

Konsultationsantwort

Thema	Bericht Versorgungsplanung 2016
Für Rückfragen	Franziska Schöni-Affolter (Grossrätin, Fraktionspräsidentin), Tel. 079 518 58 74
Absender	Grünliberale Partei Kanton Bern, Postfach 2436, 3001 Bern E-Mail: be@grunliberale.ch , www.be.grunliberale.ch
Datum	31. August 2016

Sehr geehrter Herr Gesundheits- und Fürsorgedirektor,
Sehr geehrte Damen und Herren

Für die Einladung zur Vernehmlassung des **Berichts Versorgungsplanung 2016** gemäss SpVG möchten wir danken.

Allgemeines

Die Grünliberalen (glp) begrüssen grundsätzlich, dass vermehrt Anstrengungen unternommen werden, den Bedarf an stationärer Versorgung im Kanton Bern zu evaluieren, um daraus den zukünftigen Bedarf bzw. die Kosten zu eruieren und planen zu können.

Der Aufbau des Berichts ist gut. Im Zentrum der Betrachtung stehen natürlich die Daten der akuten Versorgung. In der Psychiatrie hat in den letzten Jahren ein starker Wandel stattgefunden vom stationären in den ambulanten Bereich. Wahrscheinlich kann man erst anhand des neuen Erfassungssystems TarPSY, das aber erst im nächsten Jahr eingeführt werden soll, Genaueres sagen. Rettungswesen und die Nicht-Universitären Gesundheitsberufe sind sehr gut analysiert worden. Das Problem der fehlenden Ärzte v.a. in der Grundversorgung wurde aber nicht angegangen, obwohl sie sehr wohl ein wichtiger Teil der Versorgungsplanung sind.

Erstaunt sind wir, welche Datengrundlage für die Akutsomatik verwendet wurde. Hier zeigt sich ein erster Schwachpunkt des Berichts. Die Daten des Bundesamt für Statistik (BfS) von 2010-2013 sind alt und beruhen teilweise auf der Ära vor Einführung des neuen KUVG im Jahr 2012. Erfreulich ist allerdings, dass die von der Zürcher Gesundheitsdirektion entwickelte SPLG-Systematik verwendet wurde, um interkantonale Vergleiche wenigstens gesamthaft anstellen zu können. Dies erlaubt zu analysieren, wo sich der Kanton Bern im interkantonalen Vergleich befindet. Leider ist aber mit diesem Ansatz der Überblick über die Versorgung spezifischer Gruppen wie die Kinder nicht möglich. Dies wird als Handlungsfeld so vermerkt und muss mit anderen Ansätzen angegangen werden.

Auch erfreulich ist, dass der Case Mix Index (CMI) berechnet wurde. Allerdings ist dieser CMI nicht nur wohnbevölkerungsspezifisch interessant, sondern auch, um die Spitäler untereinander zu vergleichen. Dies würde zu viel mehr Transparenz führen. Insbesondere ist dieser Vergleich interessant im Zusammenhang mit den entsprechenden Leistungsaufträgen an die Spitäler.

Wir müssen feststellen, dass ein grosser Teil des Berichtes durch eine passive Haltung gegenüber stetig wachsenden Gesundheitskosten geleitet ist. Den Chancen eines wettbewerbsorientierten Miteinanders unter den Playern unter Einbezug von vermehrter Versorgungsverantwortung durch Privatspitäler wird damit zu wenig Rechnung getragen.

Letztlich gilt auch, sich für die zukünftigen Herausforderungen bezüglich eHealth zu rüsten.

Zu den einzelnen Bereichen:

Akutsomatik

Im Mittelpunkt steht der Versorgungsbedarf der Berner Bevölkerung. Dieser basiert allerdings erstens auf alten Zahlen und zweitens ist es nicht der Bedarf, sondern eine Mischung aus Angebot und Nachfrage. Interessant wäre sodann eine vergleichende Analyse des Versorgungsbedarfs in den verschiedenen Versorgungsregionen. Daraus könnten indirekt Schlüsse gezogen werden, ob eine Leistung eher angebots- oder nachfragegesteuert ist. Dies wiederum gibt einen Hinweis auf eine potentielle Über- resp. Unterversorgung.

Was die reine Datenlage betrifft, fordern wir klar eine bessere Erhebung der effektiven Leistungen der Spitäler. Die Spitäler müssen detaillierte Daten zur Verfügung stellen. Dazu gehören zum Beispiel die Notfallanteile, Eintritte für Wahlbehandlungen sowie die Klassenzugehörigkeit. All diese Aspekte sind aus dem Bericht nicht ersichtlich. Dies würde allerdings ein eigenes Kodiersystem fordern, anhand dessen die Kostenkontrolle und Benchmarks viel detaillierter gemacht werden könnten. Zudem könnten die Resultate den Leistungserbringern direkt zurückgespiegelt werden, was zu mehr Transparenz führen würde, die Qualität parallel zu ANQ direkt beurteilen ließe und gleichzeitig ein Anreiz für die Konkurrenz zwischen zwei Anbietern wäre. Anhand eines solchen aktuellen Systems ließen sich die Leistungsangebote in Spitalleistungsgruppen und auch über Mindestfallzahlen viel besser kurzfristig steuern. Leider ist der Kanton Bern, was Fallkosten und Gesundheitskosten pro Einwohner betrifft, immer noch sehr hoch und liegt über dem Schweizer Mittel. Wenn der Kanton sich in die reine Abhängigkeit der Krankenhausstatistik/medizinische Statistik des BfS begibt, sind die Daten meistens alt und vor allem verwässert.

