



diespitäler.be  
Geschäftsstelle  
Krankenhausstrasse 12 | 3600 Thun  
T +41 33-226 2600  
info@diepitaeler.be | www.diespitaeler.be

Gesundheits- und Fürsorgedirektion  
Spitalamt  
Rathausgasse 1  
3011 Bern

Thun, 14. Februar 2011

## **Konsultation zur Versorgungsplanung 2011 - 2014**

Sehr geehrter Herr Gesundheitsdirektor  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Teilnahme an der Konsultation zur Versorgungsplanung 2011-2014. Wir beschränken uns im Folgenden auf diejenigen Aussagen und Anmerkungen, welche uns aus Verbandssicht als relevant erscheinen und verzichten somit auf Aussagen, die sich auf einzelne Institutionen und Regionen beziehen. Nicht äussern können wir uns zu den Ausgangsdaten und Variablen, die der Versorgungsplanung zu Grunde liegen. Sie scheinen uns jedoch in ihrer Gesamtheit als plausibel.

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

Anerkennend kann festgestellt werden, dass der Inhalt der Versorgungsplanung sehr umfassend abgefasst ist. Dadurch ist er in seiner Gesamtheit nicht ganz einfach zu verstehen. Wir erwähnen dies, weil im aktuellen Konsultationsverfahren die Gefahr besteht, dass Aussagen zu Einzelheiten gegenüber einer Gesamtsicht dominieren können. Deshalb stellt sich für uns die Frage, ob der Bericht künftig nicht in 2 Dokumente gefasst werden müsste. Dabei soll das Dokument 1 die Strategie und die daraus abgeleiteten Massnahmen enthalten, das Dokument 2 die Details dazu. Dennoch beurteilen wir die Grundhaltung in diesem Bericht als richtig, zielführend und konsequent, dies bezogen auf die Versorgungsplanung der Vorperiode. Zu erkennen vermögen wir auch, dass sich der Kanton künftig auf die Rolle des "Steuerns" beschränken will. Einen Mangel erkennen wir jedoch bei der Beschreibung der einzusetzenden Instrumente. Diese werden wohl angesprochen, jedoch lediglich in einer vagen Form. Wir erwarten deshalb einen genaueren Beschrieb, mit welchen Instrumenten der Kanton das Gesundheitswesen zu steuern gedenkt. Aufgefallen ist auch, dass Sie die Vision "4-Regionen-Modell" als Weiterentwicklung der Versorgungsplanung anstreben, in der Planungsphase 2011-2014 jedoch ausschliesslich das "Modell 6+" betrachten. Aus unserer Sicht muss diesem Uebergang in eine neue Organisation bereits in der aktuellen Phase das nötige Gewicht beigemessen werden. Zu beachten ist dabei die Investitionstätigkeit: Es muss verhindert werden, dass Investitionen getätigt werden, die bei einer Strukturanpassung in einer künftigen Planungsperiode nicht mehr benötigt werden.

Der demografischen Entwicklung wird in der Versorgungsplanung eine grosse Bedeutung beigemessen, das gesteigerte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung dagegen kommt nur am Rande vor. Unserer Ansicht nach wird sich jedoch die nachgefragte Menge nach Gesundheitsleistungen in stärkerem Masse durch das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung ausdrücken als durch die demografische Entwicklung.

**Fazit:** Die Versorgungsplanung wird in der vorliegenden Form als umfassend und in die richtige Richtung weisend zur Kenntnis genommen. Wir wünschen jedoch, dass die Planungsphase 2015-2018 bereits in der vorliegenden Versorgungsplanung einbezogen wird, dies im Sinne einer rollenden Planung.

### **Befürworten sie die versorgungsplanerischen Zielsetzungen?**

Die aufgelisteten 11 Versorgungsziele lesen sich wie eine "Regierungserklärung". Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Wir vermissen hier jedoch Vorgaben, in welchen Prioritäten die Ziele erreicht werden sollen, denn so, wie sich diese präsentieren, muss davon ausgegangen werden, dass alle im gleichen Rang stehen. Gerade was die Erreichbarkeit anbelangt, so ist das Ziel 15/90 für den Rettungsdienst allzu ambitiös, wirtschaftlich nicht zu rechtfertigen und personell nicht realisierbar. Wir meinen, dass nach wie vor das Ziel 30/80 anzustreben ist. Besonders aufgefallen ist uns das Ziel Nr. 10, "Kostenführerschaft unter den Uni-Kantonen bei den Gesundheitskosten". Dieses Ziel steht im Widerspruch zu den allgemeinen Ausführungen, in denen darauf hingewiesen wird, dass der Kanton wegen seiner geographischen Struktur und der Zweisprachigkeit zu höheren Gesundheitskosten tendiere. Deshalb scheint uns das Ziel, so wie es beschrieben ist, nicht realisierbar.

