

Vortrag

Datum RR-Sitzung: 14. Dezember 2016
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Geschäftsnummer: 2014.GEF.10709
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Genehmigung der Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Rechtsgrundlagen	3
3	Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens	4
3.1	Ausgangslage	4
3.1.1	Ausrichtung der Spitalplanung auf das revidierte KVG	4
3.1.2	Was kann die Versorgungsplanung, was kann sie nicht?	5
3.1.3	Planungsperiode 2017 bis 2020	7
3.1.4	Planungserklärungen zur Versorgungsplanung 2011–2014	7
3.2	Grundzüge der Vorlage	8
3.2.1	Inhalt und Aufbau der Versorgungsplanung 2016	8
3.2.2	Generelles zur Versorgungsplanung 2016	9
3.2.3	Ziele der Versorgungsplanung 2016	10
3.2.4	Ergebnisse Akutsomatik	11
3.2.5	Ergebnisse Rehabilitation	12
3.2.6	Ergebnisse Psychiatrie	12
3.2.7	Ergebnisse Rettungswesen	13
3.2.8	Ergebnisse Gesundheitsberufe	13
3.2.9	Umsetzung der Versorgungsplanung 2016	14
3.2.10	Veränderungen gegenüber der Versorgungsplanung 2011–2014	15
3.3	Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten	17
4	Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen	17
4.1	Verhältnis der Vorlage zu den Richtlinien der Regierungspolitik	17



4.2	Verhältnis der Vorlage zum Aufgaben- und Finanzplan	18
4.3	Verhältnis der Vorlage zum Kantonalen Richtplan	20
4.4	Verhältnis zu anderen Planungsberichten der GEF	21
5	Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum	21
5.1	Finanzielle, organisatorische und personelle Auswirkungen auf den Kanton	21
5.2	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	22
6	Auswirkungen auf die Gemeinden	22
7	Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft.....	23
7.1	Nachhaltigkeitsbeurteilung	23
7.2	Auswirkungen auf gesellschaftliche Gruppen.....	23
8	Ergebnis der Konsultation	24
8.1	Gesamteindruck.....	24
8.2	Kritik nach Versorgungsbereichen	26
8.2.1	Akutsomatik	26
8.2.2	Rehabilitation	27
8.2.3	Psychiatrie	28
8.2.4	Rettungswesen	29
8.2.5	Nicht universitäre Gesundheitsberufe	30
8.3	Weitere Anregungen für die Umsetzung	31
8.3.1	Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken.....	31
8.3.2	Monitoring und transparente Publikation wichtiger Kennzahlen	31
8.3.3	Versorgungsplanung 2020	31
8.4	Die wichtigsten Änderungen aufgrund des Konsultationsverfahrens	32
8.4.1	Keine grundlegende Überarbeitung	32
8.4.2	Zweisprachigkeit sichtbarer gemacht	32
8.4.3	Viele kleinere Änderungsvorschläge	32
8.5	Weiteres Vorgehen	32
9	Antrag.....	32

1 Zusammenfassung

Gemäss Artikel 7 des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11) genehmigt der Regierungsrat in der Regel alle vier Jahre eine Versorgungsplanung. Nun liegt die neue «Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz», welche die am 2. Juli verlängerte¹ «Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz» ablösen wird, vor. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion erfüllt damit den Auftrag des Regierungsrates vom 22. April 2015. Die Versorgungsplanung wird nach der Genehmigung dem Grossen Rat zur Kenntnis gebracht.

Die Versorgungsplanung 2016 umfasst dieselben Versorgungsbereiche wie die beiden vorgängigen Berichte, nämlich die Spitalplanung für Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, die ambulanten Leistungen der Psychiatrie (Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die nicht universitären Gesundheitsberufe. Der Fokus der Versorgungsplanung 2016 liegt jedoch auf der Spitalplanung. Dies ergibt sich aus den seit 2012 veränderten Rahmenbedingungen aufgrund der KVG–Revision. Da diese eine deutlich stärkere Reglementierung mit sich brachte, sind diejenigen Teile des Berichts, die sich auf die stationären Spitalleistungen beziehen, umfangreicher und detaillierter. In der Versorgungsplanung 2016 werden neben den Planungsergebnissen zusätzliche Angaben zu den berücksichtigten Datengrundlagen und zu den statistischen Planungsmethoden detailliert dargestellt.

Die Vorlage enthält keine Entscheidungen über die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Berner Spitallisten. Im Mittelpunkt der Vorlage steht der Versorgungsbedarf der Berner Bevölkerung. Die umfassenden Auswertungen dazu bilden zusammen mit den Planungskriterien und Planungsgrundsätzen für die Auswahl der Listenspitäler die Grundlage für diese Entscheidungen.

Das übergeordnete Ziel der Versorgungsplanung 2016 beruht auf der Kantonsverfassung und den Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018: «Der Kanton Bern sorgt für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und stellt die dafür notwendigen Einrichtungen bereit.» Dieses übergeordnete Ziel wurde bereits in der Versorgungsplanung 2011–2014 verankert und bleibt auch in der neuen Planungsperiode unverändert.

Auf der Grundlage der genehmigten und dem Grossen Rat zur Kenntnis gebrachten Versorgungsplanung erlässt der Regierungsrat die Spitallisten. Diese stützen sich auf das in der Vorlage dargestellte Auswahlverfahren und die Bedarfsprognosen der einzelnen Versorgungsbereiche. Des Weiteren leitet die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Umsetzung der in der Vorlage enthaltenen Handlungsfelder ein.

2 Rechtsgrundlagen

Die rechtlichen Grundlagen der Versorgungsplanung sind:

- das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)
- die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
- die Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)

1 Vgl. RRB 897/2014.

- das Gesundheitsgesetz des Kantons Bern vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)
- das Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)
- die Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2014 (SpVV; BSG 812.112)

3 Beschreibung des Geschäfts/Vorhabens

3.1 Ausgangslage

3.1.1 Ausrichtung der Spitalplanung auf das revidierte KVG

Das revidierte Bundesgesetz über die Krankenversicherung hat seit 2012 (KVG-Revision) verschiedene Änderungen im planerischen Vorgehen zur Folge. Namentlich betrifft dies die folgenden Änderungen des KVG:

- **Gleichbehandlung aller Listenspitäler und umfassende kantonale Beteiligung an deren Finanzierung (dual-fixe Finanzierung):** In der Planung und Umsetzung wird kein Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Spitälern und Geburtshäusern gemacht. Alle Vorgaben gelten für sämtliche Spitäler und Geburtshäuser, die mindestens einen kantonalen Leistungsauftrag auf den Berner Spitallisten erhalten haben.
- **Freie Spitalwahl:** Die Planung berücksichtigt die Patientenflüsse zwischen den Kantonen und ist Basis für eine verstärkte Koordination der Angebote mit den unmittelbaren Nachbarkantonen. Die auf der Planung basierenden Spitallisten berücksichtigen die für die eigene Kantonsbevölkerung versorgungsrelevanten ausserkantonalen Angebote.
- **Hochspezialisierte Medizin:** Die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wird in der Planung berücksichtigt. Die HSM-Spitalliste ist den kantonalen Spitallisten übergeordnet.
- **Einheitliche Planungskriterien des Bundes:** Die Versorgungsplanung 2016 operationalisiert die folgenden Kriterien der Verordnung über die Krankenversicherung (Artikel 58a ff KVV): die Ausrichtung der Planung auf die eigene Kantonsbevölkerung, die Methodik der leistungsorientierten Planung, die Nachvollziehbarkeit der Planungsschritte und -methoden sowie deren Abstützung auf namentlich ausgewiesene statistische Daten und Vergleiche und die interkantonale Koordination. Bei der Auswahl des auf der Spitalliste zu sichernden Angebotes werden die Bereitschaft und Fähigkeit (Eignung) der Leistungserbringer zur Erfüllung des Leistungsauftrags, die Zugänglichkeit, die Qualität sowie die Wirtschaftlichkeit berücksichtigt.
- **Einführung schweizweit einheitlicher Tarifsysteme in der Spitalversorgung (insbesondere SwissDRG) mit neuen Definitionen der anrechenbaren KVG-relevanten Kosten:** Im Bereich der Spitalplanung werden die Betriebsvergleiche der KVG-relevanten Kosten (=anrechenbare Kosten) bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit operationalisiert, unter anderem indem die durchschnittlichen (wenn möglich der schweregradbereinigten) Fallkosten pro Spitalstandort verglichen werden. In der Akutomatik beurteilt sich die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung insbesondere anhand der schweregradbereinigten Fallkostenvergleiche, in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation anhand von Fallkostenvergleichen pro Pflege-tag.

- **Integrale Investitionsfinanzierung unter SwissDRG (Abgeltung der Vollkosten):**
Die integrale Investitionsfinanzierung unter SwissDRG bewirkt, dass in der Versorgungsplanung die Investitionen bzw. der Investitionsbedarf nicht mehr separat ausgewiesen werden, da diese gemäss KVG-Revision seit 2012 in der operativen Verantwortung der Spitäler liegen und ihm Rahmen der Fallpauschalen abgegolten werden.

Zusammenfassend betraf die KVG-Revision primär die stationären Spitalleistungen. Berner Patientinnen und Patienten haben seit dem 1. Januar 2012 die Wahlfreiheit zwischen allen Spitälern, die auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons stehen (Listenspitäler). Auch übernimmt seither der Wohnkanton mindestens 55 Prozent der Vergütung, die Versicherer anteilmässig maximal 45 Prozent. Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler muss der Kanton die Planungskriterien von Artikel 58a ff KVV berücksichtigen. Das heisst, der Kanton sichert ausschliesslich den Bedarf der Kantonsbevölkerung auf den kantonalen Spitalisten (kein Überangebot). Bei der Auswahl der versorgungsrelevanten Angebote prüft er die Eignung der Leistungserbringer, den Zugang, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Angebote.

Das kantonale Spitalversorgungsgesetz wurde in der Planungsperiode 2011–2014 revidiert und ist wie die totalrevidierte Verordnung (SpVV) seit dem 1. Januar 2014 in Kraft. Dabei wurde eine umfangreichere Datenlieferungspflicht seitens der Leistungserbringer an den Kanton festgelegt (Artikel 127 SpVG). Auf den 1. Dezember 2015 trat erfolgte bereits die erste Teilrevision der Verordnung. Mit dieser Revision wurden insbesondere die Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler operationalisiert (Artikel 11 SpVV), damit dieser seine regulatorischen Aufgaben – gestützt auf die revidierten Rechtsgrundlagen des KVG – wahrnehmen kann.

Seit mehreren Jahren wird auch in der interkantonalen Zusammenarbeit auf eine adäquate Umsetzung der kantonalen Spitalplanungen mit Blick auf das revidierte KVG hingearbeitet. Die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung wurden auf die neuen Rahmenbedingungen ausgerichtet und teilrevidiert. Weiter war für die Spitalplanung insbesondere die übergeordnete Empfehlung in Bezug auf die Verwendung der vom Kanton Zürich entwickelten Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik (SPLG-Systematik) im Bereich der Akutsomatik von Bedeutung.² Die Empfehlungen richteten sich an die zuständigen Stellen der Kantone.

Der Kanton Bern hat die Versorgungsplanung 2016 mit Blick auf die korrekte und konsequente Anwendung des revidierten KVG sowohl auf die revidierten Rechtsgrundlagen von KVG und SpVG als auch auf die einschlägigen Empfehlungen der GDK ausgerichtet.

3.1.2 Was kann die Versorgungsplanung, was kann sie nicht?

Im Vergleich zu den reinen Spitalplanungen gemäss KVG (der Planung der stationären Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) anderer Kantone der Schweiz, weist die Versorgungsplanung gemäss SpVG des Kantons Bern einen deutlich breiteren Planungssperimeter auf. So sind sowohl die zusätzlichen Planungsbereiche (Tageskliniken und Ambulatorien der Psychiatrie, Rettungswesen sowie nicht universitäre Gesundheitsberufe) als auch die Abbildung der erwarteten Kostenentwicklung eine besondere Berner Eigenheit. Dabei gehört der Kanton Bern unter den Kantonen der Schweiz zu den Pionieren der leistungsbezogenen³ Spi-

2 Empfehlung des GDK-Vorstandes vom 27.01.2011.

3 Im Gegensatz zur kapazitätsbezogenen Planung von Betten.

talplanung und der Planung der Aus- und Weiterbildung in den nicht universitären Gesundheitsberufen.

