

Vorab per Mail an: [pierre-alain.schnegg@be.ch](mailto:pierre-alain.schnegg@be.ch)

Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  
des Kantons Bern (GSI)  
Direktion  
Herr Regierungsrat Pierre Alain Schnegg  
Rathausplatz 1  
Postfach  
3000 Bern 8

Bern, 11. Dezember 2023

## **Konsultation Teilstrategie Integrierte Versorgung**

Sehr geehrter Herr Regierungsrat Schnegg

Mit Schreiben vom 19. Oktober 2023 haben Sie uns eingeladen, anlässlich des Konsultationsverfahrens zur referenzierten Teilstrategie unsere Bemerkungen einzureichen. Wir danken für diese Gelegenheit und nehmen gerne zum genannten Dokument Stellung.

### **Vorbemerkung zum Prozess resp. dem Einbezug der Begleitgruppe**

Ende Juni 2023 fand eine einzige Sitzung zwischen GSI und der von dieser Direktion einberufenen Begleitgruppe statt. Zu einem Dokument, welches den einzelnen Mitgliedern zeitlich relativ knapp vor der Sitzung zur Verfügung gestellt worden war. Entsprechend war es nicht möglich, sich fundiert mit den Inhalten auseinander zu setzen. Auch nicht in der für Rückmeldungen anberaumten Zeit bis zum 31. Juli 2023, da sommerferienbedingt zu viele Personen bei den Leistungserbringern abwesend waren, welche sich mit dieser wichtigen Teilstrategie hätten auseinandersetzen müssen.

Nichts desto trotz traf sich die Begleitgruppe und hat sich, mitunter infolge eines falschen Ansatzes, breit, deutlich und mehrheitlich homogen gegen die Teilstrategie ausgesprochen. Bereits etablierte Kooperationen und Netzwerke scheinen in der vorgelegten Teilstrategie keinen Platz zu haben. Das Papier an sich scheint zudem kein Arbeitsentwurf zu sein, sondern ist wider Erwarten praktisch fertig formuliert, was bei unseren Verbänden ein Gefühl der „Pseudopartizipation“ ausgelöst hat. Aus der Diskussion mit den anwesenden Vertretern des GSI wurden wir das Gefühl nicht los, dass an einem echten Austausch und einer ebensolchen Diskussion kein Interesse besteht. Dieses Gefühl erhielt seine Bestätigung mit dem Schreiben der Abteilung Versorgungsplanung vom 18. Oktober 2023, wurde dort doch erwähnt, was folgt:

---

„Aus Ihren (*gemeint ist die Begleitgruppe*) mündlichen und schriftlichen Rückmeldungen ist deutlich geworden, dass die Leistungserbringer\*innen und ihre Verbände eine andere Erwartungshaltung an den Zweck, die Ausrichtung und den Detaillierungsgrad der Teilstrategie haben als das Gesundheitsamt bzw. die Verwaltung. Diese Diskrepanz kann auch durch eine stärkere Einbindung in den Erarbeitungsprozess nicht aufgelöst werden. Das Gesundheitsamt hält daher am eingeschlagenen Weg fest und wird in einem nächsten Schritt (*konkret war es ein Tag später*), das öffentliche Konsultationsverfahren durchführen“.

Uns stellt sich die Frage, warum zeitliche und personelle Ressourcen überhaupt noch eingesetzt werden und die Auseinandersetzung mit der Materie erfolgen sollen, wenn so wenig Interesse an unserer Beteiligung besteht resp. trotz breiter Kritik stur am eigenen Fahrplan festgehalten wird. Ein Miteinander sieht für uns anders aus.

## **Im Einzelnen**

### **Kapitel 2 „Das Wichtigste in Kürze“**

Die bedarfsgerechte Versorgungsplanung in regionalen Perimetern vorzunehmen kann Sinn machen. Die Konzeptionierung eines ganzheitlichen Versorgungsnetzes in den entsprechenden Regionen kann auch ein Ansatz sein, steht jedoch dem vom Souverän im KVG verlangten, regulierten Wettbewerb unter den Leistungserbringern entgegen (unterschiedliche Anbieter für gleiche Leistungen in derselben Region oder aus der Perspektive des Patienten gedacht: die Wahlfreiheit bezüglich Leistungserbringer).

