



Kanton Bern  
Canton de Berne

# Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2. Hintergrund</b>	<b>7</b>
<b>3. Einbettung der Gesundheitspolitik in andere Politikbereiche</b>	<b>9</b>
<b>4. Beschreibung der Ist-Situation</b>	<b>11</b>
4.1 Gesamtkontext des Gesundheitswesens im Kanton Bern	11
4.2 Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	13
4.3 Versorgung und ihre Steuerung	15
4.3.1 Grundlagen	15
4.3.2 Gesundheitsleistungsangebot	15
4.3.3 Versorgungsstruktur	17
4.3.4 Steuerung	19
4.4 Behörden	20
4.5 Finanzen	21
4.6 Personal	24
<b>5. SWOT-Analyse</b>	<b>27</b>
<b>6. Vision und Mission</b>	<b>32</b>
6.1 Vision	32
6.2 Mission	33
<b>7. Stossrichtung, strategische Ziele und Massnahmen</b>	<b>35</b>
7.1 Stossrichtungen	35
7.2 Strategische Ziele und Massnahmen	36
7.3 Umgang mit vom Kanton nicht direkt beeinflussbaren Schwächen und Risiken	41
<b>8. Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien</b>	<b>43</b>
<b>9. Anhang 1   Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>44</b>
<b>10. Anhang 2   Glossar</b>	<b>46</b>
<b>11. Anhang 3   Finanzierung und Vergütung</b>	<b>52</b>

## Abbildungsverzeichnis

Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	13
Bruttoleistungen der OKP 2018: Der Kanton Bern und die Schweiz im Vergleich	21
Bruttoleistungen OKP Kanton Bern 2018 nach Leistungserbringerkategorien	21
Das Gesundheitswesen 2016 nach Finanzierungsregimes	22
Das Gesundheitswesen 2016 nach Leistungen	23
SWOT-Analyse	27
Vision	32
Mission	33
Stossrichtungen	35
Strategische Ziele und Massnahmen mit Priorisierung	36

## Impressum

### Herausgeber

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

### Gestaltung

Polyconsult AG, Bern

September 2019



## 1. Einleitung

Eine qualitativ hochstehende und gut zugängliche Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen des Gesundheitswesens leistet einen zentralen Beitrag an eine hohe Lebensqualität jeder Gesellschaft. Im Kanton Bern arbeiten dafür private und öffentliche Akteure eng zusammen, reguliert durch Rechtsgrundlagen auf nationaler wie auf kantonaler Ebene und finanziert aus diversen Quellen. Mit der vorliegenden Gesundheitsstrategie schafft der Regierungsrat des Kantons Bern eine Grundlage für eine bedarfsgerechte, integrierte, innovative und patientenorientierte Entwicklung des bernischen Gesundheitswesens. Die Teilhabe an den Dienstleistungen des Gesundheitswesens soll allen Bevölkerungsgruppen möglich sein.

**Die Gesundheitsstrategie dient als Leitlinie der Behörden des Kantons Bern für Entscheide, die im Gesundheitsbereich getroffen werden und ist auf einen Zeitraum von zehn Jahren ausgerichtet.**

Da sich die Behörden und die Verwaltung des Kantons Bern vornehmlich mit Fragen rund um die Gesundheitsversorgung befassen, wird hier eine eigentliche Gesundheitsversorgungsstrategie präsentiert. Aufgrund der besseren Einprägsamkeit des Begriffs wird das Dokument jedoch vereinfachend als Gesundheitsstrategie bezeichnet.

Die Gesundheitsstrategie wurde in der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) unter Einbezug verschiedener Stakeholder<sup>1</sup> aus dem Gesundheitswesen erarbeitet. Sie wird vom Regierungsrat genehmigt und dem Grossen Rat zur Kenntnis gebracht. Sie stellt einen übergeordneten Rahmen dar, innerhalb dessen auf der Ebene GEF in Arbeitsgruppen mit Vertretern der Stakeholder in einem zweiten Schritt Teilstrategien erarbeitet werden.

Die Gesundheitsstrategie ist wie folgt aufgebaut: Nach Informationen zum Hintergrund, vor welchem die Gesundheitsstrategie erarbeitet wurde (Kapitel 2) und einer Einbettung der Gesundheitspolitik in andere Politikbereiche (Kapitel 3), folgt in Kapitel 4 die Beschreibung der Ist-Situation. Die SWOT-Analyse stellt eine Beurteilung der Ist-Situation dar und folgt in Kapitel 5. Die Vision und die Mission zeigen den Sollzustand und wie dieser erreicht werden soll. Diese Informationen sind in Kapitel 6 zu finden. Schliesslich werden in Kapitel 7 die Stossrichtungen, strategischen Ziele und Massnahmen präsentiert. In Kapitel 8 wird das weitere Vorgehen bei der Erarbeitung der Teilstrategien beschrieben.

<sup>1</sup> Im Steuerungsausschuss, der regelmässig über den Fortschritt der Arbeiten informiert wurde und dem die Ergebnisse vorgelegt wurden, waren neben der GEF folgende Verbände vertreten: diespitäler.be (mit vier Vertretern, je einer aus dem Bereich der Regionalen Spitalzentren (RSZ, Akutsomatik), der Regionalen Psychiatrischen Dienste (RPD, Psychiatrie), der Rehabilitation und der Insel Gruppe (Universitätsmedizin)),

der Verband Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB), die Ärztesellschaft des Kantons Bern (BEKAG), der SPITEX Verband Kanton Bern, der Dachverband der Heime und sozialen Institutionen (Curaviva Bern), der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) und der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).



## 2. Hintergrund

Mit der Motion Zumstein/Kohler (Vorstoss-Nr. 034-2015) hat der Grosse Rat den Regierungsrat beauftragt, eine Gesundheitsstrategie zu erarbeiten.

Zwischen der Ebene von Konzepten und Berichten des Kantons Bern<sup>2</sup> und der Ebene der Bundesstrategie «Gesundheit2020» fehlt bis heute eine kantonale Strategie, welche diese verbindet und der kantonalen Gesundheitspolitik die Richtung weist.

Die Gesundheitsstrategie ist eingebettet in die Ziele des Regierungsrats für die Legislaturperiode 2019–2022<sup>3</sup>. Unter dem Begriff «Engagement 2030» hat der Regierungsrat eine Vision mit dem Zeithorizont 2030 definiert. Er will bis dahin die Ressourcen- und Wirtschaftskraft des Kantons stärken, die Lebensqualität der Bevölkerung steigern, den gesellschaftlichen Zusammenhalt festigen sowie als Kanton eine führende Rolle beim Bewältigen der Herausforderungen im Umweltbereich übernehmen. Abgeleitet von der Vision 2030 hat der Regierungsrat die Schwerpunkte seiner politischen Arbeit in den kommenden vier Jahren und fünf strategische Ziele definiert.

Die Gesundheitsstrategie wird in der Vision 2030 unter Ziel 3 verortet: «Der Kanton Bern ist für seine Bevölkerung attraktiv. Er fördert den gesellschaftlichen Zusammenhalt durch eine verstärkte und gezielte Integration von sozial Benachteiligten.» Sie trägt aber auch zur Erreichung von Ziel 1 bei, wonach der Kanton Bern ein attraktiver Innovations- und Investitionsstandort werden soll.

Basis für die «Gesundheitsstrategie des Kantons Bern» ist eine umfassende Analyse der Ist-Situation. Die nachfolgende Kurzfassung stellt die Kernelemente der Ist-Analyse dar. Die Ist-Situation wurde in der Folge der Vision gegenübergestellt und, daraus abgeleitet, wurden Stossrichtungen, Ziele und Massnahmen definiert.

Um eine künftig wirksame Führung und Steuerung in den einzelnen Versorgungsbereichen sicherzustellen, ist nach Genehmigung der Gesamtstrategie durch den Regierungsrat und Kenntnisnahme durch den Grossen Rat eine Darstellung der relevanten Fakten, Ziele und Massnahmen im Rahmen von Teilstrategien unumgänglich (vgl. Kapitel 8).

<sup>2</sup> Beispielfähig können die folgenden Berichte genannt werden: Bericht Hausarztmedizin im Kanton Bern, Bericht zur Alterspolitik des Kantons Bern, Suchthilfekonzept des Kantons Bern, Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz usw.

<sup>3</sup> Weiterführende Informationen und der komplette Bericht «Engagement 2030» sind hier verfügbar: [https://www.rr.be.ch/rr/de/index/der\\_regierungsrat/der\\_regierungsrat/regierungsrichtlinien.html#originRequestUrl=www.be.ch/engagement2030](https://www.rr.be.ch/rr/de/index/der_regierungsrat/der_regierungsrat/regierungsrichtlinien.html#originRequestUrl=www.be.ch/engagement2030)



### 3. Einbettung der Gesundheitspolitik in andere Politikbereiche

Die Gesundheitspolitik hat insbesondere weitreichende Schnittmengen mit folgenden Politikbereichen:

- **Bildungspolitik:** Bildung erhöht die Gesundheitschancen. Es ist wichtig, dass alle Zugang zu Bildung haben und diese kompetent nutzen können. In der Schule werden Gesundheitskompetenzen vermittelt. Als spezifischer Aspekt der Überschneidung zwischen Gesundheits- und Bildungspolitik kann die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals genannt werden.
- **Sozialpolitik:** Die zentralen Themen der Sozialpolitik sind die Existenzsicherung und die Integration. Gesundheitsversorgung gehört nicht zur Sozialpolitik im engeren Sinn. Gesundheit ist jedoch eine wichtige Ressource für die Existenzsicherung und die Integration. Krankheiten, Unfälle oder Pflegebedarf bergen hohe Armutsriskien. Eine konkrete Schnittstelle zwischen der Sozial- und der Gesundheitspolitik ist die Gesundheitsförderung wie auch die Suchthilfe. Massnahmen zur Veränderung von Lebensbedingungen (soziale, ökonomische usw.) sollen positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken. Eine grosse Herausforderung in der Gesundheitsförderung und Prävention ist es, die vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Eine erfolgreiche Sozialpolitik hat positive Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die Gesundheit der Bevölkerung. Aus sozialpolitischer Sicht muss das Gesundheitswesen so ausgestaltet sein, dass alle Personen mit einem entsprechenden Bedarf Zugang zu den Versorgungsleistungen haben.

- **Wirtschaftspolitik:** Die Gesundheit der Bevölkerung ist eine wichtige Voraussetzung zur Wertschöpfung einer Volkswirtschaft. Demgegenüber stellen die Kosten von Unfällen und Krankheiten eine hohe Belastung für die Wirtschaft dar. Die Wirtschaftspolitik hat grosse Auswirkungen auf die Gesundheit der einzelnen Menschen, weil Arbeit ein wichtiger Faktor für die Gesundheit ist. Zufriedenstellende Arbeit und gute Arbeitsbedingungen fördern die Gesundheit. Arbeitslosigkeit gefährdet die Gesundheit. Eine gute Wirtschaftspolitik, die eine gedeihliche Entwicklung der Unternehmen zur Folge hat, verschafft dem Kanton mehr Handlungsspielraum in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitswesens.
- **Umweltpolitik:** Eine intakte Umwelt ist entscheidend für das Wohlergehen der Bevölkerung. Die Umweltressourcen, wie zum Beispiel Wasser und Luft, aber auch das Klima beeinflussen die Gesundheit der Bevölkerung.
- **Sicherheitspolitik:** Die Sicherheitspolitik schafft wichtige Voraussetzungen zur Erhaltung der Gesundheit. Dies gilt insbesondere für die Sicherheit in der Mobilität und für den Schutz vor Gewalt.
- **Finanzpolitik:** Die Gesundheitspolitik ist auch in hohem Masse abhängig von der Finanzpolitik. So setzt diese oft den finanziellen Rahmen der Gesundheitsversorgung und nimmt damit (über die Finanzierbarkeit) Einfluss auf die Bedarfsfestlegung. Zudem gestaltet die Finanzpolitik die (oftmals komplexen) Finanzierungssysteme in der Gesundheitsversorgung mit und nimmt damit indirekt Einfluss auf die Gestaltung und Steuerung der Gesundheitsversorgung.



## 4. Beschreibung der Ist-Situation

Nach einer Einbettung in den Gesamtkontext und der Darstellung relevanter Zahlen zur Gesundheitsversorgung werden in diesem Kapitel die verschiedenen Aspekte der Ist-Situation bezüglich Versorgung und Steuerung, Behörden, Finanzen und Personal aufgezeigt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für eine umfassende Beschreibung und Analyse wichtige Daten und Kennzahlen heute fehlen.

### 4.1 Gesamtkontext des Gesundheitswesens im Kanton Bern

Das Gesundheitswesen des Kantons Bern kann nicht isoliert betrachtet werden. Es ist in seinem Kontext zu sehen. Dazu gehören Entwicklungen in der Bevölkerungsstruktur, der Medizin und der kantonalen und nationalen Politik.

Die Bevölkerungsstruktur im Kanton Bern mit seinen rund 1 030 000 Einwohnern präsentierte sich im Jahr 2017 wie folgt:

Im Kanton Bern lebten im Jahr 2017 rund 212 000 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr. Das entspricht rund 21 Prozent der gesamten Wohnbevölkerung. Knapp 54 000 Personen waren über 80 Jahre. Das entspricht einem Anteil von sechs Prozent der gesamten Wohnbevölkerung. Die Bevölkerungsgruppe der 65-Jährigen und Älteren ist sowohl gesamtschweizerisch gesehen als auch bezogen auf den Kanton Bern in der Mehrheit weiblich. Je höher das Alter, desto mehr Frauen gibt es anteilmässig. Insgesamt wird sich der Anteil Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr an der Gesamtbevölkerung im Kanton Bern bis ins Jahr 2030 deutlich erhöhen.<sup>4</sup>

Die Alterung der Bevölkerung, die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und die zunehmende Multimorbidität beeinflussen die Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen. Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung werden auch durch die Verbreitung der sogenannten nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) verschärft. Diese stellen nicht nur die häufigste Todesursache in der Schweizer Bevölkerung dar, sondern gelten auch als einer der Haupttreiber für das Wachstum der Gesundheitskosten. Da ein nicht unerheblicher Anteil der nichtübertragbaren Krankheiten durch einen gesunden Lebensstil vermeidbar bzw. länger hinauszuzögern wäre, werden Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention immer relevanter.

Ebenso wichtig ist der Einfluss der technischen Entwicklung.

Dazu kommt die politische Dimension. Auf Ebene des Bundes wurden und werden Massnahmen ergriffen, die Auswirkungen haben auf die Gesundheitsversorgung im Kanton Bern. Im Jahr 1996 wurde das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft gesetzt. Mit dem Gesetz wurden verschiedene Ziele verfolgt: Solidarität, Zugang zu Medizin, Kostenbegrenzung und transparente Qualität. Heute gelten die ersten beiden Ziele als erreicht. Dagegen konnte die Transparenz bezüglich Qualität nicht erhöht werden und es zeigt sich, dass die Kosten und die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) weiter deutlich stärker steigen als das Bruttoinlandprodukt (BIP). In der Folge wurden grosse Anstrengungen unternommen, um die Kostenentwicklung zu dämpfen. Im Jahr 2012 wurde beispielsweise die neue Spitalfinanzierung eingeführt, welche die freie Spitalwahl, die dualfixe Finanzierung und eine Abgeltung der Leistungen mittels Fallpauschalen (DRG) vorsah.

<sup>4</sup> BFS, STATPOP 2017.