In dem vom KVG betroffenen Bereich der Spitalplanung ist die Zulassung von Spitälern zur stationären Leistungserbringung auf Bundesebene im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG an die Voraussetzung gekoppelt, dass die Spitäler «der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen». Artikel 39 Absatz 2 des KVG besagt, dass der Bundesrat einheitliche Planungskriterien erlässt. Diese Bestimmung des KVG wird in den Artikeln 58a-58e KVV konkretisiert. Die Spitalplanung muss dementsprechend den Leistungsbedarf der Kantonsbevölkerung ausweisen, eine interkantonale Koordination gewährleisten und die Grundlagen für die Spitallistenstellung darlegen. Dabei hat sie den Bedarf, den Zugang, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit einzubeziehen. Der national vorgegebene Gestaltungsspielraum im Rahmen einer Spitalplanung ist demnach sehr beschränkt.

In den nicht vom KVG betroffenen Bereichen wie dem Rettungswesen, den Gesundheitsberufen, der integrierten Versorgung und der nicht-stationären Psychiatrieversorgung, ist der Kanton sowohl in der Ausgestaltung der Planung als auch in der Umsetzung nach wie vor frei.

Aus diesen unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen sowie Vorgaben ergeben sich die Einflussmöglichkeiten der Versorgungsplanung:

- **Was kann die Versorgungsplanung leisten:**
 - **Die bestehenden Versorgungsstrukturen sowie das vorhandene Leistungsgeschehen der stationären Spitalversorgung abbilden:** Die Versorgungsplanung kann den Ist-Zustand, Ziele sowie Handlungsfelder aufzeigen.
 - **Den voraussichtlichen Bedarf und die damit verbundenen voraussichtlichen Kosten mittels Prognosen quantifizieren:** Die Versorgungsplanung nutzt ausgewiesene Datengrundlagen und statistische Verfahren um den künftigen Bedarf der Kantonsbevölkerung sowie den resultierenden Finanzierungsanteil des Kantons zu schätzen.
 - **Den Blick für das gesamte stationäre Versorgungsgeschehen, Zusammenhänge und Schnittstellen offen halten:** Die Versorgungsplanung greift gezielt Themenbereiche der stationären Spitalversorgung auf, die als Querschnittsbereiche eine besondere Bedeutung für die Kantonsbevölkerung haben (z.B. die integrierte Versorgung, die geriatrische Versorgung, die palliative Versorgung).
- **Was kann die Versorgungsplanung nicht:**
 - **Eine Gesamtplanung der Gesundheitsversorgung vornehmen:** Der Fokus der Versorgungsplanung liegt auf den Bereichen Spitalplanung, den ambulanten Leistungen der Tageskliniken und Ambulatorien in der Psychiatrie, dem Rettungswesen und den nicht universitären Gesundheitsberufen. Nicht Gegenstand der Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz sind hingegen z.B. die ambu-

lante ärztliche und therapeutische Versorgung, die ambulante oder stationäre Langzeitpflege sowie die Gesundheitsprävention.

- **Spitalstrukturen detailliert planen:** Es ist nicht die Aufgabe der Versorgungsplanung, Spitalstandorte und deren Infrastruktur zu planen. Im Mittelpunkt der Planung steht der Bedarf der Kantonsbevölkerung. Diese bevölkerungsbezogene Sicht der Planung muss im Einzelfall nicht zwingend mit der unternehmerischen Sicht der Betriebe bzw. Leistungserbringer übereinstimmen.
- **Jedem Listenbetrieb sagen, was er zu tun hat:** Die Planung darf nicht die Betriebssicht einnehmen, sondern muss die Versorgungssicht bewahren (vgl. Spiegelstrich Spitalstrukturen detailliert planen). Die operative Ebene, z.B. die Wahl der medizinischen Behandlungsmethoden und -konzepte, muss aus diesem Grund in der Verantwortung der Betriebe selbst bleiben.
- **Öffentliche und private Leistungserbringer unterschiedlich behandeln:** Die Versorgungsplanung ist kein Instrument der Eigentümerstrategie (dies betrifft auch Fragen von Investitionsvorhaben für öffentliche Einrichtungen). Gestützt auf das Bundesrecht muss die Versorgungsplanung alle Listenspitäler, unabhängig von ihrer öffentlichen oder privaten Trägerschaft, gleich behandeln.
- **Leistungen planen und Tarife steuern, die nicht Gegenstand des SpVG sind:** Die Versorgungsplanung kann keine Leistungen planen, die nicht Gegenstand des SpVG sind. Dazu gehören etwa die ambulanten Leistungen in Spitälern und Arztpraxen (diese werden über andere KVG-Mechanismen gesteuert), die stationären und ambulanten Tarife (diese werden zwischen den Verhandlungspartnern oder auf nationaler Ebene festgelegt), die Katastrophenvorsorge (diese ist über den Bevölkerungsschutz geregelt) und die schulischen Aspekte der Berufsbildung (diese liegen bei der Erziehungsdirektion).
- **Detaillierte Umsetzungspläne für sämtliche Handlungsfelder definieren:** Die Planung kann die Umsetzung nicht bereits vorwegnehmen, denn Planung ist nicht Umsetzung. Aus diesem Grund kann der Regierungsrat die Spitallisten erst im Anschluss an die Verabschiedung der Versorgungsplanung erlassen. Des Weiteren leitet er erst mit der Verabschiedung der Planung die konkrete Erarbeitung der Umsetzungsmassnahmen der in der Vorlage enthaltenen Handlungsfelder ein.

3.1.3 Planungsperiode 2017 bis 2020

Grundsätzlich gilt immer diejenige Versorgungsplanung, die vom Regierungsrat als letztes verabschiedet wurde. Der Zeitpunkt der Verabschiedung ist also für die Geltung und Umsetzung einer Versorgungsplanung entscheidend. Die Planung deckt in der Regel einen Planungshorizont von 4 Jahren ab (Artikel 7 SpVG: «Die Versorgungsplanung wird in der Regel alle vier Jahre überarbeitet.»). Die beschlossene Versorgungsplanung erlangt mit der Genehmigung sofortige Gültigkeit und nicht erst im Folgejahr. Die Planungsperiode der Vorlage sind die Jahre 2017 bis 2020.

3.1.4 Planungserklärungen zur Versorgungsplanung 2011–2014

Die Planungserklärungen des Grossen Rates zur Versorgungsplanung 2011–2014 wurden bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung 2016 wie folgt umgesetzt:

- **Planungserklärung 1 und 6 (Überarbeitung des Prozess zur Erstellung der Spitallisten):** Diese Planungserklärungen werden mit der vorliegenden Planung und im Rahmen der KVG-Vorgaben umgesetzt.
- **Planungserklärung 2 (Eigenverantwortung der Betriebe und Eigentümerstrategie des Kantons):** Die Planungserklärung fand Niederschlag in der Revision des SpVG von 2013, konkret in der Formulierung der Artikel 25, 31, 33 und 38 SpVG. Die KVG-konforme Versorgungsplanung ist kein Instrument der Eigentümerstrategie.
- **Planungserklärung 3 (Spitalregionenmodell):** Die Überprüfung des Spitalregionenmodells erfolgte in der Planungsperiode 2011–2014. Die Analyse der Jahre 2012 und 2013 zeigte für den Kanton Bern keine wesentliche Veränderung in Bezug auf die Patientenströme zwischen den Regionen. Eine Fusion von Spitalregionen erfolgte nicht.
- **Planungserklärung 4 (Versorgungsregel):** Die um eine Distanzangabe erweiterte Versorgungsregel wurde in der Planungsperiode 2011–2014 realisiert. Sie wird in der Versorgungsplanung 2016 für den ganzen Kanton angewendet.
- **Planungserklärung 5 (Zusatzfinanzierungen):** Die Abgeltung von stationären Leistungen ist im KVG geregelt, es gibt keine Zusatzfinanzierungen. Im ambulanten Bereich kann der Kanton zusätzliche Leistungen einkaufen. Der Kanton beteiligt sich jedoch ausschliesslich an den versorgungsnotwendigen Leistungen, die nicht bereits über die Krankenversicherungstarife finanziert werden. Dabei werden alle Listenspitäler gleich behandelt. Mit den Artikeln 67–69 des revidierten SpVG, das auf den 1. Januar 2014 in Kraft trat, wird dem Anliegen Rechnung getragen.
- **Planungserklärung 7 (Rettungswesen):** Die Umsetzung der Hilfsfristregel 90/15 sistierte in der Planungsperiode 2011–2014 wegen fehlender finanzieller und personeller Ressourcen. Die Umsetzung der Hilfsfristregel 90/15 konnte nicht realisiert werden. Bei der Umsetzung der Hilfsfristregel 90/15 müssen neben der Einführung der zeitlichen Vorgabe insbesondere die bestehenden Strukturen zusammen mit den notwendigen Ressourcen evaluiert werden. Die Versorgungsplanung 2016 für die Rettungsdienste vertieft die notwendigen Grundlagen für eine solche Evaluation.
- **Planungserklärung 8 (Grossrätliche Gesundheits- und Sozialkommission):** Am 1. Juni 2014 wurde die Grossrätliche Gesundheits- und Sozialkommission (GSoK) als beratendes Gremium eingesetzt.

3.2 Grundzüge der Vorlage

3.2.1 Inhalt und Aufbau der Versorgungsplanung 2016

Der Bericht Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz bildet die Grundlage für die kantonale Planung der spitalgebundenen Gesundheitsversorgung im Kanton Bern. Er ist in fünf Teile gegliedert:

- **Im «Teil A: Generelles zur Versorgungsplanung»** – durch blaue Balken gekennzeichnet – werden Ziel und Zweck der Versorgungsplanung 2016 sowie die verschiedenen Rahmenbedingungen erläutert. Ausserdem bietet er einen Überblick über die dem Bericht zugrunde liegende Methodik.

- **Im «Teil B: Die einzelnen Versorgungsbereiche»** – durch grüne Balken gekennzeichnet – werden die quantitativen Auswertungen für die Spitalplanung, das Rettungswesen sowie die nicht universitären Gesundheitsberufe zusammengefasst. Grundlagen der Spitalplanung sind die Bedarfsentwicklung der Berner Bevölkerung und die Angebotsentwicklung der Spitäler. Für die Planung des Rettungswesens ist die Auswertung der Notfalleinsätze relevant. Für die Planung des Bedarfs an nicht universitären Gesundheitsberufen wurden die Auswertungen der Planungsperiode 2011–2014 aktualisiert.
- **Im «Teil C: Umsetzung»** – durch rote Balken gekennzeichnet – werden die konkreten Handlungsfelder für die Planungsperiode 2017–2020 aufgezeigt und mit einem Ausblick auf das weitere Vorgehen ergänzt.
- **Im «Teil D: Anhang»** – durch graue Balken gekennzeichnet – befinden sich die Verzeichnisse.
- **Der fünfte und letzte Teil des Berichts – «Teil E: Daten und Tabellen für die Spitalplanung»** – umfasst zahlreiche Übersichtskarten und Abbildungen sowie die detaillierten Anlagen für die Spitalplanung. Aufgrund des grossen Umfangs liegt er in einem separaten Dokument vor – ebenfalls durch graue Balken gekennzeichnet. Der Teil E enthält sämtliche Angaben und Werte, auf deren Basis die kantonalen Spitallisten erstellt werden.

3.2.2 Generelles zur Versorgungsplanung 2016

Die Versorgungsplanung 2016 ist die erste Versorgungsplanung im Kanton Bern nach dem Systemwechsel in der Schweizer Spitalfinanzierung. Aus diesem Grund konzentriert sie sich auf die Bereitstellung einer zukunftsfähigen und KVG-konformen Spitalplanung, ohne dabei das Rettungswesen und die nicht universitären Gesundheitsberufe ausser Acht zu lassen:

- **Gegenstand:** Die Versorgungsplanung 2016 umfasst dieselben Versorgungsbereiche wie die beiden vorgängigen Planungen 2007 und 2011, namentlich die Spitalplanung für Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, die ambulanten Leistungen der Psychiatrie (Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die nicht universitären Gesundheitsberufe.
- **Fokus:** Der Fokus der Versorgungsplanung 2016 liegt jedoch auf der Spitalplanung. Dies ergibt sich aus der Veränderung der Rahmenbedingungen aufgrund der KVG-Revision.⁴ Da diese eine deutlich stärkere Reglementierung mit sich brachte, sind diejenigen Teile des Berichts Versorgungsplanung 2016, die sich auf die stationären Spitalleistungen beziehen, umfangreicher und detaillierter.
- **Abgrenzung zu den Spitallisten:** Die Versorgungsplanung 2016 enthält keine Entscheidungen über die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Berner Spitallisten. Im Mittelpunkt der Versorgungsplanung 2016 steht der Versorgungsbedarf der Berner Bevölkerung. Aber: Die umfassenden Auswertungen dazu bilden zusammen mit den Planungskriterien und -grundsätzen für die Auswahl der Listenspitäler die Grundlage für diese Entscheidungen.

