorgehoben.

4.3.3 Auswirkungen auf das *Personal*

Aus Personalsicht positiv wäre die Erhaltung der Aus- und Weiterbildungsplätze insbesondere für angehende Hausärzte und Hausärztinnen. Damit würde auch die Attraktivität der peripheren Standorte für die Arbeitnehmenden gesteigert. Bei den Vorschlägen mit Moratorium würde als positive Auswirkung zusätzlich erwartet, dass in dieser Zeit die Arbeitsplätze gesichert wären.

Aus Personalsicht negative Auswirkungen könnten bei den Arbeitsbedingungen entstehen. Der bereits bestehende Fachkräftemangel könnte verschärft werden, wenn Standorte und Angebote ohne Bedarf aufrechterhalten würden. Dies würde den Leistungsdruck auf die verbleibenden Fachkräfte erhöhen. Wenn kleine Standorte zu wenig ausgelastet sind, könnten sie vermehrt Personal auf Abruf anstellen. Bei unzureichender Auslastung von Personal und Infrastruktur könnten zudem die zwischen dem Spital und den Versicherern ausgehandelten Tarife nicht mehr kostendeckend ausfallen, so dass Lohndruck entstehen könnte. All dies könnte sich auf die Motivation der Angestellten und damit auch auf die Qualität der erbrachten Leistungen auswirken.

4.3.4 Auswirkungen auf die *Infrastruktur*

Einzelne Konsultationsteilnehmer nannten als Vorteil von Spitalstandortinitiative und Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter, dass während des Moratoriums eine genaue Bedarfsanalyse durchgeführt werden könnte, welche unnötige Investitionen verhindere.

Nachteilig wäre hingegen bei allen Vorschlägen, dass eine ungenügende Auslastung die Refinanzierung gefährden könnte, welche schon aufgrund der neuen Spitalfinanzierung als Herausforderung empfunden würde.

4.3.5 Auswirkungen auf die *Finanzen*

Während einzelne Konsultationsteilnehmer keine relevanten Veränderungen im Bereich der Finanzen oder gar die Verhinderung weiterer Kostensteigerungen erwarteten, gingen die meisten Konsultationsteilnehmer von zusätzlichen Belastungen für Steuerzahler und Prämienzahler aus. Gleichzeitig schätzten sie es als unrealistisch ein, dass der Kanton eine ausreichende Finanzierung bereitstellen könne bzw. würde.

4.3.6 Auswirkungen auf das *Leistungsangebot*

Einzelne Konsultationsteilnehmer nannten als positive Auswirkung, dass bei den Vorschlägen mit Moratorium das Leistungsangebot während dieser Zeit nicht verändert werden könnte.

Andere Konsultationsteilnehmer sahen hierin genau einen Nachteil, einerseits, weil das Angebot nicht auf den Bedarf abgestimmt wäre und andererseits, weil die fehlende Auslastung der Infrastruktur den Anreiz setzen könnte, medizinisch nicht zwingend notwendige Leistungen zu erbringen.

4.3.7 Auswirkungen auf die *Qualität* der Leistungen

Während einzelne Konsultationsteilnehmer durch die erhöhte Planungssicherheit von einer höheren Motivation der Angestellten und damit einer grösseren Arbeitsqualität ausgingen, befürchteten andere einen steigenden Druck auf die Qualität, ausgelöst durch den Fachkräftemangel, verschlechterte Arbeitsbedingungen und geringe Fallzahlen, womit schliesslich die Patientensicherheit gefährdet sein könnte.

4.3.8 Auswirkungen auf die *Wirtschaftlichkeit* der Leistungen

Einzelne Konsultationsteilnehmer hielten fest, dass insbesondere mit der Spitalstandortinitiative falsche Anreize korrigiert würden. Demgegenüber argumentierten andere, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen würde aufgrund der ungenügenden Auslastung von Infrastruktur und Fachpersonal reduziert.

4.3.9 Auswirkungen auf die *Wettbewerbsfähigkeit* der Leistungserbringer

Während einzelne Konsultationsantworten eine Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in Aussicht stellten, betonten andere die bereits heute bestehenden Wettbewerbsnachteile. So gäbe es im Kanton wenig Zusatzversicherte, finanziere der Kanton kaum gemeinwirtschaftliche Leistungen, herrsche tiefes Lohnniveau und eine hohe Spitaldichte. Diese Nachteile könnten alle vorliegenden Vorschläge nicht ausgleichen.

5. Haltung der GSoK zur Spitalstandortinitiative und zu den Gegenvorschlägen des Regierungsrates bzw. aus der Ratsmitte

Im Hinblick auf die Novembersession 2015 hatte die GSoK die Meinung vertreten, dass das geltende Spitalversorgungsgesetz mit den darin vorgesehenen Instrumenten nach wie vor der richtige Weg sei, um die Versorgung in allen Regionen zu gewährleisten. Weder die Initiative noch der Gegenvorschlag des Regierungsrates würden die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verbessern. Denn mit einer Festschreibung von Spitalstandorten im Gesetz wäre nicht automatisch gewährleistet, dass die aktuell hohe Qualität der medizinischen Versorgung aufrechterhalten werden könnte und sich ausreichend qualifizierte Fachkräfte für die Leistungserbringung an diesen Standorten finden liessen. Die Gesundheitsversorgung würde statt am Bedarf an den Strukturen ausgerichtet, was den Grundgedanken des geltenden Rechts zuwider liefe. Mit der Spitalstandortinitiative würde zudem der Wiederaufbau von verschiedenen Leistungsangeboten nötig, was aus heutiger Sicht und vor allem auch aufgrund der aktuellen Entwicklungen bezüglich Ersatzangeboten nicht sinnvoll erscheint. Da die betroffenen Spitäler einen Rechtsanspruch auf Finanzierung der festgehaltenen Angebote hätten, wäre der Kanton dazu verpflichtet, die entsprechenden Mittel bereitzustellen. Tendenziell würden im Vergleich zur aktuellen Situation folglich Mehrkosten entstehen, die von der gesamten Bevölkerung des Kantons zu tragen wären. Hauptsächlich auf Basis dieser Überlegungen lehnte die Kommission sowohl die Initiative wie auch den Gegenvorschlag des Regierungsrates ab.