Die integrierten Versorgungsmodelle sollen hingegen nicht top-down (via regulative Vorgaben) erfolgen, sondern bottom-up entstehen (durch Anreizsysteme, die so ausgestaltet sind, dass der qualitative und wirtschaftliche Nutzen bei den Patientinnen und Patienten sowie den kooperierenden Leistungserbringern resultiert). Tatsächlich bestehen solche integrierten Versorgungsmodelle bereits heute: Die historisch gewachsenen Versorgungssektoren (Akutsomatik, Akutrehabilitation, Akutpsychiatrie, Langzeitpflege, Spitex, Alterswohnen etc.) arbeiten intensiv und in unterschiedlichen Kooperationsformen zusammen. Wir bedauern, dass keine breite Erhebung dieser bereits bestehenden Kooperationen und integrierten Versorgungsnetzwerke erfolgt ist. Gerade die neue Spitalfinanzierung unter SwissDRG und die Vorgaben bei den ambulant durchzuführenden Operationen haben die Bildung von integrierten Versorgungsnetzen sehr stark gefördert. Zudem möchten wir darauf hinweisen, dass grosse, staatlich verordnete, geplante oder geleitete integrierte Versorgungsmodelle schwer zu führen und zu steuern sind. Daraus würden auch erhebliche Risiken für die Versorgungssicherheit, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit entstehen. Leistungserbringer müssten demzufolge Patienten in die vorgegebenen integrierten Versorgungsnetze steuern. Den Leistungserbringern würde damit eine zentrale Fürsprachefunktion hinsichtlich der Patientengesundheit verloren gehen.

### **Kapitel 3 „Schwerpunkt Integrierte Versorgung“**

---

3.1 Die Werte, an welchen sich die Gesundheitsversorgung orientieren will, teilen wir. Wir vermissen hingegen die jedem Patienten zustehende Wahlfreiheit und die Akzeptanz des ökonomischen Prinzips von Angebot und Nachfrage, welches bei jedem wettbewerblichen Konzept inhärent ist. Wir verweisen dabei auf den PWC-Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-2019 (GPK Siegenthaler), in welchem auf die Chancen und Risiken eines eingeschränkten Wettbewerbs explizit hingewiesen wird. Zudem scheint uns, dass hauptsächlich oder ausschliesslich von der Wirtschaftlichkeit (Effizienz) und Wirksamkeit (Effektivität) einer Leistungserbringung die Rede ist, statt dass der Behandlungsqualität und -sicherheit der nötige Platz in dieser Teilstrategie eingeräumt wird.

3.3 Die Begrifflichkeit der integrierten Versorgung ist das Eine. Deren vom GSI angenommene Wirksamkeit das Andere: „Die Dienstleistungen würden sich nicht primär nach dem Angebot des Dienstleisters richten, sondern nach dem Bedarf und Bedürfnis der Patienten“ (Zitat aus der Konsultationsversion). Mit anderen Worten wird den Leistungserbringern im heutigen Umfeld unterstellt, dass die medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Angebote zum Wohle der Dienstleister und nicht zum Wohle der Patienten erfolgen. Eine solche Unterstellung ist nicht nur tendenziös und rufschädigend, sondern verkennt den Leistungsausweis des Gesundheitswesens in der Schweiz! Solche Äusserungen sind befremdend und mit Sicherheit kaum zielführend.

Die Annahme, dass Dienstleistungen in der Folge in einem integrierten Versorgungsnetzwerk *wie aus einer Hand* erbracht werden würden, bedingt nach der hier skizzierten Idee, dass ein Leistungserbringer den Lead für den ganzen Behandlungspfad übernimmt und alle Netzwerk-Mitglieder sich dadurch in eine starke Abhängigkeit begeben. Die Frage bleibt offen, wer genau (Spitäler?) diese Rolle mit welchen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung übernehmen soll. Ebenso liegt es dann nicht mehr in der Wahlfreiheit des Patienten, in welche Institution er sich begeben resp. welcher Behandlungsform er sich unterziehen will. Die bundesgesetzliche Wahlfreiheit des Patienten bezüglich des Leistungserbringers wird damit unterwandert.