4 Das 2007 revidierte KVG trat per 1. Januar 2012 in Kraft und regelte die Spitalfinanzierung neu.

- **Aktualisierung der Datengrundlage:** Die aktuellsten bei der Erstellung der Versorgungsplanung 2016 zur Verfügung stehenden Daten stammen aus den Jahren 2010–2013. Die Auswertungen für das Rettungswesen schliessen zusätzlich Daten aus dem Jahr 2014 ein. Die Prognose der Versorgungsplanung 2016 umfasst den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2020. Der Kanton Bern sieht vor, die im Bericht veröffentlichten Prognosezahlen jährlich mit der Inanspruchnahme zu vergleichen. Die Datenbasis dafür liefert jeweils die Medizinische Statistik des Vorjahres. Diese Zwischenüberprüfung erfolgt erstmals 2017 auf Basis der Daten 2016. Falls die von der Berner Bevölkerung bezogenen Leistungen – z. B. aufgrund der freien Spitalwahl oder einer grösseren Zahl von Vertragsspitalern – in einzelnen Leistungsbereichen oder -gruppen wesentlich von den Prognosen abweichen, werden Korrekturen vorgenommen und in Form einer Aktualisierung der Tabellen veröffentlicht. Die Spitallisten 2017 werden auf den aktuellen Leistungszahlen der Betriebe, also den Jahren 2015 und 2016 basieren.

3.2.3 Ziele der Versorgungsplanung 2016

Die stationären Versorgungsangebote der Listenspitäler sollen sich künftig noch besser ergänzen. Der Kanton schafft mit der Versorgungsplanung 2016 eine Rahmenplanung für eine nachhaltige stationäre Versorgung der Berner Bevölkerung in allen Kantonsteilen. Abgestützt auf die Kantonsverfassung und die Versorgungsziele – und im Rahmen einer leistungsorientierten Planung – werden sich die stationären Leistungen stärker an einem abgestuften Versorgungssystem orientieren:

- **Übergeordnetes Ziel:** «Der Kanton Bern sorgt für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und stellt die dafür notwendigen Einrichtungen bereit.» – Dieses übergeordnete Ziel wurde bereits in der Versorgungsplanung 2011–2014 verankert und bleibt in der neuen Planungsperiode unverändert. Das Ziel beruht auf der Kantonsverfassung⁵ und den Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018.
- **Die konkreten Versorgungsziele** für die Planungsperiode 2017–2020 wurden dahingehend umformuliert und ergänzt, um die Planung konsequenter an den einzelnen Versorgungsbereichen und den Geltungsbereichen von SpVG und KVG auszurichten:
 - In der **Akutsomatik** ist die Versorgung durch die dezentrale Konzentration der Grundversorgung und die Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung unter Einbezug der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin sichergestellt.
 - In der **Rehabilitation** ist die Versorgung mit vertiefter Prüfung der Möglichkeiten zur wohnortnahen Rehabilitation und spezieller Beachtung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Rehabilitation sichergestellt.
 - In der **Psychiatrie** ist die Versorgung durch die dezentrale Konzentration der Grundversorgung und die Förderung ambulanter, wohnortnaher Versorgungsleistungen sowie die stärkere Integration in die Strukturen der Akutsomatik sichergestellt.

5 Vgl. Art. 41 Abs. 1 KV.

- Im **Rettungswesen** ist die Versorgung durch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Rettungsdiensten und durch die gezielte Optimierung der Einsatzstandorte sichergestellt.
- Für die **Gesundheitsberufe** ist der Nachwuchs durch die Ausschöpfung des Ausbildungspotenzials der Betriebe, die Verbesserung der Nachwuchsrekrutierung sowie die Verlängerung der Berufsverweildauer des Personals sichergestellt.
- Für die **Notfallversorgung** ist die niederschwellige und zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung im gesamten Kanton sichergestellt.
- Der Auf- und Ausbau eines transparenten **Monitorings aus Routinedaten** gemeinsam mit den Leistungserbringern ist sichergestellt.
- **eHealth** soll der Bevölkerung den Zugang zu einem effizienten, sicheren und wirtschaftlichen Gesundheitswesen ermöglichen.⁶
- **Für folgende Versorgungsschwerpunkte** sind die Versorgungsstrukturen aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Bevölkerung auf ihre bedarfsgerechte Verteilung und Erreichbarkeit im Kanton zu beurteilen: die Notfallversorgung, die Schlaganfallversorgung, die Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die Palliative Versorgung, die Versorgung von älteren Personen und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die integrierte sowie die geriatrische Versorgung.

3.2.4 Ergebnisse Akutsomatik

Die wichtigsten Ergebnisse der Akutsomatik umfassen

- **Die bisherige Entwicklung 2010–2013:** Geringe Fallzunahme und kürzere Aufenthaltsdauern. 2013 wurden 154 886 Berner Patientinnen und Patienten stationär in einem Akutspital behandelt; die mittlere Aufenthaltsdauer lag 2013 bei 5,4 Tagen.
- **Die Erreichbarkeit:** Die Erreichbarkeit der Berner Akutspitäler ist sehr gut. 91,4 Prozent der Bernerinnen und Berner erreichen von ihrem Wohnort in weniger als 15 Minuten ein Listenspital mit einer Notfallstation, 99,1 Prozent in weniger als 30 Minuten.⁷
- **Die Bedarfsprognose bis 2020:** Insgesamt wird ein moderater Zuwachs von rund 10 431 Fällen bzw. 6,5 Prozent gegenüber 2013 erwartet. Aber für die einzelnen Leistungsbereiche werden unterschiedliche Veränderungen erwartet. In der Prognose bis 2020 zeigt sich eindrücklich, dass insbesondere für die Leistungsbereiche mit einem hohen Anteil an 65-jährigen und älteren Patientinnen und Patienten eine deutliche Zunahme bei den stationären Leistungen zu erwarten ist. Eine rückläufige Tendenz wird hingegen bei der Geburtshilfe erwartet.

6 Der Kanton initiierte daher das Projekt «BeHealth».

7 Für die Sicherstellung der flächendeckenden stationären Grundversorgung in der Akutsomatik wendet der Kanton Bern ein Mindestkriterium für die Erreichbarkeit an. Ein Spital mit Leistungen der Grundversorgung («Basispaket Innere Medizin/Chirurgie» der SPLG) soll mit dem motorisierten Individualverkehr für 80 Prozent der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar sein. Der Regierungsrat ergänzte das Kriterium 2013 durch eine Distanzkomponente von 50 km (RRB 0814.2013).

- **Die Schwerpunkte der Planungsperiode 2017–2020:** In den kommenden Jahren wird insbesondere der Bedarf an folgenden Leistungen eingehend überprüft, da diese grosse Bedeutung für die stationäre Versorgung der Berner Bevölkerung haben:
 - Palliative Versorgung
 - Geriatrische Versorgung
 - Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten
 - Notfallversorgung
 - Geburtshilfliche Versorgung
 - Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

3.2.5 Ergebnisse Rehabilitation

Die wichtigsten Ergebnisse der Rehabilitation umfassen

- **Die bisherige Entwicklung 2010–2013:** Tieferer Inanspruchnahme als erwartet. 2013 wurden 7 377 Bernerinnen und Berner in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt; die mittlere Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation lag 2013 bei 22,5 Tagen.
- **Die Bedarfsprognose bis 2020:** Bis 2020 wird für die stationäre Rehabilitation eine moderate Zunahme der Fallzahlen um 780 Fälle bzw. 10,6 Prozent gegenüber dem Jahr 2013 erwartet. Das sind durchschnittlich 1,4 Prozent pro Jahr. Diese Entwicklung spiegelt die erwartete demografische Entwicklung der Berner Bevölkerung bis 2020 wider.
- **Die Schwerpunkte der Planungsperiode 2017–2020:** Für die stationäre Rehabilitation prüft der Kanton in der Planungsperiode 2017–2020 insbesondere die Inanspruchnahme in folgenden Leistungsgruppen, um den Bedarf umfassender beurteilen zu können:
 - Geriatrische Rehabilitation
 - Psychosomatische Rehabilitation
 - Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen

3.2.6 Ergebnisse Psychiatrie

Die wichtigsten Ergebnisse der Psychiatrie umfassen

- **Die bisherige Entwicklung 2010–2013:** Stagnation und Rückgang der Fallzahlen bei den unter 65-Jährigen. 2013 liessen sich nur noch 8 079 Bernerinnen und Berner in einer Psychiatrieklinik stationär behandeln. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der stationären Psychiatrie lag 2013 bei 39,2 Tagen.
- **Die Bedarfsprognose bis 2020:** Eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung zeigt, dass für die Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) eine Stagnation der Fallzahlen erwartet wird. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (0–17 Jahre) wird eine geringe Zunahme der Fälle (+2,4 Prozent) angenommen. Ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bis 2020 ist im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel jedoch im Bereich der Alterspsychiatrie (65-Jährige und Ältere) absehbar (+15 Prozent).

- **Die Schwerpunkte der Planungsperiode 2017–2020:** Neben der räumlichen Gliederung des Kantons in vier Versorgungsräume wurde auch die Spitalplanungsleistungssystematik Psychiatrie (SPLG Psychiatrie) überarbeitet und weiterentwickelt. Insbesondere soll die Unterscheidung zwischen Grundversorgung und elektiven Leistungen die bedarfsgerechte Versorgung der Berner Bevölkerung in allen Kantonsteilen sicherstellen. Weitere Schwerpunkte der Planungsperiode 2017–2020 für den Versorgungsbereich Psychiatrie sind:
 - Stationäre Grund- und Notfallversorgung
 - Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen
 - Ambulante gemeindeintegrierte Akutbehandlungen zu Hause

3.2.7 Ergebnisse Rettungswesen

Die wichtigsten Ergebnisse des Rettungswesens umfassen

- **Die bisherige Entwicklung 2010–2013:** 2013 leisteten die kantonalen Rettungsdienste insgesamt 50 186 Einsätze. Dies bedeutet eine Abnahme um -2,1 Prozent. Diese Abnahme wird auf die Abnahme der Einsätze auf Vorbestellung (d.h. Verlegungen auf Vorbestellung) zurückgeführt (-18,8 Prozent). Im Bereich der Notfalleinsätze wird hingegen eine Zunahme um +9 Prozent verzeichnet.
- **Die Bedarfsprognose bis 2020:** Durch den demografischen Wandel der Bevölkerung wird die Einwohnerzahl bis 2020 um +3,9 Prozent auf über 1,04 Millionen Bernerinnen und Berner steigen. Damit einher geht eine Alterung der Kantonsbevölkerung. Vor allem die erwartete Zunahme an pflegebedürftigen älteren Personen sowie geriatrischer Patientinnen und Patienten wird auch die Einsatzzahlen der Rettungsdienste verändern. Für die Rettungsdienste im Kanton Bern wird daher eine Steigerung der Einsätze bis 2020 erwartet.
- **Die Studie der Fachhochschule St. Gallen:** Optimierungspotenziale ohne Einsatz zusätzlicher Mittel. Die Notfalleinsätze wurden bezüglich der bernischen 80/30-Versorgungsregel und der 90/15-Hilfsfristerreichung des Interverbands Rettungswesen (IVR) untersucht.⁸ Eine Simulation zeigte, dass einerseits mit Standortverschiebungen in sechs Rettungsdiensten und andererseits mit baulichen und betrieblichen Massnahmen in drei Rettungsdiensten die Hilfsfristerreichung für Notfalleinsätze im gesamten Kanton um insgesamt 8 Prozent gesteigert werden kann. Gleichzeitig wurden in der Simulation durch diese Massnahmen 29 Prozent der Einsatzorte schneller erreicht. In der Simulation mussten dafür keine zusätzlichen Mittel (d. h. zusätzliche Rettungsfahrzeuge) eingesetzt werden.

3.2.8 Ergebnisse Gesundheitsberufe

Die wichtigsten Ergebnisse der nicht universitären Gesundheitsberufe umfassen

- **Die bisherige Entwicklung 2010–2013:** Bereits die Versorgungsplanung 2011–2014 wies für die Spitäler im Kanton Bern einen künftigen Mangel an ausgebildeten Pflege-

8 Die 80/30-Versorgungsregel besagt, dass 80 Prozent der Kantonsbevölkerung innert 30 Minuten durch die Rettungsteams der Rettungsdienste erreicht werden müssen. Die 90/15-Hilfsfristerreichung strebt an, dass bei 90 Prozent der Notfalleinsätze ein Rettungsteam innert 15 Minuten am Einsatzort eintrifft.

fachkräften nach. Um dem entgegenzuwirken, wurden in der Planungsperiode 2011–2014 die aktuell und zukünftig benötigten Nachwuchskräfte festgelegt. Der Kanton Bern hat seit 2012 eine Ausbildungsverpflichtung für Betriebe eingeführt.

