



**Versorgungsplanung 2016
gemäss Spitalversorgungsgesetz**

Teile A – D: Bericht

**Akutsomatik
Rehabilitation
Psychiatrie
Rettungswesen
Gesundheitsberufe**

Bern | 14. Dezember 2016



Vorwort



Welche spitalgebundenen Leistungen braucht die Bevölkerung des Kantons Bern in den kommenden Jahren? Die *Versorgungsplanung 2016* versucht, diese Frage möglichst präzise zu beantworten.

Unser Kanton verfügt heute in allen Regionen über ausreichende, qualitativ hochstehende, wirtschaftlich tragbare und gut zugängliche stationäre Versorgungsangebote. Wir wären aber schlecht beraten, uns auf diesem Angebot auszuruhen, ohne Wünschenswertes zu verbessern und Notwendiges anzupassen.

Die Berner Bevölkerung wird immer älter, was unweigerlich zu einer steigenden Nachfrage nach entsprechenden Leistungen führt. Die palliative Versorgung gewinnt an Bedeutung und wird ausgebaut. Dabei müssen wir sicherstellen, dass diese Entwicklung nicht nachlässt und die entsprechenden Bedarfe zufriedenstellend gedeckt werden können. Die Psychiatrieversorgung braucht die engere Zusammenarbeit mit den somatischen Einrichtungen, die Stärkung der ambulanten Leistungserbringung sowie die wohnortnäheren Angebote in Reichweite des Lebensmittelpunkts der Patientinnen und Patienten.

Diese drei Beispiele zeigen, dass das stationäre Versorgungsangebot stetig überprüft und angepasst werden muss. Dies ist umso wichtiger, weil die steigenden Gesundheitskosten Steuerungsmaßnahmen erfordern, die garantieren, dass das System wirtschaftlich tragbar bleibt, ohne dass der Grundsatz der hochstehenden Versorgungsqualität vernachlässigt wird.

Der rasante technische Fortschritt in der Medizin ist ein starker Anreiz, Leistungen anzubieten, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten immer besser entsprechen. Gleichzeitig steigt damit die Nachfrage nach hohen Investitionen und immer besser ausgebildetem Fachpersonal. Dies ist eine doppelte Herausforderung, welche die Versorgungsplanung ebenfalls berücksichtigt.

Der Regierungsrat wird in den kommenden Jahren den Schwerpunkt auf die Wirtschaftlichkeit und die Prozesse legen. Mit anderen Worten: gute Versorgungsleistungen zu tieferen Kosten und eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren.

Fakt ist, dass das Gesundheitswesen insgesamt noch zu stark fragmentiert ist und dass seine Akteure nicht ausreichend zusammenarbeiten. Dies führt zu Doppelspurigkeiten und unnötigen Kosten. Für die Patientinnen und Patienten ist das Gesundheitswesen nicht genügend nachvollziehbar und ihr Einbezug in die sie betreffenden Behandlungsabläufe erfordert Anstrengungen, welche erleichtert werden könnten. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers wird dazu beitragen, diese Herausforderungen zu meistern.

Die Erarbeitung dieser *Versorgungsplanung 2016* war mit einem immensen Aufwand verbunden. Ich danke all jenen, die von den Vorarbeiten bis hin zur Konsultation – dank derer zahlreiche Punkte konsolidiert werden konnten – dazu beigetragen haben.

Möge sie unseren Kanton auf den Weg zu stetig besser werdenden Versorgungsangeboten führen, die jeder und jedem zur Verfügung stehen, wenn eine Beeinträchtigung der Gesundheit es erfordert.

Bern | 14. Dezember 2016

Pierre Alain Schnegg
Regierungsrat
Gesundheits- und Fürsorgedirektor Kanton Bern

Bezug und weitere Informationen

Der vorliegende Bericht ist ein Fachbericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF). Die elektronische Version und weitere relevante Informationen finden sich auf:
www.be.ch/versorgungsplanung

Teil A: Generelles zur Versorgungsplanung

1	Vorbemerkungen	12
1.1	Inhalt und Aufbau des Berichts	12
1.2	Redaktionelle Hinweise	13
1.3	Datengrundlage und Aktualisierung	13
2	Das Wichtigste in Kürze	14
3	Einleitung	21
3.1	Gegenstand und Funktion der kantonalen Versorgungsplanung	21
3.2	Berner Versorgungsplanungen im Wandel der Zeit	21
3.3	KVG-Revision 2007	21
3.4	Berner Versorgungsplanung 2016	22
4	Rechtlicher und politischer Rahmen	24
4.1	Rechtlicher Rahmen	24
4.1.1	Spitalversorgungsgesetz (SpVG; BSG 812.11)	24
4.1.2	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)	25
4.1.3	Aktuelle Rechtsprechung	26
4.2	Politischer Rahmen	27
4.2.1	Planungserklärungen	27
4.2.2	Parlamentarische Vorstösse	28
4.2.3	Weitere politische Rahmenbedingungen	29
5	Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014	30
5.1	Verlängerung und Anpassung der Versorgungsplanung 2011–2014	30
5.2	Überblick über die Spitallandschaft zum Ende der Planungsperiode 2011–2014	30
5.3	Massnahmen der Versorgungsplanung 2011–2014	31
5.4	Themen und Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2011–2014	32
5.4.1	Versorgungsschwerpunkte	32
5.4.1.1	Integrierte Versorgung	32
5.4.1.2	Palliative Versorgung	33
5.4.1.3	Post-Akut-Pflege	36
5.4.1.4	Geriatrische Versorgung	37
5.4.1.5	Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten	43
5.4.1.6	Dehospitalisierung von Langzeitpflegepatientinnen und -patienten	46
5.4.1.7	Hochspezialisierte Medizin	46
5.4.2	Ambulante Leistungen in der Psychiatrie	47
5.4.3	Einführung der Finanzierung anhand von Normkosten für die Rettungsdienste	48
5.4.4	Einführung der Ausbildungsverpflichtung für nicht universitäre Gesundheitsberufe	49
6	Versorgungsziele	50
6.1	Allgemeine Versorgungsziele	50
6.2	Spezielle Versorgungsziele	50
7	Regionale Planungsaspekte	52
7.1	Versorgungsräume	52
7.1.1	Akutsomatik	52
7.1.2	Rehabilitation	55
7.1.3	Psychiatrie	57
7.1.4	Rettungsdienste	61
7.2	Regionalisierte Bevölkerungsentwicklung	64
7.3	Abgestuftes Versorgungsmodell	68
7.3.1	Regionale Versorgungsstufe	69
7.3.2	Überregionale Versorgungsstufe	69
7.3.3	Kantonale Versorgungsstufe	69
8	Spitalplanung: Leistungsorientierte Planungsgrössen	71
8.1	Stationäre Versorgungsbereiche	71
8.2	Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken (SPLG)	72
8.2.1	SPLG-Systematik Akutsomatik	72
8.2.2	SPLG-Systematik Rehabilitation	74

8.2.3	SPLG-Systematik Psychiatrie	75
8.2.4	Weitere Differenzierung der Planungsgrößen	77
9	Spitalplanung: Planungstiefe, Planungskriterien, Planungsgrundsätze und Planungsverfahren	78
9.1	Geltungsbereich	78
9.2	Planungstiefe	78
9.2.1	Rahmenplanung	78
9.2.2	Standortbezogene Erteilung von Leistungsaufträgen	78
9.3	Planungskriterien nach Art. 58b KVV	79
9.3.1	Fähigkeit und Bereitschaft zur Aufnahme	79
9.3.2	Bedarfsnotwendigkeit	79
9.3.3	Zugänglichkeit	81
9.3.4	Qualität	81
9.3.5	Wirtschaftlichkeit	83
9.3.6	Berücksichtigung privater Trägerschaften	85
9.3.7	Koordination mit anderen Kantonen	85
9.4	Planungsgrundsätze des Kantons Bern	86
9.5	Planungsverfahren	87
9.5.1	Bedarfsermittlung	87
9.5.2	Angebotsermittlung	87
9.5.3	Zweistufiges Auswahlverfahren für die kantonalen Spitallisten	88
9.5.3.1	Stufe 1: Auswahl der zur Leistungserbringung geeigneten Spitäler	88
9.5.3.2	Stufe 2: Auswahl zwischen mehreren geeigneten Spitälern	89
9.5.3.3	Rechtliches Gehör der Leistungserbringer	89
10	Weitere Themen und Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2016	92
10.1	Neue Versorgungsschwerpunkte	92
10.1.1	Notfallversorgung	92
10.1.2	Geburtshilfliche Versorgung	99
10.2	eHealth	104
10.3	Qualitätsanforderungen für Berner Listenspitäler	106
10.3.1	Weiterentwicklung der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken	106
10.3.2	Mindestfallzahlen	106
10.3.3	Kantonale Qualitätssicherung für die Planungsperiode 2017–2020	109
11	Methodische Grundlagen	112
11.1	Datengrundlage	112
11.2	Aktualisierung der Datengrundlage	113
11.3	Datenqualität	113
11.4	Vergleichbarkeit der Berner Spitalplanungen 2011–2014 vs. 2016	114
11.5	Definition der wesentlichen Kennzahlen	114
11.6	Rechnerische Ermittlung des künftigen Bedarfs nach Spitalleistungen	116
11.6.1	Status-Quo-Methode	116
11.6.2	Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften	117
11.6.3	Ambulante Leistungen der Psychiatrie	118
11.7	Bedarfsermittlung für medizinische Querschnittsbereiche	118
11.8	Angebotserhebung	122
11.8.1	Angebotserhebung bei allen Listenspitälern	122
11.8.2	Angebotserhebung für die ambulanten Leistungen der Psychiatrie	122
11.9	Erreichbarkeitsauswertungen	122
11.10	Expertenberichte	123

Teil B: Die einzelnen Versorgungsbereiche

12	Akutsomatik	126
12.1	Ausgangslage	127
12.2	Inanspruchnahme 2010–2013	127
12.3	Entwicklung im nationalen Vergleich	134
12.4	Patientenströme	136
12.5	Bedarfsprognose bis zum 31.12.2017 31.12.2020	141

12.6	Ambulantes Potenzial	143
12.7	Leistungsangebot am 31.12.2015	145
12.8	Ergebnisse der Angebotserhebung zum 31.12.2020	146
12.9	Erwartete Kosten	147
12.10	Handlungsfelder	148
13	Rehabilitation	149
13.1	Ausgangslage	150
13.2	Inanspruchnahme 2010–2013	150
13.3	Entwicklung im nationalen Vergleich	153
13.4	Patientenströme	155
13.5	Bedarfsprognose zum 31.12.2017 31.12.2020	158
13.6	Leistungsangebot am 31.12.2015	159
13.7	Ergebnisse der Angebotserhebung zum 31.12.2020	160
13.8	Erwartete Kosten	160
13.9	Handlungsfelder	161
14	Psychiatrie	162
14.1	Ausgangslage	163
14.2	Inanspruchnahme 2010–2013	163
14.3	Entwicklung im nationalen Vergleich	166
14.4	Patientenströme	167
14.5	Bedarfsprognose zum 31.12.2017 31.12.2020	170
14.6	Leistungsangebot am 31.12.2015	172
14.7	Ergebnisse der Angebotserhebung zum 31.12.2020	172
14.8	Ambulante Leistungen in der Psychiatrie	173
14.9	Erwartete Kosten	178
14.10	Handlungsfelder	179
15	Rettungswesen	181
15.1	Ausgangslage	181
15.2	Rettungsdienste	181
15.3	Notfallbegriff im Rettungswesen	182
15.4	Entwicklung der Einsätze 2010–2013	182
15.5	Versorgungsregel und Hilfsfrist	183
15.6	Zeitliche Verteilung der Einsätze im Gesamtkanton	186
15.7	Ausrückzeiten	187
15.8	Optimierungspotenzial bei den Rettungsstandorten	188
15.9	Einsatzführende Institutionen	189
15.10	Erwartete Kosten	191
15.11	Handlungsfelder	191
16	Nicht universitäre Gesundheitsfachberufe	193
16.1	Ausgangslage	193
16.2	Methode zur Bedarfsermittlung	194
16.3	Personalentwicklung 2010–2013	195
16.4	Die Berufe im Einzelnen	196
16.5	Soll-Ist-Abgleich	197
16.6	Planungsgrundsatz Ausbildungsleistung	198
16.7	Ausbildungsqualität	199
16.8	Erwartete Kosten	201
16.9	Handlungsfelder	202

Teil C: Umsetzung

17	Handlungsfelder 2017–2020	206
18	Zusammenfassung der wichtigsten Planungsaspekte	209
19	Zusammenfassung der erwarteten Kosten	210

20	Bewerbungsverfahren für die Berner Spitallisten	211
21	Monitoring und Aufsicht der Leistungsaufträge durch den Kanton	212
22	Aktualisierung der Datengrundlage	213
23	Nächste Versorgungsplanung im Kanton Bern	214

Teil D: Anhang

A	Parlamentarische Vorstösse 2011–2015	218
B	Abkürzungsverzeichnis	220
C	Abbildungsverzeichnis	223
D	Tabellenverzeichnis	225
E	Literaturverzeichnis	229



AMBULANCE

BE-670 335



AMBULANCE

BE-670 328

1 Vorbemerkungen

1.1 Inhalt und Aufbau des Berichts

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 (vgl. dazu auch die nachfolgende Abbildung 1).

In «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.

In «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.

In «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.

In «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, aufgrund deren die kantonalen Spitallisten erstellt werden.

Abbildung 1:

Inhalt und Aufbau des Berichts Versorgungsplanung 2016 | Überblick

	Aufbau	Inhalt		Aufbau	Inhalt
Dokument 1	Teil A	Teil A Generelles zur Versorgungsplanung – Vorbemerkungen (Kap. 1) – Das Wichtigste in Kürze (Kap. 2) – Einleitung (Kap. 3) – Rechtlicher und politischer Rahmen (Kap. 4) – Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014 (Kap. 5) – Versorgungsziele (Kap. 6) – Regionale Planungsaspekte (Kap. 7) – Spitalplanung (Kap. 8–9) – Weitere Themen und Schwerpunkte (Kap. 10) – Methodische Grundlagen (Kap. 11)			
	Teil B	Teil B Die einzelnen Versorgungsbereiche – Akutsomatik (Kap. 12) – Rehabilitation (Kap. 13) – Psychiatrie (Kap. 14) – Rettungswesen (Kap. 15) – Nicht universitäre Gesundheitsberufe (Kap. 16)			
	Teil C	Teil C Umsetzung – Handlungsfelder 2016–2020 (Kap. 17) – Zusammenfassung der wichtigsten Planungsaspekte (Kap. 18) – Zusammenfassung der erwarteten Kosten (Kap. 19) – Bewerbungsverfahren für die Berner Spitalisten (Kap. 20) – Monitoring und Aufsicht der Leistungsaufträge durch den Kanton (Kap. 21) – Aktualisierung der Datengrundlage (Kap. 22) – Nächste Versorgungsplanung im Kanton Bern (Kap. 23)			
	Teil D	Teil D Anhang – Parlamentarische Vorstösse 2011–2015 (Anhang A) – Abkürzungsverzeichnis (Anhang B) – Abbildungsverzeichnis (Anhang C) – Tabellenverzeichnis (Anhang D) – Literaturverzeichnis (Anhang E)			
Dokument 2			Teil E	Teil E Daten und Tabellen zur Spitalplanung – Übersichtskarten (Anlage B) – Altersverteilungen 2010 und 2013 (Anlage C) – Kanton Bern im nationalen Vergleich 2010–2013 (Anlage D) – Patientenströme 2010–2013 (Anlage E) – Ausgangsbasis der Bedarfsprognose 2013 (Anlage F) – Bevölkerung 2013 und 2020 (Anlage G) – Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften (Anlage H) – Herleitung der Bedarfsprognose (Anlage I) – Ergebnisse der Bedarfsprognose 2020 (Anlage J) – Ambulante Leistungen in der Psychiatrie (Anlage K)	

1.2 Redaktionelle Hinweise

In diesem Bericht wird auf eine gendergerechte Sprache geachtet. Die Bezeichnungen Patientin/Patient und Fall werden synonym verwendet. Die Bezeichnung Spital bezieht sich auf den einzelnen Spitalstandort. Der Bericht nimmt Bezug auf unterschiedliche Planungsperioden. Für eine einfachere Lesbarkeit werden dafür folgende Bezeichnungen verwendet: «Planungsperiode 2007–2010» bzw. «Planungsperiode 2011–2014» beziehen sich auf die vergangenen Planungsperioden der Versorgungsplanungen 2007–2010 bzw. 2011–2014. Die Bezeichnung «Planungsperiode 2017–2020» meint die Planungsperiode des vorliegenden Berichts Versorgungsplanung 2016. Im Bericht werden nur diejenigen Erkenntnisse abgebildet, die der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) am 31. Dezember 2015 gesichert vorlagen. Dieses Datum wird im Folgenden als Stichtag bezeichnet. Der Bericht Versorgungsplanung 2016 ist ein Fachbericht. Daher enthält er keine übergeordneten politisch-strategischen Abhandlungen. Die in Tabellen und Abbildungen dargestellten Inhalte sind nicht bewertend, sondern stellen eine Bestandsaufnahme der Versorgungslandschaft im Kanton Bern dar.

1.3 Datengrundlage und Aktualisierung

Die aktuellsten bei der Erstellung dieses Berichts zur Verfügung stehenden Daten stammen aus den Jahren 2010–2013. Die Auswertungen für das Rettungswesen schliessen zusätzlich Daten für das Jahr 2014 ein. Für die Spitalplanung müssen sich die Kantone auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Alle Spitäler erfassen ihre Leistungsdaten in der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» gemäss Art. 48 SpVV in Verbindung mit Anhang 5 SpVV. Diese Daten bilden die Grundlage für die Ermittlung des Bedarfs in den stationären Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Weil die Daten jenes Teils der Berner Bevölkerung, der sich in den Jahren 2014 und 2015 in einem anderen Kanton behandeln liess, bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 nicht vorlagen, wurden die definitiven Leistungsdaten der Medizinischen Statistik des BfS für die Jahre 2010–2013 ausgewertet. Darin sind alle inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung im genannten Zeitraum erfasst. Die Prognose der Versorgungsplanung 2016 umfasst den Zeitraum bis 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 für 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.

Generelles zur Versorgungsplanung

«Teil A: Generelles zur Versorgungsplanung» (blauer Balken) beginnt mit einem Überblick zu den bisherigen Berner Versorgungsplanungen und erläutert danach den Einfluss der KVG-Revision von 2007 auf die Erstellung der Versorgungsplanung 2016 (Kapitel 3). Die Kapitel 4 bis 7 führen den Einfluss und die Auswirkungen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen auf die Versorgungsplanung 2016 aus. Kapitel 5 umfasst die Umsetzung der letzten Planung. Die geänderten Rahmenbedingungen für die Berner Spitalplanung¹ als Teil der Versorgungsplanung 2016 werden in den Kapiteln 8 und 9 dargestellt. Kapitel 10 stellt die neuen Themen und Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2016 vor und skizziert damit die Ausgangssituation für die Versorgungsplanung 2016. «Teil A: Generelles zur Versorgungsplanung» endet mit dem Kapitel 11, welches die unterschiedlichen Datengrundlagen und das methodische Vorgehen behandelt. Dieses letzte Kapitel in Teil A bildet zugleich die Überleitung zum «Teil B: Die einzelnen Versorgungsbereiche».

2 Das Wichtigste in Kürze

Generelles zur Versorgungsplanung 2016

Der Regierungsrat hat bereits in den Jahren 2007 und 2011 Versorgungsplanungen gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG) genehmigt. Die im vorliegenden Bericht vorgestellte Planung für den Zeitraum 2017–2020 ist somit die dritte solche Planung. Gleichzeitig ist sie für den Kanton Bern die erste nach Inkrafttreten der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG-Revision). Das 2007 revidierte KVG trat per 1. Januar 2012 in Kraft und regelte die Spitalfinanzierung neu. Der vorliegende Bericht 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 der Veränderung der 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. Der vorliegende Bericht enthält keine Entscheidungen über die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Berner Spitalisten. Im Mittelpunkt des Berichts 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. Nachfolgend werden die wichtigsten Inhalte des Berichts zusammengefasst.

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

KVG-Revision 2007

Die KVG-Revision betrifft 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 des KVG berücksichtigen, das heisst den Bedarf, den Zugang, ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Revision des SpVG 2014

Das kantonale Spitalversorgungsgesetz wurde in der Planungsperiode 2011–2014 aktualisiert und ist seit dem 1. Januar 2014 in Kraft. Zum 1. Dezember 2015 trat auch die revidierte Verordnung (SpVV) in Kraft. Mit der Revision wurden insbesondere die Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler definiert und eine umfangreichere Datenlieferungspflicht der Leis-

¹ Die Spitalplanung erfolgt leistungsorientiert auf Basis der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken (SPLG) Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (siehe Kapitel 8.2). Die Spitalplanung umfasst die Planung der Versorgung der Berner Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen (d. h. leistungsorientiert) und nicht die Planung der Versorgung mit Bettenkapazitäten (kapazitätsorientiert).

tungserbringer an den Kanton festgelegt, damit dieser seine regulatorischen Aufgaben wahrnehmen kann.

Planungserklärungen des Grossen Rats und parlamentarische Vorstösse

2011 gab der Grosse Rat im Zusammenhang mit der Kenntnisnahme der zweiten Berner Versorgungsplanung acht Planungserklärungen ab. Zudem wurden in den Jahren 2011 bis 2015 zahlreiche parlamentarische Vorstösse eingereicht. Planungserklärungen und Vorstösse wiesen eine grosse Bandbreite an versorgungsplanerischen Themen auf. Gemeinsam mit den Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018 trugen die Erklärungen und Vorstösse dazu bei, auch zukünftig eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wettbewerbsfähige Versorgung im Kanton Bern sicherzustellen.

Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014

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 Schwerpunkte auch im vorliegenden Bericht umfassend berücksichtigt.

Versorgungsziele der Planungsperiode 2017–2020

«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. Die konkreten Versorgungsziele für die Planungsperiode 2017–2020 wurden jedoch 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.
- 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.
- Für folgende Versorgungsschwerpunkte sind die Versorgungsstrukturen aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Bevölkerung auf ihre bedarfsgerechte Verteilung und Erreichbarkeit im Kanton zu beurteilen: Zu diesen Schwerpunkten gehören 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.

Regionale Planungsaspekte

Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen wird auch im Hinblick auf ihre regionale Verteilung betrachtet.

Versorgungsräume und Rettungsregionen

Die akutsomatische Spitalversorgung ist in sieben Versorgungsräumen organisiert: Bern, Berner Oberland Ost, Berner Oberland West, Biel, Berner Jura, Emmental und Ob- und Nidwalden. Die abgestufte Grundversorgung (s. u.) orientiert sich an dieser räumlichen Struktur. Um die Besonderheiten des Versorgungsbereichs Psychiatrie berücksichtigen zu können, werden für die Spitalplanung in die-

sem Bereich vier eigene Versorgungsräume betrachtet: Agglomeration Bern, Aaretal-Oberland, Biel-Seeland-Berner Jura und Oberaargau-Emmental. Weiter gibt es für die ambulante Psychiatrieversorgung räumliche Sektoren. Für das Rettungswesen werden die acht bestehenden Rettungsregionen für die Planungsperiode 2017–2020 beibehalten.

Demografischer Wandel

Im Kanton Bern wird in den nächsten Jahren eine Zunahme und Alterung der Wohnbevölkerung erwartet, insbesondere rechnet man mit einem Wachstum der Altersgruppe der über 65-jährigen Personen. Gemäss Prognose wird die Einwohnerzahl 2020 um 3,9 Prozent höher liegen als 2013 (1 039 749 im Vergleich zu 1 001 281). Der Anteil der 65-Jährigen lag 2013 bei 19,7 Prozent; für 2020 wird erwartet, dass er bei 22,1 Prozent liegen wird. Die Bevölkerungsentwicklung und die damit einhergehenden Veränderungen in der Altersstruktur beeinflussen auch den Bedarf an stationären Spital- und Rettungsleistungen sowie an qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal.

Abgestufte Versorgung | regional, überregional, kantonal

Der Kanton Bern engagiert sich seit Langem für eine abgestufte Versorgung. Bereits die Versorgungsplanungen 2007 und 2011 verfolgten das Ziel einer «stufengerechten» Gesundheitsversorgung der Kantonsbevölkerung. Mit dem vorliegenden Bericht setzt der Kanton dieses wichtige Ziel um und schafft die Grundlage für eine differenzierte Gliederung des stationären Angebots. Anhand der drei Versorgungsstufen regional, überregional und kantonal kann er in der Planungsperiode 2017–2020 die Versorgungssituation in allen Teilen des Kantons beobachten und beurteilen.

Spitalplanung

Der Kanton ist gehalten, eine hohe Behandlungsqualität und Patientensicherheit für die Kantonsbevölkerung sicherzustellen. Dabei befindet er sich im Spannungsfeld zwischen der Bedarfsorientierung und der Anerkennung einer unternehmerischen Selbstverantwortung der Spitäler. Um eine transparente und nachvollziehbare Auswahl der Leistungserbringer für die drei kantonalen Spitalisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sicherzustellen, wurden die Kriterien zur Auswahl der Listenspitäler überarbeitet.

Die Versorgungsplanung 2016 gibt den Rahmen vor

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 Spitalisten) für Listenspitäler mehr vor.

Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken (SPLG) als Grundlage für die Spitalisten

Die Spitalplanung erfolgt leistungsorientiert auf Basis der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken (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.

Die Versorgungsplanung 2016 als Grundlage für die Spitalisten

Die Spitalplanung ist der umfassendste Teil der Versorgungsplanung gemäss SpVG. Die Spitalisten müssen sich lückenlos aus dieser Planung ableiten lassen. Bei der Beurteilung und Auswahl der Spitäler, denen ein Leistungsauftrag auf einer der kantonalen Spitalisten erteilt wird, werden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Planungskriterien (Art. 58b KVV): Bei der Wahl der Kriterien sind die Kantone an die Vorgaben der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) gebunden. Die KVV führt die folgenden Kriterien für eine Aufnahme auf eine kantonale Spitalliste auf: Orientierung am Bedarf der Kantonsbevölkerung sowie Nachweis der Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrags (entspricht der Eignung gemäss Anforderungen der SPLG-Systematik), Qualität und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Aber auch der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung in-nerhalb nützlicher Frist ist durch Art. 58b KVV vorgegeben.
- Zweistufiges Auswahlverfahren: Im Kanton Bern findet die Auswahl für die Spitalisten in einem zweistufigen Verfahren statt. Zuerst wird die grundsätzliche Eignung des Spitals mittels Struktur- und Prozessanforderungen entsprechend der SPLG-Systematiken überprüft. Diese Mindestanforderungen muss jedes Spital erfüllen, um für die Erteilung eines Leistungsauftrags auf einer Spitalliste im Kanton Bern in Betracht zu kommen. Falls mehr Spitäler interessiert und zur Leistungserbringung geeignet sind, als aufgrund der Fallzahlen der Vorjahre notwendig sind, kommen auf einer zweiten Stufe zusätzliche Auswahlkriterien zum Zug (sonst würde der Kanton Bern

die bundesrechtlichen Vorgaben einer bedarfsgerechten Versorgung missachten, da er ein Überangebot schaffen würde). Aufgrund von Spitalvergleichen wird eine Auswahl getroffen. Dabei werden die Planungskriterien nach Art. 58b KVV (Eignung, Wirtschaftlichkeit, Zugänglichkeit und Qualität) berücksichtigt.

Methodische Grundlagen

Den quantitativen Prognosen 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, der 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.

Die einzelnen Versorgungsbereiche der Versorgungsplanung 2016

Die spitalgebundene Versorgung im Kanton Bern wird in fünf Bereichen untersucht und geplant: in der Akutsomatik, der Rehabilitation, der Psychiatrie, dem Rettungswesen und den nicht universitären Gesundheitsberufen. In allen Bereichen wurden sowohl die Bedarfsentwicklung der Berner Bevölkerung wie auch die Angebotsentwicklung der Leistungserbringer umfassend ausgewertet. Zusammen zeigen sie den aktuellen Stand der Versorgung im Kanton Bern auf. Damit schafft der Bericht einen Überblick über die Handlungsfelder der Planungsperiode 2017–2020.

Akutsomatik | geringe Fallzunahme und kürzere Aufenthaltsdauern

Ausgangslage

In der Akutsomatik ist die Zahl der Berner Patientinnen und Patienten zwischen den Jahren 2010 und 2013 nur leicht (+0,7 Prozent) gestiegen. Zum Vergleich: 2010 wurden 153 827 Berner Patientinnen und Patienten stationär in einem Akutspital behandelt, 2013 waren es 154 886. Insgesamt liegen die Zahlen 2013 unter der Bedarfsprognose der Versorgungsplanung 2011–2014. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist in der Planungsperiode 2011–2014 in nahezu allen akutsomatischen Leistungsbereichen nochmals gesunken. Sie lag im Kanton Bern 2013 bei 5,4 Tagen. 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.

Bedarfsprognose bis 2020

Die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen bis 2020 lässt für die akutsomatischen Leistungen einen moderaten Zuwachs von rund 10 431 Fällen bzw. 6,5 Prozent gegenüber 2013 erwarten. Das entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 0,9 Prozent pro Jahr. 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.

Erwartete Kosten 2020

Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der Akutsomatik steigt gemäss Kostenprognose bis 2020 um 7,5 Prozent auf 907,9 Millionen Franken.

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

Rehabilitation | tiefere Inanspruchnahme als erwartet und Überarbeitung der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik

Ausgangslage

In der stationären Rehabilitation ist die Zahl der Berner Patientinnen und Patienten zwischen den Jahren 2010 und 2013 moderat (+4,5 Prozent) gestiegen. Im Vergleich zu 7058 Fällen im Jahr

2010 wurden 2013 7377 Bernerinnen und Berner in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Insgesamt wurden 2013 deutlich weniger stationäre Rehabilitationen in Anspruch genommen als prognostiziert. Die Versorgungsplanung 2011–2014 ging von 8785 Fällen im Jahr 2014 aus. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation lag 2013 bei 22,5 Tagen.

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.

Erwartete Kosten 2020

Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der Rehabilitation steigt gemäss Kostenprognose bis ins Jahr 2020 um 20,2 Prozent auf 77,9 Millionen Franken. Ursächlicher Faktor ist die erwartete Bevölkerungsentwicklung. Aber auch die Tarife der Leistungen im Bereich der Rehabilitation werden voraussichtlich steigen, um eine nachhaltige Deckung der Behandlungskosten zu gewährleisten.

Schwerpunkte der Planungsperiode 2017–2020

Für die stationäre Rehabilitation wurde die Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik (SPLG Rehabilitation) überarbeitet und weiterentwickelt. 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 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

Psychiatrie | Stagnation und Rückgang der Fallzahlen bei den unter 65-Jährigen sowie Überarbeitung der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik

Ausgangslage

In der stationären Psychiatrie ist zwischen 2010 und 2013 die Zahl der Patientinnen und Patienten um 1,5 Prozent gesunken. 2010 waren es noch 8201 Fälle, 2013 liessen sich nur noch 8079 Bernerinnen und Berner in einer Psychiatrieklinik stationär behandeln. Insgesamt lag die Inanspruchnahme im Jahr 2013 leicht über der Prognose der Versorgungsplanung 2011–2014. Diese ging von 7800 Fällen im Jahr 2014 aus. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der stationären Psychiatrie lag 2013 bei 39,2 Tagen.

Bedarfsprognose bis 2020

Für die stationären Leistungen der Psychiatrie wird bis 2020 eine sehr geringe Zunahme der Fallzahlen um 139 Berner Patientinnen und Patienten bzw. 1,7 Prozent gegenüber dem Jahr 2013 erwartet. Das jährliche Wachstum beträgt damit minimale 0,2 Prozent. 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).

Erwartete Kosten bis 2020

Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der stationären Psychiatrie steigt gemäss Kostenprognose bis ins Jahr 2020 um 6,8 Prozent auf 116,3 Millionen Franken.

Schwerpunkte der Planungsperiode 2017–2020

Neben der räumlichen Gliederung des Kantons in vier Versorgungsräume wurde auch die Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik 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 psychiatrische Akutbehandlungen zu Hause

Rettungswesen | Optimierungspotenziale ohne Einsatz zusätzlicher Mittel

2014 waren 36 342 der 47 281 Einsätze im Kanton Bern Notfalleinsätze (übrige: Verlegungen auf Vorbestellung). Die Notfalleinsätze wurden bezüglich der bernischen 80/30-Versorgungsregel und der 90/15-Hilfsfristerreichung des Interverbands Rettungswesen (IVR) untersucht.² 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.

Erwartete Kosten 2020

Die Kosten für das Rettungswesen schliessen neben der Rettung auch die Kosten für Alarmierung und Einsatzführung ein. Bis 2020 erwartet der Kanton aufgrund der Anpassung der Normkosten pro Rettungsteam und infolge der Erhöhung der Anzahl der Rettungsteams, dass der Kantonsanteil für das Rettungswesen um 46,3 Prozent auf von 32,6 Millionen Franken steigt.

Nicht universitäre Gesundheitsberufe | Ausbildungsverpflichtung für die Berner Betriebe

Eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung sind gut ausgebildete Fachkräfte, sowohl in der Pflege als auch in den weiteren Gesundheitsfachberufen. Bereits die Versorgungsplanung 2011–2014 wies für die Spitäler im Kanton Bern einen künftigen Mangel an ausgebildeten Pflegefachkräften nach. Um dem entgegenzuwirken, wurden in der Planungsperiode 2011–2014 die aktuell und zukünftig benötigten Nachwuchskräfte festgelegt und eine Ausbildungsverpflichtung für Betriebe eingeführt. 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.

Erwartete Kosten bis 2020

Seit 2015 sind die Leistungserbringer im Kanton Bern verpflichtet, 90 Prozent der verfügbaren Ausbildungsleistungen zu erreichen. Wann alle Betriebe ihre Ausbildungsverpflichtung zu 100 Prozent erreichen können, ist nicht absehbar. Weil aber gut ausgebildete Fachkräfte sowohl in den Pflege- als auch in den weiteren Gesundheitsberufen wesentlich für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung der Berner Bevölkerung sind, ist es notwendig, dass die Mittel dafür bei Bedarf zur Verfügung stehen. Wenn alle Leistungserbringer ihre Ausbildungsverpflichtung gemäss Versorgungsplanung erreichen, trägt der Kanton insgesamt rund CHF 19,7 Millionen Franken Ausbildungskosten.

Umsetzung der Versorgungsplanung 2016

Schwerpunkte sowie Handlungsfelder 2017–2020

Neben den bereits aufgeführten Schwerpunkten aus den einzelnen Versorgungsbereichen Akut-somatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und nicht universitäre Gesundheitsberufe widmet sich die Versorgungsplanung 2017–2020 zusätzlich folgenden Handlungsfeldern:

- eHealth
- Kantonale Qualitätssicherung

Berner Spitalisten basieren auf der Versorgungsplanung 2016

Der Bericht Versorgungsplanung 2016 dient dem Kanton Bern als Grundlage für die künftigen Berner Spitalisten. Nach der Genehmigung durch den Regierungsrat beginnt das zweistufige Verfahren zur Festlegung der Listenspitäler.

² 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.

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 sie ebenfalls.³ Die Publikation der Fallzahlen und weiterer Kennzahlen dient der Information der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweisenden.

Die nächste Versorgungsplanung

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

3 Einleitung

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die bisherigen Berner Versorgungsplanungen und erläutert den Einfluss der KVG-Revision von 2007 auf die Erstellung der Versorgungsplanung 2016. Die Versorgungsplanung 2011–2014 sah vor, dass 2015 eine umfassende Überarbeitung der kantonalen Planung auf Basis der Daten der gesamtschweizerischen Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Jahres 2012 erfolgen sollte. Am 2. Juli 2014 verlängerte der Regierungsrat die Planungsperiode der Versorgungsplanung 2011–2014.⁴ Den Entscheid für die Verlängerung begründete er mit dem Systemwechsel in der Schweizer Spitalfinanzierung zum 1. Januar 2012. Die neue Spitalfinanzierung war während der Planungsperiode 2011–2014 in Kraft getreten. Durch die Verlängerung der Versorgungsplanung 2011–2014 konnte der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Inanspruchnahme der stationären Spitalleistungen in der Datenbasis der Versorgungsplanung 2016 erfasst und abgebildet werden. Die Versorgungsplanung 2016 wurde auf einer validen Datenbasis erstellt, welche die Jahre 2010 bis 2013 einschliesst.

3.1 Gegenstand und Funktion der kantonalen Versorgungsplanung

Die Versorgungsplanung des Kantons Bern umfasst die Spitalplanung, das Rettungswesen sowie die nicht universitären Gesundheitsberufe. Damit ist die Versorgungsplanung im Kanton Bern thematisch umfassender als die Spitalplanungen anderer Kantone. Die ersten Versorgungsplanungen gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG; BSG 812.11) stammen aus den Jahren 2007 und 2011.⁵ Der Kanton Bern erstellt in der Regel alle vier Jahre eine Versorgungsplanung, die sich auf das SpVG abstützt. Sie wird vom Regierungsrat genehmigt und anschliessend dem Grossen Rat zur Kenntnis gebracht. Das Ziel der Versorgungsplanung ist, eine stationäre medizinische Versorgung für die Berner Bevölkerung sicherzustellen, die zukunftsfähig, flächendeckend, qualitativ gut und wirtschaftlich nachhaltig tragbar ist. Zu diesem Zweck weist sie die bedarfsgerechte Planung der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen aus. Ebenso zeigt sie die Planung des Rettungswesens und der für alle Bereiche erforderlichen Aus- und Weiterbildungsplätze auf.

3.2 Berner Versorgungsplanungen im Wandel der Zeit

1974 trat das erste kantonale Spitalgesetz in Kraft. Auf dieser Grundlage erstellte der Kanton Bern bis 1996 seine Spitalplanung. Ein Grundsatz der Planung war bereits damals, ausreichende Spitalleistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen. Bei der Ausgestaltung der Spitalversorgung lag der Fokus auf der Planung von Spitalkapazitäten, also der Standorte sowie der Ausstattung der Spitäler. Wenn im Rahmen der Spitalplanung auch Aufgaben an Privatspitäler übertragen wurden, galten für diese dieselben Vorschriften wie für öffentliche Spitäler. 1996 trat das bundesrechtliche Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10) vom 18. März 1994 in Kraft. Es verpflichtete die Kantone, Spitalleistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden sollten, bedarfsgerecht zu planen. Weiter mussten die Kantone, abgestützt auf die Spitalplanung, Spitallisten erlassen. Die Pflicht der Kantone zur Spitalplanung erwuchs aus der Absicht, die Leistungserbringer besser zu koordinieren und Ressourcen optimaler zu nutzen. 2005 traten das Berner Spitalversorgungsgesetz SpVG und seine Verordnung (SpVV) in Kraft. Das SpVG verlangte, dass spätestens zwei Jahre nach seinem Inkrafttreten erstmals eine umfassende Versorgungsplanung erstellt werden müsse. Die Berner Versorgungsplanungen 2007–2010 und 2011–2014 beruhten auf dem SpVG aus dem Jahr 2005. Als einer der ersten Kantone begann der Kanton Bern 2007, seine Spital- und Rettungsleistungen leistungsbezogen zu planen.

3.3 KVG-Revision 2007

Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 änderten sich die Bestimmungen zur Spitalfinanzierung grundlegend. 2012 trat das revidierte KVG in Kraft. Kantone und Versicherer wurden in eine Finanzierungspartnerschaft eingebunden. Seither finanziert der Wohnkanton mindestens 55 Prozent der Vergütung, die Versicherer anteilmässig (maximal) 45 Prozent. Die Spitalliste erhielt in diesem Finanzierungssystem eine Schlüsselfunktion. Der Systemwechsel in der Spitalfinanzierung

⁴ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2014a.

⁵ Vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2007 und 2011a.

fürte dazu, dass die Spitalplanung als Teil der Berner Versorgungsplanung zu einem direkt finanzrelevanten Instrument wurde. Die Kantone haben weiterhin die Aufgabe und die Kompetenz der Spitalplanung, müssen aber für die Leistungen der OKP die Vorgaben des KVG beachten, damit die Versicherer ihren Anteil an die Behandlungskosten in den Listenspitälern bezahlen. Parallel dazu hat sich die Regulationsdichte auf Bundesebene weiter erhöht. Die bundesrechtlichen Vorgaben werden stetig präzisiert, im Wesentlichen durch die ständige Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer-Urteile). Dies bedeutet, dass die kantonalen Planungsbestimmungen periodisch angepasst werden müssen. 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. 2014 und 2015 traten das revidierte SpVG und die teilrevidierte SpVV in Kraft. Die Revision der kantonalen Gesetzesgrundlage war aufgrund der neuen Gegebenheiten ab dem Jahr 2012 notwendig geworden. Die Versorgungsplanung 2016 basiert auf den aktuellen (revidierten) Grundlagen von SpVG und SpVV sowie KVG und KVV.

3.4 Berner Versorgungsplanung 2016

Ausgangssituation | Systemwechsel in der Spitalfinanzierung

Die Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss SpVG und insbesondere ihre Verlängerung durch den Regierungsrat am 2. Juli 2014 wurden durch den Systemwechsel in der Spitalfinanzierung geprägt. Seit dem 1. Januar 2012 ist das neue und schweizweit verbindlich gültige Vergütungssystem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) für Leistungserbringer der Akutsomatik in Kraft. Gestützt auf das revidierte KVG, regelt es die Vergütung der stationären akutsomatischen Spitalleistungen nach einem einheitlichen Fallpauschalensystem. Damit wird der vom Gesetzgeber geforderten Transparenz bezüglich der Behandlungskosten in den Schweizer Spitälern und Geburtshäusern Rechnung getragen. Gleichzeitig erhalten Patientinnen und Patienten mehr Freiheit bei der Spitalwahl, auch über die Kantonsgrenzen hinaus. Dieser Systemwechsel sowie der kontinuierliche medizintechnische Fortschritt, der eine zunehmende Verlagerung von stationären Leistungen in ambulante Settings ermöglicht, prägten die Planungsperiode 2011–2014. Die Ausgangsbasis für die Versorgungsplanung 2016 bildeten die medizinischen Leistungsdaten der Spitäler (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) der Datenjahre 2010–2013 zusammen mit den ergänzenden angebots- und kostenbezogenen Daten der Listenspitäler von 2014 (Angebotserhebung im Rahmen der Versorgungsplanung 2016). Die Daten zeigen, dass die Berner Listenspitäler die Herausforderung des Systemwechsels erfolgreich bewältigt haben. Ein Hinweis darauf ist beispielsweise die nochmals gestiegene Anzahl ausserkantonalen Patientinnen und Patienten.

Herausforderung demografischer Wandel

Die demografische Entwicklung führte bereits in den Planungsperioden 2007–2010 und 2011–2014 zu einem stetig steigenden Bedarf an pflegerischen und weiteren gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen. Die Auswirkungen des demografischen Wandels betreffen insbesondere gerontologische und geriatrische Leistungsbereiche, aber zunehmend auch andere wie die Innere Medizin oder die Neurologie. Das Wachstum und die Alterung der Berner Bevölkerung werden sich in der Planungsperiode 2017–2020 fortsetzen. Der Kanton muss daher gemeinsam mit den Leistungserbringern seine Bemühungen vorantreiben, auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung der älter werdenden Kantonsbevölkerung sicherzustellen.

Bedeutung der Berner Spitäler über die Kantonsgrenzen hinaus

Mit 53 Listenspitälern (Standorte) am Stichtag 31. Dezember 2015 bewegt sich die stationäre Versorgung im Kanton Bern insgesamt auf einem hohen Niveau. Das Spektrum der angebotenen Leistungen ist im gesamtschweizerischen Vergleich besonders differenziert und umfassend. Der Kanton und die Leistungserbringer tragen aufgrund des breiten Spektrums der angebotenen Leistungen und der geografischen Gegebenheiten des Kantonsgebiets eine besonders hohe Verantwortung für die bedarfsgerechte, zugängliche, qualitativ gute und wirtschaftlich tragbare Versorgung der Bevölkerung in allen Kantonsteilen. In der Planungsperiode 2011–2014 versorgten Listenspitäler mit Standort im Kanton Bern zusätzlich zur Berner Wohnbevölkerung eine grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten aus den Nachbarkantonen Freiburg, Solothurn, Neuenburg, Wallis, Jura, Luzern und Aargau mit qualitativ guten stationären Leistungen. Der Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die in Berner Spitälern versorgt wurden, lag 2013 bei rund 17,4 Prozent (27 924 Fälle). Der Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten betrug 2013 im Bereich der Akutsomatik 14,1 Prozent (24 318 Fälle). Ausserkantonale Patientinnen und Patienten liessen sich im Inselspital (Universitätsspital) für die Bereiche der hochspezialisierten Medizin behandeln. Weiter stellten die vielen Berner Allgemeinspitäler in der Planungsperiode 2011–2014 auch für viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten eine kantonsübergreifende Grund- und Notfallversorgung sicher. In den Versorgungsbereichen Rehabilitation (25,5 Prozent bzw.

2176 Fälle) und Psychiatrie (15,6 Prozent bzw. 1430 Fälle) sind die Anteile der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten noch höher. Der Kanton Bern ist sich seiner planerischen Verantwortung gegenüber seinen Nachbarkantonen bewusst und koordiniert seine Planung mit ihnen.

Zielsetzung | nachhaltige und KVG-konforme Spitalplanung

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. Abgestützt auf die Versorgungsziele und im Rahmen einer leistungsorientierten Planung werden sich die stationären Leistungen stärker an einem abgestuften Versorgungssystem orientieren. 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. Mithilfe umfassender Auswertungen der Bedarfsentwicklung der Berner Bevölkerung und der Angebotsentwicklung seitens der Leistungserbringer bewertet der Bericht den aktuellen Stand der Versorgung im Kanton Bern. Damit schafft er zugleich einen Überblick über die Empfehlungen und die Handlungsfelder der neuen Planungsperiode 2017–2020.

4 Rechtlicher und politischer Rahmen

Dieses Kapitel stellt den rechtlichen und politischen Rahmen der Versorgungsplanung 2016 vor.

4.1 Rechtlicher Rahmen

Die inhaltliche Ausrichtung der Versorgungsplanung ergibt sich massgeblich aus den Vorgaben des kantonalen SpVG und des bundesrechtlichen KVG, die gemeinsam den gesetzlichen Rahmen der Berner Planung bilden. Das KVG stellt dabei die übergeordnete Rechtsgrundlage für die Spitalplanung (Kapitel 12 bis 14) dar, die ein wichtiger Teil der Berner Versorgungsplanung ist. Das SpVG kann die bundesrechtlichen Vorgaben jedoch konkretisieren oder ergänzen. Es umfasst zudem die nicht vom KVG betroffenen Bereiche wie das Rettungswesen (Kapitel 15), die Gesundheitsberufe (Kapitel 16), die integrierte Versorgung und die ambulante Psychiatrieversorgung (Kapitel 14).

4.1.1 Spitalversorgungsgesetz (SpVG; BSG 812.11)

Art. 2 SpVG hält die Planung der Versorgung mit Spitalleistungen nach den Vorgaben des KVG fest (Bst. a in Verbindung mit Art. 6 Abs. 5) und ergänzt sie durch die Planung der Versorgung mit Rettungsleistungen (Bst. b) sowie die Planung der erforderlichen Aus- und Weiterbildungsplätze für nicht universitäre Gesundheitsberufe (Bst. c). Als kantonale Rechtsgrundlage legt Art. 6 des SpVG den Inhalt der Versorgungsplanung fest. Demnach umfasst die Versorgungsplanung zudem Versorgungsziele (Abs. 2 Halbsatz [HS] 1). Neben dem Inhalt der Versorgungsplanung konkretisiert das SpVG auch ihre Form, während das KVG diese nicht genau regelt. Die Kantone müssen die Planung jedoch periodisch überprüfen (Art. 58a Abs. 1 KVV). Gemäss Art. 7 SpVG genehmigt der Regierungsrat die kantonale Versorgungsplanung und bringt sie dem Grossen Rat zur Kenntnis (Abs. 1). Weiterhin hält Art. 7 Abs. 2 SpVG fest, dass die Versorgungsplanung im Kanton Bern in der Regel alle vier Jahre überarbeitet wird (Abs. 2). Für die Spitalplanung enthält das KVG Zielvorgaben mit unterschiedlichem Detailierungsgrad. Diese betreffen neben den Planungsgrundsätzen des Art. 58b KVV auch das Verfahren zur Erstellung der Versorgungsplanung. Im Kanton Bern konkretisieren daher das SpVG und seine Verordnung (SpVV; BSG 812.112) die Planungsgrundsätze des KVG. Das SpVG macht sowohl materiell-rechtliche als auch formale Vorgaben für die kantonale Versorgungsplanung und die Spitallisten.

Revision des SpVG 2014

Das SpVG wurde in der Planungsperiode 2011–2014 revidiert und ist seit dem 1. Januar 2014 in Kraft. Zum 1. Dezember 2015 trat auch die neue SpVV in Kraft, die das SpVG weiter konkretisiert. Mit der Revision wurden die Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler definiert. Weiter wurde Anhang 5 SpVV geändert, der die von den Leistungserbringern einzureichenden Daten, gestützt auf die Datenlieferungspflicht gemäss Art. 127 SpVG, aufzählt. Neben Leistungs- und Kostendaten gehören dazu auch Daten bezüglich der Qualitätssicherung.

Exkurs: Art. 11 Bst. a bis d der SpVV hält die Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitäler fest

Art. 11a (Bedarfsgerechte Versorgung)

1 Der Regierungsrat erteilt gestützt auf eine bedarfsgerechte Planung die Leistungsaufträge jenen Spitälern, die Leistungen nach den in Artikel 11b–11d genannten Kriterien am besten erbringen.

Art. 11b (Qualität)

- 1 Die Qualität der Leistungserbringung hängt von der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab.
- 2 Die Strukturqualität beurteilt sich insbesondere anhand
 - a des Bestands, der Qualifikationen und der Verfügbarkeit des Spitalpersonals,
 - b der medizinischen Einrichtungen.
- 3 Die Prozessqualität beurteilt sich insbesondere anhand
 - a des Qualitätssicherungskonzepts des Spitals,
 - b geeigneter Qualitätsindikatoren in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.
- 4 Für die Ergebnisqualität gilt Absatz 3 Buchstabe b sinngemäss.

Art. 11c (Wirtschaftlichkeit)

- 1 Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung beurteilt sich insbesondere anhand von
 - a schweregradbereinigten Fallkostenvergleichen im Bereich Akutsomatik,
 - b Kostenvergleichen in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation.

Art. 11d (Zugang)

- 1 Das nächstgelegene Spital für Patientinnen und Patienten, die Zugang zu den Spitalversorgungsleistungen in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der akutsomatischen Notfallversorgung benötigen, ist
 - a für 80 Prozent der zu versorgenden Bevölkerung im Individualverkehr innerhalb von 30 Minuten erreichbar und
 - b vom Ortskern der zu versorgenden Gemeinden höchstens 50 Strassenkilometer entfernt.
- 2 Für den Zugang zu den Spitalversorgungsleistungen der psychiatrischen Grund- und Notfallversorgung gilt Absatz 1 Buchstabe a sinngemäss.

4.1.2 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

Eine Spitalplanung im Sinn des KVG hat eine Doppelfunktion. Auf der einen Seite stellt sie den konkreten Bedarf der Kantonsbevölkerung an stationären Spitalleistungen fest. Auf der anderen Seite regelt sie über die Spitallisten, welche Spitäler für die bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung der Kantonsbevölkerung geeignet und notwendig sind und ihre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen dürfen. Art. 58a Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) konkretisiert in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, wie die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten ist. Die Grundzüge der Bedarfsermittlung und -deckung nach KVG sind in Art. 58a–58d KVV festgelegt. Art. 58e KVV (in Verbindung mit Art. 39 KVG) regelt schliesslich die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste. Eine Spitalplanung nach KVG ist jedoch keine starre Fortschreibung bestehender Versorgungsstrukturen. Die Kantone müssen ihre Planung periodisch überprüfen. Um die Grundsätze von Art. 58b KVV zu erreichen, muss die Spitalplanung angemessen dynamisch sein. Ein Spital muss «der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind» (Art. 39 Abs. 1 Bst. c in Verbindung mit Art. 35 KVG). Damit die Spitalplanung und ihre Umsetzung auf der Ebene der Spitallisten bedarfsgerecht sind, ist es den Kantonen nicht erlaubt, Über- oder Unterkapazitäten einzuplanen.⁶ Daraus folgt, dass jede Aufnahme eines Spitals auf die kantonalen Spitallisten unter dem Vorbehalt der bundesrechtlich geforderten Anpassung an den tatsächlichen Bedarf erfolgt. Entsprechend den Vorgaben des KVG werden die stationären Leistungen der inner- sowie der ausserkantonalen Spitäler unabhängig von ihrer Trägerschaft auf die kantonalen Spitallisten aufgenommen, soweit ihre Leistungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Berner Wohnbevölkerung notwendig sind.

⁶ Vgl. BVGer-Urteil C.6266/2013 Erwägung [E.] 4.6.

Exkurs: Art. 58b KVV nennt die Grundzüge, nach denen die Bedarfsermittlung und -deckung erfolgen sollen

Art. 58b (Versorgungsplanung)

- 1 Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche.
- 2 Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.
- 3 Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Artikel 58e zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.
- 4 Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:
 - die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
 - den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
 - die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Artikel 58e.
- 5 Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere:
 - die Effizienz der Leistungserbringung;
 - den Nachweis der notwendigen Qualität;
 - im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

4.1.3 Aktuelle Rechtsprechung

Eine Spitalplanung im Sinn des SpVG und des KVG sowie deren Verordnungen bildet die Grundlage der kantonalen Spitallisten. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer-Urteile) stellt die Spitalplanung ein verwaltungsinternes Planungsinstrument ohne unmittelbare Rechtswirkung gegenüber den Spitälern oder den Krankenversicherern dar. Vielmehr dient die Versorgungsplanung als umfassende Planungsgrundlage für die Auswahl der bedarfsnotwendigen Leistungsaufträge auf den kantonalen Spitallisten. Die Spitalplanung muss daher nach gängiger Rechtsprechung die materiellen Planungskriterien der Art. 39 KVG und Art. 58b KVV erfüllen und zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Kantonsbevölkerung führen. Diese Sichtweise des BVGer auf die kantonalen Spitalplanungen wurde in den letzten Jahren in immer mehr Gerichtsurteilen erkennbar, welche die Spitallisten verschiedener Kantone betrafen. Die eingereichten Beschwerden der Spitäler oder anderer Kantone wurden häufig wegen mangelhafter kantonaler Planungsberichte (Planungsgrundlage) gutgeheissen. Zu den einschlägigen Entscheidungen aus der aktuellen Rechtsprechung gehören die folgenden BVGer-Urteile (Stichtag 31.12.2015):⁷

- C-1966/2014 vom 23. November 2015 (betraf den Kanton Thurgau, enthielt einen inhaltlichen Schwerpunkt bezüglich der Koordination zwischen den Kantonen);
- C-6266/2013 vom 29. September 2015 (betraf den Kanton Graubünden, enthielt inhaltliche Schwerpunkte bezüglich der Patientenströme, der Koordination zwischen den Kantonen sowie des notwendigen Bewerbungsverfahrens);
- C-2389/2012; C-1841/2014 vom 21. August 2015 (betraf den Kanton Bern, enthielt einen inhaltlichen Schwerpunkt bezüglich der nicht KVG-konformen Wirtschaftlichkeitsprüfung);
- C-6088/2011 vom 6. Mai 2014 (betraf den Kanton Zürich, enthielt inhaltliche Schwerpunkte bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung, der standortbezogenen Planung sowie des Ermessensspielraums der Kantone bei der Auswahl der Listenspitäler);
- C-401/2012 vom 28. Januar 2014 (betraf den Kanton Neuenburg, enthielt einen inhaltlichen Schwerpunkt bezüglich der Bedarfsermittlung);
- C-5647/2011 vom 16. Juli 2013 (betraf den Kanton Aargau, enthielt einen inhaltlichen Schwerpunkt bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung);
- C-426/2012, C-452/2012 vom 5. Juli 2013 (betraf den Kanton Wallis, enthielt einen inhaltlichen Schwerpunkt bezüglich der Bedarfsermittlung).

Aus den Urteilsbegründungen in der aktuellen Rechtsprechung des BVGer wird deutlich, dass bei der periodischen Bedarfsüberprüfung im Rahmen der Spitalplanung zwingend nach den bundesrechtlichen Planungsgrundsätzen gemäss KVG sowie insbesondere nach Art. 58b und c KVV vorgehen ist. Damit verringert sich der Gestaltungsspielraum der Kantone bei der Erteilung von

⁷ Alle Urteile können in der Entscheidungsdatenbank des Bundesverwaltungsgerichts abgerufen werden:
<http://www.bvger.ch/publiws/?lang=de>.

Leistungen, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Versicherer mitfinanziert werden (vgl. Kapitel 3.3 und 3.4).

4.2 Politischer Rahmen

4.2.1 Planungserklärungen

Die Versorgungsplanung 2011–2014 wurde am 24. August 2011 durch den Regierungsrat genehmigt. Der Grosse Rat nahm diese in der Novembersession 2011 zur Kenntnis. Zudem gab er im Rahmen der Kenntnisnahme acht Planungserklärungen ab, zu denen der Regierungsrat während der Planungsperiode 2011–2014 Stellung bezog. Wegen der geänderten Rahmenbedingungen aufgrund der KVG-Revision sind einige Aspekte dieser Planungserklärungen zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 nicht mehr aktuell.

Planungserklärungen sowie die Antworten des Regierungsrats:

Planungserklärung 1

Der Prozess zur Erstellung der Spitalliste muss überarbeitet werden in folgenden Punkten: Der Kanton verzichtet auf eine eigene Leistungsmengenbegrenzung pro Spitalbetrieb. Leistungsaufträge sind an Unternehmen zu erteilen und nicht an einzelne Spitalstandorte. Die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität bleiben vorbehalten. Die Kriterien für die Vornahme eines Qualitätsbenchmarks sind zu erweitern und über mehr als ein Jahr zu evaluieren. Leistungsaufträge müssen medizinisch sinnvolle Behandlungsketten im gleichen Spital möglich machen.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung mit Vorbehalt zu.

Realisierung: Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Hinblick auf die KVG-Revision hat die Aspekte zur Erstellung der kantonalen Spitallisten auf Bundesebene koordinierend konkretisiert. Der Prozess zur Erstellung der Spitallisten wurde im Kanton Bern in der Planungsperiode 2011–2014 vollumfänglich überarbeitet.

Planungserklärung 2

a Die Spitalgesellschaften handeln autonom und organisieren sich selber. **b** Der Kanton als Eigentümer und die Regionalen Spitalzentren handeln konsequent gemäss den ihnen zugewiesenen Kompetenzen.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung zu.

Realisierung: Die Planungserklärung fand Niederschlag in der Revision des SpVG von 2013, konkret in der Formulierung der Art. 25, 31, 33 und 38 SpVG. Die Umsetzung erfolgt des Weiteren im Rahmen des Prozesses zur Erstellung der Spitallisten (siehe Planungserklärung 1). Weiterhin wird die konsequente Wahrnehmung der zugewiesenen Rollen vom Regierungsrat im Rahmen der Festlegung und Umsetzung der Eigentümerstrategie stetig überwacht.

Planungserklärung 3

Bei allfälligen Fusionen von Spitalregionen ist vorgängig zu untersuchen und belastbar nachzuweisen, inwieweit sich Synergieeffekte einstellen, wenn zwei geografisch grosse Gebiete mit eher kleinen Bevölkerungszahlen zusammengelegt werden.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung unter Vorbehalt zu.

Realisierung: 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

Um auch in den Regionen ein Minimum an Koordination zu gewährleisten, ist die 80/30-Regel um die maximal zumutbare Distanz (z. B. 50 km) zu einem Angebot der umfassenden Grundversorgung zu erweitern (inner- oder ausserkantonale).

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung zu.

Realisierung: 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

Die Zusatzfinanzierungen sollen nicht zur Strukturhaltung beitragen, sondern gezielt Nachteile ausgleichen, die als versorgungsnotwendig erachtete dezentrale Strukturen gegenüber zentralen Strukturen erleiden und die durch die Tarife nicht abgebildet werden.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung mit Vorbehalt zu.

Realisierung: Zusatzfinanzierungen basieren in der Regel auf Normkosten und werden hauptsächlich über Leistungsverträge abgegolten. Dabei werden die Listenspitäler gleich behandelt. Mit Art. 67–69 des revidierten SpVG, das auf den 1. Januar 2014 in Kraft trat, wird dem Anliegen Rechnung getragen.

Planungserklärung 6

Bei der Festlegung von Mindestfallzahlen und Leistungsaufträgen in Leistungsgruppen sollen nicht nur die stationären Leistungen betrachtet werden, sondern es sind ambulante Leistungen in geeigneter Weise miteinzubeziehen.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung unter Vorbehalt zu.

Realisierung: Für den ambulanten sowie teilstationären Versorgungsbereich besteht keinerlei Planungspflicht gemäss Art. 39 KVG. Gemäss aktueller Rechtsprechung ist es den Kantonen grundsätzlich freigestellt, auch diese Bereiche im Rahmen der Versorgungsplanung einzubeziehen. Die Umsetzung erfolgt – soweit mit den vorhandenen Statistiken möglich und im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen zulässig – im Prozess zur Erstellung der Spitallisten (siehe Planungserklärung 1).

Planungserklärung 7

a Die Hilfsfristregel 90/15 für den Rettungsdienst ist bis spätestens 2014 eingeführt. **b** Ausserkantonale Angebote sind mitzuberücksichtigen.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmt der Planungserklärung teilweise zu.

Realisierung: Die Umsetzung der Hilfsfristregel 90/15 wurde in der Planungsperiode 2011–2014 wegen fehlender finanzieller und personeller Ressourcen sistiert. Sie 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

Zur Begleitung der Umsetzung der Versorgungsplanung, der EV KVG und zur Vorbereitung des Spitalversorgungsgesetzes wird auf 1.1.2012 eine Grossrätliche Kommission eingesetzt.

Antwort des Regierungsrats: Der Regierungsrat stimmte der Planungserklärung zu.

Realisierung: Zum 1. Juni 2014 wurde die Gesundheits- und Sozialkommission (GSoK) als beratendes Gremium eingesetzt.

4.2.2 Parlamentarische Vorstösse

Im Lauf der Planungsperiode 2011–2014 wurden unterschiedliche parlamentarische Vorstösse eingereicht, die Planungsfragen betrafen. Die Vorstösse weisen in der Regel eine grosse inhaltliche Bandbreite auf. Beantwortete Vorstösse können auf der Internetseite des Regierungsrats eingesehen werden.⁸ In Anhang A findet sich eine Auflistung der eingereichten Vorstösse bis zum Stichtag 31. Dezember 2015, die einen direkten Bezug zur Versorgungsplanung aufwiesen.

⁸ Alle Vorstösse sind abrufbar unter: http://www.rr.be.ch/rr/de/index/rronline/rronline/beantwortete_vorstoesse.html.

4.2.3 Weitere politische Rahmenbedingungen

Verselbstständigung der psychiatrischen Spitäler und Kliniken

Mit dem Beginn der Planungsperiode 2017–2020 werden ab dem 1. Januar 2017 gemäss Art. 148 SpVG die drei kantonalen Psychiatriebetriebe aus der Kantonsverwaltung des Kantons Bern ausgegliedert:

- UPD Bern (UPD)
- Psychiatriezentrum Münsingen (PZM)
- Psychiatrische Dienste Biel-Seeland-Berner Jura (PDBBJ)

Die Verselbstständigung der kantonalen psychiatrischen Betriebe erfolgt rechtlich über die Gründung von privatrechtlichen Aktiengesellschaften. Die Herausforderungen für die Betriebe in diesem Veränderungsprozess sind vielfältig, und die künftige Entwicklung ihrer Leistungsangebote bleibt abzuwarten.

Spitalstandortinitiative

Am 24. Juni 2013 wurde im Kanton Bern die Volksinitiative für den gesetzlichen Erhalt von Spitalstandorten lanciert. Die Initiative enthält einen Gesetzesvorschlag, in welchem der Kanton Bern verpflichtet wird, bestimmte Spitalstandorte mit ihrem bestehenden Leistungsangebot während mindestens acht Jahren aufrechtzuerhalten. Autoren der Initiative sind Präsidentinnen und Präsidenten von fünf Gemeinden aus der ländlichen Umgebung von Bern sowie ein Allgemeinmediziner aus Langnau. Die Volksinitiative ist mit 25 945 Unterschriften rechtsgültig zustande gekommen. Dies wurde am 12. Februar 2014 per Regierungsratsbeschluss festgestellt. Die GEF hat daraufhin ein juristisches Gutachten in Auftrag gegeben. Das Gutachten vom 11. Juni 2014 befasst sich mit der Frage, ob die Initiative mit übergeordnetem Recht vereinbar ist und wie bestimmte Passagen der Initiative auszulegen sind. Der Grosse Rat hat die Initiative am 7. Juni 2016 abgelehnt mit 82 Nein- gegen 24 Ja-Stimmen bei 3 Enthaltungen. Am 27. November 2016 wurde die Initiative vom Berner Stimmvolk ebenfalls abgelehnt (200 787 Nein-Stimmen gegen 102 772 Ja-Stimmen).

5 Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014

In diesem Kapitel wird die Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014 vorgestellt. Es gibt umfassend Einblick in die Arbeiten und Entwicklungen der letzten fünf Jahre. In den Jahren 2011–2014/5 wurden viele der Strategien und Massnahmen der Versorgungsplanung 2011–2014 umgesetzt. Die Planungsentscheide des Regierungsrats trugen dazu bei, die bedarfsgerechte, qualitativ herausragende, zukunfts- und wettbewerbsfähige Versorgung im Kanton Bern sicherzustellen.

5.1 Verlängerung und Anpassung der Versorgungsplanung 2011–2014

Verlängerung

Die Versorgungsplanung 2011–2014 sah vor, dass 2015 eine umfassende Überarbeitung der kantonalen Planung auf Basis der Daten der gesamtschweizerischen Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Jahres 2012 erfolgen sollte. Am 2. Juli 2014 verlängerte der Regierungsrat die Planungsperiode der Versorgungsplanung 2011–2014.⁹ Den Entscheid für die Verlängerung begründete er mit dem Systemwechsel in der Schweizer Spitalfinanzierung zum 1. Januar 2012 (KVG-Revision von 2007). Die neue Spitalfinanzierung war während der Planungsperiode in Kraft getreten. Durch die Verlängerung der Versorgungsplanung 2011–2014 konnte der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Inanspruchnahme der stationären Spitalleistungen in der Datenbasis der Versorgungsplanung 2016 erfasst und abgebildet werden. Die Versorgungsplanung 2016 wurde auf einer validen Datenbasis erstellt, welche die Jahre 2012 und 2013 einschliesst.

Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die kantonalen Spitallisten

Neben der Verlängerung der Versorgungsplanung 2011–2014 passte der Regierungsrat am 2. Juli 2014 im gleichen Beschluss auch das Vorgehen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Spitalplanung an.

5.2 Überblick über die Spitallandschaft zum Ende der Planungsperiode 2011–2014

Wesentliche Bestandteile der Versorgungsplanung 2011–2014 waren die kantonalen Spitallisten der Kategorien Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Sie traten in den Jahren 2012 und 2014 in Kraft. Im Folgenden wird ein allgemeiner Überblick über die Spitallandschaft zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 gegeben. Er umfasst die wichtigsten Eckwerte für die Berner Spitallandschaft zum Stichtag 31. Dezember 2015.

Berner Spitallisten zwischen 2012 und 2014

Das Angebot der Berner Listenspitäler zum Stichtag 31. Dezember 2015 entspricht den an diesem Tag rechtsgültigen Leistungsaufträgen auf den kantonalen Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

Diese sind:

- Spitalliste Akutsomatik, gültig seit 1. Mai 2014
- Spitalliste Rehabilitation, gültig seit 1. Mai 2012
- Spitalliste Psychiatrie, gültig seit 1. Mai 2012

Auf diesen Spitallisten führt der Kanton Bern zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 insgesamt 53 Standorte (Listenspitäler) im Kantonsgebiet. Dazu kommen 12 weitere Standorte von Listenspitälern ausserhalb des Kantons. Sie beteiligen sich an der Versorgung der Berner Wohnbevölkerung mit stationären Leistungen der Akutsomatik und der Rehabilitation. In der Psychiatrie kann der Bedarf der Berner Bevölkerung mit dem Angebot innerkantonaler Leistungserbringer gedeckt werden. Seit der Genehmigung der Versorgungsplanung 2011–2014 im August 2011 hat sich die Ge-

⁹ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2014a.

samtzahl der Listenspitäler (Standorte) um drei Standorte reduziert, dies durch die Schliessung der Spitalstandorte Saanen und Zieglerspital sowie die Streichung der Klinik Piano von der Spitalliste Akutsomatik. Der Anteil der Spitäler mit privater Trägerschaft hat sich dadurch geringfügig erhöht (siehe auch Kapitel 9.3.6).

5.3 Massnahmen der Versorgungsplanung 2011–2014

Der Kanton führte für die Versorgungsplanung 2011–2014 umfassende Bewertungen der spitalgebundenen Versorgungssituation im Kanton durch, auf deren Grundlage er unterschiedliche Massnahmen vorschlug. Im Folgenden wird der Umsetzungsstand dieser Massnahmen zusammenfassend dargestellt.

Spitalplanung | Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie

Im Bereich der Spitalplanung zeichneten sich aus der Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014 fünf wesentliche Entwicklungen ab: Viele der Strategien und Massnahmen der Versorgungsplanung 2011–2014 stützten sich insbesondere auf das Instrument der Mengensteuerung (Beschränkung der maximal zulässigen Fallzahlen im Zusammenhang mit der Erteilung von Leistungsaufträgen) ab. Der Grosse Rat hat jedoch jegliche Mengensteuerung über die Spitalisten abgelehnt, was in der Folge die Umsetzung stark erschwerte. Unabhängig von der fehlenden Mengensteuerung über die Berner Spitalisten legte der Kanton dennoch qualitative Anforderungen fest, welche die Standorte der Listenspitäler zum Erhalt eines Leistungsauftrags auf den kantonalen Spitalisten erfüllen müssen (zu den SPLG-Systematiken siehe Kapitel 8.2). Die Versorgungsplanung 2011–2014 verfolgte das Ziel, die HSM-Leistungen im Berner Universitätsspital, dem Inselspital, zu konzentrieren. Mit der Spitalliste vom 1. Mai 2014 übernahm der Kanton Bern jedoch die Vorgaben der IVHSM ohne weitere kantonale Anpassungen (siehe Kapitel 5.4.1.7). Im Bereich der Psychiatrie wurden in der Planungsperiode 2011–2014 Fragen zu möglichen Organisationsformen und zur Trägerschaft geklärt. Die daraufhin im Jahr 2013 durch den Grossen Rat beschlossene Verselbständigung der staatlichen Psychiatriebetriebe legte eine wichtige strategische Rahmenbedingung fest. Diese führte in der Folge zu einer Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zwischen den Psychiatriebetrieben und den akutsomatischen Spitälern. Die intensive Befassung mit den Fragen zur regionalen Gliederung für die Akutsomatik und insbesondere für die Psychiatrie zeigte, dass sich die regionale Betrachtung für die Akutsomatik entsprechend den Grundlagen der Versorgungsplanung 2011–2014 bewährte, während sich diese geografische Aufteilung des Kantonsgebiets für die Psychiatrie nicht als zielführend erwies (siehe Kapitel 7.1.3).

Rettungswesen

Im Rettungswesen fokussierte die Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014 auf vier Entwicklungen: Zur Verbesserung der Hilfsfrist bauen die Rettungsdienste Netzwerke von First-Responder-Gruppen auf, die durch die Sanitätsnotrufzentrale alarmiert werden und beispielsweise bei Herzstillständen unverzüglich eingesetzt werden können. Während die Organisation der terrestrischen Rettungsdienste unverändert ist, konnte die Alarmierung der Luftrettung geklärt und die Zusammenarbeit der Luftrettungsbetriebe durch eine entsprechende Vereinbarung gesichert werden. Weiter wird das Einsatzleitsystem der Sanitätsnotrufzentrale kontinuierlich weiterentwickelt. Damit verbunden ist auch die stetige Verbesserung der Datengrundlage zu den Rettungseinsätzen (siehe Kapitel 15). Die Einführung der Finanzierung gemäss Normkostenmodell stiess zu Beginn auf Schwierigkeiten, da das Modell zu grossen Teilen (Personalkosten) nicht auf den effektiven Kosten der Rettungsdienste, sondern auf Vorgaben bezüglich Lohneinstufungen beruhte. Inzwischen wurde das Modell dahingehend angepasst, dass ein Benchmark der effektiven Kosten der Rettungsdienste für die Festlegung der Normkosten verwendet wird (siehe Kapitel 5.4.3).

Nicht universitäre Gesundheitsberufe

Die Versorgungsplanung 2011–2014 sah im Bereich der nicht universitären Gesundheitsberufe eine generelle Verpflichtung der dem Spitalversorgungsgesetz unterstellten Leistungserbringer vor, sich angemessen an ihrer Aus- und Weiterbildung zu beteiligen. Dies wurde mit dem revidierten SpVG sowie der per 2014 erfolgten indirekten Anpassung des Sozialhilfegesetzes (SHG) für die Gesundheitsbetriebe im Langzeitbereich umgesetzt. Seit 2012 werden die Leistungserbringer nach SpVG im Rahmen der eingeführten Ausbildungsverpflichtung durch den Kanton für die Aus- und Weiterbildungsleistungen finanziell entschädigt (siehe Kapitel 16.6).

5.4 Themen und Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2011–2014

Die Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2011–2014 lagen auf der integrierten Versorgung, der palliativen Versorgung, der Post-Akut-Pflege, der geriatrischen Versorgung, der Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, der Dehospitalisierung von Langzeitpatientinnen und -patienten in der Psychiatrie sowie der hochspezialisierten Medizin. Weiter wurden die ambulanten Leistungen in der Psychiatrie gezielt geprüft. Darüber hinaus erfolgte die Einführung der Finanzierung anhand von Normkosten für die Rettungsdienste und die Einführung der Ausbildungsverpflichtung für nicht universitäre Gesundheitsberufe.

5.4.1 Versorgungsschwerpunkte

5.4.1.1 Integrierte Versorgung

Wird der Einsatz der unterschiedlichen Kompetenzen der Leistungserbringer aufeinander abgestimmt, steigt die Versorgungskontinuität. Durch eine integrierte Versorgung sollen insbesondere Behandlungsabbrüche und Doppelspurigkeiten zwischen den stationären Versorgungsbereichen sowie zwischen stationärer und ambulanter Versorgung vermieden werden. Mit der Revision der kantonalen Rechtsgrundlage zur Mitte der Planungsperiode 2011–2014 konnte die integrierte Versorgung als gemeinsamer Auftrag von Kanton und Leistungserbringern im kantonalen Spitalversorgungsgesetz verankert werden (vgl. Art. 3 Abs. 2 SpVG). In der Versorgungsplanung 2011–2014 wurden Schwerpunkte auf folgende ausgewählte Bereiche der integrierten Versorgung gelegt, um dort die Versorgung schrittweise stärker zu integrieren: palliative Versorgung, Post-Akut-Pflege und geriatrische Versorgung. Der Umsetzungsstand und die daraus abgeleiteten Empfehlungen für diese Versorgungsschwerpunkte werden in den folgenden Kapiteln skizziert.

Handlungsfeld: Integrierte Versorgung

Auch in der Planungsperiode 2017–2020 soll, wenn möglich, von der Fragmentierung der Versorgung Abstand genommen und ihre Integration gefördert werden. Von den Listenspitälern wird ausdrücklich erwartet, dass ihre Angebote diesem wichtigen Leitgedanken folgen und sie mit den einweisenden, aber insbesondere auch den nachsorgenden Einrichtungen und Personen nachhaltige und systematische Kooperationen aufbauen und diese Kooperationen weiter stärken. Damit soll gewährleistet werden, dass Patientinnen und Patienten bei Bedarf wohnortnah und kontinuierlich versorgt werden können. So werden insbesondere unnötige Wartezeiten, Behandlungsunterbrüche, Mehrfachuntersuchungen und Fehlbehandlungen vermieden.

Exkurs: Modellvorhaben Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saenenland

Im Auftrag der GEF und in enger Zusammenarbeit mit dieser konzipierte und realisierte die Spital STS AG zwischen den Jahren 2012 und 2014 das Modellvorhaben Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saenenland (MeGOS). Das übergeordnete Ziel des Modellvorhabens war, die strukturellen Grundlagen für die langfristige Sicherung der medizinischen Grundversorgung zu schaffen – unter Einbezug und in Zusammenarbeit mit den lokalen Partnern. Beispielhaft wurde in einer peripheren, voralpinen bzw. alpinen Region ein Modell zur integrierten Versorgung entwickelt und evaluiert. Anlass für das Modellvorhaben waren die allgemeinen Herausforderungen und Veränderungsprozesse in der Gesundheitsversorgung in peripheren Regionen: Dort gerät die Versorgung heute oft sektorübergreifend (ambulant und stationär) in Bedrängnis angesichts des gestiegenen Drucks auf die Leistungserbringer und der sich abzeichnenden Nachwuchsengpässe bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei den nicht universitären Gesundheitsberufen. Die oft wenigen Leistungserbringer sind auf eine vergleichsweise enge Zusammenarbeit angewiesen und übernehmen in der Regel unterschiedliche Funktionen der medizinischen Grundversorgung (Notfallversorgung, Langzeitpflegeversorgung, Diagnostik etc.). MeGOS sollte aus Sicht des Kantons am Beispiel einer peripheren Region auf gezielte Fragen zur Versorgungssituation Antworten geben und diese für weitere, ähnliche Veränderungsprozesse in anderen peripheren Regionen aufbereiten und nutzbar machen. Das Modellvorhaben umfasste drei Teilbereiche: die Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung des Rettungswesens, den Aufbau des Gesundheitsnetzes sowie die Überprüfung der Versorgungsnotwendigkeit der Spitalstandorte und ihrer Angebote.

Während zu Beginn des Projekts vor allem die Spitalversorgung im Vordergrund stand, rückte nach der Schliessung des Regionalspitals Saanen und der Feststellung der Versorgungsnotwendigkeit des Regionalspitals Zweisimmen zunehmend die Bedrohung der ambulanten medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Hausarztmedizin, in den Vordergrund.¹⁰ Am 17. Juni 2013 wurde schliesslich der Verein «Medizinische Grundversorgung Simmental-Saanenland» (MeGSS) gegründet, dessen Ziel die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure in der Region ist, um gemeinsam die medizinische Grundversorgung in der Region mittel- und langfristig zu sichern. Im September 2013 hat die STS AG zudem entschieden, den Rettungsdienst für das Simmental-Saanenland ab dem 1. Dezember 2013 in der Region Saanenmöser zu stationieren. Das Folgeprojekt MeGSS ist noch nicht abgeschlossen. Es lässt sich aber festhalten, dass das Pilotprojekt MeGOS massgeblich geholfen hat, einen Veränderungsprozess in der betroffenen Region sektorübergreifend anzustossen, zu thematisieren und dessen Erfolgsfaktoren aufzuzeigen. Der Erfolg des Modellvorhabens wird sich aber letztlich erst weit nach Abschluss des Pilotprojekts zeigen.

5.4.1.2 Palliative Versorgung

In der Planungsperiode 2011–2014 setzten sich der Kanton und die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer gemeinsam für eine palliative Versorgung ein (vgl. Art. 3 Abs. 2 SpVG). Die palliative Versorgung (englisch Palliative Care) umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die palliative Versorgung wird angewendet, sobald die Heilung der Erkrankung nicht mehr als möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Damit soll auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und nahestehender Bezugspersonen umfassend eingegangen werden, Symptome und Leiden der Patientinnen und Patienten sollen bestmöglich antizipiert und gelindert werden. Die palliative Versorgung erfolgt sektorübergreifend, weil sie ärztliches und pflegerisches Personal aus dem ambulanten sowie stationären Sektor patientenzentriert einbindet. Parallel sollen überflüssige Notaufnahmen in einem Spital vermieden werden. Die palliative Versorgung erfolgt, soweit dies möglich ist, an dem von der Patientin oder dem Patienten gewünschten Ort. Um dieses Ziel zu erreichen, sind stationäre, ambulante und mobile Angebote notwendig, die sich ergänzen. Bei der palliativen Versorgung ist zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgung zu unterscheiden. Im Spital ist Erstere Teil des «Basispakets» der SPLG Akutsomatik und muss von jedem Spital angeboten werden, das einen entsprechenden Leistungsauftrag hat.

Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern

Die Zielsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care wurde in das «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern» aufgenommen. Das kantonale Konzept wurde während der Planungsperiode 2011–2014 veröffentlicht.^{11, 12} Das Konzept stützte sich bei der Bedarfsermittlung auf Empfehlungen von BAG, GDK und palliative.ch sowie auf Schätzungen der «European Association for Palliative Care» ab, weil der quantitative Bedarf an spezialisierten Palliative-Care-Angeboten aufgrund der ungenügenden Datenlage lediglich geschätzt werden kann.¹³ Diese Empfehlungen gehen von 80 bis 100 spezialisierten stationären palliativen Pflegeplätzen pro einer Million Einwohner sowie ein ambulantes Palliativteam pro 100 000 Einwohner aus.

Allgemeine palliative Versorgung im Spital

Die allgemeine palliative Versorgung im Spital umfasst die Angebote für Patientinnen und Patienten in stabilen Krankheitssituationen, die keine spezialisierte Behandlung und Betreuung benötigen. Im Spitalbereich werden sie von Spitälern mit dem akutsomatischen Leistungsauftrag «Basispaket» der SPLG Akutsomatik behandelt.

Spezialisierte palliative Versorgung im Spital

Dagegen fokussiert die spezialisierte palliative Versorgung im Spital auf Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, die eine instabile und komplexe Krankheitssituation aufweisen und deshalb eine spezialisierte Behandlung und Pflege benötigen. Um ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochstehendes Angebot an spezialisierter palliativer Versorgung in den Berner Listenspitälern sicherzustellen, erarbeitete die GEF für die SPLG Akutsomatik in Abweichung von der Systematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich den kantonalen Leistungsauftrag «Spezialisierte Palliative Care im Spital». Dieser wurde im Rahmen einer Fachanhörung mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren im Frühjahr 2015 definiert. Zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 wurde dieser

¹⁰ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2013.

¹¹ Vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2009.

¹² Vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2013.

¹³ Vgl. European Association for Palliative Care, 2010.

Leistungsauftrag an acht Berner Listenspitäler erteilt: der Inselgruppe AG am Standort Inselspital, der Regionalspital Emmental AG am Standort Burgdorf, der Lindenhof AG am Standort Lindenhofspital, dem Hôpital du Jura bernois am Standort Moutier, der Spitalzentrum Biel AG, der Spital STS AG am Standort Thun, der Stiftung Diaconis und dem Hôpital neuchâtelais am Standort La Chrysalide. Die neu erteilten Leistungsaufträge beruhen auf einem Bewerbungsverfahren unter den interessierten Spitälern und traten im Dezember 2015 in Kraft (siehe Tabelle 1, Abbildung 2).

Tabelle 1:

Spezialisierte palliative Versorgung in Berner Listenspitälern | Akutsomatik

Nr.	Spital (Standort)	«Spezialisierte Palliative Care im Spital (SpezPalCare)»
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	X
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	X
23	Spital Thun, Spital STS AG	X
26	Spitalzentrum Biel AG	X
27	Stiftung Diaconis	X
59	La Chrysalide, Hôpital neuchâtelais [NE]	X
Berner Listenspitäler insgesamt		8

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Spezialisierte mobile Palliativdienste

Spezialisierte mobile Palliativdienste (MPDs) reduzieren unnötige und für die Betroffenen oft als belastend empfundene Verlegungen in stationäre Einrichtungen durch eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer. MPDs bestehen in der Regel aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen mit Expertenwissen.¹⁴ In komplexen Palliativsituationen können sie ärztliche und pflegerische Grundversorger durch ihr Spezialwissen bei der Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten unterstützen. Im «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern» weist der Kanton Bern auf entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten durch den Kanton hin und konkretisiert den Bedarf an MPDs für eine flächendeckende Versorgung. Seit 2011 unterstützen die Kantone Bern (nach Art. 4 Gesundheitsgesetz; GesG), Jura und Neuchâtel den interkantonalen MPD «Equipe mobile des soins palliatifs BEJUNE» finanziell, der auch Leistungserbringer in der Grundversorgung im Berner Jura berät. Ausserdem wurde in den Jahren 2014 und 2015 der MPD der Spital STS AG und des Palliative-Care-Netzwerks Region Thun durch den Kanton unterstützt, der als Modellversuch (nach Art. 115 SpVG) für die Vernetzung, Sensibilisierung und Koordination in der bereichsübergreifenden palliativen Versorgung zuständig ist. Für eine flächendeckende Koordination und Vernetzung sind die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen jedoch noch nicht gegeben. Deswegen prüft der Kanton in der Planungsperiode 2017–2020, wie das Angebot von MPDs im ganzen Kanton gefördert werden kann.

¹⁴ Unter «mobil» ist nicht per se ein Einsatz vor Ort zu verstehen. Die Tätigkeiten der mobilen Dienste sind primär als Unterstützungsleistungen für die Grundversorger zu verstehen.

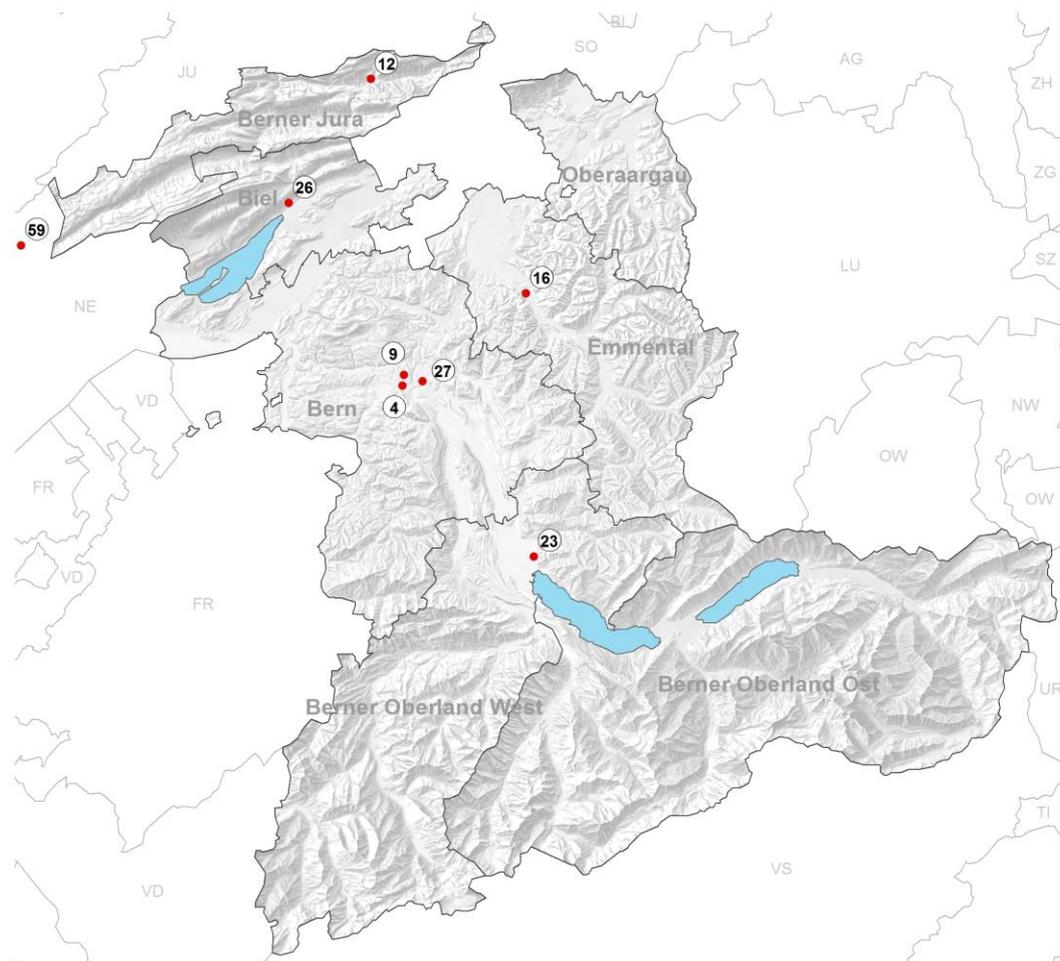
Abbildung 2:

Übersichtskarte spezialisierte palliative Versorgung in Berner Listenspitälern | Akutsomatik



Versorgungsplanung 2016 BE

Spezialisierte Palliative Care, Stand 31.12.2015



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

0 7'500 15'000 22'500
Meter

1:700'000



Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	23 Spital Thun, STS AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	26 Spitalzentrum Biel AG
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	27 Stiftung Diaconis
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	59 La Chrysalide, Hôpital neuchâtelois [NE]

Handlungsfeld: Palliative Versorgung

Überprüfung der Bedarfsermittlung

In der Versorgungsplanung 2011–2014 wurde aufgrund der fehlenden Zuordnungsmöglichkeit über die SPLG-Systematik Akutsomatik auf eine Bedarfsermittlung für die palliative Versorgung im Kanton Bern verzichtet. Das «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern», das in der Planungsperiode 2011–2014 veröffentlicht wurde, stützte sich bei der Bedarfsermittlung auf Empfehlungen von BAG, GDK und palliative.ch sowie auf Schätzungen der «European Association for Palliative Care (EAPC)» ab. Mit der verbesserten Abbildung spezialisierter palliativmedizinischer Spitalleistungen seit dem 1. Januar 2015 (CHOP 93.8A.3) könnte künftig zusätzlich eine retrospektive rechnerische Quantifizierung des Bedarfs aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser möglich werden.^{15, 16} Bis dahin orientiert sich die Bedarfsermittlung für die Vergabe von Leistungsaufträgen an den Empfehlungen, die im «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern» enthalten sind.

Beobachtung der Bedarfs- und Angebotsentwicklung

Inwieweit die neuen Angebote der spezialisierten palliativen Versorgung im Spital ausreichen («SpezPalCare» der SPLG Akutsomatik), bedarf einer Überprüfung in der Planungsperiode 2017–2020. Mit dieser Frage wird sich der Kanton Mitte 2018 im Rahmen der Erstellung der nächsten Versorgungsplanung befassen. Dabei sollen auch die palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen im Kanton Bern noch einmal eingehend geprüft und mit allen beteiligten Fachämtern erörtert werden. Dazu gehört auch die Entwicklung im ambulanten palliativmedizinischen und pflegerischen Bereich. Auch ein Modellvorhaben mit dem Ziel der Weiterentwicklung der im Kanton Bern angebotenen MPDs fällt in die Planungsperiode 2017–2020. Von einer flächendeckenden Etablierung kann während der Planungsperiode 2017–2020 noch nicht ausgegangen werden. Bewähren sich die MPDs, dann wäre diese Entwicklung für eine wohnortnahe und bereichsübergreifende Versorgung für die betroffenen Patientinnen und Patienten wünschenswert. Auch mit dieser Frage wird sich der Kanton frühestens Mitte 2018 befassen können.

5.4.1.3 Post-Akut-Pflege

Schweizweit steigt die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgebedarf nach einem somatischen Akutspitalaufenthalt. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium werden etwa 10 Prozent der Patientinnen und Patienten nach dem Aufenthalt in einem Akutspital weiterhin stationär versorgt.¹⁷ Die Gründe für diese Entwicklung sind nicht vollständig geklärt. Unklar ist ebenfalls, inwieweit es den postakutstationären Versorgungssettings gelingt, sich auf Patientinnen und Patienten einzustellen, die einen höheren und teils auch noch einen akutmedizinischen Nachsorgebedarf aufweisen. Vor diesem Hintergrund stellt die stationäre Nachsorge nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt eine zunehmende Herausforderung für die bedarfsgerechte Versorgung der älter werdenden Bevölkerung im Kanton Bern dar.

Der Begriff Post-Akut-Pflege

Die Post-Akut-Pflege war für Patientinnen und Patienten gedacht, die aufgrund eines Akutereignisses (z. B. wegen einer Verletzung oder Operation) hospitalisiert wurden und nach Stabilisierung ihrer medizinischen Probleme – zeitlich begrenzt – noch täglich eine intensive pflegerisch-therapeutische Betreuung benötigen. Das Ziel der Post-Akut-Pflege war die Wiedererlangung einer Selbstständigkeit, die ein Leben in der gewohnten Umgebung zulässt. Das Konzept schloss seinerzeit in besonderem Mass geriatrische Patientinnen und Patienten ein. Da die Betroffenen häufig noch nicht rehabilitationsfähig waren oder kein Rehabilitationsbedarf mit konkretem Behandlungsziel bestand, wurde die Post-Akut-Pflege als Bestandteil der stationären Akutversorgung definiert. Ein 2004 abgeschlossener Modellversuch ergab für Patientinnen und Patienten mit einer Post-Akut-Pflege einen Gesundheitsgewinn bei etwas höherem Aufwand und gleichen Gesamtkosten. Die Versorgungsplanung 2007–2010 sah vor, die Post-Akut-Pflege als Standardangebot in den regionalen Spitalzentren zu etablieren. In den vergangenen Jahren zeigte sich jedoch, dass kein Spital die Post-Akut-Pflege im ursprünglichen Konzept umsetzte.¹⁸ Die Gründe hierfür werden in der Revision des KVG und der damit verbundenen Änderung in der Spitalfinanzierung vermutet.

¹⁵ Vgl. SwissDRG, 2014b.

¹⁶ Vgl. Bundesamt für Statistik, 2012.

¹⁷ Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015.

¹⁸ Vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2008.

Weil das PAP-Konzept als solches keine spezifische Abgeltung für die Spitäler auslöste, sondern die betroffenen pflegerischen Leistungen im Rahmen der regulären Tarife – entsprechend den Vorgaben der SwissDRG AG – abgegolten werden, konnte das ursprüngliche Konzept auch in der Planungsperiode 2011–2014 nicht umgesetzt werden.¹⁹

Handlungsfeld: Post-Akut-Pflege

Zur Einschätzung des Bedarfs an Post-Akut-Pflege lässt die GEF 2016/17 ein wissenschaftliches Gutachten über die «Nachsorge von Patientinnen und Patienten nach einem akutsomatischen Spitalaufenthalt» erstellen. Das Gutachten dient gleichzeitig der ergebnisoffenen Eignungsprüfung der bestehenden Versorgungsangebote im Kanton Bern (auch unter Berücksichtigung der Finanzierung gemäss den spezifischen Tarifsystemen).

5.4.1.4 Geriatrische Versorgung

Bereits die Versorgungsplanung 2011–2014 mass der stationären Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung bei. Der demografische Wandel verändert den Versorgungsbedarf der Berner Bevölkerung und macht eine Anpassung der stationären Versorgung an eine alternde Gesellschaft notwendig. Ziel der stationären geriatrischen Versorgung ist, das Risiko einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit und des Verlusts von Eigenständigkeit zu verringern. Häufige Krankheiten im Alter sind Bluthochdruck, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen der Atemwege, Krebserkrankungen, Arthrose sowie Demenz und Depression. Neben dem hohen Alter geriatrischer Patientinnen und Patienten (75-jährig und älter) sind es insbesondere die spezifischen Charakteristika von Multimorbidität und Funktionseinschränkungen, die zu einem erhöhten medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf führen.²⁰

Definition geriatrischer Patientinnen und Patienten

Die Bedarfsermittlung für geriatrische Patientinnen und Patienten stellt eine Herausforderung dar, da es keine einheitliche Definition für den Bereich Geriatrie gibt.²¹ Insbesondere lässt sich auch keine direkte Zuordnung dieser Patientinnen und Patienten aus den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser vornehmen. In der Planungsperiode 2011–2014 bemühten sich die medizinischen Fachgesellschaften darum, geriatrische Patientinnen und Patienten in Zukunft besser im DRG-System abbilden zu können.

Ausgehend von diesen Entwicklungen geht die GEF von folgenden geriatritypischen Multimorbiditäten aus, die für die betroffenen Patientinnen und Patienten im Einzelfall wichtiger sind als das kalendarische Alter von mindestens 75 Jahren:

- Immobilität
- Sturzneigung und Schwindel
- Kognitive Defizite
- Inkontinenz
- Wundliegen (Dekubitus)
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- Depression und Angststörungen
- Chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- Gebrechlichkeit
- Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens

¹⁹ Die Bezeichnung Post-Akut-Pflege grenzte sich vom Begriff Akut- und Übergangspflege ab, der sich auf eine Versorgung und Tarifierung der ambulanten Dienste wie Spitex bezieht. Das revidierte KVG sieht neu die Leistungen der Akut- und Übergangspflege entsprechend Art. 25a Abs. 2 KVG vor. Gemäss Art. 7 Abs. 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) handelt es sich bei der Akut- und Übergangspflege um im Spital angeordnete Pflegeleistungen, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen. Die Leistungen werden während bis zu zwei Wochen und nur auf spitalärztliche Anordnung stationär in Pflegeheimen oder ambulant durch Spitex-Organisationen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen erbracht. Die Leistungen werden anschliessend nach den Regeln der Pflegefinanzierung vergütet.

²⁰ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, 2004.

²¹ Bisherige Versuche zur Definition und Bedarfsermittlung geriatrischer Patientinnen und Patienten: Der Kanton Aargau definierte ein kalendarisches Alter von mindestens 80 Jahren und ein biologisches Alter von mindestens 8 Nebendiagnosen als Indiz der Multimorbidität. In der vorangegangenen Berner Versorgungsplanung wurde von einem kalendarischen Alter von 75 Jahren, einer Aufenthaltsdauer von mindestens 21 Tagen und einem biologischen Alter von mindestens 8 Nebendiagnosen zur Definition geriatrischer Patientinnen und Patienten ausgegangen.

Mit dem standardisierten geriatrischen Basisassessment (CHOP 93.89.A2) liegt ab dem Erhebungsjahr 2014 eine zusätzliche Möglichkeit für eine Bedarfsermittlung über die Medizinische Statistik der Krankenhäuser vor. Das Basisassessment sieht die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen der zuvor genannten geriatritypischen Multimorbiditäten mit standardisierten Messverfahren vor (z. B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, Kontinenz, Kognition und soziale Situation).