**Fazit:** Die versorgungsplanerischen Zielsetzungen sind mit Ausnahme des Ziels Nr. 10 richtig. Allerdings würden wir eine Gewichtung der Ziele begrüßen. Das Ziel Nr. 10 muss neu formuliert werden und zwar in dem Sinne, dass die Kostenführerschaft nicht im Widerspruch mit den geographischen Gegebenheiten steht.

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

Die Versorgungsplanung, so wie sie formuliert ist, ist integral zu verstehen. Aus unserer Sicht wird der stationäre Teil jedoch im Verhältnis zum ambulanten bzw. teilstationären Teil zu stark gewichtet. Diese Betrachtungsweise lässt den Schluss zu, dass den Spitälern in diesem Bereich die Planungsautonomie erhalten bleibt. Der sogenannte tagesstationäre Bereich, also jener Teil, der ambulant in einer Spitalinfrastruktur erbracht wird, hat bereits heute einen bedeutenden Umfang und wird in der Zukunft einen noch höheren Stellenwert erhalten. Uns scheint, dass diesem Zustand im Bericht zu wenig Bedeutung zukommt, belastet doch diese Patientenkategorie die Spitalinfrastruktur in zunehmendem Masse, ohne dass die Finanzierung dafür gesichert ist.

**Fazit:** Grundsätzlich stimmen wir der Beschreibung des Ist-Zustandes zu. Dem "tagesstationären" Bereich muss jedoch im Hinblick auf planerische Aussagen die nötige Beachtung geschenkt werden, weil beide Bereiche auf derselben Infrastruktur bauen.

### **Sind Sie mit den Strategien im Bereich der Akut-Somatik einverstanden?**

Unter den 7 aufgeführten Strategien sind für die Institutionen Nr. 4, 5 und 7 von einiger Bedeutung. Der Kanton erkennt richtigerweise die gefährdete Grundversorgung durch den "klassischen" Hausarzt. In der Versorgungsplanung wird deshalb vorgeschlagen, diese in der Zukunft an Bedeutung zunehmende Grundversorgung in einer Kooperation mit den Leistungsanbietern vorzunehmen. Aus Sicht der "diespitäler.be" würden wir eine griffigere Formulierung für die Gestaltung dieser Grundversorgung begrüßen. Wir könnten uns dabei vorstellen, dass die regionalen Spitalzentren dieses Angebot initiieren und verantworten, der Kanton dabei eine finanzielle Initialleistung erbringt. Allerdings bezweifeln wir, dass der Betrieb solcher Einrichtungen unter den aktuellen tariflichen Bedingungen kostendeckend sein kann.

In der Strategie 5 führt der Kanton die Mengensteuerung für Spitalleistungen ein. Für die Institutionen ist dies von einiger Bedeutung. Deshalb haben "diespitäler.be" bereits mit Schreiben

vom 28. September 2009 zur revidierten Spitalliste Stellung genommen. Dabei wurde festgehalten, dass mit der Einführung von Leistungsmengen die Tür zur Rationierung der Spitalleistungen an öffentlichen Spitälern und an andern Gesundheitseinrichtungen geöffnet wird, was kaum im Interesse der Bevölkerung sein kann. Die Ausrichtung der Leistungsmengen auf einen theoretischen Bedarf durch eine Mengensteuerung ist deshalb in der Spitalliste aus den folgenden Gründen abzulehnen:

1. Sie widerspricht dem Prinzip der freien Spitalwahl und steht damit im Widerspruch zum Willen des KVG.
2. Sie bildet explizit die Grundlage für die Einführung einer flächendeckenden Rationierung.
3. Das vorgeschlagene Instrumentarium der Mengensteuerung pro Spital und Leistungsbereich ist untauglich.
4. Die Strategie Nr. 5 steht im Widerspruch zu vielen wichtigen andern Punkten der Versorgungsplanung.

