



Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz

Auswertungsbericht zu den Ergebnissen der Konsultation

16. Dezember 2016

Auszug aus Regierungsratsbeschluss vom 14. Dezember 2016;
RRB 1380/2016

Inhaltsverzeichnis

1	Gesamteindruck	3
2	Kritik nach Versorgungsbereichen	6
2.1	Akutsomatik.....	6
2.1.1	Dezentrale Konzentration der Grundversorgung, Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen	6
2.1.2	Mindestfallzahlen	6
2.2	Rehabilitation	7
2.2.1	Frührehabilitation	7
2.2.2	Berner Klinik Montana	7
2.3	Psychiatrie	8
2.3.1	Regionenmodell für die ambulante und die stationäre Versorgung	8
2.3.2	Bedarfsprognose 2020	8
2.4	Rettungswesen	9
2.4.1	Datenqualität	9
2.5	Optimierungspotenziale.....	9
2.6	Nicht universitäre Gesundheitsberufe.....	10
2.6.1	Ausbildungsverpflichtung.....	10
2.6.2	Förderung von Wiedereinsteigerinnen.....	10
3	Weitere Anregungen für die Umsetzung	11
3.1	Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken	11
3.2	Monitoring und transparente Publikation wichtiger Kennzahlen	11
3.3	Versorgungsplanung 2020	11
4	Die wichtigsten Änderungen aufgrund des Konsultationsverfahrens	12
4.1	Keine grundlegende Überarbeitung	12
4.2	Zweisprachigkeit sichtbar gemacht	12
4.3	Viele kleinere Änderungsvorschläge	12
5	Weiteres Vorgehen	13
6	Anhang: Liste der eingeladenen Konsultationsteilnehmerinnen und -teilnehmer	14

1 Gesamteindruck

Die GEF führte vom 20. Juni bis am 31. August 2016 ein öffentliches Konsultationsverfahren durch. Insgesamt wurden 197 Teilnehmerinnen und -teilnehmer angeschrieben. Davon nahmen 107 Stellung. Damit hat mehr als die Hälfte aller zur Konsultation eingeladenen Institutionen eine Stellungnahme verfasst. Insgesamt wurde die Versorgungsplanung 2016 positiv aufgenommen. Tabelle 1 gibt einen Überblick zu den eingegangenen Stellungnahmen nach Adressatengruppen.

Tabelle 1: Überblick zu den eingegangenen Stellungnahmen nach Adressatengruppen

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

Dabei gibt es viele positive Rückmeldungen:

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

Die häufigsten kritischen Rückmeldungen betreffen:

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

Zusätzlich gab es verschiedene Rückmeldungen zum Planungssperimeter:

- **Kein umfassender Gesundheitsversorgungsbericht:** Zahlreiche Verbände und Interessenvertretungen forderten von der Versorgungsplanung Aussagen zu Themenbereichen, die nicht Gegenstand der gesetzlichen Grundlagen von KVG und SpVG sind. Dazu gehörten insbesondere eine umfassende ämter- sowie sektorübergreifende Gesundheitsstrategie sowie ein entsprechender Bericht zur Gesundheitsversorgung bzw. der kantonalen Versorgungspolitik.
- **Wünsche nach Leistungsaufträgen für die künftigen kantonalen Spitallisten:** Einige Leistungserbringer und wenige Kantone formulierten zudem bereits konkrete Wünsche nach Leistungsaufträgen für die künftigen Spitallisten im Kanton Bern.

2 Kritik nach Versorgungsbereichen

2.1 Akutsomatik

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

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

Die Leistungserbringer lassen dabei jedoch ausser Betracht, dass das allgemeine Versorgungsziel Akutsomatik nicht neu ist und aus der Versorgungsplanung 2011–2014 übernommen wurde. Es enthält somit keine materielle Neuerung. Sowohl der kantonale Richtplan 2030¹ als auch die Rechtsprechung des Bundes unterstreichen die stufengerechte Zentralisierung für stationäre Leistungen. Das Ziel der dezentralen Konzentration der Grundversorgung und der Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen setzt diese übergeordneten Grundsätze um. Es stellt die stationäre Grundversorgung in allen Teilen des Kantons sicher – unter anderem mit der Definition der versorgungsnotwendigen Standorte gemäss Artikel 11d SpVV. Aus diesem Grund entspricht das Versorgungsziel explizit den Planungskriterien Bedarf und Erreichbarkeit von Artikel 58b KVV. Des Weiteren wird in den nachfolgenden Kapiteln der Vorlage sowohl im abgestuften Versorgungsmodell als auch in den Planungsgrundsätzen des Kantons präzisiert, welche spezialisierten und hochspezialisierten Leistungsbereiche künftig konzentriert werden sollen. Das allgemeine Versorgungsziel Akutsomatik wurde seit 2011 nicht materiell geändert, es wird daher beibehalten.