- **Die Bedarfsprognose bis 2020:** Die Bedarfsermittlung bis 2020 erfolgte bei den nicht universitären Gesundheitsberufen bereits in der Versorgungsplanung 2011–2014. Eine neue Bedarfsermittlung über das Zieljahr 2020 hinaus wird es daher erst in der nächsten ordentlichen Versorgungsplanung geben.
- **Die Ausbildungsverpflichtung für die Berner Betriebe:** Die Erfahrungen aus der Einführungsphase sind positiv. Eine grosse Mehrheit der Leistungserbringer hat die Vorgaben erfüllt. Die Ausbildungsleistungen haben gegenüber dem Startjahr 2012 um 12,5 Prozent zugenommen. Im Jahr 2014 wurden die Betriebe zu insgesamt rund 114 300 Ausbildungswochen verpflichtet, effektiv erbrachten sie sogar rund 118 700 Wochen und übertrafen damit die Vorgaben. Diese erfreuliche Feststellung darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele kleinere Betriebe in den Randregionen grosse Mühe bekunden, die Ausbildungsvorgaben zu erfüllen.

3.2.9 Umsetzung der Versorgungsplanung 2016

Im Anschluss an die Verabschiedung der Versorgungsplanung erlässt der Regierungsrat die Spitalliste. Diese stützt sich auf das in der Vorlage dargestellte Auswahlverfahren und die Bedarfsprognosen der einzelnen Versorgungsbereiche. Des Weiteren leitet die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Umsetzung der in der Vorlage enthaltenen Handlungsfelder ein:

- **Schwerpunkte sowie Handlungsfelder 2017–2020:** Neben den bereits aufgeführten Schwerpunkten aus den einzelnen Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und nicht universitäre Gesundheitsberufe widmet sich die Versorgungsplanung 2017–2020 zusätzlich folgenden Handlungsfeldern:
 - eHealth
 - Kantonale Qualitätssicherung
- **Kostenprognose:** Die im Rahmen der Versorgungsplanung prognostizierten Ausgaben des Kantons belaufen sich auf insgesamt 1,2 Mia. Franken im Jahr 2020. Sie beruhen im Wesentlichen auf den Kosten, die durch die vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in inner- oder ausserkantonalen Spitälern von Bernerinnen und Bernern verursacht werden.
- **Berner Spitallisten basieren auf der Versorgungsplanung 2016:** Die Versorgungsplanung 2016 dient dem Kanton Bern als Grundlage für die künftigen Berner Spitallisten. Nach der Genehmigung durch den Regierungsrat beginnt das zweistufige Verfahren zur Festlegung der Listenspitäler. Dieser Prozess beginnt mit einem breiten Bewerbungsverfahren für alle interessierten Spitäler sowie Geburtshäuser.
- **Monitoring und Aufsicht durch den Kanton:** In Zukunft sollen die Fallzahlen zu den einzelnen kantonalen Leistungsaufträgen pro Standort und Jahr publiziert werden. Parallel dazu wertet der Kanton die Ergebnisse der ANQ-Messung sowie die Ergebnisse

der BAG-Qualitätsindikatoren aus und publiziert diese ebenfalls.⁹ Die Publikation der Fallzahlen und weiterer Kennzahlen dient der Information der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweisenden.

- **Die nächste Versorgungsplanung im Kanton Bern:** Im Kanton Bern wird die Versorgungsplanung in der Regel alle vier Jahre überarbeitet. Die Erfahrungen der Planungsperiode 2017–2020 werden in die Erarbeitung der nächsten Versorgungsplanung ab dem Jahr 2018 einfließen.

3.2.10 Veränderungen gegenüber der Versorgungsplanung 2011–2014

Die Versorgungsplanung 2011–2014 hat sich in vielen Bereichen bewährt. Jedoch ergab sich – nicht zuletzt aufgrund der in der Zwischenzeit revidierten gesetzlichen Grundlagen – gegenüber dieser Planung auch ein Anpassungsbedarf. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Aspekte sich bewährt haben und welche weiterentwickelt wurden.

- **Hier hat sich die Versorgungsplanung 2011–2014 bewährt**
 - **Grundsätzlich:** Vieles hat sich bewährt und wird in der Versorgungsplanung 2016 fortgeführt.
 - **Themen und Schwerpunkte:** Die Versorgungsplanung 2011–2014 hatte folgende Schwerpunkte gesetzt: die integrierte Versorgung, die palliative Versorgung, die Post-Akut-Pflege, die geriatrische Versorgung, die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten sowie die ambulante Psychiatrieversorgung. Ausserdem wurde für die Rettungsdienste die Finanzierung anhand von Normkosten eingeführt und den Berner Betrieben wurde eine Ausbildungsverpflichtung für nicht universitäre Gesundheitsberufe auferlegt. Aufgrund ihrer Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung wurden diese Themen und Schwerpunkte auch in der Versorgungsplanung 2016 umfassend berücksichtigt.
 - **Planungsbereiche gemäss SpVG:** In den nicht von der KVG-Revision betroffenen Bereichen, namentlich dem Rettungswesen, den Gesundheitsberufen, der integrierten Versorgung und der nicht stationären Psychiatrieversorgung, ist der Kanton sowohl in der Ausgestaltung der Planung als auch in der Umsetzung nach wie vor frei. Diese Planungsbereiche tragen dazu bei, dass auch die Versorgungsplanung 2016, im Vergleich zu den Spitalplanungen anderer Kantone, umfassender und inhaltlich breiter aufgestellt ist.
 - **Leistungsorientierte Spitalplanung:** Die Planung der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen in Akutspitälern und Geburtshäusern erfolgt seit Inkrafttreten der KVG-Revision 2007 am 1. Januar 2012 in allen Kantonen leistungsorientiert.¹⁰ Für die Planung der Versorgung mit stationären rehabilitativen und psychiatrischen Behandlungen können die Kantone nach KVG zwischen einer leistungsorientierten und einer kapazitätsorientierten Planung (d.h. Bettenplanung) wählen.¹¹ Als einer der ersten Kantone plante der Kanton Bern seine Spitalleistung-

9 BAG = Bundesamt für Gesundheit, ANQ = Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.

10 Vgl. Art. 58c Bst. a KVV.

11 Vgl. Art. 58c Bst. b KVV.

gen bereits im Jahr 2007 leistungsbezogen. Das Vorgehen hat sich bereits in den Versorgungsplanungen 2007–2010 sowie 2011–2014 bewährt und wird mit der Versorgungsplanung 2016 fortgesetzt.

- **Hier wurde die Versorgungsplanung 2016 weiterentwickelt**

- **Grundsätzlich:** Die Versorgungsplanung 2016 ist die erste Berner Planung nach Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG-Revision). Die Spitalplanung ist daher der Teil der Versorgungsplanung 2016, der am umfassendsten weiterentwickelt wurde und dessen Umfang zugenommen hat.¹²
- **Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken (SPLG):** Die Spitalplanung erfolgt leistungsorientiert auf Basis der Spitalplanungsleistungsgruppensystematiken (SPLG) Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Alle drei SPLG-Systematiken wurden für die Versorgungsplanung 2016 weiterentwickelt. Sie enthalten generelle sowie leistungsgruppenspezifische Anforderungen bezüglich Struktur- und Prozessqualität und sind für alle Berner Listenspitäler verbindlich. Für die Rehabilitation und Psychiatrie gibt es in Zukunft zudem neue Leistungsgruppen. Zum Beispiel: Für Berner Listenspitäler wird es künftig eine neue Leistungsgruppe für die «internistische und onkologische Rehabilitation» geben. Hingegen wird die nicht fachspezifische Leistungsgruppe «andere organspezifische Rehabilitation» nicht weitergeführt. Für die Psychiatrie soll künftig zwischen Leistungen der Grundversorgung und elektiven Leistungen unterschieden werden.
- **Methodische Grundlagen für die Spitalplanung:** Den quantitativen Prognosen bis 2020 liegt die wissenschaftlich anerkannte Status-Quo-Methode zugrunde. Zusätzlich wurde erstmals bei über 40 schweizerischen medizinischen Fachgesellschaften eine umfassende Umfrage durchgeführt, um auch wichtige qualitative Entwicklungen (z. B. in der Epidemiologie, Medizintechnik oder zum Einfluss der Vergütungssysteme) berücksichtigen zu können. Weiter führte der Kanton erstmals eine Angebotserhebung bei allen Listenspitälern und weiteren interessierten Spitälern durch, um die Angebotsentwicklung der Leistungserbringer frühzeitig abschätzen zu können. Wichtige Kennzahlen wie Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer wurden zudem erstmals gesamtschweizerisch verglichen.
- **Rahmenvorgaben statt Mengenbeschränkung für die Spitallisten:** Die Versorgungsplanung 2016 gibt den Rahmen vor für die Vergabe der Leistungsaufträge. Diese werden pro Spitalstandort vergeben; auch die Berner Spitallisten werden in Zukunft standortbezogen veröffentlicht. Die medizinische und betriebswirtschaftliche Standortentwicklung der Spitalunternehmen bleibt damit gewährleistet. Anders als die Versorgungsplanung 2011–2014 sieht die Versorgungsplanung 2016 keine Beschränkung der vom Kanton mitfinanzierten Fälle (Mengensteuerung über die Spitallisten) für Listenspitäler mehr vor.

12 Zur Veranschaulichung: Aufgrund des grossen Umfangs besteht die Versorgungsplanung 2016 aus zwei separaten Dokumenten. Neben dem Bericht, enthält ein separates zweites Dokument sämtliche Angaben und Werte, auf deren Basis die kantonalen Spitallisten in Zukunft erstellt werden.

3.3 Termine, Vorgehensplan, Organisation, Zuständigkeiten

Grundsätzlich gilt immer diejenige Versorgungsplanung, die vom Regierungsrat als letztes verabschiedet wurde. Der Zeitpunkt der Verabschiedung ist also für die Geltung einer Versorgungsplanung entscheidend. Die beschlossene Versorgungsplanung erlangt somit mit der Verabschiedung sofort Gültigkeit und nicht erst im Folgejahr (vgl. auch Ziffer 3.1.3).

Im Anschluss an die Verabschiedung der Versorgungsplanung 2016 im Dezember 2016 bringt der Regierungsrat die Planung dem Grossen Rat in der Märzsession 2017 zur Kenntnis. Zusätzlich leitet die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Umsetzung der in der Vorlage enthaltenen Handlungsfelder ein. Tabelle 1 fasst die wichtigsten Termine und Zuständigkeiten der Versorgungsplanung 2016 zusammen.

Tabelle 1: Überblick Zuständigkeiten und Termine für die Genehmigung der Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG

Zuständigkeit	Termin
Genehmigung der Versorgungsplanung 2016 durch den Regierungsrat	14. Dezember 2016
Beratung der verabschiedeten Versorgungsplanung 2016 durch die Grossrätliche Gesundheits- und Sozialkommission	14. Februar 2017
Kenntnisnahme der verabschiedeten Versorgungsplanung 2016 durch den Grossen Rat (inkl. Planungserklärungen)	Märzsession 2017

Weiter erlässt der Regierungsrat im Anschluss an die Genehmigung der Planung und der Durchführung eines schriftlichen Bewerbungsverfahrens die auf der Planung basierenden Spitalisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (geplant: Sommer 2017). Die künftigen Spitalisten stützen sich auf das in der Vorlage dargestellte Auswahlverfahren und die Bedarfsprognosen der einzelnen Versorgungsbereiche.

4 Verhältnis zu den Richtlinien der Regierungspolitik und anderen wichtigen Planungen

4.1 Verhältnis der Vorlage zu den Richtlinien der Regierungspolitik

Die in der Versorgungsplanung vorgelegten Bestimmungen zu den allgemeinen Versorgungszielen, den Planungsgrundsätzen des Kantons und den in der Vorlage enthaltenen Handlungsfeldern stimmen mit den Richtlinien der Regierungspolitik vollkommen überein.

