



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Bolligenstrasse 52  
CH-3006 Bern  
Telefon 031 330 90 00  
Telefax 031 330 90 03  
bekag@hin.ch

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

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

Bern, 15. Februar 2011

**Versorgungsplanung 2011-2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz; Konsultation: Vernehmlassung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern**

Sehr geehrter Herr Regierungspräsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die rechtzeitige Zustellung der Unterlagen. Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich erneut eingehend mit der Materie befasst und das neue Papier namentlich auch mit der Versorgungsplanung 2007-2010 verglichen. Wir würden es begrüessen, zur Versorgungsplanung 2015-2018 bereits im Jahre 2013 Stellung nehmen zu können, weil es wenig Sinn macht, sich nachträglich zu einer Planungsperiode zu äussern, die schon angelaufen ist und bezüglich derer die wichtigen Weichenstellungen schon vorgenommen wurden.

Der Vorstand nimmt namens und im Auftrag der Vereinsmitglieder, die in ihrer berufsausübenden Funktion entweder als am Spital beschäftigte und/oder als frei praktizierende Ärzte von der Vorlage direkt betroffen sind, gerne wie folgt dazu Stellung:

***Vorbemerkungen: Unvollständigkeit des Berichts***

Die vorliegende Dokumentation zur Versorgungsplanung 2011-14 verfolgt zwar einen ganzheitlichen Ansatz, indem scheinbar das gesamte Gesundheitswesen des Kantons Bern in die Betrachtung miteinbezogen wird, und geht damit erstmals über eine blosser Zusammenstellung wichtiger Zahlen im Bernischen Spitalwesen hinaus. Trotzdem vermag der Entwurf der Versorgungsplanung 2011-2014 die selbst gesteckten Ziele, wonach kein Aspekt vernachlässigt werden soll (vgl. dazu das Vorwort des Regierungspräsidenten namens der Gesundheits- und Fürsorgedirektion [GEF] vom Dezember 2010), nicht ganz zu erfüllen.

Aufbau und Übersichtlichkeit des Berichts werden positiv beurteilt. **Fragwürdig** erscheint uns aber die bewusste oder unbewusste **Ausklammerung der folgenden**, von der Struktur des Berichts her eigentlich abgedeckten **Bereiche und Problemfelder**:



## 1.) Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses

Die GEF analysiert zutreffend, dass der ärztliche Nachwuchs nicht gesichert sei. Die zunehmenden Lücken der hausärztlichen Versorgung, welche sich zur Zeit am meisten in der Peripherie, d.h. zunächst nur in ländlichen Regionen und im voralpinen Versorgungsraum akzentuieren, aber auch in den Agglomerationen bemerkbar machen, werden zwar erkannt, aber es werden – ausser der Erhöhung der Anzahl Studierender der Humanmedizin auf 180 pro Studienjahr und dem Modellversuch „Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen“- keine Massnahmen vorgeschlagen. **Gesundheitszentren** sind zwar im Bericht zu Recht angedacht, sind aber – weil in der Bevölkerung negativ besetzt – nicht überall möglich, bedürfen sie doch 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, kann die vorgesehene Verlagerung der Betreuungsangebote vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich gar nicht stattfinden. Einer gut funktionierenden Grundversorgung wird sozusagen der Boden entzogen bzw. eine ausreichende Grundlage ist bereits heute nicht mehr gegeben. Es besteht dringender Handlungsbedarf. Will der Kanton an der erwähnten Verlagerung festhalten, so sollte das Problem des Hausärztemangels prioritär angegangen werden. Die Nachwuchsproblematik in der praktizierenden Ärzteschaft ist schweizweit klar und deutlich ausgeleuchtet. Handlungsbedarf und Handlungsfelder sind ausgewiesen und Verbesserungsvorschläge bzw. die entsprechenden politischen Forderungen liegen auf dem Tisch.

Die Akademisierung der **Hausarztmedizin** sollte mittels **Implementierung eines vollwertigen Lehrstuhls** mit adäquater Infrastruktur und entsprechendem Forschungssetat (vollamtliches Ordinariat) vervollständigt werden. Das Angebot für Praxisassistenzen ist aus dem Pilot zu entlassen, definitiv zu verankern und weiter auszubauen, und zwar zunächst auf die minimal **22 von der GDK empfohlenen Praxisassistentenstellen**. **Wir erwarten von der GEF** klarere und **unmissverständliche Absichtserklärungen**, welche in die erwähnte Richtung gehen. Dies gilt auch dann, wenn der Kanton aufgefordert ist, zu eidgenössischen Vorlagen Stellung zu nehmen, welche die Rahmenbedingungen der hausärztlichen Berufsausübung tangieren. Das Image der Hausarztmedizin muss verbessert werden und die Rahmenbedingungen der ärztlichen Praxistätigkeit müssen attraktiv bleiben. Dazu gehören etwa der **Erhalt des Praxislabors** sowie der **Selbstdispensation**. Auf Seite 15 werden die Ärzte im Zusammenhang mit der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gar nicht erwähnt. Gleiches trifft für die **Gesundheitsförderung** zu, an welcher die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte massgeblich mitwirken. Wir fordern Sie auf, dies entsprechend zu korrigieren.

