



Kanton Bern
Canton de Berne

Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030

Gesundheits-, Sozial- und
Integrationsdirektion des Kantons Bern



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Hintergrund	7
3	Einbettung der Gesundheitspolitik in andere Politikbereiche	9
4	Beschreibung der Ist-Situation	11
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	18
4.4	Behörden	20
4.5	Finanzierung	21
4.6	Personal	24
5	Trends	27
6	SWOT-Analyse	29
7	Vision und Mission	34
7.1	Vision	34
7.2	Mission	35
8	Stossrichtungen, strategische Ziele und Massnahmen	37
8.1	Stossrichtungen	37
8.2	Strategische Ziele und Massnahmen	38
8.3	Umgang mit vom Kanton nicht direkt beeinflussbaren Schwächen und Risiken	43
9	Weiteres Vorgehen: Erarbeitung von Teilstrategien	45
10	Anhang 1 Abkürzungsverzeichnis	46
11	Anhang 2 Glossar	48
12	Anhang 3 Finanzierung und Vergütung	54

Abbildungsverzeichnis

Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	13
Bruttoleistungen der OKP 2019: der Kanton Bern und die Schweiz im Vergleich	21
Bruttoleistungen der OKP Kanton Bern 2019 nach Leistungserbringerkategorien	21
Das Gesundheitswesen 2017 nach Finanzierungsregimes	22
Das Gesundheitswesen 2017 nach Leistungen	23
SWOT-Analyse	29
Vision	34
Mission	35
Stossrichtungen	37
Strategische Ziele und Massnahmen	38

Impressum

Herausgeber
Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern

Gestaltung
Polyconsult AG, Bern

August 2020



1 Einleitung

Eine qualitativ hochstehende und für alle gut zugängliche und bezahlbare 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, auch vulnerablen Gruppen wie beispielsweise Menschen mit Behinderungen. Die vorliegende Gesundheitsstrategie ist ausgerichtet auf die sogenannt «normale Lage». Bei ausserordentlichen Lagen, Krisen oder Katastrophen kommen bezüglich Versorgung und Steuerung die entsprechenden rechtlichen Grundlagen und Konzepte zur Anwendung.¹

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-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI) unter Einbezug verschiedener Stakeholder² aus dem Gesundheitswesen erarbeitet. Sie wurde vom Regierungsrat genehmigt und dem Grossen Rat zur Kenntnis gebracht. Sie stellt einen übergeordneten Rahmen dar, innerhalb dessen auf der Ebene GSI in Arbeitsgruppen mit Vertreterinnen und 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 und in Kapitel 5 eine Übersicht über wichtige Trends. Die SWOT-Analyse stellt eine Beurteilung der Ist-Situation dar und folgt in Kapitel 6. Die Vision und die Mission zeigen den Sollzustand und wie dieser erreicht werden soll. Diese Informationen sind in Kapitel 7 zu finden. Schliesslich werden in Kapitel 8 die Stossrichtungen, strategischen Ziele und Massnahmen präsentiert. In Kapitel 9 wird das weitere Vorgehen bei der Erarbeitung der Teilstrategien beschrieben.

¹ Die Massnahmen, die der Bundesrat in der Corona-Pandemie ergriffen hat, basierten auf dem Epidemiegesetz (EpG) und seinen Ausführungsbestimmungen. Zudem kamen der nationale und der kantonale Influenza-Pandemieplan zur Anwendung. Der Influenza-Pandemieplan Kanton Bern ist verfügbar unter: https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheitsinfektionskrankheiten_impfungen/pandemie.assetref/dam/documents/GEF/KAZA/de/Formulare/infektionskrankheiten/Pandemie/IPP-BE_2018_DE.pdf
Er ist als Anhang zum nationalen Influenza-Pandemieplan Schweiz zu verstehen und ergänzt diesen bezüglich kantonspezifische Aufgaben und Kompetenzen in der Vollzugsverantwortung.

² Im Steuerungsausschuss, der regelmässig über den Fortschritt der Arbeiten informiert wurde und dem die Ergebnisse vorgelegt wurden, waren neben der GSI folgende Verbände vertreten: diespitaeler.be [mit vier Vertretern, je einer aus dem Bereich der Regionalen Spitalzentren (RSZ, Akutomatik), der Regionalen Psychiatrischen Dienste (RPD, Psychiatrie), der Rehabilitation und der Insel Gruppe (Universitätsmedizin)], der Verband Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB), die Ärztesgesellschaft 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 Annahme 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 Bern³ und der Ebene der Bundesstrategie «Gesundheit2030» 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 2019–2022.⁴ Unter dem Begriff «Engagement 2030» hat der Regierungsrat eine Vision mit dem Zeithorizont 2030 definiert. Er will bis dahin die Ressourcen und die 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 – unter Berücksichtigung wichtiger Trends – 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 9).

³ Beispielhaft können die folgenden Berichte genannt werden: Bericht Hausarztmedizin im Kanton Bern, Bericht zur Alterspolitik des Kantons Bern, Strategie Sport Kanton Bern, Suchthilfekonzept des Kantons Bern, Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz usw.

⁴ Weiterführende Informationen und der komplette Bericht «Engagement 2030» sind hier verfügbar: https://www.r.r.be.ch/rr/de/index/der_regierungsrat/der_regierungsrat/regierungsrichtlinien.html



3 Einbettung der Gesundheitspolitik in andere Politikbereiche

Die Gesundheitspolitik hat insbesondere weitreichende Schnittmengen mit folgenden Politikbereichen. Dies macht eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche resp. der mit diesen betrauten Direktionen nötig:

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 Armutsrisiken. 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.

Integrations- und Gleichstellungspolitik: Je besser Migrantinnen und Migranten in die Bildungs- und Arbeitswelt wie auch in die Zivilgesellschaft integriert sind, desto grösser sind auch ihre Chancen auf eine gute Gesundheit. Die Chancengleichheit der Geschlechter stellt auch den chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicher.

Wirtschaftspolitik: Die Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens stammen aus dem wirtschaftlichen Handeln der Unternehmen und der Bevölkerung. Gleichzeitig ist die Gesundheit der Bevölkerung eine grundlegende Voraus-

setzung für das Arbeitsangebot und damit für die Wertschöpfung einer Volkswirtschaft. Entsprechend hoch sind die Kosten von Krankheiten und Unfällen. Eine erfolgreiche Wirtschaftspolitik schafft Rahmenbedingungen, die es den Unternehmen erlauben, zu wachsen und Arbeitsplätze anzubieten. Zufriedenstellende Arbeit und gute Arbeitsbedingungen fördern die Gesundheit der Arbeitnehmenden. Arbeitslosigkeit kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben.

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. Der Klimawandel beeinflusst auch das Klima im Kanton Bern: Die Sommer werden heisser, die Winter weniger kalt. Damit verbundene extreme Wetterereignisse stellen eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung dar.

Verkehrspolitik und Raumplanung: Diese Politikbereiche beeinflussen die Luftqualität und das globale wie auch das regionale und lokale Klima. Sie können zur Reduktion von CO₂- und weiteren Emissionen beitragen und die Entstehung von sogenannten Wärmeinseln verhindern. Gute Verkehrsinfrastrukturen und -anbindungen sind eminent für den Zugang zum Gesundheitswesen. Weiter haben diese Politikbereiche einen grossen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung. Eine negative Auswirkung auf die Gesundheit hat der Lärm, welcher teilweise vom Verkehr ausgeht. Zudem ist der öffentliche Verkehr ein Faktor, der bei der Verbreitung von Pandemien zu berücksichtigen ist. Eine flexible Raumplanung ist für die Entwicklungsmöglichkeiten der medizinischen Infrastrukturen eminent.

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 sowie der Gesundheitsförderung und Prävention und nimmt damit (über die Finanzierbarkeit) Einfluss auf die Bedarfsfestlegung. Zudem gestaltet die Finanzpolitik die (oftmals komplexen) Finanzierungssysteme mit und nimmt damit indirekt Einfluss auf die Gestaltung und Steuerung dieser Bereiche.



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, Finanzierung 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. Der Kanton Bern mit seiner Fläche von 5959 km² weist verschiedene Charakteristika auf. Neben urbanen Regionen gibt es ländliche und alpine Gebiete. Zudem ist der Kanton Bern zweisprachig.

Die Bevölkerungsstruktur im Kanton Bern mit seinen rund 1 035 000 Einwohnerinnen und Einwohnern präsentierte sich im Jahr 2018 wie folgt:

Im Kanton Bern lebten im Jahr 2018 rund 215 000 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr. Das entspricht rund 21 Prozent der gesamten Wohnbevölkerung. Rund 54 000 Personen waren über 80 Jahre alt. Das entspricht einem Anteil von fünf 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 An-

teil Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr an der Gesamtbevölkerung im Kanton Bern bis ins Jahr 2030 deutlich erhöhen.⁵

Die Alterung der Bevölkerung, die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und die zunehmende Multimorbidität beeinflussen die Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen. Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden auch durch die Verbreitung der sogenannten nicht übertragbaren 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 nicht übertragbaren Krankheiten durch einen gesunden Lebensstil vermeidbar bzw. länger hinauszuzögern wäre, werden Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und die Erhöhung der Gesundheitskompetenz immer relevanter. Die Lebenserwartung liegt heute im Kanton Bern bei 81,1 Jahren für Männer resp. 85,1 Jahren für Frauen und ist damit vergleichbar mit den Schweizer Werten (Männer 81,7 Jahre, Frauen 85,4 Jahre).⁶ Gleiches gilt auch für Angaben zum Tabakkonsum, zum Body-Mass-Index oder zu weiteren Indikatoren der Gesundheit der Bevölkerung.