An dieser grundsätzlichen Einschätzung hält die GSoK im Hinblick auf die Junisession 2016 fest. Auch die beiden Gegenvorschläge aus dem Grossen Rat schreiben die

Spitalstandorte fest, führen aber nicht zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Sie würden ebenfalls dazu führen, dass statt des Bedarfs die Strukturen im Vordergrund stünden. Auch bieten sie keine Lösung für die Situation, in welcher für das gesetzlich festgeschriebene Angebot nicht ausreichend Fachpersonal gefunden oder die Qualität aufgrund niedriger Fallzahlen abnehmen würde. In solch einer Situation dürfte das betroffene Spital keinen kantonalen Leistungsauftrag mehr erhalten, es könnte nicht mehr zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen und der Kanton müsste für die gesamten Kosten aufkommen. Wie die Initiative sind damit auch die Gegenvorschläge des Regierungsrates und aus der Ratsmitte mit grossen finanziellen Risiken für den Kanton verbunden. Alle Vorschläge enthalten somit gewichtige Nachteile, wie auch die Ergebnisse der Konsultation bei betroffenen Institutionen zeigen. In der Konsultation wurde das geltende Recht insbesondere von Seiten der Leistungserbringer der Spitalstandortinitiative wie auch den weiteren vorliegenden Gegenvorschlägen von Regierungsrat bzw. aus der Ratsmitte eindeutig vorgezogen.

Die GSoK lehnt also die Spitalstandortinitiative wie auch die Gegenvorschläge des Regierungsrates und aus dem Grossen Rat aufgrund der genannten gewichtigen Nachteile ab. Gleichzeitig hat die GSoK grosses Verständnis für die Anliegen der Initianten und die Befürchtungen der Bevölkerung. Sie möchte diese auch ernst nehmen, denn ihr ist bewusst, dass die Versorgungsdichte in der Peripherie geringer ist als in den Zentren. Deshalb hat die GSoK einen eigenen Gegenvorschlag ausgearbeitet, mit welchem den Anliegen der Landbevölkerung begegnet werden kann, ohne dass dies eine Abkehr von den Grundgedanken des geltenden Rechts bedeuten würde.

6. Gegenvorschlag der Gesundheits- und Sozialkommission

6.1 Ausgangspunkt

Wichtiger Auslöser der Spitalstandortinitiative war die Schliessung der Geburtenabteilungen an den Standorten Riggisberg und Zweisimmen. Die Volksinitiative fordert denn auch die Wiedereröffnung des Geburtshilfeangebots an beiden Standorten. In diesem Zusammenhang stellte sich der GSoK die Frage, ob der Kanton bereits nach geltendem Recht eine Aufrechterhaltung der betroffenen Angebote hätte erwirken können.

Die GSoK stellte dabei fest, dass der Kanton – über verschiedenen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Spitäler und ihre Angebote¹¹ – die Geburtshilfeabteilungen an beiden

Standorten *kurzfristig* zwar hätte erhalten können. Da dabei jedoch verschiedenste Schwierigkeiten entstanden wären, hätte der Kanton das Angebot längerfristig nicht sicherstellen können:

- Erstens wäre bei einer Aufrechterhaltung der Angebote nicht gewährleistet, dass insbesondere das notwendige Fachpersonal überhaupt weiterhin hätte gefunden werden können. Die Schwierigkeit, das notwendige Fachpersonal zu finden, war denn auch ein wichtiger Grund für die Schliessung der fraglichen Geburtshilfeabteilungen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach bisherigem kantonalem Regelwerk die Geburtshilfe aufgrund der besonderen Verletzlichkeit der Patientinnen und Patienten voraussetzt, dass die zugehörige Notfallstation höchste Anforderungen erfüllt (Level 4, vgl. Tabelle 1 im Anhang). Die Aufrechterhaltung der Geburtshilfe würde also nicht nur Fachpersonal auf der entsprechenden Abteilung bedingen, sondern auch Fachpersonal für die zugehörige Notfallstation. Eine Herabsetzung der Anforderungen an die Notfallstation wäre zwar theoretisch möglich, würde die Patientensicherheit aber stark infrage stellen.¹²
- Zweitens wäre die Finanzierung eines durch Einwirkung des Kantons aufrechterhaltenen Geburtshilfeangebots an den Standorten Riggisberg und Zweisimmen nicht gesichert. Dies insbesondere, weil die Aufrechterhaltung des Angebots nicht sicherstellen würde, dass ein solches Geburtshilfeangebot weiterhin die Kriterien der Bundesgesetzgebung erfüllen würde. Wäre eines der Kriterien *Qualität, Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen, ausreichende ärztliche Betreuung und Fachpersonal, zweckentsprechende Einrichtungen oder Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrages* nicht mehr erfüllt, dürfte der Kanton das Angebot von Bundesrechts wegen nicht mehr auf der Spitalliste aufführen. Damit wäre das Spital nicht mehr zur Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen, und dem Kanton würde die rechtliche Grundlage fehlen, das fragliche Angebot finanziell zu unterstützen. Entsprechend müsste es anderweitig finanziert werden.

Solange die Kriterien der Bundesgesetzgebung erfüllt wären, könnte der Kanton Vorhalteleistungen abgelden, die als versorgungsnotwendig eingestuft werden. Zur Abgeltung von Vorhalteleistungen rein aus regionalpolitischen Gründen fehlt dem Kanton die gesetzliche Grundlage. Unter der Voraussetzung jedoch, dass der Re-

gionalen Spitalzentrums erwirkt hätte, so dass statt dem Verwaltungsrat die Generalversammlung über die Standorte und Abteilungen hätte entscheiden können. Der Kanton hätte so die Möglichkeit, der Schliessung einzelner Abteilungen oder Standorte zuvorzukommen (vgl. Rüttsche, Bernhard (2014). *Rechtsgutachten - Übereinstimmung der Berner Spitalstandortinitiative vom 21. Januar 2014 mit übergeordnetem Recht und kantonalem Gesetzesrecht*. Luzern, Rz. 49 / 50).

Als dritte Einwirkungsmöglichkeit hätte der Kanton das Geburtshilfeangebot theoretisch aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhalten können. Dies wäre aus Sicht der Bundesgesetzgebung zulässig. Die kantonale Gesetzgebung enthält dazu jedoch keine Grundlage, sie hätte erst noch geschaffen werden müssen.

¹² Im Übrigen müsste die Herabsetzung der Anforderungen für alle Leistungserbringer gelten, da die Rechtsgleichheit der Patientinnen und Patienten verletzt würde, wenn die Bevölkerung in verschiedenen geografischen Räumen unterschiedliche Qualitätsniveaus in Kauf nehmen müssten.

