

# Die Berner Spitalland- schaft im Umbruch

Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-  
2019 (GPK, Siegenthaler)

Bern, Oktober 2020



# Zusammenfassung

Die Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler) «Spitallandschaft im Umbruch – Jetzt braucht es eine Auslegeordnung durch den Regierungsrat» forderte, die Chancen und Risiken der Spitalversorgung für den Kanton Bern darzulegen. Des Weiteren sollen Steuerungsmechanismen des Kantons gegenüber allen kantonalen Leistungserbringern aufgezeigt werden. Der hier vorliegende externe Expertenbericht beantwortet die Motion und soll eine wichtige Grundlage für die Teilstrategien «somatische und psychiatrische Versorgung und Rehabilitation (ambulant und stationär)» und «integrierte Versorgung» im Rahmen der «Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020-2030» (nachfolgend Gesundheitsstrategie) zur Weiterentwicklung der bernischen Gesundheitsversorgung schaffen. Zudem soll die aktuelle Spitalversorgung evaluiert und mögliche Chancen und Risiken sowohl für die Leistungserbringer als auch für den Kanton als Eigner aufgezeigt werden.

Die Erkenntnisse der Analyse der heutigen Situation, sowie der möglichen Entwicklungsszenarien in der Berner Versorgungslandschaft können anhand folgender Kernaussagen zusammengefasst werden:

## **1. Die dynamischen Entwicklungen im Gesundheitswesen führen zu unterschiedlichen, teilweise konträren Auswirkungen auf die beteiligten Akteure**

Nicht nur für die Spitäler, sondern auch für den Kanton in seinen unterschiedlichen Rollen, z.B. als Eigner und Regulator, bringen die vielfältigen Trends im Gesundheitswesen Chancen und Risiken mit sich. Der zunehmende Preis- und Margendruck, der Wettbewerb, der Fachkräftemangel, die demographischen Entwicklungen und die zunehmende Digitalisierung sind seit Jahren anhaltende Trends. Alle am System beteiligten Akteure sind heute und in Zukunft intensiv gefordert.

## **2. Die Zunahme der Multimorbidität aufgrund der Alterung der Bevölkerung sowie das Bevölkerungswachstum erhöhen Komplexität und Nachfrage der medizinischen Behandlungen**

Im Vergleich zur Gesamtschweiz weist die Berner Gesamtbevölkerung einen überproportionalen Anstieg der älteren Bevölkerungsgruppe und dadurch insgesamt ein leichtes Wachstum auf. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung nimmt die Multimorbidität sowie der Anteil der chronisch erkrankten Patienten stark zu. Dadurch entsteht ein erhöhter Präventions- und Versorgungsbedarf. Es werden mehr geriatrische und internistische Präventions- und Versorgungsleistungen benötigt, die Anforderungen an die Koordination der Leistungserbringer steigen. Einer integrierten Versorgung kommt dadurch eine höhere Bedeutung zu. Auch die Nachfrage an Rehabilitationsbehandlungen sowie psychiatrischer und psychosomatischer Betreuung wird aufgrund zunehmend multimorbider Krankheitsbilder weiter ansteigen.

Durch die Ambulantisierung wird eine Stagnation der stationären Fallzahlen sowie ein starkes Wachstum der ambulanten Konsultationen in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie erwartet. Für das Jahr 2035 ist zu erwarten, dass die kumulierten stationären Fallzahlen über alle Behandlungsbereiche konstant bleiben, die Verweildauern voraussichtlich jedoch abnehmen. Die kumulierte Nachfrage nach stationären Betten kann je nach Ausmass dieser Effekte in Zukunft gar sinken.

## **3. Die wohnortsnahe Grundversorgung ist aufgrund der geographischen Gegebenheiten im Kanton Bern zentral für die Qualität der Versorgung der Bevölkerung**

Patienten lassen sich zur Mehrheit innerhalb ihrer Versorgungsregion behandeln. Bei Notfällen akzentuiert sich die Behandlung in der «eigenen» Versorgungsregion. Über 70% der innerregionalen Bevölkerung lässt sich im Notfall innerhalb ihrer Versorgungsregion behandeln. Insgesamt ist die wohnortsnahe, spitalgebundene Grundversorgung in den Gesundheitsversorgungsregionen wichtig.

#### **4. Die Profitabilität der Berner Spitalunternehmen ist aktuell nicht ausreichend, um Investitionen langfristig eigenständig finanzieren zu können**

Die RSZ, also die akutsomatischen Spitäler mit Kantonsbeteiligung<sup>1</sup>, erwirtschaften grösstenteils eine EBITDAR-Marge von unter 6.0%. Die RPD, also die psychiatrischen Spitäler mit Kantonsbeteiligung, lagen mehrheitlich über 8.0% EBITDAR-Marge. Für die langfristige eigenständige Finanzierung des operativen Betriebs sowie von Investitionen sollte in der Akutsomatik im Durchschnitt eine EBITDAR-Marge von 10.0% erwirtschaftet werden; in der Psychiatrie liegt der Zielwert bei rund 8.0% und in der Rehabilitation zwischen 8.0% und 10.0%. Kleinere und weniger hoch installierte Spitäler kommen vermutlich bereits mit einem Wert von 8.0% - 10.0% aus<sup>2</sup>. Die akutsomatischen Spitäler mit Kantonsbeteiligung haben diese Ziel-EBITDAR-Marge in den vergangenen Jahren mehrheitlich jeweils verfehlt. Auch andere akutsomatische kantonale Akteure mit privater Trägerschaft verfehlen diese Ziele teilweise. Hinsichtlich der Liquidität weisen die betrachteten Akteure aktuell ein solides Fundament aus. Die nicht ausreichende Profitabilität führt in der langen Frist dazu, dass sich die aktuell gute Eigenkapitalsituation verschlechtert, die Fremdfinanzierung schwieriger wird und womöglich auch zu einer Verschlechterung der Liquidität führt. Gleichzeitig reduziert sich dadurch die Substanz der Kliniken, was letztlich zu einer Überschuldung führen kann und indirekt öffentliche Mittel verzehrt.

#### **5. Die Erreichung einer bedarfsorientierten Versorgungssteuerung wird in einem 4+ statt 6+-Regionenmodell aufgrund von grösseren und effizienteren Versorgungsregionen vereinfacht**

Die Versorgungsplanung kann mit einer Orientierung an grösseren Einzugsgebieten in vier Versorgungsregionen einen Anreiz und ein Zeichen setzen Redundanzen, Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen zu vermeiden. Um eine sinnvolle Grösse<sup>3</sup> pro Versorgungsregion in der Akutsomatik zu erreichen, ist eine Vereinfachung auf 4 Versorgungsregionen aus externer Sicht empfehlenswert (Berner Mittelland; Biel-Seeland-Berner Jura; Oberaargau & Emmental; Berner Oberland). Dadurch kann die Grund- und Notfallversorgung in den einzelnen Regionen langfristig sichergestellt werden und innerhalb der Versorgungsregionen sinnvolle wohnortsnah-abgestufte Angebote aufgebaut werden. Dazu müssen innerhalb der Versorgungsregionen die Spitalgesellschaften enger zusammenarbeiten und aktiv Kapitalverflechtungen oder Zusammenschlüsse prüfen. Eine Harmonisierung der Versorgungsregionen auch im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation kann die Grundlage für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Bereichen bieten, um die Integration in das Versorgungsmodell zu realisieren.

#### **6. Ein klares, durch den Kanton vorgegebenes Zielbild für die Weiterentwicklung der Berner Gesundheitsversorgung mit stärkeren Netzwerkstrukturen gibt den Spitälern Leitplanken für die Ausgestaltung im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheiten**

Für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung kann der Kanton Bern den Spitälern ein klares Zielbild geben und dies in der Teilstrategie «somatische und psychiatrische Versorgung und Rehabilitation (ambulant und stationär)» transparent verankern.

Aus externer Perspektive ist für den Kanton Bern ein dezentrales Hub-and-Spoke Netzwerk mit dynamischer Einbindung verschiedener Akteure am erfolgversprechendsten. Dieses orientiert sich an am bereits bestehenden Ziel der abgestuften Versorgung im Kanton sowie auch innerhalb der Versorgungsregionen und einer starken Vernetzung im Rahmen eines abgestuften Netzwerks. Kooperationen und Vernetzungen innerhalb neu zusammengeschlossener Versorgungsregion sollten genutzt werden. Neue Spitalmodelle bieten Chancen für die Gesundheitsversorgung. Die Beurteilung und Entscheidung für neue Angebots-, Kooperations- und Geschäftsstrategien müssen durch die Spitäler im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheit eigenständig getroffen werden. Die Versorgung in Netzwerken mit unterschiedlichen Leistungserbringern wird dabei in Zukunft weiter an Relevanz gewinnen.

---

<sup>1</sup> In diesem Bericht werden unter Spitälern mit Kantonsbeteiligung alle akutsomatischen Spitäler mit vollständiger öffentlicher Trägerschaft bzw. kantonaler Beteiligung zusammengefasst. Der Kanton hält eine Minderheitsbeteiligung an der Insel Gruppe AG und besitzt die Konzerntochter Spital Netz Bern Immobilien AG. Aufgrund der im Stiftungsreglement und in Verträgen zugestandenen Rechte des Kantons sowie der Systemrelevanz in der Gesundheitsversorgung und -ausbildung wird die Insel Gruppe zu den öffentlich getragenen Spitälern gezählt.

<sup>2</sup> Vgl. PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016

<sup>3</sup> Auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen und einer Analyse von PwC, sind als kritische Grösse rund 18'000 Patientinnen und Patienten mit stationärem Spitalaufenthalt (stationären Fälle) pro Versorgungsregion notwendig, um effizient abgestimmte Strukturen zu ermöglichen.

Die Gesundheitsstrategie und die auf dieser Grundlage zu erarbeitenden Teilstrategien bieten den Leistungserbringern Orientierungshilfen für die Ausrichtung ihrer künftigen Unternehmensstrategien. Denkbar ist aus externer Perspektive, diese gemeinsam mit zentralen Entscheidern der Leistungserbringer zu diskutieren und weiter zu entwickeln, um die Akzeptanz und Umsetzung des Zielbilds langfristig zu ermöglichen.

**7. Die finanzielle Ausgangslage (Eigenkapitalbasis) der öffentlichen Spitäler ist aktuell robust. Unternehmerische Risiken und anstehende Grossinvestitionen können die Spitäler in finanziell schwierige Situationen bringen und zu einem Verzehr des Eigenkapitals bzw. indirekt einer Vernichtung öffentlicher Mittel führen**

Ein hohes bzw. hoch bleibendes Eigenkapital stellt für Spitäler einen Risikopuffer dar, um künftig Verluste in einzelnen Jahren zu kompensieren. Aktuell schneiden die Spitäler mit Kantonsbeteiligung bei den ermittelten Bilanzkennzahlen im Schweizer Vergleich sehr gut ab. Die Profitabilität war in den letzten Jahren jedoch ungenügend, d.h. lag unter dem Zielwert von 8.0 - 10.0 % EBITDAR-Marge. Dies führt über die Zeit zu einer Reduktion des Eigenkapitals der Berner Spitäler und somit der Beteiligungswerte des Kantons. Gleichzeitig werden zukünftig signifikante Investitionen in die Digitalisierung und Infrastruktur nötig sein. Da die Finanzierung dieser für den langfristigen Erfolg der Berner Spitäler wichtigen Investitionen bei anhaltend ungenügender Rentabilität nicht gegeben ist, wären neue Zuschüsse oder Garantien des Kantons nötig. Zusätzlich könnten Investitionen gebündelt werden – z.B. könnten Investitionen in Digitalisierung zwischen mehreren Spitälern koordiniert werden.

Die hohen Eigenkapitalquoten sind wesentlich auf die Immobilienaufwertungen zurückzuführen, welche bei der Einführung der neuen Spitalfinanzierung vorgenommen wurden. Auch wenn es sich dabei um Buchwerte handelt, so führt eine Abnahme infolge negativer Jahresergebnisse zu einem Vermögensverzehr der vom Kanton eingelegten Mittel, unabhängig davon ob es am Ende zu einer Überschuldung kommt oder nicht. Somit handelt es sich um einen indirekten Verzehr von öffentlichen Mitteln. Zur Risikoreduktion könnte der Kanton aktiv prüfen, inwiefern durch Beteiligungen privater Akteure das eigene Risiko reduziert werden kann.

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1	Auslöser des Berichts .....	1
1.2	Auftrag PwC.....	1
1.3	Aufbau und Methodik des Berichts.....	1
1.4	Limitationen des Berichts .....	2
2.	Aktuelle Situation der Berner Spitallandschaft.....	4
2.1	Status Quo der Versorgungslandkarte .....	4
2.2	Aktuelle Nachfragesituation & Entwicklungen .....	7
2.3	Finanzielle Ausgangslage der Berner Akutspitäler und Psychiatrien .....	9
2.4	Ziele und Aufgaben der Berner Spitallandschaft im Rahmen der Versorgung.....	16
3.	Anstehende Veränderungen in den Berner Versorgungsstrukturen.....	19
3.1	Trends im Schweizer Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen.....	19
3.2	Nachfrageentwicklung durch den demographischen Wandel und der Bedarf an stationärer Versorgung.....	21
3.3	Aktuelle Transformation im Gesundheitswesen .....	22
4.	Zentrale Chancen und Risiken für die Berner Spitallandschaft .....	23
4.1	Die Leistungserbringer und der Kanton als Sichersteller der Versorgung, Regulator und Eigner – ein Spannungsfeld .....	23
4.2	Zukünftige finanzielle Chancen und Risiken.....	28
4.3	Risiken und Auswirkungen durch potenzielle Veränderung der Spitallandschaft aufgrund von Ausfällen von Leistungserbringern 32	
5.	Versorgungsszenarien und 4+ Versorgungsregionen zur Optimierung der Versorgungsplanung.....	35
5.1	Hub-and-Spoke-Modell als Lösungsansatz zur Realisierung integrierter Versorgung .....	35
5.2	Voraussetzung zur Neuordnung der Versorgungsregionen (4+-Regionen-Modell) .....	38
5.3	Ansätze zur Schaffung eines Zielbildes für Leistungserbringer auf der Basis eines Hub-and-Spoke-Modells.....	40
5.4	Anwendung und Beurteilung des Hub and Spoke Modells im Kanton Bern.....	41
6.	Mögliche Massnahmen zur Verbesserung der Planungs- und Steuerungsinstrumente.....	44
6.1	Der Kanton Bern bereits heute Gestalter der Gesundheitsversorgung in mehreren Rollen .....	44
6.2	Ziele zur Verbesserung der Planungs- und Steuerungsinstrumente für die Versorgungsplanung .....	45
6.3	Mögliche Massnahmen zur Erreichung der Ziele für die Versorgungsplanung.....	46
6.4	Mögliche Massnahmen zur Verbesserung der Steuerungsinstrumente des Kantons in der Eignerrolle .....	49
7.	Die Berner Spitallandschaft im Umbruch – Fazit und Empfehlungen der PwC.....	51
8.	Anhang.....	54
1.	Weitere Analysen zur Versorgungssituation im Kanton Bern .....	55
2.	Ausgangslage der Berner Spitallandschaft.....	56
3.	Ergänzung zu den zukünftigen Veränderungen in den Berner Versorgungsstrukturen .....	58
4.	Versorgungsszenarien .....	63

# Abkürzungen und Glossar

Anlagedeckungsgrad 2	Deckung des Anlagevermögens durch Eigenkapital und langfristiges Fremdkapital
ANP	Advanced Nurse Practitioner; Pflegefachperson mit vertiefter, pflegerischer Expertise
approximativ	angenähert; ungefähr
Aufsuchende Angebote	Behandlungen, bei welchen das medizinische Personal zum Patienten kommt. Vor allem in der Psychiatrie vorhanden.
Baserate	Basispreis; Betrag, der für einen Behandlungsfall mit Kostengewicht 1.0 bezahlt wird.
Cash Flow	Geldfluss
EBIT	Earnings before Interest and Taxes, d.h. Betriebsergebnis vor Zinsen und Steuern
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization, d.h. Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten
EBITDAR	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent, d.h. Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und immateriellen Vermögenswerten und Mieten
Eigenfinanzierungsgrad	Anteil des Eigenkapitals am Gesamtkapital eines Unternehmens
eHealth	Verwendung digitaler Technologien im Gesundheitswesen und beinhaltet alle Informations- und Kommunikationstechnologien, die für Behandlung, Diagnose, Prävention Überwachung und Verwaltung zum Einsatz kommen
ePD	elektronisches Patientendossier
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
Eigenkapitalquote	Verhältnis von Eigenkapital zum Gesamtkapital
Elektive Behandlungen	Wahlbehandlungen, die nicht dringlich und aufschiebbar sind. Der Zeitpunkt der Behandlung wird vom Patienten bestimmt
Globalbudget	Finanzielles Steuerungsinstrument, das aus einem maximal pro Jahr verfügbaren Betrag besteht, welches verbindliche Zielvorgaben gibt (Kostenziel, Kostenbremse, Kostendach). Beim Überschreiten der Vorgabe sind finanzielle Sanktionsmechanismen vorhanden
GSI	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
HLB	Hirslanden Bern AG
HSM	Hochspezialisierten Medizin
Hub-and-Spoke Modell	Abgestuftes Versorgungsmodell bestehend aus dem Zentrumsspital für umfangreiche Gesundheitsversorgung und den dezentralen Satellitenspitäler für die Grundversorgung.
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
Impairment-Test	Test zur Feststellung der Werthaltigkeit, z.B. einer Bilanzposition wie einer Immobilie

Interdependenzen	Wechselseitige Abhängigkeit, wenn ökonomische Variablen sich wechselseitig beeinflussen
Integrierte Versorgung	Als integrierte Versorgung wird im vorliegenden Bericht die inter-organisationale Zusammenarbeit zwischen Akteuren verschiedenerer Stufen der Leistungserbringung verstanden. Integration mit Versicherungen sind nicht gemeint.
Kooperationswettbewerb	Kooperationswettbewerb (engl.: Coopetition) meint die Kooperation zwischen Wettbewerbern in vereinzeltten Bereichen der Leistungserstellung (z.B. gemeinsame Einkaufsgesellschaft zwischen zwei konkurrenzierenden Spitalgesellschaften)
Kumulativ	zusammengerechnet
Liquiditätsgrad 2	Deckung der kurzfristigen Verbindlichkeiten durch flüssige Mittel und Forderungen
LHG	Lindenhofgruppe
machine-learning	Eine Form der künstlichen Intelligenz; Auf Basis von Mustern in Datenbeständen sind IT-Systeme in der Lage, eigenständig Lösungen für Probleme zu finden.
Mindestfallzahlen	Mindestmengenvereinbarung für spezifische Eingriffe / Untersuchungen: Festlegung einer konkreten Art und der jährlich geforderten Anzahl dieser Eingriffe
Multimorbidität	Gleichzeitiges Bestehen mehrere Erkrankungen bei einem Patienten
Niedergelassene	Ärzte (selbstständig oder mit anderen Ärzten) in einer medizinischen Einrichtung wie Arzt- oder Gemeinschaftspraxis
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
operative Führung	Management; Führung des medizinischen und nicht medizinischen Kerngeschäfts
precision medicine	Behandlung und Prävention von Krankheiten, welche die Variabilität von Genen, Umwelt und Lebensstil für jede Person berücksichtigt auf Basis der Gensequenzen der Patienten
Privat- und Halbprivatpatienten	Patienten mit Zusatzversicherung
PROMS	Patient Reported Outcome Measures: Patientenbefragung bezüglich der individuellen Wahrnehmung hinsichtlich der Auswirkung ihrer Behandlungstherapie oder Krankheit
Ressourcenadäquat	Entsprechend den zur Verfügung stehenden Ressourcen
Rettungsdienste ohne kantonalem Leistungsvertrag:	Ambulanz und Rettungsdienst Grindelwald GmbH, Ambulanzdienst Lauterbrunnen, Rehasentrum Heiligenschwendi, Ambulanz- und Rettungsdienst Sense AG in Wünnewil (Kanton Freiburg), Ambulanz- und Rettungsdienst Murten und Umgebung (Kanton Freiburg)
Rangrücktrittsvereinbarungen	Vorläufiger Verzicht auf die Erfüllung der Forderung, um eine Überschuldung eines Unternehmens resp. eine Insolvenz zu verhindern
RPD	Regionaler psychiatrischer Dienst
RSZ	Regionales Spitalzentrum

Skill-Grade-Mix	Teamzusammensetzung in Bezug auf Fähigkeiten, Berufs- und Lebenserfahrung sowie die Durchmischung unterschiedlicher Bildungsabschlüsse
Swiss DRG	Tarifsystem für stationäre, akutsomatische Spitalleistungen, welches stationäre schweizweit nach Fallpauschalen schweizweit regelt
TARMED	Tarif für ambulante, ärztliche Leistungen
Terrestrische Rettungsdienste	Rettungsdienste ohne kantonalem Leistungsvertrag
Überversorgung	Regionales Überangebot an Gesundheitsanbietern
VaR	Value at Risk ist eine Kennzahl, um das Risiko eines Verlustes bei einer Investition zu quantifizieren.
Verschuldungsgrade	Verhältnis zwischen dem bilanziellen Fremd- und Eigenkapital
Vollversorgung	Spital, das alle Behandlungsbereiche inkl. Notfallversorgung rund um die Uhr abdeckt
Vorhalteleistungen	Leistungen, welche unabhängig von ihrer Nutzung, rund um die Uhr betrieben werden müssen bzw. hohe Investitionen zu Beginn erzeugen (Personal auf Notfallstation, Medizintechnische Geräte wie MRT, etc.)
Zentrumsspital/ Endversorger	Leistungserbringer mit breitem Leistungsangebot über die reine Grundversorgung hinaus. Aufgrund ihrer Grösse (hohe Anzahl von Fällen und Konsultationen) haben sie meist eine wichtige Rolle in den Versorgungsstrukturen
Zero-Night-DRG	Tarif für stationäre Pauschalen ohne Übernachtung

# 1. Einleitung

## 1.1 Auslöser des Berichts

Die Geschäftsprüfungskommission des Kantons Bern verlangt mit der Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler) «Spitallandschaft im Umbruch – Jetzt braucht es eine Auslegeordnung durch den Regierungsrat», dass die (finanziellen) Chancen und Risiken aus der Spitalversorgung für den Kanton Bern dargelegt werden. Des Weiteren sollen mögliche Massnahmen zur Anpassung der Spitalstrukturen zur langfristigen Sicherstellung einer funktionierenden, wirtschaftlichen Spitalversorgung – namentlich für die Standorte und Angebote – aufgezeigt werden. Die Motion wurde durch den Grossen Rat in der Novembersession 2019 angenommen.

## 1.2 Auftrag PwC<sup>4</sup>

Der Spitalbericht soll die Anliegen der Motion beantworten und der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (nachfolgend GSI) als wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der kantonalen Gesundheitsversorgung, die nächste Versorgungsplanung sowie die Einführung von Massnahmen in der kantonalen Eignerrolle für die Spitäler mit Kantonsbeteiligung dienen. Dabei soll der Bericht an die «Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020-2030» (nachfolgend Gesundheitsstrategie) anknüpfen und eine Grundlage für ihre Teilstrategien «somatische und psychiatrische Versorgung und Rehabilitation (ambulant und stationär)», Langzeitversorgung (ambulant und stationär)», «Gesundheitsförderung und Prävention», «Rettungswesen» und vor allem «integrierte Versorgung» bilden.

PwC als externe Auftragnehmerin erstellt unter Einbezug der GSI einen Bericht zur Spitallandschaft im Kanton Bern mit folgenden Schwerpunkten:

- Visualisierung und Analyse des Status Quos des Berner Gesundheitsversorgungsnetzes in den drei Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation
- Darstellung und Gewichtung der bestehenden (finanziellen) Chancen und Risiken aus der Spitalversorgung für den Kanton Bern anhand eines Chancen- und Risiko-Portfolios
- Modellierung verschiedener Versorgungsszenarien der zukünftigen Veränderung in der Berner Gesundheitsversorgung
- Darstellung der Erkenntnisse der Analysen und Simulationen sowie die Erarbeitung von Empfehlungen für den Kanton zur Versorgungssteuerung und zur Wahrnehmung der Eignerrolle.

## 1.3 Aufbau und Methodik des Berichts

### Aufbau des Berichts

Zuerst wird die Ausgangslage der Berner Spitallandschaft beschrieben (Kapitel 2). Hierfür werden sowohl der Status Quo als auch die Ziele im Rahmen der Gesundheitsversorgung dargestellt. Das Kapitel 3 befasst sich mit den Trends im Schweizer Gesundheitswesen sowie den anstehenden Veränderungen der Versorgungsstrukturen und möglichen Konsequenzen für die Berner Versorgungsplanung. Im Kapitel 4 werden die zentralen Chancen und Risiken aus Perspektive der verschiedenen relevanten Akteure dargestellt. Daraufhin werden mögliche (integrierte) Versorgungsszenarien aufgezeigt und als Empfehlung ein potenzielles Modell für die künftige Gestaltung der Berner Spitallandschaft eingeführt (Kapitel 5). Kapitel 6 fasst die Empfehlungen zu möglichen Umsetzungen von sinnvollen Steuerungsmechanismen in den Bereichen Versorgungsplanung und Eignerrolle zusammen bevor der Bericht mit dem Fazit und weiteren Empfehlungen aus Sicht PwC an den Kanton und den weiteren politischen Prozess abgeschlossen wird (Kapitel 7). Der Aufbau dieses Berichts orientiert sich somit an der unterstehenden Logik (vgl. Abbildung 1).

---

<sup>4</sup> Der Projektauftrag ist durch das Dokument «Bericht zur Motion 192-2019 Siegenthaler (GPK), Spitallandschaft im Umbruch – Jetzt braucht es eine Auslegeordnung durch den Regierungsrat (SPITALBERICHT)» geregelt. Im Projektauftrag sind vor allem inhaltliche Detailbetrachtungen dargestellt.

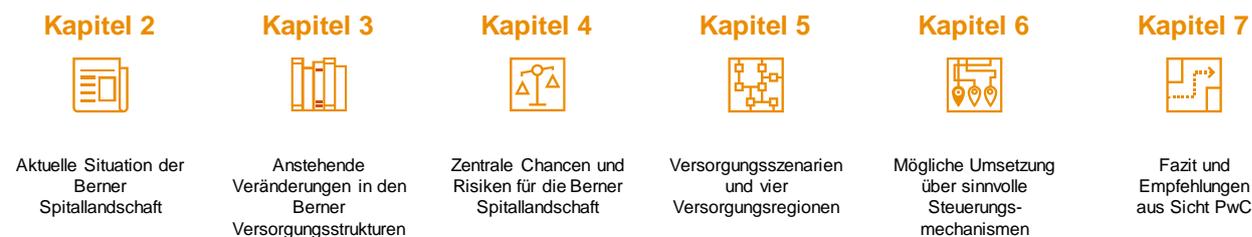


Abbildung 1: Methodik und Struktur des Spitalberichts

## Verwendete Grundlagen für den Bericht

Bei der Erstellung des Berichtes wird stets auf die effektiven Gegebenheiten des Kantons eingegangen, sowie die Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz und die Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020-2030 sowie der Einfluss auf ihre Teilstrategien berücksichtigt. Ausserdem werden bei der Analyse und Darstellung alle heute vorhandenen Versorgungsstrukturen in den unterschiedlichen Regionen im Kanton Bern berücksichtigt. Dies stellt die Realisierbarkeit der einzelnen Szenarien sicher. Es werden jeweils die aktuellsten zu Verfügung stehenden Datenquellen herangezogen.

### Methodik des Berichts:

Methodisch baut der Bericht auf den folgenden Ablauf auf:

1. **Analyse der Ausgangslage sowie Analyse der anstehenden Veränderungen**
2. **Ableitung von Chancen und Risiken aus den Analysen**
3. **Ableitung von Versorgungsszenarien, welche die Risiken adressieren**
4. **Empfehlungen zur Umsetzung der präferierten Szenarien**

Zur Analyse der Ausgangslage werden vor allem Patientenstromanalysen und Nachfrageprognosen auf Basis von Sekundärdaten (BfS Daten; Datenbezug über GSI) herangezogen, um Präferenzen von Patienten in der Berner Versorgungslandschaft festzustellen (Ist-Analyse). Diese werden in Notfallbehandlungen und elektive Behandlungen sowie ambulant und stationär unterteilt, um ein Verständnis für die Wirkungsmechanismen der aktuellen Versorgungslandschaft zu verstehen. Aufbauend auf Analysen der Fallzahlen der einzelnen Leistungserbringer werden Aussagen bzgl. Qualität und Effizienz möglicher Behandlungen abgeleitet. Weitere Analysen zum Versorgungsraum und den aktuellen Trends und Veränderungen in der Berner Gesundheitsversorgung stellen die zukünftigen Herausforderungen für die Struktur der Gesamtversorgung aus kantonaler Perspektive sowie aus Sicht der Leistungserbringer dar. Diese weiteren Analysen beinhalten ebenfalls die Analyse der finanziellen Ausgangslage der Spitäler mit Kantonsbeteiligung und von weiteren Leistungserbringern zum Vergleich.

Zentrale Chancen und Risiken sowohl aus Kantons- als auch aus Leistungserbringersicht werden aufgezeigt und ihre Wirkung in einer Risikoübersicht für die verschiedenen Akteure reflektiert. In einem nächsten Schritt werden die Herausforderungen aufgenommen und in möglichen Zielbildern bzw. Versorgungsszenarien entsprechend adressiert (Soll-Analyse). Die Organisation der aktuellen 6+ Versorgungsregionen wird kritisch hinterfragt und ein Vorschlag für deren Anpassungen aufgezeigt. Die Versorgungsszenarien werden im Anschluss an einem Kriterienkatalog bewertet. Abschliessend werden aus der aktuellen Situation und den Wirkungszusammenhängen in der Versorgungsentwicklung konkrete Empfehlungen zur Umsetzung des Zielbildes für die unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen, unter anderem den Spitälern mit Kantonsbeteiligung und dem Kanton selbst, abgeleitet.

## 1.4 Limitationen des Berichts

Die Analyse der Ausgangslage basiert auf unterschiedlichen öffentlichen Datenquellen aus vergangenen Jahren. Es wurde keine eigene Datenerhebung vorgenommen. Es wurden jeweils die aktuellsten zu Verfügung stehenden Datenquellen herangezogen. Die Analysen und die Beschreibung der Berner Spitallandschaft erfolgte ohne Konsultation der kantonalen Leistungserbringer. Die Modelle wurden anhand der externen Expertise PwC aus diversen Projekten im Schweizer und Berner Spitalumfeld sowie aus öffentlichen Daten erstellt.

Der Fokus des Berichts liegt auf den Entwicklungen in der Akutsomatik. Die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation sind ebenso integrale Bestandteile der Versorgung und werden im Bericht teilweise berücksichtigt. Die Gewichtung orientiert sich teilweise auch entlang der mengenmässigen und finanziellen Relevanz der Teilmärkte, da die Akutsomatik mit Abstand am meisten Fälle vorweist sowie finanzielle Mittel benötigt. Zudem werden die mit der Berner Spitallandschaft in Verbindung stehenden Angebote und weitere Analysen (wie beispielsweise die der Niedergelassenen-Strukturen) im Anhang kurz qualitativ dargestellt, um eine Gesamtsicht zu ermöglichen.

Die im Bericht beschriebenen Szenarien sind auf einem hohen Abstraktionslevel konzipiert. Die konkrete Ausgestaltung oder Modellierung der einzelnen Szenarien sowie Massnahmen ist nicht Teil dieses Berichts und obliegt den Leistungserbringern im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheit, d.h. aus den geschilderten Modellen können keine konkreten Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung von einzelnen Spitalstandorten im Kanton Bern gezogen werden. Wohl aber kann ein Zielbild daraus abgeleitet werden. Der Kanton, handelnd durch Gross- und Regierungsrat, sollte dafür sorgen, dass optimale Rahmenbedingungen zur Erreichung der Ziele und Modelle Verfügung stehen.

Die Entwicklungen im Rahmen der Covid-Pandemie ab Anfang 2020 wurden nicht im Detail in die Analysen miteinbezogen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Entwicklungen und Transformation der Spitalversorgung aufgrund der Pandemie weiter beschleunigen werden.

# 2. Aktuelle Situation der Berner Spitallandschaft

## 2.1 Status Quo der Versorgungslandkarte

### Akutsomatik

Die akutsomatische Gesundheitsversorgung ist im Kanton entsprechend dem 6+-Regionenmodell in 7 Versorgungsregionen gegliedert (siehe Abbildung 2). Diese Versorgungsplanung entstand auf Basis der Patientenströme innerhalb des Kantons und wurde im Zuge der Versorgungsplanung 2011-2014 erstmals vorgestellt.<sup>5</sup>

Im Kanton Bern haben 31 Spitäler einen Leistungsauftrag im Bereich der Akutsomatik (inklusive Geburtshäuser). Die Insel Gruppe bietet nebst der Grundversorgung das umfangreichste und (hoch-)spezialisierteste Leistungsangebot an und nimmt somit die zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung des Kantons als Endversorger im abgestuften Versorgungsmodell ein. Sie wird somit häufig als «systemrelevant» bezeichnet. Von den 31 Spitälern mit einem Leistungsauftrag in der Akutsomatik befinden sich 27 Spitäler im Kanton, 4 befinden sich in den angrenzenden Kantonen Solothurn und Neuenburg. Die akutsomatischen Leistungserbringer im Kanton Bern sind über das gesamte Kantonsgebiet verteilt. Im urbanen Gebiet rund um die Stadt Bern herrscht eine sehr hohe Spitaldichte:

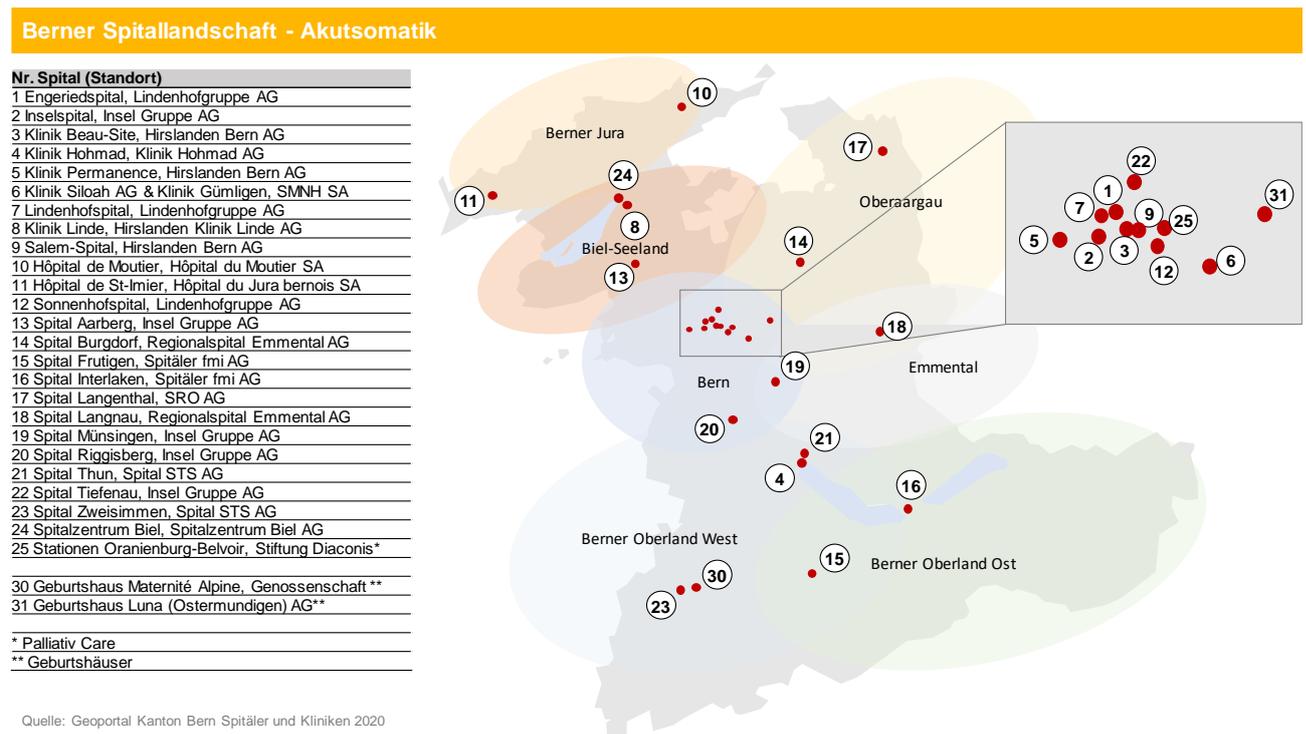


Abbildung 2: Verteilung der akutsomatischen Spitäler mit einem Leistungsauftrag (Aktuelle Versorgungsregionen schematisch angedeutet)

### Psychiatrie

Wie bei der Akutsomatik ist die Gesundheitsversorgung der stationären Psychiatrie in Versorgungsregionen gegliedert. Dabei basiert die räumliche Gliederung in vier Versorgungsregionen<sup>6</sup>: Agglomeration Bern, Aaretal-Oberland, Biel-Seeland-Berner Jura und Oberaargau-Emmental. Die Sicherstellung der psychiatrischen

<sup>5</sup> Quelle: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011): Versorgungsplanung 2011-2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz

<sup>6</sup> Quelle: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2016): Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz, S. 16

Grundversorgung sowie deren Erreichbarkeit ist innerhalb aller Versorgungsregion grundsätzlich gewährleistet. Für die ambulante, psychiatrische Versorgung werden die vier Regionen zusätzlich in ambulante Sektoren gegliedert. Die vier psychiatrischen Versorgungsregionen organisieren die ambulante, stationäre und teilstationäre, bzw. tagesklinische Leistungserbringung sowie weitere aufsuchende Angebote<sup>7</sup> und können der psychiatrischen Versorgungsplanung im Detail entnommen werden.

In der Psychiatrie haben 14 Unternehmen mit 26 Standorten in vier Versorgungsregionen einen psychiatrischen Leistungsauftrag. Wie bei der Akutsomatik zeigt die Region mit der Agglomeration Bern eine Zentralisierung von unterschiedlichen Leistungsanbietern. Die dort vertretene Universitäre Psychiatrischen Dienste Bern AG (UPD) zeigt aus Gesamtsystembetrachtung das umfangreichste Leistungsangebot und nimmt mit der Anbindung an die Universität die Rolle des Endversorgers in der Psychiatrie ein. Erwähnenswert ist die akutsomatalassoziierte ambulante und stationäre Psychiatrie in den Versorgungsregionen Oberaargau, Emmental sowie Berner Oberland Ost und West. Hier wird auf eine Integration von Akutsomatik und Psychiatrie gesetzt, während im Berner Jura, in Bern selbst sowie in Münsingen grosse rein stationäre Psychiatrien betrieben werden. Zentral in der weiteren Entwicklung ist die Motivation und das Ziel eine stärkere Integration von psychiatrischen Angeboten auch innerhalb der Städte, um die Entstigmatisierung der Psychiatrie weiter zu fördern.

Alle Leistungsbereiche auf der Spitalliste sind an mehrere Leistungserbringer flächendeckend über den Kanton Bern vergeben. Lediglich die in unmittelbarer zur Berner Kantonsgrenze liegende Klinik St. Urban (Luzerner Psychiatrie, *lups*) weist einen ausserkantonalen Leistungsauftrag auf. In der Psychiatrie besteht aus Gesamtkantonssicht im Kanton Bern ein hoher Eigenversorgungsgrad und eine gute Versorgungssituation in der psychiatrischen institutionellen Leistungserbringung. In einzelnen Bereichen und im Rahmen von regionalen Besonderheiten gibt es Engpässe, z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder im Rahmen der zweisprachigen stationären Angebote in Biel, welche allerdings in aktuellen Projekten verstärkt adressiert werden (vgl. neues Angebot am Spitalzentrum Biel betrieben durch das Psychiatriezentrum Münsingen).