Es wurden aber auch Massnahmen ergriffen, um die Verwendung (günstigerer) Generika und die ambulante Versorgung zu fördern. Die Aufenthaltsdauer in den Spitälern ist seit Jahren rückläufig. Aufgrund des medizinischen Fortschritts sind auch immer mehr Eingriffe ambulant und damit zu tieferen Kosten durchführbar. Dieser Trend wird mit der Einführung von sogenannten ambulanten Listen forciert. Der Erfolg in der Ambulantisierung der Medizin wird aber auch davon abhängen, wie die Nachsorge ausgestaltet ist. Per 2020 resp. 2022 müssen Spitäler resp. Heime das elektronische Patientendossier (EPD) implementieren und ihren Kunden anbieten. Weitere Revisionen, die der Bund vorsieht, beinhalten insbesondere die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und die Umsetzung von Kostensparpaketen, basierend auf Vorschlägen aus einem Expertenbericht<sup>5</sup>.

Weiter hat der Bund nationale Strategien und Programme erarbeitet, die durch die Kantone umgesetzt und mit anderen kantonalen Aktivitäten koordiniert werden müssen. Beispielhaft können die nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, die nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, die nationale Demenzstrategie 2014–2019 oder die nationale Strategie Sucht 2017–2024 genannt werden. Eine Übersicht ist auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zu finden.<sup>6</sup>

Aber auch der Kanton Bern war aktiv. Die ehemals öffentlichen Spitäler wurden bereits vor einigen Jahren in Aktiengesellschaften umgewandelt, bei denen der Kanton Bern die Aktienmehrheit hält. Die Verselbständigung der Psychiatrien in Aktiengesellschaften erfolgte per 2017.

Der Kanton Bern finanziert Leistungen mit, die nicht von den Versicherern getragen werden und hat dazu beispielsweise ein Normkostenmodell für die Finanzierung der (spital-)ambulanten und tagesklinischen Leistungen in der Psychiatrie entwickelt und eingeführt.

Weiter bewilligt und finanziert er Pilotprojekte, mit dem Ziel, Lücken in der Versorgung zu schliessen und neue integrierte Versorgungsmodelle zu entwickeln. Beispielsweise führt die GEF zur Förderung von sogenannten spezialisierten mobilen Palliativdiensten einen dreijährigen Modellversuch durch. Dadurch soll auch die Versorgung in den Regionen verbessert werden. Basis dafür bildet die periodisch durchgeführte Versorgungsplanung nach Spitalversorgungsgesetz (SpVG). Die aktuelle Versorgungsplanung 2016 deckt die Spitalplanung für Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, die ambulanten Leistungen der Psychiatrie (Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen sowie die nicht-universitären Gesundheitsberufe ab.<sup>7</sup>

Daneben erstellt der Kanton Bern eine Versorgungsplanung im Alters- und Pflegeheimbereich.

Für alle anderen Bereiche existiert keine eigentliche Versorgungsplanung. Dies führt unter anderem dazu, dass dort Lücken in der Versorgung weniger systematisch erfasst werden.

<sup>5</sup> Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

<sup>6</sup> Übersicht über nationale Gesundheitsstrategien und Programme. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien.html>

<sup>7</sup> Versorgungsplanung 2016 des Kantons Bern, verfügbar unter: [https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemessspvg/projekt\\_versorgungsplanung2016.html](https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemessspvg/projekt_versorgungsplanung2016.html)

## 4.2 Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern

Folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Zahlen für die Gesundheitsversorgung im Kanton Bern mit seiner Fläche von 5959 km<sup>2</sup>:

Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	
Anzahl im Kanton Bern gelegene Spitäler 2019 <sup>8,9</sup>	<b>Spitäler Akutsomatik 19</b> (inkl. 2 Geburtshäuser) <b>Psychiatriekliniken 14</b> (inkl. 3 Suchtfachkliniken und 4 akutspitalgebundene Psychiatrien) <b>Rehabilitationskliniken 9</b> (inkl. 4 akutspitalgebundene Rehabilitationen)
Anzahl Alters- und Pflegeheime 2018 <sup>10</sup>	<b>307</b>
Schätzung Anzahl Arztpraxen 2017 (Ärztedichte) <sup>11</sup>	<b>etwa 3000</b> (2.9 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner)
Anzahl Spitexorganisationen 2018 <sup>12</sup>	<b>95, davon 49 mit Versorgungspflicht und 2 ausserkantonale Organisationen</b>
Freischaffende Pflegefachpersonen, die im Jahr 2018 Spitex-Leistungen abgerechnet haben <sup>13</sup>	<b>284</b>
Organisationen für Wohnen mit Dienstleistung (mit Spitexbewilligung) 2018 <sup>14</sup>	<b>70</b>

<sup>8</sup> Hinweis: Die Versorgung der Berner Bevölkerung findet zum Teil in ausserkantonalen Spitälern statt. Umgekehrt versorgen bernische Spitäler auch einen namhaften Anteil ausserkantonaler resp. internationale Patientinnen und Patienten. Aus Versorgungssicht gilt es, diese beiden Optiken auseinanderzuhalten.

<sup>9</sup> Übersicht über Betriebe mit Betriebsbewilligung, verfügbar unter: Spitäler: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler.html>, Psychiatrie: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/spitalversorgung/psychiatrie.html>, Rehabilitation: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/spitalversorgung/rehabilitation.html>

<sup>10</sup> Pflegeheimliste des Kantons Bern, verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.html>

<sup>11</sup> Es besteht keine Bewilligungspflicht für Arztpraxen und damit auch kein Register, das die Auswertung einer genauen Anzahl

zuliesse. Die Anzahl Arztpraxen im Kanton Bern wird auf rund 3000 geschätzt. Die Schätzung basiert auf den Angaben der FMH-Ärztetätigkeit und der Anzahl im Jahr 2018 bestehender Berufsausübungsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte von rund 4700.

Vgl. auch: <https://www.fmh.ch/files/pdf23/saez-12-09d.pdf> Mit einer Ärztedichte von 4.4 Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt die Schweiz über dem OECD-Durchschnitt von 3.6. Die Ärztedichte der ambulant tätigen Generalistinnen und Generalisten liegt bei 0.95 für Spezialistinnen und Spezialisten bei 1.26 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (Werte Schweiz).

<sup>12</sup> Abrechnungen der Spitex-Organisationen 2018 mit der GEF.

<sup>13</sup> Abrechnungen der freischaffenden Pflegefachpersonen 2018 mit der GEF.

<sup>14</sup> Abrechnungen der Organisationen für Wohnen mit Dienstleistung 2018 mit der GEF.

EL-Bezügerinnen und EL-Bezüger 2017 <sup>15</sup>	
– total	<b>45 429</b> (17.4% aller Rentnerinnen und Rentner)
– zur AHV	<b>31 066</b> (13.8% aller Rentnerinnen und Rentner)
– zur IV	<b>13 772</b> (54.1% aller Rentnerinnen und Rentner)
Anzahl Rettungsdienste mit Versorgungsauftrag 2018 <sup>16</sup>	<b>8</b> (davon 6 spitalgebunden)
Anzahl Wohnheime für Menschen mit einer Behinderung 2017 <sup>17</sup>	<b>101</b>
Lebenserwartung bei Geburt 2016 <sup>18</sup>	<b>80.6 Jahre für Männer resp. 84.8 Jahre für Frauen</b>
Bevölkerung über 64 Jahre 2017 (Altersquotient <sup>19</sup> ) <sup>20</sup>	<b>211 994</b> (34.0%)
Bevölkerung über 80 Jahre 2017 (Anteil hochaltrige Menschen <sup>21</sup> ) <sup>22</sup>	<b>53 503</b> (6.8%)
Mittlere OKP-Monatsprämie für Erwachsene 2019 <sup>23</sup>	<b>CHF 380.20</b>
Nettoleistungen OKP im Kanton Bern 2017 (Ausgaben pro Versicherte resp. Versicherten und Jahr) <sup>24</sup>	<b>Rund CHF 3.5 Mrd.</b> (CHF 3416)
Ausgaben Kanton Bern für Gesundheitsversorgung 2017 (Ausgaben pro Einwohnerin resp. Einwohner und Jahr) <sup>25</sup>	<b>Rund CHF 1.5 Mrd.</b> (CHF 1440)
Ausgaben Kanton Bern für Leistungen im Bereich nichtuniversitäre Gesundheitsberufe 2017 <sup>26</sup>	<b>Rund CHF 10.5 Mio.</b>
Ausgaben Kanton Bern im Bereich ärztliche Weiterbildung 2017 <sup>27</sup>	<b>Rund CHF 19 Mio.</b>
Beiträge an OdA Gesundheit Bern und ortra-bef-s2 2017 <sup>28</sup>	<b>Rund CHF 480 000</b>
Ausgaben (nach Lastenausgleich) für Leistungen in der Gesundheitsförderung und Prävention 2018 (ohne Krebs-Screening-Programme) <sup>29,30</sup>	<b>Rund CHF 4 Mio.</b>
Ausgaben für Wohnheime für Menschen mit einer Behinderung 2017 <sup>31</sup>	<b>Rund CHF 176 Mio.</b>

<sup>15</sup> Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2018): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2017 Tabellenteil, S. 4.

<sup>16</sup> Spitalamt des Kantons Bern, Leistungsverträge 2018.

<sup>17</sup> Alters- und Behindertenamt des Kantons Bern, Leistungsverträge 2017.

<sup>18</sup> BFS, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) und STATPOP.

<sup>19</sup> Altersquotient = Verhältnis der über 64-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen.

<sup>20</sup> BFS, STATPOP 2017.

<sup>21</sup> Quotient Hochaltrigkeit = Verhältnis der über 80-Jährigen zu den 20- bis 80-Jährigen.

<sup>22</sup> BFS, STATPOP 2017.

<sup>23</sup> BAG, Prämien genehmigung 2018.

<sup>24</sup> BAG, Prämien genehmigung 2018.

<sup>25</sup> Detaillierte Angaben zur Finanzierung und Vergütung pro Leistungserbringerkategorie sind dem Anhang 3 zu entnehmen.

<sup>26</sup> GEF, Reportingbericht zur Ausbildungsverpflichtung 2017.

<sup>27</sup> Kanton Bern, Geschäftsbericht 2017, verfügbar unter: <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/publikationen/geschaeftsberichtstaatsrechnung.html>

<sup>28</sup> GEF, Leistungsverträge 2017.

<sup>29</sup> Infolge des Entlastungspaketes 2018 stehen ab dem Jahr 2019 für die Gesundheitsförderung und Prävention deutlich weniger Mittel zur Verfügung.

<sup>30</sup> GEF, Leistungsverträge 2018.

<sup>31</sup> GEF, Leistungsverträge 2017.

## 4.3 Versorgung und ihre Steuerung

### 4.3.1 Grundlagen

Das Gesundheitswesen liegt grundsätzlich in der Zuständigkeit der Kantone. Im Kanton Bern werden die Organisation und die Aufsicht in verschiedenen kantonalen Gesetzen wie dem Spitalversorgungsgesetz (SpVG), dem Gesundheitsgesetz (GesG) und dem Sozialhilfegesetz (SHG)<sup>32</sup> sowie den entsprechenden Ausführungsbestimmungen festgelegt. Insbesondere für die Finanzierung und die Versicherer bestehen jedoch auch auf Ebene Bund zahlreiche Regelungen (Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)).

Die geltende Finanzierungsordnung begünstigt eine Ausrichtung auf kurative Versorgung.

Die Regulierungsdichte ist insbesondere im stationären Bereich generell hoch.

### 4.3.2 Gesundheitsleistungsangebot

Im Kanton Bern wird eine grosse Palette an Gesundheitsleistungen angeboten, von der ambulanten Grundversorgung bis zur stationären hochspezialisierten Medizin auf universitärer Ebene.

Die Grundversorgung im Kanton Bern ist dezentral organisiert, die hochspezialisierte Medizin ist auf wenige Standorte konzentriert.

Der Kanton Bern verfügt mit dem Inselspital und den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) über zwei Universitätsspitäler, die das Angebot der niedergelassenen Grundversorgerinnen und Grundversorger, Spezialistinnen und Spezialisten sowie der privaten und ehemals öffentlichen Spitäler, Psychiatrien und Rehabilitationskliniken komplettieren. Allerdings gibt es einzelne Bereiche der hochspezialisierten Medizin, für die die Leistungsaufträge auf gesamtschweizerischer Ebene lediglich an einige wenige Institutionen vergeben werden und im Kanton Bern kein Angebot besteht.<sup>33</sup> In einzelnen Bereichen der Rehabilitation besteht ebenfalls kein innerkantonales Angebot.<sup>34</sup>

Die Versorgung wird generell als gut erachtet, auch wenn es Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt.<sup>35</sup> Überversorgung und Fehlversorgung tritt dann auf, wenn Anbieter die Leistungsmenge ausweiten, auch wenn die Leistungen kaum oder keinen Zusatznutzen bringen, wenn ein zu hohes Angebot an Spitzentechnologie und Spitzenmedizin durch angebotsinduzierte Nachfrage amortisiert wird, wenn Leistungen vergütet werden, die nicht oder wenig zweckmässig und wirtschaftlich sind oder bei doppelten Untersuchungen, Behandlungen und überflüssigen Arztbesuchen und fehlerhaften Behandlungen durch mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringern. Unterversorgungen können durch knappe personelle Ressourcen entstehen und zu schlechterer Qualität oder zum Unterlassen von Leistungen mit ausgewiesenem Bedarf führen. Dazu zählt auch, dass chronische Krankheiten

<sup>32</sup> Künftig wird sich die rechtliche Grundlage für die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Suchthilfe im Gesetz über die sozialen Leistungsangebote (SLG) finden, heute ist diese im SHG.

<sup>33</sup> Beispiele: Lungentransplantationen oder die Behandlung von schweren Verbrennungen.

<sup>34</sup> Die Rehabilitation von Paraplegikerinnen und Paraplegikern sowie Tetraplegikerinnen und Tetraplegikern erfolgt in der Regel in Nottwil am Schweizerischen Paraplegikerzentrum.

<sup>35</sup> Verschiedene Studien zeigen deutliche Unterschiede in den Kosten und der Häufigkeit von bestimmten Eingriffen, die nicht mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung erklärt

werden können. Beispielhaft wird hier das Projekt «Versorgungsatlas» genannt, das von der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung im Rahmen des Förderprogramms «Versorgungsforschung» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften unterstützt wurde. Der Atlas entstand in Zusammenarbeit des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. Der Atlas ist unter folgenden Link einsehbar und zeigt deutliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit bei bestimmten Eingriffen: <http://versorgungsatlas.ch/index.php/de/>



durch ein unzulängliches Angebot an Gesundheitsförderung und Präventionsmassnahmen nur teilweise verhindert werden. Einzelne Bevölkerungsgruppen mit Bedarf zeigen zudem eine generell zu tiefe Inanspruchnahme von Leistungen, was zu aufgestauter Morbidität und einem suboptimalen Gesundheitszustand führt. Bei anderen Bevölkerungsgruppen ist das Gegenteil zu beobachten, nämlich eine sehr umfassende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ohne entsprechende Notwendigkeit. Versorgungslücken werden beispielsweise in bestimmten Spezialgebieten wie der Palliative Care oder der ambulanten Psychiatrieversorgung vermutet, betreffen verstärkt vulnerable Gruppen und treten auch immer häufiger in peripheren Regionen auf.