Akutgeriatrie

Für die Akutspitäler gibt es im Kanton Bern den Leistungsauftrag «Akutgeriatrie Kompetenzzentrum» der SPLG Akutsomatik. Er umfasst die Versorgung besonders komplexer geriatrischer Fälle. Geriatrische Patientinnen und Patienten, die auf eine komplexe geriatrische Behandlung angewiesen sind, werden im Kanton Bern nach Möglichkeit in einem Kompetenzzentrum der Akutgeriatrie medizinisch versorgt. Für medizinische Behandlungen in einem Kompetenzzentrum ist insbesondere der CHOP 93.89.9x («Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung») vorgesehen. Mit dem kantonalen Leistungsauftrag «Akutgeriatrie Kompetenzzentrum» bieten im Kanton Bern zum Stichtag 31. Dezember 2015 16 akutsomatische Listenspitäler ein spezielles Versorgungsangebot für geriatrische Patientinnen und Patienten an (siehe Tabelle 4 und Abbildung 3). Die Mehrheit der älteren Patientinnen und Patienten wird jedoch in den regulären fachspezifischen medizinischen Leistungsgruppen der SPLG Akutsomatik bedarfsgerecht versorgt. So werden in den Leistungsbereichen «Basispaket», «Gastroenterologie» und «Neurologie» vergleichsweise hohe Anteile an 75-jährigen und älteren Patientinnen und Patienten behandelt und gepflegt (siehe Abbildung 4).

Tabelle 2:

Geriatrische Versorgung in Berner Listenspitälern | Akutsomatik

Nr.	Spital (Standort)	«Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (GER)»
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	X
8	Klinik Siloah AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	X
14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	X
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	X
17	Spital Frutigen, spitäler fmi AG	X
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	X
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	X
20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	X
21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	X
23	Spital Thun, Spital STS AG	X
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	X
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG	X
26	Spitalzentrum Biel AG	X
63	Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]	X
Berner Listenspitäler insgesamt		16

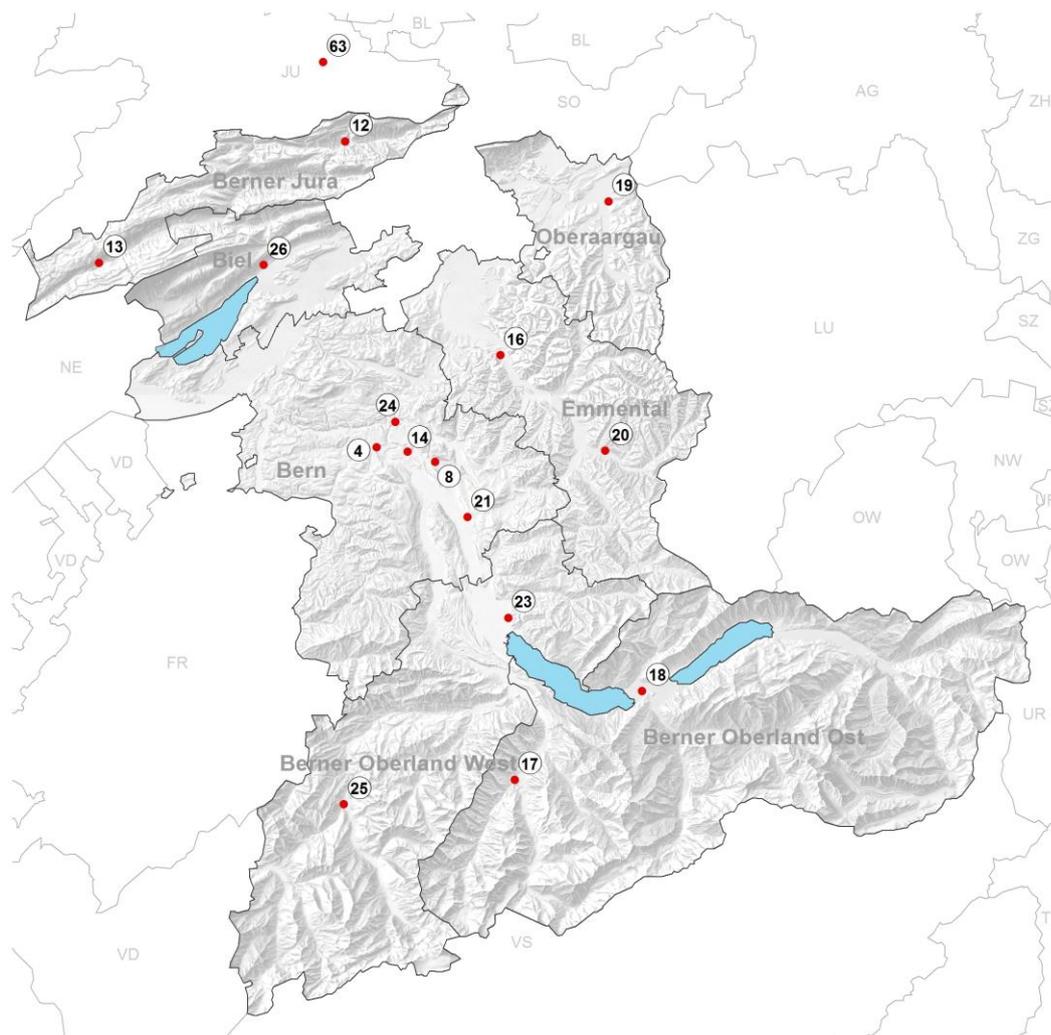
Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 3:
Übersichtskarte geriatrische Versorgung in Berner Listenspitälern | Akutsomatik



Versorgungsplanung 2016 BE

Akutgeriatrie Kompetenzzentrum, Stand 31.12.2015



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

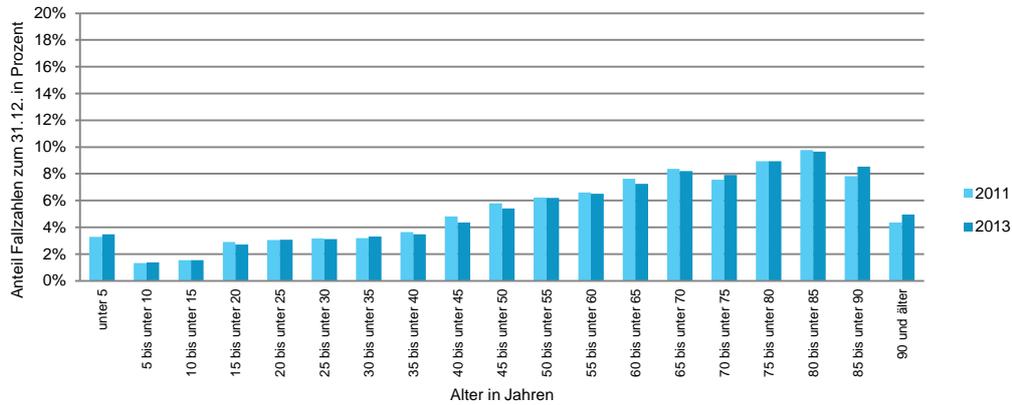
1:700'000

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
8 Klinik Siloah AG	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	23 Spital Thun, Spital STS AG
14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	24 Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	26 Spitalzentrum Biel AG
18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]

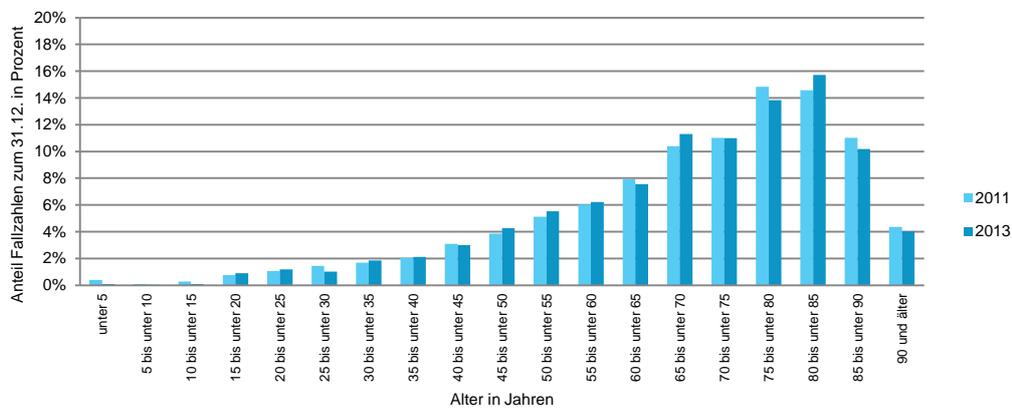
Abbildung 4:

Leistungsbereiche «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie», «Gastroenterologie» und «Neurologie» der SPLG Akutsomatik mit einem hohen Anteil über 75-jähriger Patientinnen und Patienten | Altersverteilung 2011/2013

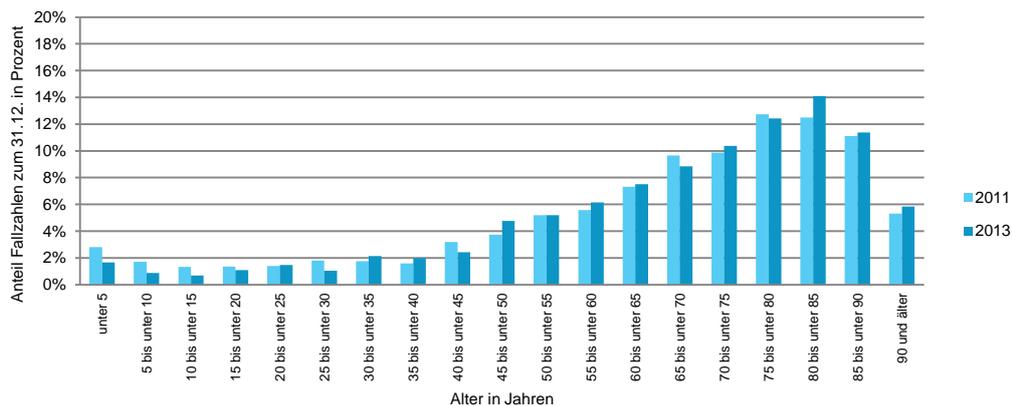
a) Basispaket Innere Medizin/Chirurgie



b) Gastroenterologie



c) Neurologie



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Exkurs: Modellversuch integrierte Versorgung in der Geriatrie

Zur geriatrischen Schwerpunktsetzung gehörte in der Planungsperiode 2011–2014 ein dreijähriger Modellversuch. Im Rahmen des Modellversuchs wurde die geriatrische Versorgung in einem regionalen Spitalzentrum (Spital Thun, STS AG) durch zwei integrativ wirkende Massnahmen ergänzt: interprofessionelle Teams und persönliche Bezugspersonen (Coaches). Die Versorgung in der geriatrischen Universitätsklinik (Spital Ziegler, Spital Netz Bern AG) diente als Referenz. Für die Evaluation wurden Behandlungsdaten von 266 Patientinnen und Patienten der beiden Spitäler sowie Daten aus Befragungen einbezogen und mit einem mehrjährigen Medienmonitoring sowie internationaler Literatur ergänzt. Befragt wurden Stichproben der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie ausgewählte Expertinnen und Experten der regionalen Leistungserbringer und des schweizerischen Gesundheitswesens. Der Modellversuch zeigte das Potenzial zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung auf, die mit interprofessionellen Teams und einem Coaching der Patientinnen und Patienten in einem regionalen Spitalzentrum bzw. in einem regionalen Versorgungssystem erzielt werden kann. Dabei wurden Verbesserungen des Gesundheitszustands nicht nur im Spital, sondern auch in den sechs Monaten nach der Entlassung erzielt. Darüber hinaus zeigte der Modellversuch hemmende und fördernde Bedingungen für die integrierte geriatrische Versorgung auf, die bei der Ausgestaltung neuer Versorgungsmodelle berücksichtigt werden sollten. Hemmend wirkten sich die Fragmentierung des Versorgungssystems, ungenügende oder unvollständige Information der Betroffenen, ungenau oder zu spät an mitbeteiligte Leistungserbringer weitergegebene Informationen sowie unzweckmässige oder ungenügende finanzielle Anreize aus. Fördernd wirkten sich eine ausgeprägte, konkurrenzfreie Zusammenarbeitskultur, ein standardisiertes Schnittstellenmanagement, eine auf Kriterien abgestützte Patientensteuerung und Flexibilität bei allen Beteiligten aus. eHealth kann die Versorgungsintegration fördern, z. B. durch Patienteninformations- und Kommunikationssysteme. Zudem wurden strukturell-institutionelle Voraussetzungen für die integrierte geriatrische Versorgung identifiziert, u. a. Guidelines, standardisierte Prozessabläufe und Weiterbildungen. Bei Expertinnen und Experten umstritten sind staatliche Massnahmen zur Steuerung bzw. Lenkung der Behandlungspfade. Die gewonnenen Erkenntnisse sind wichtig und wertvoll für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – sowohl hinsichtlich einer integrierten geriatrischen Versorgung als auch der Versorgungsintegration im Allgemeinen. Sie werden für die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung im Kanton Bern genutzt und, wo geeignet, bei der Erarbeitung von Versorgungskonzepten und versorgungsplanerischen Massnahmen berücksichtigt.

Geriatrische Rehabilitation

In der stationären Rehabilitation betrifft der Versorgungsschwerpunkt den Leistungsauftrag «Geriatrische Rehabilitation (GERE)» der SPLG Rehabilitation. Um die flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung weiter auszubauen, hat der Kanton Bern in der Planungsperiode 2011–2014 diesen Leistungsauftrag an weitere geeignete Listenspitäler erteilt. Zum Ende der Planungsperiode stellen im Kanton Bern neun Listenspitäler eine weitestgehend wohnortnahe Versorgung sicher (Stand 31.12.2015; siehe Tabelle 3 und Abbildung 5).

Tabelle 3:

Geriatrische Versorgung in Berner Listenspitälern | Rehabilitation

Nr.	Spital (Standort)	«Geriatrische Rehabilitation (GERE)»
8	Klinik Siloah AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	X
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	X
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	X
26	Spitalzentrum Biel AG	X
28	Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendi	X
29	Klinik Schönberg AG Gunten	X
33	Spital Belp, Spital Netz Bern AG	X
Berner Spitäler insgesamt		9

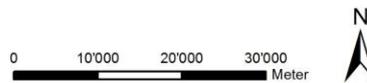
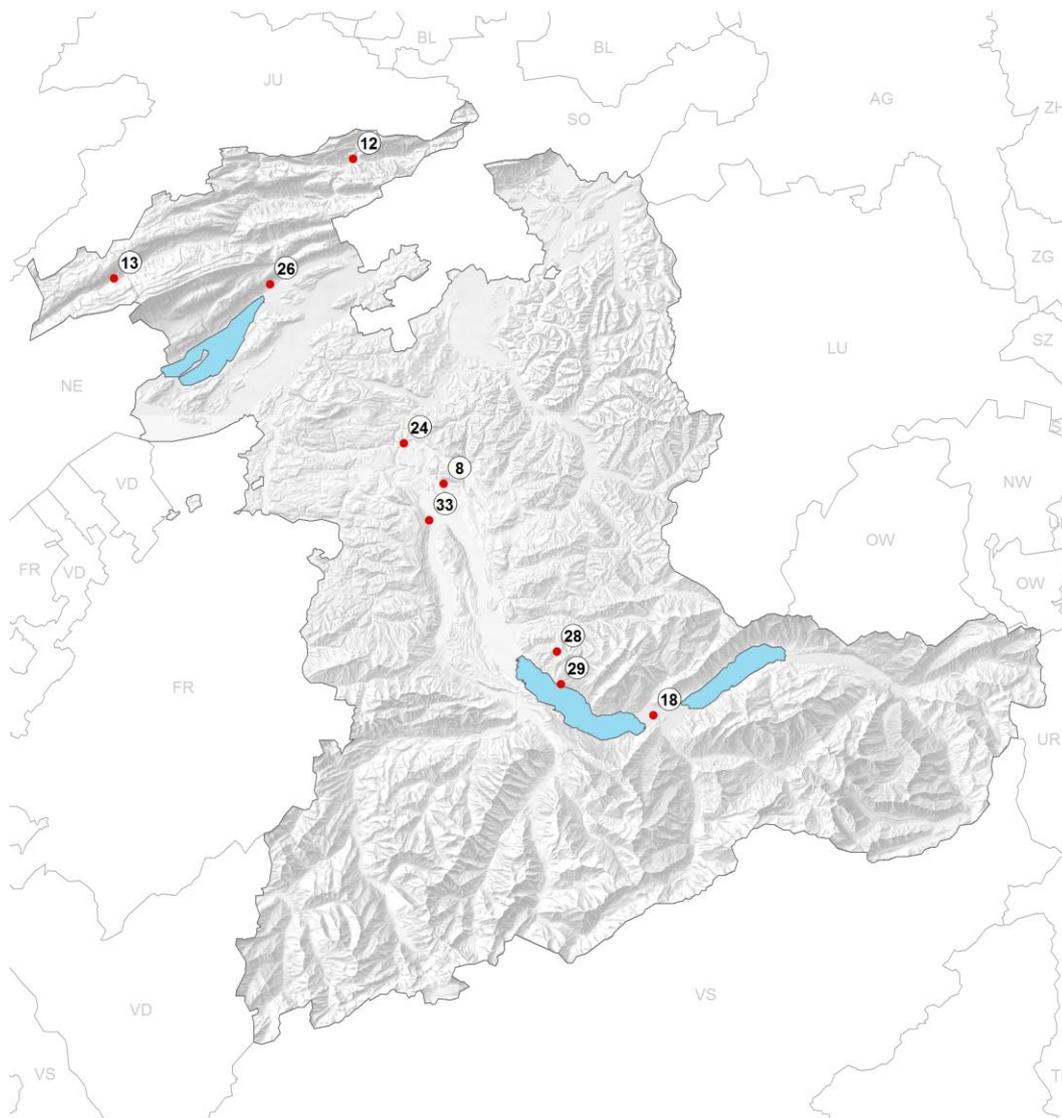
Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 5:
Übersichtskarte geriatrische Versorgung in Berner Listenspitälern | Rehabilitation



Versorgungsplanung 2016 BE

Geriatrische Rehabilitation, Stand 31.12.2015



Gesundeheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
8 Klinik Siloah AG	26 Spitalzentrum Biel AG
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	28 Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendli
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	29 Klinik Schönberg AG Gunten
18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	33 Spital Belp, Spital Netz Bern AG
24 Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	

Handlungsfeld: Geriatrische Versorgung

Beobachtung der Bedarfsentwicklung

Aufgrund der Kombination von demografischer Entwicklung und verbessertem Versorgungsangebot geht die GEF davon aus, dass geriatrische Spitalleistungen auch in der Planungsperiode 2017–2020 weiterhin zunehmend in Anspruch genommen werden. Die erwartete Steigerung der Nachfrage im Bereich der stationären geriatrischen Versorgung widerspiegelt dabei die demografische Entwicklung. Die möglichen Verschiebungen von Patientinnen und Patienten aus den regulären fachspezifischen Leistungsbereichen der Akutsomatik und der Rehabilitation in die spezifischen geriatrischen Querschnittsbereiche «Akutgeriatrie Kompetenzzentrum» und «Geriatrische Rehabilitation» können hingegen nicht vorhergesagt werden. Die Bedarfsentwicklung für die geriatrische Versorgung in der Planungsperiode 2011–2014 konnte nicht abschliessend beurteilt werden, da die Mehrheit der über 75-jährigen Patientinnen und Patienten regulär in den fachspezifischen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen der SPLG Akutsomatik und der SPLG Rehabilitation medizinisch und pflegerisch versorgt wurden. Mit der erwarteten verbesserten Ausbildungsmöglichkeit geriatrischer Patientinnen und Patienten bzw. geriatrischer Spitalleistungen in den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (z. B. durch den CHOP 93.89.9 «Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung») dürfte künftig die Basis für eine quantitative Bedarfsermittlung verbessert werden.

Beobachtung der Angebotsentwicklung

In der Planungsperiode 2017–2020 wird am bisherigen Ziel des Versorgungsschwerpunkts «Geriatrische Versorgung» festgehalten, eine bedarfsgerechte und weitestgehend wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Aufgrund der begrenzten Anzahl geriatrischer Fachpersonen ist allerdings weiterhin davon auszugehen, dass in der aktuellen Planungsperiode nicht in allen Listenspitälern bzw. in jedem Versorgungsraum komplexe geriatrische Leistungen angeboten werden können.

Geriatric-Konzept

Trotz der Bemühungen während der Planungsperiode 2011–2014, eine bedarfsgerechte geriatrische Versorgung in allen Kantonsteilen sicherzustellen, verfügt der Kanton Bern über kein kantonales Geriatric-Konzept, das diesen Versorgungsschwerpunkt fachlich abstützt. Die Erarbeitung dieser wichtigen Grundlage wird in der Planungsperiode 2017–2020 geprüft.

5.4.1.5 Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten

Der Schlaganfall stellt in Industrieländern die dritthäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für eine schwere Behinderung dar. In der Schweiz erleiden jährlich etwa 16 000 Patientinnen und Patienten einen Schlaganfall. Dabei nimmt die Wahrscheinlichkeit eines Schlaganfalls mit dem Alter zu.²² Ein Schlaganfall erfordert eine zeitnahe und korrekte notfallmässige Behandlung, um sowohl eine Langzeitbehinderung als auch die kurzfristige Todesfallrate der Patientinnen und Patienten zu reduzieren.

Versorgung in «Stroke Units» und «Stroke Centers» der Akutspitäler

Eine effiziente Erstbehandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten kann in vielen Spitälern erfolgen. Spezielle medizinische Behandlungspfade in sogenannten «Stroke Units» sind jedoch für die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten besonders geeignet. Nur 2–3 Prozent der Schlaganfallpatientinnen und -patienten benötigen eine komplexe, hochspezialisierte medizinische Versorgung in den sogenannten «Stroke Centers», die Leistungen im Bereich der schweizweit geregelten hochspezialisierten Medizin erbringen.²³ Zu Beginn der Planungsperiode 2011–2014 hat das Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (HSM-Beschlussorgan) über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Schlaganfällen entschieden.²⁴ Die komplexen Behandlungen von Hirnschlägen wurden danach neben dem Berner Universitätsspital Inselspital sieben weiteren nationalen «Stroke Centers» in Spitälern in der Schweiz zugewiesen.

Diese sind:

- Hôpitaux universitaires de Genève
- Centre hospitalier universitaire vaudois
- Universitätsspital Basel

²² Vgl. Schweizerische Neurologische Gesellschaft, 2015.

²³ Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2015b.

²⁴ Vgl. Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin, 2011.

- Universitätsspital Zürich
- Kantonsspital St. Gallen
- Kantonsspital Aarau
- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano

Ergänzend zu den medizinisch hochspezialisierten «Stroke Centers» kann der Kanton Bern auf Antrag der Akutspitäler kantonale Leistungsaufträge für «Stroke Units» erteilen. Dieser Leistungsauftrag umfasst die spezialisierte Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten. Kantonale Leistungsaufträge für die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten betreffen den Leistungsbereich «Neurologie» der SPLG Akutsomatik.

Exkurs: Anforderungen an eine «Stroke Unit»

Ein Schlaganfall (englisch stroke) entsteht aufgrund einer plötzlichen Durchblutungsstörung im Gehirn. Der häufigste Auslöser eines Schlaganfalls ist eine Minderdurchblutung aufgrund des Verschlusses einer Arterie (Blutgerinnsel mit Hirninfarkt) oder das Platzen von Blutgefässen (Hirnblutung). Eine zwingend erforderliche telemedizinische Anbindung der «Stroke Unit» an ein «Stroke Center» muss nach den Vorgaben der SPLG-Systematik Akutsomatik vertraglich geregelt sein. Triage und Festlegung der Behandlungsprozedere erfolgen im nächstgelegenen Spital mit dem entsprechenden Leistungsauftrag (beispielsweise, ob und wo Blutgerinnsel aufgelöst werden). Die Triage-Richtlinien sowie die mit dem «Stroke Center» zu koordinierenden Fälle sind definiert und verbindlich. Das Spital mit einer «Stroke Unit» wendet die Empfehlungen des «Stroke Centers» an, soweit sich diese übertragen lassen. Abweichungen davon müssen dokumentiert werden. Informationen aus den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen des «Stroke Centers» werden dem betroffenen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personal der «Stroke Units» vermittelt.²⁵

Die Versorgung durch «Stroke Units» in den Listenspitälern ist im Kanton Bern zum Stichtag 31. Dezember 2015 noch nicht flächendeckend. Die entsprechenden Leistungsaufträge sind zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 an vier Listenspitäler erteilt. Parallel zu den vier kantonalen Leistungsaufträgen erteilte das HSM-Beschlussorgan dem Universitätsspital Inselspital den IVHSM-Leistungsauftrag für ein nationales «Stroke Center». Der Kanton Bern verfügt damit zum 31. Dezember 2015 über fünf Leistungserbringer, welche die spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Kantonsgebiet sicherstellen (siehe Tabelle 4 und Abbildung 6).

Tabelle 4:

Spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Berner Listenspitälern | Akutsomatik

Nr.	Spital (Standort)	«Stroke Center» und «Stroke Unit»
Stroke Center		
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	X
Stroke Unit		
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	X
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	X
26	Spitalzentrum Biel AG	X
55	Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]	X
Berner Listenspitäler insgesamt		5

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Handlungsfeld: Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten

Die vorhandenen Versorgungsangebote bedeuten seit der Versorgungsplanung 2011–2014 für den Kanton keine Verbesserung der Versorgung von Personen mit Verdacht auf einen Schlaganfall. In der Planungsperiode 2017–2020 wird geprüft, ob die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, insbesondere durch zusätzliche Bereitstellung von «Stroke Units» in den Akutspitälern, verbessert werden muss. Weiter beobachtet werden neben den «Stroke Units» in den Akutspitälern auch die zeitnahe Zuführung der betroffenen Patientinnen und Patienten durch die kantonalen Rettungsdienste sowie die neurologische Anschlussversorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in den Rehabilitationskliniken.

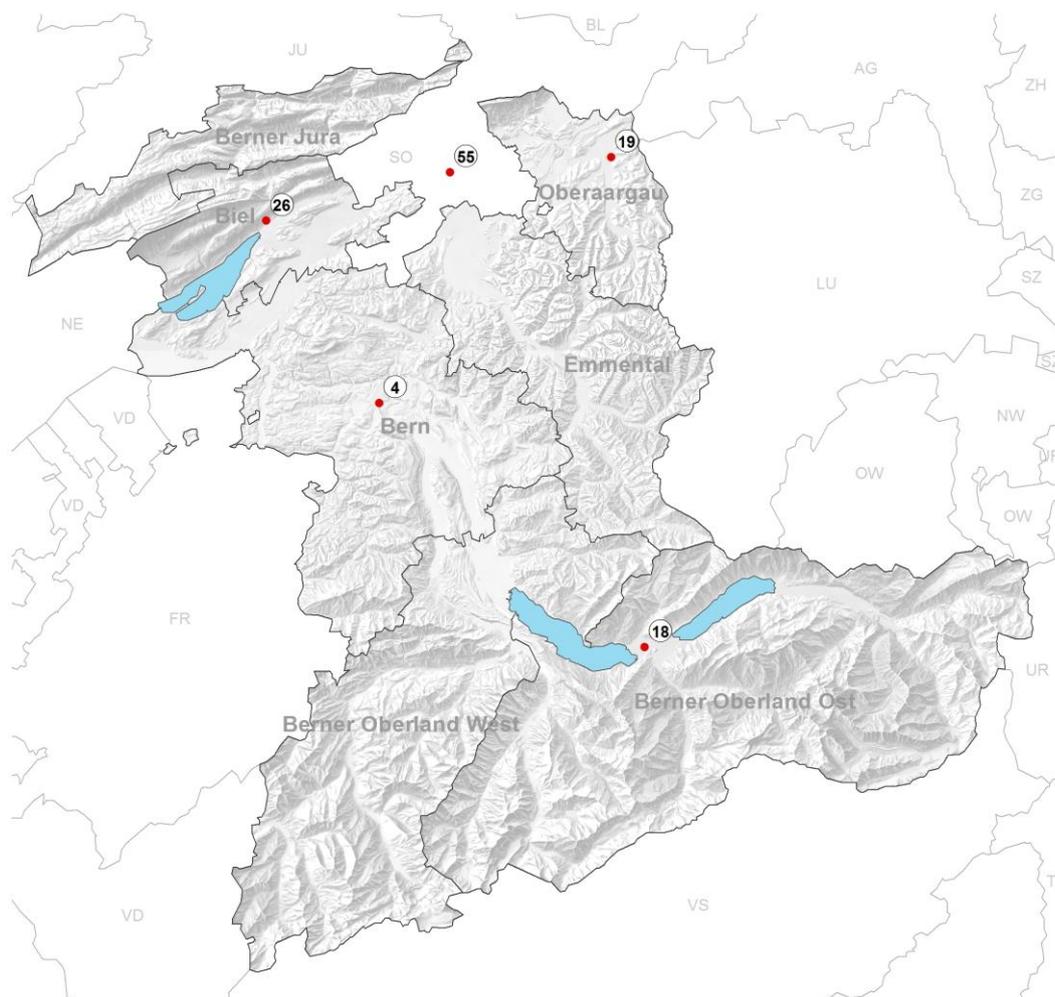
²⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 201X.

Abbildung 6:
**Übersichtskarte spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten
in Berner Listenspitälern | Akutsonatik**

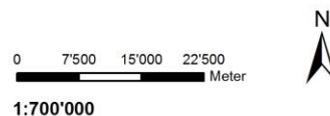


Versorgungsplanung 2016 BE

Stroke Center und Stroke Units (z.T IVHSM), Stand 31.12.2015



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern



Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
Stroke Center	Stroke Unit
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
Stroke Unit	26 Spitalzentrum Biel AG
18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	55 Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]

5.4.1.6 Dehospitalisierung von Langzeitpflegepatientinnen und -patienten

Die Dehospitalisierung der – mehrheitlich betagten – Langzeitpflegepatientinnen und -patienten aus den psychiatrischen Kliniken wurde in der Versorgungsplanung 2011–2014 als Massnahme festgehalten. Auch infolge von kantonalen Sparmassnahmen waren die Kliniken gefordert, für diese Menschen, die teilweise viele Jahre oder gar Jahrzehnte in den Klinikgebäuden gelebt hatten, neue Wohnplätze zu finden. Dies ist im Grossen und Ganzen gelungen. Im Rahmen eines Begleitprojekts zur Dehospitalisierung wurden einzelne Punkte an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Wohnheimen identifiziert, bei welchen noch Verbesserungspotenzial besteht.

Handlungsfeld: Dehospitalisierung von Langzeitpflegepatientinnen und -patienten

Die Schnittstellen zwischen den Psychiatriespitalern und den Heimen sollen weiter optimiert werden. Der Kanton prüft, ob auf seiner Seite Handlungsbedarf besteht, z. B. in Form von Richtlinien oder Standards für die interinstitutionelle Kooperation und die Fallkoordination.

5.4.1.7 Hochspezialisierte Medizin

Die hochspezialisierte Medizin (HSM) umfasst besonders qualitätssensible stationäre Leistungen, bei denen es darauf ankommt, dass das Fachpersonal ausreichend Spezialwissen und viel Routine bei der Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten besitzt. So gehören beispielsweise Organtransplantationen zur HSM. HSM-Leistungen sind selten, komplex und kostenintensiv. Wenn diese hochspezialisierten Leistungen nicht angemessen konzentriert werden können, leidet die Versorgungsqualität.²⁶ Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG sieht daher eine schweizweit gemeinsame Planung der HSM-Leistungen durch die Kantone vor. Die Umsetzung erfolgt über die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin.²⁷

HSM-Spittalliste

Anstelle von 26 kantonalen Spittallisten gibt es für die HSM eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene HSM-Spittalliste. Die Kantone haben ihre Zuständigkeit gemäss Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG zum Erlass der Spittalliste für den HSM-Bereich dem HSM-Beschlussorgan übertragen. Die vom HSM-Beschlussorgan verabschiedete interkantonale HSM-Spittalliste geht somit den kantonalen Spittallisten vor.

Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)

Die interkantonale Planung der Leistungen der hochspezialisierten Medizin wird gemäss den Beschlüssen der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) umgesetzt. Im Rahmen der IVHSM-Umsetzung wurden verschiedene Leistungszuteilungen in unterschiedlichen Teilbereichen der HSM verbindlich geregelt.

Dazu gehören zum Stichtag 31. Dezember 2015:²⁸

- Hochspezialisierte Viszeralchirurgie
- Pädiatrische Onkologie
- Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie
- Neurochirurgie
- Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen
- Behandlung von Schwerverletzten
- Behandlung von schweren Verbrennungen beim Erwachsenen
- Organtransplantationen beim Erwachsenen:
 - > Herztransplantationen
 - > Lebertransplantationen
 - > Lungentransplantationen
 - > Pankreastransplantationen
 - > Nierentransplantationen
- Cochlea-Implantate
- Protonentherapie
- Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen

²⁶ Vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2015.

²⁷ Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2008b.

²⁸ Eine aktualisierte Leistungszuteilung im Bereich der hochspezialisierten Medizin findet sich auf der Website der GDK.
Abrufbar unter: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>.

Versorgungsplanung 2011–2014

Die Versorgungsplanung 2011–2014 verfolgte das Ziel, die HSM-Leistungen im Berner Universitätsspital, dem Inselspital, zu konzentrieren. Mit der Spitalliste vom 1. Mai 2014 übernahm der Kanton Bern die Vorgaben der IVHSM ohne kantonale Anpassungen.

Berner Spitalliste Akutsomatik

Die nationalen Vergaben von HSM-Leistungsaufträgen werden jedoch aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz auf der kantonalen Spitalliste Akutsomatik abgebildet. Denn wenn ein rechtskräftiger Leistungsauftrag des HSM-Beschlussorgans auf der HSM-Spitalliste fehlt, weil das Beschlussorgan Leistungsaufträge nicht oder nicht fristgerecht verabschieden kann oder weil es einen befristeten Leistungsauftrag nicht rechtzeitig verlängert, ist es für den Kanton wichtig, dass er seine Bevölkerung trotzdem mit hochspezialisierten Leistungen versorgen kann und somit solche Leistungsaufträge bestehen. Rechtsgrundlage für das Abbilden der HSM-Leistungsaufträge auf der kantonalen Spitalliste ist Art. 9 Abs. 2 IVHSM, wonach die kantonale Spitalliste subsidiär zur HSM-Spitalliste gilt. Ziel ist die Verhinderung einer Regelungslücke bei hochspezialisierten Leistungsaufträgen. Der Regierungsrat nimmt demnach einen Leistungsauftrag der HSM-Liste mit allen Auflagen, Einschränkungen usw., die das HSM-Beschlussorgan verfügte, unbefristet auf die kantonale Spitalliste. Der Regierungsrat prüft die Einhaltung der jeweils in den HSM-Beschlüssen festgelegten Kriterien.

Hinweis zu HSM-Leistungen in der SPLG-Systematik Akutsomatik

Bei HSM-Leistungen handelt es sich grundsätzlich um nationale Leistungsaufträge, die über dem kantonalen Recht stehen. In der Akutsomatik übersteuern sie die kantonalen Spitallisten. Erteilte Leistungsaufträge gemäss der SPLG-Systematik Akutsomatik gelten im Kanton Bern, solange die Zuordnung und die Zuteilung durch die IVHSM entschieden und rechtskräftig sind. Leistungsaufträge mit neuen HSM-Leistungen werden, sobald sie rechtskräftig sind und soweit sie die SPLG-Systematik bereits aufgenommen hat, aus den bisherigen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik in HSM-Leistungsgruppen überführt und auf der Spitalliste entsprechend gekennzeichnet (siehe auch Abbildung 9).

5.4.2 Ambulante Leistungen in der Psychiatrie

Der Kanton Bern kann gemäss Spitalversorgungsgesetz ambulante Spitalleistungen mitfinanzieren. Ambulante Spitalversorgungsleistungen werden im Kanton Bern in erster Linie im Psychiatriebereich finanziert. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung von Leistungen, die bedarfsgerecht, zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung benötigt und durch andere Kostenträger nicht oder ungenügend abgegolten werden. Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung benötigt werden vorwiegend Leistungen der psychiatrischen Grundversorgung, die eine wohnortnahe und niederschwellige Behandlung ermöglichen.

Versorgungsplanung 2011–2014

Ambulante und tagesklinische Leistungen wurden in der Versorgungsplanung 2011–2014 erwähnt, und die angelegten Massnahmen waren vorwiegend auf einer strategischen Ebene angesiedelt. Die damalige Auswertung der Versorgungslandschaft ergab primär einen Mangel an Koordination in der regionalen und überregionalen Organisation der Versorgung. Diese Schwächen sollten durch konzeptionelle Klärungen angegangen werden. Die Weiterentwicklung von ambulanten Leistungsangeboten wurde nicht explizit als strategisches Ziel festgehalten. Um eine Grundlage für die konzeptionelle Klärung zu legen, erstellte die GEF in Zusammenarbeit mit externen Expertinnen und Experten eine Rahmenordnung.²⁹ Diese bildete die Basis für die in den Jahren 2012 und 2013 erarbeiteten Versorgungskonzepte in den Regionen. In den regionalen Versorgungskonzepten wurden die bestehenden Angebote beschrieben, Versorgungslücken identifiziert und geeignete Massnahmen zur Verbesserung der Versorgung vorgeschlagen. Im Zug der Erarbeitung der regionalen Versorgungskonzepte wurde zusätzlich eine Abgrenzung von Grund- und Spezialversorgungsleistungen erstellt. Darüber hinaus wurden die überregionalen Versorgungsleistungen in zwei Versorgungskonzepten und einer Definition für die Grundversorgung konzeptuell weiterentwickelt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde ein Versorgungskonzept für den gesamten Kanton erarbeitet. Auch für die Alterspsychiatrie entstand ein wegweisendes Versorgungskonzept, das für den gesamten Kanton fachliche und versorgungstechnische Grundlagen liefert. Diese konzeptuellen Grundlagen bilden eine wichtige Ausgangslage für den vorliegenden Bericht. Sie wurden in der Gesamtheit durch die GEF analysiert. Die sich daraus ergebenden Strategien und Empfehlungen für den Kanton sind in den Planungsprozess eingeflossen.

²⁹ Vgl. Gasser, R. et al., 2012.

Normkostenmodell für die Abgeltung von ambulanten Leistungen der Psychiatrie

Um die Bestimmungen des revidierten Spitalversorgungsgesetzes zur Finanzierung der ambulanten Spitalleistungen umzusetzen, entwickelte der Kanton Bern ein Normkostenmodell für die Abgeltung von ambulanten Leistungen der Psychiatrieversorgung. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung von Leistungen, die bedarfsgerecht, zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung benötigt und durch andere Kostenträger nicht oder ungenügend abgegolten werden. Dieses neue Finanzierungsmodell wird es in Zukunft ermöglichen, ein vollständiges Abbild des ambulanten Leistungsgeschehens zu erhalten und die für die Versorgung der Bevölkerung nötigen Leistungen gezielter einzukaufen.

Handlungsfeld: Ambulante Leistungen in der Psychiatrie

Zentrale Versorgungsgrundsätze für die regionale Grundversorgung sind die Personenzentrierung, die integrierte Versorgung und die Niederschwelligkeit. Der Kanton Bern strebt in der Planungsperiode 2017–2020 einen Paradigmenwechsel von einer struktur- und angebotszentrierten Versorgung zu einer bedarfs- und prozessorientierten Versorgungslandschaft an. Versorgungslücken sollen besonders im Hinblick auf die integrierte, personenzentrierte und niederschwellige Versorgung geschlossen werden. Aus dieser Perspektive ergeben sich für die Planungsperiode 2017–2020 übergeordnete Empfehlungen, die auch über den Bereich der Spitalversorgung hinaus Gültigkeit haben.

Sie umfassen:

- die Förderung der psychischen Gesundheit, der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen, der Sensibilisierung und der Früherkennung,
- die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe (Inklusion) von behinderten und psychisch beeinträchtigten Menschen,
- die Befähigung von Betroffenen sowie ihrer Bezugspersonen zur Bewältigung der Erkrankung und der damit verbundenen Einschränkungen,
- die Förderung eines gemeinsamen Versorgungsverständnisses im Sinne der Bedarfs- und Prozessorientierung bei den Leistungserbringern,
- die Förderung von personenzentrierten Versorgungsmodellen und innovativen Ansätzen in der Grundversorgung (niederschwellige und integrierte Versorgung).

Diese übergeordneten Versorgungsgrundsätze werden in Zukunft bei der Planung und beim Einkauf von ambulanten Spitalleistungen handlungsweisend sein. Die daraus abgeleiteten Handlungsfelder für die Planungsperiode 2017–2020 betreffen einerseits die Erhöhung der Bedarfs- und Prozessorientierung in der ambulanten psychiatrischen Versorgungslandschaft und andererseits das Schliessen von bestehenden Versorgungslücken im Bereich der integrierten und personenzentrierten Versorgung.

5.4.3 Einführung der Finanzierung anhand von Normkosten für die Rettungsdienste

Ein Schwerpunkt der Versorgungsplanung 2011–2014 lag auf der zukünftigen Finanzierung der Rettungsdienste. Angeregt durch die Diskussion um die Sparmassnahmen im Rahmen der Angebots- und Strukturüberprüfung 2014 wurde das Normkostenmodell für die Abgeltung der Rettungsdienste überarbeitet. Insbesondere wurde die Abgeltung pro Rettungsteam und Jahr neu festgelegt. Das Normkostenmodell geht davon aus, dass die Einsätze der Rettungsdienste kostendeckend verrechnet werden. In Ergänzung dazu finanziert der Kanton die einsatzfreie Zeit der Rettungsdienste und sichert damit die Einsatzbereitschaft. Der Auftraggeber vergütet also die Vorhalteleistung für die Aufrechterhaltung eines Rettungsdienstes und sichert damit auch die Refinanzierung der Investitionen. Ein Rettungsteam umfasst elf Vollzeitstellen. Auf der Grundlage der Kostendaten der acht Vertragspartner wurde die Abgeltung pro Team für 2015 festgelegt. Dabei wurde die Teuerung berücksichtigt. Der Benchmark wurde zwischen dem zweit- und dem drittbesten der acht Betriebe gesetzt. Dieser Betrag wird indexiert. Die Abgeltung an den einzelnen Rettungsdienst berechnet sich aus dem Produkt der Anzahl Rettungsteams und der Normkosten pro Team und Jahr abzüglich der Erträge aller Einsatzkategorien. Das Modell bzw. die Eckwerte der Normkosten pro Team und die Anzahl der kantonsweit eingesetzten Teams sind periodisch gemeinsam mit den Leistungserbringern zu überprüfen.

5.4.4 Einführung der Ausbildungsverpflichtung für nicht universitäre Gesundheitsberufe

Die Versorgungsplanung 2011–2014 und die Revision des SpVG schufen in der letzten Planungsperiode die Voraussetzungen, damit der Kanton eine gute und vernetzte medizinische Grundversorgung in allen Regionen und eine spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung im Zentrum sicherstellen kann. Dem sich abzeichnenden Mangel an Pflegepersonal wirkt der Kanton seither mit Massnahmen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung der nicht universitären Gesundheitsberufe entgegen (Aus- und Weiterbildungspflicht für die Betriebe). Seit 2012 verläuft die Einführung der Ausbildungsverpflichtung für die Aus- und Weiterbildung in nicht universitären Gesundheitsberufen erfolgreich. Seit dem 1. Januar 2014 sind nun identische gesetzliche Bestimmungen sowohl im Akutbereich (Spitalversorgungsgesetz) als auch im Langzeitbereich und der Spitex (Sozialhilfegesetz) in Kraft. Während der Einführungsphase müssen die verpflichteten Betriebe die Vorgaben noch nicht vollumfänglich erfüllen. Mit der Ausbildungsverpflichtung werden auch Betriebe in der Ausbildung tätig, die bis jetzt kaum oder noch gar nicht ausgebildet haben. Seit dem 1. Januar 2015 müssen die Ausbildungsvorgaben von allen Leistungserbringern zu 90 Prozent erfüllt werden. Mit dem im Juni 2014 gestarteten Projekt «Förderung und Gewährleistung der betrieblichen Ausbildungsqualität» sollen zudem die Bedingungen für eine gute betriebliche Ausbildungsqualität beschrieben und definiert werden.

6 Versorgungsziele

Dieses Kapitel legt die Versorgungsziele dar, welche der Kanton in der Planungsperiode 2017–2020 verfolgt. Diese Ziele beruhen auf der Kantonsverfassung (Art. 41 Abs. 1 KV) und den Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018.³⁰ Sie formulieren den Auftrag an den Kanton: «Der Kanton Bern sorgt für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und stellt die dafür notwendigen Einrichtungen bereit.» Die übergeordneten Zielvorstellungen für die Planungsperiode 2017–2020 wurde bereits in den Versorgungsplanungen 2007–2010 und 2011–2014 verankert und bleiben in der neuen Planungsperiode unverändert. Die konkreten Versorgungsziele für den vorliegenden Bericht wurden jedoch umformuliert und ergänzt, um die Planung konsequenter an den einzelnen Versorgungsbereichen und den Geltungsbereichen von SpVG und KVG auszurichten (Art. 6 SpVG).

6.1 Allgemeine Versorgungsziele

Die folgenden allgemeinen Versorgungsziele ergeben sich direkt aus dem SpVG und dem KVG.

Diese sind:

- Akutsomatik** 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.
- Rehabilitation** 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.
- Psychiatrie** 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.
- Rettungswesen** Im Rettungswesen ist die Versorgung durch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Rettungsdiensten und durch die gezielte Optimierung der Einsatzstandorte sichergestellt.
- Gesundheitsberufe** Für die Gesundheitsberufe ist der Nachwuchs basierend auf der Ausschöpfung des Ausbildungspotenzials der Betriebe, die Verbesserung der Nachwuchsrekrutierung sowie die Verlängerung der Berufsverweildauer des Personals sichergestellt.
- Notfallversorgung** Für die Notfallversorgung ist die niederschwellige und zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung im gesamten Kanton sichergestellt.

6.2 Spezielle Versorgungsziele

Die folgenden speziellen Versorgungsziele werden in der Planungsperiode 2017–2020 zusätzlich zu den allgemeinen Versorgungszielen verfolgt.

Diese sind:

- Monitoring** Der Auf- und Ausbau eines transparenten Monitorings aus Routinedaten gemeinsam mit den Leistungserbringern ist sichergestellt.
- eHealth** «eHealth» soll der Bevölkerung den Zugang zu einem effizienten, sicheren und wirtschaftlichen Gesundheitswesen ermöglichen.

³⁰ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2014b.

Versorgungsschwerpunkte

Für folgende Versorgungsschwerpunkte sind die Versorgungsstrukturen aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Bevölkerung auf ihre bedarfsgerechte Verteilung und Erreichbarkeit im Kanton zu beurteilen. Zu diesen Schwerpunkten gehören 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.

Umsetzung der Versorgungsziele in der Planungsperiode 2017–2020

Zur Umsetzung dieser neun Ziele zeigt die Versorgungsplanung 2016 in den Kapiteln 5, 10 sowie 12 bis 16 konkrete themenspezifische Handlungsfelder auf. Die Handlungsfelder werden in Kapitel 17 zusammenfassend aufgelistet («Teil C: Umsetzung»).

7 Regionale Planungsaspekte

Dieses Kapitel stellt die regionalen Planungsaspekte der Versorgungsplanung 2016 vor. Dabei wird insbesondere eingegangen auf die geografischen Regionen, auf die für diese erwartete Bevölkerungsentwicklung zwischen den Jahren 2013 und 2020 sowie auf das abgestufte Versorgungsmodell für regionale Erreichbarkeit der stationären Leistungen der Grund- und Spezialversorgung.

7.1 Versorgungsräume

Die Beurteilung des gegenwärtigen sowie des künftigen Bedarfs der Berner Bevölkerung berücksichtigt für die stationären Leistungen in der Akutsomatik und der Psychiatrie geografische Versorgungsräume (VR). Versorgungsräume stellen eine räumliche Gliederung des Kantons Bern aus Sicht der zu versorgenden Bevölkerung dar. Sie sind keine Zuständigkeitsgebiete für die dort ansässigen Spitäler. Im Rahmen der Spitalwahlfreiheit kann die Berner Bevölkerung zwischen allen Listenspitalern wählen, die entweder auf der Spitalliste des Wohn- und/oder eines anderen Standortkantons stehen. Die Zuteilung zu einem VR erfolgt über den Wohnort. Auf Ebene der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist diese Zuordnung aufgrund der Anonymisierung generell abstrakt und entspricht daher nicht eindeutig den politischen Gemeinden im Kanton Bern.³¹

7.1.1 Akutsomatik

6+- Regionenmodell wird mit sieben Versorgungsräumen beibehalten

Im Rahmen der Versorgungsplanung 2007–2010 wurde pro Gemeinde untersucht, welche Akutspitäler die Berner Bevölkerung in Anspruch genommen hatte. Auf Basis dieser Auswertungen wurden für die somatische Akutversorgung sechs Spitalversorgungsregionen mit einer Subregion (Berner Jura) definiert. Dies wurde als 6+-Regionenmodell bezeichnet. Für die Versorgungsplanung 2016 wird für den Versorgungsbereich Akutsomatik die bisherige räumliche Gliederung des 6+-Regionenmodells mit sieben Versorgungsräumen (VR 1–7) beibehalten. Es sind dies die Versorgungsräume VR 1 Bern, VR 2 Berner Jura, VR 3 Berner Oberland Ost, VR 4 Berner Oberland West, VR 5 Biel, VR 6 Emmental sowie VR 7 Oberaargau. Die Überprüfung der Versorgungsräume erfolgte in der Planungsperiode 2011–2014. Die Auswertung der Jahre 2012 und 2013 zeigte für den Kanton Bern keine wesentliche Veränderung in Bezug auf die Patientenströme zwischen den Regionen. Eine Fusion von Regionen erfolgte daher nicht. Im Folgenden sind die Versorgungsräume Akutsomatik sowie die eingeschlossenen MedStat-Regionen aufgeführt:

VR 1 Bern

BE01 Bern-Länggasse-Tiefenau, BE02 Bern-Zentrum, BE03 Bern-Ostring, BE04 Bern-Mattenhof, BE05 Bern-Holligen, BE06 Bern-Lorraine, BE07 Bern-Breitenrain-Wankdorf, BE08 Bern-Bümpliz, BE09 Wohlen-Frauenkappelen, BE10 Bern-Bethlehem, BE11 Bremgarten-Meikirch, BE12 Ittigen, BE13 Zollikofen, BE14 Münchenbuchsee, BE15 Bolligen-Worbletal, BE16 Ostermundigen, BE17 Muri, BE18 Worb, BE19 Wabern-Liebefeld, BE20 Köniz, BE21 Belp-Kehrsatz, BE22 Wangental-Scherli, BE23 Schönbühl, BE24 Jegenstorf, BE25 Ins-Grosses Moos, BE26 Aarberg, BE27 Kallnach-Grosses Moos, BE28 Lyss, BE30 Lyssbach-Limpach

VR 2 Berner Jura

BE40 Basse Suze, BE41 Tavannes-Pichoux, BE42 Court, BE43 Moutier, BE98 Erguel, BE99 Tramelan

VR 3 Berner Oberland Ost

BE87 Frutigen-Adelboden, BE88 Kandertal-Kiental, BE89 Interlaken, BE90 Lauterbrunnen, BE91 Brienersee, BE92 Grindelwald, BE93 Oberhasli

VR 4 Berner Oberland West

BE71 Seftigen-Wattenwil, BE72 Oberdiessbach, BE75 Thun-Zentrum, BE76 Thun-Westring, BE77 Thun-Dürrenast, BE78 Steffisburg, BE79 Goldiwil-Schattenhalb, BE80 Hilterfingen-Sigriswil, BE81 Heimberg-Uetendorf, BE82 Stockental, BE83 Spiez, BE84 Niedersimmental, BE85 Saanenland, BE86 Obersimmental

³¹ Die sogenannten MedStat-Regionen (Variable 1.1.V04 Wohnort «Region») umfassen in der Regel mehrere Gemeinden; es handelt sich um geografische Gebiete, die ungefähr gleich bevölkert sind (etwa 10 000 Einwohner). So kann trotz Anonymisierung jeder Patientin / jedem Patienten mit Wohnsitz in der Schweiz ein hinreichend genauer Wohnsitz zugeteilt werden.

VR 5 Biel

BE29 Diessbach-Worben, BE31 Biel/Bienne-Zentrum, BE32 Biel/Bienne-Madretsch, BE33 Biel/Bienne-Bözingen, BE34 Nördlicher Bielersee, BE35 Orpund-Pieterlen, BE36 Brügg-Studen, BE37 Nidau-Port, BE38 Südlicher Bielersee, BE39 La Neuveville, BE94 Lengnau, BE95 Büren-Arch

VR 6 Emmental

BE53 Fraubrunnen-Bätterkinden, BE54 Hindelbank, BE55 Burgdorf, BE56 Hasle-Oberburg, BE57 Sumiswald, BE58 Lützelflüh, BE59 Kirchberg, BE6 Wynigen, BE61 Utzenstorf, BE62 Zollbrück, BE63 Oberes Emmental, BE64 Langnau i. E., BE65 Trub-Napf

VR 7 Oberraargau

BE44 Herzogenbuchsee, BE45 Thörigen-Seeberg, BE46 Wangen an der Aare, BE47 Madiswil-Oeschenschbach, BE48 Huttwil-Dürrenroth, BE49 Attiswil-Bipp, BE50 Langenthal, BE51 Aarwangen, BE52 Roggwil-Murg

Abbildung 7 bildet die sieben Versorgungsräume der Akutsomatik gemeinsam mit den Standorten der somatischen Listenspitäler per 31. Dezember 2015 ab.

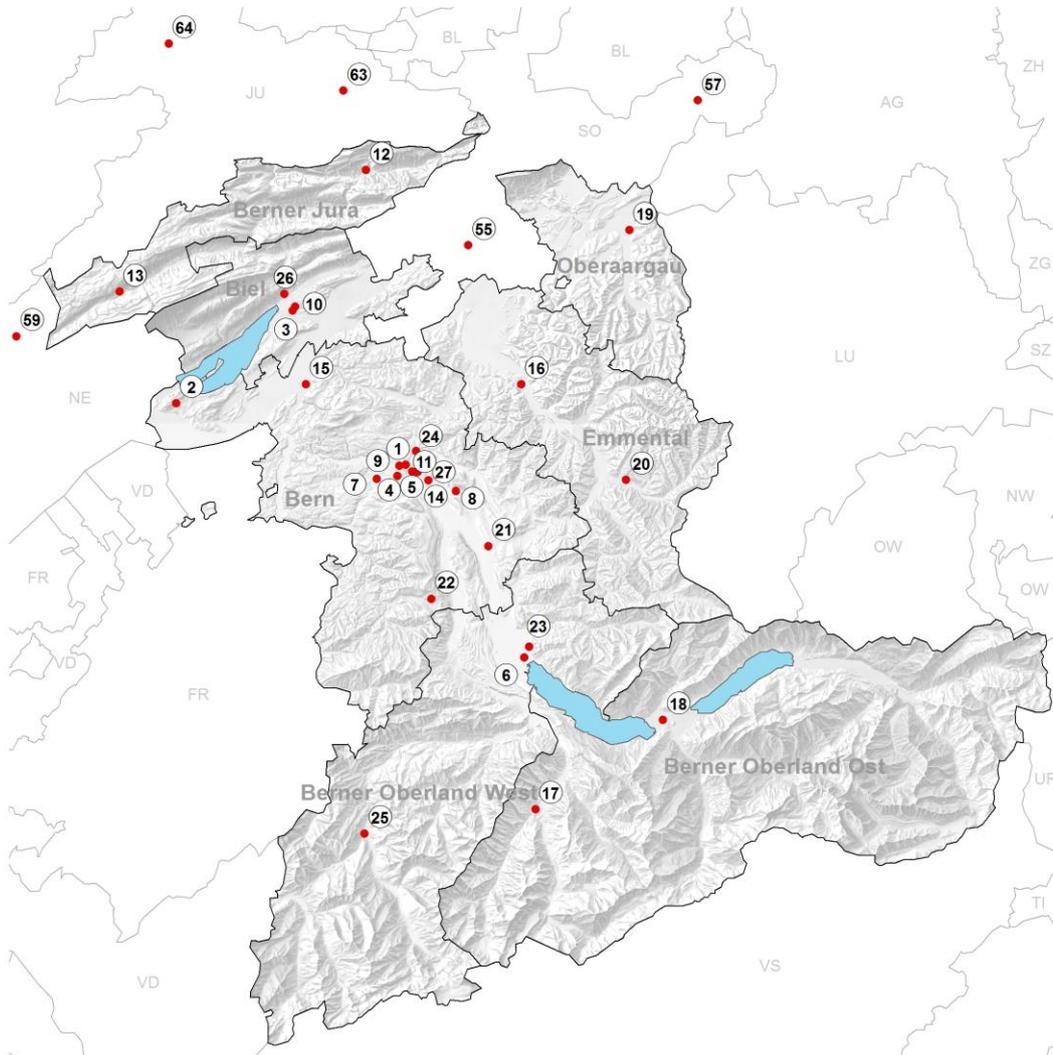
Abbildung 7:

Übersichtskarte der sieben kantonalen Versorgungsräume Akutsomatik



Versorgungsplanung 2016 BE

Versorgungsräume, Listenspitäler und Listengeburtshaus Akutsomatik, Stand 31.12.2015



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
1 Engeriedspital, Lindenhof AG	17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG
2 Klinik Bethesda Tschugg	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG
3 Geburtshaus Luna Biel	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG
5 Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
6 Klinik Hohmad AG	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG
7 Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
8 Klinik Siloah AG	24 Spital Tiefenau Spital Netz Bern AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
10 Privatklinik Linde AG	26 Spitalzentrum Biel AG
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	27 Stiftung Diaconis
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	55 Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	57 Kantonsspital Olten Solothurner Spitäler AG [SO]
14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	59 La Chrysalide, Hôpital neuchâtelois [NE]
15 Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	64 Hôpital de Porrentruy, Hôpital du Jura [JU]

7.1.2 Rehabilitation

Für die Rehabilitation wird das Vorgehen der Versorgungsplanung 2011–2014 beibehalten. Hier gibt es kein direktes räumliches Planungskriterium. Leistungen in der stationären Rehabilitation können, müssen aber nicht wohnortnah erbracht werden. Eine nicht wohnortnahe, stationäre Rehabilitationsmassnahme kann angezeigt sein, wenn das Entfernen der Patientin oder des Patienten aus der Alltagsumgebung den Behandlungsprozess positiv beeinflusst. In anderen Fällen kann die positive Wirkung des Gebirgsklimas medizinisch indiziert sein und für eine nicht wohnortnahe Rehabilitationsmassnahme sprechen. Trotz fehlender räumlicher Vorgaben bzw. eines direkten räumlichen Planungskriteriums müssen die rehabilitativen Leistungen gut für die Berner Bevölkerung erreichbar sein.

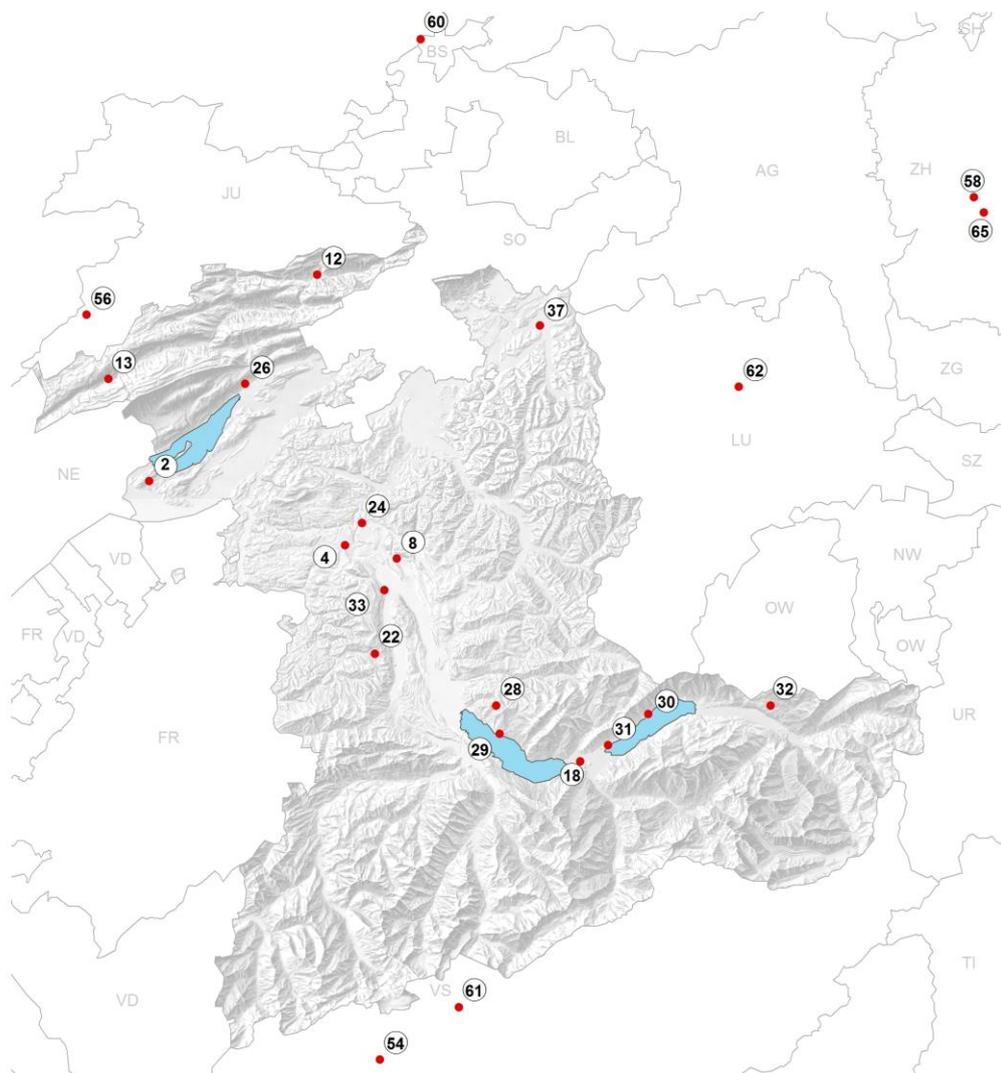
Abbildung 8 zeigt die Standorte der rehabilitativen Listenspitäler per 31. Dezember 2015.

Abbildung 8:
Übersichtskarte kantonaler Versorgungsraum Rehabilitation



Versorgungsplanung 2016 BE

Listenspitäler Rehabilitation, Stand 31.12.2015



0 7'500 15'000 22'500
Meter



1:800'000

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
2 Klinik Bethesda Tschugg	31 Reha-Pflegeklinik Eden AG
4 Inselspital Bern – Universitätsspital Bern	32 Rehaklinik Hasliberg AG
8 Klinik Siloah AG	33 Spital Belp, Spital Netz Bern AG
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	37 Klinik SGM Langenthal
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	54 Berner Klinik Montana [VS]
18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	56 Clinique Le Noirmont [JU]
22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	58 Kinderspital Zürich [ZH]
24 Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	60 Rehab Basel [BS]
26 Spitalzentrum Biel AG	61 Rehabilitationszentrum Leukerbad AG [VS]
28 Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendi	62 Schweizer Paraplegiker-Zentrum [LU]
29 Klinik Schönberg AG Gunten	65 Universitätsklinik Balgrist [ZH]
30 Kurklinik Eden AG	

7.1.3 Psychiatrie

Versorgungsräume und Sektoren für die Planung der stationären und ambulanten Psychiatrieversorgung

Für die Psychiatrie wird die bisherige räumliche Gliederung, die den Versorgungsräumen der Akut-somatik entsprach, nicht weitergeführt. Grund dafür ist, dass das auf akutsomatischen Patientenströmen basierende Modell der Akut-somatik für die Psychiatrie nicht geeignet war, wie die Umsetzung der Versorgungsplanung 2011–2014 gezeigt hat. Das neue Regionenmodell für die Psychiatrieversorgung im Kanton Bern differenziert besser zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und berücksichtigt gleichzeitig die Koordination beider Bereiche. Für die stationäre psychiatrische Versorgung wird das Kantonsgebiet neu in vier Versorgungsräume gegliedert. Für die ambulante Versorgung erfolgt zusätzlich eine Sektorisierung der vier Versorgungsräume: Jeder Versorgungsraum umfasst zwei bis drei Sektoren der ambulanten Psychiatrieversorgung. Die Ziele sind die Sicherstellung der stationären Grundversorgung in allen Versorgungsräumen des Kantons, die Gewährleistung der Erreichbarkeit dieser Grundversorgung nach SpVV sowie der gezielte Leistungseinkauf im ambulanten Bereich.

Versorgungsräume für die stationäre Psychiatrieversorgung

Für die Spitalplanung im Versorgungsbereich Psychiatrie werden vier Versorgungsräume für die räumliche Auswertung einbezogen: VR I Aaretal-Oberland, VR II Agglomeration Bern, VR III Biel-Seeland-Berner Jura und VR IV Oberaargau-Emmental. Ein wichtiger Aspekt für die Sicherstellung der stationären Psychiatrieversorgung ist die Erreichbarkeit von Grundversorgungsleistungen. Für die Versorgungsräume Psychiatrie wurde die Erreichbarkeit der existierenden Standorte ermittelt. Für jeden Versorgungsraum gilt, dass 80 Prozent der Bevölkerung die stationäre Grundversorgung inklusive der Notfallaufnahmen innert 30 Minuten mit dem motorisierten Individualverkehr erreichen können müssen (vgl. Art. 11d SpVV). Die neue räumliche Gliederung ist eine wichtige Grundlage für die Psychiatrieversorgung im Rahmen der Versorgungsplanung 2016.

Zusätzliche Sektorisierung für die ambulante Psychiatrieversorgung

Die zusätzliche Aufteilung der vier Versorgungsräume (VR I–IV) Psychiatrie in ambulante Sektoren erfolgte anhand der Standorte der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Bern (KESB). Die Sektoren orientieren sich an den Verwaltungsregionen, die bereits eine gewisse geografische Logik aufweisen, z. B. in Bezug auf Verkehrswege. Im Versorgungsraum Agglomeration Bern wäre auch eine Aufteilung in drei Sektoren (Ost, Mitte, West) denkbar. Dies würde jedoch weder der KESB-Zuordnung noch der heutigen Versorgungssituation entsprechen. Der Versorgungsraum Aaretal-Oberland umfasst die Sektoren Münsingen, Thun und Interlaken. Der Versorgungsraum Bern umfasst die Stadt Bern sowie die angrenzenden Gemeinden inklusive der nach Bern orientierten Wohngemeinden im unteren Emmental. Der Versorgungsraum Oberaargau-Emmental umfasst die Ortschaften rund um die regionalen Zentren Langenthal und Burgdorf. Und der Versorgungsraum Biel-Seeland-Berner Jura umfasst die Region rund um den Bielersee sowie die im Berner Jura gelegenen Gemeinden.

Im Folgenden sind die Versorgungsräume Psychiatrie gemeinsam mit den Sektoren aufgeführt, gestützt auf die eingeschlossenen MedStat-Regionen:

VR I Aaretal-Oberland

- Sektor Münsingen: BE21 Belp-Kehrsatz, BE66 Grosshöchstetten, BE67 Münsingen, BE68 Konolfingen, BE69 Wichtrach, BE70 Gürbetal, BE71 Seftigen-Wattenwil, BE72 Oberdiessbach, BE73 Schwarzenburg, BE74 Wald-Riggisberg
- Sektor Thun: BE75 Thun-Zentrum, BE76 Thun-Westring, BE77 Thun-Dürrenast, BE78 Steffisburg, BE79 Goldiwil-Schattenhalb, BE80 Hilterfingen-Sigriswil, BE81 Heimberg-Uetendorf, BE82 Stockental, BE83 Spiez, BE84 Niedersimmental, BE85 Saanenland, BE86 Obersimmental
- Sektor Interlaken: BE87 Frutigen-Adelboden, BE88 Kandertal-Kiental, BE89 Interlaken, BE90 Lauterbrunnen, BE91 Brienersee, BE92 Grindelwald, BE93 Oberhasli

VR II Agglomeration Bern

- Sektor Bern Stadt: BE01 Bern-Länggasse-Tiefenau, BE02 Bern-Zentrum, BE03 Bern-Ostring, BE04 Bern-Mattenhof, BE05 Bern-Holligen, BE06 Bern-Lorraine, BE07 Bern-Breitenrain-Wankdorf, BE08 Bern-Bümpliz, BE10 Bern-Bethlehem
- Sektor Bern Vororte: BE09 Wohlen-Frauenkappelen, BE11 Bremgarten-Meikirch, BE12 Ittigen, BE13 Zollikofen, BE14 Münchenbuchsee, BE15 Bolligen-Worbletal, BE16 Ostermundigen, BE17 Muri, BE18 Worb, BE19 Wabern-Liebefeld, BE20 Köniz, BE22 Wangental-Scherli, BE23 Schönbühl, BE24 Jegenstorf, BE96 Gümmenen-Exklaven, BE97 Laupen-Neuenegg

VR III Biel-Seeland-Berner Jura

- Sektor Aarberg: BE25 Ins-Grosses Moos, BE26 Aarberg, BE27 Kallnach-Grosses Moos, BE28 Lyss, BE29 Diessbach-Worben, BE30 Lyssbach-Limpach, BE38 Südlicher Bielersee
- Sektor Biel: BE31 Biel/Bienne-Zentrum, BE32 Biel/Bienne-Madretsch, BE33 Biel/Bienne-Bözingen, BE34 Nördlicher Bielersee, BE35 Orpund-Pieterlen, BE36 Brügg-Studen, BE37 Nidau-Port, BE39 La Neuveville, BE94 Lengnau, BE95 Büren-Arch
- Sektor Courtelary: BE40 Basse Suze, BE41 Tavannes-Pichoux, BE42 Court, BE43 Moutier, BE98 Erguel, BE99 Tramelan

VR IV Oberaargau-Emmental

- Sektor Burgdorf: BE53 Fraubrunnen-Bätterkinden, BE54 Hindelbank, BE55 Burgdorf, BE56 Hasle-Oberburg, BE57 Sumiswald, BE58 Lützelflüh, BE59 Kirchberg, BE60 Wynigen, BE61 Utzendorf, BE62 Zollbrück, BE63 Oberes Emmental, BE64 Langnau i. E., BE65 Trub-Napf
- Sektor Langenthal: BE44 Herzogenbuchsee, BE45 Thörigen-Seeberg, BE46 Wangen an der Aare, BE47 Madiswil-Oeschenschbach, BE48 Huttwil-Dürrenroth, BE49 Attiswil-Bipp, BE50 Langenthal, BE51 Aarwangen, BE52 Roggwil-Murg

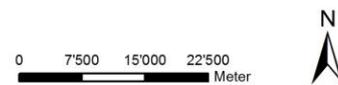
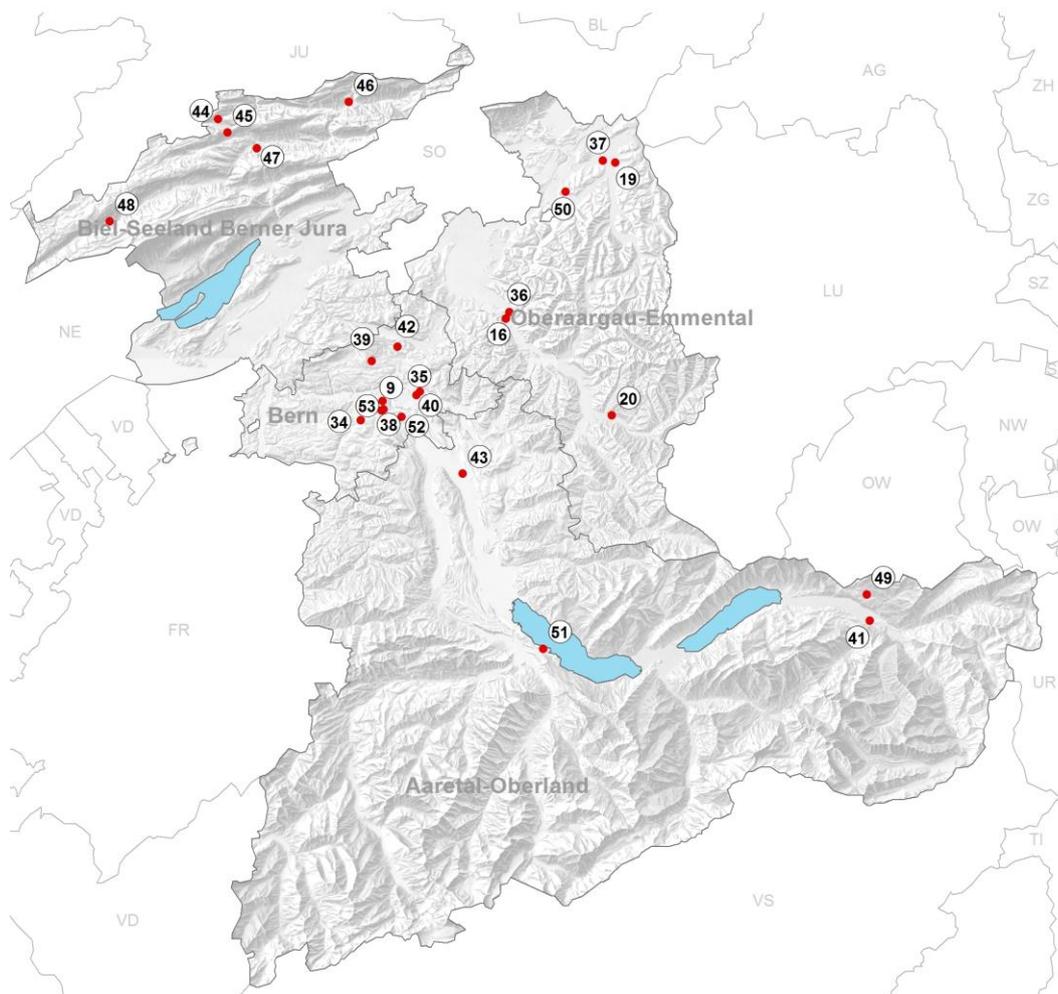
Abbildung 9 bildet die vier Versorgungsräume Psychiatrie gemeinsam mit den Standorten der psychiatrischen Listenspitäler per 31. Dezember 2015 ab; Abbildung 10 zeigt die Sektoren und Standorte der ambulanten Psychiatrieversorgung.

Abbildung 9:
Übersichtskarte der vier kantonalen Versorgungsräume Psychiatrie



Versorgungsplanung 2016 BE

Versorgungsräume und Listenspitäler Psychiatrie, Stand 31.12.2015



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

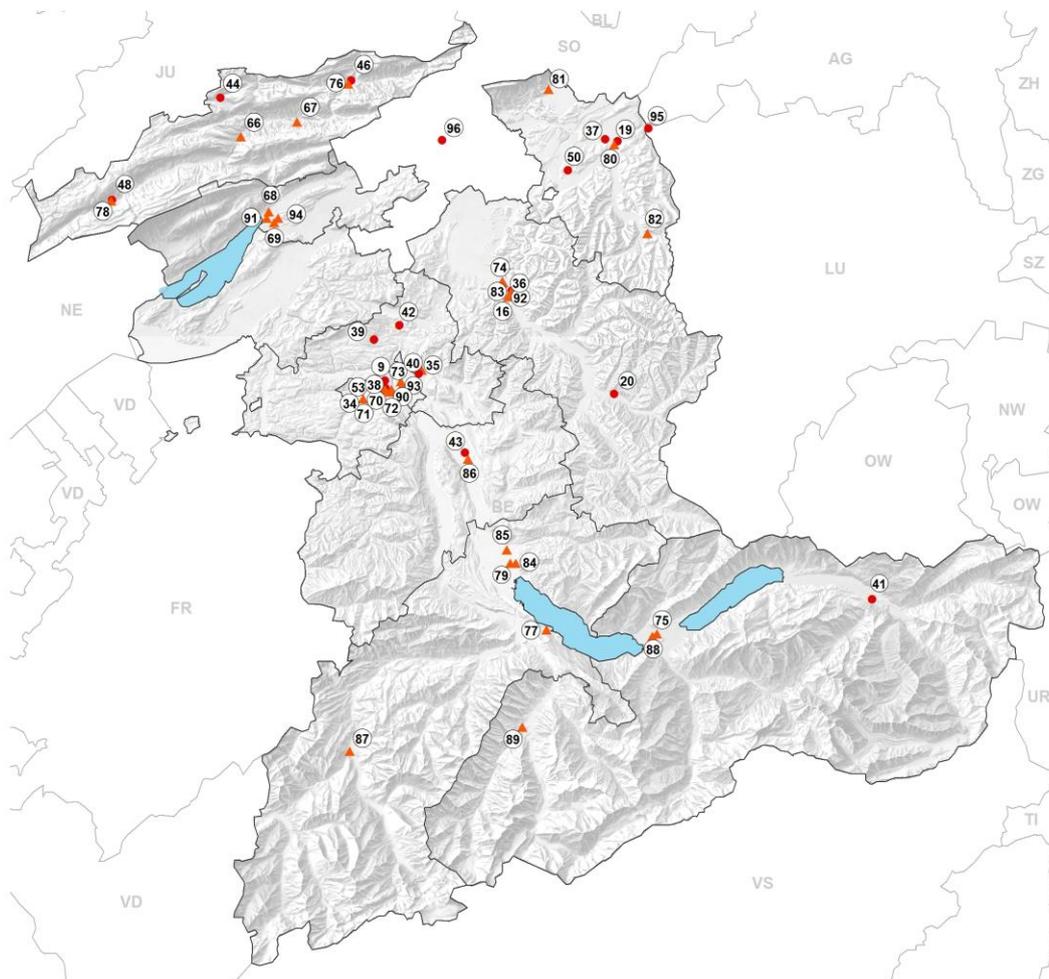
Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	42 Privatklinik Wyss AG Münchenbuchsee
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	43 Psychiatriezentrum Münsingen
19 Spital Langenthal, Spital SRO AG	44 Klinik Bellelay, PDJBB
20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	45 Station Le Fuet, PDJBB
34 GPZ Bern West, UPD Bern	46 Station Moutier, PDJBB
35 Kinder- und Jugendklinik, UPD Bern	47 Station Reconvieler, PDJBB
36 Klinik Selhofen Burgdorf	48 Station Saint-Imier, PDJBB
37 Klinik SGM Langenthal AG	49 Station «Au soleil», Privatklinik Meiringen
38 Soteria Bern, IG Sozialpsychiatrie Bern	50 Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee
39 Klinik Südhang Kirchlindach	51 Therapiestation Olvido, UPD Bern
40 Klinik Waldau, UPD Bern	52 Therapiestation Tremola, UPD Bern
41 Privatklinik Meiringen	53 Zentrum Murtenstrasse, UPD Bern

Abbildung 10:
Übersichtskarte der zehn kantonalen Sektoren Psychiatrie



Versorgungsplanung 2016 BE

Sektoren und ambulante Psychiatrieangebote, Stand 31.12.2015



Kategorien

- ▲ ambulantes Angebot
- ambulantes und stationäres Angebot

0 7'500 15'000 22'500
Meter



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

Nr. Spital (Standort) ambulantes und stationäres Angebot	Nr. Spital (Standort) ambulantes Angebot
9 Abteilung PSOMA Lindenhofspital, Lindenhof AG	73 Kinder- und Jugendpsychiatrie Biel, UPD Bern
19 Stationen Spital Langenthal, Spital SRO AG	74 Kinder- und Jugendpsychiatrie Burgdorf, UPD Bern
20 Station Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	75 Kinder- und Jugendpsychiatrie Interlaken, UPD Bern
34 GPZ West, UPD Bern	76 Kinder- und Jugendpsychiatrie Moutier, UPD Bern
35 Kinder- und Jugendpsychiatrie, UPD Bern	77 Kinder- und Jugendpsychiatrie Spiez, UPD Bern
36 Klinik Selhofen Burgdorf	78 Kinder- und Jugendpsychiatrie Saint-Imier, UPD Bern
37 Klinik SGM Langenthal	79 Kinder- und Jugendpsychiatrie Thun, UPD Bern
38 Soteria Bern, IG Sozialpsychiatrie Bern	80 Ambulatorium Langenthal, Spital SRO AG
39 Klinik Südhang Kirchlindach	81 Ambulatorium Niederbipp, Spital SRO AG
40 Klinik Waldau, UPD Bern	82 Ambulatorium Huttwil, Spital SRO AG
41 Privatklinik Meiringen	83 Ambulatorium Burgdorf, Regionalspital Emmental AG
42 Privatklinik Wyss AG	84 Ambulatorium Thun, Spital STS AG
43 Psychiatriezentrum Münsingen	85 Ambulatorium Steffisburg, Spital STS AG
44 Klinik Bellelay, PDJBB	86 Ambulatorium Münsingen, Spital STS AG

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
ambulantes und stationäres Angebot	ambulantes Angebot
46 Adoleszentenstation Moutier, PDJBB	87 Ambulatorium Zweisimmen, Spital STS AG
48 Station Saint-Imier, PDJBB	83 Ambulatorium Burgdorf, Regionalspital Emmental AG
50 Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee	88 Ambulatorium Interlaken, spitäler fmi AG
53 Zentrum Murtenstrasse, UPD Bern	89 Ambulatorium Frutigen, spitäler fmi AG
ambulantes Angebot	90 Ambulatorium und Tagesklinik Bern, Klinik Südhang Kirchlindach
16 Station Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	91 Ambulatorium Biel, Klinik Südhang Kirchlindach
66 Ambulatorium Tavannes, PDJBB	92 Ambulatorium Burgdorf, Klinik Südhang Kirchlindach
67 Tagesklinik Bévillard, PDJBB	93 Ambulatorium Bern, Privatklinik Wyss AG
68 Zentrum Biel, PDJBB	94 Ambulatorium Biel, Privatklinik Wyss AG
69 Tagesklinik Biel, PDJBB	Ausserkantonale Spitäler
70 Ambulatorium Mitte, UPD Bern	95 Luzerner Psychiatrie [LU]
71 Ambulatorium Ost, UPD Bern	96 Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG [SO]
72 Kinder- und Jugendpsychiatrie Bern, UPD Bern	

7.1.4 Rettungsdienste

Für die Rettungsdienste bleiben die bisherigen acht Rettungsregionen unverändert, weil sie – im Gegensatz zur Planung der Versorgung mit Spitalleistungen – den einzelnen Rettungsdiensten tatsächlich ein bestimmtes geografisches Versorgungsgebiet (Rettungsregionen, RR) zuteilen. Im Folgenden sind die kantonalen Rettungsregionen sowie die eingeschlossenen Gemeinden aufgeführt:

RR 1 Rettungsdienst der Spitäler FMI AG

Adelboden, Aeschi, Beatenberg, Bönigen, Brienz, Brienzwiler, Därligen, Frutigen, Grindelwald, Gsteigwiler, Gündlischwand, Guttannen, Habkern, Hasliberg, Hofstetten b. Brienz, Innertkirchen, Interlaken, Iseltwald, Kandergrund, Kandersteg, Krattigen, Lauterbrunnen, Leissigen, Lütschental, Matten b. Interlaken, Meiringen, Niederried, Oberried, Reichenbach, Ringgenberg, Saxeten, Schatthalb, Schwanden, Unterseen, Wilderswil

RR 2 Rettungsdienst der Spital STS AG

Amsoldingen, Boltigen, Därstetten, Diemtigen, Eriz, Erlenbach, Fahrni, Forst-Längenbühl, Gsteig, Heiligenschwendi, Heimberg, Hilterfingen, Homberg, Horrenbach-Buchen, Lauenen, Lenk, Noflen, Oberhofen, Oberlangenegg, Oberwil, Pohlern, Reutigen, Saanen, Schwendibach, Sigriswil, Spiez, St. Stephan, Steffisburg, Stocken-Höfen, Teuffenthal, Thierachern, Thun, Uebeschi, Uetendorf, Unterlangenegg, Uttigen, Wachseidorn, Wimmis, Zweisimmen, Zwieselberg

RR 3 Rettungsdienst der Spital Netz Bern AG

Aarberg, Bangerten, Barga, Blumenstein, Brenzikofen, Brüttelen, Buchholterberg, Bütigen, Bühl, Burgstein, Diemerswil, Diessbach, Epsach, Finsterhennen, Freimettigen, Gals, Gampelen, Gelterfingen, Gerzensee, Golaten, Grossaffoltern, Guggisberg, Gurbrü, Gurzelen, Häutligen, Herbligen, Hermrigen, Ins, Kallnach, Kappelen, Kaufdorf, Kiesen, Kirchdorf, Jaberg, Kirchenthurnen, Konolfingen, Linden, Lohnstorf, Lüscherz, Lyss, Mühledorf, Mühleturnen, Münsingen, Müntschemier, Niederhünigen, Niedermuhlern, Oberdiessbach, Oppligen, Radelfingen, Rapperswil, Riggisberg, Rubigen, Rüeggisberg, Rümli, Rüscheegg, Schüpfen, Schwarzenburg, Seedorf, Seftigen, Siselen, Tägertschi, Toffen, Treiten, Tschugg, Vinelz, Wald (Gemeindeteil Zimmerwald), Walperswil, Wattenwil, Wengi, Wichtrach, Wileroltigen, Worben

RR 4 Rettungsdienst der Sanitätspolizei Bern

Allmendingen, Bäriswil, Belp, Bern, Bolligen, Bremgarten, Ferenbalm, Frauenkappelen, Iffwil, Ittigen, Jegenstorf, Kehrsatz, Kirchlindach, Köniz, Kriechenwil, Laupen, Mattstetten, Meikirch, Moosseedorf, Mühleberg, Münchenbuchsee, Münchenwiler und Clavaleyres, Münchringen, Muri, Neuenegg, Oberbalm, Ostermundigen, Scheunen, Schlosswil, Stettlen, Urtenen, Vechigen, Wald (Gemeindeteil Englisberg), Wiggiswil und Deisswil, Wohlen, Worb, Zollikofen, Zuzwil

RR 5 Rettungsdienst der Regionalspital Emmental AG

Aeffligen, Affoltern, Arni, Bätterkinden, Biglen, Bowil, Burgdorf, Eggwil, Ersigen, Fraubrunnen, Grosshöchstetten, Hasle, Heimiswil, Hindelbank, Kernenried, Kirchberg, Koppigen, Krauchthal, Landiswil, Langnau, Lauperswil, Lützelflüh, Lyssach, Mirchel, Mötschwil und Rütli, Niederösch und Oberösch, Oberburg, Oberhünigen, Oberthal, Röthenbach, Rüderswil, Rüttligen-Alchenflüh, Rüegsau, Rumendingen, Schangnau, Signau, Sumiswald, Trachselwald, Trub, Trubschachen, Utzenstorf, Walkringen, Wiler bei Utzenstorf, Wynigen, Zäziwil, Ziebach

RR 6 Rettungsdienst der SRO AG

Aarwangen, Alchenstorf, Attiswil, Auswil, Bannwil, Berken, Bettenhausen, Bleienbach, Busswil, Dürrenroth, Eriswil, Farnern, Gondiswil, Graben, Heimenhausen, Hermiswil, Herzogenbuchsee, Höchstetten und Hellsau, Huttwil, Inkwil, Langenthal, Lotzwil, Madiswil, Melchnau, Niederbipp, Niederönz, Oberbipp, Obersteckholz, Ochlenberg, Oeschenbach, Reisiswil, Roggwil, Rohrbach, Rohrbachgraben, Rumisberg, Rütshelen, Schwarzhäusern, Seeberg, Thörigen, Thunstetten, Ur-
senbach, Walliswil-Bipp, Walliswil-Wangen, Walterswil, Wangen an der Aare, Wangenried, Wied-
lisbach, Willadingen, Wolfisberg, Wynau, Wyssachen

RR 7 Rettungsdienst der Ambulanz Region Biel AG

Aegerten, Arch, Bellmund, Biel/Bienne, Brügg, Büren und Meienried, Dotzigen, Erlach, Hagneck, Ipsach, Jens, La Heutte, La Neuveville, Lengnau, Leubringen/Evilard, Leuzigen, Ligerz, Meinisberg, Merzligen, Mörigen, Nidau, Nods, Oberwil, Orpund, Orvin, Péry, Pieterlen, Plateau de Diesse, Port, Romont, Rüti, Safnern, Sauge, Scheuren, Schwadernau, Studen, Sutz-Lattrigen, Täuffelen-
Gerolfingen, Twann-Tüscherz

RR 8 Rettungsdienst der Hôpital du Jura bernois SA

Belprahon, Bévilard, Champoz, Châtelat, Corcelles, Corgémont, Cormoret, Cortébert, Court, Cour-
telary, Crémines, Elay (Seehof), Eschert, Grandval, La Ferrière, La Scheulte, Loveresse, Malleray,
Monible, Mont-Tramelan, Moutier, Perrefitte, Pontenet, Rebévelier, Reconvilier, Renan, Roches,
Saicourt, Saules, Sonceboz-Sombeval, Sonvilier, Sornetan, Sorvilier, Souboz, Saint-Imier, Ta-
vannes, Tramelan, Villeret

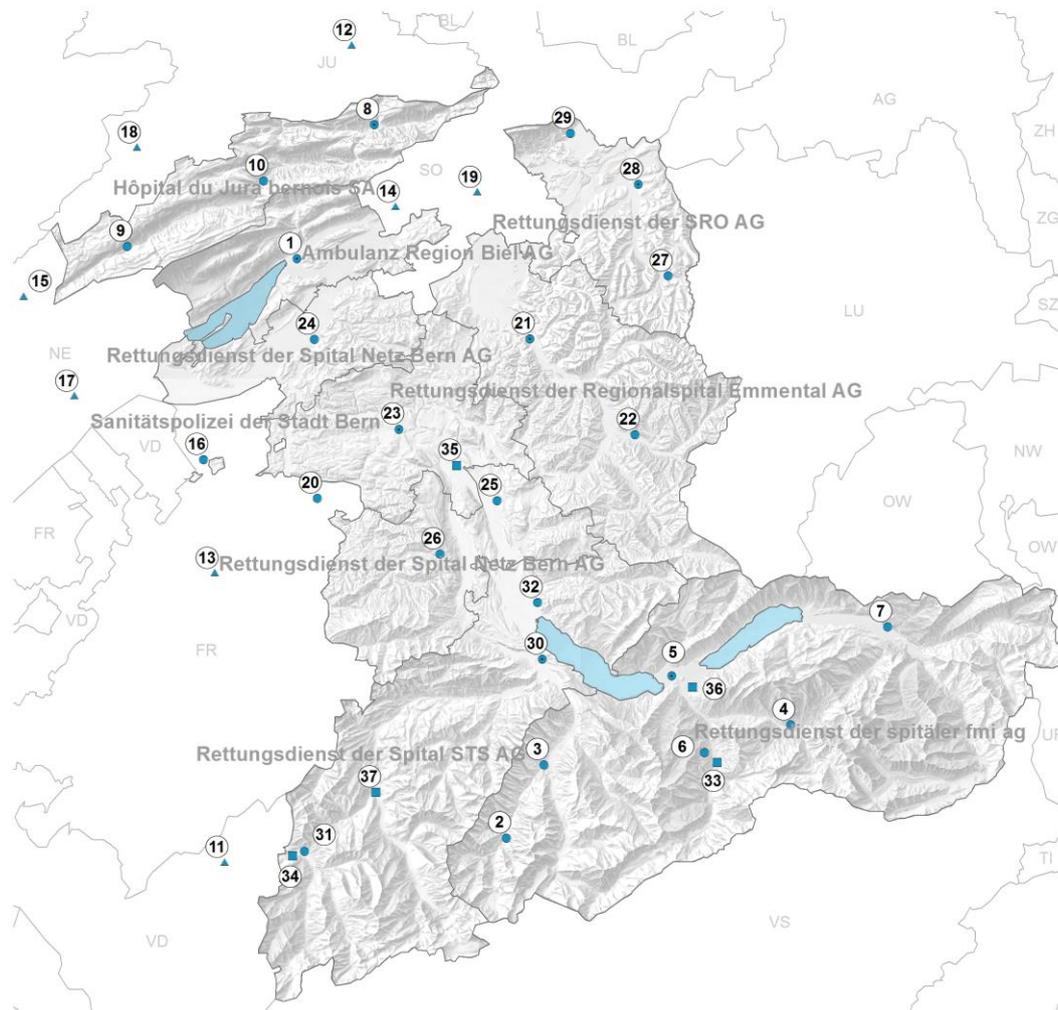
Abbildung 11 zeigt die acht Rettungsregionen sowie die Stützpunkte der Rettungsdienste per 31. Dezember 2015.

Abbildung 11:
Übersichtskarte der acht kantonalen Rettungsregionen



Versorgungsplanung 2016 BE

Standorte Rettungsdienste, Stand 31.12.2015



Kategorien

- Ambulanzstandorte
- Basen der Luftrettung
- Rettungsstützpunkte
- ▲ ausserkantonal

0 7'500 15'000 22'500
Meter



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

Nr. Rettungsdienst (RD)	Standort	Nr. Rettungsdienst (RD)	Standort	Nr. Rettungsdienst (RD)	Standort
1	Ambulanz Region Biel AG Biel	14	RD Grenchen Grenchen	27	RD SRO AG Madiswil
2	RD fmi AG Adelboden	15	RD La Chaux-de-Fonds La Chaux-de-Fonds	28	RD SRO AG Langenthal
3	RD fmi AG Frutigen	16	RD Murten Murten	29	RD SRO AG Niederbipp
4	RD fmi AG Grindelwald	17	RD Neuchâtel Neuchâtel	30	RD STS AG Gesigen
5	RD fmi AG Unterseen	18	RD Saignelégier Saignelégier	31	RD STS AG Saanenmöser
6	RD fmi AG Lauterbrunnen	19	RD Solothurn Solothurn	32	RD STS AG Thun
7	RD fmi AG Meiringen	20	RD Wünnewil Wünnewil	33	Air-Glaciers Lauterbrunnen
8	RD HJB SA Moutier	21	RD RSE AG Burgdorf	34	Air-Glaciers Saanen
9	RD HJB SA Saint-Imier	22	RD RSE AG Langnau	35	Rega Belp
10	RD HJB SA Tramelan	23	Sanitätspolizei Bern Stadt Bern	36	Rega Wilderswil
11	RD Château-d'Œx Château-d'Œx	24	RD SNBe AG Aarberg	37	Rega Zweisimmen
12	RD Delémont Delémont	25	RD SNBe AG Münsingen		
13	RD Freiburg Villars-sur-Glâne	26	RD SNBe AG Riggisberg		

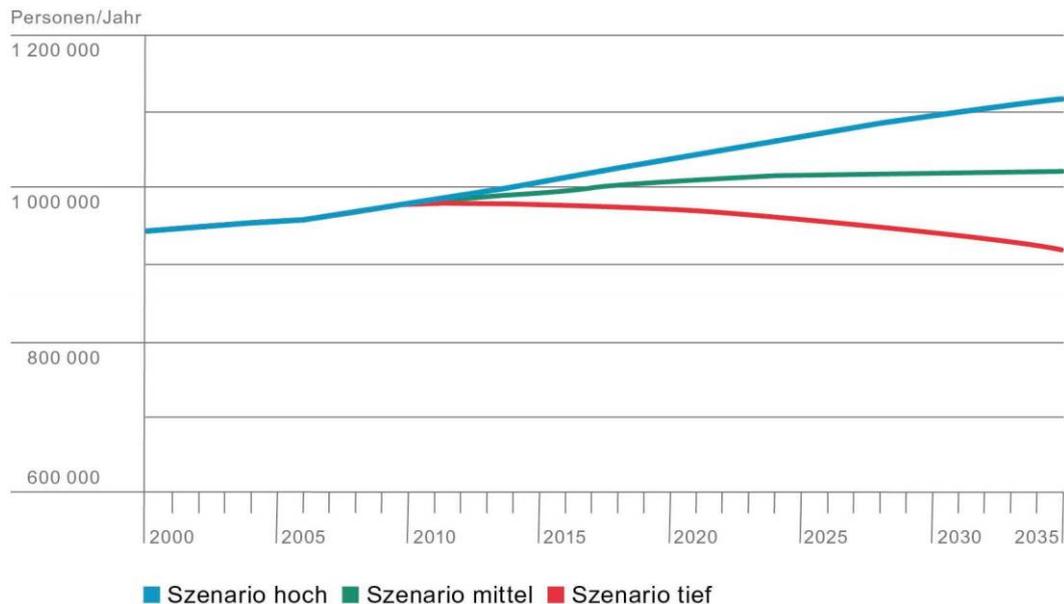
7.2 Regionalisierte Bevölkerungsentwicklung

Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern bis 2020

Die Einschätzung der Bevölkerungsentwicklung während der Planungsperiode 2017–2020 basiert auf den offiziellen Daten zur erwarteten demografischen Entwicklung der ständigen Berner Wohnbevölkerung. Dabei wird das «hohe» Szenario der amtlichen Bevölkerungsprojektion nach Regionen des Kantons Bern bis zum 31. Dezember 2020, dem Zieljahr der Planungsperiode 2017–2020, zugrunde gelegt.^{32, 33}

Abbildung 12 zeigt die erwartete Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern bis 2035.

Abbildung 12:
Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern 2000–2012
und Projektion der erwarteten Bevölkerungsentwicklung 2020/2035



Quelle: Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2012.

Wachstum und Verschiebungen zwischen den Altersgruppen 2007–2014

Die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Bern zählte am 31. Dezember 2014 1 009 418 Personen. Das entspricht einem Zuwachs von 0,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Bereits in den beiden vergangenen Planungsperioden 2007–2010 und 2011–2014 nahm die ständige Wohnbevölkerung im Kanton Bern stetig zu. Die Bevölkerungsentwicklung zwischen den Jahren 2007 und 2014 verzeichnete dabei einen ähnlichen durchschnittlichen Zuwachs von rund 0,7 Prozent pro Jahr.