¹¹ Eine erste Einwirkungsmöglichkeit des Kantons hätte darin bestanden, dass der Regierungsrat das Geburtshilfeangebot an den Standorten Riggisberg und Zweisimmen als versorgungsnotwendig erklärt hätte. So hätte der Kanton die betreffenden Regionalen Spitalzentren dazu verpflichten können, Leistungen der Geburtshilfe anzubieten (Art. 12 SpVG). Dazu hätte der Regierungsrat allerdings von seinen bisherigen Kriterien zur Bestimmung eines versorgungsnotwendigen Standorts und von der Anwendung der Spitalplanungs-Gruppen bei der Bestimmung des an einem versorgungsnotwendigen Standort obligatorischen Angebots abweichen müssen. Riggisberg und Zweisimmen sind beides Standorte von Regionalen Spitalzentren, bei denen der Kanton Alleinaktionär ist. Der Kanton hätte es damit als zweite Möglichkeit grundsätzlich in der Hand, die Standortfrage an sich zu ziehen. Dies, indem er eine Statutenänderung des Re-

gierungsrat von seinen bisherigen Beschlüssen abweichen und die Geburtshilfeangebote in Riggisberg und Zweisimmen als versorgungsnotwendig einstufen würde, könnte der Grosse Rat Mittel zur Abgeltung von Vorhalteleistungen sprechen. Würden dabei allerdings weiterhin die Spitalplanungs-Gruppen angewendet, müssten die zugehörigen Notfallstationen die höchsten Anforderungen erfüllen (Level 4), was entsprechende Kosten nach sich ziehen würde. Zudem würde sich die Abgeltung von Vorhalteleistungen nur auf Situationen beziehen, in denen wirtschaftlich arbeitende Betriebe ihre versorgungsnotwendigen Angebote nicht durch Tarife decken könnten, weil sie eine zu niedrige Auslastung aufweisen. Ob Abgeltungen durch den Kanton auch in einer Situation zulässig wären, in der ungünstige Produktionsbedingungen dazu führten, dass die Tarife die Kosten nicht deckten, wäre hingegen fraglich. Dies wäre wohl nur der Fall, wenn letztinstanzlich, d.h. vom Bundesverwaltungsgericht festgelegte Tarife die Produktionskosten nachweislich nicht zu decken vermöchten und es sich um ein versorgungsnotwendiges Leistungsangebot handelte. In allen anderen Fällen müssten die Kosten ohne Unterstützung des Kantons finanziert werden.

- Schliesslich böten sich Probleme bezüglich Gleichbehandlung aller Spitäler, wenn der Kanton auf einzelne Standorte und ihre Angebote einwirken würde. Zur Gleichbehandlung aller Spitäler ist der Kanton gemäss Bundesgesetzgebung jedoch verpflichtet.

Das Beispiel der Geburtenabteilung am Standort Zweisimmen zeigt verschiedene Schwierigkeiten des geltenden Rechts: Einerseits können bisher nur versorgungsnotwendige Standorte finanziell unterstützt werden und andererseits ist nur eine Unterstützung der Vorhalteleistungen, nicht aber der stationären Spitalleistungen selber möglich. Deshalb suchte die GSoK nach einer Möglichkeit, um künftig Spitäler in Landregionen auch aus regionalpolitischen Gründen finanziell unterstützen und dabei nicht nur Vorhalteleistungen, sondern auch die stationäre Spitalleistungen selber abgelden zu können.

6.2 Grundzüge der vorgeschlagenen Gesetzesänderung

Mit der vorgeschlagenen Teilrevision des Spitalversorgungsgesetzes wird die Möglichkeit geschaffen, dass der Kanton **in Landregionen**

- **Vorhalteleistungen auch aus regionalpolitischen Gründen abgelden kann** (und nicht wie bisher nur aus Gründen der Versorgungsnotwendigkeit);
- **stationäre Spitalleistungen subventionieren kann** (und nicht wie bisher nur Vorhalteleistungen).

Damit könnte der Kanton künftig beispielsweise Vorhalteleistungen abgelden, die durch den Betrieb einer Notfallstation in Landregionen an einem nicht versorgungsnotwendigen Standort entstehen (z.B. Riggisberg). Weiter könnte der Kanton künftig beispielsweise die Geburtshilfeabteilung von Spitälern in Landregionen finanziell unterstützen und zwar unabhängig davon, ob der Standort versorgungsnotwendig ist (z.B. Zweisimmen) oder nicht (z.B. Moutier). Die Voraussetzung, dass das Spital die Anforderungen hinsichtlich Infrastruktur, Personal und Prozesse erfüllt, die für den Erhalt des

entsprechenden Leistungsauftrags erforderlich sind, bleibt natürlich auch in diesen Fällen bestehen.

Finanziert werden die Beiträge des Kantons aus ordentlichen Staatsmitteln. Der Grosse Rat bewilligt die zur Verfügung stehenden Mittel in Form von Rahmenkrediten.

Die finanziellen Auswirkungen der Gesetzesänderung hängen einerseits von den politischen Entscheiden des finanzkompetenten Organs, also des Grossen Rates ab. Andererseits sind sie dadurch beeinflusst, wie viele Leistungserbringer, welche die Beitragsvoraussetzungen erfüllen, beim Kanton effektiv Unterstützung von Vorhalteleistungen und / oder defizitären Spitalleistungen beantragen. Aus diesen Gründen sind die finanziellen Auswirkungen nur schwer zu schätzen.

Unter der Voraussetzung, dass alle in der Spitalstandortinitiative und in den Gegenvorschlägen von Regierungsrat und aus der Ratsmitte als regionale Standorte bezeichneten Spitäler um Unterstützung sowohl von Vorhalteleistungen wie auch von Spitalleistungen anfragten, müsste der Kanton mit jährlichen Kostenfolgen von rund 40 Millionen Franken rechnen. Tendenziell fällt der geschätzte Betrag jedoch zu hoch aus. So ist die Annahme unrealistisch, dass *alle* regionalen Standorte um Unterstützung von Vorhalteleistungen *und* Spitalleistungen ersuchen würden. Weiter berücksichtigt die Schätzung nicht, dass die Bemessungsgrundlage für allfällige Beiträge der Gesamtbetrieb erst *nach Abzug aller möglichen Quersubventionierungen* wäre. Diese Quersubventionierungen können nicht beziffert werden und fliessen somit nicht in die Schätzung ein.

Bei der Schätzung erfolgte die Berechnung der Vorhalteleistungen gemäss dem Schätzmodell, das der Regierungsrat für die Spitalstandortinitiative und den regierungsrätlichen Gegenvorschlag verwendete. Die Betriebszuschüsse, welche sich aus dem Defizit ergeben, wurden mit vermuteten Deckungslücken in zwei Ausprägungen geschätzt. Beiden Varianten liegen die Fallzahlen der Standorte aus den Jahren 2012 – 2014 zugrunde. Bei der Vorhalteleistung wurden die Zahlen aller behandelten Patientinnen herangezogen, bei den Betriebszuschüssen nur die Berner Patienten. Dies in der Annahme, dass der Kanton Bern nur die defizitären Behandlungen von Bernerinnen und Bernern subventionieren würde, nicht jedoch jene von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Aus den Ergebnissen der verschiedenen Szenarien, die den Varianten zugrunde gelegt wurden (verschiedene Werte für die Auslastung, Anforderungen an Effizienz, Möglichkeiten der Querfinanzierung, Deckungslücken), wurde jeweils der Mittelwert errechnet.