Das Konzept des Rettungswesens geht wohl mittelfristig in Richtung einer zentraleren Alarmierung und Einsatzführung über eine einheitliche Sanitätsnotrufzentrale. Der dahin führende Weg wird indes kompliziert und langwierig sein, weil die verschiedensten Akteure koordiniert werden müssen. Der ambulante ärztliche Notfalldienst wird zwar auf Seite 158 erwähnt, aber offensichtlich nicht als tragender Stützpfeiler der notärztlichen Versorgung gewertet.

An der erwähnten Stelle wird stattdessen nur etwas despektierlich darauf hingewiesen, dass die Ärztinnen und Ärzte in der Regel nicht in Notfallmedizin geschult sind. Dies können wir so nicht akzeptieren und ersuchen Sie, auch in diesem Punkt um entsprechende Korrektur und Ergänzung des Berichts. Wir erwarten ein **klares Bekenntnis der GEF**, dass der Kanton am **ambulanten ärztlichen Notfalldienst als Basisversorgung** festhalten und gegebenenfalls die dafür notwendigen Massnahmen zu treffen gewillt ist.



Ein bisher noch fehlendes kantonales Versorgungskonzept sollte neu erarbeitet werden und **Qualitätsvorgaben** beinhalten, welche sämtliche an der Notfallversorgung beteiligten Player (inkl. Spitäler und notfalldienstleistende Ärzte) mitumfassen und gemeinsame Weiterbildungen und Fortbildungen vorsehen.

## 2.) Bedeutung der Privatspitäler und der dort tätigen Belegärzte

Die Privatspitäler und deren Versorgungsfunktion, in deren Rahmen auch ein wesentlicher Teil unserer im Belegarztsystem tätigen Mitglieder eingebunden ist, werden in der Versorgungsplanung 2011-2014 systematisch ausgeklammert. Die **Privatspitäler** kommen nur in tabellarischer Form vor und werden höchstens als **Mitbewerber der öffentlichen Spitäler mit RSZ-Funktion** erwähnt (vgl. S. 8 des Berichts). Diese Betrachtungsweise greift zu kurz und ist entsprechend zu korrigieren.

Die GEF ist gehalten, genauer aufzuzeigen, wie die Privatspitäler angesichts der gesetzlichen Gleichstellung mit den öffentlichen Spitalträgern **ab 1.1.2012 fair ins System eingebunden** werden können. Wie der **Tatsache des erheblichen Investitionsrückstandes bei den RSZ (ca. 2 Mia. CHF)** im Vergleich zu den Privatspitälern angegangen werden soll, sucht man im Bericht vergeblich. Unklar bleibt auch, wieso keine Ausführungen darüber gemacht werden, ob die Aufnahme bestimmter Leistungsbereiche einzelner Spitäler in die kantonale Spitalliste nicht nach dem **Bundesgesetz über das öffentliche Beschaffungswesen** ausgeschrieben werden müsste. Dies ist reichlich blauäugig, denn bei Nichtberücksichtigung von Privatspitälern ohne plausible Begründung drohen solche Verfahren als wesentlicher Risikofaktor, mit welchem die ganze Versorgungsplanung blockiert werden könnte.

## 3.) Ungenügende Berücksichtigung der Ressourcenknappheit

Eine **Reduktion auf weniger als 6 Spitalversorgungsregionen** mit entsprechender Konzentration der Ressourcen wird unseres Erachtens vermutlich unausweichlich sein. Die vorgesehene Reduktion darf aber nicht zu einer Diskriminierung der Randregionen führen und es dürfen nicht an Spitalstandorten, die eventuell aufgegeben werden müssen, noch unnötige Investitionen getätigt werden. Diese heikle Problematik wurde bereits in unserer Stellungnahme zur Versorgungsplanung 2007-2010 thematisiert. Zwischenzeitlich hat der Investitionsrückstand dramatisch zugenommen, während dem sich die finanzielle Situation des Kantons auch nicht verbessert hat. Nicht alles und jedes kann unter dem Titel **Spitzenmedizin** in Bern konzentriert werden. Die Ausführungen über die Zusammenarbeit und den **organisatorischen und rechtlichen Zusammenschluss des Inselspitals mit der Spital Netz Bern AG** lassen eine Beurteilung und Gewichtung im gesamten Versorgungskonzept des Kantons nicht zu. Angesichts der noch **völlig offenen finanziellen Folgen** der Zusammenarbeit bei bekanntem starkem Kostenanstieg in der Akutversorgung sollte zuerst geprüft werden, ob eine Finanzierung überhaupt möglich ist. Wir bezweifeln dies. Wir möchten an dieser Stelle schon jetzt und rechtzeitig im voraus betonen, 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.

Die GEF rechnet ja für das Jahr 2012 auch ohne Finanzierung des neuen Medizinalstandortes Bern bereits mit Mehrkosten in der Höhe von **CHF 305 Mio. pro Jahr**. Ob das Projekt „Stärkung des Medizinalstandortes“ realisierbar ist oder von vornherein an den knappen Ressourcen des Kantons Bern scheitert, wird die Zukunft zeigen.