### **Hintergrund RPD und interkantonale Zusammenarbeit**

Sowohl die UPD und das PZM als auch die Réseau santé mentale AG (RSM), ehemals Services psychiatriques Jura bernois - Bienne-Seeland (SPJBB), wurden per 1. Januar 2017 verselbstständigt und seither als privatrechtliche Aktiengesellschaften mit öffentlicher Trägerschaft geführt. Die RSM wurde per 1. Januar 2018, also im Folgejahr, in das HJB integriert<sup>8</sup>.

Im Sinne einer interkantonalen Zusammenarbeit soll am Standort Moutier eine interjurassische Psychiatrie aufgebaut werden, welche den HJB-Standort in Bellelay ersetzen soll. Die Zusammenarbeit betrifft dabei das HJB und das Hôpital du Jura (HJU). Die aktuellen Arbeiten befinden sich im politischen Prozess sowie der konzeptionellen Erarbeitung und sind geprägt von der geplanten Abstimmung der Gemeinde Moutier betreffend der Kantonszugehörigkeit.

### **Rehabilitation**

Ein breites Leistungsangebot ist im Kanton Bern ebenfalls in der Rehabilitation vorhanden. Anders als in der Akutsomatik und Psychiatrie gibt es in der Rehabilitation keine räumliche getrennte Planung in Versorgungsregionen. Dies begründet sich auf die Historie, in der die Nähe zum Wohnort vor allem in der stationären Rehabilitation einen geringeren Stellenwert einnahm. Aktuell ist jedoch ein verstärkter Trend zur wohnortsnahen Rehabilitation insbesondere im ambulanten eingeschränkt aber auch im stationären Bereich feststellbar, sowie eine zunehmende Integration mit stationären akutsomatischen Leistungserbringern<sup>9</sup>. Eine kantonale Planung der Rehabilitation findet z.B. mit Hilfe von Spitallisten statt. Es weisen 12 innerkantonale Leistungserbringer einen Leistungsauftrag in der Rehabilitation auf. Spezialisierte Rehabilitationskliniken sind lediglich in den Verwaltungsregionen Biel-Seeland, Berner Jura und Berner Oberland vertreten<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Behandlungen, bei welchen das medizinische Personal zum Patienten kommt. Vor allem in der Psychiatrie vorhanden.

<sup>8</sup> Die weitere Entwicklung der Leistungserbringer und ihrer Versorgungsplanung ist auch abhängig von der immer wieder aufkommenden Diskussion bzgl. eines möglichen Kantonswechsels des Berner Juras. Dies ist in der Planung zu berücksichtigen.

<sup>9</sup> Vgl. dazu zu Beispiel die Reha Clinic Gruppe, mit Angeboten an verschiedenen Akutspitalern (z.B. Spital Limmattal, Kantonsspital Glarus).

<sup>10</sup> Die Berner Klinik Montana liegt geographisch ausserhalb des Kantons Bern, Sitz der Stiftung ist in Bern. Dementsprechend gilt sie als innerkantonale Leistungserbringerin.

Hinzu kommen weitere akutsomatische Leistungserbringer, welche ebenfalls Leistungsangebote im Bereich der Rehabilitation aufweisen (sogenannte Mischbetriebe, nicht dargestellt). Diese übernehmen eine zentrale Rolle in der rehabilitativen Versorgung.

Die ausserkantonalen Leistungsaufträge mit 6 weiteren Leistungserbringern sind vor allem in spezialisierten Leistungsbereichen vorhanden. Insgesamt ist die Versorgung innerhalb des Kantons als gut zu bewerten.

In den nachfolgenden Analysen wird die Rehabilitation aufgrund der weniger umfangreichen Datengrundlage und im Vergleich zu Akutsomatik geringeren Umfang nur noch am Rande betrachtet. Insgesamt ist eine Gewichtung nach Grösse der Bereiche vorgenommen worden

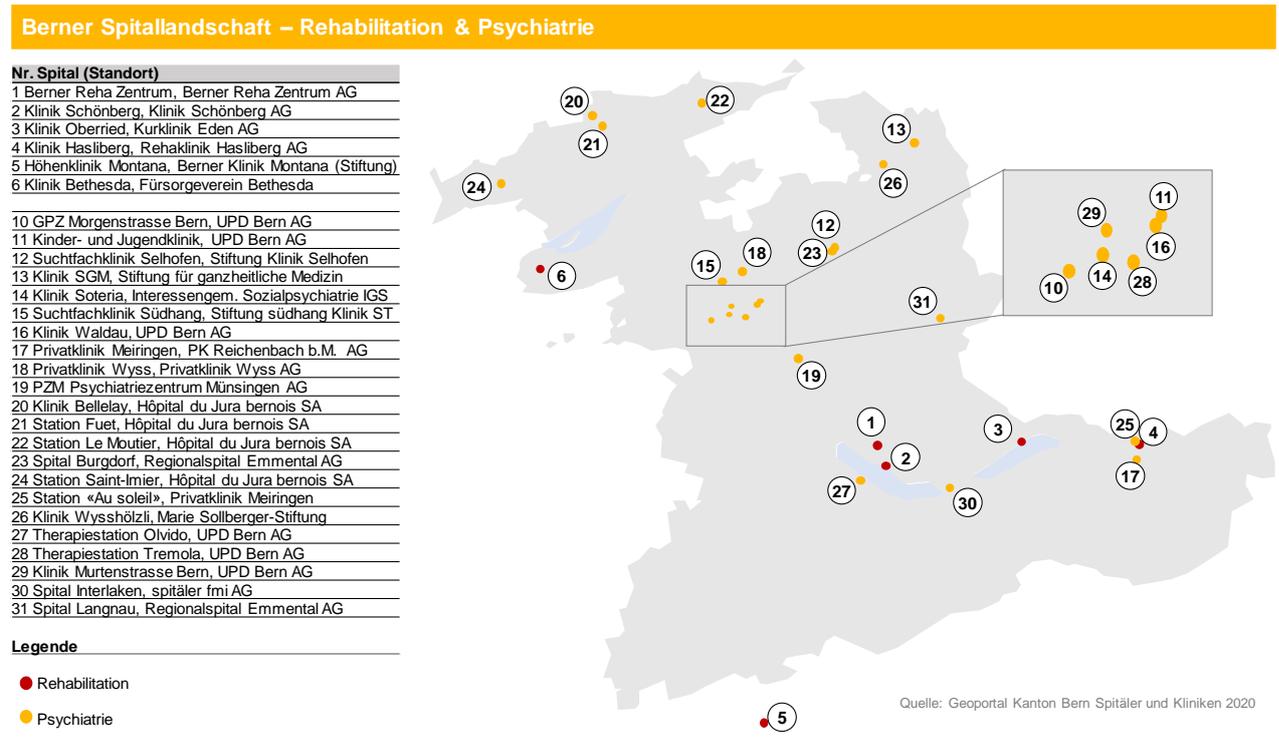


Abbildung 3: Spitallandschaft der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Kanton Bern (die Versorgungsregionen wurden aus Darstellungsgründen nicht eingezeichnet) – akutsomatische Leistungserbringer wurde mit ihrem Rehabilitations- und Psychiatrieangebot nicht mehr dargestellt

### Exkurs: Trägerschaft der Leistungserbringer

Der Kanton Bern unterscheidet grundsätzlich nicht nach Trägerschaft der Spitalgesellschaften, sondern nur zwischen Listenspitälern und solchen, die nicht auf einer Spitalliste sind. Für die Spitäler mit Kantonsbeteiligung gibt es allerdings spezifische Instrumente der Aufsicht und Begleitung gemäss Eigentümerstrategien sowie des Beteiligungscontrollings des Kantons. Trägerschaften spielen in der umfassenden Gesundheitsversorgung historisch eine Rolle. Die Versorgung im Kanton Bern bietet ein ausgeglichenes Leistungsangebot durch Leistungserbringer in öffentlicher und privater Trägerschaft. Von den 53 gemeldeten Listenspitälern waren 25 innerhalb des Kantons (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) in privater Trägerschaft.

Rund 25% der aus dem Kanton Bern stammenden Austritte wurden von Spitälern mit privater Trägerschaft verzeichnet, wobei die Insel Gruppe AG mit ca. 25% der Austritte nicht mitberücksichtigt ist und zu den Spitälern mit Kantonsbeteiligung gezählt wird<sup>11</sup>. Das Hôpital du Jura bernois SA (HJB) ist beispielsweise weiterhin als öffentlich getragenes Akutspital eingetragen<sup>12</sup>, weist allerdings seit 2020 eine private Minderheitsbeteiligung von 35% durch die Swiss Medical Network SA auf<sup>13</sup>. Weitere Minderheitsaktionäre sind vereinzelt bei Spitalgesellschaften vorhanden (bspw. Spitalzentrum Biel).

<sup>11</sup> Bern (2016): Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG)

<sup>12</sup> SpVG Art. 21

<sup>13</sup> Nach Art. 21 SpVG muss die Aktienmehrheit eines Regionalspitals in der Regel in Kantonsbesitz sein (>50%). Ausnahmen für Minderbeteiligungen sind vorhanden.

## 2.2 Aktuelle Nachfragesituation & Entwicklungen

### Bevölkerungsentwicklung im Kanton Bern

Die Analyse der Bevölkerungsdaten und -prognosen gibt klare Indizien über die künftige Entwicklung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Es wird klar, dass die Bevölkerungsentwicklung und die epidemiologische Zusammensetzung die Nachfrage an Gesundheitsleistungen in Zukunft stark steigen lassen wird.

Im Kanton Bern nimmt die Gesamtbevölkerung von 2020 bis 2035 jährlich durchschnittlich um rund 0.6% zu, bzw. um rund 96'000 Personen<sup>14</sup>. Während das jährliche Bevölkerungswachstum bei den unter 65-Jährigen eher gering ausfällt<sup>15</sup>, nimmt die Gruppe der über 65-Jährigen pro Jahr um 2.5% und somit im Zeitraum von 2020 bis 2035 um rund 85'000 Personen zu<sup>16</sup>. Werden die einzelnen Regionen im Kanton Bern betrachtet, so ist dieser Trend allgemein zu beobachten, wobei er in ländlichen Regionen noch etwas stärker ausfällt.

Insgesamt kann gefolgert werden, dass die zunehmende Alterung vor allem multimorbide und chronische Krankheitsbilder verstärkt und die Nachfrage nach geriatrisch-internistischen, sowie neurologischen Behandlungen steigen wird.

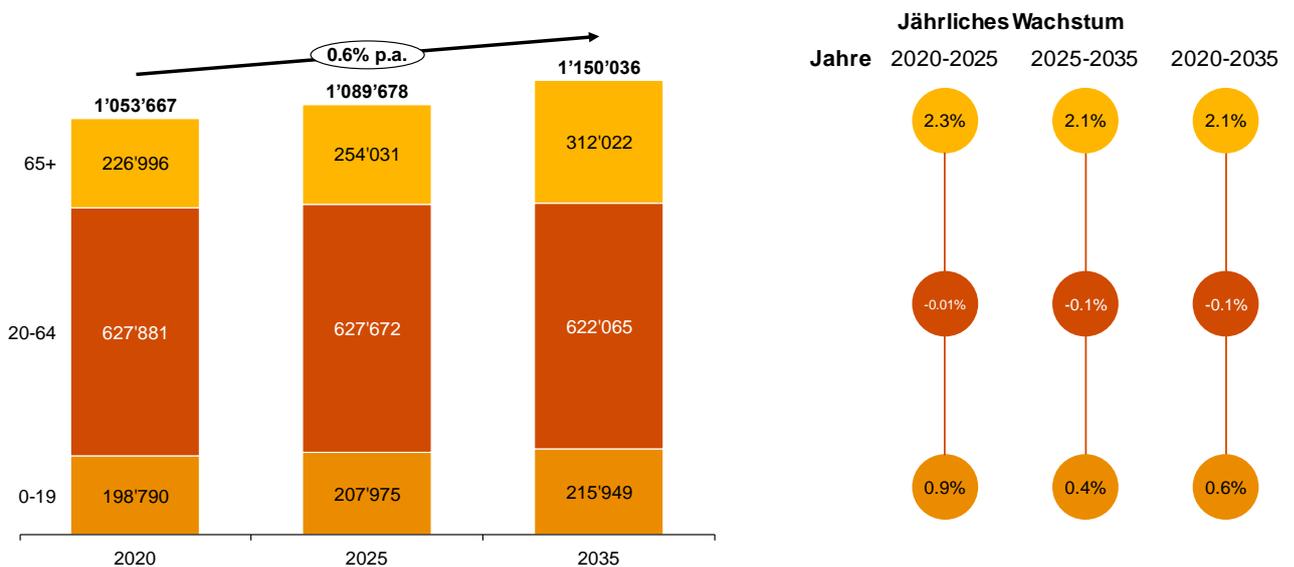


Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen im Kanton Bern, 2020-2035

### Patientenstromanalyse stationärer Spitalaufenthalte (Fälle)

Die Analyse der Patientenströme der stationären Fälle lässt drei zentrale Erkenntnisse zu:

1. Patienten lassen sich zu einem grossen Teil wohnortsnah in ihren Versorgungsregionen behandeln.
2. Bei elektiven Behandlungen ist die Mobilität höher und der Sog aus dem Zentrum stärker.
3. In der Analyse sind sämtliche Fälle (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) dargestellt. Bei einer Fokussierung auf die Akutsomatik verstärken sich diese Effekte zusätzlich.

Trotz freier Spitalwahl in der ganzen Schweiz lassen sich die meisten Patienten innerkantonal behandeln, wobei sich durchschnittlich 60% der Patienten für eine Behandlung in der Versorgungsregion entscheiden, in der ihr Wohnsitz liegt. Lediglich im Berner Jura beträgt der innerregionale Anteil nur rund 49%. Rund 34% der Fälle aus dem Berner Jura suchen einen Leistungserbringer in der Versorgungsregion Biel-Seeland auf, was vor allem durch die geographischen Bedingungen und die kürzeren Wege zu Leistungserbringern in Biel-Seeland erklärt werden kann<sup>17</sup>. Zudem deckt der Rettungsdienst Biel Regionen aus der Versorgungsregion Berner

<sup>14</sup> Gesamtwachstum von 9.1%

<sup>15</sup> 0-19-Jährige: 0.6%; 24-64-Jährige: -0.1% jährlich

<sup>16</sup> BfS: Bevölkerungsprognose

<sup>17</sup> Dies lässt sich vor allem durch die grosse Nähe der Grenze der Versorgungsregion zum Spitalzentrum Biel in der Versorgungsregion Biel-Seeland erklären.

Jura ab, welche die Anfahrten an das Spitalzentrum Biel begründen – von den 34 Prozentpunkten gehen ca. 9 Prozentpunkte auf solche Patienten zurück<sup>18</sup>.

Werden die stationären Austritte mit Eintrittsart Notfall betrachtet, wird eine noch deutlichere Verteilung der Versorgung innerhalb der Versorgungsregionen ersichtlich. Über 62% der Bevölkerung lässt sich im Notfall innerhalb der «eigenen» Versorgungsregion versorgen. In der Versorgungsregion Bern sind es gar über 90% der Patienten. Wiederum zeigt sich in der Notfallbehandlung, dass sich rund 30% der Bevölkerung aus dem Berner Jura in der Region Biel-Seeland behandeln lässt.

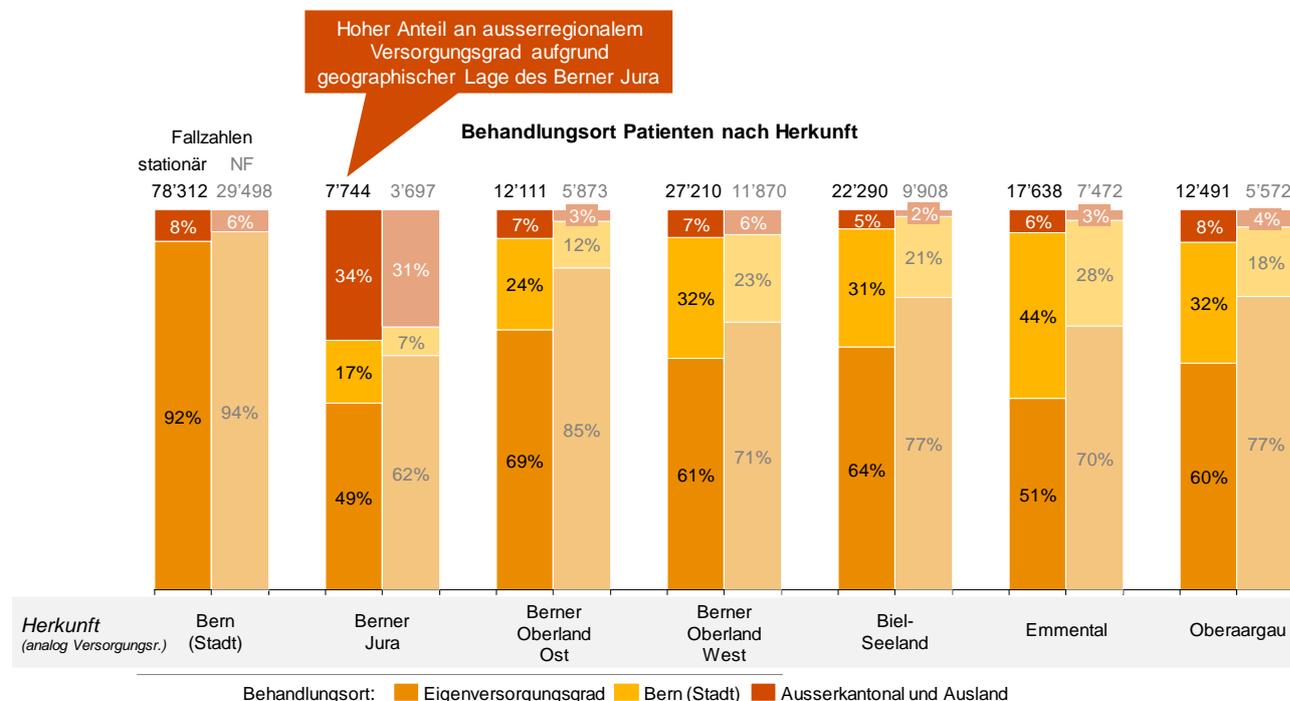


Abbildung 5: Patientenstromanalyse der stationären Fälle (links) und Notfälle (rechts)

### Patientenstromanalyse ambulanter Konsultationen

Die Analyse der Patientenströme der spital-ambulant Konsultationen unterstützen drei weitere Erkenntnisse:

1. Patienten lassen sich zu einem grossen Teil wohnortsnah in Ihren Versorgungsregionen behandeln
2. Bei psychiatrischen Behandlungen nehmen Patienten einen längeren Anfahrtsweg in Kauf, möglicherweise aufgrund der Stigmatisierung oder einer mangelnden wohnortsnahen Verfügbarkeit
3. In der Analyse sind sämtliche spitalgebundenen TARMED Fälle dargestellt.

Aus den Patientenströmen ist ersichtlich, dass mit rund 487'000 von insgesamt rund 1'090'000 Konsultationen die meisten Patienten aus der Versorgungsregion Bern stammen. Der Eigenversorgungsgrad ist, wie in Abbildung 6 ersichtlich, mit 95% sehr hoch. Diese Tendenz der hohen Eigenversorgungsgrade und die Bedeutung der wohnortnahen Versorgung, lässt sich auch bei den weiteren sechs Versorgungsregionen erkennen, lediglich nicht im selben Ausmass (zwischen 56% und 72% der spital-ambulant Konsultationen finden innerhalb der eigenen Versorgungsregion statt).

<sup>18</sup> Annäherung auf Basis der Patientenströme in MedStat Regionen. Es liegt eine gewisse Ungenauigkeit aufgrund der Zuteilung der Gemeinden zu den MedStat Regionen vor, welche allerdings zu vernachlässigen ist.

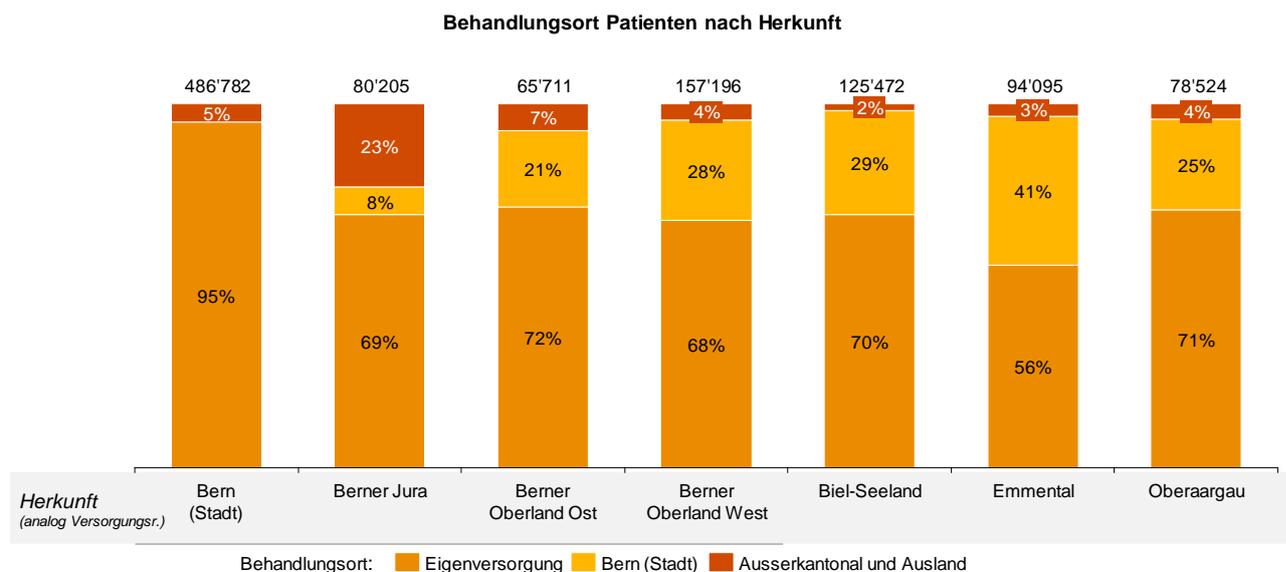


Abbildung 6: Patientenstromanalyse der ambulanten Konsultationen

## 2.3 Finanzielle Ausgangslage der Berner Akutspitäler und Psychiatrien

Im Bericht werden alle akutsomatischen Spitäler mit Kantonsbeteiligung im Detail analysiert und wo möglich mit privaten Trägerschaften verglichen. Zu diesen analysierten Spitälern zählt aufgrund der Minderheitsbeteiligung des Kantons und dem öffentlichen Charakter auch die Insel Gruppe. Analog den akutsomatischen Spitälern wurden bei den Psychiatrien die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG sowie die Psychiatriezentrum Münsingen AG (PZM) in die Analysen miteinbezogen. Auf die Rehabilitation wird nicht gesondert eingegangen.

Insgesamt werden ausschliesslich historische Daten verwendet. Auf deren Basis wird im weiteren Verlauf in Kapitel 4.2 eine statistische Simulation durchgeführt.

### Datenverfügbarkeit bei privaten Einrichtungen

Die Daten von privaten Berner Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken sind nur sehr beschränkt öffentlich verfügbar. Nur einzelne Einrichtungen veröffentlichen Geschäfts- oder Revisionsberichte inkl. den Jahresrechnungen. Die Meisten publizieren keine oder nur unvollständige Finanzkennzahlen.

Der Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB) umfasst sechs Akutspitäler, drei Psychiatrische Kliniken und drei Rehabilitationskliniken und veröffentlicht in seinem Jahresbericht jeweils ausgewählte Finanz- und Leistungskennzahlen seiner Leistungserbringer.

Mit der Lindenhofgruppe AG (LHG) und der Hirslanden Bern AG (HLB) werden aufgrund der zentralen Rolle als Zentrumsspitäler sowie aufgrund der guten Datenverfügbarkeit zwei private Akutspitäler mit öffentlich verfügbaren Daten in die Analyse miteinbezogen.

### Betrachtung der Profitabilität

Grundsätzlich kann die finanzielle Ausgangslage der akutsomatischen Spitäler mit Kantonsbeteiligung als solid bezeichnet werden. Einige dieser Spitäler weisen jedoch Investitionsbedarf bei ihrer Infrastruktur auf. Entsprechende Bauprojekte sind geplant, in der Umsetzung begriffen oder in Einzelfällen bereits abgeschlossen. Neben Investitionen in die bauliche und medizintechnische Infrastruktur werden zunehmend auch höhere Investitionssummen in digitale Anlagen wie neue Informationssysteme, Patienten- und Zuweiserplattformen oder sonstige digitale Infrastruktur notwendig. Dies wird sich auf die finanzielle Situation dieser Spitäler auswirken.

Zur Beurteilung der finanziellen Tragbarkeit solcher Investitionsvorhaben wird neben weiteren Finanzkennzahlen regelmässig der Betriebsgewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Mieten, kurz EBITDAR, als

zentrale Kennzahl herangezogen.<sup>19</sup> Im Vergleich zu einem Spital mit weitgehend abgeschriebener Infrastruktur führen Investitionen in der Regel zu künftig höheren Abschreibungen und Zinsen. Wenn es nicht gelingt, den EBITDAR mit der neuen Infrastruktur zu erhöhen, reduzieren sich künftig Betriebs- (EBIT) und Reingewinn, bis letztlich ein Verlust resultiert, der das Eigenkapital schmälert.

### Ziel EBITDAR-Marge von 10.0% in der Akutsomatik

Der EBITDAR eines Spitals muss langfristig höher sein als die jährlichen Abschreibungen (und falls relevant Mieten), Zinsen und allfälligen Steuern. Gelingt dies, resultiert im Mittel ein ausgeglichenes oder positives Jahresergebnis. Die Ziel-EBITDAR-Marge wurde daher als Funktion der Kapitalkosten (Zinsen auf Eigen- und Fremdkapital), der durchschnittlichen Anlagenutzungsdauer, des mittleren Kapitalumschlags, der Mieten und Steuern hergeleitet. Der Zielwert von 10.0% ist das Resultat mehrerer PwC Studien<sup>20</sup>. In der Schweizer Spitallandschaft hat sich die EBITDAR-Zielmarge von 10.0% vielerorts durchgesetzt. Kleinere und weniger hoch installierte Spitäler kommen vermutlich ebenfalls mit einem Wert von 8.0% - 10.0% aus<sup>21</sup>.

Vor dem Hintergrund der erwähnten Investitionsvorhaben wird das Erreichen des EBITDAR-Margenzielwertes von 10.0% (für kleinere, weniger installierte Spitäler 8.0% - 10.0%) in Zukunft noch wichtiger, um die aktuell solide Eigenkapitalbasis und den resultierenden Risikopuffer bestehen zu lassen. Investitionen in Neu- oder Umbauten sowie besonders auch in IT-Infrastruktur haben meistens Prozessoptimierungen und die Hebung von Synergien zum Ziel, welche die EBITDAR-Marge verbessern. Entsprechend wichtig sind das Erreichen dieser Ziele und das regelmässige Nachprüfen nach der erfolgten Investition. Gelingt dies nicht, führen die höheren Abschreibungen im ungünstigsten Fall zu wiederkehrenden Verlusten und damit einem strukturellen Defizit. Dies wiederum lässt das Eigenkapital über die Zeit stetig schrumpfen, der Risikopuffer nimmt ab und die Fähigkeit Risiken eigenständig abzuwehren sinkt. Für die Trägerschaft erhöhen sich dadurch die finanziellen Risiken der Beteiligung. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht können in einer solchen Situation Investitionen zunehmend nur noch mit zusätzlichen Beiträgen oder Garantien der Eigner finanziert werden. Die Buchwerte in der Bilanz der Trägerschaft müssten bei anhaltend ungenügenden Ergebnissen zudem auf ihre Werthaltigkeit geprüft (sog. «Impairment-Test») und nötigenfalls abgeschrieben werden.

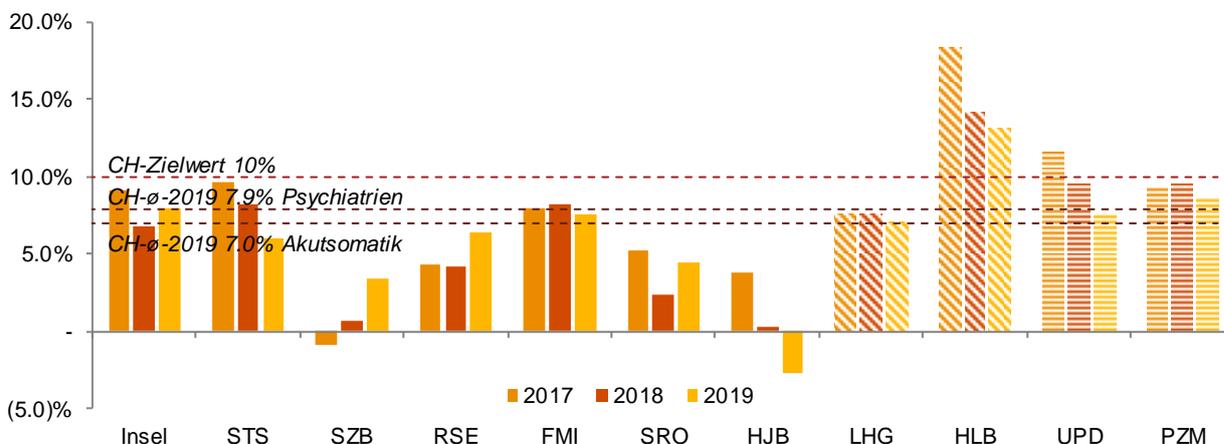


Abbildung 7: EBITDAR-Margen 2017-2019<sup>22</sup>

Abbildung 7 zeigt, dass über die Betrachtungsperiode von 2017 bis 2019 kein Spital mit Kantonsbeteiligung die Ziel-EBITDAR-Marge von 10.0% erreicht oder übertroffen hat. Mit Werten zwischen 5.9% und 9.6% weisen die Spital STS AG (STS), die Spitäler FMI AG (FMI) sowie die Insel Gruppe AG (Insel) die höchsten EBITDAR-Margen auf und konnten den gemäss Aufsichts-konzept Beteiligungscontrolling definierten EBITDA-Zielwert<sup>23</sup>

<sup>19</sup> Bei einem Spital ohne Mietobjekte sind EBITDAR und EBITDA identisch.

<sup>20</sup> Vgl. PwC (2013): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012

<sup>21</sup> Vgl. PwC (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016

<sup>22</sup> Da die Insel-Gruppe eine spezielle gesetzliche Stellung als Universitätsspital einnimmt und durch den Kanton beherrscht wird (der Verwaltungsrat der Inselspital-Stiftung wird durch den Verwaltungsrat gewählt), haben wir die Insel Gruppe hier mitberücksichtigt.

<sup>23</sup> Grundsätzlich verwendet PwC im Gesundheitswesen EBITDAR als operative Profitabilitätskennzahl. Das kantonale Beteiligungscontrolling beinhaltet jedoch keinen Richtwert für die EBITDAR-Marge, weshalb stellvertretend der EBITDA-Richtwert aufgezeigt wird.

von 8.0% teilweise erreichen. Die gleichen drei Spitalunternehmen weisen über die letzten drei Jahre konstant positive Reingewinn-Margen aus.

Die Regionalspital Emmental AG (RSE) sowie die Spitalregion Oberaargau (SRO) verfehlten mit den erwirtschafteten EBITDAR-Margen zwischen 2.3% und 6.5% den Zielwert von 10.0% deutlich. Auch der im Aufsichtskonzept Beteiligungscontrolling definierte untere Schwellenwert von 5.0% konnte nur in jeweils einem Jahr erreicht werden. Während das RSE in den Jahren 2017 und 2019 positive Reingewinn-Margen ausgewiesen hat, waren diese mit -2.6%, -5.9% und -3.9% beim SRO stets negativ. Die Verluste der SRO entstehen durch sehr hohe Abschreibungen aufgrund von kürzlich getätigten grossen Infrastrukturinvestitionen (Erhalt und Neubau).

Sowohl das Spitalzentrum Biel (SZB) als auch das Hôpital du Jura Bernois (HJB) haben in den letzten drei Jahren jeweils in einem Jahr ein negatives Ergebnis auf Stufe EBITDAR erwirtschaftet. Während das HJB im Jahr 2017 auf Stufe Reingewinn noch positiv war, hat das SZB in sämtlichen Jahren negativ abgeschlossen.

Im Vergleich zur durchschnittlichen EBITDAR-Marge<sup>24</sup> der Schweizer Spitäler aus dem Jahr 2019 schneiden die Spitäler mit Kantonsbeteiligung grösstenteils schwächer ab. Einzig die STS, FMI sowie die Insel konnten den Durchschnittswert von 7.0% teilweise erreichen. Auch bei der Reingewinn-Marge zeigt sich ein ähnliches Bild. Während die STS den Schweizer Durchschnittswert (2019) von 1.1% in allen drei Jahren übertraf, war dies bei der Insel und der FMI in jeweils zwei Jahren und beim HJB lediglich im Jahr 2017 der Fall.

Die tiefe Profitabilität bzw. die bereits jetzt teilweise negativen Jahresergebnisse stellen langfristig eine Herausforderung für die finanzielle Gesundheit und damit Eigenständigkeit der Spitäler dar. Insbesondere vor dem Hintergrund der zukünftigen Investitionsvorhaben muss die Profitabilität deutlich verbessert werden. Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung gibt es für die Spitäler keine kantonalen Mittel zu vergünstigten Konditionen mehr für die Finanzierung von Infrastruktur oder Investitionszuschüsse. Folglich müssen sich die Spitäler selbst über erarbeitete und einbehaltene Gewinne oder alternativ über Fremdkapital finanzieren können, wobei Fremdkapitalzinsen die Jahresergebnisse weiter belasten. Aufgrund der aktuellen Ausgangslage sind negative Jahresergebnisse in Zukunft jedoch (weiterhin) bei einigen Spitälern wahrscheinlich.

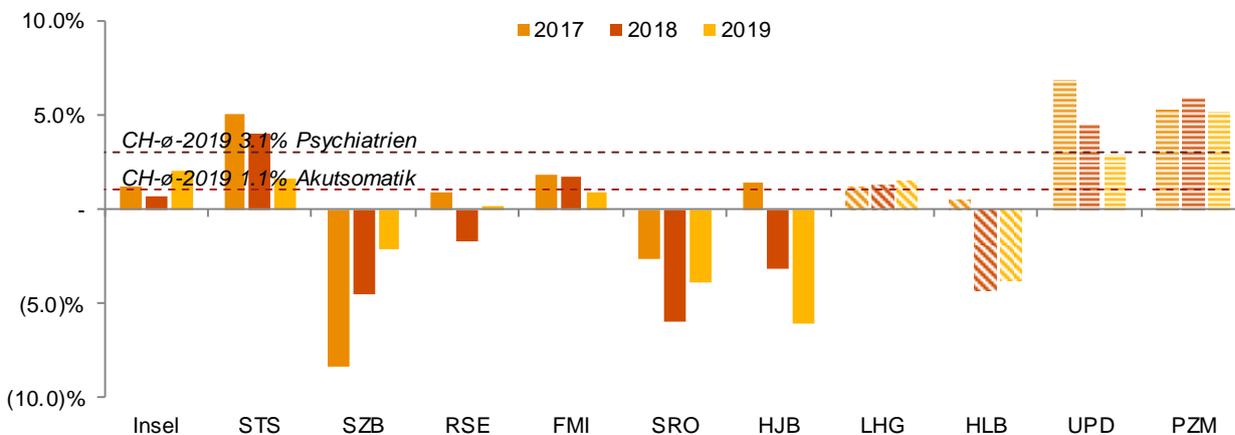


Abbildung 8: Reingewinn-Margen 2017-2019

Die beiden privaten Spitäler weisen im Vergleich zu den Spitälern mit Kantonsbeteiligung hohe EBITDAR-Margen aus. Besonders die HLB konnte über die letzten drei Jahre Margen zwischen 18.3% und 13.2% ausweisen und liegt daher deutlich über dem Schweizer Durchschnitt von 7.0%. Die EBITDAR-Margen der LHG sind deutlich tiefer (zwischen 7.0% und 7.6%), befinden sich jedoch auch oberhalb bzw. im Bereich des Schweizer Durchschnitts. Anzumerken ist, dass bei den privaten Spitälern der Anteil zusatzversicherter Patienten deutlich höher ist als bei den Spitälern mit Kantonsbeteiligung, was höhere durchschnittliche Umsätze pro Patienten ermöglicht<sup>25</sup>. Ferner führt die unterschiedliche Ertragsdarstellung bei Belegarztspitälern tendenziell zu höheren EBITDAR-Margen. In Bezug auf die Reingewinn-Marge sehen die Ergebnisse anders aus.

<sup>24</sup> Als Schweizer Durchschnitt wird der Medianwert von 46 Schweizer Spitälern mit öffentlich verfügbaren Daten für das Jahr 2019 verwendet.

<sup>25</sup> Kennzahlen Schweizer Spitäler (2018) – Annäherung über Kennzahl Anteil Patienten halbprivat oder privat (%), stationär).

Während die LHG Reingewinn-Margen zwischen 1.2% und 1.5% aufweist und somit oberhalb des Durchschnittswertes von 1.1% liegt, war die Reingewinn-Marge der HLB im Jahr 2017 tiefer als der Schweizer Durchschnitt und in den letzten zwei Jahren sogar deutlich negativ. Dies ist erklärbar durch die Mietaufwände der HLB von rund 14.0% des Umsatzes, welche gruppeninternen verrechnet werden.

Die finanzielle Ausgangslage der UPD und des PZM präsentiert sich aus Profitabilitätssicht sehr stabil. Sowohl die UPD als auch das PZM konnten in den letzten drei Jahren relativ hohe EBITDAR- und Reingewinn-Margen erwirtschaften. Das PZM hat EBITDAR- resp. Reingewinn-Margen zwischen 8.6% und 9.3% resp. 5.2% und 5.9% erreicht und lag somit stets oberhalb des Schweizer Durchschnitts<sup>26</sup> (7.9% resp. 3.1%). Die Werte der UPD lagen in den Jahren 2017 bis 2019 bei 11.6%, 9.5% und 7.5% resp. 6.8%, 4.6% und 2.9% und somit lediglich im Jahr 2019 unterhalb des Schweizer Durchschnitts.

### **Betrachtung der Kapitalstruktur**

Zur weiteren Beurteilung der finanziellen Verfassung der Spitäler mit Kantonsbeteiligung wurden neben den Profitabilitätskennzahlen auch die Bilanzkennzahlen analysiert. Diese umfassen die Eigenkapitalquote, welche als Verhältnis zwischen Eigen- und Gesamtkapital (Bilanzsumme) definiert ist und den Verschuldungsgrad. Der Verschuldungsgrad entspricht dem Verhältnis des verzinslichen Fremdkapitals zum Eigenkapital. Die beiden Kennzahlen dienen zur Analyse der Finanzierungsstruktur und ermöglichen das frühzeitige Erkennen einer drohenden Überschuldung<sup>27</sup>. Bei der Berechnung sind Finanzkennzahlen nach anerkannten Rechnungslegungsstandards (z.B. Swiss GAAP FER bei den Spitälern mit Kantonsbeteiligung) zu verwenden, um einen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Einblick in die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage zu ermöglichen. In der Praxis wird dafür der Begriff «true and fair view» verwendet.