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.⁷ Dagegen konnte

⁵ BFS, STATPOP 2018.

⁶ BFS, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) und STATPOP 2017/2018.

⁷ BSV, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht 16/2001 und Soziale Sicherheit CHSS, 20 Jahre KVG – ein Rückblick, CHSS Nr. 3 / Oktober 2016, verfügbar unter: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/20-jahre-kvg-ein-rueckblick/>

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.

Es wurden aber auch Massnahmen ergriffen, um die Verwendung von (günstigeren) 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 Expertenbericht⁸.

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 nicht übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, die nationale Strategie gegen Krebs 2014–2020, 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.⁹

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 Verselbstständigung der Psychiatrien in Aktiengesellschaften erfolgte 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-)ambulant 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 GSI 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 nichtuniversitären Gesundheitsberufe ab.¹⁰

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.

⁹ Übersicht über nationale Gesundheitsstrategien und Programme. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien.html>

¹⁰ Versorgungsplanung 2016 des Kantons Bern, verfügbar unter: https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsgesundheits/spitalversorgung/Versorgungsplanunggemeassspvg/projekt_versorgungsplanung2016.html

⁸ 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>

4.2 Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern

Folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die Zahlen für die Gesundheitsversorgung:

Zahlen zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	
Anzahl im Kanton Bern gelegene Spitäler 2020 ^{11,12}	Spitäler Akutsomatik 18 (inkl. 2 Geburtshäuser) Psychiatriekliniken 13 (inkl. 3 Suchtfachkliniken und 4 akutspitalgebundene Psychiatrien) Rehabilitationskliniken 12 (inkl. 4 akutspitalgebundene Rehabilitationen)
Anzahl Alters- und Pflegeheime 2019 ¹³	300
Schätzung Anzahl Arztpraxen 2019 (Ärztedichte) ¹⁴	etwa 3000 (2,9 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner)
Anzahl Spitexorganisationen 2019 ¹⁵	92, davon 48 mit Versorgungspflicht und 2 ausserkantonale Organisationen
Freischaffende Pflegefachpersonen, die im Jahr 2019 Spitex-Leistungen abgerechnet haben ¹⁶	279
Organisationen für Wohnen mit Dienstleistung (mit Spitexbewilligung) 2019 ¹⁷	69
Anzahl Apotheken 2019 ¹⁸	174
Anzahl Drogerien 2019 ¹⁹	83

¹¹ Hinweis: Die Versorgung der Berner Bevölkerung findet zum Teil in ausserkantonalen Spitälern statt. Umgekehrt versorgen bernische Spitäler auch einen namhaften Anteil ausserkantonale resp. internationale Patientinnen und Patienten. Aus Versorgungssicht gilt es, diese beiden Optiken auseinanderzuhalten.

¹² Übersicht über Betriebe mit Betriebsbewilligung, verfügbar unter: Spitäler: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsgesundheits/spitalversorgung/spitaeler.html> Psychiatrie: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsgesundheits/spitalversorgung/psychiatrie.html> Rehabilitation: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsgesundheits/spitalversorgung/rehabilitation.html>

¹³ Pflegeheimliste des Kantons Bern, verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.html>

¹⁴ 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-Ärztestatistik und der Anzahl im Jahr 2019 bestehender

Berufsausübungsbewilligungen für Ärztinnen und Ärzte von rund 4800. 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 und für Spezialistinnen und Spezialisten bei 1,26 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (Werte Schweiz).

¹⁵ Abrechnungen der Spitex-Organisationen 2019 mit der GSI.

¹⁶ Abrechnungen der freischaffenden Pflegefachpersonen 2019 mit der GSI.

¹⁷ Abrechnungen der Organisationen für Wohnen mit Dienstleistung 2019 mit der GSI.

¹⁸ Kantonsapothekeramt, Jahresbericht für die Jahre 2018 und 2019, verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/kapa/publikationen/jahresberichte.html>

¹⁹ Kantonsapothekeramt, Jahresbericht für die Jahre 2018 und 2019, verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/kapa/publikationen/jahresberichte.html>

EL-Bezügerinnen und EL-Bezüger 2018 ²⁰	
– total	45 897 (17,4% aller Rentnerinnen und Rentner)
– zur AV	31 612 (13,8% aller Rentnerinnen und Rentner)
– zur HV	567 (10,7% aller Rentnerinnen und Rentner)
– zur IV	13 718 (54,1% aller Rentnerinnen und Rentner)
Anzahl Rettungsdienste mit Versorgungsauftrag 2020 ²¹	8 (davon 6 spitalgebunden)
Anzahl Wohnheime für Menschen mit einer Behinderung 2019 ²²	100
Lebenserwartung bei Geburt 2018 ²³	81,1 Jahre für Männer resp. 85,1 Jahre für Frauen
Bevölkerung über 64 Jahre 2018 (Altersquotient ²⁴) ²⁵	215 484 (34,6%)
Bevölkerung über 80 Jahre 2018 (Anteil hochaltrige Menschen ²⁶) ²⁷	54 177 (6,9%)
Mittlere OKP-Monatsprämie für Erwachsene 2020 ²⁸	CHF 381.30
Nettoleistungen OKP im Kanton Bern 2018 (Ausgaben pro Versicherte resp. Versicherten und Jahr ²⁹)	Rund CHF 3.5 Mrd. (CHF 3438)
Ausgaben Kanton Bern für Gesundheitsversorgung 2018 (Ausgaben pro Einwohnerin resp. Einwohner und Jahr) ³⁰	Rund CHF 1.5 Mrd. (CHF 1451)
Ausgaben Kanton Bern für Leistungen im Bereich nicht universitäre Gesundheitsberufe 2018 ³¹	Rund CHF 15.3 Mio.
Ausgaben Kanton Bern im Bereich ärztliche Weiterbildung 2018 ³²	Rund CHF 20.2 Mio.
Beiträge an OdA Gesundheit Bern und ortra-bef-s2 2018 ³³	Rund CHF 440 000
Ausgaben (nach Lastenausgleich) für Leistungen in der Gesundheitsförderung und Prävention 2019 (ohne Krebs-Screening-Programme) ^{34,35}	Rund CHF 3.6 Mio.
Ausgaben für Wohnheime für Menschen mit einer Behinderung 2019 ³⁶	Rund CHF 177 Mio.

²⁰ BSV, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2018, Tabelle T1.2 Personen mit EL nach Kanton und Versicherungsweig, Ende 2018.

²¹ Spitalamt des Kantons Bern, Leistungsverträge 2020.

²² Alters- und Behindertenamt des Kantons Bern, Leistungsverträge 2019.

²³ BFS, BEVNAT und STATPOP 2017/2018.

²⁴ Altersquotient = Verhältnis der über 64-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen.

²⁵ BFS, STATPOP 2018.

²⁶ Quotient Hochaltrigkeit = Verhältnis der über 80-Jährigen zu den 20- bis 80-Jährigen.

²⁷ BFS, STATPOP 2018.

²⁸ BAG, Prämiengenehmigung 2020.

²⁹ BAG, Prämiengenehmigung 2018.

³⁰ Detaillierte Angaben zur Finanzierung und Vergütung pro Leistungserbringerkategorie sind dem Anhang 3 zu entnehmen.

³¹ GSI, Reportingbericht zur Ausbildungsverpflichtung 2018.

³² Spitalamt des Kantons Bern, Übersicht ärztliche Weiterbildung.

³³ GSI, Leistungsverträge 2018.

³⁴ Infolge des Entlastungspakets 2018 ist in den Jahren 2019 sowie 2020 ein deutlicher Rückgang der Mittel für die Gesundheitsförderung und Prävention zu verzeichnen.

³⁵ GSI, Leistungsverträge 2019.

³⁶ GSI, Leistungsverträge 2019.

4.3 Versorgung und ihre Steuerung

4.3.1 Grundlagen

Das Gesundheitswesen liegt grundsätzlich in der Zuständigkeit der Kantone. Die Aufgaben und die Verantwortung des Kantons im Gesundheitsbereich werden in der Kantonsverfassung umrissen (insbesondere Sozialrechte Art. 29, Sozialziele Art. 30 und Gesundheitswesen Art. 41). Die Organisation und die Aufsicht werden in verschiedenen kantonalen Gesetzen wie dem Spitalversorgungsgesetz (SpVG), dem Gesundheitsgesetz (GesG) und dem Sozialhilfegesetz (SHG)³⁷ sowie den entsprechenden Ausführungsbestimmungen festgelegt. Insbesondere für die Finanzierung und die Versicherer bestehen jedoch auch auf Ebene Bund zahlreiche Regelungen [KVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)].

Die geltende Finanzierungsordnung begünstigt eine Ausrichtung auf kurative Versorgung, erschwert die integrierte Versorgung, die palliative Medizin und Pflege und vernachlässigt den Aspekt der Betreuung.

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, der Apotheken 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.³⁸ In einzelnen Bereichen der Rehabilitation besteht ebenfalls kein innerkantonales Angebot.³⁹

Die Versorgung wird generell als gut erachtet, auch wenn es Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgungen gibt.⁴⁰ Überversorgung und Fehlversorgung treten 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

⁴⁰ 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 «Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung» 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 folgendem Link einsehbar und zeigt deutliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit bei bestimmten Eingriffen: <http://versorgungsatlas.ch/index.php/de/>

entstehen und zu schlechterer Qualität oder zum Unterlassen von Leistungen mit ausgewiesenem Bedarf führen. Dazu zählt auch, dass chronische Krankheiten 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. Eine hohe Gesundheitskompetenz trägt entscheidend zur Vermeidung unnötiger Behandlungen bei. Versorgungslücken werden beispielsweise in der Kindermedizin, in bestimmten Spezialgebieten wie der Palliative Care oder der ambulanten Psychiatrieversorgung und der hausärztlichen Versorgung vermutet, betreffen verstärkt vulnerable Gruppen und treten auch 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 Pa-

tientenschutz, Stiftung Patientensicherheit usw.). Gemäss gesetzlichem Auftrag stellt der Kanton Bern darüber hinaus auch Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention bereit. Hierzu zählen spezifische Beratungen und Angebote sowie Programme für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen. Insbesondere werden im Rahmen von kantonalen Aktionsprogrammen und der Strategie Sport Kanton Bern 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 Mammografie-Screening an. Die Einführung weiterer Leistungen wie eines Darmkrebs-Screening-Programms wird geprüft.

