

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

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

Bern, 14. Februar 2011

## Stellungnahme des VSAO Bern zur Versorgungsplanung 2011 - 2014

Sehr geehrter Herr Regierungsrat,  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Versorgungsplanung 2011 - 2014 Stellung nehmen zu können.

### Beantwortung der gestellten Fragen:

#### Allgemeiner Teil

##### 1) Wie beurteilen Sie die Versorgungsplanung in ihrer Gesamtheit?

Die Versorgungsplanung 2011 – 2014 erachten wir als interessantes, wenn auch teilweise redundantes Dokument mit wertvollem Zahlenmaterial, Analysen und vielen guten Ansätzen. Wir hätten uns allerdings konkretere Vorschläge und Konsequenzen aus den verschiedenen Analysen gewünscht, z. B. welche Standorte genau geschlossen werden sollten, was gegen die Rosinen-Pickerei unternommen wird und wie Qualität gesichert werden kann. Die Redundanz des Berichtes führt naturgemäss auch zu Redundanzen in der Vernehmlassung.

Die Prognosen und Berechnungen sind nachvollziehbarer als in der Versorgungsplanung 2007 – 2010. Erfreut nehmen wir zur Kenntnis, dass im Gegensatz zur Versorgungsplanung 2007 – 2010 nun davon ausgegangen wird, dass der Bedarf an stationären Aufenthalten weiter zunehmen wird. Trotzdem geht die Planung von einem **Einsparpotential von 10% aus. Das erachten wir als unrealistisch**, jedenfalls innerhalb des Planungszeitraumes und unter Berücksichtigung, dass die vorgeschlagenen Massnahmen noch wenig griffig sind.

Es gilt zu berücksichtigen, dass durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer und die zunehmende Komplexität der noch im stationären Bereich verbleibenden Fälle die Arbeitsintensität für das Personal enorm steigen wird. Die gleichen Untersuchungen und Handlungen müssen in kürzerer Zeit erbracht werden. Hinzu kommt, dass im ärztlichen Bereich die gesetzlichen Arbeitsrahmenbedingungen, insbesondere das Arbeitsgesetz, praktisch nirgends eingehalten werden. Dies bedeutet, dass bei den prognostizierten Entwicklungen sicherlich kein Personal eingespart werden darf, sondern im Gegenteil neue Stellen geschaffen werden müssen.

Wenn tatsächlich in den nächsten fünf Jahren 10% eingespart und die Qualität erhalten werden soll, dann sind bei den Strukturen drastische Eingriffe nötig. Nur bleiben die Aussagen zu Um-

wandlung oder Schliessung von Akutspitalstandorten im Bericht ziemlich vage. Mit grosser Sorge stellen wir fest, dass im Moment eher ein flächendeckendes, lineares Sparen stattfindet, das fast ausschliesslich zu Lasten des Personals erfolgt. Es werden Stellen abgebaut oder die Löhne und Arbeitszeiten kommen unter Druck.

Aber auch Strukturanpassungen hatten in der Vergangenheit meistens negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte. Die Spitäler wurden von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zwar angehalten, die Arbeitsprozesse zu optimieren, damit die gesetzlichen Vorgaben trotz der Veränderungen eingehalten werden können. Aber es blieb in der Regel beim Wunsch. Auch im vorliegenden Bericht steht, dass die Spitäler ihre Einrichtungen und Arbeitsprozesse verbessern müssen. Konkrete Vorgaben und Massnahmen fehlen aber. Im Gegenteil wird durch die Begrenzung der Fallzahlen, bzw. der Austritte, verhindert, dass Prozesse sinnvoll optimiert werden können. **Höhere Fallzahlen pro Spital würden eine bessere Arbeitsorganisation ermöglichen. Das heisst, es müssen Spitäler auf der Spitalliste verschwinden, insbesondere auch in der Region Bern.** Der vorgeschlagene Wettbewerb in der Region Bern wird es nicht richten. Das im Bericht erwähnte Ziel, mit einer Begrenzung der Fallzahlen die Mengenausweitung zu verhindern, muss mit anderen Massnahmen erreicht werden, zum Beispiel mit integrierter Versorgung im Sinne des Modells Persönliche Gesundheitsstelle, mit der Definition von Behandlungspfaden oder mit besonderer Kontrolle bei den bekanntermassen lukrativen Fälle.

Im Bericht wird auf Seite 15 ausgeführt, die Privatspitäler ergänzten die RSZ in der umfassenden Grundversorgung sowie durch spezialisierte Angebote. Wir wissen nicht, was damit gemeint ist. Auch die RSZ erbringen spezialisierte Leistungen.

Erfreut nehmen wir zur Kenntnis, dass ausreichendes und gut qualifiziertes Fachpersonal zu den Zielen der Versorgungsplanung gehört. **Allerdings fällt auf, dass die Auswirkungen der Planung und der vorgeschlagenen Massnahmen auf die Arbeitsbedingungen des Personals nicht thematisiert werden.** Die Arbeitsintensität hat stetig zugenommen und wird weiter zunehmen und vom Personal wird stillschweigend erwartet, dies aufzufangen. So wird von Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzten nach wie vor verlangt, in ungesetzlicher Weise Überzeitsstunden zu leisten, auf Pausen zu verzichten, Ruhezeiten nicht einzuhalten, bis zu 12 Tagen am Stück zu arbeiten usw. Dies stellt nicht nur ein Problem für die betroffenen Personalgruppen dar, sondern auch für die Patientinnen und Patienten. Qualität und Sicherheit leiden unter solchen Bedingungen. Der Bericht berechnet einzig für den Rettungsdienst, welche personellen Ressourcen nötig sind. Solche Berechnungen braucht es auch in den übrigen Bereichen.

Mit Befremden stellen wir fest, **dass die medizinische Aus- und Weiterbildung im vorliegenden Bericht nur marginal vorkommt.** Offenbar ist man sich nicht bewusst, welche Zusammenhänge zwischen Versorgungsplanung, langfristiger Qualitätssicherung und medizinischer Aus- und Weiterbildung bestehen. So muss zum Beispiel dafür gesorgt werden, dass die einzelnen Spitäler genügend Fälle haben, um die Aus- und Weiterbildung zu garantieren. Weiter muss darauf geachtet werden, dass Facharztausbildungen im Kanton Bern absolviert werden können. Wenn z.B. die interventionelle Kardiologie in den Regionen nicht mehr durchgeführt werden kann, gibt es erstens im Insepsital zu wenig Weiterbildungsplätze und zweitens fehlt die für die Erreichung des Facharztstitels notwendige B-Klinik. Wenn der Kanton Bern auf die Weiterbildungsplätze aller Fachbereiche keine Rücksicht nimmt, weichen die Assistenzärztinnen und –ärzte in andere Kantone aus. Das hätte primär einen Mangel an Spitalärzten zur Folge (40% der Spitalärztinnen und –ärzte kommen schon heute aus dem Ausland). Sekundär könnten Praxen nicht mehr besetzt werden, da die Gefahr bestünde, dass die Assistenzärztinnen und –ärzte in den Kantonen bleiben, wo sie ihre Weiterbildung absolviert haben.