Dies gilt schliesslich auch für den geplanten Wechsel von der im Rettungswesen geltenden Versorgungsregel, wonach 80% der Bevölkerung in 30 Minuten versorgt sein müssen, zu einer **Hilfsfristenregelung**, wonach **90% der Patienten innerhalb von 15 Minuten** durch die Rettungsdienste erreichbar sein müssten. Dies erachten wir als wünschbar, kurzfristig dürfte dies aber im Kanton Bern aus Gründen der Finanzknappheit wohl kaum realisierbar sein. Die Schaffung einer **Ombudsstelle für alle Listenspitäler** ist grundsätzlich zu begrüssen. Wir sehen hier aber eher die **Durchführung eines Pilotprojekts** mit anschliessender Kosten/Nutzenanalyse, bevor definitiv eine derartige neue Institution geschaffen wird.

## **1. Allgemeiner Teil**

### *1.1 Wie beurteilen Sie die Versorgungsplanung in ihrer Gesamtheit?*

Wir begrüssen den erweiterten Blickwinkel der neuen Planung, der weitere Bereiche ausserhalb der Spitalplanung neu ebenfalls berücksichtigt. Die in den Vorbemerkungen unter Ziff. 1.) und 2.) hiervoor erwähnten Lücken müssen aber unbedingt geschlossen werden, sonst ist der Bericht nicht vollständig. Ebenfalls zu begrüssen ist die gemeinsame interkantonale methodische Planungs-Grundlage.

Wir gehen ebenfalls von einer Zunahme der stationären Aufenthalte mit einem entsprechenden Kostenwachstum, von einer Zunahme der Rettungsleistungen mit entsprechendem Kostenwachstum und von einem vermehrten Bedarf an Ausbildung von Personal nicht universitärer Gesundheitsberufe aus. Gleichzeitig wird angesichts der Einführung von DRG eine **verstärkte Verlagerung in den ambulanten Bereich** stattfinden, die **von den heutigen Strukturen nur teilweise aufgefangen werden kann**.

Die Verlagerung in die ambulante Medizin wird seitens der BEKAG im Rahmen des Projekts „**Reason for Encounter**“ bereits heute monitorisiert. Wir akzeptieren nicht mehr, dass solche Verlagerungen, die unter DRG noch markant zunehmen werden, als sogenannte Mengenausweitung zu Lasten der Ärzteschaft mit sinkendem TARMED-Taxpunktswert abgestraft werden.

Ob sich die **Spezialisierung in der Medizin** noch immer gewinnbringend für alle weiterentwickeln lässt, ist **zunehmend zu hinterfragen**. Entsprechend erachten wir die positive Verankerung als Zielsetzung unter Ziff. 2.3.3 als unzutreffend.

Die **mangelnde Koordination zwischen den Versorgungsbereichen** ist zu negativ dargestellt bzw. die unter Ziff. 2.2.4 wie auch anderswo immer wieder aufgeführte These stellt die Realität **nicht korrekt** dar. Was als Lösung vorgeschlagen wird, findet heute in der Versorgungskette im Sinne einer sehr engen Zusammenarbeit aller Akteure bereits statt. Entsprechend ist das (Optimierungs)Potential viel weniger gross als behauptet. Eine kantonale Managed-Care-Strategie betrifft zudem nicht nur die Ärzteschaft, wie fälschlicherweise suggeriert wird.



Die Delegiertenversammlung der BEKAG hat die folgenden verbindlichen **Eckwerte für integrierte Versorgungsmodelle** verabschiedet:

- „(1) Zentrale Voraussetzungen für die Einführung integrierter Versorgung sind ein morbiditätsorientierter, verfeinerter Risikoausgleich und eine wissenschaftliche Begleitevaluation.“*
- (2) Es braucht eine ärztliche Patientenführung über die ganze Behandlungskette des Netzwerks hinweg und damit eine Optimierung der Behandlungsqualität. Die Netzwerke integrieren Grundversorger, Spezialisten, Spitäler und nachgelagerte Betreuungsstrukturen.*
- (3) Integrierte Versorgung braucht ein Qualitätsmanagement und eine Qualitätskontrolle. Die Fokussierung ist auf Qualität und Patientennutzen gerichtet und nicht auf direkte Kostenfolgen.*
- (4) Die freie Arztwahl innerhalb eines bestehenden Netzwerkes muss gewährleistet sein. Die Patientenführung kann sowohl von einem Grundversorger wie von einem Spezialisten ausgeübt werden.*
- (5) Eine Budgetverantwortung – im Sinne eines Globalbudgets – wird abgelehnt.*
- (6) Eine allfällige Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer muss freiwillig sein. Die Regelungen müssen in diesem Fall ethisch vertretbar sein. Eine Budgetmitverantwortung kann nur beim Netzwerk und darf nicht beim einzelnen Arzt liegen. Eine Kostenkontrolle muss über eine Periode von mehreren Jahren angewendet werden. Wo ein Bonus oder Malus zur Geltung kommt, muss der Betrag begrenzt sein. Die Leistungserbringer fordern eine Mitsprache bei der Prämiengestaltung.*
- (7) Verschiedene Modelle eines einzelnen Krankenversicherers in der Grundversicherung sind vorerst mit identischen Prämien einzuführen. Der Anreiz zum Eintritt in ein integriertes Versicherungsmodell darf nicht über Kostenunterschiede (wie differenzierte Selbstbehalte) gehen. Vielmehr müssen Qualitätsmerkmale ausschlaggebend sein.*
- (8) Es gilt eine eidgenössische Tarifstruktur mit einem nach unten begrenzten Taxpunktwert. Die Vergütung der Leistungen wird zwischen Versicherer und Leistungserbringer vertraglich geregelt.*
- (9) In Ärztenetzwerken mit integrierter Versorgung regelt das Netzwerk die Funktion des Vertrauensarztes.“*

