

OBSAN BERICHT
03/2024

Neuorganisation der Spitex-Regionen im Kanton Bern

Laure Dutoit, Olivier Pahud, Sonia Pellegrini



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Auftraggeber

Gesundheitsamt der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion,
Kanton Bern

Autorinnen und Autor

- Laure Dutoit, Obsan
- Olivier Pahud, Obsan
- Sonia Pellegrini, Obsan

Dank

- Gabriele Marty, Kanton Basel-Landschaft
- Rudolf Leuthold, Kanton Graubünden
- Ingrid Hosch, Kanton Schaffhausen
- Christian Bachmann, Kanton Solothurn
- Chiara Gulfi, Kanton Tessin
- Patrick Beetschen, Kanton Waadt
- Yves Martignoni, Kanton Wallis
- Roger Guggisberg, Spitex-Verbands Kanton Bern

Projektleitung Obsan

Laure Dutoit

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 03/2024

Zitierweise

Dutoit, L., Pahud, O. & Pellegrini, S. (2024). *Neuorganisation der Spitex-Regionen im Kanton Bern* (Obsan Bericht 03/2024).
Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,
obsan@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 45

Originaltext

Deutsch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich
(BFS-Nummer 874-2403).

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Karten

Obsan

Titelbild

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://www.istock.com/Matjaz_Slanic)

Titelseite

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2024

Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2403

ISBN

978-2-940670-58-1



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Neuorganisation der Spitex-Regionen im Kanton Bern

Autorenschaft
Herausgeber

Laure Dutoit, Olivier Pahud, Sonia Pellegrini
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2023

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	3	5	Konklusion	34
Zusammenfassung	4	6	Literaturverzeichnis	35
1	Einleitung	5	7	Anhang
2	Methodik	6	7.1	Semi-standardisierter Interviewleitfaden
2.1	Identifikation der Kriterien	6	7.2	Beschreibung kantonaler Versorgungsregionen und Identifikation relevanter Kriterien
2.1.1	Sekundärforschung	6	7.2.1	Versorgungsregionen in Basel-Landschaft (BL)
2.1.2	Experteninterviews	6	7.2.2	Versorgungsregionen in Graubünden (GR)
2.1.3	Qualitative Analyse der Kriterienliste	7	7.2.3	Versorgungsregionen in Schaffhausen (SH)
2.2	Aufbereitung der identifizierten Kriterien	8	7.2.4	Versorgungsregionen in Solothurn (SO)
2.2.1	Identifizierte Kriterien	8	7.2.5	Versorgungsregionen im Tessin (TI)
2.2.2	Selektion der zu verwendenden Kriterien	8	7.2.6	Versorgungsregionen in Waadt (VD)
2.2.3	Operationalisierung	13	7.2.7	Versorgungsregionen im Wallis (VS)
2.3	Vorgehen in der Neuorganisation (QGIS)	14	7.2.8	Versorgungsregionen in Bern gemäss Spitex Verband Kanton Bern
3	Ergebnisse	16	7.2.9	Allgemeine Empfehlungen der Expertinnen und Experten sowie identifizierte Herausforderungen
3.1	Umsetzung der Vorbedingungen	16	7.3	Liste der identifizierten Kriterien auf Basis der Experteninterviews
3.1.1	4+ Regionenmodell und räumliche Kontinuität	16	7.4	Detaillierte Beschreibung der Neuorganisation
3.1.2	Gemeindefusionen und Analyse der Sprachgrenzen	17	7.4.1	Mittlere Reduktion (Lösung I)
3.2	Mittlere Reduktion (Lösungen I und II)	19	7.4.2	Mittlere Reduktion (Lösung II)
3.2.1	Kriterien der Lebensraumorientierung (Zwischenlösung)	19	7.4.3	Starke Reduktion (Lösung III)
3.2.2	Mindestbevölkerungsgrösse (Lösung I)	19	7.4.4	Handlungsspielraum in Bern-Mittelland
3.2.3	Möglichkeiten weiterer Zusammenschlüsse (Lösung II)	20		
3.2.4	Zusätzlicher Handlungsspielraum	23		
3.3	Starke Reduktion (Lösung III)	25		
3.3.1	Zusätzlicher Handlungsspielraum	25		
3.4	Agglomeration Stadt Bern	27		
4	Diskussion	29		
4.1	Tragweite und Grenzen der Lösungen I, II und III	29		
4.2	Abgleich mit der Erhebung des Spitex-Verbands	31		

Danksagung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium und die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern bedanken sich herzlich bei den kantonalen Expertinnen und Experten für die Interviews:

Gabriele Marty (BL)

Rudolf Leuthold (GR)

Ingrid Hosch (SH)

Christian Bachmann (SO)

Chiara Gulfi (TI)

Patrick Beetschen (VD)

Yves Martignoni (VS)

Einen weiteren Dank richtet sich an Herrn Roger Guggisberg (Geschäftsleiter des Spitex-Verbands Kanton Bern) für das zusätzliche Experteninterview.

Zusammenfassung

Der Kanton Bern (BE) hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beauftragt, die 47 Spitex-Perimeter¹ neu zu organisieren und anhand von wissenschaftlichen Kriterien zu grösseren Spitex-Regionen zusammenzufassen. Ziel dabei ist, die Effizienz des Gesundheitssystems durch die Stärkung der integrierten und vernetzten Versorgung zu steigern. Dadurch soll die Anzahl der Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner für den Kanton BE reduziert und die Zusammenarbeit zwischen den Spitex-Organisationen – bzw. die Nutzung von Synergien – verbessert werden.

Die Neuorganisation unterteilt sich in zwei Arbeitsschritte. Im ersten Arbeitsschritt wurden mittels Sekundärforschung und Experteninterviews mögliche Kriterien identifiziert, die der Bildung von ambulanten Versorgungsregionen dienen. Gemeinsam mit der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons BE wurden die Vorschläge gesichtet und diskutiert, wobei jene Kriterien für die Neuorganisation bestimmt wurden, welche auf Basis vorhandener Datenquellen und Informationen operationalisiert werden können und deren Anwendung im Kanton BE auch Sinn machen.

Im zweiten Arbeitsschritt wurden die nachfolgenden acht Kriterien operationalisiert: Orientierung an den fünf zukünftigen Versorgungsregionen (Bern Mittelland, Biel-Seeland, Berner Jura, Berner Oberland, Emmental-Oberaargau) des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020), räumliche Kontinuität, Einhaltung der bestehenden Perimeter-Grenzverläufe, Sprachgrenzen, bevorstehende Gemeindefusionen, wohnortsnahe Mobilität, Einzugsgebiet der Pflegeheime und die Bevölkerungsgrösse. Anschliessend wurden die bestehenden Perimeter mittels visueller Inspektion in QGIS² anhand der operationalisierten Kriterien zu grösseren Spitex-Regionen zusammengeschlossen. Hierbei mussten folgende Kriterien zwingend eingehalten werden: 4+ Regionenmodell, räumliche Kontinuität, Gemeindefusionen und Sprachgrenzen. Diese Kriterien wurden deshalb a priori umgesetzt, bevor die Lebensraumorientierung (d.h. wohnortsnahe Mobilität und Einzugsgebiet der Pflegeheime) und Bevölkerungsgrösse in die Analysen einflossen.

Für die anschliessende Neuorganisation wurden drei Lösungen erarbeitet, die sukzessive aufeinander aufbauen und sich im Ausmass der Reduktion der Anzahl Perimeter unterscheiden. Die Lösungen I und II der mittleren Reduktion, die die ursprünglichen 47 Perimeter auf 20 bzw. 18 neue Spitex-Regionen reduzieren, orientieren sich in erster Linie an der Lebensraumorientierung, wobei die Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen pro neu

identifizierte Versorgungsregion sichergestellt wurde. In der Lösung III der starken Reduktion erhält die Bevölkerungsgrösse ein stärkeres Gewicht, da versucht wurde, die Perimeter noch stärker zu reduzieren als in den beiden vorangehenden Lösungen. Anhand der Mindestbevölkerungsgrösse von 40 000 Personen werden die 18 Spitex-Regionen aus Lösung II auf 12 Spitex-Regionen in der Lösung III reduziert. Diese Lösung ist allerdings im Vergleich mit den Lösungen I und II weniger zielführend, da die Kriterien der Lebensraumorientierung stellenweise nicht eingehalten werden können und sich diese Lösung somit von der Bevölkerungsperspektive entfernt. In der Erarbeitung der drei Lösungen wurde auch der Handlungsspielraum (d.h. alternativ mögliche Zusammenschlüsse der Spitex-Regionen) aufgezeigt und auf Wunsch der GSI zusätzliche Gürtel-Varianten im Ballungsraum der Stadt Bern evaluiert.

Zusammenfassend dient die Lösung II am ehesten dem kantonalen Ziel der Reduktion unter gleichzeitiger Einhaltung der Lebensraumorientierung bzw. der Bevölkerungsperspektive. In den Versorgungsregionen Biel-Seeland und Bern-Mittelland des zukünftigen 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) besteht für die GSI noch Handlungsspielraum bzgl. alternativer Perimeter-Zusammenschlüsse.

¹ Ausgangslage der Perimeter bildet das Jahr 2021.

² Freizugängliche Geoinformationssoftware.

1 Einleitung

Die häusliche Pflege und Betreuung im Kanton Bern (BE) ist im Jahr 2021 in 47 Spitex-Perimeter organisiert. Um die Effizienz des Gesundheitssystems durch die Stärkung der integrierten und vernetzten Versorgung zu verbessern, möchte die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons BE die 47 Spitex-Perimeter neu organisieren und deren Anzahl reduzieren. Auf diese Weise verringert sich die Anzahl der Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner für den Kanton BE und die Zusammenarbeit zwischen den Spitex-Organisationen – bzw. die Nutzung von Synergien – wird optimiert. Für diesen Zweck hat das Obsan von der GSI den Auftrag erhalten, im Jahr 2023 neue Spitex-Regionen zu entwickeln. Um die Versorgungssicherheit im Rahmen der Neuorganisation zu gewährleisten, müssen die neuen Spitex-Regionen unter versorgungsplanerischen Aspekten und mit Fokus auf die Bevölkerungsperspektive gebildet werden.

Das Obsan verfolgt zwecks Neuorganisation einen wissenschaftlichen, objektiven und unabhängigen Ansatz, welcher sich soweit möglich auf vorhandene Daten und statistische Informationen stützt. Es handelt sich um eine pragmatische Vorgehensweise, die auf Überlegungen basiert, welche das Obsan zur Definition des Mandats angestellt hat. In den meisten Fällen basiert die Methode zur Bildung von Versorgungsregionen auf dem Einzugsgebiet der Versorgungsstrukturen (z.B. Spitäler, Pflegeheime, Arztpraxen etc.) und den Patientenströmen in Richtung dieser Versorgungsstrukturen (z.B. Methoden der *health service areas* oder *small area analysis*). Diese Methoden haben den Vorteil, dass sie nur wenige Indikatoren erfordern und leicht reproduzierbar sind. Allerdings eignen sie sich nicht für den Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung. Hier sind es nicht die Patientinnen und Patienten, welche sich in Richtung der Versorgungsstruktur begeben, sondern die Pflegeorganisationen besuchen die Patientinnen und Patienten zuhause. Die Pflegeorganisationen organisieren sich dementsprechend an mehreren Standorten und versuchen die zurückgelegten Wege zu minimieren bzw. zu optimieren. Folglich ist es nicht möglich, die Neuorganisation auf solche Methoden zu stützen.

Aufgrund dieser Problematik schlägt das Obsan einen qualitativ-wissenschaftlichen Ansatz vor. Ziel ist es, die bestehenden Perimeter aufgrund von qualitativen sowie quantitativen Kriterien zu grösseren Spitex-Regionen zusammenzufassen. Bekannte und zielführende Kriterien sind beispielsweise der Deckungsgrad mit weiteren bestehenden bzw. zukünftigen Versorgungsregionen (z.B. 4+ Regionenmodell; PWC 2020) oder die gesprochene Sprache. Folglich unterteilt sich die Prozedur in zwei Arbeitsschritte: Identifikation von möglichen Kriterien für eine Neuorganisation von ambulant-häuslichen Versorgungsregionen und die anschliessende Neuorganisation anhand der definierten Kriterien. Für den ersten Arbeitsschritt wurden Sekundärforschung betrieben und semi-standardisierte Interviews mit Expertinnen bzw. Experten (d.h. Fachpersonen aus Kantonen, welche mit Versorgungsregionen arbeiten) geführt, um eine möglichst breite Auswahl an Kriterien zu generieren. In einem zweiten Arbeitsschritt wurden die vom Obsan und der GSI definierten Kriterien operationalisiert und – basierend darauf – die Neuorganisation vollzogen.