³² Das Szenario «hoch» stützt sich auf das entsprechende Szenario des Bundesamts für Statistik (BfS-Szenario BR-00-2010). Es beruht auf einer Kombination von Hypothesen, die das Wachstum der Bevölkerung begünstigen (steigende Geburtenziffern, Rückgang der Sterblichkeit sowie sinkende Auswanderung und steigende Zuwanderung). Die Projektionen basieren auf den effektiven Bevölkerungszahlen des Kantons Bern von Ende 2010 gemäss der neuen Statistik der Bevölkerung und der Haushalte STATPOP. Eine weiter gehende Beschreibung der den Szenarien zugrunde liegenden Hypothesen findet sich beim Bundesamt für Statistik. Die Statistikkonferenz des Kantons Bern erstellt regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern. Dafür werden auf der Grundlage der Angaben des Bundesamts für Statistik jeweils drei Szenarien für die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern erstellt: tief, mittel und hoch. Mit dem RRB 1185/2012 wurden die kantonalen Direktionen beauftragt, die von der Statistikkonferenz erstellten regionalisierten Bevölkerungsprojektionen des Kantons Bern als Referenzgrundlage für Planungsarbeiten zu verwenden. Die Direktionen einigten sich darauf, dass für die kantonalen Planungen direktionsübergreifend jeweils auf das Szenario «mittel» abzustützen sei. Die neusten zum Stichtag 31.12.2015 vom Bundesamt für Statistik publizierten Daten zeigen allerdings, dass die Bevölkerung des Kantons Bern schneller wächst, als in der Projektion von 2012 angenommen wurde (siehe Fussnote 34). Daher wird für Planungsarbeiten auf kantonaler Ebene bis zur aktualisierten Bevölkerungsprojektion einheitlich das Szenario «hoch» verwendet.

³³ Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2012.

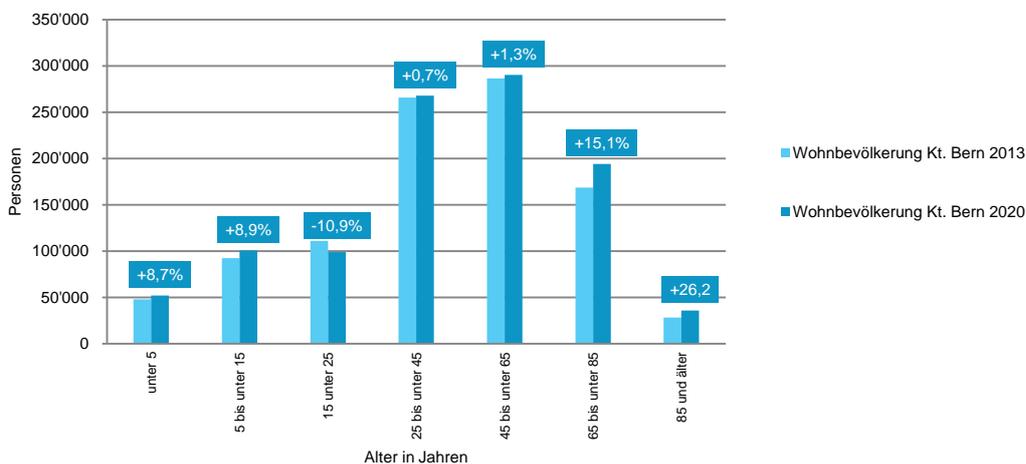
Bei der Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung wird neben dem stetigen Wachstum auch die Verschiebung zwischen den Altersklassen deutlich. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0–19 Jahre) verringerte sich zwischen 2007 und 2014 von 195 669 auf 193 024 um rund 1,4 Prozent. Die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (20–64 Jahre) nahm von 592 000 auf 615 175 leicht zu, um 3,9 Prozent. Die Zahl der Personen im Pensionsalter (65-Jährige und Ältere) erhöhte sich im selben Zeitraum am deutlichsten um 14,8 Prozent bzw. von 175 313 auf 201 219 Personen. Der Altersquotient, also die Zahl der Personen ab 65 Jahren pro hundert 20- bis 64-Jährige, erhöhte sich von 29 im Jahr 2007 auf 33 im Jahr 2014.³⁴

Wachstum und Verschiebungen zwischen den Altersgruppen bis 2020

Das Wachstum und die Verschiebungen zwischen den Altersgruppen werden auch die Bevölkerungsentwicklung bis zum 31. Dezember 2020 bestimmen.³⁵ Die GEF geht von einer Zunahme der Wohnbevölkerung zwischen den Jahren 2013 und 2020 um insgesamt 3,9 Prozent bzw. um 0,5 Prozent pro Jahr aus (2013: 1 001 281 Personen; 2020: 1 039 749 Personen). Gleichzeitig erwartet sie eine demografische Alterung der ständigen Berner Wohnbevölkerung, wobei die Statistik insbesondere eine starke Zunahme (+15,1 Prozent bis +26,2 Prozent) bei den Altersgruppen ab 65 Jahre prognostiziert (siehe Abbildung 13). Die sich verändernde Altersstruktur wird die Entwicklung des Bedarfs nach stationären Spitalleistungen beeinflussen. Dies ist für die Planung zu berücksichtigen. Dabei sind regionale Unterschiede zwischen der Entwicklung im Raum Bern (VR 1 bzw. VR I) und den übrigen kantonalen Versorgungsräumen zu erwarten (siehe Tabellen 5 und 6). So lag der Anteil der über 65-Jährigen im Versorgungsraum Bern 2013 noch unter 20 Prozent und steigt bis 2020 voraussichtlich auf 21,5 Prozent (+1,5 Prozent) an. In anderen Versorgungsräumen macht diese Bevölkerungsgruppe bereits mehr als 20 Prozent der Bevölkerung aus; sie wird auch 2020 in allen Versorgungsräumen einen grösseren Anteil einnehmen als im Versorgungsraum Bern. Den grössten Anteil macht in allen Versorgungsräumen die Gruppe der 20- bis 64-Jährigen aus, die allerdings zum Ende der Planungsperiode 2017–2020 zugunsten der Gruppe der über 65-Jährigen abnehmen wird (vgl. Tabelle 5). Obwohl im Versorgungsraum Bern der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung verglichen mit den übrigen kantonalen Versorgungsräumen etwas tiefer ist, zeigen die absoluten Zahlen die für die Planungsperiode 2017–2020 massgeblichen Verhältnisse. Im gesamten Kanton Bern wird ein Bevölkerungszuwachs von rund 38 000 Personen erwartet. Der mit Abstand grösste absolute Zuwachs von rund 21 000 Personen ist dabei im Versorgungsraum Bern zu erwarten. Der Berner Jura ist der einzige Versorgungsraum im Kanton Bern, in dem 2020 weniger Menschen leben werden (ca. 1000 Personen weniger; vgl. Tabelle 5).

Abbildung 13:

Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern bis 2020 nach Altersgruppen



Quellen: Bundesamt für Statistik, 2013a, und Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2012.

³⁴ Vgl. Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2015.

³⁵ Vgl. Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2012.

Tabelle 5:
Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern
nach Altersgruppen und Versorgungsräumen Akutsomatik bis 2020

a) 31.12.2013

Ausgangsbasis für die Bedarfsprognose								
Altersgruppe	Ausgangsbasis: Ist-Bevölkerung am 31.12.2013 (STATPOP)							
	VR 1 Bern	VR 2 Berner Jura	VR 3 Berner Oberland Ost	VR 4 Berner Oberland West	VR 5 Biel	VR 6 Emmental	VR 7 Oberraargau	Kt. Bern gesamt
0–19 Jahre	18,5%	22,0%	18,9%	19,1%	19,5%	20,7%	20,2%	19,2%
20–64 Jahre	62,1%	58,5%	60,3%	59,9%	60,7%	60,6%	60,7%	61,1%
65 Jahre und älter	19,4%	19,7%	20,8%	21,0%	19,8%	18,7%	19,1%	19,7%
Total (absolut)	434 598	45 156	62 518	152 012	127 428	100 042	79 527	1 001 281

b) 31.12.2020

Ausgangsbasis für die Bedarfsprognose								
Altersgruppe	Ausgangsbasis: Bevölkerungsprognose zum 31.12.2020 («hohes» Szenario)							
	VR 1 Bern	VR 2 Berner Jura	VR 3 Berner Oberland Ost	VR 4 Berner Oberland West	VR 5 Biel	VR 6 Emmental	VR 7 Oberraargau	Kt. Bern gesamt
0–19 Jahre	19,4%	19,6%	18,6%	18,6%	19,8%	18,8%	19,0%	19,2%
20–64 Jahre	59,1%	58,1%	58,4%	57,9%	58,6%	58,5%	58,8%	58,7%
65 Jahre und älter	21,5%	22,3%	23,0%	23,5%	21,6%	22,6%	22,2%	22,1%
Total (absolut)	456 297	43 960	65 658	160 575	131 148	100 578	81 533	1 039 749

Quellen: Bundesamt für Statistik, 2013a, und Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2012.

Tabelle 6:
Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern
nach Altersgruppen und Versorgungsräumen Psychiatrie bis 2020

a) 31.12.2013

Ausgangsbasis für die Bedarfsprognose						
Altersgruppe	Ausgangsbasis: Ist-Bevölkerung am 31.12.2013 (STATPOP)					
	VR I Aaretal-Oberland	VR II Agglomeration Bern	VR III Biel-Seeland-Berner Jura	VR IV Oberraargau-Emmental	VR V Oberraargau-Emmental	Kt. Bern gesamt
0–19 Jahre	19,1%	18,5%	19,5%	20,7%	20,7%	19,2%
20–64 Jahre	59,9%	62,1%	60,7%	60,6%	60,6%	61,1%
65 Jahre und älter	21,0%	19,4%	19,8%	18,7%	18,7%	19,7%
Total (absolut)	295 681	306 518	219 513	179 569	179 569	1 001 281

b) 31.12.2020

Ausgangsbasis für die Bedarfsprognose						
Altersgruppe	Ausgangsbasis: Bevölkerungsprognose zum 31.12.2020 («hohes» Szenario)					
	VR I Aaretal-Oberland	VR II Agglomeration Bern	VR III Biel-Seeland-Berner Jura	VR IV Oberraargau-Emmental	VR V Oberraargau-Emmental	Kt. Bern gesamt
0–19 Jahre	18,6%	19,5%	19,8%	18,8%	18,8%	19,2%
20–64 Jahre	57,9%	59,1%	58,6%	58,5%	58,5%	58,7%
65 Jahre und älter	23,5%	21,5%	21,6%	22,6%	22,6%	22,1%
Total (absolut)	313 093	321 822	222 723	182 111	182 111	1 039 749

Quellen: Bundesamt für Statistik, 2013a, und Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2012.

Einfluss auf die erwartete Bedarfsentwicklung bis 2020

Die erwartete Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern und die damit einhergehenden Veränderungen in der Altersstruktur beeinflussen auch die Entwicklung des Bedarfs nach stationären Spitalleistungen. Die zu erwartenden absoluten Zuwächse sind insbesondere auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen zurückzuführen, weil diese insgesamt eine höhere Hospitalisationsrate aufweist. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass die jüngeren Altersgruppen, die in der Regel eine tiefere Hospitalisationsrate aufweisen, schrumpfen (siehe «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung», dieser zeigt die Altersgruppenverteilung innerhalb der Spitalplanungs-Leistungsgruppen).

Exkurs: Zweisprachigkeit im Kanton Bern

Der Kanton Bern ist zweisprachig. In den meisten Versorgungsräumen ist das Deutsche die Amtssprache. Aber es gibt Ausnahmen: Die Amtssprachen sind das Französische im Versorgungsraum Berner Jura, das Deutsche und das Französische in der Region Seeland sowie im Versorgungsraum Biel. Der Anteil der französischsprachigen Bevölkerung betrug im Jahr 2014 insgesamt rund 10,6 Prozent bzw. 89 619 Personen.³⁶ Für die Berner Spitalisten bedeutet dies, dass bei der Vergabe der kantonalen Leistungsaufträge auch die Zweisprachigkeit im Kanton angemessen berücksichtigt werden muss (siehe Exkurs auf Seite 91).

³⁶ Quelle: Bundesamt für Statistik, Strukturerhebung. Aufbereitung durch die Finanzverwaltung des Kantons Bern, abrufbar unter: <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/statistik/bevoelk/sprachen.html>.

7.3 Abgestuftes Versorgungsmodell

Der Kanton Bern engagiert sich seit Langem für die Umsetzung eines flächendeckend abgestuften Versorgungsmodells. Die Versorgungsplanungen 2007–2010 und 2011–2014 richteten sich am Ziel der stufengerechten Gesundheitsversorgung der Kantonsbevölkerung aus. Insbesondere die Versorgungsplanung 2011–2014 unterschied zwischen Grundversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung. Mit dem vorliegenden Bericht setzt der Kanton dieses wichtige Ziel um und bildet die Grundlage für eine nach Versorgungsstufen differenzierte Gliederung des stationären Angebots. Zu diesem Zweck werden für die Versorgungsplanung 2016 den stationären Leistungen der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie drei unterschiedlichen Versorgungsstufen zugeordnet: regional, überregional und kantonal. Der Kanton kann anhand dieser Versorgungsstufen die Versorgungssituation in allen Teilen des Kantons besser beobachten und beurteilen. Im Folgenden wird deshalb das abgestufte Versorgungsmodell für die leistungsorientierte Spitalplanung vorgestellt. Es ordnet den einzelnen Leistungsgruppen bzw. Leistungsbereichen der kantonalen SPLG-Systematiken aufgrund ihrer Erreichbarkeit bzw. Lage zum Wohnort der Patientinnen und Patienten jeweils eine wohnortnahe (d. h. regionale) oder eine wohnortferne (d. h. überregionale bzw. kantonale) Versorgungsstufe zu.

Bedeutung für die Kantonsbevölkerung | Berner Spitallandschaft

Die Spitallandschaft im Kanton Bern ist historisch gewachsen. Daher sind weder die Verteilung der Standorte noch diejenige der stationären Versorgungsleistungen gleichmässig. Trotz der in der Planungsperiode 2011–2014 beobachteten und oft auch notwendigen Konzentrationsprozesse wird die Versorgung mit stationären Leistungen im Kanton Bern auch in der Planungsperiode 2017–2020 dezentral in allen Kantonsteilen sichergestellt werden. Eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung wird dann erreicht, wenn ausreichende, qualitativ gute und wirtschaftlich tragbare stationäre Leistungen für alle erreichbar sind. Erreichbarkeitskriterien sind insbesondere für die bedarfsorientierte Grund- und Notfallversorgung wichtig. Sie sind aber auch für die Einschätzung der Situation in den Versorgungsräumen sinnvoll, weil sie das Erkennen einer drohenden Unterversorgung bzw. Überversorgung ermöglichen.

Stufengerechte Versorgung zur Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität

Neben der geografischen Erreichbarkeit sind die Sicherstellung einer hohen medizinischen Behandlungsqualität sowie der wirtschaftliche Betrieb der Spitäler von Bedeutung. Beide Aspekte der stationären Leistungserbringung sind häufig nur durch eine Konzentration der Leistungsangebote und eine Abstimmung der angebotenen Leistungsspektren zwischen den einzelnen Spitälern erreichbar.

Das bedeutet:

- 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, dass die Erbringung gewisser Leistungen konzentriert werden muss, damit eine hohe Behandlungsqualität mit der notwendigen Wirtschaftlichkeit gewährleistet werden kann.

Ausgestaltung der Versorgungsstufen im Kanton Bern

Mit dem Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung in allen Kantonsteilen nachhaltig sicherzustellen, werden im Folgenden die stationären Leistungen der einzelnen Versorgungsbereiche in eine abgestufte regionalisierte Planungssicht überführt.

7.3.1 Regionale Versorgungsstufe

Akutsomatik

Die Leistungsbereiche Basispaket, Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Endokrinologie, Bewegungsapparat chirurgisch (Basisleistungen), Rheumatologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Neugeborene und Kindermedizin stellen regionale Versorgungsfunktionen dar und sollten nach Möglichkeit in jedem Versorgungsraum angeboten werden. Tiefe Fallzahlen können jedoch dazu führen, dass die nötigen Vorhalteleistungen (Infrastruktur, Personal) nicht in jedem regionalen Spitalstandort möglich sind.

Psychiatrie

Für die Psychiatrie hat die Leistungsgruppe Grundversorgung eine zentrale regionale Versorgungsfunktion und sollte in jedem Versorgungsraum angeboten werden. Auch die Leistungsgruppe der Alterspsychiatrie gehört zur regionalen Versorgungsfunktion.

7.3.2 Überregionale Versorgungsstufe

Akutsomatik

Die Leistungsbereiche Dermatologie, Ophthalmologie, Gastroenterologie, Kinderbasischirurgie, Viszeralchirurgie, Hämatologie, Gefässe, Herz, Nephrologie, Urologie, Pneumologie, Bewegungsapparat chirurgisch (spezialisierte Leistungen), Kompetenzzentrum Akutgeriatrie, Spezialisierte Palliative Care im Spital und Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker sind Leistungen mit einer überregionalen Versorgungsfunktion. Dasselbe gilt für Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen (exkl. IVHSM). Aufgrund der tiefen Fallzahlen ist die Vorhaltung dieser Leistungen nicht in jedem Versorgungsraum sinnvoll. Für diese Leistungsbereiche ist eine Versorgung in angrenzenden Versorgungsräumen möglich und zumutbar.

Psychiatrie

Leistungsgruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der spezialisierten Erwachsenenpsychiatrie (F0 – Organische Störungen, F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren, F8 – Entwicklungsstörungen, F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) gehören zu den überregionalen Versorgungsfunktionen. Geringe Fallzahlen erlauben in der Regel keine Vorhaltung dieser Leistungen in jedem Versorgungsraum. Für diese Leistungsgruppen ist eine Versorgung in angrenzenden Versorgungsräumen möglich und zumutbar.

7.3.3 Kantonale Versorgungsstufe

Akutsomatik

Die Leistungsbereiche Schwere Verletzungen, Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Herzchirurgie und spezialisierte Kinderchirurgie erfüllen kantonale Versorgungsfunktionen. Für diese spezialisierten Leistungsbereiche ist eine Versorgung über alle Versorgungsräume im Kanton oder an ausserkantonalen Spitälern möglich und sinnvoll.

Psychiatrie

Die Leistungsaufträge Forensik und geistige Behinderung erfüllen eine kantonale Versorgungsfunktion. Für diese spezialisierten Leistungsgruppen ist eine Versorgung in angrenzenden Versorgungsräumen oder für den ganzen Kanton möglich.

Rehabilitation

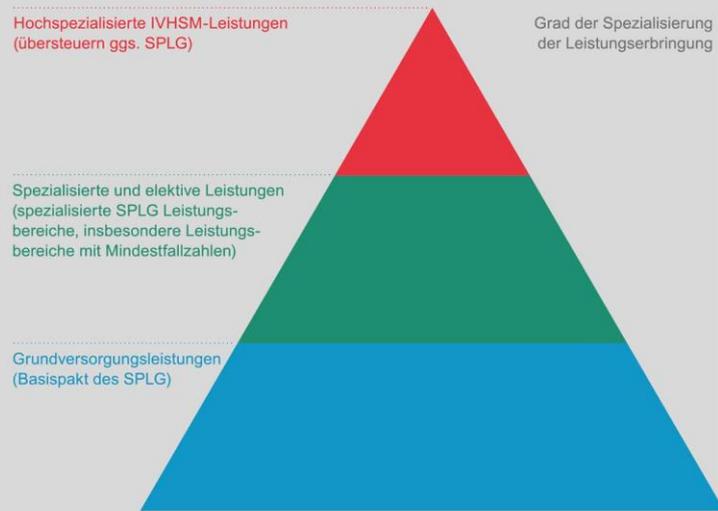
Grundsätzlich erfüllen die Leistungen der Rehabilitation eine kantonale Versorgungsfunktion. Für die Rehabilitation ist eine Versorgung im Kanton ohne Berücksichtigung der Versorgungsräume oder auch ausserkantonale möglich. Eine Ausnahme bildet die geriatrische Rehabilitation. Hier geht die GEF von einem zunehmenden Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Wohnortnähe aus.

Exkurs: Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik (SPLG) für die Akutsomatik

Für die Akutsomatik erlauben die Leistungsbereiche nach den Vorgaben der SPLG-Systematik eine Differenzierung zwischen stationärer Grundversorgung («Basispaket Innere Medizin/Chirurgie») und spezialisierten sowie elektiven stationären Leistungen. Dabei stellen insbesondere Leistungen mit Mindestfallzahlen sowie Leistungen der hochspezialisierten Medizin (IVSHM) die höchsten Spezialisierungsgrade im Sinne einer abgestuften Versorgung dar (siehe Abbildung 14).³⁷

Abbildung 14:

Grad der Spezialisierung der somatischen Leistungserbringung (lt. SPLG-Systematik Akutsomatik)



Quelle: Darstellung der GEF, Stand 31.12.2015

³⁷ Leistungen entsprechend den interkantonalen Vereinbarungen zur hochspezialisierten Medizin werden auch im Rahmen der Vorgaben der SPLG-Systematik Akutsomatik grundsätzlich durch die Definition von IVSHM-Leistungen übersteuert (vgl. Kapitel 5.3.1.7).

8 Spitalplanung: Leistungsorientierte Planungsgrössen

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen, Definitionen und Eckwerte für die leistungsorientierte stationäre Spitalplanung vorgestellt.

Bedeutung

Die leistungsorientierten Planungsgrössen stellen die Umsetzung einer leistungsbezogenen Spitalplanung sicher. Sie bilden die inhaltliche Grundlage für die Bedarfs- und die Angebotsermittlung der Versorgungsplanung 2016. Als einer der ersten Kantone plant der Kanton Bern seine Spitalleistungen bereits seit dem Jahr 2007 leistungsbezogen. Die Planung der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen in Akutspitälern und Geburtshäusern erfolgt seit Inkrafttreten der KVG-Revision 2007 zum 1. Januar 2012 in allen Kantonen leistungsorientiert (vgl. Art. 58c Bst. a KVV). Für die Planung der Versorgung mit stationären rehabilitativen und psychiatrischen Behandlungen können die Kantone nach KVG grundsätzlich zwischen einer leistungsorientierten und einer kapazitätsorientierten Planung wählen (vgl. Art. 58c Bst. b KVV). Nach Art. 6 Abs. 1 (in Verbindung mit Art. 2 Bst. a) SpVG plant der Kanton Bern neben der akutsomatischen auch die rehabilitative und die psychiatrische Versorgung leistungsbezogen. Das Vorgehen hat sich bereits in den Versorgungsplanungen 2007–2010 sowie 2011–2014 bewährt und wird mit der Versorgungsplanung 2016 fortgesetzt.

Empfehlung der GDK zur Spitalplanung

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat erstmals 1997 Empfehlungen zur Spitalplanung verabschiedet. Diese wurden 2002 revidiert und die entsprechenden Inhalte wurden 2009 an die neuen rechtlichen Gegebenheiten angepasst. Zusätzlich zu diesen Empfehlungen gibt es zwei Leitfäden: einen für die leistungsorientierte Spitalplanung in der Akutsomatik und einen zur Psychiatrieplanung.³⁸ Für den Versorgungsbereich Rehabilitation liegt bisher noch keine Empfehlung der GDK vor. Die Versorgungsplanung 2016 orientiert sich bis zum Vorliegen der Teilrevision der aktuellen Empfehlung an den GDK-Empfehlungen von 2009.³⁹ 2010 entwickelte der Kanton Zürich für den Bereich Akutsomatik und zum Zweck der Spitalplanung eine Klassifikation der medizinischen Leistungen: die Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik (SPLG) für die Akutsomatik.⁴⁰ 2011 empfahl der Vorstand der GDK den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik für die Akutsomatik.⁴¹ 2015 nutzten die meisten Kantone die SPLG Akutsomatik für ihre akutsomatische Spitalplanung. Für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie existieren noch keine vergleichbar fortgeschrittenen Systematiken für medizinisch basierte Leistungsgruppen zum Zweck der Spitalplanung. Aus diesem Grund werden die SPLG-Systematiken für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie im Folgenden als kantonale Systematiken bezeichnet. Die SPLG Akutsomatik sowie die SPLG-Systematiken Rehabilitation und Psychiatrie werden in Kapitel 8.2 erläutert.

8.1 Stationäre Versorgungsbereiche

Die GEF unterscheidet bei der Spitalplanung grundsätzlich zwischen drei verschiedenen stationären Versorgungsbereichen.

Diese sind:

- Akutsomatik
- Rehabilitation
- Psychiatrie

³⁸ Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2005 und 2008a.

³⁹ Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2009.

⁴⁰ Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 201X.

⁴¹ Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2011.

8.2 Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken (SPLG)

Bereits die Versorgungsplanung 2011–2014 basierte auf bereichsspezifischen SPLG-Systematiken für die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie. Die drei Systematiken wurden für die Versorgungsplanung 2016 mittels einer noch genaueren Differenzierung der stationären Leistungen weiterentwickelt. Sie bilden die Basis für die leistungsorientierte Spitalplanung im Kanton Bern. Gleichzeitig bilden sie die Grundlage für die Berner Spitalisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016. Im Folgenden werden sie differenziert nach Versorgungsbereich vorgestellt.

Definition der medizinischen Leistungsspektren der SPLG-Systematiken

Das Leistungsspektrum der einzelnen Leistungsgruppen wird durch die SPLG-Systematiken definiert. Dabei werden jeder Leistungsgruppe eindeutige Behandlungs- und/oder der Diagnose-Codes zugeordnet. SPLG sind damit medizinisch sinnvolle Einteilungen der Patientinnen und Patienten, anhand

- der Behandlung(en) (erfasst mittels der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP)
- der Diagnose(n) (erfasst mittels der Internationalen Diagnoseklassifikation ICD)
- der Kombination von Diagnose(n) und Behandlung(en)

Definition der leistungsgruppenspezifischen Anforderung

Neben der behandlungs- und/oder diagnosebezogenen Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu medizinisch sinnvollen Leistungsgruppen enthalten die SPLG-Systematiken verbindliche leistungsgruppenspezifische Anforderungen.

Diese leistungsgruppenspezifischen Anforderungen betreffen:

- Personalqualifikation und -verfügbarkeit
- organisatorische und infrastrukturelle Anforderungen
- apparative und medizinisch-technische Anforderungen
- Versorgungskonzepte
- Koppelung eines Leistungsauftrags an das Vorhandensein eines anderen Leistungsauftrags

Für einzelne Leistungsgruppen können zusätzlich Mindestfallzahlen festgesetzt werden.

Gesamtschweizerische Harmonisierung und Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken

Um die kantonalen Planungen besser zu koordinieren, orientieren sich viele Kantone an den SPLG-Systematiken der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) von 2012. Die Harmonisierung der kantonalen Planungsgrundlagen ist sinnvoll, denn nur so kann sichergestellt werden, dass die stationären Versorgungsleistungen zwischen den Kantonen vergleichbar sind. Die GEF hat die verwendeten SPLG-Systematiken der GDZH für die Planungsperiode 2017–2020 teilweise überarbeitet und weiterentwickelt. Was im Vergleich zu den in der Planungsperiode 2011–2014 angewandten Systematiken verändert wurde, wird in den Kapiteln 8.2.1–8.2.3 detailliert dargestellt.

8.2.1 SPLG-Systematik Akutsomatik

Für die Akutsomatik erfolgt die Planung gestützt auf die diagnose- und behandlungsbezogene SPLG-Systematik der Gesundheitsdirektion Zürich. Diese wurde 2012 von Fachpersonen erarbeitet und in der Planungsperiode 2011–2014 stetig weiterentwickelt. Die Anwendung der SPLG-Systematik Akutsomatik des Kantons Zürich als Grundlage für Planung und Spitalisten wurde 2011 vom Vorstand der Schweizerischen Konferenz der GDK empfohlen, und die Mehrheit der Schweizer Kantone folgt dieser Empfehlung bereits. Für die Weiterentwicklung der SPLG Akutsomatik ist derzeit die GDZH zuständig. Im Rahmen des interkantonalen Austauschtreffens der GDK zur SPLG-Systematik Akutsomatik wird künftig auch deren Weiterentwicklung mit den anderen 25 Kantonen abgestimmt. Aufgrund der grossen Anzahl der Leistungsgruppen in der Akutsomatik (mehr als 100) werden im Folgenden die übergeordneten Leistungsbereiche der SPLG-Systematik Akutsomatik abgebildet. Die Leistungsbereiche der SPLG Akutsomatik orientieren sich an der gängigen Spitalorganisation bzw. den Fachgebieten in einem Akutspital.⁴²

⁴² Detaillierte Auswertungen auf der Ebene der einzelnen Leistungsgruppen finden sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

Leistungsbereiche Akutsomatik:

- Basispaket
- Dermatologie
- Hals-Nasen-Ohren
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Ophthalmologie
- Endokrinologie
- Gastroenterologie
- Viszeralchirurgie
- Hämatologie
- Gefässe
- Herz
- Nephrologie
- Urologie
- Pneumologie
- Thoraxchirurgie
- Transplantationen
- Bewegungsapparat chirurgisch
- Rheumatologie
- Gynäkologie
- Geburtshilfe
- Neugeborene
- (Radio-)Onkologie
- Schwere Verletzungen
- Querschnittsbereiche:
 - > Kindermedizin und -chirurgie
 - > Akutgeriatrie
 - > Spezialisierte Palliative Care im Spital
 - > Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker

Definition der Leistungsspektren

Die rund 140 Leistungsgruppen und die 25 zusammengefassten Leistungsbereiche basieren auf den Hauptgruppen der Diagnoseklassifikation sowie der Schweizerischen Operationsklassifikation. Die Übersicht zur aktuellen Version der SPLG Akutsomatik ist auf der Website der Gesundheitsdirektion Zürich abrufbar.⁴³

Leistungsgruppen «Basispaket» und «Basispaket elektiv»

Im Rahmen der SPLG Akutsomatik sind zwei Leistungsaufträge hervorzuheben: das «Basispaket (BP)» und das «Basispaket elektiv (BPE)». Sie bilden die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen. Darüber hinaus ermöglichen sie die Unterscheidung der auf der Spitalliste aufgeführten Spitalstandorte im Hinblick auf Notfallversorgung, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Aufnahme-fähigkeit. Für alle Spitäler mit einer Notfallstation bildet das «BP» die obligatorische Grundlage. Das «BPE» bildet hingegen die Grundlage für alle Spitäler, die elektiv tätig sind, d. h. über ein vorwie-gend elektives Leistungsspektrum an Wahleingriffen verfügen und keine Notfallstation haben.⁴⁴

Leistungsgruppe «Spezialisierte Palliative Care im Spital»

Die Leistungsgruppe «Spezialisierte Palliative Care im Spital (SpezPalCare)» ersetzt im Kanton Bern seit Mitte Dezember 2015 die Leistungsgruppe «Palliative Care Kompetenzzentrum (PAL)» der SPLG-Systematik der GDZH.

Besondere leistungsgruppenspezifische Anforderungen

Für bestimmte Leistungsgruppen fordert die SPLG-Systematik Akutsomatik die Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal am Standort der stationären Behandlung innerhalb von definierten Fristen. Im Vordergrund steht hier die notfallmässige Behandlung von Patientinnen und Patienten ausserhalb der normalen Praxis- und Arbeitszeiten, wie nachts und an Wochenenden (Tabelle 7).

⁴³ Website der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, abrufbar unter:

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungengruppen.html.

⁴⁴ Elektiv-Leistungen sind Eingriffe, die nicht dringend notwendig sind, und/oder Wahleingriffe bzw. Operationen, deren Zeitpunkt man frei wählen kann.

Hinweis zur Gültigkeit der Version der SPLG-Systematik Akutsomatik

In der Planungsperiode 2017–2020 basiert eine Bewerbung für die Berner Spitalliste Akutsomatik auf der zum Zeitpunkt der Bewerbung gültigen Version der SPLG-Systematik Akutsomatik der GDZH. Die Version der SPLG-Systematik umfasst die Definition der Leistungsgruppen, die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen sowie die CHOP- und ICD-Kataloge für die Zuteilung der Fälle in die Leistungsgruppen der SPLG Akutsomatik. Der Überblick über die SPLG-Versionen findet sich auf der Website der GDK und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.^{45, 46}

Exkurs: Anforderung an die Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und -ärzte (lt. der SPLG-Systematik Akutsomatik)

Tabelle 7 enthält eine Aufstellung der unterschiedlichen Anforderungen an die Verfügbarkeit.

Tabelle 7:

Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte

Level 1	FA Erreichbarkeit <60 Min. oder Verlegung	Fachärztinnen / Fachärzte ¹⁾ sind innert 60 Minuten erreichbar oder die Patientin / der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention <60 Min.	Die Fachärztinnen / die Fachärzte ¹⁾ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch die Fachärztin / den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30 Min.	Die Fachärztinnen / die Fachärzte ¹⁾ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (nur Geburt)	FA Intervention ≤15 Min.	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einer Fachärztin / einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten) geführt. Facharzt/-ärztin mit Schwerpunkt Neonatologie oder Facharzt/-ärztin Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie sind verfügbar (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland).

¹⁾ Fachärztinnen/Fachärzte oder Ärztinnen/Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation (auch Beleg- oder Konsiliarärzte möglich)

8.2.2 SPLG-Systematik Rehabilitation

Die SPLG-Systematik Rehabilitation ist eine kantonale Systematik, die von Fachpersonen erarbeitet und in Zukunft regelmässig weiterentwickelt wird. In allen Leistungsgruppen wurden die Struktur- und Prozessanforderungen unter Einbezug der Leistungserbringer einer Revision unterzogen. In der Planungsperiode 2017–2020 bleibt die «Geriatrische Rehabilitation» auch weiterhin eine wichtige bernische Leistungsgruppe für ältere und hochbetagte Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankung. Die Leistungsgruppe «Internistische und onkologische Rehabilitation» wird neu eingeführt. Hingegen wird die nicht fachspezifische Leistungsgruppe «Andere organspezifische Rehabilitation» in der Planungsperiode 2017–2020 nicht weitergeführt.

Leistungsgruppen Rehabilitation:

- Muskuloskeletale Rehabilitation
- Neurologische Rehabilitation
- Rehabilitation Querschnittgelähmter
- Kardiovaskuläre Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Internistische und onkologische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitation
- Querschnittsbereich:
 - > Geriatrische Rehabilitation

Definition der Leistungsspektren

Die Leistungsgruppen der Rehabilitation basieren (wie einleitend dargestellt) auf den Hauptgruppen der Diagnosekategorien. Auf die Zürcher Leistungsgruppe «Frührehabilitation» sowie auf einen speziellen Ausweis der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wird in der Planungsperiode 2017–2020 weiterhin verzichtet, da diese Patientinnen und Patienten regulär und bedarfsgerecht im Rahmen der anderen fachspezifischen Leistungsgruppen der SPLG Rehabilitation versorgt werden

⁴⁵ Website der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, abrufbar unter:

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html#a-content.

⁴⁶ Website der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, abrufbar unter:

<http://www.gdk-ods.ch/index.php?id=623>.

können. Insgesamt wurde bei der Entwicklung der SPLG-Systematik Rehabilitation jedoch darauf geachtet, dass eine grösstmögliche Übereinstimmung mit den Anforderungen in anderen Kantonen besteht. Tabelle 8 bildet die in der Planungsperiode 2011–2014 verwendete SPLG-Systematik Rehabilitation ab. Sie wird in der Planungsperiode 2017–2020 nicht weitergeführt. Tabelle 9 zeigt eine Übersicht zur SPLG-Systematik Rehabilitation, die der Versorgungsplanung 2016 entspricht (hier: Version 2016.1).

Tabelle 8:

Ausgangsbasis: Leistungsgruppen Rehabilitation der Versorgungsplanung 2011–2014 (nach VP11–14) werden mit der weiterentwickelten SPLG nach VP16 in Tabelle 9 ersetzt

Leistungsgruppen	
Kürzel	Bezeichnung
SBRE	Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates
NERE	Neurologische Rehabilitation
HKRE	Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems
AORE	Andere organspezifische Rehabilitation
PSRE	Psychosomatische Rehabilitation
GERE	Geriatrische Rehabilitation

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 9:

Grundzüge der neuen Leistungsgruppen der Rehabilitation (SPLG Rehabilitation Version 2016.1, nach VP16)

Leistungsgruppen	
Kürzel	Bezeichnung
MSR	Muskuloskeletale Rehabilitation
NEURO	Neurologische Rehabilitation
RQ	Rehabilitation Querschnittgelähmter
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation
PUL	Pulmonale Rehabilitation
INTERN	Internistische und onkologische Rehabilitation
PSYCH	Psychosomatische Rehabilitation
GERE	Geriatrische Rehabilitation

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

8.2.3 SPLG-Systematik Psychiatrie

Auch die SPLG Psychiatrie ist eine kantonale Systematik, die von Fachpersonen erarbeitet und in Zukunft regelmässig weiterentwickelt wird. Die neue Berner SPLG Psychiatrie lehnt sich ebenfalls stark an die von der Gesundheitsdirektion Zürich entwickelte Systematik aus dem Jahr 2012 an.

Leistungsgruppen Psychiatrie:

- F0: Organische Störungen (Demenzerkrankungen, Delir und andere hirnanorganische Störungen)
- FA (F10): Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)
- FD (F11–F19): Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)
- F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)
- F3: Affektive Störungen (Depressionen, Manien, bipolare Störungen)
- F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen)
- F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)
- F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)
- F7: Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)
- F8: Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)
- F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen)
- Besondere Bereiche:
 - > Erwachsenenpsychiatrie
 - > Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - > Alterspsychiatrie
 - > Behandlung und Begutachtung von psychisch kranken Personen im Massnahmen- und Strafvollzug (Forensik)

- > Behandlung und Begutachtung von psychisch kranken Personen mit einer geistigen Behinderung
- Querschnittsbereiche:
 - > Grundversorgung

Definition der Leistungsspektren

Die Leistungsgruppen der Psychiatrie basieren (wie in Kapitel 8.2.3 dargestellt) auf den Hauptgruppen der Diagnosekategorien (ICD). Tabelle 10 bildet die in der Planungsperiode 2011–2014 verwendete SPLG-Systematik Psychiatrie ab. Diese Systematik wird in der Planungsperiode 2017–2020 nicht weitergeführt. Tabellen 11 und 12 zeigen eine Übersicht zur SPLG-Systematik Psychiatrie entsprechend der Versorgungsplanung 2016 (hier: Version 2016.1).

Tabelle 10:

Ausgangsbasis: Leistungsgruppen Psychiatrie der Versorgungsplanung 2011–2014 (nach VP11–14) werden mit der weiterentwickelten SPLG nach VP16 in Tabellen 11/12 ersetzt

Leistungsgruppen	
Kürzel	Bezeichnung
ER	Allgemeine und spezialisierte Psychiatrie (Erwachsenenpsychiatrie)
AE	Alterspsychiatrie
KIJU	Kinder- und Jugendpsychiatrie
FOR	Psychisch kranke Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik)

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 11:

Grundzüge der Leistungsgruppen Psychiatrie | zusätzliche Altersbereiche und Personengruppen (SPLG Psychiatrie Version 2016.1, nach VP16)

Altersbereiche Einschränkungen bei der Aufnahme	
Kürzel	Bezeichnung
KI	Kinderpsychiatrie (0–13 Jahre)
JU	Jugendpsychiatrie (14–17 Jahre)
ER	Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre)
AE	Alterspsychiatrie (ab 65 Jahren)
FOR	Psychisch kranke Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik)
GBE	Psychisch kranke Personen mit einer geistigen Behinderung

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 12:

Grundzüge der Leistungsgruppen der Psychiatrie (SPLG Psychiatrie Version 2016.1, nach VP16)

Leistungsgruppen	
Kürzel	Bezeichnung
F0	Organische Störungen (Demenzkrankungen, Delir und andere hirnorganische Störungen)
FA (F10)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)
FD (F11–F19)	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)
F3	Affektive Störungen (Depressionen, Manien, bipolare Störungen)
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)
F7	Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)
F8	Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen)

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Definition der leistungsspezifischen Anforderungen

Mit den Leistungsgruppen eng verbunden sind die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Sie gelten für alle kantonalen Listenspitäler. Grundsätzlich werden drei Stufen von Struktur- und Prozessanforderungen für stationäre Leistungserbringer der Psychiatrie definiert:

- allgemeine Anforderungen für alle Listenspitäler bzw. Standorte,
- zusätzliche Anforderungen für Standorte mit Grundversorgungsleistungen und
- Anforderungen an spezifische Leistungsbereiche bzw. -aufträge.

Die allgemeinen Anforderungen müssen immer, die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen je nach Leistungsauftrag erfüllt sein. Die einzelnen Struktur- und Prozessanforderungen sind auf die Verhältnisse im Kanton Bern zugeschnitten. Dies ist einerseits auf die rechtlichen Grundlagen und andererseits auf die versorgungsstrategischen Ziele zurückzuführen. Es wurde bei der Entwicklung der SPLG-Systematik Psychiatrie darauf geachtet, dass eine grösstmögliche Übereinstimmung mit den Anforderungen in anderen Kantonen besteht.

Leistungsgruppen «Grundversorgungsleistungen» und «elektive Leistungen»

Um die Unterschiede der auf der Spitalliste aufgeführten Spitalstandorte in der Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Aufnahmefähigkeit abzubilden, hat der Kanton Bern zusätzlich zu den alters- und diagnosespezifischen Leistungsgruppen eine Einteilung in «Grundversorgungsleistungen (GRU)» und «elektive Leistungen (ELE)» in die neue SPLG Psychiatrie aufgenommen.⁴⁷ Zu den Grundversorgungsleistungen gehören mindestens die Leistungsgruppen FA (F10), FD (F11–F19), F2, F3, F4 und F6. Spitalstandorte, an welchen psychiatrische Grundversorgungsleistungen erbracht werden, verfügen über ein umfassendes Leistungsspektrum sowie eine hohe Erreichbarkeit und Aufnahmebereitschaft bzw. -fähigkeit (24/7), auch für Notfälle und fürsorgerische Unterbringungen. Um die regionale Grundversorgung sicherzustellen, ist jedes Spital, das Grundversorgungsleistungen anbietet, innerhalb des Versorgungsraums sehr gut vernetzt. Es stellt entweder selbst oder mittels geeigneter Kooperationen eine hohe ambulante Interventions- und Abklärungsbereitschaft sicher. Diese Leistungen können in Kooperation mit anderen Leistungserbringern (z. B. Spitälern, Spitex-Organisationen) sowie niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Fachpsychologinnen und Fachpsychologen erbracht werden. Spitalstandorte, an welchen ausschliesslich elektive Leistungen erbracht werden, zeichnen sich durch Einschränkungen im Leistungsspektrum aus. Sie erbringen primär auf ärztliche Zuweisung erfolgende Leistungen in einem Spezialgebiet, z. B. stationäre Suchtbehandlungen oder stationäre Behandlungen von Essstörungen. Stationäre Aufnahmen werden in der Regel tagsüber (8–18 Uhr) und wochentags vorgenommen. Notfallaufnahmen sind selten. Fürsorgerische Unterbringungen sind nach Absprache unter Umständen möglich.

Die Leistungsgruppe «Psychisch kranke Personen mit einer geistigen Behinderung»

Zudem wird für Menschen mit einer geistigen Behinderung eine eigene Kategorie geschaffen, da dieser Leistungsauftrag mit besonderen Anforderungen an die Leistungserbringer verbunden ist («GBE» der SPLG Psychiatrie).

Die Leistungsgruppe «Psychisch kranke Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik)»

Für die stationäre Behandlung von psychisch kranken Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug besteht weiterhin eine eigene Leistungsgruppe. Mit dieser Leistungsgruppe sind besondere Anforderungen an die Qualifikation des Fachpersonals sowie an die Sicherheitseinrichtungen verbunden.

Hinweis zur Gültigkeit der Version der SPLG-Systematik Psychiatrie

Weil es grundsätzlich möglich ist, dass während der Planungsperiode 2017–2020 eine aktualisierte Version der SPLG Psychiatrie in Kraft tritt, liegt einer Bewerbung für die Berner Spitalliste Psychiatrie jeweils die zum Zeitpunkt der Bewerbung gültige SPLG-Systematik Psychiatrie der GEF zugrunde.

8.2.4 Weitere Differenzierung der Planungsgrössen

Eine weitere Differenzierung der leistungsorientierten Planungsgrössen erfolgt durch Eckwerte, welche das durch die Patientinnen und Patienten in Anspruch genommene Leistungsvolumen der Spitäler beschreiben (siehe hierzu Kapitel 11.5).

Diese Eckwerte sind:

- Hospitalisationsrate
- Fallzahlen
- Pfllegetage
- mittlere Aufenthaltsdauer
- Fallschwere

⁴⁷ Vgl. hierzu auch die Leistungsgruppen Psychiatrie.

9 Spitalplanung: Planungstiefe, Planungskriterien, Planungsgrundsätze und Planungsverfahren

In Kapitel 8 wurden die Definitionen und Eckwerte für die leistungsorientierte Spitalplanung vorgestellt. In diesem Kapitel werden die wichtigsten konzeptionellen und methodischen Grundlagen für die Spitalplanung eingeführt. Ziel ist, das Planungsverfahren für die Erstellung der kantonalen Spitallisten verständlich und nachvollziehbar zu machen.

9.1 Geltungsbereich

Die Planungspflicht der Kantone nach Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG erstreckt sich einzig auf den Geltungsbereich des KVG (vgl. Art. 1a KVG). Von der Planungspflicht ausgenommen sind damit jene stationär durchgeführten Behandlungen und Massnahmen, für welche die Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung und freiwillige Taggeldversicherung) keine Leistungen gewährt, wie in den Bereichen der Unfallversicherung, der Invalidenversicherung und der Militärversicherung sowie bei selbstzahlenden Patientinnen und Patienten. Das in diesem Kapitel beschriebene Vorgehen gilt für jeden Leistungserbringer, der für die Berner Bevölkerung stationäre Leistungen der Akutsomatik, Rehabilitation oder Psychiatrie zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten möchte. Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher ausschliesslich auf die KVG-relevanten stationären Leistungen. Die im Bereich der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung erbrachten Leistungen können auf Antrag des Leistungserbringers in die Evaluation einbezogen werden, wenn dieser einen gewissen Einfluss z. B. auf die Qualität der Behandlungen für die stationären Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erwartet (aufgrund der höheren Fallzahlen).

9.2 Planungstiefe

Gestützt auf Art. 58e KVV führt der Kanton Bern diejenigen innerkantonalen und ausserkantonalen Leistungserbringer auf seinen kantonalen Spitallisten, die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Berner Wohnbevölkerung notwendig sind. Damit alle Leistungserbringer die Möglichkeit haben, ihr Leistungsangebot weiterzuentwickeln, formuliert der Regierungsrat die Spitalplanung bewusst als Rahmenplanung.

9.2.1 Rahmenplanung

Die Rahmenvorgaben verhindern ein Über- oder Unterangebot an Leistungen sowie Mängel in der Qualität der Leistungserbringung. Sie entsprechen den Planungsgrundsätzen nach Art. 58b–e KVV, Art. 39 KVG sowie Art. 11a bis c SpVV.

Die Versorgungsplanung 2016 ist eine Rahmenplanung, und ihre Rahmenvorgaben betreffen

- die bedarfsgerechte Vergabe,
- die leistungsbezogene Vergabe und
- die standortbezogene Vergabe

von Leistungsaufträgen auf den kantonalen Spitallisten.

9.2.2 Standortbezogene Erteilung von Leistungsaufträgen

Im Kanton Bern verfügen 10 der 31 Spitalunternehmen zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 über zwei oder mehr Spitalstandorte. Diese liegen teilweise 30 Kilometer und mehr auseinander. Die Versorgungsplanung 2016 folgt dem Grundsatz einer standortbezogenen Erteilung von Leistungsaufträgen; auch die Berner Spitallisten werden in Zukunft standortbezogen erstellt. Die Planung und Erteilung eines Leistungsauftrags erfolgt für den einzelnen Standort und nicht für das Spitalunternehmen und stützt sich dabei auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts.⁴⁸ Sowohl die medizinische als auch die betriebswirtschaftliche Standortentwicklung der Spitalunternehmen bleibt gewährleistet. Es gibt im Kanton Bern keine Mengenbeschränkungen.

⁴⁸ Vgl. BVGer-Urteil C-6088/2011.

Der einzelne Standort muss, bezogen auf die medizinische Leistungserbringung, geeignet sein und das stationäre Leistungsangebot für die Kantonsbevölkerung bedarfsnotwendig. Verfügt ein Spitalunternehmen an mehreren Standorten über denselben Leistungsauftrag, dann kann es frei entscheiden, an welchem Standort es wie viele Patientinnen und Patienten behandelt. Bei Erfüllung der medizinisch-fachlichen Anforderungen und nach Berücksichtigung allfälliger regionaler Planungsaspekte können Leistungsaufträge auf Antrag der Spitalunternehmen auch zwischen den einzelnen Spitalstandorten verschoben werden.

9.3 Planungskriterien nach Art. 58b KVV

Art. 39 KVG, Art. 58b KVV sowie Art. 11 SpVV geben die Planungsgrundsätze vor. Sie werden im Folgenden erläutert.

9.3.1 Fähigkeit und Bereitschaft zur Aufnahme

Fähigkeit (Eignung)

Ein Spital ist nach KVG und SpVG zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geeignet, wenn es die Anforderungen für die Betriebsbewilligung (Art. 119 SpVG) und die in den SPLG-Systematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie definierten generellen sowie leistungsgruppenspezifischen Mindestanforderungen erfüllt. Ein Spital muss geeignet sein, um für die Erteilung eines kantonalen Leistungsauftrags auf den Spitallisten in Betracht zu kommen. Die Eignung muss gegeben sein, damit sichergestellt ist, dass das Spital nach objektiven medizinischen Kriterien zur Deckung des tatsächlich vorhandenen und daher zu versorgenden Bedarfs beitragen kann. Aus der Eignung allein entsteht kein Anspruch auf einen kantonalen Leistungsauftrag.

Aufnahmepflicht

Ein Listenspital ist gemäss Art. 41a KVG verpflichtet, Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern aufzunehmen und zu behandeln. Diese Pflichten muss das Spital möglichst diskriminierungsfrei erfüllen. Das Listenspital ist verpflichtet, Patientinnen und Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Versicherungsstatus aufzunehmen.⁴⁹ Zu diesem Zweck prüft der Kanton beispielsweise bei allen Listenspitälern, ob das Verhältnis von Patientinnen und Patienten der verschiedenen Versicherungsklassen angemessen ist.⁵⁰ Darüber hinaus muss jedes Listenspital uneingeschränkt Nothilfe leisten.

9.3.2 Bedarfsnotwendigkeit

Die Leistungen eines Spitals, das zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geeignet ist, sind für die Versorgung der Berner Kantonsbevölkerung nicht automatisch auch bedarfsnotwendig. Sie werden erst dann bedarfsnotwendig, wenn sie tatsächlich zur Deckung des rechnerisch ermittelten Bedarfs nach entsprechenden stationären Leistungen benötigt werden.

Identifikation der versorgungsrelevanten Leistungserbringer

Seit dem 1. Januar 2012 haben die Bernerinnen und Berner aufgrund der freien Spitalwahl die Wahl zwischen den Leistungsangeboten auf den Spitallisten des Kantons Bern und den Leistungsangeboten auf den Spitallisten der anderen 25 Kantone in der Schweiz. Der Kanton Bern kann indessen nicht alle Leistungsangebote, die von Bernerinnen und Bernern nachgefragt werden, auf seinen Spitallisten sichern. Nur diejenigen Leistungserbringer, die ein bestimmtes Versorgungsvolumen für die Berner Bevölkerung erreichen, kommen für einen Leistungsauftrag in Frage. Aus diesem Grund berücksichtigt der Kanton Bern, wenn er die bedarfsnotwendigen Leistungen der Spitäler ermittelt, auch das Kriterium der Versorgungsrelevanz der angebotenen Leistungen. Im Anschluss an die Feststellung der Eignung erfolgt deshalb die Identifikation derjenigen Leistungserbringer, deren Leistungen aufgrund ihres Leistungsvolumens für die Berner Bevölkerung im Rahmen des Auswahlentscheids evaluiert werden sollen.

⁴⁹ Vgl. Art. 49 SpVG.

⁵⁰ Angemessen bedeutet, dass der Anteil von Patientinnen und Patienten mit ausschliesslich Grundversicherung (Liegeklasse = allgemeine Abteilung) mindestens 50 Prozent entspricht (vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2009).

Das Kriterium der Versorgungsrelevanz

Das Kriterium der Versorgungsrelevanz gibt an, wie gross der Beitrag des einzelnen Leistungsangebots zur Deckung der gegenwärtigen stationären Inanspruchnahme der Berner Bevölkerung pro Leistungsbereich oder pro Leistungsgruppe ist bzw. wie versorgungsrelevant das angebotene Leistungsvolumen ist. Die Ausprägung des Kriteriums kann, je nach Anzahl der interessierten Leistungserbringer und ihrem jeweiligen Beitrag zur stationären Versorgung für die Berner Bevölkerung, von 0 (keine Versorgungsrelevanz) bis 100 (maximale Versorgungsrelevanz) Prozent variieren.⁵¹ Zu der Frage, ab wann ein Leistungserbringer für die Versorgung der Kantonsbevölkerung als versorgungsrelevant gilt, hat sich im Kanton Bern die Grenze von 10 Fällen etabliert. Sie entspricht der Praxis des Kantons Bern, die er bereits in der Spitalliste 2010 anwendete. In der Versorgungsplanung 2007–2010 galten mindestens 10 Fälle pro Jahr als versorgungsrelevant. Die Versorgungsplanung 2011–2014 ging von mindestens 10 Fällen und einem Versorgungsanteil von 3 Prozent im Referenzjahr aus. Ein einheitlicher Schwellenwert von 3 Prozent wird dabei den unterschiedlichen Versorgungsstufen der Leistungsgruppen nicht gerecht. Notwendig ist eine differenzierte Sichtweise für regionale, überregionale oder kantonale Versorgungsstufen. Aus diesem Grund richtet sich mit der Versorgungsplanung 2016 die notwendige Versorgungsrelevanz pro Leistungsbereich (Akutsomatik) bzw. pro Leistungsgruppe (Rehabilitation und Psychiatrie) nach der Versorgungsstufe der stationären Leistung (die Versorgungsstufen wurden in Kapitel 7.3 beschrieben).

Für den Kanton Bern ist ein Leistungserbringer aufgrund seines Leistungsvolumens versorgungsrelevant, wenn er:⁵²

- im Bereich der stationären Leistungen mit einer regionalen Versorgungsstufe in zwei von drei aufeinanderfolgenden Referenzjahren mindestens 10 Berner Fälle aufweist,
- im Bereich der stationären Leistungen mit einer überregionalen Versorgungsstufe in zwei von drei aufeinanderfolgenden Referenzjahren mindestens 10 Berner Fälle und mindestens 2 Prozent aller Berner Fälle aufweist,
- im Bereich der stationären Leistungen mit einer kantonalen Versorgungsstufe in zwei von drei aufeinanderfolgenden Referenzjahren mindestens 10 Berner Fälle und mindestens 5 Prozent aller Berner Fälle aufweist.

Bei einer fehlenden Versorgungsrelevanz für den Beitrag zur Deckung des gegenwärtigen Bedarfs der Berner Bevölkerung erteilt der Kanton Bern in der Regel keinen Leistungsauftrag.

Hoher Deckungsgrad der Berner Spitalisten gewährt die Versorgungssicherheit

Im Anschluss an die Auswahl der potenziellen Listenspitäler und ihrer Leistungen werden die Berner Spitalisten geprüft, ob in jedem Leistungsbereich (Akutsomatik) bzw. jeder Leistungsgruppe (Rehabilitation, Psychiatrie) mindestens 80 bis 90 Prozent der gegenwärtigen Inanspruchnahme abgedeckt werden konnten. So gewährt der Kanton Bern eine grosse Versorgungssicherheit und kann zeitnah auf eine sich verändernde Inanspruchnahme der Berner Bevölkerung reagieren (infolge der freien Spitalwahl und der Leistungen von Vertragsspitälern). Der zu sichernde Deckungsgrad richtet sich ebenfalls nach der Versorgungsstufe der Leistungsbereiche (Akutsomatik) bzw. der Leistungsgruppen (Rehabilitation, Psychiatrie) (siehe auch Kapitel 7.3). Damit werden Besonderheiten in den einzelnen Versorgungsstufen durch differenzierte Deckungsgrade berücksichtigt. Für Leistungen mit einer regionalen bzw. wohnortsnäheren Versorgungsstufe ist ein höherer Deckungsgrad notwendig als für Leistungen mit einer überregionalen oder kantonalen bzw. wohnortsfurtheren Versorgungsstufe. Für den Fall, dass mit der Auswahl nicht mindestens 80 bis 90 Prozent der gegenwärtigen Inanspruchnahme gedeckt werden konnten, kann der Kanton zusätzlich geeignete Leistungserbringer berücksichtigen, die beispielsweise aufgrund der fehlenden Versorgungsrelevanz vor der Auswahl ausgeschieden waren. Alternativ kann der Kanton die Entwicklung der Inanspruchnahme beobachten. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn er davon ausgehen darf, dass der angestrebte Deckungsgrad im Folgejahr erreicht wird, weil sich die Inanspruchnahme der Berner Bevölkerung zugunsten der bereits vorhandenen Leistungen der Listenspitäler verändert. Diese Entscheidung liegt im Ermessensspielraum des Kantons und muss im Einzelfall geprüft werden. Die folgenden Richtgrössen geben einen Überblick zu den Schwellwerten, die bei der Beurteilung der gegenwärtigen Deckung der gegenwärtigen Inanspruchnahme auf den Spitalisten zugrunde liegen (siehe Tabelle 13).

⁵¹ Das Kriterium der Versorgungsrelevanz bezieht sich auf den Anteil, den ein Leistungserbringer an der von der Berner Bevölkerung nachgefragten stationären Leistung pro Leistungsbereich (Akutsomatik) bzw. Leistungsgruppe (Rehabilitation, Psychiatrie) erbringt.

⁵² Hinweis: Die Subkriterien müssen kumulativ erfüllt werden.

Tabelle 13:

Deckungsgrad der Berner Spitalisten | Richtgrössen

Versorgungsstufe	Deckungsgrad in Prozent
Regional	Mindestens 90%
Überregional	Mindestens 85%
Kantonal	Mindestens 80%

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

9.3.3 Zugänglichkeit

Stationäre Leistungsangebote müssen bedarfsgerecht verteilt, zugänglich und geografisch gut erreichbar sein. Zur Beurteilung der Erreichbarkeit werden die Parameter Reisezeit und Reisedistanz beurteilt. Dabei wird die Reisezeit der Reisedistanz vorgezogen, weil sie aus Sicht der Patientinnen und Patienten aussagekräftiger ist. Eine Differenzierung nach Fachgebieten ist zusätzlich sinnvoll, weil nicht alle stationären Leistungen wohnortsnah vorgehalten werden können (vgl. Kapitel 7.3).

Mindestkriterien für die Erreichbarkeit von versorgungsnotwendigen Leistungen der stationären Grundversorgung

Bedeutung

Für die Sicherstellung der flächendeckenden stationären Grundversorgung in der Akutsomatik und der Psychiatrie werden im Kanton Bern Mindestkriterien für die Erreichbarkeit angewendet. Damit werden die Spitalstandorte bzw. die Leistungen festgelegt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung in allen Teilen des Kantons notwendig sind. Neben den Mindestkriterien für die Erreichbarkeit werden alle Spitalstandorte bzw. Leistungen anhand ihrer Erreichbarkeit für die Berner Bevölkerung beurteilt und verglichen.

Akutsomatik

In der Versorgungsplanung 2011–2014 gab es ein Mindestkriterium für die zeitliche Erreichbarkeit, welches die versorgungsnotwendigen Leistungen in der Akutsomatik betraf. Der Regierungsrat ergänzte das Kriterium 2013 durch eine Distanzkomponente.⁵³ Für die stationäre Grund- und Notfallversorgung in der Akutsomatik muss ein Spital mit Leistungen der Grundversorgung («Basispaket Innere Medizin/Chirurgie» der SPLG Akutsomatik) mit dem motorisierten Individualverkehr für 80 Prozent der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar und insgesamt nicht weiter als 50 Kilometer entfernt sein (Art. 11d Abs. 1 SpVV).

Psychiatrie

Für die stationäre Psychiatrieversorgung gab es in der Versorgungsplanung 2011–2014 kein Mindestkriterium für die Erreichbarkeit bzw. keine Vorgaben zur geografischen Erreichbarkeit. Für die Versorgungsplanung 2016 setzt der Kanton die Vorgaben für den Bereich der psychiatrischen Grundversorgung gestützt auf Art. 11d Abs. 2 SpVV entsprechend den Vorgaben für Akutsomatik um: Mindestens ein Spital der psychiatrischen Grundversorgung («GRU» der SPLG Psychiatrie) muss für 80 Prozent der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar sein. Zusätzlich wird künftig die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Verkehr in die Betrachtung miteinbezogen. Damit wird eine Empfehlung der GDK zur Psychiatrieplanung umgesetzt.⁵⁴

9.3.4 Qualität

Arbeitsgruppe Qualität in den Akutspitälern des Kantons Bern (QABE)

Die veränderten nationalen und kantonalen gesetzlichen Rahmenbedingungen haben verschiedene Entwicklungen ausgelöst, darunter auch neue Formen der Zusammenarbeit von Behörden, Leistungserbringern und Versicherern. Aus Sicht des Kantons Bern ist die Arbeitsgruppe Qualität in den Akutspitälern des Kantons Bern (QABE) erwähnenswert. Seit 2002 sind darin Berner Leistungserbringer und Versicherungen vertreten. Die QABE unterstützt den Kanton fachlich bei der Erarbeitung von qualitätsbezogenen Grundlagen und prägt die Ausrichtung der kantonalen Qualitätssicherung, in erster Linie für die Akutsomatik.

Qualitätsberichte

Die QABE und die GEF haben mit gemeinsamen Vorarbeiten zudem die Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) mitgeprägt, eine gemeinsame Initiative des Spitalverbands H+, der Versicherer und der Kantone, ebenso die Entwicklung des H+-Qualitätsberichts. Die Qualitätsberichte sind ein erster Schritt zu mehr Transparenz für die be-

⁵³ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2013.

⁵⁴ Vgl. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2008a.

troffenen Patientinnen und Patienten, die Zuweisenden sowie die Versicherer. In Zukunft berücksichtigt der Kanton die veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsberichte bei der Erteilung von Leistungsaufträgen.

Struktur- und Prozessqualität

Im Hinblick auf die gesetzliche Verpflichtung, die Versorgungsplanung zu koordinieren und in Kategorien gegliederte Spitallisten zu erstellen (Art. 39 KVG und Art. 58b KVV), hat die Gesundheitsdirektion Zürich die SPLG-Systematiken für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erarbeitet. Sie definieren spezifische Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Diese Anforderungen sind für alle Listenspitäler verbindlich (siehe Kapitel 8.2).⁵⁵

Ergebnisqualität

BAG-Qualitätsindikatoren

Die Entwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren hat durch die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen ebenfalls an Bedeutung gewonnen.⁵⁶ Auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Qualitätsindikatoren für die Akutspitäler. Die Qualitätsindikatoren des BAG umfassen im Wesentlichen Fallzahlen und Mortalitätsraten für etwa vierzig Krankheitsbilder und Behandlungen. Identische Qualitätsindikatoren werden auch in den Spitälern in Deutschland und Österreich verwendet und sind mit dem Schweizer Kennzahlensystem vergleichbar.⁵⁷

Qualitätsindikatoren des ANQ

Zudem erfasst der ANQ weitere Qualitätsindikatoren.⁵⁸ Diese umfassen für die akutsomatischen Spitäler potenziell vermeidbare Re-Hospitalisierungen und Re-Operationen, Wundinfekte, Dekubitus, Stürze sowie die Patientenzufriedenheit. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie erweitert der ANQ seine Qualitätsindikatoren mittels anerkannter und standardisierter Messinstrumente unter anderem für die Bereiche Muskuloskeletale, Neurologische, Kardiale und Pulmonale Rehabilitation sowie die Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den psychiatrischen Kliniken werden Symptombelastung und die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Massnahmen erhoben. Die Indikatoren, die der ANQ erfasst, geben wichtige Hinweise auf die Ergebnisqualität in den einzelnen Spitälern. Der Messplan des ANQ wird kontinuierlich weiterentwickelt. Derzeit werden Qualitätsindikatoren für Betriebsvergleiche bei Knie- und Hüftimplantationen sowie bei Eingriffen an der Wirbelsäule eingeführt.⁵⁹

Berner Spitalisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016

Berner Spitäler aus den drei Versorgungsbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation müssen für eine Aufnahme auf die kantonale Spitalliste in Ergänzung zu den Anforderungen für die Betriebsbewilligung (Art. 119 SpVG) generelle und leistungsgruppenspezifische Anforderungen erfüllen. Dies sind insbesondere Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, einschliesslich der Erfüllung von Mindestfallzahlen und der Verpflichtung, an den ANQ-Messungen teilzunehmen. Besteht ein Überangebot an stationären Leistungen, behält sich der Kanton gestützt auf Art. 58b KVV vor, bei der Auswahl von Leistungserbringern weitere Qualitätskriterien heranzuziehen. Dabei werden insbesondere Indikatoren für die Ergebnisqualität – beispielsweise die BAG- und ANQ-Indikatoren – und die Indikationsqualität berücksichtigt.⁶⁰

Berner Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken

Der Kanton Bern hat im Jahr 2015 mit der Erstellung eines Rahmenkonzepts für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken begonnen. Im Rahmenkonzept sind Umfang und Grundzüge der zukünftigen Qualitätssicherung in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie dargelegt. Es zeigt die wichtigsten Handlungsfelder auf und erläutert, wie der Kanton bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung vorgeht und die Spitäler und Kliniken bei der Umsetzung einbindet. In der Planungsperiode 2017–2020 wird das Konzept schrittweise umgesetzt. Damit soll der Stellenwert der Qualitätssicherung weiter gesteigert, die Transparenz gefördert

⁵⁵ Mit Struktur- und Prozessanforderungen werden Voraussetzungen für eine hochstehende Behandlungsqualität geschaffen.

Sie umfassen beispielsweise Vorgaben bezüglich der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte (Facharzttitle) sowie der Verfügbarkeit des Fachpersonals, aber auch bezüglich der technischen Ausstattung sowie der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen innerhalb eines Behandlungsablaufes.

⁵⁶ Vgl. Art. 22a, Art. 49 Abs. 8 KVG und Art. 31 KVV.

⁵⁷ Siehe hierzu die Website des BAG, abrufbar unter: www.bag.admin.ch/qiss.

⁵⁸ Gestützt u. a. auf Art. 77 KVV.

⁵⁹ Siehe hierzu die Website des ANQ, abrufbar unter: www.anq.ch.

⁶⁰ Zur Sicherstellung der Indikationsqualität sind alle Leistungserbringer verpflichtet, geeignete Massnahmen zur Vermeidung eines medizinisch nicht gerechtfertigten Wachstums des Leistungsvolumens zu ergreifen; vgl. Art. 41 SpVG.

und der durch das KVG geforderte Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern gestärkt werden. Einen Überblick über den Schwerpunkt gibt das Kapitel 10.3.3.

9.3.5 Wirtschaftlichkeit

Das revidierte KVG sieht einen Betriebsvergleich zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Spitäler vor. Die GEF beurteilt die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Spitäler insbesondere anhand von schweregradbereinigten Fallkostenvergleichen im Bereich Akutsomatik sowie Vergleichen der Kosten pro Pflage-tag in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation (vgl. Art. 11c SpVV).

Welcher Spitalstandort erbringt die gleiche Leistung kostengünstiger?

Die Wirtschaftlichkeitsvergleiche dienen im Rahmen der Versorgungsplanung und der Spitalisten der Herstellung der notwendigen Transparenz bezüglich der Kosten-Leistungs-Relation pro Spitalstandort und beantworten die damit verbundene Frage: «Welcher Spitalstandort erbringt die gleiche Leistung kostengünstiger?»

Vergleichsrelevante Kosten entsprechend der SwissDRG AG

Die Datenbasis für diesen Fallkostenvergleich bildet gestützt auf Art. 127 SpVG der Kostenträgerdatensatz nach den Vorgaben der SwissDRG AG. Als vergleichsrelevante Kosten im Rahmen der Versorgungsplanung und der Spitalisten gelten weiterhin die anrechenbaren Kosten entsprechend den Vorgaben der SwissDRG AG.⁶¹ Als Datenbasis für die medizinischen Leistungen, die den Kosten gegenüberzustellen sind, dient die Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Beide Datengrundlagen ermöglichen sowohl eine standortbezogene als auch eine fallbezogene Sicht auf die Kosten und die Leistungen. An einem Leistungsauftrag interessierte ausserkantonale Spitäler müssen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion ihre Kosten ebenfalls entsprechend offenlegen.

Vergleichsgruppen für den Betriebsvergleich

Für den Wirtschaftlichkeitsvergleich werden Spitalstandorte mit vergleichbaren Leistungsspektren ermittelt. Vergleichbarkeit muss dabei nicht bedeuten, dass das Leistungsspektrum der Spitalstandorte innerhalb einer Vergleichsgruppe vollkommen identisch ist. Dies ist in der Praxis kaum zu erfüllen und kann einen Wirtschaftlichkeitsvergleich sogar verunmöglichen. Die Bildung von Vergleichsgruppen muss eine hinreichende Vergleichbarkeit gewährleisten. Bei der Ermittlung von Vergleichsgruppen orientiert sich die GEF an der Krankenhaustypologie des BfS (BfS-Typologie). Die BfS-Typologie gruppiert Spitalunternehmen nach deren Leistungsfähigkeit und nach versorgungspolitischen Gesichtspunkten, enthält aber keinen Standortbezug.⁶² Für die Bildung standortbezogener Vergleichsgruppen geht der Kanton Bern wie folgt vor: In einem ersten Schritt orientiert sie sich an der BfS-Typologie des übergeordneten Spitalunternehmens. Weil die resultierende Grobeinteilung nicht immer hinreichend genau ist (beispielsweise für Rehabilitations- oder Psychiatriestationen innerhalb eines Akutspitals), berücksichtigt die GEF als Nächstes das Leistungsspektrum des einzelnen Spitalstandorts und nimmt die eigentliche Gruppenzuordnung vor. Der Kanton unterscheidet für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit grundsätzlich zwischen den folgenden Vergleichsgruppen:

- Akutsomatik
 - > Universitätsspitäler
 - > Allgemeinspitäler
 - > Spezialkliniken
 - > Kinderkliniken
 - > Geburtshäuser

- Rehabilitation
 - > Universitätsspitäler
 - > Rehabilitationsspitäler
 - > Spezialkliniken
 - > Kinderkliniken

- Psychiatrie
 - > Universitätsspitäler
 - > Psychiatriespitäler
 - > Spezialkliniken
 - > Kinderkliniken

⁶¹ Vgl. SwissDRG, 2014a, insbesondere Kapitel 3.

⁶² Vgl. Bundesamt für Statistik, 2006.

Vergleich anhand der Reihenfolge

Schliesslich wird die Wirtschaftlichkeit eines Spitalstandorts anhand seiner Höhe der Fallkosten bzw. seiner Position in der Reihenfolge in Bezug auf diese im Vergleich zu den übrigen Spitalstandorten und unter Berücksichtigung der Vergleichsgruppe beurteilt. Mit diesem Vorgehen wird im Fall eines notwendigen Auswahlentscheids zwischen mehreren Leistungserbringern der kostengünstigere Spitalstandort identifiziert. In den Vergleich werden alle Spitalstandorte einbezogen, und zwar unabhängig davon, zu welcher Vergleichsgruppe sie gehören, um zu bestimmen, welche Institution am besten abschneidet. Es ist selbstverständlich zu berücksichtigen, dass die Kosten der Universitätsspitäler und der Spezialkliniken infolge der Behandlung von kostenintensiven Fällen höher sein dürften.

Exkurs: Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen die Tarife keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. Nach ersten Erfahrungen mit der neuen Spitalfinanzierung wurden Befürchtungen laut, Kantone könnten versucht sein, den vom Gesetzgeber gewollten Wettbewerb mittels Subventionen an ihre Spitäler zu verzerren. Subventionen würden es den begünstigten Spitälern ermöglichen, mit den Tarifpartnern künstlich tiefer angesetzte Tarife auszuhandeln als ihre Konkurrenz. Da für die Festlegung der Tarife diejenigen Spitäler als Referenz gelten, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen, könnten dadurch für die anderen Leistungserbringer Wettbewerbsnachteile bzw. systemfremder Druck auf ihre OKP-Tarife entstehen. Angesichts solcher Befürchtungen verlangte der Grosse Rat in Ziffer 4 der Motion 107/2014 Mühlheim (Bern, GLP) «Vorwärts mit der Versorgungsplanung 2015–2019!», die am 18. November 2014 als Postulat überwiesen wurde, in der Versorgungsplanung die Problematik der kantonal unterschiedlichen Finanzierungen von Universitätsspitalern aufzunehmen. Zudem sollten für das Universitätsspital Insel Massnahmen aufgezeigt werden, welche die Wettbewerbsverzerrung minimieren und die Zukunft des Universitätsspitals sichern. Zur selben Thematik reichte der Regierungsrat im Auftrag des Grossen Rats im Juni 2014 die Standesinitiative «Evaluation von KVG-widrigen Wettbewerbsverzerrungen» ein. In Erfüllung der als Postulat überwiesenen Ziffer 4 der Motion 107/2014 Mühlheim beauftragte die GEF das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und die KPMG AG, die Problematik der kantonal unterschiedlichen Finanzierungen von Universitätsspitalern im Rahmen eines Expertenberichts zu analysieren und zu bewerten.⁶³ Dabei sollte in einer systematisierten Weise aufgezeigt werden, welcher Universitätsspitalkanton welche Leistungen der Universitätsspitäler mit welchem Finanzierungsbeitrag auf welchen rechtlichen Grundlagen und nach welchen Methoden finanziert. Den unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Universitätsspitäler sollte dabei Rechnung getragen werden. Das Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt, die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und das Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève erklärten sich bereit, gemeinsam mit der GEF am Projekt teilzunehmen und die erforderlichen Finanzierungsdaten offenzulegen. Das Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud verzichtete auf eine Teilnahme. Aus den Ergebnissen der Analyse der kantonalen Finanzierungsbeiträge leiteten die Expertinnen und Experten Themenbereiche bzw. Problemfelder ab, in welchen weitere Überlegungen bezüglich der kantonalen Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler angestellt werden sollten. Unter anderem wiesen sie darauf hin, dass das KVG weder abschliessend definiert, welche Leistungen über die Tarife abgegolten sind, noch dass die gemeinwirtschaftlichen Leistungen umfassend aufgelistet werden. Sie regten an, im Bereich der Definition und Abgrenzung von kantonalen Finanzierungsbeiträgen eine Klärung der Rechtslage anzustreben. Im Weiteren machten sie im Bereich der Forschung und universitären Lehre darauf aufmerksam, dass neben der mangelnden Transparenz hinsichtlich der verschiedenen Abgeltungsformen und Zahlungsströme für Forschung und universitäre Lehre auch keine Transparenz darüber besteht, welche Leistungen der Universitätsspitäler den Finanzierungsbeiträgen tatsächlich gegenüberstehen. Und schliesslich bezeichneten sie die unterschiedliche Ausgangssituation beim Eigentum an den Immobilien und Mobilien und damit verbunden den kantonalen Finanzierungsbeiträgen als Problemfeld, in dem aufwendige Zusatzabklärungen erforderlich wären, um einen beitragsmässigen Vergleich der Universitätsspitäler vornehmen zu können. Mit der neuen Spitalfinanzierung sollte der Wettbewerb unter den Spitälern verstärkt und auf diesem Weg die bestehenden Spitalstrukturen optimiert werden. Gleichzeitig gilt aber nach wie vor, dass die Spitalversorgung grundsätzlich im Zuständigkeitsbereich der Kantone liegt und diese aufgrund ihrer Mehrfachrolle über gewisse Möglichkeiten verfügen, in den Spital-

⁶³ Vgl. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und die KPMG AG, 2015.

wettbewerb einzugreifen. Der im Auftrag der GEF erarbeitete Expertenbericht zeigt, dass einzelne wettbewerbsverzerrende, teilweise nicht leistungsbezogene oder nicht kostenbasierte Finanzierungsbeiträge der vier untersuchten Universitätsspitalkantone nicht völlig ausgeschlossen werden können. Es ist aber davon auszugehen, dass es sich bei den in Frage gestellten Finanzierungsbeiträgen weitgehend um Übergangsphänomene in der Folge der neuen Spitalfinanzierung handelt, die mittelfristig an Bedeutung verlieren dürften.

9.3.6 Berücksichtigung privater Trägerschaften

Entsprechend den Vorgaben des KVG muss ein Spital der Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, die von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellt wurde. Dabei sind auch private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen (Art. 39 Abs. 1 Bst. c in Verbindung mit Art. 35 KVG).

Ausgewogenes Verhältnis öffentlicher und privater Trägerschaften der Berner Listenspitäler

Die Trägerschaft der Listenspitäler im Kanton Bern ist ausgeglichen. 26 der 53 Standorte der Listenspitäler im Kanton Bern befanden sich zum 31. Dezember 2015 im Besitz einer privaten Trägerschaft. Damit verfügt der Kanton Bern im Gegensatz zu anderen Kantonen über einen vergleichsweise hohen Anteil an Spitälern mit privater Trägerschaft. 2014 erfolgten rund 52,9 Prozent der etwa 164 013 stationären Austritte (aus einem der 53 Listenspitäler mit Standort im Kanton Bern) aus einem Spital mit einer privaten Trägerschaft: 51,7 Prozent bzw. 77 175 Fälle in der Akutsomatik, 88,1 Prozent bzw. 5086 Fälle in der Rehabilitation und 49,9 Prozent bzw. 4075 Fälle in der Psychiatrie.⁶⁴ Tabelle 14 fasst die Trägerstruktur zum Stichtag 31. Dezember 2015 zusammen.⁶⁵

Tabelle 14:

Anzahl der Berner Listenspitäler (Standorte) nach Trägerschaft

Listenspitäler (Standorte)	Spitalstandorte am 31.12.2015
Listenspitäler insgesamt	65
öffentliche Trägerschaft	35
private Trägerschaft	30
davon Listenspitäler mit Standort im Kanton Bern	53
öffentliche Trägerschaft	27
private Trägerschaft	26
davon Listenspitäler mit Standort in einem anderen Kanton	12
öffentliche Trägerschaft	8
private Trägerschaft	4
Berner Spitäler ausserhalb der Spitalliste	2
öffentliche Trägerschaft	0
private Trägerschaft	2
Berner Spitäler insgesamt	55

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

9.3.7 Koordination mit anderen Kantonen

In der Planungsperiode 2011–2014 trugen die hohe Spezialisierung, das breite Leistungsspektrum und die gute Behandlungsqualität in den Berner Spitälern zu einem hohen Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten bei, die in einem Berner Spital versorgt wurden. Die GEF erwartet, dass sich diese Entwicklung auch in der Planungsperiode 2017–2020 fortsetzt.

Spitalwahlfreiheit seit 2012

Nach Art. 39 Abs. 2 des revidierten KVG sind die Kantone ausdrücklich verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren. Seit dem 1. Januar 2012 gilt zudem die Spitalwahlfreiheit in der ganzen Schweiz. Sie gilt für alle Schweizer Listenspitäler, die entweder auf der Spitalliste des Wohn- und/oder des Standortkantons stehen. Die Bestimmungen des KVG zur Koordination zwischen den Kantonen gewinnen in diesem Zusammenhang weiter an Bedeutung. Die Kantone müssen ihre Planungen miteinander abstimmen – vor allem dann, wenn ein Leistungserbringer auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Kantone eine wesentliche Bedeutung hat.⁶⁶

⁶⁴ Die Anzahl der Austritte von Berner Patientinnen und Patienten aus einem ausserkantonalen Spital lag der GEF zum Stichtag 31.12.2015 noch nicht vor.

⁶⁵ Hinweis: Eine Übersicht zu den einzelnen Spitälern, ihrer Trägerschaft zum 31. Dezember 2015 und ihren Fallzahlen 2014 findet sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

⁶⁶ Vgl. Art. 39 Abs. 2 KVG.

Ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Berner Spitälern

Seit 2012 nehmen viele Patientinnen und Patienten aus den Nachbarkantonen im Rahmen ihres Wahlrechts stärker als zuvor Spitalleistungen im Kanton Bern in Anspruch. Sie tun dies in einem höheren Mass, als Berner Patientinnen und Patienten die Leistungen in den Spitälern der Nachbarkantone in Anspruch nahmen (siehe «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung»). Berner Spitäler standen zum Stichtag 31. Dezember 2015 auf verschiedenen Spitallisten anderer Kantone. Daneben standen 12 ausserkantonale Spitäler auf den aktuellen Spitallisten Akutsomatik und Rehabilitation des Kantons Bern. Insbesondere die Agglomeration Bern geniesst sowohl innerhalb des Kantons als auch bei der Bevölkerung der Nachbarkantone eine hohe Attraktivität. Der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, die in einem Spital in der Agglomeration Bern stationär behandelt wurden, lag 2013 mit etwa 19 785 Patientinnen und Patienten insgesamt (also für Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) bei rund 17,4 Prozent. Gleichzeitig entfallen damit auf die Spitäler der Agglomeration Bern 72,3 Prozent aller 2013 im Kanton Bern stationär behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten (2013: 27 348 ausserkantonale Fälle in den Listenspitälern im Kantonsgebiet).

Interkantonale Zusammenarbeit

Der Kanton Bern ist sich seiner besonderen planerischen Verantwortung bei der Koordination mit den Nachbarkantonen bewusst. In der Planungsperiode 2017–2020 wird er mit den betroffenen Kantonen die Spitallisten für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie abstimmen. Ziele dieser Abstimmung sind, Überkapazitäten in unmittelbarer Nachbarschaft zu vermeiden und den Informationsaustausch sowie die Kommunikation mit den Nachbarkantonen zu fördern. Darüber hinaus arbeitet der Kanton im Rahmen der interkantonalen Koordination und Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe Spitalplanung der GDK eng mit den Vertretern der anderen 25 Kantone zusammen. Eine Zusammenarbeit gibt es weiter auch mit den Kantonen Zürich und Aargau in Form eines interkantonalen Austauschs über die Versorgungsplanung und die Spitallistenprozesse.

9.4 Planungsgrundsätze des Kantons Bern

Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG) und Verordnung über die Krankenversicherung (Art. 58a Abs. 1 KVV) hat der Kanton Bern den Bedarf seiner Bevölkerung zu ermitteln und das Angebot durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf den Berner Spitallisten zu sichern. Für die Evaluierung der in Frage kommenden Leistungserbringer sind Planungskriterien (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG, Art. 58b KVV) zu prüfen (vgl. Kapitel 9.3). Im Bereich der Spitalplanung kann der Kanton Bern im Rahmen seines Gestaltungsspielraums weitere Vorgaben machen.

In der Planungsperiode 2017–2020 macht der Kanton Bern von diesem Gestaltungsspielraum Gebrauch und richtet die Berner Versorgungsplanung nach den folgenden Planungsgrundsätzen aus:

- Der Kanton berücksichtigt für die Spitalplanung ein abgestuftes Versorgungsmodell sowie regionale Planungsaspekte. Er berücksichtigt damit die demografischen und geografischen Besonderheiten des Kantons (siehe Kapitel 7.3).
- Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen für die kantonalen Spitalisten berücksichtigt der Kanton für inner- und ausserkantonale Leistungserbringer das Kriterium der Versorgungsrelevanz. Die Leistungsaufträge gemäss den kantonalen Spitallisten decken mindestens 80 Prozent der gegenwärtigen Inanspruchnahme (siehe Kapitel 9.3.2).
- Der Kanton beachtet bei der Erteilung von Leistungsaufträgen für die kantonalen Spitalisten die Nutzung von Synergien. Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen strebt er prioritär in den Leistungsbereichen Gefässe, Herz, Urologie, Bewegungsapparat chirurgisch und Geburtshilfe/Neonatalogie die Erteilung von Leistungsaufträgen für ganze Leistungsbereiche an. Weiter priorisiert er eine medizinisch sinnvolle Integration zwischen vor- und nachgelagerten Leistungen, die mehr als einen stationären Bereich betreffen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der Kanton Bern bei einem Überangebot vorrangig die Nichterteilung von Leistungsaufträgen für ganze Leistungsbereiche oder ganze Spitalstandorte anstrebt (siehe Kapitel 9.5.3).
- Gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Listenspitälern prüft der Kanton die konsequente Einhaltung der Mindestfallzahlen. Im Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten gibt der Kanton für diese spezialisierten Behandlungen der Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität und Patientensicherheit Vorrang vor einer ubiquitären Versorgung (siehe Kapitel 7.3 und 10.3.2).
- Der Kanton Bern fördert die Transparenz und publiziert in Zukunft zu den einzelnen kantonalen Leistungsaufträgen die Fallzahlen pro Standort und Jahr sowie weitere Kennzahlen (Mindestfall-

zahlen, ANQ-Messungen, BAG-Qualitätsindikatoren). Er berücksichtigt so das Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten, der Zuweisenden sowie der Versicherer (siehe Kapitel 21).

9.5 Planungsverfahren

Neben den in Kapitel 9.3 erläuterten Planungskriterien gibt Art. 58b KVV auch das Planungsverfahren vor.

9.5.1 Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung umfasst die Ermittlung, Beschreibung und Beurteilung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung mit stationären Spitalleistungen. Sie umfasst den gegenwärtigen Bedarf sowie eine rechnerische Bedarfsprognose. Unter Bedarf im Sinn des KVG ist der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf zu verstehen und kein normativer Bedarf wie beispielsweise gesamtschweizerische Durchschnittswerte. Bei der zu versorgenden Bevölkerung handelt es sich um die ständig im Kanton Bern lebende Wohnbevölkerung. Die Bedarfsermittlung muss dabei insbesondere die Entwicklung der Alters- und Bevölkerungsstruktur des Kantons berücksichtigen. Zusätzlich ist es sinnvoll, bei der rechnerischen Ermittlung der Bedarfsprognose epidemiologische, medizintechnische, gesundheitspolitische und ökonomische Entwicklungen einzubeziehen.⁶⁷

Vorgehen

In der Planungsperiode 2017–2020 erfolgt die rechnerische Bedarfsprognose mittels der auch in anderen Ländern und Kantonen verwendeten Methode der Status-Quo-Vorausberechnung.⁶⁸ Die Status-Quo-Methode wird ergänzt durch eine qualitative Umfrage bei den medizinischen Fachgesellschaften. Die Fachgesellschaften wurden umfassend zu den erwarteten Entwicklungen in Epidemiologie, Medizintechnik sowie weiteren relevanten gesellschaftlichen oder ökonomischen Entwicklungen befragt.

9.5.2 Angebotsermittlung

Ziel der Angebotsermittlung ist, die angebotenen Leistungen der Spitäler dem ermittelten Bedarf der Bevölkerung gegenüberzustellen. Darüber hinaus beschreibt sie die Versorgungsbedingungen in den einzelnen Spitätern zum Zeitpunkt der Ermittlung. Die Angebotsermittlung kann insofern zukunftsgerichtete Informationen enthalten, als dass interessierte Spitäler darin den künftigen Auf- oder Ausbau von Leistungen planen und diese Pläne frühzeitig bekannt geben. Entsprechend den Anforderungen von Art. 58b Abs. 4 KVV (in Zusammenhang mit Art. 49 Abs. 7 KVG) enthält die Angebotsermittlung Betriebsvergleiche der interessierten Spitäler in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit (Bst. a), die geografische Zugänglichkeit (Bst. b) sowie die Bereitschaft und Fähigkeit (Eignung) zur Erfüllung des Leistungsauftrags (Bst. c).

Vorgehen

Angebotserhebung für die Versorgungsplanung 2016

Für die Versorgungsplanung 2016 führte die GEF im Sommer 2015 erstmals eine umfassende Angebotserhebung bei allen Berner Listenspitälern sowie weiteren interessierten Spitätern durch. Die Angebotserhebung umfasste auch Informationen über die geplante Angebotsentwicklung der einzelnen Spitäler.

Bewerbungsverfahren für die Spitalisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016

Für die Spitalisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie basierend auf der Versorgungsplanung 2016 werden formale Bewerbungsverfahren durchgeführt. Die Entscheidung über die Auswahl für die Spitalisten wird zu diesem Zeitpunkt auf der Grundlage der vollständigen Bewerbungsunterlagen aller interessierten und geeigneten Spitäler getroffen.

⁶⁷ Vgl. BVGer-Urteile C-401/2012 sowie C-426/2012 und C-452/2012.

⁶⁸ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010.

9.5.3 Zweistufiges Auswahlverfahren für die kantonalen Spitallisten

Durch das Auswahlverfahren legt der Kanton Bern für die Planungsperiode 2017–2020 fest, mit welchen Spitälern der rechnerisch festgestellte Bedarf versorgt wird.

Vorgehen

Die Auswahl für die Spitallisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016 erfolgt in einem Zwei-Stufen-Modell. Die Auswahl erfolgt pro Leistungsgruppe bzw. Leistungsbereich und pro Spitalstandort. Im Folgenden werden beide Stufen des Auswahlverfahrens zusammenfassend dargestellt.

Die nachfolgenden Kapitel 9.5.3.1 und 9.5.3.2 erläutern das Vorgehen anschliessend im Detail. Abbildung 15 stellt die Grundzüge des Auswahlverfahrens vereinfacht grafisch dar.

Grundzüge des zweistufigen Auswahlverfahrens:

Stufe 1 Auf der ersten Stufe wird abgeklärt, welche Spitäler für die Versorgung der Kantonsbevölkerung geeignet sind. Übersteigen die angebotenen Leistungen der geeigneten Spitäler den rechnerisch festgestellten Bedarf der Bevölkerung nicht, so besteht für den Kanton keine Notwendigkeit, eine Auswahl zwischen mehreren geeigneten Spitälern zu treffen.

Stufe 2 Liegt ein Überangebot vor, d. h. sind die angebotenen Leistungen der geeigneten Spitäler insgesamt höher als zur Deckung des Bedarfs notwendig, trifft der Kanton auf der zweiten Stufe des Verfahrens eine Auswahl zwischen den geeigneten Spitälern. Ziel und Zweck dieser Auswahl ist es, kein Überangebot an Leistungen zu schaffen.

Ermessensspielraum des Kantons

Besteht ein Überangebot, muss der Kanton eine Auswahl zwischen mehreren geeigneten Spitälern treffen. Dabei muss er verfassungs- und gesetzeskonform abwägen, welche Spitäler den Planungsgrundsätzen sowie den Versorgungszielen insgesamt am besten gerecht werden. Ein gewisser Ermessensspielraum ist notwendig, weil ohne ihn die zeitnahe Umsetzung der Ergebnisse aus der Bedarfs- und Angebotsermittlung für die kantonalen Spitallisten nicht möglich ist.⁶⁹

Nutzung von Synergien

Nach Art. 58b Abs. 5 KVV berücksichtigen die Kantone bei der Auswahl der Spitäler die Nutzung von Synergien. Das bedeutet, die Kantone achten darauf, dass die Spitäler vorhandene Synergien nutzen. Der Kanton Bern setzt diese Vorgabe bei der Spitalplanung um, indem er bei der Erteilung von Leistungsaufträgen die Bündelung der Leistungsaufträge in den Leistungsbereichen bevorzugt, weil diese sich an den gängigen Fachgebieten orientieren. Auf diese Weise kann der Kanton sinnvolle Versorgungspakete schaffen und gleichzeitig den Aufbau von Überkapazitäten vermeiden. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der Kanton bei einem Überangebot vorrangig die Nichterteilung von Leistungsaufträgen für ganze Leistungsbereiche oder für ganze Spitalstandorte anstrebt.

9.5.3.1 Stufe 1: Auswahl der zur Leistungserbringung geeigneten Spitäler

Im Folgenden werden die Auswahlsschritte auf der ersten Stufe des Auswahlverfahrens skizziert.

Die Auswahlsschritte der ersten Stufe:

Auswahlschritt 1 Grundsätzliche Eignung zur Leistungserbringung: Ein Spital ist zur Leistungserbringung geeignet, wenn es sowohl die generellen als auch die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen erfüllt. Der Nachweis über die Erfüllung dieser Anforderungen ist vom interessierten Spital zu erbringen.

Auswahlschritt 2 Beurteilung der Bedarfsnotwendigkeit aller interessierten und geeigneten Spitäler: Falls die angebotenen Leistungen aller interessierten und geeigneten Spitäler dem ermittelten Bedarf entsprechen, erhalten alle interessierten und geeigneten Spitäler einen kantonalen Leistungsauftrag. In diesem Fall besteht für den Kanton kein Ermessensspielraum zur Auswahl der Spitäler, weil alle angebotenen Leistungen notwendig sind, um den Bedarf der Kantonsbevölkerung zu decken.

⁶⁹ Vgl. BVGer-Urteil C-5301/2010.

Falls jedoch die Gesamtheit der zur Leistungserbringung geeigneten Spitäler insgesamt zu einem Überangebot führen würde, muss der Kanton eine Auswahl treffen.⁷⁰ In diesem Fall wird das Auswahlverfahren auf einer zweiten Stufe fortgesetzt. Der Kanton muss nun zwischen den geeigneten Spitälern auswählen.

9.5.3.2 Stufe 2: Auswahl zwischen mehreren geeigneten Spitälern

Ist das Leistungsangebot höher als der prognostizierte Bedarf, prüft der Kanton, welches Spital den Planungsgrundsätzen sowie den Versorgungszielen insgesamt am besten gerecht wird. Bei der zu treffenden Entscheidung steht ihm ein Ermessensspielraum zu. Diesen muss er nach aktueller Rechtsprechung verfassungs- und gesetzeskonform wahrnehmen. Im Folgenden werden die Auswahlsschritte auf der zweiten Stufe des Auswahlverfahrens skizziert.

Die Auswahlsschritte der zweiten Stufe:

Auswahlschritt 3 Auf der zweiten Entscheidungsstufe kommen Betriebsvergleiche zu Wirtschaftlichkeit und Qualität zur Anwendung. Wenn die angebotenen Leistungen der geeigneten Spitäler zusammen höher sind als der Bedarf, werden die kostengünstigsten und die qualitativ herausragenden Spitäler ausgewählt.

Auswahlschritt 4 Hier erfolgen weitere sachgerechte Erwägungen. Die aktuelle Rechtsprechung unterstützt die Auffassung, dass sich die Auswahl der Spitäler nicht allein nach dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit richten darf. Nur mittels eines umfassenden Vergleichs der geeigneten Spitäler kann der Kanton dem Gebot der Gleichbehandlung nachkommen. Sachgerechte Erwägungen auf der zweiten Stufe des Auswahlverfahrens können an dieser Stelle nicht abschliessend aufgelistet werden und sind immer im Einzelfall vorzunehmen.

Zusammenfassend weist der Regierungsrat ausdrücklich darauf hin, dass der Kanton beim Vorliegen eines Überangebots über einen Ermessensspielraum verfügt. Diesen nutzt er, indem er sachgerechte Erwägungen für die Entscheidungsfindung heranzieht. Diese Erwägungen müssen objektiv nachvollziehbar, verfassungs- und gesetzeskonform sein sowie dem Gebot der Gleichbehandlung nachkommen.

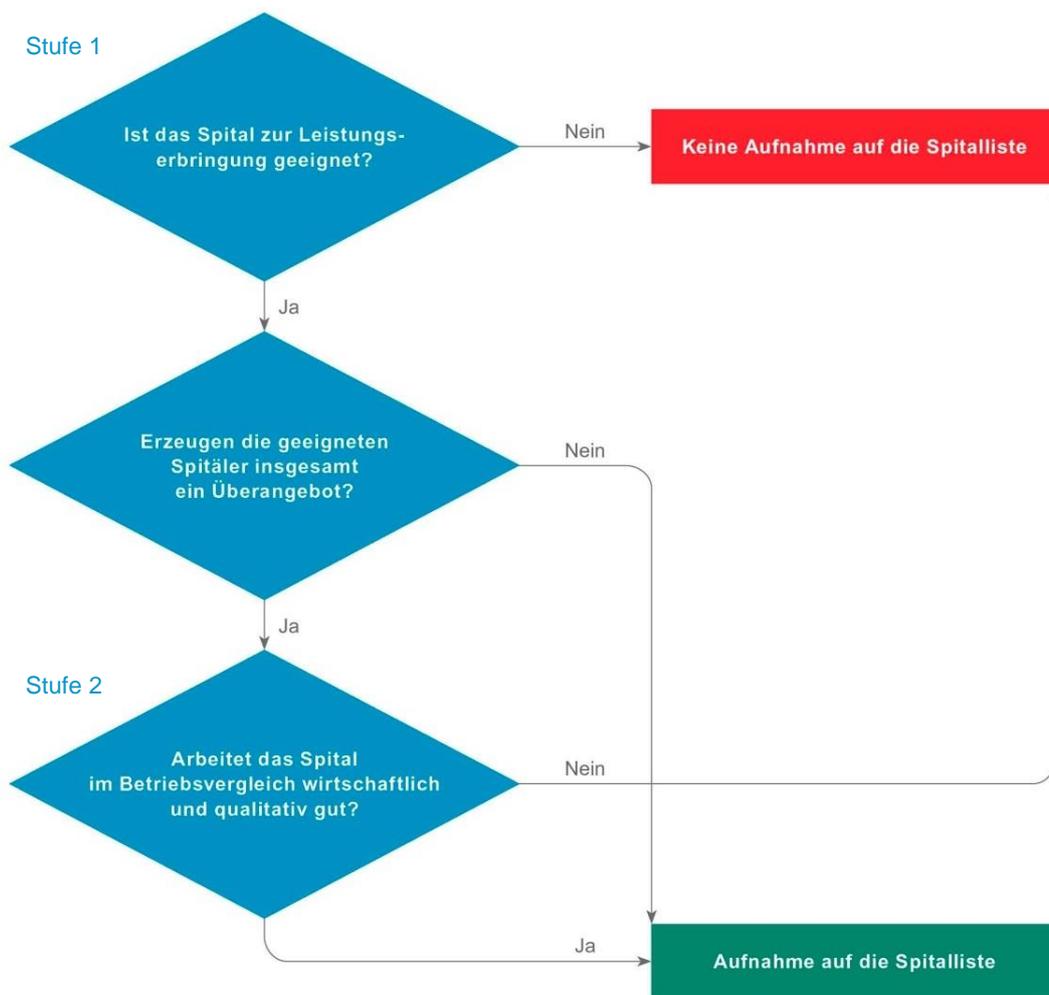
9.5.3.3 Rechtliches Gehör der Leistungserbringer

Am Ende des Auswahlprozesses für die Spitallisten steht die Entscheidung über die Erteilung oder Nichterteilung des Leistungsauftrags. Im Kanton Bern setzt der Regierungsrat die kantonalen Spitallisten durch Einzelverfügungen in Kraft. Im Sinn der standortbezogenen Planung stellt die Verfügung gegenüber dem Spitalunternehmen fest, ob der einzelne Spitalstandort für die betroffenen Leistungsgruppen zur Leistungserbringung geeignet und für die Versorgung der Kantonsbevölkerung bedarfsnotwendig ist und deshalb auf die kantonalen Spitallisten aufgenommen wird oder nicht. Die Verfügung stellt damit den Vollzug der Planung gegenüber den Spitälern sowie den Krankenversicherern dar. Der Kanton gewährt den Spitalunternehmen ein rechtliches Gehör. Dieses dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass der kantonalen Entscheidung dar. Zum rechtlichen Gehör gehört insbesondere, dass sich ein Spital zur Sache bzw. zum Entscheid äussern und gegebenenfalls der Sache dienliche erhebliche Beweise beibringen und Einsicht in die Akten nehmen kann.⁷¹ Die Verfügung ist rechtskräftig, wenn gegen sie innert einer Frist von 30 Tagen durch das zur Beschwerde berechnigte Spital keine Rechtsmittel eingelegt wurden.