Der Gegenvorschlag der GSoK erlaubt es dem Kanton, künftig bei Bedarf das stationäre Leistungsangebot in Landregionen aus regionalpolitischen Überlegungen zu steuern. Damit wird den Befürchtungen der Bevölkerung begegnet, dass die Versorgung in ländlichen Regionen nicht ausreichend oder weniger dicht sein könnte als in den städtischen Zentren. Die Gesetzesänderung bietet die nötige Flexibilität, damit die stationäre Gesundheitsversorgung im Kanton Bern jederzeit an gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen (z.B. Patientenströme und Innovationen) angepasst werden kann. Die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung erfolgt dabei grundsätzlich weiterhin auf Basis des Bedarfs, und die bundesrechtlichen Anforderungen insbeson-

dere an die Qualität bleiben jederzeit gewahrt. So fügt sich die Gesetzesänderung in die Logik des geltenden Rechts und Regelwerks ein und läuft diesem nicht zuwider. Weil kein Rechtsanspruch zur Finanzierung spezifischer Angebote an bestimmten Standorten eingeführt wird, liegen die finanziellen Risiken für den Kanton viel tiefer als bei allen anderen Vorschlägen: der Grosse Rat kann die verfügbaren Mittel am gesundheitspolitischen Bedarf und an den finanziellen Möglichkeiten des Kantons ausrichten.

6.3 Erläuterungen zu den Artikeln des Gegenvorschlags

Artikel 58a (neu) (Abgeltung von stationären Spitalversorgungsleistungen)

Im SpVG wird neu die Möglichkeit verankert, zur Aufrechterhaltung der Versorgung auch **stationäre Spitalversorgungsleistungen mit Beiträgen unterstützen** zu können.

Beitragsempfänger: Beiträge können Listenspitäler beantragen, welche defizitäre Spitalleistungen erbringen, die entweder versorgungsnotwendig sind oder aus regionalpolitischen Gründen erbracht werden sollen (alternative Erfüllung).

Sofern regionalpolitische Gründe für die Unterstützung von stationären Spitalleistungen angeführt werden, gilt die Präzisierung im neuen Artikel 68 Absatz 3, wonach darunter «die Förderung von Landregionen» zu verstehen ist. Grundsätzlich sind mit «Landregionen» gerade keine städtischen Gebiete gemeint. Auf eine genauere Definition des Begriffs wird jedoch bewusst verzichtet. So kann die regionalpolitische Situation jeweils neu beurteilt werden und bleibt ausreichend Spielraum, damit insbesondere den gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen Rechnung getragen werden kann.

Betreiber von Standorten, deren stationäre Spitalleistungen unterstützt werden sollen, können inner- oder ausserkantonale Listenspitäler sein. Es erfolgt auch keine Einschränkung auf öffentliche bzw. im Kantonseigentum stehende Betriebe. Vielmehr sollen auch ausserkantonale Betriebe die Möglichkeit haben, sich zu engagieren. Eine Einschränkung erfolgt lediglich in der Tatsache, dass sie auf der Liste des jeweiligen Standortkantons aufgeführt sind. Dadurch soll eine gewisse Sicherheit hinsichtlich der Seriosität und der wirtschaftlichen Stabilität des Betreibers gewährleistet werden.

Angebot: Die stationären Spitalleistungen, die aus versorgungs- oder regionalpolitischen Gründen abgegolten werden können, werden nicht eingegrenzt. Damit besteht eine grosse Flexibilität, in welchen Fällen Leistungen finanziell unterstützt werden sollen. So könnten auch stationäre Spitalleistungen unterstützt werden, die nicht zum Basispaket gehören, z.B. die Geburtshilfe. Dies hängt vor allem auch von den verfügbaren Mitteln ab. Vorbehalten bleibt, dass die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung (qualitative Standards, Fachpersonal, Verfügbarkeiten, etc.) erfüllt sind.

Beitragsempfänger und Beitragsvoraussetzungen: Der Gesamtbetrieb, d.h. das den Standort betreibende Listenspital, wird finanziell unterstützt; allerdings erst nach Abzug aller Querfinanzierungen (Ertragsüberschüsse anderer Leistungsbereiche oder Standorte, Drittmittel, etc.), analog den Bestimmungen der aktuellen Artikel 68 Buch-

stabe a und 77 Buchstabe d SpVG. Somit ist auch nur der Gesamtbetrieb beitragsberechtigt und nicht der einzelne, betroffene Standort. Dadurch wird die Gefahr von Tarifsenkungen gebannt, die sich unweigerlich ergeben, wenn Spitalunternehmen Ertragsüberschüsse ausweisen.

Um beitragsberechtigt zu sein, muss der Betrieb beispielsweise Folgendes kumulativ nachweisen können:

- Die Produktionskosten können trotz wirtschaftlichem Handeln nicht durch die Tarife gedeckt werden (Baserate und/oder Kostengewicht zu tief).
- Anstrengungen, eine angemessene Baserate auszuhandeln, sind gescheitert (ein entsprechender Regierungsratsbeschluss zur Tariffestsetzung liegt vor).
- Anstrengungen, ein angemessenes Fallgewicht zu erhalten, sind fruchtlos geblieben (Antrag bei SwissDRG wurde trotz vollständiger, datengestützter Dokumentation abgelehnt).
- Sämtliche Möglichkeiten, die Leistung anderweitig zu finanzieren (z.B. durch interne Querfinanzierung) wurden ausgeschöpft, unter Berücksichtigung der erforderlichen EBITDA-Marge¹³.
- Die Leistungserbringung entspricht den Qualitätsstandards bzw. den Vorgaben der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die genauen Bedingungen können in einer Verordnung festgelegt werden. Die GEF prüft, ob die Bedingungen erfüllt sind.

Bemessungsgrösse sind normierte Pauschalbeiträge, die für defizitäre Leistungsbereiche oder Leistungen gesprochen werden.

Artikel 67 (Abgeltung von Vorhalteleistungen, 1. aus versorgungsnotwendigen Gründen)

Auf Wunsch der Redaktionskommission wird in Absatz 1 eine Unebenheit im bestehenden Recht korrigiert und die bisherige Formulierung «versorgungsnotwendige Vorhalteleistungen» durch «Vorhalteleistungen aus versorgungsnotwendigen Gründen» ersetzt. Der neue Absatz 2 von Artikel 67 SpVG entspricht dem aktuellen Artikel 68 SpVG. Er wurde aus gesetzestechnischen Gründen in Artikel 67 integriert.

Artikel 68 (2. aus regionalpolitischen Gründen)

Bisher können Vorhalteleistungen nur aus versorgungsnotwendigen Gründen abgegolten werden (aktuelle Art. 67 und 68 SpVG). Mit dem neuen Artikel 68 wird im SpVG die Rechtsgrundlage für die **Abgeltung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen** geschaffen. Die Abgeltung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen ist vom Bundesgesetzgeber ausdrücklich erlaubt (Art. 49 Abs. 3 KVG). Sie gilt als gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne des KVG und darf nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden, was bedeutet, dass die Kosten dafür zu 100 Prozent durch den Kanton oder Dritte zu finanzieren sind.