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

2.1.2 Mindestfallzahlen

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

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

¹ Vgl. Kantonaler Richtplan, Stand 4. Mai 2016, Strategien Kapitel C, S. 15–16.

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

2.2 Rehabilitation

2.2.1 Frührehabilitation

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

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

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

2.2.2 Berner Klinik Montana

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

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

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

2.3 Psychiatrie

2.3.1 Regionenmodell für die ambulante und die stationäre Versorgung

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

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

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

2.3.2 Bedarfsprognose 2020

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

Die Leistungserbringer lassen jedoch ausser Betracht, dass die Datengrundlage für die Erstellung der Vorlage die aktuellsten verfügbaren gesamtschweizerischen Daten der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik (BfS) sein mussten, da nur diese die aktuellsten vollständigen Daten darstellten, welche auch ausserkantonale Spitalaufenthalte von Berner

Patientinnen und Patienten berücksichtigten. Die ausserkantonalen Spitalaufenthalte sind insbesondere für die Gesamtbedarfsermittlung und damit auch für eine verlässliche Prognose massgeblich, während sie für die Evaluation der Angebote der Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahrens einen eher indikativen Charakter besitzen. Bei der Erstellung der Spitalisten werden die aktuellsten Zahlen der Betriebe mit berücksichtigt werden müssen.

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

2.4 Rettungswesen

2.4.1 Datenqualität

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

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

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

2.5 Optimierungspotenziale

Viele Leistungserbringer kritisierten die in der Vorlage vorgeschlagenen Optimierungspotenziale. Gemäss Vorgaben des Interverbandes für Rettungswesen (IVR) beziehe sich die Berechnung der Hilfsfrist 90/15 nur auf Primäreinsätze mit vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen (P1). Aus diesem Grund sollte auch die Erfassung der Einsatzkategorien bei allen Rettungsdiensten gleich sein, was heute noch nicht der Fall ist (vgl. auch Ziffer 2.4.1). Wegen der uneinheitlichen Definition der obigen Kriterien innerhalb der bernischen Rettungsdienste, seien die Auswertungen zur Hilfsfrist ungenau und lieferten auch für die abgeleiteten Optimierungspotenziale (Verbesserung der Ausrückzeiten, Verbesserung der Dispositionsstrategie, Prüfung potenzieller Standortverschiebungen und Verbesserung der Datengrundlage) falsche Resultate. Trotz dieser fundamentalen Kritik, erachten es die meisten Rettungsdienste als erstrebenswert, die Ausrückzeiten sowie die Hilfsfristen weiter zu verbessern und die 90/15-Empfehlung des IVR anzustreben.

Die Leistungserbringer lassen bei ihrer Kritik jedoch das eigentliche Anliegen der Vorlage ausser Betracht. In der Vorlage geht es darum aufzuzeigen, ob und wo allfällige Optimie-

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

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

2.6 Nicht universitäre Gesundheitsberufe

2.6.1 Ausbildungsverpflichtung

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

2.6.2 Förderung von Wiedereinsteigerinnen

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

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

3 Weitere Anregungen für die Umsetzung

3.1 Weiterentwicklung der SPLG-Systematiken

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

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

3.2 Monitoring und transparente Publikation wichtiger Kennzahlen

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

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

3.3 Versorgungsplanung 2020

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

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

4 Die wichtigsten Änderungen aufgrund des Konsultationsverfahrens

4.1 Keine grundlegende Überarbeitung

Eine grundsätzliche Überarbeitung der Planung war nicht notwendig.