In Kapitel 2 werden die methodischen Aspekte der Neuorganisation geschildert, die sich primär auf die Identifikation (Kapitel 2.1) und die Aufbereitung sowie die Operationalisierung der Kriterien (Kapitel 2.2) beziehen. In Kapitel 3 finden sich die Ergebnisse, die die erarbeiteten Lösungsvorschläge für eine mögliche Neuorganisation porträtieren. Die erarbeiteten Lösungen des Obsan werden schliesslich diskutiert und mit einer Lösung verglichen, die auf einer Mitgliederbefragung des Spitex-Verbands Kanton BE basiert (Kapitel 4).³ Der Bericht schliesst mit der Konklusion (Kapitel 5) und dem Literaturverzeichnis (Kapitel 6). Im Anhang (Kapitel 7) sind stichwortartige Zusammenfassungen der Experteninterviews zu finden, die der Identifikation möglicher Kriterien dienen. Zusätzlich sind im Anhang Detailinformationen zu den einzelnen Perimeter-Zusammenschlüssen dokumentiert.

³ Der GSI war es wichtig, dass sich die Neuorganisation stark an der Perspektive der Bevölkerung orientiert. Folglich fand der Abgleich mit den Unterlagen der kantonalen Spitex-Mitgliederbefragung erst im Nachgang an die Neuorganisation statt.

2 Methodik

Für dieses Mandat verfolgt das Obsan einen pragmatischen Ansatz, welcher sich an einer qualitativ-wissenschaftlichen Methodik orientiert. Dieser Ansatz geht von den im Jahr 2021 bestehenden Spitex-Perimetern aus und fasst sie auf der Grundlage von quantitativen sowie qualitativen Kriterien zu grösseren Spitex-Regionen zusammen.

2.1 Identifikation der Kriterien

Eine häufig verwendete Methode in der Bildung von Versorgungsregionen basiert auf dem Einzugsgebiet der Versorgungsstrukturen (z.B. Spitäler, Hausarztpraxen oder Pflegeheime) und den damit assoziierten Patientenströmen in Richtung dieser Versorgungsstrukturen (z.B. *small area analysis* oder *health service areas*). Diese Methoden haben den Vorteil, dass sie nur wenige Indikatoren benötigen und leicht reproduzierbar sind, allerdings sind sie im Bereich der ambulanten häuslichen Versorgung nicht geeignet. Hier sind es nämlich nicht die Patientinnen und Patienten, welche sich in Richtung der Versorgungsstrukturen begeben, sondern es sind die ambulanten Organisationen, welche sich in die Richtung der zu versorgenden Personen begeben. Hierfür organisieren sich die ambulanten Organisationen an mehreren Standorten und versuchen zurückgelegte Wege sowie Fahrzeiten zu minimieren/optimieren. Es ist folglich für dieses Mandat nicht angemessen, sich auf diese Methodik zu stützen.

Die Herleitung der zu verwendenden Kriterien kann in drei aufeinanderfolgende methodische Etappen gegliedert werden. In der ersten Etappe wird bereits existierendes Material gesichtet und die eigenen Erfahrungen des Obsan bezüglich der Bildung von Versorgungsregionen für das Erstellen einer ersten Kriterienliste herangezogen (vgl. Kapitel 2.1.1). In der zweiten Etappe werden Expertinnen und Experten, die Erfahrungen mit der Einführung und Verwendung von Versorgungsregionen haben, befragt, um weitere Kriterien zu identifizieren und deren Relevanz in der Praxis in Erfahrung zu bringen (Kapitel 2.1.2). In der dritten Etappe werden die aus der ersten und zweiten Etappe identifizierten Kriterien

analysiert, indem sie gruppiert und anschliessend priorisiert werden. Auf Basis dieser qualitativen Analyse wird ein Vorschlag der zu verwendenden Kriterien erstellt (vgl. Kapitel 2.1.3).

2.1.1 Sekundärforschung

Zwei Ansätze werden zwecks Sekundärforschung verwendet: Das Zusammenführen des vorhandenen Wissens am Obsan und eine online Recherche zu kantonsspezifischen Versorgungsregionen, die unter anderem für ambulante Dienste gelten. Zuerst wird das vorhandene Wissen am Obsan zusammengeführt, damit eine erste Liste von Kriterien definiert werden kann. Hierfür wird hauptsächlich eine Diskussionsrunde mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu bestehenden Methoden und möglichen Kriterien vorgenommen. Im darauffolgenden Schritt werden kantonale Webseiten und Dokumente gesichtet, um Informationen darüber zu sammeln, ob 1.) im untersuchten Kanton Versorgungsregionen existieren, die die Spitex einschliessen, und 2.) welche Prozesse, Überlegungen und Kriterien in der Bildung der kantonsspezifischen Versorgungsregionen befolgt wurden.

2.1.2 Experteninterviews

Zur Ergänzung und Verfeinerung der Ausgangsliste, welche sich aus der Sekundärforschung ergibt, werden Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt, die Erfahrung in der Bildung oder der Neuorganisation von Versorgungsregionen mit sich bringen. Es sind primär Expertinnen und Experten von anderen Kantonen, welche für die ambulanten Alters- und Langzeitpflege kantonsspezifische Versorgungsregionen verwenden oder angedacht haben. Zusätzlich wird auch ein Interview mit dem Spitex-Verband Kanton BE zu den bestehenden Spitex-Perimetern geführt, da der Spitex-Verband massgeblich an der Bildung der Perimeter beteiligt war.

Insgesamt werden sieben Kantone interviewt: BL, GR, SH, SO, VD, VS und TI.⁴ Auf Basis der Erkenntnisse aus der Sekundärforschung wird ein semi-standardisierter Interviewleitfaden erstellt,

⁴ Diese Auswahl unterscheidet sich von der initial geplanten Auswahl, da im Verlauf der Recherchen bemerkt wurde, dass das Informationspotenzial auf diese Weise deutlich erhöht werden kann. Zum Beispiel im Kanton FR entsprechen die Versorgungsregionen eins zu eins den Bezirken, weshalb von einem Interview abgesehen und ein anderer Kanton ausgewählt wurde.

welcher für jeden Kanton identisch ist (siehe Anhang 7.1). Derselbe Interviewleitfaden dient auch als Grundlage für das Interview mit dem Spitex-Verband Kanton BE.

Die Experteninterviews werden zwecks Intersubjektivität⁵ – wenn terminlich möglich – durch zwei Personen durchgeführt. Zusätzlich werden sie aufgezeichnet und die Antworten stichwortartig dokumentiert. Insgesamt sind sie auf eine maximale Dauer von einer Stunde ausgelegt. Die jeweilige transkribierte Zusammenfassung ist im Anhang zu finden (siehe Kapitel 7.2). Am Ende der kantonsspezifischen Zusammenfassung findet sich die Auflistung der tatsächlich verwendeten, der empfohlenen sowie die erwogenen – aber nicht verwendeten – Kriterien des jeweiligen Kantons.

Parallel zu den kantonalen Experteninterviews sitzt das Obsan einer Sitzung zwischen dem Spitex-Verband und der GSI bei, in welcher der Spitex-Verband seine Überlegung und seinen Vorschlag zur Neuorganisation (auf Basis von einer Mitgliederbefragung aller öffentlichen Spitex-Organisationen im Kanton BE) präsentiert.

2.1.3 Qualitative Analyse der Kriterienliste

Die aus der Sekundärforschung und den Experteninterviews hergeleitete Kriterienliste gilt es so aufzubereiten, damit für die Neuorganisation dienliche Kriterien bestimmt werden können. Hierbei geht es als erstes darum, der reinen Auflistung mittels einer Kategorisierung eine Struktur zu geben und somit eine Ordnung zu schaffen. Anschliessend werden die geordneten Kriterien priorisiert und deren Verwendbarkeit abgeschätzt. Schliesslich wird ein Vorschlag erstellt, welche Kriterien für die Neuorganisation tatsächlich verwendet werden sollten.⁶ Die endgültige Auswahl der zu verwendenden Kriterien wird zusammen mit der Auftraggeberin im Rahmen einer Sitzung beschlossen (und ist anschliessend in Kapitel 2.2.2 erläutert).

Kategorisierung der Kriterien

In diesem Arbeitsschritt sollen wiederkehrende Themen (wie z.B. Lebensraumorientierung) als Kategorien identifiziert werden, welchen anschliessend die einzelnen Kriterien zugeordnet werden können. Als Basis für diesen Arbeitsschritt dient das intersubjektive Verständnis (oder allenfalls in den Interviews erwähnte mögliche Kategorien). Nach Herleitung der Kategorien sollen die identifizierten Kriterien zugeordnet werden. Hierbei sind auch die aus der Sekundärforschung hergeleiteten Kriterien zu integrieren. Es gilt anzumerken, dass je nach Auslegung, ein Kriterium in die eine oder andere Kategorie fallen könnte. Schlussendlich ist die Zuteilung zweitrangig, da sie in erster Linie dem Zweck der Übersicht-

lichkeit dient und vor allem die anschliessende Priorisierung sowie die Verwendbarkeit für die Neuorganisation von Bedeutung sind.

Priorisierung der Kriterien

Die Priorisierung findet auf drei Arten statt: Betrachtung der Anzahl der Nennungen durch die Expertinnen und Experten, die Einschätzung der Bevölkerungs- respektive Betriebsperspektive sowie die Bewertung der Priorität durch das Obsan auf Basis der Interviews und der diskutierten Anforderungen an das Mandat. Konkret bedeutet dies, dass drei Personen vom Obsan auf Basis der vorhandenen Informationen in einem reflexiven Prozess die Priorität von einem Kriterium festlegen, ohne dabei die Verwendbarkeit respektive die noch durchzuführende Operationalisierung zu berücksichtigen. Eine hohe Priorität erhalten beispielsweise Kriterien, welche sowohl aufgrund der Sekundärforschung, der Expertinnen und Experten wie auch der GSI als wichtige Anforderung betrachtet werden. In einzelnen Fällen ist abzuwägen, ob ein Kriterium trotz seltener Nennung eine hohe Priorität erhält, weil es für den Kanton BE eine bedeutende Rolle spielt. So gibt es beispielsweise mit dem Kanton VS nur einen weiteren befragten Kanton, welcher zweisprachig ist oder nicht alle befragten Kantone (z.B. SH oder BL) verfügen über dieselbe heterogene Topografie wie der Kanton BE.

Verwendbarkeit der Kriterien

Die Verwendbarkeit der Kriterien widmet sich primär der Frage, inwiefern eine datengestützte oder qualitative Operationalisierung möglich ist und wie aufwändig (d.h. zeitintensiv und komplex) sie ist. Da die GSI die Neuorganisation in erster Linie auf quantifizierbare Kriterien stützen möchte, dürfte die Möglichkeit der datengestützten Operationalisierung die Wahl eines Kriteriums entscheidend beeinflussen. In einem weiteren Schritt muss überprüft werden, inwiefern die Operationalisierung tatsächlich machbar ist. Leicht zugängliche oder verfügbare Informationen werden als nicht aufwändige Operationalisierung betrachtet. Dies ist beispielsweise für ein Kriterium wie «Verwaltungsgrenzen» der Fall, bei welchen die Informationen online, in der GSI oder beim BFS vorliegen. Müssen hingegen herausfordernde statistische Analysen oder weitere Expertinnen und Experten herangezogen werden, um die nötigen Informationen zu erhalten, so wird die Operationalisierung als aufwändig betrachtet. Dies gilt beispielsweise für geografische Besonderheiten im Kanton BE oder bezüglich der Quantifizierung von Aspekten wie Mobilität oder dem Pendelverhalten.

⁵ Gemeinsame «objektive» Wahrnehmung und Nachvollziehbarkeit komplexer Sachverhalte. (Dorsch – Lexikon der Psychologie, 2023).

⁶ Es ist nicht notwendig oder wünschenswert, alle identifizierten Kriterien zu verwenden (z.B., weil sie nicht dem Auftrag entsprechen, schwer zu operationalisieren sind, etc.).

2.2 Aufbereitung der identifizierten Kriterien

Die Aufbereitung der identifizierten Kriterien stellt gleichzeitig ein Zwischenergebnis und eine methodische Voraussetzung für die Neuorganisation dar. Nachfolgend wird die Dokumentation der identifizierten Kriterien (Kapitel 2.2.1), die Auswahl bzw. die Selektion der zu verwendenden Kriterien (Kapitel 2.2.2) und die abschliessende Operationalisierung der zu verwendenden Kriterien (Kapitel 2.2.3) geschildert.