Darum wird diese Grundhaltung zur Mengesteuerung, wie sie im Bericht steht, kategorisch ablehnt. Einmal mehr betonen "diespitäler.be", dass dafür ein besonderes Gewicht auf die Prozess- und Strukturqualität, als zentrales Steuerungsinstrument, gelegt werden soll.

Das Thema der "integrierten Versorgung" wird auch aus Sicht der "diespitäler.be" einen neuen Stellenwert in der Versorgungsplanung erhalten müssen. Es ist daher zu begrüssen, dass der Kanton sich diesem Thema annimmt und dafür eine eigene Strategie entwickelt. Es ist dabei davon auszugehen, dass der Kanton entsprechende Projekte initiiert, diese finanziell unterstützt und zwar über den Zeitpunkt des Abschlusses des Projektes hinaus. Unter den aktuellen tariflichen Bedingungen kann eine integrierte Versorgung nicht kostendeckend betrieben werden.

**Fazit:** Mit der Mehrheit der aufgezeigten Strategien sind wir einverstanden. Absolut nicht identifizieren können wir uns mit der Strategie Nr. 5, in welcher der Kanton eine Mengensteuerung einzuführen gedenkt.

### **Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeitgemässen somatischen Versorgung im Kanton Bern?**

Die aufgeführten Aspekte sind unseres Erachtens umfassend und weitgehend in sich konsistent. Wichtig ist insbesondere, dass die Versorgungsplanung als rollende Planung betrachtet wird, sich dementsprechend permanent neuen Erkenntnissen anpasst bzw. sich diese zu Nutze macht.

**Fazit:** Diese Strategie ist umfassend.

### **Sind Sie mit den Massnahmen im Kapitel 6.5 einverstanden?**

Grundsätzlich können "diespitäler.be" das Einverständnis zu den Massnahmen erklären. Allerdings kommt dieser Abschnitt zu sehr zusammengefasst daher. So werden bei der Massnahme für die Aufnahme auf die Spitalliste einfach qualitative Anforderungen festgehalten. Hier erwarten wir eine klare und eindeutige Formulierung, was diese qualitativen Anforderungen beinhalten. Besonderes Gewicht messen wir dabei den Struktur- und Prozess-Qualitätskriterien zu. Offene Türen rennen Sie mit der Forderung nach mehr Kooperation zwischen den Spitälern ein. Wir verweisen darauf, dass die Kooperationen unter den Spitälern bereits recht weit fortgeschritten sind. Dennoch kann ein diesbezüglicher zusätzlicher Handlungsbedarf nicht in Abrede gestellt werden. Eine griffigere Darstellung der sog. gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist in diesem Kapitel notwendig sowohl in qualitativer wie auch in quantitativer Hinsicht. Diese Feststellung steht im Zusammenhang mit der Massnahme, die auf eine Senkung der Fallkosten zielt. Eine Senkung der Fallkosten ist dann möglich, wenn in diesen nicht gemeinwirtschaftliche Leistungen erbracht werden müssen. Einen geglückten Beschrieb über eine solche Leistung finden wir bei der Ausbildungsverpflichtung und –finanzierung des nichtärztlichen Personals. Dieses Modell ist auch auf die ärztlichen Mitarbeitenden, die sich in der Weiterbildung befinden, anzuwenden, weil ausserhalb der Baserate finanziert und deshalb ein "Trittbrettfahren" nicht erlaubt. Einen überhöhten Stellenwert erhält die Massnahme "Monitoring der Investitionen". Dafür reichen die Rechnungslegung nach Swiss GAAP FER einerseits und die Bilanz und die Mittelflussrechnung andererseits aus, dieses Monitoring auszuüben. Die Einführung zusätzlicher Prozesse und Massnahmen scheinen uns überflüssig.

**Fazit:** Mit den Massnahmen können wir uns nur teilweise einverstanden erklären. Dazu erwarten wir griffigere Beschreibungen der Massnahmen, die operationell durchzusetzen sind. Als Beispiel sei die Struktur- und Prozessqualität erwähnt sowie die Ausscheidung und Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Wie bereits unter dem Kapitel "Strategie" dargelegt werden die Massnahme Beschränkung der Leistungsmengen abgelehnt.