Neue Technologien, Versorgungsmodelle, Rahmenbedingungen sowie veränderter Bedarf und sich wandelnde Ansprüche der Patientinnen und Patienten haben grossen Einfluss auf das Leistungsangebot, aber auch auf das benötigte Personal und die Infrastruktur sowie die Ausgestaltung der Prozesse.

Der Kanton Bern finanziert Angebote zur Durchsetzung der Patientenrechte (Ombudsstelle für das Spitalwesen, Bernische Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen, Stiftung Patientenschutz, Stiftung Patientensicherheit usw.). Gemäss gesetzlichem Auftrag stellt der Kanton Bern darüber hinaus auch Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention bereit. Hierzu zählen

spezifische Beratungen, Angebote und Programme für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen (60 Jahre und mehr). Insbesondere werden im Rahmen von kantonalen Aktionsprogrammen verschiedene Angebote zu ausgewogener Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit vom Kanton Bern mitfinanziert. Gemeinsam mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich der Kanton Bern für Projekte im Bereich der Prävention in der Gesundheitsversorgung. Schon heute stellt der Kanton Bern diverse Präventionsleistungen zur Verfügung. Die Angebote beinhalten Informationen, Schulungen, Beratungen, Kurse und Veranstaltungen zu Themenbereichen wie Aids, Alkohol, Drogen, Gewalt und Mobbing. Weiter führt der Kanton die Aufsicht über den schulärztlichen Dienst, überwacht Infektionskrankheiten, führt epidemiologische Abklärungen durch, bestimmt die Durchimpfung und bietet spezielle Präventionsleistungen wie das Mammographie-Screening an. Die Einführung weiterer Leistungen wie eines Darmkrebs-Screening-Programms wird geprüft.

Eine zentrale Bedeutung wird dem elektronischen Patientendossier (EPD) zukommen, das schweizweit ab 2020 schrittweise eingeführt wird. Der Kanton Bern hat die Einführung des EPD aktiv unterstützt. Der Aufbau der Betreibergesellschaft Axsana geschieht in Zusammenarbeit mit dem Kanton Zürich. Neben dem EPD soll Axsana auch Lösungen für B2B- und B2C-Prozesse bereitstellen sowie Drittanbietern ermöglichen, weitere

solche Prozesse auf der gleichen Plattform anzubieten. Der Kanton Bern fördert den Austausch der Leistungserbringer untereinander zur Definition dieser Prozesse, welche die Zusammenarbeit erleichtern und Datenbrüche an den Schnittstellen abbauen.

Weiter organisiert der Kanton Bern Vernetzungsanlässe, um Kooperationen unter den Leistungserbringern zu fördern.

#### 4.3.3 Versorgungsstruktur

Das Gesundheitswesen ist in einzelne Versorgungsbereiche gegliedert. Diese lassen nach den Dimensionen somatisch-psychiatrisch, akut-langzeit und ambulant-stationär unterscheiden. Ergänzt werden diese klassischen Versorgungsbereiche durch Transport- und Rettungsleistungen, die in der vorliegenden Strategie ebenfalls betrachtet werden.

Die Gesundheit der Bevölkerung ist von zahlreichen Einflussfaktoren abhängig. Dazu gehören ökonomische und soziale Sicherheit, Bildung, Arbeitsbedingungen oder die Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen. Ebenso wirken sich unterschiedliche Lebensstile und die Umwelt auf die Gesundheit aus. Viele der Faktoren, die einen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben, sind gestaltbar.<sup>36</sup> Deshalb wird die Gesundheitsversorgung durch Gesundheitsförderung und Prävention ergänzt. Wie in Kapitel 3 dargestellt, ist die Gesundheitsversorgung zudem

eng verknüpft mit anderen Politikbereichen, insbesondere mit dem Sozialsystem. So wird die medizinische Versorgung im Kanton Bern ergänzt durch (psycho-)soziale Angebote, beispielsweise in den Bereichen Suchthilfe und Palliative Care.

Die Gesundheitsversorgung wird massgeblich von der bundesrechtlichen und der kantonalen Regulierung, aber auch von den Inputfaktoren (hier insbesondere finanzielle Mittel, Personal, Infrastruktur und Technologie) beeinflusst.

In den einzelnen Versorgungsbereichen ist, in unterschiedlicher Kombination, eine Vielzahl von Leistungserbringern aktiv. Die Strukturen für die Versorgung des Kantons Bern mit Gesundheitsleistungen sind historisch gewachsen und geprägt von einer grossen Anzahl unterschiedlicher privater und öffentlicher Akteure im Bereich der Leistungserbringung.

Die Gesundheitsversorgung ist stark fragmentiert. Dadurch gibt es unzählige Abhängigkeiten und Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen, aber auch zwischen den Leistungserbringern innerhalb eines Versorgungsbereichs. Die Koordination dieser Akteure untereinander und die zuverlässige Weitergabe aller für die Behandlung der Patientinnen und Patienten relevanten Informationen auch im Zusammenhang mit der fortschreitenden Digitalisierung sind daher zentrale Fragestellungen.

<sup>36</sup> Vgl. zum Beispiel, Economiesuisse, Gesundheit: Vier Faktoren, die für die Gesundheit wichtiger sind als Behandlungen und Therapie, verfügbar unter: <https://www.economiesuisse.ch/de/artikel/gesundheitsvierfaktoren-die-fuer-die-gesundheit-wichtiger-sind-als-behandlungen-und>



Bezüglich Verteilung der Leistungserbringer und der daraus resultierenden Versorgungsdichte bestehen innerhalb des Kantons Bern grosse regionale Unterschiede. Während die Zentren dichter versorgt sind und dort auch spezialisierte Leistungen angeboten werden, ist die Peripherie weniger dicht versorgt. Die Versorgung der Peripherie ist insbesondere aufgrund der Topografie des Kantons herausfordernd.

#### 4.3.4 Steuerung

Die Steuerung wird vollzogen durch verschiedene Bewilligungs-, Aufsichts-, Finanzierungs- und Controllingssysteme. Dadurch liegt auch bezüglich Steuerung im Gesundheitsversorgungsbereich eine grosse Heterogenität vor.

Die kantonale Steuerung erfolgt insbesondere im stationären Bereich. Der Kanton Bern erteilt Leistungsaufträge und nimmt Spitäler in die Spitalliste auf.<sup>37</sup> Für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste sind Mindestanforderungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Anforderungen der Leistungsaufträge dienen der Patientensicherheit und der Sicherstellung der Behandlungsqualität. Die Erfüllung der für die Leistungsaufträge geltenden Anforderungen wird regelmässig überprüft. Dies gilt auch für die zulasten des Kantons Bern abgerechneten Leistungen. Zudem nimmt der Kanton Bern seine Aufsichtsfunktion wahr. Bei Problemen stellt er sicher, dass die Spitäler den ordnungsgemässen Zustand zeitnah wiederherstellen.

Im Alters- und Pflegeheimbereich steuert der Kanton Bern über die Pflegeheimliste<sup>38</sup>. Es besteht eine Plafonierung der Pflegeheimplätze, die jedoch nicht zu einer vollständig ausgeglichenen Abdeckung der Regionen mit Pflegebetten geführt hat.<sup>39</sup>

Geringer sind die Einflussmöglichkeiten des Kantons Bern beispielsweise im spitalambulanten Bereich, bei der Spitex und bei den niedergelassenen Ärzten.

Im spitalambulanten Bereich ist zu unterscheiden zwischen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Während der Kanton ambulante Leistungen von Spitälern und Rehakliniken weder steuert noch mitfinanziert, ist im Bereich der institutionellen Psychiatrieversorgung eine Steuerung über einen gezielten Leistungseinkauf möglich. Dabei handelt es sich um ambulante und tagesklinische Leistungen, die nicht durch die OKP gedeckt sind, insbesondere Vorhalteleistungen und Leistungen für die integrierte Versorgung von Psychiatriepatienten.

Im Bereich der Spitex existiert zwar eine Bewilligungspflicht, die Bewilligung wird jedoch unabhängig vom tatsächlichen Bedarf erteilt.

Es besteht keine Bewilligungspflicht für das Führen einer Arztpraxis. Der Kanton Bern setzt die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP gemäss Artikel 55a KVG um.<sup>40</sup>

<sup>37</sup> Spitalliste des Kantons Bern. Verfügbar unter: [https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar\\_textbild](https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middlePar_textbild)

<sup>38</sup> Alters- und Pflegeheimliste des Kantons Bern. Verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.html>

<sup>39</sup> Die Anzahl Pflegeheimplätze ist auf 15 500 Betten plafoniert, wobei bereits 15 444 Betten bewilligt wurden (1142 davon wurden reserviert und noch nicht in Betrieb genommen).

Direkt Einfluss nehmen kann der Kanton Bern dort, wo er mittels Leistungsverträgen Leistungen gezielt einkauft und finanziert (beispielsweise in der spitalambulanten Psychiatrie, im Heimbereich, bei den Rettungsdiensten, in der Suchthilfe, in der Gesundheitsförderung und Prävention usw.) oder durch die Finanzierung von Modellversuchen und Pilotprojekten. Leistungsverträge werden einem Controlling unterzogen und es finden regelmässige Revisionen statt, mit welchen die rechtmässige Verwendung der Mittel überprüft wird.

Zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten bestehen bei den RSZ und den RPD, wo der Kanton Bern Mehrheitsaktionär ist und der Regierungsrat, der die Rolle des Aktionärs wahrnimmt, beispielsweise über die Wahl des Verwaltungsrats Einfluss nehmen kann (Eigentümerstrategie). Bei der Insel Gruppe ist der Kanton Bern zwar lediglich Minderheitsaktionär, der Regierungsrat ist jedoch für die Wahl der Verwaltungsräte zuständig.

Die Aufsicht und Steuerung ist durch teils zu wenig vernetzte Verwaltungsstrukturen erschwert (vgl. Kapitel 4.4).

#### 4.4 Behörden

Die Fragen der Gesundheitsversorgung werden von diversen Ämtern der GEF bearbeitet. Einige Leistungserbringer des Gesundheitswesens, die eine breite Palette an Leistungen anbieten, haben dabei Verträge mit verschiedenen Ämtern der GEF und teilweise auch weitere Ansprechpartner in Ämtern der kantonalen Verwaltung, die zu einer anderen Direktion gehören. Dabei werden nicht selten ähnliche Prozesse unterschiedlich gehandhabt. Auch der Informationsaustausch und die Koordination sind nicht immer sichergestellt.

Die Verfügbarkeit von Kennzahlen, finanziellen Daten und Qualitätsindikatoren (auch bezüglich Outcome), statistischen und analytischen Grundlagen ist in den verschiedenen Versorgungsbereichen unterschiedlich. Insbesondere im Bereich der niedergelassenen Ärzte und bezüglich der Kosten des gesamten bernischen Gesundheitswesens und deren Aufteilung auf die Finanzierer ist die Datenlage unbefriedigend. Selbst wenn Daten vorliegen, hat der Kanton oftmals keinen Zugang oder nicht die rechtlichen und/oder technischen Möglichkeiten zu ihrer Verknüpfung und Auswertung. Auch konzeptionelle Grundlagen zur Datennutzung fehlen teilweise.

Seit 2017 wird die Digitalisierung in der GEF vorangetrieben, mit dem Ziel, die Datenerhebung, -haltung und -auswertung zu verbessern, Prozesse zu vereinfachen und die Zusammenarbeit mit den Partnern zu erleichtern. Dem Datenschutz wird dabei eine hohe Bedeutung beigemessen.

und Ärztinnen und Ärzte, deren einziger Weiterbildungstitel «Praktische Ärztin» oder «Praktischer Arzt» ist. Bei fast allen der Zulassungsregulierung unterstellten Fachrichtungen ist die Anzahl der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte heute höher als vom Bundesrat 2013 für den Kanton Bern festgelegt. Dies hängt damit zusammen, dass vom 31. Dezember 2011 bis 1. Juli 2013, als der Artikel 55a KVG ausser Kraft gesetzt war, vermehrt Gesuche um Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP gestellt worden sind. Zudem entsprechen die in der Verordnung genannten Zahlen nicht einem berechneten Bedarf, sondern der Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die bei Festlegung der Obergrenze bereits eine Zulassungsnummer besessen haben.

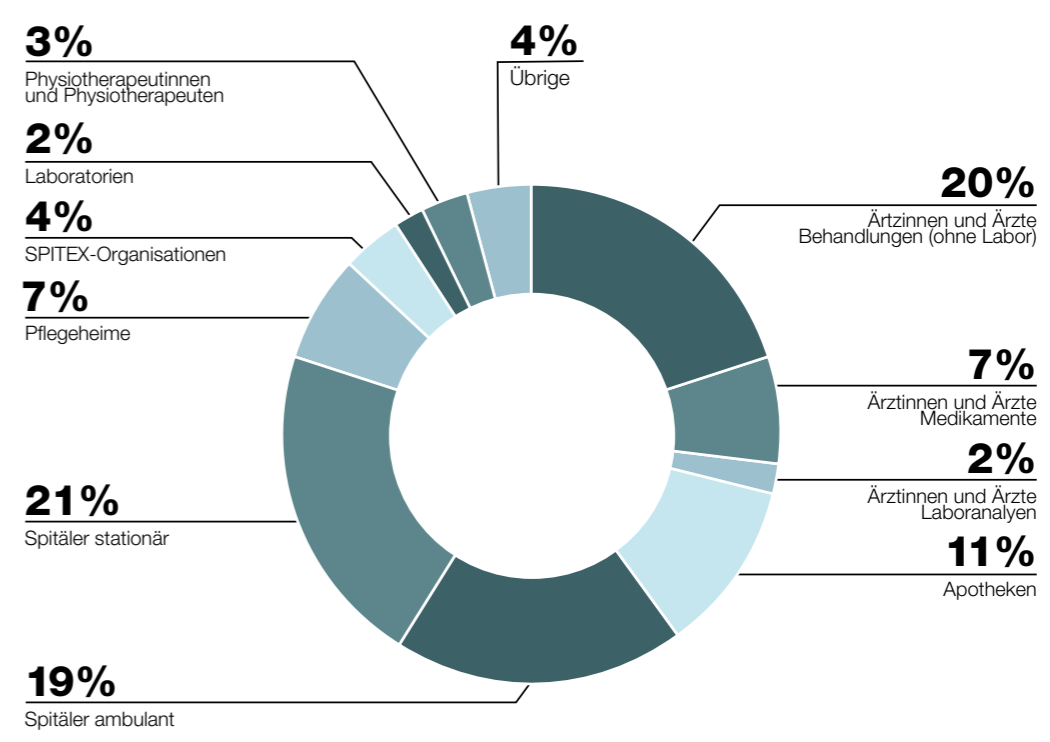
#### 4.5 Finanzen

Die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind in der Schweiz insgesamt hoch und die Finanzierungsquellen vielfältig. Die detailliertesten und aktuellsten Informationen liegen für den Bereich der OKP vor:

Bruttoleistungen der OKP 2018: Der Kanton Bern und die Schweiz im Vergleich		
	2018	
	Kanton Bern	Schweiz
Bruttoleistungen OKP pro Versicherten	<b>CHF 3965</b>	<b>CHF 3852</b>

Quelle: BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) 2018.

Bruttoleistungen OKP Kanton Bern 2018 nach Leistungserbringerkategorien



Quelle: BAG, MOKKE 2018.