2.2.1 Identifizierte Kriterien

Tabelle 7.1 im Anhang 7.3 listet in den Interviews explizit sowie implizit genannte Kriterien, welche grundsätzlich für eine Neuorganisation der Perimeter in Frage kämen. Hierbei handelt es sich um eine Übersicht der Kriterien, welche in den blauen Kästen am Ende der transkribierten Zusammenfassungen zu finden sind (siehe Anhang 7.2). Die Kriterien sind alphabetisch geordnet und die Spalten zeigen auf, welcher Kanton (respektive der Spitex-Verband Kanton BE) das Kriterium genannt hat. In Schwarz sind die Kriterien, welche für die Bildung von Versorgungsregionen verwendet wurden, in Blau die Kriterien, welche dem Kanton BE empfohlen wurden und in Orange die Kriterien, welche im Rahmen der Experteninterviews oder in der Bildung der Versorgungsregionen besprochen wurden, aber schlussendlich nicht in die Regionalisierung eingeflossen sind. Die letzte Spalte zeigt die Summe der Anzahl Nennungen auf.

In derselben Tabelle finden sich im Anschluss die Kriterien, welche aus der Sekundärforschung hergeleitet wurden: räumliche Kontinuität, Grösse der Planungsregion (Definition einer Mindest- und Maximalbevölkerungsgrösse), Deckungsgleichheit mit anderen Versorgungsregionen, Berücksichtigung der gesprochenen Sprache und Anteil der älteren Bevölkerung innerhalb einer Versorgungsregion. Zuletzt werden in derselben Tabelle auch die von der GSI genannten Kriterien gelistet, welche in der Neuorganisation berücksichtigt werden müssen: Orientierung an den zukünftigen Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020), Berücksichtigung des Einzugsgebiets der Pflegeheime und die Erhaltung der Grenzverläufe der bestehenden Spitex-Perimeter.

Die semi-standardisierten Interviews waren reich an weiterführenden Informationen bezüglich des gesamten Prozesses der Bildung von Versorgungsregionen. Insbesondere die erwähnten Erfahrungen und Erfolgsfaktoren für die Einführung von Versorgungsregionen sowie mögliche Herausforderungen und Risiken erscheinen dem Obsan als eine wichtige Erkenntnis, welche im Anhang in Kapitel 7.2.9 dokumentiert sind. Diese Informationen wurden für die qualitative Analyse nicht einbezogen.

2.2.2 Selektion der zu verwendenden Kriterien

Der Selektion gehen die nachfolgenden Voraussetzungen sowie Überlegungen voraus, gefolgt von der Kategorisierung und der Priorisierung der identifizierten Kriterien. Abschliessend wird der ursprünglich präsentierte Vorschlag der zu verwendenden Kriterien und die Festlegung der tatsächlich zu verwendenden Kriterien präsentiert.

Voraussetzung und Überlegungen

Erstens stellt die **Versorgungssicherheit** die grundlegende Idee der Neuorganisation dar. Ziel ist es, der gesamten Bevölkerung den chancengleichen Zugang zu Spitex-Leistungen zu gewährleisten. Hierfür werden zukünftig weiterhin Leistungsaufträge ausgeschrieben, deren Vergabe die (potenziellen) Leistungserbringer an eine Versorgungspflicht bindet. Aus diesen Gründen müssen die Spitex-Regionen unter versorgungsplanerischen Aspekten gebildet werden und fokussieren auf die Bevölkerungsperspektive.

Zweitens soll die Neuorganisation dem **politischen Zielbild** des Kantons BE untergeordnet werden: Verbesserung der Effizienz des Gesundheitssystems durch die Stärkung der integrierten und vernetzten Versorgung sowie die Verbesserung des Versorgungsangebots zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu fördern. Hierfür müssen die 47 Perimeter aus dem Jahr 2021 reduziert werden, was unter anderem auch die Anzahl der kantonalen Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerinnen verringert. Des Weiteren sollen die neuen Spitex-Regionen an die zukünftigen Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) angeglichen werden. Schliesslich soll hierbei auch die Versorgung durch die Berner Pflegeheime berücksichtigt werden.

Kategorisierung

Die nachfolgenden Kategorien liessen sich auf Basis der in allen Interviews wiederkehrenden Themen ableiten (vgl. Tabelle T 7.1 im Anhang):

- **Lebensraumorientierung:** Diese Kategorie bezieht sich am stärksten auf die eigentliche Sicht der Bevölkerung und widerspiegelt den alltäglichen territorialen Aufenthaltsraum der Individuen sowie deren Orientierung respektive regionale Identität. Die Lebensraumorientierung wurde von allen interviewten Expertinnen und Experten genannt, entweder als konkretes Kriterium (z.B. regionale Identifikation aufgrund der Sprache) oder in vielen Interviews gar als Kategorie (z.B. Lebensraum, Lebenswelt etc.).
- **Sicht der Versorgungsplanung:** Diese Kategorie spiegelt Elemente der Versorgungsplanung wider, bei der andere Leistungserbringer und bestehende Versorgungsnetze eine wichtige Rolle spielen. Dies, weil Spitex-Leistungen häufig in Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten, Spitälern oder anderen Leistungserbringern erfolgen.

- **Versorgungssicherheit:** Hierbei steht die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung für die Bevölkerung an oberster Stelle. Im Vordergrund steht die Frage nach der optimalen Grösse einer Versorgungsregion: Wie bevölkerungsreich respektive -arm darf sie sein, damit die Grundversorgung sichergestellt werden kann? In dieser Kategorie vermischen sich die Perspektive der Bevölkerung und der Betriebe am stärksten.
- **Betriebssicht:** Diese Kategorie repräsentiert die Perspektive der Spitex-Organisationen und beinhaltet Kriterien wie den Skill-Mix oder Hauptsitz einer Spitex-Organisation. Im Unterschied zur Kategorie der Versorgungssicherheit widerspiegelt diese Kategorie keine Überschneidung der beiden Perspektiven, sondern legt einen starken Fokus auf die Betriebe.

T 2.1 Kategorisierung der identifizierten Kriterien mit Analyse der Anzahl Nennung, Einschätzung der Bevölkerungs- resp. Betriebsperspektive, Priorisierung, Einschätzung der Verwendbarkeit und dem provisorischen Vorschlag der zu verwendenden Kriterien

Kriterien	Anzahl Experten-nennungen	Perspektive		Priorität gemäss Obsan (1 bis 3)	Verwendbarkeit des Kriteriums			Vorschlag	
		Bevölkerung	Betrieb		Datengestützt	Operationalisierung (1=nicht aufwändig, 3=sehr Aufwändig)	Informationszugang (wer?)	Zu verwendende Kriterien	Anwendungspriorität
Lebensraumorientierung¹	8								
Ausrichtung an Verwaltungsgrenzen (z.B. Gemeinden, Bezirke, Schulzonen, Polizei, ...)	7	x		1		1	Obsan	x	1
Räumliche Kontinuität	1	x		1		1	Obsan	x	1
Geografische Gegebenheiten	4	x		1		2	Kanton	x	2
Sprachgrenzen/-barrieren	1	x		1		1	Obsan	x	1
Wohnortsnahe Mobilität (z.B. einkaufen, arbeiten, zum Hausarzt)	7	x		1	x	3	Obsan / Kanton / Expert/innen	x	2
Einzugsgebiet der Pflegeheime	2	x		1	x	3	Obsan	x	2
Fokus Ballungszentren	1	x		3					
Sicht der Versorgungsplanung									
Ausrichtung an künftigen Versorgungsregionen der Spitäler (4+ Regionenmodell)	2	x		1		1	Obsan	x	1
Ausrichtung an bestehenden Versorgungsregionen der Pflegeheime	2	x		2		1	Obsan	x	
Ausrichtung an weiteren bestehenden Versorgungsregionen	2	x		3		1	Obsan		
Mindestanzahl an Spitälern	4	x		3	x	1	Obsan		
Mindestanzahl an Pflegeheimen	3	x		3	x	1	Obsan		
Mindestanzahl Gemeinden	1	x		3	x	1	Obsan		
Versorgungssicherheit									
Bevölkerungsgrösse (Min. und Max.)	7	x	x	1	x	2	Obsan	x	2
Bevölkerungsdichte	1	x	x	1	x	2	Obsan	x	2
Soziodemografische Struktur (Altersstruktur, Haushaltstruktur, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund)	1	x	x	3	x	1	Obsan		
Wegzeiten innerhalb einer Region	2	x	x	2	x	3			
Vorhandensein spezialisierter Leistungen	2	x		3		2	Obsan		
Bestehende Zusammenarbeit/Kooperation zwischen Leistungserbringern (Spitex-Spitex, Spitex-Pflegeheime, Spitex-Spitäler, ...)	8	x	x	1		3	Obsan / Kanton / Expert/innen	x	2
Betriebsicht									
Aktuelles Einzugsgebiet einer Spitex	1		x	3		1	Obsan		
Hauptsitz Spitex-Organisation	1		x	3		1	Obsan		
Anzahl erbrachter Spitex-Leistungsstunden	1		x	3	x	1	Obsan		
Skill-Mix	1		x	3	x	3	Obsan?		

¹ Die Kategorie Lebensraumorientierung wurde von allen interviewten Expertinnen und Experten erwähnt und teilweise durch Kriterien konkretisiert.

Priorisierung

Die Spalte «Anzahl Expertennennungen» gibt an, wie häufig ein Kriterium über alle Experteninterviews genannt wurde (siehe Tabelle T 2.1). Eine hohe Anzahl entspricht einer hohen Priorität, bei einem Maximalwert von 8. Es ist aber anzumerken, dass einige Kriterien selten genannt wurden, was allerdings nicht deren Bedeutung für das Mandat widerspiegelt. So ist beispielsweise das Kriterium der «Bevölkerungsdichte» im Kriterium «Bevölkerungsgrösse» wiederzufinden. Des Weiteren dürfte «Sprachgrenze/-barriere» in den meisten Kantonen nicht genannt worden sein, da es sich nicht um mehrsprachige Kantone handelt. Schliesslich dürfte auch die «räumliche Kontinuität» selten genannt worden sein, da es sich um ein offensichtliches Kriterium handelt, welches in der Bildung von Versorgungsregionen implizit vorausgesetzt wird.

Nach Ansicht aller Expertinnen und Experten sind die nachfolgenden Kriterien die wichtigsten:

- **Kriterien zur Lebensraumorientierung:** Laut Expertinnen und Experten sind die Kriterien der Lebensraumorientierung (z.B. Ausrichtung an Verwaltungsgrenzen oder wohnortsnahe Mobilität zwecks Einkaufens oder dem Besuch von Versorgungsstrukturen wie Hausarztpraxen) zweifellos die wichtigsten Kriterien und müssen in der Bildung von Spitex-Regionen vor allem aus zwei Gründen berücksichtigt werden: der gemeinsame Nenner und die Grundlage der integrierten Versorgung. Der gemeinsame Nenner umfasst u.a. die Tatsache, dass wenn die Spitex-Regionen der Lebensraumorientierung der Bevölkerung entsprechen, die Klientinnen und Klienten mit dem Spitex-Personal die gleiche regionale Kultur bzw. Identität und die gleiche Sprache bzw. Kommunikation teilen. Auf diese Weise entsteht Vertrauen und Akzeptanz gegenüber der Organisation, welche einem zuhause besucht und Vorbehalte können reduziert werden. Des Weiteren wird durch diese Kongruenz auch die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern erleichtert, womit eine Grundlage für eine integrierte Versorgung geschaffen wird. Alle Expertinnen und Experten nannten die Kategorie der Lebensraumorientierung (oder Synonyme wie z.B. Lebensraum) explizit und betonten deren Wichtigkeit.
- **Bevölkerungsgrösse:** Die Bevölkerungsgrösse wurde von allen Expertinnen und Experten genannt, teilweise mit Einschätzungen oder Empfehlungen für Mindest- respektive Maximalgrössen. Eine Mindestgrösse erlaubt es, das gesamte Angebot an pflegerischen Leistungen (insbesondere auch spezialisierte Leistungen wie pädiatrische oder palliative Pflege) von ausreichender Qualität vorhanden zu haben, genügend andere Leistungserbringer in der Versorgungsregion zu haben sowie effiziente Organisationen und Einrichtungen zu entwickeln. Bei zu grossen Spitex-Regionen läuft ein Kanton Gefahr, dass die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann (z.B. Nachfrage übersteigt Angebot, mangelnde Personalressourcen, *too big to fail* Problematik) und dass die Steuerung zu kompliziert wird. Dies gilt auch für die Bevölkerungsdichte, welche vom Bergkanton VS als wichtig erachtet

wurde. In weitläufigen, aber wenig besiedelten Gebieten, sollte dieses Kriterium zur Anwendung kommen. Schliesslich ist auch zu entscheiden, in welcher Kombination diese beiden Kriterien im heterogenen Kanton BE zur Anwendung kommen (z.B. unterschiedliche Cutoff-Werte oder Gewichtungen in Abhängigkeit der topografischen Gegebenheiten).