## 2) Befürworten Sie die versorgungsplanerischen Zielsetzungen?

Wir befürworten die in Kapitel 1 und 4 genannten Ziele mit Ausnahme von Ziel Nr. 10, die Kostenführerschaft unter den Unikantonen bei den Gesundheitskosten. Dieses Ziel konkurriert mit

vielen der anderen Ziele und gefährdet diese damit. Es ist zudem **nicht einzusehen, warum die Gesundheitskosten ausgerechnet im weitläufigen, dezentralen und zweisprachigen Kanton Bern tiefer sein sollten als in den anderen Uni-Kantonen**. Dieser Kosten-Wettbewerb bedeutet letztendlich nichts anderes als eine Spirale nach unten, wodurch die Qualität der Leistungserbringung und die Arbeitsbedingungen unter Druck kommen. Das Ziel kann daher höchstens sein, nicht höhere Kosten zu generieren als die anderen Uni-Kantone.

Erfreulich finden wir, dass ausreichendes und gut qualifiziertes Fachpersonal ausdrücklich als Ziel erwähnt wird.

Bei Ziel Nr. 8 würden wir uns wünschen, dass von Universitätsspitalern in der Mehrzahl gesprochen wird. Ein national und international anerkanntes Unispital wünschen wir uns nämlich auch in der Psychiatrie.

Im Bericht heisst es, Leistungserbringer würden nur dann auf die Spitalliste aufgenommen, wenn ihre Leistungen im entsprechenden Leistungsbereich für die Versorgung der Berner Bevölkerung benötigt würden. Die Versorgungsnotwendigkeit bemesse sich an den erbrachten Leistungen der Vergangenheit. Uns ist nicht klar, ob damit die erbrachten Leistungen im Kanton Bern insgesamt oder je Leistungserbringer gemeint ist. Letzteres wäre strukturerhaltend und wenig zielführend.

Der VSAO begrüsst eine bessere Koordination zwischen den Versorgungssektoren. Dazu werden in den hinteren Kapiteln nähere Ausführungen folgen. Bei der Analyse ist aber doch darauf hinzuweisen, dass in ländlichen Gebieten eine Hausarzt-basierte Versorgung mit entsprechender Koordination üblich ist.

Im Bericht wird die geringe Veränderungs- und Innovationsbereitschaft in der Bevölkerung angesprochen. Wir denken, dass dies weitgehend eine Frage des Vorgehens ist. Überall, wo bisher Akutstandorte aufgehoben wurden, hat das die Bevölkerung sehr rasch akzeptiert. Zentral sind gute Nachfolgelösungen und eine gute Kommunikation.

Die Wachstumsgründe sind komplex und damit die Wachstumsprognosen schwierig. Es wird nicht nur eine - laut WHO massive - Zunahme der chronisch-degenerativen Erkrankungen geben, sondern auch eine Zunahme von Stoffwechselkrankheiten, neurologischen und psychiatrischen Störungen. Hinzu kommt, dass sich Familienstrukturen weiter so verändern, dass vermehrt professionelle Leistungen in Anspruch genommen werden müssen. Bei allen Bemühungen, das Kostenwachstum zu dämpfen, muss unserer Ansicht nach gewährleistet sein, dass die Schweiz als doch reiches Land, auch in Zukunft allen Bewohnern eine qualitativ hochwertige Versorgung zuteil werden lässt.

Zum Wachstumswillen der Anbieter sei nur bemerkt, dass ein wettbewerbliches System per se auf Wachstum und Gewinn ausgerichtet ist. Es braucht deshalb unserer Ansicht nach steuernde Eingriffe und klare Entscheide der öffentlichen Hand.

Damit eine weitere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich möglich ist, müssen zuerst die nachgelagerten Angebote wie Post-Akut-Pflege, Rehabilitation, Palliativpflege, aber auch die Akutgeriatrie aufgebaut sein und gut funktionieren. Ausserdem bräuchte es eine genügende Anzahl von ärztlichen Grundversorgern, was im Moment ein grosses Problem darstellt. Da die Sicherstellung dieser nachgelagerten Bereiche eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, scheint uns die prognostizierte Verlagerung innerhalb der Planungsperiode zu optimistisch.

Der VSAO begrüsst im übrigen die Planungsempfehlungen der GDK und hofft, dass insbesondere die Empfehlungen 8, 12a und b und 13 umgesetzt werden.

Ebenfalls begrüsst wird, dass gewisse Leistungsaufträge nur im Paket vergeben werden sollen. Interessant wäre zu erfahren, an welche Pakete konkret gedacht wird.

Die auf Seite 45 / 46 definierten Grundvoraussetzungen und Struktur- und Prozessqualitätskriterien unterstützen wir, allerdings müssen sie aus unserer Sicht ergänzt werden. So gehören die ausreichende Zahl und Qualifikation des Gesundheitspersonals, die Einhaltung des GAV und in der medizinischen Weiterbildung das Teaching, das Vorhandensein eines Weiterbildungskon-

zeptes, von Weiterbildungsverträgen und eines Weiterbildungskordinators bzw - verantwortlichen dazu.

Zur Frage der Leistungsmengen und zum Monitoring wird auf die Ausführungen weiter hinten verwiesen.

## **Somatische Akutversorgung**

### 1) Sind Sie gesamthaft mit der Beschreibung des IST-Zustandes einverstanden?

In den wesentlichen Zügen ja. Etwas erstaunt sind wir, dass die Allgemeine Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie und die Pädiatrie nicht vorkommen. Wir hoffen sehr, dass diese Fächer nicht vergessen werden, sind sie doch für die Gesundheitsversorgung in allen Bereichen enorm wichtig.

### 2) Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Akutversorgung einverstanden?

#### **6.3.1 Medizinische Grundversorgung in allen Regionen und dezentrale Konzentration**

Der VSAO begrüsst diese Strategie, insbesondere auch die dezentrale Konzentration. Wie bereits oben ausgeführt, können in grösseren Einheiten mit höheren Fallzahlen Prozesse und Arbeitsabläufe sinnvoller organisiert und die Qualität besser gewährleistet werden. Auch Arbeitsrahmenbedingungen können besser eingehalten und Weiterbildungsaufgaben im ärztlichen Bereich besser wahrgenommen werden. Gerade kleine Häuser haben in diesen Punkten oft Mühe. Die dezentrale Konzentration muss aber auch in der Region Bern stattfinden, insbesondere bei den Privatspitälern.