⁷⁰ Vgl. BVGer-Urteil C-6266/2013 E.4.6., und Rüttsche, 2011, Nr. 47 ff.

⁷¹ Vgl. BVGer-Urteil C-5576/2011.

Abbildung 15:
Grundzüge des zweistufigen Auswahlverfahrens | vereinfachte Darstellung



Quelle: Darstellung der GEF, Stand 31.12.2015.

Exkurs: Beispiele sachgerechter Auswahlkriterien auf der zweiten Stufe des Auswahlverfahrens

Sachgerechte Kriterien, die sich positiv auf den Auswahlentscheid auswirken können, sind beispielsweise:

- wenn ein Spital insgesamt den in der Versorgungsplanung aufgeführten Versorgungszielen besser gerecht wird (insbesondere betreffend geografische Erreichbarkeit, Qualität und Aufnahmebereitschaft),
- wenn ein Spital insgesamt den Grundsätzen des SpVG besser gerecht wird (insbesondere in Bezug auf Vernetzung und integrierte Versorgung gemäss Art. 3 Abs. 2 SpVG),
- wenn in einem Spital bereits Spezialkenntnisse vorhanden sind und diese am konkurrierenden Standort erst aufgebaut werden müssten.

Weitere Kriterien für eine Auswahl können sein (ein Nachweis im Rahmen der Sachverhaltsabklärung ist jeweils erforderlich):

- Fachliche Kompetenz / Erfahrung / Spezialwissen ist bereits vorhanden.
- Entsprechende vor- oder nachgelagerte stationäre Versorgung ist bereits vorhanden.
- Für eine andere Leistungsgruppe des Leistungsbereichs bzw. Fachgebiets ist auf der kantonalen Spitalliste bereits ein Leistungsauftrag erteilt.
- Regionale Verteilung des Versorgungsangebots (auch in Bezug auf die bereits vorhandenen Versorgungsangebote).
- Wirtschaftliche Grösse, insbesondere bei eigenständigen Einheiten auch im Hinblick auf einen vernünftigen Einsatz knapper Personalressourcen in Pflege und Therapie.
- Umsetzung in bestehenden Gebäudestrukturen möglich, Höhe des Aufwands bzw. Investitionsbedarf.
- Eine kurzfristige Umsetzung ist möglich.
- Für die Leistungsaufträge, die der Grundversorgung zugeordnet sind, werden bei der Leistungsauftragsvergabe die regionale Erreichbarkeit und die Zugänglichkeit in beiden Amtssprachen berücksichtigt (vgl. auch Kapitel 7.2).

Kein sachgerechtes Auswahlkriterium hingegen ist etwa die Schaffung von vollendeten Tatsachen:

- Baut das Spital ein neues Angebot ohne das vorherige Vorliegen eines Leistungsauftrags auf oder aus, liegt das unternehmerische Risiko vollumfänglich beim betroffenen Spital selbst.

10 Weitere Themen und Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2016

Zusätzlich wurden während der Planungsperiode 2011–2014 neue Schwerpunkte aufgenommen. Zu diesen Schwerpunkten gehören die Versorgungsschwerpunkte «Notfallversorgung», die «Geburtshilfliche Versorgung» sowie das Thema «eHealth». Ein weiterer Schwerpunkt der Planungsperiode 2011–2014 war die «Weiterentwicklung der Qualitätsvorgaben für Berner Listenspitäler».

10.1 Neue Versorgungsschwerpunkte

10.1.1 Notfallversorgung

Der Begriff «Notfall»

Eine einheitliche Definition des Begriffs «Notfall» existiert im Bundesrecht und im bernischen Recht nicht. Die Einschätzung, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, obliegt damit dem Leistungserbringer bzw. der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt. Der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser liegt weiter die folgende Definition zugrunde:⁷² Als Notfallaufnahme gilt der unangemeldete und ungeplante Eintritt einer Patientin bzw. eines Patienten in ein Spital, die bzw. der sofort bzw. innert 12 Stunden einer Erstbehandlung bedarf. Eine Weiterverlegung ohne stationäre Aufnahme ist grundsätzlich möglich.

Die Notfallversorgung umfasst verschiedene Versorgungsbereiche

Die Sicherstellung der stationären Notfallversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungsplanung. Sie muss sowohl niederschwellig sein als auch über einheitlich hohe Standards verfügen. Aus diesen Ansprüchen leiten sich die spezifischen Anforderungen an Spitäler ab, die an der akutsomatischen und psychiatrischen Notfallversorgung im Kanton Bern teilnehmen. Im Interesse der betroffenen Patientinnen und Patienten erwartet der Kanton zusätzlich von allen Spitälern, dass sie Notfallpatientinnen und -patienten der Rettungsdienste übernehmen und eine erste Sichtung der Patientin bzw. des Patienten durchführen. Falls die notwendige Versorgung nicht Bestandteil des kantonalen Leistungsauftrags ist, ermöglichen die Spitäler den Weitertransport in das nächste geeignete Spital indem sie die Transportfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten herstellen bzw. die Transportfähigkeit stabilisieren. Vom Notfall im Spitalwesen ist der Begriff des Notfalls im Rettungswesen abzugrenzen (vgl. Art. 2 Bst. b SpVG). Hierzu ist ergänzend festzuhalten, dass für eine gute medizinische Versorgung in dünner besiedelten Regionen auch ein leistungsfähiges Rettungswesen erforderlich ist. Die zeitnahe und richtige medizinische Erstversorgung von Patientinnen und Patienten ist ein erfolgskritischer Bestandteil einer wirksamen medizinischen Versorgung in Notfällen. Dazu gehört auch die anschliessende Einlieferung in ein geeignetes Spital.

Neue Leistungsgruppe der SPLG Psychiatrie stärkt die psychiatrische Notfallversorgung

Für die Psychiatrie erfolgt in Zukunft eine angemessene Erweiterung der strukturellen Vorgaben im Rahmen von Erreichbarkeit sowie Interventions- und Abklärungsbereitschaft. Für Spitäler mit einem Leistungsauftrag Grundversorgung («GRU» der SPLG Psychiatrie) und damit Notfallpatientinnen und -patienten wird die Sicherstellung einer umfassenden Erreichbarkeit vorgeschrieben. Notfälle sollen jederzeit aufgenommen werden können.

Exkurs: Anforderungen an die Notfallversorgung (lt. der SPLG Psychiatrie)

Tabelle 15 zeigt die Anforderungen an die Notfallversorgung Psychiatrie.

Tabelle 15:

Anforderungen an die Notfallversorgung (lt. der SPLG-Systematik Psychiatrie)

Kürzel	Beschreibung
GRU	Hohe Erreichbarkeit (24 Stunden an 7 Tagen), hohe stationäre Aufnahmebereitschaft und -fähigkeit in Notfällen und bei fürsorglicher Unterbringung, umfassendes Angebot an ambulanten und stationären Leistungen, sehr gute Vernetzung mit ambulanten Angeboten für die Gewährleistung einer hohen ambulanten Interventions- und Abklärungsbereitschaft.

⁷² Vgl. Bundesamt für Statistik, 2011.

Notfallversorgung in Berner Akutspitälern

Die Notfallstationen der akutsomatischen Listenspitäler stehen der Kantonsbevölkerung mit einer 24-Stunden-Notfallaufnahme zur Verfügung. In der Akutsomatik wird für Spitäler mit dem «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie» der SPLG Akutsomatik das Führen einer adäquaten Notfallstation Level 1 vorgeschrieben (siehe Tabelle 16). 22 der 32 Listenspitäler (Standorte) der Spitalliste Akutsomatik 2014 mit Standort im Kanton Bern erfüllten in der Planungsperiode 2011–2014 die Anforderungen an den Leistungsauftrag «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie». Sie nahmen zum Stichtag 31. Dezember 2015 an der uneingeschränkten Notfallversorgung im Kantonsgebiet teil (siehe Tabelle 17 und Abbildung 16).

Exkurs: Anforderungen an die Notfallstation (lt. der SPLG Akutsomatik)

Die SPLG-Systematik Akutsomatik unterscheidet drei unterschiedliche Levels bei Notfallstationen, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe der SPLG Akutsomatik vorgeschrieben sind. Für die Geburtshilfe gelten spezifische Anforderungen.

Tabelle 16 zeigt die unterschiedlichen Notfall-Anforderungen auf.

Tabelle 16:

Anforderungen an die Notfallstation (lt. der SPLG-Systematik Akutsomatik)

Anforderungen	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 Geburtshilfe
Ärztliche Versorgung Notfall	<p>8–17 Uhr Mo–Fr: Ärztinnen/Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).</p> <p>17–8 Uhr Mo–Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen/-ärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>8–17 Uhr Mo–Fr: Ärztinnen/Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).</p> <p>17–8 Uhr Mo–Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen/-ärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>8–23 Uhr Mo–Fr: Ärztinnen/Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).</p> <p>23–8 Uhr Mo–Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen/-ärzte stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mindestens ein Assistenzarzt / eine Assistenzärztin Medizin in der 2. Hälfte der Facharzt-Ausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit eine Ärztin / ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb von 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung.</p>	<p>24 Stunden: Eine Ärztin / ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe innerhalb von 15 Minuten vor Ort zur Verfügung.</p> <p>Die Notfallsectio erfolgt in weniger als 15 Minuten (vom Entscheid bis zur Entbindung; sogenannte EE-Zeit).</p>
Am Spital zwingend notwendige Fachdisziplinen	<p>Beizug von Fachärztinnen/Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine Innere Medizin (in 30 Minuten) – Chirurgie (in 30 Minuten) – Anästhesiologie (in 15 Minuten) 		<p>Beizug von Fachärztinnen/-ärzten bei medizinischer Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anästhesiologie (im Haus) – Intensivmedizin (im Haus) 	<p>Beizug von Fachärztinnen/-ärzten und Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anästhesiologie (im Haus) – Hebammen: 24 Std. vor Ort

Tabelle 17:

Berner Spitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung | Akutsomatik

Nr.	Spital (Standort)	«Basispaket Innere Medizin/Chirurgie (BP)»
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	X
5	Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	X
7	Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	X
8	Klinik Siloah AG	X
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	X
10	Privatklinik Linde AG	X
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	X
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	X
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	X
14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	X
15	Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	X
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	X
17	Spital Frutigen, spitaler fmi AG	X
18	Spital Interlaken, spitaler fmi AG	X
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	X
20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	X
21	Spital Munsingen, Spital Netz Bern AG	X
22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	X
23	Spital Thun, Spital STS AG	X
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	X
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG	X
26	Spitalzentrum Biel AG	X
	Berner Spitäler insgesamt	22

Quelle: Auswertung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Notfalleintritte in ein Akutspital 2012/2013

Die Anzahl akutsomatische Notfalleintritte (inner- und ausserkantonaler Patientinnen und Patienten) in die Berner Spitäler betrug für das Jahr 2013 69 985 und lag damit um 2,6 Prozent höher als im Vorjahr (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18:

Als Notfall kategorisierte Eintritte in Berner Spitäler 2012/2013 | Akutsomatik

Nr.	Spital (Standort)	31.12.2012	31.12.2013
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	13 968	15 071
26	Spitalzentrum Biel AG	7289	7691
23	Spital Thun, Spital STS AG	6181	6868
18	Spital Interlaken, spitaler fmi AG	4423	4212
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	5028	4801
24	Spital Tiefenau, Spital Netz Bern AG	3787	3484
	Zieglerspital, Spital Netz Bern AG (bis 2015)	2719	2547
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	2972	3163
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	3196	3541
15	Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	2330	2297
14	Sonnenhofspital, Lindenhof AG	2038	1999
20	Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	1635	1743
21	Spital Munsingen, Spital Netz Bern AG	1477	1599
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	1631	1634
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	1331	1258
5	Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	1386	1439
17	Spital Frutigen, spitaler fmi AG	1705	1599
12	Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	1267	1288
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG	1071	1439
22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG (bis 2015)	971	863
	Spital Saanen, Spital STS AG (bis 2012)	541	–
7	Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	442	402
1	Engeriedspital, Lindenhof AG ¹⁾	370	316
10	Privatklinik Linde AG	394	684
8	Klinik Siloah AG	48	47
	Berner Spitäler insgesamt	68 200	69 985

¹⁾ Das Engeriedspital besitzt keine eigene Notfallstation. Die dort aufgeführten 370 bzw. 316 Notfalleintritte erklären sich durch die Definition eines Notfalleintritts in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser: Die Klassifizierung eines Eintritts als «Notfall» bezieht sich auf die notwendige Behandlung innert 12 Stunden. Sie bezieht sich hingegen nicht ausschliesslich auf die administrative Aufnahme einer Patientin bzw. eines Patienten über eine Notfallstation.

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Erreichbarkeitsauswertung für die Notfallversorgung

Kapitel 9.3.3 stellte die Operationalisierung des Planungskriteriums zur Zugänglichkeit für die Erreichbarkeit von versorgungsnotwendigen Leistungen der stationären Grundversorgung (Basispaket der SPLG-Systematik) vor. Für alle Listenspitäler, die im Kanton Bern an der uneingeschränkten Notfallversorgung teilnehmen, ist eine schnelle Erreichbarkeit für die Kantonsbevölkerung von besonders hoher Bedeutung. Tabelle 19 und Abbildung 17 zeigen die Erreichbarkeiten dieser Listenspitäler für die Kantonsbevölkerung mit dem motorisierten Individualverkehr (MIV), also beispielsweise mit dem PKW. Die Erreichbarkeitsauswertung zeigt, dass 91,4 Prozent der Berner Bevölkerung in weniger als 15 Minuten und 99,1 Prozent in weniger als 30 Minuten ein Listenspital mit einer Notfallstation erreichen. Zwischen der Erreichbarkeit im Versorgungsraum Bern und den übrigen kantonalen Versorgungsräumen gibt es für die Akutsomatik regionale Unterschiede (siehe Tabelle 19). So erreichen 97,6 Prozent der Bevölkerung in der Agglomeration Bern in weniger als 15 Minuten ein Spital mit Notfallstation. In den Versorgungsräumen Berner Jura und Berner Oberland Ost erreichen in dieser Zeit nur 67,1 Prozent respektive 73,6 Prozent der Bevölkerung ein Spital mit Notfallstation. Allerdings erreichen in allen Versorgungsräumen insgesamt mehr als 85 Prozent der Bevölkerung in weniger als 25 Minuten und mehr als 90 Prozent in weniger als 30 Minuten ein Spital mit einer Notfallstation. Die Erreichbarkeit der Spitäler mit Notfallstationen ist im Kanton Bern sehr gut.

Tabelle 19:

Erreichbarkeit Listenspitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung am 31.12.2015 | Anteil Ist-Bevölkerung in Prozent

Erreichbarkeit mit motorisiertem Individualverkehr (MIV) in Minuten	Ausgangsbasis: Ist-Bevölkerung am 31.12.2013 (STATPOP)							
	VR 1 Bern	VR 2 Berner Jura	VR 3 Berner Oberland Ost	VR 4 Berner Oberland West	VR 5 Biel	VR 6 Emmental	VR 7 Oberaargau	Kt. Bern gesamt
unter 5	48,6%	39,8%	26,6%	34,9%	45,8%	24,6%	26,0%	26%
5 bis unter 10	36,6%	15,4%	18,6%	39,2%	29,0%	35,8%	29,5%	29,5%
10 bis unter 15	12,4%	18,4%	21,9%	14,7%	20,2%	31,4%	32,5%	32,5%
15 bis unter 20	2,1%	24,9%	10%	6,8%	4,5%	6,1%	8,8%	8,8%
20 bis unter 25	<1%	1,5%	8,2%	1,7%	<1%	1,7%	3,2%	3,2%
25 bis unter 30	<1%	<1%	5,5%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
30 bis unter 45	<1%	<1%	4,1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
45 bis 60	<1%	<1%	2,4%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
über 60	<1%	<1%	2,9%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der kantonalen Bevölkerungsdaten entsprechend STATPOP 2013 und des kantonalen Verkehrsmodells mittels ArcGIS

Intensivstationen

Zur medizinischen Versorgung bei lebensbedrohlichen Notfällen gehört auch die Behandlung in geeigneten Intensivpflegestationen (IS) in den akutsomatischen Listenspitälern. Primäres Ziel der Behandlung ist hier das Erhalten bzw. Wiederherstellen der Vitalfunktionen.^{73, 74} Auch der Betrieb der Intensivpflegestationen ist auf die Notfallversorgung der Bevölkerung im Kanton Bern abgestimmt. Die Notfall- und die Intensivstationen der Listenspitäler unterliegen aufgrund ihrer zentralen und unter Umständen lebenswichtigen Bedeutung bei der notfallmässigen Versorgung von Patientinnen und Patienten strengen Anforderungen entsprechend der SPLG-Systematik Akutsomatik.⁷⁵ Sowohl die Anzahl der Patientinnen und Patienten als auch ihre durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf einer Intensivstation unterliegen Einflüssen und Entwicklungen, wie zum Beispiel der Verbesserung der Erstversorgung durch den Rettungsdienst bereits während des Transports oder dem medizintechnischen Fortschritt. Der medizintechnische Fortschritt bei der intensivmedizinischen Behandlung ermöglicht insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten auch die Durchführung von Notfall- und Wahleingriffen, die noch vor wenigen Jahren für diese Patientengruppe ein erhebliches Risiko dargestellt hätte. Für die Erbringung medizinischer Leistungen, bei denen regelmässig eine intensivmedizinische Überwachung und/oder Behandlung erforderlich ist, ist das Führen einer Intensivstation, differenziert nach Anforderungsebene, obligatorisch (Level 1: Überwachungsstation bis Level 3: komplexe intensivmedizinische Behandlung inkl. Langzeitbeatmung). Das entsprechende Versorgungsziel ist hier eine verlegungsfreie, sichere und kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten.

⁷³ Ein lebensbedrohlicher medizinischer Notfall wird hier als akut lebensbedrohlicher Zustand definiert, der durch Störung einer Vitalfunktion bewirkt wird oder bei dem die Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung besteht.

⁷⁴ Vitalfunktionen: Bewusstsein, Atmung, Kreislauf.

⁷⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 201X, insbesondere SPLG-Anforderungen an Notfall- und Intensivstationen, differenziert nach Levels.

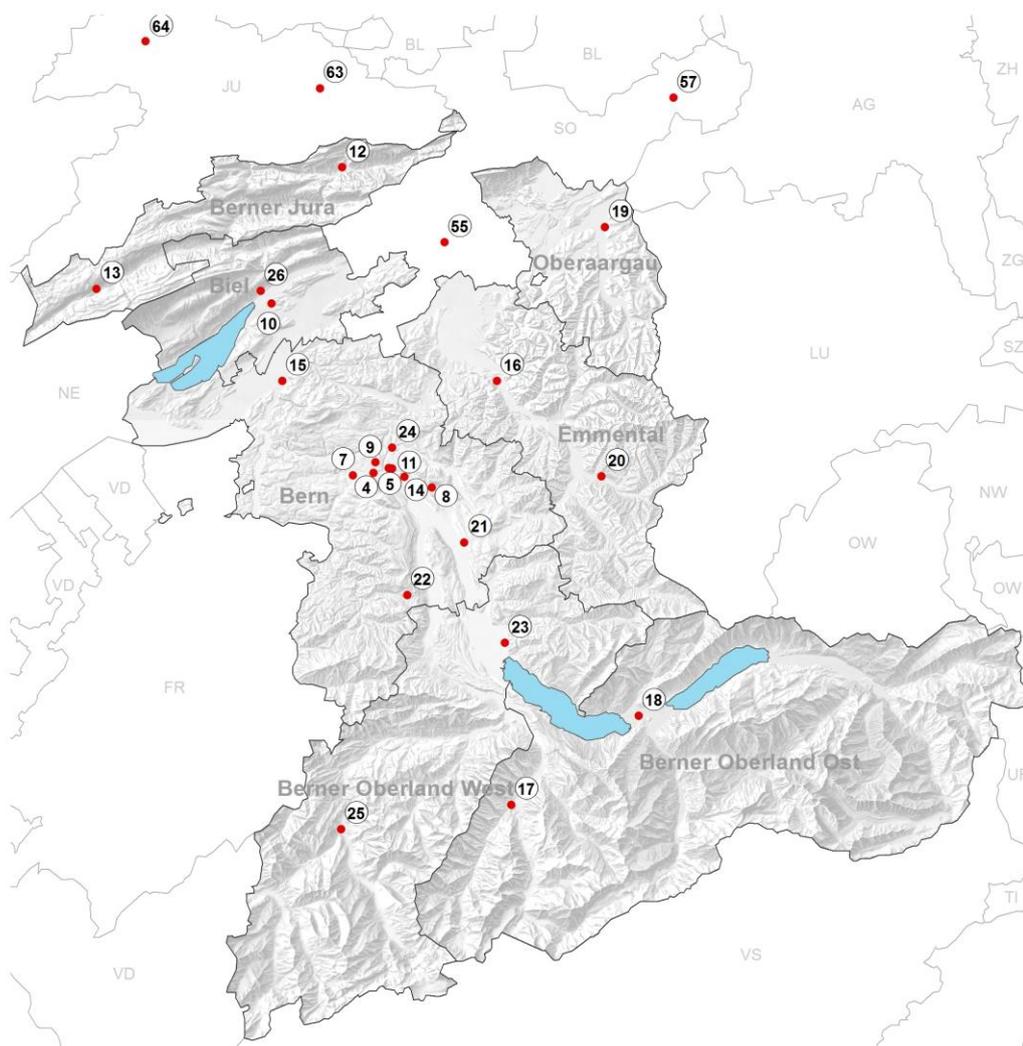
Abbildung 16:

Übersichtskarte Listenspitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung | Akutsomatik



Versorgungsplanung 2016 BE

Basispaket, Stand 31.12.2015



0 7'500 15'000 22'500
Meter



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG
5 Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	15 Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
7 Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
8 Klinik Siloah AG	17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	26 Spitalzentrum Biel AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	55 Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]
10 Privatklinik Linde AG	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG	57 Kantonsspital Olten, Solothurner Spitäler AG [SO]
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	63 Hôpital Delémont, Hôpital du Jura [JU]
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	64 Hôpital de Porrentruy, Hôpital du Jura bernois [JU]
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	

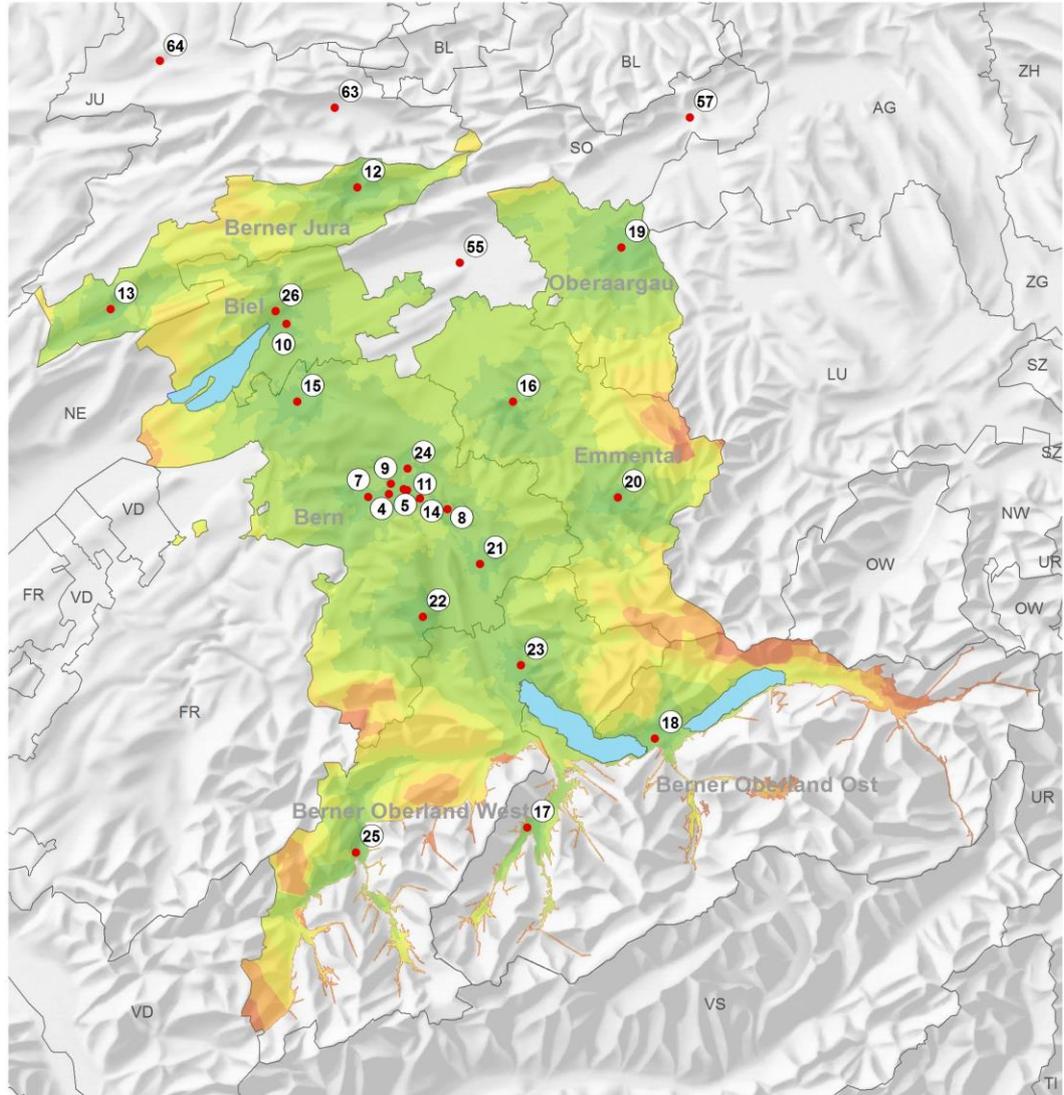
Abbildung 17:
**Übersichtskarten Erreichbarkeit Listenspitäler
mit uneingeschränkter Notfallversorgung | Akutsomatik**

a) Reisezeit



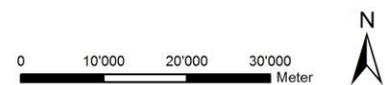
Versorgungsplanung 2016 BE

Erreichbarkeit, Basispaket, Stand 31.12.2015



Erreichbarkeit mit MIV in Minuten

- <5
- 5 bis unter 10
- 10 bis unter 15
- 15 bis unter 20
- 20 bis unter 25
- 25 bis unter 30
- 30 bis unter 45
- 45 bis 60



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern

1:700'000

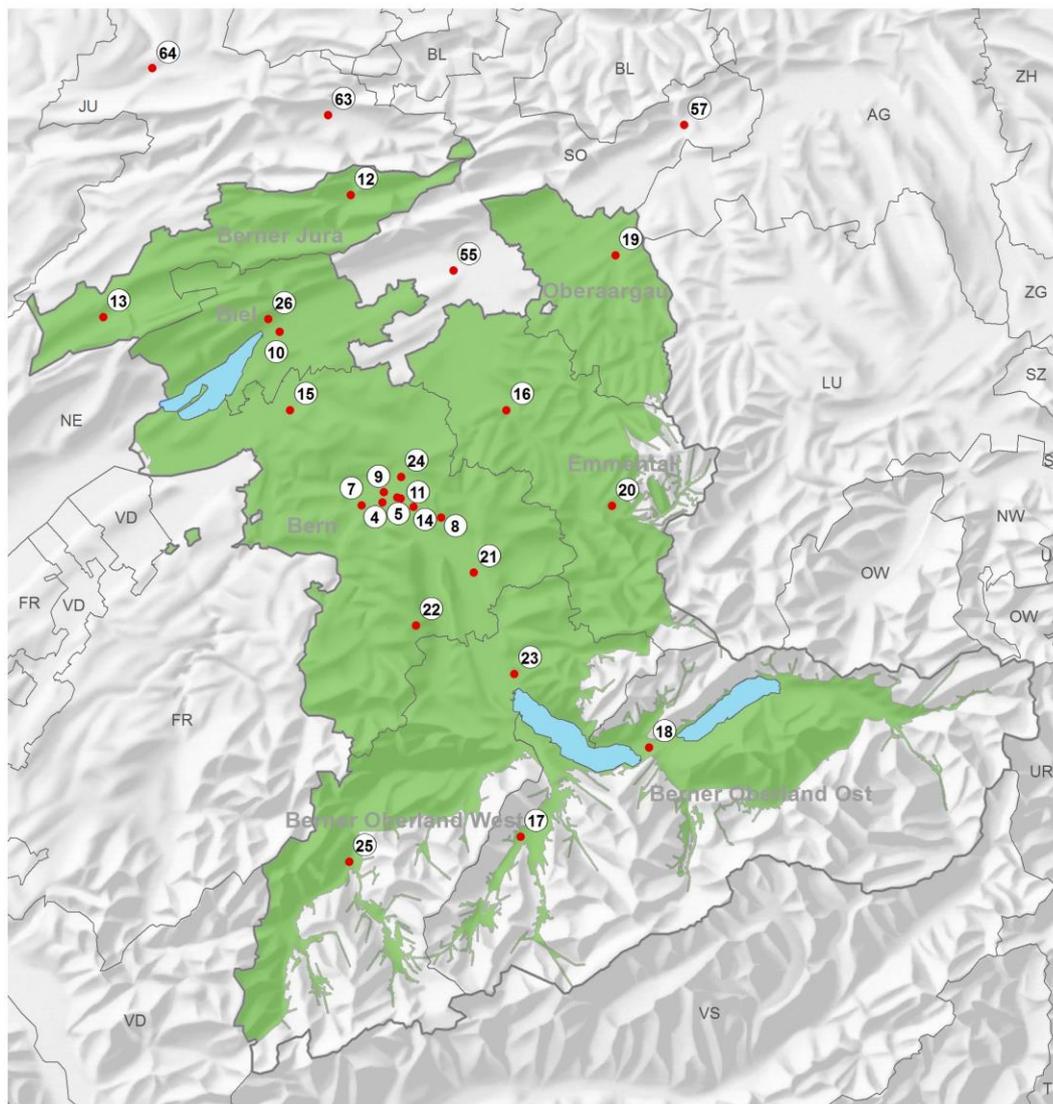
Abbildung 17:
**Übersichtskarten Erreichbarkeit Listenspitäler
 mit uneingeschränkter Notfallversorgung | Akutsomatik**

b) Reisedistanz



Versorgungsplanung 2016 BE

Erreichbarkeit, Basispaket, Stand 31.12.2015



Erreichbarkeit mit MIV in Kilometer

■ bis 50



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern

1:700'000

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	14 Sonnenhofspital, Lindenhof AG	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG
5 Klinik Beau-Site, Hirslanden Bern AG	15 Spital Aarberg, Spital Netz Bern AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
7 Klinik Permanence, Hirslanden Bern AG	16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	25 Spital Zweisimmen, Spital STS AG
8 Klinik Siloah AG	17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	26 Spitalzentrum Biel AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG	55 Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG [SO]
10 Privatklinik Linde AG	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG	57 Kantonsspital Olten, Solothurner Spitäler AG [SO]
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	20 Spital Langnau, Regionalspital Emmental AG	63 Hôpital Delémont, Hôpital du Jura [JU]
12 Hôpital de Moutier, Hôpital du Jura bernois SA	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	64 Hôpital de Porrentruy, Hôpital du Jura bernois [JU]
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	22 Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG	

Exkurs: Anforderungen an die Intensivstation (lt. der SPLG Akutsomatik)

Tabelle 20 enthält eine Aufstellung der unterschiedlichen Intensivstation-Anforderungen.

Tabelle 20:

Anforderungen an die Intensivstation (lt. der SPLG-Systematik Akutsomatik)

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation	Level 3 Intensivstation
Basisrichtlinien	Nähere Erläuterungen sind auf der Website der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Dokument «Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen» publiziert: www.gd.zh.ch/leistungsgruppen	Die Richtlinien vom 3. September 2015 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) sind einzuhalten: http://www.sgi-ssmi.ch/tl_files/daten/4%20Qualitaet/ZK-IS/01_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_2015_GV_V13_DT.pdf	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH-Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: – Anzahl Pflgetage p. a. ≥2600 – Anzahl Beatmungstage p. a. ≥1000

Handlungsfeld: Notfallversorgung

In der Planungsperiode 2017–2020 wird ein Monitoringsystem für die Notfall- und intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen der Berner Listenspitäler etabliert. Dieses soll Erkenntnisse zu den folgenden Schwerpunktthemen bringen:

Nutzung der Notfallstation in Akutspitälern

Zur Nutzung der Notfallstation in Berner Listenspitälern liegen wenig explizite Daten vor. Im Fokus der Planungsperiode 2017–2020 werden daher insbesondere die Gründe für die Inanspruchnahme der Notfallstationen in den Berner Listenspitälern stehen. Dabei sollen auch die übrigen Sektoren und Versorgungsbereiche einbezogen werden. Es ist denkbar, dass das Patientenverhalten ebenso wie die Versorgungssituation im ambulanten Sektor, die dortige Wartezeitproblematik und die Situation in Alters- und Pflegeheimen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der Notfallstationen der Berner Listenspitäler haben.

Entwicklung der intensivmedizinischen Versorgung

In der Planungsperiode 2017–2020 wird auch die Entwicklung der intensivmedizinischen Versorgung in den Berner Listenspitälern mittels der bereits vorhandenen Routinedaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser beobachtet.

Entwicklung der psychiatrischen Grund- und Notfallversorgung

Zusätzlich zu der akutsomatischen Notfallversorgung wird in der Planungsperiode 2017–2020 auch die psychiatrische Notfallversorgung genauer beobachtet und überprüft. Eine Überprüfung des psychiatrischen Leistungsgeschehens ist allerdings erst im Zusammenhang mit der weiterentwickelten SPLG Psychiatrie und dem neuen Leistungsauftrag «Grundversorgung (GRU)» möglich. Diese Überprüfung kann daher frühestens zum Ende der Planungsperiode 2017–2020 vorgenommen werden.

10.1.2 Geburtshilfliche Versorgung

Zum Stichtag 31. Dezember 2015 stehen 15 der 32 Listenspitäler (Standorte) für die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Bereiche «Geburtshilfe» und «Neugeborene» der SPLG Akutsomatik zur Verfügung. In jedem der sieben Versorgungsräume der Akutsomatik befindet sich mindestens ein Listenspital mit einem Leistungsauftrag «Geburtshilfe». Zusätzlich zu den Listenspitälern führt der Kanton Bern auf der kantonalen Spitalliste Akutsomatik am Stichtag das Geburtshaus Luna Biel als kantonales Listengeburtshaus. Für eine qualitativ gute Versorgung gelten für den Leistungsbereich «Geburtshilfe» zudem besondere Anforderungen an die Notfallstation (Level 4, siehe Tabelle 13) und die Verfügbarkeit einer Ärztin bzw. eines Arztes mit Fachqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe. Ähnlich strenge Anforderungen gelten nach den Vorgaben der SPLG Akutsomatik auch für Listengeburtshäuser im Kanton Bern.⁷⁶

⁷⁶ Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 201X, SPLG Akutsomatik Version 2016.1.

Abgestufte Versorgung in der Geburtshilfe

Im Bereich der Geburtshilfe sind grundsätzlich verschiedene Versorgungsstufen zu unterscheiden. Die Mehrheit der Listenspitäler bietet Leistungen der geburtshilflichen Grundversorgung an («GEB1» der SPLG Akutsomatik). Zum Stichtag 31. Dezember 2015 wird an 4 der 15 Listeneinrichtungen im Kanton Bern auch die Geburt und Versorgung von Frühgeborenen ab der 32. Schwangerschaftswoche angeboten («GEB1.1» der SPLG Akutsomatik). Darüber hinaus verfügt das Universitätsspital über den Leistungsauftrag «Spezialisierte Geburtshilfe» («GEB1.1.1» der SPLG Akutsomatik). Dieser ist obligatorisch für die sehr betreuungsintensive Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm. Für Geburtshäuser werden in der aktuellen SPLG-Systematik (hier: Version 2016.1) zwei Leistungsaufträge vorgesehen («GEBH» und «NEOG»), die Frauen ab der 37. Schwangerschaftswoche und bei einer voraussichtlich unkompliziert verlaufenden Geburt alternativ die Versorgung in einem Geburtshaus ermöglichen. Tabelle 21 führt die Listenspitäler mit einem geburtshilflichen Angebot differenziert nach Versorgungsstufe auf, Abbildung 19 zeigt die entsprechende Übersichtskarte für den Kanton.

Tabelle 21:

Berner Listenspitäler und Listengeburtshaus mit geburtshilflicher Versorgung nach Versorgungsstufen | Akutsomatik

Nr.	Spital (Standort)	«Geburtshilfe (GEB)»
1	Engeriedspital, Lindenhof AG	Geburtshilfe (ab 32. SSW und ≥ 1250 g)
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	Spezialisierte Geburtshilfe
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	Geburtshilfe (ab 32. SSW und ≥ 1250 g)
10	Privatklinik Linde AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
17	Spital Frutigen, spitäler fmi AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
21	Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
23	Spital Thun, Spital STS AG	Geburtshilfe (ab 32. SSW und ≥ 1250 g)
26	Spitalzentrum Biel AG	Geburtshilfe (ab 32. SSW und ≥ 1250 g)
63	Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und ≥ 2000 g)
Berner Listenspitäler insgesamt		14
3	Geburtshaus Luna Biel	Geburtshäuser (ab 37. SSW)
Berner Listeneinrichtungen insgesamt		15

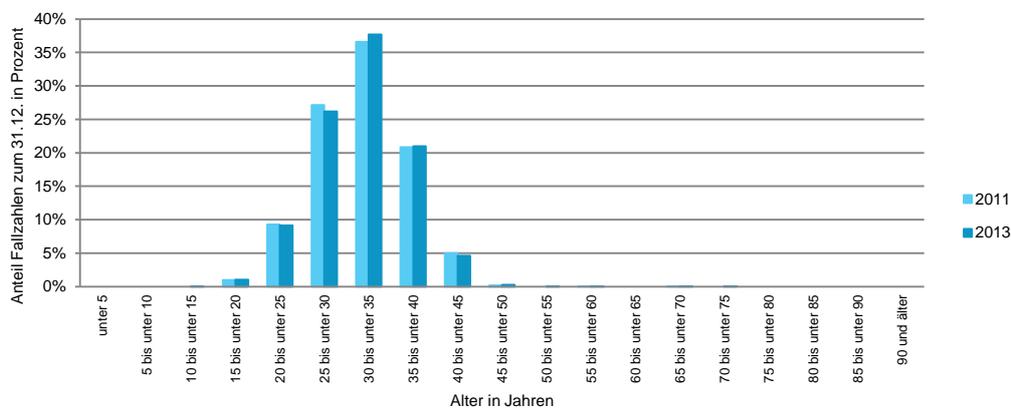
Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Altersverteilung der Berner Mütter bei der Geburt 2011/2013

Abbildung 18 zeigt eine Verschiebung des durchschnittlichen Alters der Mütter bei der Geburt: Zwischen den Jahren 2011 und 2013 nahm der Anteil der über 30-jährigen Mütter zu, während der Anteil der jüngeren Mütter im selben Zeitraum abnahm.

Abbildung 18:

Altersverteilung Geburtshilfe 2011/2013



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Neu- und Frühgeborene in Berner Spitälern und dem Geburtshaus Luna Biel 2013

Tabelle 22 bildet die Fallzahlen der Neu- und Frühgeborenen in Berner Spitälern im Jahr 2013 ab. Es fällt auf, dass 2013 nur 78 der insgesamt rund 10 000 Geburten in den Berner Spitälern und dem Geburtshaus Luna Biel im Geburtshaus stattfanden. Dies entspricht einem vergleichsweise kleinen Anteil von 0,8 Prozent. Trotz der geringen Fallzahlen führt der Kanton Bern Geburtshäuser auf der kantonalen Spitalliste Akutsomatik.

Tabelle 22:

Neu- und Frühgeborene in Berner Spitälern 2013

Nr.	Spital (Standort)	Geburten	Frühgeborene mit Gestationswoche unter 37	Frühgeborene mit Geburtsgewicht unter 1250 g
4	Inselspital – Universitätsspital Bern	1524	567	117
11	Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	1140	32	0
9	Lindenhofspital, Lindenhof AG	1137	116	9
1	Engeriedspital, Lindenhof AG	1107	37	0
26	Spitalzentrum Biel AG	1052	58	6
23	Spital Thun, Spital STS AG	967	52	2
19	Spital Langenthal, Spital SRO AG	553	18	0
16	Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	539	25	1
10	Privatklinik Linde AG	527	22	2
21	Spital Münsingen	440	18	0
13	Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	325	6	0
18	Spital Interlaken, spitäler fmi AG	280	12	1
17	Spital Frutigen, spitäler fmi AG	244	15	1
22	Spital Riggisberg, Spital Netz Bern AG (bis 2013)	186	11	0
25	Spital Zweisimmen, Spital STS AG (bis 2015)	118	2	0
Berner Spitälern insgesamt		10 139	991	139
3	Geburtshaus Luna Biel	78	0	0
Berner Einrichtungen insgesamt		10 217	991	139
davon Fälle mit ausserkantonalem Wohnort		1162	221	47
davon Fälle mit Wohnort im Ausland		13	0	0

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Erreichbarkeit der geburtshilflichen Versorgung

In der Planungsperiode 2011–2014 wurde die Erreichbarkeit der geburtshilflichen Versorgung in den Listenspitälern und im Listengeburtshaus kontrovers diskutiert. Anlass dieser Diskussion sowie der nachfolgenden Erreichbarkeitsauswertung für die geburtshilflichen Versorgungsangebote im Kanton Bern waren die Schliessung der Geburtshilfeabteilungen an den Spitalstandorten Riggisberg und Zweisimmen in den Jahren 2013 und 2015. Tabelle 23 und Abbildung 20 zeigen die Erreichbarkeit der Listenspitäler mit dem motorisierten Individualverkehr (MIV) für die weibliche Kantonsbevölkerung zwischen 15 und 45 Jahren. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass 85,2 Prozent der Bernerinnen zwischen 15 und 45 Jahren in weniger als 15 Minuten und 97,5 Prozent in weniger als 30 Minuten ein Listenspital oder -geburtshaus mit einem entsprechenden Angebot erreichen. Wie bei der Grund- und Notfallversorgung («Basispaket» der SPLG Akutsomatik) zeigen sich auch bei der Erreichbarkeit von Listeneinrichtungen mit geburtshilflicher Versorgung regionale Unterschiede zwischen der Agglomeration Bern und den übrigen kantonalen Versorgungsräumen Akutsomatik. Insgesamt sind die Auswahl und die Erreichbarkeit an Listenspitälern mit dem entsprechenden Angebot für die Bevölkerung im Kanton Bern sehr gut.

Tabelle 23:

Erreichbarkeit Listenspitäler und Listengeburtshaus mit geburtshilflicher Versorgung am 31.12.2015 | Anteil weibliche Ist-Bevölkerung zwischen 15 und 45 Jahren in Prozent

Erreichbarkeit mit motorisiertem Individualverkehr (MIV) in Minuten	Ausgangsbasis: Ist-Bevölkerung am 31.12.2013 (STATPOP)							
	VR 1 Bern	VR 2 Berner Jura	VR 3 Berner Oberland Ost	VR 4 Berner Oberland West	VR 5 Biel	VR 6 Emmental	VR 7 Oberaargau	Kt. Bern gesamt
unter 5	37,2%	17,8%	28,4%	34,2%	54,1%	17,6%	26,9%	34,9%
5 bis unter 10	37,9%	9,5%	18,8%	34,8%	22,6%	25,3%	23,9%	30,7%
10 bis unter 15	18,3%	31,4%	20,6%	13,5%	17,0%	21,6%	33,2%	19,6%
15 bis unter 20	4,1%	31,5%	9,4%	3,0%	5,7%	22,4%	12,7%	8,0%
20 bis unter 25	2,1%	9,6%	8,4%	1,1%	<1%	8,4%	3,3%	3,2%
25 bis unter 30	<1%	<1%	5,5%	<1%	<1%	3,3%	<1%	1,0%
30 bis unter 45	<1%	<1%	3,8%	3,3%	<1%	1,6%	<1%	<1%
45 bis 60	<1%	<1%	2,4%	7,3%	<1%	<1%	<1%	1,1%
über 60	<1%	<1%	2,8%	1,9%	<1%	<1%	<1%	<1%

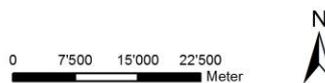
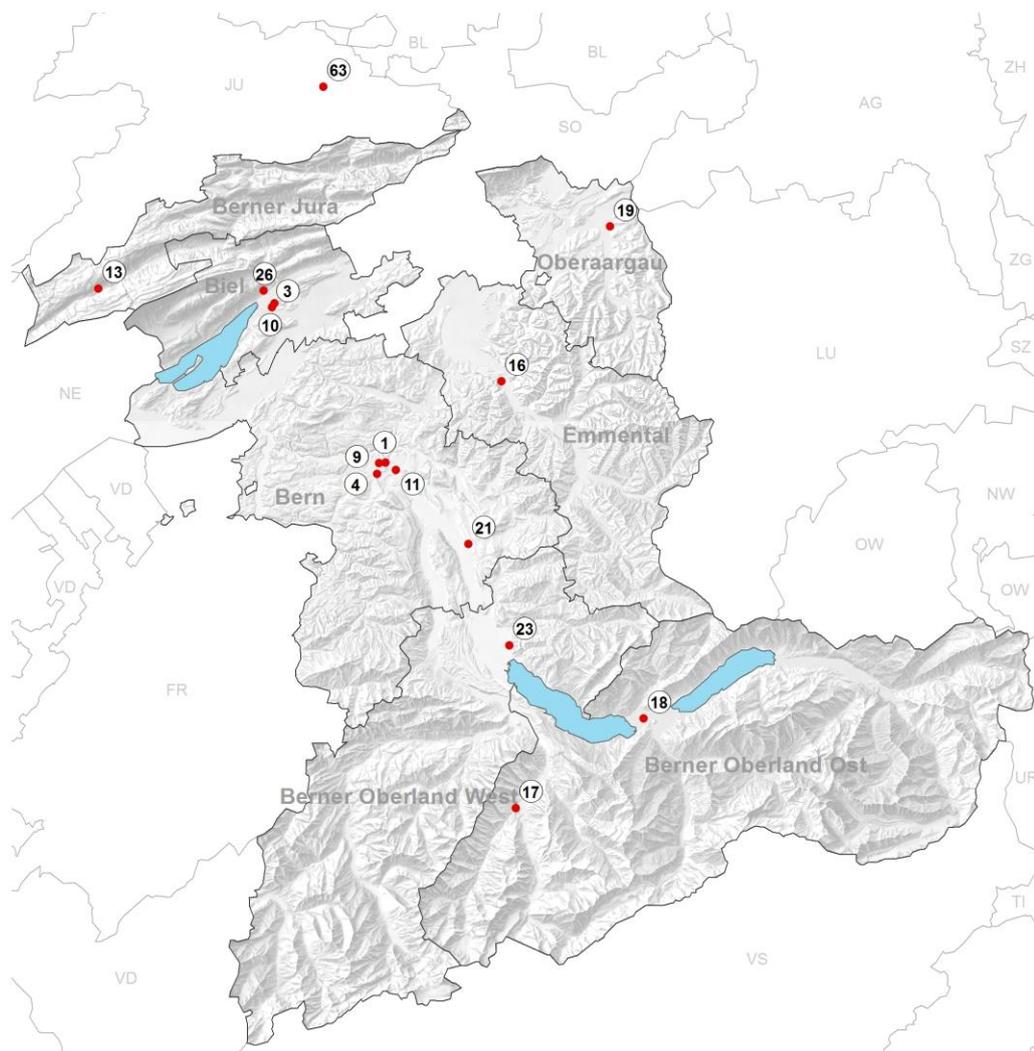
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der kantonalen Bevölkerungsdaten entsprechend STATPOP 2013 und des kantonalen Verkehrsmodells mittels ArcGIS

Abbildung 19:
**Übersichtskarte Listenspitäler und Listengeburtshaus
mit geburtshilflicher Versorgung | Akutsomatik**



Versorgungsplanung 2016 BE

Geburtshilfe, Stand 31.12.2015



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

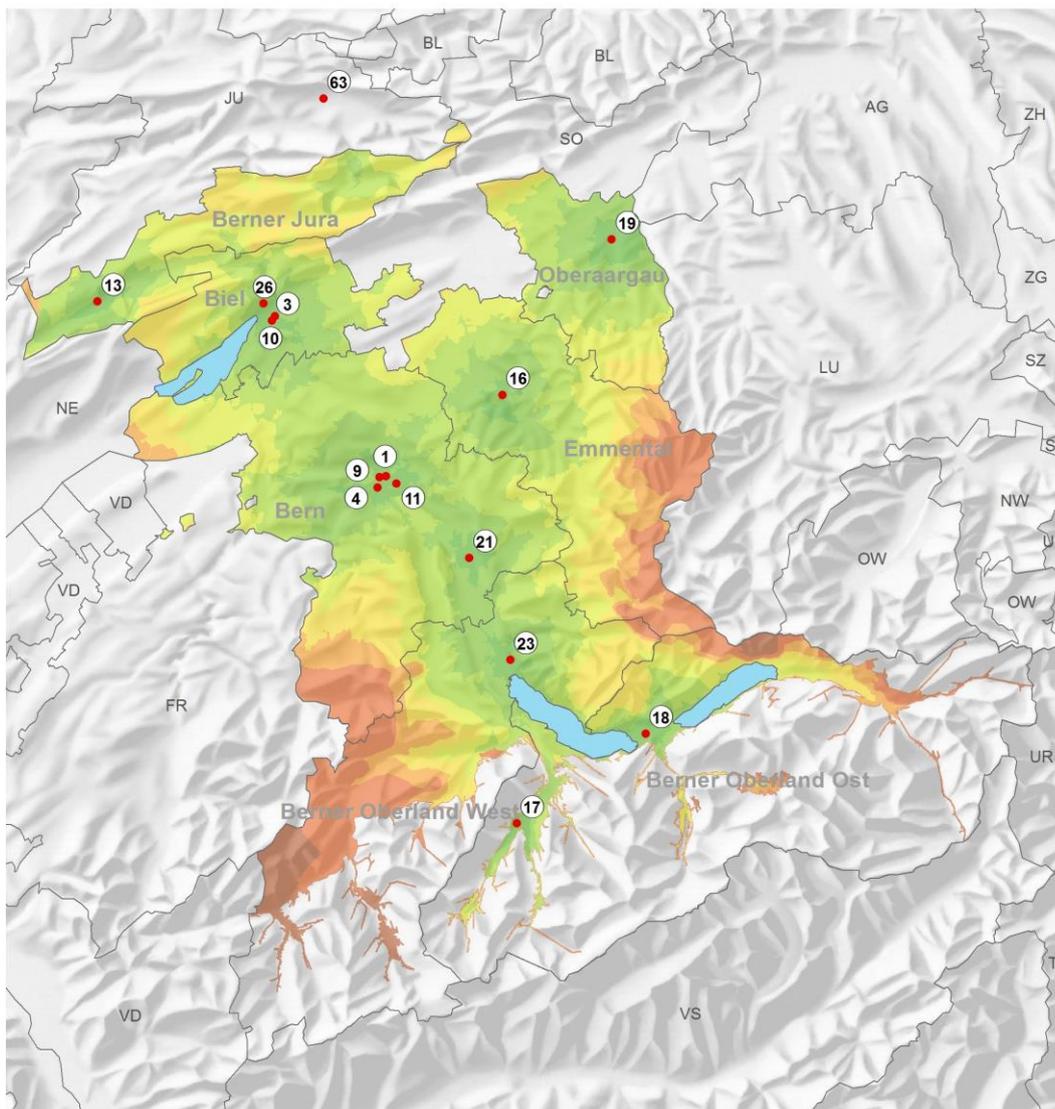
Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
1 Engeriedspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
10 Privatklinik Linde AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	26 Spitalzentrum Biel AG
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	Nr. Geburtshaus (Standort)
17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	3 Geburtshaus Luna Biel

Abbildung 20:
**Übersichtskarte Erreichbarkeit Listenspitäler und Listengeburtshaus
 mit geburtshilflicher Versorgung | Akutsomatik**



Versorgungsplanung 2016 BE

Erreichbarkeit, Geburtshilfe, Stand 31.12.2015



Erreichbarkeit mit MIV in Minuten

- <5
- 5 bis unter 10
- 10 bis unter 15
- 15 bis unter 20
- 20 bis unter 25
- 25 bis unter 30
- 30 bis unter 45
- 45 bis 60



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

1:700'000

Nr. Spital (Standort)	Nr. Spital (Standort)
1 Engeriedspital, Lindenhof AG	18 Spital Interlaken, spitäler fmi AG
4 Inselspital – Universitätsspital Bern	19 Spital Langenthal, Spital SRO AG
9 Lindenhofspital, Lindenhof AG	21 Spital Münsingen, Spital Netz Bern AG
10 Privatklinik Linde AG	23 Spital Thun, Spital STS AG
11 Salem-Spital, Hirslanden Bern AG	26 Spitalzentrum Biel AG
13 Hôpital de Saint-Imier, Hôpital du Jura bernois SA	63 Hôpital de Delémont, Hôpital du Jura [JU]
16 Spital Burgdorf, Regionalspital Emmental AG	Nr. Geburtshaus (Standort)
17 Spital Frutigen, spitäler fmi AG	3 Geburtshaus Luna Biel

Exkurs: Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern

Am 14. Mai 2013 wurde die Motion 126/2013 Imboden (Bern, Grüne) «Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern» eingereicht und am 2. September 2013 vom Grossen Rat als Postulat überwiesen. Als federführende Direktion wurde die GEF mit der Abklärung der Handlungsmöglichkeiten für den Kanton beauftragt. Der Wunsch nach einem weiteren Ausbau des hebammengeleiteten Geburtshilfeangebots als Alternative zur ärztlichen Geburtshilfe (nicht als Ersatz dafür) ist aus Sicht des Kantons berechtigt. Allerdings sind seine Möglichkeiten, den Spitälern die Entwicklung eines solchen Angebots vorzuschreiben, sehr limitiert. Der Entscheid über das konkrete Behandlungskonzept liegt in der Kompetenz der Spitäler. Im ambulanten Bereich sind die Einflussmöglichkeiten des Kantons aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen noch geringer. Die zwölf Spitäler, die zum Stichtag 31. Dezember 2015 im Kantonsgebiet über einen Leistungsauftrag im Bereich der Geburtshilfe verfügen, sowie das Hôpital du Jura als ausserkantonales Listenspital haben grundsätzlich die Möglichkeit, hebammengeleitete Geburtshilfe anzubieten, sofern die Leistungen wirtschaftlich und in guter Qualität erbracht werden. Massgebend für den konkreten unternehmerischen Entscheid über die Entwicklung eines entsprechenden Angebots in einem Spital ist die Nachfrage nach hebammengeleiteter Geburtshilfe. Ein Spital kann ein solches Angebot nur kostendeckend betreiben, wenn ausreichende Fallzahlen erreicht werden. Da Patientinnen und Patienten seit 2012 gemäss KVG die Wahlfreiheit zwischen allen Listenspitälern der Schweiz haben, lässt sich die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen nur indirekt steuern, beispielsweise mithilfe von Informationskampagnen. Zur genaueren Abklärung der Angebote der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern sowie der Handlungsmöglichkeiten der Regierung liess die GEF in der Planungsperiode 2011–2014 einen Expertenbericht erstellen, der die begünstigenden und hinderlichen Faktoren bei der Umsetzung von hebammengeleiteten Versorgungsmodellen im Kanton Bern untersuchte. Der Bericht bezog sich vor allem auf die Umsetzung hebammengeleiteter Geburtshilfe im Spital, unter Einbezug der ausserklinischen (ambulanten) Geburtsversorgung. Die im Bericht vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen werden in der Planungsperiode 2017–2020 von der GEF geprüft.⁷⁷

Handlungsfeld: Geburtshilfliche Versorgung

Die demografische Entwicklung im Kanton Bern verändert auch den Versorgungsbedarf in der geburtshilflichen Versorgung. In der Planungsperiode 2011–2014 haben drei Listenspitäler die geburtshilfliche Versorgung eingestellt – durch die Schliessung der Geburtsabteilung (Spitalstandorte Riggisberg und Zweisimmen) oder die Schliessung des Standorts (Spital Saanen). Diese Entwicklung wird in der Planungsperiode 2017–2020 weiter zu beobachten sein. Vor diesem Hintergrund ist auch der vom Kanton Bern in Auftrag gegebene Expertenbericht «Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern» zu bewerten.

10.2 eHealth

Unter «eHealth» (deutsch: elektronische Gesundheitsdienste) versteht man den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmenden im Gesundheitswesen. «eHealth» umfasst Prozesse in den Bereichen Administration, Information, Konsultation, Diagnose, Verschreibung, Überweisung, Therapie, Überwachung und Abrechnung.⁷⁸ Am 27. Juni 2007 hat der Bundesrat die «Strategie eHealth Schweiz» verabschiedet. Die GDK hat sich den Zielen angeschlossen. «eHealth» soll der Bevölkerung den Zugang zu einem effizienten, sicheren und kostengünstigen Gesundheitswesen ermöglichen. Das Ziel der verbesserten Effizienz, Qualität und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung kann nur erreicht werden, wenn die Leistungserbringer unabhängig von Ort und Zeit den Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen ihrer Patientinnen und Patienten haben.

Das elektronische Patientendossier

Im Mai 2013 überwies der Bundesrat den Entwurf sowie die Botschaft zum «Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)» an das Parlament. Im Juni 2015 stimmten beide Räte der Vorlage deutlich zu. Gemäss dem Beschluss müssen die Spitäler nach einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten des EPDG Mitglied einer Stammgemeinschaft sein; für die Pflegeheime gilt eine Frist von fünf Jahren. Andernfalls müssen stationäre Leistungserbringer von den kantonalen Spital- bzw. Pflegeheimlisten gestrichen werden.

⁷⁷ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2015a.

⁷⁸ Vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2007.

Stammgemeinschaften aus Leistungserbringern

Die sogenannten Stammgemeinschaften haben dabei die Aufgabe, die von ihren Mitgliedern generierten und für die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten relevanten Daten auf deren oder dessen Wunsch hin auch über das elektronische Patientendossier (ePD) zugänglich zu machen. Dazu müssen sie eine entsprechende Informatikinfrastruktur bereitstellen. Stammgemeinschaften müssen den Patientinnen und Patienten ermöglichen, auf ihre Daten im elektronischen Patientendossier zuzugreifen und eigene Daten zu erfassen. Eine Stammgemeinschaft muss den Patientinnen und Patienten also ein entsprechendes Zugangportal zur Verfügung stellen.⁷⁹ Für alle Behandelnden im ambulanten Bereich bleibt die Teilnahme freiwillig. In jedem Fall entscheiden die Patientinnen und Patienten, ob sie für sich ein elektronisches Patientendossier eröffnen wollen.

Herausforderungen für die Kantone

Das elektronische Patientendossier muss auf der regionalen Ebene umgesetzt werden.

Dieses föderale Vorgehen hat folgende Gründe:

- In der föderalen Struktur der Schweiz kann die Umsetzung nicht zentral auf Bundesebene gesteuert werden. Die Kantone sind für die Gesundheitsversorgung und damit für eHealth zuständig.
- Das ePD beeinflusst die Arbeitsprozesse der Gesundheitsfachpersonen.⁸⁰ Die Änderung der Arbeitsweise braucht viel Zeit und wird nur akzeptiert, wenn der Nutzen offensichtlich ist. Erfolgreiche Umsetzungsprojekte in den Regionen, der Wille zur Zusammenarbeit und eine breit abgestützte Meinungsbildung sind deshalb wichtige Erfolgsfaktoren.
- Die internationale Erfahrung zeigt, dass nationale eHealth-Projekte häufig scheitern oder sich zeitlich verzögern, weil die Akteure diese ablehnen oder weil die Aufgabe zu komplex ist.
- Es gibt keine nationale Datenzentrale mit den Gesundheitsdaten der Bevölkerung. Vielmehr bleiben die Informationen dezentral bei den Behandelnden; die Daten werden nur im Moment einer Abfrage zusammengeführt (virtuelles Patientendossier). Dieser Ansatz fördert die Akzeptanz und reduziert die Sorgen um Datenschutz und Datensicherheit.

Das Ziel des EPDG ist es also, die schweizweite Interoperabilität der kantonalen Umsetzungsprojekte sowie die Rechts- und Investitionssicherheit zu gewährleisten. Gemäss aktueller Planung wird das EPDG im ersten Quartal 2017 in Kraft gesetzt werden.

Exkurs: Initiierung des Projekts BeHealth

Der Kanton Bern reagierte auf die Herausforderung, indem er zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 das Projekt «BeHealth» initiierte. An der Informationsveranstaltung und dem anschliessenden Meinungsaustausch zur eHealth-Entwicklung im Kanton Bern stellte der Kanton die «BeHealth-Initiative» den Leistungserbringern und Interessenverbänden vor. Die kantonale Vision sieht *eine* Stammgemeinschaft für den Kanton Bern vor, in der schrittweise alle massgeblichen Leistungserbringer einbezogen werden. Diese Stammgemeinschaft stellt für alle Bernerinnen und Berner das elektronische Patientendossier zur Verfügung.

eHealth-Anwendungsfälle

In vielen Berner Listenspitälern werden bereits unterschiedlichste Prozesse und Arbeitsschritte während der stationären Behandlung elektronisch unterstützt. Zu den typischen Anwendungsbereichen von eHealth gehören die administrative Patientenaufnahme, die Buchung und Belegung der Operationssäle, die Dokumentation der operativen Behandlungen sowie der Pflege, aber auch die Ermittlung und Optimierung der abschliessenden Fallabrechnung entsprechend den Vorgaben des jeweiligen Tarifsystems. Darüber hinaus kann durch den Einsatz von eHealth auch die Kontinuität der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten weiter verbessert werden. Wichtige Patienteninformationen werden geeignet dargestellt und medizinische Daten können miteinander verknüpft werden. Anwendungsbereiche wie die Telemedizin und das Telemonitoring können im Kanton Bern aufgrund der geografischen Besonderheiten des Kantonsgebiets zukünftig eine zunehmend bedeutsame Rolle spielen. Sie sind wichtige Bestandteile der medizinischen Versorgung sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten über räumliche Entfernungen hinweg.

⁷⁹ KPMG im Auftrag des Koordinationsorgans Bund-Kantone «eHealth Suisse», 2014.

⁸⁰ Gemäss Art. 2 EPDG ist eine Gesundheitsfachperson eine «nach eidgenössischem oder kantonalem Recht anerkannte Fachperson, die im Gesundheitsbereich Behandlungen durchführt oder anordnet oder im Zusammenhang mit einer Behandlung Produkte abgibt».

Handlungsfeld: eHealth

In der Planungsperiode 2017–2020 sollen die Leistungserbringer mit Unterstützung des Kantons das EPDG im Kontext der kantonalen Versorgungslandschaft und Gesetzgebung umsetzen. Im Fokus der «BeHealth-Initiative» steht die Schaffung organisatorischer (Gemeinschaft nach EPDG) und technischer Grundlagen (Empfehlungen von eHealth Suisse, Verordnungen zum EPDG). Damit sollen die massgeblichen Akteure im Gesundheitswesen des Kantons Bern das ePD etablieren.

10.3 Qualitätsanforderungen für Berner Listenspitäler

Im Folgenden werden die verschiedenen Aspekte und Arbeiten der Planungsperiode 2011–2014 im Bereich der Qualitätssicherung aufgeführt. Dazu gehören namentlich die Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken für die Akutsomatik, die Rehabilitation und die Psychiatrie, die konsequente Einhaltung von Mindestfallzahlen sowie die Erarbeitung der kantonalen Qualitätsstrategie für die Planungsperiode 2017–2020.

10.3.1 Weiterentwicklung der Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken

Der Kanton hat bereits in der Versorgungsplanung 2011–2014 und den Spitallisten ab 2012 für die Vergabe von Leistungsaufträgen konsequent auf die Erfüllung von qualitätsorientierten Mindestanforderungen geachtet. Diese Mindestanforderungen halten verbindliche Vorgaben sowohl für die Qualität der Strukturen («Stimmen die Rahmenbedingungen?») als auch für die der Prozesse («Wird die Behandlung richtig erbracht?») fest. So dürfen gewisse Behandlungen nur durch Fachärzte mit einem entsprechenden Facharzttitel durchgeführt werden. Zusätzlich gibt es Vorschriften für die zeitliche Verfügbarkeit von Fachärzten, damit diese rechtzeitig einsatzbereit sind. Die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sind für alle Listenspitäler verbindlich, die Leistungen in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie anbieten. Sie gelten unabhängig davon, ob die Trägerschaft des Listenspitals öffentlich oder privat ist. In den letzten Jahren wurde insbesondere die SPLG-Systematik Akutsomatik stets differenziert. Aber auch die SPLG-Systematiken der Rehabilitation und der Psychiatrie wurden während der Planungsperiode 2011–2014 weiterentwickelt. Die aktuellen SPLG-Systematiken finden sich auf der Website der GEF.⁸¹

Handlungsfeld: SPLG-Systematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

Die stetige Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie während der Planungsperiode 2011–2014 diente in besonderem Mass der Sicherstellung einer guten und über die Berner Listenspitäler einheitlich verbindlichen Behandlungs- und Versorgungsqualität. In der Planungsperiode 2017–2020 werden die Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität in allen Listenspitälern und Listengeburtshäusern im Rahmen der kantonalen Aufsichtsfunktion stetig beobachtet und überprüft.

10.3.2 Mindestfallzahlen

Gestützt auf Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere bei den akutsomatischen Spitalleistungen auch Mindestfallzahlen (MFZ) zu berücksichtigen. Fallzahlen sind die jährlich pro Standort durchgeführten Behandlungen einer Leistungsgruppe der SPLG. Für gewisse Spitalplanungs-Leistungsgruppen werden MFZ vorgegeben, d. h. die minimale Anzahl Fälle, welche ein Spitalstandort pro Jahr erbringen muss. Spitalstandorte, welche die MFZ nicht oder nicht mehr erreichen, dürfen die entsprechenden Eingriffe in der Regel nicht mehr zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen. In verschiedenen Leistungsbereichen der SPLG-Systematik Akutsomatik gilt derzeit bei rund 30 Leistungsgruppen eine Mindestfallzahl von in der Regel 10 Fällen pro Spital und Jahr.^{82, 83}

⁸¹ Website der GEF, abrufbar unter: www.be.ch/versorgungsplanung.

⁸² Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 201X, SPLG-Version Akutsomatik 2016.1.

⁸³ Die Behandlungen werden derzeit pro Standort gezählt, weil bisher primär Leistungen mit Mindestfallzahlen versehen werden, bei denen nicht nur eine einzelne Ärztin oder ein einzelner Arzt, sondern Teams oder das ganze Spitalumfeld einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität haben. Die GEF ist sich ebenso wie die Gesundheitsdirektion Zürich bewusst, dass nicht nur das Spital, sondern auch die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt einen Einfluss auf die Qualität hat.

Bei der Festlegung von MFZ stehen stationäre Behandlungen mit einem hohen Spezialisierungsgrad im Vordergrund. MFZ sollen in erster Linie verhindern, dass Patientinnen und Patienten in einem Spital behandelt werden, in dem diese spezialisierte stationäre Behandlung nur sehr selten erbracht wird.

Zu den Leistungsgruppen mit einer MFZ von 10 gehören (lt. SPLG-Version Akutsomatik 2016.1, exkl. Leistungen der IVHSM):

- DER1.1 Dermatologische Onkologie
- NCH1.1 Spezialisierte Neurochirurgie
- NEU4 Epileptologie: Komplex-Diagnostik
- NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung
- HAE1.1 Hoch aggressive Lymphome und akute Leukämie
- HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation
- GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)
- GEF2 Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
- GEF3 Gefässchirurgie Carotis
- GEF4 Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
- ANG2 Interventionen intraabdominale Gefässe
- ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe
- ANG4 Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)
- HER1.1.2 Komplexe kongenitale Herzchirurgie
- KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)
- URO1.1.1 Radikale Prostatektomie
- URO1.1.2 Radikale Zystektomie
- URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
- BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
- BEW9 Knochentumore
- BEW10 Plexuschirurgie

Zusätzlich werden in der SPLG Akutsomatik für je eine Leistungsgruppe in der Viszeralchirurgie, der Herzchirurgie und der Thoraxchirurgie höhere Mindestfallzahlen vorgeschrieben. Bei diesen spezialisierten Behandlungen liegen bereits eine gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispiele im Ausland vor.

Es handelt sich um die folgenden Leistungsgruppen und MFZ (lt. SPLG Version 2016.1):

- eine Mindestfallzahl von 30 für maligne Neoplasien der Lunge (THO1.1)
- eine Mindestfallzahl von 50 in der bariatrischen Chirurgie (VIS1.4)
- eine Mindestfallzahl von 100 in der Koronarchirurgie (HER1.1.1)

Für die Spitalliste Akutsomatik 2014 wurden für die bariatrische Chirurgie, die malignen Neoplasien der Lunge und die Geburtshilfe (GEB1.1) im Vergleich zur Systematik tiefere MFZ festgelegt, dies für eine Übergangsfrist von zwei Jahren (siehe Tabelle 24). Für Standorte, die alle Kriterien für die Vergabe eines Leistungsauftrags erfüllten, aber die MFZ in der Vergangenheit nicht oder noch nicht erreicht hatten, wurde für diese Leistungsgruppen ein auf zwei Jahre befristeter Leistungsauftrag vergeben. Ob diese Zielgrössen nach der Vergabe der befristeten Leistungsaufträge erreicht wurden, ist Gegenstand einer Evaluation durch den Kanton Bern zum Ende der laufenden Frist (30. April 2016).

Tabelle 24:
Mindestfallzahlen Spitalliste Akutsomatik 2014 | gültig seit 1. Mai 2014

Leistungsgruppe	MFZ lt. SPLG Akutsomatik (Version 2.2)	MFZ Kt. Bern (Übergangsfrist 2 Jahre ab Inkrafttreten)
VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Magenbypass-Operationen)	50	10
THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie/Pneumonektomie)	30	10
GEB1.1 Geburtshilfe (ab 32. SSW und ≥ 1250 g)	Zielgrösse 1500	Zielgrösse 1000

Quelle: Darstellung GEF (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 25 zeigt die erste Teilevaluation für das Jahr 2014. Abgebildet werden die Fallzahlen von Berner Spitalstandorten in Leistungsgruppen mit MFZ. Die Darstellung zeigt die Anzahl der Leistungserbringer nach Kategorien. Die Fallzahlen enthalten sowohl Berner Patientinnen und Patienten sowie Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen und dem Ausland. Die vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass einige Spitäler die MFZ nicht erreichen werden.

Für die Planungsperiode 2017–2020 bedeutet dies, dass für die kantonale Spitalliste Akutsomatik eine Konzentration dieser Leistungen auf weniger Spitäler geprüft wird:

Tabelle 25:

Erste Teilevaluation bei Leistungsgruppen Akutsomatik mit Mindestfallzahlen 2014

SPLG-Vorgaben Mindestfallzahlen pro Spitalstandort (Version 2.2)			Anzahl Fälle	Anzahl Spitalstandorte nach Häufigkeitskategorien						
Kürzel	Bezeichnung	MFZ		Total	1 bis 9	10 bis 24	25 bis 49	50 bis 74	75 bis 99	100 und mehr
SPLG-Leistungsbereich Gefässe										
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10	417	10	6	2	0	1	0	1
ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10	128	1	0	0	0	0	0	1
ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	10	262	1	0	0	0	0	0	1
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	178	13	11	0	1	0	0	1
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10	345	13	9	2	0	1	0	1
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10	204	10	7	2	0	0	0	1
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	10	46	2	1	0	0	0	0	1
SPLG-Leistungsbereich Bewegungsapparat chirurgisch										
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10	865	17	5	5	2	1	0	4
BEW9	Knochentumore	10	13	5	5	0	0	0	0	0
BEW10	Plexuschirurgie	10	18	9	8	1	0	0	0	0
SPLG-Leistungsbereich Dermatologie										
DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	316	19	13	4	1	0	0	1
SPLG-Leistungsbereich Hämatologie										
HAE1.1	Hoch aggressive Lymphome und akute Leukämie	10	115	1	0	0	0	0	0	1
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10	105	3	2	0	0	0	0	1
SPLG-Leistungsbereich Herz										
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100	863	2	0	0	0	0	0	2
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10	49	1	0	0	0	0	0	1
KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10	1020	5	2	1	0	0	0	2
SPLG-Leistungsbereich Neurochirurgie										
NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10	117	3	0	2	0	0	1	0
SPLG-Leistungsbereich Neurologie										
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	338	2	0	0	0	0	0	2
NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10	4	1	1	0	0	0	0	0
SPLG-Leistungsbereich Thoraxchirurgie										
THO1.1	Maligne Neoplasien der Lunge	30	167	6	2	2	1	0	1	0
SPLG-Leistungsbereich Urologie										
URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	370	9	1	2	3	1	2	0
URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10	104	4	2	1	0	0	1	0
URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	10	216	13	8	2	2	0	1	0
SPLG-Leistungsbereich Viszeralchirurgie										
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	50	909	8	1	2	2	0	0	3
Total			7169							

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Exkurs: Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen mit Mindestfallzahlen

Der aktuelle Gesundheitsbericht der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich belegt, dass die medizinische Behandlungsqualität im Kanton Zürich seit der Einführung von Mindestfallzahlen bei diesen Leistungsaufträgen gestiegen ist (um 10 Prozent stärkere Reduktion der Todesfallrate im Vergleich zu Bereichen ohne Mindestfallzahl). Zudem steigen im Kanton Zürich die Fallkosten in diesen Leistungsgruppen im Durchschnitt weniger stark an als in Bereichen ohne Mindestfallzahl (-1,7 Prozent). Im Kanton Bern wurden 2014 insgesamt 7169 Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Leistungsauftrags behandelt, für den es eine Mindestfallzahl gibt. Dabei wurden Patientinnen und Patienten teilweise in Spitälern behandelt, welche die Mindestfallzahlen nicht erreichten. In der SPLG «VIS1.2 Grosse Lebereingriffe» wurden im Jahr 2014 16 Prozent der Patientinnen und Patienten in einem Berner Spital behandelt, das die Mindestfallzahl nicht erreichte. In der SPLG «URO1.1.2 Blasenentfernung» waren es 15 Prozent und in der SPLG «URO1.1.3 Komplexe Nierenchirurgie» 8 Prozent.⁸⁴

Handlungsfeld: Mindestfallzahlen

Konsequente Einhaltung der Mindestfallzahlen

Als Ergebnis dieser Evaluation werden für die Leistungsgruppen Bariatrische Chirurgie (VIS1.4) sowie Maligne Neoplasien der Lunge (THO1.1) in der Planungsperiode 2017–2020 die Mindestfallzahlen an die Vorgaben der gültigen SPLG-Systematik Akutsomatik angepasst.

Weiterentwicklung der Mindestfallzahlregelungen

Der Kanton Bern erwartet zudem eine Weiterentwicklung der gültigen Mindestfallzahlregelungen nach den Vorgaben der SPLG Akutsomatik. Er geht davon aus, dass sowohl die von der Regelung betroffenen Leistungsgruppen als auch die zu erreichenden Mindestfallzahlen angepasst werden. Da diese Regelung sinnvollerweise gesamtschweizerisch erfolgen muss, richtet sich der Kanton Bern künftig nach den nationalen Entwicklungen bzw. den Empfehlungen der Gesundheitsdirektion Zürich.

Verbesserung der Behandlungsqualität durch Konzentration

Welche Auswirkungen Mindestfallzahlen auf die Struktur der stationären Versorgungsangebote in den Berner Listenspitälern haben werden, bleibt zu beobachten. Mindestfallzahlen dienen in erster Linie als ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Eine Konzentration der häufig seltenen, komplexen und teuren Behandlungen ist sinnvoll.

10.3.3 Kantonale Qualitätssicherung für die Planungsperiode 2017–2020

Die Qualitätssicherung der Spitalleistungen durch den Kanton hat eine hohe Behandlungsqualität im Kanton Bern zum Ziel, die eine hohe Patientensicherheit einschliesst. Die Aktivitäten im Zusammenhang mit der kantonalen Qualitätssicherung bildeten zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 einen thematischen Schwerpunkt und werden in der Planungsperiode 2017–2020 weiter vertieft und ausgebaut.

Kantonale Qualitätssicherung

Die kantonale Qualitätssicherung der Spitalleistungen hat zum Ziel, die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität zu heben, zu sichern und zu verbessern. Dabei werden alle im Kanton Bern gelegenen Spitälern und Kliniken der Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie überprüft, und zwar unabhängig davon, ob sie auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt sind oder nicht. Die Qualität wird für jeden einzelnen Standort und die dort erbrachten Leistungen gesichert. Auch Leistungen im Rahmen der «integrierten Versorgung» sind Gegenstand der kantonalen Qualitätssicherung. Der Kanton verfolgt bei der kantonalen Qualitätssicherung von Spitälern und Kliniken einen dialog- und wirkungsorientierten Ansatz. Es bleibt aber hoheitliche Aufgabe des Kantons, mit verschiedenen Instrumenten dafür zu sorgen, dass die Leistungserbringer eine hohe Patientensicherheit sicherstellen und qualitativ hochstehende Behandlungen erbringen.

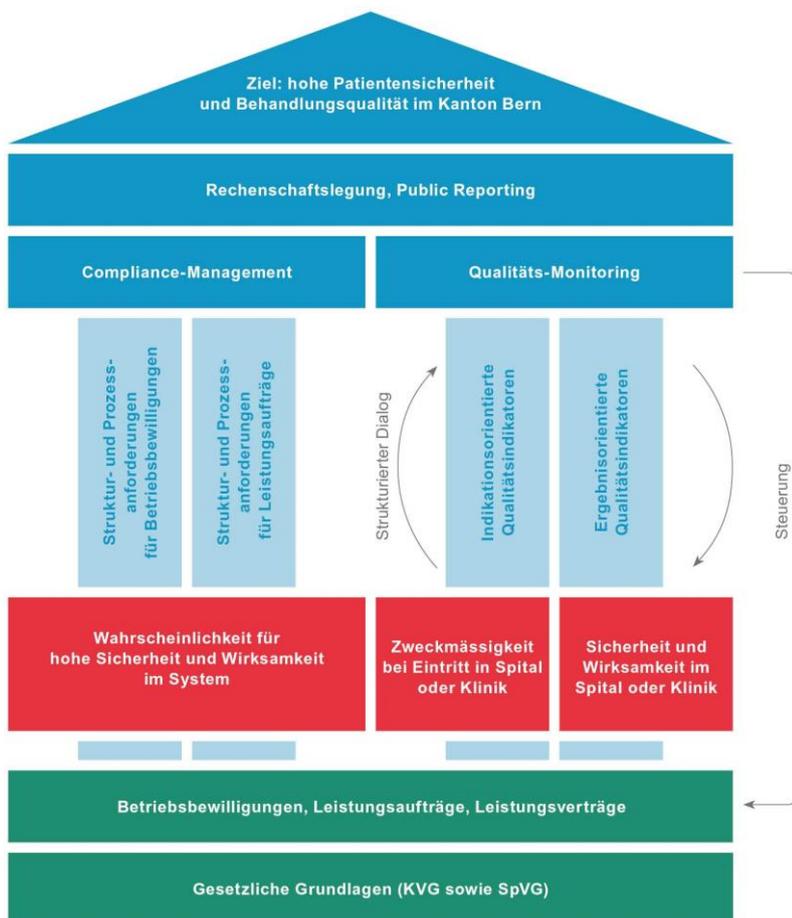
⁸⁴ Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2015, S. 19.

Rahmenkonzept der zukünftigen kantonalen Qualitätssicherung

Vor diesem Hintergrund erarbeitete die GEF zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 ein Rahmenkonzept für die zukünftige kantonale Qualitätssicherung. Das Rahmenkonzept bildet die Grundlage für die Umsetzung und Weiterentwicklung der kantonalen Aktivitäten zur Qualitätssicherung der Spitalleistungen. Abbildung 21 fasst die Grundzüge der Qualitätssicherung grafisch zusammen.

Abbildung 21:

Qualitätssicherung im Kanton Bern



Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Bestandteile und künftige Aktivitäten der kantonalen Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Grundlagen (das SpVG und das KVG mit den entsprechenden Verordnungen SpVV bzw. KVV) bilden das Fundament, auf dem Betriebsbewilligungen erteilt, Leistungsaufträge für die kantonalen Spitalisten verfügt und Leistungsverträge abgeschlossen werden. Bei diesen Aktivitäten orientierte sich der Kanton an Struktur- und Prozessanforderungen. Diese erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer sicheren und wirksamen Behandlung. Sie sind Ausdruck eines klassischen Qualitätsverständnisses und haben sich bewährt. Gestützt auf die nationalen und kantonalen Entwicklungen im Bereich der Qualität und im Einklang mit den gesetzlichen Grundlagen berücksichtigt der Kanton in der Planungsperiode 2017–2020 anerkannte Qualitätsindikatoren des ANQ und des BAG im Rahmen der kantonalen Qualitätssicherung (vgl. Kapitel 9.3.4). Im Kanton Bern werden künftig mit Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Behandlungsgründe (Indikationsstellung) die Zweckmässigkeit der Behandlung und mit Qualitätsindikatoren für die Behandlungsergebnisse die Sicherheit und Wirksamkeit von Spitalbehandlungen erhoben und vergleichend beobachtet (Betriebsvergleiche nach KVG). Der Kanton überprüft künftig die Spitalleistungen durch ein System aus Compliance-Management und Qualitäts-Monitoring. Compliance-Management und Qualitäts-Monitoring unterstützen die übergeordneten Ziele der kantonalen Qualitätssicherung (hohe Patientensicherheit und hohe Behandlungsqualität). Sie stellen für die Kantonsbevölkerung und die Zuweisenden die notwendige Transparenz (Rechenschaftslegung, Public Reporting) sicher. Das Qualitäts-Monitoring basiert auf anerkannten Qualitätsindikatoren und umfasst die gesetzlich geforderten Betriebs- und Zeitvergleiche. Weil die Aussagen des Qualitäts-Monitorings der Quali-

tätsindikatoren im Zusammenhang interpretiert werden müssen, findet mit den Leistungserbringern ein regelmässiger Dialog zur Beurteilung der Indikations- und Ergebnisqualität statt. Bei Auffälligkeiten wird zur vertieften Abklärung des Sachverhalts ein strukturierter Dialog zwischen Kanton und Leistungserbringern eingeleitet. Im Bedarfsfall leitet das Spital Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität bzw. zur Wiedererreichung einer guten Behandlungsqualität ein (strukturierter Dialog). Die Ergebnisse aus dem Compliance-Management und dem Monitoring fliessen in eine systematische und periodische Rechenschaftslegung gegenüber der Politik und der Berner Bevölkerung ein. Darüber hinaus werden sie für die systematische standortspezifische Berichterstattung über die Spitäler genutzt (Public Reporting). Diese unterstützt Patientinnen und Patienten und die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte bei der Auswahl eines geeigneten Spitals. Insgesamt wird der Kanton in der Planungsperiode 2017–2020 seine Aktivitäten für eine öffentliche Rechenschaftslegung und das Public Reporting intensivieren, um die Transparenz zu fördern und den Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu stärken. Der Kanton sieht schliesslich vor, die Ergebnisse aus dem Compliance-Management und dem Qualitäts-Monitoring bei der künftigen Erteilung von Leistungsaufträgen für die kantonalen Spitalisten, bei den künftigen Abschlüssen von Leistungsverträgen sowie in der nächsten Versorgungsplanung zu berücksichtigen. Diese Steuerungsprozesse sind in Abbildung 21 mit einem Pfeil am rechten Rand veranschaulicht.

Handlungsfeld: Kantonale Qualitätssicherung

Die Umsetzungsarbeiten zur kantonalen Qualitätssicherung haben bereits begonnen und werden in allen drei Versorgungsbereichen, also der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie, parallel vorangetrieben. Die Umsetzung in der Planungsperiode 2017–2020 erfolgt schrittweise und im Dialog mit den Leistungserbringern und externen Dritten. Die folgende Aufzählung gibt eine Übersicht über die Umsetzungsaktivitäten für die künftige kantonale Qualitätssicherung.

Diese sind:

- Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessanforderungen für die Betriebsbewilligungen, Leistungsaufträge und Leistungsverträge (Struktur- und Prozessanforderungen)
- Erprobung und Implementierung von Qualitätsindikatoren zum Behandlungsergebnis (Ergebnisqualität)
- Erprobung und Implementierung von Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung für bestimmte medizinische Behandlungen (Indikationsqualität)
- Einführung eines Qualitäts-Monitorings einschliesslich der Einführung des strukturierten Dialogs mit den Leistungserbringern (Qualitäts-Monitoring inkl. strukturierter Dialog)
- Förderung der Rechenschaftslegung und der systematischen öffentlichen Berichterstattung (Rechenschaftspflicht und Public Reporting)

11 Methodische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die Datengrundlagen und die wesentlichen Kennzahlen für die unterschiedlichen Planungsbereiche (Spitalplanung, Rettungswesen, Gesundheitsberufe) präsentiert. Wie man Bedarf und Angebot für die einzelnen Bereiche ermittelt, wird anschliessend im Detail aufgezeigt. Das Kapitel skizziert insbesondere die Prognosetechnik für die bis 2020 erwartete Inanspruchnahme von Spitalleistungen durch die Berner Bevölkerung.

11.1 Datengrundlage

Spitalplanung

Bedarfsermittlung

Die Datengrundlage für die Bedarfsermittlung in den stationären Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie bilden die Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, welche die Spitäler gemäss Art. 48 SpVV in Verbindung mit Anhang 5 SpVV bereitstellen müssen. Weil die Daten desjenigen Teils der Berner Bevölkerung, der sich in den Jahren 2014/15 in einem anderen Kanton behandeln liess, bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 nicht vorlagen, wurden die definitiven Leistungsdaten der Medizinischen Statistik des BfS für die Jahre 2010–2013 ausgewertet. Darin sind alle inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung bis zum Jahr 2013 erfasst. Die Datenbasis zur Einschätzung der Entwicklung der Berner Wohnbevölkerung bilden die Daten der erwarteten demografischen Entwicklung der ständigen Berner Wohnbevölkerung. Dabei wurde das «hohe» Szenario der amtlichen Bevölkerungsprojektion des Kantons Bern bis zum 31. Dezember 2020 verwendet (vgl. auch Kapitel 7.2). Weil für die Vergabe von Leistungsaufträgen nur die Fälle nach KVG berücksichtigt werden, wurden diese mithilfe des Hauptkostenträgers identifiziert, der für die Kosten der Grundversicherungsleistungen des Spitalaufenthalts im Wesentlichen aufkommt (Variable 1.4.V02 = 1; vgl. auch Kapitel 9.1).

Angebotsermittlung

Die Datengrundlage für die Angebotserhebung bilden die Leistungs- und Kostendaten gemäss Art. 48 in Verbindung mit Anhang 5 SpVV aus dem Kalenderjahr 2014. Diese wurden zusammen mit den Angaben zu den generellen sowie den leistungsgruppenspezifischen Angaben im Rahmen der Angebotserhebung bei allen Listenspitälern sowie weiteren interessierten Spitälern zwischen dem 1. Juni und dem 24. Juli 2015 schriftlich erhoben. Die Angebotserhebung der Versorgungsplanung 2016 ist ein Teil der Angebotsermittlung. Für Spitäler im Kanton Bern wurden die Leistungs- und Kostendaten der Angebotserhebung mit den Routinedaten gemäss Art. 127 SpVG (Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie Kostenträgerdatensatz für die Ermittlung der Fallkosten) verglichen und auf ihre Plausibilität geprüft. Für ausserkantonale Spitäler lagen in der aktuellen Planungsperiode 2011–2014 keine vergleichbaren Routinedaten vor. Hier musste sich die GEF auf die Richtigkeit der Angaben der Spitäler verlassen.

Ambulante Leistungen der Psychiatrie

Tagesklinische Leistungen

Die Auswertungen im Zusammenhang mit den tagesklinischen Spitalleistungen stützen sich auf die Angaben aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, die seit 2009 auch für die ambulanten Fälle in der Psychiatrieversorgung erhoben werden. Diese Erhebung wurde ursprünglich für stationäre Fälle entwickelt und weist gewisse Mängel in Bezug auf die Anwendung im ambulanten Bereich auf. Eine exakte Bemessung der Leistungsmengen (hier: tagesklinische Pflagestage) ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht möglich. Die Auswertungen umfassen daher lediglich Fallzahlen, Diagnosegruppen, Altersgruppen und Wohnregionen der Patientinnen und Patienten.

Ambulante Leistungen

Die Analysen im Zusammenhang mit den ambulanten Spitalleistungen basieren ebenfalls auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, wobei die oben erwähnten Einschränkungen (hier: ambulante Kontakte) zu berücksichtigen sind. Fallzahlen können dabei nur für die erbrachten ambulanten Versorgungsleistungen pro Institution dargestellt werden, wobei nicht zwischen Fällen mit und ohne kantonale Finanzierung unterschieden werden kann. Da der Kanton im ambulanten Bereich nur einen Teil der Fälle mitfinanziert, sind Angaben zur Gesamtmenge der ambulanten Fälle wenig aussagekräftig. Die Auswertungen sind daher als ungefähre Richtgrösse zu betrachten. Mit der Einführung der neuen Bundesstatistik für den ambulanten Bereich in den kommenden Jahren

wird erstmals eine Gesamtsicht aller ambulanten Angebote und Leistungen im Kanton möglich werden.⁸⁵ Für die vorliegende Planung liegt jedoch keine solche Datengrundlage vor.

Rettungswesen

Die Datengrundlage ist die kantonale Alarmierungsstatistik der GEF für das Jahr 2014 (GEF-Statistik 2014) sowie eine Koordinatentabelle mit aktuellen Stützpunkten und mit möglichen Stützpunkten.

Nicht universitäre Gesundheitsberufe

Die Auswertungen stützen sich auf unterschiedliche Datenquellen zum Personal in Gesundheitsberufen sowie auf die Daten der Ausbildungsabschlüsse. Für die dem SpVG unterliegenden Institutionen wurden die Rohdaten der Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik (BfS) der Berner Spitäler und Kliniken der Jahre 2010–2013 aufbereitet. Für die Rettungssanität wurde zusätzlich die Statistik der Rettungsdienste beigezogen. Die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BfS enthält Informationen zu den Alters- und Pflegeheimen sowie Angaben zu den Institutionen im Behindertenbereich. Die Daten für die Hilfe und Pflege zu Hause beruhen auf der Spitex-Statistik des BfS. Keine Personalangaben gibt es zu den in privaten Praxen, Labors und Instituten beschäftigten sowie den freiberuflich tätigen Angehörigen von Gesundheitsberufen. Die Abschlussdaten der Jahre 2001–2009 beruhen für die tertiären Ausbildungen auf den Daten des Schweizerischen Roten Kreuzes, für die Ausbildungen auf Sekundarstufe II auf der Statistik der beruflichen Grundbildung des BfS. Die Abschlusszahlen der Ausbildungen auf Stufe Fachhochschule stellten die Bildungsanbieter zur Verfügung, das SRK Kanton Bern die Angaben zu den Pflegehelfer/-innen-Kursen.

11.2 Aktualisierung der Datengrundlage

Die aktuellsten bei der Erstellung dieses Berichts zur Verfügung stehenden Daten stammen aus den Jahren 2010–2013. Die Auswertungen für das Rettungswesen schliessen zusätzlich Daten für das Jahr 2014 ein. Die Prognose der Versorgungsplanung 2016 umfasst den Zeitraum bis 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 für 2016. Falls die von der Berner Bevölkerung bezogenen Leistungen – z. B. aufgrund der freien Spitalwahl oder einer grösseren Zahl von Vertragsspitälern – in einzelnen Leistungsbereichen oder -gruppen wesentlich von den Prognosen abweichen, werden Korrekturen vorgenommen und in Form einer Aktualisierung der Tabellen veröffentlicht.

11.3 Datenqualität

Art. 127 SpVG definiert eine umfassende Datenlieferungspflicht für alle Leistungserbringer im Kanton Bern. Die zu liefernden Daten sowie die Periodizität der Datenlieferung sind in Anhang 5 SpVV definiert. Jede Institution erhebt die Daten der Medizinischen Statistik eigenständig. Damit hängt die Datenqualität grundsätzlich von den einzelnen Spitälern bzw. Rettungsdiensten ab.

Spitalplanung

Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Die Leistungsdaten der Medizinischen Statistik aller Berner Spitäler werden durch die GEF auf ihre Vollständigkeit geprüft und anschliessend an das BfS weitergeleitet, das die Daten gesamtschweizerisch aufbereitet und auswertet. Die vom BfS publizierten gesamtschweizerischen Daten der Medizinischen Statistik (definitive Daten für die Jahre 2010–2013) bilden die Grundlage der Bedarfsermittlung für die Berner Bevölkerung.

Kostenträgerdatensatz

Die Kostenträgerdaten der Spitäler nach den Vorgaben der SwissDRG AG werden von der GEF und der SwissDRG AG auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Die GEF prüft die Angaben der Kostenträgerdaten unter anderem mit den Daten aus dem integrierten Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis (ITAR_K-Modell), das ebenfalls auf der Kostenträgerrechnung nach REKOLE© basieren muss. Insgesamt hat sich die Datenqualität der Berner Akutspitäler seit der Einführung der Datenlieferungspflicht zusammen mit der Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen

⁸⁵ Vgl. Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS):
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/06.html>.

im Jahr 2012 deutlich verbessert. Die SwissDRG AG hat den Auftrag, die Abgeltungssysteme für die Rehabilitation (ST Reha) und die Psychiatrie (TARPSY) zu entwickeln. Es ist anzunehmen, dass sich die derzeit gute Datenqualität der Berner Rehabilitations- und Psychiatriekliniken mit der Einführung nationaler Tarifsysteme noch weiter verbessern wird.

Rettungswesen | Alarmierungsdaten der Rettungsdienste

Die Datenqualität der kantonalen Alarmierungsstatistik der Rettungsdienste ist künftig zu verbessern. Beispielsweise erfolgt die Erfassung von Dringlichkeit, Abfahrtsort-, Einsatzort-, Zielort- und Frei-ab-Ort-Koordinaten noch nicht nach einheitlichen Vorgaben. Die Ereignisnummern zu den Einsätzen sollten für die zukünftige GEF-Statistik miterfasst werden.

Gesundheitsberufe | Hinweis zur Krankenhausstatistik

Aus der Umstellung des Erhebungskonzepts der Krankenhausstatistik im Jahr 2012 resultierten konzeptionelle Unebenheiten. Für die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs in Spitälern und Kliniken zog man daher die Werte der Datenbank der Dienststelle Berufsbildung der GEF heran. Denn die Krankenhausstatistik erfasst die Anzahl der beschäftigten Personen und die Stellen nach Funktionen. Ein direkter Vergleich mit den Daten der letzten Versorgungsplanung ist nicht möglich, da die damalige Krankenhausstatistik die Beschäftigten nach Ausbildungsabschlüssen erhoben hatte.

11.4 Vergleichbarkeit der Berner Spitalplanungen 2011–2014 vs. 2016

Hinweis zu den verwendeten SPLG-Systematiken

Die Weiterentwicklung der Systematiken der Spitalplanungs-Leistungsgruppen für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wurden in Kapitel 8.2 beschrieben. Für die visuelle Darstellung der Bedarfsermittlung wurde auf Basis der jeweiligen Fragestellung entschieden, mittels welcher SPLG-Version (Versorgungsplanung 2011–2014 oder Versorgungsplanung 2016) die Tabellen und Grafiken abgebildet werden. Beispielsweise werden die Auswertungen der Bedarfsprognose immer nach den aktuellen SPLG-Versionen der Versorgungsplanung 2016 abgebildet. Diese Unterscheidung ist wichtig, weil die weiterentwickelten Versionen der SPLG-Systematiken effektiv erst für die kantonalen Spitalisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016 angewendet werden.