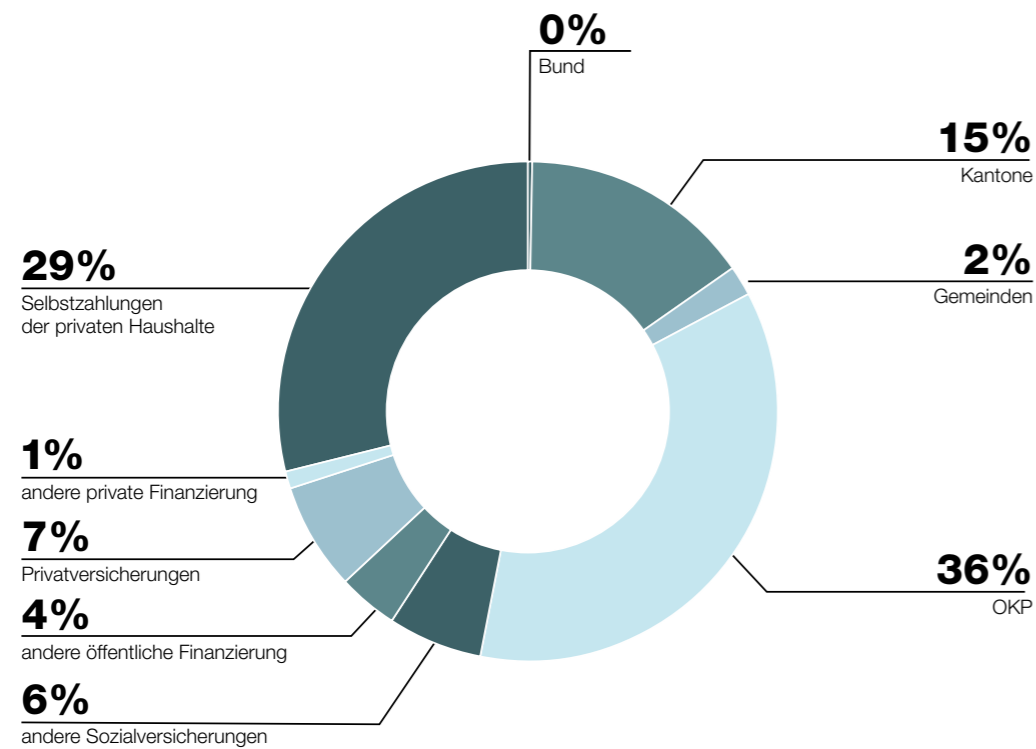
Unter den Bruttoleistungen der OKP versteht man die von den Versicherern bezahlten Nettoleistungen in der OKP inklusive der Kostenbeteiligung durch

die Versicherten. Die Bruttoleistungen der OKP können aufgeteilt nach verschiedenen Leistungserbringerkategorien dargestellt werden.

<sup>40</sup> Vgl. Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 3. Juli 2013 (VEZL; SR 832.103).

Von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, die schon vor dem 1. Juli 2013 in eigener Praxis zulasten der OKP tätig waren, Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, sowie Ärztinnen und Ärzte mit den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

## Das Gesundheitswesen 2016 nach Finanzierungsregimes



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2016.

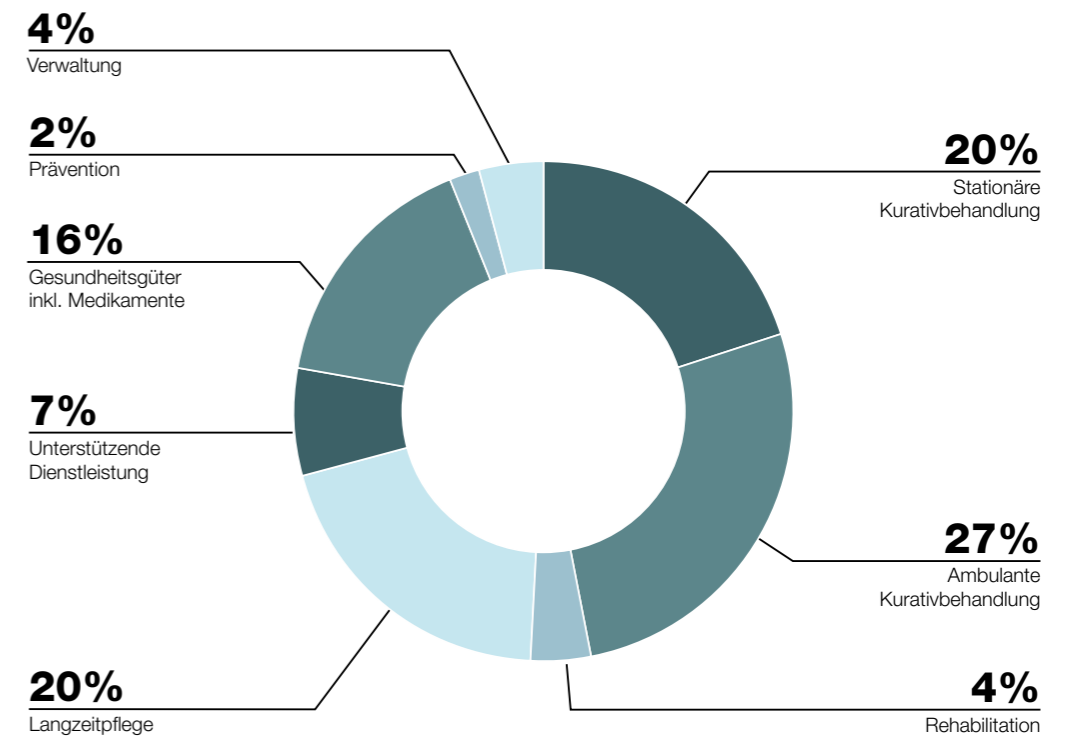
Die Brutto- und die Nettoleistungen der OKP pro Person liegen im Kanton Bern über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Deshalb liegen auch die Prämien im Kanton Bern über dem Schweizer Durchschnitt (mittlere Monatsprämien OKP 2019 für Erwachsene: Kanton Bern CHF 380.20, Schweiz CHF 372.30).

Der Anteil des Kantons Bern an den OKP-Leistungen liegt bei rund 12.5%. Es kann also davon ausgegangen werden, dass auch annähernd 12.5% der gesamten Kosten für die Gesundheitsversorgung, die für die Schweiz im Jahr 2016

bei rund CHF 80.5 Mrd. lagen, im Kanton Bern anfallen. Dies würde einem Wert von rund CHF 10 Mrd. gleichkommen. Die Kosten für die Gesundheitsversorgung entsprechen in der Schweiz 12,2% des Bruttoinlandprodukts.<sup>41</sup>

Neben der OKP gibt es verschiedene andere Finanzierungsregimes. Die folgenden Abbildungen zeigen die Aufteilung der Kosten für das Gesundheitswesen auf die verschiedenen Finanzierungsregimes und auf die Leistungen, die finanziert werden.

## Das Gesundheitswesen 2016 nach Leistungen



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2016.

Während der Kanton Bern den stationären Bereich der Gesundheitsversorgung mitfinanziert, wird der ambulante Bereich weitgehend über (Sozial-) Versicherungen wie die OKP oder direkt durch die Patientinnen und Patienten (out of pocket) finanziert. Im Jahr 2017 lagen die Ausgaben des Kantons Bern im Gesundheitsbereich bei rund CHF 1.5 Mrd.<sup>42</sup>

Den Kosten des Gesundheitswesens steht auch ein Nutzen gegenüber. Dieser ist schwer quantifizierbar und umfasst, neben direkten Effekten wie Gesundheit, Lebensqualität, Würde der Menschen sowie einer hohen Lebenserwartung, auch indirekte Effekte. Dazu gehören beispielsweise die Sicherstellung und Wiedererlangung der Arbeits-

fähigkeit und, damit verbunden, des Einkommens. Daraus resultieren wiederum höhere Steuererträge und tiefere Kosten im Sozialbereich. So liegt auch in wirkungsorientierten Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur der besagte individuelle und gesellschaftliche Nutzen, sondern auch das Potenzial, langfristig Kosten der Gesundheitsversorgung zu verhindern. Zudem darf die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors inklusive der Medtechbranche, z.B. als Arbeitgeber, keinesfalls unterschätzt werden. Im Jahr 2016 arbeiteten rund 82 000 Personen (rund 58 000 Vollzeitäquivalente) im Kanton Bern im Gesundheitswesen<sup>43</sup>. Diese Zahl wird – insbesondere aufgrund der demographischen Entwicklung – bis 2030 weiter ansteigen.

<sup>42</sup> Vgl. Anhang 3.

<sup>43</sup> Volkswirtschaftsdirektion des Kantons Bern, Beschäftigte und Vollzeitäquivalente nach Wirtschaftszweigen und Geschlecht 2016.

Verfügbar unter: <https://www.vol.be.ch/vol/de/index/wirtschaft/wirtschaftsdaten/sectoren-und-branchen/gesamtwirtschaft.html>

## 4.6 Personal

In vielen Versorgungsbereichen, Berufen, Fachrichtungen resp. Regionen kommt der Sicherstellung des Personalbedarfs eine grosse Bedeutung zu. Deshalb wirkt der Kanton Bern hier insbesondere bezüglich Aus- und Weiterbildung steuernd. Die per 1. Januar 2012 eingeführte Ausbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen zielt darauf ab, dass die bernischen Betriebe des Gesundheitswesens ihr Potenzial zur praktischen Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen ausschöpfen und damit einen Beitrag zur Versorgungssicherheit mit qualifiziertem Personal leisten. Die Ausbildungsverpflichtung dient somit der Gewährleistung der Versorgungsziele, dies auch im Interesse der verpflichteten Betriebe. Die Ausbildungsleistung wird pro Trägerschaft bemessen und jährlich verfügt. Ebenfalls jährlich werden die erbrachten Ausbildungsleistungen geprüft.

In 361 Betrieben (Spitäler, Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken, Rettungsdienste, stationärer Langzeitbereich, Spitex sowie private Praxen) wurden im Jahr 2017 insgesamt 1443 Abschlüsse<sup>44</sup> realisiert (Sekundarstufe II, Höhere Fachschule (HF), Fachhochschule (FH)).

Weiter entschädigt der Kanton Bern die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung mit CHF 15000 pro Weiterbildungsstelle und Jahr. Im Jahr 2017 wurden rund 1241 Weiterbildungsstellen (Vollzeitäquivalente) mit knapp CHF 19 Mio. finanziert. Die Kosten für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung dürfen gemäss Artikel 49 Absatz 3 KVG nicht über die von den Kantonen und den Versicherern finanzierten Vergütungen der stationären Leistungen der Listenspitäler finanziert werden.

Die im Kanton Bern gewährte Weiterbildungspauschale ist konform mit den Zielsetzungen der interkantonalen Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFV), welche die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den Kantonen zur Ratifizierung unterbreitet hat. Mit der Vereinbarung soll einerseits den Spitälern ein gesamtschweizerisch einheitlicher pauschaler Mindestbetrag an die ärztliche Weiterbildung in der Höhe von CHF 15000 ausgerichtet werden. Andererseits soll ein interkantonaler Ausgleich dafür sorgen, dass die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen weniger

einseitig bei jenen Kantonen anfallen, deren Spitäler sich stark in der Weiterbildung engagieren. Per Ende 2018 haben allerdings erst 14 Kantone die Vereinbarung ratifiziert. Für das Inkrafttreten der WFV müssen jedoch 18 Kantone beitreten.

Seit 2008 unterstützt der Kanton Bern das Praxisassistenten-Programm des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM). Dadurch wird die Hausarztmedizin generell und insbesondere in ländlichen Kantonsgebieten gestärkt. 2019 wurde die Anzahl Praxisassistentenstellen von 21 auf 35 erhöht. Der Kantonsbeitrag beläuft sich auf rund CHF 1.5 Mio. pro Jahr.

Die demografische Entwicklung führt dazu, dass die Bevölkerung im Kanton Bern bis ins Jahr 2025 um rund 60000 Personen wachsen und der Altersquotient auf 40.0 ansteigen wird.<sup>45</sup> Dies, sowie die wenig bedarfsgerechte Verteilung des Personals und der zunehmende Mangel an Gesundheitspersonal erfordern zusätzliche Massnahmen im Bereich des Personals in der Gesundheitsversorgung. Die Situation ist regional unterschiedlich: Der Fachkräftemangel betrifft insbesondere ländliche Regionen, die Pflegefachpersonen und die Grundversorgerinnen und Grundversorger<sup>46</sup>,

in geringerem Ausmass jedoch urbane Räume und Spezialistinnen und Spezialisten. In der Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG wird im Kapitel 16 «nichtuniversitäre Gesundheitsberufe» einerseits aufgezeigt, wie viele gut ausgebildete Fachkräfte für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung nötig sind und andererseits, mit welchen Massnahmen ein Fachkräftemangel verhindert werden kann.

Die Freiwilligenarbeit ist ein gesellschaftlicher Beitrag an die Mitmenschen. Sie wird unentgeltlich geleistet, ergänzt und unterstützt die bezahlte Arbeit, tritt aber nicht in Konkurrenz zu ihr. Exakte Zahlen zum Anteil an Freiwilligenarbeit im Gesundheitsbereich liegen nicht vor, die Bedeutung darf jedoch nicht unterschätzt werden.

<sup>44</sup> GEF, Reportingbericht zur Ausbildungsverpflichtung 2017.

<sup>45</sup> Vgl. Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern. Verfügbar unter: <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/statistik/bevoelk/bevoelkerungsprojektionszenarien1.html>.

<sup>46</sup> Zu den Grundversorgerinnen und Grundversorgern zählen Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharzttitel in Allgemeinmedizin, Innerer Medizin und Allgemeiner Innerer Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie sowie Praktische Ärztinnen und Ärzte.



## 5. SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse gliedert die Ist-Situation in Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken. Ziel der Gesundheitsstrategie ist es, die Stärken

zu erhalten, die Schwächen zu beheben, die Chancen zu nutzen und die Risiken zu minimieren.

### VERSORGUNG UND IHRE STEUERUNG

#### Stärken

- Generell ist das Versorgungsangebot mit ambulanten und stationären Leistungen umfassend, diversifiziert, verfügbar und qualitativ auf einem hohen Stand. Die Bevölkerung hat die Möglichkeit, innerhalb des Kantons fast die ganze Bandbreite medizinischer Leistungen zu beziehen, von der ambulanten Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten Medizin.
- Gesundheitsleistungen sind für alle zugänglich.
- Der Kanton Bern verfügt über zwei Universitätsspitäler (Inselspital und UPD) und zieht Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen an. Als Universitäts- und Medizinalstandort ist der Kanton Bern attraktiv für nationale und internationale Fachkräfte und hat eine starke Ausstrahlung.
- Verschiedene spezialisierte öffentliche und private Gesundheitsanbieter wirken zusammen im stationären, psychiatrischen und Rehabilitationsbereich.
- Die stationären Leistungserbringer sind kompetitiv. Der Kanton Bern setzt das KVG korrekt um und ist zurückhaltend bei der Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- Es gibt keine offensichtliche Rationierung medizinischer Leistungen aufgrund des Kostendrucks.
- Die regionale Planung für stationäre Leistungen sichert die wohnortnahe Grundversorgung.
- Durch die Verselbständigung der ehemals öffentlichen Spitäler und Psychiatrien als Aktiengesellschaften besteht bei diesen eine hohe Flexibilität bezüglich Ausgestaltung der Angebote.
- Der Kanton Bern ist autark, die Mehrheit der Bernerinnen und Berner lassen sich im Kanton versorgen. Zusätzlich versorgen Berner Leistungserbringer viele ausserkantonale Personen.
- Keine Eingriffe durch den Kanton Bern begrenzen oder verteuern das Angebot.