In Bezug auf die Eigenkapitalquote erreichten alle Spitäler mit Kantonsbeteiligung den vom kantonalen Beteiligungscontrolling im Aufsichtskonzept Beteiligungscontrolling definierten Minimalwert von 30.0%. Mit Ausnahme des RSE haben sogar alle Spitäler den Zielwert von 50.0% deutlich übertroffen. Die vergleichsweise tiefere Eigenkapitalquote des RSE ist primär auf die 2014 emittierte Anleihe in Höhe von CHF 75.0 Mio. zurückzuführen, welche noch bis 2023 läuft. Ferner unterscheidet sich die Ausgangslage der RSE AG durch die geänderten Rechtsgrundlagen, wodurch der Neubau nicht durch den Spitalinvestitionsfonds des Kantons finanziert wurde. Bei den anderen RSZ ist anzumerken, dass dieses Eigenkapital nicht durch gute Jahresergebnisse selbst erarbeitet worden ist, sondern auf die Aufwertung der per Verselbstständigung mit einem Buchwert von Null übertragenen Immobilien bei Einführung der neuen Spitalfinanzierung zurückzuführen ist.

Allgemein können bei den Spitälern mit Kantonsbeteiligung über die Jahre sinkende Eigenkapitalquoten beobachtet werden. Sowohl beim SZB als auch beim SRO und beim HJB wird diese Entwicklung in den letzten drei Jahren deutlich. Aufgrund herausfordernder Trends wie dem generellen Kostendruck, sinkenden Tarifen und dem zunehmenden Fachkräftemangel wird dieser Effekt aus Sicht PwC in Zukunft noch zunehmen, wenn weitere Infrastrukturprojekte oder Investitionen beispielsweise in die Digitalisierung finanziert werden müssen, besonders wenn die erwartete Profitabilitätssteigerung ausbleibt oder nur teilweise erreicht werden kann. Alternativ könnten in Zukunft Investitionen gebündelt werden – z.B. könnten Investitionen in Digitalisierung zwischen mehreren Spitälern koordiniert werden, um Deckungsbeiträge zu Erhöhen und Investitionskosten zu verteilen.

Zudem ist anzumerken, dass in den Abschlüssen nach Obligationenrecht (OR) die Eigenkapitalquoten deutlich tiefer sind als bei den Abschlüssen nach Swiss GAAP FER. Da Abschlüsse nach OR jedoch keine «true and fair view» Betrachtung wiedergeben, sondern stille Reserven enthalten können und die finanzielle Situation zu negativ erscheinen kann, hat diese Betrachtung mit Vorsicht zu erfolgen.

Im Schweizer Vergleich schneiden die Spitäler mit Kantonsbeteiligung in Bezug auf die Eigenkapitalquote sehr gut ab. Mit Ausnahme des RSE konnten alle Spitäler den Durchschnittswert von 47.6% deutlich übertreffen.

<sup>26</sup> Als Schweizer Durchschnitt wird der Medianwert von 9 Schweizer Psychiatrien mit öffentlich verfügbaren Daten für das Jahr 2019 verwendet.

<sup>27</sup> Beim Verbrauch des Eigenkapitals handelt es sich um einen indirekten Verzehr öffentlicher Mittel über die Kantonsbeteiligung.

Die sehr hohen Eigenkapitalquoten sind auf die mit der Einführung von Swiss GAAP FER verbundene Aktivierung der Sachanlagen (Immobilien), die hauptsächlich damit verbundene Auflösung von stillen Reserven bzw. Aufwertung von Sachanlagen und deren Zuweisung zu den Gewinnreserven, zurückzuführen.

Die Eigenkapitalquoten der privaten Spitäler sind deutlich tiefer als diejenigen der Spitäler mit Kantonsbeteiligung und betragen bei der LHG zwischen 27.3% und 30.0% und bei der HLB zwischen 16.4% und 23.9%. Bezüglich der Eigenkapitalquote der HLB gilt es anzumerken, dass die Rangrücktrittsvereinbarungen in den Analysen zum Eigenkapital addiert wurden. Ohne diese Anpassung war das Eigenkapital der HLB in den letzten zwei Jahren negativ. Gegebenenfalls können auch Mietmodelle für die betriebenen Immobilien Einfluss auf die Eigenkapitalstruktur der Gesellschaften haben.

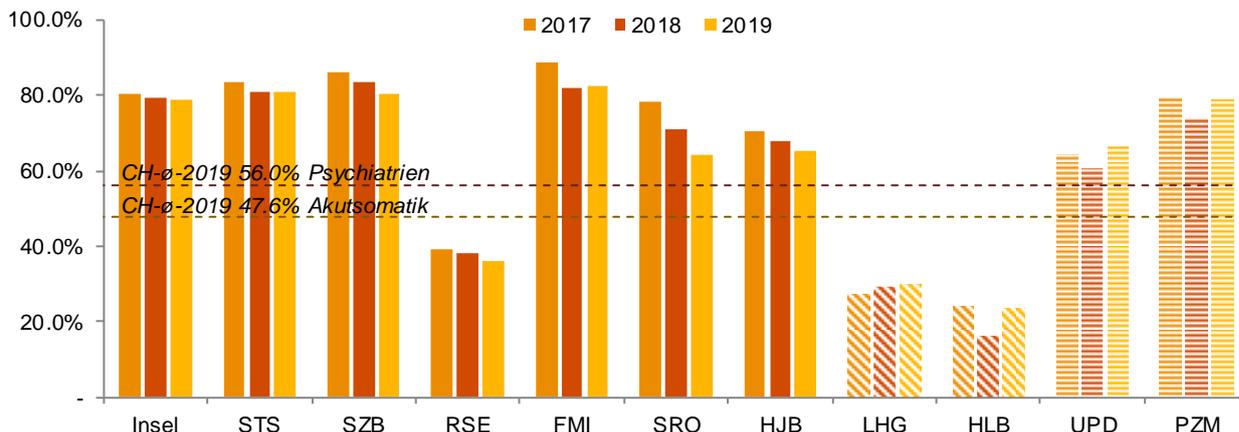


Abbildung 9: Eigenkapitalquoten 2017-2019

Wie bei der Eigenkapitalquote schneiden die Spitäler mit Kantonsbeteiligung auch beim Verschuldungsgrad mehrheitlich sehr gut ab. Im Schweizer Vergleich liegt einzig das RSE über dem Durchschnittswert von 65.6%.

Der Verschuldungsgrad der LHG beträgt zwischen 87.4% und 109.8% und liegt oberhalb des Schweizer Durchschnitts. Bei der Berechnung des Verschuldungsgrads der HLB wurden keine Verpflichtungen gegenüber dem Konzern einbezogen, weshalb der Verschuldungsgrad sehr tief ausfällt. Dies wird damit begründet, dass sowohl Forderungen als auch Verpflichtungen gegenüber dem Konzern bestehen, welche jedoch im Jahresbericht nicht genauer erläutert werden, weshalb keine aussagekräftige Bestimmung des Verschuldungsgrads möglich ist.

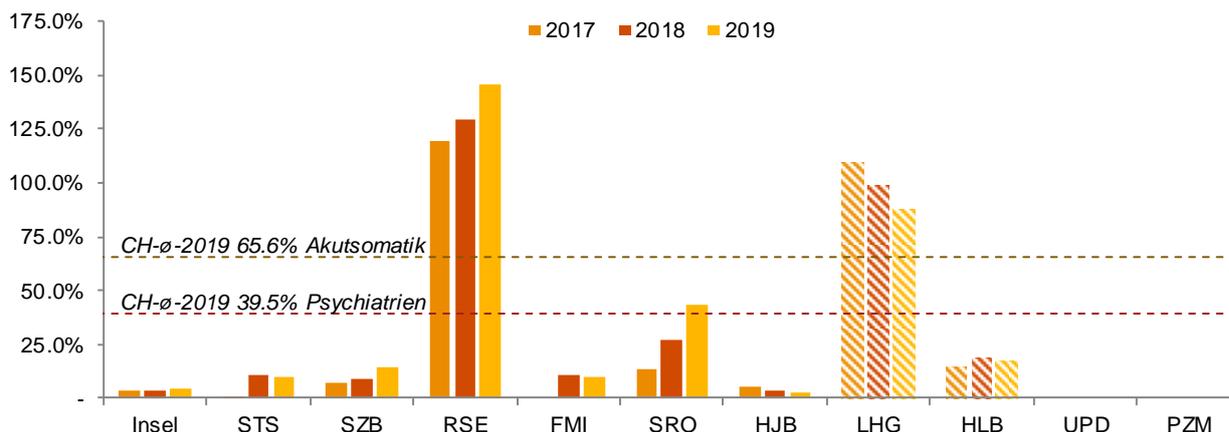


Abbildung 10: Verschuldungsgrad 2017-2019

Die meisten Spitäler mit Kantonsbeteiligung sind aktuell hauptsächlich mittels Eigenkapital finanziert. Die Verschuldungsgrade lagen über die letzten drei Jahre zwischen 0.0% und 14.0%. Einzig das RSE und das SRO haben ihre Investitionen teilweise durch langfristige Finanzverbindlichkeiten finanziert. Das RSE hat eine Anleiheobligation ausgegeben sowie Hypotheken, Darlehen und Investitionskredite aufgenommen. Letztere

wurden über die vergangenen zwei Jahre zusätzlich aufgenommen, was zu einem Anstieg des Verschuldungsgrades geführt hat. Er lag über die letzten drei Jahre zwischen 119.5% und 145.6%. Bei der Fremdfinanzierung des SRO handelt es sich um ein Darlehen. Der Verschuldungsgrad lag während den letzten drei Jahren zwischen 13.3% und 43.2%.

Aufgrund der Beteiligungsverhältnisse der Spitäler mit Kantonsbeteiligung sind hohe Eigenkapitalquoten bzw. tiefe Verschuldungsgrade als positiv zu werten. Die Ausgangslage unterscheidet sich gegenüber privaten Unternehmen, bei welchen klare Eigenkapital-Renditevorstellungen bestehen und das Fremdkapital aufgrund der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Zinsen vorteilhaft sein kann, deutlich. Aus Sicht PwC ist die Aufnahme von verzinslichem Fremdkapital aus rein kapitalstrukturbedingten Überlegungen (Erhöhung bzw. Maximierung der Eigenkapitalrendite) bei den Spitälern mit Kantonsbeteiligung nicht empfehlenswert. Eine solche belastet das Finanzergebnis durch liquiditätswirksame Zinszahlungen und reduziert die Liquidität. Dividenden an den Kanton führen zum gleichen Ergebnis, diese fliessen jedoch an den Kanton als Eigener. Daher ist eine Erhöhung des Fremdkapitalanteils bzw. des Verschuldungsgrads nach Meinung von PwC nur dann anzustreben, wenn Erneuerungs- oder Umbauprojekte dies erfordern und die finanzielle Tragbarkeit langfristig gegeben ist.

Die beiden untersuchten Psychiatrien mit Kantonsbeteiligung stehen aus Finanzierungssicht gut da. Beide Institutionen haben keine nennenswerten Finanzverbindlichkeiten und weisen über die letzten drei Jahre einen Verschuldungsgrad von 0.0% aus. Der Schweizer Durchschnitt im Jahr 2019 beträgt 39.5%. Der vergleichsweise sehr tiefe Verschuldungsgrad widerspiegelt sich in einer hohen Eigenkapitalquote der Psychiatrien. Die Eigenkapitalquote der UPD betrug während den letzten drei Jahren zwischen 60.4% und 66.3%, diejenige des PZM zwischen 73.9% und 79.5%, während der Schweizer Durchschnitt im Jahr 2019 bei 56.0% lag.

### Betrachtung der Liquidität

Als abschliessendes Teilgebiet zur Beurteilung der finanziellen Ausgangslage wurde die Liquidität der Spitäler mittels den Kennzahlen Liquiditätsgrad 1 bis 3 analysiert.

Beim Liquiditätsgrad 1 werden die flüssigen Mittel ins Verhältnis zum kurzfristigen Fremdkapital gesetzt. Ein Wert von 100% bedeutet, dass die bilanzierten Verbindlichkeiten, die in den nächsten zwölf Monaten fällig werden, durch die vorhandenen flüssigen Mittel gedeckt sind. Entsprechend könnten diese Verbindlichkeiten auch bei einem Zahlungsverzug der ausstehenden Forderungen beglichen werden, ohne dass weitere Massnahmen zu ergreifen wären. Während aus einer reinen Risikosicht ein möglichst hoher Wert für diese Kennzahl erstrebenswert erscheint, ist die Bereitstellung der dafür benötigten finanziellen Mittel auch mit Kosten verbunden (einerseits explizite Kosten wie aktuell mögliche Negativzinsen als auch Opportunitätskosten). In der Praxis gilt, dass der Liquiditätsgrad 1 stets höher als 25% sein sollte. Für das Spitalwesen mit seinen hohen monatlichen Personalkosten erachtet PwC diesen Wert als eher tief. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Liquiditätsgrad 1 für die Berner Spitäler.

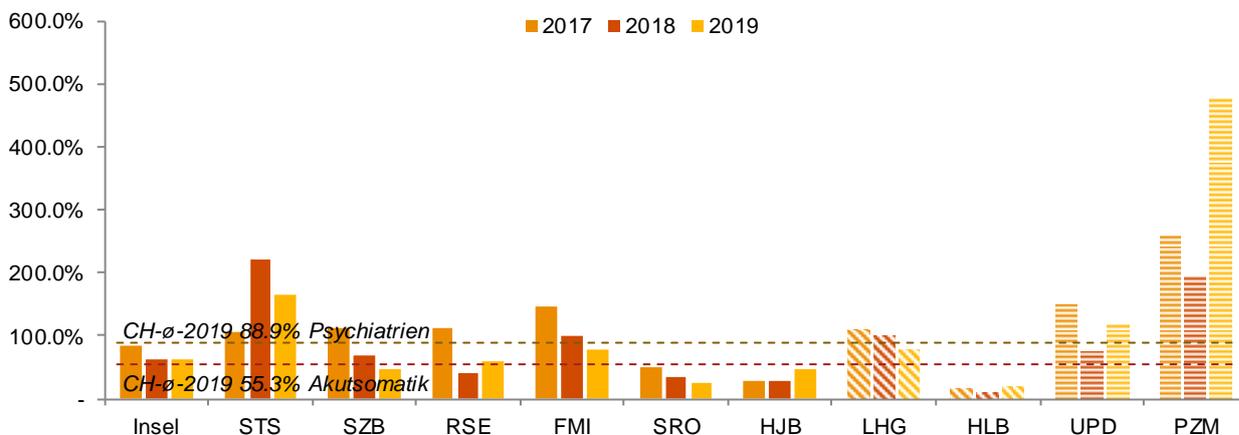


Abbildung 11: Liquiditätsgrad 1, 2017-2019

Bei der Betrachtung des Liquiditätsgrad 1 erscheinen die Berner Akutspitäler insgesamt relativ nahe am schweizweiten Durchschnitt zu liegen. Auffällig sind die tiefen Werte der HLB, welche durch die Holdingstruktur

der Muttergesellschaft des HLB begründet liegen können. Da die Hirslanden Gruppe mehrere Tochtergesellschaften in unterschiedlichen Regionen betreibt, hat sie die Möglichkeit, übergeordnet die flüssigen Mittel zu optimieren und muss entsprechend weniger Liquidität in den einzelnen Tochtergesellschaften halten. Bei zahlreichen weiteren Spitälern (z.B. STS, FMI oder RSE) ist ein negativer Trend ersichtlich, welcher durch die Bauvorhaben sowie die unzureichenden finanziellen Ergebnisse der jeweiligen Häuser begründet werden kann: die Liquiditätsbestände dieser Spitälern waren 2017 überdurchschnittlich hoch, weil sie kurz vor einem Bauprojekt standen und entsprechend vermutlich Liquiditätsreserven aufgebaut haben. Aus demselben Grund dürfte die vergleichsweise hohe Liquidität beim PZM zu beobachten sein<sup>28</sup>. Hier führte allerdings auch eine Rückzahlung von kurzfristigen Verbindlichkeiten gegenüber dem Kanton zu einem starken Anstieg im Jahr 2019<sup>29</sup>. Insgesamt verfügt die Mehrheit der untersuchten Spitälern sowohl im Kanton Bern als auch der gesamten Schweiz über ein solides Liquiditätspolster.

Im Vergleich zum Liquiditätsgrad 1 setzt der Liquiditätsgrad 2 das Umlaufvermögen (exkl. Vorräte) ins Verhältnis zum kurzfristigen Fremdkapital. Ein wichtiger Bestandteil bei der Anwendung dieser Kennzahl ist daher die Prüfung der Werthaltigkeit der ausstehenden Forderungen eines Unternehmens, welche zusätzlich zur Liquidität addiert werden. Da im Spitalbetrieb ein Grossteil der Forderungen gegenüber Parteien mit einer hohen Kreditwürdigkeit besteht (Kantone und Versicherungen), ist die Werthaltigkeit der Debitoren üblicherweise hoch. Aus einer Risikosicht sollte eine Untergrenze von 100% bei dieser Kennzahl dennoch nicht unterschritten werden. Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, ist dies für alle Berner Institute mit Ausnahme des HLB erfüllt. Beim HLB sei wiederum auf die spezielle Konstellation als Teil einer grösseren Gruppe verwiesen. Hier müsste eine Liquiditätsanalyse sinnvollerweise aus Sicht der Gesamtgruppe vorgenommen werden. Tendenziell erscheinen die Berner Spitälern auf einem Niveau leicht unter dem Schweizer Durchschnitt, was auf ein leicht geringeres Liquiditätspolster (im Sinn der Definition bestehend aus Liquidität und Forderungen) hindeutet.

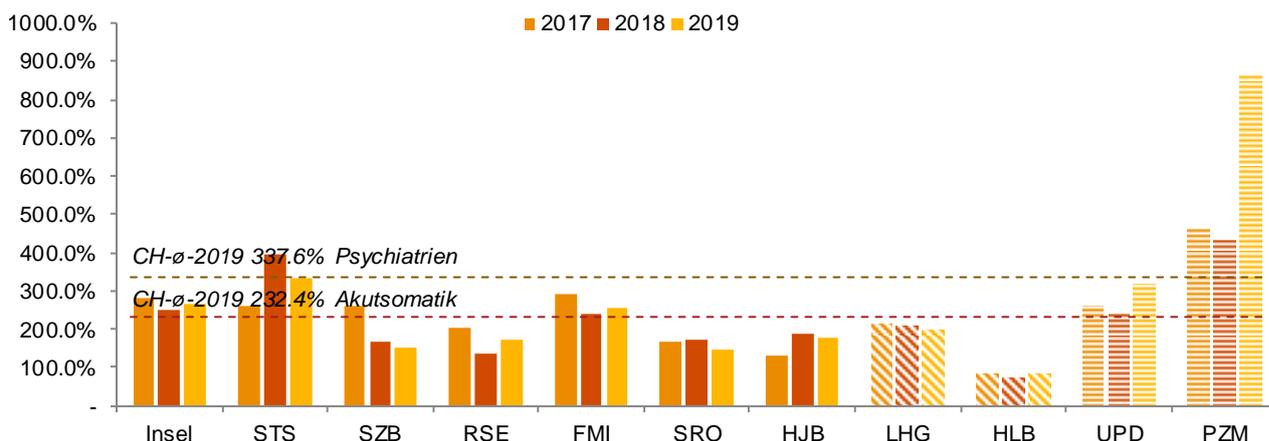


Abbildung 12: Liquiditätsgrad 2, 2017-2019

Im Vergleich zu den zwei bisher genannten Kennzahlen wird beim Liquiditätsgrad 3 das gesamte Umlaufvermögen ins Verhältnis zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten gesetzt. Ein Wert von 100% würde hier bedeuten, dass sämtliche bilanzierten Vermögenswerte des aktiven Umlaufvermögens (Debitoren, Vorräte, nicht fakturierte Leistungen etc.) veräussert resp. zu Geld gemacht werden müssten, um die bilanzierten kurzfristigen Verbindlichkeiten mit einer Laufzeit von weniger als zwölf Monaten zu decken. Ein Wert von 100% wäre entsprechend als sehr tief anzusehen und würde auf ein potenzielles Liquiditätsproblem hindeuten. Wie in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich wird, ist dies (wiederum mit der Ausnahme des HLB) für keines der Berner Spitälern der Fall. Tendenziell liegen die Werte der Berner Spitälern sehr nahe am schweizweiten Durchschnitt.

<sup>28</sup> Anstieg der übrigen kurzfristigen Verbindlichkeiten des Psychiatriezentrums Münsingen.

<sup>29</sup> Dieser ist auch auf den Wechsel der Abgeltung des Kantons auf Grund der Einführung von Tarpsy zurück zu führen.

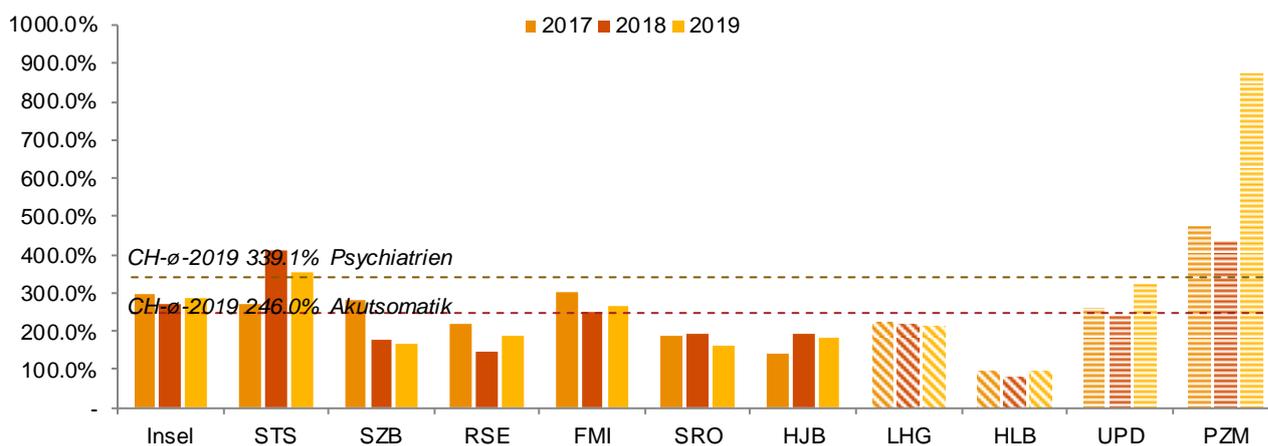


Abbildung 13: Liquiditätsgrad 3, 2017-2019

Abschliessend ist zu klären, welcher der drei Liquiditätsgrade für das Schweizer Spitalwesen am relevantesten erscheint. Dazu kann festgehalten werden, dass die kurzfristigen Forderungen der Spitäler tendenziell eine wichtige Bedeutung einnehmen, da sie einerseits von hoher Qualität sind und andererseits einen sehr wesentlichen Umfang erreichen können. Vorräte sind ebenfalls von Bedeutung. Diese sind den Forderungen in ihrer Bedeutung aber tendenziell untergeordnet, da der grösste Teil der Leistungserbringung in der Regel durch medizinische Leistungen erbracht wird und nicht durch die verwendeten Materialien. Vor diesem Hintergrund erscheint PwC die Verwendung des Liquiditätsgrades 2 ein sinnvoller Ansatz zur Beurteilung der Liquiditätssituation eines Spitals. Allerdings kann die Orientierung an generellen Richtwerten nach Meinung von PwC zu ungenügenden Liquiditätsbeständen führen. Gerade weil ein Grossteil der Leistungserbringung in einem Spital über die Mitarbeiter zustande kommt, kann die Beurteilung oder Festlegung der Liquidität anhand einer reinen Bilanzarithmetik zu einer einseitigen Betrachtung führen. PwC empfiehlt auch die hohen monatlichen Personalaufwendungen in der Bemessung der Liquiditätsreserve zu berücksichtigen.

### Gesamtbeurteilung aus Sicht PwC

Grundsätzlich schneiden die Spitäler mit Kantonsbeteiligung bei den Bilanzkennzahlen im schweizweiten Quervergleich sehr gut ab. Dies liegt hauptsächlich an den Aufwertungseffekten im Rahmen der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 und der Einführung von Swiss GAAP FER. Dabei profitieren die Spitäler davon, dass die Immobilien im Rahmen der Verselbstständigung mit einem Buchwert von Null übertragen und mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung aufgewertet wurden. Ebenso erscheint die Liquidität aktuell auf einem branchenüblichen Niveau und es sind aus den Jahresrechnungen keine akuten Gefahren infolge ungenügender Liquidität auszumachen.

Die ungenügende Profitabilität birgt jedoch das Risiko, dass sich die solide Ausgangslage in Zukunft nicht beibehalten lässt. Zudem zwingt die neue Spitalfinanzierung die Spitäler mit Kantonsbeteiligung, die Mittel für Investitionen in Infrastruktur aber auch für Digitalisierung und sonstige Entwicklungen selber zu erwirtschaften oder über Fremdkapital zu finanzieren, wodurch die Verschuldungsquote zu- bzw. die Eigenkapitalquote im nächsten Investitionszyklus voraussichtlich abnehmen wird. Kapitalgeber beurteilen die Kreditvergabe und deren Konditionen u.a. anhand der oben gezeigten Kennzahlen – insbesondere, wenn dereinst die heute bei den meisten Kreditinstitutionen vorherrschende Annahme des Bestehens einer impliziten Staatsgarantien in Frage gestellt oder gar verneint würde, wäre die Kapitalmarktfähigkeit der Spitäler eingeschränkt.

## 2.4 Ziele und Aufgaben der Berner Spitallandschaft im Rahmen der Versorgung

In der Berner Spitallandschaft richten sich die Ziele und Aufgaben der Versorgung nach deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit<sup>30</sup>. Spezifisch heisst das, dass eine wirksame, wirtschaftlich tragbare

<sup>30</sup> Wie für die gesamte Schweiz laut Krankenversicherungsgesetz (KVG) gültig.

medizinische und pflegerische Versorgung gewährleistet und die benötigten Einrichtungen bereitgestellt werden.<sup>31</sup> Des Weiteren zielt der Kanton Bern aufgrund der eigenen kritischen Bevölkerungsgrösse auch für spezifische Behandlungen darauf ab, einen möglichst hohen Eigenversorgungsgrad zu erreichen, und die Behandlungen innerkantonal anzubieten.

Die **Wirksamkeit** der Gesundheitsversorgung richtet sich auf eine evidenzbasierte Versorgung, welche messbare Verbesserungen für den Patienten ermöglicht. Der Kanton ist damit verpflichtet, eine hohe Behandlungsqualität und Patientensicherheit für die Berner Bevölkerung anzustreben und diese über entsprechende Steuerung sicherzustellen. Durch das Monitoring von Behandlungsergebnissen wird die Qualität gemessen und davon abgeleitet auch sichergestellt.<sup>32</sup>

In Bezug auf die **Zweckmässigkeit** ist eine Abwägung zwischen übermässigen Vollversorgung und Bedarf sowie von Abdeckung der Bevölkerung zentral. Darunter fällt die Bündelung der (Hoch-) Spezialversorgung, wodurch subkritische (von der Menge für eine qualitativ hochwertige und effiziente Leistungserbringung nicht ausreichende) Leistungsbereiche verhindert und eine qualitative Versorgung sichergestellt werden können. Die Bündelung ermöglicht zudem einfache Eintritte und die richtige Triage der Patienten in den zweckmässigen dezentralen Strukturen.

In Bezug auf die **Wirtschaftlichkeit**<sup>33</sup> richten sich die Ziele und Aufgaben, nach den ressourcenadäquaten Strukturen. Bereits bestehende Infrastrukturen werden in die kontinuierliche Planung der Gesundheitsversorgung verstärkt berücksichtigt.

### Stärken und Schwächen der Berner Spitallandschaft

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Stärken (grün) und Schwächen (rot) sowie eine externe Bewertung durch PwC (rechte Spalte) der Berner Spitallandschaft:

#### Anzahl und Grösse der Leistungserbringer

	Im Kanton Bern existieren viele Spitäler mit sowohl einem Basis- als auch spezialisierten Leistungsauftrag. Dies zeigt ein leistungsstarkes Gesundheitsversorgungsangebot in allen Versorgungsregionen, welches eine gute Zugänglichkeit durch die Bevölkerung sicherstellt	Hohe Relevanz
	Insbesondere in der Akutsomatik ist die Grundversorgung wohnortsnah sichergestellt und mit motorisiertem Individualverkehr für mehr als 80% der Berner Bevölkerung in-nerhalb 30 Minuten erreichbar. Zudem ist der Wohnort für 80% nicht weiter als 50 Kilometer vom nächsten Spital entfernt <sup>34</sup> .	Hohe Relevanz
	Durch die zahlreichen Leistungserbringer bestehen auch in spezialisierten Leistungsangeboten Doppelspurigkeiten, was zu erhöhten Kosten, aber aufgrund der mangelnden Konzentration auch zu Qualitätsverlusten führt (vgl. Mindestfallzahlen).	Mittlere Relevanz
	Vor allem in der Stadt Bern ist eine sehr hohe Dichte an akutsomatischen Leistungserbringern bzw. eine Überversorgung in einzelnen Leistungsangeboten feststellbar, was zu einer mangelnden Wirtschaftlichkeit führen kann sowie für das Gesundheitswesen aufgrund hoher Behandlungsdichte Mehrkosten mit sich bringt.	Mittlere Relevanz
	Der Kanton ist durch seine geographischen Gegebenheiten mit einer relativ grossen Fläche bei teilweise geringer Bevölkerungsdichte in der schnellen Erreichbarkeit aller Gebiete eingeschränkt. Zudem gibt es in den weitläufigen Regionen kleinere Regionalspitäler mit einem geringen Einzugsgebiet. Dies sichert zum einen die regionale Gesundheitsversorgung, erschwert allerdings zum anderen ein Erreichen der kritischen Grösse der Patientenzahl für einen qualitativen und wirtschaftlichen Betrieb. Spitäler ohne fokussierte Angebote neben der reinen Grundversorgung haben grundsätzlich grosse Herausforderungen ein wirtschaftliches Geschäftsmodell zu betreiben. Markterfahrungen zeigen, dass für ein erfolgreiches stationäres Angebot neben der Grundversorgung mindestens zwei fachspezifische Schwerpunkte notwendig sind.	Hohe Relevanz

<sup>31</sup> Bern (2016): Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz

<sup>32</sup> Bern (2016): Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz

<sup>33</sup> Die Wirtschaftlichkeit wird hierbei auf Einzelleistungsebene beurteilt und nicht auf Unternehmensebene.

<sup>34</sup> Versorgungsplanung Kanton Bern, 2016, SpVG

## Kooperationen

	<p>Eine Vernetzung der unterschiedlichen ggf. sektorenübergreifenden Akteure (z.B. zwischen Spital und Niedergelassenen oder zwischen Spital und Alters- und Pflegeheimen oder aber zwischen Akutspital und Psychiatrie / Rehabilitation) ist vereinzelt vorhanden, oder teilweise in Konzernstrukturen bereits abgebildet.</p>	<p>Mittlere Relevanz</p>
	<p>Der Grad der Kooperationen reicht aber flächendeckend aus PwC Perspektive für eine integrierte und schnittstellenfreie, sektorenübergreifende Versorgung nicht aus. Wie in der Gesamtschweiz liegt das Potential in weiteren Allianzen und Kooperationsbemühungen für Qualitätsverbesserungen und Effizienzen in der Leistungserbringung. Hierbei stehen vor allem auch gegenseitige Beteiligungen zur Untermauerung der Kooperationsabsichten im Fokus.</p>	<p>Mittlere Relevanz</p>

# 3. Anstehende Veränderungen in den Berner Versorgungsstrukturen

## 3.1 Trends im Schweizer Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen

Die Versorgung im Schweizer Gesundheitssystem steht in Wechselbeziehung zwischen den Dimensionen Patientenzentrierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Diese drei Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig und es liegen hohe Interdependenzen vor. In Abbildung 14 sind die aktuellsten Trends aufgezeigt, welche auf die genannten Dimensionen und somit auf die gesamte Gesundheitsversorgung aktuell und in Zukunft wirken. Im Anschluss werden die für den Spitalbericht zentralen Gesamtschweizer Trends, welche auch auf den Kanton Bern übertragbar sind, kurz erläutert.

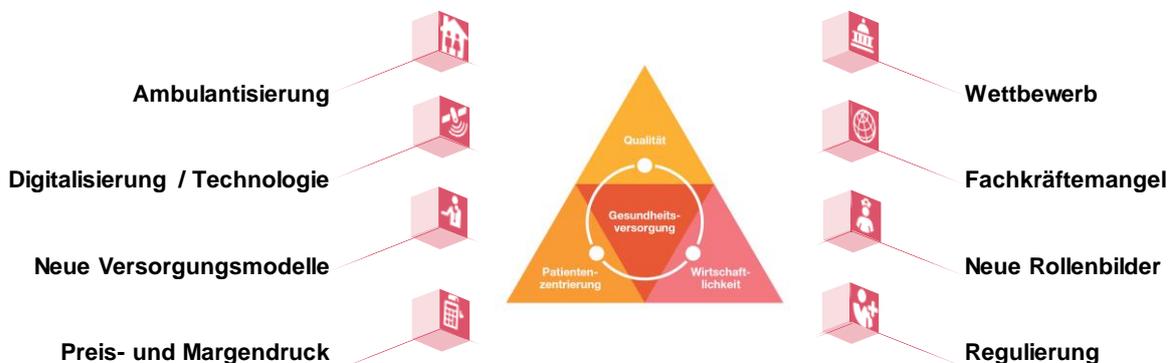


Abbildung 14: Aktuelle Trends im Schweizer Gesundheitswesen

Die **Ambulantisierung** wird auf unterschiedlichen Ebenen an Bedeutung gewinnen. Zum einen ermöglicht der medizinische Fortschritt die Durchführung von immer mehr ambulanten Eingriffen und Therapien<sup>35</sup>. Zum anderen sorgen politische Bestrebungen dafür, dass stationäre Eingriffe verlagert und vermehrt in ambulante Tageskliniken oder in speziellen ambulanten Infrastrukturen erbracht werden, was die Wirtschaftlichkeit im System verbessert<sup>36</sup>. Die zunehmende ambulante Leistungserbringung ist nicht nur medizinisch indiziert und politisch gewollt – sie entspricht auch der Orientierung an Patientenpräferenzen und dem Bedürfnis nach flexibler, wohnortsnaher und niederschwelliger Versorgung. Für wiederkehrende einfache medizinische Abklärungen und Behandlungen, welche im Spital oder in sonstigen ambulanten Einrichtungen erbracht werden können wie beispielsweise onkologische Therapien, sollten aus Patientensicht keine längeren Reisezeiten notwendig sein.

Einhergehend mit dem medizinischen Fortschritt gewinnt die **Digitalisierung** und Nutzung **neuer technologischer Möglichkeiten** zunehmend an Bedeutung. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers (ePD) als einheitliche Datenplattform für Patientendaten soll die Qualität in komplexen Versorgungsstrukturen sicherstellen und die Patienten entlang des Patientenpfads begleiten. Der Einsatz von telemedizinischen Plattformen, beispielsweise im Rahmen von ärztlicher Erstbeurteilung ermöglicht vermehrt ortsunabhängig mit dem Arzt zu interagieren, was vor allem für die flächendeckende Versorgung chronisch kranker relevant ist. Der Einsatz von künstlicher Intelligenz, «precision medicine» und machine-learning ermöglicht immer präzisere Diagnosen und Behandlungsempfehlungen zu stellen. Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sind zunehmend digital miteinander verbunden.

<sup>35</sup> PwC (2016): Ambulant vor Stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

<sup>36</sup> PwC (2018, 2019): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2017, 2018

**Neue Versorgungsmodelle** gewinnen aufgrund der medizinischen Weiterentwicklung und Spezialisierung sowie der zunehmenden multimorbiden Erkrankungsbilder der Bevölkerung zunehmend an Bedeutung<sup>37</sup>. Einfache patientenzentrierte Übergänge zwischen vor- und nachgelagerten Institutionen werden benötigt. Insgesamt kann durch die Weiterentwicklung der Versorgungsmodelle die Qualität sowie durch die verstärkte Konzentration von Leistungsangeboten und die Abstufung im System die Wirtschaftlichkeit gesteigert werden.

Durch den demografischen Wandel, die regulatorischen Eingriffe, die Ambulantisierung bei nicht kostendeckenden Tarifen, die Anpassungen der Vergütung von stationären Behandlungen<sup>38</sup> sowie die Reduktion des Anteils an Zusatzversicherten<sup>39</sup> besteht in der Schweiz ein erheblicher Druck auf **Preise und Margen** bei den Leistungserbringern. Dieser soll das System stärker an die Dimension der Wirtschaftlichkeit orientieren. Den stetig steigenden Gesundheitskosten und damit höheren Krankenkassenprämien werden verstärkt entgegen gewirkt.

Eine **Zunahme des Wettbewerbs** im Gesundheitswesen ist weiterhin zu erwarten und wird durch die folgenden Punkte beeinflusst:

- Rückgang des Anteils an Zusatzversicherten
- Zusätzlicher Aufbau von Kapazitäten von vielen Spitälern im Rahmen von Wachstumsstrategien und infrastrukturellen Erneuerungen
- Auflösende Grenzen zwischen den Leistungsangeboten (beispielsweise spitalambulante Versorgung)

**Neue Geschäfts- und Versorgungsmodelle** sind zunehmend notwendig, um langfristig als Leistungserbringer wettbewerbsfähig und wirtschaftlich zu sein. Ein Wettbewerb um Qualität wird aufgrund der steigenden Transparenz zunehmend in den Fokus rücken.

Um der Kostenentwicklung entgegenzuwirken kommt es zu zahlreichen **Regulierungen** vor allem im Bereich der Tarife und im Rahmen der Vergabe der Leistungsaufträge. Eine der wichtigsten in Kraft getretenen Regulierungen ist die Einführung neuer Tarifmodelle, wie die seit 2012 eingeführten Swiss DRG in der stationären Akutsomatik. Zudem stehen einzelne Tarife selbst unter Druck. So hat der Bundesrat für das Jahr 2018 in verschiedenen Bereichen Senkungen am TARMED Tarif in der ambulanten Akutsomatik vorgenommen<sup>40</sup>. Auch in der stationären Psychiatrie und der Rehabilitation sowie im ambulanten Bereich gibt es Anpassungen der Tarifsysteme in naher Zukunft oder naher Vergangenheit. Weitere Regulierungen wie beispielsweise Mindestfallzahlen und weitere steigende Anforderungen bei der Vergabe von Leistungsaufträgen, ambulante Listen oder auch Globalbudgets können im Einzelnen weitreichende Effekte auf die Leistungserbringer sowie die Angebotsbreite und -tiefe mit sich bringen. Grundsätzlich sollen Regulierungen primär die Dimensionen Qualität (Indikationsqualität sowie gemessene und wahrgenommene Patientenqualität) und Wirtschaftlichkeit verbessern. Zudem sind die Kostendämpfungspakete (KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung) des BAG, bzw. des Bundesrats in der aktuellen Debatte vieler Leistungserbringer deutlich spürbar<sup>41</sup>.

Der Wettbewerb um gut ausgebildete und spezialisierte **Fachkräfte** wird sich zukünftig weiter verschärfen. Das allgemeine Wachstum im Gesundheitswesen sowie die hohen Qualifikationsanforderungen sorgen dafür, dass das Gesundheitswesen überdurchschnittlich stark vom Fachkräftemangel betroffen ist<sup>42</sup>. Auch die Lohnstrukturen und Arbeitsbedingungen können eine zunehmend wichtige Rolle, bei der Berufswahl spielen. Es ist davon auszugehen, dass sich der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in ländlichen Regionen, insbesondere in der Deutschschweiz akzentuiert, wodurch der Kanton Bern von dieser Entwicklung stark betroffen sein wird<sup>43</sup>. Die niedergelassenen Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen sind überproportional vom Fachkräftemangel betroffen, da die Arbeitsplatzattraktivität aufgrund der Ansprüche junger Ärztinnen und Ärzte abnimmt. Der richtige und effiziente Einsatz von Fachkräften über alle Versorgungsbereiche erscheint somit auch

<sup>37</sup> Soins intégrés en Suisse, Obsan, 2017

<sup>38</sup> Im Rahmen von Tarifverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern.