Eine zentrale Bedeutung wird dem 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 weiteren Kantonen wie

beispielsweise Zürich, Basel-Stadt und Luzern und den Leistungserbringern. Die Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit ist beim EPD von zentraler Bedeutung. Neben dem EPD soll Axsana auch Lösungen bereitstellen, die es Dritten ermöglichen, weitere B2B- und B2C-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. Mit dem EPD sollen Behandlungsprozesse verbessert und die Patientensicherheit erhöht werden. Zudem können der Aufbau und die Stärkung von Gesundheitskompetenz mit digitalen Instrumenten wie beispielsweise dem EPD unterstützt werden.

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 sich nach den Dimensionen somatisch-psychiatrisch, akut-langzeit und ambulant-stationär unterscheiden. Ergänzt werden diese klassischen Versorgungsbereiche durch Gesundheitsförderung und Prävention sowie 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.⁴¹ 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

⁴¹ 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/gesundheit-vier-faktoren-die-fuer-die-gesundheit-wichtiger-sind-als-behandlungen-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.

Bezüglich Verteilung der Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung, aber auch der Angebote in der Gesundheitsförderung und Prävention 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 Controllingsysteme. Dadurch liegt auch bezüglich Steuerung im Gesundheitsversorgungsbereich eine grosse Heterogenität vor.

Die kantonale Steuerung erfolgt insbesondere im stationären Bereich, wo auch die meisten kantonalen Mittel hinfließen. Der Kanton Bern orientiert sich dabei an folgendem Grundsatz: Er steuert so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig.

Steuerung Spitäler, Psychiatrien, Rehabilitationskliniken und Geburtshäuser (stationär):

Der Kanton Bern erteilt Betriebsbewilligungen und erteilt Leistungsaufträge und nimmt Spitäler, Psychiatrien, Rehabilitationskliniken und Geburtshäuser so in die Spitallisten auf.⁴² Der Entscheid bezüglich Aufnahme erfolgt unabhängig von

der Eigentümerschaft. Für die Aufnahme auf die Spitalisten sind Mindestanforderungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Anforderungen der Leistungsaufträge dient 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. Die Aufnahme auf die Spitalliste begründet nicht nur Rechte. Damit verbunden ist auch die Pflicht, die entsprechende Leistung anzubieten. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen orientiert sich der Kanton am abgestuften Versorgungsmodell. D.h., Leistungen der Grundversorgung sollen im ganzen Kantonsgebiet angeboten werden. Je spezialisierter aber eine Leistung ist, desto konzentrierter wird sie angeboten. Zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten bestehen bei den RSZ und der Hôpital du Jura bernois SA sowie den RPD, wo der Regierungsrat die Rolle des Aktionärs wahrnimmt und beispielsweise über die Wahl des Verwaltungsrats Einfluss nehmen kann (Eigentümerstrategie). Der Kanton Bern hält lediglich eine Minderheitsbeteiligung an der Insel Gruppe AG. Aufgrund eines Aktionärsbindungsvertrags hat der Regierungsrat jedoch die Kompetenz, den Präsidenten oder die Präsidentin sowie die Mitglieder des strategischen Führungsorgans der Inselspital-Stiftung und damit auch den identisch besetzten Verwaltungsrat der Insel Gruppe AG zu wählen.

Steuerung Alters- und Pflegeheime:

Im Alters- und Pflegeheimbereich steuert der Kanton Bern über die Pflegeheimliste.⁴³ Es besteht eine Plafonierung der Pflegeheimplätze, die jedoch nicht zu einer vollständig ausgeglichenen Abdeckung der Regionen mit Pflegebetten geführt hat.⁴⁴

Geringer sind die Einflussmöglichkeiten des Kantons Bern im ambulanten Bereich, d.h. im spitalambulantem Bereich, bei der Spitex und bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und weiteren ambulanten Leistungserbringern.

Steuerung Spitäler, Psychiatrien, Rehabilitationskliniken und Geburtshäuser ambulant:

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.

Steuerung Spitex: Im Bereich der Spitex existiert zwar eine Bewilligungspflicht, die Bewilligung wird jedoch unabhängig vom tatsächlichen Bedarf erteilt. Eine Steuerungsmöglichkeit besteht über die Anpassung der allgemeinen Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag. Die sogenannte Versorgungspflicht gilt jeweils nur für eine Spitexorganisation pro Region. Die entsprechenden Verträge schliesst der Kanton Bern mit den öffentlichen Spitexorganisationen ab.

Steuerung niedergelassene Ärztinnen und Ärzte:

Es besteht keine Bewilligungspflicht für das Führen einer Arztpraxis, die Ärztin resp. der Arzt muss dazu lediglich über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen. Die einzige Steuerungsmöglichkeit des Kantons stellt die Umsetzung der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP gemäss Artikel 55a

KVG dar⁴⁵ und die Festlegung einer Höchstzahl für die Studienplätze im Bereich der Humanmedizin.

Steuerung weitere ambulante Leistungserbringer: Bei den weiteren ambulanten Leistungserbringern ist der Kanton lediglich für die Prüfung der Voraussetzungen für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung zuständig.

Zudem nimmt der Kanton Bern, überall wo er Bewilligungen erteilt, seine Aufsichtsfunktion wahr. Bei Problemen stellt er sicher, dass der ordnungsgemässe Zustand zeitnah wiederhergestellt wird.

Direkt Einfluss nehmen kann der Kanton Bern überall, wo er mittels Leistungsverträgen Leistungen gezielt einkauft und finanziert (beispielsweise in der spitalambulantem 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.

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

⁴² Spitalisten des Kantons Bern. Verfügbar unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html>

⁴³ Alters- und Pflegeheimliste des Kantons Bern. Verfügbar unter: https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.assetref/dam/documents/GEF/ALBA/de/Downloads_Publikationen/Alter/Pflegeheimliste_2019_d.pdf

⁴⁴ Die Anzahl Pflegeheimplätze ist auf 15 500 Betten plafoniert, wobei bereits 15 421 Betten bewilligt wurden (1120 davon wurden reserviert und noch nicht in Betrieb genommen).

⁴⁵ 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,

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 zulasten 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.

4.4 Behörden

Die Fragen der Gesundheitsversorgung werden von diversen Ämtern der GSI bearbeitet. Einige Leistungserbringer des Gesundheitswesens, die eine breite Palette an Leistungen anbieten, haben dabei Verträge mit verschiedenen Ämtern der GSI und teilweise auch weitere Ansprechpartnerinnen und -partner in Ämtern der kantonalen Verwaltung, die zu einer anderen Direktion gehören. Dabei werden heute 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 Ärztinnen und 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 GSI vorangetrieben mit dem Ziel, die Datenerhebung, -haltung und -auswertung zu verbessern, Prozesse zu vereinfachen und die Zusammenarbeit mit den Partnerinnen und Partnern zu erleichtern. Dem Datenschutz wird dabei eine hohe Bedeutung beigemessen.

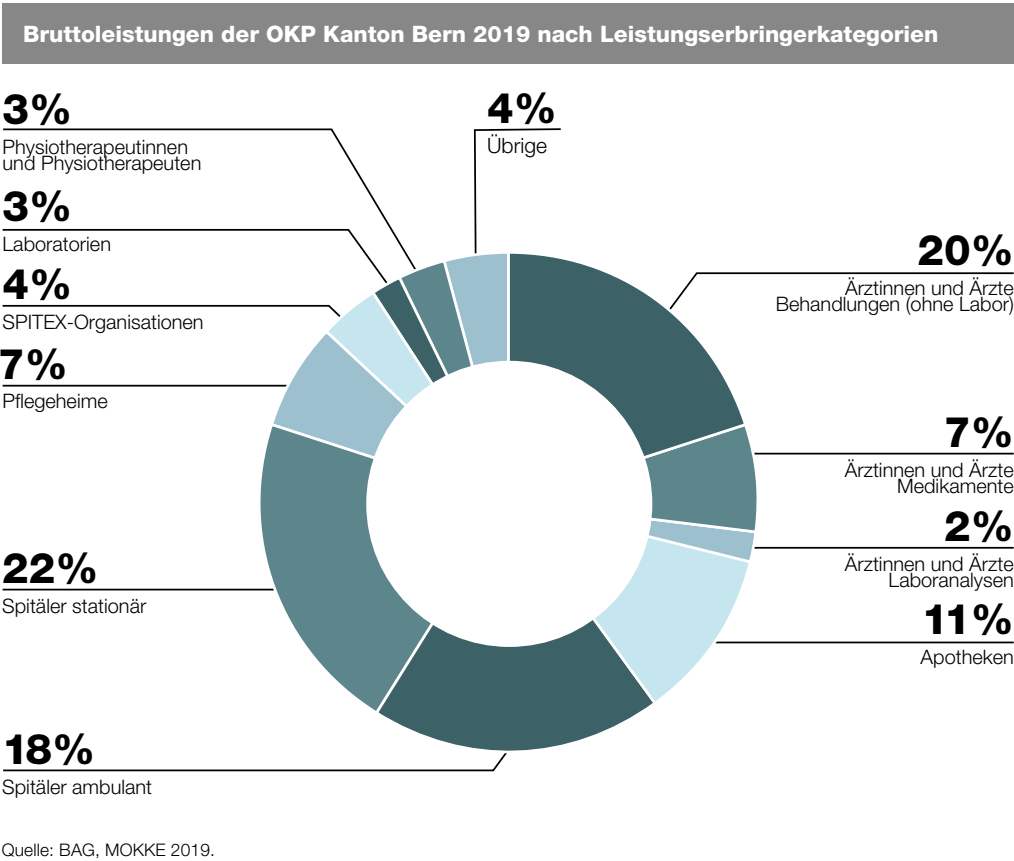
4.5 Finanzierung

Die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind in der Schweiz insgesamt hoch und die Finanzierungsquellen vielfältig. Die detailliertesten und

aktuellsten Informationen zum Kanton Bern liegen für den Bereich der OKP vor:

Bruttoleistungen der OKP 2019: der Kanton Bern und die Schweiz im Vergleich		
	2019	
	Kanton Bern	Schweiz
Bruttoleistungen OKP pro Versicherte resp. Versicherten	CHF 4081	CHF 4009

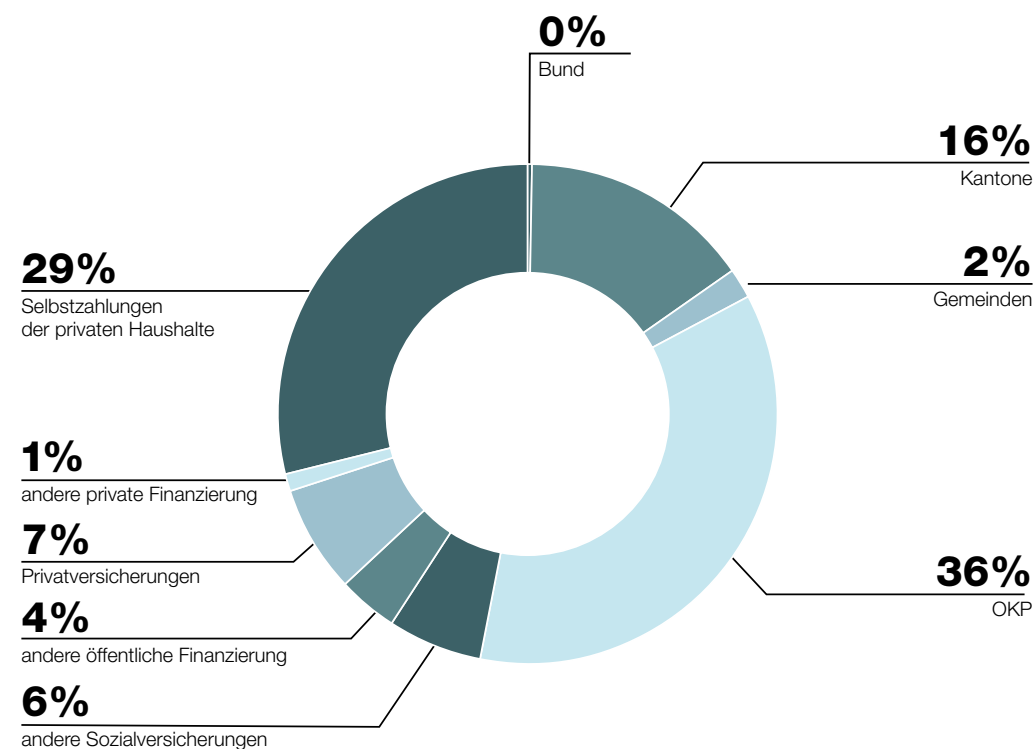
Quelle: BAG, Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) 2019.



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.

Das Gesundheitswesen 2017 nach Finanzierungsregimes



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017.

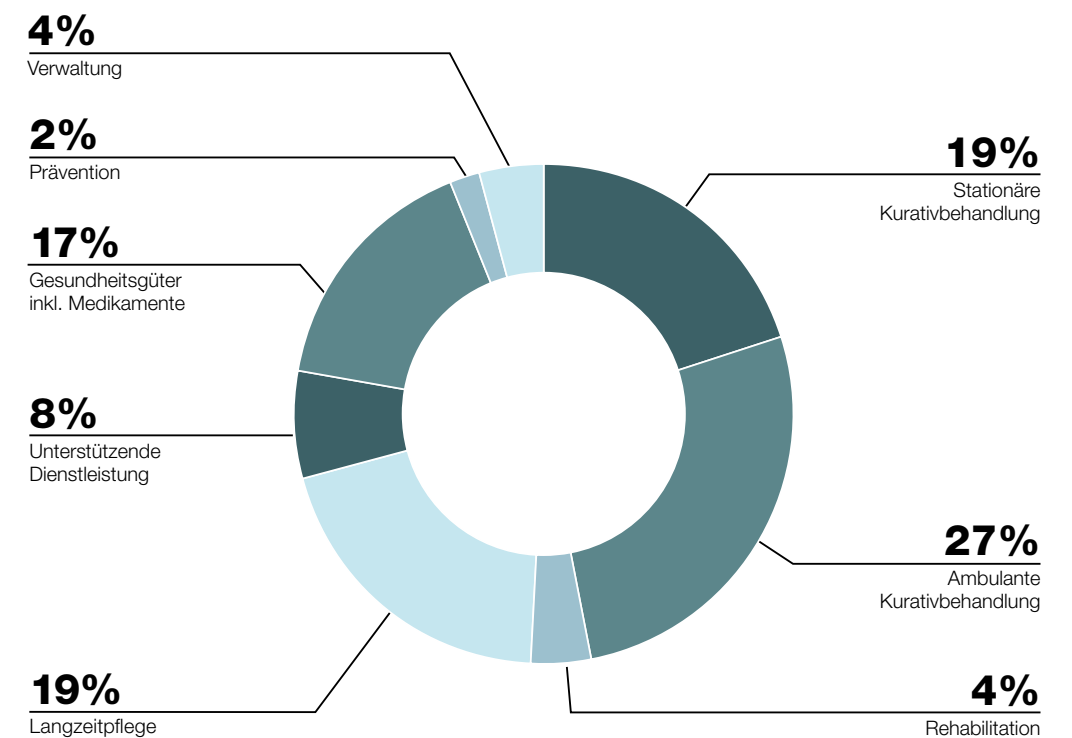
Die Brutto- und die Nettoleistungen der OKP pro Person liegen im Kanton Bern über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Deshalb liegen auch die Prämien im Kanton Bern über dem Schweizer Durchschnitt (mittlere Monatsprämien OKP 2020 für Erwachsene: Kanton Bern CHF 381.30, Schweiz CHF 374.40).

Der Anteil des Kantons Bern an den OKP-Leistungen liegt bei rund 12,5 Prozent. Es kann also davon ausgegangen werden, dass auch annähernd 12,5 Prozent der gesamten Kosten für die Gesundheitsversorgung, die für die Schweiz

im Jahr 2017 bei rund CHF 82.8 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 12,4 Prozent des Bruttoinlandprodukts.⁴⁶

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

Das Gesundheitswesen 2017 nach Leistungen



Quelle: BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017.

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 2019 lagen die Ausgaben des Kantons Bern im Gesundheitsbereich bei rund CHF 1.5 Mrd.⁴⁷ Davon wurden rund 70% für den spitalstationären Bereich (Spitäler Akutsomatik, Psychiatriekliniken, Rehabilitationskliniken und Geburtshäuser) und weitere 16% für die Alters- und Pflegeheime inklusive der Kurhäuser aufgewendet. Nicht enthalten in diesen CHF 1.5 Mrd. sind die indirekten Finanzierungen von Gesundheitsleistungen über die Ergänzungsleistungen (EL) und die Prämienverbilligung, an die sowohl Bund als auch Kantone Beiträge leisten.

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 Arbeitsfähigkeit 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 2017 arbeiteten rund 83 000 Personen (rund 59 000 Vollzeitäquivalente) im Kanton Bern im Gesundheitswesen und in Heimen.⁴⁸ Diese Zahl wird – insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung – bis 2030 weiter ansteigen.

⁴⁶ BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017.

⁴⁷ Vgl. Anhang 3.

⁴⁸ BFS, Statistik der Unternehmensstruktur (STATENT) 2017.

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 Abschlüsse⁴⁹ realisiert [Sekundarstufe II, Höhere Fachschule (HF), Fachhochschule (FH)].

Weiter entschädigt der Kanton Bern die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung mit CHF 15 000 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, (WFFV)], zu deren Beitritt sich der Kanton Bern entschlossen hat. Mit der Vereinbarung soll ein interkantonaler Ausgleich geschaffen werden, sodass die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen weniger einseitig bei jenen Kantonen anfallen, deren Spitäler sich stark in der Weiterbildung engagieren. Das für das Inkrafttreten der WFFV nötige Quorum von 18 Kantonen wurde bisher nicht erreicht.

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 60 000 Personen wachsen und der Altersquotient auf 40,0 ansteigen wird.⁵⁰ 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 Grundversorger⁵¹, in geringerem Ausmass jedoch urbane Räume und Spezialistinnen und Spezialisten. In der Versorgungsplanung 2016 gemäss SpVG wird im Kapitel 16 «nicht universitäre Gesundheitsberufe» einerseits aufgezeigt, wie viele gut ausgebildete Fachkräfte für eine bedarfsgerechte und qualitäts-

orientierte Versorgung der Bevölkerung nötig sind und andererseits, mit welchen Massnahmen ein Fachkräftemangel verhindert werden kann.