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

So wie wir die Versorgungsplanung bis 2011 – 2014 verstehen, wird der Kanton steuernd auf die Gesundheitsversorgung in seinem Hoheitsgebiet einwirken. Wie bereits einleitend gesagt, fehlen die klaren Bezeichnungen der Instrumente. Wir wünschen uns dabei, dass der Kanton aufzeigt, dass er finanzielle Anreize schafft, Projekte initiiert und die Leistungsaufträge entsprechend gestaltet.

Die Strategie zu entwickeln und die operative Umsetzung der Spitalversorgungsplanung liegen bei den einzelnen Institutionen. Die politischen Entscheide zu fällen und diese verbindlich zu kommunizieren, welche dieser strategischen und operativen Umsetzung zu Grunde liegen müssen, sind jedoch beim Kanton anzusiedeln. Wenn es um regionalpolitische Entscheidungsprozesse geht, so sind die Regionalkonferenzen zwingend in diesen Prozess einzubeziehen. Das Gesundheitswesen ist dermassen mit Emotionen behaftet, dass die regionale Bevölkerung bei strategischen Entscheiden einbezogen werden muss. Dabei denken wir insbesondere bei der künftigen Gestaltung der Grundversorgung mittels integrierter Gesundheitszentren. Diese Öffentlichkeitsarbeit wird zentral sein, in welcher Form und in welchem Zeitabschnitt Gesundheitszentren eingeführt werden können.

Ein besonderes Anliegen ist den "diespitäler.be" die Ausgestaltung der Spitalliste. Wie bereits vorgängig darauf hingewiesen, ist die Ausgestaltung der Spitalliste eine wesentliche Grundlage, wie sich die Institutionen in der Zukunft zu verhalten haben. Prozess- und Strukturqualitätsmerkmale müssen dabei zentral sein. Leistungsmengenbeschränkung können dort vorgesehen werden, wo allenfalls Fehlanreize bestehen, welche nicht auf eine andere Art und Weise korrigiert werden können. Die vorgesehene Leistungsmengensteuerung wird als untaugliches Instrument abgelehnt. Sie soll, wie bereits voranstehend dargelegt, über Qualitäts- und Effizienzkriterien erreicht und allenfalls mit Massnahmen der Missbrauchsbekämpfung ersetzt werden.

Die Versorgungsplanung 2011 – 2014 ist unter Führung des Kantons sorgfältig zu kommunizieren. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass künftig nicht nur finanzielle Ressourcen knapp werden, sondern dass die personellen Ressourcen zu einer Konzentration der Spitalleistungen führen werden, deshalb Massnahmen zu planen und realisieren sind, welche die Grundversorgung der Bevölkerung wichtig erscheinen lassen. Ein gutes Beispiel dafür könnte die Schaffung von Gesundheitszentren sein.

## **Kapitel 7: Rehabilitation** (Verfasst durch den Fachbereich "Rehabilitation)

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

Die aktuelle Situation ist klar dargelegt. Die Rehabilitation ist im Einführungskapitel gut umschrieben. Jedoch erstaunt nach wie vor, die hohe Anzahl an ausserkantonalen Kliniken. Es ist unverständlich, weshalb das Rehabilitationszentrum Leukerbad (RZL) als private ausländische Investitionsgesellschaft weiterhin auf der Spitalliste Bern aufgeführt ist. Weiter ist die Vergabe von Leistungsaufträgen im muskuloskelettalen Bereich an Kliniken, die die fachlichen Kriterien (z.B. gemäss SWISS REHA) nicht erfüllen, bemerkenswert.

Ungewöhnlich ist die Vergabe von Leistungsaufträgen zur geriatrischen Rehabilitation, obwohl diese aufgrund der häufigen Beschwerden vor dem Bundesverwaltungsgericht noch nicht wirksam sind. Es ist zu prüfen, ob der Ausbau der bestehenden Rehabilitationsangebote nicht angebrachter wäre, statt die spezialisierte geriatrische Rehabilitation einfach irgendwo anzugliedern. Vielmehr bedarf diese Rehabilitation - will sie auch als das verstanden werden - der nötigen qualitativen und quantitativen Ressourcen.