Mit Sorge stellen wir fest, dass bei den laufenden regionalen Konzentrationen immer Probleme mit der Finanzierung von flankierenden Massnahmen für das Personal aufgetreten sind. Wir sind klar der Meinung, dass Sozialpläne in diesen Fällen von Kanton mitfinanziert werden müssen.

Wir teilen die Meinung, dass die dezentrale Konzentration bei den stationären Spitalleistungen an die Entwicklung ambulanter Versorgungskonzepte und die Gewährleistung der Notfallversorgung gekoppelt sein muss. Erste Ansätze sind vorhanden, sei es mit den spitalassoziierten Gesundheitszentren oder mit innovativen Ärztenetzwerken. Die Rahmenbedingungen müssen aber noch deutlich verbessert werden. Um dem Mangel an Grundversorgern und Grundversorgerinnen zu begegnen, muss unter anderem endlich darauf reagiert werden, dass heute die Mehrheit der jungen Ärzte Ärztinnen sind. Gesundheitszentren und Netzwerke müssen so finanziert werden, dass sie Teilzeitarbeit anbieten und Gesundheitspersonal beschäftigen können.

#### **6.3.2 Innerkantonale Konzentration der hoch spez. Leistungen beim Uni-Spital**

Im Grundsatz einverstanden. Es stellt sich aber nach wie vor die entscheidende Frage, was zur hochspezialisierten Medizin gehört und wer das mit welchen Interessen entscheidet. Grundversorgungsspitäler arbeiten enger mit den Grundversorgern zusammen und betreiben damit heute schon integrierte Versorgung. Insgesamt können sie die Leistungen kostengünstiger erbringen als das Universitätsspital. Von daher muss die Definition, was als hochspezialisiert bezeichnet wird, restriktiv sein. **Es gilt, die Grundversorgungsspitäler qualitativ nicht zu schwächen.** Das würde beispielsweise geschehen, wenn die zum Teil hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in ihren heutigen Aufgaben zu sehr eingeschränkt und mit reinen Routineeingriffen buchstäblich verkümmern würden.

Weiter muss darauf geachtet werden, dass Facharztausbildungen im Kanton Bern absolviert werden können.

Andererseits begrüssen wir es natürlich, wenn nicht jedes Spital selber entscheiden kann, was angeboten wird, und wenn wirklich hochspezialisierte Leistungen auf das Inselspital konzentriert werden.

Umgekehrt darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Grundversorgung auch im Inselehospital ausserordentlich wichtig ist, und zwar aus folgenden Gründen:

- Auch Patienten, die hochspezialisierte Medizin brauchen, müssen grundversorgerisch betreut werden. Es darf nicht sein, dass die ganzheitliche Betreuung eines Patienten oder einer Patientin infolge der extremen Spezialisierung zu kurz kommt.
- Bei notfallmässigen Spitaleintritten ist nicht von Anfang an klar, ob es sich um einen Fall der hochspezialisierten Medizin handelt oder nicht. Dies muss im Inselehospital kompetent abgeklärt werden können.
- Für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ist es ausserordentlich wichtig, dass es auch eine universitäre allgemeine innere Medizin gibt.

Der VSAO begrüsst selbstverständlich die gute nationale und internationale Positionierung des Inselehospital. Dazu braucht es aber auch Investitionen und eine ausreichende Finanzierung. Die angestrebte Kostenführerschaft unter den Uni-Kantonen gefährdet die Positionierung des Inselehospital als national und international anerkanntes Uni-Spital.

### 6.3.3 Regionale Versorgung in der Region Bern

Wir begrüssen die Kooperation der beiden öffentlichen Spitäler im Raum Bern, nicht hingegen den Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern. **Die Spitaldichte im Raum Bern ist zu hoch, was nicht mit Wettbewerb allein korrigiert werden kann.** Der Wettbewerb macht unter diesen Umständen keinen Sinn und benachteiligt tendenziell die öffentlichen Spitäler. Die Mechanismen sind bekannt. Jeder Leistungserbringer wird zum Beispiel versuchen, lukrative Bereiche im Rahmen des möglichen auszubauen und polymorbide Patienten an die öffentlichen Spitäler abzuschieben. **Die Strategie der dezentralen Konzentration muss deshalb auch in der Region Bern so rasch als möglich umgesetzt werden,** damit nicht alle ein bisschen etwas machen können, sondern pro Leistungserbringer erfolversprechende Fallzahlen resultieren.

Die angestrebte integrierte Versorgung lässt sich zudem mit weniger Spitalern wesentlich einfacher und effektiver realisieren, weil die Behandlungskette besser eingespielt wäre.

### 6.3.4 Einbezug der regionalen Akteure

Der VSAO unterstützt Strategie 4 vollumfänglich.

### 6.3.5 Ausrichtung der Leistungsmengen auf den Bedarf durch Mengensteuerung in der Spitalliste

**Die vorgeschlagene Mengensteuerung macht nur Sinn, wenn zuerst die Anzahl der Spitäler bzw. der Standorte reduziert wird, auch und insbesondere in der Region Bern.** Zu den mit der neuen Spitalfinanzierung vorgegeben Preisen können die Leistungen nämlich nur dann in guter Qualität erbracht werden, wenn die Leistungsmenge stimmt. Wie bereits oben ausgeführt wird, können in grösseren Einheiten mit höheren Fallzahlen Prozesse und Arbeitsabläufe sinnvoller organisiert und die Qualität besser gewährleistet werden. Auch Arbeitsrahmenbedingungen können besser eingehalten werden.

Weiter muss die medizinische Aus- und Weiterbildung beachtet werden. Das heisst, die einzelnen Spitäler müssen genügend Fälle haben, um die Aus- und Weiterbildung zu garantieren.

### 6.3.6 Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Einverstanden. Der VSAO begrüsst Qualitätskriterien und hofft, dass dazu **auch Kriterien im Bereich des Personals** gehören werden (Anzahl, Qualifikation, Arbeitsbedingungen u.a.). Als zentral erachten wir das Monitoring und die Evaluationen. Hier sollten wir im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung schon wesentlich weiter sein.

### 6.3.7 Integrierte Versorgung

Wir begrüssen die vorgeschlagene Strategie. Der VSAO befürwortet die integrierte Versorgung seit Jahren, zuerst mit dem eigenen Positivmodell, das später in das von mehreren Verbänden getragene Modell der persönlichen Gesundheitsstelle (PGS) eingeflossen ist. Das Modell ist auf der Homepage des VSAO Schweiz und des VSAO Bern aufgeschaltet. Hingegen erachten wir die Vorlage Managed Care, wie sie zur Zeit in den eidgenössischen Räten erarbeitet wird, als problematisch. Wir hoffen deshalb, dass die integrierte Versorgung im Kanton Bern nicht als Kassen-Modell aufgeleitet wird.