- **Bestehende und funktionierende Kooperationen:** Die Expertinnen und Experten der unterschiedlichen Kantone erachten dieses Kriterium aus mehreren Gründen als essenziell: Wahrung der Versorgungssicherheit und Vermeidung von Risiken wie Inakzeptanz in der Bevölkerung sowie Vorbeugung von rechtlichen Beschwerden. Die neuen Versorgungsräume sollten also die bestehenden Kooperationen berücksichtigen, wobei hier nicht nur die Zusammenarbeit oder Synergien zwischen den verschiedenen Spitex-Organisationen gemeint sind, sondern auch die Kooperationen zwischen den Spitex-Organisationen und den übrigen Leistungserbringern wie Spitäler, Pflegeheime und Hausarztpraxen.

Die Priorisierung durch das Obsan ist in der Spalte «Priorität gemäss Obsan» enthalten und das Ergebnis der Analyse ist in den drei Spalten «Verwendbarkeit des Kriteriums» präsentiert.

Vorschlag für zu verwendenden Kriterien für die Neuorganisation

Auf Basis der Voraussetzungen und Überlegungen sowie der Priorisierung und der Verwendbarkeit der Kriterien hat das Obsan einen Vorschlag erarbeitet, welcher die Kriterien definiert, die für die Neuorganisation zu verwenden sind (siehe Spalte «Zu verwendende Kriterien»).

Das Obsan empfiehlt die gesamte Kategorie der **Lebensraumorientierung** zu übernehmen, da diese Kategorie in jedem der acht Experteninterviews genannt wurde. Nicht übernommen wird das Kriterium «Fokus auf Ballungszentren», welches nur von einem Kanton genannt, aber von diesem selbst nicht verwendet wurde. Nachfolgend die Kriterien der Kategorie Lebensraumorientierung:

- **Ausrichtung an Verwaltungsgrenzen:** Orientierung an den 47 Spitex-Perimetern des Kantons BE, wobei diese zu grösseren Spitex-Regionen zusammengefasst werden sollen, ohne einen eigenständigen Perimeter in der Neuorganisation zu «zerschneiden».
- **Räumliche Kontinuität:** Dieses Kriterium wurde zwar selten genannt, dürfte allerdings in den befragten Kantonen als implizite Ausgangslage berücksichtigt worden sein. Es sollen keine kantonsinternen Enklaven entstehen.
- **Geografische Gegebenheiten:** In vielen Kantonen definieren topografische Eigenheiten die Lebensraumorientierung der regional verankerten Bevölkerung und sollten in der Neuorganisation berücksichtigt werden. So können beispielsweise Berg-, Hügelketten oder Gewässer nahe zusammenliegende Regionen unterteilen (z.B. Jura-Kette im Kanton Solothurn).

- **Sprachgrenzen/-barrieren:** Der Kanton BE ist ein zweisprachiger Kanton, welcher sich prinzipiell in drei Kategorien (deutsch-, französisch- und zweisprachig) aufteilen lässt.
- **Wohnortsnahe Mobilität:** Die Lebensraumorientierung definiert auch das Bewegungsverhalten der Bevölkerung innerhalb einer Region. Demzufolge sollte die Mobilität der Bevölkerung in einer Neuorganisation berücksichtigt werden.
- **Einzugsgebiet der Pflegeheime:** Das Einzugsgebiet der Pflegeheime repräsentiert zum einen die Lebensraumorientierung, in dem ambulant versorgte Personen möglichst in ein wohnortsnahe Pflegeheim ziehen, falls die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigkeit nicht mehr gerecht werden kann oder sich die Person aus medizinischen Gründen den Wechsel wünscht. Zum anderen stellt dies auch ein Aspekt der integrierten Versorgung dar, in dem ambulante und stationäre Strukturen bereits durch geografische wie auch wohnortsnahe Nähe verbunden sind.

Die Berücksichtigung des Kriteriums **Ausrichtung an zukünftigen Versorgungsregionen der Spitäler (4+ Regionenmodell)** ist ein expliziter Wunsch der GSI und wird vom Obsan mit Blick auf eine integrierte Versorgung als wichtiges Kriterium erachtet. Des Wei-

teren ist auch die **Bevölkerungsgrösse** (respektive die Bevölkerungsdichte) ein häufig genanntes Kriterium, das in die Neuorganisation einfließen sollte. Die Expertinnen und Experten empfehlen den Einbezug **bestehender Zusammenarbeit und Kooperation**.

Die restlichen identifizierten Kriterien werden im Vorschlag unter anderem aus den folgenden Gründen nicht berücksichtigt: Seltene Nennung durch die Expertinnen und Experten, Überschneidung mit einem bereits aufgenommenen Kriterium, geringe Orientierung an der Bevölkerungsperspektive, etc.

Festlegung der zu verwendenden Kriterien

Das Obsan hat den Vorschlag für die zu verwendenden Kriterien der Neuorganisation der GSI vorgestellt. Die GSI und das Obsan haben die möglichen Kriterien diskutiert und eine Liste von Kriterien bestimmt (Tabelle T 2.2). In Tabelle T 2.2 wird die nachfolgend erläuterte Operationalisierung bereits stichwortartig dokumentiert bzw. auf Überlegungen hingewiesen. Zudem ist auch die Anwendungspriorität der Kriterien ersichtlich. Kriterien der ersten Priorität werden im weiteren Verlauf Vorbedingungen genannt, weil diese laut GSI zwingend erfüllt werden müssen.

T 2.2 Festlegung der zu verwendenden Kriterien

Kriterien	Zu verwendende Kriterien (Vorschlag Obsan)	Übernommene Kriterien (Entscheid GSI-Obsan)	Anwendungspriorität	Operationalisierung
Lebensraumorientierung				
Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (z.B. Gemeinden, Bezirke, Schulzonen, Polizei oder Feuerwehr)	x	x	1	Kein Zerschneiden der bestehenden Perimeter
Räumliche Kontinuität	x	x	1	Die neuen Spitex-Regionen sind räumlich zusammenhängend
Geografische Gegebenheiten	x	—	2	Aufgrund anfallenden Aufwands ausgesetzt. Wird zudem über die Lebensraumorientierung abgedeckt.
Sprachgrenzen/-barrieren	x	x	1	Operationalisierung anhand Daten BFS
Geplante Fusionen		x	1	Operationalisierung anhand Daten des kantonalen Amtes für Gemeinden
Wohnortsnahe Mobilität (z.B. einkaufen, arbeiten, zum Hausarzt)	x	x	2	Operationalisierung durch Arbeitsmarktregionen BFS
Einzugsgebiet der Pflegeheime	x	x	2	Durch HSA_P bzw. Lokalisationsindex operationalisiert
Versorgungsplanungssicht				
Ausrichtung an zukünftigen Versorgungsregionen der Spitäler (4+ Regionenmodell)	x	x	1	Die neuen Spitex-Regionen fallen in die zukünftigen Versorgungsregionen (4+ Regionenmodell)
Ausrichtung an bestehenden Versorgungsregionen der Pflegeheime	x	—		Wird nicht verwendet, da die Versorgungsregionen der Pflegeheime zukünftig neu definiert werden
Versorgungssicherheit				
Bevölkerungsgrösse	x	x	2	Zwei minimale Bevölkerungsgrössen
Bevölkerungsdichte	x	—	2	Nicht operationalisierbar / fehlende Benchmark-Werte
Bestehende Zusammenarbeit/Kooperation zwischen Leistungserbringern (Spitex-Spitex, Spitex-Pflegeheime, Spitex-Spitäler...)	x	—	2	Aufgrund anfallenden Aufwands ausgesetzt.

Quelle: Qualitative Analyse der Experteninterviews durch das Obsan; Besprechungen GSI-Obsan

© Obsan 2023

Die meisten vorgeschlagenen Kriterien des Obsan wurden übernommen (siehe 3. Spalte für übernommene Kriterien in T 2.2). Die Ausrichtung an die bestehenden Versorgungsregionen der Pflegeheime wurde als nicht dienlich betrachtet, da diese Versorgungsregionen zukünftig neu definiert werden dürften bzw. den zukünftigen Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) angepasst werden. Hingegen wurde das Kriterium der geplanten Gemeindefusionen im Laufe der Neuorganisation als wichtig erachtet und wurde deswegen in die Liste der zu verwendenden Kriterien aufgenommen.

Im Rahmen der Diskussionen wurde auf die Verwendung bzw. die Operationalisierung von drei Kriterien verzichtet: Geografische Gegebenheiten, Bevölkerungsdichte und bestehende Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern. Für die Herleitung von regionsspezifischen Benchmark-Werten der Bevölkerungsdichte fehlen die Erfahrungswerte und weiterführende Studien wären notwendig. In ähnlicher Weise müsste auch für die Berücksichtigung der bestehenden Kooperationen unter allen beteiligten Leistungserbringern eine ressourcen-intensive zusätzliche Studie durchgeführt werden. Die geografischen Gegebenheiten sind teilweise implizit in den Kriterien der Lebensraumorientierung enthalten und werden auf diese Weise berücksichtigt. Der Einbezug von einer Geografin oder einem Geografen mit detaillierten Kenntnissen des Kantons BE würde die Ressourcen des Projekts strapazieren.

2.2.3 Operationalisierung

Nachfolgend wird beschrieben, wie die Kriterien der ersten Priorität (d.h. der Vorbedingung) und die Kriterien der zweiten Priorität operationalisiert werden.

Vorbedingungen

Die **Ausrichtung an die zukünftigen fünf Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020)** stellt ein Kriterium der drei Vorbedingungen dar, welche die gesamte Neuorganisation bestimmen. Die Zusammenschlüsse der Perimeter können ausschliesslich innerhalb einer Versorgungsregion erfolgen und nicht über deren Grenzen hinweg. Der Bericht von PWC (2020) bildet die Basis für die Einteilung der bestehenden Perimeter in die fünf zukünftigen 4+ Versorgungsregionen. Des Weiteren werden die **Perimeter-Grenzverläufe** im Rahmen der Zusammenschlüsse in ihrer ursprünglichen Form bewahrt. Folglich wird keiner der 47 Perimeter aus dem Jahr 2021 zerstückelt und auf die neugebildeten Spitex-Regionen aufgeteilt. Die **räumliche Kontinuität** muss überprüft werden, bevor die Kriterien der Lebensraumorientierung angewendet werden, damit keine räumlichen Trennungen bestehen bleiben bzw. neu entstehen.

Des Weiteren werden (mögliche) bevorstehende **Gemeindefusionen** und die Definition der **Sprachgrenzen** ebenfalls als Vorbedingungen gesehen, da sie kontrolliert werden müssen, bevor weitere Kriterien ihre Anwendung finden. Bevorstehende Ge-

meindefusionen werden aufgrund der zugänglichen Informationen beim kantonalen Amt für Gemeinden und Raumordnung bzw. bei der Abteilung Gemeinden eruiert. Die Sprachgrenzen können anhand der Strukturhebung sowie der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) des BFS analysiert werden, da auf dieser Basis die Französisch-, Deutsch- bzw. Zweisprachigkeit der 339 Berner Gemeinden im Jahr 2021 bestimmt werden kann.

Die **Enklaven Schelten** und **Münchenwiler** werden in den Analysen der Neuorganisation nicht berücksichtigt, da sie per Leistungsvereinbarung von ausserkantonalen Spitex-Organisationen versorgt werden (aus Delémont bzw. Fribourg). In der Ausgangslage werden sie noch mitgezählt und in den Grafiken sowie Tabellen aufgeführt. Allerdings werden sie nicht in die Analysen einbezogen, womit sich die Anzahl der neu gebildeten Spitex-Regionen von Beginn weg um zwei Perimeter reduziert. Die Enklave **Clavaleyres** ist in den Karten abgebildet, aber aufgrund des Kantonswechsels zu Fribourg per 1.1.2022 von den Analysen ausgeschlossen.

Lebensraumorientierung: Wohnortnahe Mobilität und Einzugsgebiet der Pflegeheime

Die wohnortnahe Mobilität und das Einzugsgebiet der Pflegeheime dienen als Proxys der Lebensraumorientierung. Für die Operationalisierung der **wohnortnahen Mobilität** wurden intensive Abklärungen mit verschiedenen Ämtern und Institutionen getätigt: kantonales Amt für Raumplanung, Bau- und Verkehrsdirektion des Kantons BE, kantonales Amt für Statistik sowie Bundesamt für Raumentwicklung und Pro Senectute. In diesem Prozess sollten eigentlich Mobilitätsmatrizen genutzt werden, welche aber aufgrund ihrer Bidirektionalität (d.h. Start und Ziel nicht zu differenzieren) nicht genutzt werden können. Schlussendlich stellen die Arbeitsmarktregionen (AMR) des BFS die beste Annäherung an die wohnortnahe Mobilität dar. Die AMR bilden Regionen ab, in denen mindestens 50% der Erwerbstätigen leben und gleichzeitig auch arbeiten. Die AMR sind auch für nicht mehr erwerbstätige Personen (d.h. im Alter von 65+ Jahren) von Bedeutung, da davon auszugehen ist, dass ein hoher Anteil der Personen beim Eintritt in den Ruhestand auch in der AMR verweilt. Die Gründe für diese Annahme sind vielfältig: Besitz von Wohneigentum, gute Mietverhältnisse aufgrund langjähriger Miete, etabliertes soziales Umfeld, etabliertes Gesundheitsumfeld (Hausarztpraxen, Fitness usw.), lokale Verbundenheit bzw. Identifikation, Gewohnheiten usw.