Mit der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin wird sich auch der Bedarf an Gesundheitspersonal verändern. Zudem stellt diese Entwicklung die Betriebe bezüglich Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte vor neue Herausforderungen.

Die Digitalisierung, sich verändernde Wertvorstellungen, Gleichstellung von Frau und Mann, neue flexible Arbeitsmodelle usw. verändern die Arbeitswelt stark. Die Leistungserbringer des Gesundheitswesens werden ihre Organisation den sich verändernden Bedürfnissen der Mitarbeitenden und der digitalen Transformation anpassen müssen.

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.

⁴⁹ GSI, Reportingbericht zur Ausbildungsverpflichtung 2017.

⁵⁰ Vgl. Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern. Verfügbar unter: <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/statistik/bevoelk/bevoelkerungsprojektionenszenarien1.html>

⁵¹ 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 Trends

Folgende beispielhaft aufgeführten Trends werden die Gesundheitsversorgung massgeblich beeinflussen.

Ambulantisierung: Der medizinische Fortschritt mit unterschiedlichen minimalinvasiven Operationstechniken, Anästhesien mit geringeren Nebenwirkungen und eine bessere Nachsorge bieten das Potenzial, Behandlungen zunehmend ambulant und kostengünstiger durchzuführen. Zur Förderung der ambulanten Leistungserbringung wurde per 1. Januar 2019 die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) angepasst. Bei einer definierten Gruppe von Eingriffen wird nur noch die ambulante Durchführung vergütet, ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern. Im Jahr 2021 wird der Kanton Bern zusätzliche Eingriffe definieren, die in der Regel nur noch ambulant durchgeführt werden sollen. Die Ambulantisierung entspricht einem Patientenbedürfnis, sollte zu tieferen Gesundheitskosten führen und auch den Kanton, der bisher nur stationäre Aufenthalte mitfinanziert, entlasten. Für die Spitäler stellt sie aber aufgrund tieferer Erträge eine Herausforderung dar, der mit Massnahmen im Bereich der Infrastruktur, der Prozesse, aber auch des Personals begegnet werden muss. Dies wird auch Auswirkungen auf die Spitallandschaft haben, wie wir sie heute kennen.

Einzelpraxen werden vermehrt zu Gruppenpraxen: Das Modell der Allgemeinmedizinerin oder des Allgemeinmediziners respektive der Spezialistin oder des Spezialisten in der Einzelpraxis wird vermehrt abgelöst werden durch Gruppenpraxen mit verschiedenen Ärztinnen und Ärzten des gleichen Fachs oder aber mit einem breiteren Angebot an Fachrichtungen. Infrastrukturen, aber auch nicht ärztliches Personal, können so besser ausgelastet werden, die Erreichbarkeit ist einfacher sicherzustellen.

Technologischer Fortschritt: Der Fortschritt in der Medizin führt dazu, dass immer mehr machbar wird und die Therapien immer individueller werden. Zu erwähnen sind hier beispielsweise Behandlungsmethoden wie die Gentherapie und die Precision Medicine.⁵² Der gerechte Zugang zu diesen teuren Behandlungsmethoden und Hilfsmitteln und die Frage, was ein Leben oder Lebensjahr kosten darf, wird die Finanzierer in den kommenden Jahren weiter beschäftigen.

Digitalisierung, Telemedizin: Neue Technologien beeinflussen die Art und Weise der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung. Immer weniger wird für Diagnostik und Behandlung eine Konsultation vor Ort nötig sein, immer mehr Leistungen könne orts- oder zeitungebunden erbracht werden. Dies spart Reisezeit, kann Kosten senken, ermöglicht es, die Leistungserbringung (teilweise) ins Ausland zu verlagern und kann die Versorgung von peripheren Regionen vereinfachen. Auf der anderen Seite stellen sich Fragen nach der Aufsicht, der Haftung und den Grenzen der Delegationsmöglichkeiten.

Demografische Entwicklung: Es ist davon auszugehen, dass die Bevölkerungszahl v.a. aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der Migration in den kommenden Jahren weiter ansteigt. Der Anteil der Rentnerinnen und Rentner wird zunehmen, ebenso der Anteil der hochaltrigen Menschen. Es ist jedoch auch so, dass die Lebenserwartung bei guter Gesundheit zunimmt. Das heisst, dass beispielsweise Alters- und Pflegeheimenintritte immer später erfolgen werden. Auch die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen wird weiter ansteigen. Diese Personen müssen demnach länger betreut werden. Auf Versorgungsseite ist zu beachten, dass ein grosser Teil der Ärztinnen und Ärzte v.a. in der freien Praxis in den kommenden Jahren pensioniert wird.

⁵² Die Universität Bern und die Insel Gruppe haben mit Unterstützung des Kantons das Bern Center for Precision Medicine gegründet. Dieses hat im Januar 2019 seinen Betrieb aufgenommen. Die Präzisionsmedizin, die auf Patientinnen und Patienten «massgeschneidert» wird, gilt als Medizin der Zukunft.



6 SWOT-Analyse

Stärken

Die SWOT-Analyse gliedert die Ist-Situation in Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken. Diese sind unterschiedlich stark durch den Kanton beeinflussbar: direkt, indirekt oder aber gar nicht.

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	Schwächen
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 Verselbstständigung 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 lässt sich im Kanton versorgen. Zusätzlich versorgen Berner Leistungserbringer viele ausserkantonale Patientinnen und Patienten. Gesundheitsförderung und Prävention ist für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen etabliert.	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. Generalistinnen und Generalisten für die ganzheitliche Behandlung von multimorbiden Patientinnen und Patienten fehlen wegen der voranschreitenden Spezialisierung. Für multimorbide, chronisch kranke Patientinnen und Patienten fehlt systembedingt weitgehend die koordinierte Nachversorgung nach einem Spitalaufenthalt und die vorausschauende Gesundheitsplanung im Einzelfall. 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. Die kurative, die präventive und die palliative Versorgung sind heute zu wenig aufeinander abgestimmt und die Alimentierung erfolgt nicht adäquat. 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. Zudem haben Menschen mit psychischen Erkrankungen eine deutlich tiefere Lebenserwartung als die Durchschnittsbevölkerung. Es fehlt heute ein gut realisierbares Angebot an Akut- und Übergangspflege (AÜP), das die integrierte Versorgung verbessern würde.

VERSORGUNG UND IHRE STEUERUNG	
Chancen	Risiken
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 demografische 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 Akutsonnmatik 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 Hausärztinnen und -ärzten, Spezialistinnen und 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.	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 die Hausärztin resp. den Hausarzt. Dies führt zu steigenden Kosten. Der Wettbewerb und die freie Spitalwahl gemäss KVG werden abgebaut. Kantone errichten wiederum Barrieren.

BEHÖRDEN	
Stärken	Schwächen
Breites Fachwissen und langjährige Erfahrung sind bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behörden vorhanden.	In der Verwaltung sind die Aufgaben auf verschiedene Direktionen/Ämter verteilt (betrifft insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention, Palliative Care den Suchtbereich und die Gesundheitsberufe). Ähnliche Prozesse werden teilweise unterschiedlich gehandhabt. 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	Risiken
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. Verbesserung der behördenseitigen Koordination.	Strukturen und Prozesse, die nicht dem sich wandelnden Umfeld angepasst werden, erschweren die Aufgabenerfüllung.

FINANZIERUNG	
Stärken	Schwächen
Das Gesundheitswesen generiert nicht nur Kosten, es ist auch Teil der Wertschöpfungskette. Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist zurzeit noch sichergestellt. Vier von sechs RSZ des Kantons Bern sind im Fallkostenbenchmark im untersten Quartil eingeordnet, d.h. sie 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.	Die Kosten im Gesundheitswesen steigen an trotz Preissenkungen, was auch die Privathaushalte zunehmend belastet. Nur ein Teil dieses Wachstums basiert auf der demografischen Entwicklung.⁵³ Der ambulante und der stationäre Bereich sind unterschiedlich finanziert. Die Kosten und die Erlöse sind im spitalambulantem 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 Tarifierung und Finanzierung des Gesundheitswesens setzt Anreize, welche zu einer Fokussierung auf die kurative Versorgung führen. Es fehlt an einer Regelfinanzierung für die integrierte Versorgung. Zudem sind neue Versorgungsmodelle mit den derzeitigen Tarifierungs- und Finanzierungsmodellen nicht umsetzbar (z.B. Advanced Practice Nurse). Die (finanzielle) Gesamtsicht über die Behandlungskette fehlt. Dies führt zu sektoriellen Optimierungen und verhindert solche über die gesamte Behandlungskette hinweg.
Chancen	Risiken
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, der 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 Investorinnen und Investoren.	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 resp. der Prosperität der (kantonseigenen) Leistungserbringer. Zurzeit besteht eine Priorisierung der Strategien zur Eindämmung des Kostenwachstums. Eine effiziente Leistungserbringung im spitalambulantem Bereich resp. die Ambulantisierung der Medizin wird durch die bestehende Unterfinanzierung im spitalambulantem 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	Schwächen
Der Ausbildungsstandard der Akteure ist hoch. Dadurch kann eine hohe Qualität sichergestellt werden. Die gute Ausbildungsqualität hat national und international Ausstrahlung.	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	Risiken
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.	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 unentgeltlichen Pflege von Angehörigen und der Freiwilligenleistungen. 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 demografischen Entwicklung, der Zunahme des Bedarfs im Behindertenbereich und der Tatsache, dass viele ältere Mitarbeitende in den nächsten zehn bis 15 Jahren aus dem Arbeitsprozess ausscheiden werden, ist eine überproportionale Zunahme des zukünftigen Personalbedarfs zu erwarten. Die Bedeutung und Belastung betreuender und pflegender Angehöriger nimmt zu. Ohne zusätzliche finanzierbare Entlastungs- und Assistenzangebote droht eine Überlastung der Angehörigen.