¹³ EBITDA ist die Abkürzung für «Earnings before Interests, Taxes, Depreciation and Amortisation», d.h. das «Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen». Die EBITDA-Marge stellt eine Messgrösse für die Rentabilität eines Unternehmens dar.

Beitragsempfänger: Im Gesetz werden keine Standorte verankert, jedoch wird die Möglichkeit geschaffen, Leistungserbringer, welche Standorte und Leistungsangebote aus «regionalpolitischen Gründen» aufrecht erhalten, finanziell zu entschädigen. Dabei obliegt es dem finanzkompetenten Organ zu bestimmen, wer wann für welches Angebot finanzielle Unterstützung erhält.

Unter «regionalpolitischen Gründen» wird die «Förderung von «Landregionen» verstanden (Abs. 3). Grundsätzlich sind damit gerade keine städtischen Gebiete gemeint. Auf eine genauere Definition des Begriffs «Landregionen» wird jedoch bewusst verzichtet. So kann die regionalpolitische Situation jeweils neu beurteilt werden und bleibt ausreichend Spielraum, damit insbesondere den gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen Rechnung getragen werden kann.

Betreiber von Standorten, deren Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen abgegolten werden sollen, können inner- oder ausserkantonale Listenspitäler sein. Es erfolgt keine Einschränkung auf öffentliche bzw. im Kantonseigentum stehende Betriebe. Vielmehr sollen auch ausserkantonale Betriebe die Möglichkeit haben, sich zu engagieren. Eine Einschränkung erfolgt lediglich in der Tatsache, dass sie auf der Liste des jeweiligen Standortkantons aufgeführt sind. Dadurch soll eine gewisse Sicherheit hinsichtlich der Seriosität und der wirtschaftlichen Stabilität des Betreibers gewährleistet werden.

Angebot: Die Vorhalteleistungen, die aus regionalpolitischen Gründen abgegolten werden können, werden nicht eingegrenzt. Damit besteht eine grosse Flexibilität, in welchen Fällen Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen abgegolten werden sollen. So könnten auch Vorhalteleistungen von Angeboten unterstützt werden, die nicht zum Basispaket gehören, z.B. Vorhalteleistungen der Geburtshilfe. Dies hängt vor allem auch von den verfügbaren Mitteln ab. Vorbehalten bleibt, dass die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung (qualitative Standards, Fachpersonal, Verfügbarkeiten, etc.) erfüllt sind.

Beitragsempfänger und Beitragsvoraussetzungen (Abs. 2 Bst. a): Der Gesamtbetrieb, d.h. das den Standort betreibende Listenspital, wird finanziell unterstützt; allerdings erst nach Abzug aller Querfinanzierungen (Ertragsüberschüsse anderer Leistungsbeiriche oder Standorte, Drittmittel, etc.), analog den Bestimmungen der aktuellen Artikel 68 Buchstabe a und 77 Buchstabe d SpVG. Somit ist auch nur der Gesamtbetrieb beitragsberechtigt und nicht der einzelne, betroffene Standort. Dadurch wird die Gefahr von Tarifenkungen gebannt, die sich unweigerlich ergeben, wenn Spitalunternehmen Ertragsüberschüsse ausweisen.

Um beitragsberechtigt zu sein, muss der Betrieb beispielsweise Folgendes kumulativ nachweisen können:

- Die Produktionskosten können trotz wirtschaftlichem Handeln nicht durch die Tarife gedeckt werden (Baserate und/oder Kostengewicht zu tief).
- Anstrengungen, eine angemessene Baserate auszuhandeln, sind gescheitert (ein entsprechender Regierungsratsbeschluss zur Tariffestsetzung liegt vor).
- Anstrengungen, ein angemessenes Fallgewicht zu erhalten, sind fruchtlos geblieben (Antrag bei SwissDRG wurde trotz vollständiger, datengestützter Dokumentation abgelehnt).

- Sämtliche Möglichkeiten, die Leistung anderweitig zu finanzieren (z.B. durch interne Querfinanzierung) wurden ausgeschöpft, unter Berücksichtigung der erforderlichen EBITDA-Marge.
- Die Leistungserbringung entspricht den Qualitätsstandards bzw. den Vorgaben der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die genauen Bedingungen können in einer Verordnung festgelegt werden. Die GEF prüft, ob die Bedingungen erfüllt sind.

Bemessungsgrösse: Die Vorhalteleistungen sind gemäss dem aktuellen Artikel 69 SpVG durch Pauschalen abzugelten. Die Bemessung der Pauschalen obliegt der GEF. Sie kann allenfalls in einer Verordnung präzisiert werden (analog dem Normkostenmodell für Vorhalteleistungen von Rettungsdiensten). Auf die Festlegung von Beitragsobergrenzen wird verzichtet.

Artikel 139 (Rahmenkredit für verschiedene weitere Beiträge, Abgeltungen und Ausgaben)

Das Bundesrecht äussert sich nicht zur Frage, wie gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren sind. Insofern ist der Kanton bei der Ausgestaltung der Finanzierung frei.

Das SpVG regelt in Artikel 139 die Befugnis zur Bewilligung von Ausgaben. Die Mittel stammen aus dem allgemeinen Staatshaushalt, spezielle Finanzierungsstrukturen gibt es keine (mehr). Schon bisher regelt Artikel 139 den Rahmenkredit, mit welchem der Grosse Rat die Mittel für verschiedene Abgeltungen und Beiträge spricht. Die **Finanzierung defizitärer Spitalleistungen** wird in diesem Rahmenkredit neu aufgenommen (Abs. 1 Bst. b1), analog zur Subventionierung nicht-stationärer Spitalleistungen (z.B. ambulante Leistungen in der Psychiatrie). In Buchstabe f wird zur Abgrenzung gegenüber dem neuen Artikel 139a präzisiert, dass hier nur die Abgeltung von Vorhalteleistungen aus versorgungsnotwendigen Gründen gemeint ist.

Artikel 139a (neu) (Rahmenkredit für Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen)

Die **Finanzierung von Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen** wird in einem eigenen Rahmenkredit geregelt, der durch den Grossen Rat gesprochen wird. Die Geldmittel stammen aus dem ordentlichen Staatshaushalt. Die Periodizität ist analog dem bestehenden Rahmenkredit nach Artikel 139 in der Regel alle vier Jahre. Auf die Festlegung einer bestimmten Kredithöhe wird verzichtet. Der Entscheid über die Höhe und die genau Periodizität des Kredits obliegt dem Grossen Rat. Dies ermöglicht es ihm, die Leitlinien für die Vorhalteleistungen aus regionalpolitischen Gründen regelmässig zu überprüfen und neu festzulegen, ohne dass eine entsprechende Gesetzesrevision notwendig wäre. Über die Mittelverwendung entscheidet, wie im aktuellen Artikel 139 Absatz 2, die GEF.