Die **behauptete Überversorgung** wird wiederholt angesprochen (z.B. S. 69), aber nirgends konkret und detailliert ausgeleuchtet (ausser bei der Orthopädie).

Die BEKAG hat letztmals **2010 eine Umfrage zur ärztlichen Versorgung im Kanton** bei den Mitgliedern durchgeführt. Die GEF ist zwar im Besitz der Umfrageergebnisse (welche auch die Vorjahre betreffen), wir gehen aber davon aus, dass diese Ergebnisse leider nicht in die Versorgungsplanung eingeflossen sind, was für uns unverständlich ist und nachgeholt werden sollte.

Die ambulante medizinische Grundversorgung bezieht sich nur in Agglomerationen auf Allgemeine, Innere, Kinder- und Jugendmedizin. In ländlichen, peripheren Gebieten wird zumindest die medizinische Versorgung in der Allgemeinen und Inneren Medizin, auch von



Spezialisten verschiedenster Fachrichtungen abgedeckt. Dies gilt im Besonderen auch für den ambulanten Notfalldienst.

Die **ärztliche Personal im Gesundheitswesen** ist zwar zunehmend weiblich, die Anforderungen nach flexibleren, familienfreundlicheren Arbeitsbedingungen in den Institutionen und in den Arztpraxen beruhen aber auf einem tiefer greifenden, **geschlechtsunabhängigen gesellschaftlichen Wandel**. Extreme Arbeitsbedingungen werden heute auch bei guten Verdienstmöglichkeiten nicht mehr akzeptiert und auf vermeintliches Sozialprestige wird eher zu Gunsten einer besseren Lebensqualität verzichtet. Die neue BEKAG-Broschüre „**Ä Praxis wo fägt!**“ (siehe: [www.bekag.ch](http://www.bekag.ch)) unterstützt junge Ärztinnen und Ärzte beim Sprung in die eigene Praxis.

### 1.2 *Befürworten Sie die versorgungsplanerischen Zielsetzungen?*

Wir befürworten die Ziele 1- 9, lehnen dagegen aber die Ziele 10 und 11 ab. Zum Ziel 11 haben wir in den Vorbemerkungen unter Ziff. 3) Stellung genommen. Auch das Ziel 10 (Kostenführerschaft unter den Unikantonen) erachten wir als **übertrieben und unrealistisch** und lehnen es demzufolge ab. Der Kanton Bern muss sich angesichts der desolaten Finanzlage auf das Machbare und Vernünftige beschränken, wird es aber sicher nicht schaffen, unter den Unikantonen eine Kostenführerschaft zu erreichen.

## 2. **Somatische Akutversorgung**

### 2.1 *Sind Sie gesamthaft der Beschreibung des Ist-Zustandes einverstanden?*

Die wichtigsten Aspekte haben wir unter den Vorbemerkungen sowie in der Beantwortung der Fragen zum allgemeinen Teil bereits behandelt, worauf verwiesen wird. Aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte stört uns die Tatsache, dass die praktizierende Ärzteschaft mit ihrer zentralen Versorgungsfunktion zu wenig konsequent in die geplanten Strategien miteingebunden ist. Der Personalmangel in der hausärztlichen Versorgung schlägt früher oder später voll auf das Funktionieren oder Nichtfunktionieren des gesamten stationären Versorgungssystems durch. Soweit von einer integrierten Versorgung als Zukunftsmodell ausgegangen wird, muss betont werden, dass dies ohne Miteinbezug eines Grossteils der Bevölkerung (d.h. auch der gesunden Prämienzahler) sowie der Ärzteschaft nicht funktionieren wird (die BEKAG hat Eckwerte zu Versorgungsmodellen verabschiedet, welche weiter oben unter der Antwort zu Ziff. 1.1 des Fragenkatalogs zitiert sind).

Die **demographische Entwicklung** und die **Folgen der medizintechnischen Entwicklung** werden unseres Erachtens hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen für das gesamte Gesundheitsversorgungssystem deutlich unterschätzt (vgl. S. 74).

Eine **Verkürzung der Aufenthaltsdauer** als Folge des Ausbaus der nachsorgenden Versorgungsbereiche wird unter den aktuellen Rahmenbedingungen (fehlende Tarifierung der Übergangspflege, geringe Anreize für ambulante Nachsorge, etc.) **nicht ohne Qualitätseinbußen** (und damit wohl gar nicht) **realisierbar** sein.