Im Ziel 4 «Gesundheit und soziale Sicherheit fördern» der Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018 werden die Ziele und Massnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung dargestellt.¹³ Danach sorgt der Kanton für eine gute und wirtschaftlich tragbare stationäre Versorgung für die Bevölkerung in allen Regionen. Die Versorgungsplanung 2016 wird unter den konkreten Geschäften und Erlassen im Richtlinienbericht explizit als ein kantonales Instrument

13 Staatskanzlei des Kantons Bern: Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018, Bern 29. Oktober 2014.

zur Gewährleistung eines flächendeckenden, qualitativ guten und wirtschaftlich tragbaren Gesundheitswesens erwähnt (vgl. Seite 17).

Die in der Versorgungsplanung vorgelegten Bestimmungen tragen – wie später in Ziffer 7.1 dargelegt – massgeblich zur Nachhaltigkeit der Entwicklung der stationären Versorgung im Kanton bei.

4.2 Verhältnis der Vorlage zum Aufgaben- und Finanzplan

Die in der Versorgungsplanung abgebildeten fünf Planungsbereiche entsprechen der Produktgruppe «Spitalversorgung» (Produkte Akutsomatik, Rehabilitation, praktische Aus- und Weiterbildung, Rettungswesen und Psychiatrie) gemäss Aufgaben- und Finanzplan. Die Versorgungsplanung enthält neben den Bedarfsprognosen auch zusätzliche Kostenprognosen in diesen Produkten bzw. dieser Produktgruppe (Datenbasis: 2014). Die jährlichen Eingaben für den Voranschlag und den Finanzplan werden unter Berücksichtigung der finanzpolitischen Chancen und Risiken mit den aktuellsten Informationen (Fallzahlen, Tarife) jeweils neu ermittelt und können deshalb von den in der Versorgungsplanung angegebenen Werten abweichen.

Aus Sicht der Versorgungsplanung sind drei Arten von Kosten, die jeweils unterschiedliche Rahmenbedingungen haben, zu unterscheiden:

- **Die Kosten zur Leistungserbringung gemäss KVG** (stationäre Leistungen Spitalversorgung).
 - Die in der Versorgungsplanung geschätzten Kosten zur Leistungserbringung gemäss KVG beinhalten Annahmen zur Fallzahlentwicklung sowie zur Entwicklung der Tarife. Die resultierenden Kostenprognosen pro Planungsbereich stellen allerdings nur die Richtgrössen für die Budgeteingabe nach der Produktgruppe dar. Es ist dabei festzuhalten, dass die Schätzung der leistungsbezogenen Kosten in der Versorgungsplanung gewisse Faktoren und Risiken nicht präzise erfassen kann. Zu denken ist hier an die ungewisse Tarifentwicklung im Hinblick auf den geplanten Systemwechsel in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie, mögliche nicht bedarfsgerechte Fallzahlerhöhungen aufgrund wechselnder Anreize (medizinischer Fortschritt, Verlagerung ambulant zu stationär). Dies kann zu Abweichungen von der Kostenschätzung führen.
 - Während der Regierungsrat über die Versorgungsplanung und die darin enthaltenen Kostenprognosen befindet, entscheidet der Grosse Rat über den Voranschlag und den Aufgaben- und Finanzplan. Die Steuerungsmöglichkeiten des Grossen Rates werden jedoch ab 2012 durch die neuen Finanzierungsmechanismen des KVG bedeutend eingeschränkt. Denn der Kanton verfügt seit 2012 im Bereich der Leistungsfinanzierung über keine finanzpolitischen Steuerungsinstrumente mehr: Tarife werden zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ausgehandelt, und alle medizinisch indizierten stationären Leistungen von Listenspitälern müssen vom Kanton mit einem Anteil von mindestens 55% mitfinanziert werden. Die Leistungsmengensteuerung erfolgt lediglich indirekt über die Spitallisten, orientiert sich jedoch nicht an finanzpolitischen Entscheiden, sondern an der Leistungs- bzw. Bedarfsentwicklung. Tarife und Spitalliste werden zwar vom Kanton genehmigt, festgelegt oder erlassen, sie unterstehen jedoch nationalem Recht und können ge-

mäss diesem gerichtlich angefochten werden. Folglich können seit 2012 die Ausgaben des Kantons im Bereich der Finanzierung von stationären Spitalleistungen nicht mehr durch kantonale Budgetbeschlüsse beeinflusst werden.

- **Die Kosten für die weiteren Finanzierungen gemäss SpVG** (unter anderem Aus- und Weiterbildungskosten nicht universitärer Gesundheitsberufe in den Spitälern, Rettungswesen sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen, unter anderem ambulante und tagesklinische Leistungen).
 - Die weiteren Finanzierungen gemäss SpVG umfassen eine Reihe von sehr unterschiedlichen Positionen: Hierzu gehören sowohl die Schätzungen der Kosten für die Aus- und Weiterbildung nicht universitärer Gesundheitsberufe als auch die Schätzungen der Kosten für das Rettungswesen sowie die Kosten für ambulante und tagesklinische Leistungen. Die Kosten für die ambulanten und tagesklinischen Leistungen in der Psychiatrie sollen prioritär über kostendeckende Tarife gedeckt werden. Trifft dies nicht zu, kann der Kanton zur Sicherung der Versorgung und als Gegensteuer bei Fehlanreizen versorgungsnotwendige Leistungen einkaufen. Die Abgeltungen der ambulanten Leistungen sowie der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung, des Rettungswesens, der Aus- und Weiterbildung nicht universitärer Gesundheitsberufe und die weiteren Zusatzleistungen sind über Leistungsverträge gesteuert, vergleichsweise gering.
- **Die Kosten für die Umsetzung der Versorgungsplanung**, beispielsweise im Zusammenhang mit der Erarbeitung, Evaluation und Umsetzung notwendiger medizinischen Versorgungskonzepte.
 - Die Kosten für die Umsetzung der Massnahmen der Versorgungsplanung sind derzeit nicht im Detail bezifferbar. Sie werden im Rahmen der Umsetzungsplanung eruiert.

Daraus folgt, dass die in der Versorgungsplanung angegebenen, geschätzten Kosten lediglich als Richtwerte für eine 4-Jahres-Periode aufgefasst werden können. Die jährlichen Eingaben für den Voranschlag und den Finanzplan werden mit den aktuellsten Informationen jeweils neu ermittelt und können daher von den in der Versorgungsplanung angegebenen Werten abweichen. Der Grosse Rat legt im Rahmen des Beschlusses über den Voranschlag und den Aufgaben- und Finanzplan zwar die finanziellen Mittel für die Produkte der Spitalversorgung fest, aufgrund der fehlenden Steuerungsmöglichkeit bei den stationären Leistungen kann er aber nur die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die Finanzierungen gemäss SpVG und der Massnahmenumsetzung effektiv beeinflussen.

Der Finanzplan 2017–2020 weicht in einem geringen Ausmass von den Daten der Versorgungsplanung ab. Die Abweichung beträgt rund 34 Mio. Franken bzw. weniger als 3 Prozent im Zieljahr 2020. Grund ist, dass aufgrund der Prozesse des kantonalen Finanzplans die Eingabe der Finanzplanungsdaten im März 2016 nur auf der Basis der provisorischen Bedarfsprognose getätigt werden konnte. Die definitive Bedarfsprognose der Versorgungsplanung wurde im Frühjahr 2016 erstellt und floss im Herbst 2016 entsprechend in die aktualisierte Kostenprognose ein.

4.3 Verhältnis der Vorlage zum Kantonalen Richtplan

Der Kantonale Richtplan 2030 befasst sich im Bereich der Strategien zur wirtschaftlichen Entwicklung (Kapitel C) mit der Spitalversorgung: «Während die Planung des künftigen Leistungsbedarfs für die Bevölkerung des Kantons Bern nicht auf raumplanerischen Strategien beruhen kann, sind diese bei der Konkretisierung der Versorgungsstrukturen (Dienstleistungsangebote oder Spitalinfrastrukturen bzw. -standorte) zu berücksichtigen.» Zielsetzung C72 des Kantonalen Richtplans besagt: «Bei der Bestimmung von Spitalstandorten bzw. -infrastrukturen sowie den Standorten übergeordneter Dienstleistungsangebote im Gesundheitswesen ist die Zentralitätsstruktur stufengerecht zu berücksichtigen».¹⁴

Die Versorgungsplanung 2016 steht im Einklang mit der stufengerecht zu berücksichtigenden Zentralitätsstruktur des Kantonalen Richtplans 2030. In der Akutsomatik verfolgt sie das allgemeine Ziel der dezentralen Konzentration der Grundversorgung und der Konzentration von spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen. Die Hauptstandorte der Versorgung liegen dabei in Zentren mit nationaler und kantonaler Bedeutung (Bern) und den regionalen Zentren von kantonaler und regionaler Bedeutung (Biel, Thun, Interlaken, Burgdorf, Langenthal). Das universitäre Inselspital befindet sich seiner Bedeutung entsprechend in Bern. Die in der Akutsomatik und Psychiatrie vorgenommene Dezentralisierung der Grundversorgung fördert Angebote in den einfach zugänglichen regionalen Zentren gemäss Richtplan. Dabei sind neue Angebote der Leistungserbringer auf ihre Erreichbarkeit zu überprüfen.

Zum Zweck der stufengerechten Berücksichtigung der Zentralitätsstruktur werden für die Versorgungsplanung 2016 die stationären Leistungen der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie explizit drei unterschiedlichen Versorgungsstufen zugeordnet (regional, überregional und kantonale). Der Kanton kann anhand dieser Versorgungsstufen die Versorgungssituation in allen Teilen des Kantons besser beobachten und beurteilen. Dieses abgestufte Versorgungsmodell für die leistungsorientierte Spitalplanung ordnet den einzelnen Angeboten aufgrund ihrer Häufigkeit und dem damit verbundenen Spezialisierungsgrad und den Vorhaltekosten eine angemessene Erreichbarkeit bzw. Lage zum Wohnort der Patientinnen und Patienten zu – das heisst stationäre Leistungen sind entweder einer wohnortnahen (d. h. regionalen) oder einer wohnortfernen (d. h. überregionalen bzw. kantonalen) Versorgungsstufe zugeordnet. Je allgemeiner eine stationäre Leistung ist und damit auch häufiger in Anspruch genommen wird, desto wohnortnäher kann sie in der Regel durch Spitäler erbracht werden. Je seltener eine stationäre Leistung erbracht wird, desto höher ist in der Regel der Spezialisierungsgrad. Bei spezialisierten Leistungen, aber auch bei Leistungen, deren Vorhaltekosten vergleichsweise hoch sind, kann und soll die Leistungserbringung nicht in jedem Fall wohnortnah erfolgen. Dies bedeutet also, dass die Erbringung gewisser Leistungen häufig sogar konzentriert werden muss, damit eine hohe Behandlungsqualität mit der notwendigen Wirtschaftlichkeit gewährleistet werden kann.

Die Konzentration gewisser Fachbereiche auf wenige Leistungserbringer stimmt auch mit dem im Kantonalen Richtplan formulierten Prinzip überein, dass die kantonalen Mittel dort eingesetzt werden sollten, wo sie die grösste Wirkung entfalten (vgl. 2. Abschnitt im Hauptziel C, Seite 8 Raumkonzept des Richtplans).

14 Kantonaler Richtplan, Stand 4. Mai 2016, Strategien Kapitel C, S. 15–16.

Wo die Wirksamkeit von allfälligen Umsetzungsmassnahmen hingegen unklar ist – wie beispielsweise bei den Optimierungspotenzialen im Rettungswesen – werden entsprechend dem Leitsatz C2 zuerst vertiefte Abklärungen im Rahmen der Umsetzung der in der Vorlage enthaltenen Handlungsfelder vorgenommen, damit im Anschluss daran die kantonalen Mittel in wirksame Umsetzungsmassnahmen fliessen können.

4.4 Verhältnis zu anderen Planungsberichten der GEF

Die Vorlage berücksichtigt das Verhältnis zu anderen Planungsberichten der GEF:

- **Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss SpVG:** Die Versorgungsplanung 2016 ist gemäss Artikel 7 Absatz 1 SpVG durch den Regierungsrat zu genehmigen und löst die am 2. Juli 2014 verlängerte, momentan gültige Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss SpVG ab.

Die Vorlage entstand zusätzlich in enger Abstimmung mit den kantonalen Stellen, die für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung zuständig sind. Darunter fallen beispielsweise Fragen der Langzeitpflege in Pflegeheimen und der Spitex:

- **Der Bericht zur Alterspolitik des Kantons Bern**¹⁵ aus dem Jahr 2016 thematisiert mehrere Bereiche der Gesundheitsversorgung für betagte Personen. Dabei werden auch wichtige Entwicklungen an den Schnittstellen mit der stationären Spitalversorgung ausgewiesen.
- **Der Bericht über das Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern**¹⁶ vom Frühling 2014 floss ebenfalls in die Versorgungsplanung ein. Das kantonale Fachkonzept zur palliativen Versorgung deckt Sektor übergreifende Versorgungsaspekte ab, zu denen unter anderem auch die stationäre Spitalversorgung gehört.