7. Anträge

Zur Volksinitiative:

Die GSoK beantragt dem Grossen Rat einstimmig, die Spitalstandortinitiative für **gültig** zu erklären.

Die GSoK beantragt dem Grossen Rat mit 14 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen, die Spitalstandortinitiative **abzulehnen**.

Zu den Gegenvorschlägen:

Die GSoK beantragt dem Grossen Rat mit 9 zu 5 Stimmen bei 3 Enthaltungen, den **Gegenvorschlag des Regierungsrates abzulehnen**.

Die GSoK beantragt dem Grossen Rat mit 11 zu 5 Stimmen bei einer Enthaltung, den **Gegenvorschlag der Grossräte Schnegg, Knutti und Sutter abzulehnen**.

Die GSoK beantragt dem Grossen Rat mit 12 zu 2 Stimmen bei 3 Enthaltungen, den **Gegenvorschlag der SP-JUSO-PSA-Fraktion abzulehnen**.

Die GSoK beantragt dem Grossen Rat mit 9 zu 7 Stimmen ohne Enthaltungen, den **Gegenvorschlag der GSoK anzunehmen**.

Bern, 26. April 2016

Im Namen der Kommission

Die Präsidentin: *Zumstein*

8. Anhang: Definition von Begriffen aus der Spitalstandortinitiative und den Gegenvorschlägen

Die Spitalstandortinitiative und die Gegenvorschläge verwenden in ihrem Wortlaut diverse Begriffe, die einer Auslegung bedürfen. Insbesondere:

- a. (Umfassende) Spitalgrundversorgung
- b. Notfallbehandlung – Notfallversorgung – Notfallaufnahme
- c. Spitalstrategie
- d. Erbringer von Medizinaldienstleistungen
- e. Notfallorganisationen

Deshalb beauftragte die GSoK die GEF, diese Begriffe anhand der bernischen Gesetzgebung bzw. des kantonalen Regelwerks (Versorgungsplanung, Eigentümerstrategie, etc.) sowie auf Basis der gängigen Lehre und Praxis zu definieren. Diese Definitionen wurden Konsultationsadressaten (vgl. Kapitel 4.3) unterbreitet mit der Bitte, allfällige Differenzen auszuweisen. Die Konsultationsantworten lassen darauf schliessen, dass auch aus Sicht der betroffenen Institutionen die im Folgenden dargelegten Definitionen Gültigkeit haben.

a. (Umfassende) Spitalgrundversorgung

Als «Spitalgrundversorgung» gelten jene Leistungen, die in einem versorgungsnotwendigen Spital mindestens angeboten bzw. vorgehalten werden müssen. Gemäss Beschluss 814/2013 des Regierungsrates vom 19. Juni 2013¹⁴ sind dies die Leistungen des sogenannten «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie». Das «Basispaket» wiederum ist ein Element der Leistungsgruppensystematik (SPLG), die vom Kanton Zürich zur Gliederung der Leistungsaufträge erarbeitet wurde. Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfiehlt die Anwendung der SPLG¹⁵ bei der Errichtung der akutsomatischen Spitalisten. Auch der Kanton Bern verwendet die SPLG, dies im Einvernehmen mit den bernischen Spitalverbänden¹⁶.

Das Basispaket umfasst die «häufigsten» (30-40%) stationären Leistungen der Spitäler, für deren Erbringung es keine besonderen personellen oder infrastrukturellen Vorkehrungen braucht. Leistungen der Geburtshilfe zählen nicht dazu, da hierfür eine 24-Stunden-Operationsbereitschaft gegeben sein muss, d.h. eine besonders rasche Eingriffszeit, eine Notfallstation Level 4, etc.

Der Begriff der «umfassenden Spitalgrundversorgung» ist nicht explizit definiert. Er lässt sich indirekt aus Artikel 15 SpVG ableiten, in welchem auf das Leistungsspektrum der Regionalen Spitalzentren (RSZ) – in Abgrenzung zu den hoch spezialisierten Spitalleistungen – verwiesen wird. Da die RSZ sämtlich an mindestens einem Standort auch geburtshilfliche Leistungen anbieten, kann davon ausgegangen werden, dass

¹⁴ Vgl. http://www.rr.be.ch/rr/de/index/rronline/rronline/suche_rrb/beschluesse-detailseite-gid-77f558892c8d4fbabe7ba80cca996e09.html.

¹⁵ Vgl. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018>.

¹⁶ Vereinbarung vom 30. Mai 2013; Quelle: <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/aktuell.assetref/dam/documents/porta/I/Medienmitteilungen/de/2013/06/2013-06-14-spitaliste-absichtserklaerung.pdf>.

diese zur «umfassenden Spitalgrundversorgung» dazu gezählt werden, eine normative Vorgabe existiert jedoch nicht.

Deshalb müssten die Leistungen der umfassenden Spitalgrundversorgung für die vorliegenden Gesetzestexte abschliessend aufgezählt werden, idealerweise als Liste der dazugehörenden Leistungspakete gemäss der SPLG.

b. Notfallbehandlung – Notfallversorgung – Notfallaufnahme

• Der Begriff «Notfall»

Eine einheitliche Definition des Begriffs «Notfall» existiert im Bundesrecht und im bernischen Recht nicht. So erwähnen zwar Artikel 41a Absatz 2 und Artikel 64a Absatz 7 KVG diesen Begriff, aber die jeweiligen Botschaften des Bundesrats¹⁷ erklären ihn nicht, da die entsprechenden Artikel bzw. Absätze erst in der parlamentarischen Beratung Eingang ins KVG fanden.

Die Einschätzung, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, obliegt damit dem Leistungserbringer (Spital) bzw. dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin. Er bzw. sie muss von Fall zu Fall entscheiden, ob es sich um einen Notfall handelt. Dabei ist zwischen medizinischen und psychiatrischen Notfällen zu unterscheiden. Der medizinische Notfall wird vom Verwaltungsgericht des Kantons Zürich¹⁸ als akuter, lebensbedrohlicher Zustand definiert, der durch Störung einer Vitalfunktion bewirkt wird¹⁹, oder bei dem die Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung besteht²⁰. Bei psychiatrischen Notfällen steht anstelle einer Störung der Vitalfunktion das Ausmass der akuten Selbst- und/oder Fremdgefährdung (Suizidrisiko, Risiko von Gewaltanwendung gegen Dritte)²¹.

Vom Notfall im Spitalwesen ist der Begriff des Notfalls im Rettungswesen abzugrenzen (vgl. Art. 2 Bst. b SpVG). Hierzu ist ergänzend festzuhalten, dass für eine gute medizinische Versorgung in dünner besiedelten Regionen auch ein leistungsfähiges Rettungswesen erforderlich ist. Die zeitnahe und richtige medizinische Erstversorgung von Patientinnen und Patienten ist ein erfolgskritischer Bestandteil einer wirksamen

¹⁷ Vgl. BBl 2004 5551 und BBl 2009 6617 6631.