3.4 Die einleitende Feststellung teilen wir nicht. Mit Ausnahme wahrscheinlich des Gebiets Bern-Mittelland ist in allen anderen Regionen des Kantons feststellbar, dass die Versorgungsangebote nicht ausreichend und auch nicht gut zugänglich sind. Bereits heute gibt es Regionen, die sowohl hausärztlich wie auch akutsomatisch unterversorgt sind. Für elektive Behandlungen hat dies bereits heute monatelange Wartefristen zur Folge. Zudem zeichnet ich selbst in der Region Bern-Mittelland bzw. in der Stadt Bern eine Unterversorgung in einzelnen Teilbereichen wie z. B. der traumatologischen und geriatrischen Notfallversorgung ab. Um eine wirtschaftlich und gleichzeitig hochstehende medizinische Versorgung zu dauerhaft gewährleisten Eine durch eine einzelne Institution (den Hub) gesteuerte Versorgung kann diesen Herausforderungen nicht gerecht werden. In der Folge werden sieben Herausforderungen herausgearbeitet und die integrierte Versorgung als Lösungsweg dargestellt, ohne dass beschrieben wird, wie die Lösung konkret erreicht werden soll. Die einzelnen Herausforderungen sehen wir auch; die demografische Entwicklung und dadurch der generelle Mangel an Arbeitskräften ist eine Tatsache, die nicht nur im Gesundheitsbereich zu Problemen führt. Die zunehmende Regulierung im Gesundheitswesen verstärkt diesen Effekt aber noch: Es wird verkannt, dass bereits heute auch ein Fachärztemangel besteht (und dadurch Wartezeiten bspw. bei elektiven

---

Behandlungen von mehreren Monaten keine Seltenheit sind). Die beschlossene Zulassungsbeschränkung, Teilzeitarbeitsmodelle und die Überalterung werden zeitverzögert zu einer noch stärkeren Unterversorgung führen. Die berufsspezifische Spezialisierung und damit auch Fragmentierung von Aufgaben/Kompetenzen/Verantwortung (A/K/V) stehen neuen Berufsrollen und Tätigkeitsfeldern in diesem integrierten Versorgungsmodell entgegen. Soll Handlungsspielraum bei der Bekämpfung des Fachkräftemangels entstehen, müssen die A/K/V der Gesundheitsberufe angepasst oder gelockert werden. Oder kurz gesagt: Die beschriebenen Probleme/Herausforderungen lassen sich nicht alleine durch ein Modell der integrierten Versorgung lösen.

Zum Thema Digitalisierung: Eine durchgehende Digitalisierung entlang der Behandlungskette würde Investitionen in der Höhe von hunderten von Millionen bedingen. Eine solche Investition wäre aber nötig, um den ungehinderten und zeitgerechten Datenfluss zwischen den Netzwerk-Organisationen sicherzustellen. Der Lokalisierung der Herausforderung also stimmen wir auch hier zu, erlauben uns aber die Frage, wer dies finanzieren soll? Dies kann nicht wieder auf dem Buckel der Leistungserbringer stattfinden.

Zum Thema effizienter und effektiver Mitteleinsatz: Das angesprochene Kostenwachstum des Gesundheitswesens, welches tariflich nicht aufgefangen wird, führt zur Existenzbedrohung der Leistungserbringer. Es ist also gerade nicht so, dass nicht effizient gearbeitet wird. Sondern so, dass wo effizient gearbeitet wird, die Leistungserbringer im heutigen System zur Ermittlung der anrechenbaren Kosten und der Tarifverhandlung immer noch abgestraft werden (tiefe anrechenbare Kosten = tiefer Tarif). Diese Negativspirale gilt es aufzubrechen, was vor allem mit politischem Druck und nicht nur durch ein Modell der Zusammenarbeit erreicht werden kann.