Wenn zudem die Fallzahlen in der stationären Grundversorgung zunehmen, bei gleichzeitigem Abbau des Bettenbedarfs bei den Universitätsspitalern, so sollte diesen Tatsachen im Rahmen der Spitalversorgungsplanung und bei einer allfälligen Umsetzung des Projekts „Stärkung des Medizinalstandortes Bern“ stärker Rechnung getragen werden.

Der Ist-Zustand wird im Übrigen gut und plausibel dargestellt, wobei erneut darauf hinzuweisen ist, dass die Privatspitäler und ihre Sichtweise als private Anbieter nicht ihrer Bedeutung für die somatische Akutversorgung entsprechend behandelt werden.

- 2.2 *Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Akutsomatik einverstanden?*
- 2.3 *Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeit gemässen somatischen Versorgung im Kanton Bern? Wenn nein, welche Aspekte fehlen?*
- 2.4 *Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 6.5 einverstanden?*
- 2.5 *Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Massnahmen besonders zu beachten?*

Wir befürworten die dezentrale Konzentration der regionalen stationären Grundversorgung (Strategie 1). Die Konzentration der hoch spezialisierten Medizin am Universitätsspital (2) wird unseres Erachtens in Vorwegnahme der vermeintlichen Realisierung des Projekts „Stärkung des Medizinalstandortes Bern“, dessen Finanzierung nicht sichergestellt ist, zu stark als Zielsetzung gewichtet. Die rein wettbewerbliche Lösung in der Region Bern (3) greift zu kurz oder ist zumindest nicht zu Ende gedacht. Es ist und bleibt unklar, ob und inwieweit der Kanton ohne öffentliche Ausschreibung der Spitalliste eine faire Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern ab 1.1.2012 erreichen will.

Die BEKAG begrüsst die Unterstützung von **Gesundheitszentren in Gebieten mit gefährdeter Grundversorgung** (4). **Eine zwingende Verknüpfung mit einem RSZ am ehemaligen Spitalstandort wird indessen abgelehnt.** Lokaler Strukturwandel muss lokal abgestützt sein. Die Entwicklung von regional angepassten Lösungen soll primär unter Einbezug der Gemeinden und der selbstständig praktizierenden Ärzteschaft (betriebswirtschaftliche Anreize für neu entstehende, mittelfristig selbsttragende Gemeinschaftspraxen) erfolgen.

An der Finanzierung müssen sich mit Vorteil die lokalen Gemeinden, das Gewerbe und die Industrie mitbeteiligen. Gesundheitszentren können also nicht als Satelliten von RSZ dekretiert werden, sie müssen vielmehr einem Bedürfnis der Bevölkerung entsprechen und von der Basis mitgetragen werden. Neben einer Anschubfinanzierung muss eine **zeitlich begrenzte Finanzierung auch** möglich sein, **wenn nicht ein RSZ Träger der Institution ist.**

**Gegen die geplante starre Maximierung der** Leistungsmengen durch Fallzahlen, Pflagestage und Kapazitäten (5) äussern wir **grösste Bedenken.** Wie sich im Vergleich zur letzten Planungsperiode zeigt, kann die Bedarfsprognose stark von der Realität abweichen. Es kommt hinzu, dass die freie Spitalwahl allgemein grundversicherter Patienten ab dem 1.1.2012 auch kantonsübergreifend zum Tragen kommt. Wie zutreffend ausgeführt wird, lässt sich nicht planen, was dies für Auswirkungen auf die Auslastung einzelner Spitäler haben wird. Was passiert, wenn ein Kontingent ausgeschöpft ist? Müssen die Patienten bzw. deren Ärzte dann fieberhaft Alternativen suchen oder wird dies gar dazu führen, dass gewisse Eingriffe im letzten Quartal des Jahres gar nicht mehr oder nur noch gesundheitsgefährdend ambulant durchgeführt werden können. **Wir lehnen derart gravierende Zustände nach deutschem Muster kategorisch ab.**



Wir sind **auch gegen übertriebene Anforderungen an Fachärzte und Notfallstationen sowie an Intensivstationen**. Ausser dem Universitätsspital gibt es im Kanton Bern keine Intensivstation mit Ausbildungsqualifikation A, respektive mit mehr als 2'600 Pflegetagen und 1'000 Beatmungstagen. Diese Forderung ist weder aus medizinischen Gründen haltbar noch volkswirtschaftlich sinnvoll. Der Bereich **Thoraxchirurgie, Gefässchirurgie** sowie der **Herzchirurgie** würde damit am Universitätsspital monopolisiert und ausgebaut, obwohl andere Spitäler die notwendigen Qualitätsanforderungen genau so erfüllen. Eine von der **SIGI anerkannte Intensivstation reicht ohne weiteres aus**, um die erwähnten Eingriffe in gleicher Qualität wie am Inselspital durchzuführen.

**Ein Einsparpotential von 10% durch Senkung von Fallkosten lehnen wir als unrealistisch ab.** Zuerst müssten die Hausaufgaben gemacht und der unsererseits bereits in der Vernehmlassung zur Versorgungsplanung 2007-2010 angemahnte, massive Investitionsrückstand bei der Spitalinfrastruktur aufgeholt werden. Unter den gegebenen Umständen bzw. angesichts der für optimierte Behandlungsprozesse notwendigen Spitalinfrastruktur, die heute nicht mehr oder noch nicht vorhanden ist, muss dieses Einsparziel für die betreffende Planungsperiode 2011-2014 aufgegeben werden.

