



ÆRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Bern, im August 2016

Per E-Mail: info.spa@gef.be.ch

Per A-Post:
Gesundheits- und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern
Rathausgasse 1
3011 Bern

Versorgungsplanung 2016-2020 gemäss Spitalversorgungs-Gesetz; Konsultation: Vernehmlassung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Regierungsrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Zustellung der Unterlagen. Leider fällt die Vernehmlassungsfrist wieder einmal grösstenteils in die Schulsommerferien, was uns eine breit abgestützte Vernehmlassung natürlich verunmöglicht, und auch ganz allgemein die Qualität der Rückmeldungen beeinträchtigen dürfte. Wir hoffen deshalb, dass die GEF unter neuer Führung inskünftig von derartigen, nicht im öffentlichen Interesse liegenden Fristansetzungen Abstand nehmen wird.

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich aber erneut mit der Materie befasst und nimmt namens und im Auftrag der Vereinsmitglieder, die in ihrer berufsausübenden Funktion entweder als am Spital beschäftigte und/oder als frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte von der Vorlage direkt betroffen sind, gerne wie folgt dazu Stellung:

I. Allgemeine Bemerkungen

Mit der vorliegenden Dokumentation zur Versorgungsplanung 2016-2020 wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der nun deutlich über eine blosse Zusammenstellung wichtiger Zahlen im Bernischen Spitalwesen hinausgeht. Aufbau und Übersichtlichkeit des Berichts werden positiv beurteilt. Dies ermöglicht uns, die Teile A und B als umfassende Sachverhaltsgrundlage vorgängig zu konsultieren, um anschliessend unsere Ausführungen vornehmlich auf den Teil C (Handlungsfelder 2016-2020 bzw. Umsetzung) zu konzentrieren.

Wir sind aber nach wie vor der Meinung, dass die folgenden Schnittstellenbereiche zur ambu-



lanten Grundversorgung durch die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und deren Problemfelder im Bericht zur Spitalversorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz inskünftig ebenfalls abgebildet und nicht ausgeklammert werden sollten:

- Wie bereits in unseren Stellungnahmen zur Versorgungsplanung 2007-2010 sowie zur Versorgungsplanung 2011-2014 gefordert, sollte eine **Angleichung bzw. Gleichstellung der Taxpunktwerte in der ambulanten Medizin** zwischen Spital und Arztpraxis stattfinden, was nichts anderes als eine Erhöhung des seit der Einführung des TARMED in der Arztpraxis unverändert geltenden Taxpunktwerts von 86 Rappen bedeuten kann.
- Die notwendige Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses bedingt eine weitere Erhöhung der Anzahl Studierenden der Humanmedizin und vor allem die Schaffung zusätzlicher Praxisassistentenstellen unter dem Titel „Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen“. Wichtig sind die gesamten Rahmenbedingungen, wozu insbesondere auch das Recht zur Selbstdispensation sowie der Möglichkeit gehört, ein nicht defizitäres Praxislabor führen zu können. Als prüfenswert erachten wir schliesslich nach wie vor auch die Übernahme gewisser Routineaufgaben in der Arztpraxis durch die medizinische Praxisassistentin nach Schaffung entsprechender tariflicher Grundlagen. In den letzten Jahren sind zwar deutlich mehr Gesundheitszentren entstanden. Diese bedürfen aber der Akzeptanz der ortsansässigen Bevölkerung und Ärzteschaft, wenn möglich unter Miteinbezug der Gemeinden sowie des Gewerbes und der Industrie. Wenn aber die Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses nicht gewährleistet ist und die allgemeinen Rahmenbedingungen nicht stimmen, kann die vorgesehene Verlagerung der Betreuungsangebote vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich gar nicht stattfinden. Will der Kanton an der erwähnten Verlagerung festhalten, so muss das Problem des Hausärztemangels weiterhin prioritär angegangen werden.
- Unter Hinweis auf die in diesem Zusammenhang beim Regierungsrat hängige Aufsichtsanzeige erwarten wir von der GEF nach wie vor, dass **am ambulanten ärztlichen Notfalldienst als Basisversorgung festgehalten** wird und die für die Durchsetzung der Notfalldienstplicht notwendigen Massnahmen vom Kanton unterstützt werden. Dazu gehören unter anderem auch die **Erhebung von Ersatzabgaben** sowie der weitere Aufbau und Ausbau von **Hausarztposten an Notfalldienstportalen** in enger Zusammenarbeit mit den regionalen Grundversorgern. Als unabdingbar erachten wir auch eine neu zu schaffende **Regelung der Kostenübernahme** durch den Kanton bei nicht einbringlichen Honoraren aus dem ambulanten ärztlichen Notfalldienst. Wir haben zwar auf Stufe BEKAG unlängst „Grundsätze zur Regelung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirksvereinen“ erarbeitet und verabschiedet. Alleine dies reicht indessen erfahrungsgemäss bei weitem nicht aus. Es fehlt bis heute an einer dringend notwendigen **Ausführungs- oder Verwaltungsverordnung**, mit welcher auch behördlicherseits verbindliche Standards definiert werden. Der jetzige Zustand der Rechtsunsicherheit belastet auch die stationären Institutionen unnötig und ist nicht mehr länger tolerierbar. Die BEKAG arbeitet zwar unter Aufwendung erheblicher finanzieller Mittel an einem umfassenden, zukunftsweisenden Notfallversorgungskonzept, welches Qualitätsvorgaben beinhalten und sämtliche an der Notfallversorgung beteiligten Akteure mitumfassen muss. Bis aber ein neues Notfallversorgungskonzept zusammen mit dem Kanton umgesetzt werden kann, wird es noch einige Jahre der Vorbereitung brauchen.