4.2 Zweisprachigkeit sichtbarer gemacht

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

4.3 Viele kleinere Änderungsvorschläge

Zusätzlich wurden viele kleinere Änderungsvorschläge als sinnvoll angesehen und im Bericht umgesetzt (vgl. etwa Ziffer 2.1.1) oder offensichtlich missverständliche Aussagen klarer formuliert (vgl. etwa Ziffer 2.3.1).

5 Weiteres Vorgehen

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

6 Anhang: Liste der eingeladenen Konsultationsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Gemeinde- und Verwaltungskreisebene

- Verband Bernischer Gemeinden
- Geschäftsstelle der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB)

Kantonebene (innerkantonal)

- Conseil des affaires francophones du district bilingue de Bienne (CAF)
- Conseil du Jura bernois (CJB)

Kommissionen des Gesundheitswesens (innerkantonal)

- Kommission Psychiatrie
- Kommission Rettungswesen (KORE)
- Sanitätskollegium des Kantons Bern
- Spitalversorgungskommission (SVK)

Organisationen des Gesundheitswesens (innerkantonal)

- Berner Bildungszentrum Pflege
- Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit
- Medi : Zentrum für medizinische Bildung
- Medizinische Fakultät der Universität Bern

Kantonebene (ausserkantonal)

- Kantonale Gesundheitsdepartemente der Kantone der Schweiz
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Bundesebene

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Politische Parteien

- Im Grossen Rat vertretene Parteien des Kantons Bern (SVP, SP, FDP, glp, EVP, EDU, BDP, CVP, PSA, Grüne)

Institutionen der Spitalversorgung

- Institutionen auf den Spitallisten des Kantons Bern (Spitalliste ab 1. Mai 2012)
- Klinik für ästhetische Chirurgie, Biel
- Klinik im Spiegel, Spiegel b. Bern
- Luzerner Psychiatrie (LUPS)
- Rettungsdienste mit einer Betriebsbewilligung des Kantons Bern

Verbände, Interessensvertretungen

- Apothekerverband des Kantons Bern (APOBERN)
- Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)
- Association Équipe mobile en soins palliatif Bern-Jura-Neuchâtel (EMSP BEJUNE)
- Association Spitex privée Suisse (ASPS)
- Bernische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (BGPP)
- Bernischer Staatspersonalverband (BSPV)
- Kantonale Behindertenkonferenz (KBK)
- curafutura
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)

- diespitäler.be
- Ergotherapieverband, Sektion Bern (EVS)
- eHealth Suisse
- H+ Verband die Spitäler der Schweiz
- Interverband Rettungswesen (IVR)
- Kantonalverband Bernischer Samaritervereine
- Gewerkschaft für Angestellte im Service public (VPOD)
- Gewerkschaftsbund des Kantons Bern (GKB)
- Interessengemeinschaft leitende MTT-Berufe des Kantons Bern (IG-MTT)
- Organisation der Arbeit (OdA) Gesundheit Bern
- Ortra-bef-s2
- palliative bern
- Pro Infirmis Bern
- Pro Mente Sana
- Pro Senectute Bern
- santésuisse Bern
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK),
Geschäftsstelle Bern
- Schweiz. Hebammenverband Sektion Bern
- Schweizerische Patientenorganisation (SPO)
- Schweizer Physiotherapie Verband, Kantonalverband Bern (Physio Bern)
- Spitex-Verband des Kantons Bern
- SwissDRG AG
- Swiss Nurse Leaders
- SW!SS REHA
- Travail.Suisse, Region Bern
- Verband Berner Pflege- und Betreuungszentren (VBB)
- Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)
- Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte, Sektion Bern (VSAO)
- Verband Berner Psychologinnen und Psychologen (VBP)
- Verband SOCIALBERN
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz
- Verein der Spitalärzte des Kantons Bern (VSKB)
- Vereinigung Angehöriger psychisch Kranker (VASK)
- Vereinigung Rettungssanitäter Schweiz (VRS)
- Vitaswiss Volksgesundheit Bern

Medizinische Fachgesellschaften

- Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten befragte schweizerische medizinische Fachgesellschaften

Zur Kenntnisnahme

- Direktionen der Kantonsverwaltung und Staatskanzlei
- Gesundheits- und Sozialkommission (GSoK)
- Qualitätsentwicklung im Kanton Bern (QABE)