Die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung (6) durch Festlegen von Kriterien und Verstärkung der Aufsicht birgt die Gefahr einer teuren, sich verselbständigenden Kontrollmentalität, die über das Ziel hinausschiesst, in sich. Generell sollen zu viele Daten mit zu grossem finanziellem Einsatz in den Jahren 2011-2014 gesammelt und **zu viele Bereiche aufwändig monitorisiert** werden, was wir uns schlicht nicht leisten können.

Eine integrierte Versorgung für „besonders vulnerable“ Patientengruppen (7) funktioniert vermutlich nicht. Integrierte Versorgung auch für „besonders bedürftige Patientengruppen“ setzt immer voraus, dass ein Grossteil der Bevölkerung und der gesunden Prämienzahler sich integrieren lässt. Wir verweisen in diesem Zusammenhang erneut auf die Eckwerte für integrierte Versorgungsmodelle der BEKAG, die wir oben unter unserer Antwort zu Ziff. 1.1 des Fragenkataloges zitiert haben.

2.6 *Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der akutsomatischen Versorgung im Kanton Bern?*

Nein. Die Aufzählung möglicher Massnahmen erachten wir als vollständig. Die Gewichtung sehen wir allerdings anders. Zuerst ist der notwendige Konzentrationsprozess auf weniger Spitalregionen in der Grundversorgung durchzuführen, unter Miteinbezug der dafür notwendigen Investitionen (Aufholen eines Investitionsrückstandes in der Grössenordnung von ca. 2 Mia. CHF), wobei nicht einzelne Regionen krass bevorzugt oder benachteiligt werden dürfen. Anschliessend sind die aus der vermehrten Verlagerung in den ambulanten Bereich resultierenden Folgen zu planen und mit geeigneten Massnahmen aufzufangen, wobei die bereits heute bestehenden Lücken in der hausärztlichen Versorgung prioritär zu beheben sind. Schliesslich sind die Probleme im Bereich Geriatrie und Palliative Care erstmals systematisch anzugehen. Erst dann folgt in unserer Prioritätenordnung die Erhaltung der Spitzenmedizin als weitere wichtige Zielsetzung.



### **3. Rehabilitation**

- 3.1 *Sind Sie gesamthaft mit der Beschreibung des IST-Zustandes einverstanden?*
- 3.2 *Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Rehabilitation generell einverstanden?*
- 3.3 *Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeitgemässen rehabilitativen Versorgung im Kanton Bern? Wenn nein, welche Aspekte fehlen?*
- 3.4 *Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 7.5 einverstanden?*
- 3.5 *Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Massnahmen besonders zu beachten?*
- 3.6 *Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der Rehabilitation im Kanton Bern?*

Der Kanton muss die **ambulante Rehabilitation fördern**. Dabei muss auch für die zu Rehabilitierenden klar werden, dass die stationäre Rehabilitation die Ausnahme ist. Allerdings soll die stationäre Rehabilitation dort nicht zu kurz kommen, wo diese aufgrund der SwissReha-Richtlinien unabdingbar ist. Die Unterversorgung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation sollte auf diesem Weg beseitigt werden. Wir fragen uns indessen, ob das geplante **Monitoring** wirklich notwendig ist und ob die Ziele stattdessen nicht auch mit weniger weitreichenden Massnahmen erreicht werden könnten.

Eine Lösung für die **Berner Klinik Montana** ist dringlich bzw. die Aufrechterhaltung am jetzigen Standort ist nicht erstrebenswert. Die skizzierte Umsetzung ist für uns **zu wenig konkret und zu wenig zeitlich verbindlich**.

### **4. Psychiatrische Versorgung**

- 4.1 *Sind Sie gesamthaft mit dem Fazit aus der Beschreibung des Ist-Zustandes (8.2.14) einverstanden? Wenn nein, warum nicht?*

Ja, wir sind weitgehend mit der sorgfältigen Auslegeordnung einverstanden.

Allerdings fehlt jeglicher Hinweis, wonach auch die **Hausärzte** einen wesentlichen Teil der psychiatrischen Versorgung abdecken. Dies betrifft vor allem die Behandlung psychischer Störungen, welche einen bestimmten Schweregrad nicht übersteigen. Nicht einverstanden sind wir nach wie vor mit der **Forensikstation** auf einem Klinikgelände. Sobald dort auch unbescholtene Patienten einquartiert werden, weil sie vielleicht selbst- oder fremdgefährdend sind, droht eine erneute Verstärkung des leider erst teilweise geschwundenen Stigmas betreffend die stationäre Psychiatrie.

- 4.2 *Unterstützen Sie die geplante Reduktion der stationären und der Ausbau der ambulanten und tagesklinischen Kapazitäten?*

Grundsätzlich ja. Uns fehlt aber ein Konzept, welches dem **Subsidiaritätsprinzip** ausreichend Rechnung trägt und zunächst auf einer möglichst optimalen **Miteinbeziehung der** freiberuflich tätigen Leistungserbringer basiert. Die zusätzlichen Angebote machen nur Sinn, wenn sie gemeindenah, notfall- und krisennah sind und durch die **freipraktizierenden Psychiaterinnen und Psychiater** nicht oder nur teilweise angeboten werden.