⁵³ 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.

7 Vision und Mission

7.1 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 gesamten 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 Selbstbestimmung, Würde 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 Patientinnen und 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.

7.2 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 bedarfsgerechter 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. Wir handeln wirkungsorientiert.

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, die Steuerung und die 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.



8 Stossrichtungen, strategische Ziele und Massnahmen

8.1 Stossrichtungen

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

Mit der Strategie werden folgende sechs Stossrichtungen⁵⁴ 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
VI	Eindämmung des Kostenwachstums

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. Neue Massnahmen sollen nur umgesetzt und finanziert werden, wenn anderswo durch Massnahmen Einsparungen erzielt werden konnten.

⁵⁴ Die Nummerierung der Stossrichtungen stellt keine Priorisierung dar.

8.2 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 Demografie 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		
1. Um den Bedarf der Bevölkerung zu eruieren, wird die Bedeutung der demografischen Entwicklung auf die Versorgung analysiert und es werden Impulse geschaffen für neue bedarfsgerechte Angebote.	●●●	
2. 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 und Lücken zu schliessen. Dabei wird der Zugänglichkeit der Leistungen für alle besonderes Gewicht beigemessen.	○●●	
3. Mit Steuerungsinstrumenten soll auf eine bedarfsgerechte Versorgung hingewirkt werden. Diese Steuerungsinstrumente werden regelmässig evaluiert und falls notwendig angepasst.	○●●	
4. Die Hausarztmedizin wird gefördert.	○●●	
A2 Die integrierte Versorgung fördern		
Die Integration in der Gesundheitsversorgung soll auf allen Ebenen gefördert werden.		
1. Eine engere Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren entlang der Versorgungskette wird angestrebt, insbesondere eine Annäherung zwischen Akutsomatik und Psychiatrie sowie zwischen medizinischen und (psycho-)sozialen Bereichen insbesondere in der Suchthilfe und bei anderen vulnerablen Gruppen.	●●●	
2. Niederschwellige und psychosoziale Angebote für eine rasche Versorgung werden gefördert und der Gesundheitsversorgung von vulnerablen Gruppen wird besondere Beachtung geschenkt.	○●●	
3. Die Versorgung am Lebensende soll verbessert werden, mit dem Ziel der Erhöhung der Lebensqualität. Dazu gehört etwa der Aufbau eines Langzeitangebots spezialisierter Palliative Care in den Alters- und Pflegeheimen.	●●●	
A3 Die Gesundheitsleistungen in einem standortübergreifenden und integrierten Versorgungsmodell erbringen		
1. 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 und die verwendeten Parameter in der Pflegeheimplanung überprüft werden.	●●●	
2. 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		
1. 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 auf vulnerable Gruppen fokussiert.	●●●	
2. Bereits bestehende Massnahmen und Programme werden auf ihre Wirkung analysiert und weiterentwickelt.	●●●	
A5 Die Versorgung der Bevölkerung verbessern		
4. 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 die Modellversuche zum Einsatz von mobilen Palliativdiensten resp. psychiatrischer Akutbehandlung zu Hause. Im Projekt Pflegefinanzierung stationär wird die bessere Definition und Finanzierung von geriatrischen Rehabilitationsangeboten geprüft.	○●●	
5. Die Leistungserbringung und die Patient*innenpfade sollen, zum Wohle der Patientin resp. des Patienten, vereinfacht werden.	○●●	
6. Der Kanton fördert den regelmässigen Kontakt und Austausch der verschiedenen Leistungserbringer und Berufsgruppen.	○●●	

VERSORGUNG UND IHRE STEUERUNG

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		
1. Kooperationen der Leistungserbringer untereinander, aber auch zwischen den Leistungserbringern, der Lehre und Forschung, den Akteuren aus dem Sozialbereich und der Wirtschaft sollen zielgerichtet gefördert werden, sodass Innovationen ermöglicht und umgesetzt werden können. Grundlage für Kooperationen stellt ein Austausch der Akteure untereinander dar.	●●●	
2. Austausch von Leistungsnutzern und Leistungserbringern fördern.	○●●	
3. Vernetzung mit Start-up-Förderung des Kanton Bern vorantreiben.	○●●	
B2 Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung fördern		
1. Projekte umsetzen zur Verbreitung der Digitalisierung, von eHealth und insbesondere des EPD, unter Beachtung des Datenschutzes.	●●●	
2. Prüfen von entsprechenden Beratungsangeboten für die Bevölkerung.	○●●	
3. Den Einsatz von künstlicher Intelligenz und Telemedizin fördern.	●●●	
B3 Für die Gesundheitsversorgung von morgen Modelle prüfen und konsolidiert einführen		
1. 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.	○●●	
2. 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, sodass die Gesundheitsversorgung optimal unterstützt wird. Sie gewährleisten Transparenz. Die heute lückenhaften Daten, insbesondere im ambulanten Bereich, sollen komplettiert werden, damit Entscheide faktenbasiert getroffen werden können.

Massnahmen			
C1 Regelmässige Aufgabenüberprüfung vornehmen		C4 Transparenz schaffen	
1. Mittels einer regelmässigen Aufgabenüberprüfung werden die Tätigkeiten der Behörden auf ihre Tauglichkeit analysiert, den veränderten Umständen und Herausforderungen zu begegnen.	● ● ●	1. Die Leistungserbringer werden mittels Benchmark bewertet. Die Aufsicht orientiert sich dabei an anerkannten Guidelines.	● ● ●
		2. Daten aus der Aufsicht und Qualitätsindikatoren sollen publiziert werden zur Förderung der Transparenz und eines Wettbewerbs über die Qualität der Leistungserbringer.	○ ● ●
C2 Tätigkeiten der Behörden effizient ausgestalten			
1. 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			
1. Es wird überprüft, wo Entscheidungsgrundlagen fehlen. Dabei kann es sich um finanzielle, statistische Daten, aber auch Qualitätsdaten handeln.	● ● ●		
2. 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 und den Versicherern 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 Ärztinnen und Ärzte sowie das Rettungswesen.	● ● ●		

FINANZIERUNG

D | Der Kanton Bern verfügt über Rahmenbedingungen, die einen effizienten Mitteleinsatz fördern, 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		D3 Leistungserbringer beaufsichtigen und Leistungscontrolling durchführen	
1. 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) und der Kosteneffekte für das Gesamtsystem besondere Beachtung geschenkt.	● ● ●	1. Die Leistungserbringer werden aus gesundheitspolizeilicher Sicht beaufsichtigt. Die Anforderungen werden dabei regelmässig kritisch überprüft und massvoll angesetzt.	● ● ●
2. Neue Vergütungssysteme, wie die Abgeltung mittels ambulanter Pauschalen und Capitation, sollen in spezifischen Projekten geprüft und allenfalls gefördert werden.	● ● ●	2. 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.	● ● ●
3. Sämtliche Rechtsetzungsvorhaben und neuen Aufsichtsinstrumente werden auf ihren Einfluss auf die Leistungserbringer geprüft (Kosten, Aufwand, Wirkung).	● ● ●	D4 Gesundheitsleistungen exportieren	
4. Leistungsverträge und die kantonale Finanzierung werden dahingehend überprüft, ob sie die integrierte Versorgung fördern.	● ● ●	1. Die überkantonale und internationale Ausrichtung der Universitäts spitäler und die Zuflüsse an interkantonalen und internationalen Patientinnen und Patienten sollen gestärkt werden. Dazu gehört auch die Positionierung des Universitäts spitals im Bereich der hochspezialisierten Medizin. ⁵⁵	○ ○ ●
D2 Kennzahlen erarbeiten			
1. 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.	● ● ●	D5 Kostenentwicklung bremsen	
		1. 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.	● ● ●
		2. Mit der Tarifgenehmigung soll ungerechtfertigten Preissteigerungen entgegengewirkt werden. ⁵⁶	● ● ●

⁵⁵ 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 Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (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.

⁵⁶ 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 teilweise Aktionär. Überdies leistet er Beiträge an die individuelle Prämienvverbilligung 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	E2 Gesundheitsfachpersonen befähigen und neue Berufsrollen fördern
1. In einem ersten Schritt ist der künftige Personalbedarf der Gesundheitsinstitutionen regional und nach Fachgebiet zu ermitteln. Die erhobenen Zahlen zum Personalbedarf der Gesundheitsinstitutionen sind möglichst national zu konsolidieren.	1. Die Befähigung der Gesundheitsfachpersonen soll nicht nur fachliche Themen umfassen, sondern auch bezüglich Fragen der Gesundheitskompetenz erfolgen.
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.	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. Gute Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der Wiedereinstieg sollen gefördert werden.	3. Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen, aber auch darüber hinaus, z.B. mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (➔ Interprofessionalität), soll gefördert werden.
4. Die Nachwuchsförderung soll durch eine optimale Aus- und Weiterbildungsverpflichtung sichergestellt werden, die auch die Anreizstrukturen und das Marktpotenzial berücksichtigt.	
5. Freiwilligenarbeit soll attraktiv gestaltet und gefördert werden. Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende und betreuende Angehörige sollen gefördert werden.	
6. Förderung von modernen Technologien, die das Gesundheitspersonal entlasten.	

8.3 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 Bundesparlamentarierinnen und Bundesparlamentariern im Hinblick auf Kommissionssitzungen und Sessionen sowie die regelmässigen Treffen des Berner Regierungsrates mit den Berner Ständeräten. Zudem beteiligt sich der Kanton aktiv an der Entwicklung und Umsetzung der nationalen Strategien im Bereich der Gesundheit.