¹⁸ Vgl.

<http://www.notfallrecht.ch/attachments/article/58/Haftung%20bei%20Sch%C3%A4den%20aufgrund%20unzureichender%20medizinischer%20Notfallmassnahmen-.pdf>.

¹⁹ Vitalfunktionen: Bewusstsein, Atmung, Kreislauf.

²⁰ Vgl. VB.2002.00147, E. 4a, vom 23.10.2003.

²¹ Auch Wikipedia kennt diese Unterscheidung. Demnach ist unter einem medizinischen Notfall folgendes zu verstehen: «Als *medizinische Notfälle* gelten im Rettungswesen insbesondere solche Fälle, bei denen es zu einer bedrohlichen Störung der Vitalparameter Bewusstsein, Atmung und Kreislauf oder der Funktionskreisläufe Wasser-Elektrolyt-Haushalt, Säure-Basen-Haushalt, Temperaturhaushalt und Stoffwechsel kommt. Ohne sofortige Hilfeleistung sind erhebliche gesundheitliche Schäden oder der Tod des Patienten zu befürchten. Im Mittelpunkt der Ersten Hilfe steht die Sicherstellung der Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung und Kreislauf). Im weiteren Sinne fasst man auch psychische Notsituationen wie beispielsweise Selbsttötungsabsichten oder Psychosen sowie Gewalt unter den medizinischen Notfall-Begriff (siehe auch: Psychiatrische Krise).»

(vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Notfall>, besucht am 11.12.2015).

medizinischen Versorgung in Notfällen. Dazu gehört auch die anschliessende Einlieferung in ein geeignetes Spital.

• Notfallbehandlung

Die Notfallbehandlung soll gemäss obiger Definition eines Notfalls die raschestmögliche Stabilisierung und/oder Wiederherstellung der Vitalfunktionen bzw. Aufhebung der akuten Selbst- oder Fremdgefährdung sicherstellen.

Hierfür haben die Spitäler gemäss Artikel 94 SpVG die Voraussetzungen zur notfallmässigen Aufnahme von Patientinnen und Patienten zu erfüllen. Diese Anforderungen sind für die Erteilung einer Betriebsbewilligung zwingend zu erfüllen (Art. 120 Buchstabe f SpVG) und gelten für sämtliche Leistungserbringer im Kantonsgebiet, d.h. sowohl für diejenigen mit als auch für diejenigen ohne Leistungsauftrag gemäss kantonalen Spitallisten. Gemäss Artikel 44 der Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV)²² hat das Notfallkonzept eines Leistungserbringers in der Regel eine ärztliche Interventionsmöglichkeit innerhalb von 15 Minuten sicherzustellen, wobei die Art der Intervention und die Qualifikation der Arztperson nicht weiter definiert sind. Es kann sich auch um eine telefonische Konsultation handeln, der oder die Durchführende kann ein Assistenzarzt oder eine Assistenzärztin sein. Die Vorgabe stellt indessen eine gesundheitspolizeiliche Anforderung dar, die für das Betreiben eines Spitals erforderlich ist. Basis ist die kantonale Gesetzgebung (SpVG, SpVV).

Darüber hinausgehend verlangt die SPLG das Führen einer adäquaten Notfallstation für Spitäler mit einem Leistungsauftrag «Basispaket Innere Medizin und Chirurgie». In Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben²³. Diese Vorgaben sind für das Betreiben eines Spitals nicht zwingend erforderlich, sie bilden jedoch die Voraussetzung für die Zulassung zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Rechtsgrundlage ist das KVG, die darin geforderte Planung des Kantons (im Kanton Bern: vom Regierungsrat erlassene Versorgungsplanung) und die vom Kanton erlassenen Spitallisten (im Kanton Bern regierungsrätliche Verfügungen).

• Notfallversorgung

Die Notfallversorgung umfasst folglich die Notfallbehandlung im obigen Sinne durch einen Leistungserbringer, der die oben erwähnten minimalen Anforderungen an Strukturen (Fachpersonal) und Prozesse (zeitliche Verfügbarkeit) erfüllt. Bezogen auf die «Spitalgrundversorgung» bzw. das «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie» gemäss SPLG gelten die Vorgaben für eine Notfallstation Level 1 bis 2²⁴. Nach erfolgter Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der Vitalfunktionen kann eine Verlegung an eine geeignete Klinik bspw. zur Durchführung einer Notfalloperation erfolgen.

²² BSG 812.112

²³ Die Tabelle 1 gibt Aufschluss über die konkreten Anforderungen.

²⁴ Die Verfügbarkeit eines Narkosearztes / Anästhesisten für Notfallstationen gemäss Level 1-2 innerhalb von 15 Minuten ist im Sinne der obigen Ausführungen primär zur Sicherstellung der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Vitalfunktionen und erst in zweiter Linie im Zusammenhang mit einer 24-Stunden-Operationsbereitschaft zu verstehen.

• Notfallaufnahme

Die Notfallaufnahme sichert die Möglichkeit zum Eintritt von Patientinnen und Patienten ausserhalb der normalen Betriebszeiten (Bürozeiten) in ein Spital. Obwohl die administrative Patientenaufnahme an der Notfallpforte im engeren Sinn keine Leistung der Notfallversorgung darstellt, ist sie zur Sicherstellung einer effizienten Notfallbehandlung zwingend notwendig. Der Leistungsauftrag «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie» gemäss SPLG bildet die Grundlage für die Notfallaufnahme von Patientinnen und Patienten und ist für diese Spitäler obligatorisch.

c. Spitalstrategie

Der Begriff «Spitalstrategie» wird in der Bernischen Spitalgesetzgebung nicht verwendet.

Die Versorgungsplanung bezweckt gemäss Artikel 1 SpVG die Spitalversorgung und das Rettungswesen für die Bevölkerung des Kantons sowie den benötigten beruflichen Nachwuchs in den Gesundheitsberufen sicherzustellen. Sie macht keinerlei Aussagen zu den Strategien einzelner Leistungserbringer. Dies gilt auch für Spitalunternehmungen, welche mehrheitlich oder ausschliesslich im Besitze des Kantons sind oder von diesem dominiert werden.

Die gemäss Artikel 39 KVG auf der Grundlage der Versorgungsplanung beruhenden Spitalisten werden folglich trägerschaftsunabhängig erstellt. Einzige Kriterien sind die im Rahmenkonzept der Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG²⁵ und vom KVG²⁶ vorgegebenen Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit (Eignung), der Erreichbarkeit, der Qualität, der Wirtschaftlichkeit sowie der Versorgungsnotwendigkeit im Bereich der Spitalgrundversorgung, gemäss den obigen Ausführungen²⁷.