4.3 *Sind Sie mit den Strategien in Kapitel 8.6 generell einverstanden?*

Wir sind grundsätzlich einverstanden, vermissen aber – wie gesagt – weitere Strategien mit Blick auf Stärkung und Einbezug der privaten Psychiatrieangebote sowie im Rahmen der **dringend notwendigen Förderung des Psychiatrienachwuchses**.

4.4 *Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeitgemässeren Psychiatrieversorgung im Kanton Bern? Wenn nein, welche Aspekte fehlen?*

Nein. Nur teilweise. Was fehlt ist die notwendige **Förderung und der Einbezug privater Ressourcen**. Es braucht zudem **Massnahmen gegen den Nachwuchsmangel**. Dieses Problem betrifft sowohl den Nachwuchs von Fachärzten, welche anschliessend an staatlichen Institutionen tätig sind, wie auch den Nachwuchs an praktizierenden Fachärztinnen der Psychiatrie. Ohne ständigen ausländischen Nachschub würde unsere Psychiatrieversorgung nur noch auf Schwellenland-Niveau existieren. Wir vermissen also diesbezüglich die notwendige Sensibilität und die notwendige Gesamtsicht.

**Uns stört der seit Jahren anhaltende Trend** und Weg des geringsten Widerstandes **in Richtung Ausbau der staatlichen Psychiatrie** im Kanton Bern. Wir betrachten dies eigentlich als Armutszeugnis eines wirtschaftlich schwachen Kantons, der nicht erkennt, dass vieles einfacher und günstiger über private Angebote abgedeckt werden könnte, wenn denn nur die Rahmenbedingungen stimmen würden.

**Es braucht** unseres Erachtens **weder eine fachlich abgestützte kantonale Gesamtsteuerung noch neue spezialisierte Behandlungsleistungen**, die vom Kanton an „zentralen“ Institutionen ausgeübt werden.

Wir begrüssen dagegen den Ansatz, wonach die psychiatrischen Versorgungsregionen den somatischen Spitalversorgungsregionen entsprechen sollen. Auch erachten wir **regionale Versorgungskonzepte** als **unter Umständen notwendig**.

4.5 *Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 8.7 einverstanden?*

Wir sind nach dem Gesagten gegen die Schaffung weiterer Strukturen zur Planung und Steuerung innerhalb der GEF. Wenn überhaupt müssten solche Strukturen aus frei werdenden Kapazitäten des Spitalplanungsamtes sichergestellt werden oder aber es muss auf einen Ausbau von Strukturen ganz verzichtet werden. Entsprechend muss wohl schon alleine aus personellen Gründen **auf eine fachlich abgestützte Gesamtsteuerung und auf weitere Planungsthemen verzichtet** werden. Eine allfällige Rahmenordnung zur regionalen Versorgung wäre zudem unter Miteinbezug und in enger Zusammenarbeit mit privaten Psychiatrieinstitutionen sowie mit den niedergelassenen Fachärzten anzugehen. Es müssen auch anerkannte Fachleute einbezogen werden, die eine andere Versorgungsphilosophie als die „Staatspsychiatrie“ vertreten.

Uns fehlt – wie gesagt – im Sinne des Subsidiaritätsprinzips als vorgängige Massnahme der Versuch eines **möglichen Einbezugs privater Institutionen** wie PK Wyss in Münchenbuchsee und Klinik SGM in Langenthal oder PK Meiringen sowie der Versuch einer **Miteinbindung der niedergelassenen Psychiaterinnen**. Wurde all dies überhaupt versucht?



4.6 *Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Massnahmen besonders zu beachten?*

Psychiatrie ist gesellschaftspolitisch einer der sensibelsten Bereiche der Medizin. Der **Staat** sollte sich deshalb wenn immer möglich **auf seine Kernaufgabe beschränken**, günstige Rahmenbedingungen für konstruktives privates Wirken zu schaffen. Stattdessen soll hier der Staat den Bedarf erheben und definieren, die notwendigen Leistungen definieren und planen, um diese Leistungen dann grösstenteils auch selber anzubieten und sich dabei auch noch selber zu kontrollieren. Eine derartige Verstaatlichung der Psychiatrie, welche jetzt erstmals sozusagen in letzter Konsequenz und in vollumfänglicher Ausprägung daher kommt, lehnen wir nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern insbesondere auch aus staatspolitischen Überlegungen ab.

4.7 *Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der Psychiatrieversorgung im Kanton Bern?*

Wir verweisen auf die Antworten zu den Fragen 4.2, 4.4 und 4.5 hiervoor.

## **5. Rettungswesen**

5.1 *Sind Sie mit den Strategien in Kapitel 9.3 einverstanden?*

5.2 *Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeitgemässen rettungsdienstlichen Versorgung im Kanton Bern? Wenn nein, welche Aspekte fehlen?*

5.3 *Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 9.4 einverstanden?*

5.4 *Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung im Kanton Bern?*

Wir begrüssen die angestrebte **Verbesserung der Hilfsfristen**, und damit eine möglichst baldige Angleichung an die heute in den meisten Kantonen bereits gehandhabte Regelung.