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



9 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 erstellen sein werden.

Für folgende Versorgungsbereiche werden Teilstrategien entwickelt werden:

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

Die Teilstrategien basieren auf den in der Gesamtstrategie formulierten strategischen Zielen und Massnahmen. Die Strategien werden in unterschiedlicher Tiefe bearbeitet. Der Fokus liegt auf der Definition von konkreten Massnahmen für den entsprechenden Versorgungsbereich, wobei die Verbindung mit den nationalen Strategien und Massnahmen, die daraus umgesetzt werden, aufgezeigt wird.

10 Anhang 1 | Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
AV	Altersversicherung	GSI	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern [bis 31. Dezember 2019 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF); in der Strategie wird durchgehend von GSI gesprochen]
AÜP	Akut- und Übergangspflege	GesG	Gesundheitsgesetz (BSG 811.01)
BAG	Bundesamt für Gesundheit	HF	Höhere Fachschule
BEKAG	Ärztesgesellschaft des Kantons Bern	HV	Hinterlassenenversicherung
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	ICT	information and communications technology, Informations- und Kommunikationstechnologie
BFS	Bundesamt für Statistik	i.d.R.	in der Regel
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin	IV	Invalidenversicherung
BIP	Bruttoinlandprodukt	IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen	IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
B2B	Business-to-Business	KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
B2C	Business-to-Consumer	LA	Lastenausgleich
CHF	Schweizer Franken	MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
Curaviva Bern	Dachverband der Heime und sozialen Institutionen	Mio.	Million
diespitäler.be	Netzwerk der Berner Spitäler und Kliniken	MOKKE	Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung
DRG	Diagnosis-related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen	MPD	Mobile Palliativdienste
EKG	Elektrokardiogramm	Mrd.	Milliarde
EL	Ergänzungsleistungen		
EPD	Elektronisches Patientendossier		
EpG	Epidemiengesetz (SR 818.101)		
FH	Fachhochschule		
FS	Fonds für Suchtprobleme		

MV	Militärversicherung	SWOT	Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Bedrohungen)
NCD	Non-Communicable Diseases, nicht übertragbare Krankheiten	UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern AG
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	UV	Unfallversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung	UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
PAH	Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause	VEZL	Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.103)
RK	Rahmenkredit (hier ist der Rahmenkredit zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des SpVG gemeint)	VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)
RPD	Regionale Psychiatrische Dienste	VPSB	Verband Privatspitäler des Kantons Bern
RSZ	Regionale Spitalzentren	VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	WEU	Wirtschafts-, Energie- und Umweltdirektion des Kantons Bern
SHG	Sozialhilfegesetz (BSG 860.1)	WFV	Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung
SL	Spezialitätenliste	WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
SLG	Gesetz über die sozialen Leistungsangebote		
SpVG	Spitalversorgungsgesetz (BSG 812.11)		
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft		
STATENT	Statistik der Unternehmensstruktur		
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte		
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer		

11 Anhang 2 | Glossar

Akut, Akutversorgung	Akut bedeutet plötzlich auftretend und/oder schnell und heftig verlaufend. Akute Erkrankungen haben im Gegensatz zu chronischen Krankheiten einen mehr oder minder klar bestimmbaren Ausgangspunkt, sie entwickeln sich plötzlich und sind meist von vergleichbar kurzer Zeitdauer. In der Regel ist ein Zeitraum von 3 bis 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.
Ambulant	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.» Darunter fallen beispielsweise Besuche bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten oder Konsultationen in Spitalambulatorien.
BEJUNE	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.
Chronisch, chronische Erkrankung	Eine Krankheit wird als chronisch bezeichnet, wenn sie länger andauert, in der Regel länger als vier Wochen. Oft entwickeln sich chronische Krankheiten auch langsamer. Dazu gehören u.a. Herzkrankheiten, Krebs, Rheuma, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes. Weltweit gehören die chronischen Krankheiten zu den führenden Todesursachen.
DRG-System	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 demografischen Variablen in Fallgruppen eingeteilt werden.
Dualfixe Finanzierung	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.

eHealth	Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Abläufe zwischen Gesundheitsfachpersonen/-organisationen untereinander sowie zwischen Gesundheitsfachpersonen/-organisationen und Patientinnen und Patienten.
Ergänzungsleistungen	Die Ergänzungsleistungen zur AHV und zur 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 der IV gehören die EL zum sozialen Fundament unseres Staates. Die Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausgerichtet. Sie bestehen aus zwei Kategorien: – jährliche Leistungen, die monatlich ausbezahlt werden. Sie werden zu ⁵⁄₈ vom Bund und zu ³⁄₈ von den Kantonen finanziert; mit unterschiedlichen Tarifen für privat Wohnende und Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. – 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.
Gemeinwirtschaftliche Leistungen	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 die universitäre Lehre. Die Praxis in den Kantonen ist bezüglich gemeinwirtschaftlicher Leistungen unterschiedlich. In Sachen Höhe dieser Beiträge gibt es heute keine vollständige Transparenz.
Gesundheitsförderung	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».⁵⁷ Gesundheitsförderung orientiert sich somit an der Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale. Die Massnahmen der Gesundheitsförderung sind breit angelegt, wie beispielsweise die Verbesserung von Lebensbedingungen (Verhalten und Verhältnisse) und die Stärkung von Ressourcen.

⁵⁷ Ottawa Charta, WHO, 1996.

Gesundheitskompetenz	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.» ⁵⁸
Integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform mit hoher Verbindlichkeit unter den beteiligten Leistungserbringern, in der die ganzheitliche Betreuung und Behandlung der Patientin resp. des Patienten im Zentrum steht.
Kurativ, kurative Behandlung	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.
Mission	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.
Nicht übertragbare Krankheiten	Nicht übertragbare Krankheiten (engl. « non-communicable diseases », NCD): Gruppe von Erkrankungen, zu der beispielsweise Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Rheuma, chronische Atemwegserkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und psychische Störungen gehören und die nicht von einer Person auf eine andere übertragbar sind.
Out of pocket	Selbstfinanzierung von Gesundheitsleistungen durch die Patientin resp. den Patienten.

⁵⁸ Kickbusch et al., 2005.

Palliativ, Palliative Care	Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, der Patientin resp. dem 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 so weit wie möglich gelindert werden. Entsprechend den Wünschen der Patientin resp. des Patienten sind auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte zu berücksichtigen.
Prävention	Prävention verfolgt das Ziel, das Auftreten, die Verbreitung und die negativen Auswirkungen von Krankheiten und Risikoverhalten zu verhindern oder zu vermindern, indem Risikofaktoren beseitigt und/oder Schutzfaktoren gestärkt werden (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention). Präventive Massnahmen lassen sich nach «Verhaltensebene» und «Verhältnisebene» unterscheiden: Die Verhaltensprävention fokussiert auf die direkte Beeinflussung des individuellen Verhaltens, die Verhältnisprävention setzt bei den Umweltbedingungen und Strukturen an.
Psychisch	Die Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens, die Seele betreffend.
Psychosoziale Versorgung	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.

Qualität	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 eine bestimmte Person zweckmässig ist. Sie gibt Auskunft darüber, ob der erwartete Gesundheitsnutzen für die Patientin resp. den Patienten (z.B. Verminderung von Schmerzen, erhöhte Lebensqualität) grösser ist als das erwartete Risiko (z.B. Übelkeit als Nebenwirkung einer Therapie oder Komplikationen).
Rollenbilder, neue Rollen	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, damit diese in Delegation die expliziten ärztlichen Tätigkeiten übernehmen. So werden fehlende Arztstellen durch Pflegende (teilweise) substituiert. Dies beeinflusst sowohl die Rolle resp. das Rollenbild des Arztes resp. der Ärztin als auch der resp. des Pflegenden.
Somatisch	Den Körper betreffend und damit abgegrenzt zur Psychiatrie.
Stationär	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.»

Strategische Ziele	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.
TARMED	Die Tarifstruktur TARMED dient der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit einem Einzelleistungstarif.
Telemedizin	In der Telemedizin werden die diagnostischen und therapeutischen Leistungen unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Patientinnen und Patienten oder zwischen den Gesundheitsfachpersonen untereinander mittels Telekommunikation erbracht.
Versorgungsplanung (Langzeitpflege)	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.
Versorgungsplanung (Spitalplanung)	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 Spitallisten des Kantons Bern.
Vision	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. acht Jahre) und garantiert Sicherheit, Kontinuität und Stabilität.