Hinweis zu der verwendeten SPLG-Systematik Akutsomatik

Die SPLG-Grouper Software der Gesundheitsdirektion Zürich wurde 2010 entwickelt. Die Fallzahlen können seither verglichen werden. Damit die Vergleichbarkeit der Auswertungen der Jahre 2010–2013 gegeben ist, gruppierte man die definitiven Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BfS für die betroffenen Jahre mit der aktuellsten verfügbaren Version der SPLG-Systematik Akutsomatik. Diese entsprach der Version 2015.1. Das Jahr 2010 wird nicht abgebildet, da vergleichsweise viele Fälle der Leistungsgruppe «Basispaket» zugeordnet wurden. Das Basispaket umfasst alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, welche zur Basisversorgung gehören bzw. nicht einer anderen, fachspezifischen Leistungsgruppe zugewiesen werden können (Negativkatalog). Für das Jahr 2010 konnten viele Fälle noch keiner fachspezifischen Leistungsgruppe zugewiesen werden und wurden vom SPLG-Grouper per Ausschlussalgorithmus dem Basispaket zugeordnet. Der SPLG-Grouper für den Zeitraum 2011–2013 ist hingegen weitgehend stabil. Veränderungen zwischen den Jahren 2011 und 2013 sollten dennoch mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden. Die Daten wurden durch die Firma Freudiger gruppiert.

11.5 Definition der wesentlichen Kennzahlen

Versorgungsbereiche | Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

Die Zuteilung der stationären Fälle erfolgte über die Daten der Medizinischen Statistik (Variablen Hauptkostenstelle 1.4.V01 und 1.3.V01 Behandlungsart = 3 «stationär»). Die Zuteilung zur Akutsomatik erfolgte nach dem Ausschlussprinzip; also nach dem Ausschluss derjenigen Fälle, die den Versorgungsbereichen Rehabilitation (Hauptkostenstelle M950 «Physikalische Medizin und Rehabilitation») und Psychiatrie (Hauptkostenstelle M500 «Psychiatrie und Psychotherapie») zugeordnet wurden.

Stationärer Fall

In der Medizinischen Statistik gilt ein Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege als stationärer Fall. Als stationärer Fall gilt auch ein Spitalaufenthalt von weniger als 24 Stunden, bei dem über Nacht ein Bett belegt wird, bei dem eine Überweisung in ein anderes Spital erfolgt oder bei dem der Tod eintritt. Für die Bedarfsermittlung werden alle stationären Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern ausgewertet,

die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember eines Kalenderjahres aus einem Schweizer Spital ausgetreten sind. Interne Übertritte werden dabei nicht mitgezählt. Die Zuteilung der Fallzahlen erfolgt auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser: Variablen 0.2.V02 Statistikfall = A und 1.2.V03 Eintrittsart \neq 4.

Die Summe der stationären Fälle errechnet sich nach der Formel:

$$\sum_{\text{Kalenderjahr}} \text{Anzahl Austritte}$$

Datenbasis für die Bedarfsprognose ist das Kalenderjahr 2013.

Hospitalisationsrate

Für die Feststellung der Hospitalisationsrate werden alle stationären Fälle von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern ausgewertet, die innerhalb eines Kalenderjahres aus einem Schweizer Spital ausgetreten sind, und mit der Einwohnerzahl des Kantons Bern für das entsprechende Kalenderjahr in Beziehung gesetzt. Mehrfach in einem Jahr behandelte Personen gehen mehrfach in die Statistik ein. Die Hospitalisationsrate errechnet sich nach der Formel:

$$\frac{\text{Anzahl Fälle} \times 1000}{\text{Anzahl Bevölkerung}}$$

Pflegetage

Die Anzahl der Pflegetage berechnet sich bei den Spitälern der Akutsomatik nach den Vorgaben der SwissDRG: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum, abzüglich Urlaubstage. Der Aufnahmetag gilt als Pflegetag. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung gilt nicht als Pflegetag.⁸⁶ Bei den Spitälern der Rehabilitation und der Psychiatrie zählt die Anzahl der Aufenthaltstage: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum plus eins, abzüglich Urlaubstage. Die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Psychiatrie weisen einen kleinen Anteil an Fällen mit besonders vielen Pflegetagen auf. Die Anzahl der Pflegetage dieser «Langlieger» wurde korrigiert, um die Bedarfsschätzung nicht zu verzerren.⁸⁷ So wurde bei Patientinnen und Patienten mit mehr als 365 Pflegetagen die Anzahl der Pflegetage auf 365 Tage festgelegt. Die Berechnung der Anzahl der Pflegetage erfolgt auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser: Variablen 1.2.V01 Eintritt, 1.5.V01 Austritt, 1.3.V04 Urlaub und Ferien. Die Summe der Pflegetage errechnet sich nach der Formel:

Akutsomatik

$$\sum_{\text{Fall}} \text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum (abzüglich Urlaubstage)}$$

Psychiatrie und Rehabilitation

$$\sum_{\text{Fall}} \text{Austrittsdatum} - \text{Eintrittsdatum} + 1 \text{ (abzüglich Urlaubstage)}$$

Mittlere Aufenthaltsdauer

Mit der mittleren Aufenthaltsdauer wird die Anzahl der Pflegetage bezeichnet, die eine Patientin oder ein Patient durchschnittlich pro Einweisung im Spital verbringt. Sie errechnet sich nach der Formel:

$$\frac{\text{Anzahl Pflegetage}}{\text{Anzahl Fälle}}$$

⁸⁶ Hingegen wird bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer nach APDRG der Tag der Entlassung bzw. Verlegung in die Berechnung der Anzahl der Pflegetage eingeschlossen.

⁸⁷ Manche dieser Fälle erscheinen in der Medizinischen Statistik fälschlicherweise als Akutfälle.

Fallschwere

Die Zuteilung der Fallschwere ist derzeit nur in der Akutsomatik möglich.⁸⁸ Durch die Kombination aus den Angaben zu Diagnose(n) und durchgeführten Behandlungen sowie weiterer patientenbezogener Angaben wird jeder Fall anhand eines Algorithmus (DRG-Grouper) eindeutig einer DRG zugeordnet. Jeder DRG ist ein relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand bzw. die Fallschwere abbildet. Die Daten wurden durch die Firma Freudiger gruppiert. Aus der Summe der Kostengewichte ergibt sich der sogenannte Case Mix. Der Case Mix ist ein Parameter für das insgesamt erbrachte Leistungsvolumen eines Akutspitals. Der Case Mix Index entspricht der durchschnittlichen Fallschwere. Er berechnet sich aus dem Case Mix geteilt durch die Anzahl der Fälle. Der Case Mix Index errechnet sich nach der Formel:

$$\frac{\sum \text{Kostengewichte}}{\text{Anzahl Fälle}}$$

Ambulantes Potenzial

Die Berechnung des ambulanten Potenzials basiert auf dem «Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäss Paragraph 115b des Deutschen Sozialgesetzbuchs Nr. 5 (SGB V)» für das Jahr 2014. In Deutschland vereinbarten die Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Vertrag zum ambulanten Operieren. Dieser Vertrag schafft einheitliche Rahmenbedingungen im ambulanten Sektor und im Spital. Auf dieser Grundlage entstand ein Leistungskatalog, der jährlich aktualisiert wird. Dieser umfasst rund 3000 Eingriffe und Behandlungen. Das ambulante Potenzial gemäss Paragraph 115 b SGB V wird jährlich aktualisiert und publiziert.⁸⁹ Das ambulante Potenzial wurde auf Basis einer Überleitungstabelle des Deutschen OPS-Katalogs in den Schweizer Prozedurenkatalog (CHOP-Katalog) ermittelt. Die Zuordnung des ambulanten Potenzials zu den medizinischen Leistungsbereichen der SPLG Akutsomatik erfolgt, indem jeder Hauptbehandlung anhand der CHOP-Klassifikation ein ambulantes Potenzial zugeordnet wird. Der CHOP-Code der Hauptbehandlungen wird entsprechend den Vorgaben der SPLG Akutsomatik einer Leistungsgruppe in einem Leistungsbereich zugeordnet. Dieser Umweg ist notwendig, da keine direkte Zuordnung des ambulanten Potenzials zu den Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik möglich ist. Die Überleitung beruht auf den Ergebnissen der Firma ID Suisse AG.

11.6 Rechnerische Ermittlung des künftigen Bedarfs nach Spitalleistungen

11.6.1 Status-Quo-Methode

Für die Abschätzung des zu deckenden künftigen stationären Leistungsbedarfs wird die auch in anderen Ländern und Kantonen verwendete Methode der Status-Quo-Vorausberechnung angewendet.⁹⁰ Gleichzeitig verzichtete man bewusst auf eine Trendfortschreibung anhand der bisherigen Entwicklung, weil dieser Methode bestimmte Annahmen zugrunde liegen, die im vorliegenden Fall nicht zutreffen: So muss für eine Trendfortschreibung eine zeitlich längere Datenreihe ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorliegen. Zudem setzt eine Trendfortschreibung voraus, dass alle bisherigen Einflussfaktoren auch künftig unverändert bleiben. Beide Annahmen erfüllen die Leistungserbringung der Spitäler nicht. Zum einen werden die SPLG-Systematiken der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie im Kanton Bern erst seit wenigen Jahren angewendet. Wie in Kapitel 8.2 dargestellt, werden sie ausserdem periodisch aktualisiert. Zum anderen erfolgte 2012 ein grosser Systemwechsel in der Spitalfinanzierung, dessen vollumfängliche Auswirkungen sich erst künftig zeigen werden. Neben den definitiven Daten der Medizinischen Statistik des BfS dienen das erwartete Wachstum und die erwartete Alterung der Berner Wohnbevölkerung (Demografie) bis zum Jahr 2020 als Datengrundlage der Status-Quo-Methode (vgl. Kapitel 7.2).

⁸⁸ Mit der Revision des KVG vom 21. Dezember 2007 sind künftig auch für die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie leistungsbezogene Vergütungssysteme vorgesehen. Sowohl die Ausgestaltung wie auch der Zeitpunkt der verbindlichen Einführung dieser Tarifsysteime sind derzeit noch nicht abschliessend bekannt.

⁸⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband, 2014.

⁹⁰ Vgl. bspw. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, oder Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2012.

Die rechnerische Ermittlung des künftigen Bedarfs nach Spitalleistungen über die Status-Quo-Methode erfolgte schrittweise (siehe Abbildung 22):

- Den Ausgangspunkt bilden die Fallzahlen, differenziert nach Leistungsgruppen, aus dem Kalenderjahr 2013.
- Berücksichtigt wird die demografische Entwicklung der Berner Wohnbevölkerung bis zum 31. Dezember 2020. Das Referenzjahr bildet das Kalenderjahr 2013.
- Um den stationären Leistungsbedarf differenziert nach Leistungsgruppen für das Prognosejahr 2020 abzuschätzen, wird zunächst die Hospitalisationsrate aus der Fallzahl 2013 und der Bevölkerungszahl im Ausgangsjahr 2013 ermittelt (adjustiert für Alter und Geschlecht).
- Um die Fallzahlen im Prognosejahr 2020 zu errechnen, wird die Hospitalisationsrate im Jahr 2013 mit der Bevölkerungszahl 2020 multipliziert (adjustiert für Alter und Geschlecht).
- Entsprechend dem Ansatz der Status-Quo-Methode wird die mittlere Aufenthaltsdauer differenziert nach Leistungsgruppen des Ausgangsjahres 2013 berechnet.

Das Leistungsvolumen differenziert nach Leistungsgruppen für das Prognosejahr 2020 ergibt sich, indem man die Fallzahlen 2020 mit der mittleren Aufenthaltsdauer des Ausgangsjahres 2013 multipliziert. Die Berechnung des erwarteten künftigen Leistungsbedarfs erfolgt getrennt für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

Exkurs: Die Healthy-Aging-Hypothese

Die Healthy-Aging-Hypothese ist eine alternative Methode für die Berechnung der Bedarfsprognose. Sie basiert auf der Überlegung, dass Personen bei einer steigenden Lebenserwartung nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben und häufige stationäre Spitalaufenthalte erst in einem höheren Alter auftreten. Um den zukünftigen Bedarf der Kantonsbevölkerung zu ermitteln, werden die gegenwärtigen altersspezifischen Hospitalisationsraten entsprechend dem Anstieg der Lebenserwartung in höhere Altersgruppen verschoben. Diese Verschiebung bezeichnet man als Kompressionseffekt. Die Verschiebung wird nur für die Altersgruppen ab 60 Jahre und älter vorgenommen, weil es ab diesem Alter zu einem deutlichen Anstieg altersspezifischer Hospitalisationen kommt. Im Vergleich zum Ansatz der Status-Quo-Methode resultiert die Anwendung der Healthy-Aging-Hypothese daher in einer deutlich niedrigeren Bedarfsprognose.⁹¹ Weil es allerdings nicht ausreichend wissenschaftliche Evidenz für die Stärke des Kompressionseffekts gibt, stützt sich der Kanton Bern für die Versorgungsplanung 2016 auf das Prognosemodell der Status-Quo-Methode sowie die Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften.

11.6.2 Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften

Qualitative Entwicklung der Fallzahlen zusätzlich zur demografischen Entwicklung

Der Kanton Bern geht grundsätzlich davon aus, dass seine Bevölkerungsentwicklung den künftigen stationären Leistungsbedarf bis 2020 vorrangig prägen wird. Der Ansatz der Status-Quo-Methode entspricht dabei dem üblichen Verfahren, um den Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Entwicklung des Bedarfs an stationären Leistungen zu bestimmen. Die Methode wurde zusätzlich durch eine umfassende und differenzierte Umfrage bei den schweizerischen medizinischen Fachgesellschaften ergänzt (siehe Abbildung 23). Zwischen dem 1. September und dem 15. Oktober 2015 befragte man die medizinischen Fachgesellschaften schriftlich, welche Entwicklungen sie in den für sie relevanten Fachgebieten erwarteten. Ziel der Umfrage war, weitere qualitative und quantitative Prognosefaktoren zu berücksichtigen, welche die Entwicklung der Fallzahlen und der Aufenthaltsdauer in der Planungsperiode 2017–2020 beeinflussen könnten. Die Umfrage schloss insbesondere die durch die Fachgesellschaften erwarteten Entwicklungen in Epidemiologie und Medizintechnik sowie sonstige, beispielsweise ökonomische Rahmenbedingungen ein. Für die Rehabilitation und der Psychiatrie wurden die Fachgesellschaften zudem nach dem erwarteten Einfluss der neuen Vergütungssysteme ST Reha und TARPSY gefragt.

Kein Korrekturfaktor für die mittlere Aufenthaltsdauer

In den vergangenen Jahren ist die mittlere Aufenthaltsdauer in allen stationären Versorgungsbereichen schweizweit stetig gesunken. Im Kanton Bern liegt die mittlere Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik sowie der Rehabilitation konstant unter dem nationalen Durchschnittswert. Entsprechend der bereits niedrigeren mittleren Aufenthaltsdauer im Kanton Bern im Vergleich zu den übrigen Kantonen und einer erwarteten künftigen Abflachung dieser Entwicklung wird für die stationären Versorgungsbereiche Akutsomatik und Rehabilitation die mittlere Aufenthaltsdauer des Ausgangsjahres 2013 entsprechend der Status-Quo-Methode eingesetzt. Auf einen zusätzlichen Korrektur-

⁹¹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010.

faktor für die erwartete mittlere Aufenthaltsdauer wurde verzichtet. Einzig in der Psychiatrie liegt die mittlere Aufenthaltsdauer im Kanton Bern seit Jahren über dem Durchschnittswert der anderen 25 Kantone. Im Sinne eines einheitlichen Vorgehens bei der Bedarfsermittlung und dem Ziel, den tatsächlichen und nicht einen normativen Bedarf (z. B. schweizerische Durchschnittswerte) zu ermitteln, wurde auch in der Psychiatrie kein Korrekturfaktor für die erwartete mittlere Aufenthaltsdauer im Jahr 2020 eingesetzt. Für die Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer im Jahr 2020 ist allein die mittlere Aufenthaltsdauer 2013 massgebend. Die GEF geht zudem davon aus, dass sich erst mit der Einführung der neuen Tarifsysteme ST Reha und TARPSY eine neue Entwicklung bezüglich der Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation und der stationären Psychiatrie zeigen wird. Nahezu alle angefragten Fachgesellschaften nahmen an der Umfrage teil. Die Rücklaufquote betrug 97 Prozent. Die Rückmeldungen der Fachgesellschaften wurden bei der Berechnung der Bedarfsprognose bis zum 31. Dezember 2020 berücksichtigt. Sie sind in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» zusammengestellt.

11.6.3 Ambulante Leistungen der Psychiatrie

Tagesklinische Leistungen

Die Prognose für tagesklinische Leistungen der Psychiatrie stützt sich ebenfalls auf das Bevölkerungsszenario «hoch» der regionalisierten Bevölkerungsprojektion des Kantons Bern bis 2020 ab. Da die Datenbasis fehlt, berücksichtigt die Prognose keine weiteren Einflussfaktoren wie beispielsweise neue Tarifregelungen für «intermediäre Leistungen» oder Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich durch die Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen.⁹²

Ambulante Leistungen

Auch die Prognose für ambulante Leistungen stützt sich auf das Bevölkerungsszenario «hoch» der regionalisierten Bevölkerungsprojektion des Kantons Bern bis 2020 ab. Da die Datenbasis fehlt, berücksichtigt die Prognose ebenfalls keine weiteren Einflussfaktoren wie beispielsweise die regionale Verfügbarkeit von niedergelassenen Fachärzten, die anstehende TARMED-Revision oder Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungsbereich.

11.7 Bedarfsermittlung für medizinische Querschnittsbereiche

Akutsomatik

Die akutsomatischen (medizinischen) Querschnittsbereiche der Spitalplanungs-Leistungsgruppen «Kindermedizin und -chirurgie», «Akutgeriatrie Kompetenzzentrum», «Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker» sowie der kantonale Leistungsauftrag «Spezialisierte Palliative Care im Spital» konnten bei der Berechnung der Inanspruchnahme gestützt auf die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser für die Bedarfsermittlung bis 2013 sowie bei der Prognose bis 2020 nicht separat ausgewertet werden. Da es für die Querschnittsbereiche noch keine eigenständige Falldefinition in der SPLG-Systematik Akutsomatik gibt, ist keine verlässliche quantitative Bedarfsermittlung möglich. Sie erfolgt daher nach qualitativen und strukturellen Grundsätzen einer regionalisierten Planung (siehe Kapitel 7.3).

Rehabilitation

Der Querschnittsbereich «Geriatrische Rehabilitation» wurde bei der Berechnung der Inanspruchnahme gestützt auf die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser für die Bedarfsermittlung bis 2013 sowie bei der Prognose bis 2020 ausgenommen. Patientinnen und Patienten dieser Leistungsgruppe werden regulär und bedarfsgerecht in den fachspezifischen Leistungsgruppen der SPLG Rehabilitation behandelt und gepflegt. Derzeit gibt es in der SPLG-Systematik Rehabilitation keine abschliessende Falldefinition, die eine eindeutige Fallzuordnung in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erlaubt. Vor diesem Hintergrund ist keine verlässliche quantitative Bedarfsermittlung möglich. Die Festlegung des Bedarfs erfolgt deshalb nach qualitativen und strukturellen Gesichtspunkten einer regionalisierten Planung (siehe Kapitel 7.3). In der stationären Rehabilitation spielt zudem die Kostengutsprache durch Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung eine gewisse Rolle. Sie beeinflusst nicht nur die Aufenthaltsdauer, sondern kann mitunter auch darüber entscheiden, ob und welche Art Rehabilitation die Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen können.⁹³

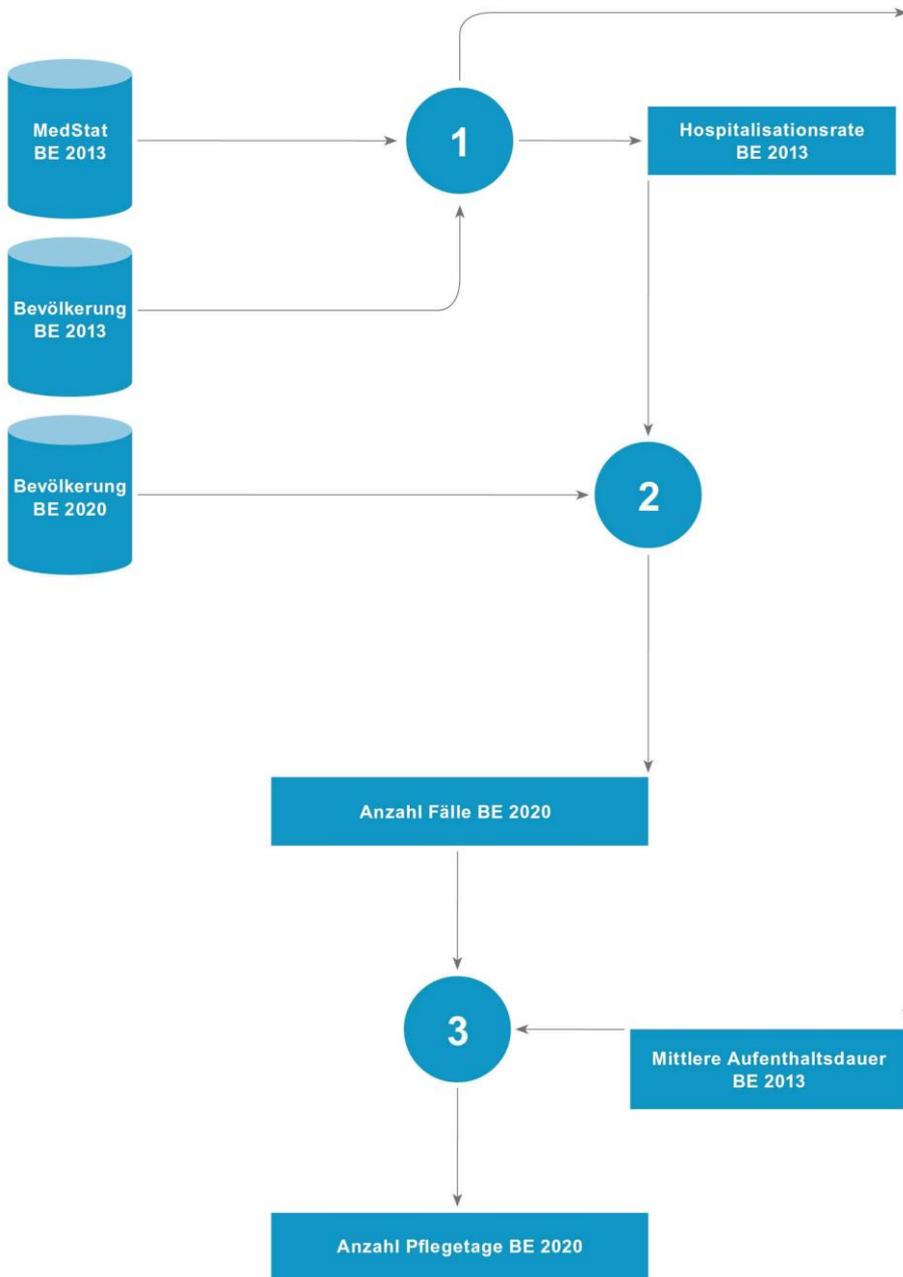
⁹² Vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2016.

⁹³ Gemäss Anhang 1, Ziffer 18 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besteht für die Krankenversicherer eine grundsätzliche Leistungspflicht im Bereich der stationären Rehabilitation. Die Kostenübernahme der erbrachten rehabilitativen Leistungen erfolgt aber nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers.

Psychiatrie

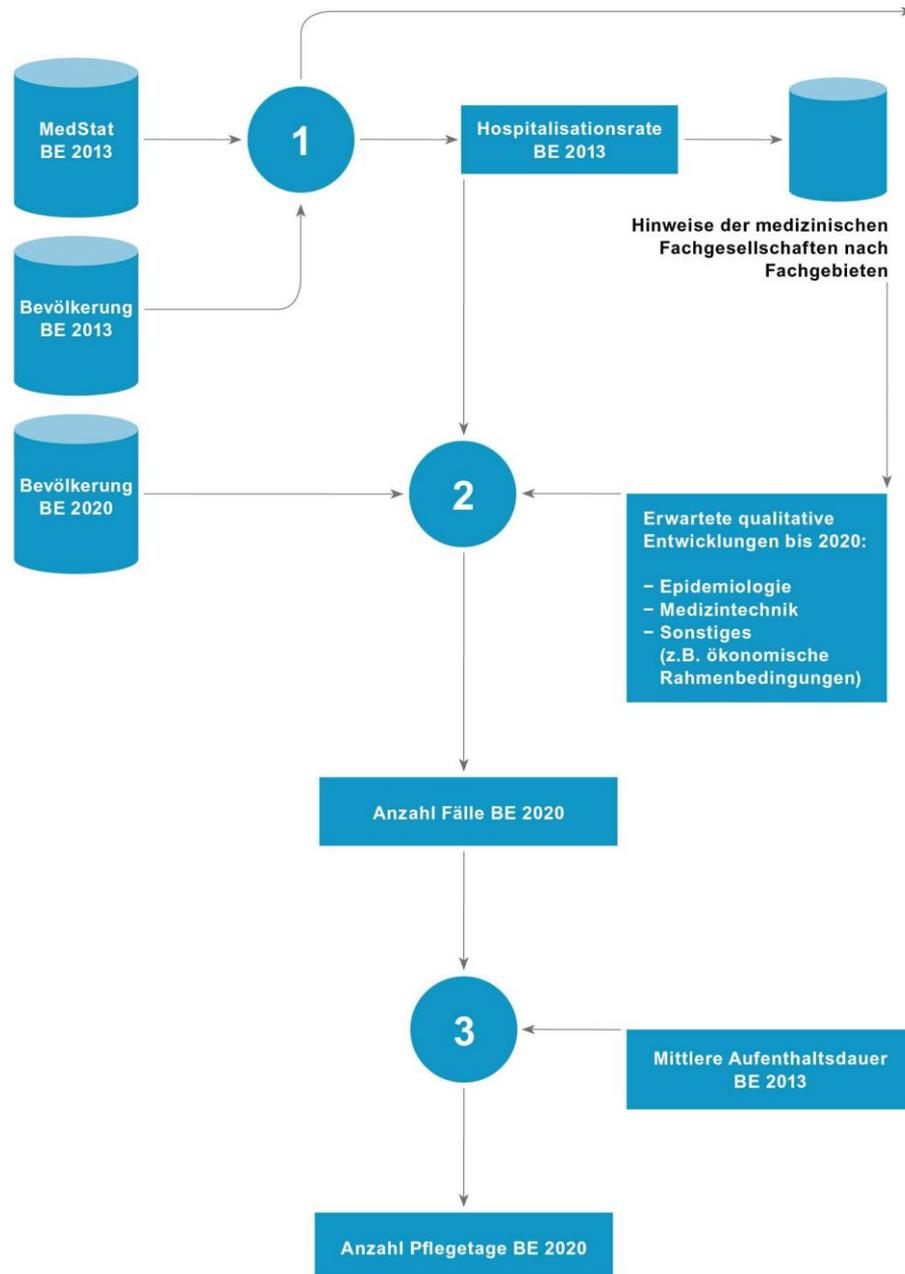
Der Querschnittsbereich «Psychisch kranke Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug (Forensik)» kann bei der Berechnung der Inanspruchnahme gestützt auf die Datenausgangsbasis 2013 sowie bei der Prognose nicht separat ausgewiesen werden. Für diesen Querschnittsbereich gibt es keine eigenständige Falldefinition in der SPLG-Systematik Psychiatrie. Die Festlegung des Bedarfs für diese Leistungsgruppe erfolgt primär durch den Einbezug von Angaben der Strafvollzugsbehörden.

Abbildung 22:
 Grundzüge der Prognosetechnik zum 31.12.2020 | Status-Quo-Methode,
 vereinfachte Darstellung



Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 23:
 Grundzüge der Prognosetechnik zum 31.12.2020 | Status-Quo-Methode zzgl.
 Anpassung für qualitative Entwicklung, vereinfachte Darstellung



Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

11.8 Angebotserhebung

11.8.1 Angebotserhebung bei allen Listenspitälern

Angebotserhebung bei allen Listenspitälern sowie weiteren interessierten Spitälern zu planerischen Zwecken

Zwischen dem 1. Juni und dem 24. Juli 2015 führte die GEF im Rahmen der Erarbeitung der Versorgungsplanung 2016 eine umfassende schriftliche Umfrage bei allen Listenspitälern sowie weiteren interessierten Spitälern durch, um die zum Zeitpunkt der Befragung angebotenen sowie bis 2020 geplanten stationären Leistungsangebote zu erfassen.

Die vier wesentlichen Aspekte der Angebotserhebung waren:

1. die detaillierten Informationen zu den weiterentwickelten SPLG-Systematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie,
2. die 2014 für die Berner Bevölkerung erbrachten stationären Leistungen pro Spitalstandort geordnet nach den Leistungsgruppen entsprechend den neuen SPLG-Systematiken der Versorgungsplanung 2016,
3. die aggregierten Fallkosten 2014 nach den Vorgaben der SwissDRG AG pro Spitalstandort,
4. die Leistungsprognose aus Sicht der Spitalstandorte bis 2020. In diesem Schritt war es möglich, die voraussichtlich geplante Angebotsstruktur (Leistungsausbau wie -abbau) bis 2020 aus Sicht der Spitäler anzugeben.

Die Spitäler wurden darauf hingewiesen, dass die Angebotserhebung kein Bewerbungsverfahren für die Erteilung eines Leistungsauftrags gemäss den kantonalen Spitallisten darstellte. Sie diene ausschliesslich planerischen Zwecken. Vor diesem Hintergrund konnten für die Spitäler weder Rechte noch Pflichten entstehen. Alle Informationen und die erforderlichen Unterlagen zur Angebotserhebung waren für den gesamten Zeitraum der Erhebung und darüber hinaus auf der Website der GEF öffentlich zugänglich. Die Ergebnisse der Angebotserhebung sollten in die Versorgungsplanung 2016 einfließen.

Die Rücklaufquote der Angebotserhebung betrug hundert Prozent

Die eingegangenen Unterlagen waren meist vollständig, in einzelnen Fällen wurde nochmals Kontakt mit den betroffenen Spitälern aufgenommen. Die Ergebnisse der Angebotserhebung werden in den Kapiteln 12, 13 und 14 zusammenfassend abgebildet.

11.8.2 Angebotserhebung für die ambulanten Leistungen der Psychiatrie

Tagesklinische Angebote

Zusätzlich führte die GEF im Februar 2016 für die tagesklinischen Angebote eine schriftliche Angebotserhebung durch. Die Spitäler des Kantons wurden aufgefordert, die bestehenden Tagesklinik-Standorte inklusive der dort angebotenen Behandlungsplätze zu melden.

Ambulante Leistungen

Die GEF führte zudem für die ambulanten Angebote eine schriftliche Angebotserhebung durch. Die Spitäler des Kantons wurden aufgefordert, die bestehenden Ambulatorien inklusive ihrer Angebote zu melden.

11.9 Erreichbarkeitsauswertungen

Für die Beurteilung der Erreichbarkeit stationärer Leistungserbringer im Rahmen von Versorgungsplanung und Spitallisten ist der Regierungsratsbeschluss RRB 814/2013 zur «Neuoperationalisierung der Zugänglichkeit mit einer ergänzenden Distanzkomponente» vom 19. Juni 2013 zu berücksichtigen.⁹⁴ Der Beschluss bestimmt die zwingend versorgungsnotwendigen Standorte und die minimal durch diese Spitäler anzubietenden stationären Leistungen der akutsomatischen Grundversorgung («Basispaket» der SPLG Akutsomatik). In der aktuellen Planungsperiode soll die Definition der versorgungsnotwendigen Spitalstandorte auch auf die stationären Leistungen der Grundversorgung der stationären Psychiatrie angewendet werden können. Die Auswertung der Erreichbarkeit von bestimmten Versorgungsangeboten spielt auch im Rahmen des Auswahlentscheidungs für die Spitallisten eine wichtige Rolle. Sollten sich mehr Spitäler mit ihren Leistungsangeboten bewerben, als der Kanton für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im

⁹⁴ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2013.

Kantonsgebiet oder einer bestimmten Region benötigt, ist die Erreichbarkeit der sich bewerbenden Spitalstandorte für die zu versorgende Bevölkerung ein wesentliches Kriterium für oder gegen die Erteilung eines Leistungsauftrags.

Datenausgangsbasis und Methodik

Die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots wird mittels einer Erreichbarkeitsanalyse beurteilt. Dazu werden Informationen zum Leistungsangebot eines Spitalstandorts und die Isochrone für die Reisezeiten und die Reisedistanz der Bevölkerung auf Basis des kantonalen Verkehrsmodells mittels eines Geoinformationssystems (ArcGIS) ausgewertet. Die Ergebnisse der Erreichbarkeitsauswertungen erlauben eine differenzierte Sicht auf die räumliche Erreichbarkeit der Spitalstandorte und ihrer Leistungen für die Kantonsbevölkerung.

11.10 Expertenberichte

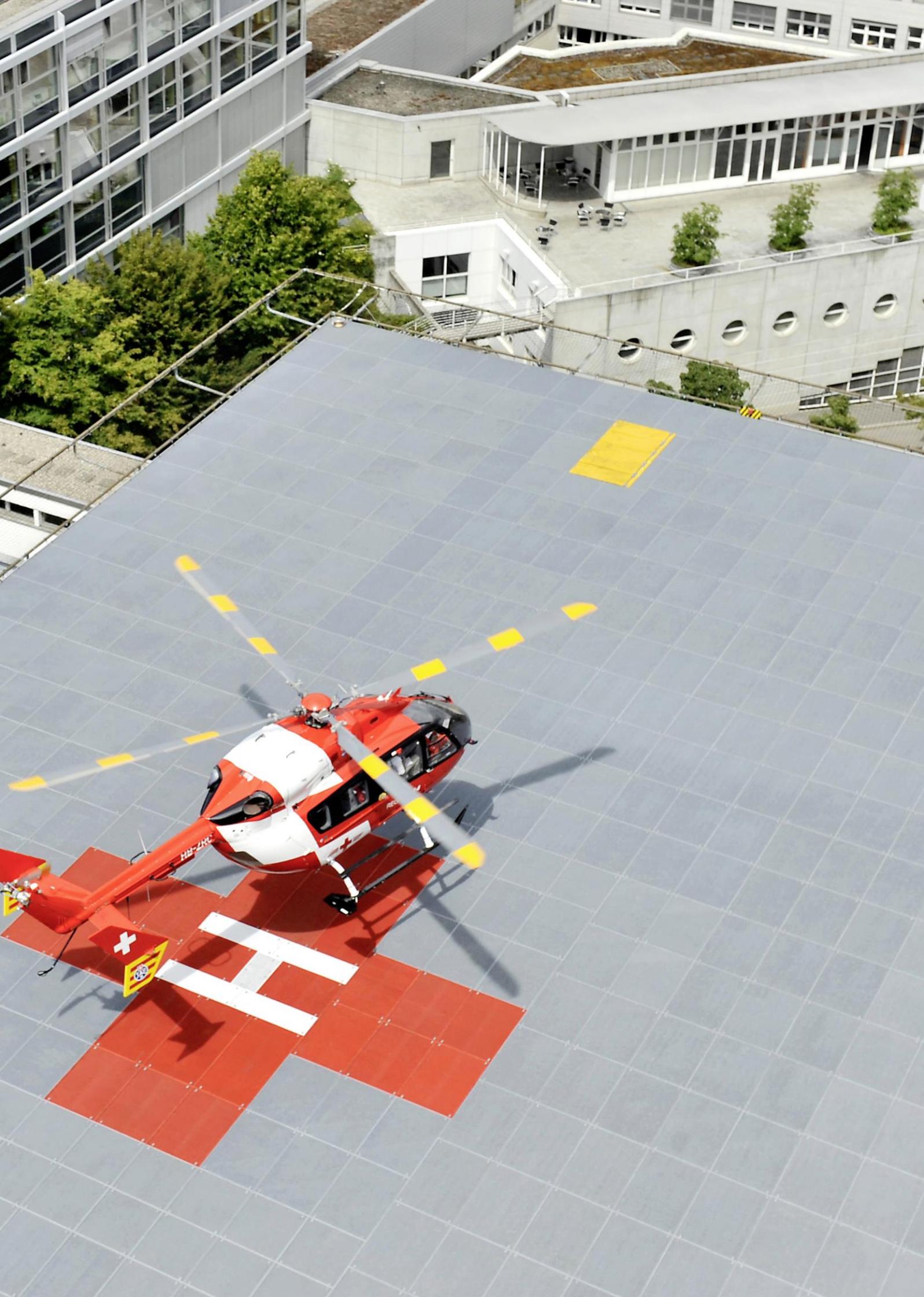
Für die Bereiche Rettungswesen und nicht universitäre Gesundheitsberufe wurden Aufträge an Dritte vergeben. Die für die Auswertung benötigten Daten stellte die GEF bereit. Beide Aufträge wurden inhaltlich eng begleitet.

Es wurden zwei umfassende Schlussberichte erstellt:

1. «Auswertung und Simulation der Hilfsfrist – Standortoptimierung Rettungsfahrzeuge im Kanton Bern» – Expertenbericht des Instituts für Modellbildung und Simulation der Fachhochschule St. Gallen
2. «Grundlagenbericht für die Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG für nicht universitäre Gesundheitsberufe» – Expertenbericht der Dolder Beratungen GmbH

Im Rahmen der Versorgungsplanung 2016 werden deshalb die wesentlichen Erkenntnisse beider Berichte in den Kapiteln 15 und 16 zusammenfassend wiedergegeben.





Teil B:

Die einzelnen Versorgungsbereiche

«Teil B: Die einzelnen Versorgungsbereiche» – durch einen grünen Balken gekennzeichnet – umfasst die quantitativen Auswertungen der einzelnen Bereiche der Berner Versorgungsplanung. Nachfolgend werden die Ergebnisse der einzelnen Auswertungen für die Spitalplanung (Kapitel 12 bis 14), das Rettungswesen (Kapitel 15) sowie die nicht universitären Gesundheitsberufe (Kapitel 16) zusammenfassend vorgestellt.

12 Akutsomatik

Das Kapitel stellt die Inanspruchnahme 2010–2013 und die prognostizierte Inanspruchnahme bis 2020 für stationäre Leistungen der Akutsomatik durch die Berner Bevölkerung dar. Zusätzlich zeigt es die vorhandenen Leistungsangebote der Berner Listenspitäler Akutsomatik 2015 und die erwartete Veränderung der Angebote bis 2020 auf. Das Kapitel bietet zudem einen Überblick über die in Berner Akutspitälern behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten.

Auf einen Blick:

Abbildung 24:
Inanspruchnahme Akutsomatik 2010–2013

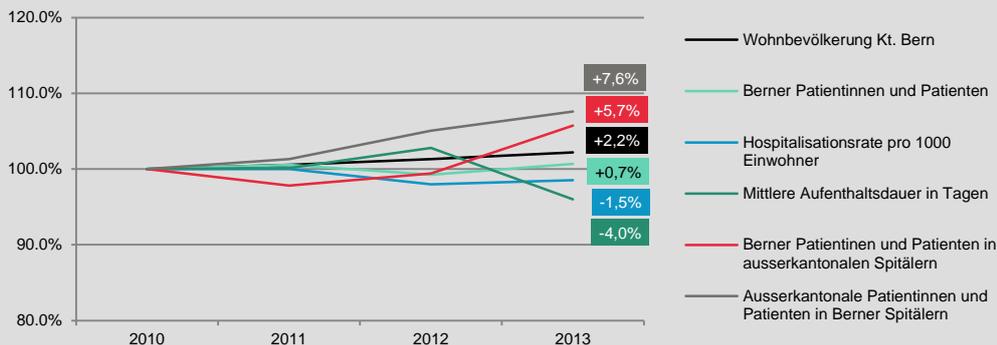
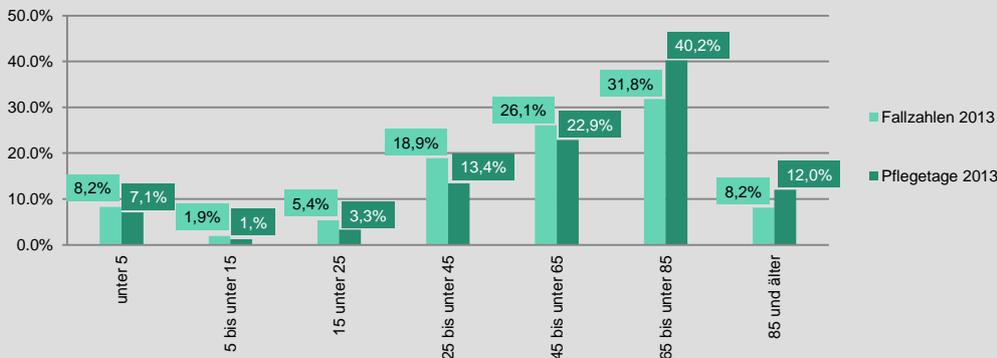


Abbildung 25:
Altersverteilung Akutsomatik 2013⁹⁵



⁹⁵ 2013: 154 886 Fälle bzw. 832 088 Pflegetage.

Abbildung 26:
Bedarfsprognose Akutsomatik bis 2020



12.1 Ausgangslage

Die akutsomatische stationäre Versorgung im Kanton Bern bietet die gesamte Bandbreite medizinischer Behandlungen an. Neben der dezentralen Grund- und Notfallversorgung bieten die Akutspitäler verschiedene spezialisierte und teils auch hochspezialisierte Leistungen an.

12.2 Inanspruchnahme 2010–2013

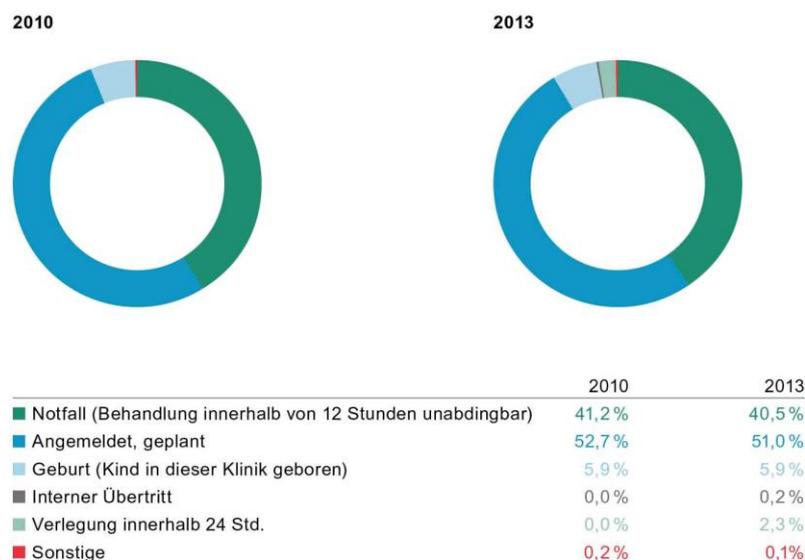
Eintrittsarten

Die Eintrittsart beschreibt die Umstände, wie eine Patientin oder ein Patient in ein Spital eingetreten ist. In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS unterscheidet man dabei zwischen fünf definierten Eintrittsarten (siehe Abbildung 27):

- angemeldet bzw. geplant;
- als Notfall: eine Behandlung innerhalb von 12 Stunden ist unabdingbar;
- Geburt;
- im Rahmen einer Verlegung innerhalb von 24 Stunden;
- als interner Übertritt.

Abbildung 27:

Art des Eintritts der Berner Wohnbevölkerung in ein Akutspital 2010/2013



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Zusätzliche Ausprägungen der Eintrittsart gemäss Medizinischer Statistik sind «andere» und «unbekannt». Sie werden in Abbildung 27 in der Kategorie «Sonstige» zusammengefasst. Rund die Hälfte der Berner Patientinnen und Patienten traten 2010 geplant in ein Akutspital ein. Daran hat sich auch 2013 nichts geändert. In der Akutsomatik hat sich der Anteil der Verlegungen innerhalb von 24 Stunden leicht erhöht (+2,3 Prozent, siehe Abbildung 27).

Altersstruktur

Die wesentliche Einflussgrösse für die Inanspruchnahme stationärer Leistungen ist die Altersstruktur der Bevölkerung. Die Entwicklung der Fallzahlen sowie der Pflegetage nach Altersgruppen 2010 und 2013 fasst Tabelle 26 zusammen. Sie zeigt darüber hinaus die prozentuale Verteilung der Fallzahlen und der Pflegetage auf die verschiedenen Altersgruppen. Der Anteil der Altersgruppen bis 65 Jahre ist zwischen 2010 und 2013 leicht gesunken (insgesamt rund -1,9 Prozent). Gleichzeitig lässt sich in den darüber liegenden Altersgruppen (65+ und Ältere) eine entsprechende Erhöhung um 1,9 Prozent beobachten. Insgesamt machte der Anteil der über 65-Jährigen 2013 rund 40 Prozent aus. Mit dem Alter steigt neben der Hospitalisationsrate auch die mittlere Aufenthaltsdauer. Der Anteil der 65-jährigen und älteren Patientinnen und Patienten machte bereits im Jahr 2010 mit 50,8 Prozent etwas mehr als die Hälfte der insgesamt erbrachten Pflegetage aus. Ihr Anteil an erbrachten Pflegetagen stieg bis 2013 nochmals an und lag per 31. Dezember 2013 bei 52,2 Prozent (+1,4 Prozent).

Tabelle 26:

Fallzahlen und Pflegetage der Berner Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2010/2013 | Akutsomatik

Altersgruppe	31.12.2010				31.12.2013			
	Fälle		Pflegetage		Fälle		Pflegetage	
	Absolute Anzahl	Anteil in Prozent						
0 bis unter 5	12 716	8,3%	49 240	7,3%	12 763	8,2%	58 719	7,1%
5 bis unter 15	3284	2,1%	8389	1,2%	2952	1,9%	9963	1,2%
15 bis unter 25	8658	5,6%	22 362	3,3%	8308	5,4%	27 269	3,3%
25 bis unter 45	29 937	19,5%	94 638	14,1%	29 299	18,9%	111 566	13,4%
45 bis unter 65	40 486	26,3%	155 993	23,2%	39 695	25,6%	190 254	22,9%
65 bis unter 85	47 763	31%	267 234	39,8%	49 236	31,8%	334 240	40,2%
85 und älter	10 983	7,1%	73647	11,0%	12 633	8,2%	100 077	12,0%
Berner Wohnbevölkerung insgesamt	153 827	100,0%	671 503	100,0%	154 886	100,0%	832 088	100,0%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Fallzahlen

2008 liessen sich 150 025 Bernerinnen und Berner stationär in einem Akutspital behandeln. Die Anzahl der stationären Austritte ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Zwischen 2010 und 2013 ist die Zahl der Patientinnen und Patienten um 1059 Fälle gestiegen. Im Vergleich zu 2010 (153 827 Fälle) wurden 2013 154 886 Berner Patientinnen und Patienten stationär in einem Akutspital behandelt (siehe Tabelle 26). Insgesamt liegt die Inanspruchnahme unter der Bedarfsprognose der Versorgungsplanung 2011–2014. Diese ging von 158 294 Fällen im Jahr 2014 aus. Die Entwicklung der Fallzahlen differiert nach Leistungsbereichen für die Jahre 2011 und 2013, wie Tabelle 27 zeigt.⁹⁶ Zwischen 2011 und 2013 lag das durchschnittliche Wachstum bei 0,1 Prozent. Das Wachstum fällt damit geringer aus als das Bevölkerungswachstum in dieser Zeit (siehe Kapitel 7.2). Der Anteil der Berner Patientinnen und Patienten, die sich in einem ausserkantonalen Akutspital behandeln liessen, stieg zwischen 2011 und 2013 um 8,1 Prozent. Es ist anzunehmen, dass diese Entwicklung in einem direkten Zusammenhang mit der KVG-Revision steht, mit der zum 1. Januar 2012 auch die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz eingeführt wurde. Der grösste Anteil der stationären Behandlungen erfolgte im Leistungsbereich «Basispaket» (2011: 42,1 Prozent, 2013: 40,4 Prozent). Das «Basispaket» entspricht der stationären Grundversorgung in einem Akutspital.

⁹⁶ Hinweis: Die Entwicklung der Fallzahlen zwischen den Jahren 2011 und 2013 nach Leistungsbereichen und Altersgruppen findet sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

Tabelle 27:

Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 | Akutsomatik

Leistungsbereiche	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
Basispaket	65 115	62 882	62 548	-3,9%
Bewegungsapparat chirurgisch	24 399	24 690	25 313	3,7%
Geburtshilfe	10 742	11 075	10 999	2,4%
Neugeborene	8903	9013	8866	-0,4%
Urologie	6156	6298	6701	8,9%
Herz	6093	6023	6098	0,1%
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	5172	5585	5861	13,3%
Gynäkologie	5040	5207	5399	7,1%
Gastroenterologie	3863	3984	4012	3,9%
Neurologie	3562	3239	3447	-3,2%
Gefässe	2541	2526	2571	1,2%
Viszeralchirurgie	1952	1958	1989	1,9%
Pneumologie	2226	1877	2509	12,7%
(Radio-)Onkologie	1821	1666	1764	-3,1%
Hämatologie	1502	1476	1629	8,5%
Ophthalmologie	1530	1340	1288	-15,8%
Rheumatologie	844	792	792	-6,2%
Dermatologie	724	665	642	-11,3%
Nephrologie	634	651	658	3,8%
Endokrinologie	600	605	597	-0,5%
Neurochirurgie	616	576	644	4,5%
Thoraxchirurgie	326	284	291	-10,7%
Schwere Verletzungen	264	229	213	-19,3%
Transplantationen	44	46	55	25,0%
Total	154 669	152 687	154 886	0,1%
davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	5853	5951	6328	8,1%
davon Listenspitäler im Kanton Bern	148 816	146 736	148 558	-0,2%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (Fallzahlen)

Um die quantitative Entwicklungstendenz der Fallzahlen sichtbar zu machen, werden die Veränderungen in Tabelle 27 in fünf Kategorien eingeteilt. Die Zuordnung der Leistungsbereiche der Akutsomatik in die qualitativen Entwicklungstrends ist in Tabelle 28 dargestellt. Bis 31. Dezember 2013 entwickelten sich die Fallzahlen analog des demografischen Wandels. So lassen sich beispielsweise die Fallrückgänge in der Geburtshilfe und bei den Neugeborenen sowie die Fallzunahme im Leistungsbereich Neurologie erklären. Zusätzliche Einflussfaktoren können nicht ausgeschlossen werden. Ein Zusammenhang zwischen Fallzahlentwicklung und neuen Angeboten sowie Behandlungskonzepten aufgrund medizintechnischer Entwicklungen und die Zunahme oder Abnahme bestimmter Krankheitsbilder aufgrund epidemiologischer Entwicklungen oder der Verlagerungen zwischen den stationären Leistungsbereichen ist möglich. Allerdings lassen sich die Einflussfaktoren nicht beziffern. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass Fallrückgänge im Leistungsbereich «Basispaket» auf eine spezifischere Klassifikation der Fälle in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser hindeuten. Es erscheint plausibel, dass die Verschiebung zugunsten der spezialisierten Leistungsbereiche eine Folge der Einführung der Fallpauschalen SwissDRG ab 2012 ist. Es ist denkbar, dass ehemals stationäre Leistungen zunehmend in den ambulanten Sektor (sogenannte Ambulantisierung) verlagert werden. Es ist anzunehmen, dass dies unter anderem den Leistungsbereich Ophthalmologie betrifft. Nahezu 20 Prozent der stationären Eingriffe der Ophthalmologie könnten heute ambulant erbracht werden. Zur Berechnung des ambulanten Potenzials in der Akutsomatik siehe auch Kapitel 12.6.

Tabelle 28:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 | Akutsomatik

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
Basispaket, Neurologie, (Radio-)Onkologie, Ophthalmologie, Rheumatologie, Dermatologie, Thoraxchirurgie, Schwere Verletzungen	Endokrinologie	Neugeborene, Herz	Geburtshilfe, Gefässe, Viszeralchirurgie	Urologie, Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie), Bewegungsapparat chirurgisch, Gynäkologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Pneumologie, Hämatologie, Neurochirurgie, Transplantationen

-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 2,5%), ++ (2,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Mittlere Aufenthaltsdauer

2008 lag die mittlere Aufenthaltsdauer bei 6,8 Tagen. Die Versorgungsplanung 2011–2014 prognostizierte bis 2014 einen Rückgang auf 6,4 Tage. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist 2013 leicht gesunken. Sie lag am 31. Dezember 2013 bei 5,4 Tagen (siehe Tabelle 29). Damit entspricht sie genau der Bedarfsprognose der Versorgungsplanung 2011–2014. Die Differenz von einem Tag ist auf die unterschiedliche Berechnung der Aufenthaltsdauer im alten APDRG-Fallpauschalensystem gegenüber dem seit 2012 angewandten SwissDRG-System zurückzuführen; 6,4 Tage nach APDRG entsprechen 5,4 Tagen nach SwissDRG.

Tabelle 29:

Mittlere Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 | Akutsomatik

Leistungsbereiche	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
Basispaket	5,1	5,1	5,0	-1,5%
Bewegungsapparat chirurgisch	5,6	5,6	5,4	-3,3%
Geburtshilfe	4,6	4,4	4,2	-7,2%
Neugeborene	5,0	5,0	4,8	-4,7%
Urologie	4,7	4,7	4,7	-1,4%
Herz	4,7	5,2	5,2	10,2%
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	3,6	3,5	3,1	-13,2%
Gynäkologie	3,4	3,5	3,3	-3,8%
Gastroenterologie	8,1	8,4	7,8	-3,9%
Neurologie	11,7	20,4	7,3	-37,0%
Gefässe	7,3	7,2	7,0	-5,3%
Viszeralchirurgie	13,1	12,9	12,9	-1,9%
Pneumologie	9,3	10,9	10,2	10,2%
(Radio-)Onkologie	6,8	6,7	6,6	-2,9%
Hämatologie	9,4	8,8	9,3	-1,0%
Ophthalmologie	2,8	2,8	2,6	-6,4%
Rheumatologie	5,8	5,3	5,3	-8,2%
Dermatologie	10,1	9,3	8,2	-19,2%
Nephrologie	12,5	10,2	11,6	-6,9%
Endokrinologie	8,6	8,8	8,9	2,4%
Neurochirurgie	8,7	9,4	9,4	8,1%
Thoraxchirurgie	10,8	11,5	10,5	-2,6%
Schwere Verletzungen	17,8	14,7	13,3	-25,2%
Transplantationen	24,6	30,0	16,1	-34,4%
Total	5,6	5,8	5,4	-4,1%
davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	6,6	6,6	5,5	-16,2%
davon Listenspitäler im Kanton Bern	5,6	5,7	5,4	-3,6%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (mittlere Aufenthaltsdauer)

Die mittlere Aufenthaltsdauer ist bis zum 31. Dezember 2013 in fast allen Leistungsbereichen rückläufig. Analog zur Betrachtung der Fallzahleentwicklung können die Leistungsbereiche auch bezüglich der Stärke des Rückgangs der mittleren Aufenthaltsdauer qualitativ in fünf Kategorien gruppiert werden (siehe Tabelle 30). Ein starker Rückgang der Aufenthaltsdauer kann auf veränderte Behandlungskonzepte sowie Veränderungen durch den medizintechnischen Fortschritt hinweisen. Eine Zunahme kann dieselben Ursachen haben. In den betroffenen Leistungsbereichen kann die Verlagerung in den ambulanten Bereich durch den relativen Zuwachs schwerer Fälle mit längeren Aufenthaltsdauern kompensiert werden. Ein Zuwachs der Aufenthaltsdauer kann mit der Zunahme schwerer Fälle zusammenhängen.

Tabelle 30:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 | Akutsomatik

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
Neurologie, Dermatologie, Transplantationen, Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Neugeborene, Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie), Gynäkologie, Gastroenterologie, Gefässe, (Radio-)Onkologie, Ophthalmologie, Nephrologie, Rheumatologie, Thoraxchirurgie, Schwere Verletzungen	Basispaket, Urologie, Viszeralchirurgie, Hämatologie		Endokrinologie	Herz, Pneumologie, Neurochirurgie

-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 2,5%), ++ (2,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Fallschwere

Die durchschnittliche Fallschwere der stationär behandelten Berner Patientinnen und Patienten, der sogenannte Case Mix Index (CMI), lag 2008 bei 0,9. In den Jahren 2011 und 2013 entsprach der CMI dem schweizweiten Durchschnittswert von 1 (siehe Tabelle 31). Betrachtet man den CMI pro Leistungsbereich, dann lassen sich Unterschiede erkennen. Je höher der CMI, desto schwerer bzw. komplexer sind die im Leistungsbereich behandelten Fälle. Ein CMI von 1 entspricht dabei dem durchschnittlichen stationär behandelten Fall. Ein CMI kleiner als 1 deutet auf einen einfacheren Fall hin, während ein CMI grösser als 1 eine überdurchschnittlichen Fallschwere bzw. Komplexität bedeutet. So rangierte die Versorgung von gesunden Neugeborenen 2013 am unteren Spektrum des CMI (CMI der Geburten: 0,389), während Transplantationen den mit Abstand höchsten CMI aufwiesen (CMI bei Organtransplantationen: 7,225).

Tabelle 31:

Mittlere Fallschwere der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen | Case Mix Index Akutsomatik

Leistungsbereiche	31.12.2011 ¹⁾	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
Basispaket	0,810	0,834	0,824	1,6%
Bewegungsapparat chirurgisch	1,257	1,276	1,295	3,0%
Geburtshilfe	0,653	0,663	0,688	5,4%
Neugeborene	0,397	0,439	0,398	0,3%
Urologie	0,922	0,943	0,957	3,7%
Herz	1,889	2,192	2,199	16,4%
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	0,855	0,825	0,795	-7,0%
Gynäkologie	0,907	0,945	0,940	3,6%
Gastroenterologie	1,030	1,099	1,037	0,7%
Neurologie	1,489	1,243	1,106	-25,7%
Gefässe	1,749	1,848	1,883	7,6%
Viszeralchirurgie	2,761	2,833	2,925	5,9%
Pneumologie	1,395	1,641	1,594	14,3%
(Radio-)Onkologie	1,110	1,163	1,047	-5,7%
Hämatologie	1,859	1,755	1,910	2,8%
Ophthalmologie	0,762	0,753	0,785	3,0%
Rheumatologie	0,860	0,864	0,865	0,6%
Dermatologie	1,501	1,548	1,440	-4,0%
Nephrologie	2,343	1,996	2,228	-4,9%
Endokrinologie	1,098	1,127	1,222	11,3%
Neurochirurgie	3,057	3,361	3,267	6,9%
Thoraxchirurgie	2,848	2,852	3,211	12,7%
Schwere Verletzungen	4,744	4,031	3,882	-18,2%
Transplantationen	10,834	12,254	7,225	-33,3%
Total	1,014	1,042	1,043	2,9%
davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	1,252	1,172	1,066	-14,9%
davon Listenspitäler im Kanton Bern	1,005	1,037	1,043	3,7%

¹⁾ Hinweis: Berechnungsweise entsprechend APDRG.

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (Fallschwere)

Die Beurteilung der Veränderung des CMI ist nicht trivial. Im Folgenden soll daher eine Kategorisierung aufgrund der Vorzeichen der prozentualen Veränderung vorgenommen werden. Die Veränderungen werden in Tabelle 32 abgebildet. Veränderungen des CMI können unterschiedliche Gründe haben. Ein höherer CMI kann durch die Zunahme schwererer bzw. komplexerer Fälle ebenso begründet werden wie durch die zunehmende Verlagerung leichter Fälle in den ambulanten Sektor. Auch wenn die Veränderung des CMI in den Leistungsbereichen nicht abschliessend erklärt werden kann, war 2013 gegenüber dem Vorjahr keine generelle Steigerung des CMI zu beobachten.

Tabelle 32:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Fallschwere der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 | Akutsomatik

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie), Neurologie, (Radio-)Onkologie, Dermatologie, Nephrologie, Schwere Verletzungen, Transplantationen		Neugeborene	Basispaket, Gastroenterologie, Rheumatologie	Bewegungsapparat chirurgisch, Geburtshilfe, Urologie, Herz, Gynäkologie, Gefässe, Viszeralchirurgie, Pneumologie, Hämatologie, Ophthalmologie, Endokrinologie, Neurochirurgie, Thoraxchirurgie

-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 2,5%), ++ (2,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Inanspruchnahme nach Wohnregion | Versorgungsraum Akutsomatik

Im Folgenden wird zum ersten Mal die Inanspruchnahme pro Versorgungsraum nach Leistungsbereichen der SPLG Akutsomatik pro Versorgungsraum dargestellt (siehe Tabelle 33).

VR 1 Bern

Für den Versorgungsraum Bern zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Abnahme der Fallzahlen um 2,2 Prozent. Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Ophthalmologie (-14 Prozent bzw. -90 Fälle) und Neurologie (-10,6 Prozent bzw. -169 Fälle). Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Nephrologie (+11,6 Prozent bzw. +29 Fälle) und HNO-Chirurgie (+9,3 Prozent bzw. +209 Fälle).

VR 2 Berner Jura

Für den Versorgungsraum Bern Jura zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Zunahme der Fallzahlen um +6,5 Prozent. Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Nephrologie (+48,4 Prozent bzw. +15 Fälle) und Viszeralchirurgie (+45,3 Prozent bzw. +34 Fälle). Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Rheumatologie (-46 Prozent bzw. -23 Fälle) und Pneumologie (-27,9 Prozent bzw. -36 Fälle).

VR 3 Berner Oberland Ost

Für den Versorgungsraum Berner Oberland Ost zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Abnahme der Fallzahlen um 3,1 Prozent. Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Nephrologie (-56,2 Prozent bzw. -41 Fälle) und Ophthalmologie (-33,3 Prozent bzw. -42 Fälle). Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Gefässe (+50,3 Prozent bzw. +83 Fälle) und Pneumologie (+15 Prozent bzw. +23 Fälle).

VR 4 Berner Oberland West

Für den Versorgungsraum Berner Oberland West zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Zunahme der Fallzahlen um 1,6 Prozent. Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Endokrinologie (+44,9 Prozent bzw. +31 Fälle) und HNO-Chirurgie (+40,7 Prozent bzw. +393 Fälle). Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Neugeborene (-29,8 Prozent bzw. -292 Fälle) und Ophthalmologie (-29 Prozent bzw. -87 Fälle).

VR 5 Biel

Für den Versorgungsraum Biel zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Abnahme der Fallzahlen um 0,1 Prozent. Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Dermatologie (-15,9 Prozent bzw. -14 Fälle) und Ophthalmologie (-12,7 Prozent bzw. -21 Fälle). Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Pneumologie (+46,7 Prozent bzw. +113 Fälle) und Thoraxchirurgie (+45,2 Prozent bzw. +14 Fälle).

VR 6 Emmental

Für den Versorgungsraum Emmental zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Zunahme der Fallzahlen um 2 Prozent. Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Pneumologie (+26,3 Prozent bzw. +46 Fälle) und HNO-Chirurgie (+15,9 Prozent bzw. +73 Fälle). Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Thoraxchirurgie (-43,9 Prozent bzw. -18 Fälle) und (Radio-)Onkologie (-29 Prozent bzw. -54 Fälle).

VR 7 Oberaargau

Für den Versorgungsraum Oberaargau zeigt sich zwischen den Jahren 2011 und 2013 eine Zunahme der Fallzahlen um 2,1 Prozent. Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungsbereiche Pneumologie (+61,2 Prozent bzw. +85 Fälle) und Endokrinologie (+51,3 Prozent bzw. +20 Fälle). Die grösste Reduktion ergab sich für die Leistungsbereiche Thoraxchirurgie (-26,9 Prozent bzw. -7 Fälle) und (Radio-)Onkologie (-16,1 Prozent bzw. -24 Fälle).

Tabelle 33:
Inanspruchnahme nach Wohnregion 2011/2013 | Versorgungsraum Akutsomatik

Leistungsbereich	Fallzahlen am 31.12.																				
	VR 1 Bern			VR 2 Berner Jura			VR 3 Berner Oberland Ost			VR 4 Berner Oberland West			VR 5 Biel			VR 6 Emmental			VR 7 Oberaargau		
	2011	2013	Veränderung in Prozent	2011	2013	Veränderung in Prozent	2011	2013	Veränderung in Prozent	2011	2013	Veränderung in Prozent	2011	2013	Veränderung in Prozent	2011	2013	Veränderung in Prozent	2011	2013	Veränderung in Prozent
(Radio-)Onkologie	907	884	-2.5%	87	105	20.7%	124	128	3.2%	196	197	0.5%	172	193	12.2%	186	132	-29.0%	149	125	-16.1%
Basispaket	27 565	25 968	-5.8%	3612	3671	1.6%	4758	4474	-6.0%	9214	9175	-0.4%	8515	7903	-7.2%	6339	6427	1.4%	5112	4930	-3.6%
Bewegungsapparat chirurgisch	10 917	11 120	1.9%	877	952	8.6%	1650	1692	2.5%	3919	4063	3.7%	2564	2717	6.0%	2416	2572	6.5%	2056	2197	6.9%
Dermatologie	302	297	-1.7%	32	33	3.1%	61	42	-31.1%	99	71	-28.3%	88	74	-15.9%	77	63	-18.2%	65	62	-4.6%
Endokrinologie	255	230	-9.8%	41	41	0.0%	57	47	-17.5%	69	100	44.9%	79	72	-8.9%	60	48	-20.0%	39	59	51.3%
Gastroenterologie	1710	1794	4.9%	200	218	9.0%	281	258	-8.2%	566	603	6.5%	391	429	9.7%	345	341	-1.2%	370	369	-0.3%
Geburtshilfe	4867	5092	4.6%	482	572	18.7%	621	588	-5.3%	1486	1437	-3.3%	1445	1491	3.2%	997	978	-1.9%	844	841	-0.4%
Gefässe	1145	1125	-1.7%	145	129	-11.0%	165	248	50.3%	301	290	-3.7%	397	347	-12.6%	209	219	4.8%	179	213	19.0%
Gynäkologie	2466	2566	4.1%	269	293	8.9%	291	314	7.9%	666	693	4.1%	651	724	11.2%	458	492	7.4%	239	317	32.6%
Hals-Nasen-Ohren	2256	2465	9.3%	168	200	19.0%	374	326	-12.8%	966	1359	40.7%	573	590	3.0%	460	533	15.9%	375	388	3.5%
Hämatologie	683	708	3.7%	75	90	20.0%	122	110	-9.8%	193	246	27.5%	161	187	16.1%	152	175	15.1%	116	113	-2.6%
Herz	2806	2720	-3.1%	166	160	-3.6%	392	416	6.1%	991	955	-3.6%	639	727	13.8%	584	547	-6.3%	515	573	11.3%
Nephrologie	250	279	11.6%	31	46	48.4%	73	32	-56.2%	86	79	-8.1%	55	76	38.2%	68	78	14.7%	71	68	-4.2%
Neugeborene	4146	4360	5.2%	414	480	15.9%	517	477	-7.7%	979	687	-29.8%	1208	1241	2.7%	906	888	-2.0%	733	733	0.0%
Neurochirurgie	290	289	-0.3%	15	31	106.7%	36	39	8.3%	94	90	-4.3%	71	74	4.2%	72	49	-31.9%	38	72	89.5%
Neurologie	1598	1429	-10.6%	159	187	17.6%	195	220	12.8%	524	535	2.1%	423	429	1.4%	346	351	1.4%	317	296	-6.6%
Ophthalmologie	642	552	-14.0%	53	57	7.5%	126	84	-33.3%	300	213	-29.0%	166	145	-12.7%	128	126	-1.6%	115	111	-3.5%
Pneumologie	1079	1126	4.4%	129	93	-27.9%	153	176	15.0%	309	314	1.6%	242	355	46.7%	175	221	26.3%	139	224	61.2%
Rheumatologie	359	340	-5.3%	50	27	-46.0%	65	62	-4.6%	129	129	0.0%	96	87	-9.4%	77	84	9.1%	68	63	-7.4%
Schwere Verletzungen	85	76	-10.6%	22	10	-54.5%	32	16	-50.0%	46	30	-34.8%	37	34	-8.1%	21	28	33.3%	21	19	-9.5%
Thoraxchirurgie	140	129	-7.9%	13	16	23.1%	23	22	-4.3%	52	37	-28.8%	31	45	45.2%	41	23	-43.9%	26	19	-26.9%
Transplantationen	14	7	-50.0%	3	1	-66.7%	3	2	-33.3%	5	4	-20.0%	12	1	-91.7%	4	2	-50.0%	3	2	-33.3%
Urologie	2813	2951	4.9%	233	307	31.8%	400	421	5.3%	961	1176	22.4%	782	800	2.3%	540	594	10.0%	427	452	5.9%
Viszeralchirurgie	989	941	-4.9%	75	109	45.3%	121	116	-4.1%	222	236	6.3%	226	256	13.3%	190	180	-5.3%	129	151	17.1%
Total	68 284	67 469	-1.2%	7351	7830	6.5%	10 640	10 312	-3.1%	22 373	22 724	1.6%	19 024	19 000	-0.1%	14 851	15 151	2.0%	12 146	12 400	2.1%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Version 2015.1 der SPLG Akutsomatik (Stand: 31.12.2015)

KVG-Fälle

Tabelle 34 zeigt die Anteile aller im Kanton Bern wohnhaften Patientinnen und Patienten, die inner- oder ausserhalb des Kantons im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG hospitalisiert wurden (KVG-Fälle). 2013 waren 92 von 100 Berner Patientinnen und Patienten KVG-Fälle. Der Anteil variiert jedoch zwischen den einzelnen Leistungsbereichen. In der Akutsomatik wurden 2013 insgesamt 92,3 Prozent der Fälle im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG hospitalisiert. Dabei wiesen die Leistungsbereiche Schwere Verletzungen (51,2 Prozent), Bewegungsapparat chirurgisch (78,8 Prozent), Rheumatologie (88,1 Prozent) und Neurochirurgie (88,4 Prozent) den tiefsten Anteil der KVG-Fälle auf. Für die Vergabe von Leistungsaufträgen wird der Anteil der KVG-Fälle berücksichtigt, denn der Kanton deckt mit den Spitalisten nur den KVG-Teil des Bedarfs ab (siehe Kapitel 9.1).⁹⁷

Tabelle 34:

Anteil der KVG-Fälle der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 / Akutsomatik

Leistungsbereiche	31.12.2011	KVG-Anteil in Prozent	31.12.2012	KVG-Anteil in Prozent	31.12.2013	KVG-Anteil in Prozent	Veränderung in Prozent
Basispaket	65 115	92,9%	62 882	92,8%	62 548	93,2%	1,4%
Bewegungsapparat chirurgisch	24 399	79,7%	24 690	79,3%	25 313	78,8%	-0,9%
Geburtshilfe	10 742	99,1%	11 075	99,3%	10 999	99,4%	0,2%
Neugeborene	8903	95,2%	9013	93,7%	8866	93,3%	-1,9%
Urologie	6156	97,5%	6298	97,2%	6701	96,8%	-0,7%
Herz	6093	98,3%	6023	98,2%	6098	98,1%	-0,2%
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	5172	91,8%	5585	92,7%	5861	92,1%	0,3%
Gynäkologie	5040	99,5%	5207	99,6%	5399	99,5%	0,0%
Gastroenterologie	3863	99,0%	3984	99,0%	4012	99,0%	0,0%
Neurologie	3562	95,0%	3239	96,3%	3447	96,5%	1,5%
Gefässe	2541	97,5%	2526	98,1%	2571	97,9%	0,4%
Viszeralchirurgie	1952	97,9%	1958	96,6%	1989	97,4%	-0,5%
Pneumologie	2226	96,0%	1877	94,8%	2509	96,1%	0,1%
(Radio-)Onkologie	1821	97,1%	1666	98,5%	1764	98,5%	1,4%
Hämatologie	1502	99,1%	1476	97,6%	1629	99,1%	0,0%
Ophthalmologie	1530	95,9%	1340	96,7%	1288	94,4%	-1,5%
Rheumatologie	844	87,6%	792	90,0%	792	88,1%	0,6%
Dermatologie	724	98,5%	665	98,0%	642	97,5%	-1,0%
Nephrologie	634	99,5%	651	98,9%	658	99,5%	0,0%
Endokrinologie	600	96,7%	605	94,4%	597	96,1%	-0,6%
Neurochirurgie	616	89,0%	576	88,0%	644	88,4%	-0,6%
Thoraxchirurgie	326	92,6%	284	94,7%	291	97,3%	4,6%
Schwere Verletzungen	264	54,2%	229	50,7%	213	51,2%	-3,0%
Transplantationen	44	88,6%	46	93,5%	55	100,0%	11,4%
Total	154 669	92,4%	152 687	92,3%	154 886	92,3%	-0,1%
davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	5853	80,1%	5951	79,5%	6328	82,1%	2,0%
davon Listenspitäler im Kanton Bern	148 816	92,9%	146 736	92,8%	148 558	92,7%	-0,2%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

12.3 Entwicklung im nationalen Vergleich

Hospitalisationsrate

2008 lag die rohe Hospitalisationsrate im Kanton Bern mit 152 akutsomatischen Fällen über dem schweizerischen Durchschnitt von 150,7 Fällen pro 1000 Einwohner. Die Hospitalisationsrate, also die Anzahl stationärer Fälle je 1000 Einwohner, ist eine Kennzahl für die Inanspruchnahme der stationären Leistungen und die Entwicklung der Fallzahlen. Sie dient als Vergleichsgrösse für einen interkantonalen Vergleich. Bei der Verwendung der rohen bzw. der unbereinigten Hospitalisationsrate als Vergleichsparameter muss berücksichtigt werden, dass insbesondere Unterschiede in der Altersstruktur zwischen den Kantonen die Ergebnisse beeinflussen. Kantone mit einem vergleichsweise hohen Anteil älterer Personen haben in der Regel eine höhere Hospitalisationsrate. Der Anteil der über 65-Jährigen lag im Kanton Bern per 31. Dezember 2014 mit 19,9 Prozent über dem nationalen Durchschnittswert von 17,8 Prozent.⁹⁸ Die Hospitalisationsrate bezieht sich zudem auf die gesamte Kantonsbevölkerung, unabhängig vom Behandlungsort bzw. Behandlungskanton (siehe Abbildung 28). Insgesamt ist die Hospitalisationsrate zwischen 2010 und 2013 in allen Kantonen leicht rückläufig. Jedoch bestehen noch immer deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen. Im Kanton Bern lässt sich nach einem Rückgang bis 2012 wieder ein leichter Anstieg der

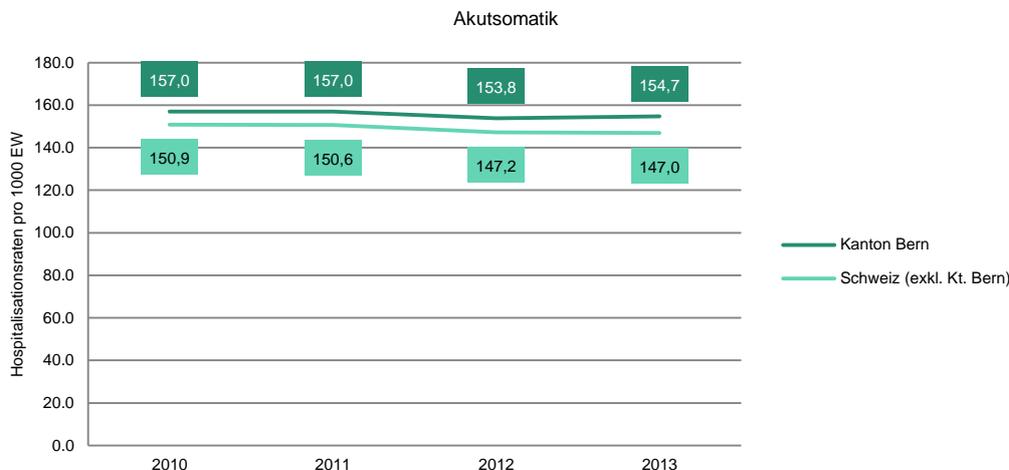
⁹⁷ In «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» findet sich zudem der prognostizierte Anteil der KVG-Fälle bis 2020.

⁹⁸ Vgl. Statistikkonferenz des Kantons Bern, 2015.

Hospitalisationsrate 2013 beobachten. Insgesamt lag die Hospitalisationsrate bei den akutsomatischen Fällen im Kanton Bern mit 154,7 Fällen pro 1000 Einwohner um gut 5 Prozent über der durchschnittlichen Hospitalisationsrate der übrigen Schweiz (147 Fälle pro 1000 Einwohner).

Abbildung 28:

Entwicklung der Hospitalisationsrate der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2010–2013 | Akutsomatik



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Mittlere Aufenthaltsdauer

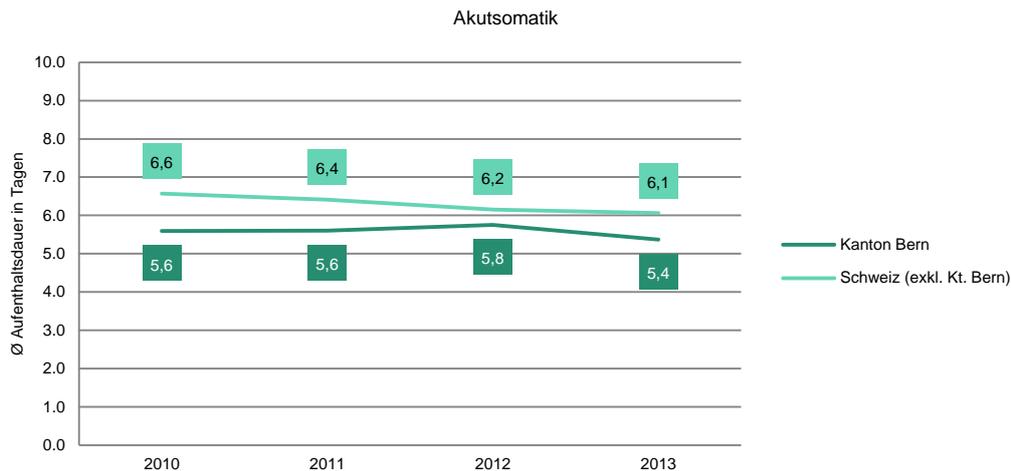
Die mittlere Aufenthaltsdauer sagt etwas über die durchschnittliche Verweildauer eines stationären Falls in Tagen aus. Sie ist als Vergleichsparameter zwischen den Kantonen weniger aussagekräftig als die Hospitalisationsrate, da sie im Gegensatz zur Hospitalisationsrate stärker durch die interkantonalen Patientenströme beeinflusst ist. Würden beispielsweise besonders viele stationäre Behandlungen ausserkantonale erfolgen, so würde der Indikator mittlere Aufenthaltsdauer die Art und Dauer der Leistungserbringung der behandelnden Spitäler im jeweiligen Standortkanton abbilden (siehe Abbildung 29). Die mittlere Aufenthaltsdauer zeigt für den Zeitraum 2010–2013 in allen Kantonen einen deutlichen Rückgang auf. Der Kanton Bern liegt 2013 mit durchschnittlich 5,4 Tagen unter dem Durchschnittswert der restlichen Kantone mit 6,1 Tagen. Zwar rechneten Spitäler im Kanton Bern ihre stationär erbrachten Leistungen bereits vor der schweizweit verpflichtenden und somit flächendeckenden Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen mit APDRG-Fallpauschalen ab. Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigte jedoch, dass sich die Aufenthaltsdauer unabhängig von der Abrechnungsstruktur der Spitäler in den letzten Jahren insgesamt stark verkürzt hat. Der wesentliche Grund für diese Entwicklung sind der medizintechnische Fortschritt sowie die Ansprüche der Patientinnen und Patienten und nicht die Vergütungssysteme der Spitäler.^{99, 100}

⁹⁹ Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2011.

¹⁰⁰ Hinweis: Die Entwicklung der hier dargestellten Parameter zwischen den Jahren 2010 und 2013 nach Leistungsbereichen der SPLG-Systematik Akutsomatik findet sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

Abbildung 29:

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2010–2013 | Akutsomatik



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

12.4 Patientenströme

Patientenströme zwischen den Kantonen

Die Versorgungsplanung 2011–2014 zeigte, dass im Jahr 2008 96 Prozent der 150 025 Berner Spitalaustritte aus Spitälern mit Standort im Kanton Bern erfolgten. An diesem hohen Anteil hat sich durch die Spitalwahlfreiheit kaum etwas geändert.¹⁰¹ Die Anzahl der ausserkantonal behandelten Berner Patientinnen und Patienten ist zwischen 2010 und 2013 insgesamt um rund 5,9 Prozent gestiegen (2010: 5985 Fälle, 2013: 6328 Fälle). Betrachtet man den Anteil der ausserkantonalen Spitalbehandlungen an allen stationären Behandlungen, fällt das Wachstum in diesem Zeitraum geringer aus. 2010 liessen sich 96,1 Prozent der 153 827 Berner Patientinnen und Patienten in einem Spital im Kanton Bern stationär behandeln. Tabelle 34 zeigt, dass sich 2013 95,9 Prozent der 154 886 Berner Patientinnen und Patienten in einem Spital im Kanton Bern stationär behandeln liessen. Für die Abwanderung der Berner Patientinnen und Patienten bedeutet dies einen geringen Zuwachs von 0,2 Prozent. Zwar wählten Berner Patientinnen und Patienten 2013 Spitäler in der ganzen Schweiz, dabei spielten jedoch die Spitäler der unmittelbaren Nachbarkantone eine wichtige Rolle. Es sind dies: Solothurn 1,0 Prozent, Aargau 0,5 Prozent, Jura 0,2 Prozent, Luzern 0,2 Prozent, Wallis 0,2 Prozent, Waadt 0,2 Prozent, Neuenburg 0,2 Prozent und Freiburg 0,1 Prozent. Die durch die Berner Bevölkerung ausserkantonal in Anspruch genommenen Leistungen konzentrieren sich hauptsächlich auf die SPLG-Leistungsbereiche Basispaket (36,6 Prozent), Bewegungsapparat chirurgisch (21,5 Prozent), Geburtshilfe (7,2 Prozent) und Neugeborene (5,7 Prozent). Zusammen machten sie 2013 71,1 Prozent der 6328 ausserkantonalen Behandlungen aus. Die am häufigsten in Anspruch genommenen ausserkantonalen Leistungserbringer waren die Solothurner Spitäler AG (14,4 Prozent), die Privatklinik Obach im Kanton Solothurn (7,4 Prozent), das Hôpital du Jura (5,7 Prozent), die Universitätsspitäler Basel (4,9 Prozent) und Zürich (4 Prozent) sowie das Hôpital neuchatelais (3,6 Prozent). Zusammen behandelten diese Leistungserbringer 2013 40 Prozent der 6328 Bernerinnen und Berner, die sich ausserhalb des Kantons Bern stationär behandeln liessen. Tabelle 35 zeigt auch, dass die Nettowanderung, also die Differenz aus Zu- und Abwanderung, insgesamt zugunsten des Kantons ausfällt. Insgesamt liessen sich 2013 deutlich mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten in einem Berner Spital stationär behandeln, als Berner Patientinnen und Patienten Spitalleistungen ausserhalb des Kantons in Anspruch nahmen.

¹⁰¹ Hinweis: Die detaillierte Aufschlüsselung der Patientenströme nach Herkunftskanton findet sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

Tabelle 35:
Patientenströme zwischen den Kantonen 2013 | Akutsomatik

	Total	BE	SO	AG	ZH	BS	JU	BL	LU	VS	VD	NE	FR
Abwanderung: Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Behandlungskanton	154 886	148 558 (95,9%)	1567 (1,0%)	717 (0,5%)	754 (0,5%)	534 (0,3%)	364 (0,2%)	321 (0,2%)	288 (0,2%)	288 (0,2%)	297 (0,2%)	280 (0,2%)	180 (0,1%)
Zuwanderung: Fallzahlen in Berner Spitälern nach Wohnkanton	172 876	148 558 (85,9%)	5314 (3,1%)	930 (0,5%)	771 (0,4%)	203 (0,1%)	1165 (0,7%)	313 (0,2%)	1088 (0,6%)	2172 (1,3%)	654 (0,4%)	2798 (1,6%)	6652 (3,8%)
Nettowanderung:			++	+	+	--	++	-	++	++	+	++	++
Qualitative Beurteilung			starke Zuwanderung	Zuwanderung	Zuwanderung	starke Abwanderung	starke Zuwanderung	Abwanderung	starke Zuwanderung	starke Zuwanderung	Zuwanderung	starke Zuwanderung	starke Zuwanderung

-- (-50,0% und weniger), - (-49,9 bis 0,0%), 0 (-/+0,0%), + (0,1 bis 50,0%), ++ (50,0% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Spitalwahlfreiheit seit dem 1. Januar 2012

Mit der Spitalwahlfreiheit seit dem 1. Januar 2012 ist die Zuwanderung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Kanton Bern um 7,6 Prozent gestiegen (2010: 22 600 Fälle, 2013: 24 318 Fälle). Ein wesentliches Merkmal der Berner Spitalversorgung ist daher der vergleichsweise hohe Anteil der Fälle aus den direkt angrenzenden Nachbarkantonen. In der Akutsomatik ist der Anteil der in Berner Spitälern behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten seit 2012 nochmals gestiegen. Lag der Anteil in den Jahren 2010 und 2011 konstant bei rund 13 Prozent, so stieg er bis 2013 auf 14 Prozent an (+0,8 Prozent). 2013 stammten rund 13 Prozent der Patientinnen und Patienten aus angrenzenden Nachbarkantonen (Freiburg 3,8 Prozent, Solothurn 3,1 Prozent, Neuenburg 1,6 Prozent, Wallis 1,3 Prozent, Jura 0,7 Prozent, Luzern 0,6 Prozent, Aargau 0,5 Prozent) und ein weiteres Prozent aus anderen Kantonen und dem Ausland.

Unterschiede zwischen den Leistungsbereichen

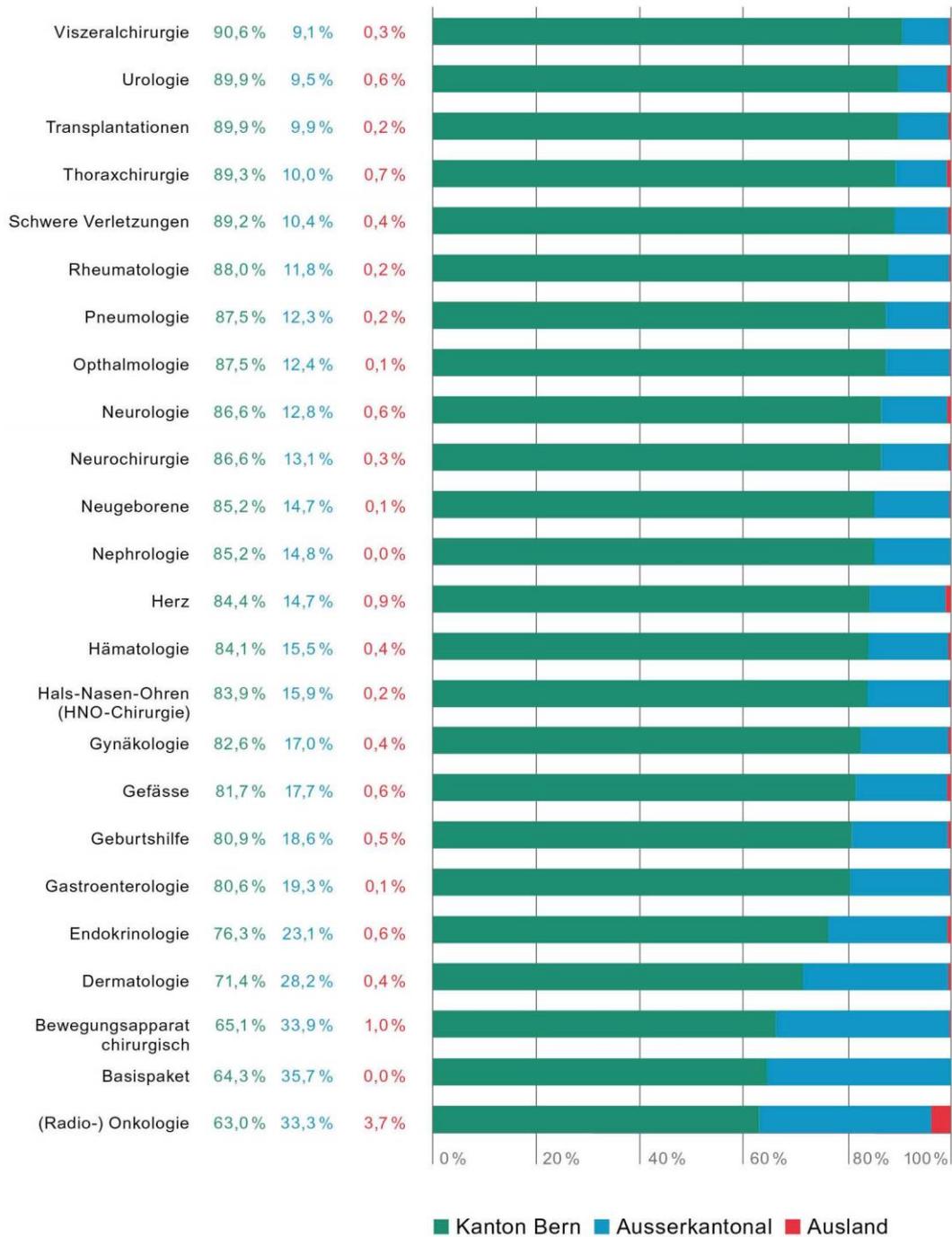
Deutliche Unterschiede der Anteile bzw. der Patientenströme gibt es zwischen den einzelnen Leistungsbereichen der SPLG Akutsomatik (siehe Abbildung 30). So rangierte 2013 beispielsweise der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zwischen 9,1 Prozent (Viszeralchirurgie) und 35,7 Prozent (Basispaket). Ein klarer Zusammenhang zwischen dem Spezialisierungsgrad der in Anspruch genommenen stationären Leistungen und dem Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ist damit nicht erkennbar. Auffällig ist in einigen wenigen Leistungsbereichen jedoch, dass sie neben einem überdurchschnittlich hohen Anteil an ausserkantonalen Fällen auch Fälle aus dem Ausland aufweisen. Dieser Anteil ist mit rund 4,4 Prozent im Leistungsbereich (Radio-)Onkologie am höchsten.

Unterschiede zwischen den Altersgruppen

Betrachtet man in Abbildung 30 den Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten nach Altersgruppen differenziert, fällt auf, dass die unter 70-Jährigen überdurchschnittlich hohe Anteile an ausserkantonalen Fällen aufweisen. Der Durchschnittswert liegt bei 14,1 Prozent und ist in Abbildung 31 durch eine blaue Linie gekennzeichnet. Dieses Ergebnis ist nicht unerwartet. Denn mit dem Austritt aus dem Berufsleben geht häufig eine wohnortnähere Inanspruchnahme bzw. Versorgung einher. Der höchste Anteil ausserkantonalen Patientinnen und Patienten lässt sich allerdings in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen beobachten. Hier spiegelt sich die spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Berner Spitälern wider.

Abbildung 30:

**Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Leistungsbereichen (nach VP11–14)
differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten im Jahr 2013 | Akutsomatik**



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 31:
 Verteilung der Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Altersgruppen (nach VP11-14)
 differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten im Jahr 2013 | Akutsomatik



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Eigenversorgungsquote

2008 variierte die Eigenversorgungsquote der einzelnen Versorgungsräume Akutsomatik zwischen 47,8 Prozent (Versorgungsraum Emmental) und 93,1 Prozent (Versorgungsraum Bern). Gründe für die Wahl eines Spitals ausserhalb der eigenen Wohnregion gibt es mehrere. Insbesondere spezialisierte Behandlungen und Wahleingriffe (elektive Leistungen) erfolgen häufig wohnortsferner. Die Eigenversorgungsquote ist ein Mass für die wohnortnahe stationäre Versorgung. Sie gilt daher in der Regel für die Leistungen der Grundversorgung («Basispaket» der SPLG Akutsomatik) und eventuell der Geburtshilfe sowie der Gynäkologie. Die Eigenversorgungsquote gibt an, wie hoch oder gering der Anteil der Bevölkerung eines Versorgungsraums ist, der diese Leistungen innerhalb des Versorgungsraums in Anspruch nimmt. Die Leistungsbereiche Basispaket, Geburtshilfe und Gynäkologie der SPLG Akutsomatik werden in allen Versorgungsräumen der Akutsomatik vorgehalten. 2013 wurden rund 51 Prozent aller Berner Patientinnen und Patienten in diesen Leistungsbereichen stationär behandelt (78 946 von 154 886 Fällen). Die Eigenversorgungsquote für diese Leistungen liegt bei mindestens 57,4 Prozent (Versorgungsraum Berner Jura, siehe Tabelle 36). Selbst im Versorgungsraum Bern mit einem Universitätsspital liegt die maximale Eigenversorgungsquote mit 91,6 Prozent unter 100 Prozent.

Tabelle 36 stellt die Eigenversorgungsquote der Versorgungsräume Akutsomatik dar.

Tabelle 36:

Eigenversorgungsgrad der Versorgungsräume Akutsomatik (Basispaket, Geburtshilfe und Gynäkologie) | Fallzahlen nach Wohnort und Behandlungsort der Berner Patientinnen und Patienten 2013

Wohnort	Behandlungsort															
	VR 1 Bern		VR 2 Biel		VR 3 Berner Jura		VR 4 Berner Oberland Ost		VR 5 Berner Oberland West		VR 6 Emmental		VR 7 Oberaargau		Ausserkantonale	
	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent
VR 1 Bern	30 813	91,6%	770	2,3%	9	0,0%	141	0,4%	502	1,5%	472	1,4%	34	0,1%	885	2,6%
VR 2 Biel	1752	17,3%	7711	76,2%	29	0,3%	30	0,3%	25	0,2%	11	0,1%	12	0,1%	548	5,4%
VR 3 Berner Jura	229	5,0%	1317	29,0%	2603	57,4%	3	0,1%	5	0,1%	—	0,0%	4	0,1%	375	8,3%
VR 4 Berner Oberland Ost	601	11,2%	—	0,0%	1	0,0%	4495	83,6%	178	3,3%	3	0,1%	1	0,0%	97	1,8%
VR 5 Berner Oberland West	2169	19,2%	15	0,1%	2	0,0%	576	5,1%	8268	73,1%	27	0,2%	10	0,1%	238	2,1%
VR 6 Emmental	2416	30,6%	18	0,2%	1	0,0%	35	0,4%	102	1,3%	4997	63,3%	75	0,9%	253	3,2%
VR 7 Oberaargau	872	14,3%	27	0,4%	3	0,0%	22	0,4%	20	0,3%	167	2,7%	4300	70,6%	677	11,1%
Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kt. Bern	38 852		9858		2648		5302		9100		5677		4436		3073	
Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnort	5780		744		713		567		391		184		600		536 769	
Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Ausland	181		40		11		202		75		14		15		11 294	
Patientinnen und Patienten insgesamt	44 813		10 642		3372		6071		9566		5875		5051		551 136	

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

12.5 Bedarfsprognose bis zum 31.12.2017 | 31.12.2020

Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften

Im Bereich der Akutsomatik deuteten 14 der 29 Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften darauf hin, dass die Fallzahlen zusätzlich zu dem berechneten demografischen Effekt steigen (siehe Tabelle 37 sowie Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung). Ein weiterer Hinweis prognostizierte eine Abnahme der Leistungsmenge. Auf dieser Basis wurde die rechnerische Prognose der Status-Quo-Methode zusätzlich ergänzt (siehe Tabelle 38).¹⁰²

Tabelle 37:

Zusätzliche Anpassung der rechnerischen Prognose zum 31.12.2020 | Akutsomatik

Leistungsbereiche Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften	
Zunahme der Fallzahlen über den demografischen Effekt	
Dermatologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Epidemiologie; die Inzidenzzunahme von Hauttumoren und demografisch bedingten Hauterkrankungen (bspw. Ulcus cruris, chronischer Pruritus etc.) führt zu vermehrten stationären Operationen.
Kieferchirurgie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie vermehrte Freizeittätigkeiten; Zunahme der älteren Patientinnen und Patienten; mehr komplexere medizinische Situationen und Krankheitsbilder, die einen stationären Aufenthalt erfordern.
Neurochirurgie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Epidemiologie.
Neurologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Medizintechnik; mehr neurologische Erkrankungen in der Bevölkerung sowie Alterung der Bevölkerung resultieren in vermehrten neurovaskulären Stroke-Erkrankungen; gleichzeitig verbesserte Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten (u. a. hochspezialisierte Medizin).
Gastroenterologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie Hepatitis-C-Komplikationen. Gastroenterologische Erkrankungen sind im Alter häufiger und nehmen mit der Alterung der Bevölkerung zu. Insbesondere Anämien und medikamentös induzierte Komplikationen. Die steigenden Zahlen von Hepatitis-C-Komplikationen in den nächsten 15 Jahren werden zu mehr gastroenterologischen Fallzahlen führen.
Gefässchirurgie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Medizintechnik.
Angiologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Medizintechnik; die Proportion von über 65-Jährigen wird weiterwachsen, und damit wird die Anzahl Patienten mit Herz- und Gefässerkrankungen mit Behandlungsbedarf zunehmen. Zunahme der älteren Bevölkerung und damit vermehrt Arteriosklerose-bedingte Krankheiten.
Kardiologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie und die Medizintechnik; die Proportion von über 65-Jährigen wird weiterwachsen, und damit wird die Anzahl Patienten mit Herz- und Gefässerkrankungen mit Behandlungsbedarf zunehmen; dank neuen Behandlungsmethoden (z. B. der Behandlung von Klappenfehlern) können ältere Patienten, die bis anhin nicht behandelt werden konnten, bis in ein sehr hohes Alter stationär therapiert werden (siehe bspw. TAVI, MitraClip, aber auch herzunterstützende Systeme bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz); die Erwartungshaltung der Bevölkerung bezüglich des Zugangs zu aggressiven medizinischen Massnahmen bei hochbetagten Patienten hat sich nach oben verschoben und wird sich weiter verschieben. Es sei denn, die Ressourcenknappheit zwingt zu einer Rationierung.
Urologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie, die Epidemiologie sowie die Medizintechnik; es handelt sich um eine Mischrechnung. Ein Teil der Patienten braucht wegen zunehmender Morbidität längere Behandlungen, ein Teil wegen vermehrt minimalinvasiver Therapien kürzere.
Pneumologie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie und die Epidemiologie; bei COPD nehmen die Fallzahlen durch ansteigenden Altersdurchschnitt bei einem weiter hohen Anteil an Rauchern und Ex-Rauchern in der Bevölkerung zu. Gehäufte Infekte führen oft zu einer stationären Therapie; bei schlafassoziierten Erkrankungen nehmen die bisher noch unterdiagnostizierten sowie die zunehmend komplexen Fälle bei z. B. gleichzeitiger kardialer Problematik zu (bspw. VHF, Herzinsuffizienz); gleichzeitig Anstieg der Fallzahlen wegen deutlicher Inzidenzzunahme ab einem Alter von 50 Jahren und steigendem Durchschnittsgewicht der Gesamtbevölkerung.
Thoraxchirurgie	Ursächliche Faktoren sind die Demografie und die Medizintechnik; Zuwanderung aus sozial schlechter gestellten, hygienisch schlechter versorgten Gebieten (arabische Staaten und Afrika) erhöht die Fallzahlen bei Infekten und Malignomen; Medizintechnik mit weiterer Differenzierung und Minimalisierung der Eingriffe führt mit dadurch bedingter Fallzahlsteigerung (präzisere Eingriffe / kürzere Hospitalisationsdauer) zu mehr Eingriffen.
Rheumatologie	Ursächlicher Faktor ist die Demografie.
Neugeborene	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Epidemiologie; langsame Zunahme der jährlichen Geburtskohorte in den letzten Jahren; erhöhtes mütterliches Alter erhöht die Anzahl Frühgeborener (late preterm babies, 32–36 Wo.), die in der Regel nicht schwer krank sind, wegen Unreife (bspw. Trinkunfähigkeit, Apnoen, Bradykardien) aber hospitalisationsbedürftig sind. Diese grosse Gruppe von Frühgeborenen ist gemäss SwissDRG hochdefizitär (d. h. wird inkorrekt abgebildet) und trägt massiv zur Unterdeckung der Kindermedizin bei; die Auswirkungen des neuen Fortpflanzungsgesetzes sind hinsichtlich eines möglichen Zuwachses an Frühgeborenen noch nicht abschätzbar.
Nuklearmedizin	Ursächliche Faktoren sind die Epidemiologie und die Medizintechnik; zunehmend ältere Bevölkerung; gleichzeitig neu entwickelte Radiopharmaka zur Diagnostik und Behandlung.
Abnahme der Fallzahlen über den demografischen Effekt	
Herzchirurgie	Ursächlicher Faktor ist die Medizintechnik.