Wie bereits oben erwähnt, würde die gewünschte klare Behandlungskette im Raum Bern deutlich einfacher, besser und effizienter, wenn es weniger stationäre Anbieter gäbe.

#### 4) Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 6.5 einverstanden?

### 6.5.1 Massnahmen zur regionalen Spitalversorgung

#### Rahmenbedingungen

Der VSAO begrüsst qualitative Anforderungen, die an jedem Standort erfüllt sein müssen, um einen Leistungsauftrag zu bekommen. Wie oben erwähnt, gehören auch Anforderungen im personellen Bereich dazu, wie etwa die ausreichende Zahl und Qualifikation des Gesundheitspersonals, die Einhaltung des GAV und in der medizinischen Weiterbildung das Teaching, das Vorhandensein eines Weiterbildungskonzeptes, von Weiterbildungsverträgen und eines Weiterbildungsleitenden bzw. -verantwortlichen. Die Zeit, in der Assistenzärzte primär als kostengünstige Dienstleister ohne Rechte gelten, müssen endlich vorbei sein.

#### Konzentrationsprozesse

Ebenfalls einverstanden ist der VSAO mit Konzentrationsprozessen in den Spitalregionen und über die heutigen Spitalregionen hinweg.

Wie bereits mehrfach erwähnt, muss diese Konzentration auch in der Region Bern stattfinden. **Eine Konzentration bei den Privatspitälern ist hier nicht nur sinnvoll, sondern unserer Ansicht nach zwingend.** Alle angestrebten Ziele liessen sich dadurch besser verwirklichen.

Massnahmen sind in der Region Bern auch in der Notfallversorgung erforderlich. Es kann nicht sein, dass die Angebote noch ausgebaut werden, wie dies zum Beispiel das Lindenhofspital plant. Keine Lösung in diesem Bereich ist unserer Ansicht nach aber die Fusion der Notfallstationen der beiden öffentlichen Spitäler. Im Sinne der integrierten Versorgung braucht es die enge Zusammenarbeit zwischen den Grundversorgern und den Grundversorgungsspitalern und dazu gehört auch eine Notfallstation, die nicht auf hochspezialisierte Medizin fokussiert ist.

In der Region Oberland Ost orten wir sehr wohl Handlungsbedarf. Der Standort Frutigen ist zu klein.

Wir teilen die Beurteilung, dass im Emmental eine kritische Lage besteht. Wir hätten uns deshalb bei den Massnahmen klarere Aussagen gewünscht, zum Beispiel in Richtung 4-Regionen-Modell. Unserer Ansicht nach braucht es klare Entscheide, auch von Seiten des Kantons. Wie Frutigen ist auch Langnau eigentlich zu klein.

#### Gewährleistung der Versorgungssicherheit

Der VSAO ist mit den vorgeschlagenen Massnahmen einverstanden.

#### Kooperation zwischen den Spitälern

Der VSAO ist mit der vorgeschlagenen Massnahme einverstanden.

## **Gesundheitszentren als regionale Ansprechzentren der Grundversorgung**

Der VSAO ist mit der vorgeschlagenen Massnahme einverstanden. Es gilt jedoch nicht zu vergessen, dass auch die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. die Ärztenetze regionale Ansprechzentren der Gesundheitsversorgung sind. Auch dies müssen gefördert werden.

### **6.5.2 Qualitätssicherung**

#### **Unterstützung der Patientinnen und Patienten in Qualitätsfragen**

Der VSAO begrüsst die Massnahme.

#### **Setzung von Qualitätsvorgaben und Aufsicht**

Der VSAO begrüsst die vorgeschlagenen Massnahmen.

### **6.5.3 Wirtschaftlichkeit und Gesundheitskosten**

#### **Leistungsmengen auf der Spitalliste**

Wie bereits oben ausgeführt macht nach Ansicht des VSAO die **Festlegung einer maximalen Leistungsmenge pro Leistungserbringer nur Sinn, wenn zuerst die Anzahl der Spitäler bzw. der Standorte reduziert wird**, auch und insbesondere in der Region Bern. Zu den mit der neuen Spitalfinanzierung vorgegeben Preisen können die Leistungen nämlich nur dann in guter Qualität erbracht werden, wenn die Leistungsmenge stimmt. In grösseren Einheiten mit höheren Fallzahlen können Prozesse und Arbeitsabläufe sinnvoller organisiert und die Qualität besser gewährleistet werden. Auch Arbeitsrahmenbedingungen können besser eingehalten werden.

Weiter muss die medizinische Aus- und Weiterbildung beachtet werden. Das heisst, die einzelnen Spitäler müssen genügend Fälle haben, um die Aus- und Weiterbildung zu garantieren.

#### **Senkung der Fallkosten**

Wir sind froh zu lesen, dass der Kanton die ausgehandelten Tarife nicht genehmigen will, wenn ein nachhaltiges Betreiben der Institution nicht gewährleistet ist. Zum nachhaltigen Betreiben gehören auch die gute Qualität der Leistungen und gute Arbeitsbedingungen für das Personal. Die **gemeinsame Erklärung von H+, GDK und der Allianz DRG Personal, welcher die Allianz und H+ bereits zugestimmt haben, muss auch im Kanton Bern umgesetzt werden**. Das heisst, dass bei der Festsetzung der Baserate

1. die Einhaltung der festgelegten und ausgehandelten Löhne und Arbeitsrahmenbedingungen nicht gefährdet werden darf,
2. die Einhaltung der Bestimmungen des Arbeitsgesetzes nicht gefährdet werden darf,
3. die ausreichende Personaldotierung zur Gewährleistung der Qualität nicht gefährdet werden darf,
4. die sachgerechte Finanzierung der betrieblichen Aus- und Weiterbildung gewährleistet wird, damit langfristig genügend Personal für das Schweizer Gesundheitswesen ausgebildet wird.

Weiter sind gemäss der Erklärung die Personalverbände im Tariffestsetzungsverfahren anzuhören.

#### **Restliche Massnahmen**

Einverstanden

### **6.5.4 Gesundheitsstandort Kanton Bern**

Der VSAO ist mit den vorgeschlagenen Massnahmen einverstanden.

### **6.5.5 Massnahmen zur Entwicklung der somatischen Akutversorgung**

#### **Versorgung bei Hirnschlag**

Einverstanden

#### **Integrierte Versorgung**

Wie unter Punkt 6.3.7 ausgeführt, begrüsst der VSAO die integrierte Versorgung, allerdings im Sinne des Modells der persönlichen Gesundheitsstelle und nicht mit den Mitteln der eidgenössischen Vorlage Managed Care.