Als weiteren Grund für das angesprochene Kostenwachstum wird eine Überversorgung genannt und die überhöhte Nachfrage auf Seiten der Versicherten. Dazu vorab die Frage, auf welchen evidenzbasierten Daten eine solche Feststellung entsteht? Unsere Feststellung ist eine andere: Der Katalog der von den OKP-Versicherungen bezahlten Leistungen wird stetig ausgebaut und gefährdet dadurch die nachhaltige Finanzierung der OKP. Zudem strapaziert dies entsprechend die Solidarität der Versicherten resp. führt zur Haltung «wenn schon, dann schon» bezüglich Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dieser von der Politik gewollte Ausbau kann nicht auf dem Buckel der Leistungserbringer wieder eingespart werden unter dem Vorwand einer geforderten Pseudoeffizienz. Wie also sollen integrierte Versorgungsmodelle eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung abbauen? Synergien können aus einem solchen Modell durchaus gewonnen werden, müssen realistischerweise im heutigen System aber die Mindereinnahmen infolge des beschriebenen Mecano der Tarifbildung kompensieren.

Zum Thema Rahmenbedingungen: EFAS wäre zu begrüßen. Was hingegen ist der Plan B, wenn EFAS nicht kommt? Zudem müssen Fehler im heutigen System korrigiert werden. Die Argumentation im KVG, dass Umstellungen im Tarifsysteem kostenneutral erfolgen müssen, ist falsch, weil sie die Realität ausblendet. Die heutige Kostenunterdeckung unter TARMED darf durch die Einführung von neuen Tarifmodellen (Tardoc oder ambulante Pauschalen) nicht zementiert, sondern muss behoben werden. So hätte zum Beispiel eine teuerungsbedingte Anpassung der Taxpunktwerte unter TARMED zumindest eine Mengenausweitung einschränken können. Das muss heissen: Es sind Anreize zu schaffen, damit gleiche Behandlungen grundsätzlich die gleichen Entschädigungen erhalten, ungeachtet, ob diese Behandlungen stationär oder ambulant erfolgen.

---

3.5: Die Unterscheidung in bevölkerungs- und krankheitsorientierte Modelle erachten wir als theoretischen Ansatz. Wie die Bundesverfassung in Art. 41 Abs. 1 Buchstabe b festhält, setzen sich Bund und Kanton *in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung* dafür ein, dass jede Person, die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Dies entspricht auch dem Wunsch der Patienten, dass, wenn sie eine Erkrankung haben, die Leistungserbringer die Erkrankung bekämpfen resp. die Gesundheit wiederherstellen oder Linderung bewirken (dies alles entspricht dem hier verwendeten krankheitsorientierten Modell).

Der Kanton erwartet die Bildung von Netzwerken und Kooperationen in den Versorgungsregionen. Ist dies eine Vision und damit ein Wunsch oder eine regulative Auflage? Oder anders gefragt: Ist das Tätigsein eines Leistungserbringers in einem Netzwerk Bedingung für den Erhalt eines Leistungsauftrags, einer Betriebsbewilligung oder Berufsausübungsbewilligung (für die Spitäler gesprochen eine *conditio sine qua non* für den Spitalistenplatz)? Das dürfte nicht sein, denn integrierte Versorgung soll bottom-up entstehen, sprich von der Basis getragen. Wird dies durch finanzielle Beträge unterstützt, umso besser.

#### Kapitel 4 „Integrierte Versorgung in der Schweiz“

Die gesetzliche Grundlage auf nationaler Ebene für die Definition von Modellen der integrierten Versorgung als Leistungserbringer ist noch nicht in Kraft. Der Kanton Bern will nun bereits Rahmenbedingungen zur Begünstigung der Bildung solcher integrierter Netzwerke schaffen. Dies ist insofern eine Herausforderung als nicht klar ist, ob das Kostendämpfungspaket überhaupt angenommen und damit Art. 35 KVG in Kraft treten wird. Heikler hingegen ist der Umstand, dass die Abbildung im Tarifsysteem noch überhaupt nicht entworfen ist.