Rückblickend auf die gescheiterte Spitalversorgungsplanung 2011-2014 bleibt uns nichts anderes als Ernüchterung. Das Bundesverwaltungsgericht schreibt dazu im Urteil C-1841/2014 vom 21. August 2015 unter anderem Folgendes (vgl. E. 8.4):

„Zusammenfassend ergibt sich, dass die von der Vorinstanz vorgenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung gestützt auf die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer den bundesrechtlichen Anforderungen nicht entspricht. Damit ist die Versorgungsplanung 2011-2014 der Vorinstanz, welche Grundlage für die Spitalliste 2012 bildet, bundesrechtswidrig erfolgt, sodass die angefochtene Verfügung ihrerseits rechtswidrig ist.“

Und weiter oben wird u.a. ausgeführt (vgl. E. 8.3):

„Die Vorinstanz hätte somit durchaus in einem ersten Schritt die nötigen Grundlagen im Hinblick auf die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG (Swiss DRG) schaffen und erst in einem zweiten Schritt gestützt darauf einen Wirtschaftlichkeitsvergleich durchführen und die Spitalliste erlassen können. Bei den Grundlagen im Hinblick auf die Schaffung der Fallpauschalen handelt es sich um eine einheitliche Rechnungslegung, die es den Kantonen im Zusammenhang mit dem Erlass der Spitalliste und der Erteilung von Leistungsaufträgen eben gerade ermöglicht, einen Kostenvergleich durchzuführen.“

Wenn im Bericht auf S. 26 erneut behauptet wird, die Spitalplanung stelle nur „ein verwaltungsinternes Planungsinstrument ohne unmittelbare Rechtswirkung gegenüber den Spitälern und den Krankenversicherern“ dar, so mag dies zwar formalrechtlich korrekt sein, hinterlässt aber nach dem Gesagten einen etwas seltsamen Eindruck. Weil die neue Spitalversorgungsplanung 2016-2020 inskünftig auf die ebenfalls auf S. 26 des Berichts erwähnten Grundsatzurteile des Bundesverwaltungsgerichts abstellen will, sollten Leerläufe beim Erlass der Spitalliste inskünftig vermieden werden können.

Unter Hinweis auf die hängige Spitalstandortinitiative sei erwähnt, dass nicht alles und jedes unter dem Titel **Spitzenmedizin** in Bern konzentriert werden kann und darf. Der bisherige **Zusammenschluss des Inselspitals mit der Spital Netz Bern AG** lässt eine positive Beurteilung und Gewichtung im gesamten Versorgungskonzept des Kantons immer noch nicht zu. Angesichts der noch **völlig offenen finanziellen Folgen** der Zusammenarbeit bei bekanntem starkem Kostenanstieg in der Akutversorgung hätte zuerst geprüft werden sollen, ob eine Finanzierung überhaupt möglich ist. Wir bezweifeln dies. Wir betonen an dieser Stelle erneut, dass es nicht angehen kann, in der Region Bern unter dem Titel „Stärkung des Medizinalstandortes Bern“ Unsummen zu investieren und gleichzeitig in den anderen inskünftig noch übrigbleibenden Spitalregionen den längst überfälligen Investitionsrückstand nicht zu beheben.