- Durch den Kanton beeinflussbar

#### Schwächen

- Regional und nach Fachgebieten bestehen Unter- und Überversorgungen. Die regionale Verteilung der ambulanten Grundversorgung ist zu wenig ausgewogen. In ländlichen Regionen ist die hausärztliche Versorgung zunehmend nicht gesichert.
- Generalisten für die ganzheitliche Behandlung von multimorbiden Patienten fehlen wegen der voranschreitenden Spezialisierung. Für multimorbide Patienten fehlt systembedingt weitgehend die koordinierte Nachversorgung nach einem Spitalaufenthalt.
- Eine gezielte Steuerung fehlt: Eine quantitative Steuerung (Planung und Kontrolle) besteht in den wenigsten Versorgungsbereichen.
- Auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen sind die Regulierungen zu wenig koordiniert und führen zu weitreichenden, manchmal unkoordinierten und zu wenig durch moderne ICT unterstützten Dokumentationspflichten. Nicht geeignete Systeme und mangelnde Schnittstellen führen zu ineffizientem Ressourceneinsatz.
- Die Regulierungen sind nicht an die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnisse der verschiedenen geografischen Regionen angepasst.
- Kurative, präventive und palliative Versorgung sind heute zu wenig aufeinander abgestimmt und die Alimentierung erfolgt nicht adäquat.
- Konzeptionelle und strukturelle Mängel erschweren teilweise die effiziente und effektive Leistungserbringung. Die Strukturen sind komplex und zu wenig auf die heutige Versorgungsrealität zugeschnitten.
- Die heutige Versorgung ist zu stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet.
- Die Fragmentierung der Versorgungsbereiche – in der Gesundheitsversorgung, aber auch zwischen Gesundheitsversorgung und Sozialbereich – setzt eine Koordination zwischen den Angeboten voraus, die heute noch nicht optimal erfolgt. Die verschiedenen Berufsgruppen, Leistungserbringer und die Versorgungsbereiche sind entlang der Versorgungskette und sektorübergreifend ungenügend vernetzt.
- Im Kanton Bern sind die Gesundheitschancen in der Bevölkerung nach sozialer Lage und Status unterschiedlich.
- Mangelnde Regelfinanzierung für integrierte Versorgung. Auf dem Weg zu einer patientenzentrierten, ganzheitlichen Versorgung, welche die ganze Behandlungskette einschliesst, sind heute noch zahlreiche Hürden regulatorischer, organisatorischer und finanzieller Art zu überwinden und Innovationen zu entwickeln.
- Es fehlt heute ein gut realisierbares Angebot an (akuter) Übergangspflege, das die integrierte Versorgung verbessern würde.

## VERSORGUNG UND IHRE STEUERUNG

### Chancen

- Der Kanton Bern verfügt über ein abgestuftes Versorgungsmodell für den stationären Spitalbereich, das vorsieht, dass die Grundversorgung dezentral angeboten wird, die spezialisierte sowie die hoch spezialisierte Versorgung dagegen konzentriert werden.  
Die demographische Entwicklung eröffnet den Leistungserbringern Möglichkeiten, sich mit innovativen Angeboten neu zu positionieren.
- Die Ambulantisierung, d.h. die Verlagerung ehemals stationär angebotener Leistungen in den ambulanten Sektor eröffnet neue Opportunitäten für die strategische Positionierung.
- Zusammenrücken von Akutsomatik und Psychiatrie und Miteinander von öffentlichen und privaten Anbietern. Kooperation unter den Leistungserbringern und Nutzung von Synergien fördern.
- Erhöhte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, damit diese die bereitgestellten Informationen richtig nutzen und sich sicher im System bewegen kann.
- Weiterentwicklung und Intensivierung der integrierten und vernetzten Versorgung zwischen Hausärzten, Spezialisten, zwischen Spitälern/Kliniken, ambulanter Pflege und Heimen. Sowie Entwicklung flexibler Modelle für die Erbringung der Dienstleistung.
- Nutzung der effizienzsteigernden Möglichkeiten, welche künstliche Intelligenz, die Digitalisierung und eHealth bieten. Das Ausbaupotenzial für Telemedizin nutzen.
- Die Verwendung neuer Technologien könnte die Bedürfnisse der Bevölkerung besser abdecken, insbesondere im ländlichen Raum und bei der integrierten Versorgung.  
Neue Therapien wie personalisierte Medizin versprechen eine effektivere Behandlung erkrankter Personen.
- Durch Anpassung der Rettungsstandorte (geografischer Ort, Anzahl Teams sowie Betriebszeiten) und durch eine Straffung der kleinräumigen Organisationsstrukturen, kann das bernische Rettungswesen optimiert werden.

### Risiken

- Angebotsinduzierte Nachfrage und Moral Hazard sowie mangelnde Koordination führen zu Ineffizienzen (z.B. zu viele Medikamente, unnötige Eingriffe).  
Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität und damit zu einer häufigeren und intensiveren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.
- Durch die bestehende Überregulierung werden Kreativität und Flexibilität eingeschränkt und es droht ein Verlust der Qualität der Grundversorgung (z.B. Steuerung durch Fallzahlen und Finanzierung).  
Die Erwartungen der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung steigen. Das Bedürfnis nach sofortiger Behandlung medizinischer Probleme führt dazu, dass Patientinnen und Patienten häufiger den Notfalldienst von Spitälern in Anspruch nehmen. Gleichzeitig schwindet die Bindung an den Hausarzt. Dies führt zu steigenden Kosten.
- Der Wettbewerb und die freie Spitalwahl gemäss KVG werden abgebaut. Kantone errichten wiederum Barrieren.

## BEHÖRDEN

### Stärken

- Breites Fachwissen und langjährige Erfahrung sind bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behörden vorhanden.

### Schwächen

- In der Verwaltung sind die Aufgaben auf verschiedene Direktionen/Ämter verteilt (betrifft insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention, den Suchtbereich und die Gesundheitsberufe). Die Koordination ist schwierig.
- Die statistischen und analytischen Grundlagen sind lückenhaft und wenig transparent; Daten auch bezüglich Qualität sind teilweise nicht (auswertbar) vorhanden, nicht verknüpfbar oder liegen zu spät vor. Auswertungstools fehlen.

### Chancen

- Die entscheidungsrelevanten Daten sollen für die Umsetzung einer effektiven Aufsicht und Steuerung komplettiert werden.
- Mit der Publikation von Daten soll Transparenz geschaffen werden (Aufsichtsdaten und Qualitätsdaten).
- Eine regelmässige Aufgaben- und Prozessüberprüfung in der Verwaltung dient der Erhöhung der Effektivität und der Effizienz.

### Risiken

- Strukturen und Prozesse, die nicht dem sich wandelnden Umfeld angepasst werden, erschweren die Aufgabenerfüllung.

- Durch den Kanton beeinflussbar

## FINANZEN

### Stärken

- Das Gesundheitswesen generiert nicht nur Kosten, es ist auch Teil der Wertschöpfungskette.
- Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist zurzeit noch sichergestellt.
- 4 von 6 RSZ des Kantons Bern sind im Fallkostenbenchmark im untersten Quartil eingeordnet, d.h. gehören zu den 25% kostengünstigsten Spitälern schweizweit.
- Als Folge der gestiegenen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist das Gesundheitswesen als Arbeitgeber und Nachfrager von Produkten und Dienstleistungen ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.
  - Der Gesundheitsstandort ist ein Motor für die Wirtschaft im Kanton Bern und ein Innovationstreiber.

### Schwächen

- Die Kosten im Gesundheitswesen steigen an trotz Preissenkungen, was auch die Privathaushalte zunehmend belastet. Nur ein Teil dieses Wachstums basiert auf der demographischen Entwicklung.<sup>47</sup>
- Der ambulante und der stationäre Bereich sind unterschiedlich finanziert. Die Kosten und die Erlöse sind im spitalambulanten Bereich nicht im Gleichgewicht.
- Die Tarife für ambulante medizinische Grundversorgungsleistungen sind im Vergleich zu Spezialleistungen zu tief.
- Die Tarifierung und unterschiedliche Finanzierungssysteme erzeugen Fehlanreize, Ineffizienzen und unnötige Kosten.
- Die aktuelle Finanzierung des Gesundheitswesens setzt Anreize, welche zu einer Fokussierung auf die kurative Versorgung führen.
- Die (finanzielle) Gesamtsicht über die Behandlungskette fehlt. Dies führt zu sektoriellen Optimierungen und verhindert solche über die gesamte Behandlungskette hinweg.

### Chancen

- Das Gesundheitswesen soll als Chance für die Volkswirtschaft und für Wohlstand erkannt werden.
  - Bei der Entwicklung von Vergütungssystemen soll darauf geachtet werden, dass diese die Versorgung der Patientinnen und Patienten im richtigen Setting fördern (z. B. im Bereich der Frührehabilitation, Akut- und Übergangspflege (AÜP) usw.).
- Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen kann bei richtiger Ausgestaltung – insbesondere durch Einbezug des Pflegebereichs und mit Steuerungsinstrumenten für die Kantone – heute bestehende falsche Systemanreize mindern und den Weg ebnen für neue Vergütungs- und Tarifsysteme.
- Das bernische Gesundheitswesen ist attraktiv für Investoren.

### Risiken

- Die Sicherstellung der Finanzierung trotz Wachstumstrend bei den Kosten stellt eine Herausforderung dar.
  - Heute werden alternative Finanzierungsmodelle (z.B. Pflegeversicherung) nur ungenügend diskutiert und es erfolgt eine Verschiebung der Kosten von der OKP zu den Kantonen.
  - Es existiert ein Spannungsfeld zwischen Kosteneindämmung und Förderung des Medizinalstandorts. Zurzeit besteht eine Priorisierung der Strategien zur Eindämmung des Kostenwachstums gegenüber der Nutzung des Wachstumspotenzials im Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor mit hoher Wertschöpfung.
- Eine effiziente Leistungserbringung im spitalambulanten Bereich resp. die Ambulantisierung der Medizin wird durch die bestehende Unterfinanzierung im spitalambulanten Bereich behindert.
- Es besteht das Risiko, dass durch die erhöhte Investitionstätigkeit der Leistungserbringer Überkapazitäten aufgebaut werden.
- Der wirtschaftliche Druck auf die Spitäler steigt, was zu einer Umgestaltung der Versorgungslandschaft führen kann und die wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung durch die RSZ in Frage stellt.

## PERSONAL

### Stärken

- Der Ausbildungsstandard der Akteure ist hoch. Dadurch kann eine hohe Qualität sichergestellt werden.
  - Die gute Ausbildungsqualität hat national und international Ausstrahlung.
- Die Institutionen gelten mehrheitlich als attraktive Arbeitgeber.

### Schwächen

- Zu wenig Fachpersonal mit entsprechender Qualifikation für diverse Leistungsprozesse der Gesundheitsversorgung bzw. zu wenig Ausbildungsplätze.
- Das Personal wird teilweise nicht am richtigen Ort eingesetzt.
- Steigende Nachfrage nach ärztlichen und pflegerischen sowie betreuenden Leistungen wird aufgrund von zu wenig Personal nicht abgedeckt werden können.
- Die zunehmende Spezialisierung in der Gesundheitsversorgung und der Ausbildung wirkt kostentreibend.
- Die Berufsverweildauer ist teilweise sehr kurz und sinkend. Die Ursache ist multifaktoriell.

### Chancen

- Mit der Definition neuer Rollen und der Abbildung künftiger Rollenbilder in der Ausbildung wird die kompetente und stufengerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten gefördert.
- Mittels eines besseren Einsatzes der personellen Ressourcen kann dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden.

### Risiken

- Der Fachkräftemangel wird sich ohne wirksame Gegenmassnahmen verschärfen. Dies kann sich negativ auf die Qualität der Leistungserbringung, aber auch auf die Ausbildungsqualität auswirken.
- Immer mehr Ausbildungsplätze im Pflegebereich bleiben unbesetzt, was die Gefahr eines Abbaus von Ausbildungsstrukturen bei den Institutionen mit sich bringt.
- Es droht die Abwanderung von qualifiziertem Personal in andere Kantone und in andere Berufe aufgrund wenig attraktiver Anstellungsbedingungen (insbesondere im Rettungswesen und im Pflegebereich).
- Heute besteht eine Abhängigkeit der Leistungserbringer von Rekrutierungsmöglichkeiten für qualifiziertes Fachpersonal mit ausländischen Abschlüssen.
- Durch den gesellschaftlichen Wandel droht eine Abnahme der Bereitschaft zu Freiwilligenleistungen (unentgeltliche Pflege von Angehörigen usw.). Die fehlende Kapazität muss durch angestelltes Personal abgedeckt werden.
- Aufgrund sinkender Tarife können die Löhne im Gesundheitswesen nur unzureichend angepasst werden, was sich auf die Attraktivität des Berufs auswirkt.
- Aufgrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme des Bedarfs im Behindertenbereich und der Tatsache, dass viele ältere Mitarbeitende in den nächsten 10 bis 15 Jahren aus dem Arbeitsprozess ausscheiden werden, ist eine überproportionale Zunahme des zukünftigen Personalbedarfs zu erwarten.
- Die Bedeutung und Belastung betreuender und pflegender Angehörigen nimmt zu. Ohne zusätzliche finanzierbare Entlastungs- und Assistenzangebote droht eine Überlastung der Angehörigen.

<sup>47</sup> Der beobachtete Anstieg der Gesundheitskosten mit zunehmendem Alter ist auf die mit zunehmendem Alter steigende Mortalität und Morbidität zurückzuführen. Die Ausgaben im letzten Lebensjahr sind besonders hoch. Bei zunehmender Lebenserwartung wird nun aber die Sterblichkeit in ein immer höheres Alter verschoben (Kompression). Dies gilt auch für die entsprechenden Kosten.

Andere Faktoren, welche die Entwicklung der Gesundheitskosten beeinflussen, sind insbesondere Faktoren ökonomischer und kultureller Art, das Angebot und der medizinische Fortschritt.

■ Durch den Kanton beeinflussbar



## 6. Vision und Mission

### 6.1 Vision

Der Kanton Bern hat basierend auf den Werten

- menschenorientiert,
- kompetent und gemeinsam,
- effektiv und effizient,
- freiheitlich und eigenverantwortlich,
- lernend und innovativ,

folgende Vision seiner Gesundheitsversorgung erarbeitet:

#### VISION

**1** | Im Kanton Bern wird die Gesundheit der Bevölkerung unter Wahrung der Lebensqualität ganzheitlich und diskriminierungsfrei geschützt, gefördert und wenn immer möglich wiederhergestellt. Die Würde und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten sowie der Betreuten wird gewahrt.

**2** | Der Kanton Bern verfügt über ein qualitativ hochstehendes, innovatives, für alle zugängliches, vernetztes und bezahlbares Gesundheitswesen, das nationale Strahlkraft ausübt und in dem die Eigenverantwortung aller Mitwirkenden einen hohen Stellenwert hat.

**3** | Die im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen üben ihren Beruf mit Kompetenz und Leidenschaft aus, in einem beruflichen Umfeld, das gute Arbeitsbedingungen und Entwicklungsperspektiven bietet und in dem ihnen mit Wertschätzung begegnet wird.