Durch die rasante Entwicklung im Gesundheitswesen ist die Datengrundlage aus dem Jahr 2007 problematisch. Für die Planung 2011-2014 müssten zusätzlich die Daten 2010 mit einbezogen und rollend überprüft werden. Was die Analyse der Aufenthaltsdauer betrifft, kann nicht auf eine Homogenität der Patientengruppen geschlossen werden, auch wenn der Median ähnlich ist. Auch sagt sie nichts über die Intensität der Rehabilitationsprogramme aus. Es lässt eher auf die Praxis der Kostengutsprache schliessen, wie im Bericht erwähnt. Dieser Wert ist nicht tauglich zur Berechnung der Bettenkapazität.

Es fällt verschiedentlich auf, dass die periphere Lage von Rehabilitationskliniken als Schwäche empfunden wird. Die Lage der Berner Reha-Kliniken ist unseres Erachtens für die stationäre Rehabilitation kein Nachteil. Zudem ist die Einbettung in die Natur eher positiv für den Heilungsprozess. Für die MS-Patienten ist zudem die Höhenlage von grosser Wichtigkeit. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Versicherungsteil nicht wie angenommen stattgefunden hat. Für den stationären Aufenthalt hat das wohnortnahe Angebot nicht oberste Priorität. Eine Zentralisierung der Rehabilitation in Zentrumsnähe macht nur für das ambulante Angebot Sinn.

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

Es ist unrealistisch zu glauben, dass der Zuwachs von stationären Fällen ausschliesslich (+192,8%) im Bereich der geriatrischen Rehabilitation anfällt. Ausser, es handelt sich um eine bewusste Verschiebung aus der organspezifischen Rehabilitation in die geriatrische Rehabilitation, was nur Sinn macht, wenn eine Schwächung der bestehenden Standorte und ein Aufbau von neuen Rehabilitationsstrukturen angestrebt würde. Es gibt genügend Fälle, die in einer geriatrischen Rehabilitation behandelt werden, bei denen jedoch ebenso eine organspezifische Rehabilitation indiziert wäre. Unserer Meinung nach darf nicht die ganze Gruppe der Rehabilitation von multimorbiden/internistischen Patienten der Subgruppe der spezifischen geriatrischen Rehabilitation subsumiert werden, sonst wird die spezialisierte geriatrische Rehabilitation zum Sammeltopf indikationsspezifischer Patienten einer bestimmten Altersgruppe.

Es ist richtig, dass der Kanton die stufengerechte Versorgung unterstützen und Kooperationen sowie integrierte Versorgungspfade zwischen den Einrichtungen der Akutsomatik und der Rehabilitation fördern soll. Er sollte jedoch peinlichst darauf geachtet werden, dass keine politisch motivierten Manöver, die die Auslastung bestehender Strukturen gefährden, durchgeführt werden.

Betreffend Bedarfszahlen im Rehabilitationsbereich sind nebst den kantonalen auch die interkantonalen Patientenströme zu berücksichtigen. Die Strategie der Kooperationen können wir grundsätzlich unterstützen, dürfen aber auch festhalten, dass diese in verschiedenen Bereichen und unter verschiedenen Leistungserbringer zum Teil bereits umgesetzt sind. Wünschenswert wäre, dass der Kanton Projekte im Bereich der Kooperation und der integrierten Versorgung auch finanziell unterstützt.

## **3. Umfassen die Strategien die wichtigsten Aspekte im Hinblick auf die Entwicklung einer zeitgemässen rehabilitativen Versorgung im Kanton Bern? Wenn nein, welche Aspekte fehlen?**

Es mutet seltsam an, dass die Planung und Weiterentwicklung der Rehabilitation im Kanton nicht gemeinsam mit den bestehenden Rehabilitationskliniken angegangen wird. Die Gefahr, dass damit bestehende Standorte geschwächt und dafür neue teure Strukturen aufgebaut werden, ist gross. Für uns ist es unverständlich, dass nicht auf bestehenden Kompetenzen aufgebaut wird. Der Kanton soll mit den interessierten Reha-Kliniken die notwendigen und realisierbaren Weiterentwicklungen gemeinsam erarbeiten.

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

Die Massnahmen scheinen sinnvoll zu sein. Die Schaffung eines kantonalen Kompetenzzentrums für die Rehabilitation muss zwingend zusammen mit den Reha-Kliniken realisiert werden.