<sup>39</sup> Die Bedeutung an Zusatzversicherten vor allem bei jüngeren Bevölkerungsgruppen nimmt zunehmend ab (Kosten-Nutzen-Verhältnis wird geringer bewertet). Insgesamt reduziert sich der Anteil an Zusatzversicherten Patienten in der Schweiz, welche in Leistungserbringern behandelt werden.

<sup>40</sup> Faktenblatt: Anpassungen des Ärztetarifs TARMED, Bundesamt für Gesundheit, 2017

<sup>41</sup> Vgl. dazu die laufenden Revisionsprojekte des BAG.

<sup>42</sup> Fachkräftemangel in der Schweiz, Staatssekretariat für Wirtschaft, 2016

<sup>43</sup> Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken hat der Kanton Bern Ausbildungsverpflichtungen im nichtuniversitären Bereich eingeführt.

aus einer Gesamtversorgungssicht sinnvoll. Es besteht sowohl kantonal als auch national Handlungsbedarf dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Aufgrund der Personalknappheit entwickeln sich neue **Rollenbilder** und gesetzliche Grundlagen werden zunehmend geschaffen. Gleichzeitig ist es notwendig, dass sich der Skill-Grade-Mix verändert (z.B. vermehrte Delegation von Ärzten an hoch qualifiziertes Pflegepersonal). Aufgaben die früher ausschliesslich durch Ärzte ausgeführt wurden, werden nun an spezialisiertes Pflegepersonal übergeben. Die neuen Rollenbilder werden ebenfalls durch die Organisation in Netzwerken, z.B. in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren, und die Änderung der Bedürfnisse der Arbeitnehmer, unterstützt.

Die Anzahl der **zusatzversicherten** Patienten wird sich in den kommenden Jahren weiter reduzieren. Der steigende Komfort für Grundversicherte im Spital, wie auch die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich machen die herkömmlichen Zusatzversicherungen sowie die steigenden Prämien in der OKP weniger attraktiv. Das führt zu einem steigenden Wettbewerb um die verbliebenen zusatzversicherten Patienten sowie zu einem weiteren Rückgang der Wirtschaftlichkeit der Spitäler. Die unterschiedlichen Leistungserbringer sind von diesem Trend unterschiedlich betroffen, je nach aktueller Zusammensetzung der Patienten sowie der aktuellen Durchdringung an Zusatzversicherten im Einzugsgebiet (RSZ haben geringere Anteile an Zusatzversicherten; Leistungserbringer im Zentrum haben einen erhöhten Wettbewerb und sind bereits heute meist stärker von dieser Patientengruppe abhängig). Da der Kanton Bern im schweizweiten Vergleich allerdings einen relativ geringen Anteil zusatzversicherter Patienten<sup>44</sup> hat, trifft dieser Trend die Spitäler in Bern vermutlich weniger hart als in anderen Kantonen.

### 3.2 Nachfrageentwicklung durch den demographischen Wandel und der Bedarf an stationärer Versorgung

Die Analyse der Nachfrageentwicklung zeigt, dass die Nachfrage nach stationären Leistungen primär durch das Bevölkerungswachstum und den demographischen Wandel bis ins Jahr 2035 um ungefähr 15% ansteigen wird. Durch die geschilderten Veränderungen des Gesundheitswesens werden zunehmend Leistungen ambulant statt stationär durchgeführt. Insgesamt geht PwC davon aus, dass sich der Effekt der Ambulantisierung und der Reduktion der Verweildauern gegenüber dem starken Bevölkerungswachstum ausgleicht. In Zukunft wird der Bedarf an stationärer Spitalinfrastruktur im Vergleich zu heute eher leicht sinken.

Von allen Fällen im Kanton Bern wurden im Jahr 2019 über 80% im Akutspital behandelt, und jeweils nur knapp 10% je in der Rehabilitation und Psychiatrie. Werden die Verweildauern in den einzelnen Behandlungsgebieten betrachtet, so ist die Verweildauer (VWD) in der Akutsomatik mit ca. 4.9 Tagen deutlich kürzer, verglichen mit der Rehabilitation (VWD 20.8 Tage) und der Psychiatrie (VWD 25.6 Tage). Die durchschnittliche VWD aller Fälle im Jahr 2035 ist demzufolge stark geprägt durch die akutsomatischen Fälle, wodurch mit einer mittleren VWD von 7.0 Tagen ( $\pm 0.5$  Tage) ausgegangen werden kann.

Das folgende Szenario widerspiegelt die Nachfrageentwicklung mit einer aus PwC-Einschätzung mittleren Eintrittswahrscheinlichkeit. Extremszenarien mit einer stärkeren Ausprägung der Ambulantisierung respektive Aufrechthaltung der stationären Behandlungen würden den Effekt gegebenenfalls noch verstärken oder etwas abschwächen. Aufgrund der Nachfragebetrachtung wurden hier auch ausserkantonale Patienten (spezialisierte Versorgung, Freizeitunfälle, etc.) berücksichtigt, da es sich um eine Kapazitätsbetrachtung handelt.

---

<sup>44</sup> Alle Berner Spitäler wiesen im Jahr 2018 17.4% Zusatzversicherte aus (gewichteter Durchschnitt), die Gesamtschweiz 21.2%. (Berechnung auf Basis der Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2018) – Annäherung da auch ausserkantonale Patienten enthalten sind.

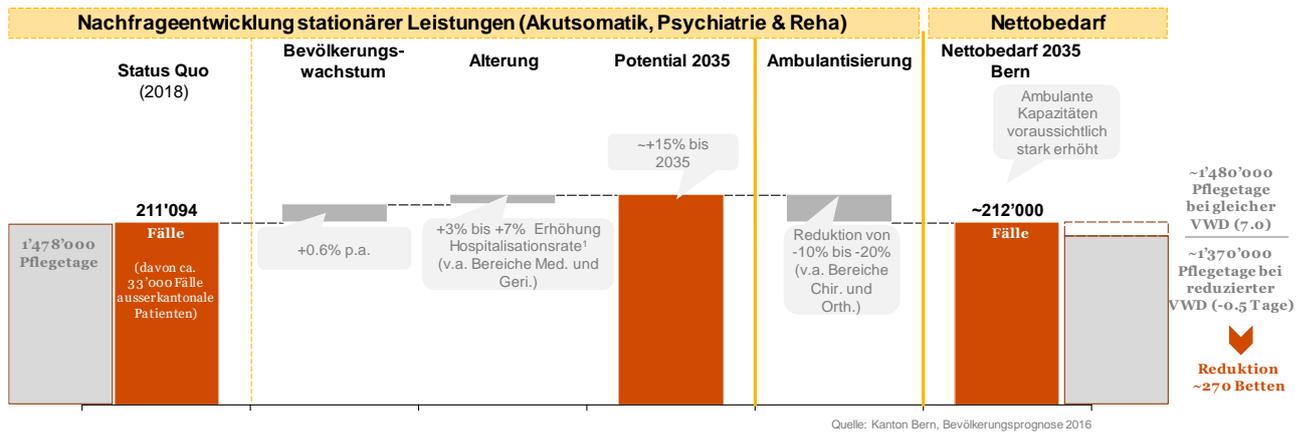


Abbildung 15 Entwicklung der Nachfrageentwicklung (inkl. ausserkantonale Patienten) von stationären Leistungen 2035<sup>45</sup>

### 3.3 Aktuelle Transformation im Gesundheitswesen

Eine stärker integrierte und unterschiedliche Stufen übergreifende Versorgung erfordert eine enge Vernetzung von verschiedenen Leistungserbringern<sup>46</sup>, um bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Eine solche kann anhand eines Netzwerkmodells (nachfolgend in Kapitel 5.1 Hub-and-Spoke-Modell<sup>47</sup> genannt) dargestellt werden.

Hintergrund dieser Transformation im Gesundheitswesen ist die zunehmende Spezialisierung und die sich verändernden Rollen der Leistungserbringer. So wird eine zunehmende integrierte und abgestufte Versorgung sinnvoller Weise immer häufiger angestrebt und umgesetzt. Zahlreiche Leistungserbringer richten sich an diesem Trend langfristig aus und schaffen Kooperationen sowie neue Geschäftsmodelle vor allem im ambulanten Bereich.

Aus Versorgungssicht werden aufgrund der zunehmenden Mobilität der Bevölkerung sowie der weiteren Spezialisierung der Medizin zunehmend in grösseren Versorgungsregionen gedacht und geplant – zunehmend auch über Kantonsgrenzen hinweg. Eine bedarfsorientierte Versorgungssteuerung ist dank der steigenden Mobilität in grösseren und damit effizienteren Versorgungsregionen möglich - dies durch eine stärkere Abstimmung und Leistungskonzentration innerhalb der einzelnen Versorgungsregionen.

<sup>45</sup> Die PwC-Annahme zur Ambulantisierung basiert auf einer Verschiebung von allen Spitalaufenthalten von bis zu 2 Tagen auf Basis der Gesamtfallzahlen in der Schweiz. Die obere Grenze integriert zusätzlich 50% der Fälle zwischen 3-5 Tagen bei Patienten welche maximal 70 Jahre alt sind.

<sup>46</sup> PwC (2020): Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz & Schweizer Spitäler; PwC (2017, 2018): So gesund waren die Finanzen 2016, 2017

<sup>47</sup> Fokus (2018): Der stetige Wandel des Schweizer Gesundheitswesens. (<https://fokus.swiss/2018/07/der-stetige-wandel-des-gesundheitswesens/>)

# 4. Zentrale Chancen und Risiken für die Berner Spitallandschaft

## 4.1 Die Leistungserbringer und der Kanton als Sichersteller der Versorgung, Regulator und Eigner – ein Spannungsfeld

Aus den Versorgungsstrukturen und der Organisation der Berner (Spital-)Versorgungslandschaft können ausgehend von den dargestellten Analysen sowie den zukünftigen Trends zahlreiche Chancen und Risiken abgeleitet werden. Diese sind je nach eingenommener Perspektive unterschiedlich zu bewerten und weisen teilweise hohe gegenseitige Abhängigkeiten auf. In diesem Zusammenhang wird im Rahmen der Diskussion meist auf die Spitalversorgung als wichtiger Teil der Gesamtversorgung eingegangen. Weitere Versorgungssektoren können ebenfalls betroffen sein, auch wenn diese im vorliegenden Spitalbericht nicht aufgeführt sind.

Dabei werden für die jeweiligen Perspektiven, die Chancen und Risiken auf Basis der Trendanalyse aus Sicht des Leistungserbringers und aus Sicht des Kantons als Sichersteller der Versorgung, Regulator und Eigner erläutert. Aufbauend auf diesen sollen in den folgenden Kapiteln Ansatzpunkte für ein neues Versorgungsmodell sowie konkrete Handlungsempfehlungen für sinnvolle Steuerungsmechanismen des Kantons erarbeitet werden. Trends können je nach Perspektive sowohl eine Chance als auch ein Risiko darstellen. Alle nachfolgenden Trends, haben eine hohe bis sehr hohe Eintretenswahrscheinlichkeit.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Chancen (grün) und Risiken (rot) sowie eine externe Bewertung durch PwC (rechte Spalte), gegliedert nach unterschiedlichen Perspektiven<sup>48</sup>:

### Ambulantisierung

<b>Kanton</b>	Aus kantonaler Perspektive bietet die Ambulantisierung die Chance der langfristigen Kostenreduktion im Gesundheitswesen. Die Verlagerung von stationär auf ambulant entlastet den Kanton, weil die Versicherer 100% der ambulanten Kosten tragen und die ambulanten Eingriffe im Vergleich zur stationären Behandlung kostengünstiger sind. <sup>49</sup>	Geringe Auswirkung
	Die Ambulantisierung kann die Leistungserbringer in finanziell herausfordernde Situationen bis hin zu finanziellen Schwierigkeiten bringen, welche einen indirekten negativen finanziellen Einfluss auf den Kanton als Eigner haben könnten. Der Substanzwert der Unternehmung nimmt ab, wenn ambulante Leistungen langfristig nicht kostendeckend erbracht werden können. Schlimmstenfalls kommt es zu einer Spitalschliessung. Der Kanton verliert das eingebrachte Eigenkapital. Auch das Verschwinden von Leistungserbringern durch starke Ambulantisierung kann einen Effekt auf die Versorgung haben, welcher allerdings lediglich kurzfristig Herausforderungen mit sich bringen könnte.	Starke Auswirkung
<b>Leistungserbringer</b>	Leistungserbringer haben die Chancen mit neuen Geschäftsmodellen neue Patienten zu gewinnen und auch in der ambulanten Grundversorgung eine grössere Rolle einzunehmen. Zudem bietet die Ambulantisierung die Chance das stationäre Geschäft noch stärker auf komplexe Fälle auszurichten.	Mittlere Auswirkung
	Aus Sicht der Leistungserbringer bringt die Ambulantisierung grosse Veränderungen: Das Leistungsangebot muss von stationär auf ambulant angepasst werden. Regionale Spitalzentren (RSZ) und Regionale psychiatrische Dienste (RPD) werden stark davon betroffen sein. Es gilt die Prozesse und Infrastrukturen zu mehr ambulanter effizienter Leistungserbringung hin, zu gestalten. Dadurch können neue, effizientere Behandlungsprozesse im Vergleich zu hohem Koordinationsaufwand im stationären Bereich entstehen.	Starke Auswirkung

<sup>48</sup> Skala: Sehr geringe bis sehr starke Auswirkung

<sup>49</sup> Der etwaige Einfluss der politischen Bestrebung zur einheitlichen Finanzierung ist bei dieser Aussage nicht berücksichtigt.

	Aus Sicht des Leistungserbringers bringt die Ambulantisierung neue Herausforderungen, da das heutige und wohl auch künftige Tarifwerk für Spitäler meist nicht kostendeckend ist – der finanzielle Druck steigt vor allem dann, wenn die ambulante Leistungserbringung weiterhin stark mit der stationären vor allem prozessual verwoben bleibt.	Sehr starke Auswirkung
	Herausforderungen kann es auch hinsichtlich des Personals im Rahmen der Aus- und Weiterbildung geben. Zudem müssen sich Fachpersonal stationär, ambulant und Springer, Belegärzte im Unternehmen wohl fühlen (Unternehmenskultur, Aus- und Weiterbildung, Karriereplanung etc.).	Mittlere Auswirkung

### Digitalisierung / Technologie

Kanton	Die Digitalisierung ermöglicht vor allem grossen Spitälern mit (hoch-)spezialisierten Angeboten die Chance einer verbesserten Behandlung von Patienten und neuer Behandlungsformen (precision medicine, systematische Auswertung grosser, anonymisierter Datenmengen mit Big Data Analysen über Krankheiten und Behandlungen). Zudem sieht der Kanton als Leistungseinkäufer Potentiale für Kostensenkungen aus der Digitalisierung der Versorgungslandschaft.	Mittlere Auswirkung
	Die Digitalisierung erleichtert die Abrechnungen des Kantonsanteils an den Behandlungskosten und schafft Datenbasis für die Versorgungsplanung.	Geringe Auswirkung
	Digitalisierung fördert die integrierte Versorgung und reduziert das Risiko von redundanten Behandlungen.	Mittlere Auswirkung
	Zusätzliche Herausforderungen entstehen für den Kanton insbesondere in der Geschwindigkeit der Digitalisierung. Zudem entstehen neuen Fragestellungen wie Datenschutz, Plattformbildung mit verschiedenen Akteuren (z.B. ePD) und ähnlichem.	Mittlere Auswirkung
Leistungserbringer	Neue Technologien, Digitalisierung, personalisierte Medizin sowie eHealth unterstützen die Leistungserbringer und sind eine Chance für die Weiterentwicklung in Richtung Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit. Der Einsatz von digitalen Lösungen ergibt neue Chancen in der Entwicklung von Leistungsangeboten, sowohl für die Patienten als auch für das Fachpersonal. Effizienzpotentiale sollen leistungserbringerübergreifend erschlossen werden, zum Beispiel über eine schnittstellenfreie, einheitliche IT-Infrastruktur im gesamten Kanton oder zumindest innerhalb der Versorgungsregionen. Dazu können gemeinsame IT-Gesellschaften oder gezielte Kooperationen helfen. Gleichzeitig sollten auch niedergelassene Ärzte über die gleiche IT-Infrastruktur angebunden werden. Standardisierungen auf Bundesebene sind mitzutragen.	Starke Auswirkung
	Risiken liegen hier vor allem bei kleineren regionalen Versorgungsstrukturen, welche Investitionen in die Digitalisierung finanziell stärker belasten als die grösseren Zentrumsversorger. Kooperationen können hier möglicherweise Abhilfe schaffen.	Mittlere Auswirkung
	Zudem besteht das Risiko, dass die Investitionen hohe finanzielle Verpflichtungen mit sich bringen. Derzeit fehlen intensive Investitionen in die Digitalisierung insbesondere bei den Hausärzten. Zudem fehlt ein System, welches den Erfassungs- und Pflegeaufwand (Kosten) von digitalen Daten auf alle späteren Nutzniesser (z.B. Spitäler) überträgt oder ein finanzielles Anreizsystem für Erfasser. Als Lösung könnten Investitionen gebündelt werden – z.B. könnten Investitionen in Digitalisierung zwischen mehreren Spitälern koordiniert werden.	Hohe Auswirkung

### Neue Versorgungsmodelle

Kanton	Ambulantisierung und Digitalisierung schaffen die Voraussetzungen für neue (Spital-) Versorgungsmodelle mit mehr Mobilität (Patienten und Fachpersonal), wie beim Hub-and-Spoke Modell. Die stärkere Vernetzung, Redimensionierung und Flexibilisierung der Versorgungslandschaft ermöglichen eine verbesserte Qualität durch die Abstimmung von spezialisierten Leistungserbringern und Fachwissen bei gleichzeitiger Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.	Sehr starke Auswirkung
--------	---	------------------------

	Die interdisziplinäre Versorgung kann bei nicht effizienter Ausgestaltung die Gesamtkosten in den Versorgungsstrukturen aufgrund hoher Abstimmungsaufwände steigern. Dies beispielsweise durch zahlreiche Doppelspurigkeiten und Überkapazitäten in der Versorgung. Als Finanzierer kann dies aus Sicht des Kantons mit finanziellen Risiken verbunden sein.	Mittlere Auswirkung
Leistungserbringer	Neue Versorgungsmodelle und zunehmende Interdisziplinarität ermöglichen ähnlich wie die Ambulantisierung neue Geschäftsmodelle (Transformationsprozesse). Durch die Fokussierung auf ausgewählte Leistungsbereiche der erweiterten Grundversorgung kann die Qualität weiter sichergestellt werden und gleichzeitig über Kooperationen im Netzwerk die breite Versorgung angeboten werden - dies unabhängig von Trägerschaften. Ein klares Profil des Leistungserbringers schafft zudem Wettbewerbsvorteile, da Patienten aus einem grösseren Einzugsgebiet sich behandeln lassen. Spezialisierung wird zunehmend in den Zentrumsspitalern mit Endversorgungsstatus konzentriert.	Starke Auswirkung
	Die Alterung der Bevölkerung und vermehrt multimorbide Patienten und damit meist aufwändigere Behandlungen können bei einer hohen Vernetzung und interdisziplinären Versorgung enorme Kosten im System aufwerfen, da sie eine überproportionale hohe Behandlungskomplexität und Abstimmungsaufwände erzeugen. Zentrumsversorger haben im Rahmen von Kooperationen eher Chancen, da sie als Kooperationspartner meist von höherer Relevanz sind. Kleinere RSZ und RPD können jedoch auch in Kooperationen eine effizientere Leistungserbringung erreichen und sich so im Wettbewerb behaupten. Coopetition, aber auch Kooperationen sind entlang des Patientenpfades bzw. der Behandlungskette möglich.	Mittlere Auswirkung
	Die Grenzen der Spezialisierung werden vor allem bei multimorbiden Patienten erreicht. Verbreitete Mehrfacherkrankungen sollten an einem Ort behandelt werden können (Mengengerüst, Transportfähigkeit).	Mittlere Auswirkung

### Preis- und Margendruck

Kanton	Der Preis- und Margendruck soll zu einer Effizienzsteigerung und zu sinkenden Gesundheitskosten führen. Dies führt zur finanziellen Entlastung des Kantons als Mitfinanzierer des Systems.	Geringe Auswirkung
	Für den Kanton als Eigner führt der wirtschaftliche Druck zu einem substanziellen finanziellen Risiko bis zu einer Insolvenz eines kantonseigenen Unternehmens (beispielsweise Abschreibung auf die Beteiligung oder Liquiditätseingpässe). Durch die kantonale Verpflichtung der Aufrechterhaltung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung ist der Kanton verpflichtet neue Versorgungsstrukturen und die Grundlage für Transformationen der unterschiedlichen Spitalgesellschaften zu schaffen, was als Chance aber auch als finanzielles Risiko gesehen werden kann.	Starke Auswirkung
Leistungserbringer	Die Leistungserbringer, welche besser sind als der Schweizer Durchschnitt, profitieren finanziell im Wettbewerb vom System der Fallpauschalen (DRG).	Mittlere Auswirkung
	Der Preis- und Margendruck gibt zudem Anreiz zur Spezialisierung, was wiederum die Qualität erhöht (Prozesse, Mindestmengen, Spezialisten, moderne Methoden und Medizinaltechnik etc.).	Geringe Auswirkung
	Die Privat- und Halbprivatpatienten verfügen aus Sicht des Leistungserbringers über eine hohe Kostendeckung/ Gewinnmarge. Sie finanzieren teilweise nicht kostendeckende Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und vor allem im ambulanten Bereich mit, was zwar nicht im Sinne des KVGs, allerdings für den wirtschaftlichen Erfolg der Spitäler notwendig ist. Durch den Rückgang an Privat- und Halbprivatpatienten nehmen diese Leistungen ab, wodurch Deckungslücken entstehen können. Je nach Ausprägung dieses Effektes kann das Risiko in den einzelnen Regionen unterschiedlich ausfallen. Die regionalen Leistungserbringer sind aufgrund des geringeren Anteils an Privat- und Halbprivatpatienten, die städtischen aufgrund des hohen Wettbewerbs um diese Patientengruppe betroffen. Im Kanton Bern ist der Anteil der Zusatzversicherten geringer als im Schweizer Schnitt, womit der Effekt schwächer ausfallen dürfte.	Mittlere Auswirkung

## Wettbewerb

<b>Kanton</b>	Durch den Wettbewerb zwischen den einzelnen Spitälern im Kanton Bern ergeben sich Chancen für die Weiterentwicklung der Leistungserbringer. Durch die Zusammenarbeit kann sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit gegenüber des Status Quos weiter gesteigert werden. Langfristig kann durch eine gegenseitige Kapitalbeteiligung oder gar Zusammenschlüsse von Betriebsgesellschaften die Zusammenarbeit weiter gestärkt werden.	Starke Auswirkung
	Durch den verstärkten Wettbewerb kann der Kanton Regulierungen vor allem im Hinblick auf Kostenreduktion und Qualität reduzieren. Zudem ist keine zentrale Spitalangebotsplanung mit entsprechenden Risiken in diesem Fall mehr notwendig.	Mittlere Auswirkung
	Ein Risiko im Wettbewerb ist der Aufbau von Überkapazitäten und der Zunahme von unnötigen Behandlungen, zu welchen die Leistungserbringer gedrängt werden, um wirtschaftlich überleben zu können. Weiter besteht das Risiko, dass durch staatliche Regulation Wettbewerb, auch zur Qualitätssteigerung, verhindert wird.	Starke Auswirkung
<b>Leistungserbringer</b>	Für den einzelnen Leistungserbringer bietet der neue, zunehmende Qualitätswettbewerb Chancen, sich von anderen Leistungserbringern abzuheben. Qualitätsmessungen (beispielsweise durch PROMS, z.B. nach ICHOM-Standard) setzen den eigenen Qualitätsstandard hoch und unterstreichen bei entsprechenden Ergebnissen die Behandlungsqualität des Spitals. Es kommt zur Abkehr von reinen Mengenausweitungsstrategien.	Mittlere Auswirkung
	Über gute, fokussierte Leistungen kann sich ein Spital im Markt differenzieren. Dies betrifft sowohl das Kerngeschäft als auch die Leistungserbringung im Supportbereich. Grössere Leistungserbringer, wie Zentrumsversorger haben hier meist Vorteile in ihrer Ausstrahlungskraft. Für kleine RSZ oder RPD ist der Wettbewerb eher ein Risiko. Im Wettbewerb können die Leistungserbringer ihre unternehmerische Freiheit nutzen, und sich entsprechend ihren Visionen ausrichten.	Starke Auswirkung
	Die Wettbewerbsintensität führt zu einem höheren Druck auf die Effizienz der Spitäler und wirkt für sie teilweise hemmend. Während dies für die Versorgung hauptsächlich Vorteile mit sich bringt vor allem in Bezug auf die Qualität, entstehen dadurch finanzielle Risiken, wenn Spitalgesellschaften nicht genügend Rentabilität erwirtschaften und ihr Eigenkapital langfristig aufbrauchen. Somit handelt es sich aktuell um einen indirekten Verzehr von öffentlichen Mittel. Dies kann schlussendlich in einer Überschuldung enden. Beteiligungslösungen, in denen Spitäler mit Kantonsbeteiligung auch private Aktionariate aufnehmen, können die Risiken mittigeren.	Starke Auswirkung
	Es besteht zudem der Anreiz, die Attraktivität der Institution durch neue Infrastrukturen zu steigern. Amortisation wird hierbei meist mit einem prognostiziertem Patientenzuwachs hergeleitet. Dieser kann zu unsicherer Refinanzierbarkeit der Investitionen führen.	Starke Auswirkung

## Regulierung

<b>Kanton</b>	Durch vorausschauende Planung und Steuerung über die bestehenden Instrumente Versorgungsplanung, Leistungsaufträge (Spitalliste) und Leistungsverträge (Vorhalteleistungen) sowie geeignete Rahmenbedingungen können Fehlentwicklungen vermieden bzw. korrigiert werden. Unter Wettbewerbsbedingungen stehen die unternehmerische Freiheit und damit auch die unternehmerische Verantwortung der Listenspitäler im Fokus.	Starke Auswirkung
	Mit der Einführung von Mindestfallzahlen und Qualitätsanforderungen fördert der Regulator bei Leistungserbringern die Transformation hin zu einem abgestuften, vernetzten Versorgungsmodell. Spezialisierte Angebote werden zunehmend in den Zentrumsspitalern mit Endversorgungsstatus konzentriert.	Starke Auswirkung

	Durch kantonale Regulierungen können Fehlanreize durch zu grosszügige Leistungsauf- und -verträge entstehen. Ein gutes Beispiel sind Mindestfallzahlen, die zu einer steigenden Behandlungsanzahl im Kanton führen können.	Starke Auswirkung
	Nationale Regulierungen können gegen die Entwicklungen im Kanton Bern wirken, wenn es der nationalen Politik in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nicht schnell genug geht.	Starke Auswirkung
<b>Leistungserbringer</b>	Bedingt durch Regulation (wie beispielsweise Mindestfallzahlen, Globalbudget oder (ambulante) Tarife) können Fehlanreize im Gesundheitssystem auf unterschiedlichen Ebenen entstehen oder verschoben werden. Sowohl im Kerngeschäft als auch im Supportbereich könnten dadurch neue Innovationen verhindert oder ausgebremst werden. Aus Sicht der Leistungserbringer stellt die Regulation meist ein Risiko dar, da beispielsweise kleinere Regionalspitäler von Einschränkungen durch Mindestfallzahlen stärker betroffen wären als grössere Zentrumsversorger. Grundsätzlich führt Regulierung zu meist zu einem Mehraufwand in Dokumentation und Prozessumstellungen.	Starke Auswirkung

### Fachkräftemangel

<b>Kanton</b>	Neue Rollenbilder z.B. durch neue kantonale Ausbildungslehrgänge können den Fachkräftemangel abschwächen. Zudem kann der Kanton seine Zulassung von ausländischen Fachkräften vereinfachen. Ausbildungskapazitäten können auch vom Kanton mitfinanziert und so gesteigert werden.	Mittlere Auswirkung
	Der Kanton Bern hat seine Studienkapazitäten in den letzten Jahren mit 300 zusätzlichen Studienplätzen erhöht. Dies leistet einen Beitrag angesichts des erwartenden Fachkräftemangels.	Geringe Auswirkung
	Auswirkungen auf die Ausbildungskosten (Beiträge) und die Durchsetzung der Ausbildungsverpflichtung. Je nach Rekrutierung negative Auswirkungen auf die Leistungsangebote (z.B. Sprachkompetenzen, Spezialitäten). Grundsätzliche Probleme in der Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung durch Fachkräftemangel in verschiedenen Bereichen (Spital, Spitex, Praxis, ...).	Mittlere Auswirkung
<b>Leistungserbringer</b>	Siehe auch «Neue Rollenbilder»	
	Leistungserbringer können ihre Mitarbeiter durch die Schaffung von neuen Ausbildungslehrgängen (Praxisteil) langfristig an ihr Unternehmen binden. Durchbrechen der starren und steilen Hierarchien in den Institutionen kann zudem die Arbeitgeberattraktivität steigern.	Geringe Auswirkung
	Der Fachkräftemangel ist bei allen Leistungserbringern, auch in den niedergelassenen Strukturen, vorhanden. Mangelndes Fachpersonal kann die Leistungserbringer im Einzelfall zum Einstellen von einzelnen Leistungsangeboten zwingen. Unattraktive Arbeitsbedingungen können den Fachkräftemangel weiter verstärken (im Sinne einer Negativspirale). Dabei ist eine unterschiedliche regionale Betroffenheit erkennbar: In Zentrumsspitalern ist der Fachkräftemangel weniger spürbar verglichen zu peripheren Spitalern. Allerdings steigt der Wettbewerb um Personal und führt zu einer Lohnspirale, welche negative finanzielle Auswirkungen auf die Leistungserbringer hat.	Sehr starke Auswirkung

### Neue Rollenbilder

<b>Kanton</b>	Der Kanton muss die Rahmenbedingungen und Zulassungen neuer Rollenbilder sicherstellen. Zudem kann er durch die Finanzierung oder Subventionierung von Ausbildungsstellen diese neuen Rollenbilder entsprechend fördern	Mittlere Auswirkung
<b>Leistungserbringer</b>	Der Einsatz von neuen Fachkräftenrollen, beispielsweise die Etablierung der Advanced Nurse Practitioner (ANP), ergänzt das Fachkräfteangebot. Zudem unterstützen diese zugleich das Behandlungsangebot. Diese neuen Rollenbilder werden vermehrt eingesetzt und steuern dem Fachkräftemangel entgegen. Sie stellen grosse Chancen für Leistungserbringer für die langfristige Sicherstellung einer effizienten Versorgung dar.	Starke Auswirkung

## 4.2 Zukünftige finanzielle Chancen und Risiken

Um die finanziellen Risiken des Kantons betreffend die Versorgungslandschaft einzuschätzen, wurde das künftige Überschuldungsrisiko (Ansatz 1) sowie das Risiko eines Liquiditätsengpasses (Ansatz 2) für die Berner Spitäler analysiert. Dazu hat PwC die Value at Risk (VaR) Methode verwendet. Die Methode wird in zahlreichen Risikobetrachtungen im Beteiligungsmanagement verwendet und wird im Nachfolgenden aufgrund ihrer Komplexität vereinfacht und verständlich erläutert.

Die Analyse erfolgt auf Basis der aktuellen Geschäftsberichte der Spitäler mit Kantonsbeteiligung und im Vergleich zur durchschnittlichen Reingewinn- und EBITDAR-Entwicklung der Schweizer Spitäler über die vergangenen zehn Jahre. Die finanziellen Daten wurden den Abschlüssen nach Swiss GAAP FER entnommen, wenn solche verfügbar waren. Die nachfolgende Tabelle gibt einleitend einen Überblick zum finanziellen Gesamtrisiko aus Sicht des Kantons Bern. Daraus wird ersichtlich, dass neben dem bilanzierten Aktienkapital auch weitere Beträge im Risiko stehen.

### Übersicht zum finanziellen Gesamtrisiko des Kantons Bern per 31.12.2019

Akutsomatik	Darlehen an die Spitäler	+ Bürgschaften für Kredite der Spitäler	+ Bilanzierter Beteiligungswert	- Verpflichtungen an die Spitäler	=	Maximales Ausfallrisiko
Insel Gruppe AG	-	-	0.3	-		0.27
Spital Netz Bern Immobilien AG	-	-	23.1	-		23.06
SRO AG	-	18.0	14.7	-		32.73
Regionalspital Emmental AG	10.0	14.4	11.7	-		36.06
Spitalzentrum Biel AG	-	16.8	35.0	-		51.85
Spital STS AG	-	-	17.5	-		17.47
Spitäler FMI AG	-	7.2	10.7	-		17.95
Hôpital du Jura bernois SA (Gruppe)	-	-	29.0	-3.2		25.87
<b>Zwischentotal</b>	<b>10.0</b>	<b>56.4</b>	<b>142.0</b>	<b>-3.2</b>		<b>205.25</b>
<b>Regionale Psychiatrische Dienste</b>						
Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) AC	-	-	62.69	-12.50		50.19
Psychiatriezentrum Münsingen AG	-	-	59.84	-7.08		52.76
<b>Zwischentotal</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>122.5</b>	<b>-19.6</b>		<b>102.95</b>
<b>Gesamttotal</b>	<b>10.0</b>	<b>56.4</b>	<b>264.5</b>	<b>-22.7</b>		<b>308.2</b>

Tabelle 1: Übersicht zum finanziellen Gesamtrisiko des Kantons Bern (Stichtag: Jahresabschluss 2019 der Spitalgesellschaften und des Kantons)

Die Ergebnisse unserer Analyse sind als Simulation mit folgenden einschränkenden Annahmen zu interpretieren: Erstens liegt nur eine geringe Anzahl historischer Datenpunkte für eine statistisch zuverlässige Schätzung der Mittelwerte und Standardabweichungen für die VaR-Analyse vor. Zweitens wird davon ausgegangen, dass die modellierten Reingewinn- sowie EBITDAR-Margen normalverteilt und voneinander unabhängig sind. Dies bedeutet, dass zukünftige Margenverbesserungen und -verschlechterungen über den gleichen Zeitraum betrachtet gleich wahrscheinlich sind, unabhängig von der historischen Entwicklung der einzelnen Margen.

Um das Risiko einer Überschuldung sowie das Risiko eines Liquiditätsengpasses zu analysieren, werden in der VaR-Analyse die zwei nachfolgenden Ansätze verwendet:

#### Ansatz 1 – Überlegungen zum Risiko einer Überschuldung

Das Ziel dieses Ansatzes liegt in der Berechnung eines Minimalwertes, welchen das Eigenkapital der Berner Spitäler mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (Konfidenzintervalle von 90%, 95% oder 99%) bis ins Jahr 2035 nicht unterschreiten wird. Ausgangsbasis dafür bilden die Geschäftsberichte des Jahres 2019, welchen die Buchwerte des Eigenkapitals entnommen wurden.

In einem ersten Schritt werden mithilfe der VaR-Analyse die Reingewinn-Margen für die Jahre 2020 bis 2035 simuliert. Basierend auf mehreren Szenarien für die Verteilungsparameter der Reingewinn-Margen (Mittelwert und Standardabweichung) wird eine Zeitreihe von minimal zu erwartenden Reingewinn-Margen simuliert, welche die Berner Spitäler mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (Konfidenzintervalle) in den Jahren 2020 bis 2035 nicht unterschreiten werden. Anschliessend wird die minimal zu erwartende Reingewinn-Marge auf die erwarteten Umsatzplanungen (Vorjahr inkl. Bevölkerungswachstum) angewendet, um die Veränderung des Eigenkapitals für jedes Jahr zu berechnen. Diese Veränderung des Eigenkapitals wird anschliessend zur Ausgangsbasis (2019) des Eigenkapitals addiert, um den entsprechenden Minimalwert des Eigenkapitals zu erhalten.

Als Erweiterung dieses Ansatzes wird eine «Überschuldungswahrscheinlichkeit» berechnet, indem die Vorgehensweise invertiert wird: zunächst wird die Reingewinn-Marge berechnet, welche für eine Überschuldung nötig wäre. Anschliessend kann approximiert werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit diese eintritt.

### Ansatz 2 – Überlegungen zum Risiko eines Liquiditätsengpasses

Das Ziel des zweiten Ansatzes besteht darin, einen Minimalwert zu berechnen, welchen die flüssigen Mittel (netto) der Spitäler mit Kantonsbeteiligung mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (Konfidenzintervall von 90%, 95% oder 99%) bis zum Jahr 2035 nicht unterschreiten werden. Die flüssigen Mittel (netto) werden hierbei definiert als flüssige Mittel abzüglich Finanzverbindlichkeiten.

Die Abschätzung des Cash Flows erfolgt auf Basis des Gewinns vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Mieten («EBITDAR») und unter Berücksichtigung der zu erwartenden Investitionen. Sofern eine Netto-Schuld besteht, werden zusätzlich kalkulatorische Zinskosten von 5% berücksichtigt. Der minimal zu erwartende Cash Flow wird analog wie im Ansatz 1 mit einem statistischen Modell zur EBITDAR-Marge hergeleitet. Dabei werden die gleichen Szenarien für die Verteilungsparameter (Mittelwert und Standardabweichung) berücksichtigt.

Anders als bei Ansatz 1 besteht aus Liquiditätssicht keine klar definierte Grenze, welche von Gesetzes wegen nicht überschritten werden darf. Zur Einordnung der Resultate werden daher zwei weit verbreitete Finanzierungskennzahlen berechnet:

- Netto-Verschuldung / EBITDAR: Für diese Kennzahl wird in der Praxis üblicherweise ein Maximalwert von vier bis sechs verlangt, im Gesundheitswesen liegt dieser Wert teilweise höher.
- Verschuldungsgrad (Netto-Verschuldung / Total Aktiven): In der Praxis liegen viele Werte zwischen 20% und 60%. Darüber liegende Werte sollten nur kurzzeitig (nach Abschluss einer neuen Finanzierung) beobachtet werden können und die Ausnahme darstellen.