Wir sprechen uns damit auch ganz klar **gegen eine regionalisierte Planung für eine sog. kantonale spezialisierte oder hochspezialisierte Versorgung** aus. Dafür ist ausschliesslich der Bund im Rahmen der Regelung der hochspezialisierten Medizin (HSM) zuständig.

II. Bemerkungen zum Teil C: Umsetzung

1. Integrierte Versorgung

Die BEKAG wehrt sich dagegen, dass wenn immer möglich von einer „historisch gewachsenen Fragmentierung der Versorgung Abstand genommen“ werden soll. Zentralisierung ist kein Selbstzweck. Ein solches Credo führt zu nicht patientengerechten Lö-



sungen, behindert die freie Spitalwahl und den freien Wettbewerb und begünstigt die Insel Gruppe AG mit ihrer Philosophie.

Warum soll man in Grenzregionen wie dem Saanenland nicht mehr auf die historische Fragmentierung abstützen und nicht mehr grenzüberschreitend mit dem waadtländischen Rougemont zusammenarbeiten? Ähnliches gilt z.B. auch für Meiringen bzw. für die Zusammenarbeit mit dem Kanton Obwalden.

Das Versorgungsziel für den Kanton Bern bedeutet aber für den Kanton Bern zweifellos, dass in Zukunft nur noch eine „ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung“ angeboten werden kann. Dies anstelle einer optimalen Versorgung. Eine Zentralisierung und Zusammenfassung von Leistungsangeboten an einem Standort soll mit anderen Worten so wenig wie möglich und nur so weitgehend wie notwendig erfolgen. Dementsprechend sind wir auch gegen eine standortbezogene Erteilung von Leistungsaufträgen. Innerhalb der Spitalgruppe muss autonom entschieden werden können, an welchem Standort „des gleichen Spitals“ eine bestimmte Leistung, selbstverständlich unter Einhaltung der Vorgaben der GEF, angeboten werden soll. Wichtig erscheint uns, dass die neue Vorlage keine Mengenbeschränkung von Leistungsangeboten pro Spital oder Standort mehr vorsieht.

2. Geriatrische Versorgung

Ein Geriatrie-Konzept tut sicher Not, damit dieser zunehmende Versorgungsschwerpunkt adäquat abgebildet und entsprechend bedient werden kann. Keinesfalls sollte eine starre Altersgrenze oder eine verbindliche Indikationsabgrenzung zwischen Akutsomatik und Akutgeriatrie verfügt werden.

3. Notfallversorgung und regionalisierte Planung

In den sieben akutsomatischen und vier psychiatrischen Versorgungsräumen muss durch die Listenspitäler nicht ein vollständiges Angebots-spektrum vorgehalten werden, sofern durch angrenzende Versorgungsräume die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sichergestellt wird. Der Kanton erwartet von allen Spitälern, also auch von solchen ohne Leistungsauftrag, eine erste Sichtung, notwendige Versorgung und den Weitertransport in ein geeignetes Spital. Ausgerechnet in den Tourismusregionen wie Gstaad-Saanenland und Meiringen-Haslital lässt sich damit aber die 80/30-Regel nicht einhalten.

4. Geburtshilfliche Versorgung

Der Unterschied zwischen Bern und dem Berner Oberland erscheint beträchtlich: < 1% der Frauen in der Region Bern erreicht eine geburtshilfliche Einrichtung in 45-60 Minuten, während dem der Prozentsatz für Frauen im Berner Oberland West bei 7,3% liegt. Dies spricht u.a. dafür, dass der Kanton das Geburtshaus in der tourismusabhängigen Region Zweisimmen unterstützt.