Ein **Einzugsgebiet für die Pflegeheime (HSA_P)** wird wie folgt definiert: Eine Region, in der die Mehrheit der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner auch vor dem Einzug ins Pflegeheim gelebt hat. Die HSA_P werden auf Basis der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) erstellt. Auf Basis der SOMED kann für alle Bewohnerinnen und Bewohner ermittelt werden, welchen Wohnsitz (PLZ) sie vor Pflegeheimen eintritt hatten und in welchem Pflegeheim (PLZ) sie wohnen. Da die Anzahl der Bewohne-

rinnen und Bewohner pro Heimat- und/oder Pflegeheim-PLZ in einigen Regionen gering⁷ sein kann, werden diese PLZ-Informationen auf Ebene der Medstat-Regionen des BFS aggregiert.

Zur Bildung der HSA_P wird ein von Haynes et al. (2020) entwickelter Algorithmus verwendet: In einem iterativen Verfahren werden Medstat-Regionen, die ein Pflegeheim beinhalten, anhand der Inanspruchnahme (d.h. Patientenströme von einer Region zur anderen) mit ihren benachbarten Medstat-Regionen zusammengeschlossen. Um die tatsächliche Grösse einer HSA_P zu ermitteln, wird ein Lokalisationsindex (LI) benötigt, der in diesem Verfahren einem Zielwert entspricht. D.h. der LI ist als der Anteil Personen definiert, der innerhalb der eigenen HSA_P auch versorgt werden muss. Ein LI von bspw. 50% bedeutet, dass mindestens 50% der wohnhaften Personen innerhalb einer Region auch in derselben Region in ein Pflegeheim ziehen. So lange im iterativen Verfahren diese 50% für eine HSA_P nicht erreicht sind, finden Zusammenschlüsse statt. Für das vorliegende Projekt wird mit drei LI gearbeitet: 50%, 60% und 70%. Diese Vorgehensweise ist eng an die Vorgehensweise des Versorgungsatlas geknüpft. Für eine ausführliche Beschreibung dieses Algorithmus ist www.versorgungsatlas.ch oder das R-Package von Haynes et al. (2020) zu konsultieren.

Mindestbevölkerungsgrösse

Auf Basis der Experteninterviews ist es schwierig, eine Maximalbevölkerungsgrösse oder eine Bevölkerungsdichte für die Spitex-Regionen abzuleiten. Letztere würde zudem von den topografischen Eigenheiten einer Region abhängen und die Stadt-, Land- oder Bergregionen müssten entsprechend spezifisch operationalisiert werden. Allerdings fehlen zu dieser Bewerkstelligung die benötigten Informationen und Erfahrungswerte. Was sich hingegen aus den Expertinnen- und Experteninterviews ableiten lässt, ist die **Mindestbevölkerungsgrösse**. Durch eine Mindestbevölkerungsgrösse wird die Versorgungssicherheit gewährleistet, da so flächendeckend (Spezial-)Leistungen erbracht werden können und auch Effizienz-/Kostenvorteile entstehen, die wiederum der Bevölkerung zugutekommen. Auf Basis der Interviews lässt sich zum einen die Mindestgrösse von 20 000 Personen und zum anderen eine weitere Mindestgrösse von 40 000 Personen herleiten. Anhand der zweiten Mindestgrösse wird versucht, die Spitex-Regionen noch stärker zu reduzieren als anhand der ersten Mindestgrösse. Eine eindeutige Maximalbevölkerungsgrösse konnte nicht hergeleitet werden, obwohl die meisten Expertinnen und Experten zu bevölkerungsreiche Spitex-Regionen als wenig sinnvoll erachten. Folglich wird angestrebt, die neuen Spitex-Regionen nicht grösser als der bisher bevölkerungsreichste Perimeter zu gestalten.

2.3 Vorgehen in der Neuorganisation (QGIS)

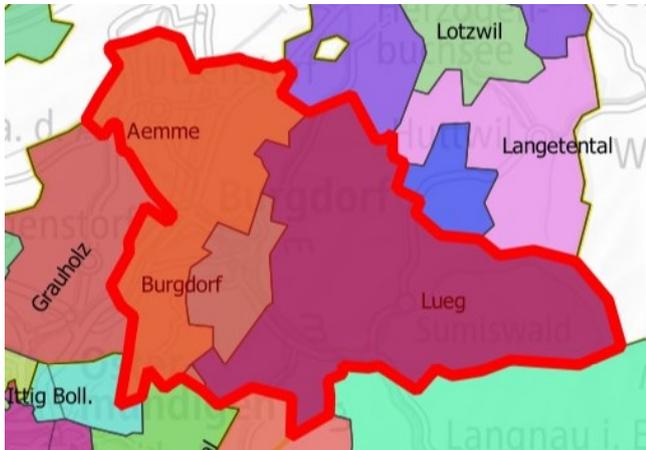
Die Lösungsvorschläge setzen sich zum Ziel, die Anzahl bestehender Perimeter zu reduzieren und neue bzw. grössere Spitex-Regionen zu bilden. Es werden drei Lösungsvorschläge erarbeitet, welche sich bezüglich Ausmasses der Reduktion unterscheiden. Die beiden Lösungsvorschläge der mittleren Reduktion reduzieren die 47 Perimeter aus dem Jahr 2021 um mehr als die Hälfte. Es werden zwei Lösungen präsentiert, um mögliche alternative Zusammenschlüsse zu berücksichtigen, die in der jeweils anderen Lösung nicht zur Anwendung kommen, sich aber andeuten. Bei diesen Lösungsvorschlägen werden zuerst die AMR- und HSA_P-Kriterien angewendet. In einem nachgelagerten Schritt wird die erforderliche Mindestbevölkerungsgrösse berücksichtigt, wobei eine neu gebildete Versorgungsregion die Anzahl von 20 000 Personen nicht unterschreiten darf. Die starke Reduktion verringert die Anzahl Perimeter weiter auf ungefähr einen Drittel der Ausgangslage von 47 Perimetern. Dieser dritte Lösungsvorschlag unterscheidet sich von den Lösungen der mittleren Reduktion einzig bezüglich der Mindestbevölkerungsgrösse, welche hier 40 000 Personen beträgt.

Alle Lösungsvorschläge – wie auch die Umsetzung der Vorbedingungen – erfolgen in der freizugänglichen Geoinformationssoftware QGIS, mittels derer räumliche Daten betrachtet und analysiert werden können. Anhand visueller Inspektion der AMR- und HSA_P-Kriterien werden für jede einzelne 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) neue Spitex-Regionen gebildet. Am Beispiel der drei Perimeter Aemme, Burgdorf und Lueg ist gut zu sehen, dass sie zusammen eine Arbeitsmarktregion bilden (rot-transparente Fläche in Grafik G 2.1 oben). Zusätzlich ist in Betrachtung der HSA_P mit einem LI von 50% ersichtlich, dass diese drei Perimeter auf drei unterschiedliche HSA_P fallen (ebenfalls rot-transparente Flächen in G 2.1 unten). Lueg ist grösstenteils eine eigenständige HSA_P, wobei die nord-westliche Lueg mit einem nord-östlichen Teil von Aemme eine HSA_P bildet. Des Weiteren fallen Burgdorf und Aemme zusammen in eine HSA_P, die neben einem kleinen Teil von Lueg auch einen grossen Teil von Grauholz beinhaltet. Aufgrund der visuellen Inspektion der beiden Kriterien wird Aemme und Burgdorf wegen der grossen Überschneidung zu einer neuen Versorgungsregion zusammengefasst. Grauholz fällt in eine andere 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020), weshalb ein Zusammenschluss mit Aemme und Burgdorf – trotz starker Überschneidung – nicht in Frage kommt. Lueg wird in einem ersten Schritt aufgrund der HSA_P als eigenständige Versorgungsregion belassen (mittlere Reduktion – Lösung I), wobei aufgrund der AMR-Analyse in einer nächsten Lösung von einem Zusammenschluss mit Aemme/Burgdorf auszugehen ist (mittlere Reduktion – Lösung II).

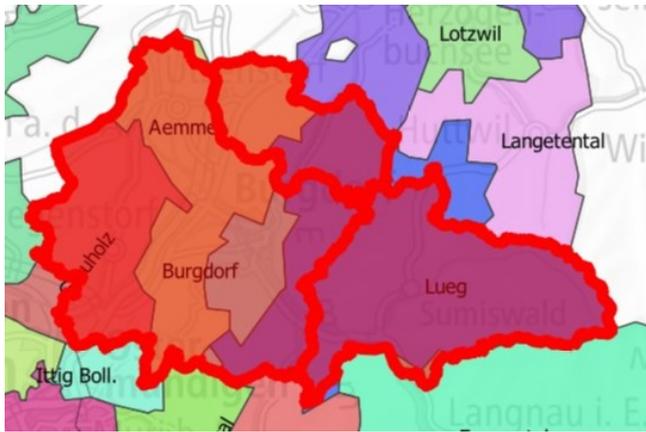
⁷ Zum Beispiel in ländlichen Regionen oder Berggebieten.

G 2.1 Exemplarische Darstellung der visuellen Inspektion anhand der AMR- und HSA_P-Kriterien

AMR



HSA_P (LI 50%)



Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der visuellen Präsentation der Ergebnisse. In Kapitel 3.1 wird die Umsetzung der Vorbedingungen aufgezeigt, die in einer Zwischenlösung resultiert und die anschliessend als Ausgangslage für die Neuorganisation anhand der Kriterien (AMR, HSA_P und Mindestbevölkerungsgrösse) dient. In Kapitel 3.2 werden die Lösungen I und II der mittleren Reduktion und in Kapitel 3.3 die Lösung III der starken Reduktion präsentiert. Die drei Lösungen bauen sukzessive aufeinander auf. Hierbei wird der potenzielle Handlungsspielraum – im Sinne von möglichen alternativen Perimeter-Zusammenschlüssen – aufgezeigt, der in der Neuorganisation vorhanden wäre. Die Detailinformationen von einzelnen Perimeter-Zusammenschlüssen werden im Anhang ab Kapitel 7.4 dokumentiert. Abschliessend werden in Kapitel 3.4 auf Wunsch der GSI zwei Gürtel-Varianten präsentiert, die die Agglomeration um die Stadt Bern zu einer Versorgungsregion zusammenschliessen.

3.1 Umsetzung der Vorbedingungen

Auf Basis der 47 Spitex-Perimeter aus dem Jahr 2021 werden die Vorbedingungen umgesetzt (siehe Grafik G 3.1). Dies umfasst die Einhaltung der Grenzverläufe der Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020), die räumliche Kontinuität, die Berücksichtigung sich abzeichnender Gemeindefusionen und die Analyse der Sprachgrenzen. Die Zwischenlösung nach Umsetzung der Vorbedingungen dient als Ausgangslage der Neuorganisation (siehe Grafik G 3.2). In diesem Arbeitsschritt reduziert sich die Anzahl von 47 auf 41 Perimeter.⁸