Quelle: Darstellung der GEF auf Basis einer Umfrage für die Versorgungsplanung 2016 (Stand: 31.12.2015)

¹⁰² Hinweis: Die Rückmeldungen der Fachgesellschaften sowie die Herleitung der Bedarfsprognose sind in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» zusammengestellt.

Rechnerische Prognose

Zur Abschätzung des Bedarfs an stationären Leistungen bis zum 31. Dezember 2017 bzw. bis zum Planungshorizont, dem 31. Dezember 2020, führte man in einem ersten Schritt eine rechnerische Prognose mittels der Status-Quo-Methode durch (siehe Tabelle 38 Spalte a). Die Methode wurde, wenn nötig, gestützt auf die Hinweise der Fachgesellschaften zur Entwicklung in den Leistungsbereichen weiter angepasst (Spalte b in Tabelle 38).¹⁰³

Tabelle 38:

Rechnerische Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP16) zum 31.12.2017 und zum 31.12.2020 | Akutsomatik:

a) nach Status-Quo-Methode

b) nach Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung durch Hinweise der Fachgesellschaften

Leistungsbereiche	Datenausgangsbasis 31.12.2013		Rechnerische Prognose zum 31.12.2017			Rechnerische Prognose zum 31.12.2020		
	(a)	(b)	(a)	(b)	Veränderung in Prozent	(a)	(b)	Veränderung in Prozent
Basispaket	62 548	64 986	64 986		3,9%	66 912	66 912	7,0%
Bewegungsapparat chirurgisch	25 313	25 948	25 948		2,5%	26 434	26 434	4,4%
Geburtshilfe	10 999	10 948	10 948		-0,5%	10 936	10 936	-0,6%
Neugeborene	8866	9010	9226		4,1%	9142	9343	5,4%
Urologie	6701	6977	7395		10,4%	7203	7560	12,8%
Herz	6098	6401	6583		7,9%	6658	6877	12,8%
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	5861	5957	5987		2,1%	6026	6038	3,0%
Gynäkologie	5399	5461	5461		1,1%	5503	5503	1,9%
Gastroenterologie	4012	4230	4526		12,8%	4407	4628	15,4%
Neurologie	3447	3646	3697		7,3%	3811	3861	12,0%
Gefässe	2571	2711	2865		11,4%	2825	2876	11,9%
Pneumologie	2509	2651	2841		13,2%	2757	2895	15,4%
Viszeralchirurgie	1989	2061	2061		3,6%	2116	2116	6,4%
(Radio-)Onkologie	1764	1825	1832		3,9%	1868	1876	6,3%
Hämatologie	1629	1730	1730		6,2%	1800	1800	10,5%
Ophthalmologie	1288	1353	1353		5,0%	1406	1406	9,2%
Rheumatologie	792	822	869		9,7%	846	887	12,0%
Nephrologie	658	698	698		6,1%	729	729	10,8%
Neurochirurgie	644	662	684		6,3%	678	689	7,0%
Dermatologie	642	665	688		7,1%	683	696	8,4%
Endokrinologie	597	628	628		5,2%	653	653	9,4%
Thoraxchirurgie	291	300	316		8,6%	305	324	11,3%
Schwere Verletzungen	213	219	219		2,8%	223	223	4,7%
Transplantationen	55	55	55		0,0%	55	55	0,0%
Total	154 886	159 944	161 596		4,3%	163 976	165 317	6,5%
davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	6328	6453	6501		2,7%	6548	6640	4,9%
davon Listenspitäler im Kanton Bern	148 558	153 491	155 095		4,4%	157 428	158 677	6,8%

(a) Status-Quo-Methode 31.12., rechnerische Prognose

(b) Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung für qualitative Entwicklung zum 31.12., rechnerische Prognose

Veränderung in Prozent: Veränderung zum 31.12. in Spalte (b) gegenüber Datenausgangsbasis am 31.12.2013

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der kantonalen Bevölkerungsprojektion aus dem Jahr 2012 («hohes Szenario»)

Entwicklungstendenzen (Prognose)

Die Prognose zeigt gegenüber der Datenausgangsbasis von 2013 bis zum 31. Dezember 2020 einen Zuwachs der Fallzahlen um rund 10 431 Fälle (+6,5 Prozent). Das entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 0,9 Prozent pro Jahr. Dabei erwartet man bis 2020 eine unterschiedliche Veränderungsrate in den einzelnen Leistungsbereichen. Um dies zu beschreiben, werden die erwarteten Veränderungen wiederum in fünf Kategorien eingeteilt, welche die qualitative Beurteilung der Entwicklungstendenz vereinfachen. Die prognostizierten Veränderungen in der Akutsomatik (ohne Querschnittsbereiche) werden in Tabelle 39 abgebildet. Es ist wenig überraschend, dass die stationären Spitalleistungen in den Leistungsbereichen mit einem hohen Anteil an älteren Patientinnen und Patienten künftig zunehmen werden. Dies gilt insbesondere für die Leistungsbereiche «Gastroenterologie» und «Neurologie». Keinen oder nur geringen Zuwachs erwartet man bis zum Jahr 2020 für den Leistungsbereich «Gynäkologie». Eine rückläufige Tendenz der Fallzahlen bis 2020 ist im Leistungsbereich «Geburtshilfe» zu erwarten.

¹⁰³ Hinweis: Die Altersverteilungen nach Leistungsbereichen der SPLG Akutsomatik finden sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung». Die prognostizierte Entwicklung der Fallzahlen bis zum Jahr 2020 erfolgt im Wesentlichen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung (siehe Anlage G). Eine Übersicht der der Prognose zugrunde liegenden Datenausgangsbasis für das Jahr 2013 findet sich in Anlage F. In Anlage J finden sich darüber hinaus die nach Altersgruppen und Versorgungsräumen Akutsomatik differenzierten Ergebnisse der Bedarfsprognose bis zum 31. Dezember 2020.

Tabelle 39:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP16) bis zum 31.12.2020 | Akutsomatik

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
	Geburtshilfe		Basispaket, Bewegungsapparat chirurgisch, Gynäkologie, Neugeborene, Hals-Nasen-Ohren (HNO- Chirurgie), Viszeralchirurgie, Neurochirurgie, Schwere Verletzungen, Transplantationen	Urologie, Herz, Gastro- enterologie, Neurologie, Gefässe, Pneumologie, (Radio-)Onkologie, Hämatologie, Ophthalmologie, Rheumatologie, Nephrologie, Dermatologie, Endokrinologie, Thoraxchirurgie

-- (-7,5% und weniger), - (-7,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 7,5%), ++ (7,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der kantonalen Bevölkerungsprojektion aus dem Jahr 2012 («hohes Szenario»)

12.6 Ambulantes Potenzial

Ein wesentlicher Faktor für die Veränderung der Nachfrage nach stationären Leistungen ist die Entwicklung der ambulanten Leistungen und die damit einhergehende teilweise Verlagerung des stationären Leistungsgeschehens in den ambulanten Sektor. Tabelle 40 zeigt den Anteil des geschätzten ambulanten Potenzials in den medizinischen Leistungsbereichen der Akutsomatik bzw. der SPLG Akutsomatik. Der Anteil lag in den Berner Spitälern 2014 insgesamt bei rund 4,6 Prozent. Das bedeutet, dass 6807 Spitalbehandlungen auch ambulant hätten erbracht werden können. Die Leistungsbereiche, auf die sich das ambulante Potenzial 2014 vorrangig konzentriert, werden ebenfalls deutlich. Die höchste absolute Fallzahl des ambulanten Potenzials verzeichnet erwartungsgemäss der Leistungsbereich «Bewegungsapparat chirurgisch» (2014: 2182 Fälle). Auch im «Basispaket» ist die absolute Fallzahl mit 2125 Fällen hoch. Wird das ambulante Potenzial jedoch im Verhältnis zu der Zahl aller im Leistungsbereich behandelten stationären Patientinnen und Patienten betrachtet, zeigt sich im Leistungsbereich «Ophthalmologie» mit rund 21,3 Prozent der höchste beobachtete Anteil. Auch die Leistungsbereiche «Gynäkologie» (2014: rund 16,3 Prozent), «Rheumatologie» (2014: rund 10,2 Prozent), «Hals-Nasen-Ohren» (2014: rund 6,6 Prozent) und «Urologie» (2014: rund 5,6 Prozent) weisen hohe Anteile auf. Das Verlagerungspotenzial vom stationären in den ambulanten Sektor ist in der Planungsperiode 2017–2020 kein Element der Bedarfsprognose. Zwar liefert die Schätzung wertvolle Informationen zur Entwicklung des stationären Leistungsgeschehens in den einzelnen Leistungsbereichen bzw. Spitälern, eine Bereinigung der Bedarfsprognose um die Anteile ist aber nicht gerechtfertigt. Auch die in den Anteilen erfassten Behandlungen sind stationäre Leistungen. Sie dürfen durch Spitäler erbracht und abgerechnet werden. In Zukunft sollen die Anteile zusammen mit den darin erfassten Behandlungen beobachtet und ausgewertet werden und werden in ein nachhaltiges Monitoring des stationären Leistungsgeschehens in den einzelnen Leistungsbereichen bzw. Listenspitälern einfließen. Ob ein Eingriff schliesslich stationär oder ambulant erfolgt, ist neben den finanziellen Anreizen durch unterschiedliche Vergütungssysteme von verschiedenen weiteren Faktoren abhängig. Neben Charakteristika der zu behandelnden Patientin bzw. des Patienten können sowohl die Präferenz der Patientinnen und Patienten für den Behandlungsort als auch die Präferenzen und die Routineprozesse bei den Zuweisenden über den Behandlungsort entscheiden. Zusätzlich zu den Präferenzen von Patientinnen und Patienten, Zuweisenden sowie finanziellen Anreizen bestimmen nicht zuletzt auch die tatsächlich vorhandenen ambulanten Versorgungsangebote das stationäre Leistungsgeschehen mit. Insbesondere die Funktion von Spitälern im ländlichen Raum kann häufig nicht losgelöst von der Versorgung durch niedergelassene Hausärztinnen und Fachärzte vor Ort betrachtet werden.

Tabelle 40:

Fallzahlen der Berner Spitäler mit ambulantem Potenzial nach Leistungsbereichen (nach VP16) 2014 | Akutsomatik

Leistungsbereich	Ambulantes Potenzial am 31.12.2014	
	Absolute Anzahl	Anteil in Prozent
Ophthalmologie	244	21,3%
Gynäkologie	873	16,3%
Rheumatologie	80	10,2%
Bewegungsapparat chirurgisch	2182	8,5%
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	386	6,6%
Urologie	356	5,6%
Gastroenterologie	171	4,4%
Basispaket	2125	3,8%
Geburtshilfe	296	2,8%
Transplantationen	2	1,3%
Dermatologie	9	0,8%
Viszeralchirurgie	19	0,8%
Neurochirurgie	4	0,7%
Schwere Verletzungen	1	0,6%
Herz	38	0,5%
(Radio-)Onkologie	6	0,4%
Hematologie	4	0,3%
Pneumologie	5	0,2%
Nephrologie	1	0,2%
Neurologie	2	0,1%
Gefässe	1	0,0%
Berner Listenspitäler insgesamt	6807	4,6%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Exkurs: Ausgewählte Operationen mit einem ambulanten Potenzial

Den Patientinnen und Patienten kommen ambulant durchgeführte Standardoperationen zugute, denn diese vermeiden unnötige Hospitalisationen und fördern die Genesung in der bekannten häuslichen Umgebung. Weil die ambulante Durchführung häufig auch kostengünstiger ist, bedeutet eine Verlagerung von Standardeingriffen mit einem besonders hohen ambulanten Potenzial regelmässig auch eine Kostenreduktion für den Kanton und die Versicherer. In der Schweiz werden alle stationär durchgeführten Operationen unabhängig vom Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten nach SwissDRG abgerechnet und die Behandlungskosten werden durch Versicherer (45 Prozent) und Kantone (55 Prozent) finanziert. Alle ambulant durchgeführten Operationen werden nach TARMED abgerechnet und nur durch die Versicherer (100 Prozent) finanziert.

Tabelle 41 zeigt 14 ausgewählte Operationen mit einem ambulanten Potenzial im Jahr 2014.

Tabelle 41:

14 ausgewählte Operationen mit einem ambulanten Potenzial im Jahr 2014

Nr.	Umgangssprachliche Bezeichnung	Medizinische Bezeichnung	Fälle	SPLG-Leistungsbereich
1	Knie-Arthroskopie	Knie-Arthroskopie	866	Bewegungsapparat
2	Ausschabung der Gebärmutter	Endometriumabtragung; sonstige Dilatation und Curettage	747	Gynäkologie
3	Leistenbruch-Operationen	Inguinalhernie	631	Basispaket
4	Krampfader-Operationen	Varizen	550	Basispaket
5	Metallentfernung Knochen	Metallentfernung Knochen	272	Bewegungsapparat
6	Karpaltunnelsyndrom	Karpaltunnelsyndrom	252	Bewegungsapparat
7	Trommelfell-Operationen	Myringotomie	216	HNO-Chirurgie
8	Harnschiene	Ureter-Katheterisierung	174	Urologie
9	Darmspiegelung	Koloskopie	163	Gastroenterologie
10	Mandel-Operation	Tonsillektomie	160	HNO-Chirurgie
11	Grauer Star	Katarakt	108	Ophthalmologie
12	Netzhautablösung	Amotio retinae	84	Ophthalmologie
13	Schwangerschaftsbeendigung	Aspirationscurettage	64	Geburtshilfe
14	Schleimbeutelentzündung	Bursektomie	41	Rheumatologie
Total			4328	

12.7 Leistungsangebot am 31.12.2015

Die aktuelle Spitalliste Akutsomatik ist seit dem 1. Mai 2014 gültig. Für 19 der 20 Spitalunternehmen sind die ihnen durch den Kanton zugeteilten Leistungsaufträge auf der Spitalliste Akutsomatik in Rechtskraft erwachsen. Für die drei Standorte der Lindenhof AG (Engeriedspital, Lindenhofspital, Sonnenhofspital) gilt zum 31. Dezember 2015 nach wie vor die Spitalliste Akutsomatik 2005, gültig ab 1. Januar 2005. Die Zahl der Spitäler mit Leistungsaufträgen in den Leistungsbereichen entsprechend der SPLG-Systematik Akutsomatik hat sich während der Planungsperiode 2011–2014 kaum verändert. Ein Grund mag in der relativ kurzen Zeitspanne zwischen der Inkraftsetzung der Spitalliste Akutsomatik zum 1. Mai 2014 und dem Ende der Planungsperiode 2011–2014 liegen. Einige Spitalunternehmen nahmen in der Planungsperiode 2011–2014 erkennbare betriebliche Umstrukturierungen vor. Die entsprechenden Anpassungen der Spitallisten erfolgten auf Antrag der Spitäler an den Regierungsrat.

Dies sind die folgenden:

- Die STS AG schloss den Standort Saanen zum 31. Oktober 2012;
- die STS AG beantragte, den Leistungsauftrag Geburtshilfe und Neugeborene am Standort Zweisimmen per 1. April 2015 aufzuheben;
- die Spital Netz Bern AG schloss den Standort Ziegler zum 31. August 2015 und beantragte die Verschiebung der für den Standort vorhandenen Leistungsaufträge an andere Standorte der SNBe AG. Am Standort Riggisberg wurde zum 31. Juli 2013 der Leistungsauftrag Geburtshilfe und Neugeborene aufgegeben;
- die Klinik Piano hat seit dem 1. September 2014 keinen Leistungsauftrag mehr, da die notwendigen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind;
- die Klinik Siloah AG hat auf Antrag zum 1. August 2015 ihr Leistungsangebot mit Leistungsaufträgen in den Leistungsbereichen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie und Chirurgie des Bewegungsapparats erweitert;
- zum 1. Januar 2016 erfolgte die Gründung der Insel Gruppe AG. Sie ist ein Zusammenschluss der Betriebsgesellschaft der Inselspital-Stiftung und der Spital Netz Bern AG.

Zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 konnte zudem das Bewerbungsverfahren für den ausgeschriebenen kantonalen Leistungsauftrag «Spezialisierte Palliative Care im Spital» erfolgreich durchgeführt werden. Gestützt auf das Bewerbungsverfahren wurde der neue Leistungsauftrag zum 15. Dezember 2015 an insgesamt acht Listenspitäler vergeben. Tabelle 42 zeigt die zum Stichtag am 31.12.2015 vorhandenen Leistungsangebote der Berner Listenspitäler nach Leistungsbereichen der SPLG-Systematik Akutsomatik.

Tabelle 42:

Leistungsbereiche in den Berner Listenspitälern | Akutsomatik

Leistungsbereiche	Anzahl Listenspitäler (Standorte)
Basispaket	26
Dermatologie	22
Hals-Nasen-Ohren	21
Neurochirurgie	5
Neurologie	24
Ophthalmologie	17
Endokrinologie	19
Gastroenterologie	21
Viszeralchirurgie	19
Hämatologie	17
Gefässe	13
Herz	10
Nephrologie	11
Urologie	20
Pneumologie	16
Thoraxchirurgie	8
Transplantationen	1
Bewegungsapparat chirurgisch	25
Rheumatologie	23
Gynäkologie	20
Geburtshilfe	15
Neugeborene	15
(Radio-)Onkologie	15
Schwere Verletzungen	11
Querschnittsbereiche	
Kindermedizin	4
Kinderchirurgie	3
Basis-Kinderchirurgie	19
Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	16
Spezialisierte Palliative Care im Spital	8
Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker	22
Listenspitäler Akutsomatik insgesamt (Standorte)	32
davon ausserkantonale Listenspitäler	5

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

12.8 Ergebnisse der Angebotserhebung zum 31.12.2020

Insgesamt reichten alle 32 akutsomatischen Listeneinrichtungen sowie zwei weitere interessierte Spitäler ihre Unterlagen für die Angebotserhebung bei der GEF ein. Die Teilnahme war freiwillig und die Angaben über das zukünftige Angebot unverbindlich.

Geplante Veränderungen bei den Leistungsangeboten der Akutspitäler

Die Ergebnisse der Angebotserhebung für die Akutsomatik deuten auf eine moderate Dynamik im Leistungsgeschehen bis zum Jahr 2020 hin. Obwohl die Differenzierung innerhalb der SPLG-Systematik Akutsomatik einen Teil dieser Dynamik erklärt, lässt sich bis 2020 bei einzelnen Spitälern eine grundsätzliche unternehmerische Planung in beide Richtungen erkennen: Leistungen werden aus-, aber auch abgebaut (siehe Tabelle 43).¹⁰⁴ Diese Dynamik ist grundsätzlich positiv zu beurteilen. Die Berner Versorgungsplanung und die kantonale Spitalliste Akutsomatik sollen die aktuellen Angebotsstrukturen im stationären Versorgungsbereich Akutsomatik nicht einfach stur fortschreiben. Inwieweit die Angebotsplanung der einzelnen Spitalunternehmen dem rechnerisch prognostizierten Bedarf der Kantonsbevölkerung bis 2020 entspricht, wird erst die Auswertung der verbindlichen Gesuche der Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahren für die künftige Spitalliste Akutsomatik basierend auf der Versorgungsplanung 2016 zeigen. Im Gegensatz zum informativen Charakter der Angebotserhebung umfasst das Bewerbungsverfahren für die kantonale Spitalliste Akutsomatik die verbindlichen Gesuche der Spitalunternehmen für die Erteilung von Leistungsaufträgen auf der Berner Spitalliste Akutsomatik.

¹⁰⁴ Die Weiterentwicklung der SPLG führt in der Akutsomatik dazu, dass einerseits zusätzliche Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen «Neurochirurgie» (NCH2, NCH3), «Neugeborene» (NEO1.1.1.1) «Herz» (HER1.1.3, HER1.1.4, HER1.1.5) und «Viszeralchirurgie» (VIS1.4.1) entstanden sind, zu denen es auf der Spitalliste Akutsomatik 2014 noch keine entsprechenden Leistungsaufträge gab. Die davon betroffenen stationären Leistungen waren zuvor einer anderen Leistungsgruppe zugeordnet. Im Leistungsbereich «Ophthalmologie» hingegen fielen einzelne Leistungsgruppen (AUG 1.6, AUG1.7) weg, weil die entsprechenden stationären Leistungen neu anderen bereits vorhandenen Leistungsgruppen zugeordnet wurden.

Tabelle 43:

Geplante Veränderung nach Leistungsbereichen (nach VP16) in den Berner Listenspitälern (Standorte) sowie weiteren interessierten Spitälern bis 2020 | Akutsomatik

Leistungsbereiche	Stichtag zum Zieljahr der Versorgungsplanung 2016: 31.12.2020	
	geplanter Ausbau	geplanter Abbau
Basispaket	2	–
Dermatologie	3	3
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	3	3
Neurochirurgie	1	10
Neurologie	5	7
Ophthalmologie	1	3
Endokrinologie	5	–
Gastroenterologie	4	2
Viszeralchirurgie	4	1
Hämatologie	3	4
Gefässe	5	3
Herz	6	3
Nephrologie	4	–
Urologie	2	5
Pneumologie	8	–
Thoraxchirurgie	2	2
Transplantationen	2	–
Bewegungsapparat chirurgisch	2	5
Rheumatologie	4	1
Gynäkologie	3	4
Geburtshilfe	2	4
Neugeborene	2	5
(Radio-)Onkologie	3	7
Querschnittsbereiche		
Kindermedizin	1	1
Kinderchirurgie	1	–
Basis-Kinderchirurgie	–	1
Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	–	2
Spezialisierte Palliative Care im Spital	–	–
Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker	–	4

Quelle: Darstellung der GEF auf Basis der Auswertung der Angebotserhebung Akutsomatik (Stand: 31.12.2015)

12.9 Erwartete Kosten

Kostenprognose für die stationäre Spitalversorgung im Bereich Akutsomatik

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 ist der Wohnkanton gemäss Art. 49a KVG verpflichtet, mindestens 55 Prozent der stationären Spitalleistungen der Kantonsbevölkerung zu tragen. Die verbleibenden (maximalen) 45 Prozent finanzieren im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz die Versicherer mit. Zu den stationären Spitalleistungen gehören die Behandlungen, die in Listeneinrichtungen in den stationären Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erbracht werden. Im Bereich Akutsomatik ist, wie zuvor erwähnt (Kapitel 12.5), bis 2020 von einer Zunahme der stationären Fälle um circa 0,9 Prozent pro Jahr auszugehen. Ursächlicher Faktor ist die erwartete Bevölkerungsentwicklung. Der Kanton Bern hat bezüglich der Fallzahlen keine direkte Steuerungsmöglichkeit. Die Tarife sind seit 2012 gesunken. Es wird allerdings erwartet, dass es zu einer Stagnation und ab 2017 wegen höherer Basisfallpreise zu einer Erhöhung der Tarife kommt. Tabelle 44 zeigt die prognostizierten Kosten bis 2020 für den Bereich Akutsomatik. Die Prognose der kantonalen Ausgaben für die stationäre Spitalversorgung beruht auf den Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, den Jahresenddaten und den effektiv abgerechneten Leistungsdaten der Listenspitäler von 2014. Für den Teil der Berner Bevölkerung, der sich 2014 in einem Berner Listenspital behandeln liess, wurden die Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mit den Jahresenddaten der bernischen Spitalunternehmen verglichen und bei wesentlichen Abweichungen korrigiert. Weil die Daten Medizinischen Statistik für die ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung für 2014 bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 nicht vorlagen, beruht die Prognose der kantonalen Ausgaben für diesen Teil der Berner Bevölkerung ausschliesslich auf den effektiv abgerechneten Leistungsdaten der ausserkantonalen Spitalunternehmen. Die resultierenden Leistungsdaten, die alle inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevöl-

kerung von 2014 erfassen, wurden mit dem Bevölkerungsszenario «hoch» extrapoliert.¹⁰⁵ Zusätzlich berücksichtigte man für die Kostenprognose bis 2020 die aktuellen Tarife sowie die Trends und Erwartungen zur Tarifentwicklung. Weiterhin traf man die Annahme, dass der Kanton Bern seinen Finanzierungsanteil nicht über 55 Prozent festlegt. Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der Akutsomatik steigt gemäss Kostenprognose bis ins Jahr 2020 insgesamt auf 907,9 Millionen Franken (+7,5 Prozent).

Tabelle 44:

Kostenprognose Kantonsanteil für die Akutsomatik bis 2020 | in Mio. CHF

	2014 (Ausgangsbasis)	2020 (Prognose)
Kantonsanteil an der Akutsomatik insgesamt	844,9	907,9
davon Kantonsanteil an der Akutsomatik – innerkantonale Behandlungen	807,8	865,9
davon Kantonsanteil KVG 55 Prozent	800,5	859,0
davon Kantonsanteil IVG 20 Prozent	7,3	6,9
davon Kantonsanteil an der stationären Spitalversorgung – ausserkantonale Behandlungen	37,1	42,0

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

12.10 Handlungsfelder

Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausserhalb von Kinderkliniken

Im 2013 wurden 6673 Kinder und Jugendliche (0–15 Jahre, ohne Geburten) in einem akutsomatischen Listenspital behandelt (siehe Tabelle 26). Dabei ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in Listenspitälern ohne einen spezifischen Leistungsauftrag Kindermedizin oder Kinderchirurgie (Querschnittsbereiche «KINM», «KINB» und «KINC» der SPLG Akutsomatik) stationär behandelt werden, nicht bekannt: Diese Fälle werden anhand der SPLG-Systematik Akutsomatik nicht separat ausgewiesen. Kinder und Jugendliche werden oft in den fachspezifischen Leistungsgruppen der SPLG Akutsomatik regulär behandelt. Vor diesem Hintergrund wird in der Planungsperiode 2017–2020 die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausserhalb von Kinderkliniken eingehend untersucht werden. Die Ergebnisse dieser Überprüfungen fliessen in die nächste Versorgungsplanung ein.

¹⁰⁵ Die Kostenprognose der Versorgungsplanung kann daher von den jährlich aktualisierten Werten für den Voranschlag und den Finanzplan abweichen. Die jährlichen Eingaben für den Voranschlag und den Finanzplan werden zudem auch unter Berücksichtigung der finanzpolitischen Chancen und Risiken mit den aktuellsten Informationen (Fallzahlen, Tarife) jährlich neu ermittelt und können auch deshalb von den in der Versorgungsplanung angegebenen Werten abweichen.

13 Rehabilitation

Das Kapitel stellt die Inanspruchnahme 2010–2013 und die prognostizierte Inanspruchnahme bis 2020 für stationäre Leistungen der Rehabilitation durch die Berner Bevölkerung dar. Zusätzlich zeigt es die vorhandenen Leistungsangebote der Berner Listenspitäler Rehabilitation 2015 und die erwartete Veränderung der Angebote bis 2020. Das Kapitel bietet zudem einen Überblick über die in Berner Rehabilitationskliniken behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten.

Auf einen Blick:

Abbildung 32:
Inanspruchnahme Rehabilitation 2010–2013



Abbildung 33:
Altersverteilung Rehabilitation 2013¹⁰⁶



Abbildung 34:
Bedarfsprognose Rehabilitation bis 2020



¹⁰⁶ 2013: 7377 Fälle bzw. 166 123 Pflegetage.

13.1 Ausgangslage

Für die medizinische Rehabilitation gibt es im Kanton Bern differenzierte stationäre Rehabilitationsangebote. In den Bereichen der neurologischen, der muskuloskelettalen sowie der geriatrischen Rehabilitation bietet sich den Berner Patientinnen und Patienten eine grosse Auswahl an Rehabilitationskliniken.

13.2 Inanspruchnahme 2010–2013

Eintrittsarten

Die Mehrheit der Berner Patientinnen und Patienten tritt geplant in eine Rehabilitationsklinik ein. 2010 und 2013 waren 9 von 10 Spitaleintritten in eine Rehabilitationsklinik geplant bzw. angemeldet (siehe Abbildung 35). In der Rehabilitation hat sich der Anteil der internen Übertritte zwischen 2010 und 2013 erhöht (+2,7 Prozent). Es ist davon auszugehen, dass der Anstieg der internen Übertritte eine zunehmende Integration der akutstationären und der rehabilitativen Versorgung abbildet. Immerhin boten 6 der 20 Spitalunternehmen am Ende der Planungsperiode 2011–2014 Leistungen der Akutsomatik sowie der stationären Rehabilitation an (siehe «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung»).

Abbildung 35:

Art des Eintritts der Berner Wohnbevölkerung in eine Rehabilitationsklinik 2010/2013



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Altersstruktur

Das Alter ist ein massgeblicher Einflussfaktor für die Inanspruchnahme stationärer Leistungen in Rehabilitationskliniken. Die Entwicklung der Fallzahlen sowie der Pfl egetage differenziert nach Altersgruppen zwischen 2010 und 2013 sowie die prozentuale Verteilung der Fallzahlen und Pfl egetage auf die Altersgruppen zeigt Tabelle 45. Zwischen 2010 und 2013 ist der Anteil der Altersgruppen der 65-Jährigen und Älteren um rund 0,4 Prozent auf 72,1 Prozent gestiegen. Der Anteil der unter 25-Jährigen beträgt in der stationären Rehabilitation weniger als 1 Prozent. Er ist damit im Vergleich zur Akutsomatik (2013: 15,5 Prozent, siehe Tabelle 26) vergleichsweise gering. Hingegen ist der Anteil der 65-Jährigen und Älteren grösser als in der Akutsomatik, er machte zwischen 2010 und 2013 zudem rund zwei Drittel der insgesamt erbrachten Pfl egetage aus.

Tabelle 45:

Fallzahlen und Pflage tage der Berner Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2010/2013 | Rehabilitation

Altersgruppe	31.12.2010								31.12.2013			
	Fälle				Pflage tage				Fälle		Pflage tage	
	Absolute Anzahl	Anteil in Prozent										
0 bis unter 5	—	0,0%	—	0,0%	2	0,0%	38	0,0%	—	0,0%		
5 bis unter 15	3	0,0%	141	0,1%	—	0,0%	—	0,0%	—	0,0%		
15 bis unter 25	45	0,6%	1815	1,1%	67	0,9%	2480	1,5%	—	—		
25 bis unter 45	345	4,9%	10 708	6,7%	352	4,8%	10 670	6,4%	—	—		
45 bis unter 65	1576	22,3%	38 887	24,3%	1608	21,8%	40 947	24,6%	—	—		
65 bis unter 85	4310	61,1%	92 021	57,5%	4440	60,2%	93 262	56,1%	—	—		
85 und älter	779	11,0%	16 594	10,4%	908	12,3%	18 726	11,3%	—	—		
Berner Wohnbevölkerung insgesamt	7058	100,0%	160 166	100,0%	7377	100,0%	166 123	100,0%				

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Fallzahlen

2008 liessen sich 7823 Bernerinnen und Berner stationär in einer Rehabilitationsklinik behandeln. Die Anzahl der Austritte schwankte in den vergangenen Jahren. Zwischen 2010 und 2013 ist die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten angestiegen (+319 Fälle). Im Vergleich zu 2010 (7058 Fälle) liessen sich 2013 7377 Berner Patientinnen und Patienten stationär in einer Rehaklinik behandeln (siehe Tabelle 45). Mit 4,5 Prozent fällt das Wachstum damit höher aus als das Bevölkerungswachstum in dieser Zeit (siehe Kapitel 7.2). Insgesamt liegt die Inanspruchnahme in der Rehabilitation deutlich unter der Bedarfsprognose der Versorgungsplanung 2011–2014. Sie ging von 8785 Fällen im Jahr 2014 aus. Zwischen 2010 und 2013 überstieg das Wachstum im Bereich der stationären Rehabilitation auch jenes der akutsomatischen stationären Fälle (vgl. Kapitel 12.2). Der Anteil der Berner Patientinnen und Patienten, der sich in einer ausserkantonalen Rehabilitationsklinik behandeln liess, blieb nach der Einführung der Spitalwahlfreiheit 2012 unverändert. Er lag 2013 bei 1016 ausserkantonalen Hospitalisationen (2010: 1001). Der grösste Anteil der stationären Behandlungen fiel auf die «Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates». Der Anteil betrug 2010 und 2013 nahezu unverändert rund 32 Prozent. Auf die nicht fachspezifische Leistungsgruppe «Andere organspezifische Rehabilitation» (exkl. pulmonaler Rehabilitation) entfiel in dieser Zeit knapp ein weiteres Drittel der behandelten Fälle. Der Anteil dieser nicht fachspezifischen Leistungsgruppe war allerdings gegenüber allen fachspezifischen Leistungsgruppen leicht rückläufig (2010: 31,9 Prozent, 2013: 29,6 Prozent). Den grössten relativen Zuwachs an allen stationären Fällen im Jahr 2013 verzeichnete die Leistungsgruppe «Psychosomatische Rehabilitation». Aufgrund des geringen Anteils dieser Leistungsgruppe (2013: 3,8 Prozent) an allen Leistungen der stationären Rehabilitation fällt der absolute Zuwachs auf den ersten Blick gering aus (2010: 243 Fälle, 2013: 279 Fälle). Allerdings stiegen die Fallzahlen zwischen 2011 und 2013 um 14,8 Prozent – das höchste relative Wachstum der Inanspruchnahme in der Rehabilitation. Die Entwicklung der Fallzahlen nach Leistungsgruppen im Zeitraum 2010/13 findet sich in Tabelle 46.

Tabelle 46:

Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Rehabilitation

Kürzel	Leistungsgruppen	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
SBRE	Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates	2255	2297	2353	2416	7,1%
AORE	Andere organspezifische Rehabilitation (exkl. pulmonaler Rehabilitation)	2249	2179	2295	2184	-2,9%
HKRE	Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems	1056	999	1041	1120	6,1%
NERE	Neurologische Rehabilitation (inkl. Rehabilitation Querschnittgelähmter)	928	967	940	1013	9,2%
AORE-PUL	Andere organspezifische Rehabilitation – pulmonale Rehabilitation	327	344	347	365	11,6%
PSY	Psychosomatische Rehabilitation	243	196	205	279	14,8%
	Total	7058	6982	7181	7377	4,5%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	1001	942	1010	1016	1,5%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	6057	6040	6171	6361	5,0%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (Fallzahlen)

Um die Entwicklung der Fallzahlen zu beschreiben und die qualitative Beurteilung der Entwicklungstendenz zu vereinfachen, werden die Veränderungen erneut in fünf Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 47). Die Entwicklung der Fallzahlen bis zum 31. Dezember 2013 ist in der Rehabilitation vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zu sehen. In fast allen Leistungsgruppen wird eine Fallzunahme beobachtet. Sie lag mit einem Zuwachs von 319 Fällen bei einem Wachstum von rund 4,5 Prozent. Das Wachstum zwischen 2010 und 2013 ist damit im Bereich Rehabilitation um ein Vielfaches höher als in der Akutsomatik. Lediglich in der nicht fachspezifischen Leistungsgruppe «Andere organspezifische Rehabilitation» (exkl. pulmonaler Rehabilitation) ist ein Rückgang der Fallzahlen um 2,9 Prozent zu beobachten, dagegen war eine Zunahme in den fachspezifischen Leistungsgruppen der stationären Rehabilitation zu verzeichnen. Die GEF geht davon aus, dass es sich um geringfügige Verschiebungen zwischen den einzelnen Leistungsgruppen handelt. Die Kostengutsprachepraxis der Krankenversicherungen kann in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Rolle spielen. Insgesamt kann die Entwicklung mit einer erhöhten Fallzahlentwicklung mit neuen Angeboten und Behandlungskonzepten, einer Zunahme bestimmter Krankheitsbilder, der Verlagerung zwischen den Leistungsgruppen oder der Kostengutsprachepraxis der Versicherer zusammenhängen. Bei geringen Fallzahlsteigerungen ist auch eine zunehmende Verlagerung in den ambulanten Sektor möglich.

Tabelle 47:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP11–14) 2010–2013 | Rehabilitation

-- starker Rückgang	- leichter Rückgang	0 keine Veränderung	+ leichte Zunahme	++ starke Zunahme
Andere organspezifische Rehabilitation (exkl. pulmonaler Rehabilitation)				Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates, Andere organspezifische Rehabilitation – pulmonale Rehabilitation, Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems, Neurologische Rehabilitation (inkl. Rehabilitation Querschnittgelähmter), Psychosomatische Rehabilitation

-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 2,5%), ++ (2,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Mittlere Aufenthaltsdauer

Die mittlere Aufenthaltsdauer sank zwischen 2010 und 2013 um 0,8 Prozent (Tabelle 48). Sie lag 2013 bei durchschnittlich 22,5 Tagen, das Spektrum rangierte zwischen 18,7 Tagen («Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates») und 32,6 Tagen («Psychosomatische Rehabilitation»).

Tabelle 48:

Mittlere Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Rehabilitation

Kürzel	Leistungsgruppen	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
SBRE	Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates	19,1	18,5	18,4	18,7	-2,4%
AORE	Andere organspezifische Rehabilitation (exkl. pulmonaler Rehabilitation)	23,7	23,8	22,7	22,9	-3,2%
HKRE	Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems	21,0	20,7	20,2	19,9	-5,3%
NERE	Neurologische Rehabilitation (inkl. Rehabilitation Querschnittgelähmter)	30,6	30,4	33,2	32,4	6,0%
AORE-PUL	Andere organspezifische Rehabilitation – pulmonale Rehabilitation	19,5	20,4	19,6	18,7	-4,1%
PSY	Psychosomatische Rehabilitation	28,4	29,5	29,3	32,6	14,7%
	Total	22,7	22,5	22,3	22,5	-0,8%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	26,8	27,9	27,0	28,6	6,7%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	22,0	21,7	21,6	21,5	-2,1%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (mittlere Aufenthaltsdauer)

Die mittlere Aufenthaltsdauer ist bis 31. Dezember 2013 in einigen Leistungsgruppen rückläufig. Die Höhe des Verweildauerrückgangs fällt unterschiedlich aus. Analog der Betrachtung der Fallzahlentwicklung werden die Leistungsgruppen der Rehabilitation im Folgenden bezüglich der Stärke des Verweildauerrückgangs in fünf qualitative Kategorien eingeteilt (Tabelle 49). Ein Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer kann auf veränderte Behandlungskonzepte oder medizintechnischen Fortschritt hinweisen. Eine Zunahme kann hingegen darauf hindeuten, dass leichtere Fälle in den ambulanten Sektor verlagert wurden und/oder es zu mehr komplexeren bzw. behandlungsintensiveren Fällen kam. Darüber hinaus beeinflusst häufig auch die Kostengutsprachepraxis der Versicherer die mittlere Aufenthaltsdauer der in Rehabilitationskliniken behandelten stationären Fälle.

Tabelle 49:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP11–14) 2010–2013 | Rehabilitation

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates, Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems, Andere organspezifische Rehabilitation – pulmonale Rehabilitation – Andere organspezifische Rehabilitation (exkl. pulmonaler Rehabilitation)				Neurologische Rehabilitation (inkl. Rehabilitation Querschnittgelähmter), Psychosomatische Rehabilitation
-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 2,5%), ++ (2,5% und mehr)				
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)				

KVG-Fälle

Tabelle 50 zeigt die Anteile aller im Kanton Bern wohnhaften Patientinnen und Patienten, die inner- oder ausserhalb des Kantons im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG hospitalisiert wurden (KVG-Fälle). 2013 waren 95 von 100 Berner Patientinnen und Patienten KVG-Fälle. Der Anteil variiert jedoch zwischen den einzelnen Leistungsgruppen. In der Rehabilitation wurden 2013 insgesamt 95,2 Prozent der Fälle im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG hospitalisiert. Dabei wies die Leistungsgruppe «Andere organspezifische Rehabilitation» (exkl. pulmonaler Rehabilitation) mit 90,8 Prozent den tiefsten Anteil der KVG-Fälle auf. Für die Vergabe von Leistungsaufträgen wird der Anteil der KVG-Fälle berücksichtigt, denn der Kanton deckt mit den Spitalisten nur den KVG-Teil des Bedarfs ab (siehe Kapitel 9.1).¹⁰⁷

Tabelle 50:

Anteil der KVG-Fälle der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Rehabilitation

Kürzel	Leistungsgruppen	31.12.2010	KVG- Anteil in Prozent	31.12.2011	KVG- Anteil in Prozent	31.12.2012	KVG- Anteil in Prozent	31.12.2013	KVG- Anteil in Prozent	Veränderung in Prozent
SBRE	Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates	2255	95,7%	2297	91,6%	2353	96,3%	2416	96,8%	1,2%
AORE	Andere organspezifische Rehabilitation (exkl. pulmonaler Rehabilitation)	2249	85,5%	2179	89,2%	2295	89,9%	2184	90,8%	5,3%
HKRE	Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems	1056	95,3%	999	97,4%	1041	98,6%	1120	98,2%	2,9%
NERE	Neurologische Rehabilitation (inkl. Rehabilitation Querschnittgelähmter)	928	96,0%	967	97,1%	940	97,7%	1013	96,1%	0,1%
AORE-PUL	Andere organspezifische Rehabilitation – pulmonale Rehabilitation	327	93,6%	344	94,8%	347	96,8%	365	96,7%	3,1%
PSY	Psychosomatische Rehabilitation	243	95,9%	196	98,5%	205	99,5%	279	97,5%	1,6%
	Total	7058	92,3%	6982	94,3%	7181	94,9%	7377	95,2%	2,9%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	1001	80,0%	942	82,9%	1010	84,8%	1016	83,4%	3,3%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	6057	94,4%	6040	96,0%	6171	96,5%	6361	97,1%	2,7%
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)										

13.3 Entwicklung im nationalen Vergleich

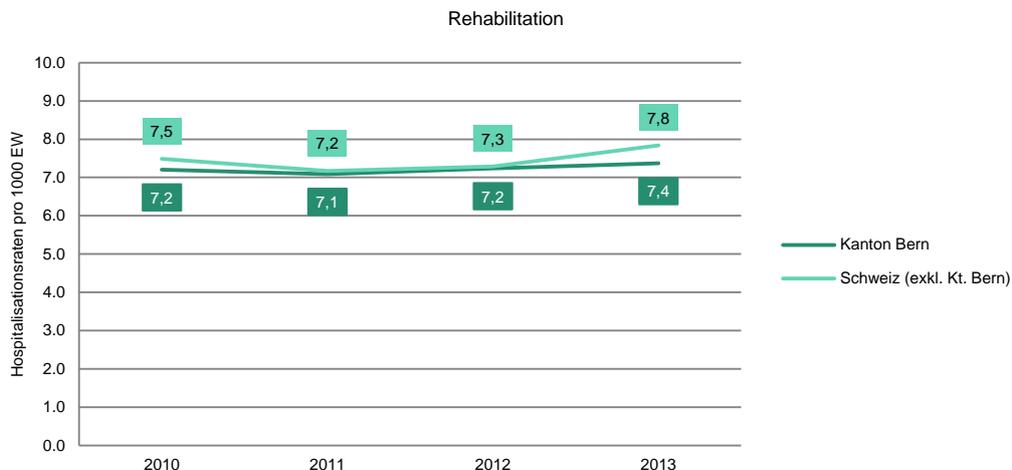
Hospitalisationsrate

Die Versorgungsplanung 2011–2014 machte keine Angaben zur Hospitalisationsrate für den Bereich Rehabilitation. Im Jahr 2010 wurden 7,2 Berner Fälle pro 1000 Einwohner in einer Rehabilitationsklinik stationär behandelt. Seit 2012 stieg die Hospitalisationsrate in allen Kantonen wieder leicht an, nachdem in den Jahren zuvor eine rückläufige Tendenz zu beobachten gewesen war. Allerdings zeigen sich 2012 und 2013 deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen. Im Kanton Bern lässt sich im Vergleich zu den anderen 25 Kantonen seit 2012 ein insgesamt etwas weniger steiler Anstieg der Hospitalisationsrate beobachten. Sie liegt zudem im gesamten Beobachtungszeitraum unter dem Schweizer Durchschnittswert (siehe Abbildung 36).

¹⁰⁷ In «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» findet sich zudem der prognostizierte Anteil der KVG-Fälle bis 2020.

2013 lag die Hospitalisationsrate bei den in einer Rehabilitationsklinik behandelten Fällen im Kanton Bern bei 7,4 Fällen pro 1000 Einwohner (in den anderen 25 Kantonen: 7,8 Fälle pro 1000 Einwohner).¹⁰⁸

Abbildung 36:
Entwicklung der Hospitalisationsrate der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 | Rehabilitation

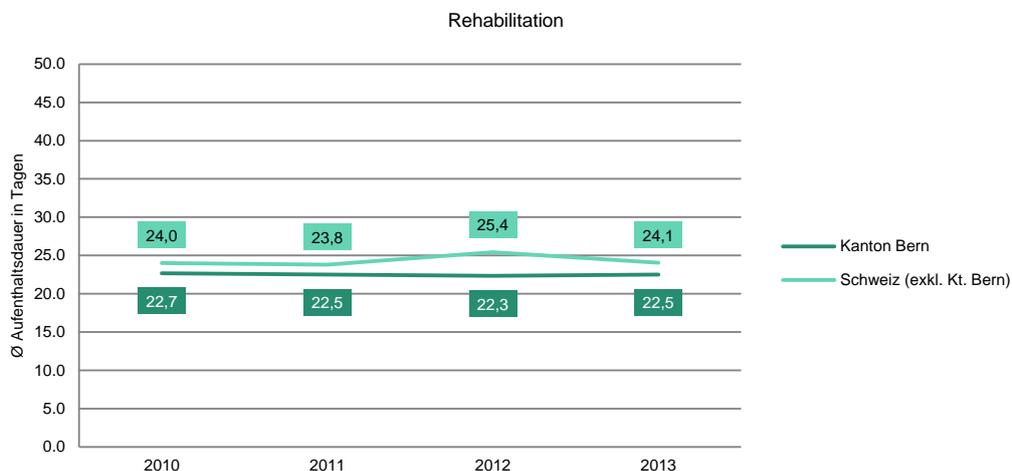


Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Mittlere Aufenthaltsdauer

2008 lag die mittlere Aufenthaltsdauer bei 26,2 Tagen. Sie sank bis 2010 auf 22,7 Tage. Für die Rehabilitation bleibt die mittlere Aufenthaltsdauer 2010 und 2013 unverändert. Der Berner Durchschnittswert lag 2013 mit 22,5 Tagen weiterhin deutlich unter jenem der anderen 25 Kantone (Durchschnittswert andere Kantone: 24,1 Tage, siehe Abbildung 37).

Abbildung 37:
Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 | Rehabilitation



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

¹⁰⁸ Hinweis: Die Entwicklung der hier dargestellten Parameter 2010–2013 nach Leistungsgruppen der Rehabilitation findet sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

13.4 Patientenströme

Patientenströme zwischen den Kantonen

2008 liessen sich 17,2 Prozent der Berner Patientinnen und Patienten in einem anderen Kanton stationär behandeln. Der Anteil ist in den letzten Jahren trotz Spitalwahlfreiheit gesunken. Tabelle 51 zeigt die Patientenströme zwischen den Kantonen im Bereich der stationären Rehabilitation.¹⁰⁹ Betrachtet man die Abwanderung der Berner Patientinnen und Patienten, zeigt sich, dass die Zahl der ausserkantonale behandelten Berner Patientinnen und Patienten zwischen 2010 und 2013 um rund 1,5 Prozent angestiegen ist (2010: 1001 Fälle, 2013: 1016 Fälle). Insgesamt liessen sich 2013 mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten in Berner Rehabilitationskliniken behandeln als Berner Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Rehabilitationskliniken. Die ausserkantonale in Anspruch genommenen Leistungen konzentrierten sich 2013 hauptsächlich auf die Leistungsgruppen Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates (36,5 Prozent), Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems (17,1 Prozent) sowie die Neurologische (17,1 Prozent) und die Pulmonale Rehabilitation (12,1 Prozent). Zusammen machten sie 83,1 Prozent der 1016 ausserkantonalen Behandlungen aus. Die am häufigsten in Anspruch genommenen ausserkantonalen Leistungserbringer waren 2013 die Clinique le Noirmont (25,5 Prozent) im Kanton Jura, die Rehaklinik Bellikon (10,2 Prozent) im Kanton Aargau sowie das Rehabilitationszentrum Leukerbad (8,6 Prozent) im Kanton Wallis. Für die stationäre Rehabilitation querschnittgelähmter Patientinnen und Patienten sind weiter das Schweizer Paraplegiker-Zentrum im Kanton Luzern sowie die Rehab Basel zuständig. Zusammen behandelten diese Leistungserbringer 2013 55,4 Prozent der 1016 Bernerinnen und Berner.

Tabelle 51:

Patientenströme zwischen den Kantonen 2013 | Rehabilitation

	Total	BE	JU	AG	VS	LU	TG	BS	VD	SO	ZH	FR	OW	NW	NE
Abwanderung:	7377	6361	304	327	109	95	50	42	10	11	10	–	–	–	6
Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Behandlungskanton		(86,2%)	(4,1%)	(4,4%)	(1,5%)	(1,3%)	(0,7%)	(0,6%)	(0,1%)	(0,1%)	(0,1%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,1%)
Zuwanderung:	8537	6361	36	79	267	385	5	51	66	453	72	360	86	82	74
Fallzahlen in Berner Spitälern nach Wohnkanton		(74,5%)	(0,4%)	(0,9%)	(3,1%)	(4,5%)	(0,1%)	(0,6%)	(0,8%)	(5,3%)	(0,8%)	(4,2%)	(1,0%)	(1,0%)	(0,9%)
Nettowanderung:			--	--	++	++	--	+	++	++	++	++	++	++	++
qualitative Beurteilung			starke Abwanderung	starke Abwanderung	starke Zuwanderung	starke Zuwanderung	starke Abwanderung	Zuwanderung	starke Zuwanderung						

-- (-50,0% und weniger), - (-49,9 bis 0,0%), 0 (-/+0,0%), + (0,1 bis 50,0%), ++ (50,0% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Spitalwahlfreiheit seit dem 1. Januar 2012

Mit der Spitalwahlfreiheit seit dem 1. Januar 2012 ist die Zuwanderung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Kanton Bern um 37,2 Prozent gestiegen (2010: 1586 Fälle, 2013: 2176 Fälle). Berücksichtigt man zusätzlich die relative Zuwanderung zwischen 2010 und 2013, dann ergibt sich ein Anstieg von 20,8 Prozent auf 25,5 Prozent der im Kanton Bern behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten. Rund 22,5 Prozent der Patientinnen und Patienten, die 2013 in einer Rehabilitationsklinik im Kanton Bern behandelt wurden, hatten ihren Wohnsitz in einem der direkt angrenzenden Nachbarkantone (Solothurn 5,3 Prozent, Luzern 4,5 Prozent, Freiburg 4,2 Prozent, Wallis 3,1 Prozent, Obwalden 3,1 Prozent, Nidwalden 1 Prozent, Aargau 0,9 Prozent, Neuenburg 0,9 Prozent, Waadt 0,8 Prozent, Jura 0,4 Prozent). Weitere 3 Prozent der Patientinnen und Patienten kamen aus anderen Kantonen und dem Ausland.

Unterschiede zwischen den Leistungsgruppen

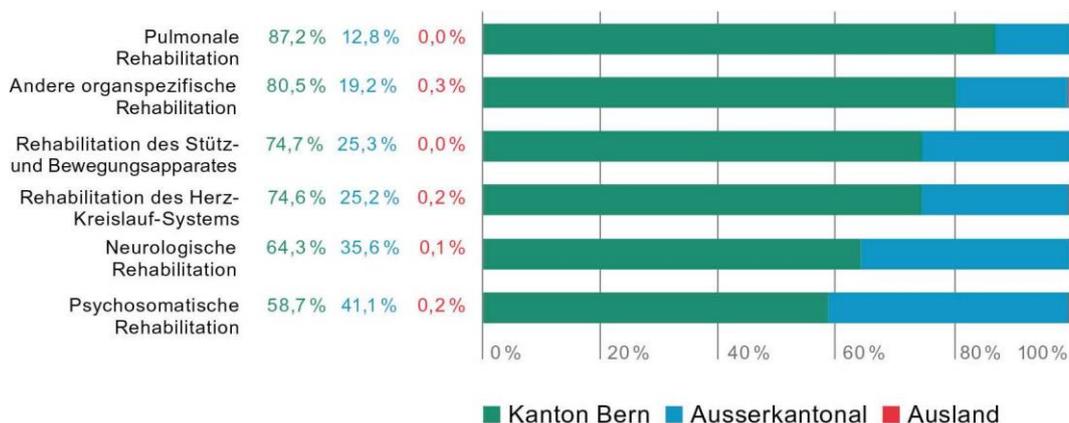
Zwischen den Leistungsgruppen der Rehabilitation zeigen sich deutliche Unterschiede bezüglich des Anteils ausserkantonaler Patientinnen und Patienten (siehe Abbildung 38). Dieser variierte 2013 zwischen rund 12,8 Prozent (Andere organspezifische Rehabilitation – pulmonale Rehabilitation) und rund 41,1 Prozent (Psychosomatische Rehabilitation).

¹⁰⁹ Hinweis: Die detaillierte Aufschlüsselung der hier dargestellten Patientenströme nach Herkunftskanton findet sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung». Für die bessere Vergleichbarkeit der Fallzahlentwicklung zwischen den Jahren 2008 und 2013 werden die Fälle der Berner Klinik Montana für die Jahre 2010–2013 weiter dem Kanton Bern zugeordnet.

Unterschiede zwischen den Altersgruppen

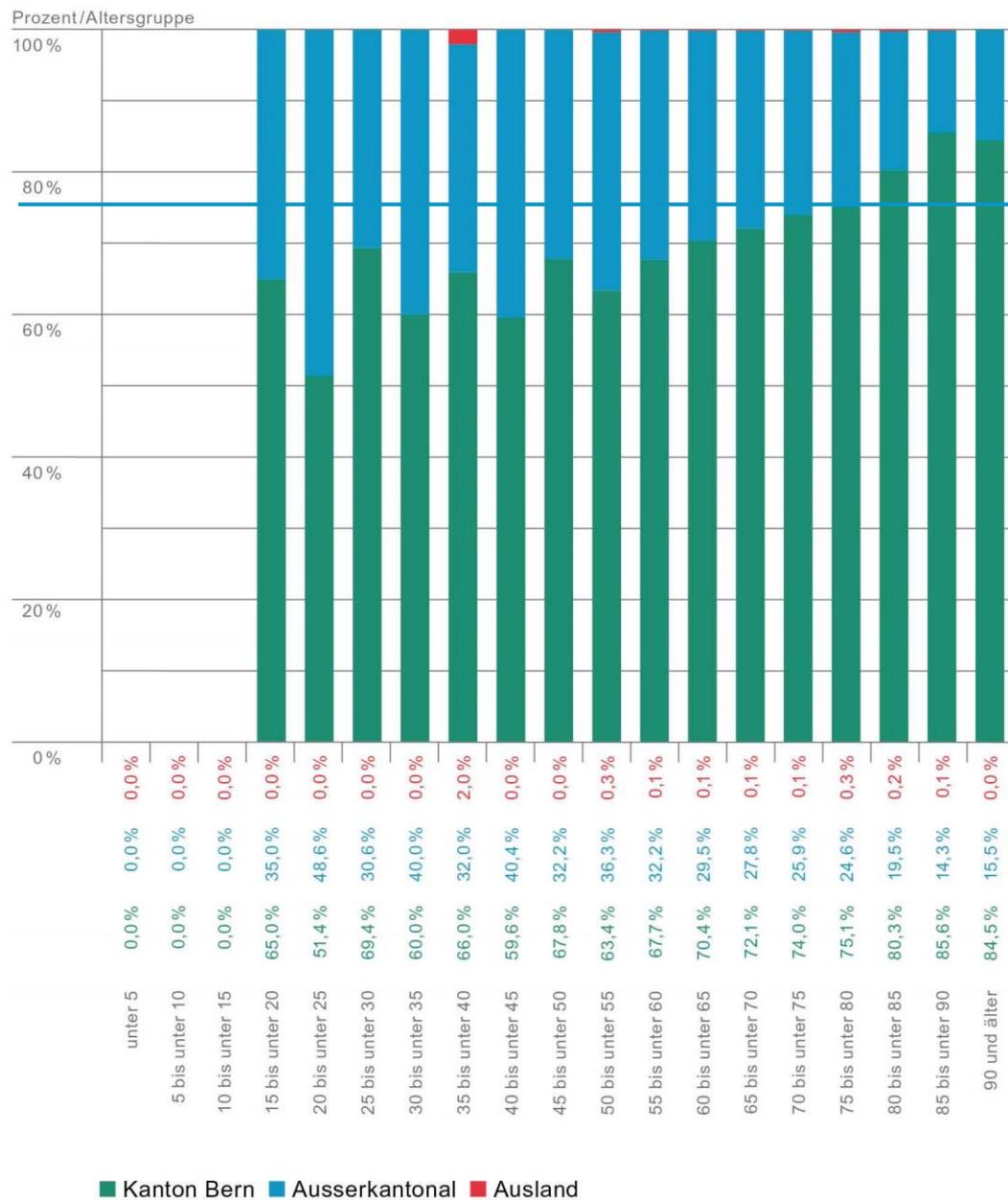
Abbildung 39 zeigt den Anteil ausserkantoner Patientinnen und Patienten differenziert nach Altersgruppen. Auch da besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Austritt aus dem Berufsleben und der zunehmend wichtigeren wohnortnahen stationären Rehabilitation: die Altersgruppen bis 75 Jahre weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil ausserkantoner Patientinnen und Patienten auf. Der Durchschnittswert liegt bei 25,5 Prozent und ist in Abbildung 39 durch eine blaue Linie gekennzeichnet. Der höchste Anteil ausserkantoner Patientinnen und Patienten zeigt sich in der Altersgruppe der 40- bis 45-Jährigen.

Abbildung 38:
Spitalaustritte aus Berner Rehabilitationskliniken nach Leistungsgruppe (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 | Rehabilitation



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 39:
Verteilung der Spitalaustritte aus Berner Rehabilitationskliniken
nach Altersgruppen (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort
der Patientinnen und Patienten 2013 | Rehabilitation



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

13.5 Bedarfsprognose zum 31.12.2017 | 31.12.2020

Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften

Im Bereich der Rehabilitation deuteten zwei der sieben Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften auf erhöhte Fallzahlen zusätzlich zu dem berechneten demografischen Effekt hin (siehe Tabelle 52 sowie Anlagen 4.4 und 5.3 zur Spitalplanung). Auf der Basis dieser beiden Hinweise wurde die rechnerische Prognose der Status-Quo-Methode zusätzlich ergänzt (Tabelle 53).¹¹⁰

Tabelle 52:

Zusätzliche Anpassung der rechnerischen Prognose zum 31.12.2020 | Rehabilitation

Leistungsgruppen	Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften
Zunahme der Fallzahlen über den demografischen Effekt	
Rehabilitation Querschnittgelähmter	Ursächliche Faktoren sind die Demografie sowie die Medizintechnik; Alterung der Bevölkerung, die Population an Querschnittgelähmten in der Schweiz wird in den nächsten 10 bis 20 Jahren weiter leicht zunehmen, bis die Altersspitze erreicht wird; die voraussichtlich konstante Zahl an Erstrehabilitationen unterliegt einer Veränderung des Verhältnisses Unfall zugunsten verschiedener krankheitsbedingter Querschnittlähmungen. Diese Erkrankungen sind komplexer und aufwendiger in der Behandlung und resultieren in verkürzten stationären Verweildauern; aufgrund der zunehmenden Population an Querschnittgelähmten und der damit einhergehenden Alterung muss bei den Komplikations- und Folgebehandlungen mit einer leichten Zunahme analog zu der Entwicklung der Population gerechnet werden (wiederum Zunahme Schweregrade der Behandlung gegenüber kürzeren Verweildauern aufgrund von Kostendruck und medizinischem Fortschritt).
Internistische und onkologische Rehabilitation	Ursächlicher Faktor ist die Medizintechnik; neue Indikation, die sich entwickeln wird; sowie Fortschritte in der Onkologie, Intensivmedizin und Chirurgie.

Quelle: Darstellung der GEF auf Basis einer Umfrage für die Versorgungsplanung 2016 (Stand: 31.12.2015)

Rechnerische Prognose

Um den künftigen Bedarf an stationären Leistungen der Rehabilitation bis 31. Dezember 2017 bzw. 31. Dezember 2020 abzuschätzen, wurde in einem ersten Schritt die rechnerische Prognose mittels der Status-Quo-Methode ermittelt (siehe Tabelle 53, Spalte a). Wo nötig, wurde die Status-Quo-Methode gestützt auf die Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften weiter angepasst (Tabelle 53, Spalte b). In Tabelle 53 werden die bis 2020 prognostizierten Leistungen der stationären Rehabilitation abgebildet.¹¹¹

Tabelle 53:

Rechnerische Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP16) zum 31.12.2017 und zum 31.12.2020 | Rehabilitation:

a) nach Status-Quo-Methode

b) nach Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung durch Hinweise der Fachgesellschaften

Kürzel	Leistungsgruppen	Datenausgangsbasis 31.12.2013		Rechnerische Prognose zum 31.12.2017			Rechnerische Prognose zum 31.12.2020		
		(a)	(b)	(a)	(b)	Veränderung in Prozent	(a)	(b)	Veränderung in Prozent
MSR	Muskuloskeletale Rehabilitation	3852	4102	4102	6,5%	4300	4300	11,6%	
NEURO	Neurologische Rehabilitation	1119	1173	1173	4,8%	1215	1215	8,6%	
PUL	Pulmonale Rehabilitation	974	1037	1037	6,5%	1086	1086	11,5%	
INTERN	Internistische und onkologische Rehabilitation	556	589	616	10,8%	614	618	11,1%	
KAR	Kardiologische Rehabilitation	522	552	552	5,8%	575	575	10,2%	
PSYCH	Psychosomatische Rehabilitation	269	271	271	0,7%	273	273	1,6%	
RQ	Rehabilitation Querschnittgelähmter	57	58	60	4,9%	59	61	6,3%	
[n.z.]	[nicht zuordenbar]	28	29	29	3,2%	29	29	3,2%	
	Total	7377	7811	7840	6,3%	8151	8157	10,6%	
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	1016	1049	1078	6,1%	1075	1080	6,3%	
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	6361	6762	7076	6,3%	7076	7077	11,3%	

(a) Status-Quo-Methode 31.12., rechnerische Prognose

(b) Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung für qualitative Entwicklung zum 31.12., rechnerische Prognose
Veränderung in Prozent: Veränderung zum 31.12. in Spalte (b) gegenüber Datenausgangsbasis am 31.12.2013

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der kantonalen Bevölkerungsprojektion aus dem Jahr 2012 («hohes Szenario»)

¹¹⁰ Hinweis: Die Rückmeldungen der Fachgesellschaften sowie die Herleitung der Bedarfsprognose sind in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» zusammengestellt.

¹¹¹ Hinweis: Die Altersverteilungen nach den Leistungsgruppen der Rehabilitation befinden sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung». Eine Übersicht der der Prognose zugrunde liegenden Datenausgangsbasis für 2013 findet sich in Anlage G. Die Entwicklung der Fallzahlen bis 31. Dezember 2020 erfolgte im Wesentlichen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die in Anlage F nachzuschlagen ist. In Anlage J finden sich darüber hinaus die nach Altersgruppen differenzierten Ergebnisse der Bedarfsprognose bis zum 31. Dezember 2020.

Entwicklungstendenzen (Prognose)

Die Prognose ergibt bezogen auf alle Leistungsgruppen der SPLG Rehabilitation (ohne Querschnittsbereich «Geriatrische Rehabilitation») bis 31. Dezember 2020 einen Zuwachs der Fallzahlen um rund 780 Fälle (+10,6 Prozent) (gegenüber Datenausgangsbasis am 31.12.2013). Das entspricht einem durchschnittlichen Wachstum von 1,4 Prozent pro Jahr. Die prognostizierten Entwicklungen in den einzelnen Leistungsgruppen fallen im Bereich der stationären Rehabilitation unterschiedlich aus. Um die bis 2020 erwartete Entwicklung der Fallzahlen zu beschreiben und eine qualitative Beurteilung der Entwicklungstendenz vorzunehmen, werden die prognostizierten Veränderungen wiederum in fünf Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 54).

Tabelle 54:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach V16) bis zum 31.12.2020 | Rehabilitation

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
			Psychosomatische Rehabilitation, Rehabilitation Querschnittgelähmter	Muskuloskelettale Rehabilitation, Neurologische Rehabilitation, Pulmonale Rehabilitation, Internistische und onkologische Rehabilitation, Kardiologische Rehabilitation

-- (-7,5% und weniger), - (-7,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 7,5%), ++ (7,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der kantonalen Bevölkerungsprojektion aus dem Jahr 2012 («hohes Szenario»)

13.6 Leistungsangebot am 31.12.2015

Die aktuelle Spitalliste Rehabilitation ist seit dem 1. Mai 2012 in Kraft. Die Zahl der Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag auf der Berner Spitalliste Rehabilitation hat sich in der Planungsperiode 2011–2014 kaum verändert. Anpassungen seit dem Inkrafttreten der Spitalliste Rehabilitation erfolgten grundsätzlich auf Antrag der betreffenden Spitäler und unter Berücksichtigung einer angemessenen Übergangsfrist. Die Schliessung des Standorts Zieglerspital der Spital Netz Bern AG zur Jahresmitte 2015 hatte zur Folge, dass der Leistungsauftrag «Geriatrische Rehabilitation» auf den Standort Tiefenauspital übertragen wurde. Ausserdem wurde der Spital Netz Bern AG für den Standort Riggisberg der Leistungsauftrag «Neurologische Rehabilitation» erteilt. Zum Ende der Planungsperiode 2011–2014 konnten ausserdem drei neue Leistungsaufträge an Berner Listenspitäler erteilt werden. So erhielt die Klinik Siloah die Leistungsaufträge «Neurologische Rehabilitation», «Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates» sowie «Geriatrische Rehabilitation». Tabelle 55 zeigt die zum Stichtag am 31. Dezember 2015 vorhandenen Leistungsangebote der 23 Berner Listenspitäler (Standorte) Rehabilitation nach Leistungsgruppen. Die Berner Klinik Montana gehört aufgrund ihres Standorts im Kantonsgebiet des Kantons Wallis in der Versorgungsplanung 2016 zu den ausserkantonalen Listenspitälern.

Tabelle 55:

Leistungsgruppen in den Berner Listenspitälern | Rehabilitation

Kürzel	Leistungsgruppen	Anzahl Listenspitäler (Standorte)
NERE	Neurologische Rehabilitation (inkl. Rehabilitation Querschnittgelähmter)	10
SBRE	Rehabilitation des Stütz- und Bewegungsapparates	8
HKRE	Rehabilitation des Herz-Kreislauf-Systems	3
AORE	Andere organspezifische Rehabilitation (inkl. pulmonaler Rehabilitation)	2
PSRE	Psychosomatische Rehabilitation	2
Querschnittsbereiche		
GERE	Geriatrische Rehabilitation	9
Listenspitäler Rehabilitation insgesamt		23
davon ausserkantonale Listenspitäler		7

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

13.7 Ergebnisse der Angebotserhebung zum 31.12.2020

Insgesamt reichten im Sommer 2015 alle 23 Listenspitäler mit Leistungsaufträgen im Bereich Rehabilitation sowie drei weitere interessierte Spitäler die Unterlagen für die Angebotserhebung bei der GEF ein. Die Teilnahme war freiwillig und die Angaben über das künftige Angebot unverbindlich. Inwieweit die Angebotsplanung der einzelnen Spitalunternehmen dem rechnerisch festgestellten Bedarf der Kantonsbevölkerung bis 2020 entspricht, wird erst die Auswertung der verbindlichen Gesuche der Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für die künftige Spitalliste Rehabilitation basierend auf der Versorgungsplanung 2016 zeigen. Im Gegensatz zum informativen Charakter der Angebotserhebung umfasst das Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Rehabilitation verbindliche Gesuche der Spitalunternehmen für die Erteilung von Leistungsaufträgen auf der Berner Spitalliste Rehabilitation.

Geplante Veränderungen bei den Leistungsangeboten der Rehabilitationskliniken

Wie in den Versorgungsbereichen Akutsomatik und Psychiatrie informierten die Unterlagen zur Angebotserhebung die interessierten Spitäler über die weiterentwickelte SPLG-Systematik des Kantons Bern. Die weiterentwickelte SPLG Rehabilitation wird für Gesuche für die Spitalliste Rehabilitation ab 2017 relevant sein. So wird es drei neue eigenständige Leistungsgruppen geben: 1. «Internistische und onkologische Rehabilitation», 2. «Pulmonale Rehabilitation», 3. «Rehabilitation Querschnittgelähmter». Für diese Leistungsgruppen zeigt sich in den Erhebungsergebnissen ein grosses Interesse der Spitäler (siehe Tabelle 56). Gleichzeitig wird die nicht fachspezifische Leistungsgruppe «Andere organspezifische Rehabilitation» aufgehoben. Die Ergebnisse der Angebotserhebung Rehabilitation weisen darüber hinaus auf eine expansive Planung der einzelnen Spitäler bis 2020 hin, die mehrheitlich auf einen Leistungsausbau im Bereich Rehabilitation hindeutet.

Tabelle 56:

Geplante Veränderung nach Leistungsgruppen (nach VP16) in den Berner Listenspitälern sowie weiterer interessierter Spitäler bis 2020 | Rehabilitation

Kürzel	Leistungsgruppen	Stichtag zum Zieljahr der Versorgungsplanung 2016: 31.12.2020	
		geplanter Ausbau	geplanter Abbau
NERE	Neurologische Rehabilitation	4	–
MSK	Muskuloskeletale Rehabilitation	7	–
KAR	Kardiovaskuläre Rehabilitation	1	–
INTERN	Internistische und onkologische Rehabilitation	8	–
PUL	Pulmonale Rehabilitation	2	–
PSRE	Psychosomatische Rehabilitation	4	–
GERE	Geriatrische Rehabilitation	5	2
RQ	Rehabilitation Querschnittgelähmter	4	–
Rehabilitationskliniken insgesamt		26	
davon ausserkantonale Spitäler		10	–

Quelle: Darstellung der GEF auf Basis der Auswertung der Angebotserhebung Rehabilitation (Stand: 31.12.2015)

13.8 Erwartete Kosten

Kostenprognose für die stationäre Spitalversorgung im Bereich Rehabilitation

Im Bereich der Rehabilitation wird bis 2020 eine Zunahme der stationären Fälle um ca. 1,4 Prozent pro Jahr erwartet (siehe Kapitel 13.5). Ursächlicher Faktor ist die erwartete Bevölkerungsentwicklung. Der Kanton hat bezüglich der Fallzahlen keine direkte Steuerungsmöglichkeit. Auch die Tarife der Leistungen im Bereich der Rehabilitation werden voraussichtlich steigen, um eine nachhaltige Deckung der Behandlungskosten zu gewährleisten. Die Leistungserbringer berichten, dass die Rehabilitationspatientinnen und -patienten zunehmend einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen, wodurch eine Kostensteigerung erwartet wird. Zusätzlich soll für die stationäre Rehabilitation ab 2018 die leistungsorientierte Tarifstruktur ST Reha zur Anwendung kommen. Tabelle 57 zeigt die prognostizierten Kosten im Jahr 2020 für den Bereich Rehabilitation. Die Prognose der kantonalen Ausgaben für die stationäre Spitalversorgung im Bereich Rehabilitation beruht auf den Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, den Jahresenddaten und den effektiv abgerechneten Leistungsdaten der Listenspitäler aus dem Jahr 2014. Für den Teil der Berner Bevölkerung, der sich 2014 in einem Berner Listenspital behandeln liess, wurden die Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mit den Jahresenddaten der bernischen Spitalunternehmen verglichen und bei wesentlichen Abweichungen korrigiert. Weil die Daten Medizinischen Statistik für die ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung für 2014 bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 nicht vorlagen, beruht die Prognose der kantonalen Ausgaben für diesen Teil der Berner Bevölkerung ausschliesslich auf den effektiv abgerechneten Leistungsdaten der ausserkantonalen Spitalunternehmen. Die resultierenden Leistungsdaten, die alle inner- und

ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung von 2014 erfassen, wurden mit dem Bevölkerungsszenario «hoch» extrapoliert.¹¹² Zusätzlich wurden die aktuellen Tarife sowie die Trends und Erwartungen zur Tarifentwicklung in der Kostenprognose berücksichtigt. Weiterhin wurde die Annahme getroffen, dass der Kanton Bern seinen Finanzierungsanteil nicht über 55 Prozent festlegt. Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der Rehabilitation steigt gemäss Kostenprognose bis ins Jahr 2020 insgesamt auf 77,9 Millionen Franken (+20,2 Prozent).

Tabelle 57:

Kostenprognose Kantonsanteil für die stationäre Rehabilitation bis 2020 | in Tausend CHF

	2014 (Ausgangsbasis)	2020 (Prognose)
Kantonsanteil an der stationären Rehabilitation insgesamt	64 767	77 853
davon Kantonsanteil an der stationären Rehabilitation – innerkantonale Behandlungen	57 067	69 114
davon Kantonsanteil KVG 55 Prozent	57 059	69 105
davon Kantonsanteil IVG 20 Prozent	8	9
davon Kantonsanteil an der stationären Spitalversorgung – ausserkantonale Behandlungen	7700	8739

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

13.9 Handlungsfelder

Frühestens Mitte 2018 kann die Bedarfssituation für die im Folgenden aufgeführten stationären Versorgungsschwerpunkte auf der Basis der Erfahrungen und der Inanspruchnahme der dann vorhandenen Leistungsangebote eingehend geprüft werden. Zu diesem Zeitpunkt werden die betroffenen Angebotsstrukturen insbesondere in Hinblick auf einen möglichen Mehrbedarf bewertet. Die Ergebnisse dieser Überprüfungen werden in den Bericht der nächsten Versorgungsplanung des Kantons Bern einfließen.

Psychosomatische Rehabilitation

Der schweizweit zu verzeichnende Anstieg stationärer psychosomatischer Rehabilitation lässt sich auch im Kanton Bern beobachten (siehe Tabelle 46 und «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung»). Die Inanspruchnahme der psychosomatischen Rehabilitation fällt grösser aus, als mit der demografischen Entwicklung zu erklären ist (vgl. bspw. Bedarfsprognose bis 2020). Vor diesem Hintergrund soll in der Planungsperiode 2017–2020 die Bedarfsentwicklung der psychosomatischen Rehabilitation genauer geprüft werden.

Frührehabilitation und Kinder- und Jugendrehabilitation (Querschnittsbereiche)

Bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 gab es im Kanton Bern seitens der Listenspitäler keine Anträge zu Leistungsaufträgen in den Bereichen Frührehabilitation und/oder Kinder- und Jugendrehabilitation. Die weiterentwickelte SPLG-Systematik Rehabilitation sieht in der Planungsperiode 2017–2020 diese nicht fachspezifischen Leistungsgruppen nicht separat vor. Alle Berner Patientinnen und Patienten werden in der aktuellen Planungsperiode in den fachspezifischen Leistungsgruppen der SPLG Rehabilitation behandelt und gepflegt. Im Falle von konkreten Anträgen in der Planungsperiode 2017–2020 sollte in den jeweiligen Leistungsgruppen detailliert geprüft werden, inwiefern sich ein tatsächlicher Bedarf für diese derzeit nicht erfassten Querschnittsbereiche ableiten lässt. Der Anteil der unter 25-Jährigen in der stationären Rehabilitation war 2013 mit 0,9 Prozent im Vergleich zur Akutsomatik (15,5 Prozent) sehr gering. Ob die geringen Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Rehabilitation an einem geringen Bedarf oder an einem noch nicht ausreichenden Angebot liegen, lässt sich nicht einfach beurteilen.

¹¹² Die Kostenprognose der Versorgungsplanung kann daher von den jährlich aktualisierten Werten für den Voranschlag und den Finanzplan abweichen. Die jährlichen Eingaben für den Voranschlag und den Finanzplan werden zudem auch unter Berücksichtigung der finanzpolitischen Chancen und Risiken mit den aktuellsten Informationen (Fallzahlen, Tarife) jährlich neu ermittelt und können auch deshalb von den in der Versorgungsplanung angegebenen Werten abweichen.

14 Psychiatrie

Das Kapitel stellt die Inanspruchnahme von 2010 bis 2013 und die prognostizierte Inanspruchnahme bis 2020 für stationäre sowie ambulante Leistungen der Psychiatrie durch die Berner Bevölkerung dar. Zusätzlich zeigt es die vorhandenen Leistungsangebote der psychiatrischen Listenspitäler, Tageskliniken und Ambulatorien 2015 und die erwartete Veränderung der Angebote bis 2020 auf. Das Kapitel vermittelt zudem Informationen zu den in Berner Psychiatriekliniken behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten.

Auf einen Blick:

Abbildung 40:
Inanspruchnahme Psychiatrie 2010–2013

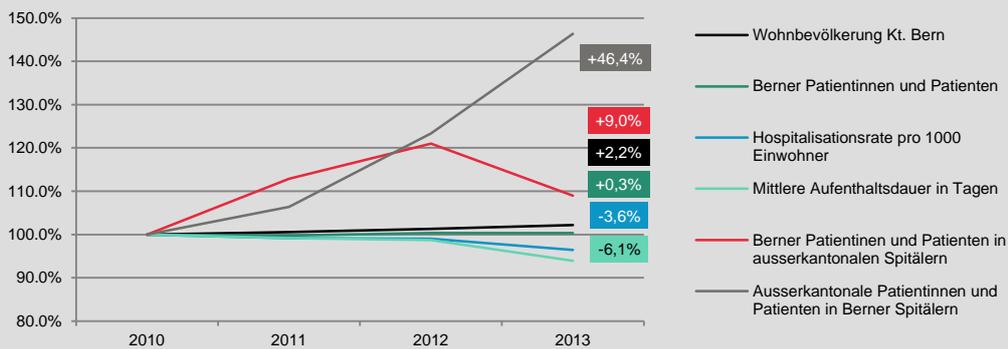


Abbildung 41:
Altersverteilung Psychiatrie 2013¹¹³



Abbildung 42:
Bedarfsprognose Psychiatrie bis 2020



¹¹³ 2013: 8079 Fälle bzw. 317 068 Pflegetage.

14.1 Ausgangslage

Im Kantonsgebiet befinden sich 23 Spitalstandorte mit stationären psychiatrischen Behandlungsangeboten. Damit zeigt sich die stationäre Psychiatrieversorgung im Kanton Bern ausgesprochen vielfältig. Gleichzeitig ist die Angebotsstruktur bezüglich ihrer Leistungen wenig übersichtlich.

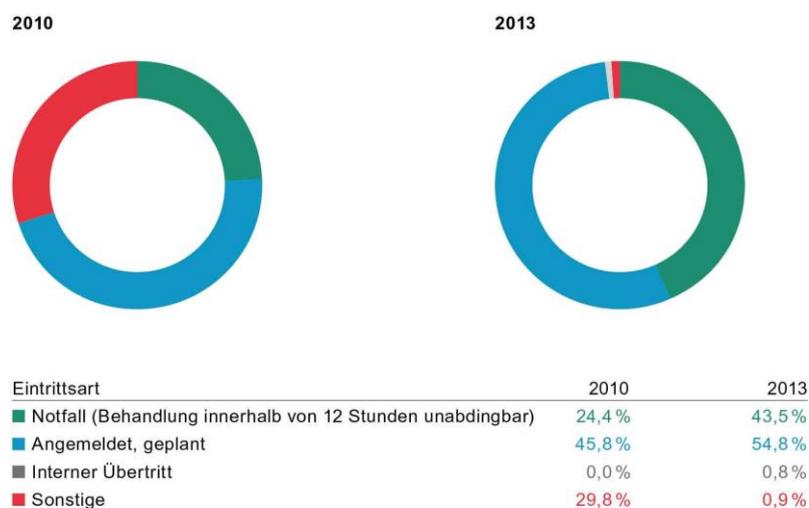
14.2 Inanspruchnahme 2010–2013

Eintrittsarten

Rund die Hälfte der Spitaleintritte 2010 in ein Psychiatriespital war angemeldet. Daran hat sich 2013 nichts geändert. Allerdings weist die Datenausgangsbasis in den psychiatrischen Spitälern 2010 eine schlechtere Datenqualität auf als jene der Akutsomatik und der Rehabilitation. Insbesondere der hohe Anteil sonstiger Eintritte (2010: 29,8 Prozent) in die Psychiatrie weist auf eine ungenügende Datenqualität hin (siehe Abbildung 43). Die Daten für 2013 zeigen eine deutliche Verbesserung der Datenqualität. Nur 0,9 Prozent der Fälle wurde als sonstiger Eintritt klassifiziert.

Abbildung 43:

Art des Eintritts der Berner Wohnbevölkerung in eine Psychiatrieklinik 2010/2013



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Altersstruktur

Tabelle 58 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zwischen 2010 und 2013 differenziert nach Altersgruppen. Der Anteil der über 65-Jährigen und Älteren stieg zwischen 2010 und 2013 auch in der stationären Psychiatrie um insgesamt rund 2,8 Prozent. Dieser Anteil (2013: rund 15 Prozent) stellte allerdings nicht die zahlenmässig grösste Gruppe der Patientinnen und Patienten dar. In diesem Versorgungsbereich machen die jüngeren Altersgruppen der zwischen 25- und 64-Jährigen den Hauptanteil der stationär behandelten Patientinnen und Patienten aus. Ihr Anteil ist zwischen 2010 und 2013 von 73,5 Prozent auf rund 71,1 Prozent gesunken (-2,4 Prozent). Der Anteil der unter 25-Jährigen liegt in der stationären Psychiatrie 2013 bei 14,1 Prozent. Der Anteil der in Anspruch genommenen Pflgetage der 65-Jährigen und Älteren nahm zwischen 2010 und 2013 leicht zu (+1,3 Prozent). Im Vergleich zur Akutsomatik und zur Rehabilitation ist der Anteil mit rund 17 Prozent im Jahr 2013 jedoch vergleichsweise gering. In der Akutsomatik und der Rehabilitation entfielen im selben Jahr mehr als die Hälfte der erbrachten Pflgetage auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen (vgl. Kapitel 12.2 und Kapitel 13.2).

Tabelle 58:

Fallzahlen und Pflegetage der Berner Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2010–2013 | Psychiatrie

Altersgruppe	31.12.2010								31.12.2013	
	Fälle		Pflegetage		Fälle		Pflegetage		Absolute Anzahl	Anteil in Prozent
	Absolute Anzahl	Anteil in Prozent								
0 bis unter 5	—	0,0%	—	0,0%	—	0,0%	—	—	0,0%	
5 bis unter 15	104	1,3%	8765	2,6%	85	1,1%	7686	2,4%		
15 bis unter 25	1095	13,4%	43 815	12,8%	1058	13,1%	40 017	12,6%		
25 bis unter 45	3387	41,3%	122 395	35,7%	3032	37,5%	104 440	32,9%		
45 bis unter 65	2640	32,2%	114 178	33,3%	2718	33,6%	111 072	35,0%		
65 bis unter 85	812	9,9%	45 825	13,4%	969	12,0%	45 194	14,3%		
85 und älter	163	2,0%	7736	2,3%	217	2,7%	8659	2,7%		
Berner Wohnbevölkerung insgesamt	8201	100,0%	342 714	100,0%	8079	100,0%	317 068	100,0%		

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Fallzahlen

2008 wurden 8510 Bernerinnen und Berner in einer Psychatrieklinik stationär behandelt. Die stationäre Inanspruchnahme im Bereich der Psychiatrie ist in den vergangenen Jahren gesunken. Zwischen 2010 und 2013 ist die Zahl der Fälle um 122 gesunken. Im Vergleich zu 2010 (8201 Fälle) wurden 2013 insgesamt 8079 Berner Patientinnen und Patienten stationär in einer Psychatrieklinik behandelt (siehe Tabelle 55). Insgesamt liegt die Inanspruchnahme leicht über der Bedarfsprognose der Versorgungsplanung 2011–2014. Diese ging von 7800 Fällen im Jahr 2014 aus. Im Versorgungsbereich der stationären Psychiatrie sind die Fallzahlen damit insgesamt rückläufig. Die Anzahl der Berner Patientinnen und Patienten, die sich in einem ausserkantonalen Spital stationär behandeln liessen, ist ebenfalls rückläufig (2010: 334 Fälle; 2013: 364 Fälle). Die Entwicklungen im Leistungsgeschehen der stationären Psychiatrie zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung. Die Fallzahlen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (–8,9 Prozent) sowie der Erwachsenenpsychiatrie (–4,4 Prozent) sind insgesamt rückläufig. Dem gegenüber stehen erhöhte Fallzahlen in der Alterspsychiatrie (+21,6 Prozent). Im Jahr 2013 nahm die Mehrheit der Patientinnen und Patienten der stationären Psychiatrie Leistungen der Leistungsgruppe der Erwachsenenpsychiatrie in Anspruch. 2013 waren dies 6628 Fälle (82,0 Prozent). Mit 1186 Fällen entfielen weitaus weniger Leistungen auf die Alterspsychiatrie. Ihr Anteil betrug 14,7 Prozent. Die Entwicklung der Fallzahlen nach den Leistungsgruppen der Psychiatrie im Zeitraum 2010/13 wird in Tabelle 59 ersichtlich.

Tabelle 59:

Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Psychiatrie

Kürzel	Leistungsbereiche	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
KiJu	Kinder- und Jugendpsychiatrie	291	277	300	265	-8,9%
AE	Alterspsychiatrie	975	1023	1061	1186	21,6%
ER	Erwachsenenpsychiatrie	6935	6877	6866	6628	-4,4%
	Total	8201	8177	8227	8079	-1,5%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	334	377	404	364	-9,0%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	7867	7800	7823	7715	-1,9%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (Fallzahlen)

Um die Entwicklung der Fallzahlen zu beschreiben und die qualitative Beurteilung der Entwicklungstendenz zu vereinfachen, werden die Veränderungen in fünf Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 60). In der Psychiatrie erfolgte die Entwicklung der Fallzahlen bis zum 31. Dezember 2013 im Wesentlichen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung. Eine Fallzunahme ist ausschliesslich für die Alterspsychiatrie zu beobachten. In der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachtet die GEF einen Rückgang der Fallzahlen. Ein Zusammenhang zwischen den abnehmenden Fallzahlen und einer Verlagerung in den ambulanten Sektor ist wahrscheinlich.

Tabelle 60:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Psychiatrie

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie				Alterspsychiatrie
-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis -0,5%), 0 (-0,5 bis 0,5%), + (0,5 bis 2,5%), ++ (2,5% und mehr)				
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)				

Mittlere Aufenthaltsdauer

Tabelle 61 zeigt, dass die mittlere Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie gesunken ist. Sie lag 2013 bei 39,2 Tagen (2010: 41,8 Tage).

Tabelle 61:

Mittlere Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Psychiatrie

Kürzel	Leistungsbereiche	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	Veränderung in Prozent
KiJu	Kinder- und Jugendpsychiatrie	66,4	62,1	59,2	64,7	-2,6%
AE	Alterspsychiatrie	54,9	51,5	50,1	45,4	-17,3%
ER	Erwachsenenpsychiatrie	38,9	39,1	39,1	37,1	-4,6%
	Total	41,8	41,4	41,2	39,2	-6,1%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	35,9	34,3	39,9	38,4	-7,0%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	42,0	41,8	41,3	39,3	-6,6%
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)						

Entwicklungstendenz (mittlere Aufenthaltsdauer)

Die Rückgangswerte der mittleren Aufenthaltsdauer fallen zwischen den Leistungsgruppen der Psychiatrie unterschiedlich aus (siehe Tabelle 62). Ein Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer kann verschiedene Ursachen haben, etwa veränderte Behandlungskonzepte.

Tabelle 62:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 | Psychiatrie

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
Erwachsenenpsychiatrie, Alterspsychiatrie				Kinder- und Jugendpsychiatrie
-- (-2,5% und weniger), - (-2,5 bis -0,5%), 0 (-0,5 bis 0,5%), + (0,5 bis 2,5%), ++ (2,5% und mehr)				
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)				

Inanspruchnahme nach Wohnregion | Versorgungsraum Psychiatrie

Im Folgenden wird pro Versorgungsraum die Inanspruchnahme nach Leistungsgruppen der VP1–114 für die Psychiatrie für das Jahr 2013 dargestellt (siehe Tabelle 63).

VR I Aaretal-Oberland

Für den Versorgungsraum Aaretal-Oberland zeigt sich zwischen den Jahren 2010 und 2013 eine Abnahme der Fallzahlen um 3,9 Prozent. Eine deutliche Zunahme ergab sich für die Leistungen der Alterspsychiatrie (+13,5 Prozent bzw. +662 Fälle). Eine Abnahme der Fallzahlen ergab sich für die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (-39 Prozent bzw. -39 Fälle).

VR II Agglomeration Bern

Für den Versorgungsraum Agglomeration Bern zeigt sich zwischen den Jahren 2010 und 2013 eine Zunahme der Fallzahlen um 3,2 Prozent. Die grösste Zunahme ergab sich für die Leistungen der Alterspsychiatrie (+43,2 Prozent bzw. +123 Fälle). Eine Abnahme ergab sich für die Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie (-10,2 Prozent bzw. -41 Fälle).

VR III Biel-Seeland-Berner Jura

Für den Versorgungsraum Biel-Seeland-Berner Jura zeigt sich zwischen den Jahren 2010 und 2013 eine Abnahme der Fallzahlen um 2,5 Prozent. Die deutlichste Zunahme ergab sich für die Leistungen der Alterspsychiatrie (+27,2 Prozent bzw. +53 Fälle). Eine Abnahme ergab sich für die Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie (-6,2 Prozent bzw. -53 Fälle).

VR IV Oberaargau-Emmental

Für den Versorgungsraum Oberaargau-Emmental zeigt sich zwischen den Jahren 2010 und 2013 eine Abnahme der Fallzahlen um 5,7 Prozent. Eine Zunahme ergab sich für die Leistungen der Alterspsychiatrie (+1,6 Prozent bzw. +3 Fälle). Eine Reduktion ergab sich für die Leistungen der Erwachsenenpsychiatrie (-6,8 Prozent bzw. -78 Fälle).

Tabelle 63:

Inanspruchnahme nach Wohnregion 2010/2013 | Versorgungsraum Psychiatrie

Leistungsgruppe	Fallzahlen am 31.12.											
	VR I Aaretal-Oberland			VR II Agglomeration Bern			VR III Biel-Seeland-Berner Jura			VR IV Oberaargau-Emmental		
	2010	2013	Veränderung in Prozent	2010	2013	Veränderung in Prozent	2010	2013	Veränderung in Prozent	2010	2013	Veränderung in Prozent
Kinder- und Jugendpsychiatrie	100	61	-39,0%	80	96	20,0%	59	59	0,0%	52	49	-5,8%
Alterspsychiatrie	310	352	13,5%	285	408	43,2%	195	248	27,2%	185	188	1,6%
Erwachsenenpsychiatrie	1770	1682	-5,0%	403	362	-10,2%	1621	1521	-6,2%	1141	1063	-6,8%
Total	2180	2095	-3,9%	2768	2856	3,2%	1875	1828	-2,5%	1378	1300	-5,7%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Version VP11-14 der SPLG Psychiatrie (Stand: 31.12.2015)

KVG-Fälle

Tabelle 64 zeigt die Anteile aller im Kanton Bern wohnhaften Patientinnen und Patienten, die inner- oder ausserhalb des Kantons im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG hospitalisiert wurden (KVG-Fälle). 2013 waren 98 von 100 Berner Patientinnen und Patienten KVG-Fälle. Der Anteil variiert jedoch zwischen den einzelnen Leistungsgruppen. In der Psychiatrie wurden 2013 insgesamt 97,5 Prozent der Fälle im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung nach KVG hospitalisiert. Dabei wiesen die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 95,5 Prozent den tiefsten Anteil der KVG-Fälle auf. Für die Vergabe von Leistungsaufträgen wird der Anteil der KVG-Fälle berücksichtigt, denn der Kanton deckt mit den Spitallisten nur den KVG-Teil des Bedarfs ab (siehe Kapitel 9.1).¹¹⁴

Tabelle 64:

Anteil der KVG-Fälle Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11-14) 2010-2013 | Psychiatrie

Kürzel	Leistungsbereiche	31.12.2010	KVG- Anteil in Prozent	31.12.2011	KVG- Anteil in Prozent	31.12.2012	KVG- Anteil in Prozent	31.12.2013	KVG- Anteil in Prozent	Veränderung in Prozent
KiJu	Kinder- und Jugendpsychiatrie	291	91,8%	277	90,6%	300	93,7%	265	95,5%	3,7%
AE	Alterspsychiatrie	975	99,8%	1023	99,9%	1061	95,5%	1186	96,7%	-3,1%
ER	Erwachsenenpsychiatrie	6935	98,7%	6877	99,2%	6866	98,2%	6628	97,7%	-1,0%
	Total	8201	98,6%	8177	99,0%	8227	97,7%	8079	97,5%	-1,1%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	334	94,3%	377	92,6%	404	96,0%	364	94,0%	-0,4%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	7867	98,8%	7800	99,3%	7823	97,7%	7715	97,7%	-1,2%

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

14.3 Entwicklung im nationalen Vergleich

Hospitalisationsrate

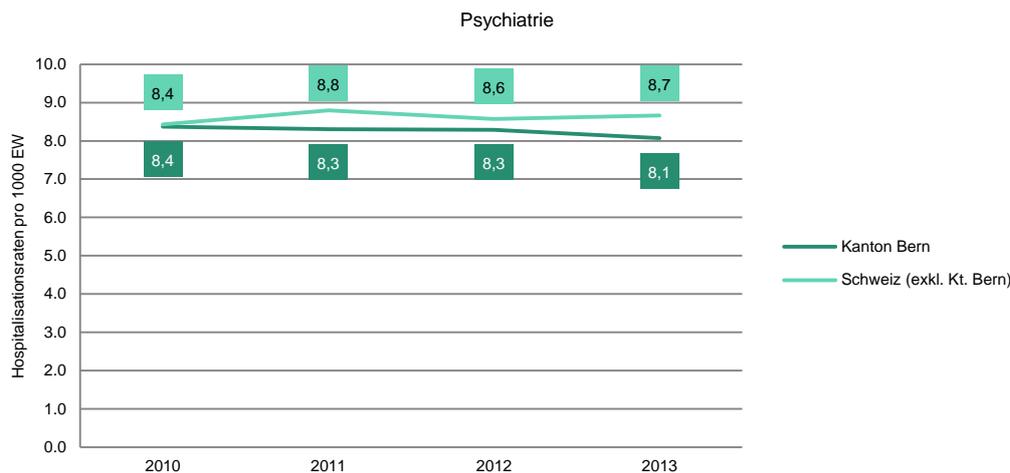
Die Versorgungsplanung 2011-2014 wies für den Bereich Psychiatrie keine Hospitalisationsrate aus. 2010 wurden 8,4 Berner Fälle pro 1000 Einwohner in einer Psychiatrieklinik stationär behandelt.¹¹⁵ Zwischen den Jahren 2010 und 2012 ist im Kanton Bern bei der Hospitalisationsrate eine im Vergleich zu den übrigen Kantonen abweichende Tendenz zu beobachten. In den anderen 25 Kantonen steigt die durchschnittliche Hospitalisationsrate seit dem Jahr 2012 wieder geringfügig an. Die Hospitalisationsrate für den Kanton Bern ist hingegen seit dem Jahr 2010 vergleichsweise konstant. So wurden 2013 8,1 von 1000 Bernerinnen und Berner stationär psychiatrisch behandelt. In den übrigen Kantonen waren es 8,7 von 1000 Einwohnern (siehe Abbildung 44).

¹¹⁴ In «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» findet sich zudem der prognostizierte Anteil der KVG-Fälle bis 2020.