5. eHealth

Die weitgehende Abdeckung durch eine kantonale Stammgemeinschaft mit unbehindertem Datenfluss und Zurverfügungstellung eines elektronischen Patientendossiers (EPD) ohne Integration der praktizierenden Ärzteschaft wird nicht funktionieren. Die Spitalversorgungsplanung 2016-2020 zeigt ausgerechnet zu diesem Handlungsfeld **keine Kostenfolgen** auf (sic!). Zudem ist durchaus fraglich, ob die Gründung einer kantonalen Stammgemeinschaft die geeignetste Lösung für den Kanton Bern darstellt. Andere Möglichkeiten sind der Anschluss an schon im Aufbau begriffene Ge-



meinschaften im Kanton Bern, oder der Anschluss an eine bereits bestehende, nicht-bernerische kantonale Stammgemeinschaft.

eHealth verbessert in erster Linie den medizinischen Datenaustausch unter den Behandelnden. Auch nach gebetsmühlenartiger Wiederholung wird dadurch das Gesundheitswesen nicht wirtschaftlicher. Eher drohen sehr hohe Kostenfolgen.

Zurzeit besteht für die Ärzteschaft wegen nicht gedeckten Kostenfolgen kein Anreiz, die Patientinnen und Patienten dazu zu bewegen, einem EPD zuzustimmen. Es kommt hinzu, dass die administrativen Hürden, welche die Patienten gemäss EPDG zu nehmen haben, abschreckend sind. Die Erfahrungen aus den Kantonen Waadt und Genf (EPD seit 10 Jahren eingeführt) zeigen, dass das Patienteninteresse effektiv geringer ist als erwartet.

6. Mindestfallzahlen

Es gibt auch Studien aus den USA und Norwegen, welche die Mindestfallzahlenproblematik nicht so eindeutig beurteilen. Wir sind nicht gegen wissenschaftlich erhärtete Mindestfallzahlen und sind ebenfalls der Meinung, dass im Allgemeinen mit der Festlegung und Einhaltung von Mindestfallzahlen bessere Ergebnisse erzielt werden dürften. Dies hat aber in der Regel keinen Einfluss auf Einzelpatientenbehandlungen, welche trotz Nichteinhaltung von Mindestfallzahlen von qualifizierten Operateuren behandelt wurden. Dies im Gegensatz zum stattgefundenen Medienhype, womit zu Unrecht der Eindruck der Illegalität und der unmittelbaren Gefährdung von Patientinnen und Patienten vermittelt wurde.

7. Ambulantes Potential

Mit diesem Begriff und mit dieser Betrachtungsweise sind wir nicht einverstanden. Weil es sich bei den Listenspitälern um staatliche Angebote handelt, ist es nicht Aufgabe des Staates, „neue Geschäftsfelder“ zu evaluieren, um damit private Angebote besser konkurrenzieren zu können. Stattdessen wäre vermehrt darauf zu achten, ambulante Spitalangebote nur noch komplementär zu bestehenden Angeboten der praktizierenden Ärzteschaft anzubieten.

8. Bewerbungsverfahren für die Berner Spitallisten

Aus heutiger Sicht erscheint die geplante Vorgehensweise im Rahmen eines formalen Bewerbungsverfahrens basierend auf den weiterentwickelten Berner SPLG-Systematiken Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie als vernünftig und gesetzeskonform. Trotzdem wird es auch inskünftig rechtliche Auseinandersetzungen in einem nur schwer justiziablen Bereich geben.

9. Monitoring und Aufsicht

Die Datenbasis ständig zu verbessern, scheint notwendig und unausweichlich. Es sollte aber darauf geachtet werden, dass kein Überwachungsstaat entsteht: *„Der Kanton Bern prüft zusätzlich anhand der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, ob ein Spital Fallzahlen Berner Patientinnen und Patienten in Leistungsgruppen ohne einen kantonalen Leistungsauftrag aufweist. Stellt er bei seiner Prüfung einen Verstoss fest, zahlt der Kanton den Kantonsanteil für diese Behandlungen nicht bzw. fordert diese zurück und meldet den Verstoss auch den Sozialversicherern.“* Wir fragen uns, ob dies zielführend ist.



Wir bitten Sie, die unsererseits geäusserten Anliegen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüssen

ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Der Präsident

Dr. med. Beat Gafner

Der Sekretär

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- Präsidentinnen und Präsidenten der Bezirksvereine
- Präsidentinnen und Präsidenten der Fachgesellschaften
- Herrn Christoph Erb, Direktor „Berner KMU“
- VSAO Sektion Bern