#### Erläuterungen

**Zu 1.** | Für den Kanton Bern stehen die Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bevölkerung im Zentrum. Die Versorgung ist nicht nur kurativ, sondern auch präventiv, rehabilitativ und palliativ.

**Zu 2.** | Dem Kanton Bern ist es ein Anliegen, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung hat, welche die Möglichkeiten von Vernetzung und Koordination nutzt. Dabei muss das Gesundheitswesen gut in das Gesamtsystem eingebettet sein; insbesondere die Schnittstellen zum Sozialsystem sind optimiert. Der Kanton Bern verfügt über ein breites Angebot an Leistungserbringern, darunter auch zwei Universitätsspitäler, die über die Kantonsgrenzen hinweg als Leuchttürme dienen. Die Angebote, insbesondere der Spitäler, sollen auch Patienten aus anderen Kantonen nutzen. Die Versorgung soll unter effizientem Mitteleinsatz erfolgen und finanzierbar bleiben. Es bestehen Rahmenbedingungen, welche die Gesundheitskompetenz fördern und somit die Voraussetzung schaffen, dass die Patientinnen und Patienten ihre Eigenverantwortung wahrnehmen. Innovationen werden gefördert.

**Zu 3.** | Kompetenz setzt eine für die jeweilige Aufgabe angemessene Aus-, Weiter- und Fortbildung voraus. Die Leidenschaft ergibt sich aus der Sinnhaftigkeit der Arbeit, aber auch aus guten Arbeitsbedingungen und beruflichen Perspektiven. Dafür setzt sich der Kanton Bern ein.

### 6.2 Mission

Der Kanton Bern hat folgende Mission bezüglich seiner Gesundheitsversorgung:

#### MISSION

**Wer wir sind** | Behörden des Gesundheitswesens des Kantons Bern.

**Was wir tun** | Wir stellen die Gesundheitsversorgung sicher. In der Umsetzung der Rechtsgrundlagen von Bund und Kanton schaffen wir die Rahmenbedingungen zur Bereitstellung bedarfs- und bedürfnisgerechter Angebote und zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Bevölkerung unter Beachtung der Selbstverantwortung. Wir unterstützen dabei Innovationen und nutzen neuste wissenschaftliche Erkenntnisse wirkungsvoll und nachhaltig.

#### Erläuterungen

**Zu «wer wir sind»** | Es wird eine Gesundheitsstrategie des Kantons Bern erarbeitet. Die Strategie wird also aus der Perspektive der Behörden und der Verwaltung formuliert.

**Zu «was wir tun»** | Die Tätigkeit des Kantons dient der Versorgungssicherheit. Die Verwaltung des Kantons Bern setzt verschiedene Rechtsgrundlagen um: Der Bund gibt den Auftrag für die Planung, Steuerung und Finanzierung. Bei der Aufsicht und der Bildung handelt es sich um Aufträge der kantonalen Legislative. Der Kanton Bern setzt auf technischen und methodologischen Fortschritt sowie Forschung, Fach- und Erfahrungswissen und nutzt deren Möglichkeiten resp. setzt sich für deren Nutzung ein. Dabei werden die mittel- und längerfristigen Effekte einer Neuerung vorgängig abgeschätzt.

Die Mission wird durch Stossrichtungen und strategische Ziele konkretisiert.



## 7. Stossrichtung, strategische Ziele und Massnahmen

### 7.1 Stossrichtungen

Die Stossrichtungen und die strategischen Ziele leiten sich aus der Vision und Mission sowie der SWOT-Analyse ab.

Mit der Strategie werden folgende fünf Stossrichtungen verfolgt:

#### Stossrichtungen

- I** Förderung der Gesundheitskompetenz der Berner Bevölkerung
- II** Förderung der integrierten Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der chronischen und behandlungsintensiven Leiden
- III** Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und konsequente Bekämpfung des Fachkräftemangels
- IV** Förderung der Forschung, Entwicklung und Innovation
- V** Förderung der digitalen Transformation

Diese Stossrichtungen werden durch die strategischen Ziele weiter heruntergebrochen und mit Massnahmen zur Zielerreichung konkretisiert. Die Erreichung dieser Ziele ist oftmals abhängig von genügenden finanziellen Ressourcen. Die Umsetzung der für die Zielerreichung definierten Massnahmen erfolgt nach Freigabe der dafür nötigen Mittel durch das finanzkompetente Organ.

## 7.2 Strategische Ziele und Massnahmen

### VERSORGUNG UND IHRE STEUERUNG

**A | Im Kanton Bern ist eine dem Bedarf der Bevölkerung entsprechende Gesundheitsversorgung sichergestellt:** Die Gesundheitsversorgung ist auf den effektiven Bedarf der Bevölkerung zugeschnitten. Sie fördert und erhält die Lebensqualität und nimmt Rücksicht auf die räumlichen Verhältnisse und die Demographie im Kanton Bern sowie die Verflechtungen mit anderen Kantonen. Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und Berufsgruppen ist hoch. Die gesamte Bevölkerung kennt und nutzt die Angebote des Gesundheitssystems optimal. Der Kanton greift steuernd ein, im Sinne einer bedarfsgerechten und finanzierbaren Versorgung.

#### Massnahmen

##### A1 | Versorgungslandschaft analysieren und steuern

- Um den Bedarf der Bevölkerung zu eruieren, wird die Bedeutung der demographischen Entwicklung auf die Versorgung analysiert und es werden Impulse geschaffen für neue bedarfsgerechte Angebote. ●●●
- Die Versorgungslandschaft und die Qualität der Leistungen sowie der Vernetzung sollen erfasst und monitorisiert werden, mit dem Ziel, Schwachstellen in der künftigen Versorgung zu eruieren. Dabei wird der Zugänglichkeit der Leistungen für alle besonderes Gewicht beigemessen. ○●●
- Mit Steuerungsinstrumenten soll auf eine bedarfsgerechte Versorgung hingewirkt werden. Diese Steuerungsinstrumente werden regelmässig evaluiert und falls notwendig angepasst. ○●●

##### A2 | Die integrierte Versorgung fördern

Die Integration in der Gesundheitsversorgung soll auf allen Ebenen gefördert werden.

- Eine engere Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren entlang der Versorgungskette wird angestrebt, insbesondere eine Annäherung zwischen Akutsomatik und Psychiatrie sowie zwischen medizinischem und (psycho-)sozialen Bereichen (insbesondere in der Suchthilfe). ●●●
- Zusätzlich sollen niederschwellige und psychosoziale Angebote für eine rasche Versorgung gefördert und der Gesundheitsversorgung von vulnerablen Gruppen besondere Beachtung geschenkt werden. ○●●
- Die Versorgung am Lebensende soll verbessert werden, mit dem Ziel der Erhöhung der Lebensqualität. Dazu gehört etwa der Aufbau eines Langzeitangebots spezialisierte Palliative Care. ●●●

- Um die Integration der Versorgung zu verbessern erfolgt eine Weiterentwicklung der Pflege/Betreuung im intermediären Bereich (zwischen stationär und ambulant, z.B. Tages- und Nachtstrukturen, betreutes Wohnen, Wohnen mit Dienstleistung usw.) wie auch von psychosozialen Angeboten (in der Suchthilfe), das Projekt «Nachsorge nach einem Akut-Spitaliaufenthalt» und der Modellversuch zum Einsatz von mobilen Palliativdiensten. Im Projekt Pflegefinanzierung stationär wird die bessere Definition und Finanzierung von geriatrischen Rehabilitationsangeboten geprüft. ○●●
- Die Leistungserbringung und die Patientenfunde sollen, zum Wohle des Patienten, vereinfacht werden. ○●●

##### A3 | Die Gesundheitsleistungen in einem standortübergreifenden und integrierten Versorgungsmodell erbringen

- Die Versorgungsplanung soll dahingehend angepasst werden, dass die gesamte Gesundheitsversorgungskette berücksichtigt wird bei der Planung des stationären Bereichs. Dabei soll die Planung regelmässig überprüft und aktualisiert werden. Beispielsweise sollen die Zuordnung der Leistungen zu den einzelnen Versorgungsstufen oder die verwendeten Parameter in der Pflegeheim-Planung überprüft werden. ●●●
- Weiter sollen die Versorgungspflicht und die Rest- bzw. Zusatzfinanzierung (Spitäler, Spitex, Pflegeheime) überprüft und allenfalls neu aufgesetzt werden. ○●●

##### A4 | Gesundheitsförderung und Prävention stärken und weiterentwickeln

- Um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen und die Kosten im Gesundheitswesen möglichst gering zu halten, werden die Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt. Dabei wird insbesondere auch das Umfeld Schule anvisiert. ●●●
- Eine kantonale Teilstrategie identifiziert die gesundheitsrelevanten Themen im Kanton, zeigt den Handlungsbedarf auf und definiert ein wirkungsorientiertes Massnahmenpaket. Hierzu werden bereits bestehende Massnahmen und Programme auf ihre Wirkung analysiert und weiterentwickelt. ●●●

##### B | Im Kanton Bern werden wirksame und nachhaltige Innovationen rasch eingeführt:

Medizinische, technische und methodologische Innovationen werden geprüft und – sofern diese wirksam und nachhaltig sind – zeitnah eingeführt. Zwischen dem Medizinalstandort Bern und der Gesundheitsversorgung werden Synergien geschaffen und genutzt.

#### Massnahmen

##### B1 | Innovationen fördern

- Kooperationen der Leistungserbringer untereinander aber auch zwischen den Leistungserbringern, den Hochschulen und der Wirtschaft sollen zielgerichtet gefördert werden, so dass Innovationen ermöglicht und umgesetzt werden können. Dies gilt insbesondere auch auf Stufe Hochschulen und Universitätsspitäler. Grundlage für Kooperationen stellt ein Austausch der Akteure untereinander dar. ●●●
- Austausch von Leistungsnutzern und Leistungserbringern fördern. ○●●
- Vernetzung mit Start-up-Förderung des Kanton Bern vorantreiben. ○●●

##### B2 | Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung fördern

- Projekte umsetzen zur Verbreitung der Digitalisierung, eHealth und insbesondere des elektronischen Patientendossiers (EPD), unter Beachtung des Datenschutzes. ●●●
- Prüfen von entsprechenden Beratungsangeboten für die Bevölkerung. ○●●
- Erste Erfahrungen mit künstlicher Intelligenz und Telemedizin sammeln. ●●●

##### B3 | Für die Gesundheitsversorgung von morgen Modelle prüfen und konsolidiert einführen

- Modellversuche – z.B. zur Förderung von integrierter Versorgung, von neuen Kooperationsformen und von neuen Finanzierungssystemen – sollen unter Beizug des neuen «Experimentierartikels» durchgeführt werden. So werden Erfahrungen gesammelt für die Weiterentwicklung der Versorgung. ○●●
- Erfolgreiche Projekte sollen in die Regelstrukturen überführt werden. ○●●

#### Priorität

- hoch
- mittel
- tief

## BEHÖRDEN

**C | Die Behörden des Kantons Bern arbeiten effizient und transparent:** Die Organisation und die Prozesse der Behörden des Kantons Bern sind optimal auf ihre Aufgaben ausgerichtet. Sie ordnen Aufgaben, Verantwortung und Kompetenzen stufengerecht zu und organisieren sich nach Aufgabenbereichen homogen. Sie arbeiten effektiv und effizient, so dass die Gesundheitsversorgung optimal unterstützt wird. Sie gewährleisten Transparenz. Die heute lückenhaften Daten, insbesondere im ambulanten Bereich, sollen komplettiert werden, so dass Entscheide faktenbasiert getroffen werden können.

### Massnahmen

#### C1 | Regelmässige Aufgabenüberprüfung vornehmen

- Mittels einer regelmässigen Aufgabenüberprüfung werden die Tätigkeiten der Behörden auf ihre Tauglichkeit analysiert, den veränderten Umständen und Herausforderungen zu begegnen. ●●●

#### C2 | Tätigkeiten der Behörden effizient ausgestalten

- Eine regelmässige Überprüfung der eingesetzten Ressourcen, der Prozesse, der Strukturen, der Schnittstellen und der Anforderungen sowie der Zusammenarbeit unter den Behörden und mit den Leistungserbringern wird angestrebt. So können die Abläufe vereinfacht und verschlankt werden, es werden Synergien gewonnen und Redundanzen eliminiert. Die Behörden verstehen sich als lernendes, die Anbieter unterstützendes und mit ihnen zusammenarbeitendes System. ○●●

#### C3 | Datenlage verbessern

- Es wird überprüft, wo Entscheidungsgrundlagen fehlen. Dabei kann es sich um finanzielle, statistische Daten, aber auch Qualitätsdaten handeln. ●●●
- Wo Entscheidungsgrundlagen fehlen, werden die Daten komplettiert. Dies soll in erster Linie durch einen verbesserten Zugang zu bestehenden Daten und einen Datenaustausch unter den Behörden realisiert werden. Wo dies zweckmässig und verhältnismässig erscheint, werden in angemessenem Umfang zusätzliche Daten erhoben, um die nötige Transparenz zu schaffen. Dies betrifft insbesondere den spitalambulanten Bereich, die niedergelassenen Ärzte und das Rettungswesen. ●●●

#### C4 | Transparenz schaffen

- Die Leistungserbringer werden mittels Benchmark bewertet. Die Aufsicht orientiert sich dabei an anerkannten Guidelines. ○●●
- Daten aus der Aufsicht und Qualitätsindikatoren sollen publiziert werden zur Förderung der Transparenz und eines Wettbewerbs über die Qualität der Leistungserbringer. ○●●

#### Priorität

- hoch
- mittel
- tief

## FINANZEN

**D | Der Kanton Bern setzt die Ressourcen in der Gesundheitsversorgung optimal ein und strebt ein massvolles Kostenwachstum an:** Der Kanton Bern setzt die begrenzten Mittel für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung optimal ein. Das Kostenwachstum wird durch effiziente Leistungserbringung und entsprechende Anreize gebremst. Überdies setzt der Kanton Bern Rahmenbedingungen, die einen effizienten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen unterstützen.