Die nachfolgenden zwei Grafiken veranschaulichen die Logik unserer Berechnung für die beiden Ansätze:

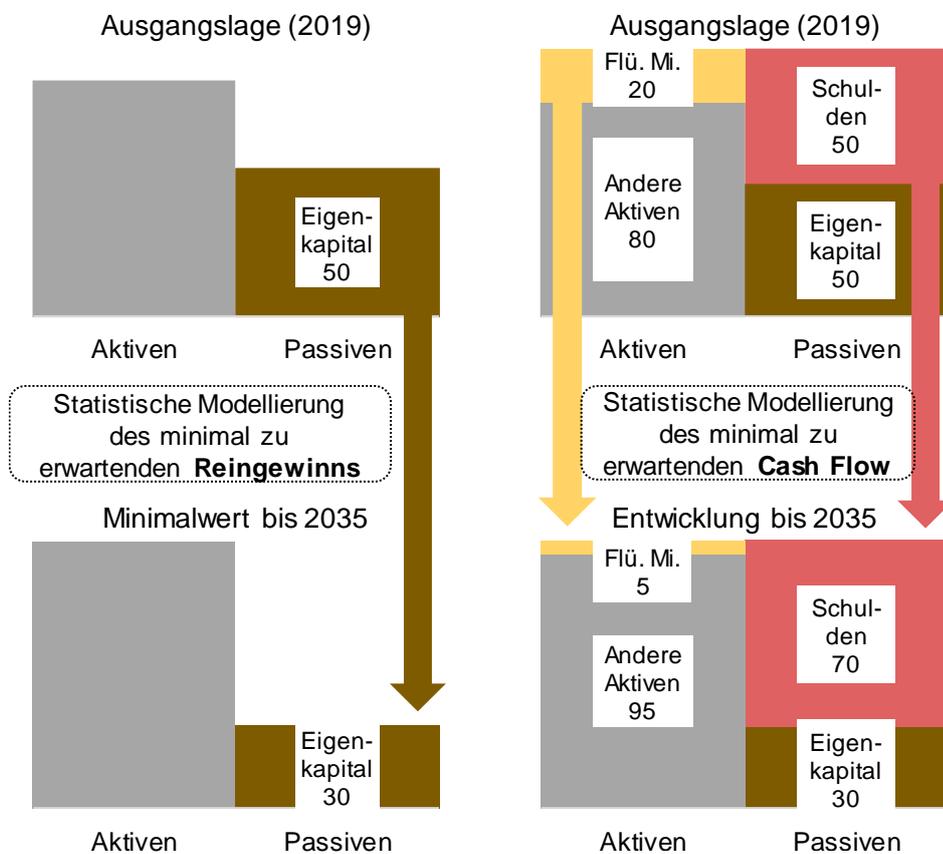


Abbildung 16: Analyse des Risikos einer Überschuldung (links) und des Risikos eines Liquiditätsengpasses (rechts)

## Ergebnisse der Überschuldungsanalyse

Die nachfolgende Abbildung zeigt den minimalen Eigenkapitalwert in Relation zum Buchwert des Eigenkapitals gemäss dem Jahresabschluss 2019 (100%). Die Höhe der Balken symbolisiert dabei die Streuung der Resultate aufgrund der unterschiedlichen Szenarien für die Verteilungsparameter und die Farbe der Balken steht für die drei Konfidenzintervalle, die für die VaR-Schätzung verwendet werden. Die Spitäler 1 bis 7 stehen für die 7 Spitäler mit Kantonsbeteiligung, die wir bei unserer VaR-Analyse anonym behandelt haben.<sup>50</sup>



Abbildung 17: VaR Analyse - Minimaler Eigenkapitalwert

Ein Wert unter Null würde auf eine Überschuldung hindeuten. Ein Wert von 80% bedeutet, dass sich der Buchwert des Eigenkapitals gemessen am Bestand per Ende 2019 bis 2035 um 20% reduzieren wird, d.h. dannzumal noch 80% des Ausgangswertes per Ende 2019 betragen wird. Insgesamt zeigt sich, dass einige Spitäler bis ins Jahr 2035 sehr nahe an eine Überschuldung geraten könnten. So könnte beispielsweise das Eigenkapital von Spital 5 bei einem Konfidenzintervall von 99% auf nur 22% des aktuellen Buchwerts sinken. Die Wahrscheinlichkeit, dass dies passiert, ist jedoch sehr gering (1%) und eine solche Situation würde wohl erst nach mehreren Jahren mit negativen Margen, abnehmender Liquidität und kontinuierlicher Verschlechterung der Substanz resultieren. Entsprechend würde das Ampelsystem des Beteiligungscontrollings eine solche Situation mit grosser Wahrscheinlichkeit frühzeitig erkennen. Hätte Spital 5 anfänglich beispielsweise eine Eigenkapitalquote von 60%, so würde eine Reduktion des Eigenkapitals auf 22% des Ausgangswertes zu einer Reduktion der Eigenkapitalquote auf 25% führen (unter der Annahme, dass das Fremdkapital konstant bleibt). Der Minimalwert des Ampelsystems wäre somit verletzt und eine entsprechende Warnung sichtbar. Insgesamt fällt die Überschuldungswahrscheinlichkeit einzelner Spitäler über den betrachteten Zeitraum gering aus, wie die nachfolgende Abbildung zeigt:

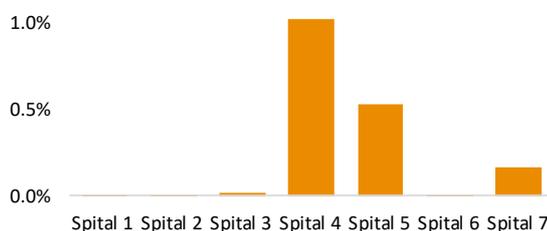


Abbildung 18: VaR Analyse - Überschuldungswahrscheinlichkeit der Spitäler mit Kantonsbeteiligung

## Ergebnisse der Liquiditätsanalyse

**Nettoverschuldung über EBITDA:** Die nachfolgende Abbildung zeigt den maximalen Wert der Nettoverschuldung im Verhältnis zum EBITDAR im Jahr 2035, wobei die Höhe der Balken wiederum die Spannweite der einzelnen Szenario-Resultate darstellt.

<sup>50</sup> Spitäler wurden in der Darstellung anonymisiert, da es sich um eine rein mathematische Simulation handelt, welche mit hohen Unsicherheiten behaftet ist. Ziel des Modells ist es eine Bandbreite zu ermitteln, in welcher die Entwicklung in Zukunft liegen könnte.

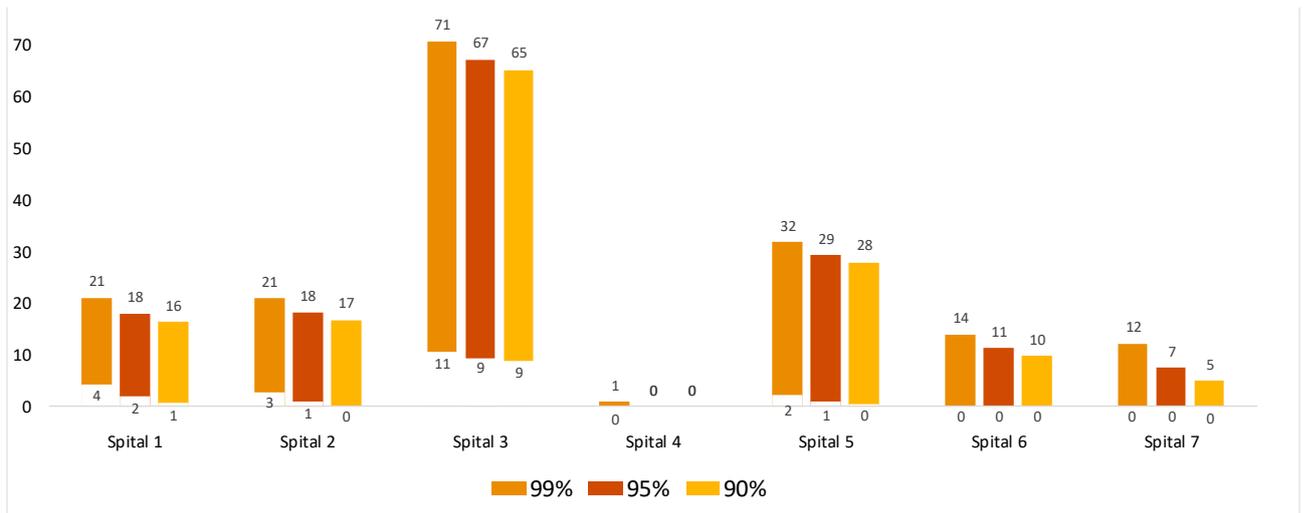


Abbildung 19: VaR Analyse – Maximaler Nettoverschuldung über EBITDA

Aufgrund der unterschiedlichen Situationen der Spitäler (z.B. ob vor kurzem eine externe Finanzierung aufgenommen wurde oder nicht) sind deutliche Unterschiede erkennbar. Eine Einordnung dieser Kennzahl erfordert vertiefte Analysen zur finanziellen Situation eines Spitals (zu dessen Marktposition und betrieblichen Entwicklung, den erwarteten Investitionen sowie ausstehenden Finanzierungen). Insgesamt kommt in der Grafik oben die ungenügende Profitabilität auf Stufe EBITDA zum Ausdruck. Wenn es nicht gelingt, diese bei einer nötigen höheren Verschuldung zu verbessern, liegt diese Kennzahl rasch in einem zu hohen Bereich. Der Profitabilität kommt in diesem Zusammenhang doppelte Bedeutung zu, weil sie einerseits zu einem höheren Fremdkapitalbedarf (Zähler) und andererseits einem tieferen EBITDA führt (Nenner).

**Verschuldungsgrad:** Die Abbildung unten zeigt den maximalen Verschuldungsgrad im Jahre 2035 auf und bestätigt die grossen Unterschiede zwischen den einzelnen Spitälern, die bereits in der oberen Abbildung ersichtlich sind.

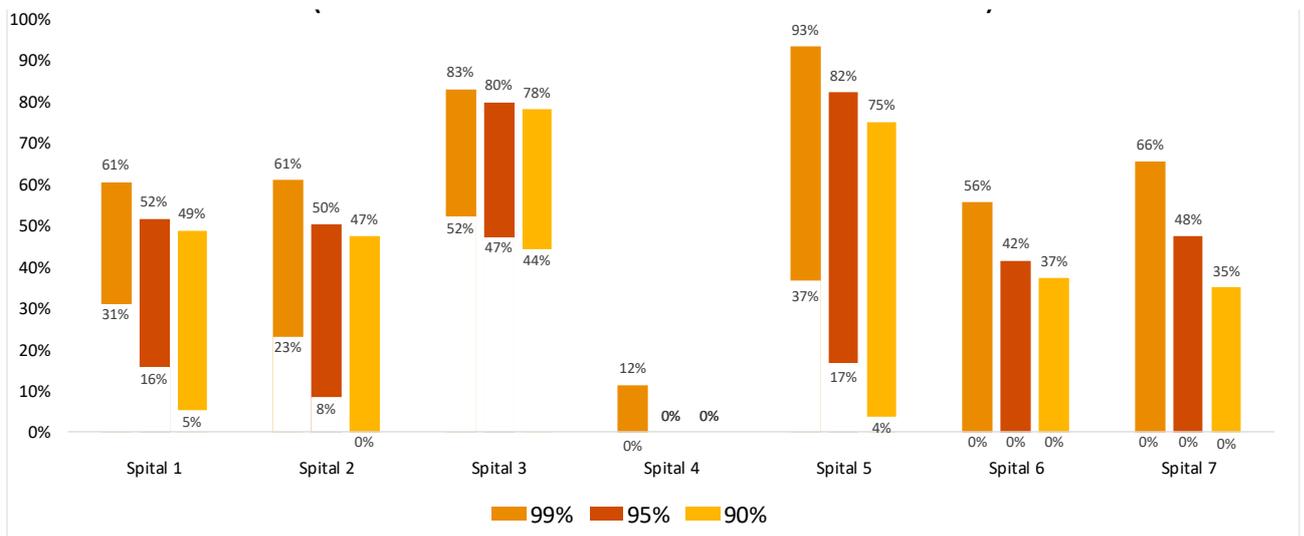


Abbildung 20: VaR Analyse – maximaler Verschuldungsgrad

Während gewisse Spitäler (beinahe) komplett eigenfinanziert bleiben, kann der Fremdfinanzierungsanteil bei anderen Spitälern bis 2035 ein hohes Niveau erreichen. Insbesondere bei Spital 3 und Spital 5 besteht ein gewisses Risiko, die anderen Spitäler liegen auch bei einem Konfidenzintervall von 99% noch in einem kurzzeitig akzeptablen Rahmen. Diese Kennzahl reagiert jedoch tendenziell träger als die Nettoverschuldung über den EBITDA. Auch wenn es nicht zu einer starken Überschreitung der definierten Richtwerte kommt, so ist der Erreichung einer genügend hohen Rentabilität durch das Management der Spitäler trotzdem höchste Priorität einzuräumen. Eine präzise Einordnung dieser Kennzahl bedingt vertiefte Analysen zu der finanziellen Situation

der einzelnen Spitäler anhand der detaillierten finanziellen Businesspläne. Dennoch deutet ein hoher Fremdfinanzierungsanteil auf höhere Kapitalkosten, mehr Auflagen von Investoren sowie auf ein erhöhtes Konkursrisiko der Spitäler hin. Dies könnte zusätzliche finanzielle Zuschüsse des Kanton Bern erfordern. Alternativ könnte der Kanton den Verkauf von Aktien an privat getragene Spitäler oder Investoren in die Wege leiten. Die Abwägung dieser Massnahmen können dabei nicht aus rein finanzieller Betrachtung erfolgen, sondern müssen auch die politischen Zielsetzungen des Kantons Bern berücksichtigen. Aus finanzieller Perspektive bleibt festzuhalten, dass bei Verdacht eines nachhaltigen Wertverlustes der Beteiligungen des Kantons eine Neubewertung zu erfolgen hat. Zusätzliche Investitionen liessen sich dann wohl nur finanzieren, wenn Effizienzmassnahmen zur Erhöhung der Rentabilität verbindlich ergriffen werden.

### **4.3 Risiken und Auswirkungen durch potenzielle Veränderung der Spitallandschaft aufgrund von Ausfällen von Leistungserbringern**

Der Kanton ist verantwortlich für die wohnortsunabhängig Gewährleistung der Grund- und Notfallversorgung in allen Versorgungsregionen. Ziel und gesetzliche Verpflichtung gemäss SpVG ist, dass auch bei einem schrittweisen Rückgang und gar Ausfällen von Leistungserbringung an einem Standort aufgrund der vorher geschilderten Risiken, die Versorgungssicherheit sichergestellt bleibt.

Im Folgenden werden Versorgungsrisiken aus gesamtsystemischer Betrachtung in verschiedenen Szenarien beschrieben, die durch allfällige Ausfälle bzw. Insolvenzen von Leistungserbringern entstehen können. Grundsätzlich ist eine finanzielle Beurteilung dieser schematischen Szenarien nicht möglich, da es sehr stark auf die konkreten Einzelfälle, das Umfeld und auch die Szenarien ankommt. Weitere mögliche Transformationen wie beispielsweise in Gesundheitszentren werden hier nicht betrachtet.

#### **Wegfalle eines dezentralen Regionalen Spitalzentrums (RSZ) durch Insolvenz**

Der Wegfall eines dezentralen RSZ kann eine grosse Auswirkung auf die regionale Gesundheitsversorgung haben. Kurzfristig müssten Rettungsbetriebe einen höheren Aufwand betreiben, um die Patienten an den jeweiligen Versorger mit entsprechender Leistungserbringung zu überführen. Zum einen ist das RSZ für die Sicherstellung der umfassenden Grund- und Notfallversorgung zuständig. Das Leistungsangebot deckt zum anderen auch den regionalen Leistungsbedarf an ambulanter Grundversorgung ab, abhängig von den Strukturen im niedergelassenen Bereich (Spital als Rückgrat der regionalen Gesundheitsversorgung in der Rolle der Koordination des Gesundheitssystems.). RSZ sind zuständig für akute somatische und teilweise psychiatrische Behandlungen, zugleich aber auch für die wohnortsnahe Prävention und Nachsorge. Ein Wegfall eines RSZ kann folglich ein Risiko für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung darstellen. Dies kann zu zwei möglichen Szenarien führen:

##### ***Szenario A – Weiterbetrieb durch einen anderen Betreiber***

Ist der Bedarf an der Gesundheitsversorgung im Gebiet des betroffenen RSZ weiter vorhanden, so sind zwei Szenarien denkbar:

(I) ein weiteres Spital mit Kantonsbeteiligung übernimmt dessen Leistungsangebot oder wird durch den Kanton auf Basis des SpVG dazu verpflichtet oder

(II) eine private Trägerschaft übernimmt das durch Insolvenz weggefallene Spital.

Die Attraktivität für private Träger ist stark vom einzelnen Standort abhängig, jedoch im Allgemeinen aus Sicht PwC als hoch zu bezeichnen. Bei einer allfälligen Übernahme eines Leistungserbringers könnte sich das Leistungsangebot ändern, da das Betriebsmodell langfristig rentabel gestaltet werden muss und vermutlich eine Abstimmung des Leistungsangebots in der übernehmenden Gruppe (unabhängig davon, ob es eine nationale private Gruppe oder ein anderes RSZ ist). Eine Anpassung der Leistungsaufträge zu einer bedarfsgerechten Versorgung sollte im Anschluss durch den Kanton überprüft und im Rahmen der Möglichkeiten sichergestellt werden. Sollte aufgrund z.B. des mangelnden

Einzugsgebiets keine rentable Leistungserbringung möglich sein, kann es notwendig werden, dass der Kanton über ausgeschriebene GWL den für die Versorgungssicherheit notwendigen Standort jährlich im Betrieb finanziert. Wie hoch diese Kosten sind, wäre im Einzelfall zu evaluieren.

### ***Szenario B – Aufgabe des Standorts***

Eine Insolvenz ohne Ersatz oder Übernahme des Spitals – also mit Einstellung des Leistungsangebots – ist denkbar, wenn die Nachfrage nach stationärem Leistungsangebot nicht mehr vorhanden ist, und (c) die Angebotsleistungen stattdessen in einem reduzierteren Betrieb beispielsweise durch ein ambulantes Gesundheitszentrum in anderer Trägerschaft sichergestellt werden können. Ebenfalls ist denkbar, dass (d) der Wegfall eines RSZ aufgrund des regionalpolitischen Hintergrunds verhindert wird, und beispielsweise durch die Aufrechterhaltung eines ambulanten Gesundheitszentrums, mit finanzieller Unterstützung des Kantons (GWL) unabhängig an welche Trägerschaft, ersetzt wird. Die dauerhafte Finanzierung nicht versorgungsrelevanter Standorte ist aus externer Perspektive nicht sinnvoll.

### **Wegfall eines Zentrumsspitals durch Insolvenz**

Kurzfristig müssten Patientenverschiebungen innerhalb des Kantons in Kauf nehmen. Ein Wegfall eines Zentrumsspitals kann, falls es weiterhin in gleichen Umfang für die Versorgungssicherheit benötigt wird, ebenfalls unterschiedliche Auswirkungen haben. Sollte die Nachfrage nicht mehr vorhanden sein oder eine alternativ Versorgungsstruktur verfolgt werden ist eine Transformation in einen Spoke bzw. ein RSZ oder gar ein Gesundheitszentrum zu prüfen. Im Falle des Weiterbetriebs in einer ähnlichen Grösse ergeben sich zwei Szenarien:

#### ***Szenario A – Ausbau Leistungsangebot durch andere Zentrumsspitäler***

Zum einen können weitere Zentrumsspitäler in derselben Versorgungsregion ihr Leistungsangebot erweitern, wodurch die Leistungen stets innerhalb der Versorgungsregion angeboten werden können, und dadurch die Gesundheitsversorgung sichergestellt ist. Eine Konsolidierung des Leistungsangebots gewährt die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Allerdings ist aufgrund der Grösse eines Zentrumsspitals ein Kapazitätsengpass kurzfristig zu erwarten. Wichtig ist, dass sowohl andere Zentrumsspitäler als auch weitere Gesundheitseinrichtungen wie RSZs aber auch Gesundheitszentren möglichst viel der Versorgung übernehmen. Dies stellt aus externer Perspektive eine Chance für die Umsetzung einer abgestuften Versorgung dar. Spezialisierung wird hingegen zunehmend in den Zentrumsspitalern mit Endversorgungstatus konzentriert.

#### ***Szenario B – Übernahme Zentrumsspital durch anderes Zentrumsspital***

Zum anderen können von Insolvenz bedrohte Zentrumsspitäler durch öffentliche oder private Unternehmen übernommen werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein anderes öffentliches oder privates Unternehmen Interesse an der Übernahme eines Zentrumsspitals hat, ist aufgrund der gegebenen Attraktivität und Grösse des Patientenguts des Zentrumsspitals sehr gross. Durch die Übernahme des Leistungsangebots und die Weiterführung des Leistungsangebots kann die Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

### **Wegfall eines Spitals durch Insolvenz bei aktueller Überversorgung**

Sollte in den heutigen Versorgungsstrukturen eine Überversorgung und zu grosse Kapazitäten in der urbanen Region Bern oder auch in ländlichen Regionen bestehen, könnte eine Schliessung ohne Weiterbetrieb der Strukturen erfolgen. Somit kann auch ein Wegfall und Insolvenz von Spitalunternehmen einen positiven Effekt auf die Versorgung haben und die Überversorgung sowie angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren bzw. die gesamte Versorgungsstruktur verbessern. Im meist vorhandenen politischen Diskurs hinsichtlich des Erhalts oder Abbaus von Spitalstandorten ist ein offener Diskurs dazu förderlich, um das entsprechende Bewusstsein zu erhöhen. Somit wird nicht wie bisher meist üblich am Status Quo festgehalten. Aus regionalpolitischem Blickwinkel wird in diesem Kontext häufig eine Weiterentwicklung des kantonalen Gesamtsystems verhindert<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Das Beispiel der Schliessung des Zieglerspitals stellt eine Reduktion der Überkapazitäten dar.

## **Erkenntnisse mit Hinblick auf die Versorgungsszenarien**

Veränderungen beispielsweise durch Übernahmen, Zusammenschlüsse oder Insolvenzen eines Spitalunternehmens können im Hinblick auf die Versorgungsszenarien zu Chancen führen. Folglich können daraus positive langfristige Veränderungen im Berner Gesundheitssystem entstehen. Dabei ist von zentraler Bedeutung, das Fachpersonal nicht zu verlieren. Aus diesem Grund müssen frühzeitig Übergangslösungen aktiv gesucht werden. Entweder werden Anschlusslösungen in der bestehenden Spitalgesellschaft gesucht oder eine neue Übergangsgesellschaft aufgebaut. Auch bei Situationen, wo ein reiner Wegfall von Überkapazitäten stattgefunden hat, ist eine Verteilung von Fachpersonal über weitere Spitalgesellschaften und Gesundheitsanbieter sinnvoll.

Welche Rolle die bestehenden Infrastrukturen haben, ist im Einzelfall zu entscheiden. Wichtig ist, dass der Wettbewerb um Nachfolgelösungen auch mit den privaten Akteuren vor Ort entsteht und nicht isoliert nur unter den öffentlichen Versorgern stattfindet. Ein Verkauf der Spitalimmobilie sollte nicht gleichgesetzt mit einem uneingeschränkten Weiterbetrieb inkl. Leistungsaufträge durchgeführt werden, da scheinbar ein rentabler Betrieb in gleicher Form nicht möglich ist.

# 5. Versorgungsszenarien und 4+ Versorgungsregionen zur Optimierung der Versorgungsplanung

Nach Spitalversorgungsgesetz (SpVG) ist der Regierungsrat für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Kanton Bern zuständig<sup>52</sup>. Der Kanton hat eine steuernde Rolle über die Spitalliste und erbringt die Aufgaben zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten nicht selbst. Auf Basis der vorgestellten Entwicklungen sowie der Beurteilung von Chancen und Risiken hat PwC mögliche Versorgungsszenarien entwickelt. In drei Versorgungsszenarien werden mögliche Zielbilder ausgehend vom vorher dargestellten, abgestuften Hub-and-Spoke Netzwerk beschrieben. So könnte der Kanton proaktiv die Entwicklung der Versorgungsstruktur durch klar formulierte Teilstrategien für die einzelnen Bereiche (insbesondere «somatische und psychiatrische Versorgung und Rehabilitation (ambulant und stationär)») im Rahmen der Gesundheitsstrategie fördern. Aufbauend auf einer anschliessenden Bewertung wird eine externe Empfehlung für das zukünftige Berner Versorgungsmodell gegeben.

Die Spitäler können sich auf Basis dieses klaren Zielbilds, welches durch die GSI als Zielvorgabe kommuniziert wird, bei grundlegenden strategischen Entscheidungen oder Veränderungen in der Versorgungslandschaft (beispielsweise tiefgreifende Angebotsveränderung einzelner Spitalunternehmen, finanzielle Liquidation einer Spitalgesellschaft) neu ausrichten. Zur ausgewogenen Ausarbeitung der Zielbilder empfiehlt PwC den Einbezug von Leistungserbringern in die Erarbeitung eines finalen Zielbildes, damit die Akzeptanz und nachhaltige und langfristige Umsetzbarkeit ermöglicht werden kann.

## 5.1 Hub-and-Spoke-Modell als Lösungsansatz zur Realisierung integrierter Versorgung

Aufbauend auf der in Kapitel 3.3 aktuell stattfindenden Transformation im Schweizer Gesundheitswesen hat PwC bereits in der Vergangenheit ein Hub-and-Spoke Modell entwickelt und gemeinsam mit unterschiedlichen Leistungserbringern sowie Kantonen als Eigner und Kostenträger auf konkrete Fragestellungen angewendet. Das Modell funktioniert unter folgenden Voraussetzungen: Mindestens ein Hub (regional oder im Zentrum) und mehrere Spokes bilden gemeinsam ein Netzwerk. Eine stufengerechte Versorgung wird durch den Patienten selbst oder durch eine geeignete Triage zwischen den Leistungserbringern in diesem Netzwerk sichergestellt. Die Patienten können darauf vertrauen, dass sie dank grosser Transparenz, nachvollziehbaren Handlungen und medizinische Qualität die optimale Behandlung am dafür bestgeeignetsten Ort innerhalb des Netzwerks erhalten. Grundsätzlich gilt: Je spezialisierter eine Leistung ist, desto seltener wird sie erbracht. Dies führt zu einer Abstufung vom medizinischen (und zumeist geografischen) Zentrum zu den dezentralen Standorten.

---

<sup>52</sup> SpVG, Art. 12

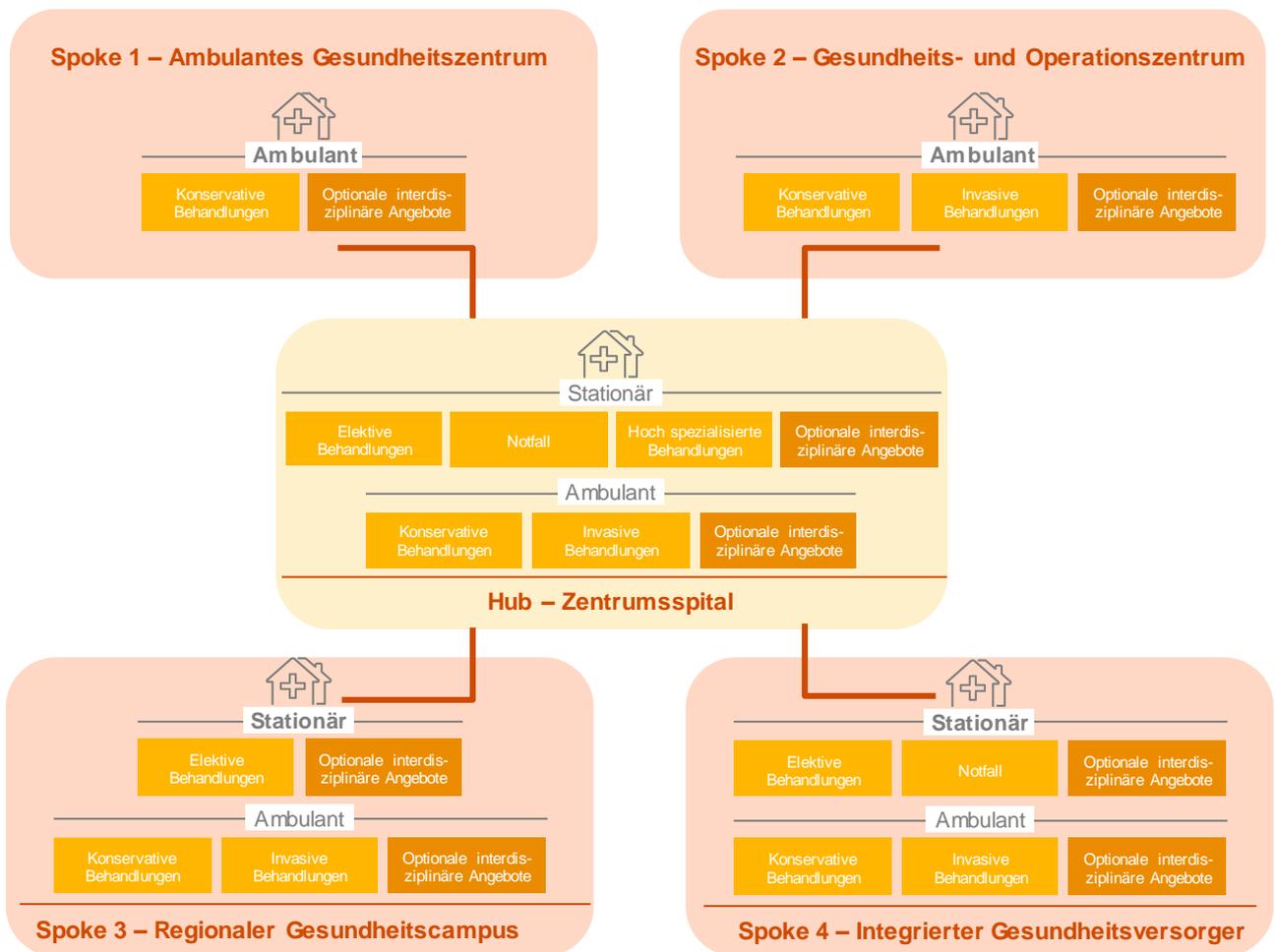


Abbildung 21: Schematische Darstellung Hub-and-Spoke Modell<sup>53</sup>

Das ideale Hub-and-Spoke-Modell stellt eine abgestufte Versorgung im Netzwerk sicher. Dazu werden medizinisch komplexe oder technologie-/ infrastrukturintensive Prozeduren in einem Zentrum (Hub) vorgehalten, welches zudem die Grundversorgung im Zentrum abdecken kann. Verschiedene Spokes (Speichen) stellen zudem die Grundversorgung in der Fläche sicher, wobei sich die Grösse und die thematischen Schwerpunkte der Spokes unterscheiden können. Spokes können sich hierbei gegenseitig ergänzen.

### Das Zentrumsspital als Hub

Der Hub muss nicht zwingend ein Universitätsspital sein. Ein privat oder öffentlich getragenes Zentrumsspital kann als Hub fungieren. Für gewöhnlich stellt dies mit mindestens 18'000<sup>54</sup> stationären Fällen die grösste Versorgungseinrichtung im Modell dar. Ein Hub kann Funktionen für den ganzen Kanton, für mehrere Versorgungsregionen oder für eine Versorgungsregion übernehmen. In grossen Versorgungsregionen sind regionale Hubs mit einem Volumen von mindestens 8'000-12'000<sup>55</sup> stationären Fälle und lediglich einem Fokus auf ein erweitertes Grundversorgungsangebot denkbar. Diese regionalen Hubs nehmen dann eine Rolle innerhalb einer kleinflächigeren Versorgungsregion in dem dortigen Netzwerk ein und verfügen über einen Anschluss an einen zentralen Hub mit Endversorgungscharakter.

Im Hub kommt es zu einer Bündelung von Kompetenzen und Expertisen für die Behandlung komplexer (Mehrfach-)Erkrankungen. Der Hub beinhaltet eine umfangreiche Notfallversorgung sowie ausgebaute Intensivkapazitäten. Alle komplexen und spezialisierten Fälle werden in den Hubs behandelt, damit die kritischen Mindestfallzahlen je Erkrankungstyp erreicht werden können.

<sup>53</sup> Angelehnt an PwC 2020: Zukunft der Versorgungslandschaft Schweiz

<sup>54</sup> Herleitung auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen der Schweiz – Analyse PwC

<sup>55</sup> Herleitung auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen der Schweiz – Analyse PwC

## **Die dezentralen Spokes als Grundversorger, ob Spital oder Gesundheitszentrum**

Die Spokes sind um die Hubs herum angesiedelt und stellen die Grundversorgung in Wohnortnähe sicher. Der Fokus der Spokes liegt auf der Behandlung von einfacheren und häufigen Fällen und wird gegebenenfalls zwecks Profilierung im Wettbewerb durch einen spezifischen medizinischen Schwerpunkt (z.B. Geriatrie oder Orthopädie) ergänzt. Spokes stellen in der Versorgungsregion die flächendeckende, bedarfsorientierte Notfallversorgung rund um die Uhr sicher und übernehmen in dieser Rolle eine zentrale Funktion in der Triage von Patienten ein. Sofern sie die Patientinnen und Patienten nicht selbst versorgen, organisieren sie die Verlegung in eine geeignete Institution (Hub, Gesundheitszentrum, Hausarzt etc.).

Spitäler ohne fokussierte Angebote neben der reinen Grundversorgung haben grundsätzlich grosse Herausforderungen ein wirtschaftliches Geschäftsmodell zu betreiben. Der Markt zeigt, dass für ein erfolgreiches stationäres Angebot mindestens zwei fachspezifische Schwerpunkte notwendig sind. Dies ist auch bei den elektiven stationären Behandlungen im Spoke 3 und 4 der Fall.

Spezialisierte ambulante Spokes können dank effizienter Prozesse im Rahmen der ambulanten Grundversorgung rentabler betrieben werden als die komplexeren Spitalgebilde mit stationären und ambulanten Notfall- und Elektivpatienten. Trotz sinkender Erträge zum Beispiel mit einem rein ambulanten Angebot können durch die bessere Nutzung von Ressourcen höhere Deckungsbeiträge erwirtschaftet werden. Die Spokes weisen stationäre Patienten den regionalen Hubs zu. Dies führt somit auch aus einer Gesamtsystembetrachtung zu einer stärkeren Auslastung von Vorhalteleistungen in den Hubs und somit eine teilweise signifikante Effizienzsteigerung im Gesamtsystem.

## **Ambulante Leistungen im Spitalwesen als Bestandteil der dezentralen Leistungserbringung**

Durch die Entwicklungen und Veränderungen des Schweizer Gesundheitssystems gewinnt das klassische Spital in der ambulanten Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung. Spitalambulante Leistungen machen wie erwähnt zunehmend einen signifikanten Anteil des gesamten Leistungsangebots aus. Dabei wird ersichtlich, dass Personen je länger je weniger den Hausarzt aufsuchen und dessen Leistungsangebot in Anspruch nehmen. Die Zahl der Hausärzte nimmt zudem wie beschrieben ab. Stattdessen wächst der Anteil an Notfallpraxen und Gesundheitszentren, die teilweise direkt im Spital integriert sind und die Rolle des Hausarztes auch im Sinne der Systemsteuerung übernehmen. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch das telemedizinische Angebot, welches die Patientensteuerung in erster Instanz übernehmen kann.

Diese Veränderungen begünstigen die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle. Immer mehr Gesundheitszentren werden errichtet, die neben der ambulanten Behandlung auch die Notfallbehandlung sicherstellen. Diese rein ambulanten Versorgungsinstitutionen, die heute noch kaum existieren, gewinnen durch ihre Effizienzvorteile in der Leistungserbringung zunehmend an Bedeutung. Eine möglichst klare Trennung von ambulanten und stationären Strukturen ist hierbei zukunftsweisend.

## **Rolle des Rettungswesens in einer abgestuften Versorgungslandschaft im Netzwerk**

Zu den Hauptaufgaben des Rettungswesens zählt die Durchführung der Erst- und Notfallversorgung von Notfallpatienten<sup>56</sup> vor Ort mit dem Ziel, die Patienten/-innen in einen transportfähigen Zustand zu bringen, um sie dann anschliessend mit dem Rettungswagen oder -helikopter in ein geeignetes Spital zu befördern. Die Rettungsdienste wie auch private Anbieter werden in Zukunft zunehmend Verlegungstransporte zwischen den Standorten im Rahmen einer abgestuften Versorgung übernehmen. Hierbei ist allerdings zu erwähnen, dass für Verlegungen nicht immer vollausgerüstete Rettungsfahrzeuge nötig sind.

Die Notfallversorgung ist im Kanton Bern entlang der kantonalen Rettungsdienste organisiert. Eine schnelle, notfallmässige Behandlung wird durch diese Rettungsdienste sichergestellt. Dafür sind 23 Rettungsdienste im Kanton Bern zum Betrieb zugelassen.<sup>57</sup> Die Rettungsdienste stellen sich aus Boden- und Luftrettung zusammen. Je nach Bedarf operieren sie im ganzen Kanton.

<sup>56</sup> Definition nach Interverband Rettungswesen (IVR): «Unmittelbar vor dem Tod oder von schwerer gesundheitlicher Schädigung bedrohter Verletzter oder Erkrankter».

<sup>57</sup> Quelle: GSI (2020): Rettungsdienste

Im Rahmen der Versorgungsplanung 2007-2010 beschloss der Regierungsrat die 80/30 Versorgungsregel. Demnach ist die Versorgungssicherheit dann gewährleistet, wenn 80% der Berner Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten durch die Berner Rettungsdienste über die Strasse erreicht werden können.<sup>58</sup> Die Erreichbarkeit kann mit einem Verkehrsmodell und der Bevölkerungsverteilung überprüft werden. Seit der Einführung dieser Versorgungsregelung hat sich die planerische Regel des bernischen Rettungswesens nicht mehr geändert. Dennoch wurden in den vergangenen Jahren Optimierungsprojekten bei der Lokalisation der unterschiedlichen Rettungsstützpunkte im Kanton Bern durch die GSI durchgeführt.

Bei einem verstärkten Aufbau von Hub-and-Spoke-Strukturen und allfälliger Reduktion dezentraler Kapazitäten, wäre der Ausbau von Rettungsdiensten zur Einhaltung der Versorgungsregeln vermutlich notwendig<sup>59</sup>, da die Wege zwischen hoch installierten Notfallstationen weiter werden könnten. So wäre z.B. vorstellbar, dass regionale Gesundheitscampusse oder ambulante Gesundheitszentren als Basis für den Rettungsdienst dienen, sodass die Patienten von dort, bzw. ihrem Unfall-/ Krankheitsort direkt in die regionalen Hubs verlegt werden, wenn ein medizinischer Notfall festgestellt wurde. Auch der Ausbau der Luftrettung mit Stützpunkten in den regionalen Hubs wäre denkbar, um die Erreichbarkeit von Notfallpatienten (z.B. bei kritischen Indikationen wie Herzinfarkt) zeitnah und engmaschig sicherzustellen.

Grundsätzlich ist aus Sicht PwC eine Verstärkung der Rettungsdienste aus Wirtschaftlichkeitsüberlegung den Erhalt von unnötigen stationären Versorgungsstrukturen vorzuziehen. In Bezug auf die Patientenzentrierung und die Qualität der Versorgung ist eine Neuausrichtung unabhängig der historischen Strukturen notwendig.

## 5.2 Voraussetzung zur Neuordnung der Versorgungsregionen (4+-Regionen-Modell)

Auf Basis der bisherigen Argumentationen und dem durch PwC entwickelten und vorgeschlagenen Zielbild ist eine neue Gliederung des bisherigen 6+-Regionenmodell in neu 4+ Versorgungsregionen (Berner Mittelland; Biel-Seeland-Berner Jura; Oberaargau & Emmental; Berner Oberland) aus externer Perspektive sinnvoll und wird durch PwC empfohlen. Durch die vorgeschlagene Einteilung können Kooperationen innerhalb der neuen Versorgungsregionen, aufgrund der höheren Fallzahlen und somit stärkeren Fokussierung auf einzelne Leistungsangebote, gestärkt werden. Durch die neue grossräumigere Organisation werden die Leistungsanbieter im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheit aufgefordert Kooperationen auch mit weiter entfernten Organisationen aktiv im Sinne der abgestuften Versorgung zu entwickeln. Spezialisierung wird innerhalb der Neuordnung der Versorgungsregionen zunehmend in den Zentrumsspitalen mit Endversorgungsstatus konzentriert.

Die Versorgungsregionen sind so gestaltet, dass zum einen auf den aktuellen (Spital-)Strukturen aufgebaut wird und zum anderen eine Steuerung der Versorgung und Patientenströme realistisch ist. Hierfür ist je Versorgungsregion ein Einzugsgebiet von mindestens 18'000 stationären, akutsomatischen Fällen als gesamte Nachfrage notwendig<sup>60</sup>. Damit ist eine qualitativ hochwertige, abgestufte Versorgung finanziell tragbar und umsetzbar. Durch ein Zusammenführen der heutigen 7 Versorgungsregionen zu 4 kann folglich eine kritische Grösse des Einzugsgebietes von ca. 150'000 Personen und somit mindestens 18'000 Fällen in allen Regionen<sup>61</sup> erreicht werden.