5 Auswirkungen auf Finanzen, Organisation, Personal, IT und Raum

5.1 Finanzielle, organisatorische und personelle Auswirkungen auf den Kanton

Innerhalb der Vorlage erhält die Spitalplanung und mit ihr die Spielregeln zur Erstellung der kantonalen Spitallisten gemäss dem revidiertem KVG einen erhöhten Stellenwert (vgl. hierzu Ziffer 3.1.1). So sind bei der Umsetzung in diesem Bereich der Vorlage unter anderem eine vertiefte Beurteilung von Eignung, Bedarf, Zugänglichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit so wie auch eine interkantonale Koordination der Spitalplanung vorzunehmen.

Für die Direktionsebene werden finanzielle Auswirkungen der Vorlage erwartet. Um die notwendigen Überprüfungen und Aktualisierungen im Rahmen des Monitorings und der Aufsicht der Leistungsaufträge durch den Kanton entsprechend periodisch und umfassend umsetzen zu können, sind zusätzliche Ressourcen notwendig (wie Finanzen, IT). Da sich die Anforderungen sowohl an die Konzeption als auch an die Organisation der Planung, Steuerung, Beaufsichtigung und Koordination der Spitalversorgung mit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung 2012 stark verändert haben, wird dieser Mittelbedarf im Gesamtkontext der KVG- und der SpVG-Revision mittelbar auch auf der Direktionsebene sichtbar.

15 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern: Alterspolitik im Kanton Bern 2016. Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat.

16 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern: Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern. Grundlagen, Strategien, Massnahmen.

Die finanziellen Auswirkungen der Vorlage für die Leistungsfinanzierung sind in Kapitel 19 der Vorlage und unter Ziffer 5.2 dieses Vortrags aufgeführt. Die finanziellen Auswirkungen der aus den Handlungsfeldern abzuleitenden allfälligen Umsetzungsmassnahmen sind erst im Rahmen der Umsetzungsplanung bezifferbar und können im Rahmen der Planung nicht im Detail beziffert werden (Planung ist nicht Umsetzung). Die Massnahmenfinanzierung wird ausschliesslich im Rahmen des bestehenden Budgets der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vorgenommen.

5.2 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Gemäss den gesetzlichen Vorgaben ist die Versorgungsplanung 2016 allein auf versorgungspolitische Überlegungen ausgerichtet. Sie darf gemäss KVG keine wirtschaftspolitischen Zielsetzungen verfolgen, welche der Optimierung der Versorgung entgegenlaufen. Diese Bestimmungen sollen verhindern, dass über die Gelder der obligatorischen Krankenversicherung wirtschaftspolitisch motivierte Stützmassnahmen finanziert werden.

Der Beschluss hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Volkswirtschaft. Weil die Spitalversorgung aber einen bedeutenden Anteil in der wirtschaftlichen Aktivität im Kanton Bern einnimmt, kann die Umsetzung der Versorgungsplanung im Einzelfall Auswirkungen auf die Volkswirtschaft des Kantons haben. Durch die Umsetzung der Vorlage sind sodann Spital- und Rettungsunternehmen – als Arbeitgeber – in allen Regionen des Kantons betroffen.

Die Versorgungsplanung 2016 prognostiziert einen wachsenden Bedarf und folglich keinen Abbau der stationären Spitalversorgung. Die heutige Wertschöpfung wird also nicht in Frage gestellt. Was die Planung jedoch vorsieht, ist die Verhinderung von Gelegenheitseingriffen sowie eine gezielte Ausrichtung der auf den Spitalisten zu sichernden Angebote am Bedarf der Kantonsbevölkerung. Auch der Gesundheitsstandort Bern wird durch die vorgesehene Umsetzung nicht geschwächt, denn die Versorgungsplanung 2016 prognostiziert einen wachsenden Bedarf bei Berner Patientinnen und Patienten. Viele Berner Spitäler profitieren seit 2012 zusätzlich von der Spitalwahlfreiheit. Die Versorgungsplanung zeigt eindrücklich, dass die Anzahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten, die sich in einem Berner Spital versorgen lassen in allen Bereichen konstant steigen. Allerdings sieht die Planung auch das Verhindern von ungehemmtem Wachstum und möglichen Mengenausweitungen vor. Vor allem setzt sich die Vorlage dafür ein, dass die Mittel und das Personal effizient eingesetzt werden und dass ein nachhaltiger Strukturwandel geschieht. Ziel ist, dass sich der stationäre Gesundheitssektor des Kantons noch stärker auf die bedarfsnotwendige Versorgung ausrichtet und so zukunftsfähig bleibt. Dies ist angesichts der hohen Dynamik des Gesundheitssektors die beste Strategie, um die Spitalversorgung als bedeutenden Wirtschaftszweig sowohl im Gesamtkanton wie auch in den Regionen zu stärken.

Durch die Versorgungsplanung gemäss SpVG ist ausserdem der Berufsschulstandort Bern betroffen. Dieser wird durch den in der Versorgungsplanung 2016 prognostizierten steigenden Bedarf an Ausbildungsleistungen in seiner Bedeutung zusätzlich gestärkt.

6 Auswirkungen auf die Gemeinden

Der Beschluss hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Gemeinden.

Bei festgestellten Lücken in der regional sicherzustellenden Grundversorgung sind auch die Gemeinden in die Lösungssuche einzubeziehen. Dies betrifft vor allem den Bereich der

Schnittstellen zwischen der stationären Versorgung einerseits – die in der alleinigen Verantwortung des Kantons liegt – und der Notfallversorgung und ambulanten Versorgung – die einen stärkeren lokalen Bezug aufweisen – andererseits. Dort wo die Gemeinden selbst in der Trägerschaft der Langzeitpflege aktiv sind, werden sie als solche eingebunden. Die Form eines solchen Dialogs bzw. Einbezugs ist noch offen und ist unabhängig von der Vorlage zu eruieren.

7 Auswirkungen auf Wirtschaft, Umwelt und Gesellschaft

7.1 Nachhaltigkeitsbeurteilung

Bei der Durchführung der Nachhaltigkeitsbeurteilung (NHB) nach kantonalen Vorgaben hat sich ergeben, dass die in der Vorlage vorgesehenen Handlungsfelder die nachhaltige Entwicklung des Kantons Bern fördern (vgl. auch Ziffer 5.2). Sowohl beim Gesamtergebnis der NHB wie auch in den Teilbereichen Wirtschaft und Gesellschaft sind positive Ergebnisse zu verzeichnen. Der Bereich Umwelt wird neutral bewertet.

Bezüglich der Nachhaltigkeit der Versorgungsplanung 2016 sind mehrere Entwicklungen von Bedeutung:

- **Wirtschaft:** Als positive Wirkungen auf die Wirtschaft sind zu nennen, dass die Versorgungsplanung zur Eindämmung eines ungehemmten Kostenanstiegs der Gesundheitsversorgung und damit der Prämien- und Steuerbelastung der Bevölkerung beiträgt. Zur Stärkung der Effizienz sollen mit Kriterien zur Beurteilung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit die Unterschiede zwischen den Leistungserbringern transparent gemacht werden. Mit der Vergabe von bedarfsnotwenigen Leistungsaufträgen an versorgungsrelevante Spitäler sollen Überkapazitäten vermieden und abgebaut werden.
- **Berufsbildung:** Die Handlungsfelder in der Berufsbildung wirken sich positiv auf die Qualifikation der Arbeitnehmenden und das Weiterbildungsangebot im Kanton aus.
- **Gesellschaft:** Aus den vorgesehenen Verbesserungen der stationären Gesundheitsversorgung sind positive gesellschaftliche Auswirkungen zu erwarten – wie etwa durch die wohnortnahe psychiatrische Grundversorgung, die kantonalen Aktivitäten zur Qualitätssicherung für Spitäler und Kliniken, die integrierte Versorgung sowie die Optimierung der Ambulanzstandorte und die stärkere Zusammenarbeit unter den Rettungsdiensten. Zusätzlich werden positive gesellschaftliche Auswirkungen auch dadurch erwartet, dass mehr Ausbildungsplätze im Gesundheitswesen geschaffen werden.

7.2 Auswirkungen auf gesellschaftliche Gruppen

Die Versorgungsplanung muss auch nach ihren Auswirkungen auf die französischsprachige Minderheit des Kantons und nach ihrer regionalen Ausgeglichenheit beurteilt werden:

- **Zweisprachigkeit:** Für eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten ist die sprachliche Verständigung ausserordentlich wichtig. Der Zugang der französischsprachigen Minderheit zu Leistungserbringern mit französischsprachigem Personal ist deshalb ein wichtiger Aspekt der Versorgungsplanung. Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen auf der Spitalliste wird die Gewährleistung der französischsprachigen Behandlung berücksichtigt, bei der Alarmierung und Einsatzführung im Rettungswesen wird die Zweisprachigkeit als Bedingung für Leistungsverträge formuliert und in der Berufs-

bildung wird die unterschiedliche Bildungssystematik der Sprachregionen bei der Umsetzung der Vorlage beachtet.

- **Periphere Versorgung:** Die Versorgungsplanung unterscheidet zwischen der Grundversorgung und spezialisierten Angeboten. Mit den Bestimmungen zu den allgemeinen Versorgungszielen stellt die Vorlage die stationäre Grundversorgung in allen Regionen des Kantons sicher (vgl. hierzu auch Ziffer 4.3).

8 Ergebnis der Konsultation

8.1 Gesamteindruck

Die GEF führte vom 20. Juni bis am 31. August 2016 ein öffentliches Konsultationsverfahren durch. Insgesamt wurden 197 Teilnehmerinnen und -teilnehmer angeschrieben. Davon nahmen 107 Stellung. Damit hat mehr als die Hälfte aller zur Konsultation eingeladenen Institutionen eine Stellungnahme verfasst. Insgesamt wurde die Versorgungsplanung 2016 positiv aufgenommen.

Tabelle 2 gibt einen Überblick zu den eingegangenen Stellungnahmen nach Adressatengruppen.

Tabelle 2: Überblick zu den eingegangenen Stellungnahmen nach Adressatengruppen

Adressatengruppe	Anzahl eingeladenener Konsultationsteilnehmerinnen und -teilnehmer	Anzahl Stellungnahmen	Rücklaufquote in Prozent
Gemeinde- und Verwaltungskreisebene	2	2	100%
Kantonebene (innerkantonal)	2	2	100%
Kommissionen des Gesundheitswesens (innerkantonal)	4	3	75%
Organisationen des Gesundheitswesens (innerkantonal)	6	3	50%
Kantonebene (ausserkantonal)	26	18	69%
Bundesebene	2	1	50%
Politische Parteien	10	7	70%
Institutionen der Spitalversorgung	55	30	55%
Verbände, Interessensvertretungen	42	32	76%
Medizinische Fachgesellschaften	48	9	19%
Total	197	107	54%

Dabei gibt es viele positive Rückmeldungen:

- **Den Umfang, die Fundiertheit und die Verständlichkeit des Berichts:** Die Versorgungsplanung wurde von der Mehrheit der Stellungnehmenden als umfassend, fundiert und verständlich gewürdigt.

- **Die konkreten Versorgungsschwerpunkte:** Die in der Planung verorteten konkreten Versorgungsschwerpunkte – etwa die palliative und die geriatrische Versorgung oder die Versorgung von Kindern und Jugendlichen – wurden von vielen Leistungserbringern, Verbänden und Interessengruppen ausdrücklich begrüsst.
- **Der Fokus auf die Spitalversorgung:** Die detaillierte Betrachtung der Spitalversorgung innerhalb der gesamten Gesundheitsversorgung des Kantons wurde von den Stellungnehmenden als nachvollziehbar anerkannt.
- **Den Steuerungswillen des Kantons:** Viele Stellungnahmen von Kantonen, politischen Parteien, Verbänden und Interessengruppen stützten den Steuerungswillen des Kantons im Bereich der Spitalplanung – beispielsweise durch die konkreten Planungsgrundsätze des Kantons – oder forderten sogar eine noch weiter gehende Steuerung. Des Weiteren erkennen viele Leistungserbringer den Steuerungswillen des Kantons grundsätzlich an.
- **Die Aktivitäten zur kantonalen Qualitätssicherung:** Die geplanten Aktivitäten zur kantonalen Qualitätssicherung für die Spitäler und Kliniken in den Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wurde seitens der Leistungserbringer, der Verbände und Interessengruppen begrüsst.
- **Das Kapitel nicht universitäre Gesundheitsberufe:** Das Kapitel nicht universitäre Gesundheitsberufe wurde von den Stellungnehmenden aller Adressatengruppen breit unterstützt.
- **Die detaillierten Auswertungen:** Die detaillierten Auswertungen wurden von allen Adressatengruppen begrüsst. Das transparente methodische Vorgehen wurde von den Stellungnehmenden zudem als fundiert anerkannt.