Ausserdem sind wir der Meinung, dass der Kanton Bern nicht eigene Qualitätskriterien erarbeiten

und erlassen sollte, da z.B. die ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) nationale und anerkannte Kriterien entwickelt. Diese Arbeiten werden von SWISS-REHA sowie von H+ unterstützt. Dabei werden auch die verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften involviert.

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

Die Mengensteuerung ist im Rehabilitationsbereich grundsätzlich abzulehnen und stattdessen ist auf zu erfüllende Qualitätsstandards zu setzen. Als Entschädigungssysteme sind sowohl die Pauschal-(Fall)entschädigung wie - je nach Fachgebiet - die Tagespauschalentschädigung zu wählen. Bestehende Infrastrukturen und interdisziplinär gut funktionierende Betriebe sind den gestiegenen Fall- und Behandlungszahlen anzupassen. Ein weiteres Zentrumsspital entspricht nicht der Nachfrage und kann bezeichnenderweise nur von einem kleinen Teil genutzt werden. Zur Abdeckung der ambulanten Bedürfnisse bedarf es unseres Erachtens keiner zusätzlichen Institution, welche spezialisierte Rehabilitation anbietet. Sollte dieser Gedanke trotzdem weiterverfolgt werden, ist darauf zu achten, dass die Federführung für den Betrieb bei den spezialisierten Reha-Anbietern bleibt.

**6. Sehen Sie andere Massnahmen zur Verbesserung der Rehabilitation im Kanton Bern?**

Die Bildung einer Fachgruppe Rehabilitation, wie wir dies in der Vernehmlassung zu den Ausführungsbestimmungen des Spitalgesetzes gefordert haben, wäre jetzt endlich vorzunehmen.

**Kapitel 8: Psychiatrie**

Die Eingabe erfolgt direkt durch die Fachgruppe "Psychiatrie"

**Kapitel 9: Rettungswesen**

Die angestrebte Interventionszeit von 15 Minuten für 90% der Bevölkerung ist weder personell noch finanziell realisierbar. Aus Sicht der diespitäler.be sollte die gegenwärtige Regel 80/30 beibehalten werden.

**Kapitel 10: Gesundheitsberufe**

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

Im Grundsatz können wir den Ausführungen des Berichtes zustimmen. Er enthält umfassend die bereits bekannten Eckdaten und umschreibt die aktuelle Ausgangslage. Wie weit der ausgewiesene, zukünftige Nachwuchsbedarf der effektiv benötigten Anzahl Personen entspricht, kann aus Benutzersicht nur bedingt beurteilt werden.

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

Die Strategien der Nachwuchssicherung sind in vorliegender übergeordneter Formulierung plausibel. Interessieren wird, in welcher Weise die Strategien umgesetzt werden und wie die Zusammenarbeit sowie die Zuständigkeit und die Aufteilung der Finanzierung erfolgen wird.

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

Die vorgeschlagenen Massnahmen (Ausbildungsverpflichtung, Personalerhaltung, Rekrutierung und Stützung des ärztlichen Nachwuchses in Spitälern und der Hausarztmedizin) können wir unterstützen, Die meisten der aufgeführten Massnahmen sind bereits bekannt und teilweise umgesetzt. Verstärkte Aufmerksamkeit ist der Wiedergewinnung von Pflegepersonal "ausser Dienst" (WiedereinsteigerInnen) mit vereinfachten Einstiegslehrgängen und allenfalls einer Neuauflage "Rekrutierung von Spätberufenen" mit entsprechendem Gehaltsmodell zu schenken. Unter dem Kapitel "Personalerhaltung" wird auch der Begriff Lohnmassnahmen aufgeführt. Hier wäre es

wichtig, dass die Lohnschere zwischen den einzelnen Kantonen kleiner wird.

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

Wir vermissen das Sichtbarmachen einer klaren Trennung der Elemente Planung, Steuerung und Instrumente sowie deren Zuordnung an dafür zuständige Stellen/Gremien die es erlauben, konkrete und praxistaugliche Massnahmen, die möglichst einfach umzusetzen sind auszuarbeiten. Der nötige Freiraum in Bezug auf individuelle Personalerhaltungs- und Rekrutierungsmassnahmen ist den Betrieben zu überlassen.