Es ist bereits heute eine Herausforderung für Leistungserbringer eines integrierten Netzwerkes (Spitex, Alterspflege, Geburtshäuser, Akutspitäler, Ärztenetze etc.), mit den bestehenden Tarifwerken unter dem Einfluss des Fachkräftemangels, der Teuerung, der Entwicklung in der personalisierten Medizin, Demografie sowie Medizintechnik kostendeckend zu arbeiten.

Wir sind zwar zuversichtlich, dass mit integrierten Versorgungsnetzwerken, Synergien genutzt und Kostenersparnisse erzielt werden können. Die bereits heute bestehenden Netzwerke zwischen Spitälern und vor- und nachgelagerten Leistungserbringern (Ärztenetze, Spitex, Pflegeinstitutionen, Sozialdiensten, diagnostischen und therapeutischen ambulanten Organisationseinheiten, Seelsorgern etc.) dienen der Sicherstellung, der Effektivität, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Bevölkerungsversorgung. Jedoch werden diese Vorteile durch die bereits oben beschriebenen Entwicklungen (demografische Entwicklung, Ausbau des Leistungskataloges, zunehmende Regulierung, Teuerung, Fachkräftemangel, medizinische Entwicklung, Fehlanreize in der Finanzierung etc.) wieder neutralisiert.

Die integrierte Versorgung wird in der vorliegenden Teilstrategie als Universallösung für die aufgelisteten Herausforderungen beschrieben. Unseres Erachtens greift dies zu weit; integrierte Versorgung kann höchstens ein Element unter vielen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung sein.

---

## Kapitel 5 „Teilstrategie integrierte Versorgung im Kanton Bern“

Zum Ganzen wird auf die bisherigen Ausführungen verwiesen und festgehalten, was folgt: Planungen und Regulierungen führen noch zu keiner besseren Versorgung, sondern verteuern oft die Gesundheitsversorgung ohne direkten Gegennutzen für den Patienten. Der heute bestehende, regulierte Wettbewerb unter den Leistungserbringern bringt dem Patienten erhebliche Vorteile (bspw. die im KVG verankerte Wahlfreiheit des Patienten bezüglich Leistungserbringern, Dienstleistungen und Preisen), diese werden relativiert resp. abgeschafft durch die Quintessenz im Spitalbericht (Steuerung in den Regionen, Seite 20 der Strategie).

Deshalb nochmals: Zwangskooperationen und verbindlich erklärte Netzwerke funktionieren auf lange Sicht nicht. In Abbildung 3 wird aber die Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Netzwerk verbindlich erklärt. Der Widerspruch mit dem Titel dieses Kapitels, dass die Netzwerke der integrierten Versorgung eine Vision, ein Wunsch, ein mögliches Bild der Gesundheitslandschaft des Kantons Bern sein soll, zeigt sich in aller Deutlichkeit. Jeder Fusion, jedem Zusammengehen von Gesellschaften ist dann Erfolg beschieden, wenn die Basis gewonnen, die Kulturen zusammengeführt werden und der gegenseitige, auch unternehmerische Nutzen erkennbar wird, vor allem aber genügend Zeit zu Verfügung steht, damit dieser Transformationsprozess vollzogen werden kann. Wie bereits ausgeführt sollten integrierte Versorgungsnetze nicht dazu führen, dass die Wahlfreiheit der Patienten und das heute regulierte wettbewerbliche Gesundheitsversorgungssystem eingeschränkt oder verunmöglicht wird.

Weiter fällt auf, dass das Universitätsspital in der Abbildung 3 in der Teilstrategie integrierte Versorgung nicht Teil eines Netzwerkes sein soll. Weshalb dies so sein soll, kann nicht nachvollzogen werden. Es fällt auf dass die privaten Listenspitäler nirgends als Teil eines integrierten Versorgungsnetzwerkes genannt werden. Diese erbringen aber bereits heute einen wesentlichen Anteil an der Gesundheitsversorgung und an der Aus- und Weiterbildung im Kanton Bern.