Wie ebenfalls schon erwähnt, müssen die Rahmenbedingungen für Modelle der integrierten Versorgung noch deutlich verbessert werden. So müssen die zusätzlichen Koordinierungsleistungen in jedem Fall finanziert werden, da der Tarmed diese Leistung nicht vorsieht. Um dem Mangel an Grundversorgern und Grundversorgerinnen zu begegnen, muss zudem endlich darauf reagiert werden, dass heute die Mehrheit der jungen Ärzte Ärztinnen sind. Gesundheitszentren und Netzwerke müssen so finanziert werden, dass sie Teilzeitarbeit anbieten und Gesundheitspersonal beschäftigen können.

#### **Geriatric, Palliative Care, Versorgungsforschung**

Einverstanden

### **6.6 Kosten**

Wie bereits oben im allgemeinen Teil ausgeführt, halten wir das **Einsparpotential von 10% für unrealistisch, ohne drastische Konzentrationen bei den Standorten gar für verantwortungslos**. Durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer und die zunehmende Komplexität der noch im stationären Bereich verbleibenden Fälle steigt die Arbeitsintensität für das Personal enorm. Die gleichen Untersuchungen und Handlungen müssen in kürzerer Zeit erbracht werden. Hinzu kommt, dass im ärztlichen Bereich die gesetzlichen Arbeitsrahmenbedingungen, insbesondere das Arbeitsgesetz, praktisch nirgends eingehalten werden. Dies bedeutet, dass bei den prognostizierten Entwicklungen sicherlich kein Personal eingespart werden darf, sondern im Gegenteil neue Stellen geschaffen werden müssen. Da rund 70% der Spitalkosten Personalkosten sind, glauben wir nicht an das im Bericht angenommene Sparpotential.

Die Referenzgrösse Zürich macht aus folgenden Gründen keinen Sinn:

- Der Kanton Zürich hat auf 2011 die Löhne des Gesundheitspersonals massiv angehoben. Das wird sich auswirken.
- Im Kanton Zürich galt das Arbeitsgesetz in den meisten Spitälern bis vor kurzem nicht. Die Arbeitsbedingungen für Oberärzte sind daher immer noch katastrophal. Das wird sich ändern müssen.
- Der Kanton Bern ist geographisch weitläufiger als der Kanton Zürich und zudem noch zweisprachig.

Bei den Zusatzfinanzierungen im Inselspital müssten noch andere Bereiche einbezogen werden, die präventiv Kosten im Gesamtsystem einsparen helfen, wie beispielsweise die Stoma-Beratung.

#### **6.6.3 Kosten für Lehre und Forschung**

Unsere Stellungnahme zu den Kosten der ärztlichen Weiterbildung erfolgt im Kapitel 10.6

### **6) Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der akutsomatischen Versorgung?**

Der Kanton als Mehrheits- oder Alleinaktionär der RSZ entzieht sich unserer Ansicht nach allzu oft seiner Verantwortung für Strukturentscheide und Personalbelange. Die Eigentümerstrategie ist deshalb zu überdenken. Dass der Kanton in diesen Belangen mehr eingreift, ist durch die deutliche Annahme des Volksvorschlages zum Spitalversorgungsgesetz mehr als legitimiert.

## Rehabilitation

### 1) Sind Sie gesamthaft mit der Beschreibung des Ist-Zustandes einverstanden?

Ja. Ergänzend ist festzuhalten, dass heutzutage die Verlegung von Patienten vom Spital in ein Reha-Zentrum, vor allem bei Neuro-Reha-Patienten, auf Grund von Wartezeiten und fehlenden Kostengutsprachen bis zu fünf Wochen und damit viel zu lange dauert. Dies wirkt sich kostenintensiv aus.

Betreffend Verlagerungspotential gilt dasselbe wie in der akutsomatischen Versorgung: Damit eine weitere Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich möglich ist, müssen die Angebote zuerst aufgebaut sein und funktionieren.

### 2) Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Rehabilitation generell einverstanden?

Ja

### 4) Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 7.5 einverstanden?

Ja

### 5) Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Massnahmen besonders zu beachten?

Die Finanzierungsfragen müssen gelöst und die Wartezeiten verkürzt werden.

## Psychiatrische Versorgung

### 1) Sind Sie gesamthaft mit dem Fazit aus der Beschreibung des Ist-Zustandes einverstanden?

In Relation zur Bevölkerungszahl bietet die Universitätsklinik im Vergleich zu Zürich und Basel ein ähnlich weitgefächertes, spezialisiertes Angebot. Warum die Funktion einer solchen Nutzung ungeklärt sein soll, wie es im Bericht heisst, kann nicht nachvollzogen werden.

Im Bericht wird sehr viel von alten, festgefahrenen Strukturen in der institutionellen Versorgung gesprochen. UPD und PZM sind aber seit Jahren daran, eine zukunftsorientierte, zeitgemässe und Patienten-orientierten Psychiatrie zu entwickeln und anzubieten. Ein Wandel ist aber überlappend und zeitaufwändig, da die Arbeit von den Patienten und deren Bedürfnissen mitbestimmt wird. Psychiatrische Kliniken sind für schwer psychisch kranke Menschen oft das letzte Auffangbecken. Sie werden immer wieder aus Verzweiflung als Notanker benutzt, da installierte Therapieangebote zu niederschwellig sind und impulsive, aggressive Patienten nicht betreuen können. Oftmals sind chronisch kranke Menschen auf Grund mangelnder Therapieangebote aber auch nicht anders unterzubringen.

Der VSAO teilt die Meinung, dass bei der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerungsgruppen unter 18 und über 65 Jahren Mängel bestehen. Man kann dabei durchaus von organisatorischen und strukturellen Unzulänglichkeiten sprechen, aber man müsste erwähnen, dass auch die bessere Organisation von wenig nicht sehr viel mehr bringen wird. Es ist deshalb unbedingt notwendig, das Image des Psychiaterberufes aufzubessern, um neue junge Mediziner zu diesem Beruf zu motivieren.

Die im Bericht genannten Bettenkennziffern im Kanton Bern stellen Mittelwerte für den gesamten Kanton dar. Allerdings gibt es eine Ungleichverteilung innerhalb des Kantones, und zwar zum Nachteil der Universitätsklinik, die zusätzlich tertiäre Funktionen zu erfüllen hat.

## 2) Unterstützen Sie die geplante Reduktion der stationären und der Ausbau der ambulanten und tagesklinischen Kapazitäten?