### Massnahmen

#### D1 | Vergütungssysteme und finanzielle Auswirkungen überprüfen

- Vergütungssysteme sollen dahingehend überprüft werden, inwiefern sie die Effizienz erhöhen. Dabei wird der Überprüfung der Anreizwirkung (z.B. für Mengenausweitung, aber auch auf die integrierte Versorgung) besondere Beachtung geschenkt. ●●●
- Neue Vergütungssysteme, wie die Abgeltung mittels ambulanter Pauschalen und Capitation, sollen in spezifischen Projekten geprüft und allenfalls gefördert werden. ●●●
- Sämtliche Rechtsetzungsvorhaben und neuen Aufsichtsinstrumente werden auf ihren Einfluss auf die Leistungserbringer geprüft (Kosten, Aufwand, Wirkung). ●●●

#### D2 | Kennzahlen erarbeiten

- Die Steuerung soll aufgrund von Kennzahlen erfolgen. Wo diese fehlen, werden Kennzahlen erarbeitet, so z.B. im Bereich der Pflegefinanzierung. Für die Erarbeitung der Kennzahlen wird – wenn immer möglich – auf bestehende, verlässliche Datenquellen zurückgegriffen. ●●●

#### D3 | Leistungserbringer beaufsichtigen und Leistungscontrolling durchführen

- Die Leistungserbringer werden aus gesundheitspolizeilicher Sicht beaufsichtigt. Die Anforderungen werden dabei regelmässig kritisch überprüft und massvoll angesetzt. ●●●
- Die Leistungserbringer mit Leistungsverträgen werden bezüglich Einhaltung der Anforderungen, Kennzahlen zur Leistungserbringung und Qualität, aber auch hinsichtlich finanzieller Kennzahlen, überprüft. Anforderungen an die Betriebsführung werden definiert und aktuell gehalten. ●●●

#### D4 | Gesundheitsleistungen exportieren

- Die überkantonale und internationale Ausrichtung der Universitätsspitäler und die Zuflüsse an interkantonalen und internationalen Patienten sollen gestärkt werden. Dazu gehört auch die Positionierung des Universitätsspitals im Bereich der hochspezialisierten Medizin.<sup>48</sup> ○●●

#### D5 | Kostenentwicklung bremsen

- Der Kanton Bern prüft Massnahmen zur Dämpfung der Kostenentwicklung. Die ambulante Nachversorgung wird gestärkt, unnötige Behandlungen werden verhindert, Mengenausweitungen eingeschränkt, beispielsweise durch eine Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. ●●●
- Mit der Tarifgenehmigung soll ungerechtfertigten Preissteigerungen entgegengewirkt werden.<sup>49</sup> ●●●

<sup>48</sup> Für die Planung der hochspezialisierten Medizin ist aufgrund der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) ein interkantonales Beschlussorgan zuständig. Dieses wird von den Mitgliedern der GDK gewählt und von einem Fachgremium beraten. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung. Das Beschlussorgan bestimmt die zu konzentrierenden Bereiche der hochspezialisierten Medizin und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Die Leistungszuteilungen des Beschlussorgans haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter.

<sup>49</sup> Im Spitalbereich hat der Kanton Bern eine Vielzahl von Rollen: Er erstellt die Versorgungsplanung und entscheidet über die Spitalliste, er übt die Aufsichtsfunktion aus, er genehmigt Tarifverträge resp. setzt Tarife fest, wenn die Tarifpartner sich nicht einigen können, er finanziert die stationären Leistungen mit und er kauft weitere Leistungen ein, er ist Mehrheitsaktionär der RSZ und der RPD und beteiligt an der Insel Gruppe. Überdies leistet er Beiträge an die individuelle Prämienverbilligung in der OKP. Tiefe Tarife im spitalstationären Bereich bedeuten für den Kanton Bern auf der einen Seite eine finanzielle Entlastung, auf der anderen Seite können zu tiefe Tarife den Werterhalt der Investitionen, im schlimmsten Fall gar die Versorgungssicherheit, gefährden.

## PERSONAL

**E | Die Institutionen der Gesundheitsversorgung verfügen über genügend und qualifiziertes Fachpersonal und bieten attraktive Arbeitsbedingungen:** Ausreichendes, gut ausgebildetes, richtig eingesetztes Fachpersonal im Gesundheitswesen ist der Schlüssel zu einer guten Versorgung. Mit attraktiven Arbeitsbedingungen bei den Leistungserbringern soll Personal gewonnen, gehalten und motiviert werden.

### Massnahmen

#### E1 | Den künftigen Personalbedarf decken

1. In einem ersten Schritt ist der künftige Personalbedarf der Gesundheitsinstitutionen regional und nach Fachgebiet zu ermitteln. ●●●
2. In einem zweiten Schritt sind Steuerungsinstrumente zu entwickeln, um auch regional und nach Fachgebiet eine ausgewogene Versorgung anzustreben. Dabei prüft der Kanton, ob er bei der Ausbildung, der Weiterbildung, dem Berufsausstieg, der Berufsverweildauer, dem Wiedereinstieg oder in allen Bereichen gleichermaßen ansetzen muss. ○●●
3. Gute Arbeitsbedingungen und Vereinbarkeit von Beruf und Familie sollen gefördert werden. ●●●
4. Die Nachwuchsförderung soll durch eine optimale Aus- und Weiterbildungsverpflichtung sichergestellt werden, die auch die Anreizstrukturen und das Marktpotential berücksichtigt. ●●●
5. Freiwilligenarbeit soll attraktiv gestaltet und gefördert werden. ○●●
6. Förderung von modernen Technologien, die das Gesundheitspersonal entlasten. ○●●

#### E2 | Gesundheitsfachpersonen befähigen und neue Berufsrollen fördern

1. Die Befähigung der Gesundheitsfachpersonen soll nicht nur fachliche Themen umfassen, sondern auch bezüglich Fragen der Gesundheitskompetenz erfolgen. ○●●
2. Neue Berufe und Berufsrollen wurden entwickelt und sollen entlang der Versorgungskette gefördert werden. Dabei soll die Delegation von bewilligungspflichtigen Tätigkeiten an qualifizierte, nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen unterstützt werden. ○●●
3. Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen aber auch darüber hinaus z.B. mit Sozialarbeitern (→ Interprofessionalität) soll gefördert werden. ○●●

## 7.3 Umgang mit vom Kanton nicht direkt beeinflussbaren Schwächen und Risiken

Identifizierte Schwächen und Risiken, die in die Kompetenz des Bundes fallen, werden mittels Interessenvertretung beim Bund adressiert. Instrumente der Interessenvertretung beim Bund sind beispielsweise die Mitwirkung des Kantons bei Vernehmlassungen, die aktive Mitarbeit in den Direktorenkonferenzen und der Konferenz der Kantonsregierungen, das Briefing von Bundesparlamentariern im Hinblick auf Kommissionssitzungen und Sessionen sowie die regelmässigen Treffen des Berner Regierungsrates mit den Berner Ständeräten.

Liegen die Kompetenzen bei den Leistungserbringern und anderen Partnern im Gesundheitswesen, nimmt der Kanton anlässlich von Austauschtreffen mittels Sensibilisierung Einfluss.

#### Priorität

- hoch
- mittel
- tief



## 8. Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien

Die in der Gesamtstrategie definierten Stossrichtungen, strategischen Ziele und Massnahmen lassen sich nicht direkt umsetzen, da sie auf die verschiedenen Versorgungsbereiche unterschiedliche Auswirkungen haben. Die Gesundheitsstrategie bildet die Grundlage für die Erarbeitung von Teilstrategien, welche für die einzelnen Versorgungsbereiche nach Genehmigung der Gesamtstrategie zu erarbeiten sein werden.

Die Teilstrategien nehmen Bezug auf die in der Gesamtstrategie formulierten strategischen Ziele und Massnahmen. Die Strategien werden in unterschiedlicher Tiefe bearbeitet. Der Fokus liegt auf der Definition von konkreten Massnahmen für den entsprechenden Versorgungsbereich.

Für folgende Versorgungsbereiche werden Teilstrategien erarbeitet werden:

- somatische und psychiatrische Versorgung (ambulant und stationär)
- Rehabilitation (ambulant und stationär)
- Langzeitversorgung (ambulant und stationär)
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Rettungswesen
- integrierte Versorgung

## 9. Anhang 1 | Abkürzungsverzeichnis

<b>AÜP</b>	Akut- und Übergangspflege
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BEKAG</b>	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
<b>BEVNAT</b>	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>BIHAM</b>	Berner Institut für Hausarztmedizin
<b>BIP</b>	Bruttoinlandprodukt
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>B2B</b>	Business-to-Business
<b>B2C</b>	Business-to-Consumer
<b>CHF</b>	Schweizer Franken
<b>Curaviva Bern</b>	Dachverband der Heime und sozialen Institutionen
<b>diespitäler.be</b>	Netzwerk der Berner Spitäler und Kliniken
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen
<b>EKG</b>	Elektrokardiogramm
<b>EPD</b>	Elektronisches Patientendossier
<b>FH</b>	Fachhochschule
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

<b>GEF</b>	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
<b>GesG</b>	Gesundheitsgesetz (BSG 811.01)
<b>HF</b>	Höhere Fachschule
<b>i.d.R.</b>	in der Regel
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>IVG</b>	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
<b>IVHSM</b>	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
<b>LA</b>	Lastenausgleich
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenständeliste
<b>Mio.</b>	Million
<b>MOKKE</b>	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
<b>MPD</b>	Mobile Palliativdienste
<b>Mrd.</b>	Milliarde
<b>MV</b>	Militärversicherung
<b>NCD</b>	Non-Communicable Diseases, nichtübertragbare Krankheiten
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>RPD</b>	Regionale Psychiatrische Dienste
<b>RSZ</b>	Regionale Spitalzentren
<b>SBK</b>	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
<b>SF</b>	Suchtfonds
<b>SHG</b>	Sozialhilfegesetz (BSG 860.1)
<b>SL</b>	Spezialitätenliste
<b>SLG</b>	Gesetz über die sozialen Leistungsangebote
<b>SpVG</b>	Spitalversorgungsgesetz (BSG 812.11)
<b>SSO</b>	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
<b>STATPOP</b>	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
<b>SVK</b>	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
<b>SWOT</b>	Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Bedrohungen)
<b>UPD</b>	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG
<b>UV</b>	Unfallversicherung

<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
<b>WHO</b>	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
<b>VEZL</b>	Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.103)
<b>VKL</b>	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)
<b>VPSB</b>	Verband Privatspitäler des Kantons Bern
<b>VSAO</b>	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
<b>WFV</b>	Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung

## 10. Anhang 2 | Glossar

<b>Ambulant</b>	<p>Gemäss Artikel 4 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), gelten als ambulante Behandlung alle Behandlungen, «die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung».</p> <p>Darunter fallen beispielsweise Besuche bei niedergelassenen Ärzten und Therapeuten oder Konsultationen in Spitalambulatorien.</p>
<b>Akut, Akutversorgung</b>	<p>Akut bedeutet plötzlich auftretend und/oder schnell und heftig verlaufend.</p> <p>Akute Erkrankungen haben im Gegensatz zu chronischen Krankheiten einen mehr oder minder klar bestimmbar Ausgangspunkt, sie entwickeln sich plötzlich und sind meist von vergleichbar kurzer Zeitdauer. In der Regel ist ein Zeitraum von 3–14 Tagen gemeint. Ein besonders schneller Krankheitsbeginn oder -verlauf wird häufig als perakut bezeichnet, ein etwas verzögerter als subakut. Der Begriff akut kann aber nicht nur zur Charakterisierung des Krankheitsverlaufs, sondern im Zusammenhang mit Behandlungsmassnahmen verwendet werden, z.B. in Akuttherapie, Akutmedikation, Akut-EKG usw.</p>
<b>BEJUNE</b>	<p>Bezeichnung für die interkantonale Zusammenarbeit der drei Kantone Bern, Jura und Neuenburg und steht jeweils nach der Bezeichnung der Organisation. Hier: Association pour le développement des soins palliatifs BEJUNE.</p>
<b>Chronisch, chronische Erkrankung</b>	<p>Eine Krankheit wird als chronisch bezeichnet, wenn sie länger andauert, in der Regel länger als vier Wochen. Oft entwickeln sich chronische Krankheiten auch langsamer.</p> <p>Dazu gehören u.a. Herzkrankheiten, Krebs, chronische Atemwegkrankungen und Diabetes. Weltweit gehören die chronischen Krankheiten zu den führenden Todesursachen.</p>
<b>DRG-System</b>	<p>Bezeichnung für ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem stationäre Spitalbehandlungen in der Akutsomatik und in der Psychiatrie anhand von medizinischen Daten, Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedurencodes und demographische Variablen in Fallgruppen eingeteilt werden.</p>
<b>Dualfixe Finanzierung</b>	<p>Finanzierungssystem, das vorsieht, dass stationäre Leistungen durch die Kantone und die Krankenversicherer gemeinsam, nach einem festgelegten Schlüssel vergütet werden. Der Kantonsanteil liegt dabei bei mindestens 55 Prozent.</p>

<b>eHealth</b>	<p>Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Abläufe zwischen Gesundheitsfachpersonen/-organisationen untereinander sowie zwischen Gesundheitsfachpersonen/-organisationen und Patientinnen und Patienten.</p>
<b>Ergänzungsleistungen</b>	<p>Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL) helfen dort, wo die Renten und das Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Es handelt sich dabei um einen rechtlichen Anspruch und explizit nicht um Sozialhilfe. Zusammen mit der AHV und IV gehören die EL zum sozialen Fundament unseres Staates.</p> <p>Die Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausgerichtet. Sie bestehen aus zwei Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– jährliche Leistungen, die monatlich ausbezahlt werden. Sie werden zu <math>\frac{2}{3}</math> vom Bund und zu <math>\frac{1}{3}</math> von den Kantonen finanziert; mit unterschiedlichen Tarifen für privat Wohnende und Heimbewohner/innen.</li> <li>– Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Mitfinanzierung von technischen Hilfsmitteln und/oder Personalleistungen). Diese Kosten werden von den Kantonen getragen und sind für die Gesundheitsstrategie relevant.</li> </ul>
<b>Gemeinwirtschaftliche Leistungen</b>	<p>Bei den sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen handelt es sich um Leistungen der Spitäler, die explizit nicht über den Tarif finanziert werden dürfen. Sie sind in Art. 49 Abs. 3 KVG nicht umfassend umschrieben, sondern nur exemplarisch aufgelistet, nämlich die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. Die Praxis in den Kantonen ist bezüglich gemeinwirtschaftliche Leistungen unterschiedlich. In Sachen Höhe dieser Beiträge gibt es heute keine vollständige Transparenz.</p>
<b>Gesundheitsförderung</b>	<p>Gesundheitsförderung zielt «auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen».<sup>50</sup> Gesundheitsförderung orientiert sich somit an der Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale. Die Massnahmen der Gesundheitsförderung sind breit angelegt, wie beispielsweise die Verbesserung von Lebensbedingungen (Verhalten und Verhältnisse) und die Stärkung von Ressourcen.</p>

<sup>50</sup> Ottawa Charta, WHO, 1996.



<b>Gesundheitskompetenz</b>	Gesundheitskompetenz wird verstanden als «die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen». <sup>51</sup>
<b>Integrierte Versorgung</b>	Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform mit hoher Verbindlichkeit unter den beteiligten Leistungserbringern, in der die ganzheitliche Betreuung und Behandlung des Patienten im Zentrum steht.
<b>kurativ, kurative Behandlung</b>	Kurativ ist definiert als heilend, auf Heilung ausgerichtet (z.B. die kurative Medizin [neben der adaptiven und präventiven]); als kurative Therapie z.B. bei einer Krebserkrankung.
<b>Mission</b>	Die Mission beschreibt den wesentlichen Zweck oder den Auftrag, den die Institution und ihre Einheiten verfolgen.  Sie sagt, warum die Institution oder eine Organisationseinheit existiert und was diese für ihre Stakeholder, Kundinnen und Kunden, Mitarbeitenden oder Partnerinnen und Partner sein will.
<b>Nichtübertragbare Krankheiten</b>	Nichtübertragbare Krankheiten (engl. «non-communicable diseases», NCD): Gruppe von Erkrankungen, zu der beispielsweise Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und psychische Störungen gehören und die nicht von einer Person auf eine andere übertragbar sind. Die aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten entstehenden Gesundheitsprobleme sind weitgehend vermeidbar und weisen gemeinsame Risikofaktoren und Determinanten, aber auch gemeinsame Handlungsmöglichkeiten auf.
<b>Out of pocket</b>	Selbstfinanzierung von Gesundheitsleistungen durch den Patienten.