¹¹⁵ Hinweis: Die Entwicklung der hier dargestellten Parameter 2010 bis 2013 differenziert nach den Leistungsgruppen der Psychiatrie finden sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

Abbildung 44:

Entwicklung der Hospitalisationsrate der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 | Psychiatrie



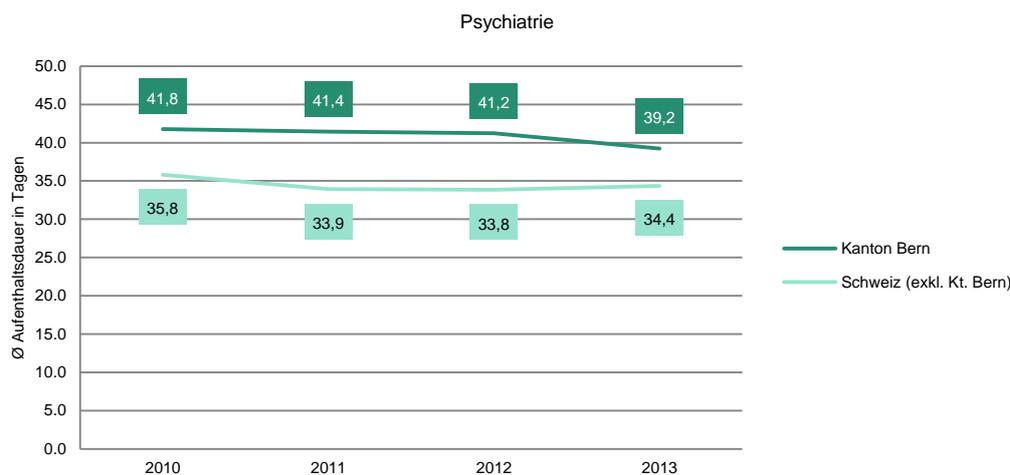
Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Mittlere Aufenthaltsdauer

Im Jahr 2013 lag die mittlere Aufenthaltsdauer bei 39,2 Tagen und damit weiterhin deutlich über dem Durchschnittswert der anderen 25 Kantone (34,4 Tage, siehe Abbildung 45).

Abbildung 45:

Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 | Psychiatrie



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

14.4 Patientenströme

Patientenströme zwischen den Kantonen

2008 liessen sich 96,5 Prozent der 8510 Berner Fälle in einer Psychiatrieklinik im Kanton Bern behandeln. Dieser Anteil ist mit der Spitalwahlfreiheit gesunken. Der Anteil lag 2013 bei 95,5 Prozent (–1 Prozent).¹¹⁶ 2013 liessen sich 364 Bernerinnen und Berner in einem anderen Kanton stationär behandeln. Die ausserkantonale in Anspruch genommenen Leistungen konzentrierten sich 2013 hauptsächlich auf die Leistungen in den Bereichen Affektive Störungen (35 Prozent), Belastungs- und somatoforme Störungen (19,8 Prozent) sowie schizotype und wahnhaftige Störungen (12,9 Prozent). Zusammen machten sie 67,8 Prozent der 364 ausserkantonalen Behandlungen aus. Die häufigsten in Anspruch genommenen ausserkantonalen Leistungserbringer waren 2013 die Luzerner Psychiatrie (17,6 Prozent), die Ita Wegman Klinik (11 Prozent) im Kanton Basel-Land sowie die Solothurner Spitäler AG (5,8 Prozent). Zusammen behandelten diese Leistungserbringer 2013 34,4

¹¹⁶ Hinweis: Die detaillierte Aufschlüsselung der hier dargestellten Patientenströme nach Herkunftskanton findet sich in «Teil E: Tabellen und Anlagen zur Spitalplanung».

Prozent der 364 Bernerinnen und Berner. Tabelle 65 zeigt, dass 2013 mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten in einer Berner Psychiatrieklinik stationär behandelt wurden (Zuwanderung) als Berner Patientinnen und Patienten in einer ausserkantonalen Psychiatrieklinik (Abwanderung).

Tabelle 65:

Patientenströme zwischen den Kantonen in der Psychiatrie 2013

	Total	BE	LU	ZH	BL	AG	BS	TG	VD	SO	ZG	NE	JU	FR	VS
Abwanderung: Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Behandlungskanton	8079	7715 (95,5%)	64 (0,8%)	34 (0,4%)	42 (0,5%)	38 (0,5%)	29 (0,4%)	31 (0,4%)	22 (0,3%)	21 (0,3%)	18 (0,2%)	17 (0,2%)	10 (0,1%)	— (0,0%)	4 (<0,1%)
Zuwanderung: Fallzahlen in Berner Spitälern nach Wohnkanton	9145	7715 (84,4%)	136 (1,5%)	107 (1,2%)	84 (0,9%)	132 (1,4%)	29 (0,3%)	10 (0,1%)	29 (0,3%)	269 (2,9%)	16 (0,2%)	9 (0,1%)	150 (1,6%)	168 (1,8%)	49 (0,5%)
Nettowanderung:			++	++	+	++	0	-	+	++	-	-	++	++	++
qualitative Beurteilung			starke Zuwanderung	starke Zuwanderung	Zuwanderung	starke Zuwanderung	ausgeglichen	Abwanderung	Zuwanderung	starke Zuwanderung	Abwanderung	Abwanderung	starke Zuwanderung	starke Zuwanderung	starke Zuwanderung

-- (-50,0% und weniger), - (-49,9 bis 0,0%), 0 (-/+0,0%), + (0,1 bis 50,0%), ++ (50,0% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Spitalwahlfreiheit seit dem 1. Januar 2012

Mit der Spitalwahlfreiheit seit dem 1. Januar 2012 ist die absolute Zuwanderung von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Kanton Bern im Bereich der stationären Psychiatrie mit 46,4 Prozent am deutlichsten gestiegen (2010: 977 Fälle, 2013: 1430 Fälle). In der Psychiatrie ist parallel auch der Anteil der im Kanton Bern behandelten ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zwischen 2010 und 2013 gestiegen (+4,6 Prozent). Im Jahr 2010 lag der Anteil bei 11 Prozent, 2013 lag er bei rund 15,6 Prozent. Im Jahr 2013 kamen davon 10,9 Prozent aus den direkten Nachbarkantonen (Solothurn 2,9 Prozent, Freiburg 1,8 Prozent, Jura 1,6 Prozent, Luzern 1,5 Prozent, Aargau 1,4 Prozent, Wallis 0,5 Prozent, Obwalden 0,5 Prozent, Nidwalden 0,4 Prozent, Waadt 0,3 Prozent) und weitere 4,7 Prozent aus anderen Kantonen und dem Ausland.

Unterschiede zwischen den Leistungsgruppen

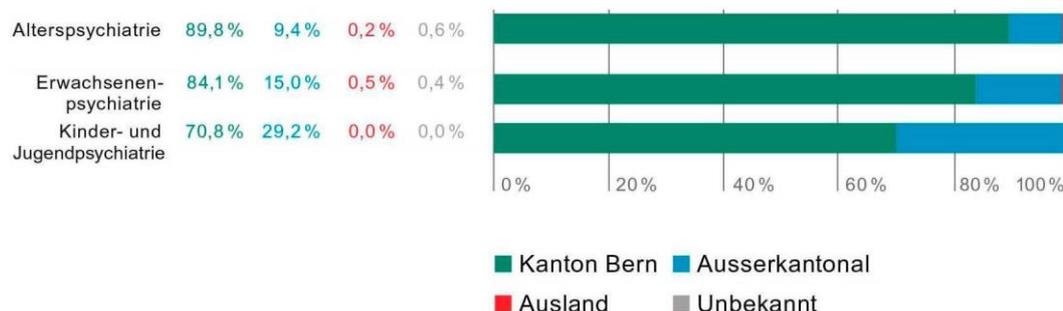
Zwischen den Leistungsgruppen der Psychiatrie zeigen sich deutliche Unterschiede in Bezug auf den Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten (siehe Abbildung 46). 2013 lag er zwischen 9,4 Prozent in der Alterspsychiatrie und 29,2 Prozent in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der vergleichsweise geringe Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in der Leistungsgruppe der Alterspsychiatrie deutet darauf hin, dass diese Leistungsgruppe eher wohnortnahe stationäre Leistungen in Anspruch nimmt.

Unterschiede zwischen den Altersgruppen

Abbildung 47 zeigt den Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie nach Altersgruppen differenziert. Sie zeigt, dass der Anteil ausserkantonomer Patientinnen und Patienten in den Altersgruppen der 15- bis 25-Jährigen und in den Altersgruppen der 45- bis 60-Jährigen überdurchschnittlich hoch ist. Der Durchschnittswert liegt bei 15,6 Prozent (siehe Abbildung 46, blaue Linie). Die Ergebnisse spiegeln zum einen die spezialisierten stationären Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche im Kanton Bern wider, zum anderen zeigen sie die zunehmende Bedeutung einer wohnortsnahen stationären Versorgung im Alter (Alterspsychiatrie).

Abbildung 46:

Spitalausstritte aus Berner Spitälern nach Leistungsgruppe (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 | Psychiatrie



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 47:
**Verteilung der Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Altersgruppen (nach VP11–14)
differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 | Psychiatrie**



Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

Eigenversorgungsquote

Um die Versorgungssituation umfassender beschreiben zu können, weist der vorliegende Bericht die Eigenversorgungsquote neben der Akutsomatik zum ersten Mal auch für die Psychiatrie aus. Die Eigenversorgungsquote als Mass für die wohnortnahe stationäre Versorgung gilt in der Psychiatrieversorgung für Leistungen der stationären Grundversorgung («GRU» der SPLG Psychiatrie). Die Eigenversorgungsquote gibt an, wie hoch oder gering der Anteil der Bevölkerung eines Versorgungsraums ist, der diese Leistungen auch innerhalb des Versorgungsraums in Anspruch nimmt. Die Eigenversorgungsquote für diese Leistungsgruppen liegt 2013 bei mindestens 30 Prozent (siehe Tabelle 66). Die GEF wird beobachten, ob und wie sich dieses Mass mit dem neuen Leistungsauftrag «GRU» der SPLG Psychiatrie künftig entwickeln wird.

Tabelle 66:

Eigenversorgungsquote der Versorgungsräume Psychiatrie (nach VP16; GRU der SPLG Psychiatrie) | Fallzahlen nach Wohnort und Behandlungsort der Berner Patientinnen und Patienten 2013

Wohnort	Behandlungsort									
	VR I Aaretal- Oberland		VR II Agglomeration Bern		VR III Biel-Seeland- Berner Jura		VR IV Obereggau- Emmental		Ausserkantonale	
	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent	Fallzahlen	Prozent
VR I Aaretal-Oberland	1406	74,7%	316	16,8%	4	0,2%	96	5,1%	60	3,2%
VR II Agglomeration Bern	248	10,1%	2043	83,1%	15	0,6%	92	3,7%	61	2,5%
VR III Biel-Seeland-Berner Jura	232	14,2%	712	43,5%	538	32,8%	75	4,6%	81	4,9%
VR IV Obereggau-Emmental	553	43,8%	185	14,6%	2	0,2%	399	31,6%	125	9,8%
Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Kt. Bern insgesamt	2439		3256		559		662		327	
Patientinnen und Patienten mit ausserkantonalem Wohnort	567		400		156		132		52 338	
Patientinnen und Patienten mit Wohnort im Ausland	27		18		3		—		1007	
Patientinnen und Patienten insgesamt	3033		3674		718		794		53 672	

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Stand: 31.12.2015)

14.5 Bedarfsprognose zum 31.12.2017 | 31.12.2020

Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften

Für die Psychiatrie deuteten alle Hinweise der medizinischen Fachgesellschaften darauf hin, dass zusätzlich zum berechneten demografischen Effekt (siehe «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung») keine Zunahme oder Abnahme der Fallzahlen vorliegt. Auf der Basis dieser Hinweise wurde die rechnerische Prognose der Status-Quo-Methode (Demografie) für die Psychiatrie verwendet und nicht zusätzlich angepasst.^{117, 118}

Rechnerische Prognose

Für die Prognose des Bedarfs an stationären Leistungen der Psychiatrie bis zum 31. Dezember 2017 bzw. zum 31. Dezember 2020 wurde der rechnerische Bedarf anhand der Status-Quo-Methode ermittelt (siehe Tabelle 67). Fälle, die aufgrund der Hauptdiagnose nicht eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden konnten, erschienen in der Kategorie als nicht zuordenbar [n.z.]. In dieser Gruppe befinden sich alle Fälle, die keine Hauptdiagnose aus dem Kapitel F des ICD-10 aufweisen, aber dennoch in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden.

¹¹⁷ Hinweis: Die Rückmeldungen der Fachgesellschaften sowie die Herleitung der Bedarfsprognose sind in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung» zusammengestellt.

¹¹⁸ Die Altersverteilungen nach Leistungsgruppen der Psychiatrie finden sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung». Eine Übersicht der für die Prognose zugrunde liegenden Datenausgangsbasis für 2013 findet sich in Anlage G. Die Entwicklung der Fallzahlen bis 31. Dezember 2020 erfolgt im Wesentlichen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die in Anlage F dargestellt ist. In Anlage J finden sich darüber hinaus die nach Altersgruppen und Versorgungsräumen der psychiatrischen Versorgung differenzierten Ergebnisse der Bedarfsprognose bis zum 31. Dezember 2020.

Tabelle 67:

Rechnerische Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP16) zum 31.12.2017 und zum 31.12.2020 | Psychiatrie: a) nach Status-Quo-Methode

Kürzel	Leistungsgruppen	Datenausgangsbasis 31.12.2013	Rechnerische Prognose zum 31.12.2017		Rechnerische Prognose zum 31.12.2020	
			(a)	Veränderung in Prozent	(a)	Veränderung in Prozent
F3	Affektive Störungen (Depressionen, Manien, bipolare Störungen)	2329	2354	1,9%	2372	1,9%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)	1567	1570	0,4%	1573	0,4%
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)	1280	1285	0,4%	1288	0,6%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen)	1014	1022	1,3%	1027	1,3%
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)	598	597	-0,4%	596	-0,4%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)	455	454	-0,2%	453	-0,4%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)	152	152	0,0%	152	0,0%
F0	Organische Störungen (Demenzkrankungen, Delir und andere himnorganische Störungen)	290	313	8,0%	332	14,4%
F7	Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)	65	65	0,0%	65	0,0%
F8	Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)	46	46	0,0%	46	0,0%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen)	61	62	1,6%	62	1,6%
[n.z.]	[nicht zuordenbar]	222	239	7,5%	252	13,6%
Total		8079	8159	1,0%	8218	1,7%
KiJu	davon Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrie	265	269	1,4%	271	2,4%
AE	davon Fälle der Alterspsychiatrie	1186	1285	8,3%	1364	15,0%
ER	davon Fälle der Erwachsenenpsychiatrie	6628	6631	0,0%	6629	0,0%
	davon mit ausserkantonalem Behandlungsort	364	365	0,2%	365	0,4%
	davon Listenspitäler im Kanton Bern	7715	7794	1,0%	7853	1,8%

(a) Status-Quo-Methode 31.12., rechnerische Prognose

Veränderung in Prozent: Veränderung zum 31.12. in Spalte (a) gegenüber Datenausgangsbasis am 31.12.2013

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der kantonalen Bevölkerungsprojektion aus dem Jahr 2012 («hohes Szenario»)

Entwicklungstendenz (Prognose)

Die Prognose ergibt bis zum 31. Dezember 2020 einen vergleichsweise geringen Zuwachs der Fallzahlen von 139 (+1,7 Prozent) gegenüber der Datenausgangsbasis zum 31. Dezember 2013. Das jährliche Wachstum beträgt 0,2 Prozent. Dabei werden unterschiedliche Veränderungen in den einzelnen Leistungsgruppen der Psychiatrie prognostiziert. Um die Entwicklung der Fallzahlen zu beschreiben und die qualitative Beurteilung der Entwicklungstendenz zu vereinfachen, werden die prognostizierten Veränderungen in fünf Kategorien eingeteilt (siehe Tabelle 68). Die erwartete Inanspruchnahme widerspiegelt vorrangig die demografische Entwicklung. Eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung bis zum 31. Dezember 2020 prognostiziert für die Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre) für alle Leistungsgruppen eine Stagnation oder Abnahme der Fallzahlen sowie eine Stagnation der Fallzahlen insgesamt (-/+0,0 Prozent; vgl. Tabelle 67). Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (0–17 Jahre) zeigt die Prognose eine kaum merkbare Veränderung. Sie prognostiziert eine geringe Zunahme der Fälle bis 2020 um 6 Fälle (+2,4 Prozent). Die wichtigsten Leistungsgruppen für die Altersgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die folgenden (in abnehmender Rangfolge): «F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen», «F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend», «F3 Affektive Störungen», «F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen», «F8 Entwicklungsstörungen». Im Bereich der Alterspsychiatrie (65-Jährige und Ältere) wird ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bis zum 31. Dezember 2020 erwartet (+200 Fälle bzw. +15,0 Prozent). Die wichtigsten Leistungsgruppen für die Altersgruppe der Alterspsychiatrie sind die folgenden (in abnehmender Rangfolge): «F3 Affektive Störungen», «F0 Organische Störungen», «FA Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol», «F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen», «F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen».

Tabelle 68:

Qualitative Beurteilung der Veränderung der Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP16) bis zum 31.12.2020 | Psychiatrie

--	-	0	+	++
starker Rückgang	leichter Rückgang	keine Veränderung	leichte Zunahme	starke Zunahme
		FD, F6, F2, F5, F7, F8	FA, F3, F4, F9	F0

-- (-7,5% und weniger), - (-7,5 bis unter -0,5%), 0 (-0,5 bis unter 0,5%), + (0,5 bis unter 7,5%), ++ (7,5% und mehr)

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der kantonalen Bevölkerungsprojektion aus dem Jahr 2012 («hohes Szenario»)

14.6 Leistungsangebot am 31.12.2015

Die aktuelle Spitalliste Psychiatrie ist seit dem 1. Mai 2012 gültig. Die Zahl der Spitäler mit Leistungsaufträgen in den Leistungsgruppen entsprechend den Vorgaben der Versorgungsplanung 2011–2014 hat sich in der Planungsperiode 2011–2014 nicht verändert. Mit 20 von 24 Standorten erbrachte die Mehrheit der Listenspitäler zum Stichtag am 31. Dezember 2015 Leistungen der stationären Erwachsenenpsychiatrie. Der Standort am Spital Burgdorf war zum Stichtag wegen eines Umbaus geschlossen.

Tabelle 69 zeigt die am 31. Dezember 2015 vorhandenen Leistungsangebote der Berner Listenspitäler Psychiatrie nach Leistungsgruppen.

Tabelle 69:

Leistungsgruppen (nach VP11–14) in den Berner Listenspitälern der Psychiatrie

Kürzel	Leistungsgruppen	Anzahl Listenspitäler (Standorte)
ER	Allgemeine und spezialisierte Erwachsenenpsychiatrie	20
FOR	Forensische Psychiatrie	1
KiJu	Kinder- und Jugendpsychiatrie	4
AE	Alterspsychiatrie	5
	Listenspitäler Psychiatrie insgesamt	23
	davon ausserkantonale Listenspitäler	–

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

14.7 Ergebnisse der Angebotserhebung zum 31.12.2020

Im Sommer 2015 reichten 23 Listenspitäler (Standorte) der Psychiatrie sowie ein weiteres interessantes Spital ihre Unterlagen für die Angebotserhebung bei der GEF ein. Es gingen zudem drei Erhebungsbögen für neue oder neu eröffnete Standorte ein. Die Teilnahme war freiwillig und die Angaben zum zukünftigen Angebot unverbindlich. Inwieweit die Angebotsplanung der einzelnen Spitalunternehmen dem rechnerisch festgestellten Bedarf der Kantonsbevölkerung bis zum Zieljahr 2020 entspricht, wird erst die Auswertung der verbindlichen Gesuche der Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahren für die künftige Spitalliste Psychiatrie basierend auf der Versorgungsplanung 2016 zeigen. Im Gegensatz zum informativen Charakter der Angebotserhebung umfasst das Bewerbungsverfahren für die Spitalliste Psychiatrie 2017 die verbindlichen Gesuche der Spitalunternehmen für die Erteilung von Leistungsaufträgen auf der kantonalen Spitalliste Psychiatrie.

Geplante Veränderungen bei den Leistungsangeboten der psychiatrischen Kliniken

Die Ergebnisse der Angebotserhebung Psychiatrie zeigen ein ähnliches Bild wie die Angebotserhebung im Bereich der Rehabilitation (vgl. Kapitel 13.7). Sie lässt insgesamt einen Leistungsausbau bis zum Zieljahr 2020 in vielen Leistungsgruppen der Psychiatrie erwarten (siehe Tabelle 70). Diese Beobachtung wird grundsätzlich positiv beurteilt und bedeutet, dass es in keiner Leistungsgruppe ein zu geringes Leistungsangebot der Spitäler geben wird. Dies ist insbesondere hinsichtlich der stationären psychiatrischen Grundversorgung erfreulich, für die in der Planungsperiode 2017–2020 erstmals ein separater Leistungsauftrag auf der kantonalen Spitalliste Psychiatrie erteilt werden wird.

Tabelle 70:

Geplante Veränderung nach Leistungsgruppen (nach VP16) in den Berner Listenspitälern sowie weiteren interessierten Spitälern bis 2020 | Psychiatrie

Kürzel	Leistungsgruppen	Stichtag zum Zieljahr der Versorgungsplanung 2016: 31.12.2020	
		geplantes Angebot	geplanter Abbau
GRU	Grundversorgung	19	–
F0	Organische Störungen (Demenzerkrankungen, Delir und andere hirnorganische Störungen)	11	–
FA	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)	18	–
FD	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)	18	–
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)	21	–
F3	Affektive Störungen (Depressionen, Manien, bipolare Störungen)	24	–
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen)	23	–
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)	16	–
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)	21	–
F7	Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)	8	–
F8	Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)	12	–
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen)	14	–
Ki	Kinderpsychiatrie (0–13 Jahre)	6	–
Ju	Jugendpsychiatrie (14–17 Jahre)	8	–
ER	Erwachsenenpsychiatrie (18–64 Jahre)	20	–
AR	Alterspsychiatrie (ab 65 Jahren)	12	–
GBE	Personen mit geistiger Behinderung	4	–
FOR	Forensische Psychiatrie	2	–
	Spitäler Psychiatrie insgesamt	27	
	davon ausserkantonale Spitäler	1	–

Quelle: Darstellung der GEF auf Basis der Auswertung der Angebotserhebung Psychiatrie (Stand: 31.12.2015)

14.8 Ambulante Leistungen in der Psychiatrie

Dieser Planungsteil betrifft ausschliesslich ambulante Spitalleistungen im Bereich der Psychiatrieversorgung. Dazu gehören tagesklinische Leistungen der Spitäler und ambulante Leistungen der Ambulatorien. Sie werden seit vielen Jahren durch den Kanton Bern gefördert. Da er dabei – anders als bei den stationären Leistungen – durch das KVG nicht zu einer finanziellen Beteiligung verpflichtet ist, besteht für den Kanton beim Einkauf dieser Leistungen ein grosser Handlungsspielraum. Im Gegensatz zur Versorgungsplanung im stationären Bereich spielen im ambulanten Bereich somit Versorgungsstrategien eine wichtige Rolle. Alle Leistungen, die der Kanton Bern finanziert, werden gemäss SpVG in einem gemeinsam mit den Leistungserbringern erarbeiteten Leistungskatalog aufgeführt. Der Kanton Bern beteiligt sich im ambulanten Bereich ausschliesslich an versorgungsnotwendigen Leistungen, die nicht bereits über Krankenversicherungstarife finanziert werden. Der Bedarf an tagesklinischen und ambulanten Leistungen wird in den folgenden Abschnitten ausgewiesen und – soweit möglich – für die kommenden Jahre prognostiziert.

Tagesklinische Leistungen der Spitäler

Ausgangslage

Die Versorgungsplanung 2011–2014 ging von einer markanten Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich aus. Die prognostizierte Fallzahl in den Tageskliniken wurde tatsächlich deutlich überschritten, jedoch nur bei der Zielgruppe Erwachsene im Erwerbsalter. Bei den Kindern und Jugendlichen sowie den älteren Erwachsenen wurden deutlich weniger Fälle als erwartet behandelt (siehe Tabelle 71). Die Anzahl der vorgehaltenen Behandlungsplätze ist deutlich höher als in der Planung 2011–2014 angenommen. Der Trend zu mehr tagesklinischen Behandlungen wird von der GEF generell positiv bewertet.

Tabelle 71:

Tagesklinische Fälle und Plätze am 31.12.2014 | Vergleich mit der Prognose VP11–14

Zielgruppe	Planung 2014 (lt. VP 2011–2014, S. 156 f.)		31.12.2014 (IST)	
	Fälle	Plätze	Fälle	Plätze
Erwachsene	1000	192	1466	278
Ältere Erwachsene (65+)	200	48	91	28
Kinder und Jugendliche	100	48	76	42
Total	1300	288	1633	348

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik sowie weiterer Angaben der Betriebe (Stand: 31.12.2015)

Inanspruchnahme am 31.12.2014

Die Inanspruchnahme von tagesklinischen Leistungen durch die Berner Bevölkerung im Jahr 2014 ist in den Tabellen 72 und 73 dargestellt. Im Durchschnitt wurden pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner 1,6 Fälle in einer psychiatrischen Tagesklinik behandelt (Häufigkeit). Es bestehen jedoch grosse regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme (siehe Tabelle 73).

Tabelle 72:

Tagesklinische Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe 2014 | abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern

Altersgruppe	Diagnosegruppe												Total	
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[andere]		[leer]
0–13 Jahre	–	–	2	6	–	–	–	15	19	–	–	–	1	43
14–17 Jahre	–	4	8	11	2	1	–	3	4	–	–	–	–	33
18–64 Jahre	3	217	662	205	26	143	4	6	13	141	44	2	–	1466
mehr als 65 Jahre	4	11	48	6	1	–	–	–	–	10	–	11	–	91
Total	7	232	720	228	29	144	4	24	36	151	44	13	1	1633

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 73:

Tagesklinische Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum 2014 | abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern

Altersgruppe	Versorgungsraum				Total
	VR I Aaretal- Oberland	VR II Agglomeration Bern	VR III Biel-Seeland- Berner Jura	VR IV Oberaargau- Emmental	
0–13 Jahre	9	10	19	5	43
14–17 Jahre	7	17	1	8	33
18–64 Jahre	289	600	292	285	1466
mehr als 65 Jahre	21	63	3	4	91
Total	326	690	315	302	1633
Häufigkeit pro 1000 Einwohner	1,1	2,5	1,4	1,4	1,6

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Bedarfsprognose zum 31.12.2020

Diese rein bevölkerungsbezogene Prognose (siehe Tabellen 74 und 75) zeigt, dass der Bedarf bis zum Jahr 2020 insgesamt konstant bleibt, wobei eine leichte Verschiebung hin zur Altersgruppe der über 65-jährigen Personen zu erwarten ist.

Tabelle 74:

Tagesklinische Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe 2020

Altersgruppe	Diagnosegruppe												Total	
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[andere]		[leer]
0–13 Jahre	–	–	2	6	–	–	–	16	20	–	–	–	1	45
14–17 Jahre	–	4	8	11	2	1	–	3	4	–	–	–	–	34
18–64 Jahre	3	216	657	203	26	142	4	6	13	140	43	2	–	1455
mehr als 65 Jahre	5	12	53	7	1	–	–	–	–	11	–	13	–	102
Total	8	232	720	227	29	143	4	25	37	152	43	15	1	1636

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 75:

Tagesklinische Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum 2020

Altersgruppe	Versorgungsraum				Total
	VR I Aaretal- Oberland	VR II Agglomeration Bern	VR III Biel-Seeland- Berner Jura	VR IV Oberraargau- Emmental	
0–13 Jahre	10	11	20	5	45
14–17 Jahre	7	18	1	8	34
18–64 Jahre	286	600	292	278	1455
mehr als 65 Jahre	24	70	3	4	102
Total	326	698	316	295	1636

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Leistungsangebote am 31.12.2015

Die tagesklinischen Angebote werden in den Tabellen 76 und 77 summarisch dargestellt. Es wird nach Tagesklinik-Typ unterschieden, soweit dies möglich ist.

Tabelle 76:

Anzahl tagesklinische Plätze nach Tagesklinik-Typ, Versorgungsraum und Sektor | Erwachsenenpsychiatrie

Versorgungsraum	Sektor	Tagesklinik-Typ			
		Akut- Tagesklinik	Allgemeine Tagesklinik	Alterspsychiatrie- Tagesklinik	Psychotherapie-Tagesklinik oder spezialisierte Tagesklinik
VR I Aaretal-Oberland	Interlaken	–	17	8	–
	Thun	4	16	–	4
	Münsingen	–	–	–	–
VR II Agglomeration Bern	Bern Stadt	18	43	20	46
	Bern Vororte	–	10	–	12
VR III Biel-Seeland-Berner Jura	Biel	8	15	–	–
	Aarberg	–	–	–	–
	Courtelary	–	20	–	–
VR IV Oberraargau-Emmental	Burgdorf	12	–	–	12
	Langenthal	12	14	–	15
Total		54	135	28	89

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis einer Angebotserhebung (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 77:

Anzahl tagesklinische Plätze nach Tagesklinik-Typ und Versorgungsraum | Kinder- und Jugendpsychiatrie

Versorgungsraum	Tagesklinik-Typ	
	allgemeine Tagesklinik mit Schulangebot	
VR I Aaretal-Oberland		2
VR II Agglomeration Bern		27
VR III Biel-Seeland-Berner Jura		13
VR IV Oberraargau-Emmental		–
Total		42

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis einer Angebotserhebung (Stand: 31.12.2015)

Ambulante Leistungen der Ambulatorien

Ambulante Leistungen wurden in der Versorgungsplanung 2011–2014 erwähnt, allerdings nicht quantitativ geplant.

Inanspruchnahme am 31.12.2014

Die Inanspruchnahme von ambulanten psychiatrischen Leistungen der Spitäler im Kanton Bern kann den Tabellen 78 und 79 entnommen werden. Auf die Bevölkerung des Versorgungsraums bezogen zeigt sich eine ungleiche Verteilung. Während in der Agglomeration Bern nur 7,6 Fälle pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner verzeichnet wurden (Häufigkeit), sind es im Aaretal-Oberland mit 15,5 mehr als doppelt so viele (siehe Tabelle 72). Vermutlich sind diese Unterschiede unter anderem auf die unterschiedliche Dichte (Anzahl pro Einwohner) der frei praktizierenden Fachärztinnen und Fachärzte zurückzuführen. Während im Raum Bern mehr als 200 Psychiaterinnen und Psychiater tätig sind, sind es im Versorgungsraum Aaretal-Oberland weniger als 40.¹¹⁹ Je weniger frei praktizierende Fachärztinnen und Fachärzte in einer Region tätig sind, desto grösser ist die Inanspruchnahme der institutionellen Psychiatrieversorgung. Die ambulanten Spitalleistungen sind ein wichtiges Element bei der Versorgung von psychiatrischen Notfällen. Nicht jeder psychiatrische Notfall erfordert eine stationäre Aufnahme.

¹¹⁹ Schätzung auf Basis der beim Kantonsarztamt hinterlegten Adressen. Genaue Angaben über Art und Umfang der Praxistätigkeit (z. B. Arbeitspensum, Anzahl delegiert arbeitende Psychologinnen und Psychologen usw.) sind nicht verfügbar.

In jedem Versorgungsraum bestehen deshalb ambulante psychiatrische Notfalldienste, die teilweise gemeinsam mit den in der Region tätigen psychiatrischen Fachärztinnen und -ärzten organisiert sind. Die Abklärungen und Behandlungen erfolgen dabei in der Regel im Ambulatorium oder in der Notfallstation eines Spitals. Auch in Fällen, die bei der Aufnahme (administrative Falleröffnung) nicht als Notfall deklariert wurden, können später Notfallsituationen eintreten. Deshalb ist die in Tabelle 80 aufgeführte Anzahl Notfälle als eher zu tief zu betrachten. Zudem sind Notfälle, die Hausärztinnen und Hausärzte bzw. frei praktizierende Psychiaterinnen und Psychiater versorgen, nicht berücksichtigt.

Tabelle 78:

Ambulante Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe 2014 | abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern

Altersgruppe	Diagnosegruppe													Total
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[andere]	[leer]	
0–13 Jahre	–	1	21	136	4	4	4	117	163	–	1	111	–	562
14–17 Jahre	1	35	88	165	17	13	1	28	56	6	10	42	1	463
18–64 Jahre	84	1156	2910	2542	195	495	68	58	284	672	369	171	14	9018
mehr als 65 Jahre	336	72	440	255	6	12	1	–	23	64	14	190	1	1414
Total	421	1264	3459	3098	222	524	74	203	526	742	394	514	16	11 457

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 79:

Ambulante Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum 2014 | abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern

Altersgruppe	Versorgungsraum				Total
	VR I Aaretal- Oberland	VR II Agglomeration Bern	VR III Biel-Seeland- Berner Jura	VR IV Oberaargau- Emmental	
0–13 Jahre	205	122	138	97	562
14–17 Jahre	181	83	105	94	463
18–64 Jahre	3390	1676	1834	2118	9018
mehr als 65 Jahre	625	177	166	446	1414
Total	4401	2058	2243	2755	11 457
Häufigkeit pro 1000 Einwohner	15,5	7,6	10,1	12,7	11,5

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 80:

Ambulante Fälle nach Eintrittsart und Versorgungsraum 2014 | abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern

Eintrittsart	Versorgungsraum				Total
	VR I Aaretal- Oberland	VR II Agglomeration Bern	VR III Biel-Seeland- Berner Jura	VR IV Oberaargau- Emmental	
Notfall ¹⁾	615	642	772	625	2654
angemeldet, geplant	3772	1375	1464	2125	8736
andere, unbekannt	14	41	7	5	67
Total	4401	2058	2243	2755	11 457

¹⁾ Behandlung innerhalb von 12 Std. unabdingbar.

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Bedarfsprognose zum 31.12.2020

Die rein bevölkerungsbezogene Prognose bis zum Jahr 2020 (siehe Tabellen 81 und 82) zeigt, dass der Bedarf nur minimal steigen wird, wobei eine leichte Verschiebung hin zur Altersgruppe der über 65-jährigen Personen erwartet wird. Aufgrund der bereits erwähnten Abgrenzungsproblematik werden diese Prognosewerte nur bedingt für den Leistungseinkauf von Bedeutung sein. Dazu wäre es notwendig, die vom Kanton mitfinanzierten Fälle zu identifizieren, was derzeit noch nicht möglich ist. Erst nach dem Vorliegen von ersten Leistungsdaten im Jahr 2018 wird eine vollständige Übersicht über alle durch den Kanton mitfinanzierten ambulanten Behandlungsfälle vorliegen. Es ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der oben dargestellten Fälle eine solche Zusatzfinanzierung benötigt.

Tabelle 81:
Ambulante Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe bis 2020

Altersgruppe	Diagnosegruppe														Total
	F0	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	FA	FD	[undef]	[leer]		
0–13 Jahre	–	1	22	140	4	4	4	122	169	–	1	115	–	583	
14–17 Jahre	1	36	88	166	17	13	1	28	56	6	10	42	1	467	
18–64 Jahre	84	1148	2886	2517	194	490	67	57	280	668	366	169	14	8940	
mehr als 65 Jahre	391	79	493	285	7	14	1	–	26	71	16	217	1	1600	
Total	475	1264	3489	3109	222	520	73	208	531	745	393	544	16	11 590	

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 82:
Ambulante Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum bis 2020

Altersgruppe	Versorgungsraum					Total	
	Aaretal-Oberland	VR I	Agglomeration Bern	VR II	VR III		VR IV
0–13 Jahre	–	212	–	130	143	98	583
14–17 Jahre	–	181	–	87	108	92	467
18–64 Jahre	–	3358	–	1677	1831	2074	8940
mehr als 65 Jahre	–	708	–	198	182	512	1600
Total	–	4459	–	2092	2263	2775	11 590

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Medizinischen Statistik (Stand: 31.12.2015)

Leistungsangebote am 31.12.2015

Die ambulanten Angebote zum Stichtag 31.12.2015 werden in den Tabellen 83 und 84 summarisch dargestellt.¹²⁰

Tabelle 83:
Anzahl Ambulatorien/Standorte nach Angebotstyp, Versorgungsraum und Sektor | Erwachsenenpsychiatrie

Versorgungsraum	Sektor	Ambulantes Angebot					
		Notfall- & Krisenversorgung im Spital / im Ambulatorium	Krisenversorgung am Wohnort (mobil)	Akut-Behandlung zu Hause (Home Treatment, 24/7)	Behandlung / Nachsorge im Spital / im Ambulatorium	Behandlung / Nachsorge am Wohnort (mobil)	
VR I Aaretal-Oberland	Interlaken	2	–	1	–	3	2
	Thun	1	–	1	–	2	2
	Münsingen	–	–	–	–	1	–
VR II Agglomeration Bern	Bern Stadt	1	–	–	–	8	1
	Bern	–	–	–	–	1	–
	Vororte	–	–	–	–	–	–
VR III Biel-Seeland-Berner Jura	Biel	1	–	–	–	3	1
	Aarberg	–	–	–	–	–	–
	Courtelary	–	–	1	–	1	1
VR IV Oberaargau-Emmental	Burgdorf	1	–	–	–	3	1
	Langenthal	1	–	1	–	4	1
Total		7	–	4	–	26	9

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis einer Angebotserhebung (Stand: 31.12.2015)

Tabelle 84:
Anzahl Ambulatorien/Standorte nach Angebotstyp und Versorgungsraum | Kinder- und Jugendpsychiatrie

Versorgungsraum	Ambulantes Angebot					
	Notfall- & Krisenversorgung im Spital / im Ambulatorium	Krisenversorgung am Wohnort (mobil)	Akut-Behandlung zu Hause (Home Treatment, 24/7)	Behandlung / Nachsorge ambulante im Spital / im Ambulatorium	Behandlung / Nachsorge ambulante am Wohnort (mobil)	
VR I Aaretal-Oberland	2	–	–	–	2	1
VR II Agglomeration Bern	1	–	–	–	2	1
VR III Biel-Seeland-Berner Jura	1	–	–	–	2	1
VR IV Oberaargau-Emmental	1	–	–	–	1	1
Total	5	–	–	–	7	4

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis einer Angebotserhebung (Stand: 31.12.2015)

¹²⁰ Hinweis: Detailliertere Angaben zu den Fallzahlen finden sich in «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung».

14.9 Erwartete Kosten

Kostenprognose für die stationäre Spitalversorgung im Bereich Psychiatrie

Im Bereich der stationären Psychiatrie wird eine Stagnation der stationären Fälle bis 2020 erwartet (siehe Kapitel 14.5). Ab 2018 sollte in der stationären Psychiatrie auch die neue Tarifstruktur TARPSY zur Anwendung kommen. TARPSY ist ein leistungsorientiertes Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie. Tabelle 85 zeigt die prognostizierten Kosten bis 2020 für den Bereich der stationären Psychiatrie. Die Prognose der kantonalen Ausgaben für die stationäre Spitalversorgung beruht auf den Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, den Jahresenddaten und den effektiv abgerechneten Leistungsdaten der Listenspitäler von 2014. Für den Teil der Berner Bevölkerung, der sich 2014 in einem Berner Listenspital behandeln liess, wurden die Leistungsdaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mit den Jahresenddaten der bernischen Spitalunternehmen verglichen und bei wesentlichen Abweichungen korrigiert. Weil die Daten Medizinischen Statistik für die ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung für 2014 bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 nicht vorlagen, beruht die Prognose der kantonalen Ausgaben für diesen Teil der Berner Bevölkerung ausschliesslich auf den effektiv abgerechneten Leistungsdaten der ausserkantonalen Spitalunternehmen. Die resultierenden Leistungsdaten, die alle inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung von 2014 erfassen, wurden mit dem Bevölkerungsszenario «hoch» extrapoliert.¹²¹ Zusätzlich wurden die aktuellen Tarife sowie die Trends und Erwartungen zur Tarifentwicklung in der Kostenprognose bis zum Jahr 2020 berücksichtigt. Weiterhin wurde die Annahme getroffen, dass der Kanton Bern seinen Finanzierungsanteil nicht über 55 Prozent festlegt. Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der stationären Psychiatrie steigt gemäss Kostenprognose bis ins Jahr 2020 insgesamt auf 116,3 Millionen Franken (+6,8 Prozent).

Tabelle 85:

Kostenprognose Kantonsanteil für die stationäre Psychiatrie bis 2020 | in Mio. CHF

	2014 (Ausgangsbasis)	2020 (Prognose)
Kantonsanteil an der stationären Psychiatrie insgesamt	108,9	116,3
davon Kantonsanteil an der stationären Psychiatrie – innerkantonale Behandlungen	100,8	107,1
davon Kantonsanteil KVG 55 Prozent	100,6	106,9
davon Kantonsanteil IVG 20 Prozent	0,2	0,2
davon Kantonsanteil an der stationären Spitalversorgung – ausserkantonale Behandlungen	8,1	9,2

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

Kostenprognose für die ambulanten Leistungen in der Psychiatrie

Aufgrund des geplanten Ausbaus der ambulanten psychiatrischen Leistungen (Grundsatz ambulant vor stationär) ist von einem entsprechenden Kostenwachstum auszugehen. Die genaue Verteilung der Mittel zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen kann aber aufgrund des anstehenden Wechsels des kantonalen Finanzierungsmodells nicht genau abgeschätzt werden. Tabelle 86 gibt eine Übersicht der bis 2020 erwarteten Kosten im Bereich der ambulanten Psychiatrie. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten sowohl bei den ambulanten Psychiatrieleistungen wie auch bei den Vorhalteleistungen zunehmen werden. Der Finanzierungsteil des Kantons für die Leistungserbringung in der ambulanten Psychiatrie steigt gemäss Kostenprognose bis 2020 insgesamt auf 52,5 Millionen Franken (+29,6 Prozent).

Tabelle 86:

Kostenprognose Kantonsanteil für die ambulanten Leistungen bis 2020 | in Mio. CHF

	2014 (Ausgangsbasis)	2020 (Prognose)
Kantonsanteil an der ambulante Leistungen der Psychiatrie insgesamt	40,5	52,5
davon ambulante Spitalversorgungsleistungen	32,8	35,0
davon integrierte Versorgung	7,7	6,8
davon Vorhalteleistungen	0,0	10,7

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

¹²¹ Die Kostenprognose der Versorgungsplanung kann daher von den jährlich aktualisierten Werten für den Voranschlag und den Finanzplan abweichen. Die jährlichen Eingaben für den Voranschlag und den Finanzplan werden zudem auch unter Berücksichtigung der finanzpolitischen Chancen und Risiken mit den aktuellsten Informationen (Fallzahlen, Tarife) jährlich neu ermittelt und können auch deshalb von den in der Versorgungsplanung angegebenen Werten abweichen.

14.10 Handlungsfelder

Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen und stationäre psychiatrische Grundversorgung

Im Kanton Bern befinden sich zum Stichtag 31. Dezember 2015 24 Listenspitäler (19 Spitäler und 5 Fachabteilungen, siehe «Teil E: Daten und Tabellen zur Spitalplanung») mit umfassenden Angeboten stationärer Psychiatrieleistungen. Das Ziel der der Planungsperiode 2017–2020 ist, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen für die Kantonsbevölkerung sicherzustellen. Dazu dient auch die Schaffung von vier psychiatrischen Versorgungsräumen (siehe Kapitel 7.1), zusammen mit der Weiterentwicklung der SPLG Psychiatrie (siehe Kapitel 8.2.3). Insbesondere der neue Leistungsauftrag «Grundversorgung» soll künftig eine bedarfsgerechte Versorgung in allen Teilen des Kantons sicherstellen. Listenspitäler mit stationären psychiatrischen Angeboten verstärken in der Planungsperiode 2017–2020 die Kooperation und Koordination mit den vor- und nachgelagerten Versorgungsstrukturen.

Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen

für die psychiatrische Versorgung von französischsprachigen Kindern und Jugendlichen

Der Kanton Bern betreibt in Moutier seit über 10 Jahren eine kleine jugendpsychiatrische Einheit für französischsprachige Jugendliche der Kantone Bern und Jura. Ein Staatsvertrag mit dem Kanton Jura regelte bisher die Finanzierung von tariflich nicht gedeckten Leistungen (insbesondere der Spitalschule) sowie die fachliche Beratung dieser Betriebseinheit der Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland-Berner Jura (PDBBJ) durch eine paritätische Kommission. Im Zuge der Verselbständigung der PDBBJ wird geprüft, in welcher Form die stationäre psychiatrische Versorgung für französischsprachige Kinder und Jugendliche zukünftig erfolgen soll. Der Kanton Bern befürwortet eine engere Kooperation der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungserbringer im Raum BEJUNE sowie eine Erweiterung des Leistungsspektrums.

Leistungen für psychisch kranke Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug

In der Planungsperiode 2017–2020 werden der Bedarf für stationäre Leistungen für psychisch kranke Personen aus dem Straf- und Massnahmenvollzug sowie die bestehenden inner- und ausserkantonalen Angebote in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden vertieft analysiert.

Tagesklinische Leistungen

Ein neues Leistungserfassungssystem für die tagesklinischen Leistungen wird 2017 eingeführt. Dieses wird in Zukunft genauere Auswertungen über das ambulante Leistungsgeschehen ermöglichen. Die Frage nach den Besonderheiten der einzelnen Angebotstypen und den jeweiligen Struktur- und Prozessanforderungen bleibt derzeit noch offen. Um die Vergleichbarkeit der Angebote auch in diesem Bereich zu verbessern, ist es notwendig, dass in einem nächsten Schritt eine konzeptuelle Klärung stattfindet. Weitere Themen: Qualitätsmessungen im tagesklinischen Bereich.

Ambulante Leistungen der Psychiatrie

Ein neues Leistungserfassungssystem für die ambulanten Leistungen wird 2016 eingeführt. Dieses wird in Zukunft genauere Auswertungen über das Leistungsgeschehen ermöglichen. Von besonderem Interesse ist dabei, wo und bei welchen Bevölkerungsgruppen Unterschiede bei der Art und Menge der erbrachten Leistungen bestehen. Für die Steuerung des Kantons relevant ist auch die Frage, ob es Fallmerkmale gibt, mit denen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen erklärt werden können. Ambulante psychiatrische Notfall- und Kriseninterventionsleistungen sind von grosser Bedeutung, da sie unnötige Hospitalisationen vermeiden helfen. In manchen Situationen können sie dazu beitragen, dass keine fürsorgerische Unterbringung (Zwangseinweisung) angeordnet werden muss. Um geeignete Fachpersonen für Notfälle und Krisen bereithalten zu können, müssen Vorhalteleistungen durch den Kanton abgegolten werden. Die Standards und Abgeltungsregeln für solche Dienste müssen (weiter-)entwickelt werden.

Psychiatrische Akutbehandlungen zu Hause

Psychiatrische Akutbehandlungen zu Hause (englisch home treatment) haben zum Ziel, Patientinnen und Patienten, die akut spitalbedürftig sind, so weit wie möglich an ihrem Wohnort und in ihrem gewohnten Umfeld behandeln zu können. In der Schweiz gibt es solche Angebote bereits in den Kantonen Luzern und Aargau. Da es sich dabei um ein innovatives Versorgungsmodell handelt, bei welchem unter anderem bei der Finanzierung noch offene Fragen bestehen, wird ein Modellversuch durchgeführt. Dabei sollen maximal drei Teams finanziell unterstützt und evaluiert werden. Der Finanzbedarf beträgt 2,7 Mio. CHF. Darin enthalten sind die Mittel für nicht über Tarife der Krankenversicherungen oder das Normkostenmodell des Kantons gedeckte Kosten bei der Leistungserbringung sowie für die Evaluation. Geplant ist eine Evaluation von mindestens zwei Betriebsjahren. Weitere Themen:

- Qualitätsmessungen im ambulanten Bereich;
- Schnittstelle zwischen der aufsuchenden Psychiatrie und der (Psychiatrie-)Spitex.

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie

Die integrierte Versorgung für psychisch schwer kranke Personen mit einem komplexen und anhaltenden Hilfebedarf soll verbessert werden. Erste Ansätze dazu wurden gemeinsam mit Leistungserbringern, Betroffenen und Angehörigen entwickelt. Da es sich um ein bereichsübergreifendes Vorhaben handelt, in dem neben den Leistungserbringern aus dem Gesundheitsbereich auch Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Sozialdienste und Behinderteneinrichtungen eine wichtige Rolle spielen, sind weitere konzeptuelle Vorarbeiten nötig. In einem nächsten Schritt wird geprüft, welche Modellregionen für ein Pilotprojekt oder einen Modellversuch geeignet wären.

15 Rettungswesen

Dieses Kapitel stellt die Erreichbarkeit der Berner Bevölkerung durch die Rettungsdienste vor.

15.1 Ausgangslage

Ein wichtiger Bestandteil der Notfallversorgung im Kanton Bern ist die schnelle notfallmässige Behandlung noch am Notfallort. Sie ist im Rahmen der kantonalen Rettungsdienste auf der Ebene der Rettungsregionen organisiert (vgl. Kapitel 7.1.3).

15.2 Rettungsdienste

Die Versorgung der Kantonsbevölkerung mit Rettungsleistungen erfolgt durch acht kantonale Rettungsdienste und ihre 23 Ambulanzstandorte.

Diese sind:

- Rettungsdienst der spitäler fmi AG (fmi)
 - > Standorte: Adelboden (Vertragspartner in Grindelwald und Lauterbrunnen), Interlaken, Frutigen, Meiringen
- Rettungsdienst der Spital STS AG (STS)
 - > Standorte: Gesigen, Saanenmöser, Thun (Tagesbetrieb)
- Rettungsdienst der Spital Netz Bern AG (SNBe) (ab 1. Januar 2016 Insel Gruppe AG)
 - > Standorte: Aarberg, Münsingen, Riggisberg
- Rettungsdienst der Sanitätspolizei Bern (Sano)
 - > Standort: Bern
- Rettungsdienst der Regionalspital Emmental AG (RSE)
 - > Standorte: Burgdorf, Langnau
- Rettungsdienst der Spital Region Oberaargau AG (SRO)
 - > Standorte: Langenthal, Madiswil, Niederbipp
- Rettungsdienst der Ambulanz Region Biel AG (ARB)
 - > Standort: Biel
- Rettungsdienst des Hôpital du Jura bernois SA (HJB)
 - > Standorte: Moutier, Saint-Imier, Tramelan

Die Rettungsdienste versorgen heute ein bestimmtes geografisches Gebiet, die sogenannten Rettungsregionen. Mit den Rettungsdiensten hat der Kanton Leistungsverträge abgeschlossen. Darüber hinaus gibt es weitere terrestrische Rettungsdienste ohne ein bestimmtes regionales Versorgungsgebiet. Sie verfügen über keinen kantonalen Leistungsvertrag und arbeiten oft in Kooperation mit den acht kantonalen Rettungsdiensten.

Diese sind:

- Ambulanz- und Rettungsdienst Grindelwald GmbH
 - > Kooperation: Rettungsdienst fmi ag
- Ambulanzdienst Lauterbrunnen
 - > Kooperation: Rettungsdienst fmi ag
- Rehasentrum Heiligenschwendi
- Ambulanz- und Rettungsdienst Sense AG in Wünnewil
 - > Kanton: Freiburg
- Ambulanz- und Rettungsdienst Murten und Umgebung
 - > Kanton: Freiburg

Zusätzlich zu den terrestrischen Rettungsdiensten gibt es zwei Luftrettungsdienste mit vier Rettungsbasen. Sie operieren – nach Bedarf – im gesamten Kantonsgebiet.

Diese sind:

- Schweizerische Rettungsflugwacht (Rega)
 - > Basen: Belp, Wilderswil, Zweisimmen
- Air-Glacières SA
 - > Basen: Gstaad, Lauterbrunnen

15.3 Notfallbegriff im Rettungswesen

Die Notfallrettung hat die Aufgabe, bei Notfallpatientinnen und -patienten lebensrettende Erstmassnahmen am Notfallort durchzuführen. Ziel der Notfallrettung ist, die Transportfähigkeit der Patientinnen und Patienten herzustellen und sie im Rettungswagen oder im Helikopter in ein für die weitere Versorgung geeignetes Spital zu befördern. Der Interverband Rettungswesen (IVR) unterscheidet zwischen der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport.¹²²

Die Begriffe Notfalltransport und Notfallpatient werden vom IVR wie folgt definiert:

- Notfalltransport
 - > Transport einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten unter Weiterführung der erweiterten lebensrettenden Massnahmen
- Notfallpatient/-in
 - > Unmittelbar vom Tod oder von schwerer gesundheitlicher Schädigung bedrohter Verletzter oder Erkrankter

Vor diesem Hintergrund teilt der IVR die Rettungseinsätze auch qualitativ in verschiedene nach Dringlichkeit differenzierte Kategorien ein. Er unterscheidet zwischen sogenannten Primär- und Sekundäreinsätzen. Bei Primäreinsätzen (Dringlichkeit P) wird die Patientin oder der Patient am Einsatzort erstversorgt und – bei Bedarf – in ein geeignetes Spital transportiert.¹²³

Diese sind:

- P1
 - > Sofortiger Einsatz mit Sondersignalen für einen Notfall mit bestehender oder vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen
- P2
 - > Sofortiger Einsatz für einen Notfall ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen
- P3
 - > Einsatz auf Vorbestellung

Sekundäreinsätze (Dringlichkeit S) sind Verlegungstransporte von einem stationären Leistungserbringer zum anderen.

Diese sind:

- S1
 - > Verlegung einer Patientin / eines Patienten mit Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (mit oder ohne Verwendung von Sondersignal)
- S2
 - > Verlegung einer Patientin / eines Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und möglichst ohne Zeitverzug
- S3
 - > Verlegung einer Patientin / eines Patienten ohne Beeinträchtigung der Vitalfunktionen und auf Vorbestellung

15.4 Entwicklung der Einsätze 2010–2013

Im Jahr 2010 leisteten die kantonalen Rettungsdienste insgesamt 51 258 Einsätze (Tabelle 87). 2013 waren es 50 186. Dies bedeutet eine Abnahme um 2,1 Prozent. Diese Abnahme wird auf die Abnahme der P3/S3-Einsätze zurückgeführt (–18,8 Prozent). Im Bereich der P1/S1-Einsätze wird hingegen eine Zunahme um 9 Prozent verzeichnet (2013: 18 178). Bei der Auswertung der Einsatzentwicklung pro Rettungsdienst ist indessen Vorsicht geboten. Die Auswertung zeigt sehr unterschiedliche Entwicklungstendenzen zwischen den Rettungsdiensten. Die Schwankungen sind nicht plausibel und deuten eher auf langjährige Unterschiede in der Erfassung der Einsatzkategorien P1/S1, P2/S2, P3/S3 zwischen den Rettungsdiensten hin.

¹²² Vgl. Interverband Rettungswesen, 2010.

¹²³ Bis 2009 wandte der IVR die folgende Definition der Einsätze an: D1 (entspricht S1/P1), D2 (entspricht P2/S2), D3 (entspricht P3/S3). Für die vorliegende Planung wird die verfeinerte Klassifikation mit dem Zusatz Primär- und Sekundäreinsätze verwendet.

Tabelle 87:

Entwicklung der Anzahl der Einsätze¹⁾ der regionalen Rettungsdienste 2010/2013

Rettungsdienst	2010				2013				Veränderung in Prozent			
	P1/S1	P2/S2	P3/S3	Total	P1/S1	P2/S2	P3/S3	Total	P1/S1	P2/S2	P3/S3	Total
Ambulanz Region Biel AG	2750	1077	1471	5298	2954	1297	1648	5899	7,4%	20,4%	12,0%	11,3%
Rettungsdienst fmi AG	1129	2751	883	4763	1306	2054	748	4108	15,7%	-25,3%	-15,3%	-13,8%
Service de sauvetage HJB SA	974	386	828	2188	1064	640	846	2550	9,2%	65,8%	2,2%	16,5%
Rettungsdienst RSE AG	1299	1599	1302	4200	1717	1803	1170	4690	32,2%	12,8%	-10,1%	11,7%
Sanitätspolizei Bern	3781	8546	5459	17 786	4331	8776	4115	17 222	14,5%	2,7%	-24,6%	-3,2%
Rettungsdienst SNBe AG	1794	1408	1198	4400	1706	1667	1000	4373	-4,9%	18,4%	-16,5%	-0,6%
Rettungsdienst SRO AG	2952	1798	1547	6297	2884	1445	864	5193	-2,3%	-19,6%	-44,1%	-17,5%
Rettungsdienst STS AG	1993	2814	1519	6326	2216	2794	1141	6151	11,2%	-0,7%	-24,9%	-2,8%
Total	16 672	20 379	14 207	51 258	18 178	20 476	11 532	50 186	9,0%	0,5%	-18,8%	-2,1%

¹⁾ Exkl. Datensätze ohne Einsatzkategorisierung.

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der kantonalen Alarmierungsstatistik (Stand: 31.12.2015)

Wie verändert der demografische Wandel den Rettungsdienst im Kanton Bern 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. Der Anteil der Personen über 65 Jahre steigt in diesem Zeitraum kantonsweit auf 22,1 Prozent an (siehe Kapitel 7.2). Vor allem die erwartete Zunahme an pflegebedürftigen Personen sowie geriatrischer Patientinnen und Patienten wird die Einsatzzahlen der Rettungsdienste erheblich verändern. Für die Rettungsdienste im Kanton Bern wird daher eine Steigerung der Einsätze bis 2020 erwartet.

15.5 Versorgungsregel und Hilfsfrist

Bisher gilt im Kanton Bern die Versorgungsregel 80/30, die der Regierungsrat im Rahmen der Versorgungsplanung 2007–2010 beschlossen hatte. Die Versorgungssicherheit ist gewährleistet, wenn 80 Prozent der Bevölkerung des Verantwortungsgebiets eines regionalen Rettungsdienstes innerhalb von 30 Minuten durch die Dienste des Rettungswesens erreicht werden. Diese Regel ist bisher die einzige planerische Vorgabe im bernischen Rettungswesen. Die Einhaltung der Regel lässt sich überprüfen, indem man die Erreichbarkeit der Bevölkerung mittels eines Verkehrsmodells und der Bevölkerungszahlen der Berner Gemeinden evaluiert. Tabelle 88 zeigt die Erreichung der Versorgungsregel 80/30 differenziert nach Rettungsdienst für das Jahr 2014. Da man davon ausgehen kann, dass die Einsätze proportional zur Bevölkerung über den Kanton verteilt sind, kann die Einhaltung der 80/30-Regel approximativ überprüft werden, indem man die Einsatzzahlen analysiert.¹²⁴

Versorgungsregel 80/30

Bezogen auf 47 281 Einsätze erfüllten die acht kantonalen Rettungsdienste 2014 die Versorgungsregel 80/30 im gesamten Kantonsgebiet mit rund 96 Prozent. Die Versorgungssicherheit durch die Rettungsdienste ist damit gewährleistet.

Tabelle 88:

Einhaltung der Versorgungsregel 80/30 nach Rettungsdienst 2014

Rettungsdienst	Anzahl P1/S1/P2/S2-Einsätze	Erreichung der Versorgungsregel in Prozent
Ambulanz Region Biel AG	2741	99%
spitäler fmi AG	3118	89%
Service de sauvetage HJB SA	1649	96%
Rettungsdienst RSE AG	3338	93%
Sanitätspolizei Bern	13 297	97%
Rettungsdienst SNBe AG	3393	96%
Rettungsdienst SRO AG	3872	98%
Rettungsdienst STS AG	4934	95%
Total	36 342	96%

Quelle: Auswertung der kantonalen Alarmierungsstatistik durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

¹²⁴ Die heutige Versorgungsregel 80/30, nach der die Versorgungssicherheit gewährleistet ist, wenn 80 Prozent der Bevölkerung eines Versorgungsgebiets innerhalb von 30 Minuten durch die Dienste des Rettungswesens erreicht werden, kann mit den bestehenden Daten und der bestehenden Methodik nur approximativ überprüft werden.

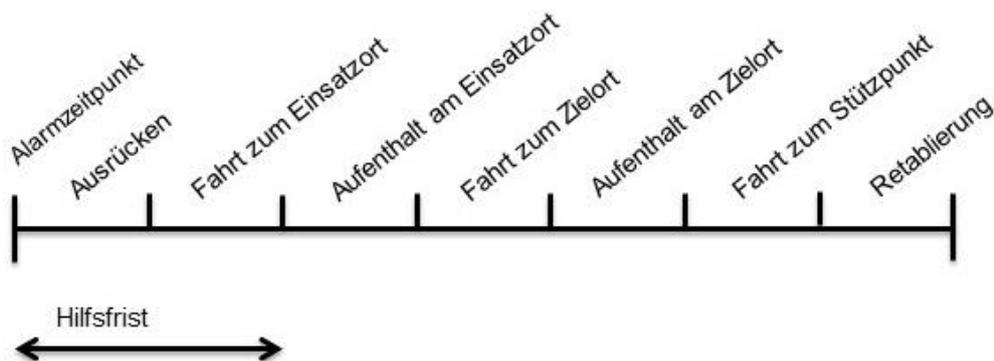
Hilfsfrist 90/15

Im Unterschied zur bernischen Versorgungsregel definiert der IVR für die Zertifizierung von Rettungsdiensten Regeln für die einzuhaltenden Hilfsfristen. Bei Primäreinsätzen mit vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen gilt eine Hilfsfrist von 10 Minuten nach Alarmierung im städtischen Gebiet bzw. 15 Minuten im ländlichen Gebiet in 90 Prozent der Einsätze. Daneben berücksichtigt der IVR besondere Gegebenheiten, etwa eine schwierige Topografie oder eine geringe Bevölkerungsdichte. Abbildung 48 zeigt, wie sich die Hilfsfrist auf Basis des zeitlichen Aufbaus eines Einsatzes berechnet.

Abbildung 48:

Bestimmung der Hilfsfrist anhand der Einsatzdaten

Grundablauf Einsatz



Quelle: IMS-FHSG, 2015

Die Einhaltung der Hilfsfristregel lässt sich anhand der Einsatzstatistiken der Rettungsdienste überprüfen. Durch die Betrachtung der tatsächlichen Fälle stellt der IVR ein Evaluationsinstrument bereit, um die Qualität der Leistungen von Rettungsdiensten und damit auch die Versorgungsqualität zu beurteilen. In diese Betrachtung sind die Anzahl der Rettungsteams und der Rettungsfahrzeuge mittelbar einbezogen. Die Hilfsfristerreichung bezeichnet also den Anteil der nicht planbaren Einsätze, die innerhalb der angestrebten Frist von 15 Minuten erreicht werden. Sie berechnet sich nach folgender Formel:

$$\frac{\text{Anzahl nicht planbare Einsätze innerhalb 15 Min.}}{\text{Anzahl nicht planbare Einsätze}} \times 100 \text{ Prozent}$$

Nicht alle Rettungsdienste erfassen die Einsatzkategorien einheitlich. Es kamen sowohl die Kategorisierung (P1–P3, S1–S3), die der IVR 2010 vorgeschlagen hatte, als auch die zuvor verwendete Kategorisierung (D1–D3 mit Zusatz primär oder sekundär) zum Einsatz. Da die Dringlichkeit der Einsätze – insbesondere was den Einsatz von Blaulicht betrifft – in den beiden Kategorisierungen unterschiedlich definiert ist, können sie nicht problemlos miteinander verglichen werden. Für die Versorgungsplanung 2016 wurden alle nicht planbaren Einsätze, also alle Einsätze der Kategorien P1, P2, S1, S2 sowie D1 und D2, bezüglich der Hilfsfristerreichung ausgewertet. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, weil bei all diesen Einsätzen die schnelle Erreichung des Notfallortes relevant und für die notfallmässige Erstversorgung der Patientinnen und Patienten erfolgskritisch ist. Nach dieser Definition waren 2014 36 342 der 47 281 Einsätze bzw. 76,9 Prozent der Einsätze nicht planbar. Es ist davon auszugehen, dass diese breitere Definition gegenüber der Definition des IVR (90 Prozent der P1-Einsätze innerhalb 15 Minuten) zu schlechteren Ergebnissen führt. Dieser Umstand muss bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Tabelle 89 zeigt die Erreichung der Hilfsfrist 90/15 differenziert nach Rettungsdienst für 2014. In diesem Jahr betrug die Hilfsfristerreichung über das gesamte Kantonsgebiet rund 67 Prozent. Dabei variieren die Ergebnisse zwischen den einzelnen Rettungsdiensten sehr stark. So liegt die Spannweite der Hilfsfristerreichung 2014 zwischen 52 Prozent (FMI, RSE) und 82 Prozent (ARB). Werden hingegen nur die Einsätze mit der höchsten Dringlichkeit, also P1, S1 und D1, betrachtet, steigt die Hilfsfristerreichung über das gesamte Einsatzgebiet auf 75 Prozent.

Tabelle 89:

Erreichen der Hilfsfrist 90/15 nach Rettungsdienst 2014

Rettungsdienst	Anzahl P1/S1/P2/S2-Einsätze	Hilfsfristerreichung in Prozent
Ambulanz Region Biel AG	2741	82%
Rettungsdienst fmi AG	3118	52%
Service de sauvetage HJB SA	1649	69%
Rettungsdienst RSE AG	3338	52%
Sanitätspolizei Bern	13 297	74%
Rettungsdienst SNBe AG	3393	55%
Rettungsdienst SRO AG	3872	70%
Rettungsdienst STS AG	4934	64%
Total	36 342	67%

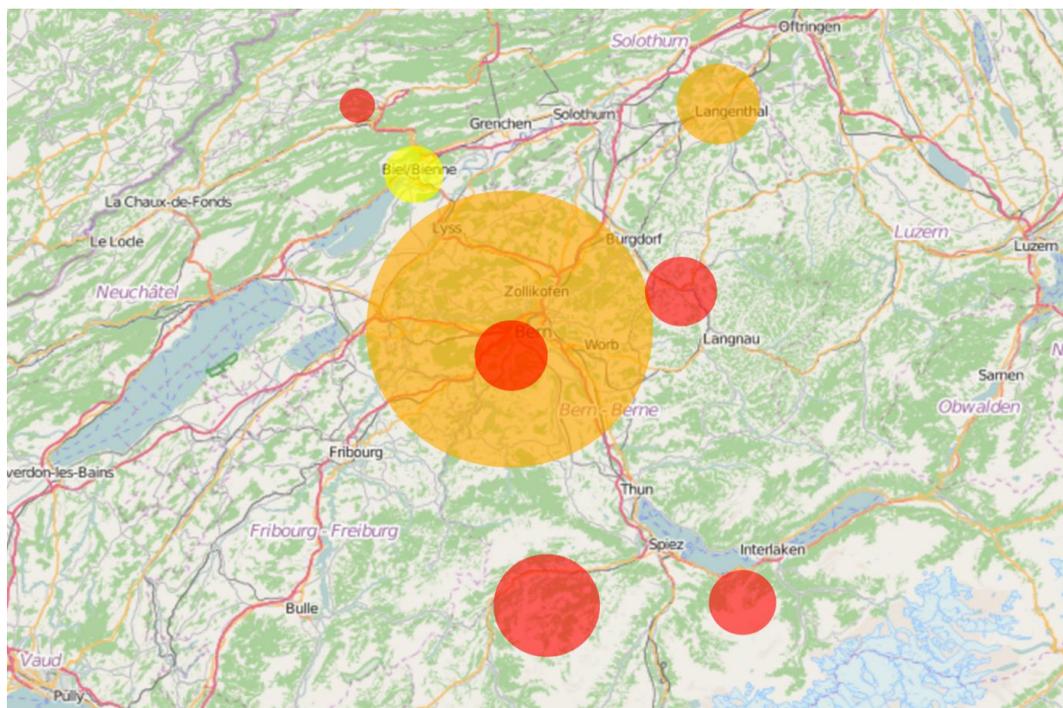
Quelle: Auswertung der kantonalen Alarmierungsstatistik durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 49 zeigt die Hilfsfristerreichung differenziert nach den verschiedenen Rettungsdiensten. Die Grösse der Kreise korreliert mit der Anzahl Einsätze, die Farbe mit der prozentualen Erreichung:

- über 90 Prozent: grün
- über 80 Prozent: gelb
- über 70 Prozent: orange
- bis 70 Prozent: rot

Abbildung 49:

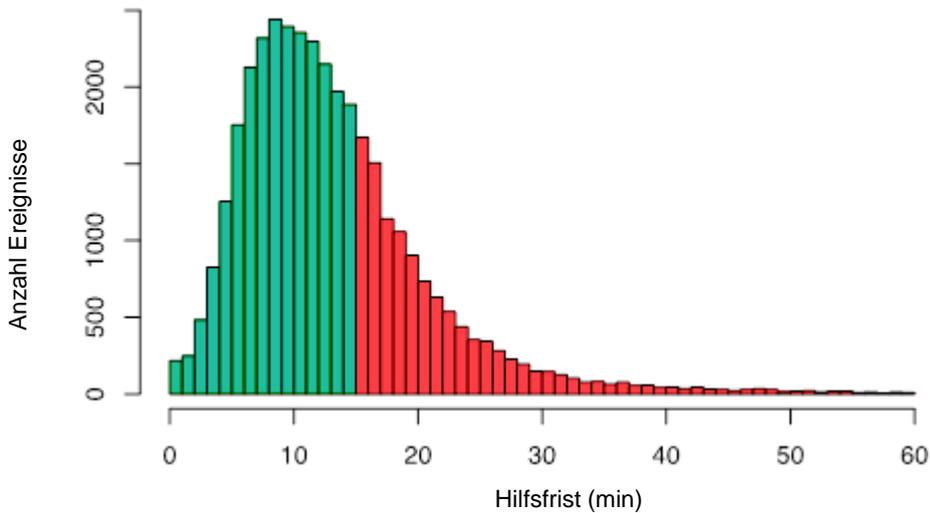
Erreichen der Hilfsfrist 90/15 nach Rettungsdienst 2014 im Kanton Bern



Quelle: Auswertung der kantonalen Alarmierungsstatistik durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 50 zeigt zudem die Hilfsfristverteilung im Jahr 2014. Die Hilfsfristverteilung ist eine Verteilungsfunktion, welche die effektiv erreichten Hilfsfristen als Histogramm darstellt. Hinterlegt sind alle nicht planbaren Einsätze. Grün eingefärbt sind alle Einsätze mit einer Hilfsfrist bis 15 Minuten. Rot eingefärbt sind alle Einsätze mit einer Hilfsfrist von mehr als 15 Minuten. Einsätze mit einer Hilfsfrist über 60 Minuten werden nicht ausgewiesen.

Abbildung 50:
Verteilung der Hilfsfristerreichung 2014 im Kanton Bern

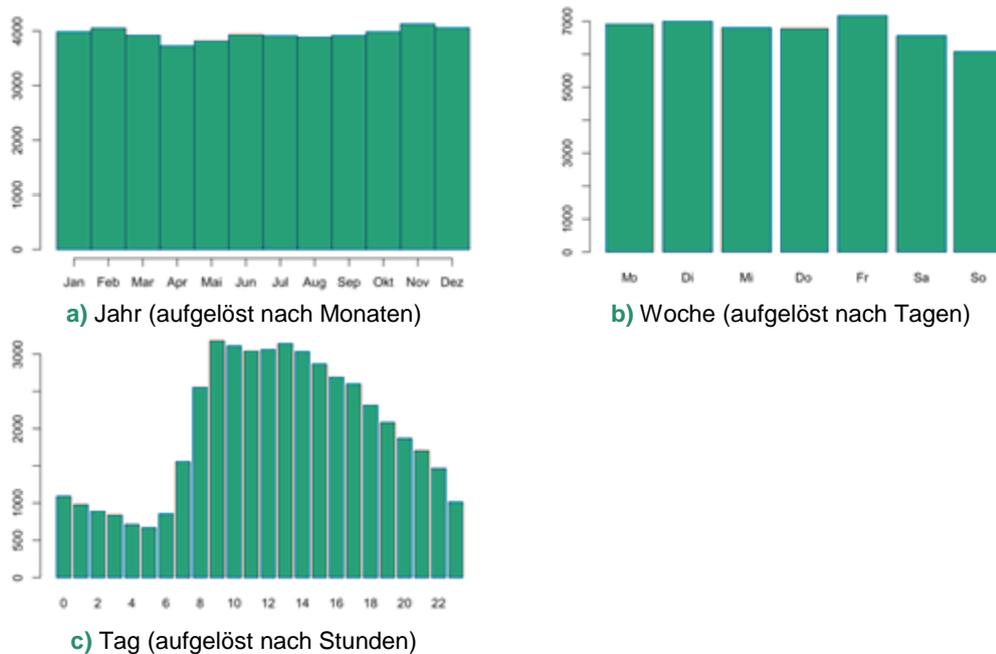


Quelle: Auswertung der kantonalen Alarmierungsstatistik durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

15.6 Zeitliche Verteilung der Einsätze im Gesamtkanton

Abbildung 51 zeigt die zeitliche Verteilung der Einsätze über das Jahr (aufgelöst nach Monaten), über die Woche (aufgelöst nach Tagen) und über den Tag (aufgelöst nach Stunden). Die Gesamteinsätze im Kanton Bern sind annähernd gleich verteilt und zeichnen ein für die Rettungseinsätze insgesamt typisches Bild. Die Analyse zeigt, dass die Einsätze über den gesamten Kanton Bern normal verteilt sind, also identische Verteilungsmuster aufweisen. Dieses Bild kennt man auch aus anderen Rettungsdienstregionen in der Schweiz (insbesondere aus den Kantonen St. Gallen und Luzern).

Abbildung 51:
Zeitliche Verteilung der Einsätze im Kanton Bern 2014 | Anzahl Einsätze



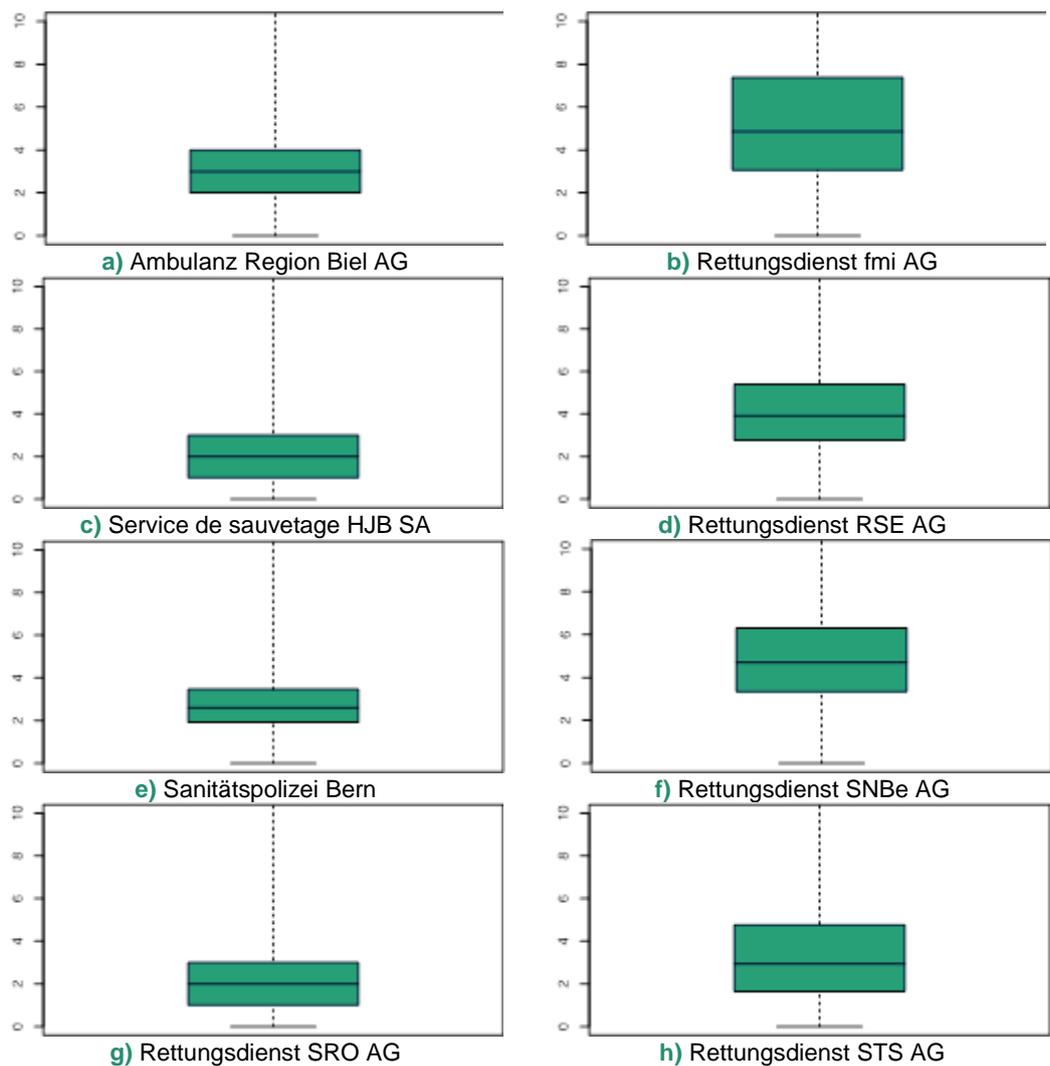
Quelle: Auswertung der kantonalen Alarmierungsstatistik durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

15.7 Ausrückzeiten

Einen massgeblichen Einfluss auf die Hilfsfrist hat die Ausrückzeit des Rettungsfahrzeugs. Abbildung 52 stellt die Ausrückzeiten für jeden Rettungsdienst in Form eines Boxplots dar.¹²⁵ In der Auswertung berücksichtigt sind alle nicht planbaren Einsätze des jeweiligen Rettungsdienstes. Bei den Rettungsdiensten FMI, SNBe und RSE sind die Ausrückzeiten überdurchschnittlich hoch. Eventuell könnten bauliche oder betriebliche Massnahmen die Ausrückzeiten und damit auch die Hilfsfrist massiv verbessern. Möglicherweise könnte man so mehr Zeit gewinnen als durch eine Verschiebung von Standorten. Die Auswertung zeigt auch, dass die Ausrückzeiten bei den einzelnen Rettungsdiensten breit gestreut sind. Bei drei Rettungsdiensten (FMI, RSE, SNBe) sind sie eindeutig zu hoch. Entsprechend erzielten diese Rettungsdienste auch die schlechtesten Hilfsfristen. Man sollte daher in diesen drei Fällen prüfen, ob bauliche oder betriebliche Massnahmen die Ausrückzeiten senken könnten.

Abbildung 52:

Ausrückzeiten differenziert nach Rettungsdienst 2014 | Ausrückzeit in Minuten



Quelle: Auswertung der kantonalen Alarmierungsstatistik durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

¹²⁵ Lesehinweis: Der Boxplot stellt die Verteilung der Ausrückzeiten dar. Die beiden Striche zuunterst und zuoberst (ausserhalb des geplotteten Bereichs) zeigen die Minimal- und die Maximalwerte. Die «Box» in der Mitte zeigt den Median (mittlerer dicker Strich) sowie das 25-Prozent- und das 75-Prozent-Quantil (untere und obere Begrenzung der Box).

15.8 Optimierungspotenzial bei den Rettungsstandorten

2014 erreichte kein Rettungsdienst im Kanton Bern die Hilfsfrist 90/15. Dafür ist neben der Ausrückzeit des einzelnen Rettungsfahrzeugs auch der Standort der Rettungsfahrzeuge bzw. die Verteilung der Standorte in der Fläche von hoher Bedeutung. Mit dem Ziel, die Hilfsfrist für alle zu versorgenden Regionen der acht kantonalen Rettungsdienste zu erreichen, erarbeitete man verschiedene Szenarien mit möglichen zusätzlichen Standorten und/oder möglichen Standortverschiebungen. Im Folgenden wird die in der Simulation rechnerisch am besten geeignete Variante dargestellt. Bei den Rettungsdiensten FMI und SRO wurden keine Standortverschiebungen durchgeführt, da die vorhandene Datengrundlage als nicht ausreichend eingeschätzt wurde. Für diese Rettungsdienste sowie für den Rettungsdienst STS soll die Analyse mit einer verbesserten Datengrundlage wiederholt werden, bevor eine Standortverschiebung geprüft wird. Für die Rettungsdienste FMI, RSE und SNBe verkürzte man die Ausrückzeiten um zwei Minuten. Bei diesen drei Rettungsdiensten sollte unbedingt geprüft werden, ob die Ausrückzeiten durch bauliche oder betriebliche Massnahmen gesenkt werden können. Tabelle 90 zeigt die Ergebnisse der simulierten Hilfsfristerreichung nach Rettungsdienst auf der Basis möglicher zusätzlicher Standorte und/oder möglicher Standortverschiebungen. Die Simulation der Standortoptimierung führt in allen Rettungsregionen zu einer Verbesserung punkto Hilfsfristerreichung: Im gesamten Kanton stieg sie um 8 Prozent. Gegenüber dem Referenzszenario (vgl. Tabelle 89) verbessert sich damit die Hilfsfrist von 66 Prozent auf 74 Prozent. Betrachtet man nur die Einsätze mit der höchsten Dringlichkeit (P1, S1, D1), steigt die Hilfsfristerreichung auf 79 Prozent. Von den 36 342 nicht planbaren Einsätzen 2014 werden dabei 13 075 Einsätze bzw. mehr als ein Drittel der Einsätze (36 Prozent) schneller erreicht als im Referenzszenario. 698 Einsätze werden andererseits langsamer erreicht (7,4 Prozent). Netto werden also 10 377 bzw. 28,6 Prozent der nicht planbaren Einsätze schneller erreicht. Es ist davon auszugehen, dass das Optimierungspotenzial im Kanton Bern insgesamt – gegenüber den hier abgebildeten Szenarien mit nur einem veränderten Rettungsdienst – noch höher ist, wenn man alle Rettungsdienste gleichzeitig optimierte.

Tabelle 90:

Erreichen der Hilfsfrist 90/15 nach Rettungsdienst auf Basis der möglichen Standortoptimierung durch Simulation

Rettungsdienst	Hilfsfristerreichung simuliert in Prozent	Veränderung der Hilfsfristerreichung ¹²⁶
Ambulanz Region Biel AG	84%	+4%
Rettungsdienst fmi AG	61%	+7%
Service de sauvetage HJB SA	70%	+5%
Rettungsdienst RSE AG	68%	+18%
Sanitätspolizei Bern	81%	+7%
Rettungsdienst SNBe AG	67%	+20%
Rettungsdienst SRO AG	75%	+1%
Rettungsdienst STS AG	70%	+3%
Total	74%	+8%

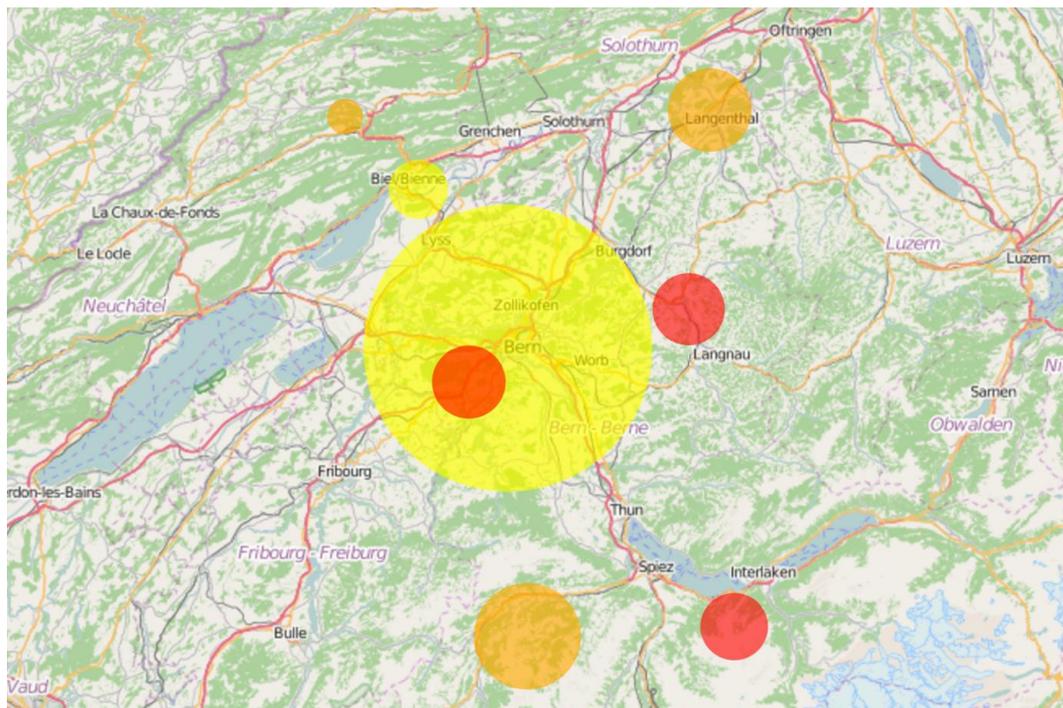
Quelle: Simulation auf Basis der kantonalen Alarmierungsstatistik aus dem Jahr 2014 durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

Abbildung 53 zeigt die simulierte Hilfsfristerreichung differenziert nach den verschiedenen Rettungsdiensten. Die Grösse der Kreise korreliert mit der Anzahl Einsätze, die Farbe mit der prozentualen Erreichung:

- über 90 Prozent: grün
- über 80 Prozent: gelb
- über 70 Prozent: orange
- bis 70 Prozent: rot

¹²⁶ Die Verbesserung bezieht sich dabei auf das Referenzszenario und nicht auf die historische Hilfsfristerreichung.

Abbildung 53:
Hilfsfristerreichung in den einzelnen Rettungsdiensten
auf Basis der möglichen Standortoptimierung durch Simulation



Quelle: Simulation auf Basis der kantonalen Alarmierungsstatistik aus dem Jahr 2014 durch das Institut für Modellbildung und Simulation der FHS St. Gallen IMS-FHSG (Stand: 31.12.2015)

15.9 Einsatzführende Institutionen

Mithilfe der Simulation konnte aufgezeigt werden, dass im Kanton Bern grosses Potenzial besteht, die Hilfsfrist zu verbessern, ohne dabei neue Mittel, also neue Rettungsdienste, stationieren zu müssen. Zusammen mit der Optimierung der Ausrückzeiten bei den Rettungsdiensten und der Standortoptimierung finden sich im Kanton Bern auch bei der Alarmierung und Einsatzführung Verbesserungspotenziale. Die Alarmierung der terrestrischen Rettungsdienste erfolgt grundsätzlich über die Sanitätsnotrufzentrale (SNZ 144), die die Sanitätspolizei der Stadt Bern im Auftrag des Kantons betreibt. Die im Spitalversorgungsgesetz vorgesehene Zuständigkeit der SNZ 144 für die Alarmierung wird jedoch in der Praxis nicht vollständig umgesetzt. Neben der Alarmierung ist die SNZ 144 auch für die Einsatzführung im Kanton zuständig. In der Planungsperiode 2011–2014 konnte sie aber nur für etwa 60 Prozent der Kantonsfläche die Einsatzführung übernehmen. Im Oberaargau, dem Einzugsgebiet des Rettungsdienstes der SRO AG, übernimmt die Alarmzentrale der Polizei des Kantons Solothurn die Alarmierung und Einsatzführung aufgrund eines interkantonalen Vertrags. Eine eigene Einsatzführung besteht auch im Berner Jura und in der Region Biel durch die Ambulanz Region Biel AG. Die Alarmierung und Einsatzführung der Luftrettung erfolgt gesamtschweizerisch über die Einsatzzentrale 1414 der Rega.

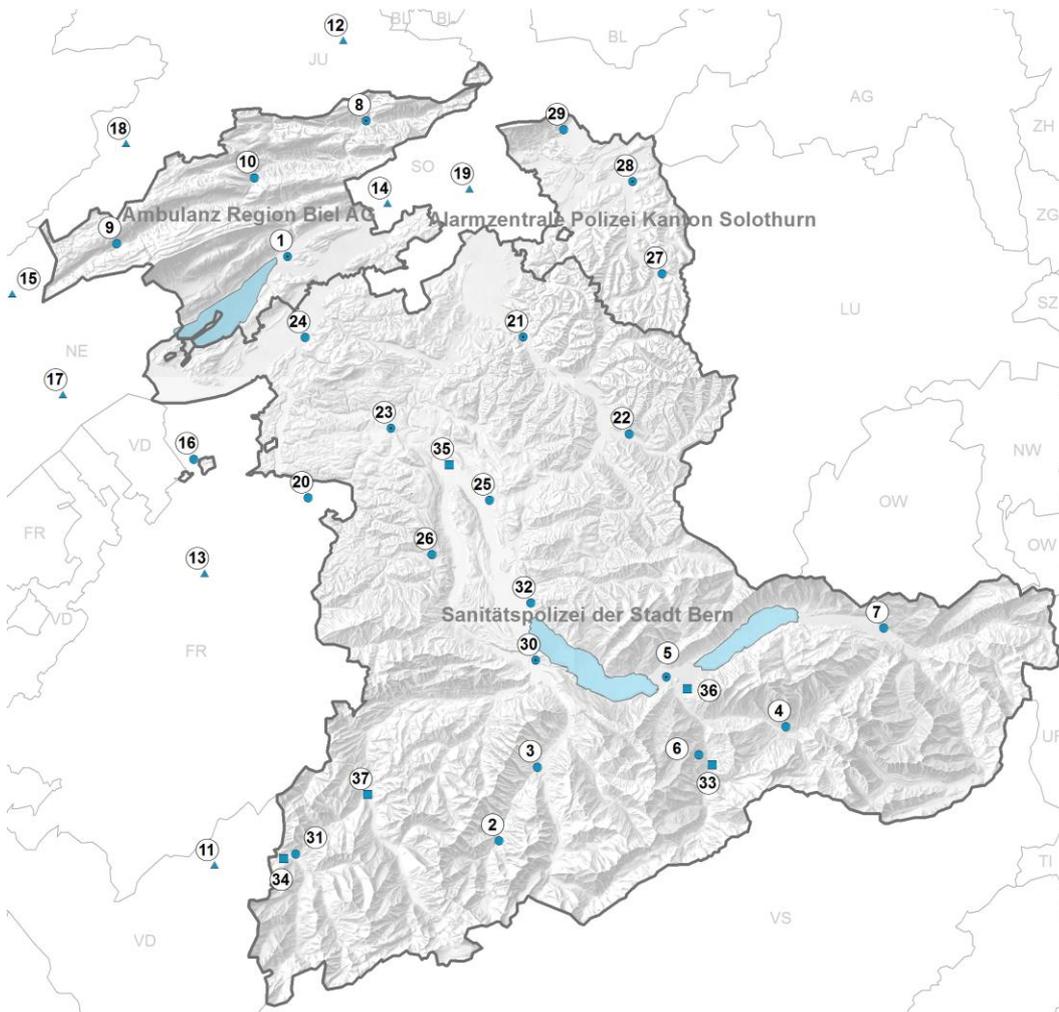
Abbildung 54 zeigt die einsatzführenden Institutionen im Kanton Bern zum 31. Dezember 2015.

Abbildung 54:
Einsatzführende Institutionen im Kanton Bern



Versorgungsplanung 2016 BE

Einsatzführende Institutionen im Kanton Bern, Stand 31.12.2015



Kategorien

- Ambulanzstandorte
- Basen der Luftrettung
- Rettungstützpunkte
- ▲ ausserkantonal

0 7'500 15'000 22'500
Meter



1:700'000

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Nr. Rettungsdienst (RD)	Standort	Nr. Rettungsdienst (RD)	Standort	Nr. Rettungsdienst (RD)	Standort
1	Ambulanz Region Biel AG Biel	14	RD Grenchen Grenchen	27	RD SRO AG Madiswil
2	RD fmi AG Adelboden	15	RD La Chaux-de-Fonds La Chaux-de-Fonds	28	RD SRO AG Langenthal
3	RD fmi AG Frutigen	16	RD Murten Murten	29	RD SRO AG Niederbipp
4	RD fmi AG Grindelwald	17	RD Neuchâtel Neuchâtel	30	RD STS AG Gesigen
5	RD fmi AG Unterseen	18	RD Saignelégier Saignelégier	31	RD STS AG Saanenmöser
6	RD fmi AG Lauterbrunnen	19	RD Solothurn Solothurn	32	RD STS AG Thun
7	RD fmi AG Meiringen	20	RD Wünnewil Wünnewil	33	Air-Glaciers Lauterbrunnen
8	RD HJB SA Moutier	21	RD RSE AG Burgdorf	34	Air-Glaciers Saanen
9	RD HJB SA Saint-Imier	22	RD RSE AG Langnau	35	Rega Belp
10	RD HJB SA Tramelan	23	Sanitätspolizei Bern Stadt Bern	36	Rega Wilderswil
11	RD Château-d'Œx Château-d'Œx	24	RD SNBe AG Aarberg	37	Rega Zweisimmen
12	RD Delémont Delémont	25	RD SNBe AG Münsingen		
13	RD Freiburg Villars-sur-Glâne	26	RD SNBe AG Riggisberg		

15.10 Erwartete Kosten

Die Kostenprognose beschränkt sich auf die Kosten, die dem Kanton durch das Rettungswesen entstehen. Der Anteil, den die Patientinnen und Patienten bzw. deren Versicherungen übernehmen, ist nicht enthalten. Neben der Rettung (siehe Kapitel 5.4.3) sind die Kosten für Alarmierung und Einsatzführung eingeschlossen. Bei den Rettungskosten wird eine Teuerung von einem Prozent eingesetzt. Aufgrund der Anpassung der Normkosten pro Rettungsteam und infolge der Erhöhung der Anzahl der Rettungsteams erwartet der Kanton bis 2020 einen Anstieg der Kosten. Tabelle 91 weist die Kostenprognose für das Rettungswesen bis 2020 mit einem Aufwand von 32,6 Millionen Franken aus (+46,3 Prozent).

Tabelle 91:

Kostenprognose für das Rettungswesen bis 2020 | in Mio. CHF

	2014 (Ausgangsbasis)	2020 (Prognose)
Kosten Rettungswesen insgesamt	21,6	32,6
davon Kosten Alarmierung und Einsatzführung	5,8	6,4
davon Kosten Rettung	15,8	26,2

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

15.11 Handlungsfelder

Hilfsfrist

Die Anwendung der Hilfsfrist setzt die Verkürzung der Strecken zwischen den Ambulanzstandorten der Rettungsteams und den Einsatzorten voraus. Die derzeitigen Standorte sind auf die Versorgungsregel ausgelegt. Die Anzahl betriebener Ambulanzstandorte ist eng mit dem benötigten Personal und den eingesetzten Fahrzeugen verbunden. Die Anwendung der Hilfsfrist stellt die Rettungsdienste vor die zusätzliche Herausforderung, dass die Rettungsteams in dünn besiedelten Gebieten wegen der geringen Bevölkerungsdichte nicht ausgelastet sind. Deshalb müssen weiter auch zusätzliche Optimierungspotenziale ausgeschöpft werden.

Optimierungspotenziale

Die Simulationsszenarien in den einzelnen Rettungsdiensten zeigen, dass eine feinere Verteilung der heute vorhandenen Fahrzeuge die Hilfsfristerreichung substanziell verbessern könnte. Des Weiteren zeigt die Simulation, dass bauliche oder betriebliche Massnahmen die Ausrückzeiten und damit die Hilfsfristen optimieren könnten. Damit kann mehr erreicht werden als mit einer Standortverschiebung. Kantonsweit kann mit verschiedenen Massnahmen (Standortverschiebungen in sechs Rettungsdiensten, bauliche und betriebliche Massnahmen in drei Rettungsdiensten) die Hilfsfristerreichung für die nicht planbaren Einsätze (76,9 Prozent aller Einsätze) um insgesamt 8 Prozent gesteigert werden. Gleichzeitig würden 29 Prozent der Notfallereignisse schneller erreicht. Beide Optimierungspotenziale können ohne zusätzliche Rettungsfahrzeuge erschlossen werden. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse können für die Planungsperiode 2017–2020 Empfehlungen formuliert werden.

Diese sind:

Verbesserung der Dispositionsstrategie bleibt prüfenswert

Die Disposition zwischen den einzelnen Einsatzleitzentralen sollte für den Kanton Bern auf ihre Zweckmässigkeit überprüft werden. Wann und nach welchen Regeln werden Einsätze von einer Leitzentrale einer anderen übergeben? Sind diese Regeln im Sinne einer schnellen Hilfsfrist im gesamten Kanton zweckmässig?

Standortverschiebungen (statisch oder dynamisch) sind grundsätzlich prüfenswert

Die gewünschte Hilfsfrist 90/15 kann mit den heutigen Standorten in keiner der acht Rettungsregionen erreicht werden. Auch eine höhere Anzahl an Fahrzeugen pro Stützpunkt führte in der Simulation nicht zu den gewünschten Ergebnissen der 90/15-Vorgabe des IVR. Der Rettungsdienst Sano sollte prüfen, ob zusätzliche Standorte in der Peripherie der Stadt Bern eröffnet oder durch eine dynamische Fahrzeugvorhaltung «virtuelle» Stützpunkte in der Peripherie erzeugt werden können. Bei hohem Verbesserungspotenzial durch Standortverschiebungen (ARB, HJB, RSE, SNBe) sollte geprüft werden, ob dieses Potenzial besser ausgeschöpft werden kann, wenn man neue Stützpunkte in Betrieb nimmt.

Verbesserung der Ausrückzeit

Weiterhin muss überprüft werden, ob bereits bei der Alarmierung Zeit verloren geht. Langsame Pager können etwa von einer schnelleren Technologie abgelöst werden.

Verbesserung der Datengrundlage

Die Ereignisnummern zu den Einsätzen sollten für die zukünftige GEF-Statistik miterfasst werden. Für alle Einsätze sollten unbedingt Abfahrtsort-, Einsatzort-, Zielort- und Frei-ab-Ort-Koordinaten sowie Zeiten lückenlos erfasst werden.

Die Berner Versorgungsplanung 2016 als Chance

Gestützt auf das Spitalversorgungsgesetz (Art. 2 Bst. b) liegt die Planung der Versorgung der Kantonsbevölkerung mit Spitalleistungen sowie mit Rettungsleistungen in der Zuständigkeit der GEF. Im Zusammenhang mit der Notfallversorgung im Kantonsgebiet soll in der Planungsperiode 2017–2020 auch die Versorgungskette zwischen Rettungsdiensten und Spitälern geprüft werden. Diese Schnittstelle spielt beispielsweise bei der Zuführung von Patientinnen und Patienten, bei denen man einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt vermutet, eine wichtige Rolle.

16 Nicht universitäre Gesundheitsfachberufe

Dieses Kapitel aktualisiert die Auswertungen der Versorgungsplanung 2011–2014 für die nicht universitären Gesundheitsberufe.