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

Als zusätzliche Massnahme zur Personalsicherung im Gesundheitswesen kann die Prozessoptimierung innerhalb der einzelnen Disziplinen erwähnt werden, die im Idealfall zu einer Reduktion des benötigten Personals führt. Obwohl es sich hierbei um eine immerwährende Aufgabe der jeweiligen Institutionen handelt, die nur indirekt auch mit Nachwuchsfragen und Personalerhaltung zu tun hat, gehört sie trotzdem erwähnt.

Eine weitere nicht unwichtige Massnahme sehen wir darin, dass das Berufsbild, insbesondere des Pflegeberufes positiv(er) dargestellt wird und zwar nicht primär mit Hilfe von Filmmaterial sondern in der Diskussion/Auseinandersetzung mit den Sozialpartnern und dabei in erster Linie mit dem Berufsverband der Pflegefachleute, dem SBK. Wir glauben, dass das stets negativ dargestellte Berufsbild Pflege (belastend, schlecht bezahlt, viele Überstunden, keine Freizeit, belastende Nacht- und Wochenenddienste) für das Image des Pflegeberufes und damit für eine Berufswahl nicht förderlich ist.

Ein weiterer Gedanke ist, das Berufsbild Pflege bereits in den Unterstufen aktiver zu präsentieren, allenfalls auch medienwirksam durch wiederkehrende attraktive Werbung unter Nutzung sämtlicher Medien.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass wir in der Praxis davon überzeugt sind, dass es für FaGe's zu wenig Anreize gibt den Zugang zum Pflegeberuf HF zu wählen. Den Grund sehen wir in der zu kleinen Lohndifferenz zwischen den beiden Berufen. Wir haben bereits bei der Vernehmlassung zum Einreichungsvorschlag FaGe auf diesen Umstand hingewiesen ohne dass bisher darauf eingetreten wurde.

Das heutige Berufsbild FaGe und Pflege HF ist ausschliesslich auf die somatischen Betriebe ausgerichtet. Es kann festgestellt werden, dass Berufsinteressierte lieber den Lehrbeginn ein Jahr hinausschieben anstelle sich im Langzeit- oder Spitexbereich zu bewerben. Auch ein späterer Wechsel scheint wenig attraktiv. Einen Lösungsansatz sehen wir darin, Lehrstellen im Verbund anzubieten in welchem die Auszubildenden alle Bereiche durchlaufen müssen.

Ein letzter Punkt, der zwar nicht in direktem Zusammenhang mit den gestellten Fragen steht aber unbedingt zu bearbeiten ist, betrifft die vom Arbeitgeber bezahlte Praxisentschädigung. Dass diese, begründet mit der Produktivität der Studierenden im dritten Ausbildungsjahr, den Betrieb mit Fr. 1'000.-/Monat und Studierende belastet erachten wir als unverhältnismässig und entsprechen in keiner Weise der "Produktivität" und müsste korrigiert werden. Diese Anmerkung gilt, obwohl die Entschädigungen in dieser Zeit tiefer angesetzt sind, sinngemäss auch für die beiden ersten Lehrjahre. Insgesamt sollte für den gesamten Geldfluss im Ausbildungsbereich zwingend und rasch ein einfacheres System zur Anwendung kommen, da das heutige, im Grundsatz richtige System, einen unverhältnismässig hohen administrativen Aufwand für alle darin involvierten Kreise bedeutet.

**Fazit:** Die aufgeführten Massnahmen sind umfassend dargestellt, vermitteln aber keine neuen Erkenntnisse. Dass die Ausbildung durch den Kanton zusätzlich finanziert wird ist begrüssenswert. Allerdings ist dabei zwingend eine einfacher handhabbare Systematik einzuführen. Zudem glauben wir, dass dem Aspekt der WiedereinsteigerInnen und Späteberufenen nicht die nötige Beachtung zuteil wird, insbesondere fehlen die Anreize hierzu. Die aus unserer Sicht eher unausgewogenen Entlohnungssystematik zwischen FaGe's und HF Absolventen sowie der zu hohen Gewichtung der Produktivität während der Praktikas ist zu korrigieren.

Freundliche Grüsse

die**spitäler**.be  
Beat Straubhaar

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'B. Straubhaar', is placed over a light grey rectangular background.

Präsident