Die häufigsten kritischen Rückmeldungen betreffen:

- **Die Aktualität der Daten (Basis 2010–2013):** Diverse Leistungserbringer forderten ein Abstützen auf aktuellere Daten.
- **Die standortbezogene Erteilung von Leistungsaufträgen:** Obwohl es sich um keine materielle Neuerung gegenüber dem bisherigen Vorgehen handelt, wird die standortbezogene Erteilung von Leistungsaufträgen von einigen Leistungserbringern abgelehnt. Demgegenüber wird das Vorgehen von anderen Leistungserbringern jedoch als plausibel und nachvollziehbar anerkannt. Im Rahmen der Kritik wurde ein verstärktes Abstellen auf die Eigenverantwortung der Betriebe eingefordert – und grundsätzlich gegen eine kantonale Steuerung argumentiert.
- **Die Optimierungspotenziale im Rettungswesen:** Fundamentale Kritik wurde seitens diverser Rettungsdienste an den vorgeschlagenen Optimierungspotenzialen im Rettungswesen geübt. Diese würden auf einer ungenügenden Datengrundlage basieren und sollten mit einer neuen Datengrundlage nochmals überarbeitet werden.
- **Die Konkretheit der Handlungsfelder:** Diverse Verbände und Interessenvertretungen führten an, es sei zu wenig konkret ausgeführt, welche Umsetzungsmassnahmen seitens des Kantons ergriffen werden sollen.

Zusätzlich gab es verschiedene Rückmeldungen zum Planungsperimeter:

- **Kein umfassender Gesundheitsversorgungsbericht:** Zahlreiche Verbände und Interessenvertretungen forderten von der Versorgungsplanung Aussagen zu Themenbereichen, die nicht Gegenstand der gesetzlichen Grundlagen von KVG und SpVG sind. Dazu gehörten insbesondere eine umfassende Ämter sowie Sektor übergreifende Gesundheitsstrategie, aber auch ein daraus resultierender potenzieller Gesundheitsversorgungsbericht.
- **Wünsche nach Leistungsaufträgen für die künftigen kantonalen Spitallisten:** Einige Leistungserbringer und wenige Kantone formulierten zudem bereits konkrete Wünsche nach Leistungsaufträgen für die künftigen Spitallisten im Kanton Bern.

8.2 Kritik nach Versorgungsbereichen

8.2.1 Akutsomatik

8.2.1.1 Dezentrale Konzentration der Grundversorgung, Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen

Im Bereich der Akutsomatik betrafen die meisten Bemerkungen die Umsetzung des allgemeinen Versorgungsziels («In der Akutsomatik ist die Versorgung durch die dezentrale Konzentration der Grundversorgung und die Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Versorgung unter Einbezug der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin sichergestellt.»). Insbesondere äusserten sich einige Leistungserbringer dahingehend, dass das Ziel noch zu wenig konkret formuliert sei. Als Leistungserbringer könne man nicht abschätzen, bei welchen Leistungserbringern der Kanton künftig spezialisierte Leistungen konzentrieren möchte. Wenige Leistungserbringer merkten zusätzlich an, dass das Ziel nicht dazu benutzt werden dürfe, um gezielte Verlagerungen von heute bestehenden Leistungsaufträgen bei Leistungserbringern vorzunehmen.

Die Leistungserbringer lassen dabei jedoch ausser Betracht, dass das allgemeine Versorgungsziel Akutsomatik nicht neu ist und aus der Versorgungsplanung 2011–2014 übernommen wurde. Es enthält somit keine materielle Neuerung. Sowohl der kantonale Richtplan 2030 als auch die Rechtsprechung des Bundes unterstreichen die stufengerechte Zentralisierung für stationäre Leistungen. Das Ziel der dezentralen Konzentration der Grundversorgung und der Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen setzt diese übergeordneten Grundsätze um. Es stellt die stationäre Grundversorgung in allen Teilen des Kantons sicher – unter anderem mit der Definition der versorgungsnotwenigen Standorte gemäss Artikel 11d SpVV. Aus diesem Grund entspricht das Versorgungsziel explizit den Planungskriterien Bedarf und Erreichbarkeit von Artikel 58b KVV. Des Weiteren wird in den nachfolgenden Kapiteln der Vorlage sowohl im abgestuften Versorgungsmodell als auch in den Planungsgrundsätzen des Kantons präzisiert, welche spezialisierten und hochspezialisierten Leistungsbereiche künftig konzentriert werden sollen. Das allgemeine Versorgungsziel Akutsomatik wurde seit 2011 nicht materiell geändert, es wird daher beibehalten.

Durch weitere Bemerkungen der Leistungserbringer konnte hingegen die Zuordnung der zu konzentrierenden Leistungsbereiche zu den drei Versorgungsstufen (regional, überregional, kantonal) angepasst und sogar ergänzt werden. Aufgrund der Hinweise der Leistungserbringer werden etwa die Orthopädie der regionalen Versorgungsstufe und die Kinderbasischirurgie sowie die Dermatologie der überregionalen Versorgungsstufe zugeordnet.

8.2.1.2 Mindestfallzahlen

Die Bestimmungen zu den Mindestfallzahlen erachten manche Leistungserbringer als zu wenig evidenzbasiert. Andere Leistungserbringer und viele politische Parteien erachten die heutigen Mindestfallzahlen hingegen als zu tief oder möchten, dass diese pro Operateur zu zählen sind.

Es muss jedoch beachtet werden, dass für eine Zählung der Mindestfallzahlen pro Operateur erst noch die notwendigen Datengrundlagen geschaffen werden müssen, um den Operateur zu identifizieren. Diese Datengrundlage besteht mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, die nur eine beschränkte Auswahl von Variablen beinhaltet, heute noch nicht.

Aufgrund der Bemerkungen der Stellungnehmenden setzt sich die GEF in Zukunft jedoch für eine Weiterentwicklung der Bestimmungen zu den Mindestfallzahlen auf nationaler Ebene ein. Des Weiteren beachtet sie das Anliegen der Stellungnehmenden im Rahmen der künftigen Ausgestaltung der bestehenden Datenlieferungspflicht seitens der Leistungserbringer an die GEF (vgl. Artikel 127 SpVG).

8.2.2 Rehabilitation

8.2.2.1 Frührehabilitation

In der Rehabilitation wurde die Harmonisierung der Leistungsgruppensystematik (SPLG-Systematik) mit den einschlägigen Systematiken anderer Kantone ausdrücklich begrüsst. Dabei wurde die fehlende Leistungsgruppe Frührehabilitation von einigen Stellungnehmenden jedoch als kritisch beurteilt. Sie vermuteten eine künftige Unterversorgung bei frührehabilitativen Patientinnen und Patienten im Kanton Bern.

Die Stellungnehmenden lassen aber ausser Acht, dass es eine Anforderung an die SPLG-Systematiken ist, dass die Fälle eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden können. Dabei stützt sich die GEF auf die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, die nur eine beschränkte Auswahl von Variablen beinhaltet. Im Bereich der Frührehabilitation ist eine Zuordnung der Patientinnen und Patienten heute noch nicht abschliessend möglich. Von einer Unterversorgung kann nicht die Rede sein, da die betroffenen Patientinnen und Patienten in den sieben fachspezifischen Leistungsgruppen der Rehabilitation – wie etwa der neurologischen Rehabilitation – angemessen behandelt werden.

Die GEF sieht jedoch ebenfalls einen gewissen Handlungsbedarf im Bereich der Frührehabilitation. Aus diesem Grund enthält die Vorlage bereits ein entsprechendes Handlungsfeld. Des Weiteren beachtet die GEF die Stellungnahmen bei der Weiterentwicklung der SPLG-Systematik Rehabilitation.

8.2.2.2 Berner Klinik Montana

Mit Blick auf die Sonderstellung der Berner Klinik Montana, die sich im Kanton Wallis befindet, monierte die Berner Klinik Montana, dass sie in den Tabellen und Aufzählungen der Versorgungsplanung in die ausserkantonalen Spitäler eingereiht wurde. Dies würde der Sonderstellung der Klinik nicht gerecht. Die Klinik beantragte, der in der Planung eingefügte Hinweis («Die Berner Klinik Montana gehört aufgrund ihres Standorts im Kantonsgebiet des Kantons Wallis in der Versorgungsplanung 2016 zu den ausserkantonalen Spitälern.») solle ersatzlos gestrichen werden.

Der Kanton Wallis anerkennt hingegen, dass sich die Berner Klinik Montana im Kanton Wallis befindet. Die Klinik würde Berner wie auch Walliser Patienten behandeln. Der Kanton möchte im Rahmen der interkantonalen Koordination, wie von der GEF vorgesehen, in den künftigen Spitallistenprozess einbezogen werden. Weiter unterstützt er die künftige Aufnahme der Berner Klinik Montana auf die Berner Spitalliste Rehabilitation.

Die Berner Klinik Montana befindet sich im Kanton Wallis. Aufgrund dessen wird auch der in der Vorlage enthaltene Hinweis belassen. Die GEF wird die Leistungen der Berner Klinik Montana auf den Berner Spitallisten jedoch sichern, insofern diese für die Berner Bevölkerung versorgungsrelevant sind. Dieses Vorgehen wird die GEF im Rahmen der interkantonalen Koordination zudem mit dem betroffenen Standortkanton – dem Kanton Wallis – abstimmen.

8.2.3 Psychiatrie

8.2.3.1 Regionenmodell für die ambulante und die stationäre Versorgung

Im Bereich der stationären Psychiatrie wurden die Ausführungen zum Regionenmodell mit vier Versorgungsräumen für die stationäre Versorgung kritisiert. Aus Sicht der Leistungserbringer wurde die Befürchtung formuliert, dass aufgrund des Regionenmodells allenfalls in einzelnen Versorgungsregionen neue und zusätzliche stationäre Leistungsangebote mit hohen Kosten aufgebaut werden müssten, während auf bereits bestehende und funktionierende Strukturen verzichtet werden würde. Eine regionale Planung des stationären Behandlungsangebots widerspräche aus Sicht einiger Leistungserbringer zudem der freien Spitalwahl, respektive auch dem vielfach geäußerten Wunsch und Anliegen der Patienten, sich im stationären Bereich – gerade im Fachgebiet Psychiatrie – nicht wohnortsnah, sondern geografisch weiter entfernt behandeln zu lassen.

Die Leistungserbringer lassen dabei ausser Betracht, dass Versorgungsräume rein bevölkerungsbezogene Planungsregionen darstellen. Sie helfen, den Bedarf der dort lebenden Bevölkerung räumlich abzubilden. Der pro Versorgungsraum ermittelte Bedarf der Bevölkerung wird später mit dem räumlichen Versorgungsgeschehen verglichen – also der Inanspruchnahme, der Angebote sowie der Patientenströme. Die Versorgungsräume stellen aus diesem Grund explizit keine Strukturplanung der räumlich vorzuhaltenden Leistungsangebote dar. Lediglich für die als versorgungsnotwendig klassifizierten Leistungsangebote der stationären Grundversorgung gilt gestützt auf Artikel 11d SpVV eine gesetzliche Vorgabe zur räumlichen Erreichbarkeit gewisser Angebote (das heisst, 80 Prozent der Bevölkerung sollten mit dem Individualverkehr innert 30 Minuten ein Spital der Grundversorgung erreichen können). Aus diesem Grund sollte die Grundversorgung in jedem der vier Versorgungsräume vorgehalten werden. Spezialisierte Leistungen können in jedem Versorgungsraum angeboten werden, aber müssen nicht zwingend in jedem Versorgungsraum vorgehalten werden. Es ist aber durchaus möglich, dass dennoch in mehreren Versorgungsräumen ein entsprechendes Angebot vorgehalten wird. Die operative Ausgestaltung des Angebots liegt bei den Betrieben. Die vom Bundesgesetzgeber eingeführte Spitalwahlfreiheit bezieht sich auf ausserkantonale Spitalaufenthalte. Sie meint hingegen explizit nicht, dass jeder einzelne Spitalstandort das gesamte Leistungsangebot vorhalten muss. Diese missverständliche Auslegung der Spitalwahlfreiheit durch einen Teil der Leistungserbringer widerspräche hingegen dem bundesrechtlichen Leitgedanken, eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Versorgung sicherzustellen und die dafür erforderlichen öffentlichen Gelder wirksam und wirtschaftlich einzusetzen.