Die Region Berner Mittelland verändert sich bezüglich der heutigen geographischen Gliederung nicht. Hingegen wird aus Biel-Seeland und Berner Jura eine gemeinsame Versorgungsregion Biel-Seeland-Berner Jura. Anhand der Patientenströme ist zu erkennen, dass die geographisch festgelegten Versorgungsregionen bereits heute nicht den tatsächlichen Patientenströmen entsprechen. So lassen sich beispielsweise Patienten vom südlichen Teil des Berner Juras schon heute oft in der Region Biel-Seeland behandeln. Diese Erkenntnis unterstützt die Zusammenführung der beiden Versorgungsregionen.

<sup>58</sup> Versorgungsplanung Kanton Bern, 2016

<sup>59</sup> In diesem Kontext wurde keine genaue Herleitung über den Aufwand für den Rettungsdienst durchgeführt. Zudem sind die abschliessenden Patientenströme in diesem Versorgungsmodell nicht bekannt, sodass die Auswirkung nur vermutet werden kann.

<sup>60</sup> Herleitung auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen der Schweiz – Analyse PwC

<sup>61</sup> Herleitung auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen der Schweiz – Analyse PwC

Darüber hinaus werden die Versorgungsregionen Oberaargau und Emmental sowie Berner Oberland Ost und Berner Oberland West zu einer Versorgungsregion zusammengefasst, um die Koordination der Leistungen innerhalb dieser Regionen zu vereinfachen.

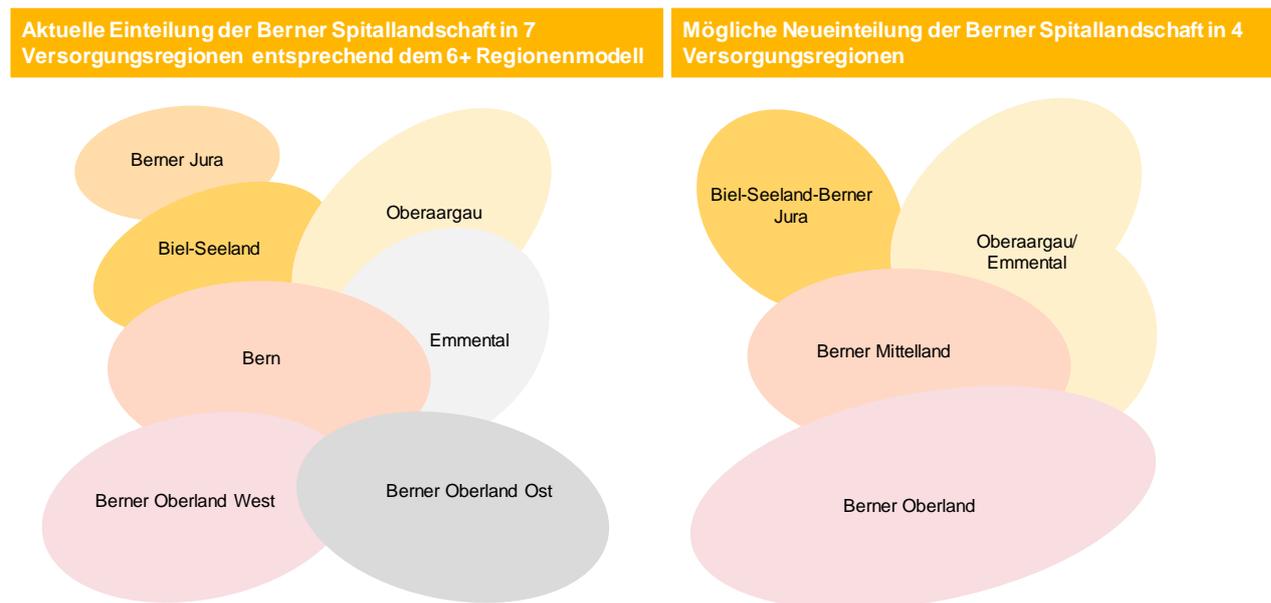


Abbildung 22: Schematische geographische Darstellung der Berner Spitallandschaft mit 7 respektiv 4 Versorgungsregionen<sup>62</sup>

Durch die Reduktion der Versorgungsregionen steigt der Eigenversorgungsgrad im neuen Modell mit 4 Versorgungsregionen im Verhältnis zu 7 Versorgungsregionen. Hierdurch wird eine stärkere Patientensteuerung innerhalb der jeweiligen Versorgungsregionen sowie vor allem eine Spezialisierung auf einzelne Leistungsbe- reiche aufgrund der höheren Fallzahlen ermöglicht. Eine bedarfsorientierte Versorgungssteuerung ist dank der steigenden Mobilität in grösseren und damit effizienteren Versorgungsregionen möglich - dies durch eine stär- kere Abstufung und Leistungskonzentration innerhalb der einzelnen Versorgungsregionen.

Insgesamt reduziert sich nach Einschätzung PwC durch die weitere Gliederung der Versorgungsregionen so- wohl das Versorgungs- als auch das finanzielle Risiko durch eine stärkere Verteilung der Leistungsangebote auf unterschiedliche Leistungserbringer.

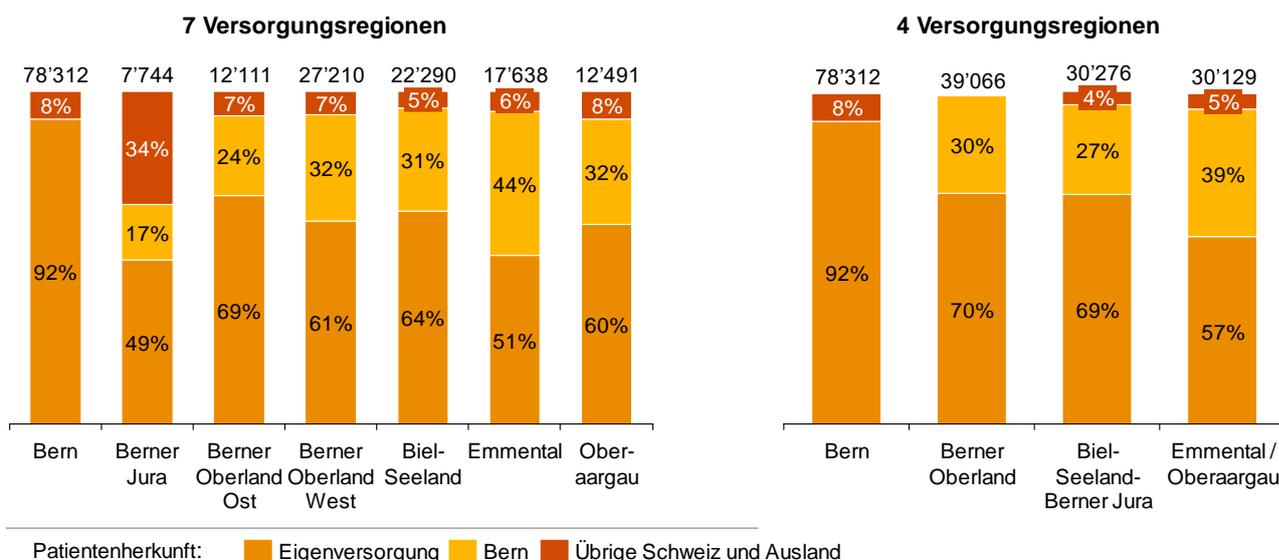


Abbildung 23 Patientenstromanalyse der stationären Fälle in den 7 (links) respektive 4 Versorgungsregionen (rechts)

Insgesamt gilt zu beachten, dass die Handlungsoptionen in den Regionen im konkreten Fall unterschiedlich sind. Während in den Regionen Berner Oberland und Biel-Seeland-Berner Jura eine enge Zusammenarbeit

<sup>62</sup> Die Versorgungsregion Biel-Seeland-Berner Jura werden als eine Einheit betrachtet.

zwischen den Leistungserbringern zentral ist, kann in der Region Oberaargau & Emmental eher davon ausgegangen werden, dass die Nähe Hub im Sinne des Endversorgers eine zentrale Rolle einnimmt.

### 5.3 Ansätze zur Schaffung eines Zielbildes für Leistungserbringer auf der Basis eines Hub-and-Spoke-Modells

Die schematischen Darstellungen zeigen mögliche Transformationen der heutigen Spitallandschaft im Kanton Bern in durch PwC neu entwickelten Versorgungsszenarien. Die Grafiken im Überblick lassen keine Rückschlüsse auf die heutigen Leistungserbringer zu. Im Rahmen des Berichts fand kein Austausch mit den einzelnen Leistungserbringern innerhalb des Kantons statt. Diese wäre inklusive weiterer Abklärungen und Analysen für die detaillierte Ausarbeitung neben einem politischen Entscheidungsprozess notwendig. Zur Vereinfachung der Darstellungen wurden lediglich akutsomatische Leistungserbringer als «Hubs» und «Spokes» abgebildet, da sie wichtige Triagefunktionen im Gesundheitssystem übernehmen. Die Szenarien sollten in der konkreten Ausgestaltung später mit Psychiatrie und Rehabilitation ergänzt werden, um eine integrierte Versorgung im Modell abzubilden.

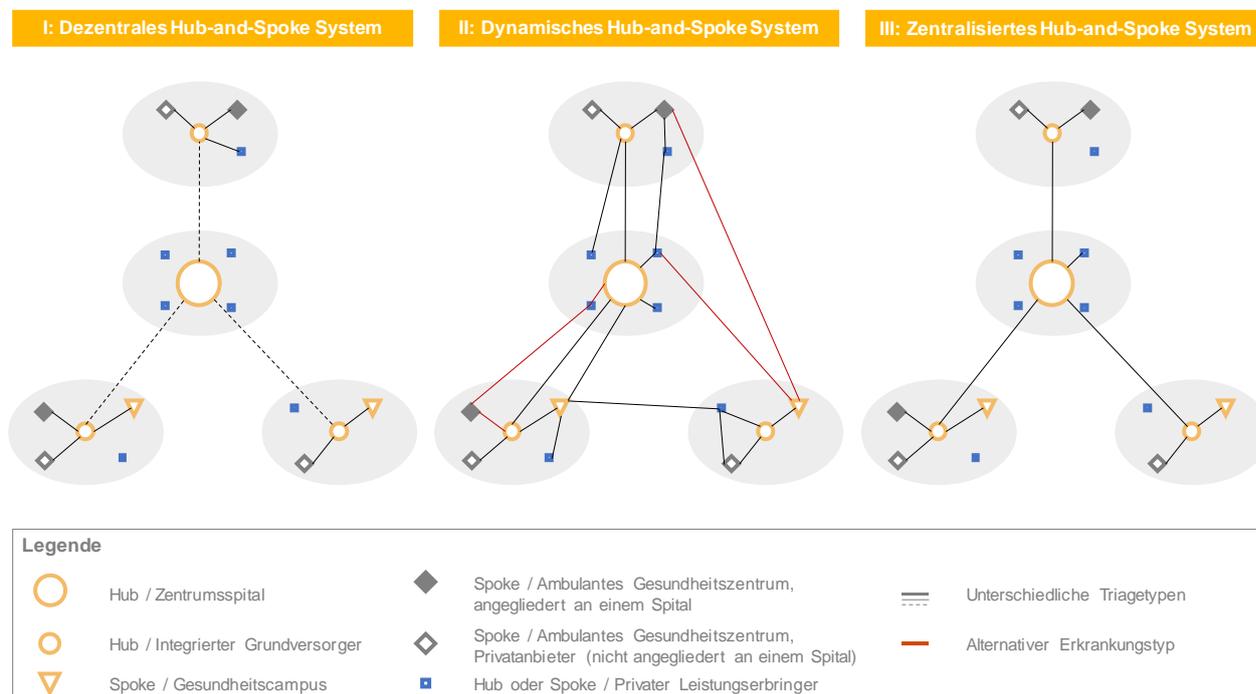


Abbildung 24: Übersicht möglicher Versorgungsszenarien (illustriertes Modell)

#### I: Dezentrales Hub-and-Spoke System

Das Versorgungsszenario I «Dezentrales Hub-and-Spoke System» ist durch eine starke Steuerung des Systems durch dezentrale Hubs sowie deren dezentralen Vernetzungen gekennzeichnet. Hierbei wird die Systemsteuerung stark innerhalb der definierten Versorgungsregionen wahrgenommen und die dezentralen Hubs übernehmen die koordinierende und triagierende Rolle mit dem Zentrumsspital. Durch die dezentralen Hubs sowie die Gesundheitszentren als Spokes ist die Grundversorgung in der ganzen Versorgungsregion sichergestellt und ein naher Austausch mit niedergelassenen Allgemein- und Fachpraktikern ist möglich. Einzelne Spokes als Gesundheitscampus oder ambulante Gesundheitszentren ergänzen die integrierten Grundversorger mit ambulanten und stationären Leistungen und bieten zusätzliche Leistungen im Rahmen des abgestuften Versorgungsmodells. Spezialisierung wird zunehmend in den Zentrumsspitalern mit Endversorgungsstatus konzentriert.

Das dezentrale Hub-and-Spoke-System ist eine Weiterentwicklung der heutigen Versorgungsstrukturen und weicht von heutigen Prämissen nicht stark ab. Die Regionen können etwas großflächiger gedacht und kleinere

Regionalspitäler zu Gesundheitscampussen oder Gesundheitszentren umgestaltet werden. Eine Transformation gegenüber dem Status-Quo ist auch in diesem Versorgungsszenario notwendig.

---

## **II: Dynamisch-integriertes System**

---

Das Versorgungsszenario II «Dynamisch-integriertes System» besteht aus sich überlappenden und sehr flexiblen Strukturen. Entsprechend den medizinischen Leistungen werden verschiedene Netze mit Hubs (Zentrumsversorgern und integrierten Grundversorgern) und Spokes (Gesundheitscampusse und Gesundheitszentren sowie spezialisierten Leistungserbringern) gegliedert. Diese unterstützen sich gegenseitig in der Leistungserbringung und kooperieren untereinander. So können unterschiedliche erkrankungsspezifische Kompetenzzentren (z.B. Tumorboards, Brustzentren) innerhalb des Kantons physisch oder virtuell gebildet und auch über Versorgungsregionen hinweg etabliert werden. Da das System somit erkrankungsspezifisch unterschiedlich ist, entsteht eine hohe Komplexität in der Steuerung und Abstimmung der Leistungserbringung. Um ein solches Versorgungsnetzwerk durch die Leistungserbringer aufzubauen ist massgebend, dass alle Leistungserbringer sich an der Grundversorgung beteiligen. Der Kanton gibt hierbei lediglich das Zielbild vor und kann durch Steuerung über Anreizsysteme die Entstehung unterstützen.

Die langfristige, finanzielle Überlebensfähigkeit der einzelnen Spitalunternehmen kann durch die starke Vernetzung und jeweilige starke Spezialisierung auf gewisse Erkrankungsbilder sowie Abgabe von Leistungsangeboten gesichert werden. Durch den Fokus wird eine qualitative und effiziente Leistungserbringung ermöglicht. Wird das Konzept mit der aktuellen Situation verglichen, so werden neu die Überweisungen nicht mehr entlang von Unternehmens- oder Trägerschaftszugehörigkeiten der Spitäler vollzogen, sondern erkrankungsspezifisch geplant.

---

## **III: Zentralisiertes Hub-and-Spoke System**

---

Das Versorgungsszenario III «Zentralisiertes Hub-and-Spoke System» ist durch eine starke Systemsteuerung durch den Zentrumsversorger gekennzeichnet. Die Grundversorgung sowie häufige elektive Interventionen werden in den Regionen sichergestellt, allerdings stark durch das Zentrumsspital gesteuert. Die spezialisierte (Notfall-)Versorgung wird durch ein sehr stark ausgebautes Triagesystem in Richtung des Zentrums sichergestellt. Spokes erbringen in diesem Modell nur einfache elektive Leistungen (Grundversorgung) und im Einzelfall Notfälle mit geringer Komplexität.

Es handelt sich in gewissem Masse um eine Konzentration des heutigen Angebotes im Sinne einer sehr stark abgestuften Versorgung. Die (hoch-)spezialisierte Versorgung wird durch das Zentrumsspital gesichert. Die grösseren Regionalspitäler werden als integrierte Grundversorger lediglich mit dem Grundversorgungsauftrag etabliert und stark durch das Zentrumsspital gesteuert. Die kleineren Aussenstandorte werden zu ambulanten Gesundheitszentren und nach den Bedürfnissen und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen umgestaltet.

## **5.4 Anwendung und Beurteilung des Hub and Spoke Modells im Kanton Bern**

Die drei Versorgungsszenarien können anhand der drei Dimensionen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit beurteilt werden. Eine Zusammenstellung der Beurteilung inkl. weiterer Beurteilungskriterien ist in nachfolgender Tabelle dargestellt:

		Status Quo 2020	Versorgungsszenario I	Versorgungsszenario II	Versorgungsszenario III
Dimensionen	Wirksamkeit	◐	◑	◑	◐
	Zweckmässigkeit	◐	●	◐	◐
	Wirtschaftlichkeit	◐	◐	◐	●

Weitere Beurteilungskriterien	Leistungs- und Medizinische Qualität der Versorgung	◐	◑	◑	◐
	Zugänglichkeit	◐	◑	◑	◐
	Niedrige Eintrittsbarrieren und Sicherstellung optimale Triage	◐	◑	◑	◐
	Fachkräfteorientierung	◐	◐	◐	◑
	Kontinuität / Umsetzbarkeit	●	◑	◐	◐
	Digitalisierung / Technologie	◐	◐	◑	◐

Tabelle 2 Beurteilung der Versorgungsszenarien anhand verschiedener Kriterien<sup>63</sup> (● = erfüllt bis ○ = nicht erfüllt)

### Gesamtfazit und Anwendung auf den Kanton Bern aus PwC-Sicht

Aus externer Perspektive und auf Basis des Beurteilungsrasters sollte das Versorgungsszenario I als Zielbild durch die GSI herangezogen werden, um eine verstärkte Netzwerkbildung zu erreichen, innerhalb der neuen Regionen aber vor allem eine hohe Abstimmung zu realisieren. Die GSI könnte darüber hinaus in der weiteren Versorgungsplanung ihre Massnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung wo möglich so ausrichten, dass die innovativen Aspekte aus dem Versorgungsszenario II Einfluss finden können – insbesondere hinsichtlich der Bildung von klaren Schwerpunktzentren auch ausserhalb des Zentrumsspitals. In der Reinform wäre die Umsetzung des Versorgungsszenario II derart komplex, dass der Nutzen nur zu übermässigen Kosten entstehen könnte.

Das dritte Versorgungsszenario ist sowohl aufgrund der geographischen Gegebenheiten mit den sehr ländlichen Gebieten und Tälern sowie der vorhandenen Patientenbedürfnisse als auch aufgrund der aktuellen Infrastruktursituation kein attraktives Zielbild.

Im Konkreten könnten im Versorgungsszenario I die folgenden Kernelemente umgesetzt werden. Diese Versorgungsstrukturen organisieren sich entlang einer abgestuften Versorgung und integrieren Spitäler aller Trägerschaft innerhalb der Versorgungsregionen. Somit kann die bestmögliche Versorgung sowie unterschiedliche, verstärkte Kooperationen über zahlreiche Leistungserbringer sichergestellt werden. Die regionalen Spokes orientieren sich abgestuft an den regionalen Hubs und weisen nur in komplexen Einzelfällen mit klarer Indikation direkt an die Zentrumsversorger zu. Die Zentrumsversorger ergänzen sich mit ihren Angeboten und können überlappend in verschiedenen Bereichen Endversorgungsstatus erlangen.

In der urbanen Versorgungsregion sind im konkreten Fall Bern drei Zentrumsspitäler vertreten: die Insel, die LHG sowie die HLB, wobei die Insel mit ihrem Status als Endversorger eine Sonderrolle einnimmt. Alle drei Spitäler nehmen eine Rolle der Zentrumsversorgung als Hub ein, allerdings nicht in allen Erkrankungstypen. Die Insel stellt darüber hinaus den universitären Endversorger mit zahlreichen Leistungsaufträgen in der hochspezialisierten Medizin (HSM) dar und nimmt somit eine spezielle Rolle ein.

<sup>63</sup> Eine Beschreibung der Kern- und Beurteilungskriterien sowie die ausführliche Beschreibung aller drei Versorgungsszenarien ist im Anhang zu finden.

### **Exkurs: Die Rolle des Inseospitals als Endversorger**

Das Inseospital als universitärer Zentrumsversorgung der Insel Gruppen AG und des Kantons Bern hat innerhalb der Versorgungsstrukturen im Kanton Bern eine Sonderstellung gegenüber den weiteren Zentrumsversorgern in der Stadt Bern, der LHB und HLB. Dies wird in den Grundsätzen des Inseilvertrags gemäss Artikel 36 des Spitalversorgungsgesetzes deutlich<sup>64</sup>. Auf dieser Basis hat das Inseospital gegenüber den privaten Konkurrenten nicht nur aufgrund der breiten, (hoch-)spezialisierten Versorgung und aufgrund der Leistungen in Lehre und Forschung zugunsten der Universität Bern, sondern auch im Rahmen der Kooperationen mit weiteren RSZs eine Sonderposition als Zentrum eines Hub-and-Spoke Modells.

Wie in der Akutsomatik sind auch ähnliche Versorgungsstrukturen in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation in Zukunft verstärkt denkbar. Allerdings sind die erkrankungsspezifischen Zentren nicht zwingend im urbanen Zentrum des Kantons zu finden. Eine integrierte Versorgungsansicht mit der Schnittstelle aller drei Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie sowie Rehabilitation muss bei der weiteren Ausarbeitung des Zielbilds durch die Leistungserbringer berücksichtigt werden. Der Kanton sollte dies aktiv als Ziel für alle Leistungserbringer unabhängig von Bereich und Trägerschaft vorgeben und aktiv durch entsprechende Massnahmen fördern. Wünschenswert wären insbesondere integrierte Campusse, auf denen Leistungserbringer aus allen Fachbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) lokal gebündelt sind.

---

<sup>64</sup> Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat (2019): Grundsätze des Inseilvertrags gemäss Artikel 36 des Spitalversorgungsgesetzes

# 6. Mögliche Massnahmen zur Verbesserung der Planungs- und Steuerungsinstrumente

## 6.1 Der Kanton Bern bereits heute Gestalter der Gesundheitsversorgung in mehreren Rollen

Die Regulation des Schweizer Gesundheitswesens ist gekennzeichnet durch unterschiedliche Planungs- und Steuerungsinstrumente auf nationaler (Bund und GDK) und kantonaler Ebene. Die kantonale Versorgungssteuerung ist hierbei von hoher Bedeutung und wird durch die subsidiäre Steuerung über die Eignerrolle ergänzt (vgl. Eigentümerstrategien). Ausgehend von den Rahmenbedingungen des Bundes durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG), ist den Kantonen eine Mehrfachrolle in der Gestaltung des Gesundheitswesens vorgegeben. Die Mehrfachrolle besteht aus den folgenden Aufgaben:

1. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für die Berner Bevölkerung
2. Regulierung und Aufsicht im kantonalen Gesundheitsmarkt
3. Finanzierung von stationären Behandlungen und
4. Kantonsbeteiligung an Spitälern.

Zu 1. und 2.

Der Kanton, u.a. in Form der GSI, sollte frühzeitig die relevanten übergreifenden Trends antizipieren und allen Leistungserbringern die Kompetenzen geben, um auf diese, sowie die detaillierten Entwicklungen der Leistungserbringung im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheit reagieren zu können<sup>65</sup>. Ein gutes Beispiel stellt hier der in Vernehmlassung befindender Experimentierartikel dar, welcher im KVG<sup>66</sup> aufgenommen werden und unter anderem zur Kostendämpfung beitragen soll. Dieser soll u.a. Pilotprojekte zur Innovationsförderung durch den Kanton Bern und den Bund beispielsweise für digitale Lösungen, flächendeckende Einführung von Qualitätsindikatoren oder sonstige Innovationen in der Versorgung und bei den Leistungserbringern ermöglichen. Im Rahmen von Pilotprojekten kann der Kanton zum Beispiel auch eine Begleitung durch Dritte fördern und eine Berichterstattung vorsehen. Die GSI kann also Pilotprojekte mit entsprechenden Rahmenbedingungen unterstützen und den Leistungserbringer bei der Finanzierung solcher Pilotprojekte durch Dritte (z.B. Krankenversicherungen) beiseite stehen. Darüber hinaus kann der Kanton Steuerungsmechanismen erlassen, welche Trends wie die Ambulantisierung trotz nicht kostendeckender Tarife fördert, wie z.B. die Ausweitung der Liste ambulant durchzuführender Eingriffe, wie dies der Kanton Bern per 01.07.2021 in Anlehnung an die Kantone Luzern und Zürich tut.

Zu 2.

Insgesamt befinden sich die Berner Versorgungsstruktur aktuell in einem Spannungsfeld zwischen dem primär verfolgten freien Wettbewerb (inkl. unternehmerischer Freiheit) und der Regulierung, welche die Umsetzung der nationalen und kantonalen Gesetze darstellt. Der Kanton sollte sich in seinen unterschiedlichen Rollen noch verstärkt als Befähiger sehen. Er setzt eine klare Zielvorgabe der Versorgungsstrukturen und unterstützt die Leistungserbringer dabei diese umzusetzen und Hürden in der Weiterentwicklung zu überwinden. Somit steuert der Kanton durch Befähigung der Spitäler.

<sup>65</sup> Hierbei steht nicht die detaillierte Trendforschung im Vordergrund, sondern das Verständnis zu den grossen Entwicklungen, wie sie im vorliegenden Bericht beschrieben werden.

<sup>66</sup> Experimentierartikel (Art. 59b E-KVG)

Wichtig ist zudem eine klare Zielvorgabe an die Beteiligten in den Versorgungsstrukturen, an welcher sie sich im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheiten orientieren können. Wo möglich sind Steuerungsmechanismen wie Mindestfallzahlen, ambulante Listen, Kooperationsverpflichtungen oder auch selektivere/ reduzierte Vergabe von Leistungsverträgen zu prüfen.

Zu 3.

Im Rahmen der Finanzierung von Gesundheitskosten (aktuell über den kantonalen Anteil der stationären Behandlungen) ist der Kanton an einer effizienten Leistungserbringung interessiert. Hierbei spielt auch eine starke ambulante Leistungserbringung, wo möglich, eine wichtige Rolle, um langfristig den Anstieg von Gesundheitskosten kontrollieren zu können.

Zu 4.

In der Rolle als Eigner von Spitalgesellschaften ist die «Public Corporate Governance» und somit die Aufteilung der Einflüsse und Kompetenzen von Bedeutung. Hier trennen sich die Kompetenzen des Grossen Rats und des Regierungsrats. Der Grosse Rat übernimmt die Gesetzgebung und schafft den kantonalen regulatorischen Rahmen. Weiter übt er die Oberaufsicht über sämtliche kantonalen Beteiligungsgesellschaften aus. Bezogen auf die Spitäler mit Kantonsbeteiligung obliegt dem Regierungsrat hauptsächlich die Aufsichts-, die Steuerungs- und Controllingrolle sowie die Umsetzung der nationalen und kantonalen Gesetzgebungen.

Im Rahmen eines Beteiligungscontrollings der Spitäler mit Kantonsbeteiligung bringt die unternehmerische Freiheit auch eine unternehmerische Verantwortung mit sich. Bei signifikantem Abweichen der Kennzahlen von den Vorgaben sind Konsequenzen aus Kantonssicht verstärkt zu prüfen. Diese können vom Einverlangen von Konzepten, Businessplänen oder sonstigen Dokumenten sowie Controllinggesprächen und Sonderberichterstattungen an den Regierungsrat beinhalten (definiert in den Eigentümerstrategien der Unternehmen).

## **6.2 Ziele zur Verbesserung der Planungs- und Steuerungsinstrumente für die Versorgungsplanung**

Aus Sicht des Kantons Bern lassen sich für die langfristige Weiterentwicklung vier Ziele definieren, auf welche die regulativen Massnahmen ausgerichtet werden sollten:

### **Abgestufte Versorgung im Netzwerk**

Der Kanton Bern strebt eine vernetzte Versorgungslandschaft an. Hierfür ist die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer anhand eines präferierten Zielbilds vorgesehen. Dabei sollte klar auf die unternehmerische Freiheit und nur sehr vereinzelt auf regulatorischen Zwang gesetzt werden. Allerdings sollen die Rahmenbedingungen so sein, dass auch juristische Anpassungen an den Eigentümerstrukturen, beispielsweise über gegenseitige Beteiligungen möglich sind. Im Rahmen des Beteiligungscontrollings kann der Kanton seine Gesellschaften stärker das Zielbild verfolgen lassen und entsprechend lenken. Dieses Versorgungsmodell sollte für Kooperations-, Standorts-, Angebotsentscheide Richtlinie für alle Leistungserbringer, unabhängig von der Trägerschaft sein, lässt sich aber durch Regulation lediglich begünstigen und nicht durchsetzen.

### **Wettbewerb ausgerichtet an der Versorgungsqualität**

Der Wettbewerb in der Berner Spital- und Versorgungslandschaft sollte sich an der Qualität der Versorgung der Bevölkerung orientieren. Reine Orientierung an Behandlungsmengen, wie sie das System heute fördert, sollen durch andere Anreize, wie Ausrichtung der Anreizstrukturen an Qualität, möglichst verhindert werden. Hierzu sind die Grundpfeiler der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit hervorzuheben. Die Messung der Versorgungsqualität nach unterschiedlichen Kriterien gestaltet sich sehr herausfordernd. Aus Sicht des Kantons Bern ist hier auf Vorgaben auf Bundesebene abzustützen, welche sich in Erarbeitung befinden.

### **Trägerschafts-unabhängiger Kooperationswettbewerb**

Unabhängig von der Trägerschaft oder der Zugehörigkeit zu Spitalunternehmen oder Versorgungsregionen ist die Versorgung durch Kooperationen und Wettbewerb (zusammen Kooperationswettbewerb) auch träger-

schaftsübergreifend an der Verbesserung der Versorgung auszurichten. Bewusst können auch zwischen öffentlichen und privaten Trägerschaften engere Kooperationsvereinbarungen geknüpft werden – wie bereits heute teilweise vorhanden. Das Prinzip der gleichberechtigten Partnerschaft ist hierbei im Grundsatz zu verfolgen, um Vertrauen für eine langfristige Zusammenarbeit zu erzeugen.

### **Eigenständige wirtschaftliche Tragbarkeit der Spitäler mit Kantonsbeteiligung**

Die Eigenständigkeit und wirtschaftliche Unabhängigkeit der öffentlichen Spitalunternehmen sind langfristig nur durch eine ausreichende Wirtschaftlichkeit sicherzustellen. Durch eine minimale EBITDA(R)-Marge von 10.0% in der Akutsomatik (Kleinere und weniger hoch installierte Spitäler kommen vermutlich ebenfalls mit einem Wert von 8.0% - 10.0% aus.) bzw. 8.0 % in der Psychiatrie kann der Gestaltungsfreiraum der einzelnen Spitalunternehmen uneingeschränkt und langfristig ohne regulatorische Eingriffe der strategischen Führung übertragen werden. Der Kanton kann langfristig eine möglichst zurückhaltende Eignerrolle bei den öffentlichen Spitalunternehmen übernehmen oder gar die Eignerrolle teilweise an private Anbieter abgeben.

Sollte dieses Ziel nicht erreicht werden, kann der Kanton über die jeweilige Eigentümerstrategie die strategische Führung verpflichten Pläne und Massnahmen zu präsentieren, wie sie das EBITDA(R)-Ziel erreichen wollen und diese an den Plänen messen. Im Rahmen des Beteiligungscontrollings kann dann die Effektivität der Massnahmen gemessen werden. Sollten die Pläne und Massnahmen wiederholt keinen Effekt auf die in der Eigentümerstrategie definierten Ziele haben, kann der Kanton in seiner Funktion als Eigner in letzter Konsequenz Änderungen in der strategischen Führung (Verwaltungsrat) vornehmen.

Zur Risikoreduktion könnte der Kanton aktiv prüfen, in wie fern durch Beteiligungen privater Akteure das eigene Risiko reduziert werden kann.

## **6.3 Mögliche Massnahmen zur Erreichung der Ziele für die Versorgungsplanung**

Grundsätzlich vertritt PwC die Meinung, dass ein Mehr an Regulierung nicht sinnvoll ist. Allerdings kann die Regulierung zielgerichteter auf die beschriebenen Ziele ausgerichtet werden. Im Anschluss wird eine Auswahl möglicher Mechanismen zur Umsetzung der Versorgungsziele aufgezeigt:

### **Abgestufte Versorgung im Netzwerk**

- Eine mögliche Umsetzung für die Zielerreichung von stärkeren Netzwerkstrukturen ist eine **restriktive Verteilung der Leistungsaufträge** (stationärer Bereich) **innerhalb der Versorgungsregionen** für alle nicht notfallmässigen Behandlungen ausserhalb der Grundversorgung. So könnten die Leistungsaufträge aus Versorgungsperspektive im Rahmen der heutigen Hebel für die Versorgungsplanung auch exklusiv an einzelne Leistungserbringer pro Versorgungsregion vergeben werden (wie dies heute bereit in der hochspezialisierten Medizin gemacht wird) oder an klare Kooperationsverpflichtungen und Spezialisierungen innerhalb der Fachgebiete («Leistungserbringung im Netzwerk») gekoppelt werden. Eine bedarfsorientierte Versorgungssteuerung ist dank der steigenden Mobilität in grösseren und damit effizienteren Versorgungsregionen möglich - dies durch eine stärkere Abstufung und Leistungskonzentration innerhalb der einzelnen Versorgungsregionen. Die Leistungserbringung würde so in den grösseren Spitalstrukturen in den Versorgungsregionen oder gar beim Endversorger konsolidiert und langfristig sichergestellt. Entsprechend würden vor allem periphere Strukturen durch solche Begrenzungen mit Restriktionen versehen, die auch finanziell eine negative Auswirkung auf diese hätten. Aus Sicht der Leistungserbringer kann dies zu einem verstärkten (Qualitäts-)Wettbewerb um die beste Leistung führen. Teilweise müsste dieser Wettbewerb auch über Versorgungsregionen hinweg erfolgen. Künftig haben Spitäler ohne fokussierte Angebote neben der reinen Grundversorgung grundsätzlich grosse Herausforderungen ein wirtschaftliches Geschäftsmodell zu betreiben. Es ist davon auszugehen, dass für ein erfolgreiches stationäres Angebot zwei fachspezifische Schwerpunkte notwendig sind.
- Die **Berücksichtigung von Mindestfallzahlen** pro Spitalstandort kann auch im Rahmen der Vergabe der Leistungsaufträge verstärkt verfolgt werden. So kann beispielsweise eine gezielte Erhöhung einzelner Mindestfallzahlen auf die deutlich höheren Werte für gleiche Leistungen im Ausland und vor

allem der Umsetzung bei Unterschreitung der Mindestfallzahlen (Entzug der Leistungsaufträge bei ausbleibenden Zahlen) zur wirklichen Konsolidierung der Leistungsangebote und zur Erhöhung der Qualität beitragen. Aus Sicht der Versorgungsplanung sollte jedoch über klare Indikationsanforderungen für Eingriffe einer Mengenausweitung entgegengewirkt werden, welche durch den Druck zur Erreichung der Mindestfallzahlen entstehen kann und Qualitätsindikatoren regelmässig geprüft werden.

- Eine gezielte **Ausweitung der Listen für ambulant zu erbringenden Leistungen** kann den Trend zur Ambulantisierung aus Sicht der Versorgungsplanung weiter fördern – auch über den Schritt der Angleichung der Berner Liste an diejenige der Kantone Luzern und Zürich hinaus, wie dies der Kanton Bern per 01.07.2021 tut. Diese Massnahme ist allerdings als Übergangslösung zu sehen, bis die ambulante Tarifierung modernisiert und die Brüche zur stationären Tarifierung reduziert werden (Beispiele hierfür sind Initiativen wie die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) oder die Einführung von ambulante Pauschalen in der Leistungserbringung<sup>67</sup>) – daran haben vor allem die Leistungserbringer, teilweise aber auch die Leistungsfinanzierer ein Interesse. Insgesamt sind hier national einheitliche Lösungen zu bevorzugen.
- Für eine flächendeckende integrierte Versorgung spielen niedergelassene Hausärzte und Spezialisten eine entscheidende Rolle. Zudem wirkt eine funktionierende integrierte Versorgung aus Versorgungsperspektive risikodämpfend für Spitäler. Um die **Ansiedlung von Niedergelassenen** insbesondere in ruralen Gebieten zu fördern, sind attraktive Tarifstrukturen notwendig (somit insbesondere Verantwortung beim Bund). Ähnlich wie in ländlichen Regionen in Deutschland können weitere Anreize zur Niederlassung (finanzielle Unterstützung bei Ansiedlung in unterversorgtem Gebiet) die flächendeckende ambulante Versorgung ausserhalb des Spitals sicherstellen. Dies fällt allerdings ausserhalb des kantonalen Zuständigkeitsbereichs. Somit könnte auch eine Entflechtung der stark zentrumsorientierten Versorgung erreicht werden. Dies würde insgesamt die wohnortnahe Grundversorgung stärken.
- Auch **Spitäler** sollen aktiv **ambulante Strukturen** schaffen und Betreiben. Ein Anstellungsverhältnis und Teilzeitmodelle sind auch im Rahmen des Fachkräftemangels sinnvoll. Zudem kann die bereits angesprochene Umnutzung von Infrastruktur den Konsolidierungsprozess innerhalb des Kantons beschleunigen. In welcher Form der Kanton hier fördernd wirken kann, ist im Detail zu erarbeiten. Beispiele zum Steuern zur verstärkten Ambulantisierung wäre die gezielte Steuerung der Spitäler mit Kantonsbeteiligung und konsequentes Umsetzen von Regulation wie Mindestfallzahlen sowie auch restriktivere Vergabe von Leistungsaufträgen.

### **Wettbewerb ausgerichtet an der Versorgungsqualität**

- Die Einführung von **einheitlichen Qualitätsindikatoren**, wenn möglich auf Bundesebene, würde eine Basis für den Patienten bzgl. eines selbstbestimmten Behandlungsentscheids ermöglichen. Dies kann einen qualitätsorientierten Wettbewerb mit sich bringen. Aus Sicht der Leistungserbringer ergibt sich die Chance, sich über verbesserte Qualität im Wettbewerb zu differenzieren. In Zusammenarbeit beispielsweise mit der Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics (ANQ)<sup>68</sup> könnte eine entsprechende transparente Veröffentlichung ausgebauter Qualitätskennzahlen im Langzeitvergleich erfolgen (z.B. Auswirkung von Behandlungen im Zeitraum von 5 Jahren).
- Als weiterer möglicher Steuerungsmechanismus wäre die Einführung der **Bindung von spezifischen Leistungsaufträgen an die Durchführung von PROMs**, zur Sicherstellung der langfristig an Qualität orientierten Versorgungsstrukturen. Hierzu sollte auf einen Standard gesetzt werden, welcher für alle Spitäler eingefordert wird. Ein Beispiel dazu wäre der ICHOM-Standard, der bereits in einigen Spitälern in der Schweiz eingeführt wird. Allerdings ist klar, dass die Einführung solcher Qualitätsmessung entsprechend Standards Einführungskosten mit sich bringt und somit erst mittelfristig ein gewünschter Effekt entstehen würde. Zudem gilt es die Qualitätsstandards vor allem bei spezialisierten und häufigen Eingriffen zu definieren und nicht flächendeckend bei jeglichen Leistungen der Grundversorgung.