3.1.1 4+ Regionenmodell und räumliche Kontinuität

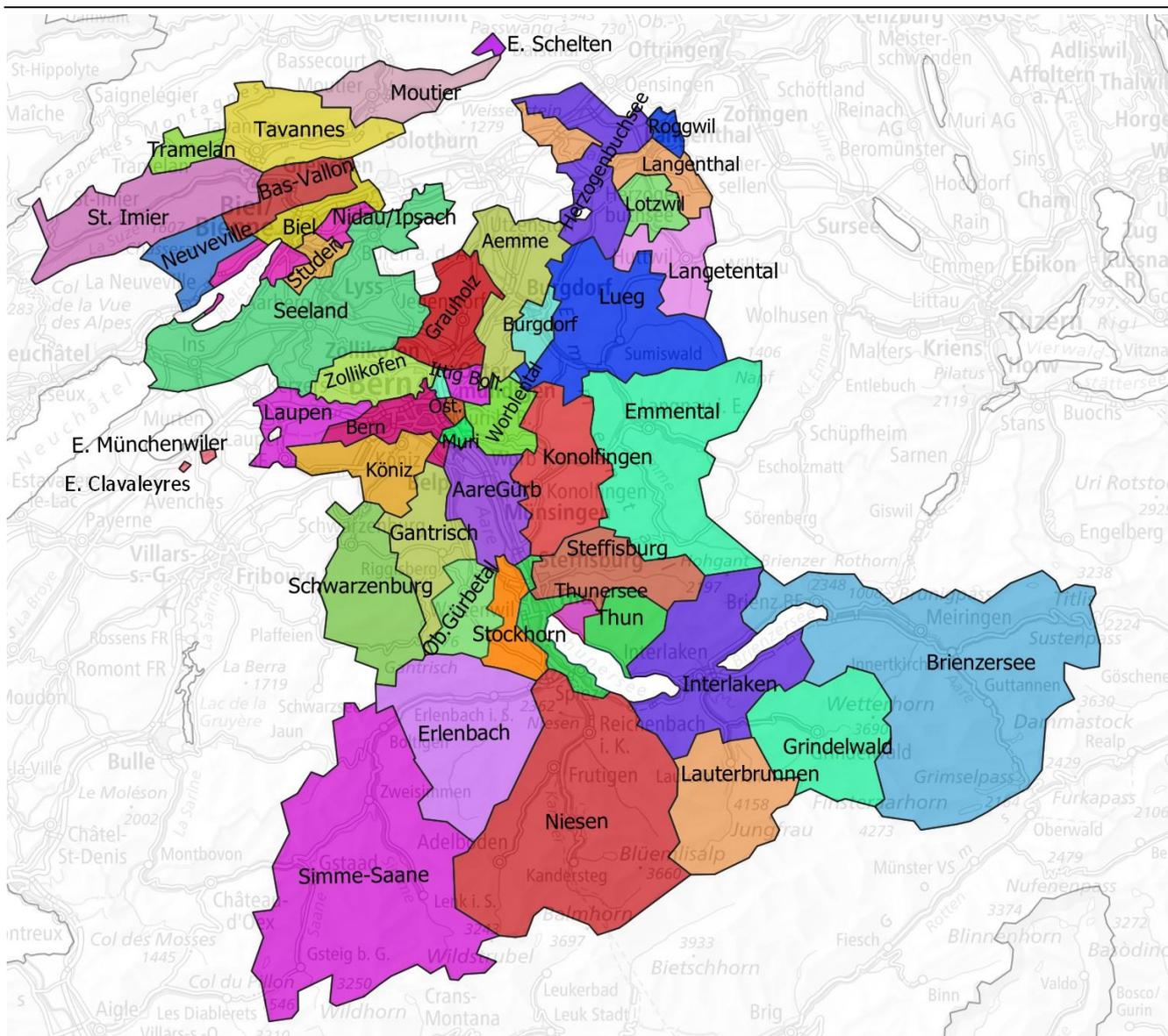
Die Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) sind in Grafik G 3.2 als fettgedruckte schwarze Grenzverläufe zu erkennen. So wird beispielsweise der gesamte Berner Jura von einer fettgedruckten Linie umrandet, die den Bielersee und den Perimeter Biel/Bienne entlang der beiden bernjurassischen Perimetern La Neuveville und Bas-Vallon trennt.

Aufgrund der visuellen Inspektion können fünf Perimeter identifiziert werden, die das Kriterium der räumlichen Kontinuität nicht erfüllen. Da keine solchen Spitex-Regionen entstehen sollen, werden diese fünf Perimeter wie folgt bearbeitet:

- Nidau/Ipsach besteht aus vier räumlich getrennten Teilen, die mit Biel/Bienne zu einer Versorgungsregion zusammengeslossen werden. Von einem a priori Zusammenschluss mit Studen wird abgesehen, weil sonst das Teilstück am Bielersee weiterhin von seinen anderen Teilen getrennt ist. Das vierte Teilstück (obere Hälfte der St. Petersinsel) wird räumlich getrennt belassen, da es sich primär um ein bevölkerungsarmes Naturschutz-, Tourismus- und Hotellerie-Gebiet handelt.
- Langenthal wird durch Herzogenbuchsee zweigeteilt, weshalb diese beiden Perimeter fusioniert werden.
- Das räumlich zweigeteilte Thun könnte entweder mit Steffisburg und/oder mit Thunersee zusammengeslossen werden, damit die räumliche Kontinuität gewährleistet ist. Aufgrund dieser unterschiedlichen Möglichkeiten wird Thun erst im nächsten Arbeitsschritt anhand der Kriterien mit einem oder beiden Perimeter(n) fusioniert.
- Das räumlich zweigeteilte Burgdorf könnte mit Aemme und/oder Lueg zusammengeslossen werden. Aufgrund dieser beiden Möglichkeiten wird Burgdorf erst im nächsten Arbeitsschritt anhand der Lebensraumorientierung fusioniert.
- Bern hat mit Kehrsatz ein räumlich getrenntes Teilstück, welches verkehrstechnisch einzig über den Perimeter Köniz (d.h. durch Wabern) zu erreichen ist, während aufgrund der Verkehrswege ein Zusammenschluss mit Muri nicht in Frage kommt. Von einem Zusammenschluss von Bern mit Köniz wird aufgrund der Grösse und des Bevölkerungsreichtums der resultierenden Versorgungsregion abgesehen.

⁸ Ab hier ohne Zählung der Enklaven Schelten und Münchenwiler.

G 3.1 Ist-Situation im Kanton Bern im Jahr 2021 mit 47 Perimeter



Bemerkung: Der Ist- Zustand zählt die Enklaven Schelten und Münchenwiler mit, während die nachfolgenden Lösungen die Enklaven nicht mehr beinhalten. Die Enklave Clavaleyres (links von Münchenwiler) ist in dieser Grafik noch eingezeichnet, wird aber aufgrund des Kantonswechsels vom 1.1.2022 zu FR in den Analysen und weiteren Grafiken nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.1.2 Gemeindefusionen und Analyse der Sprachgrenzen

Im Rahmen der Arbeiten wurde bemerkt, dass im Kanton BE gewisse Gemeinden vor einer Fusion stehen, weshalb potenzielle Gemeindefusionen als Vorbedingung berücksichtigt werden. Im

Mittelland findet im Oktober 2023 die Volksabstimmung zur Fusion der Gemeinden Ostermundigen und Bern statt, welche beide einen eigenständigen Perimeter bilden. Für die Neuorganisation wird Ostermundigen und Bern bereits in diesem Arbeitsschritt zusammengeschlossen.⁹ Des Weiteren fanden erste Fusionsgespräche zwischen den Gemeinden Reconvieler, Saules und Lovresse statt, die aber die Neuorganisation der Spitex-Regionen

⁹ Gemäss Abstimmung vom 22.10.2023 fusionieren die Gemeinden Bern und Ostermundigen nicht. Dem Bericht nachgelagerte Analysen

der HSA_P und AMR haben ergeben, dass dieser antizipierte Zusammenschluss dennoch erfolgt wäre und zu einem identischen Ergebnis geführt hätte.

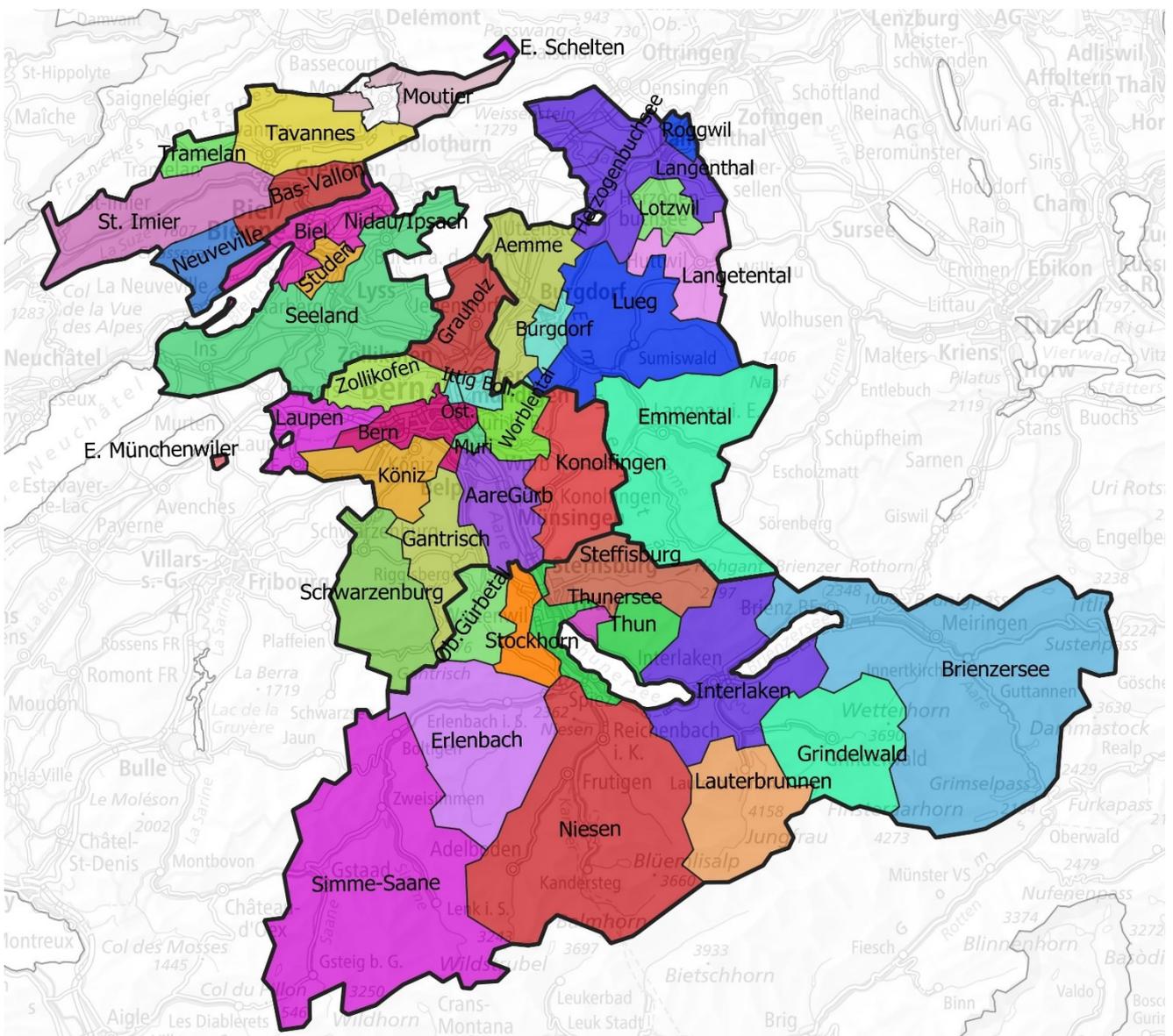
nicht tangieren, da sie alle in denselben Perimeter Tavannes fallen. Laut der GSI haben die Perimeter Bolligen und Ittigen im Jahr 2022 zur Spitex Bantiger fusioniert, weshalb sie ebenfalls a priori zusammengeschlossen werden.

Per Januar 2026 wechselt die Gemeinde Moutier vom Kanton BE in den Kanton JU. Mit dem Kantonswechsel wird sich das Spital Moutier nicht mehr auf Berner Kantonsboden befinden und das einzige Spital im Berner JU wird in St. Imier sein. Ab dem Zeitpunkt des Wechsels fallen die Planung und Sicherstellung der Alters- und Langzeitpflege der Gemeinde Moutier in die Zuständigkeit des Kantons JU. Folglich wird die Gemeinde Moutier für die

Analysen nicht berücksichtigt und ist in der Grafik G 3.2. transparent markiert. Der Perimeter Moutier (ohne Gemeinde Moutier) an sich verletzt die Vorbedingung der räumlichen Kontinuität, da er aus zwei isolierten Teilen besteht.

Die Analyse der Daten der Strukturhebung und von STAT-POP (beide BFS) in Zusammenhang mit der visuellen Inspektion der Perimeter ergeben, dass keine Verletzung der Sprachgrenze vorliegt, solange die Grenzverläufe der Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) eingehalten werden. Innerhalb der jeweiligen Versorgungsregion werden nur Spitex-Regionen entstehen, die entweder primär deutsch-, französisch- oder zweisprachig sind.

G 3.2 Ausgangslage nach Anwendung der Vorbedingungen mit 41 Spitex-Regionen



Bemerkung: Die Gemeinde Moutier ist aufgrund des Kantonswechsels im Jahr 2026 von den Analysen ausgeschlossen und somit transparent eingezeichnet. Die Enklaven Schelten und Münchenwiler werden nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.2 Mittlere Reduktion (Lösungen I und II)

Nachfolgend werden die beiden Lösungsvorschläge der mittleren Reduktion dokumentiert, wobei die Details der einzelnen Perimeterzusammenschlüsse im Anhang 7.4.1 bzw. 7.4.2 geschildert werden. Zuerst führt die Anwendung der beiden Kriterien HSA_P und AMR zu einer **Zwischenlösung** (Grafik G 3.3), die aufgrund der Anwendung der Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen in der **Lösung I** resultiert (Grafik G 3.4). **Lösung II** baut auf Lösung I auf, wobei hier weitere Zusammenschlüsse vorgenommen werden, die sich im Rahmen der Lösung I angedeutet haben (Grafik G 3.5). Am Ende des Unterkapitels wird aufgezeigt, wo **Handlungsspielraum** für weitere alternative Zusammenschlüsse besteht (Grafik G 3.6 bis G 3.8).