Grundsätzlich ist eine Reduktion des stationären und ein Ausbau des ambulanten und tagesklinischen Angebotes zu unterstützen. **Allerdings kann und darf auch in der Psychiatrie im stationären Bereich erst abgebaut werden, wenn die ambulanten und tagesklinischen Angebote aufgebaut sind und gut funktionieren.** Mehr Angebot erzeugt im Umgang mit kranken Menschen nicht zwangsläufig mehr Nachfrage. Während der Umstellung von einer primär stationären auf eine primär ambulante Versorgung gilt es, neu entstehende Versorgungslücken und -bedürfnisse frühzeitig zu erkennen. Nur so können negative Folgen wie zum Beispiel eine Verstärkung des Drehtürmechanismus oder eine systematischen Verzögerung psychiatrischer Versorgung für Schwerkranke beseitigt werden. Die Warnungen von klinisch tätigen Ärzten und dem Pflegepersonal sind deshalb ernst zu nehmen. Ein Ausserachtlassen dieser Warnungen kann katastrophale Auswirkungen bis hin zur Inkaufnahme zu verhörender Todesfälle nach sich ziehen. Eine dieser Warnungen und Forderungen von Leitenden Ärzten betrifft zum Beispiel die mangelnde Existenz von Institutionen zur Langzeitbetreuung psychisch schwerkranker Menschen.

Der VSAO bezweifelt, dass im Planungszeitraum ein Abbau von 10% im stationären Bereich ohne Qualitätsverluste möglich ist. Neue oder umgewandelte Angebote müssen auch finanziert werden. Zudem ist mit Mehrkosten zu rechnen, wenn die ambulanten Angebote an die Regionalen Spitalzentren angegliedert werden, weil die Fallzahlen pro Standort sinken werden und überall ein 24-Stunden-Angebot aufgebaut werden muss. Einsparungen im Planungszeitraum lehnen wir deshalb ab.

## 3) Sind Sie mit den Strategien in Kapitel 8.6 generell einverstanden?

### **8.6.1 Gesteuerte Gesamtentwicklung**

Ein Kernproblem der Bernischen Psychiatrieversorgung ist aus unserer Sicht tatsächlich die mangelnde Entwicklung des Gesamtsystems. Wir unterstützen deshalb die gesteuerte Gesamtentwicklung.

Die Strukturen innerhalb der GEF sollen den Einbezug von Fachpersonen nicht nur ermöglicht, sondern das muss zwingend so sein. Dabei sollten möglichst viele Fachbereiche mit einbezogen werden.

### **8.6.2 Konsequente regionalisierte Organisation der Psychiatrieversorgung**

Der VSAO begrüsst die regionalisierte Organisation der Psychiatrieversorgung.

### **8.6.3 allgemeinspsychiatrische Versorgung in den Regionen**

Die Abgrenzung zwischen allgemeinspsychiatrischer und spezialisierter Versorgung bleibt unklar, ebenso die Frage der kritischen Grösse von stationären Einheiten in den Regionen. Eine Akutbehandlungspflicht kann aus unserer Sicht schwerlich begrenzt sein. Begrenzt können höchstens die vorhandenen Kapazitäten sein.

Die regionale Versorgung klafft derzeit ungemein auseinander. Ambulante, teilstationäre und konsiliarpsychiatrische Versorgung sind nicht annähernd gleich verteilt. Auch die Bettenkennziffern müssen dringend regional ausgeglichen werden.

### **8.6.4 Kantonale Aufgaben der Allgemeinen und spezialisierten Psychiatrie**

Auf Grund der zahlreichen Doppeldiagnosen und den schwer abgrenzbaren Problemfeldern mit

zahlreichen Überlappungen in den Krankheitsbildern, sollte eine Spezialisierung nicht analog zur Somatik ausgestaltet werden. Sicherlich darf die Spezialisierung nicht auf Kosten der Allgemeinpsychiatrie erfolgen, da es sonst zu einer der Komplexität des psychiatrischen Zustandbildes nicht gerecht werdenden künstlichen Zuordnung von Menschen zu Diagnosen kommt.

Lehre und Forschung werden in der Versorgungsplanung sehr wenig beachtet. Damit Lehre und Forschung die Bedürfnisse der kantonalen Versorgung decken kann, müssen die nötigen finanziellen Mittel freigestellt werden.

### **8.6.5 Alterspsychiatrie**

Wir sind mit der Strategie einverstanden, insbesondere auch mit dem Satz: „Alle Leistungserbringer beteiligen sich am Aufbau von Strukturen und Programmen, welche zur Förderung von beruflichem Nachwuchs beitragen.“

Wie bereits vor vier Jahren möchten wir bemerken, dass ein wesentlicher Ausbau vermieden werden könnte, wenn die Heime ausreichend Personal anstellen könnten, um den Heimbewohnern einen bio-psycho-sozial angepassten, menschenwürdigen Tagesablauf zu ermöglichen. Dann würden die psychischen Erkrankungen in Heimen nicht weiter zu- sondern wahrscheinlich sogar abnehmen.

### **8.6.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Einverstanden

#### 4) Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeitgemässen Psychiatrieversorgung im Kanton Bern?

Es fehlen Strategien gegen den Mangel an Fachpersonal, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

#### 5) Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 8.7 einverstanden?

### **8.7.1 Fachlich abgestützte Gesamtsteuerung**

Einverstanden

### **8.7.2 Massnahmen zur regionalen Versorgung**

Die Rolle des PZM ist nicht definiert. Dessen bisherige Pflichtversorgungsgebiete überschneiden sich mit dem regionalen Grundversorgungsauftrag. Es gilt zu berücksichtigen, dass die ambulanten Zuweiser die Angebote des PZM schätzen.

Region Biel: Die Erarbeitung eines Konzepts in der Region Biel sollte nicht ausschliesslich durch einen Chefarzt Psychiatrie erfolgen. Bauliche Massnahmen sollten zudem erst nach Vorliegen des Konzepts diskutiert werden.

Region Berner Jura: Die Schaffung einer interjurassischen Psychiatriestruktur ist weiter zu bearbeiten. In diesem Rahmen ist auch der Ersatz für den Standort Bellelay zu planen.

### **Restliche Massnahmen**

Einverstanden

### **8.8 Kosten**

Der VSAO glaubt nicht, dass im Planungszeitraum die Kosten ohne Qualitätsverlust deutlich reduziert werden können. Mehr noch als in der Somatik geht es primär um Personalkosten, die nicht gesenkt werden können, sondern eher noch erhöht werden müssen. Dies zum einen, weil mit der Regionalisierung die Fallzahlen pro Standort sinken werden und der Betrieb eines 24-Stunden-Angebotes personalintensiv ist. Weiter gilt es, Massnahmen gegen den Personalmangel zu ergreifen, was sicherlich auch nicht zum Nulltarif zu haben ist. Einsparungen im Planungszeitraum lehnen wir deshalb ab.

6) Was ist aus Ihrer Sicht bei der Umsetzung der Massnahmen besonders zu beachten?

Reihenfolge und Ablauf bei der Umsetzung der Massnahmen sind genau und sorgfältig zu planen.