12 Anhang 3 | Finanzierung und Vergütung

Leistungserbringer	Finanzierungssystem	Finanzierer	Anteil Kanton Bern (2016)	Anteil Kanton Bern (2017)	Anteil Kanton Bern (2018)	Anteil Kanton Bern (2019)	Vergütungssystem
Alters- und Pflegeheim	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	CHF 198.6 Mio.	CHF 205.0 Mio.	CHF 223.3 Mio.	CHF 235.8 Mio.	Normkosten vom Kanton festgelegt (Orientierung an Pflegestufe)
Ambulante Suchthilfe (Beratung, Therapie und Schadenminderung)	Subventionen (subsidiär nach SHG)	Kanton, Drittmittel, Erträge, Spenden	Gesamt: CHF 11.9 Mio. [nach Lastenausgleich (LA); inkl. Anteil aus Fonds für Suchtprobleme (FS) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus FS ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Gesamt: CHF 11.9 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS – im LA: ca. 50%. Beiträge aus FS ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Gesamt: CHF 11.8 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS – im LA: ca. 50%. Beiträge aus FS ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Gesamt: CHF 11.9 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS – im LA: ca. 50%. Beiträge aus FS ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Leistungsverträge mit Globalbudget (pro Produkt)
Apotheke	Versicherungsprämien, Sozialversicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Einzelleistungstarif (Höchstpreise gemäss SL resp. MiGeL)
Arztpraxis	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Einzelleistungstarif TARMED, SL resp. MiGeL
Chiropraktik	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Chiropraktoren-Tarif
Dialyse ambulant	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Spezieller Tarif gemäss SVK (Pauschale)
Freiberufliche Pflegefachperson	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Restfinanzierung Kanton CHF 5 Mio.	Restfinanzierung Kanton CHF 5 Mio.	Restfinanzierung Kanton CHF 5.5 Mio.	Restfinanzierung Kanton CHF 5.7 Mio.	Einheitliche Leistungstarife pro Spitexkategorie (private Spitex, öffentliche Spitex, freiberufliche Pflegefachpersonen, Wohnen mit Dienstleistungen), Normkosten vom Kanton festgelegt
Geburtshaus	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	55% der Kosten: CHF 0.5 Mio. (2016 nur Geburtshaus Luna):	55% der Kosten: CHF 0.9 Mio. (ab 2017 Geburtshaus Luna und Maternité Alpine):	55% der Kosten: CHF 1.5 Mio. (ab 2017 Geburtshaus Luna und Maternité Alpine).	55% der Kosten: CHF 1.5 Mio. (ab 2017 Geburtshaus Luna und Maternité Alpine).	SwissDRG-System
Gesundheitsförderung und Prävention	Subventionen (subsidiär nach SHG), Prämienzuschlag OKP, Versicherungsprämien, Drittmittel, out of pocket	Kanton, OKP (Prämienzuschlag), Privatversicherer, Drittmittel (Gesundheitsförderung Schweiz), Erträge, Spenden, Selbstzahler	Gesamt GFS: CHF 5.5 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA).	Gesamt GFS: CHF 5.5 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS) – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Gesamt GFS: CHF 4.8 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Gesamt GFS: CHF 4.6 Mio. [nach LA; inkl. Anteil aus FS – im LA: ca. 50%. Beiträge aus SF ausgenommen (zu 100% Anteil Kanton, da nicht im LA)].	Leistungsverträge mit Globalbudget (pro Produkt), Betriebsbeiträge
Hebamme und Entbindungspfleger	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Hebammentarif
Kurhaus	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 (2016)	55% der Kosten (in den Kosten für die Alters- und Pflegeheime enthalten) AÜP: CHF 0.1 Mio.	55% der Kosten (in den Kosten für die Alters- und Pflegeheime enthalten) AÜP: CHF 0.1 Mio.	55% der Kosten (in den Kosten für die Alters- und Pflegeheime enthalten) AÜP: CHF 0.1 Mio.	Normkosten vom Kanton festgelegt (Orientierung an Pflegestufe)

Leistungserbringer	Finanzierungssystem	Finanzierer	Anteil Kanton Bern (2016)	Anteil Kanton Bern (2017)	Anteil Kanton Bern (2018)	Anteil Kanton Bern (2019)	Vergütungssystem
Palliativversorgung	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Projektbeiträge Kantone	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Projektbeiträge Kanton: CHF 0.2 Mio. (nur BEJUNE)	Projektbeiträge Kanton: CHF 0.2 Mio. (nur BEJUNE)	Projektbeiträge Kanton: CHF 0.2 Mio. (nur BEJUNE)	Projektbeiträge Kanton: CHF 0.5 Mio. [BEJUNE und Modellversuch Mobile Palliativdienste (MPD)]	Leistungsvertrag
Psychiatrieklinik (ambulant)	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	CHF 25 Mio.	CHF 14.4 Mio.	CHF 19.7 Mio. [(Rahmenkredit für gemeinwirtschaftliche Leistungen (RK) 2018]	CHF 14.7 Mio. [inkl. Modellversuch psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (PAH), und RK 2019]	Einzelleistungstarif TARMED, SL; für den Kantonsanteil: Normkostenmodell
Psychiatrieklinik (stationär)	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.	55% der Kosten: CHF 124.7 Mio.	55% der Kosten: CHF 111.4 Mio.	TARPSY ab 2018
Psychotherapeutin resp. Psychotherapeut	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Einzelleistungstarif TARMED
Rehabilitation ambulant	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Einzelleistungstarif (Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen, Ergotherapie)
Rehabilitationsklinik	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.	55% der Kosten: CHF 67.5 Mio. (inkl. med. Innovationen).	55% der Kosten: CHF 67.2 Mio.	Tagespauschalen
Rettungsdienste	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Vorhalteleistungen: CHF 22 Mio.	Vorhalteleistungen: CHF 18 Mio.	Vorhalteleistungen: CHF 11.5 Mio. (Summe Akontozahlungen)	Vorhalteleistungen: CHF 14.8 Mio. (Summe Akontozahlungen)	Pauschalen gemäss Verträgen mit den Versicherern; für den Kantonsanteil: Normkostenmodell Kanton
Sanitätsnotrufzentrale	Kantonsanteil	Kanton	CHF 7 Mio.	CHF 7 Mio.	CHF 6.3 Mio. (Sano, KAPO Bern, Alarmierung Kanton Solothurn)	CHF 6.4 Mio. (Sano, KAPO Bern, Alarmierung Kanton Solothurn)	Leistungsvertrag
Spital Akutsomatik ambulant	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Einzelleistungstarif TARMED, SL resp. MiGeL
Spital Akutsomatik stationär	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.	55% der Kosten: CHF 869 Mio. (ohne Axsana, Beitrag Stiftung Patientensicherheit, Ombudsstelle und Stiftung Stillen)	55% der Kosten: CHF 874 Mio. (ohne Axsana, Stiftung Patientensicherheit, und Ombudsstelle)	SwissDRG-System
Spitexorganisation	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kanton	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	Restfinanzierung: CHF 110.4 Mio. (ohne Wohnen mit Dienstleistungen)	Restfinanzierung: CHF 116.7 Mio. (ohne Wohnen mit Dienstleistungen)	Restfinanzierung: CHF 102.2 Mio. (ohne Wohnen mit Dienstleistungen)	Restfinanzierung: CHF 94.9 Mio. (ohne Wohnen mit Dienstleistungen)	Einheitliche Leistungstarife pro Spitexkategorie (private Spitex, öffentliche Spitex, freiberufliche Pflegefachpersonen, Wohnen mit Dienstleistungen)
Stationäre Suchthilfe	Kantonsbeiträge und Subjektbeiträge (Kostgeldbeiträge) durch individuelle Sozialhilfe oder IV/EL, Sozialversicherungsprämien	Kanton, Gemeinden, AHV EL / IV, Erträge, Spenden	CHF 7.8 Mio. (nach LA) – im LA: ca. 50%.	CHF 7.3 Mio. (nach LA) – im LA: ca. 50%.	CHF 7.4 Mio. (nach LA) – im LA: ca. 50%	CHF 7.4 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)

Leistungserbringer	Finanzierungssystem	Finanzierer	Anteil Kanton Bern (2016)	Anteil Kanton Bern (2017)	Anteil Kanton Bern (2018)	Anteil Kanton Bern (2019)	Vergütungssystem
Substitutionstherapie	Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, Selbstzahler	Heroingestützte Behandlung: CHF 0.4 Mio. (nach LA)	–	–	–	Pauschaltarife (gemäss spezifischen Verträgen mit Krankenversicherern) und TARMED
Suchtfachklinik	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)	55% der Kosten (in den Kosten für die Psychiatriekliniken enthalten)	55% der Kosten (in den Kosten für die Psychiatriekliniken enthalten)	Tagespauschalen
Tagesklinik (psychiatrisch)	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kantonsanteil	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler, Kanton	CHF 20 Mio.	CHF 19 Mio.	CHF 17.5 Mio. (RK 2019)	CHF 19.2 Mio. (RK 2019)	Tagespauschalen, Kantonsanteil: Normkostenmodell (ab 2017)
Tagesstätte	Out of pocket, Kantonsanteil	Kanton, Selbstzahler	CHF 3.9 Mio.	CHF 3.9 Mio.	CHF 3.7 Mio.	CHF 3.8 Mio.	Tagespauschalen bis 2017 CHF 80 pro Pflege-tag, ab 2018 CHF 75 pro Pflege-tag
Therapeutin resp. Therapeut (Naturheilpraktiker ...)	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	–	–	–	–	Einzelleistungstarife
Wohnen mit Dienstleistungen	Sozialversicherungsprämien, Versicherungsprämien, out of pocket, Kanton	OKP, UV, IV, MV, Privatversicherer, Selbstzahler	Restfinanzierung: CHF 4.9 Mio.	Restfinanzierung: CHF 5.5 Mio.	Restfinanzierung: CHF 4.7 Mio.	Restfinanzierung: CHF 4.8 Mio.	Einheitliche Leistungstarife pro Spitexkategorie (private Spitex, öffentliche Spitex, freiberufliche Pflegefachpersonen, Wohnen mit Dienstleistungen); Kantonsanteil: Normkosten vom Kanton festgelegt
Wohnheim für Menschen mit Behinderung	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)	CHF 21.9 Mio. (exkl. Pflegeanteil, nicht alle Wohnheime für behinderte Menschen sind auf der Pflegeheimliste)	CHF 22.5 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
Zahnarztpraxis	Out of pocket oder Versicherungsprämien i.d.R., im Ausnahmefall Sozialversicherungsprämien	Selbstzahler und Privatversicherer i.d.R., im Ausnahmefall OKP, UV, IV, MV	–	–	–	–	Einzelleistungstarif (Zahnärztetarife SSO)

Gesundheits-, Sozial-
und Integrationsdirektion
des Kantons Bern
Generalsekretariat

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

www.be.ch/gsi