## Kapitel 6 „Handlungsmöglichkeiten des Kantons“

HF1: Es stellt sich uns hier folgende Frage: Beabsichtigt der Kanton in der Umsetzung das national vorgesehene Wettbewerbssystem auszuhebeln, indem er zusätzliche Vorgaben zum Erhalt von Leistungsaufträgen möglicherweise der Betriebsbewilligung, der Berufsausübungsbewilligung erlassen will? Dies würde wiederum bedeuten, dass es vorliegend statt um eine Vision, um einen weiteren, einschneidenden, regulativen Eingriff geht. Oder anders gesagt befürchten wir auf die Spitäler gemünzt, dass zwischen der Strategie und dem Spitallistenplatz ein kausaler Zusammenhang besteht: Wer sich nicht in einem Netzwerk organisiert, droht seinen Leistungsauftrag zu verlieren. Grund zu dieser

---

Annahme bilden die Ausführungen zur mittelfristigen Roadmap unter dem Punkt „Gesundheitsnetzwerke (Seite 23).

Somit: Welche Rahmenvorgaben sind konkret geplant?

HF 2: Was genau bedeutet „transformieren“? Muss ein Leistungserbringer seine Rechtsform aufgeben? Soll Konkurrenz abgeschafft werden? Ist dies dann noch im Interesse und zum Wohl des Patienten? Angenommen, man hat zwei Anbieter in einem integrierten Versorgungsnetzwerk mit unterschiedlicher Rechtspersönlichkeit, welche aber dasselbe Angebot erbringen. Wer bestimmt alsdann, welche Institution die Leistungen noch anbieten darf? Ist dies unter geltendem KVG zulässig, den Wettbewerb derart einzuschränken?

Laut angedachter KVG-Revision in Art. 35 soll das integrierte Netzwerk ein Leistungserbringer unter vielen sein, also nicht der alleinige und in Zukunft der massgebliche. Die Teilstrategie integrierte Versorgung scheint aber nur noch auf diesen Leistungserbringer zu fokussieren, was zu einseitig ist.

HF 3: Hier wird auf die bisherigen Ausführungen verwiesen. Dafür, dass Gesundheitsnetzwerke effizienter und effektiver Leistungen erbringen, fehlt uns die Evidenz. Zudem stimmen die tariflichen Rahmenbedingungen noch überhaupt nicht.

HF 4: Dieses Ziel entspricht einem Wunschdenken: Wie soll mit immer weniger Fachkräften im Gesundheitswesen, zunehmender Patientenzahlen aufgrund der Demografie, einer Teuerung, steigendem Druck aufs Personal infolge Kostendämpfungsmassnahmen, die Attraktivität der Arbeitsplätze steigen und Zufriedenheit des Personals zunehmen? Wenn die Nachfrage grösser ist als das Angebot an Fachkräften steigt der Preis dieser Fachkraft. Gleichzeitig müssen die Arbeitgeber kostendämpfende Massnahmen umsetzen. Wissend, dass die Personalkosten rund 70% der Gesamtausgaben der Leistungserbringer ausmachen. Die vom Kanton definierten Ziele im HF 4 erachten wir als Wunschdenken.