3.2.1 Kriterien der Lebensraumorientierung (Zwischenlösung)

Die Anwendung der HSA_P und der AMR führt insgesamt zu einer Reduktion der 41 Perimeter auf 23 Spitex-Regionen (Grafik G 3.3).

In der 4+ Versorgungregion Berner Jura reduzieren sich die sechs Perimeter auf zwei Spitex-Regionen. In Biel-Seeland reduzieren sich die drei Perimeter auf zwei Spitex-Regionen, während sich in Bern-Mittelland acht Spitex-Regionen anstelle der ursprünglichen zwölf Perimeter ergeben. Im Oberaargau-Emmental reduzieren sich die acht Perimeter auf fünf Spitex-Regionen und im Oberland ergeben sich sechs Spitex-Regionen anstelle der ursprünglichen zwölf Perimeter.

3.2.2 Mindestbevölkerungsgrösse (Lösung I)

Im Anschluss an die Verwendung der Kriterien HSA_P und AMR wird überprüft, ob alle neu gebildeten Spitex-Regionen die Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen erfüllen. Für drei neue Spitex-Regionen ist dies nicht der Fall: Schwarzenburg, Langetental sowie Brienersee. Folglich werden diese Spitex-Regionen (anhand der HSA_P- und AMR-Kriterien) mit der benachbarten Spitex-Region zusammengeschlossen. Aufgrund dieser Zusammenschlüsse resultiert die **Lösung I mit 20 Spitex-Regionen** (Grafik G 3.4 und Tabelle T 3.1).

T 3.1 Mittlere Reduktion (Lösung I): 20 Spitex-Regionen nach Versorgungsregionen des 4+ -Regionenmodells (PWC, 2020) mit Bevölkerungsgrösse

4+ Regionenmodell (PWC, 2020)	Spitex-Region (neu)	Perimeter (bisher)	Bevölkerungsgrösse (neu)
Berner Jura	BJ1	Bas-Vallon, La Neuveville und St. Imier	25 956
	BJ2	Tavannes, Tramelan, Moutier (Perimeter ohne Gemeinde Moutier)	20 441
	—	Enklave Schelten*	34
Biel-Seeland	BS1	Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	94 935
	BS2	Studen und Seeland	85 296
Berner Mittelland	BM1	Laupen und Köniz	58 571
	BM2	Zollikofen	30 241
	BM3	Bern/Ostermundigen	156 611
	BM4	Grauholz	34 915
	BM5	Bolligen/Ittigen, Muri und Worblental	51 538
	BM6	Schwarzenburg, Gantrisch und Aare-/Gürbetal	59 701
	BM7	Konolfingen	26 674
Oberaargau-Emmental	—	Enklave Münchenwiler*	607
	OE1	Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil und Langetental	82 473
	OE2	Aemme und Burgdorf	51 025
	OE3	Lueg	23 426
Oberland	OE4	Emmental	24 388
	OL1	Oberes Gürbetal und Stockhorn	23 974
	OL2	Steffisburg, Thun und Thunersee	97 282
	OL3	Simme-Saane und Erlenbach	22 220
	OL4	Niesen	22 041
	OL5	Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald und Brienersee	47 811

* Die Enklaven werden in den Analysen nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan

© Obsan 2023

3.2.3 Möglichkeiten weiterer Zusammenschlüsse (Lösung II)

Mit dem zweiten Lösungsvorschlag werden weitere Zusammenschlüsse vorgenommen, die sich in der Erarbeitung der Lösung I angedeutet haben. Für die 4+ Versorgungsregionen (PWC, 2020) des Berner Juras, Biel-Seeland und Bern-Mittelland ist die Lösung II identisch zur Lösung I, während es im Oberland und im

Oberaargau-Emmental einen weiteren Zusammenschluss gibt. Im Oberland wird die Versorgungsregion Oberes Gürbetal/Stockhorn mit der Versorgungsregion Steffisburg/Thun/Thunersee zusammengeschlossen, während im Oberaargau-Emmental die Versorgungsregion Lueg mit der Versorgungsregion Aemme/Burgdorf fusioniert wird. Aufgrund dieser beiden zusätzlichen Zusammenschlüsse resultiert die **Lösung II mit 18 Spitex-Regionen** (Grafik G 3.5 und Tabelle T 3.2).

T 3.2 Mittlere Reduktion (Lösung II): 18 Spitex-Regionen nach Versorgungsregion des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) mit Bevölkerungsgrösse

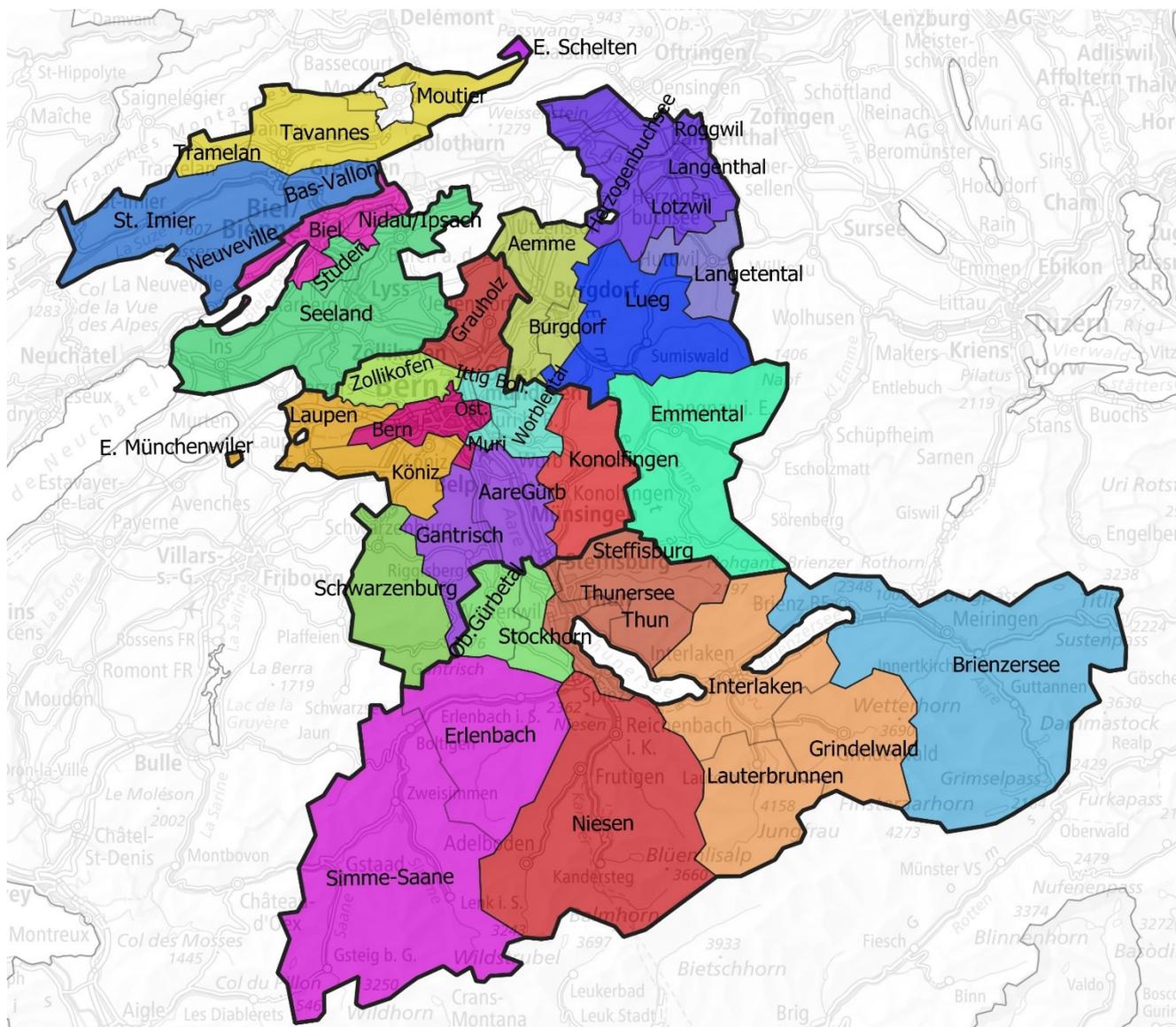
4+ Regionenmodell (PWC, 2020)	Spitex-Region (neu)	Perimeter (bisher)	Bevölkerungsgrösse (neu)
Berner Jura	BJ1	Bas-Vallon, La Neuveville und St. Imier	25 956
	BJ2	Tavannes, Tramelan, Moutier (Perimeter ohne Gemeinde Moutier)	20 441
	—	Enklave Schelten*	34
Biel-Seeland	BS1	Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	94 935
	BS2	Studen und Seeland	85 296
Berner Mittelland	BM1	Laupen und Köniz	58 571
	BM2	Zollikofen	30 241
	BM3	Bern/Ostermundigen	156 611
	BM4	Grauholz	34 915
	BM5	Bolligen/Ittigen, Muri und Worblental	51 538
	BM6	Schwarzenburg, Gantrisch und Aare-/Gürbetal	59 701
	BM7	Konolfingen	26 674
	—	Enklave Münchenwiler*	607
Oberaargau-Emmental	OE1	Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil und Langetental	82 473
	OE2	Aemme, Burgdorf und Lueg	74 451
	OE3	Emmental	24 388
Oberland	OL1	Oberes Gürbetal, Stockhorn, Steffisburg, Thun und Thunersee	121 256
	OL2	Simme-Saane und Erlenbach	22 220
	OL3	Niesen	22 041
	OL4	Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald und Brienersee	47 811

* Die Enklaven werden in den Analysen nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan

© Obsan 2023

G 3.3 Zwischenlösung nach Anwendung der HSA_P- und AMR-Kriterien mit 23 Spitex-Regionen

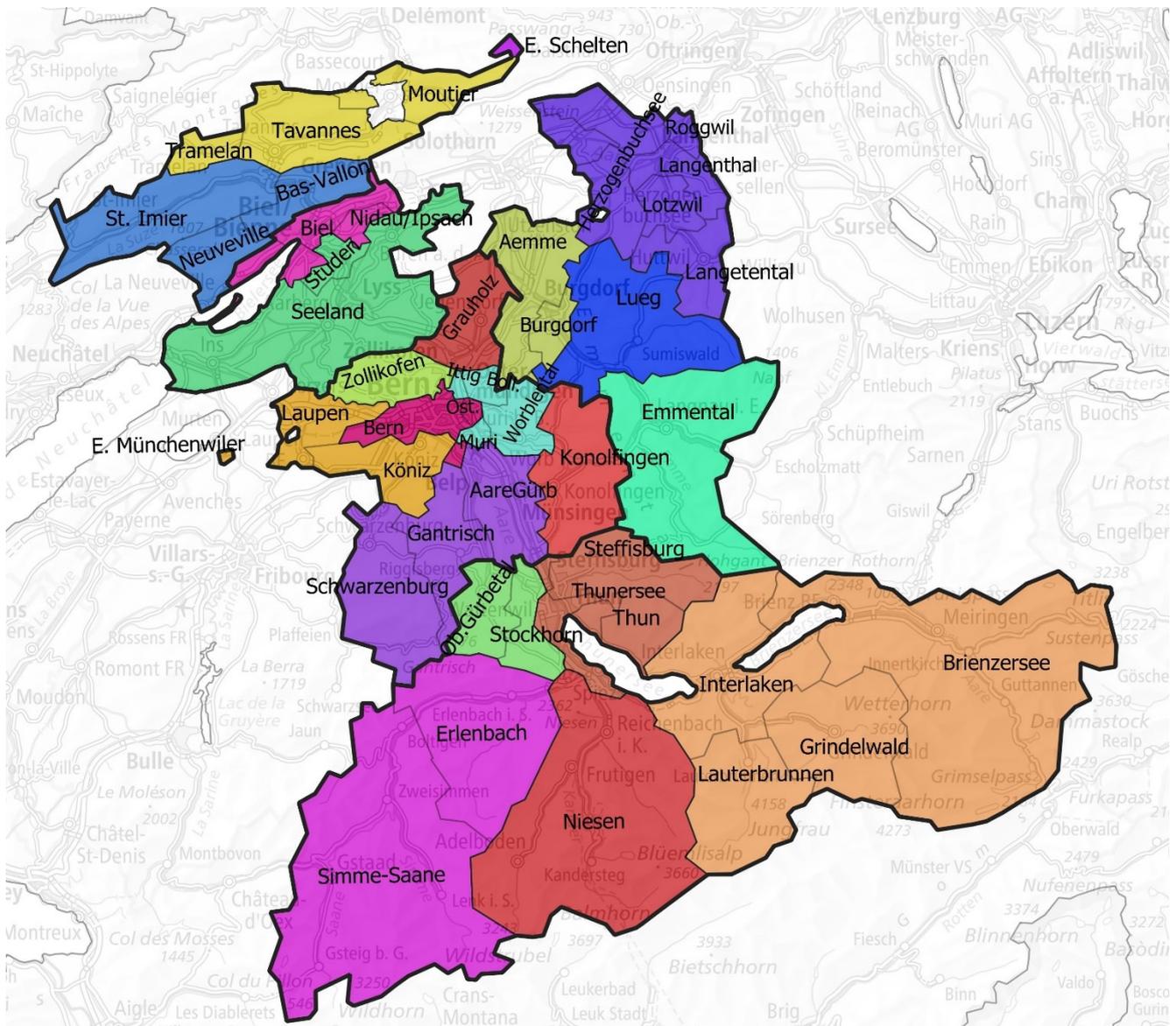


Bemerkung: Die Gemeinde Moutier ist aufgrund des Kantonswechsels im Jahr 2026 von den Analysen ausgeschlossen und somit transparent eingezeichnet. Die Enklaven Schelten und Münchenwiler werden nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