<b>palliativ, Palliative Care</b>	Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen, wenn die kurative Behandlung nicht möglich ist und diese auch kein primäres Ziel darstellt. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen ein. Das Leiden soll soweit möglich gelindert werden. Entsprechend den Wünschen der Patientin resp. des Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen.
<b>Prävention</b>	Prävention richtet den Blick auf eine bestimmte gesundheitliche Einschränkung, welche entweder verhindert, verzögert oder weniger wahrscheinlich werden soll (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention).
<b>Psychiatrisch</b>	Die Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens; die Seele betreffend.
<b>Psychosoziale Versorgung</b>	Rauchen, Bewegungsmangel, Bluthochdruck sowie ungünstige Ernährung und Übergewicht sind die klassischen Risikofaktoren für chronische Erkrankungen. Aber auch psychosoziale Belastungen und soziale Unterschiede gewinnen zunehmend an Bedeutung. Hier ergibt sich ein Handlungsbedarf insbesondere auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Insgesamt kommt der Prävention in Betrieben und der Vermeidung von Krankheiten eine grosse Bedeutung zu.  Psychosoziale Versorgung beinhaltet eine professionelle Art von Beratung, die in der Regel von nicht-medizinischem Personal durchgeführt wird und Klientinnen und Klienten in ihren verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen unter Einbezug ihrer persönlichen Ressourcen präventiv und entwicklungsorientiert unterstützen. Psychosoziale Angebote stehen im Kontrast zu therapeutischen, häufig medizinischen Angeboten, welche Therapie eher als eine kurative Intervention verstehen.

<sup>51</sup> Kickbusch et al., 2005.

<b>Qualität</b>	Die Qualität der medizinischen Versorgung kann nicht als Ganzes gemessen werden. Man unterscheidet daher zwischen Struktur-, Prozess-, Ergebnis und Indikationsqualität. Die Strukturqualität beschreibt zum Beispiel die räumlichen, apparativen und personellen Ressourcen eines Spitals. Prozessqualität beschreibt die Behandlungs- und Pflegeprozesse. Sie umfasst zum Beispiel die Orientierung an medizinischen Leitlinien und anderen beruflichen Standards (z.B. Pflegestandards). Die Ergebnisqualität beschreibt die Veränderung des Gesundheitszustandes, die einem bestimmten Behandlungsverfahren zugeschrieben wird. Sie gibt Auskunft darüber, ob die Behandlung komplikationsfrei verlief und sich der Gesundheitszustand verbesserte. Auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung ist ein Aspekt der Ergebnisqualität. Die Indikationsqualität beschreibt, ob ein bestimmtes Behandlungsverfahren bei einem Krankheitsbild für einen bestimmten Patienten zweckmässig ist. Sie gibt Auskunft darüber, ob der erwartete Gesundheitsnutzen für den Patienten (z.B. Verminderung von Schmerzen, erhöhte Lebensqualität) grösser ist als das erwartete Risiko (z.B. Übelkeit als Nebenwirkung einer Therapie oder Komplikationen).
<b>Rollenbilder, neue Rollen</b>	Ein Rollenbild ist die Vorstellung von der Rolle, die jemand in einer bestimmten Funktion oder in einer bestimmten sozialen Stellung einzunehmen hat. Hier geht es darum, dass die Rollenbilder insbesondere in den pflegerischen Funktionen heute im Wandel sind und sich im beruflichen Alltag neue Rollenbilder in der Versorgung von erkrankten und pflegebedürftigen Menschen etablieren. Es gibt beispielsweise pflegerische Funktionen, die von hoch qualifizierten Pflegenden besetzt werden, um in Delegation die expliziten ärztlichen Tätigkeiten zu übernehmen. So werden fehlende Arztstellen durch Pflegenden (teilweise) substituiert. Dies beeinflusst sowohl die Rolle resp. das Rollenbild des Arztes resp. der Ärztin als auch der Pflegenden.
<b>Somatisch</b>	Den Körper betreffend, und damit abgegrenzt zur Psychiatrie.
<b>Stationär</b>	Gemäss Artikel 3 VKL:  «Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:  a. von mindestens 24 Stunden; b. von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; e. bei Todesfällen.»

<b>Strategische Ziele</b>	Strategische Ziele konkretisieren die Vision und die Mission qualitativ und quantitativ. Sie definieren Entwicklungsperspektiven für die relevanten Aspekte (z.B. Demografie, Forschungsergebnisse...) und geben die Rahmenbedingungen für das Handeln der Organisation vor.
<b>TARMED</b>	Die Tarifstruktur TARMED dient der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit einem Einzelleistungstarif.
<b>Telemedizin</b>	In der Telemedizin werden die diagnostischen und therapeutischen Leistungen unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Patienten oder zwischen den Gesundheitsfachpersonen untereinander mittels Telekommunikation erbracht.
<b>Versorgungsplanung (Spitalplanung)</b>	Gestützt auf das kantonale Spitalversorgungsgesetz (SpVG) ist die Versorgungsplanung das zentrale Planungsinstrument für die spitalgebundene Gesundheitsversorgung im Kanton Bern für die kommenden Jahre. Die Versorgungsplanung umfasst die spitalgebundenen Versorgungsbereiche, nämlich die Spitalplanung für Akut-somatik, Rehabilitation und Psychiatrie, die ambulanten Leistungen der Psychiatrie (Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die nicht universitären Gesundheitsberufe. Wegen der seit 2012 aufgrund der KVG-Revision veränderten Rahmenbedingungen liegt der Fokus auf der Spitalplanung. Da diese Revision eine deutlich stärkere Reglementierung mit sich brachte, sind diejenigen Teile des Berichts, die sich auf die stationären Spitalleistungen beziehen, umfangreicher und detaillierter. Im Mittelpunkt der Versorgungsplanung steht der Versorgungsbedarf der Berner Bevölkerung. Die umfassenden Auswertungen zum Bedarf bilden die Grundlage für die zukünftigen Spitalisten des Kantons Bern.
<b>Versorgungsplanung (Langzeitpflege)</b>	Die Versorgungsplanung in der stationären Langzeitpflege wird über die vom Regierungsrat verabschiedete Pflegeheimliste vollzogen. Der Kanton Bern verfolgt dabei das Ziel, dass die Pflegeheimplätze über das ganze Kantonsgebiet analog zur Verteilung der über 80-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner verteilt sind.  Im ambulanten Bereich (Spitex) erfolgt die Versorgungsplanung über die Leistungsverträge.
<b>Vision</b>	Die Vision ist eine «richtungsweisende Zukunftsvorstellung». Sie beschreibt den Soll-Zustand und sorgt für eine bessere Markt- und Kundenorientierung. Die Vision ist langfristig ausgerichtet (ca. 8 Jahre) und garantiert Sicherheit, Kontinuität und Stabilität.

## 11. Anhang 3 | Finanzierung und Vergütung

Leistungserbringer	Finanzierungssystem	Finanzierer	Anteil Kanton Bern (2016)	Anteil Kanton Bern (2017)	Vergütungssystem
<b>Alters- und Pflegeheim</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	CHF 198.6 Mio. EL: innerhalb der CHF 198.6 Mio. keine, out of pocket: Zahlen nicht bekannt	CHF 205 Mio. EL: innerhalb der CHF 205 Mio. keine, out of pocket: Zahlen nicht bekannt	Normkosten vom Kanton festgelegt (Orientierung an Pflegestufe)
<b>Ambulante Suchthilfe</b>	Subventionen (subsidiär nach SHG)	Kanton, Drittmittel, Erträge, Spenden	Gesamt: CHF 7 Mio. (nach Lastenausgleich (LA); inkl. Anteil aus Suchtfonds (SF) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA).	Gesamt: CHF 7 Mio. (nach Lastenausgleich (LA); inkl. Anteil aus Suchtfonds (SF) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA).	Leistungsverträge mit Globalbudget (pro Produkt)
<b>Apotheke</b>	Versicherungsprämien, Sozialversicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	Einzelleistungstarif (Höchstpreise gemäss SL resp. MiGeL)
<b>Arztpraxis</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	Einzelleistungstarif TARMED, SL resp. MiGeL
<b>Dialyse ambulant</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	spezieller Tarif gemäss SVK (Pauschale)
<b>Freiberufliche Pflegefachperson</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Restfinanzierung Kanton CHF 5 Mio.	Restfinanzierung Kanton CHF 5.6 Mio.	Normkosten vom Kanton festgelegt
<b>Geburtshaus</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten: CHF 0.5 Mio. (2016 nur Geburtshaus Luna)	55% der Kosten: CHF 0.9 Mio. (ab 2017 Luna und Maternité Alpine)	DRG-System
<b>Gesundheitsförderung und Prävention</b>	Subventionen (subsidiär nach SHG), Versicherungsprämien, Drittmittel, out of pocket	Kanton, OKP (Prämienzuschlag), Privatversicherer, Drittmittel (Gesundheitsförderung Schweiz), Erträge, Spenden, Selbstzahler	Gesamt GFS: CHF 3 Mio. (nach LA; inkl. Anteil aus SF) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA).	Gesamt GFS: CHF 3 Mio. (nach LA; inkl. Anteil aus SF) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA).	Leistungsverträge mit Globalbudget (pro Produkt), Betriebsbeiträge
<b>Hebamme und Entbindungspfleger</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	Hebammentarif
<b>Kurhaus</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten (in den Kosten für die Alters- und Pflegeheime enthalten) AÜP: CHF 0.2 Mio. bei 2051 Pflgetagen	55% der Kosten (in den Kosten für die Alters- und Pflegeheime enthalten) AÜP: CHF 0.1 Mio.	Normkosten vom Kanton festgelegt (Orientierung an Pflegestufe)
<b>Palliativversorgung</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket; Projektbeiträge Kantone	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Projektbeiträge Kanton: CHF 0.2 Mio. (nur BEJUNE, CHF 3.4 Mio. Pilotprojekt MPD)	Projektbeiträge Kanton: CHF 0.2 Mio. (nur BEJUNE). CHF 3.4 Mio. Pilotprojekt MPD noch keine Zahlungen erfolgt	Leistungsvertrag
<b>Psychiatrieklinik</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten: CHF 111 Mio.	55% der Kosten: CHF 121 Mio.	TARPSY ab 2018
<b>Psychiatrieklinik (ambulant)</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	CHF 25 Mio.	CHF 14.4 Mio.	Einzelleistungstarif TARMED, SL; für den Kantonsanteil: Normkostenmodell
<b>Psychotherapeutin resp. Psychotherapeut</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	Einzelleistungstarif TARMED

Leistungserbringer	Finanzierungssystem	Finanzierer	Anteil Kanton Bern (2016)	Anteil Kanton Bern (2017)	Vergütungssystem
<b>Rehabilitation amb.</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	Einzelleistungstarif (Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen, Ergotherapie)
<b>Rehabilitationsklinik</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten: CHF 63 Mio.	55% der Kosten: CHF 67 Mio.	Tagespauschalen
<b>Rettungsdienste</b>	Normkostenmodell Kanton	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Vorhalteleistungen: CHF 22 Mio.	Vorhalteleistungen: CHF 18 Mio.	Pauschalen gemäss Verträgen mit den Versicherern
<b>Sanitätsnotrufzentrale</b>		Kanton	CHF 7 Mio.	CHF 7 Mio.	Leistungsvertrag
<b>Spital (Akutsomatik)</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten: CHF 908 Mio.	55% der Kosten: CHF 870 Mio.	DRG-System
<b>Spital ambulant</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	Einzelleistungstarif TARMED, SL resp. MiGeL
<b>Spitexorganisation</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kanton (Versorgungsauftrag)	OKP, UV, IV, MV Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Restfinanzierung: CHF 110.4 Mio. (ohne CHF 4.9 Mio. Wohnen mit Dienstleistungen) EL: innerhalb der CHF 110.4 Mio. keine Out of pocket: Zahlen nicht bekannt	Restfinanzierung: CHF 116.7 Mio. (ohne CHF 5.5 Mio. Wohnen mit Dienstleistungen) EL: innerhalb der CHF 116.7 Mio. keine Out of pocket: Zahlen nicht bekannt	Einheitliche Leistungsverträge pro Spitexkategorie (private Spitex, öffentliche Spitex, freischaffende Pflegefachpersonen, Wohnen mit Dienstleistung)
<b>Stationäre Suchthilfe</b>	Kantonsbeiträge und Subjektbeiträge (Kostgeldbeiträge) durch individuelle Sozialhilfe oder IV/EL, Sozialversicherungsprämien	Kanton, Gemeinden, AHV EL / IV, Erträge, Spenden	CHF 8 Mio. (nach LA) – im LA: ca. 50%.	CHF 8 Mio. (nach LA) – im LA: ca. 50%.	Leistungsverträge mit Vollkostentarif pro Behandlungstag (Direktfinanzierung mit Tarif und Kontingent; im Bereich Obdach / Wohnen indirekte Finanzierung über Ermächtigung an Gemeinden)
<b>Substitutionstherapie</b>	Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, Selbstzahler	–	–	Pauschaltarife (gemäss spezifischen Verträgen mit Krankenversicherern) und TARMED
<b>Suchtfachklinik</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten (in den Kosten für die Psychiatriekliniken enthalten)	55% der Kosten (in den Kosten für die Psychiatriekliniken enthalten)	Tagespauschalen
<b>Tagesklinik (psychiatrisch)</b>	Normkostenmodell (ab 2017), Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	Kanton, OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	CHF 20 Mio.	CHF 19 Mio.	Tagespauschalen
<b>Tagesstätte</b>	out of pocket, Kantonsanteil	Kanton, Selbstzahler	Kantonsanteil CHF 80 pro Pflageetag (ab 2018 CHF 75.– pro Tag), Total CHF 3.9 Mio. bei 49254 Gästetagen	CHF 3.9 Mio.	Tagespauschalen
<b>Therapeutin resp. Therapeut (Naturheilpraktiker, ...)</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kanton	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	–	–	Einzelleistungstarife
<b>Wohnen mit Dienstleistungen</b>			Restfinanzierung: CHF 4,9 Mio. EL: innerhalb der CHF 4.9 Mio. keine Out of pocket: Zahlen nicht bekannt	Restfinanzierung: CHF 5.5 Mio. EL: innerhalb der CHF 5.5 Mio. keine Out of pocket: Zahlen nicht bekannt	Normkosten vom Kanton festgelegt
<b>Wohnheim für Menschen mit Behinderung</b>	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	CHF 19.3 Mio. (exkl. Pflegeanteil, nicht alle Wohnheime für behinderte Menschen sind auf der Pflegeheimliste)	CHF 18.2 Mio. (exkl. Pflegeanteil, nicht alle Wohnheime für behinderte Menschen sind auf der Pflegeheimliste)	Behinderungsbedingte Restkosten (Leistungspreise) von Wohnheimen für Menschen mit Behinderung, die auf der Pflegeheimliste sind.
<b>Zahnarztpraxis</b>	I.d.R. out of pocket oder Versicherungsprämien, im Ausnahmefall Sozialversicherungsprämien	i.d.R. Selbstzahler und Privatversicherer, im Ausnahmefall OKP, UV, IV, MV	–	–	Einzelleistungstarif (Zahnärztetarife SSO)

Gesundheits- und Fürsorgedirektion  
des Kantons Bern  
Generalsekretariat

Rathausgasse 1  
Postfach  
3000 Bern 8  
+41 31 633 79 20  
info@gef.be.ch

[www.be.ch/gef](http://www.be.ch/gef)