Eine **Reduktion auf eine Einsatzzentrale** und die Einführung einer einzigen Sanitätsnotrufzentrale oder kantonale Alarmzentrale aller Rettungsdienste erachten wir aus regionalpolitischen Gründen als verfrüht bzw. bis 2014 als noch nicht umsetzbar.

Das **Ambulanzstandortnetz** muss **optimal ausgebaut** und die **Betriebsgrössen müssen optimiert** werden, d.h. die bisher vermehrt spitalgebundenen Ambulanzteams sollten bei inskünftig deutlich weniger Spitalstandorten vermehrt auch bei Praxisgemeinschaften und Gesundheitszentren angegliedert werden können. Eventuell wäre es deshalb sinnvoll, noch **mehr Ärzte vor allem in der Peripherie zu Dienstärzten nach SGNOR auszubilden**.

**Die Qualität der Rettungsdienste ist heute unterschiedlich.** Falls das Prinzip der spitalgebundenen Rettungsdienste beibehalten wird, müsste ein übergeordnetes Qualitätssicherungsmanagement eingeführt werden.



Eine **stärkere fachliche Vernetzung** aller Notfalldienstleistenden, d.h. der Rettungsdienste, der Spitäler und der notfalldienstleistenden Ärzte tut not. Diesem Problem, welches mit unterschiedlicher Leistungsqualität der Rettung im Kanton Bern einhergeht, sollte mit **gemeinsamen Weiter- und Fortbildungen basierend auf einem einheitlichen Versorgungskonzept** begegnet werden.

## **6. Gesundheitsberufe**

6.1 *Sind Sie gesamthaft mit der Beschreibung des Ist-Zustandes beim Gesundheitspersonal einverstanden?*

Die Situationsanalyse hinsichtlich der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte ist mangelhaft. Es müssen **bessere Anreize nicht nur für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten** geschaffen werden, **sondern darüber hinaus muss die Verweildauer im Beruf am Patienten durch zusätzliche Verbesserung der Bedingungen gefördert werden**. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Ausführungen in den Vorbemerkungen.

Wir gehen weiter davon aus, dass die medizinischen Praxisassistentinnen und Dentalassistenten, welche im Bereich freiberuflicher Praxen und Labors tätig sind, nicht wie angegeben lediglich 3% sondern in etwa 10% des Personalbestandes der in den Pflege- und Betreuungsberufen tätigen Personen ausmachen dürften. Wir kommen alleine bei rund 1'800 praktizierenden Ärzten und durchschnittlich einer angestellten Praxisassistentin bereits auf solche Zahlen.

6.2 *Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Nachwuchssicherung im Gesundheitswesen einverstanden?*

6.3 *Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 10.5 einverstanden?*

Die Strategien und Massnahmen für nicht-universitäre Gesundheitsberufe werden unterstützt. Weil heute an die Pflege- und Betreuungsberufe höhere Anforderungen gestellt werden, die teilweise von Fachangestellten Gesundheit nicht erfüllt werden können, erachten wir es als für die Versorgungsqualität der Bevölkerung **unbedingt erforderlich, dass auch die Anzahl der Ausbildungen im Tertiärbereich zunimmt**.

6.4 *Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Massnahmen besonders zu beachten?*

Eine sehr wichtige und leider nicht immer beherzigte Massnahme soll der frühzeitige Miteinbezug der praktizierenden Ärzteschaft in der Meinungsbildung zu allen medizinischen Problemstellungen sein.

6.5 *Sehen Sie andere Massnahmen zur Nachwuchssicherung in den Gesundheitsberufen im Kanton Bern?*

Die BEKAG erwartet von der GEF und vom Kanton eine bessere Unterstützung bei der **Nachwuchsförderung**, bei der Einteilung von Ärzten in den **allgemeinen Notfalldienst** und bei der Erhebung von **Ersatzabgaben**, beim Aufbau von **Hausarztposten** an Notfalldienstposten, beim Erhalt der **Selbstdispensation** und beim Erhalt von nicht defizitären **Praxislaboren** sowie bei einem weiteren **Ausbau der Praxisassistentenstellen**.



Ferner sollte – wie bereits in unserer Stellungnahme zur Versorgungsplanung 2007-2010 gefordert, eine Angleichung bzw. **Gleichstellung der Taxpunktwerte in der ambulanten Medizin bei 88 Rappen** zwischen Spital (heute: 90 Rappen) und Arztpraxis (heute: 86 Rappen) erfolgen.

Als unabdingbar erachten wir auch eine neu zu schaffende **Regelung der Kostenübernahme durch den Kanton bei nichteinbringlichen Honoraren aus dem ambulanten ärztlichen Notfalldienst**. Als prüfenswert erachten wir schliesslich auch die Übernahme gewisser Routineaufgaben in der Arztpraxis durch die medizinische Praxisassistentin nach Schaffung entsprechender tariflicher Grundlagen.

**Die elektronische, allgemein kompatible Vernetzung aller Leistungserbringer** im Kanton, stationär und ambulant, muss auch im Interesse des Kantons liegen.

Mit freundlichen Grüssen

**AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN**

**Der Präsident**

**Der Sekretär**

Dr. med. Beat Gafner

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