Die GEF sieht hier ein mögliches Missverständnis. Aufgrund der Bemerkungen der Leistungserbringer wurde die Begründung des Regionenmodells nochmals klarer formuliert, damit sie verständlicher ist.

8.2.3.2 Bedarfsprognose 2020

Mehrere Leistungserbringer forderten, dass die Prognose im Bereich der Psychiatrie angepasst werden müsste, da die aktuellsten Entwicklungstendenzen nicht berücksichtigt würden. Die Leistungserbringer monierten insbesondere, dass sie im Bereich der stationären Erwachsenenpsychiatrie nicht von einer Stagnation der Fallzahlen ausgehen, sondern ein kontinuierliches Wachstum erwarten.

Die Leistungserbringer lassen jedoch ausser Betracht, dass die Datengrundlage für die Erstellung der Vorlage die aktuellsten verfügbaren gesamtschweizerischen Daten der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik (BfS) sein mussten, da nur diese die aktuellsten vollständigen Daten darstellten, welche auch ausserkantonale Spitalaufenthalte von Berner Patientinnen und Patienten berücksichtigten. Die ausserkantonalen Spitalaufenthalte sind insbesondere für die Gesamtbedarfsermittlung und damit auch für eine verlässliche Prognose massgeblich, während sie für die Evaluation der Angebote der Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahrens einen eher indikativen Charakter besitzen. Bei der Erstellung der Spitalisten werden die aktuellsten Zahlen der Betriebe mit berücksichtigt werden müssen.

Die GEF weist in der Vorlage bereits explizit darauf hin, dass die Datengrundlage die zum Zeitpunkt der Erstellung aktuellsten verfügbaren gesamtschweizerischen Daten der Medizinischen Statistik des BfS sein muss, also die Jahre 2010–2013. Die bevölkerungsbezogenen Prognosen können aktualisiert werden, sobald die neuen, Schweiz weiten Daten vorliegen und das künftig geplante jährliche Monitoring konkrete Hinweise für eine Aktualisierung der Bedarfsprognose gibt. Schliesslich wird die Spitalliste aufgrund der aktuellsten Inanspruchnahme-Zahlen – also der Jahre 2015 und 2016 – erstellt werden. Mit diesem Vorgehen berücksichtigt die GEF im Rahmen der Umsetzung der Vorlage ausdrücklich die aktuellsten Entwicklungen in den einzelnen Betrieben und entspricht damit dem Anliegen der Leistungserbringer.

8.2.4 Rettungswesen

8.2.4.1 Datenqualität

Im Rettungswesen betrafen verschiedene Bemerkungen die Datenqualität der für die Auswertungen genutzten Datengrundlage. Es wurde dabei die Auffassung vertreten, dass die Datengrundlage fehlerhaft sei und nicht gemeinsam mit den Leistungserbringern validiert wurde.

Dabei wird aber ausser Acht gelassen, dass die Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Datenlieferungspflicht (vgl. Artikel 127 SpVG) allein für die Datenqualität verantwortlich sind. Zudem weisen einige Bemerkungen der Leistungserbringer darauf hin, dass es zwischen den Rettungsdiensten keine einheitlichen Definitionen für die in den Datensätzen enthaltenen Variablen – wie etwa eine einheitliche Definition der Einsatzkategorien – gibt.

Die GEF sieht hier ebenfalls einen gewissen Handlungsbedarf. Aufgrund der Hinweise zur ungenügenden Datenqualität sollte die Datengrundlage durch die Leistungserbringer verbessert werden. Insbesondere die Standardisierung der Daten sollte inskünftig partnerschaftlich vorangetrieben werden.

8.2.4.2 Optimierungspotenziale

Viele Leistungserbringer kritisierten die in der Vorlage vorgeschlagenen Optimierungspotenziale. Gemäss Vorgaben des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) beziehe sich die Berechnung der Hilfsfrist 90/15 nur auf Primäreinsätze mit vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (P1). Aus diesem Grund sollte auch die Erfassung der Einsatzkategorien bei allen Rettungsdiensten gleich sein, was heute noch nicht der Fall ist (vgl. auch Ziffer 8.2.4.1). Wegen der uneinheitlichen Definition der obigen Kriterien innerhalb der bernischen Rettungsdienste, seien die Auswertungen zur Hilfsfrist ungenau und lieferten auch für die abgeleiteten Optimierungspotenziale (Verbesserung der Ausrückzeiten, Verbesserung der Dispositionsstrategie, Prüfung potenzieller Standortverschiebungen und Verbesserung der Datengrundlage) falsche Resultate. Trotz dieser fundamentalen Kritik, erachten es die meisten Rettungsdienste als erstrebenswert, die Ausrückzeiten sowie die Hilfsfristen weiter zu verbessern und die 90/15-Empfehlung des IVR anzustreben.

Die Leistungserbringer lassen bei ihrer Kritik jedoch das eigentliche Anliegen der Vorlage ausser Betracht. In der Vorlage geht es darum aufzuzeigen, ob und wo allfällige Optimierungspotenziale bestehen. Diese konnten eindrücklich aufgezeigt werden. Für die Wahl der Standorte in der Realität muss natürlich mit den Rettungsdiensten zusammengearbeitet werden, so dass bei der Standortwahl realisierbare Lösungen gefunden werden und das vorhandene Expertenwissen in den einzelnen Rettungsdiensten miteinfließen kann. Nicht korrekt sind hingegen Hinweise der Rettungsdienste, dass etwa die für andere Rettungsdienste gefahrenen Einsätze in den Auswertungen nicht beachtet werden müssten. Aus der Sicht einer bevölkerungsbezogenen Planung sollten sowohl die Standortwahl als auch die Disposition der Einsatzmittel über das gesamte Kantonsgebiet erfolgen. Dieses Umdenken bei der Disposition der Einsatzmittel ist aus Sicht der GEF künftig vonnöten, wenn eine flächendeckende Verbesserung der Hilfsfrist-Erreichung erreicht werden soll. Die Auswertungen der Vorlage lassen vermuten, dass die heutige Disposition an den Rändern der verschiedenen bestehenden Notrufzentralen heute noch nicht optimal ist.

Aufgrund der Hinweise der Rettungsdienste werden die Optimierungspotenziale im Rahmen der Umsetzung der Vorlage gemeinsam mit den Leistungserbringern detailliert geprüft. Des Weiteren macht die GEF den explorativen Charakter der Auswertung der Optimierungspotenziale im Rahmen der Vorlage sichtbarer, damit das Anliegen verständlicher ist.

8.2.5 Nicht universitäre Gesundheitsberufe

8.2.5.1 Ausbildungsverpflichtung

Grossmehrheitlich wird dem Kapitel nicht universitäre Gesundheitsberufe zugestimmt. Insbesondere wird die Ausbildungsverpflichtung von allen Adressatenkreisen ausdrücklich unterstützt und positiv hervorgehoben. Es wird begrüsst, dass der Kanton sich aktiv für die Sicherung des beruflichen Nachwuchses einsetzt und hier bereits eine nationale Vorreiterrolle eingenommen hat.

8.2.5.2 Förderung von Wiedereinsteigerinnen

Diverse Rückmeldungen formulieren weitere Anliegen zur Umsetzung der Vorlage. Diese betreffen etwa die Förderung von Wiedereinsteigerinnen und Spätberufenen, die Höhe der Ausbildungsentschädigungen oder Massnahmen im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung.

Die GEF beachtet diese Anliegen im Rahmen der Umsetzung der Vorlage. Des Weiteren prüft sie insbesondere die Notwendigkeit eines entsprechenden Handlungsfelds im Rahmen der Gesamtaktualisierung der nächsten Versorgungsplanung. Schliesslich sieht erst die nächste Planung eine neue Bedarfsermittlung vor, die über das Jahr 2020 hinausgeht.

8.3 Weitere Anregungen für die Umsetzung

8.3.1 Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken

Viele Leistungserbringer führen an, dass sie es für sehr sinnvoll halten, die Spitalplanung und die Vergabe von Leistungsaufträgen anhand einer eindeutigen, transparenten und für die Leistungserbringer reproduzierbaren SPLG-Systematik vorzunehmen. Gleichzeitig sehen sie aber auch verschiedene Herausforderungen in der Art und Weise, wie die SPLG-Systematiken aktuell zu diesem Zweck eingesetzt werden. Die Leistungserbringer sehen insbesondere einen gewissen Konflikt in dem Anspruch einer gesamtschweizerischen Harmonisierung und Weiterentwicklung der Systematiken und potenziell vorzunehmender kantonsindividueller Anpassungen in einzelnen SPLG-Systematiken. Aufgrund der Auswirkungen, die durch die Zuteilung oder den Entzug eines Leistungsauftrages für einen Leistungserbringer wie auch durch die periodischen Anpassungen der Systematiken aufgrund neuer Erkenntnisse entstehen, wird seitens vieler Leistungserbringer insbesondere für den künftigen Prozess der Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken ein gewisser Anpassungsbedarf gesehen.

Die GEF nimmt das Anliegen zur Kenntnis und beachtet es im Rahmen der Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken. Die Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Leistungserbringer und der GEF, soll z.B. problematische Anforderungen in den aktuellen SPLG-Systematiken identifizieren. Zudem engagiert sich die GEF diesbezüglich national bzw. im Rahmen der interkantonalen Koordination und Harmonisierung der SPLG-Systematiken. So sollen Spitäler etwa periodisch konkrete Anträge zur Anpassung der Systematiken stellen können.

8.3.2 Monitoring und transparente Publikation wichtiger Kennzahlen

Ein standortspezifisches Public Reporting entspricht nach Auffassung der meisten Stellungnehmenden den berechtigten Forderungen der Bevölkerung nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Es sei aber darauf zu achten, dass dies mit geringem Aufwand und einer klaren Nutzungsorientierung erfolgt.

Damit die Bevölkerung bestmöglich von einer transparenten Publikation wichtiger Kennzahlen profitieren kann, nimmt die GEF insbesondere die allgemeinverständliche Aufbereitung der zu publizierenden Kennzahlen an die Hand.

8.3.3 Versorgungsplanung 2020

Die Mehrheit der Stellungnehmenden ist der Meinung, dass der Bericht Versorgungsplanung 2016 eine umfassende Auslegeordnung darstellt und eine wertvolle Grundlage der Spitalplanung im Kanton Bern bildet. Sie wünschen sich jedoch, dass sie für die zukünftigen Planungen noch früher miteinbezogen werden könnten.

Für die Erarbeitung der Versorgungsplanung 2016 stellte die GEF ein transparentes Vorgehen sicher. Dazu gehörte z.B. auch die breite und öffentliche Konsultation der Vorlage. Die GEF nimmt aber den Wunsch der Stellungnehmenden zur Kenntnis und beachtet das Anliegen sowohl bei der Umsetzung der Vorlage als auch bei der Erstellung der künftigen Versorgungsplanungen.

8.4 Die wichtigsten Änderungen aufgrund des Konsultationsverfahrens

8.4.1 Keine grundlegende Überarbeitung

Eine grundsätzliche Überarbeitung der Planung war nicht notwendig.

8.4.2 Zweisprachigkeit sichtbarer gemacht

Aufgrund der bedeutenden Missverständnisse aus dem französischsprachigen Kantonsteil wurde die Berücksichtigung beider Amtssprachen in der Planung sichtbarer gemacht.

8.4.3 Viele kleinere Änderungsvorschläge

Zusätzlich wurden viele kleinere Änderungsvorschläge als sinnvoll angesehen und im Bericht umgesetzt (vgl. etwa Ziffer 8.2.1.1) oder offensichtlich missverständliche Aussagen klarer formuliert (vgl. etwa Ziffer 8.2.3.1).

8.5 Weiteres Vorgehen

Die GEF hat die zahlreichen eingegangenen Stellungnahmen eingehend geprüft und wird diese in das weitere Vorgehen einbeziehen. Den verschiedenen Anregungen und Bemerkungen der Stellungnehmenden wurde dabei in der vorliegenden Vorlage bereits Rechnung getragen. Darüber hinaus verortet die GEF einen zusätzlichen Einbezug der Stellungnahmen bei der Umsetzung der Vorlage.

9 Antrag

Wir beantragen, dem beigelegten Entwurf des Regierungsratsbeschlusses zuzustimmen.

Beilage:

- Regierungsratsbeschluss (Entwurf)