### **Trägerschafts-unabhängiger Kooperationswettbewerb**

<sup>67</sup> Z.B. FMCH und Santésuisse: <https://www.nzz.ch/schweiz/einigung-ueber-neu-arzttarife-gelungen-ld.1559779?reduced=true>

<sup>68</sup> Unabhängiger Verein zur Sicherstellung, Kontrolle und Verbesserung der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen

- Grundsätzlich sollte das Thema trügerschafts-unabhängige Kooperationswettbewerb im Rahmen der Gesundheitsstrategie des Kantons Bern sowie ihrer Teilstrategien und somit aus Versorgungsperspektive gezielt aufgegriffen werden und ein entsprechendes Zielbild gegeben werden. Zur Überprüfung ist ein gezieltes Reporting und eine klare Verantwortung der Verwaltungsräte zur Umsetzung der Gesundheitsversorgungsstrategie des Kantons Bern sowie ihrer Teilstrategien notwendig. Dies ist in den Eigentümerstrategien bereits festgehalten und ist entsprechend verstärkt umzusetzen (auf Basis eines entsprechenden Reporting und Controlling).
- Konsequente Gleichbehandlung unabhängig von der Trügerschaft sind sowohl aus Versorgungsperspektive als auch aus Sicht der Leistungserbringer sinnvoll umzusetzen. So sollten beispielsweise die **Vergabekriterien für gemeinwirtschaftliche Leistungen transparent** gemacht werden und könnten beispielsweise entsprechend eines **Ausschreibungsverfahrens** stärker auch an Spitalunternehmen mit privaten Trügerschaften vergeben werden. Entsprechende Vergütung von Vorhalteleistungen müssen gewährleistet werden, um die Teilnahme an entsprechenden Ausschreibungsverfahren auch für private Leistungserbringer zu ermöglichen. Allerdings ist es auch klar, dass die Anzahl der Bewerbung auf gewisse gemeinwirtschaftliche Leistungen (z.B. 24-Stunden Versorgung abgelegener Gebiete) eher gering wäre.
- Zur Umsetzung des trügerschafts-unabhängigen Kooperationswettbewerb wäre die Aufnahme einer **Kooperationsverpflichtung in die Leistungsaufträge** aus Sicht der Versorgungsplanung denkbar – insbesondere hinsichtlich Anbindung an ein Versorgungsnetzwerk mit Endversorgerstadium (teilweise bereits heute vorhanden). Auch hier wäre aber die Umsetzung mittels Reporting und Controlling transparent zu machen, um die Wirksamkeit solcher Vorgaben zu realisieren.
- Grundsätzlich sind auch stärkere **private Beteiligungen** an vormals rein öffentlichen Spitalgesellschaften aus Sicht der Versorgungsplanung denkbar, wie das Beispiel HJB zeigt. Die Zusammenarbeit schafft sowohl eine verbesserte Integration der Leistungserbringer im Gesamtsystem als auch Effizienzgewinne durch einen verstärkten Erfahrungsaustausch zwischen Unternehmen. Aus reiner Eignersicht reduziert es zudem das finanzielle Risiko bei einem Ausfall einer Spitalgesellschaft. Allerdings steigt die Komplexität in der Organisation. Zudem wird die Steuerung durch den Kanton aufgrund der Abstimmungsnotwendigkeit mit anderen Eignern schwieriger, möglicherweise jedoch auch professioneller.

### **Eigenständige wirtschaftliche Tragbarkeit der Spitäler mit Kantonsbeteiligung**

- Zur langfristigen Sicherstellung der wirtschaftlichen Tragbarkeit können **ergänzte Kennzahlensysteme** wie durch PwC vorgeschlagen Mindestanforderungen bei der Verschuldungsquote oder des Eigenkapitals vorgegeben werden. Diese sollen entsprechend über den gesamten Investitionszyklus eingehalten und beispielsweise im Rahmen von Bauvorhaben entsprechend auch in Businessplänen berücksichtigt werden.
- Wie bei privatrechtlichen Eigentümerverhältnissen wären **Incentivierungen** für den Verwaltungsrat sowie **personelle Konsequenzen** bei entsprechender Nichterfüllung der Anforderungen (Ziele, Kennzahlen) verstärkt zu prüfen. Teil der unternehmerischen Freiheit stellt hierbei auch die unternehmerische Verantwortung im Rahmen einer öffentlichen Trügerschaft dar.
- Sollte die Tragbarkeit einzelner Spitäler auf lange Frist fraglich sein, wäre es aus externer Perspektive ebenfalls denkbar aktives Portfoliomanagement zu betreiben und vereinzelt Beteiligungen abzustossen. Dadurch könnte die wirtschaftliche Situation der Spitäler gestärkt werden, wenn diese beispielsweise von Synergien in einem grösseren Klinikverbund profitieren könnten.

### **Exkurs: Auswirkung auf die Revision im Rahmen der SpVG 2021**

Im Rahmen der Neuordnung des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG)<sup>69</sup> des Kantons Bern können nach entsprechender Abwägung die Grundsätze des hier vorliegenden Berichts als Zielsetzungen für die zukünftige Versorgung integriert werden.

Die Einführung einer Zielsetzung der Versorgungsplanung zur Schaffung einer Transparenz gegenüber den Leistungserbringern könnte im Rahmen der einzelnen Teilstrategien der Gesundheitsstrategie integriert werden.

## 6.4 Mögliche Massnahmen zur Verbesserung der Steuerungsinstrumente des Kantons in der Eignerrolle

Das Beteiligungscontrolling der Spitäler mit Kantonsbeteiligung durch den Kanton, bzw. durch die GSI umfasst ein Kennzahlensystem, das bereits weit fortgeschritten ist. Es überwacht die wichtigsten Finanzkennzahlen der Leistungserbringer und gibt Minimal- und Zielwerte (Richtwerte) vor.

	Profitabilität		Bilanzkennzahlen			Sonstige		
	Erfolg (Rein-gewinn Verlust)	EBITDA(R)-/Marge	Liquiditäts-grad 2	Anlagede-ckungsgrad 2 <sup>70</sup>	Eigenfinan-zierungs-grad	Summe gewichtete Austritte	Gefahr Aus-wirkungen Tarif-senkungen	Anzahl Austritte
<b>Minimalwert</b>	>0	>5.0% Psy.: >4.5%	>100%	>100%	>30%	>0.0%		>8'200
<b>Zielwert</b>		>8.0% Psy.: >7.5%	>150%		>50%	>3.4%		

Tabelle 3: Bestehendes Kennzahlensystem Akutsomatik und Psychiatrie der GSI

Bezüglich der Profitabilität wurde im bestehenden Kennzahlensystem das Ziel definiert, nachhaltig positive Gewinne zu erzielen. Dies soll durch das Erreichen der definierten Minimal-EBITDA(R)-Marge von 5.0% garantiert werden. Der Zielwert wurde bei 8.0% angesetzt. Basierend auf diversen PwC Studien<sup>71</sup> wird davon ausgegangen, dass ein akutsomatisches Spital eine jährliche EBITDA(R)-Marge von 10.0% erreichen sollte, um langfristig profitabel sein und Investitionen tragen zu können. Kleinere und weniger hoch installierte Spitäler kommen vermutlich ebenfalls mit einem Wert von 8.0% - 10.0% aus, welches bei den meisten Leistungserbringer im Kanton Bern aktuell jedoch nicht der Fall ist.

Bei den Bilanzkennzahlen wurden Zielwerte für den Liquiditätsgrad 2 (Deckung der kurzfristigen Verbindlichkeiten durch flüssige Mittel und Forderungen), den Anlagedeckungsgrad 2 (Deckung des Anlagevermögens durch Eigenkapital und langfristiges Fremdkapital) sowie für den Eigenfinanzierungsgrad (EK/GK) definiert. Sowohl der Liquiditätsgrad 2 als auch der Anlagedeckungsgrad 2 sollen dabei einen Minimalwert von 1.0 resp. 100.0% nicht unterschreiten. Die hier festgelegten Minimal- und Richtwerte befinden sich in einem üblichen Rahmen und sind aus Sicht PwC sinnvoll.

Der Minimalwert des Eigenfinanzierungsgrads wurde bei 30.0% festgelegt, was eher hoch erscheint. Bei Spitälern mit Kantonsgarantien sind in der Praxis auch Werte von 20% oder weniger über einen kurzen Zeitraum (zum Beispiel zu Beginn eines Investitionszyklus, oder gleich nach Abschluss einer neuen Fremdfinanzierung) tragbar. Gegen Ende eines Investitionszyklus (kurz vor einer Infrastruktur Erneuerung und nach weitgehender Rückzahlung der «alten» Schulden) können jedoch auch deutlich höher Werte (60%-70%) beobachtet werden. Daher erscheint der Zielwert des Ampelsystems von 50% als einen guten Mittelwert – betrachtet über einen gesamten Investitionszyklus.

Eine Steuerung über Leistungskennzahlen (stationäre und ambulante Fallzahlen, Pfl egetage) erachten wir im Sinne der Eigentümerrolle nicht als zielführend. Diese Perspektive der Kanton als Eigner einzig für die Versorgungssteuerung in Betracht ziehen.

<sup>69</sup> BSG 812.11

<sup>70</sup> Der Anlagedeckungsgrad 2 ist definiert als das Verhältnis von Eigenkapital und lfr. Fremdkapital zum Anlagevermögen.

<sup>71</sup> Vgl. PwC (2013): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2012

Die Kennzahlen des Beteiligungscontrollings der Psychiatrien deckt sich grösstenteils mit demjenigen der Akutsomatik. Bei den Finanzkennzahlen unterscheidet sich lediglich die EBITDA(R)-Margen. Die Zielwerte sind mit 7.0% resp. 4.5% (Zielwert und Minimalwert) tiefer angesetzt als diejenigen der Akutsomatik. Dies ist damit zu begründen, dass in der Akutsomatik öfter aufwendige Medizintechnik und Infrastruktur mit kürzerer Nutzungsdauer als in der Psychiatrie eingesetzt wird. PwC schlägt in den bisherigen Studien vor in der Psychiatrie eine EBITDA(R)-Marge von 8.0% als Ziel zu definieren. Für Rehabilitationskliniken kann das gleiche Kennzahlensystem verwendet werden wie für die Psychiatrien. Auch das für die Psychiatrien im Rahmen des Beteiligungscontrollings definierte Kennzahlensystem bzw. die darin definierten Richtwerte erscheinen aus Sicht PwC sinnvoll. Ähnliche Werte wurden bei vergleichbaren Unternehmen definiert bzw. beobachtet.

Obwohl die aktuellen Kennzahlensysteme (Akutsomatik und Psychiatrie) bereits eine zuverlässige Einschätzung ermöglichen, können diese mit Blick auf die sich abzeichnenden Trends und Entwicklungen zielgerichtet ergänzt werden. Insbesondere die in Tabelle 4 dargestellten Beurteilungskriterien können aus Sicht PwC über die aktuellen Kennzahlen hinaus insbesondere im Hinblick auf zukünftige Investitionen und Fremdfinanzierungsaktivitäten einen Mehrwert bieten.

Kriterium	Beschreibung	Wert
<b>Netto-Verschuldungsfaktor</b>	Der Netto-Verschuldungsfaktor ist definiert als Quotient aus Nettoverschuldung (verzinsliches Fremdkapital abzüglich nicht-betrieblicher Liquidität) und EBITDA. Dies Kennzahl repräsentiert eine Schätzung der benötigten Anzahl Jahre, um das Netto-verzinsliche Fremdkapital mit den generierten flüssigen Mitteln zurückzuzahlen (EBITDA als approximativer Geldfluss aus Betriebstätigkeit).	< 4.0 Zielwert < 6.0 Maximalwert
<b>EBITDA-Zinsdeckungsgrad</b>	Der EBITDA-Zinsdeckungsgrad wird über das Verhältnis zwischen EBITDA und dem jährlichen Nettozinsaufwand berechnet. Dieser zeigt an, ob der generierte EBITDA des Leistungserbringers ausreicht, um den Nettozinsaufwand decken zu können.	> 1.0 Minimalwert > 3.0 Zielwert
<b>Liquiditätsgrad 1 (Cash Ratio)</b>	Liquide Mittel im Verhältnis zu den kurzfristigen Verbindlichkeiten.	> 0.2

Tabelle 4: Von PwC-empfohlene Erweiterungen des bestehenden Kennzahlensystems

Der Netto-Verschuldungsfaktor und der EBITDA-Zinsdeckungsgrad als zusätzliche Kennzahlen im Bereich von Investitionen und Fremdfinanzierung ermöglichen einen Erkenntnisgewinn. Sie zeigen auf, inwiefern die jährlich generierten flüssigen Mittel (der EBITDA wird als Annäherung verwendet) ausreichen, um die Fremdfinanzierung bzw. den Finanzaufwand decken zu können. Zur genaueren Beurteilung der Liquidität erachten wir zusätzlich den Liquiditätsgrad 1 als sinnvoll, um Liquiditätsengpässe frühzeitig zu erkennen und entsprechende Massnahmen zu treffen.

Für Leistungserbringer in der Rehabilitation und etwaige Mischbetriebe kann der Kanton bei der Beurteilung anhand des erarbeiteten Kennzahlensystems mit entsprechenden Ab- und Zuschlägen arbeiten. Diese wurden für derartige Betriebe im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht erarbeitet. Die grundsätzlichen Überlegungen legen allerdings eine Bandbreite zwischen den Empfehlungen für die Psychiatrie und die Akutsomatik nahe. Die Abschläge müssen für die einzelnen Betriebe je nach Einzelfall und Verhältnis bestimmt werden.

# 7. Die Berner Spitallandschaft im Umbruch – Fazit und Empfehlungen der PwC

Die Berner Spital- und Versorgungslandschaft befindet sich aus Perspektive PwC bereits seit längerer Zeit im Umbruch – wenn dieser aktuell auch in den Versorgungsstrukturen noch nicht klar ersichtlich ist. Dieser Umbruch wird sich nicht zuletzt aufgrund der vorherrschenden Covid-Krise weiter akzentuieren und sollte sowohl durch den Kanton als auch durch die Leistungserbringer weiter aktiv vorangetrieben und gefördert werden. Die weiteren Treiber dieses Umbruchs sind die Trends des zunehmenden Wettbewerbs und Kostendrucks, sowie der Fachkräftemangel und die steigenden Erwartungen an die Versorgungsstrukturen. Ziel ist langfristig eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung trotz unterschiedlicher Herausforderungen im Gesundheitssystem sicherstellen und finanzieren zu können. Hierfür ist zeitnah eine grundlegende Transformation sowohl des Gesamtsystems als auch der Rolle der einzelnen Leistungserbringer innerhalb der Versorgungslogik notwendig.

Zum einen stellt der sich in den Trends abzeichnende beschleunigende Wandel des Schweizer Gesundheitswesens die Leistungserbringer vor Herausforderungen. Zum anderen sehen sich die Leistungserbringer selbst, mit ihren teilweise in die Jahre gekommenen Spitalimmobilien, einem grundsätzlichen Erneuerungsprozess gegenübergestellt. Dies führt dazu, dass aktuell die Basis für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung im Kanton Bern für die kommenden Jahrzehnte gelegt wird.

## **Beantwortung der Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler)**

### 1. Risiken für den Kanton:

Die finanziellen Risiken für den Kanton Bern sind auf Basis der Value-at-Risk Betrachtung gering, wobei vor allem die hohen Eigenkapitalquoten eine entscheidende Rolle für die finanzielle Sicherheit der Spitäler mit Kantonsbeteiligung darstellen. Allerdings bedeutet die Verzehrung des Eigenkapitals eine Reduktion des Spitalwerts und somit eine Reduktion des Werts der Beteiligung im Kanton – dies führt indirekt zu einer Verzehrung von öffentlichen Mitteln. Der Kanton sollte im Rahmen des ordentlichen Geschäfts der Spitäler sowie vor dem Hintergrund von zahlreichen anstehenden Investitionsprojekten in Neubauten, Technologie, Digitalisierung und weitere Bereiche die finanziellen Risiken und die Rentabilität, welche aktuell nicht die notwendigen 10.0% EBITDA(R)-Marge (bzw. 8.0% - 10.0%) erreichen, eng überprüfen. Somit kann der weitere Kapitalverzehr vermieden werden, bzw. Massnahmen frühzeitig ergriffen werden. Die finanziellen Risiken beschränken sich aus Sicht von PwC rein auf die Beteiligungsverhältnisse – eine rechtliche Abklärung insbesondere hinsichtlich impliziter Staatsgarantien oder Bürgschaften gegenüber Spitalunternehmen wurde nicht durchgeführt. Neben den möglichen Wertberichtigungen auf der eigenen Kantonsbeteiligung sind weitere Risiken in der langfristigen Versorgungssicherheit, den langfristigen gleichen Zugang in Versorgung über den gesamten Kanton sowie der Versorgungsqualität zu erkennen, insgesamt aber aus Perspektive PwC als gering einzuschätzen.

Aus Versorgungsperspektive und unter Berücksichtigung aktueller Trends zeigt die bernische Spitallandschaft ebenfalls geringe Risiken für den Erhalt einer guten Versorgung auf. Die Versorgungssicherheit der Bevölkerung ist auch bei Ausfall einzelner Spitalgesellschaften voraussichtlich gewährleistet, da vor allem in den bevölkerungsreichen Regionen eine engmaschige Versorgung besteht und die Netzwerke bereits heute in die eher ruralen Gebiete reichen. Eine Verteilung des Angebots über andere Spitalgesellschaften oder Übernahme

des Standorts durch ein weiteres öffentliches oder privates Spitalunternehmen wäre im Konkursfall zu erwarten, ohne dass die Versorgungssituation signifikant an Qualität abnimmt. Nichtsdestotrotz ist im Rahmen der aktuellen Entwicklungen ein weiterer grosser Umbruch und nächster Schritt in Richtung eines abgestuften Versorgungsszenarios notwendig, um die Gesundheitsversorgung im Kanton auf die aktuellen Entwicklungen anzupassen und auf die Anforderungen der Zukunft auszurichten.

## 2. Empfehlungen für die Berner Spitallandschaft

Die zentralen Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung richten sich an den Kanton Bern:

### **Empfehlung 1 für den Kanton – Klares Zielbild in Form eines Hub-and-Spoke Modells**

Für eine funktionierende und wirtschaftliche Berner Spitalversorgung ist die Definition eines klaren Zielbilds für die zukünftigen Versorgungsstrukturen durch den Kanton wünschenswert. Dieses Zielbild sollte als wichtiger Bestandteil in den Teilstrategien «somatische und psychiatrische Versorgung und Rehabilitation (ambulant und stationär)», Langzeitversorgung (ambulant und stationär)», «Gesundheitsförderung und Prävention», «Rettungswesen» und «integrierte Versorgung» der Gesundheitsstrategie des Kantons Bern verankert und konkret formuliert werden. Es kann als Leitlinie für die Spitalgesellschaften dienen, um die Versorgung mitzugestalten.

Zudem sind im Rahmen eines zu definierenden kantonalen Versorgungsszenarios, integrierte/ sektorenübergreifende Behandlungsansätze (z.B. Campusstrukturen) und Patientenströme abzubilden. Durch die aufgezeigten Steuerungsmechanismen des Kantons soll dieses Zielbild gefördert und gegebenenfalls auch durchgesetzt werden. Der Entscheid für die Auswahl eines präferierten Zielbilds der Versorgung in einem Hub-and-Spoke-System liegt beim Kanton. Die Umsetzung und konkrete Ausgestaltung obliegt den Spitalunternehmen im Rahmen ihrer unternehmerischen Freiheit; wird allerdings für Spitäler mit Kantonsbeteiligung über die Eigentümerstrategie zusätzlich beeinflusst.

***PwC empfiehlt ein klares Versorgungszielbild für die künftige Gesundheitsversorgung des Kantons Bern***

### **Empfehlung 2 für den Kanton – 4+ Versorgungsregionen**

Aus externer Perspektive wird die Steuerbarkeit der Versorgung sowie die teilweise Abbildung der heutigen Patientenströme mit einer Reduktion des 6+-Regionenmodell auf 4+ Versorgungsregionen verbessert. Eine Unterstützung von Zusammenarbeit und Kooperation kann so besser gefördert werden. Dies kann bis zur gegenseitigen Kapitalbeteiligung und sogar einzelnen Zusammenschlüssen von Betriebsgesellschaften gehen.

***PwC empfiehlt die Konsolidierung der aktuellen Versorgungsregionen auf ein 4+-Regionen Modell.***

### **Empfehlung 3 für den Kanton – Klare gesetzliche Grundlagen für Steuerungsinstrumente**

In Bezug auf die konkreten Massnahmen für die Weiterentwicklung der kantonalen Steuerungsmechanismen (wie ambulante Listen, Kooperationsverpflichtungen bei Leistungsaufträgen) sollten klare gesetzlichen Grundlagen zur Realisierung der Zielvorgaben geschaffen werden.

***PwC empfiehlt eine aktive Verankerung von Steuerungsmechanismen***

### **Empfehlung 4 für den Kanton – konsequente Anwendung und Ergänzung des Kennzahlensystems zum Beteiligungscontrolling**

Im Rahmen des Beteiligungscontrollings könnte das bestehende Kennzahlensystem wie dargestellt leicht erweitert werden. Dabei ist es wichtig, die Erreichung der Ziel- und Grenzwerte aktiv zu monitoren, und mit

den strategischen Führungsorganen (Verwaltungsräten) den Pfad zur Erreichung der Zielwerte zu besprechen, und entsprechend zur Priorität zu erheben.

***PwC empfiehlt das Ergreifen und Einfordern von Massnahmen durch den Kanton bei Abweichungen der Zielwerte***

#### **Empfehlung 5 für den Kanton – Ausrichtung der Eignerziele an definiertem Hub-and-Spoke Modell**

Die Eignerziele sollten nach PwC-Empfehlung entsprechend dem Zielbild gestaltet und entsprechend vom Kanton überprüft werden. Diese Eignerziele umfassen beispielsweise das Erbringen von Leistungen in Kooperationen oder die Spezialisierung und Konsolidierung der Leistungsangebote. Hierbei ist eine entsprechendes Reporting der Geschäftsleitungen und Verwaltungsräte zur Zielerreichung der Eignerziele essenziell.

***PwC empfiehlt das Hub-and-Spoke-Modell in den Eignerstrategien und -zielen zu verankern***

Auch die Spitäler sollten aktiv dazu beitragen die Vorgaben des Kantons umzusetzen:

#### **Empfehlung 1 für alle Berner Listenspitäler – Verfolgung des Zielbilds**

Für alle Berner Spitäler bedeutet das klare Zielbild der zukünftigen Versorgungsstrukturen eine Orientierungshilfe des Kantons, unternehmerische Entscheidungen an einer gemeinsamen kantonsübergreifenden Vision zu orientieren. Dies beispielsweise bei der weiteren Ambulantisierung, bei Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Leistungserbringern unabhängig von Trägerschaften sowie bei der Erstellung von neuen Versorgungsstrukturen über die Sektorengrenzen hinweg. Hierbei ist es zentral, sich nicht an aktuellen Strukturen zu orientieren, sondern vielmehr neue Grundlagen, wie beispielsweise die neu definierten 4+ Versorgungsregionen zu gestalten.

***PwC empfiehlt den Spitälern die aktive Verfolgung des Zielbilds im Rahmen der unternehmerischen Entscheidungen***

#### **Empfehlung 2 für alle Berner Listenspitäler – Förderung ambulanter Geschäftsmodelle und der Digitalisierung der Leistungserbringung**

Explizit sind neue Geschäftsmodelle vor allem im ambulanten Bereich sowie die fortschreitende Digitalisierung zu fördern. Langfristige Infrastrukturinvestitionen sind im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit und Anpassung an das vorgegebene Versorgungszielbild kritisch zu hinterfragen und die Reduktion von stationären Kapazitäten aktiv als Entscheidungsalternative miteinzubeziehen. Dies ist für die Spitäler mit Kantonsbeteiligung zum einen durch die Eigentümerstrategien inkl. Sanktionsmechanismen festzulegen, zum anderen am Kapitalmarkt ohne Verzerrung durch beispielsweise implizite Staatsgarantien zu ermitteln. Zusätzlich könnten Investitionen gebündelt werden – z.B. könnten Investitionen in Digitalisierung zwischen mehreren Spitälern koordiniert werden.

***PwC empfiehlt den Spitälern die proaktive Transformation der eigenen Geschäftsmodelle im Rahmen von strategischen Neuorientierungen und Investitionen***

# 8. Anhang

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodik und Struktur des Spitalberichts .....	2
Abbildung 2: Verteilung der akutsomatischen Spitäler mit einem Leistungsauftrag (Aktuelle Versorgungsregionen schematisch angedeutet).....	4
Abbildung 3: Spitallandschaft der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Kanton Bern (die Versorgungsregionen wurden aus Darstellungsgründen nicht eingezeichnet).....	6
Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen im Kanton Bern, 2020-2035 .....	7
Abbildung 5: Patientenstromanalyse der stationären Fälle (links) und Notfälle (rechts) .....	8
Abbildung 6: Patientenstromanalyse der ambulanten Konsultationen .....	9
Abbildung 7: EBITDAR-Margen 2017-2019 .....	10
Abbildung 8: Reingewinn-Margen 2017-2019 .....	11
Abbildung 9: Eigenkapitalquoten 2017-2019.....	13
Abbildung 10: Verschuldungsgrad 2017-2019.....	13
Abbildung 11: Liquiditätsgrad 1, 2017-2019 .....	14
Abbildung 12: Liquiditätsgrad 2, 2017-2019 .....	15
Abbildung 13: Liquiditätsgrad 3, 2017-2019 .....	16
Abbildung 14: Aktuelle Trends im Schweizer Gesundheitswesen .....	19
Abbildung 15 Entwicklung der Nachfrageentwicklung von stationären Leistungen 2035 .....	22
Abbildung 16: Analyse des Risikos einer Überschuldung (links) und des Risikos eines Liquiditätsengpasses (rechts) .....	29
Abbildung 17: VaR Analyse - Minimaler Eigenkapitalwert .....	30
Abbildung 18: VaR Analyse - Überschuldungswahrscheinlichkeit der Spitäler mit Kantonsbeteiligung .....	30
Abbildung 19: VaR Analyse – Maximaler Nettoverschuldung über EBITDA .....	31
Abbildung 20: VaR Analyse – maximaler Verschuldungsgrad.....	31
Abbildung 21: Schematische Darstellung Hub-and-Spoke Modell.....	36
Abbildung 22: Schematische geographische Darstellung der Berner Spitallandschaft mit 7 respektiv 4 Versorgungsregionen ..	39
Abbildung 23 Patientenstromanalyse der stationären Fälle in den 7 (links) respektive 4 Versorgungsregionen (rechts).....	39
Abbildung 24: Übersicht möglicher Versorgungsszenarien (illustratives Modell) .....	40
Abbildung 25: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Ambulantes Gesundheitszentrum .....	58
Abbildung 26: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Gesundheits- und Operationszentrum.....	60
Abbildung 27: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Gesundheitscampus .....	61
Abbildung 28: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Integrierter Grundversorger .....	62

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zum finanziellen Gesamtrisiko des Kantons Bern .....	28
Tabelle 2 Beurteilung der Versorgungsszenarien anhand verschiedener Kriterien (● = erfüllt bis ○ = nicht erfüllt).....	42
Tabelle 3: Bestehendes Kennzahlensystem Akutsomatik und Psychiatrie der GSI .....	49
Tabelle 4: Von PwC-empfohlene Erweiterungen des bestehenden Kennzahlensystems .....	50
Tabelle 5: Patientenstromanalyse der stationären Fälle in die 7 Versorgungsregionen im Kanton Bern (hervorgehoben = Eigenversorgungsgrad).....	56
Tabelle 6: Patientenstromanalyse der Notfälle in den 7 Versorgungsregionen im Kanton Bern (hervorgehoben = Eigenversorgungsgrad).....	56
Tabelle 7: Patientenstromanalyse der ambulanten Konsultationen in den 7 Versorgungsregionen im Kanton Bern .....	57
Tabelle 8: Patientenstromanalyse der stationären Fälle der 4+ Versorgungsregionen .....	57
Tabelle 9: Patientenstromanalyse der Notfälle der 4+ Versorgungsregionen .....	57

# 1. Weitere Analysen zur Versorgungssituation im Kanton Bern

## A.1 Qualitative Analyse der Niedergelassenen-Strukturen (Kapitel 1.4)

Aufgrund der mangelnden öffentlich verfügbaren Datengrundlage der Niedergelassenen-Strukturen (Hausärzte, Fachärzte, Psychiater in niedergelassener Praxis) in der gesamten Schweiz wird die Analyse der Angebotsstrukturen im Bereich der Versorgung durch niedergelassene Ärzte rein qualitativ durchgeführt. Im Rahmen einer Gesamtversorgung nehmen aber selbstverständlich die Niedergelassenen eine zentrale Aufgabe ein und ihr Zusammenspiel mit den stationären Einrichtungen ist vor allem in den ländlicheren Gebieten zentral.

Die niedergelassenen Versorgungsstrukturen vor allem in der Grundversorgung (Hausarztmedizin) sind schweizweit in den ländlichen Regionen rückläufig<sup>72</sup>. Hohe Durchschnittsalter und stärkere Pensionierungs- als Niederlassungsquoten prägen die Versorgungslandschaft. Die Notfallversorgung wird zunehmend durch die Spitäler sichergestellt, da die hausärztliche Notfallversorgung nicht mehr vollständig sichergestellt werden kann.<sup>73</sup>

Die fachärztliche niedergelassene Versorgung konzentriert sich zunehmend in urbanen Zentren, wo dadurch teilweise Überversorgung entsteht. Die höhere Patientendichte, bessere Erreichbarkeit und Standortattraktivität sind die entscheidenden Standortkriterien. Zudem strebt die kommende «Ärzte-Generation» verstärkt zu Anstellungs- und Teilzeitarbeitsmodellen, welche eine Niederlassung zunehmend unattraktiv erscheinen lässt.

Als Resultat dieser knappen Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich sehen sich die Spitäler der Notwendigkeit gegenübergestellt durch spitalambulante Leistungen die Grundversorgung vor allem auch nachts sicherzustellen. Die steigende Anzahl an ambulanten Konsultationen der Spitäler im Kanton Bern sind hierfür ein klares Indiz.<sup>74</sup> Die Spitäler stehen dadurch im Spannungsfeld des Verhältnisses zu seinen Zuweisern, der Versorgungsnotwendigkeit, dem Fachkräftemangel sowie der meist nicht kostendeckenden ambulanten Tarife.

---

<sup>72</sup> BASS: „Grundversorgungsmedizin“ in der Schweiz

<sup>73</sup> IQVIA (2018): Entwicklung der Hausärzte- und Apothekenlandschaft in der Schweiz

Schweizerische Eidgenossenschaft (2011): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin

<sup>74</sup> Geschäftsberichte der Spitäler mit Kantonsbeteiligung (2016 bis 2018)

## 2. Ausgangslage der Berner Spitallandschaft

### A.2.1 Patientenströme im Detail (Kapitel 2.2)

		Patientenherkunft						
Versorgungsregion		Bern	Berner Jura	Berner Oberland Ost	Berner Oberland West	Biel-Seeland	Emmental	Oberaargau
Bern		<b>71'810</b> 92%	1'295 17%	2'915 24%	8'687 32%	6'928 31%	7'681 44%	3'979 32%
	Davon Insel Gruppe	<b>20'766</b> 27%	910 12%	1'970 16%	4'304 16%	2'728 12%	3'275 19%	2'293 18%
Berner Jura		30 0%	<b>3'806</b> 49%	1 0%	3 0%	298 1%	3 0%	1 0%
Berner Oberland Ost		907 1%	9 0%	<b>8'310</b> 69%	1'762 6%	159 1%	172 1%	144 1%
Berner Oberland West		3'024 4%	46 1%	815 7%	<b>16'577</b> 61%	468 2%	637 4%	347 3%
Biel-Seeland		1'198 2%	2'499 30%	8 0%	24 0%	<b>14'249</b> 64%	22 0%	40 0%
Emmental		987 1%	7 0%	23 0%	65 0%	46 0%	<b>8'916</b> 51%	484 4%
Oberaargau		129 0%	15 0%	19 0%	39 0%	34 0%	172 1%	<b>7'473</b> 60%
Weitere <sup>75</sup>		227 0%	67 1%	20 0%	53 0%	108 0%	35 0%	23 0%
<b>Σ</b>		<b>78'312</b>	<b>7'744</b>	<b>12'111</b>	<b>27'210</b>	<b>22'290</b>	<b>17'638</b>	<b>12'491</b>

Tabelle 5: Patientenstromanalyse der stationären Fälle in die 7 Versorgungsregionen im Kanton Bern (hervorgehoben = Eigenversorgungsgrad)

		Patientenherkunft						
Versorgungsregion		Bern	Berner Jura	Berner Oberland Ost	Berner Oberland West	Biel-Seeland	Emmental	Oberaargau
Bern		<b>27'848</b> 94%	276 7%	721 12%	2'727 23%	2'105 21%	2'068 28%	1'014 18%
	Davon Insel Gruppe	<b>10'601</b> 36%	225 6%	583 10%	1'596 13%	756 8%	1'255 17%	686 12%
Berner Jura		15 0%	<b>2'283</b> 62%	1 0%	2 0%	86 1%	3 0%	1 0%
Berner Oberland Ost		220 1%	7 0%	<b>4'983</b> 85%	725 6%	43 0%	37 0%	27 0%
Berner Oberland West		459 2%	3 0%	155 3%	<b>8'377</b> 71%	28 0%	84 1%	34 1%
Biel-Seeland		465 2%	1'123 30%	3 0%	13 0%	<b>7'634</b> 77%	9 0%	24 0%
Emmental		475 2%	2 0%	8 0%	19 0%	8 0%	<b>5'195</b> 70%	163 3%
Oberaargau		16 0%	3 0%	2 0%	7 0%	4 0%	76 1%	<b>4'309</b> 77%
<b>Σ</b>		<b>29'498</b>	<b>3'697</b>	<b>5'873</b>	<b>11'870</b>	<b>9'908</b>	<b>7'472</b>	<b>5'572</b>

Tabelle 6: Patientenstromanalyse der Notfälle in den 7 Versorgungsregionen im Kanton Bern (hervorgehoben = Eigenversorgungsgrad)

<sup>75</sup> Entspricht der Berner Klinik Montana. Diese Rehabilitationsklinik liegt ausserhalb des Kantons Bern, wird jedoch als innerkantonale Behandlungsliste geführt. Zudem werden im Bereich der Rehabilitation viele Patienten in dieser Klinik behandelt.

Versorgungsregion	Patientenherkunft						
	Bern	Berner Jura	Berner Oberland Ost	Berner Oberland West	Biel-Seeland	Emmental	Oberaargau
Bern	462'095 95%	6'095 8%	13'825 21%	43'463 28%	35'775 29%	38'735 41%	19'603 25%
Davon Insel Gruppe	195'837 40%	5'310 7%	11'453 17%	29'070 18%	22'996 18%	25'395 27%	15'587 20%
Berner Jura	131 0%	55'684 69%	3 0%	11 0%	1'535 1%	10 0%	13 0%
Berner Oberland Ost	1'308 0%	12 0%	47'077 72%	6'367 4%	165 0%	211 0%	148 0%
Berner Oberland West	8'391 2%	15 0%	4'618 7%	106'660 68%	273 0%	1'320 1%	184 0%
Biel-Seeland	7'790 2%	18'298 12%	37 0%	142 0%	87'359 70%	194 0%	237 0%
Emmental	6'327 1%	10 0%	69 0%	403 0%	169 0%	52'243 56%	2'750 4%
Oberaargau	740 0%	91 0%	82 0%	150 0%	196 0%	1'382 1%	55'589 71%
<b>Σ</b>	<b>486'782</b>	<b>80'205</b>	<b>65'711</b>	<b>157'196</b>	<b>125'472</b>	<b>94'095</b>	<b>78'524</b>

Tabelle 7: Patientenstromanalyse der ambulanten Konsultationen in den 7 Versorgungsregionen im Kanton Bern

### A.3.1 Detaildaten - Patientenstromanalyse der 4+ Versorgungsregionen (Kapitel 5)

Versorgungsregion	Patientenherkunft			
	Bern	Berner Oberland	Biel-Seeland-Berner Jura	Emmental / Oberaargau
Bern	71810	11602	8223	11660
Davon Insel Gruppe	20766	6274	3638	5568
Berner Oberland	3931	27464	682	1300
Biel-Seeland-Berner Jura	1228	36	20852	66
Emmental / Oberaargau	1116	146	102	17045
Weitere*	227	73	175	58
<b>Σ</b>	<b>78312</b>	<b>39321</b>	<b>30034</b>	<b>30129</b>

Tabelle 8: Patientenstromanalyse der stationären Fälle der 4+ Versorgungsregionen

### Patientenfallzahlen der Notfälle

Versorgungsregion	Patientenherkunft			
	Bern	Berner Oberland	Biel-Seeland / Berner Jura	Emmental / Oberaargau
Bern	27848	3448	2381	3082
Davon Insel Gruppe	10601	2179	981	1941
Berner Oberland	679	14240	81	182
Biel-Seeland-Berner Jura	480	19	11126	37
Emmental / Oberaargau	491	36	17	9743
<b>Σ</b>	<b>29498</b>	<b>17743</b>	<b>13605</b>	<b>13044</b>

Tabelle 9: Patientenstromanalyse der Notfälle der 4+ Versorgungsregionen

### 3. Ergänzung zu den zukünftigen Veränderungen in den Berner Versorgungsstrukturen

Das Angebot an multidimensionalen Versorgungsstrukturen orientiert sich stark an der Nachfrage der Bevölkerung. Das Leistungsangebot kann entsprechend der Nachfrage modular angepasst und ergänzt werden, um so eine optimale Versorgungsstruktur zu schaffen. Im Folgenden werden vier verschiedene Modelle beschrieben, welche im Rahmen von neuartigen Netzwerkstrukturen eine Rolle in diesen Netzwerken übernehmen können. Da die Akutsomatik den grössten Teil der Gesundheitsversorgung im Kanton Bern darstellt, konzentrieren sich die Beschreibungen vorwiegend auf diese, bzw. gehen von ihr aus. Sie bilden die Basis für ein mögliches Hub-and-Spoke Modell. Des Weiteren berücksichtigen die nachfolgend beschriebenen Strukturen die medizinischen und soziologischen Trends und stellen Beispiele für zukünftige Versorgungsstrukturen dar. Sie können zudem in die bereits vorhandene Spitallandschaft integriert und angepasst werden.

#### A.3.2 Ambulantes Gesundheitszentrum (Kapitel 5.1)

Das ambulante Gesundheitszentrum zeichnet sich durch ein ausgedehntes hausärztliches Angebot aus, das mit einer ambulanten Rehabilitation sowie einem Walk-in Notfall kombiniert wird. Der Notfall wird entsprechend den Öffnungszeiten des ambulanten Gesundheitszentrums betrieben. Schwerwiegende Notfälle mit intensivmedizinischer Behandlung werden ins Zentrumsspital triagiert und mit dem Rettungsdienst verlegt. Dieses Gesundheitszentrum stellt die wohnortsnahe Grundversorgung sicher. Ergänzt wird es durch vereinzelte Einzelpraxen niedergelassener Haus- und Fachärzte, wobei perspektivisch insbesondere in den ländlichen Regionen ein gemeinsames grösseres Ärztehaus entsprechend der unten dargestellten Spezifikationen denkbar ist. In Bern bietet sich diese Modell insbesondere in den eher ländlichen Regionen als Ergänzung zu den dezentralen Hubs an.

Die Eckwerte zum ambulanten Gesundheitszentrum können in der nachfolgenden Abbildung 25 entnommen werden. Zudem zeigt die Tabelle den Leistungsbereich dieses Spokes.