Die Verantwortlichen sollten in dieser kritischen Phase hellhörig für Warnungen betreffend Versorgungslücken sein und die nötigen Vorkehrungen in die Wege leiten. Falls dies wie z.B. im Fall der unzureichenden Betreuungsmöglichkeiten für chronisch schwerkranke Patienten kurzfristig nicht möglich ist, sollte der Sicherheit Priorität eingeräumt werden. Das bedeutet, dass Massnahmen zur Reduktion der stationären Psychiatrie als bisheriger Behandlungsort dieser Patienten aufzuschieben sind bis der Versorgungsengpass behoben ist.

7) Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der Psychiatrieversorgung im Kanton Bern?

Es besteht die dringende Notwendigkeit, die psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte in ihrer Aus- und Weiterbildung zu unterstützen, damit die psychiatrische Versorgung auch in Zukunft fachkompetent erbracht werden kann. Die Weiterbildung ist im Fach Psychiatrie für die Assistenzärztinnen und -ärzte besonders kostspielig. Der Arbeitgeber beteiligt sich daran fast gar nicht, was in andern Kantonen und Ländern anders ist. Im Kanton Bern können diese Kosten nicht einmal bei den Steuern in Abzug gebracht werden, was der Kanton Zürich kürzlich geändert hat. Auch die Löhne sind im Kanton Bern eher tief. Bei so schlechten Bedingungen ist es nicht wahrscheinlich, dass sich junge, neue Kollegen und Kolleginnen für das Fach Psychiatrie entscheiden werden.

Wenig aufgezeigt wird auch der Zusammenhang zwischen Sozialpolitik und Gesundheitspolitik. Wie bereits oben erwähnt, könnte zum Beispiel die Alterspsychiatrie entlastet werden, wenn die Heime ausreichend Personal anstellen könnten, um den Heimbewohnern einen bio-psycho-sozial angepassten, menschenwürdigen Tagesablauf zu ermöglichen.

## **Rettungswesen**

1) Sind Sie mit den Strategien in Kapitel 9.3 einverstanden?

Ja

2) Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte?

Ja

3) Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 9.4 einverstanden?

Ja. Besonders interessant finden wir die Berechnung der Normkosten. Wenn es im Rettungswesen möglich ist, die benötigten Stellenprozente klar zu benennen, sollte das in den übrigen Bereichen auch möglich sein. Gerade im ärztlichen Bereich wäre - wie im Rettungswesen auch - dringender Handlungsbedarf, da der Stellenetat immer noch so ausgelegt ist, dass die gesetzlichen Vorgaben nicht eingehalten werden können.

#### 4) Sehen Sie andere Massnahmen?

Die Arbeitsbedingungen sind im Rettungswesen zum Teil prekär. Mehrfachbeschäftigungen, fehlende Ruhezeiten und zu häufige Piketteinsätze können eine Gefährdung der Patienten und anderer Verkehrsteilnehmer zur Folge haben.

### **Gesundheitspersonal**

#### 1) Sind Sie gesamthaft mit der Beschreibung des Ist-Zustandes beim Gesundheitspersonal einverstanden?

In wesentlichen Teilen wird die Situation richtig dargestellt. Einiges sehen wir aber auch etwas anders:

- In der Einleitung steht, dass gemäss SpVG kein expliziter Auftrag zur Planung der universitären Medizinalberufe bestehe. Diese Aussage können wir nicht nachvollziehen. In Art. 4 SpVG steht ausdrücklich: „Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion plant die Versorgung der Bevölkerung des Kantons mit Spitalleistungen gemäss Artikel 1 Absatz 2 sowie die dafür erforderlichen Aus- und Weiterbildungsplätze.“ Rund 50% aller Spitalärzte im Kanton Bern sind Assistenzärztinnen und –ärzte. Sie sind also für die Gesundheitsversorgung unentbehrlich. Im Bericht selber wird ausgeführt, der Bedarf an Assistenzärztinnen und –ärzten an den öffentlichen Spitälern übersteige heute bei weitem die Studienabschlüsse in der Schweiz. Das gilt nach neueren Erhebungen der FMH auch im Kanton Bern. Damit besteht gemäss SpVG ausdrücklich auch für die universitären Medizinalberufe ein Planungsauftrag.
- Der Frauenanteil bei den Spitalärztinnen und –ärzten ist weiter angestiegen. Bei den Assistenzärzten sind bereits mehr als die Hälfte Frauen, und bei den Medizinstudierenden sowie beim Staatsexamen liegt die Frauenquote bei über 60 Prozent.
- Auch die Zahl der Spitalärztinnen und –ärzte mit ausländischer Nationalität ist noch weiter angestiegen.
- Bei einem derart hohen Ausländeranteil in den Gesundheitsberufen muss man sehr wohl von einem Personalmangel sprechen. Es kann und darf nicht sein, dass die Schweiz anderen Ländern das dort ausgebildete und dringend benötigte Gesundheitspersonal entzieht. Die Rekrutierung im Ausland ist deshalb nicht nur nicht nachhaltig, sondern auch unethisch.
- Wenn die Arbeitsbedingungen in Deutschland besser werden, wird wohl nicht nur die Zuwanderung zurückgehen, sondern es wird zu Rückwanderungen kommen. Mehrere Mitglieder des VSAO habe diese Tendenz schon festgestellt.
- Die Aussage, dass bezüglich Ärztemangel keine detaillierten Analysen für den Kanton Bern vorlägen, finden wir erschreckend. Erstens liegt zahlreiches Zahlenmaterial vor und zweitens ist das Problem ja nicht neu. Seit Jahren weist der VSAO auf den damals noch drohenden Ärztemangel hin und zeigte auch Massnahmen dagegen auf.
- Erstaunlich finden wir auch die Aussage, auf Seite 171 oben, und zwar aus zweierlei Gründen. Erstens ist der Zulassungsstopp ja darauf ausgelegt, dass sich Ärztinnen und Ärzte aus Europa nicht in der Schweiz niederlassen. Zweitens halten sich im heutigen System die so genannten Weiterbildungsinvestitionen und die „Gewinne“, die durch die 24-Stunden – Dienstleistung der Assistenzärzte zu vergleichsweise geringen Löhnen längstens die Waage.
- **Nachwuchsbedarf beim Arztberuf**

Es scheint der GEF entgangen zu sein, dass es auch einen OBSAN Bericht zum Thema „Humanressourcen - Spitalärztinnen und –ärzte“ gibt.

Der Bedarf an Spitalärzten wird im übrigen nicht nur wegen der steigenden Leistungsmenge zunehmen, sondern wie bei den übrigen Berufen auch wegen der qualitativen Entwicklung

der Leistungen, wegen sinkendem Beschäftigungsgrad, Drop-outs und Sinken der mittleren Berufsverweildauer. Hinzu kommt ärztespezifisch die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen wie Umsetzung Arbeitsgesetz und GAV.