Für die RSZ hat der Kanton Bern eine Eigentümerstrategie²⁸ erarbeitet. In ihr wird einerseits die Absicht, die der Kanton mit der Beteiligung an der Unternehmung verfolgt, beschrieben und andererseits die Rahmenbedingungen bezüglich der Ziele und der Art ihrer Erreichung festgelegt. Beides sind zentrale Aufgaben der politischen Exekutive, die diese als Gesamtgremium wahrnehmen muss.

Der Begriff «Spitalstrategie» ist allgemein einer Unternehmensstrategie gleichzusetzen²⁹. D.h. sie ist ein Führungsinstrument der Spitalleitung (gemäss Artikel 716a Ziffer 1 des Obligationenrechts hat der Verwaltungsrat die unübertragbare und unentziehba-

²⁵ Vgl. RRB 445.2015 vom 22. April 2015.

²⁶ Vgl. Art. 58b KVV.

²⁷ Vgl. RRB 814/2013 vom 19. Juni 2013.

²⁸ Die Eignerstrategie wird im Buch «Führung, Steuerung und Aufsicht von öffentlichen Unternehmen; Public Corporate Governance für die Praxis» von K. Schedler, R. Müller und R. Sonderegger beschrieben. Synonym wird auch von Eigentümerstrategie gesprochen. Die Autoren verwenden diesen Begriff nicht, weil es sich bei «Eigentum» um einen genau definierten Rechtsbegriff handelt.

²⁹ Vgl. Artikel in der schweizerischen Ärztezeitung [2015;96 (23):847-849]; Artikel in der Zeitschrift Clinicum «Praxisorientiertes Strategiehandbuch für Spitäler» [Ausgabe 5-15; S. 118-121]; www.pwc.ch/Spitalstrategie.

re Aufgabe der Oberleitung der Gesellschaft). Eine homogene Auffassung von Strategie herrscht in der wissenschaftlichen Literatur jedoch nicht vor³⁰.

d. Erbringer von Medizinaldienstleistungen

Der Begriff «Erbringer von Medizinaldienstleistungen» entspricht keiner Legaldefinition und ist nicht allgemein gebräuchlich.

- Unter Medizinalberufen werden nach dem Medizinalberufegesetz des Bundes die Berufe der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik, der Pharmazie und der Veterinärmedizin, also universitäre Medizinalberufe verstanden.
- Daneben gibt es die nicht-universitären Gesundheitsberufe, die zukünftig mehrheitlich im Gesundheitsberufegesetz des Bundes geregelt werden sollen (Pflegefachfrau und Pflegefachmann, Physiotherapeutin und Physiotherapeut, Ergotherapeutin und Ergotherapeut, Hebamme, Ernährungsberaterin und Ernährungsberater, Optometristin und Optometrist, Osteopathin und Osteopath).
- Zu den weiteren nicht-universitären Gesundheitsberufen, die wohl in der kantonalen Regelungskompetenz verbleiben werden, zählen insbesondere Augenoptikerinnen und Augenoptiker, Drogistinnen und Drogisten, Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker, Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Homöopathinnen und Homöopathen, Akupunkteurinnen und Akupunkteure sowie Therapeutinnen und Therapeuten der traditionellen chinesischen Medizin (Therapeutinnen und Therapeuten der TCM).

Unter dem Begriff «Erbringer von Medizinaldienstleistungen» könnte man daher das gesamte, an der Patientinnen- und Patientenversorgung beteiligte Gesundheitsfachpersonal verstehen, sei dies in universitären Medizinalberufen als auch nicht-universitären Gesundheitsberufen tätig. Wichtig ist vor allem, dass der Autor oder die Autorin des Begriffs erläutert, was mit dem Begriff gemeint ist.

e. Notfallorganisationen

Eine präzise Definition für Notfallorganisationen existiert weder im Bundesrecht noch im bernischen Recht. Folgende Umschreibungen können gefunden werden:

- Die Strahlenschutzverordnung vom 22. Juni 1994 (StSV, SR 814.501) zählt in Artikel 17 auf «... Notfallorganisation wie Polizei, Feuerwehr, Zivilschutz, Führungsstäbe oder Sanitätsdienste ...» Die Aufzählung ist nicht abschliessend, sie umfasst die operative Ebene und auch Führungsstrukturen.
- Gebräuchlich ist im operativen Bereich eher der Begriff BORS (Behörden und Organisationen für Rettung und Sicherheit, umgangssprachlich «Blaulichtorganisationen»), wobei auch einschlägige Erlasse keine Definition liefern (z.B. Verordnung über die Koordination der Telematik der Behörden und Organisationen für Rettung und Sicherheit, TKV-BORS, SR 520.19).
- Im Kanton Bern verstehen sich die Blaulichtorganisationen als Verbund von Polizei, Feuerwehr, Rettungsdiensten und Bevölkerungsschutz. Der Verbund zeigt sich vor allem in der gemeinsamen Führungsausbildung. Diese wird vom Amt für Be-

völkerungsschutz, Sport und Militär organisiert, das die Geschäftsstelle des Kantonalen Führungsorgans (KFO) führt und damit über die nötige Autorität verfügt (Schnittstelle zum KATA-Bereich des KAZA).

- Innerhalb der Feuerwehren gibt es die Strassenrettung, es handelt sich dabei um Spezialisten der Feuerwehr, die z.B. bei Unfällen eingeklemmte Personen befreien und diese dem Rettungsdienst übergeben. Die Strassenrettung hat jedoch nichts mit der Rettung gemäss SpVG zu tun.
- Bisher ausgeklammert sind die Notfalldienste der medizinischen Bezirksvereine. Die SNZ bietet je nach Situation die Pikettärzte auf.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Notfallorganisationen sich mit der Aufrechterhaltung von Sicherheit, der Abwendung und Begrenzung von Schaden und mit der Versorgung von Personen, die zu Schaden gekommen sind, befassen. Notfallorganisationen sind insbesondere Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste, Bevölkerungsschutz, ärztliche Bezirksvereine und die Notruf- und Alarmeinrichtungen.

Tabelle 1: Anforderungen an die Notfallstation gemäss Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG Version 2016.1)				
	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
Ärztliche Versorgung	8-17 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz). 17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	8-17 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie und Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). 17-8 Uhr Mo-Fr	8-23 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie und Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). 23-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärzte stehen dem Notfall in erster Priorität	24 Stunden Mo-So: Ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe innerhalb von 10 Minuten vor Ort zur Verfügung. Die Notfallsektion hat in weniger als 15 Minuten zu erfolgen, d.h. vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit).

³⁰ Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Strategie_\(Wirtschaft\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Strategie_(Wirtschaft)).

		und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenz-ärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mindestens ein Assistenzarzt Medizin in der 2. Hälfte der Facharzt-Ausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innerhalb 30 Minuten zur Verfügung.	
Am Spital notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Innere Medizin (in 30 Minuten), Chirurgie (in 30 Minuten), Anästhesie (in 15 Minuten).	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus), Intensivmedizin (im Haus).	Beizug von Fachärzten / Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus), Hebammen 24 Std. vor Ort.	