Wir möchten noch ein Wort über die analysierten Patientenströme verlieren. Interessant wären diese nicht nur zwischen den Kantonen sondern auch und vor allem zwischen den verschiedenen Versorgungsregionen innerhalb des Kantons. Man könnte dadurch eine Bereinigung des Leistungsangebotes machen, weil die Patientenströme nebst den Mindestzahlen einen weiteren Hinweis geben, was in den einzelnen Regionen angeboten werden muss.

Fazit: Für eine erfolgreiche zukünftige Planung der Spitallandschaft brauchen wir eine Spitalplanung, die sich nicht nur auf die demographische Entwicklung und auf veraltete Daten abstützt. Zwar mag dieser Ansatz v.a. in der Rehabilitation eine wichtige Rolle spielen aber nicht so sehr in der Akutsomatik. Mit diesem Ansatz sind nämlich auch alle gegenwärtigen und zu erwartenden Substitutionseffekte aktiv ausgeblendet, die neue Behandlungsmethoden und technologische Entwicklungen berücksichtigen.

Psychiatrie/Rehabilitation

Die Versorgungsplanung in der Psychiatrie ist einem großen Wandel unterworfen. Erstens gibt es eine klare Tendenz zu ambulanten Settings, zweitens erfolgte per 2017 eine Verselbstständigung und drittens wird in naher Zukunft ein dem Swiss DRG entsprechendes Kodiersystem eingeführt, das TarPSY. Die gIp begrüßt unter diesen speziellen Voraussetzungen die Anstrengungen, die in diesem Bericht gemacht wurden. Sobald die TarPSY eingeführt sind, sollte aber wie in der Akutsomatik eine detaillierte aktuelle Erhebung angestrebt werden, damit schneller reagiert werden kann.

Zur Rehabilitation lässt sich erst später eruieren, ob die Versorgung reicht.

Rettungswesen und nicht-universitäre Gesundheitsfachberufe

Beim Rettungswesen gilt es zu beachten, dass die Hilfsfrist optimiert wird. Es sollte v.a. garantiert sein, dass Personen in ländlichen Gebieten gut und schnell ins Zentrum gebracht werden können. Dies ist zusammen mit der erweiterten Grundversorgung der Weg in die Zukunft. Damit ist gewährleistet, dass alle vom sehr guten aber auch teuren Gesundheitswesen, das nicht in jedem kleinen Spital angeboten werden kann, profitieren können.

Die nicht-universitären Gesundheitsberufe sind fundiert analysiert worden. Leider sind aber nur diese und nicht den effektiven Bedarf an Ärzten angeschaut worden. Im Zusammenhang mit den Bestrebungen, Teilbereiche, die momentan nur die Ärzte abdecken, auszulagern, kommen diese nicht-universitären Gesundheitsfachberufe noch einen höheren Stellenwert.

Fazit

- 1. Wir bedauern, dass der Bericht auf veralteten Daten basiert.**
- 2. Wir erwarten eine proaktivere Versorgungsplanung.**
- 3. Wir empfehlen die Anwendung des Forschungsansatzes Health Service Area.**

Zusammenfassend können wir festhalten, dass substantielle Verbesserungen bzw. Bereinigungen der Berner Spitallandschaft anzustreben sind. Wir haben Bedenken, ob dies allerdings mit diesem Bericht, der eine passive Haltung ausdrückt, gemacht werden kann. Wir haben den Eindruck, dass er wahrscheinlich von grosser Angst vor weiteren Gerichtsentscheiden gegen eine Spitalliste beeinflusst ist.

Grundlage müssen transparente und aktuelle Daten sein, die von allen Leistungserbringern jährlich geliefert und vor allem ausgewertet werden. Es sollen für die Versorgungsziele klare Versorgungskonzepte erstellt und nicht Versorgungsschwerpunkte herausgepickt werden. Die Versorgung eines Schlaganfallpatienten ist eine andere als die palliative Versorgung, wobei keine weniger wichtig ist aber sicher konzeptuell anders angegangen werden muss.

Wünschenswert wäre auch eine kritische Evaluation der sogenannten wissenschaftlichen anerkannten Status-Quo-Methode. Zu erwähnen wären in diesem Zusammenhang der effektiv wissenschaftlich anerkannte Forschungsansatz der Health Service Area (HSA) nach Goodman und Wennberg^{1,2,3}. Mit dieser Methode lassen sich insbesondere die Probleme der angebots- resp. nachfragegesteuerten Verzerrung und auch Patientenströme zwischen den HSA korrekt mittels Healthatlas abbilden. Auch

kann dieser Ansatz übrigens auf die ambulante Grundversorgung ausgedehnt werden, welche als wichtiger und auch wachsender Teil der Versorgung in diesem Versorgungsbericht klar zu kurz gekommen ist.

Besten Dank für die wohlwollende Prüfung unserer Eingaben.

Mit freundlichen Grüßen

Franziska Schöni-Affolter
Grossrätin

¹ Health care quality, geographic variations, and the challenge of supply-sensitive care. Fisher ES, Wennberg JE. *Perspect Biol Med.* 2003 Winter;46(1):69-79.

² Primary care service areas: a new tool for the evaluation of primary care services. Goodman DC1, Mick SS, Bott D, Stukel T, Chang CH, Marth N, Poage J, Carretta HJ. *Health Serv Res.* 2003 Feb;38(1 Pt 1):287-309.

³ Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland. Widmer M1, Matter P, Staub L, Schoeni-Affolter F, Busato A. *Health Place.* 2009 Sep;15(3):761-8. doi: 10.1016/j.healthplace.2008.12.009. Epub 2009 Jan 18.