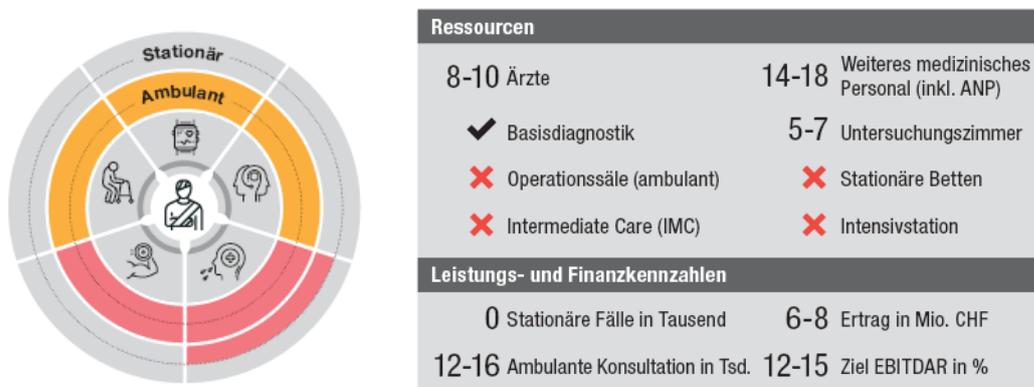


Abbildung 25: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Ambulantes Gesundheitszentrum

Im Hub-and-Spoke-Modell eignet sich das ambulante Gesundheitszentrum in allen Regionen des Kantons (ländliche, urbane und suburbane Gebiete), unabhängig der Nachfrage und der weiteren Hub-and-Spoke-Standorte. Für den Betrieb wird ein Einzugsgebiet von mindestens 25'000 Personen<sup>76</sup> benötigt. Dabei wird angenommen, dass im selben Einzugsgebiet kein weiterer, vergleichbarer Leistungsanbieter im gleichen Bereich tätig ist, sondern wie erwähnt nur vereinzelte niedergelassene Ärzte. Im Gesundheitszentrum sind verschiedene internistische Ärzte tätig und werden durch spezialisierte Belegärzte unterstützt, beispielsweise in den Bereichen Gynäkologie oder Kardiologie. Zusätzlich unterstützen einzelne Advanced Nurse Practitioner (ANP) die Ärzte, die in der Leistungserbringung eine Schlüsselfunktion einnehmen.

<sup>76</sup> Herleitung auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen der Schweiz – Analyse PwC

Neben dem hausärztlichen Angebot ergänzt die ambulante Rehabilitation das Leistungsangebot. Dies deckt ein breites ambulantes Spektrum von Prävention, Diagnose und Therapie ab. An fünf Tagen die Woche wird das ambulante Gesundheitszentrum von 7 Uhr bis 20 Uhr betrieben. Unter positiven Voraussetzungen wird von einer EBITDAR-Marge zwischen 12-15% ausgegangen und kann in Einzelfällen sogar übertroffen werden. Deutlich schlankere Strukturen als herkömmliche Spitäler sind die Grundvoraussetzung für die finanzielle Tragbarkeit des ambulanten Gesundheitszentrums. Dies ermöglicht die effiziente und kostengünstige Sicherstellung der Grundversorgung.

Drei Innovationsfaktoren zeichnen das ambulante Gesundheitszentrum aus:

- **Integration der ambulanten Rehabilitation:** Die Anbindung der ambulanten Rehabilitation an die hausärztliche Leistungsversorgung verkürzt die Patientenwege. Zudem erlaubt die Kombination eine bessere Anpassung des Angebots an die Nachfrage. Physio- und Ergotherapeuten können an einigen Tagen die Woche im ambulanten Gesundheitszentrum Patienten betreuen und die restliche Zeit im Hub arbeiten. Dadurch kann die Infrastruktur mit gemeinsamen Bereichen wie Empfang, Toiletten oder Sprechzimmer schlank gehalten werden. Aus finanzieller Sicht ist der Deckungsbeitrag für die gemeinsam genutzte Infrastruktur sowie das Synergiepotenzial etwas geringer als für andere Leistungsangebote.
- **Institutionelle Anbindung im Netzwerk:** Das ambulante Gesundheitszentrum kann sich durch die Integration in ein Hub-and-Spoke-Netzwerk auf die einfache, medizinische Leistungserbringung konzentrieren. Komplexe Fälle werden ähnlich wie bereits heute in einigen Versorgungsstrukturen an einen anderen Leistungserbringer bzw. Spoke oder Hub weiterverwiesen. Neben geregelten Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter können Leistungen wie Logistik, Finanzen, Personalplanung oder IT im Netzwerk gebündelt und gemeinsam genutzt werden.
- **Advanced Nurse Practitioner (ANP):** Als ANP wird ein Master of Science in Nursing mit Fokus auf ANP und vertiefte Berufserfahrung vorausgesetzt. In der neuen Hierarchiestufe sind ANP zwischen Pflegepersonal und Ärzten angesiedelt. Sie entlasten in der ambulanten Versorgung die Ärzte in Anamnese und klinischer Untersuchung. Zudem übernehmen sie Wundbehandlungen, Infusionen, Hausbesuche, Beratungen und Case Management.

### A.3.3 Gesundheits- und Operationszentrum (Kapitel 5.1)

Das Gesundheits- und Operationszentrum zeichnet sich durch das ambulante OP-Leistungsangebot aus, losgelöst von stationären Infrastrukturen. Angesiedelt an (sub)urbane Gebiete deckt diese Versorgungsstruktur ein Einzugsgebiet von mindestens 100'000 Personen ab. Dieser Spoke ist in der Nähe eines Hubs angesiedelt, sodass bei Komplikationen die Patienten zeitnah verlegt werden können. Um die Personenzahl im Einzugsgebiet zu erreichen werden ambulante Interventionen und Operationen im Netzwerk gebündelt sowie zentral durchgeführt. Das Leistungsangebot kann zudem durch Belegärzte ergänzt werden. In Bern kommen hier vor allem die Stadtregion Bern selbst sowie die grösseren Städte im Kanton in Frage. In diesen ist allerdings

vermutlich eine Kollaboration mit verschiedenen Operateuren nötig, um die kritische Masse zu stemmen. Die Eckwerte und eine grafische Darstellung dieses Spokes kann der Abbildung 26 entnommen werden.

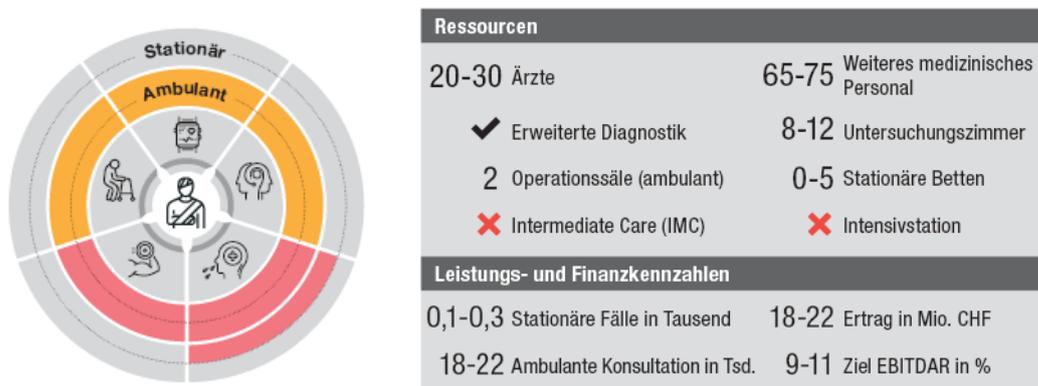


Abbildung 26: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Gesundheits- und Operationszentrum

Das Gesundheits- und Operationszentrum umfasst durchschnittlich zwei OP-Säle, in welchen jährlich 3'000 einfache ambulante Operationen durchgeführt werden. Die maximale Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt 24h Stunden. Einzelne stationäre Betten ermöglichen längere Betriebszeiten. Patienten, die am Nachmittag eintreten und operiert werden können am nächsten Morgen wieder entlassen werden. Bei Bedarf an stationären Behandlungen wird das Personal durch Springer gedeckt. Neue Tarifmodelle wie Zero-Night-DRG könnten dafür sorgen, dass keine stationären Fälle notwendig werden.<sup>77</sup>

Die Notfallversorgung ist wie beim ambulanten Gesundheitszentrum geregelt. Eine integrierte Notfallpraxis triagiert die Patienten während den Öffnungszeiten. Es ist kein 24/7 Notfall vorbehalten. Komplexe Notfälle werden in den nächstgelegenen Hub oder ins Zentrumsspital triagiert. Das Gesundheits- und Operationszentrum ist gut an den Rettungsdienst angebunden und sowohl durch den Strassen- als auch durch den Luftverkehr erreichbar.

Diese Versorgungsstruktur stellt eine umfassende ambulante Grundversorgung in unmittelbarer Nähe sicher. Bei guten Voraussetzungen und effizienten Prozessen ist das Erreichen einer EBITDAR-Marge von 9-11% möglich. Dies reicht bei schlanken Investitionen für einen selbsttragenden Betrieb.

Drei Innovationsfaktoren zeichnen das Gesundheits- und Operationszentrum aus:

- **Effiziente Prozesse, Arbeitsweisen und Kultur:** Die Trennung von ambulanten und stationären Operationen ermöglicht die bedarfsgerechte Ausstattung der OP-Säle und eine Anpassung der Arbeitsweisen. Der ambulante OP-Betrieb ist komplett durchgeplant. Dies ermöglicht den kostendeckenden Betrieb.
- **Verknüpfung mit weiteren Angeboten:** Um das Gesundheits- und Operationszentrum auch bei Randzeiten auszulasten, könnte der Betrieb von wenigen stationären Betten sinnvoll sein. Die Integration eines Gesundheits- und Notfallzentrums kann zudem die Auslastung der Infrastruktur unterstützen und ermöglicht betriebliche Synergien und damit eine Effizienzsteigerung.
- **Bündelung von Volumen in Netzwerk:** Damit der Betrieb effizient geführt werden kann und Vorhalteleistungen gedeckt werden können, ist die Mindestgrösse erforderlich. Die ambulanten Operationen lassen sich in der Region bündeln. Durch den Einsatz von Belegärzten kann eine ausreichende Auslastung sichergestellt werden.

#### A.3.4 Regionaler Gesundheitscampus (Kapitel 5.1)

Der regionale Gesundheitscampus zeichnet sich durch ambulante und elektiv-stationäre Behandlungen aus. Zudem werden Leistungen der Spitex und im Bereich der ambulanten Rehabilitation angeboten. Dies deckt

<sup>77</sup> PwC (2016): Ambulant vor Stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

ein breites Spektrum der Grundversorgung in ruralen Gebieten sowie kleineren Städten ab. Die wohnortnahe ambulante Grundversorgung und stationäre Basisversorgung werden so sichergestellt. Fälle sowie Patienten mit einer hohen Infrastrukturanforderung werden an den Hub weiterverwiesen und dort behandelt. Die Eckwerte und eine grafische Darstellung dieses Spokes kann der Abbildung 27 entnommen werden.

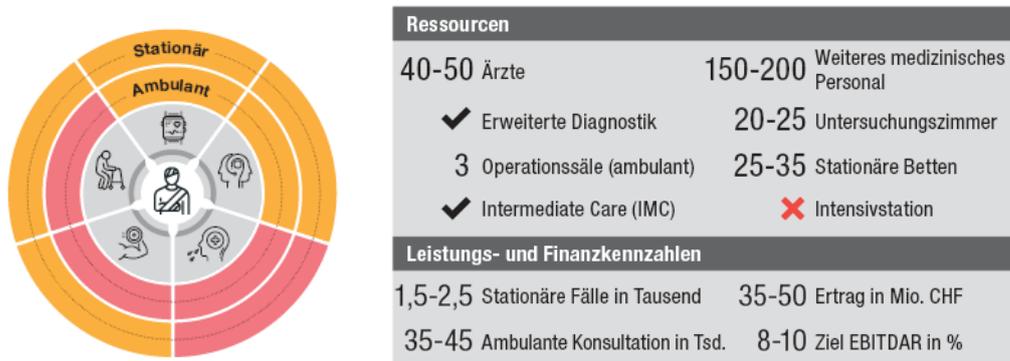


Abbildung 27: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Gesundheitscampus

Sofern keine direkten Konkurrenzen im selben Versorgungsgebiet tätig sind, umfasst das minimale Einzugsgebiet für einen integrierten regionalen Gesundheitscampus mindestens 40'000 Personen. Durch die Bündelung von verschiedenen Leistungserbringern an einem Standort werden Synergien im Netzwerk genutzt. Zudem werden auch räumliche Vorteile ausgeschöpft. Entsprechend dem regionalen Notfallkonzept enthält der Gesundheitscampus ein Hausarztnotfall oder eine Notfall Permanence mit reduzierten Öffnungszeiten<sup>78</sup>. Auf intensivmedizinischen Betten (IMC) wird in dieser Versorgungsform verzichtet. Durch den Betrieb einer Rettungsmedizinbasis können Notfallpatienten im kritischen Zustand zeitnah weitertriiert werden.

Ein regionaler Gesundheitscampus bietet Platz für mögliche Spezialisierungen, beispielsweise in Geburtshilfe oder weiteren Gesundheitsbereichen. Um verschiedene Spezialisierungen im Gesundheitscampus effizient zu betreiben sind Mindestfallzahlen unumgänglich. Nur so kann eine kritische Grösse sichergestellt werden.

Diese Versorgungsstruktur mit der Integration verschiedener Spezialisierungen in einem Campus zeigt einen grossen, innovativen Charakter. Trotz den aktuellen Voraussetzungen ist bei diesem Modell lediglich eine EBITDAR-Marge von 8.0% - 10.0% realistisch. Damit die Versorgung in der Region ausreichend sichergestellt werden kann, werden für den Betrieb eines regionalen Gesundheitscampus zusätzliche, gemeinwirtschaftliche Leistungen seitens des Kantons benötigt.

Der regionale Gesundheitscampus wird durch drei Innovationsfaktoren ausgezeichnet:

- **Kombination mit Spitex- und Rehabilitations-Angebot:** Der Patientenpfad für ältere Personen kann durch die Integration der Spitex abgedeckt werden, von der Prävention bis zur Nachsorge. Dies ermöglicht die nahtlose Betreuung der betagten Personen zu Hause. Die räumliche Nähe erlaubt eine bessere Abstimmung zwischen den stationären Einrichtungen und der Spitex. Auch der Patientenpfad vom Akutsetting in die Rehabilitation kann gestärkt werden. Durch die geographische Nähe beider Behandlungsorte können Patienten zeitnah in die Frührehabilitation verlegt werden. Dies ermöglicht einen nahtlosen Übergang der Behandlung.
- **Synergien des Campus nutzen:** Der Gesundheitscampus lässt sich trotz geteilter Infrastruktur und Personal kaum kostendeckend betreiben. Betrieblichen Vorhalteleistungen sowie die starke Nachfrageschwankung stellen eine Herausforderung für diese Versorgungsstruktur dar. Dieser Spoke ist dennoch für die Versorgungslandschaft relevant und notwendig, wobei die wohnortnahe Gesundheitsversorgung sichergestellt wird.
- **Nachfrageadaptierte Öffnungszeiten:** Entsprechend den lokalen Nachfrageschwankungen und dem Verzicht auf Notfallpatienten kann der Gesundheitscampus in geringerem Umfang als ein 24/7-Betrieb betrieben werden. Eine mögliche Teilschliessung an den Wochenenden oder zu gewissen Saisons ist

<sup>78</sup> Kein Angebot an Wochenenden sowie nachts unter der Woche.

je nach Standort und entsprechenden Anforderungen denkbar. Durch die Personalplanung für das gesamte Netzwerk können die Mitarbeiter je nach Öffnungszeiten an anderen Standorten eingesetzt werden.

### A.3.5 Integrierter Grundversorger / regionale Hub (Kapitel 5.1)

Die regionale Grund- und Notfallversorgung wird durch ein ambulantes und stationäres Angebot in der Akut-somatik sichergestellt. Das Leistungsangebot kann durch ein (geriatriisches) rehabilitatives Angebot sowie durch Spitex und Therapien ergänzt werden. Die Versorgungsstruktur eignet sich für agglomerierte und kleinere, städtische Gebiete. Für diesen Spoke umfasst das minimale Einzugsgebiet zwischen 70'000-100'000 Einwohner. Hochkomplexe Fälle werden wie in den anderen Modellen an den Hub weiterverwiesen. Der Spoke kann Zuweisungen innerhalb des Netzwerks auch nach thematischen Schwerpunkten triagieren. Der integrierte Grundversorger führt eine vollinstallierte Notfallstation und dient als Anlaufstelle auch für kleinere Spokes in der Umgebung.

Eine kritische Grösse für die Begründung der Vorhalteleistungen wird durch die Bündelung von stationären Angeboten erreicht. Die Grösse des Spitals rechtfertigt zudem den effizienten Betrieb einer Küche oder Hotellerie. Das integrierte Grundversorgungsspital kann nicht alle Fachbereiche abdecken, weshalb eine Kapazitätsverlegung aus Qualitätsgründen nur bedingt möglich ist. Beispielsweise ist denkbar, dass die Rehabilitationsabteilung ausgelagert wird. Bei optimalen Voraussetzungen und effizienten Prozessen ist das Erreichen einer EBITDAR-Marge von 8.0% - 10.0% realistisch.

Drei Innovationsfaktoren zeichnen das integrierte Grundversorgungsspital aus:

- **Systemsteuerung als regionaler Hub:** Als Ergänzung zum Hub stellt das integrierte Grundversorgungsspital einen regionalen Hub dar. Neben der ausgebauten Notfallversorgung in der Region kann auch die Systemsteuerung der regionalen Grundversorgung im Sinne der Integration mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie weiteren Akteuren erfolgen.
- **Bündeln von Kompetenzen und Ressourcen:** Einen effizienten Betrieb eines akutsomatischen Spitals mit <100'000 Fällen<sup>79</sup> ist kaum möglich. Durch die Kombination mit einer stationären Rehabilitation können Patienten nahtlos betreut werden. Des Weiteren ist durch die Bündelung des Pflegepersonals und eines gemeinsamen Betriebs von Hotellerie und Küche eine Effizienzsteigerung möglich. Das Gleiche gilt auch für die Synergie von Pflegeheim und Psychiatrie.
- **Abgestuftes Versorgungsmodell:** Verglichen zum Hub konzentriert sich das integrierte Grundversorgungsspital auf die Behandlung einfacherer Fälle. Die Ergänzung durch einen spezifischen Schwerpunkt ist denkbar. Dieser beschränkt sich jedoch auf einen Fachbereich mit geringerer Interdisziplinarität. Komplexe und seltene Fälle konzentrieren sich am Hub, wodurch die kantonal vorgegebene Mindestfallzahlen erreicht werden.

Die Eckwerte und eine grafische Darstellung dieses Spokes kann der Abbildung 28 entnommen werden.

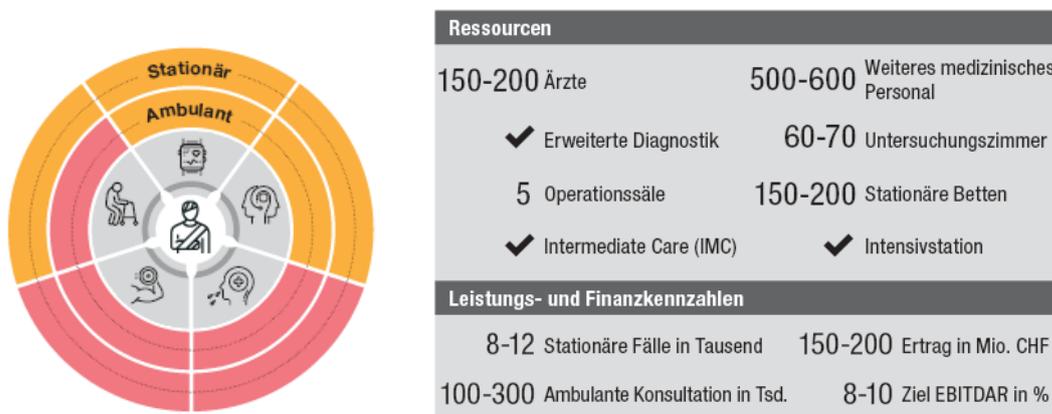


Abbildung 28: Leistungsangebot und Eckwerte des Modells: Integrierter Grundversorger

<sup>79</sup> Herleitung auf Basis der bestehenden Spitalstrukturen der Schweiz – Analyse PwC

## 4. Versorgungsszenarien

### Beurteilung - Status Quo 2020 (Kapitel 5.3)

Der Status Quo 2020 zeigt eine gute Wirksamkeit, die aktuelle Versorgung ist ohne Einschränkung sichergestellt. In der ganzen Spitallandschaft sind verschiedene Gesundheitsanbieter vertreten, welche die Grundversorgung gewährleisten. Langfristig gesehen ist die Grundversorgung bedingt durch den zunehmenden Mangel an Niedergelassenen gefährdet, wodurch ein Risiko für eine ungenügende Sicherstellung entsteht.

Durch die geographische Lage des Kantons sind die Gesundheitseinrichtungen über alle Versorgungsräume verteilt und für die Berner Bevölkerung erreichbar und zugänglich. Leistungserbringer aller Bereiche<sup>80</sup> sind über die ganze Region hinweg verteilt, allerdings besteht in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit in der Versorgung des Status Quo 2020 noch Verbesserungspotential. Speziell im Berner Mittelland existiert eine Vielzahl von Leistungserbringern mit sich überschneidendem Leistungsangebot. In der Versorgungsregion Bern, insbesondere in der Stadt Bern, ist eine Überversorgung vorhanden durch die zahlreich vertretenen Leistungserbringer. Hingegen sind in den Regionen Berner Jura, Berner Oberland Ost und West sowie Ob- und Nidwalden nur wenige RSZ und Leistungserbringer vertreten, welche für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Versorgungsregion von zentraler Bedeutung sind. Eine bessere Abstimmung und Kooperationen der einzelnen Leistungserbringer innerhalb des Kantons, auch zwischen öffentlichen und privaten Trägerschaften, kann die Wirtschaftlichkeit steigern.

Die Trägerschaften erfüllen im Grossen und Ganzen die Zweckmässigkeit. Einhergehend durch die hohe Ansammlung vieler Leistungserbringer in Regionen entsteht eine Überkapazität, die nicht immer optimal genutzt werden kann. Dadurch leidet vor allem die Wirtschaftlichkeit des aktuellen Systems in den dezentraleren Regionen ausserhalb der Zentrumsregion Bern-Mittelland.

#### A.4.1 Versorgungsszenario I - Dezentrales Hub-and-Spoke System (Kapitel 5.3)

##### (a) Zentralisierungsgrad

Das Versorgungsszenario I widerspiegelt eine mittlere Konzentration und Konsolidierung der Versorgungsstrukturen im Kanton Bern. Verglichen zur aktuellen Situation ist sie leicht erhöht. Allerdings ist die Zentralisierung im Vergleich zum zentralisierten Hub-and-Spokes Modell auf dezentrale, regionale Hubs bezogen und geht nicht von einer starken Zentralisierung an einem Standort aus. Dieses Versorgungsszenario entspricht der Tendenz und den Entwicklungen des Schweizer Gesundheitswesens. Insbesondere die stärkere Vernetzung mit niedergelassenen Fach- und Allgemeinärzten sowie mit nachsorgenden Pflegeeinrichtungen, würde dem Kanton Bern eine Vorreiterrolle in der konsequenten Umgestaltung der Versorgung geben.

##### (b) Umfang der Versorgungsstufen (inkl. Leistungsangebote)

In diesem Versorgungsszenario werden vier klare abgestufte Standorttypen entstehen. Die Insel Gruppe als zentraler Hub mit (hoch-) spezialisierter Medizin wird durch die dezentralen Hubs (3-4 Regionalspitäler) unterstützt, welche gemeinsam die Grundversorgung für die ganze Region bieten. Die heutigen Regionalspitäler, die künftig nicht mehr als Hub dienen, sollen umfunktionierte werden als Gesundheitscampus (bei den grössten Einheiten) oder Gesundheitszentren (bei den kleineren Einheiten) mit rein elektivem Leistungsangebot.

##### (c) Rollen der peripheren Versorgungsleistungen

Die peripheren Versorgungsleistungen sind an die weiterhin betriebenen regionalen Hubs angebunden. Die Ausgestaltung der ambulanten Gesundheitszentren richtet sich nach den niedergelassenen Strukturen vor Ort. Zudem ist ein Einmietmodell bzw. ein gemeinsamer Betrieb (inkl. beispielsweise Ferienvertretung) in einem Gesundheitszentrum denkbar. Fachdisziplinen umfassen vor allem die grundversorgenden Tätigkeiten wie Hausarztmedizin, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, etc., welche gegebenenfalls nur an einzelnen Tagen Leistungen nachfragegerecht anbieten.

##### (d) Rolle von Kooperationen

<sup>80</sup> Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

Kooperationen zwischen den einzelnen Unternehmen spielen über den gesamten Kanton hinweg eher eine untergeordnete Rolle. Innerhalb der Regionen sind die Kooperationen deutlich ausgeprägter und umfassen neben der Akutsomatik auch die Koordination mit Pflegeeinrichtungen sowie natürlich auch Rehabilitation und Psychiatrie. Allfällige weitere Kooperationen können bei Spitälern mit gemeinsamen Leistungsangebot verfolgt werden.

*(e) Auswirkung auf Fachkräfterekrutierung*

Das dezentrale Hub-and-Spoke System kommt der Fachkräfterekrutierung leicht entgegen. Weniger Fachkräfte sind notwendig, um die Grundversorgung sicherzustellen. Diese können teilweise mit spezifischen Aufgaben effizient am Patienten eingesetzt werden. Dieses Versorgungsszenario hat einen positiven Effekt auf die Attraktivität der Arbeitsbedingungen. Gewisse weitere Arbeitswege und Herausforderungen bei Aus- und Weiterbildung sind nicht auszuschliessen.

*(f) Herausforderung der Realisierung*

Dieses System zeigt weniger Herausforderungen für die Realisierung und Umsetzung. Das System ist der heutigen Situation ähnlich und erfordert weniger Anpassungen.

### **Beurteilung Versorgungsszenario I**

Das dezentrale Hub-and-Spoke System lehnt sich stark an das aktuelle Versorgungsmodell. Es ist keine grosse Veränderung hinsichtlich der zwei Kernkriterien Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu erwarten.

Die Grundversorgung ist auch hier in der ganzen Region sichergestellt und stellt eine wirksame Versorgung der Bevölkerung dar. Ebenfalls entspricht das Angebot den Bedürfnissen, wobei sich das Leistungsangebot noch besser der Nachfrage der Bevölkerung anpasst. Die Verteilung der einzelnen, regionalen Niederlassungen gewährt flächendeckend die Grundversorgung und ist gut zugänglich für die Bevölkerung. Spezialisierte Eingriffe und Behandlungen zentralisieren sich auf grössere und kleinere Hubs, wodurch der Behandlungspfad stets sichergestellt werden kann. Durch die Angebotsanpassung an die Nachfrage steigt die Wirtschaftlichkeit hinsichtlich des Status Quo. Leistungserbringer sind auf einander abgestimmt und kooperieren entsprechend ihres Fachgebiets miteinander – vor allem aber mit dem Zentrumsspital.

#### **A.4.2 Versorgungsszenario II - Dynamisches Hub-and-Spoke System (Kapitel 5.3)**

*(a) Zentralisierungsgrad*

Die Zentralisierung ist dem Leistungsangebot angepasst und unterscheidet sich von den einzelnen Erkrankungs-Schwerpunkten. Dies bringt einen grossen Vorteil zur Qualitätssteuerung und -sicherstellung. Eine klare Zentralisierung wie im Versorgungsszenario III ist nicht gegeben. Die Zentralisierung geht in diesem Konzept gut auf die aktuelle Situation ein. Allerdings ist eine Fokussierung der öffentlichen Spitallandschaft hin zu spezialisierten Leistungserbringern notwendig.

*(b) Umfang der Versorgungsstufen (inkl. Leistungsangebote)*

Das Leistungsangebot in diesem Szenario wird in vier bis fünf Versorgungsstufen gegliedert, entsprechend der Beschreibung bei Versorgungsszenario I. Je nach Eigner werden die Grund- und Spezialangebote unterschieden, was zu einer klaren Aufteilung über die Leistungsverpflichtung der einzelnen Versorger führt. Beispielsweise müssten in diesem Konzept die Leistungsübernahme in den bestimmten Fachgebieten auch durch Privatversorger geschehen, die im heutigen Modell über die Aufnahme der Patienten in den meisten Fällen selbst bestimmen können.

*(c) Rollen der peripheren Versorgungsleistungen*

Die Versorgung wird insgesamt weg vom Unternehmen zu einer bedarfsorientierten Struktur ausgerichtet. Nicht nur die zentralisierten Strukturen, sondern auch periphere Versorger umfassen die Planung der Versorgung sowie auch die Patientenpfade aller Leistungserbringenden.

*(d) Rolle von Kooperationen*

Die Kooperation und Zusammenarbeit aller Versorger im Kanton Bern sind in diesem Konzept von zentraler Bedeutung. In diesem neuen Versorgungsnetzwerk werden übergreifende Versorgungsstrukturen notwendig.

Ziel ist, dass die Versorger möglichst Eigner-unabhängig sind und aus unternehmerischem Interesse eine Fokussierung wählen und entsprechend spezialisierte Leistungen anbieten. Die Zusammenarbeit mit den privaten Akteuren sollte insgesamt vertieft werden. Folglich werden auch Abgaben von Leistungsangeboten an private Akteure notwendig. Die Zusammenarbeit kann auch durch gegenseitige Kapitalbeteiligungen oder Zusammenschlüsse von einzelnen Betriebsgesellschaften vertieft werden.

*(e) Auswirkung auf Fachkräfterekrutierung*

Durch Kooperationen der einzelnen Versorger können Fachkräfte stärker gebündelt werden. Für bereits ausgebildete, spezialisierte Fachkräfte führt die Umstrukturierung in Versorgungsgebiete dazu, dass sie längere Reisezeiten auf sich nehmen müssen, um im entsprechenden Leistungsangebot ausüben zu können. Rotationen sind auch hier nicht auszuschliessen. Insgesamt steigert sich durch die Spezialisierung der Qualität der Versorgung sowie die Aus- und Weiterbildung. Einer geringeren interdisziplinären Bildung ist frühzeitig gezielt entgegenzuwirken. In den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen entstehen neue Rollenbilder und Karrieremöglichkeiten für die Mitarbeitenden.

*(f) Herausforderung der Realisierung*

Für die Realisierung dieses Versorgungsszenarios müssten private Akteure den Aus- und Weiterbildungsverpflichtungen sowie sonstigen Verpflichtungen im Leistungsauftrag klar nachkommen und entsprechende Vorstösse durchgesetzt werden. Dadurch ist eine Gleichbehandlung der Leistungserbringer unabhängig von der Trägerschaft notwendig – auch hinsichtlich dezentral zusätzlicher Finanzierungen (z.B. über GWL). Eine Herausforderung scheint das häufig noch vorhandene Silodenken der einzelnen Spitalunternehmen, welche wenig in Versorgungsnetzwerken denken, bzw. sich sogar von diesen klar abgrenzen.

### **Beurteilung Versorgungsszenario II**

Im dynamischen System können alle drei Kernkriterien verglichen zum Status Quo 2020 optimiert werden. Durch eine optimal angepasste Versorgungslandschaft mit dynamischen Interaktionen innerhalb der einzelnen Versorgungszentren wird zum einen die Grundversorgung sichergestellt. Eine bessere Abstimmung der Leistungserbringer im System berücksichtigt die Nachfrage der Bevölkerung. Darüber hinaus kann auch die Zweckmässigkeit verbessert werden. Die bessere Abstimmung der Leistungserbringer innerhalb der Versorgungsregion führt zu einer Optimierung des Leistungsangebots sowie auch einer Reduktion eines Über- oder Doppelangebotes in einer Versorgungsregion. Auch die Wirtschaftlichkeit kann optimiert werden, da das Angebot der Nachfrage entsprechend vorhanden ist. Durch die Bündelung des Angebotes und eine bessere Kooperation der Leistungserbringer innerhalb des Systems kann die Qualität durch die ausgewählten Leistungserbringer sichergestellt und gar verbessert werden. Diese Variante ist die wohl progressivste und am schwierigsten zu steuernde. Zudem ist die Realisierungskomplexität derart hoch, dass eine Umsetzung kaum realistisch scheint.

### **A.4.3 Versorgungsszenario III - Zentralisiertes Hub-and-Spoke System (Kapitel 5.3)**

*(a) Zentralisierungsgrad*

Das Versorgungsszenario III zielt auf die maximal mögliche Konzentration und somit auch Konsolidierung der Versorgungsstrukturen im Kanton Bern. Im Gegenzug zur Leistungskonzentration in der Insel Gruppe werden die Grundversorgungsleistungen konsequent an die Gesundheitscampusse gelagert, um eine wohnortnahe Grundversorgung bereitstellen zu können. Zur Abdeckung der peripheren Gebiete werden Gesundheitszentren betrieben.

*(b) Umfang der Versorgungsstufen (inkl. Leistungsangebote)*

Im Versorgungsszenario III werden drei klar abgestufte Standorttypen entstehen. Neben dem Zentrumsversorger sind Gesundheitscampus mit stationärem Grund- und ausgebautem ambulanten Versorgungsangebot vorgesehen. Zur Abdeckung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung sollen diese durch die entsprechenden peripheren Gesundheitszentren ergänzt werden.

*(c) Rollen der peripheren Versorgungsleistungen*

Die peripheren Versorgungsleistungen sind im Versorgungsszenario III für den wohnortsnahen Eintritt sowie die ambulante Grundversorgung von hoher Bedeutung. Der Umfang der angebotenen Leistungen orientiert sich an der Versorgungssituation der Niedergelassenen. Grundsätzlich kann sie nach Bedarf Hausarzt, Gynäkologie, etc. beinhalten und wird als Aussenstandort durch Personal der Spitalregionen betrieben. Etwaige Kooperationen oder Einmietmodelle mit Niedergelassenen (auch zur Sicherstellung der Notfallversorgung beispielsweise in der Nacht) sind zu prüfen. Die Betriebszeiten werden wo möglich nicht auf einen 24 Stunden Betrieb, sondern anhand der vorliegenden Nachfrage ausgerichtet (im genauen pro Region zu definieren).

*(d) Rolle von Kooperationen*

Kooperationen zwischen den einzelnen Leistungserbringern werden vor allem im Rahmen der Triage notwendig sein. Zur Reduktion der Fixkosten sind allerdings Kooperationen in den reduzierten Strukturen im Support und bei den Dienstleistungen zu prüfen und für eine effiziente Leistungserbringung voraussichtlich notwendig, da ansonsten zu viele subkritische Grössen entstehen.

*(e) Auswirkung auf Fachkräfterekrutierung*

Durch das zentralisierte Hub-and-Spoke System kann eine Reduktion der notwendigen Fachkräfte erzielt werden. Gleichzeitig steigt die höhere Notwendigkeit für die Entwicklung neuer Rollenprofile, woraus sich attraktive Karrieremöglichkeiten ergeben. Durch das individualisierte Karrieremodell ist das Arbeiten in unterschiedlichen Arbeitsumfeldern gegeben. Die Arbeitsbedingungen werden für die Fachkräfte attraktiver, indem eine Reduktion der Dienste (wie beispielsweise Nacht- und Wochenenddienste) durch die reduzierten Vorhalteleistungen entstehen. Das zentralisierte Hub-and-Spoke System führt dazu, dass die Fachkräfte weitere Arbeitswege auf sich nehmen müssen, da das System zentriert geführt wird. Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen weiterhin, allerdings sind Rotationen innerhalb des Systems notwendig.

In einer Übergangsphase wird von den Fachkräften eine erhöhte Flexibilität erwartet, was möglicherweise in einer steigenden Fluktuation und langfristigen Abwanderung der Fachkräfte resultieren könnte. Des Weiteren ist der Fachkräftemangel vor allem in der Peripherie spürbar. Die Rekrutierung von neuem Personal muss insbesondere in ruralen Regionen gefördert werden.

*(f) Herausforderung der Realisierung*

Für die Umsetzung eines konsequenten zentralisierten Hub-and-Spoke Systems wäre ein hoher Transformationsaufwand notwendig welcher mit signifikanten Risiken verbunden ist. Eine sehr starke Zentralisierung ist in einem kurzen Planungszeitraum kaum praktikabel und voraussichtlich nicht im Patienteninteresse. Die Umsetzung dieses neuen Systems bedarf starker Veränderung in der Leistungserbringung von zahlreichen Häusern. Diese müssen sich an das neue System anpassen und ihre Leistungen dementsprechend anpassen. Bei den bestehenden, teilweise renovationsbedürftigen Infrastrukturen sind dennoch teilweise Abschreibungen zu erwarten.

### **Beurteilung Versorgungsszenario III**

Beim zentralisierten Hub-and-Spoke System handelt es sich um eine Konzentration des heutigen Leistungsangebots. (Hoch-)spezialisierte Versorgung wird verglichen zum Status Quo 2020 nur noch im Zentrumsspital gesichert und angeboten. Die Grundversorgung ist weithin durch Spokes (Gesundheitszentren und Regional-spitäler) sichergestellt. Durch dessen regionale Verteilung ist die Erreichbarkeit der Spokes im ganzen Kanton stets gewahrt und begünstigt die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung. Für spezialisierte Leistungen müssen jedoch längere Anfahrtswege toleriert werden. Die Zentralisierung der spezialisierten Leistungen kann zu einer Qualitätsverbesserung in der ganzen Versorgungsregion führen, da sich das Zentrumsspital auf das Kerngebiet spezialisieren kann.

#### **A.4.4 Beschreibung der Kern- und Beurteilungskriterien (Kapitel 5.4)**

##### **Kernkriterien**

- **Wirksamkeit:** Beschreibt die Qualität der Gesundheitsversorgung im Kanton Bern

- **Zweckmässigkeit:** Dieses Kernkriterium beschreibt, in welchem Ausmass das Versorgungsszenario die Zweckdienlichkeit erfüllt
- **Wirtschaftlichkeit:** Dieses Kriterium beschreibt die Effizienz des Versorgungsszenarios. Zudem wird dadurch auch ausgedrückt, wie die Unternehmerische Überlebensfähigkeit innerhalb des Systems ist

### **Beurteilungskriterien**

- **Leistungs- und Medizinische Qualität der Versorgung:** Dieses Beurteilungskriterium beschreibt die Auswirkung der Versorgungsszenarien auf die Qualität der Leistung und Medizin.
- **Zugänglichkeit:** Dieses Kriterium beschreibt, welche Auswirkung das Versorgungsszenario auf die Wohnortsnähe respektive Nachfrage hat. Die Beurteilung findet anhand der Distanz resp. Erreichbarkeit statt.
- **Niedrige Eintrittsbarrieren und Sicherstellung optimale Triage:** Beurteilung wie Eintrittsfreundlich der Zugang zur Gesundheitsversorgung (beispielsweise durch Hausarzt-Ersatz) ist und in welchem Mass die optimale Triage (beispielsweise mit gleicher Behandlungsqualität) durchgeführt werden kann.
- **Fachkräfteorientierung:** Beschreibt in welchem Ausmass sich die Fachkräfte in der jeweiligen Versorgungsstruktur spezialisieren, respektive Ausbilden können.
- **Kontinuität:** Beurteilung der Versorgungsszenarien anhand Berücksichtigung der aktuellen Situation. Insbesondere werden die vorhandenen Infrastrukturen berücksichtigt und aus finanzieller Sicht betrachtet.

“Die Berner Spitallandschaft befindet sich im Umbruch – Gestalten Sie diesen.”

Beratung Gesundheitswesen, PwC Schweiz