16.1 Ausgangslage

Eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung sind gut ausgebildete Fachkräfte, sowohl in den Pflege- als auch in den weiteren Gesundheitsfachberufen. Bereits die Versorgungsplanung 2011–2014 wies auch für die Spitäler im Kanton Bern einen künftigen Mangel an ausgebildeten Pflegefachkräften nach. Diese ungünstige Entwicklung galt es in der Planungsperiode 2011–2014 zu berücksichtigen, indem man eine Zahl aktuell und künftig benötigter Nachwuchskräfte festlegte. Mit der gesetzlich verankerten Ausbildungsverpflichtung werden alle Betriebe im Kanton Bern dazu angehalten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen mitzuwirken. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag dazu, den Nachwuchs von qualifiziertem Personal in nicht universitären Gesundheitsberufen nachhaltig sicherzustellen. Dies liegt auch im Interesse der verpflichteten Betriebe. Die Ausbildungsverpflichtung wurde für den Akutbereich mit der Einführungsverordnung zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung eingeführt. Ab 2014 wurde sie mit der Schlussprüfung des Spitalversorgungsgesetzes in die ordentliche kantonale Gesetzgebung überführt. Im Zug der Schlussprüfung des Spitalversorgungsgesetzes wurden im Sozialhilfegesetz gleichlautende Rechtsgrundlagen für die Anwendung der Ausbildungsverpflichtung im stationären Langzeitbereich und in den Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause geschaffen. 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 Folgeplanung geben. In dieser Versorgungsplanung wird die Bedarfsermittlung anhand der Daten von 2013 aktualisiert.

Exkurs: Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung

Der Grosse Rat hat am 9. Juni 2015 die Motion 249/2014 Mühlheim (Bern, glp) «Gleich lange Spiesse auch in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte» mit grossem Mehr überwiesen.¹²⁷ Diese hat folgenden Wortlaut: «Der Regierungsrat wird beauftragt, das Spitalversorgungsgesetz so anzupassen, dass die bestehende ärztliche und pharmazeutische Weiterbildungspflicht durch die in der Spitalversorgung tätigen Leistungserbringer (Art. 104–105 SpVG) neu analog dem Modell der nicht universitären Medizinalberufe (Art. 106–110 SpVG) aufgebaut wird. Insbesondere sind Leistungserbringer, die sich nicht in genügendem Umfang an der Ausbildung beteiligen, auch mit einer Ausgleichszahlung analog zu Art. 110 SpVG zu belasten.» Die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ist eine eidgenössisch geregelte, strukturierte universitäre Ausbildung. Die Festlegung der Aufnahmekapazität wird gesamtschweizerisch koordiniert. Um in der Schweiz selbstständig als Ärztin oder als Arzt praktizieren zu können, bedarf es nach abgeschlossenem Medizinstudium einer Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt. Nur wenige diplomierte Ärztinnen und Ärzte sind ohne Weiterbildung berufstätig. Die Facharztweiterbildung wird in der Regel in einem zur Weiterbildung anerkannten Spital absolviert. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) hat vom Eidgenössischen Departement des Innern den Auftrag, die ärztliche Weiterbildung zu sichern. Zum Vollzug dieser Aufgabe hat die FMH das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) ins Leben gerufen. Das Institut vereint als autonomes Organ der FMH alle wesentlichen Akteure und Organisationen im Bereich der ärztlichen Weiterbildung und regelt in über 120 Fachgebieten die Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte. Auch das Studium der pharmazeutischen Wissenschaften ist eine eidgenössisch geregelte, strukturierte universitäre Ausbildung. Apothekerin oder Apotheker ist als universitärer Medizinalberuf dem MedBG unterstellt. Die Weiterbildung in Spitalpharmazie wird nach erfolgreichem Pharmaziestudium in der Funktion einer Assistenz an einer anerkannten Weiterbildungsstätte (in erster Linie Spitäler) absolviert. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt zum Fachapothekertitel «Spitalapotheker FPH». Der Schweizerische Apothekerverband (pharmaSuisse) ist gestützt auf das MedBG für die Weiterbildungsgänge in Pharmazie und damit auch für die Weiterbildung in Spitalpharmazie verantwortlich.

¹²⁷ Vgl. Regierungsrat des Kantons Bern, 2015b.

Die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung und die Ausbildungen in nicht universitären Gesundheitsberufen zeigen in vielen Punkten unterschiedliche Wesensmerkmale. Trotzdem sollen die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Nachwuchssicherung in der Planungsperiode 2017–2020 geprüft werden.

16.2 Methode zur Bedarfsermittlung

Für die Planung der nicht universitären Gesundheitsberufe soll der künftige Bedarf an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen ermittelt werden. Grundlage für die Bedarfsermittlung bilden die bereits für die Versorgungsplanung 2011–2014 getroffenen Annahmen zur demografischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung sowie zur Entwicklung der Struktur- und Prozessorganisation in den Betrieben (Skill- und Grademix). Um den Nachwuchsbedarf einzuschätzen, werden weitere wichtige Faktoren miteinbezogen, etwa die Entwicklung des durchschnittlichen Beschäftigungsgrads oder der Berufsverweildauer der Mitarbeitenden in nicht universitären Gesundheitsberufen.

Die Bedarfsermittlung des beruflichen Nachwuchses erfolgt in sechs Schritten:

Schritt 1 Ersatzbedarf aufgrund der mittleren Berufsverweildauer

Ein Teil des Personals scheidet jedes Jahr aus der Berufstätigkeit aus. Dieses Personal muss mit beruflichem Nachwuchs ersetzt werden, Messgröße sind die beschäftigten Personen, Einflussfaktor ist die angenommene mittlere Berufsverweildauer. Wird beispielsweise eine mittlere Berufsverweildauer von 20 Jahren angenommen, scheidet jedes Jahr ein Zwanzigstel des Personals aus und muss durch neue Personen mit gleicher Qualifikation (Korrektur in Schritt 4) ersetzt werden. In Schritt 1 werden die Auswirkungen der Annahmen zur Berufsverweildauer auf den Nachwuchsbedarf ermittelt.

Schritt 2 Korrekturfaktor Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrads

Die Entwicklung des mittleren Beschäftigungsgrads hat einen Einfluss auf den Bedarf nach beruflichem Nachwuchs. Steigt der mittlere Beschäftigungsgrad, stehen dadurch mehr Vollzeitäquivalente zur Verfügung, die bestehenden Ressourcen werden intensiver genutzt, der Ersatzbedarf sinkt entsprechend. Das Umgekehrte geschieht bei sinkendem mittlerem Beschäftigungsgrad. In Schritt 2 werden die Auswirkungen der Annahmen zum mittleren Beschäftigungsgrad auf den Nachwuchsbedarf ermittelt.

Schritt 3 Angenommene Veränderung der Produktivität

Verschiedene Faktoren verändern die Produktivität des eingesetzten Personals. Steigt die Produktivität an, sinkt der Ersatzbedarf entsprechend. Das Umgekehrte geschieht bei sinkender Produktivität. In Schritt 3 werden die Auswirkungen der Annahmen zur Veränderung der Produktivität auf den Nachwuchsbedarf ermittelt.

Schritt 4 Angenommene Veränderung des Skill- und Grademix

Schritt 1 geht von einer gleichbleibenden Qualifikationsstruktur des Personals aus. Faktisch wird sich der Skill- und Grademix aber aufgrund verschiedener Faktoren verschieben. In Schritt 4 werden die Auswirkungen der Annahmen zur Veränderung des Skill- und Grademix auf den Nachwuchsbedarf pro Qualifikationsstufe ermittelt, der Gesamtbedarf an Personen bleibt dabei gleich.

Schritt 5 Angenommene Veränderung des Bedarfs nach Leistungen

Ein steigender Bedarf nach Leistungen erfordert zusätzliches Personal, bei sinkendem Bedarf nach Leistungen ist weniger Personal erforderlich. In Schritt 5 werden die Auswirkungen der Annahmen zur Entwicklung des Bedarfs nach Leistungen auf den Nachwuchsbedarf ermittelt.

Schritt 6 Jährlicher Bedarf an beruflichem Nachwuchs

Die Summe der Ergebnisse aus den Schritten 1–5 ergibt den jährlichen Bedarf an beruflichem Nachwuchs.

16.3 Personalentwicklung 2010–2013

Die Entwicklung des Personalbestands zwischen 2010 und 2013 nach Anzahl der Beschäftigten in Pflege und Betreuung in den Berner Spitälern ist im Folgenden dargestellt.

Zum Zeitreihenvergleich müssen drei Vorbehalte angebracht werden:

1. Das Personal in der Krankenhausstatistik wurde ab 2010 nicht mehr nach Ausbildung, sondern nach Funktion erfasst. Aus diesem Grund musste die Aufteilung der Mitarbeitenden DN I (und äquivalente altrechtliche Abschlüsse) nach Tertiärstufe und Sekundarstufe II mit einer Hilfsrechnung ermittelt werden.
2. Ab 2010 sind die Suchtfachkliniken in der Krankenhausstatistik erfasst.
3. Datenqualität: Verschiedene Faktoren weisen darauf hin, dass die Umstellung der Gliederung nach Ausbildung zur Gliederung nach Funktion nicht störungsfrei verlaufen ist.

Die Entwicklung des Personalbestands in den drei Institutionstypen Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Psychiatrie ist in Tabelle 92 aufgeführt.

Im Folgenden wird aufgrund der begrenzten Datenqualität bei der Einführung des neuen Statistikkonzepts auf eine detaillierte Analyse und Interpretation der Entwicklung zwischen 2010 und 2013 verzichtet. Die Interpretation beschränkt sich stattdessen auf die Analyse des Jahres 2013. Für den Akutbereich werden die Beschäftigtenzahlen der Fachapplikation Ausbildungsverpflichtung nicht universitärer Gesundheitsberufe (FA AVG) eingesetzt. Die Zahlen bilden auch die Grundlage für die Berechnung des Nachwuchsbedarfs.

Anzahl Mitarbeitende

Die Entwicklung zeigt für die Jahre 2010–2013 eine Zunahme der Mitarbeitenden in Pflege und Betreuung um rund 10,2 Prozent, dies bei einer Zunahme der Stellen (VZÄ) um rund 10,8 Prozent, 2013 war der Hauptanteil (82,3 Prozent) des Personals in Pflege und Betreuung in Akutspitälern tätig. Weitere 13 Prozent arbeiteten in der Psychiatrie, und der Anteil der Beschäftigten in Rehabilitationskliniken betrug in dieser Zeit 4,6 Prozent.

Mittlerer Beschäftigungsgrad

Der mittlere Beschäftigungsgrad war 2013 in den drei Institutionstypen praktisch identisch. Er betrug im Mittel 68,2 Prozent. Er zeigt einen sprunghaften, erheblichen Abfall gegenüber der Datenreihe der alten Statistik 2000–2008. Im Jahr 2008 lag der mittlere Beschäftigungsgrad noch bei 76,2 Prozent. Es ist anzunehmen, dass dieser starke Rückgang eine Auswirkung des modifizierten Statistikkonzepts ist. Auf eine detaillierte Analyse des mittleren Beschäftigungsgrads wurde aufgrund der begrenzten Datenqualität bei der Einführung des neuen Statistikkonzepts verzichtet. Für den Akutbereich werden die Angaben aus der FA AVG für das Jahr 2013 eingesetzt.

Tabelle 92:

Personal Pflege und Betreuung in Institutionen gemäss SpVG 2010–2013

Kennzahl	Jahr	Institutionstyp			Total
		Akutspitäler	Psychiatriekliniken	Rehabilitationskliniken	
Anzahl Beschäftigte in absoluten Zahlen	2010	7457	1394	332	9183
	2011	8423	1043	448	9914
	2012	8116	1343	439	9898
	2013	8330	1320	469	10 119
Anteil der Institutionstypen an den Beschäftigten in Prozent	2010	81,2%	15,2%	3,6%	100,0%
	2011	85,0%	10,5%	4,5%	100,0%
	2012	82,0%	13,6%	4,4%	100,0%
	2013	82,3%	13,0%	4,6%	100,0%
Beschäftigungsgrad in Prozent	2010	67,4%	69,4%	70,9%	67,9%
	2011	66,8%	91,0%	66,7%	69,3%
	2012	67,5%	69,8%	65,5%	67,7%
	2013	68,2%	68,8%	66,6%	68,2%

Quelle: Auswertung der kantonalen Datenausgangsbasis aus dem Jahr 2013 durch die Dolder Beratungen GmbH (Stand: 31.12.2015)

16.4 Die Berufe im Einzelnen

Die Entwicklung der Zahl der Mitarbeitenden und des Beschäftigungsgrads in MTT-Berufen in den Jahren 2010 bis 2013 ist in Tabelle 93 dargestellt. Diese vermittelt einen Überblick über den mittleren Beschäftigungsgrad in Pflege und Betreuung im Jahr 2013.

Tabelle 93:

Entwicklung des Personalbestands 2008–2013 | Beschäftigte in Pflege und Betreuung nach MTT-Berufen und Beschäftigungsgrad

MTT-Berufe	Beschäftigte			Beschäftigungsgrad	
	31.12.2008	31.12.2010	31.12.2013	31.12.2008	31.12.2013
Hebammen	332	315	372	58,5%	57,7%
Ernährung und Diätetik	81	110	108	60,7%	52,7%
Physiotherapie	498	505	548	64,4%	63,3%
Ergotherapie	142	113	140	57,5%	55,2%
OT	317	502	346	75,4%	74,7%
BMA	432	420	411	73,2%	74,0%
MTR	416	451	483	73,9%	72,3%
Aktivierung	42	81	59	45,8%	46,7%
Rettungssanität	218	275	325	81,1%	77,1%
Total Mittel	2478	2772	2792	69,3%	67,5%

Quelle: Auswertung der kantonalen Datenausgangsbasis aus dem Jahr 2013 durch die Dolder Beratungen GmbH (Stand: 31.12.2015)

Entwicklungstendenz (Personalbestand)

Im Vergleich der Jahre 2010 und 2013 zeigen sich die folgenden Entwicklungen. Um die Entwicklung der Anzahl an Mitarbeitenden zu beschreiben und die qualitative Beurteilung der Entwicklungstendenz zu vereinfachen, werden die Veränderungen in drei Kategorien eingeteilt.

Diese sind:

- Unklare oder keine Veränderung
 - > Der hohe Zuwachs an Mitarbeitenden in Ergotherapie dürfte wie bei den Fachpersonen Operationstechnik auf ein Statistikproblem zurückzuführen sein. Im Vergleich zu 2008 darf von einem Halten des Niveaus bei leicht sinkendem mittlerem Beschäftigungsgrad ausgegangen werden.
 - > Ein Statistikproblem muss ebenfalls bei der Aktivierung vermutet werden, da die Zahlen aus dem Jahr 2010 nicht plausibel sind. Vermutlich hat die Zahl der Mitarbeitenden zugenommen, der mittlere Beschäftigungsgrad bleibt praktisch unverändert.
- Rückgang
 - > Die Zahl der Beschäftigten in Ernährung und Diätetik bleibt praktisch gleich, aber der mittlere Beschäftigungsgrad nimmt deutlich ab. Insgesamt resultiert ein Rückgang der Stellen (VZÄ) um 14,8 Prozent.
 - > Die Zahl der Fachpersonen Operationstechnik ging um 31 Prozent zurück. Unter Einbezug der 2008er-Daten sind die Daten von 2010 aber nicht plausibel, hier dürfte ein Statistikproblem vorliegen. Insgesamt darf von einer leichten Zunahme ausgegangen werden. Der mittlere Beschäftigungsgrad bleibt weitgehend konstant.
 - > Einen Rückgang um 2,1 Prozent verzeichnet die Zahl der beschäftigten biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (BMA). Dieser wird durch die Zunahme des mittleren Beschäftigungsgrads weitgehend kompensiert.
- Zunahme
 - > Einen deutlichen Zuwachs um 18,1 Prozent zeigen die beschäftigten Hebammen, dies bei einem geringfügig sinkenden mittleren Beschäftigungsgrad. Dieser hohe Zuwachs erstaunt, weil diese Berufsgruppe bereits in den Jahren 2000–2008 um 19 Prozent zugenommen hatte.
 - > Die Zahl der mitarbeitenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten steigt um 8,1 Prozent, dies bei einem leicht sinkenden mittleren Beschäftigungsgrad.
 - > Die Zahl der Fachleute für medizinisch-technische Radiologie (MTR) steigt um 7,1 Prozent, der mittlere Beschäftigungsgrad bleibt praktisch unverändert.
 - > Das Wachstum der Zahl der Rettungssanitäterinnen und -sanitäter um 18,2 Prozent erstaunt nicht, da dieser Beruf in der Aufbauphase war. Der mittlere Beschäftigungsgrad ist deutlich gesunken. Dies könnte Ausdruck davon sein, dass der Frauenanteil in diesem Beruf deutlich angestiegen ist.

Einsatzort (Personalbestand)

Die Verteilung des Personalbestands (MTT-Berufe, Hebammen und Rettungssanität) 2013 auf die drei Institutionstypen (Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Psychiatriekliniken) und die Rettungsdienste zeigt Unterschiede zwischen den Einsatzorten der einzelnen Gesundheitsberufe.

Diese sind:

- OT, BMA, MTR und Hebammen
 - > Es handelt sich um ausgesprochene Spitalberufe. Mitarbeitende in den Berufen Medizinisches Labor und MTR werden auch in unbekannter, aber vermutlich hoher Zahl in privaten Labors und Instituten eingesetzt.
- Physiotherapie
 - > Die Physiotherapie hat neben dem Akutspital auch in der Rehabilitation ein wichtiges Einsatzfeld. Hinzu kommen die zahlreichen Physiotherapeut/-innen in privater Praxis. Das gleiche gilt für die Ernährungsberatung und die Diätetik.
- Ergotherapie
 - > Die Ergotherapie hat ein übergreifendes Einsatzgebiet. Gemessen an der Grösse der drei Institutionstypen liegt ihr Schwerpunktgebiet im Akutbereich aber klar in der Psychiatrie.
- Aktivierungstherapie
 - > Die Aktivierungstherapie wird im Akutbereich praktisch ausschliesslich in der Psychiatrie eingesetzt.
- Rettungssanitäterinnen und -sanitäter
 - > Die Rettungssanitäterinnen und -sanitäter sind ausschliesslich in den Rettungsdiensten tätig.

16.5 Soll-Ist-Abgleich

Für die Berufe in Pflege und Betreuung ist im Verbund mit der Ausbildungsverpflichtung davon auszugehen, dass die Mobilität der Lernenden und Studierenden in der beruflichen Grundbildung und der HF Pflege im Kanton Bern und den unmittelbar angrenzenden Nachbarkantonen begrenzt ist. Personen, die ihr Attest, Fähigkeitszeugnis oder Pflegediplom HF in Bern abschliessen, dürften später häufig auf dem bernischen Arbeitsmarkt anzutreffen sein. Die Bildungsangebote des Kantons Bern in den tertiären medizintechnischen und medizinterapeutischen Berufen sowie das Angebot Pflege der Berner Fachhochschule haben dagegen einen interkantonalen Charakter. Das medi und die BFH Gesundheit sind Bildungszentren mit einer kantonsübergreifenden Versorgungsfunktion. Für diese Bildungsgänge ist es nicht möglich, die Ausbildungsleistungen für das bernische und für ausserkantonale Versorgungssysteme plausibel abzugrenzen.

Ausbildungsstufen

Tabelle 94 zeigt eine Gegenüberstellung des eingeschätzten Bedarfs differenziert nach Ausbildungsstufen der bernischen Bildungsanbieter. Die Ergebnisse spiegeln erwartungsgemäss die Ergebnisse früherer Analysen für den Kanton Bern und auch diejenigen des Nationalen Versorgungsberichts von GDK und OdASanté wider: Rechnerisch deckt der Nachwuchs auf allen Ausbildungsstufen den Bedarf nicht ausreichend ab. Abgesehen von einem absehbaren Wachstum des Langzeitbereichs haben diese Zahlen bis zum Zieljahr 2020 der Planungsperiode 2017–2020 nur einen indikativen Charakter. Sie geben noch keinen Anlass, die Ausbildungsstrategie der GEF anzupassen. Die Entwicklung der Anzahl an Lernenden in den Ausbildungen auf Sekundarstufe II zeigt, dass ein erheblicher Teil der Praxis zielführende Ausbildungsstrategien entwickelt hat und umsetzt. Die Auswertung der Ausbildungsverpflichtung zeigt aber auch, dass immer noch eine grosse Anzahl von Betrieben ihr Ausbildungspotenzial nicht ausgeschöpft hat. Entwicklungsbedarf hat die tertiäre Pflege: Das von den Betrieben bereitgestellte Angebot an praktischer Ausbildung wurde aufgrund ungenügender Studierendenzahlen nicht ausgeschöpft, Spielraum ist somit gegeben. Zwar haben die Planungszahlen nur einen indikativen Charakter; trotzdem kann aus den Daten abgeleitet werden, dass der Handlungsbedarf auf Stufe der tertiären Pflege weiterhin hoch ist. Die Daten der Gegenüberstellung dürfen jedoch für die Listenspitäler und Listengeburtshäuser sowie die Rettungsdienste nicht überbewertet werden, da ihnen nur ein Vergleichsjahr zugrunde liegt. Der Bedarfszuwachs nach ausgebildetem Pflege- und Betreuungspersonal ist insbesondere durch den erwarteten quantitativen und qualitativen Zuwachs der nachgefragten Pflege- und Betreuungsleistungen in der Langzeitpflege bedingt. Vor den grössten Herausforderungen steht ganz klar die Hilfe und Pflege zu Hause. Aber auch der stationäre Bereich wird sich weiterentwickeln müssen.

Auf den ersten Blick besteht auch bei der Sekundarstufe II EFZ ein grosser Handlungsbedarf. Die Entwicklung der Eintritte in die FaGe-Lehre in den Jahren 2010–2014 zeigt aber, dass das Versorgungsziel realistisch ist und in kurzer Zeit erreicht sein wird. Dem Aufbau der Ausbildung zur Assistentin / zum Assistenten Gesundheit und Soziales muss ebenfalls Beachtung geschenkt werden. Hier empfiehlt es sich, die Gründe für die gemessen an der altrechtlichen Ausbildung zur Pflegeassistentin / zum Pflegeassistenten SRK zögerliche Entwicklung zu untersuchen.

Tabelle 94:

Jährlicher Nachwuchsbedarf nach Ausbildungsstufen | in Spitälern, Heimen und Spitex zusammen

Ausbildungsstufe	jährlicher Nachwuchsbedarf (Mittelwert)	jährliche Abschlüsse	Fehlbedarf pro Jahr
Tertiäre Pflege	651	428	-223
Pflege und Betreuung Sekundarstufe II EFZ	902	621	-281
Pflege und Betreuung Assistenzstufe Sek. II	338	94	-244

Quelle: Auswertung der kantonalen Datenausgangsbasis aus dem Jahr 2013 durch die Dolder Beratungen GmbH (Stand: 31.12.2015)

Die Abschlüsse im Einzelnen

Die beiden Berner Bildungszentren Berner Fachhochschule Gesundheit und medi haben eine starke interkantonale Ausstrahlung. Nur ein Teil der Personen, die hier einen Ausbildungsabschluss erzielen, werden dem Berner Versorgungssystem zur Verfügung stehen. Eine Gegenüberstellung des eingeschätzten Bedarfs differenziert nach den Abschlüssen der bernischen Bildungsanbieter findet sich in Tabelle 95. Die Gegenüberstellung zeigt, dass für die Ausbildungen BMA und MTR eine rechnerische Unterdeckung vorliegt; in beiden Berufen liegen die Abschlusszahlen des medi unterhalb des kantonalen Nachwuchsbedarfs. Die Daten dürfen jedoch auch hier nicht überbewertet werden, da ihnen nur ein Vergleichsjahr zugrunde liegt. Da in Bern keine Abschlüsse in Ergotherapie gemacht werden (die FH Ausbildung wird in der deutschsprachigen Schweiz nur an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW angeboten), ist eine Gegenüberstellung für diesen Beruf nicht möglich. Aus der Praxis liegen keine Hinweise auf Versorgungsengpässe in Ergotherapie vor.

Tabelle 95:

Jährlicher Nachwuchsbedarf nach Abschlüssen

Abschlüsse	jährlicher Nachwuchsbedarf	jährliche Abschlüsse an BFH und medi	Differenz
Hebammen	22	57	25
Ernährungsberatung	11	45	34
Physiotherapie	55	88	33
Ergotherapie	12	–	–
OT	21	24	3
BMA	40	29	-11
MTR	39	27	-12
Aktivierung	5	20	15
Rettungssanität	22	22	–

Quelle: Auswertung der kantonalen Datenausgangsbasis aus dem Jahr 2013 durch die Dolder Beratungen GmbH (Stand: 31.12.2015)

16.6 Planungsgrundsatz Ausbildungsleistung

Die Messgrösse für die Höhe der Ausbildungsverpflichtung für die Gesundheitsberufe gemäss Anhang 1 SpVV ist das Ausbildungspotenzial der Betriebe. Im Kanton Bern verfügen die Betriebe erwartungsgemäss über unterschiedliche strukturelle Voraussetzungen für die praktische Aus- und Weiterbildung. Es muss beispielsweise zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Akutspitäler, Rettungsdienste und Kliniken, stationärer Langzeitbereich, Hilfe und Pflege zu Hause) differenziert werden. Die einzelnen Betriebe weisen wiederum unterschiedliche Angebots- und Leistungsspektren auf, die Einfluss auf das Ausbildungspotenzial haben. Diese Unterschiede werden bei der Festlegung der Ausbildungsleistung berücksichtigt. Die in den Referenzbetrieben ermittelte Ausbildungsleistung (in Ausbildungswochen pro Jahr und Ausbildung) gilt als Benchmark. Von den Betrieben wird im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung erwartet, dass sie diesen Benchmark zu 60 Prozent erreichen. Das für die Ausbildungsverpflichtung massgebende Ausbildungspotenzial beträgt mit anderen Worten 60 Prozent der Ausbildungsleistung der Referenzbetriebe. Bei der Erfüllung des so berechneten Ausbildungspotenzials wird den Betrieben ein Toleranzwert von 10 Prozent gewährt. Da in der Planungsperiode 2011–2014 zahlreiche Betriebe ihre Ausbildungstätigkeit auf- oder ausbauen mussten, gewährte man ihnen während der Einführungsphase einen nach Jahren gestuften Toleranzwert.

Diese sind:

- im ersten Jahr (2012) waren 30 Prozent der verfügbaren Ausbildungsleistung zu erreichen,
- im zweiten Jahr (2013) waren 60 Prozent der verfügbaren Ausbildungsleistung zu erreichen,
- im dritten Jahr (2014) waren 75 Prozent der verfügbaren Ausbildungsleistung zu erreichen,
- ab dem vierten Jahr (2015 und folgende) gilt der Regelbetrieb und es sind 90 Prozent der verfügbaren Ausbildungsleistung zu erreichen.

Wird die geforderte Ausbildungsleistung unterschritten, muss der Betrieb eine Ausgleichszahlung leisten. Von der Sanktion wird abgesehen, wenn der Betrieb nachweisen kann, dass für die Unterschreitung der Vorgabe kein eigenes Verschulden vorliegt. Die rechnerische Ermittlung des Ausbildungspotenzials erfolgt gestützt auf Art. 32–40 SpVV. Das Ausbildungspotenzial wird jährlich berechnet und mit den Betrieben abgestimmt.¹²⁸ Um die Ausbildungsleistungen vergleichen zu können, liegt der Beurteilung des Ausbildungspotenzials die Ausbildungswoche als rechnerische Vergleichsgrösse zugrunde. Sie entspricht dem zeitlichen Ausbildungsaufwand in der Praxis. Tabelle 96 bietet eine Übersicht über die Ausbildungsleistungen der Berner Listenspitäler und Listengeburtshäuser sowie der kantonalen Rettungsdienste im Jahr 2013.

Erfahrungen des Kantons seit der Einführung der Ausbildungsverpflichtung

Die Datenauswertung während der Einführungsphase zeigt ein sehr positives Bild. Eine grosse Mehrheit der Leistungserbringer hat es geschafft, die Vorgaben der Ausbildungsverpflichtung zu erfüllen. Im Jahr 2014 wurden über alle Versorgungsbereiche und nicht universitären Gesundheitsberufe gesehen insgesamt rund 114 300 Ausbildungswochen verpflichtet, effektiv wurden rund 118 700 Ausbildungswochen erbracht. Die Vorgaben der Ausbildungsverpflichtung in Ausbildungspunkten wurden damit zu 103,9 Prozent erfüllt. Die gesamten Ausbildungsleistungen haben gegenüber dem Startjahr 2012 um 12,5 Prozent zugenommen. Dieses erfreuliche Bild darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele kleinere Betriebe in einigen Randregionen sehr grosse Mühe bekunden, die Ausbildungsvorgaben zu erfüllen. Diese Leistungserbringer werden ermutigt, ihre Ausbildungsleistungen im Rahmen von Ausbildungsverbänden oder anderen Formen der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern zu erbringen. Ebenfalls zulässig ist es, die Ausbildungsleistung bei Dritten im Kanton einzukaufen. Mit der Einführung der Ausbildungsverpflichtung können zurzeit die Bedarfszahlen zu den benötigten Nachwuchskräften grossmehrheitlich erreicht werden. Bei der Ausbildung Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe) konnte 2015 mit 857 Lehrstellen das Versorgungsziel erreicht werden. Auch die sich nach wie vor im Aufbau befindende EBA-Ausbildung «Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales» hat mit 103 abgeschlossenen Lehrverträgen die Zielsetzung für das Jahr 2015 erreicht. Einzig bei der Pflegeausbildung auf Stufe Höhere Fachschule (HF) ist die Rekrutierung nach wie vor ungenügend. Mit zurzeit jährlich rund 340 Diplomabschlüssen kann der Bedarf nicht gedeckt werden. Gemeinsam mit den Leistungserbringern und der Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdA Gesundheit Bern) werden die Erfahrungen aus der Einführungsphase analysiert und Verbesserungsvorschläge ausgearbeitet, die im Rahmen von zukünftigen Verordnungs- und Gesetzesrevisionen umgesetzt werden sollen.

16.7 Ausbildungsqualität

Neben der Absicht, die Zahl der Auszubildenden oder Studierenden in den Pflegeberufen zu erhöhen, ist eine gute Ausbildungsqualität der Schlüssel zu einer nachhaltigen Sicherung des beruflichen Nachwuchses. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat deshalb zusammen mit der Erziehungsdirektion das Projekt «Ausbildungsqualität» initiiert. Die Ausbildungsbetriebe sollen dabei zu Wort kommen und definieren, welche Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen, um eine gute Ausbildung in den Betrieben gewährleisten zu können. Das Projekt soll dazu führen, dass sich die Betriebe in der Ausbildung gegenseitig unterstützen («learning from the best») und die Zahl der Lehrabbrüche gesenkt oder auf einem niedrigen Niveau gehalten werden. Die Entwicklungs- und Gestaltungsphase im Projekt konnte im Juni 2015 anlässlich einer Fachtagung mit 250 Personen aus der Praxis abgeschlossen werden. In der Umsetzungsphase werden zurzeit konkrete Massnahmen und Instrumente erarbeitet, welche ab 2017 zur Verfügung stehen sollen. Im Vordergrund stehen Massnahmen wie z. B. der Leitfaden für eine betriebliche Bildungsstrategie und ein betriebliches Bildungskonzept, aber auch ein Modulbaukasten für die Aus- und Weiterbildung der Berufsbildenden in den Betrieben.

¹²⁸ Vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2011b.

Tabelle 96:

**Ausbildungsleistungen der Spitäler, Geburtshäuser sowie der Rettungsdienste
im Kanton Bern 2013 | in Ausbildungswochen**

Berner Ausbildungsstätten	Pflege- und Be- treuungsberufe	andere nicht universitäre Gesundheitsberufe	Nicht formalisierte Ausbildungs- leistungen (NFA)	NDS HF AIN	Total
Spitäler im Kanton Bern					
Inselspital	8635,2	2776,5	157,0	1598,4	13 167,1
Spital Netz Bern AG	3712,1	821,0	182,6	129,6	4845,3
Regionalspital Emmental AG	2003,8	385,0	34,2	172,8	2595,8
spitäler fmi ag	1936,8	440,0	50,4	129,6	2556,8
Spital SRO AG	1185,4	697,0	104,4	172,8	2159,6
Spital STS AG	3199,7	574,0	293,2	345,6	4412,5
Spitalzentrum Biel AG	2366,0	579,0	463,6	172,8	3581,4
Hôpital du Jura bernois SA	1212,8	89,8	211,2	0,0	1513,8
Lindenhof AG	3065,0	1103,0	155,2	216,0	4539,2
Hirslanden Bern AG	1702,0	619,0	33,2	129,6	2483,8
Klinik Siloah AG	249,0	6,0	6,6	0,0	261,6
Klinik Hohmad AG	95,1	50,0	10,4	0,0	155,5
Privatklinik Linde AG	705,2	279,5	20,8	0,0	1005,5
Stiftung Diaconis	45,2	0,0	0,0	0,0	45,2
Berner Klinik Montana	162,8	101,0	64,0	0,0	327,8
Berner Reha-Zentrum Heiligenschwendli	642,3	253,2	93,0	0,0	988,5
Klinik Bethesda Tschugg	443,2	83,0	1,6	0,0	527,8
Klinik Schönberg AG Gunten	249,0	93,0	0,0	0,0	342,0
Kurklinik Eden AG	63,4	68,0	0,0	0,0	131,4
Rehaklinik Hasliberg AG	126,8	55,0	0,0	0,0	181,8
Soteria Bern, IG Sozialpsychiatrie Bern	39,2	0,0	0,0	0,0	39,2
Klinik SGM Langenthal	102,6	20,0	8,4	0,0	131,0
Privatklinik Meiringen	766,9	16,0	26,6	0,0	809,5
Privatklinik Wyss AG Münchenbuchsee	341,1	0,0	0,0	0,0	341,1
Psychiatriezentrum Münsingen	1146,6	42,0	83,2	0,0	1271,8
PDJBB	1359,8	17,0	83,2	0,0	1460,0
UPD Bern	1539,6	66,0	45,4	0,0	1651,0
Klinik Wysshölzli Herzogenbuchsee	12,0	0,0	0,0	0,0	12,0
Klinik Südhang Kirchlindach	23,6	23,0	0,0	0,0	46,6
Klinik Selhofen Burgdorf	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Geburtshäuser im Kanton Bern					
Geburtshaus Luna Biel	21,7	41,0	0,0	0,0	62,7
Rettungsdienste im Kanton Bern					
Ambulanz Region Biel AG	0,0	117,0	0,0	0,0	117,0
Rettungsdienst fmi AG	0,0	102,0	0,0	0,0	102,0
Rettungsdienst RSE AG	0,0	206,0	0,0	0,0	206,0
Rettungsdienst SNBe AG	0,0	70,0	0,0	0,0	70,0
Rettungsdienst SRO AG	0,0	145,0	0,0	0,0	145,0
Rettungsdienst STS AG	0,0	160,0	0,0	0,0	160,0
Sanitätspolizei Bern	0,0	499,0	0,0	0,0	499,0
Service de sauvetage HJB SA	0,0	180,0	0,0	0,0	180,0
Total	37 153,9	10 777,0	2128,2	3067,2	53 126,3

Quelle: Auswertung der GEF auf Basis der Fachapplikation Ausbildungsverpflichtung nicht universitärer Gesundheitsberufe (Stand: 31.12.2015)

16.8 Erwartete Kosten

Seit dem 1. Januar 2012 (KVG-Revision im Jahr 2007) werden schweizweit auch die betrieblichen Ausbildungskosten für die nicht universitären Gesundheitsberufe in den Spitälern zu 45 Prozent von den Krankenversicherern und zu 55 Prozent von den Kantonen finanziert. Dieses Kapitel bildet die Kosten ab, die für die praktischen Ausbildungsleistungen der Spitäler für die nicht universitären Gesundheitsberufe entstehen. Tabelle 97 versammelt die betrieblichen Ausbildungskosten bei Vollausbau gemäss Versorgungsplanung unter den Rahmenbedingungen der Ausbildungsverpflichtung. Sie bildet also diejenigen Kosten ab, mit denen sich der Kanton an den Ausbildungsleistungen der Leistungserbringer gemäss SpVG und Sozialhilfegesetz (SHG) beteiligt, wenn alle Leistungserbringer ihre Ausbildungsverpflichtung gemäss Versorgungsplanung erreichen. Die Aufstellung zeigt, dass der Kanton bei einem Vollausbau insgesamt rund 19,7 Millionen Franken der Ausbildungskosten finanziert. Diese setzen sich aus 14,7 Millionen Franken für die eigentlichen betrieblichen Ausbildungsleistungen aller Leistungserbringer gemäss Versorgungsplanung unter den Rahmenbedingungen der Ausbildungsverpflichtung und aus 5 Millionen Franken für weitere nicht KVG-relevante Ausbildungskosten zusammen. Nicht KVG-relevante Ausbildungskosten sind beispielsweise die Abgeltungsansätze für die praxisbezogenen Kurse «Lernbereich Training und Transfer» (LTT) und die Unterstützung von Rekrutierungsmassnahmen sowie Koordinationsleistungen der Organisation der Gesundheit (OdA Gesundheit Bern). Seit 2015 sind die Leistungserbringer im Kanton Bern verpflichtet, 90 Prozent der verfügbaren Ausbildungsleistungen zu erreichen. Wann alle Leistungserbringer ihre Ausbildungsverpflichtung zu 100 Prozent erreichen können, ist nicht vorhersehbar. Weil aber gut ausgebildete Fachkräfte, sowohl in den Pflege- als auch in den weiteren Gesundheitsberufen, eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung der Berner Bevölkerung sind, ist es notwendig, dass diese Mittel bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Tabelle 97:

Betriebliche Ausbildungskosten für nicht universitäre Gesundheitsberufe bei Vollausbau gemäss Versorgungsplanung unter den Rahmenbedingungen der Ausbildungsverpflichtung für alle Leistungserbringer gemäss Spitalversorgungs- und Sozialhilfegesetz

Ausbildungen	Diplomvorgaben ¹⁾	Abgeltung in CHF
Assistent/-in Gesundheit/Soziales EBA	236	1 298 000
Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (FaGe)	864	4 752 000
Diplomierte Pflegefachfrau/-fachmann HF	450	7 938 000
Bachelor of Science in Physiotherapie	54	631 800
Bachelor of Science in Ergotherapie	20	228 600
Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik	13	155 610
Diplomierte Biomedizinische Analytiker/-in HF	43	955 890
Diplomierte Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF	21	542 430
Diplomierte Fachfrau/Fachmann in medizinischer-technischer Radiologie HF	35	809 550
Diplomierte Aktivierungsfachfrau/-fachmann HF	9	224 370
Bachelor of Science Hebamme	20	239 400
Diplomierte Rettungssanitäterin/-sanitäter HF	15	395 550
Diplomierte Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker HF	24	864 000
Bachelor of Science in Pflege	70	1 256 850
Betriebliche Ausbildungskosten insgesamt		20 292 050
davon betriebliche Ausbildungskosten gemäss KVG – in Listenspitälern (100 Prozent)		12 415 560
davon betriebliche Ausbildungskosten gemäss KVG Anteil KV 45 Prozent – in Listenspitälern		5 587 002
davon betriebliche Ausbildungskosten gemäss KVG Anteil Kt. Bern 55 Prozent – in Listenspitälern		6 828 558
Betriebliche Ausbildungskosten Kanton Bern nach Abzug Anteil Krankenversicherer		14 705 048
Weitere Ausbildungskosten (Projekte, LTT, OdA)		5 000 000
Ausbildungskosten Kanton insgesamt		19 705 048

¹⁾ Gemäss Tabelle 10.4 und 10.5 der Versorgungsplanung 2011–2014.

Quelle: Auswertung der GEF (Stand: 31.12.2015)

16.9 Handlungsfelder

Die in dieser Planung dokumentierte Situation bei den Gesundheitsberufen im Kanton Bern gibt noch keinen Anlass, die Ausbildungsstrategie der GEF anzupassen. Die Planungsperiode 2017–2020 soll genutzt werden, um die Ausbildungsleistungen der Betriebe und die Ausschöpfung der gesetzlich verankerten Ausbildungsverpflichtung zu beobachten. Im Rahmen der Erarbeitung der vierten Berner Versorgungsplanung soll dann die Bedarfsermittlung für die nicht universitären Gesundheitsberufe grundsätzlich überprüft werden. Der Nationale Bericht Gesundheitsberufe von GDK und OdASanté formuliert Massnahmenvorschläge, um der drohenden Knappheit von Personal in Gesundheitsberufen zu begegnen. Dazu stehen verschiedene Handlungsebenen zur Verfügung. Je nach Massnahmenvorschlag sind die Betriebe, die Branche, die Organisationen der Arbeitswelt oder die Behörden die geeigneten Handlungsträger. Die Massnahmenvorschläge des Nationalen Berichts Gesundheitsberufe sind auch für den Kanton Bern gültig. Sie werden hier nicht im Einzelnen wiederholt. Mit den bereits getroffenen umfangreichen Massnahmen hat die GEF die verfügbaren Mittel auf Massnahmenebene bereits weitgehend ausgeschöpft. Ergänzend sind künftig jedoch die folgenden Massnahmen durch den Kanton und/oder die Betriebe denkbar.

Der Kanton Bern kann:

- Massnahmen von Verbänden mittragen, die die Betriebe bei der Erhöhung ihres Ausbildungspotenzials wirksam unterstützen,
- Massnahmen unterstützen, die das Image der Gesundheitsberufe und das Image der Gesundheitsbranche, insbesondere im Langzeitbereich, verbessern,
- Massnahmen von Verbänden unterstützen, die zum Ziel haben, die Rekrutierung von Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern zu verstärken,
- die Berufswahlpraxis hinsichtlich der Ausbildung Assistent/-in Gesundheit und Soziales näher analysieren.

Die folgenden Massnahmen der Betriebe versprechen erhebliche Wirkung:

- berufliche Kompetenzen des eingesetzten Personals ausschöpfen, Aufbau und Ablauf im Rahmen von Organisationsentwicklungsprojekten zur Optimierung des Skill- und Grademix verbessern.
- Beschäftigungsgrad des eingesetzten Personals erhöhen. Potenzial hierzu hat insbesondere die Spitex. Damit können nicht nur personelle Versorgungsengpässe entschärft, sondern auch die Kontinuität des betreuenden Personals besser gewährleistet werden.
- Berufsverweildauer des Personals verlängern. Die Personalerhaltung ist ein zentrales Element, um Personalmangel zu verhindern. Bei einer Berufsverweildauer von 20 Jahren reduziert eine Erhöhung um durchschnittlich 1 Jahr den Ausbildungsbedarf um 5 Prozent. Es muss deshalb ein prioritäres Ziel sein, qualifiziertes Fachpersonal länger im Gesundheitswesen zu beschäftigen.

BIS XP

ASPECT
MEDICAL SYSTEMS



DSC



Silence



Review



Menu/Exit



Up



Select

Down



Teil C: Umsetzung

«Teil C: Umsetzung» – durch rote Balken gekennzeichnet – liefert, basierend auf den Ausführungen in den vorhergehenden Kapiteln, die weiteren Schritte zur Umsetzung der Versorgungsplanung 2016. Kapitel 17 fasst konkrete Handlungsfelder für die Planungsperiode 2017–2020 zusammen. Kapitel 18 und 19 fassen die wichtigsten Planungsaspekte des Berichts und die Kostenprognose bis 2020 für den Kanton zusammen. Kapitel 20 bis 22 geben einen Ausblick auf das weitere Vorgehen im Verfahren der Spitalplanung. Das Verfahren umfasst sowohl das Bewerbungsverfahren zur Erteilung von Leistungsaufträgen für die Berner Spitalisten als auch die Aufsicht über die bestehenden Leistungsaufträge durch den Kanton Bern. Kapitel 23 schliesst den Teil mit einem Ausblick auf die nächste Versorgungsplanung im Kanton Bern ab.

17 Handlungsfelder 2017–2020

Zu Beginn des vorliegenden Berichts wurden in Kapitel 5 die Umsetzung und die Weiterentwicklung von unterschiedlichen Themen und Schwerpunkten der Versorgungsplanung 2011–2014 dargestellt. Kapitel 10 führte neue Themen und Schwerpunkte der Versorgungsplanung 2016 ein. Für diese Schwerpunkte wurden in den Kapiteln 5 und 10 Handlungsfelder für die Planungsperiode 2017–2020 festgelegt. Ergänzend wurden in den Kapiteln 12 bis 16 zusätzliche Handlungsfelder der einzelnen Versorgungsbereiche aufgenommen. Für die Versorgungsplanung 2016 ergeben sich so verschiedene versorgungsplanerische Handlungsfelder, die im Folgenden zusammenfassend aufgeführt sind. Die Umsetzung der Handlungsfelder wird schliesslich – im Sinne eines Agenda Settings – in die Erarbeitung der vierten Berner Versorgungsplanung einfließen. Diese wird voraussichtlich ab Mitte 2018 erarbeitet werden.

Überblick zu den Handlungsfeldern der Planungsperiode 2017–2020:

Integrierte Versorgung

Für die gezielte Unterstützung einer integrierten Versorgung wird, wenn immer möglich, von der Fragmentierung der Versorgung Abstand genommen. Von den Listenspitälern wird ausdrücklich erwartet, dass ihre Angebote diesem wichtigen Leitgedanken folgen und sie mit den einweisenden, aber insbesondere auch den nachsorgenden Einrichtungen und Gesundheitsfachpersonen nachhaltige Kooperationen aufbauen und weiter stärken.

Palliative Versorgung

Für die palliative Versorgung orientiert sich der Kanton am «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern». Zum Ende der Planungsperiode 2017–2020 werden neben der Bedarfsermittlung auch die palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen im Kanton noch einmal eingehend geprüft. Dazu gehört auch die Entwicklung im ambulanten palliativmedizinischen und pflegerischen Bereich.

Post-Akut-Pflege / Nachsorge nach einem Akutspitalaufenthalt

Für die Nachsorge nach einem Akutspitalaufenthalt (zuvor: Post-Akut-Pflege) wird die Bedarfsermittlung noch einmal eingehend geprüft, auch unter Berücksichtigung der Finanzierung gemäss den spezifischen Tarifsystemen.

Geriatrische Versorgung

Für die geriatrische Versorgung werden Bedarf und Versorgungsstrukturen noch einmal eingehend geprüft. Ausgehend von der zu erwartenden demografischen Entwicklung zusammen mit einem entsprechend ausgerichteten Versorgungsangebot ist damit zu rechnen, dass die Inanspruchnahme von Spitalleistungen im Bereich der Geriatrie in der aktuellen Planungsperiode 2017–2020 weiter steigen wird. Ein «Geriatrie-Konzept» kann diesen Versorgungsschwerpunkt fachlich abstützen.

Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall	Für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen Schlaganfall werden die stationären Versorgungsstrukturen noch einmal eingehend geprüft. Dabei werden zusätzlich zu der neurologischen Versorgung in den Akutspitälern auch die neurologische Versorgung in Rehabilitationskliniken und die Notfallversorgung sowie die Zuführung durch das Rettungswesen geprüft.
Notfallversorgung	Für die akutsomatische und die psychiatrische Notfallversorgung werden insbesondere die Gründe für die Inanspruchnahme der Notfallstationen in den Berner Listenspitälern eingehend geprüft werden. Dabei werden, soweit möglich, auch die anderen Sektoren einbezogen. Für die Notfallversorgung in der Akutsomatik wird zusätzlich die Entwicklung der intensivmedizinischen Versorgung in den Berner Listenspitälern erstmals eingehend geprüft. Schliesslich wird insgesamt ein Monitoring-System für die Notfall- und die intensivmedizinischen Versorgungsstrukturen der Berner Listenspitäler etabliert.
Geburtshilfliche Versorgung	Im Bereich der geburtshilflichen Versorgung verändert die demografische Entwicklung den künftigen Versorgungsbedarf. Dieser Wandel und der Einfluss auf die Versorgungsstrukturen soll beobachtet werden. Mögliche alternative Versorgungsmodelle (ausserklinische Geburtshilfe, Geburtshäuser) sollen geprüft werden.
eHealth	Im Bereich eHealth wird die Zusammenarbeit zwischen dem Kanton und den Leistungserbringern gefördert, wobei der Kanton eine koordinierende Rolle einnimmt. Die Spitäler werden zum Ende der Planungsperiode Mitglied einer Stammgemeinschaft sein. Der Aufbau und die Einführung eines elektronischen Patientendossiers (ePD) werden gezielt unterstützt.
Mindestfallzahlen	Die konsequente Einhaltung von Mindestfallzahlen wird durch den Kanton gefordert. Bei der Festlegung der von Mindestfallzahlen betroffenen akutsomatischen Leistungen folgt der Kanton den nationalen Entwicklungen. Mindestfallzahlen dienen dabei in erster Linie als Instrument der Qualitätssicherung.
Kantonale Qualitätssicherung	Das kantonale Qualitätskonzept wird schrittweise und in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und externen Dritten etabliert. Das Monitorieren von Qualitätsindikatoren wird Teil der hoheitlichen Aufsichtstätigkeit des Kantons im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung.
Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen	Für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden die vorhandenen Versorgungsstrukturen eingehend geprüft. Dabei wird die Situation der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowohl in Akutspitälern als auch in Rehabilitationskliniken sowie in psychiatrischen Kliniken untersucht.
Psychosomatische Rehabilitation	Für die psychosomatische Rehabilitation wird die Bedarfsentwicklung geprüft. Der schweizweit zu verzeichnende Anstieg der Inanspruchnahme wird auch im Kanton Bern beobachtet. Da dies nicht allein die demografische Entwicklung erklären kann, wird dieser Wandel in der psychosomatischen Rehabilitation genauer geprüft werden.
Frührehabilitation	Für die Frührehabilitation wird im Falle von konkreten Anträgen detailliert geprüft werden, inwiefern sich ein tatsächlicher Bedarf ableiten lässt und was die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechenden Struktur- und Prozessmerkmale sind.
Psychiatrische Akutbehandlungen zu Hause	Psychiatrische Akutbehandlungen zu Hause sind eine sinnvolle Alternative zu stationären Behandlungsangeboten. Ein Modellversuch liefert unter anderem die Grundlagen für die Ausgestaltung einer möglichen zukünftigen Regelfinanzierung. Der Modellversuch wird durch eine Evaluation begleitet, die neben medizinischen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten auch betriebswirtschaftliche Aspekte umfasst.

Rettungsdienste

Für die Rettungsdienste wird die Verbesserung der Dispositionsstrategie gemeinsam mit den Leistungserbringern eingehend geprüft. Gleichzeitig wird die Umsetzung der Alarmierungsstatistik geprüft und die Harmonisierung der Datenbasis eingeleitet.

Nicht universitäre Gesundheitsberufe

Für die nicht universitären Gesundheitsberufe gibt die in dieser Planung dokumentierte Situation für den Kanton Bern keinen Anlass zur Anpassung der Ausbildungsstrategie der GEF. Die Planungsperiode wird genutzt, um die Ausbildungsleistungen der Betriebe und die Ausschöpfung der gesetzlich verankerten Ausbildungsverpflichtung zu beobachten. Im Rahmen der Erarbeitung der nächsten Berner Versorgungsplanung soll dann die Bedarfsermittlung für die nicht universitären Gesundheitsberufe grundsätzlich überprüft werden.

18 Zusammenfassung der wichtigsten Planungsaspekte

1. Der Planungshorizont der Versorgungsplanung 2016 ist der 31.12.2020.
2. Die Versorgungsplanung stellt Art und Umfang der für die bedarfsgerechte Versorgung der ständigen Wohnbevölkerung des Kantons Bern erforderlichen stationären Leistungen der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie fest.
3. Die Versorgungsplanung 2016 bildet die planerische Grundlage für die kantonalen Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie ab dem Jahr 2017. Die kantonalen Spitallisten sind die in Kategorien gegliederten Leistungsaufträge gemäss Art. 39 KVG an die geeigneten und für die Deckung des Bedarfs notwendigen Listenspitäler.
4. Die Versorgungsplanung 2016 ist eine leistungsorientierte und standortbezogene Rahmenplanung. Generelle sowie leistungsgruppenspezifische Mindestanforderungen bezüglich Struktur- und Prozessqualität entsprechend den Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie sind für alle Listenspitäler verbindlich. Der Kanton Bern kann weitere Vorgaben machen. Sofern Qualitätssteigerungen durch Konzentration begründet werden können, zieht der Kanton Bern eine regionalisierte Planung in Betracht (i.d.R. spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung). In der Akutsomatik gibt es zudem Mindestfallzahlen.
5. Der Kanton Bern beachtet bei der Spitalplanung die Nutzung von Synergien. Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen strebt er die Erteilung von ganzen Leistungsbereichen an. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der Kanton Bern bei einem Überangebot vorrangig die Nichterteilung von Leistungsaufträgen auf den kantonalen Spitallisten für ganze Leistungsbereiche oder ganze Spitalstandorte anstrebt.
6. Für die Versorgungsbereiche Akutsomatik und Psychiatrie verfolgt der Kanton das Prinzip der regionalisierten Planung. Er berücksichtigt damit die demografischen und geografischen Besonderheiten des Kantons. In den sieben akutsomatischen und vier psychiatrischen Versorgungsräumen muss durch die Listenspitäler kein vollständiges stationäres Angebotsspektrum vorgehalten werden, sofern durch angrenzende Versorgungsräume die bedarfsgerechte Versorgung der Kantonsbevölkerung sichergestellt wird. 80 Prozent der Bernerinnen und Berner sollen innerhalb von 30 Minuten (bzw. 90 Prozent innerhalb von 50 Kilometern) von ihrem Wohnort ein Spital der Grundversorgung erreichen können.
7. Für das Rettungswesen wird mittels der Versorgungsregel 80/30 die Versorgungssicherheit in den acht Rettungsregionen sichergestellt.
8. Der Bedarf an Ausbildungsplätzen für die Gesundheitsfachberufe wird im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung durch die Berner Betriebe sichergestellt.

19 Zusammenfassung der erwarteten Kosten

Die folgende Zusammenstellung zeigt die erwarteten Kosten bis 2020, die für den Kanton aus den einzelnen Versorgungsbereichen resultieren.¹²⁹

Tabelle 98:

Kostenprognose Kantonsanteil insgesamt bis 2020 | in Mio. CHF

	2020 (Prognose)
Total Kantonsanteil	1206,9
Kantonsanteil an der Akutsomatik insgesamt	907,9
davon Kantonsanteil an der Akutsomatik – innerkantonale Behandlungen	865,9
davon Kantonsanteil KVG 55 Prozent	859,0
davon Kantonsanteil IVG 20 Prozent	6,9
davon Kantonsanteil an der stationären Spitalversorgung – ausserkantonale Behandlungen	42,0
Kantonsanteil an der stationären Rehabilitation insgesamt	77,9
davon Kantonsanteil an der stationären Rehabilitation – innerkantonale Behandlungen	69,1
davon Kantonsanteil KVG 55 Prozent	69,1
davon Kantonsanteil IVG 20 Prozent	0,0
davon Kantonsanteil an der stationären Spitalversorgung – ausserkantonale Behandlungen	8,7
Kantonsanteil an der stationären Psychiatrie insgesamt	116,3
davon Kantonsanteil an der stationären Psychiatrie – innerkantonale Behandlungen	107,1
davon Kantonsanteil KVG 55 Prozent	106,9
davon Kantonsanteil IVG 20 Prozent	0,2
davon Kantonsanteil an der stationären Spitalversorgung – ausserkantonale Behandlungen	9,2
Kantonsanteil an der ambulante Leistungen der Psychiatrie insgesamt	52,5
davon ambulante Spitalversorgungsleistungen	35,0
davon integrierte Versorgung	6,8
Kosten Rettungswesen insgesamt	32,6
davon Kosten Alarmierung und Einsatzführung	6,4
davon Kosten Rettung	26,2
Betriebliche Ausbildungskosten insgesamt	20,3
davon betriebliche Ausbildungskosten gemäss KVG – in Listenspitälern (100 Prozent)	12,4
davon betriebliche Ausbildungskosten gemäss KVG Anteil KV 45 Prozent – in Listenspitälern	5,6
davon betriebliche Ausbildungskosten gemäss KVG Anteil Kt. Bern 55 Prozent – in Listenspitälern	6,8
Betriebliche Ausbildungskosten Kanton Bern nach Abzug Anteil Krankenversicherer	14,7
Weitere Ausbildungskosten (Projekte, LTT, OdA)	5,0
Ausbildungskosten Kanton insgesamt	19,7

Quelle: Darstellung der GEF (Stand: 31.12.2015)

¹²⁹ Die Kostenprognose der Versorgungsplanung kann daher von den jährlich aktualisierten Werten für den Voranschlag und den Finanzplan abweichen. Die jährlichen Eingaben für den Voranschlag und den Finanzplan werden zudem auch unter Berücksichtigung der finanzpolitischen Chancen und Risiken mit den aktuellsten Informationen (Fallzahlen, Tarife) jährlich neu ermittelt und können auch deshalb von den in der Versorgungsplanung angegebenen Werten abweichen.

20 Bewerbungsverfahren für die Berner Spitallisten

Vorläufige Einschätzung des Angebots durch die GEF

Die GEF hat sich eingehend mit der Situation der von den Listenspitälern und weiteren interessierten Spitälern gemeldeten geplanten Angebotsentwicklung der stationären Leistungen in den Bereichen der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie bis zum Jahr 2020 befasst. Ein konkreter Nachweis für einen Bedarf entsprechend den von den Spitälern gemeldeten geplanten Leistungsangeboten bis 2020 konnte mittels der rechnerischen Bedarfsprognose nicht immer erbracht werden. Aus Sicht der GEF kann beispielsweise eine Ausweitung der angebotenen stationären Leistungen aus unternehmerischer Sicht des einzelnen Spitals wünschenswert und sinnvoll sein. Selbst wenn die Spitäler die notwendigen Voraussetzungen nach den Vorgaben der SPLG Akutsomatik erfüllen, könnten sie jedoch ein Überangebot an stationären Leistungen erzeugen.

Abschliessende Bestimmung und Gegenüberstellung des Angebots

Die abschliessende Bestimmung und Gegenüberstellung des Leistungsangebots der Berner Spitäler sowie weiterer interessierter Spitäler erfolgt im Rahmen eines formalen Bewerbungsverfahrens. Die weiterentwickelten Berner SPLG-Systematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie bilden mit ihren generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen die Basis für dieses Verfahren. Im Rahmen des formalen Bewerbungsverfahrens sind alle interessierten Spitäler und Geburtshäuser eingeladen, sich für einen oder mehrere Leistungsaufträge auf den Berner Spitallisten bzw. für die in den SPLG-Systematiken ausgewiesenen Leistungsgruppen zu bewerben. Die Gesuche beinhalten auch die aktuellen Fallzahlen der Vorjahre. Die GEF prüft die vollständig sowie form- und fristgerecht eingegangenen definitiven Bewerbungen. Auf Basis der Auswertung der Bewerbungen bereitet die GEF gemeinsam mit einer Übersicht über die eingegangenen Bewerbungen die Auswahl der Listenspitäler bzw. die Vergabe der Leistungsaufträge für die Verfügungen der Berner Spitallisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016 durch den Regierungsrat vor. Aufgrund der Vorgaben des KVG sind die Kantone dafür verantwortlich, die Angebote für stationäre Spitalleistungen zu regulieren. Basierend auf der Versorgungsplanung 2016 (und mittels der aktuellen Fallzahlen der Vorjahre aus dem formalen Bewerbungsverfahren) stellen die Spitallisten basierend auf der Versorgungsplanung 2016 die bedarfsgerechte, qualitativ gute und wirtschaftliche Versorgung für die Kantonsbevölkerung in der Planungsperiode 2017–2020 sicher.

21 Monitoring und Aufsicht der Leistungsaufträge durch den Kanton

Die GEF wird die erteilten Leistungsaufträge auf den kantonalen Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie stetig überprüfen. Die Überprüfung geschieht zum einen mittels der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, und zum anderen nimmt der Kanton seine Aufsichtsfunktion wahr und überprüft die generellen sowie die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen in den einzelnen Spitalstandorten der jeweiligen Listenbetriebe.

Kantonale Leistungsaufträge berechtigen und verpflichten gleichzeitig

Der Kanton Bern berechtigt und verpflichtet das einzelne Listenspital oder Listengeburtshaus gleichermaßen zur Leistungserbringung für die Bevölkerung des Kantons Bern gemäss dem ihm erteilten Leistungsauftrag. Da es den Kantonen im Rahmen der OKP gemäss KVG nicht erlaubt ist, Überkapazitäten zu planen, muss davon ausgegangen werden, dass alle erteilten Leistungsaufträge dazu beitragen, genau den Bedarf der Berner Bevölkerung zu decken. Es ist daher zu vermuten, dass eine Einschränkung oder der Ausfall eines Listenspitals oder Listengeburtshauses (bezüglich eines oder mehrerer Leistungsaufträge) die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gefährdet. Die Listenspitäler und/oder Listengeburtshäuser sind verpflichtet, die Leistungen gemäss den ihnen erteilten Leistungsaufträgen zu erbringen. Sie melden der GEF wesentliche Änderungen (z. B. in der Unternehmensstruktur und Betriebsstrategie), welche die Erfüllung der Leistungsaufträge beeinträchtigen könnten, unverzüglich. Der Kanton Bern prüft zusätzlich anhand der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, ob ein Spital Fallzahlen zu Berner Patientinnen und Patienten in Leistungsgruppen ohne einen kantonalen Leistungsauftrag aufweist. Stellt er bei seiner Prüfung einen Verstoss fest, zahlt der Kanton den Kantonsanteil für diese Behandlungen nicht bzw. fordert diesen zurück und meldet den Verstoss auch den Sozialversicherern.

Standortbezogene Publikation der Fallzahlen und weiterer Kennzahlen

In Zukunft sollen die Fallzahlen zu den einzelnen kantonalen Leistungsaufträgen pro Standort und Jahr publiziert werden. Parallel dazu wertet die GEF die standortbezogenen Ergebnisse der ANQ-Messung sowie die Ergebnisse der BAG-Qualitätsindikatoren aus und publiziert diese ebenfalls. Die transparente Publikation der Fallzahlen und weiterer Kennzahlen soll dem Interesse und der Information der Patientinnen und Patienten sowie der Zuweisenden Rechnung tragen.

22 Aktualisierung der Datengrundlage

Die aktuellsten bei der Erstellung dieses Berichts zur Verfügung stehenden Daten stammen aus den Jahren 2010–2013. Die Auswertungen für das Rettungswesen schliessen zusätzlich Daten für das Jahr 2014 ein. Für die Spitalplanung müssen sich die Kantone auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Alle Spitäler erfassen ihre Leistungsdaten in der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» gemäss Art. 48 SpVV in Verbindung mit Anhang 5 SpVV. Diese Daten bilden die Grundlage für die Ermittlung des Bedarfs in den stationären Versorgungsbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Weil die Daten jenes Teils der Berner Bevölkerung, der sich in den Jahren 2014 und 2015 in einem anderen Kanton behandeln liess, bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 nicht vorlagen, wurden die gesamtschweizerischen Leistungsdaten der Medizinischen Statistik des BfS für die Jahre 2010–2013 ausgewertet. Darin sind alle inner- und ausserkantonalen Spitalaufenthalte der Berner Wohnbevölkerung im genannten Zeitraum erfasst. Die Prognose der Versorgungsplanung 2016 umfasst den Zeitraum bis 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 für 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.

23 Nächste Versorgungsplanung im Kanton Bern

Die nächste vollständige Überarbeitung der Berner Versorgungsplanung wird bereits im Jahr 2018 beginnen. Bis dahin wird sich im Bereich der Spitalplanung vieles etablieren. Hier werden die Erfahrungen der nächsten Jahre in die Überarbeitung einfließen. Parallel dazu steht für die nächste Versorgungsplanung auch die vollständige Aktualisierung der Bedarfsermittlung für die nicht universitären Gesundheitsberufe an. Im Bereich des Rettungswesens wird es erste Ergebnisse eines Monitorings gestützt auf eine noch bessere Datengrundlage geben. Insgesamt soll der Bericht in Zukunft stärker auf die Entwicklung in den verschiedenen Versorgungsschwerpunkten und Themen eingehen, welche für die Versorgung der Berner Bevölkerung mit Spital- und Rettungsleistungen und dem dafür notwendigen Fachpersonal besonders erfolgskritisch sind.





«Teil D: Anhang» – durch graue Balken gekennzeichnet – gibt einen Überblick zu den in den letzten fünf Jahren eingereichten parlamentarischen Vorstössen (Anhang A). In diesem Teil befinden sich das Abkürzungsverzeichnis (Anhang B), das Abbildungs-, das Tabellen- und das Literaturverzeichnis (Anhänge C bis E).

A Parlamentarische Vorstösse 2011–2015

Parlamentarische Vorstösse zwischen dem 24. August 2011 und dem 31. Dezember 2015:

2011

Motion 247/2011 Zumstein, Bützberg (FDP): «Keine maximal zulässigen Leistungsmengen pro Spital»

2012

Motion 097/2012 Eberhart, Erlenbach (BDP): «Einführung von «Wüsten» in der Akutversorgung im Kanton Bern?»

Motion 100/2012 Rösti, Kandersteg (SVP): «Spital-/Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum / Konsequente und transparente Durchführung des angekündigten Pilotprojekts»

Motion 101/2012 Berger, Aeschi (SVP): «Spital-/Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Besondere Finanzierung für die Versorgung in peripheren Gebieten»

Motion 110/2012 Knutti, Weissenburg (SVP): «Schluss mit dem Trauerspiel Spitalversorgung Simmental-Saanenland»

Motion 111/2012 Geissbühler-Strupler, Herrenschwanden (SVP): «Transparenz bei der Spitalistengestaltung»

Motion 251/2012 Wälchli Käthi, Obersteckholz (SVP): «Grundlagen schaffen für Palliative-Care-Netzwerke»

2013

Motion 008/2013 Schmid, Achseten (SVP): «Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitäler in den Tourismusregionen»

Motion 104/2013 Mühlheim, Bern (GLP): «Auslagerung der Institutionen der Psychiatrieversorgung: Die politischen Zeichen sind gesetzt, die rechtliche Weichenstellung fast vollzogen, die Planungsphase zur Umsetzung ist an die Hand zu nehmen!»

Motion 238/2013 Brunner, Hinterkappelen (SP): «Stopp dem verantwortungslosen Abbau bei der Psychiatrie – Lebensqualität für alle»

2014

Motion 107/2014 Mühlheim, Bern (GLP): «Vorwärts mit der Versorgungsplanung 2015–2019!»
Motion 143/2014 Knutti, Weissenburg (SVP): «Stopp dem Angebotsabbau in den öffentlichen Spitälern»
Motion 146/2014 Zuber, Moutier (PSA): «Für eine interjurassische psychiatrische Institution»
Interpellation 157/2014 Knutti, Weissenburg (SVP): «Offene Fragen zum Spital Zweisimmen»
Motion 166/2014 Schnegg, Champoz (SVP): «Mehr Effizienz im Rettungswesen»
Motion 249/2014 Mühlheim, Bern (GLP): «Gleich lange Spiesse auch in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte»
Motion 254/2014 Zybach, Spiez (SP-JUSO-PSA): «Umsetzung des elektronischen Patienten-dossiers (EPDG) im Kanton Bern»
Motion 279/2014 Zumstein, Bützberg (GSök): «Standesinitiative: Evaluation von KVG-widrigen Wettbewerbsverzerrungen»

2015

Motion 021/2015 Studer, Niederscherli (SVP): «Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im Bereich Geburtshilfe in der Region Simmental-Saanenland»
Interpellation 029/2015 Kohler, Spiegel b. Bern (FDP): «Ist die Datenlieferung der Spitäler zur Wirtschaftlichkeit quantitativ und qualitativ genügend?»
Motion 107/2015 Zybach, Spiez (SP): «Für eine koordinierte und vernetzte Gesundheitsversorgung im Kanton Bern – Erarbeitung einer kantonalen E-Health-Strategie»
Interpellation 202/2015 Krähenbühl, Unterlangenegg (SVP): «Verlegungstransporte mit privaten Leistungserbringern durchführen, um Kosten zu sparen»
Motion 229/2015 Mühlheim, Bern (GLP): «Wann erlässt die GEF endlich eine gesetzeskonforme Versorgungsplanung bzw. Spitalisten?»
Motion 248/2015 Pfister, Zweisimmen (FDP): «Stopp dem Monopol der Rettungsdienste: Mit einer öffentlichen Ausschreibung (Submission) den Kreis des freien Marktes zulassen»

B Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AE	Alterspsychiatrie
AG	Aargau
AG	Aktiengesellschaft
a.k.	ausserkantonale
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
ARB AG	Ambulanz Region Biel AG
ArcGIS	Geografisches Informationssystem
Art.	Artikel
ASP	Angebots- und Strukturüberprüfung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BE	Bern
BB	Betriebsbewilligung
BEJUNE	Bern-Jura-Neuenburg
Bfs	Bundesamt für Statistik
BL	Basel-Land
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv
BS	Basel-Stadt
BSG	Bernische Systematische Gesetzessammlung
Bspw.	beispielsweise
Bst.	Buchstabe
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
Bzw.	beziehungsweise
CHF	Schweizer Franken
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CIRS	Critical Incident Reporting System
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
D.h.	das heisst
DRG	Diagnostic Related Groups
E.	Erwägung
EMSP	Equipe mobile des soins palliatifs
EPD	Elektronisches Patientendossier
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
ER	Erwachsenenpsychiatrie
EV KVG	Einführungsverordnung Krankenversicherungsgesetz
EW	Einwohner
Exkl.	exklusive
F0	Organische Störungen (Demenzerkrankungen, Delir und andere hirnanorganische Störungen)
FA (F10)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit)
FD (F11–F19)	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere psychotrope Substanzen (Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Drogen)
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis)
F3	Affektive Störungen (Depressionen, Manien, bipolare Störungen)
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angst-, Zwangsstörungen)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (Essstörungen, sexuelle Störungen, Schlafstörungen)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (emotional instabile Persönlichkeitsstörung, paranoide Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen)
F7	Intelligenzstörungen (verschiedene Schweregrade von Intelligenzminderung)
F8	Entwicklungsstörungen (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, motorischer Funktionen)

F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (hyperkinetisches Syndrom, Störung des Sozialverhaltens, Ticstörungen)
f. (ff.)	(Fort)folgende
FA	Facharzt
FA AVG	Fachapplikation Ausbildungsverpflichtung nicht universitärer Gesundheitsberufe
FaGe	Fachperson Gesundheit
FIN	Finanzdirektion des Kantons Bern
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FMI AG	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
FR	Freiburg
G	Gramm
GBE	Psychisch kranke Personen mit einer geistigen Behinderung
GDZH	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Gem.	gemäss
GesG	Gesundheitsgesetz des Kantons Bern
Ggs.	gegebenenfalls
GRU	Grundversorgungsleistungen Psychiatrie
GSoK	Gesundheits- und Sozialkommission
H+	Verband die Spitäler der Schweiz
HF	Höhere Fachschule
HJB SA	Hôpital du Jura bernois SA
HR	Hospitalisationsrate
Hrsg.	Herausgeber
HS	Halbsatz
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	International Statistical Classification of Diseases
IG	Interessengemeinschaft
Inkl.	inklusive
INTERN	Internistische und onkologische Rehabilitation
IS	Intensivstation
ITAR_K-Modell	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung nach REKOLE©
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin
IVR	Interverband Rettungswesen
JU	Jura
K.A.	keine Angabe
KAR	Kardiologische Rehabilitation
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KiJu	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KLV	Krankenpflegeleistungsverordnung
Km	Kilometer
Kt.	Kanton
KV	Verfassung des Kantons Bern
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LU	Luzern
lt.	laut
MARS	Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung
medi	Höhere Fachschule medi – Zentrum für medizinische Bildung
MedStat	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
MeGOS	Medizinische Grundversorgung Obersimmental-Saanenland
MeGSS	Medizinische Grundversorgung Simmental-Saanenland
MFZ	Mindestfallzahl(en)
Min	Minuten
Mio.	Millionen
MIV	Motorisierter Individualverkehr (Synonym: Personenkraftfahrzeug)
MPD	Mobile Palliativdienste
MSR	Muskuloskelettale Rehabilitation
MTT-Berufe	Medizinisch-technische und therapeutische Berufe
n.z.	nicht zuordenbar

NE	Neuenburg
NEURO	Neurologische Rehabilitation
Nr.	Nummer
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PDBBJ	Psychiatrische Dienste Biel-Seeland-Berner Jura
PSYCH	Psychosomatische Rehabilitation
PUL	Pulmonale Rehabilitation
PZM	Psychiatriezentrum Münsingen
QABE	Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern
RD	Rettungsdienst
Rega	Schweizerische Rettungsflugwacht
RR	Rettungsregion
REKOLE©	Revision der Kostenrechnung und der Leistungserfassung
RRB	Regierungsratsbeschluss
RSE AG	Regionalspital Emmental AG
RQ	Rehabilitation Querschnittgelähmter
Sano	Sanitätspolizei Bern
SGH	Sozialhilfegesetz des Kantons Bern
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
SL	Spitalliste
SNBe AG	Spital Netz Bern AG
SNZ 144	Sanitätsnotrufzentrale 144
SO	Solothurn
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppensystematik
SpVG	Spitalversorgungsgesetz
SpVV	Spitalversorgungsverordnung
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SRO AG	Spital Region Oberaargau AG
SSW	Schwangerschaftswoche
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
Std.	Stunden
ST Reha	Nationale Tarifstruktur stationäre Rehabilitation
STS AG	Spital Simmental-Thun-Saenenland AG
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARPSY	Nationale Tarifstruktur stationäre Psychiatrie
u.a.	unter anderem
undef.	undefiniert
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
UPHA	Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents
VD	Waadt
Vgl.	vergleiche
VP	Versorgungsplanung
VR	Versorgungsraum
VRPG	Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege
VS	Wallis
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Z.B.	zum Beispiel
ZH	Zürich
Zzgl.	zuzüglich
∅	Durchschnitt
%	Prozent

C Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Inhalt und Aufbau des Berichts Versorgungsplanung 2016 Überblick	12
Abbildung 2: Übersichtskarte spezialisierte palliative Versorgung in Berner Listenspitälern Akutsomatik	35
Abbildung 3: Übersichtskarte geriatrische Versorgung in Berner Listenspitälern Akutsomatik.....	39
Abbildung 4: Leistungsbereiche «Basispaket Innere Medizin/Chirurgie», «Gastroenterologie» und «Neurologie» der SPLG Akutsomatik mit einem hohen Anteil über 75-jähriger Patientinnen und Patienten Altersverteilung 2011/2013.....	40
Abbildung 5: Übersichtskarte geriatrische Versorgung in Berner Listenspitälern Rehabilitation.....	42
Abbildung 6: Übersichtskarte spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Berner Listenspitälern Akutsomatik.....	45
Abbildung 7: Übersichtskarte der sieben kantonalen Versorgungsräume Akutsomatik.....	54
Abbildung 8: Übersichtskarte kantonaler Versorgungsraum Rehabilitation	56
Abbildung 9: Übersichtskarte der vier kantonalen Versorgungsräume Psychiatrie	59
Abbildung 10: Übersichtskarte der zehn kantonalen Sektoren Psychiatrie.....	60
Abbildung 11: Übersichtskarte der acht kantonalen Rettungsregionen	63
Abbildung 12: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern 2000–2012 und Projektion der erwarteten Bevölkerungsentwicklung 2020/2035	64
Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern bis 2020 nach Altersgruppen	65
Abbildung 14: Grad der Spezialisierung der somatischen Leistungserbringung (lt. SPLG-Systematik Akutsomatik)	70
Abbildung 15: Grundzüge des zweistufigen Auswahlverfahrens vereinfachte Darstellung.....	90
Abbildung 16: Übersichtskarte Listenspitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung Akutsomatik.....	96
Abbildung 17: Übersichtskarten Erreichbarkeit Listenspitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung Akutsomatik.....	97
Abbildung 18: Altersverteilung Geburtshilfe 2011/2013.....	100
Abbildung 19: Übersichtskarte Listenspitäler und Listengeburtshaus mit geburtshilflicher Versorgung Akutsomatik.....	102
Abbildung 20: Übersichtskarte Erreichbarkeit Listenspitäler und Listengeburtshaus mit geburtshilflicher Versorgung Akutsomatik.....	103
Abbildung 21: Qualitätssicherung im Kanton Bern	110
Abbildung 22: Grundzüge der Prognosetechnik zum 31.12.2020 Status-Quo-Methode vereinfachte Darstellung.....	120
Abbildung 23: Grundzüge der Prognosetechnik zum 31.12.2020 Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung für qualitative Entwicklung vereinfachte Darstellung	121
Abbildung 24: Inanspruchnahme Akutsomatik 2010–2013.....	126
Abbildung 25: Altersverteilung Akutsomatik 2013	126
Abbildung 26: Bedarfsprognose Akutsomatik bis 2020	127
Abbildung 27: Art des Eintritts der Berner Wohnbevölkerung in ein Akutspital 2010/2013.....	127
Abbildung 28: Entwicklung der Hospitalisationsrate der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2010–2013 Akutsomatik	135
Abbildung 29: Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen im Zeitraum 2010–2013 Akutsomatik	136

Abbildung 30: Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Leistungsbereichen (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten im Jahr 2013 Akutsomatik.....	138
Abbildung 31: Verteilung der Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Altersgruppen (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten im Jahr 2013 Akutsomatik.....	139
Abbildung 32: Inanspruchnahme Rehabilitation 2010–2013	149
Abbildung 33: Altersverteilung Rehabilitation 2013	149
Abbildung 34: Bedarfsprognose Rehabilitation bis 2020	149
Abbildung 35: Art des Eintritts der Berner Wohnbevölkerung in eine Rehabilitationsklinik 2010/2013	150
Abbildung 36: Entwicklung der Hospitalisationsrate der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 Rehabilitation.....	154
Abbildung 37: Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 Rehabilitation.....	154
Abbildung 38: Spitalaustritte aus Berner Rehabilitationskliniken nach Leistungsgruppe (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 Rehabilitation	156
Abbildung 39: Verteilung der Spitalaustritte aus Berner Rehabilitationskliniken nach Altersgruppen (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 Rehabilitation.....	157
Abbildung 40: Inanspruchnahme Psychiatrie 2010–2013	162
Abbildung 41: Altersverteilung Psychiatrie 2013	162
Abbildung 42: Bedarfsprognose Psychiatrie bis 2020	162
Abbildung 43: Art des Eintritts der Berner Wohnbevölkerung in eine Psychiatrieklinik 2010/2013	163
Abbildung 44: Entwicklung der Hospitalisationsrate der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 Psychiatrie.....	167
Abbildung 45: Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen 2010–2013 Psychiatrie.....	167
Abbildung 46: Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Leistungsgruppe (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 Psychiatrie.....	168
Abbildung 47: Verteilung der Spitalaustritte aus Berner Spitälern nach Altersgruppen (nach VP11–14) differenziert nach Wohnort der Patientinnen und Patienten 2013 Psychiatrie.....	169
Abbildung 48: Bestimmung der Hilfsfrist anhand der Einsatzdaten.....	184
Abbildung 49: Erreichen der Hilfsfrist 90/15 nach Rettungsdienst 2014 im Kanton Bern	185
Abbildung 50: Verteilung der Hilfsfristerreichung 2014 im Kanton Bern	186
Abbildung 51: Zeitliche Verteilung der Einsätze im Kanton Bern 2014 Anzahl Einsätze	186
Abbildung 52: Ausrückzeiten differenziert nach Rettungsdienst 2014 Ausrückzeit in Minuten.....	187
Abbildung 53: Hilfsfristerreichung in den einzelnen Rettungsdiensten auf Basis der möglichen Standortoptimierung durch Simulation	189
Abbildung 54: Einsatzführende Institutionen im Kanton Bern.....	190

D Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Spezialisierte palliative Versorgung in Berner Listenspitälern Akutsomatik	34
Tabelle 2: Geriatriische Versorgung in Berner Listenspitälern Akutsomatik	38
Tabelle 3: Geriatriische Versorgung in Berner Listenspitälern Rehabilitation	41
Tabelle 4: Spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Berner Listenspitälern Akutsomatik	44
Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern nach Altersgruppen und Versorgungsräumen Akutsomatik bis 2020	66
Tabelle 6: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern nach Altersgruppen und Versorgungsräumen Psychiatrie bis 2020	66
Tabelle 7: Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte	74
Tabelle 8: Ausgangsbasis: Leistungsgruppen Rehabilitation der Versorgungsplanung 2011–2014 (nach VP11–14) werden mit der weiterentwickelten SPLG nach VP16 in Tabelle 9 ersetzt	75
Tabelle 9: Grundzüge der neuen Leistungsgruppen der Rehabilitation (SPLG Rehabilitation Version 2016.1, nach VP16)	75
Tabelle 10: Ausgangsbasis: Leistungsgruppen Psychiatrie der Versorgungsplanung 2011–2014 (nach VP11–14) werden mit der weiterentwickelten SPLG nach VP16 in Tabellen 11/12 ersetzt	76
Tabelle 11: Grundzüge der Leistungsgruppen Psychiatrie zusätzliche Altersbereiche und Personengruppen (SPLG Psychiatrie Version 2016.1, nach VP16)	76
Tabelle 12: Grundzüge der Leistungsgruppen der Psychiatrie (SPLG Psychiatrie Version 2016.1, nach VP16)	76
Tabelle 13: Deckungsgrad der Berner Spitalisten Richtgrössen	81
Tabelle 14: Anzahl der Berner Listenspitäler (Standorte) nach Trägerschaft	85
Tabelle 15: Anforderungen an die Notfallversorgung (lt. der SPLG-Systematik Psychiatrie)	92
Tabelle 16: Anforderungen an die Notfallstation (lt. der SPLG-Systematik Akutsomatik)	93
Tabelle 17: Berner Spitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung Akutsomatik	94
Tabelle 18: Als Notfall kategorisierte Eintritte in Berner Spitäler 2012/2013 Akutsomatik	94
Tabelle 19: Erreichbarkeit Listenspitäler mit uneingeschränkter Notfallversorgung am 31.12.2015 Anteil Ist-Bevölkerung in Prozent	95
Tabelle 20: Anforderung an die Intensivstation (lt. der SPLG-Systematik Akutsomatik)	99
Tabelle 21: Berner Listenspitäler und Listengeburtshaus mit geburtshilfflicher Versorgung nach Versorgungsstufen Akutsomatik	100
Tabelle 22: Neu- und Frühgeborene in Berner Spitälern 2013	101
Tabelle 23: Erreichbarkeit Listenspitäler und Listengeburtshaus mit geburtshilfflicher Versorgung am 31.12.2015 Anteil weibliche Ist-Bevölkerung zwischen 15 und 45 Jahren in Prozent	101
Tabelle 24: Mindestfallzahlen Spitalliste Akutsomatik 2014 gültig seit 1. Mai 2014	107
Tabelle 25: Erste Teilevaluation bei Leistungsgruppen Akutsomatik mit Mindestfallzahlen 2014	108
Tabelle 26: Fallzahlen und Pfl egetage der Berner Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2010/2013 Akutsomatik	128
Tabelle 27: Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 Akutsomatik	129
Tabelle 28: Qualitative Beurteilung der Veränderung der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 Akutsomatik	129

Tabelle 29: Mittlere Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 Akutsomatik	130
Tabelle 30: Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 Akutsomatik	130
Tabelle 31: Mittlerer Fallschwere der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen Case Mix Index Akutsomatik	131
Tabelle 32: Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Fallschwere der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 Akutsomatik	131
Tabelle 33: Inanspruchnahme nach Wohnregion 2011/2013 Versorgungsraum Akutsomatik.....	133
Tabelle 34: Anteil der KVG-Fälle der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen 2011–2013 Akutsomatik.....	134
Tabelle 35: Patientenströme zwischen den Kantonen 2013 Akutsomatik	137
Tabelle 36: Eigenversorgungsgrad der Versorgungsräume Akutsomatik (Basispaket, Geburtshilfe und Gynäkologie) Fallzahlen nach Wohnort und Behandlungsort der Berner Patientinnen und Patienten 2013	140
Tabelle 37: Zusätzliche Anpassung der rechnerischen Prognose zum 31.12.2020 Akutsomatik.....	141
Tabelle 38: Rechnerische Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP16) zum 31.12.2017 und zum 31.12.2020 Akutsomatik: a) nach Status-Quo-Methode b) nach Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung durch Hinweise der Fachgesellschaften.....	142
Tabelle 39: Qualitative Beurteilung der Veränderung der Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP16) bis zum 31.12.2020 Akutsomatik.....	143
Tabelle 40: Fallzahlen der Berner Spitäler mit ambulantem Potenzial nach Leistungsbereichen (nach VP16) 2014 Akutsomatik.....	144
Tabelle 41: 14 ausgewählte Operationen mit einem erheblichen ambulanten Potenzial im Jahr 2014	144
Tabelle 42: Leistungsbereiche in den Berner Listenspitälern Akutsomatik.....	146
Tabelle 43: Geplante Veränderung nach Leistungsbereichen (nach VP16) in den Berner Listenspitälern (Standorte) sowie weiteren interessierten Spitälern bis 2020 Akutsomatik	147
Tabelle 44: Kostenprognose Kantonsanteil für die Akutsomatik bis 2020 in Mio. CHF	148
Tabelle 45: Fallzahlen und Pflgetage der Berner Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2010/2013 Rehabilitation.....	151
Tabelle 46: Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Rehabilitation.....	151
Tabelle 47: Qualitative Beurteilung der Veränderung der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP11–14) 2010–2013 Rehabilitation	152
Tabelle 48: Mittlere Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Rehabilitation.....	152
Tabelle 49: Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP11–14) 2010–2013 Rehabilitation	153
Tabelle 50: Anteil der KVG-Fälle der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Rehabilitation.....	153
Tabelle 51: Patientenströme zwischen den Kantonen 2013 Rehabilitation	155
Tabelle 52: Zusätzliche Anpassung der rechnerischen Prognose zum 31.12.2020 Rehabilitation	158
Tabelle 53: Rechnerische Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP16) zum 31.12.2017 und zum 31.12.2020 Rehabilitation: a) nach Status-Quo-Methode b) nach Status-Quo-Methode zzgl. Anpassung durch Hinweise der Fachgesellschaften	158

Tabelle 54: Qualitative Beurteilung der Veränderung der Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach V16) bis zum 31.12.2020 Rehabilitation.....	159
Tabelle 55: Leistungsgruppen in den Berner Listenspitälern Rehabilitation	159
Tabelle 56: Geplante Veränderung nach Leistungsgruppen (nach VP16) in den Berner Listenspitälern sowie weiterer interessierter Spitäler bis 2020 Rehabilitation.....	160
Tabelle 57: Kostenprognose Kantonsanteil für die stationäre Rehabilitation bis 2020 in Tausend CHF	161
Tabelle 58: Fallzahlen und Pflgetage der Berner Wohnbevölkerung nach Altersgruppen 2010–2013 Psychiatrie	164
Tabelle 59: Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Psychiatrie	164
Tabelle 60: Qualitative Beurteilung der Veränderung der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Psychiatrie	165
Tabelle 61: Mittlere Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Psychiatrie	165
Tabelle 62: Qualitative Beurteilung der Veränderung der mittleren Aufenthaltsdauer der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Psychiatrie	165
Tabelle 63: Inanspruchnahme nach Wohnregion 2010/2013 Versorgungsraum Psychiatrie	166
Tabelle 64: Anteil der KVG-Fälle Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP11–14) 2010–2013 Psychiatrie	166
Tabelle 65: Patientenströme zwischen den Kantonen in der Psychiatrie 2013.....	168
Tabelle 66: Eigenversorgungsquote der Versorgungsräume Psychiatrie (nach VP16; GRU der SPLG Psychiatrie) Fallzahlen nach Wohnort und Behandlungsort der Berner Patientinnen und Patienten 2013.....	170
Tabelle 67: Rechnerische Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsgruppen (nach VP16) zum 31.12.2017 und zum 31.12.2020 Psychiatrie: a) nach Status-Quo-Methode.....	171
Tabelle 68: Qualitative Beurteilung der Veränderung der Prognose der Fallzahlen der Berner Wohnbevölkerung nach Leistungsbereichen (nach VP16) bis zum 31.12.2020 Psychiatrie.....	172
Tabelle 69: Leistungsgruppen (nach VP11–14) in den Berner Listenspitälern der Psychiatrie.....	172
Tabelle 70: Geplante Veränderung nach Leistungsgruppen (nach VP16) in den Berner Listenspitälern sowie weiteren interessierten Spitälern bis 2020 Psychiatrie	173
Tabelle 71: Tagesklinische Fälle und Plätze am 31.12.2014 Vergleich mit der Prognose VP11–14	174
Tabelle 72: Tagesklinische Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe 2014 abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern	174
Tabelle 73: Tagesklinische Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum 2014 abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern	174
Tabelle 74: Tagesklinische Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe 2020	174
Tabelle 75: Tagesklinische Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum 2020	175
Tabelle 76: Anzahl tagesklinische Plätze nach Tagesklinik-Typ, Versorgungsraum und Sektor Erwachsenenpsychiatrie	175
Tabelle 77: Anzahl tagesklinische Plätze nach Tagesklinik-Typ und Versorgungsraum Kinder- und Jugendpsychiatrie	175
Tabelle 78: Ambulante Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe 2014 abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern	176
Tabelle 79: Ambulante Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum 2014 abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern	176

Tabelle 80: Ambulante Fälle nach Eintrittsart und Versorgungsraum 2014 abgeschlossene Fälle mit Wohnort im Kanton Bern.....	176
Tabelle 81: Ambulante Fälle nach Alters- und Diagnosegruppe bis 2020	177
Tabelle 82: Ambulante Fälle nach Altersgruppe und Versorgungsraum bis 2020	177
Tabelle 83: Anzahl Ambulatorien/Standorte nach Angebotstyp, Versorgungsraum und Sektor Erwachsenenpsychiatrie.....	177
Tabelle 84: Anzahl Ambulatorien/Standorte nach Angebotstyp und Versorgungsraum Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	177
Tabelle 85: Kostenprognose Kantonsanteil für die stationäre Psychiatrie bis 2020 in Mio. CHF	178
Tabelle 86: Kostenprognose Kantonsanteil für die ambulanten Leistungen bis 2020 in Mio. CHF	178
Tabelle 87: Entwicklung der Anzahl der Einsätze der regionalen Rettungsdienste 2010/2013	183
Tabelle 88: Einhaltung der Versorgungsregel 80/30 nach Rettungsdienst 2014	183
Tabelle 89: Erreichen der Hilfsfrist 90/15 nach Rettungsdienst 2014	185
Tabelle 90: Erreichen der Hilfsfrist 90/15 nach Rettungsdienst auf Basis der möglichen Standortoptimierung durch Simulation	188
Tabelle 91: Kostenprognose für das Rettungswesen bis 2020 in Mio. CHF.....	191
Tabelle 92: Personal Pflege und Betreuung in Institutionen gemäss SpVG 2010–2013	195
Tabelle 93: Entwicklung des Personalbestands 2008–2013 Beschäftigte in Pflege und Betreuung nach MTT-Berufen und Beschäftigungsgrad.....	196
Tabelle 94: Jährlicher Nachwuchsbedarf nach Ausbildungsstufen in Spitälern, Heimen und Spitex zusammen.....	198
Tabelle 95: Jährlicher Nachwuchsbedarf nach Abschlüssen.....	198
Tabelle 96: Ausbildungsleistungen der Spitäler, Geburtshäuser sowie der Rettungsdienste im Kanton Bern 2013 in Ausbildungswochen	200
Tabelle 97: Betriebliche Ausbildungskosten für nicht universitäre Gesundheitsberufe bei Vollausbau gemäss Versorgungsplanung unter den Rahmenbedingungen der Ausbildungsverpflichtung für alle Leistungserbringer gemäss Spitalversorgungs- und Sozialhilfegesetz	201
Tabelle 98: Kostenprognose Kantonsanteil insgesamt bis 2020 in Mio. CHF	210

E Literaturverzeichnis

- Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (2011):
Entscheidung zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der hochspezialisierten
Behandlung von Hirnschlägen. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Strategie eHealth Schweiz. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2015. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2015): Konzentration der hoch spezialisierten Medizin – Faktenblatt.
Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2016): Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz – Bericht in Erfüllung
des Postulats von Philipp Stähelin (10/3255). Bern.
- Bundesamt für Statistik (2006): Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens –
Krankenhaustypologie. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2011): Variablen der medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab
1.1.2012. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2012): Inventar der Datensituation über Palliative Care. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2013a): Statistik der Bevölkerung und der Haushalte – STATPOP.
Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2013b): Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2013. Standardtabellen.
Provisorische Resultate. Neuchâtel.
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie – Version V1.3.
Berlin.
- Dolder Beratungen GmbH (2015): Grundlagenbericht für die Versorgungsplanung 2016 gemäss
SpVG für nicht universitäre Gesundheitsberufe – Expertenbericht. Thun.
- European Association for Palliative Care (2010): White paper on standards and norms for hospice
and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Pal-
liative Care. In: European Journal of Palliative Care, 17(1).
- Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule (2015): Hebammengeleitete Geburtshilfe im
Kanton Bern – Expertenbericht. Bern.
- Gasser, R., Jäckel, D. und Junghan, U. (2012): Rahmenordnung zur regionalen Psychiatrie-
versorgung im Kanton Bern. Bern.
- GKV-Spitzenverband (2014): Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V. Berlin.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (201X): Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept Akut-
somatik. Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen. Zürich.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2012): Zürcher Spitalplanung 2012 Teil 1 –
Versorgungsbericht. Zürich.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2015): Gesundheitsversorgungsbericht. Zürich.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2007): Versorgungsplanung 2007–2010
gemäss Spitalversorgungsgesetz. Bern.

- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2008): Qualitätskriterien für die Post-Akutflege im Kanton Bern. Bern.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011a): Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Bern.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011b): Ermittlung der Standards für die Bemessung des betrieblichen Ausbildungspotenzials für nicht universitäre Gesundheitsberufe. Grundlagenbericht. Bern.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2013): Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern. Bern.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2015): Rahmenkonzept Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Grundzüge zur Erstellung der Versorgungsplanung 2016. Bern.
- Institut für Modellbildung und Simulation der Fachhochschule St. Gallen (2015): Auswertung und Simulation der Hilfsfrist – Standortoptimierung Rettungsfahrzeuge im Kanton Bern. Expertenbericht. St. Gallen.
- Interverband für Rettungswesen (2003): Terminologie im Rettungswesen. Bern.
- KPMG AG im Auftrag des Koordinationsorgans Bund-Kantone «eHealth Suisse» (2014): Mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften. Zürich.
- Regierungsrat des Kantons Bern (2013): RRB Nr. 814/2013: Bericht «Neuoperationalisierung der Zugänglichkeit mit einer ergänzenden Distanzkomponente» (Versorgungsplanung). Bern.
- Regierungsrat des Kantons Bern (2014a): RRB Nr. 897/2014: Verlängerung der Versorgungsplanung 2011–2014 und Anpassung des Planungskriteriums Wirtschaftlichkeit. Bern.
- Regierungsrat des Kantons Bern (2014b): Richtlinien der Regierungspolitik 2015–2018 – Legislaturziele des Regierungsrates. Bern.
- Regierungsrat des Kantons Bern (2015a): RRB Nr. 1510/2015: Handlungsfelder zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern. Kenntnisnahme des Berichts der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Bern.
- Regierungsrat des Kantons Bern (2015b): Motion 386/2015 Mühlheim (Bern, glp): «Gleich lange Spiesse auch in der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte». Bern.
- Rütsche, B. (2011): Rechtsgutachten zuhanden des Kantons Bern: Steuerung der Leistungsmenge im Spitalbereich. Luzern.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg., 2011): Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 – Bericht 49. Neuchâtel.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg., 2015): Behandlungsketten und ihre Schnittstellen. Bulletin 1/2015. Neuchâtel.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2005): Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung. Bern.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008a): Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Bern.

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008b):
Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). Bern.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2009):
Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spital-
finanzierung vom 21.12.2007. Bern.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011):
Empfehlung zur Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts im Rahmen der Spitalplanung.
Bern.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2015a):
Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler
nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Bern.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2015b):
Reevaluation: Komplexe Behandlung von Hirnschlägen. Bern.
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft (2015): Krankheitsbilder – Schlaganfall. Basel.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg., 2010): Demografischer Wandel in Deutsch-
land – Heft 2. Wiesbaden.
- Statistikkonferenz des Kantons Bern (Hrsg., 2012): Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für
den Kanton Bern bis zum Jahr 2035. Bern.
- Statistikkonferenz des Kantons Bern (Hrsg.; 2015): Struktur der ständigen Wohnbevölkerung im
Kanton Bern, 2005–2014. Bern.
- SwissDRG AG (2014a): Dokumentation zur SwissDRG Erhebung 2014. Bern.
- SwissDRG AG (2014b): Abbildung spezieller Leistungsbereiche im Rahmen der SwissDRG-
Version 4.0. Bern.
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissen-
schaften und die KPMG AG (2015): Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universi-
tätsspitäler. Winterthur.

Impressum

Herausgeber

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Rathausgasse 1, 3011 Bern
T +41 31 633 79 20 F +41 31 633 79 09
info@gef.be.ch
www.be.ch/gef

Bezug www.be.ch/versorgungsplanung

Autorin Dr. phil. Karen Hofmann

Mitarbeit Dr. phil. Roland Gasser | Danny Heilbronn | Lucas Kemper

Laura Siffert | Manuel Stalder | Dr. med. Georg von Below | Vinciane Vouets

Übersetzung Abteilung Sprachdienst der GEF | **Korrektorat** wort-spiegel.ch | **Lektorat** kontrast.ch

Grafik für Masterdokument atelierarbre.ch | **Wordprogrammierung** Renato Mascheroni

Fotografie Seite 10: Umzug der rund 25 Rettungsfahrzeuge der Sanitätspolizei Bern
von der Nägeligasse an den neuen Standort an der Murtenstrasse © Adrian Moser

Seite 124: Helikopterlandeplatz Inselspital Bern © Valérie Chételat

Seiten 204 und 216: Herzoperation im Inselspital © Adrian Moser