### 2) Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Nachwuchssicherung im Gesundheitswesen einverstanden?

Keinesfalls einverstanden sind wir mit dem Vorschlag, dass für universitäre Medizinalberufe in der Planungsperiode erst Handlungsfelder identifiziert und Strategien entwickelt werden sollen. **Im ärztlichen Bereich muss schnell gehandelt werden und zahlreiche Massnahmen liegen auf der Hand.**

Die Strategien 1, 2 und 3 werden unterstützt, müssen aber unbedingt auf universitäre Berufe ausgedehnt werden.

### 3) Sind Sie mit den Massnahmen in Kapitel 10.6 einverstanden?

#### **Ausbildungsverpflichtung:**

Der VSAO unterstützt diese Massnahme, und zwar auch für die universitären Medizinalberufe.

Wir befürchten zwar keineswegs, dass die Spitäler in Zukunft keine oder weniger Assistenzärztinnen und –ärzte anstellen werden. Wie erwähnt sind 50% der Spitalärzte Assistenzärzte und zwar deshalb, weil sie für die Dienstleistung im 24-Stunden-Betrieb gebraucht werden und weil sie im Vergleich zu Fachärzten deutlich weniger verdienen. Was aber unter dem steigenden Kostendruck gefährdet ist, sind die Weiterbildungsleistungen. Schon heute gibt es Spitäler und Kliniken, in denen Assistenzärzte praktisch keine Unterstützung, geschweige denn explizite Weiterbildung erhalten. Sie leisten oft bereits im ersten Jahr nach dem Staatsexamen alleine Nacht- und Wochenenddienst.

Wir sind deshalb der Ansicht, dass es auch im ärztlichen Bereich eine Weiterbildungsverpflichtung geben muss und dass explizite Weiterbildungsleistungen finanziert werden müssen. Dabei soll die Finanzierung mindestens an folgende Voraussetzungen gebunden sein:

- Die Assistenzärzte erhalten einen Weiterbildungsvertrag, in dem die Weiterbildungsziele und die Weiterbildungsleistungen gegenseitig vereinbart sind.
- Die Institution verfügt über einen Weiterbildungskoordinator bzw. einen Weiterbildungsbeauftragten. Ab X Assistenzärzten muss es sich um eine Vollzeitstelle handeln.
- Das Weiterbildungskonzept ist aktualisiert (nicht älter als drei Jahre und von der Fachgesellschaft genehmigt).

#### **Massnahmen zur Personalerhaltung**

Der VSAO begrüsst diese Massnahmen, und zwar auch für die universitären Medizinalberufe.

Familientaugliche Arbeitszeitmodelle, Teilzeitarbeit und Kinderbetreuung sind Massnahmen, die im ärztlichen Bereich dringend und sofort umgesetzt werden müssen. Leider haben weder Spitäler noch Kanton bisher darauf reagiert, dass die Mehrheit der jungen Ärzte heute Frauen sind und dass auch Männer nicht mehr nur für die Arbeit leben.

Wie die APROZ-Projekte in einigen Spitälern und die Kampagne des VSAO deutlich aufgezeigt haben, muss die Arbeitszufriedenheit auch im ärztlichen Bereich verbessert werden. Mit besseren Arbeitsbedingungen könnte auch die hohe Zahl an Drop-outs reduziert werden.

#### **Stützung des ärztlichen Nachwuchses in Spitälern und Hausarztmedizin**

Wie oben erwähnt kann nicht akzeptiert werden, dass die Problematik erst in den nächsten Jahren vertieft analysiert wird. Es besteht dringender Handlungsbedarf und die für die nichtuniversi-

tären Gesundheitsberufe vorgeschlagenen Massnahmen können und müssen sofort auch für die universitären Berufe ergriffen werden.

Weitere Massnahmen wären unter anderem neue Versorgungsmodelle, Teilzeitarbeit auch in der ambulanten Praxis, bessere Weiterbildung, Aufhebung des Zulassungsstopps.

Ein Mangel zeichnet sich im übrigen auch bei den Spezialisten ab.

### **10.7.2 Kosten für die betrieblichen Leistungen der ärztlichen Weiterbildung**

Es ist in der Tat schwer nachzuvollziehen, warum der Aufwand für die Weiterbildung der Ärzteschaft, im Gegensatz zu den anderen Berufen, nicht Teil der anrechenbaren Kosten sein soll. Der VSAO setzt sich deshalb auf nationaler Ebene für eine Änderung der VKL ein.

Niemand kennt die Kosten der ärztlichen Weiterbildung. Die Zahlen der SUK / BfS – Studie betreffen ausschliesslich die Universitätsspitäler. Erfasst wurden zudem nur die Bruttokosten, nicht die Nettokosten. Um diese zu erheben, müssten zum Beispiel auch die Einsparungen dank niedriger Löhne, grosser Verfügbarkeit etc. untersucht und berücksichtigt werden.

Zur Errechnung von Kosten fehlt vorab eine plausible Definition des Begriffs «Weiterbildung» beziehungsweise eine saubere Abgrenzung zur Dienstleistung. Als fertig ausgebildeter Arzt erbringt der Assistenzarzt / die Assistenzärztin in erster Linie eine Dienstleistung, für die er / sie bezahlt wird. Seine / ihre Weiterbildung erfolgt «on the job», wie dies in allen anderen Berufen auch der Fall ist. Der Mix aus Dienstleistung, Überstunden und dem Erfahrungsstand angepasster Lohn verunmöglicht praktisch eine reale Bestimmung der Weiterbildungskosten. Die Untersuchung dreier Leitender Ärzte in einem grossen RSZ hat ergeben, dass der 24-Sunden-Betrieb ohne Assistenzärzte wesentlich teurer und in verschiedener Hinsicht nicht wünschenswert wäre.

Trotz der praktischen Unmöglichkeit, die Weiterbildungskosten zu bestimmen, besteht dringender Handlungsbedarf, die Qualität der ärztlichen Weiterbildung zu unterstützen und zu fördern. Die Rahmenbedingungen müssen so gesetzt werden, dass die Spitäler und Kliniken Anreize erhalten, eine qualitativ hochstehende Weiterbildung anzubieten.

### **5) Sehen Sie andere Massnahmen zur Nachwuchssicherung in den Gesundheitsberufen im Kanton Bern?**

Weitere Massnahmen wären im ärztlichen Bereich die Etablierung und Finanzierung neuer Versorgungsmodelle, die Förderung von Teilzeitarbeit im Spital und in der ambulanten Praxis, besseres Teaching in der Weiterbildung, die Aufhebung des Zulassungsstopps, der immer noch interdisziplinäre Gruppenpraxen und neue Versorgungsmodelle verhindert und den Preis der Praxen erhöht.

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an unserer Vernehmlassung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Lars Frauchiger,  
Präsident



Rosmarie Glauser,  
Geschäftsführerin