HF 5: Dieses Ziel ist gänzlich unnötig. Ein weiterer Aufbau von kantonalen Angestellten resp. kantonalen Koordinationsstellen verursacht nebst weiterem administrativem Aufwand vor allem wieder Kosten. Zudem stellt diese Triage die ureigenste Aufgabe der Leistungserbringer (wie Hausärzte, Spitäler) und von Krankenversicherern dar (neue Modelle wie Telemedizin etc.). Beispiel: Bereits heute verfügen praktisch alle Spitäler über sogenannte Sozialdienste, welche den Behandlungs- oder Betreuungsbedarf zum Wohle der Patienten und der Angehörigen stufengerecht koordinieren. Kommt hinzu, dass unter SwissDRG, Tarpsy, STReha und ambulanter Pauschalen, die Leistungserbringer gezwungen sind, bei nicht-medizinisch notwendigen Aufenthalten (bspw. Akutspitalbedürftigkeit), frühzeitig eine Nachbehandlung (Angehörigenpflege, Spitex, Pflegeinstitutionen, Rehabilitation etc.) zu organisieren. Eine staatliche sozialmedizinische Koordinationsstelle wird aufgrund der Komplexität und Anzahl der Patienten nicht in der Lage sein, diese Aufgabe effizient zu steuern.

---

6.2: Bereits die kurzfristige Roadmap erachten wir als unrealistisch, denn am Beispiel der vorliegenden Strategie sehen wir wenig Konkretes. Wie sollen in dieser kurzen Zeit zusammen mit den Leistungserbringern (Begleitgruppen) die weiteren Teilstrategien seriös erarbeitet werden?

Generell erscheint uns die Roadmap ambitiös; es ist zu bedenken, dass in den meisten Regionen die Gemeinden in den Trägerschaften der Leistungserbringer involviert sind und ihre Autonomie nicht aufgeben wollen. D.h. sowohl politisch als auch auf Stufe der Leistungserbringer dürfte mit viel Opposition zu rechnen sein.

6.3: Die angedachten Mittel sind nicht nur knapp, sondern gehen offensichtlich davon aus, dass maximal 4 Gesundheitsnetzwerke im Kanton Bern entstehen sollen. Was geschieht mit den bereits vorhandenen Netzwerken? Wie sollen solch grosse Gebilde funktionieren? Wie stellt sich der Kanton die Organisation solch umfangreicher Gesundheitsnetzwerke konkret vor? Oder ist in Zukunft angedacht, dass weitere Mittel zur Verfügung gestellt werden, sodass pro Versorgungsregion doch mehrere Gesundheitsnetzwerke entstehen könnten?

#### Kapitel 7 „Beispiele im Kanton Bern“

In Verbindung mit Ziffer 6.3 stellt sich eine weitere Frage: Erhielten die drei hier genannten Beispiele aus dem Kanton Bern bereits Gelder aus dem in Ziffer 6.3 beschriebenen Finanzierungstopf? Steht also für die Bildung übriger Gesundheitsnetzwerke kaum mehr Geld zur Verfügung?

Müssen diese drei aufgeführten Projekte nicht erst einmal zum Fliegen kommen, sich bewähren und deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit ausgewertet werden, um eruieren zu können, ob die Ziele der Teilstrategie überhaupt erreicht werden können?

#### Fazit

Es besteht der Verdacht, dass das regulierte wettbewerbliche, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgungssystem mittels dieser Teilstrategie einem planwirtschaftlichen System weichen soll. Unser Verdacht wird dadurch erhärtet,

- dass staatliche Koordinationsstellen eingeführt werden sollen und
- dass der Anschein erweckt wird, dass vier integrierte Versorgungsnetze geschaffen werden, bei welchen der Kanton via Leistungseinkauf, Leistungsaufträgen und -verträgen die Leistungserbringer zur Integration zwingt.

Wir bezweifeln nicht, dass mit integrierten Versorgungsnetzwerken kostendämpfende Effekte oder Effizienzsteigerungen erzielt werden können. Kostensenkungen können jedoch aufgrund der Entwicklungstendenzen im Gesundheitsmarkt (wie oben beschrieben) nicht erzielt werden.

---



# BBV+

Berner Belegärzte-Vereinigung+

Die Gesundheitsnetzwerke lassen sich in der Praxis nur dann umsetzen, wenn ein nachhaltiger Nutzen und Anreiz für die Leistungserbringer und die Bevölkerung bzw. die Patientinnen und Patienten aufgezeigt werden können.

Freundliche Grüsse

**BBVplus**



Dr. med. Reto Thalmann  
Präsident



Jean-François Andrey, MHA  
Generalsekretär