G 3.4 Mittlere Reduktion (Lösung I): 20 Spitex-Regionen

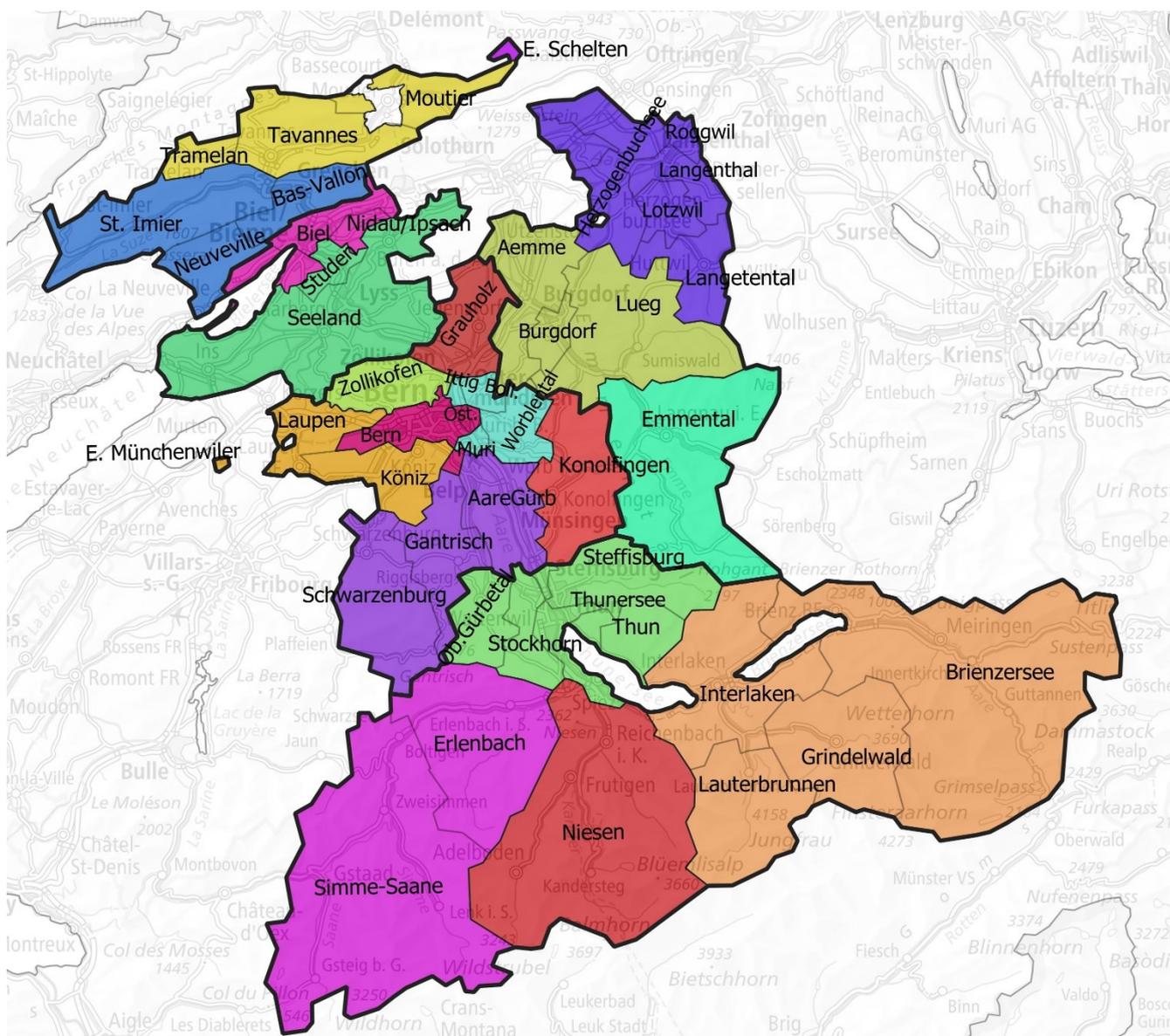


Bemerkung: Die Gemeinde Moutier ist aufgrund des Kantonswechsels im Jahr 2026 von den Analysen ausgeschlossen und somit transparent eingezeichnet. Die Enklaven Schelten und Münchenwiler werden nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

G 3.5 Mittlere Reduktion (Lösung II): 18 Spitex-Regionen



Bemerkung: Die Gemeinde Moutier ist aufgrund des Kantonswechsels im Jahr 2026 von den Analysen ausgeschlossen und somit transparent eingezeichnet. Die Enklaven Schelten und Münchenwiler werden nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.2.4 Zusätzlicher Handlungsspielraum

Biel-Seeland

Aufgrund der Erarbeitung der Lösungen I und II zeigt sich weiterer Handlungsspielraum in der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Biel-Seeland mit dem Perimeter Studen und in der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland. Dieser Handlungsspielraum wurde allerdings nicht berücksichtigt, da beispielsweise Spitex-Regionen mit einer zu hohen Bevölkerungsanzahl entstehen würden oder die bereits gewählten Lösungen I und II aufgrund der definierten Kriterien eindeutiger waren.

In dieser 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) besteht zusätzlicher Handlungsspielraum bzgl. dem Perimeter Studen, welcher in beiden Lösungen I und II dem Seeland zugeordnet wurde, damit mit Biel/Bienne/Nidau/Ipsach und Seeland/Studen zwei ungefähr gleich grosse Spitex-Regionen resultieren. Wie im Anhang erläutert, deuten die HSA-Analysen darauf hin, dass der Perimeter Studen mit dem Perimeter Seeland zu fusionieren ist, obwohl Brügg (im Perimeter Studen) fließend in die Stadt Biel/Bienne übergeht

(siehe Biel-Seeland in Anhang 7.4.1). Aufgrund des Ballungsraums um die Stadt Biel/Bienne und die verkehrstechnische Vernetzung von Brügg, ist eine Zuordnung von Studen zu Biel/Bienne/Nidau/Ipsach vorstellbar (siehe Grafik G 3.6). Dieser Zusammenschluss würde nach Bern/Ostermündigen ($N = 156\ 611$) in der zweitgrössten Versorgungsregion des Kantons resultieren ($N = 109\ 239$ ggü. $N = 70\ 992$ in der eigenständigen Versorgungsregion Seeland).

Bern-Mittelland

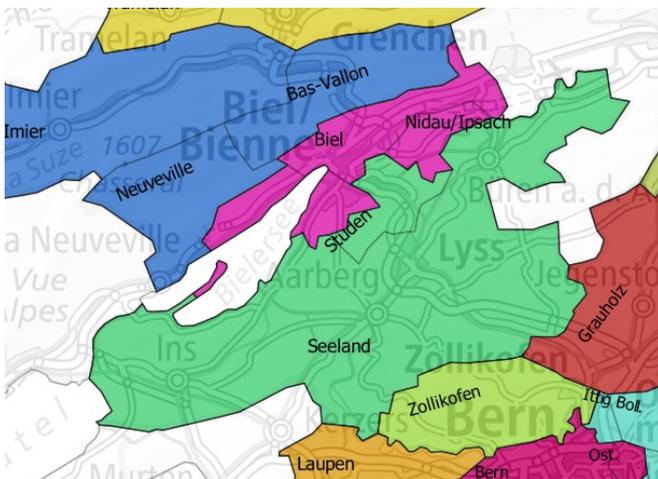
Im Vergleich mit den vier anderen 4+ Versorgungsregionen (PWC, 2020) stellt der Zusammenschluss der Perimeter in Bern-Mittelland die grösste Herausforderung dar, weil es unterschiedliche

Möglichkeiten gäbe, Spitex-Regionen zu bilden. Eine Möglichkeit zeigt sich bezüglich Bolligen/Ittigen, das mit Bern/Ostermündigen fusioniert werden könnte (Variante A in Grafik G 3.7). Allerdings würde die bereits sehr bevölkerungsreiche Versorgungsregion Bern/Ostermündigen somit noch grösser werden (siehe Anhang 7.4.4 für Detailinformationen).

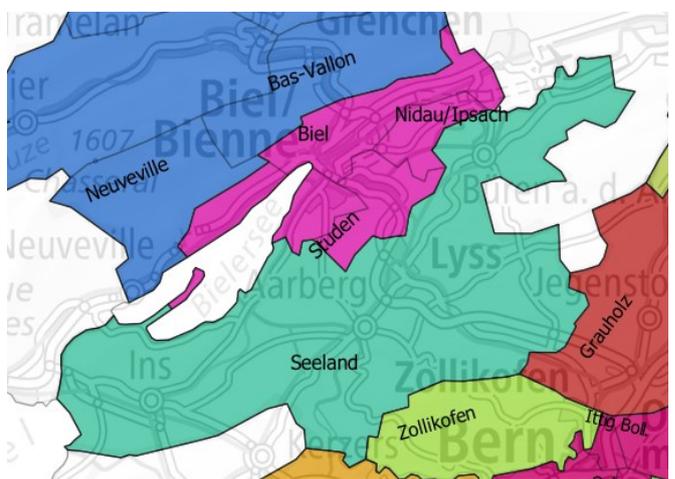
Die HSA_P-Analyse deutet einen weiteren möglichen Zusammenschluss von Bolligen/Ittigen mit Zollikofen an (Variante B in Grafik G 3.8 und Anhang 7.4.4). Von diesem Zusammenschluss wurde jedoch abgesehen, da sich Zollikofen in den Lösungen I und II der mittleren Reduktion deutlich als eigenständige Versorgungsregion zeigt.

G 3.6 Alternativer Zusammenschluss in der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Biel-Seeland: Studen

Lösung I und II



Alternativer Zusammenschluss von Studen

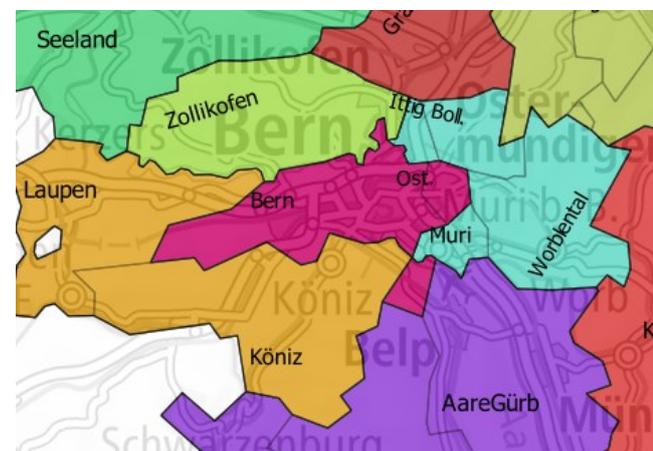


Quelle: Obsan QGIS

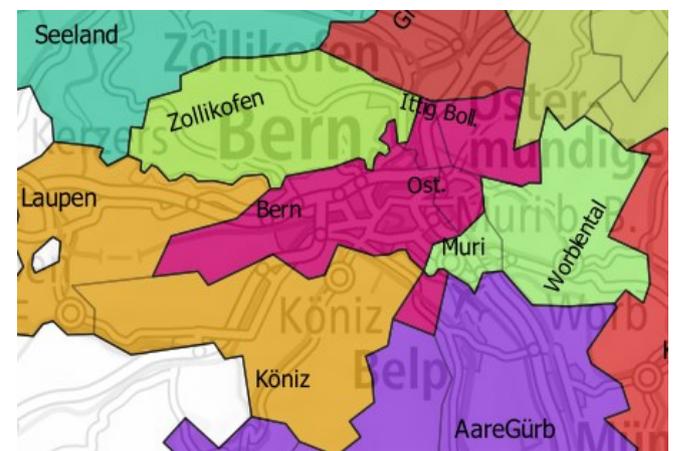
© Obsan 2023

G 3.7 Variante A – Alternativer Zusammenschluss in der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Bern-Mittelland: Bolligen/Ittigen

Lösungen I und II



Variante A

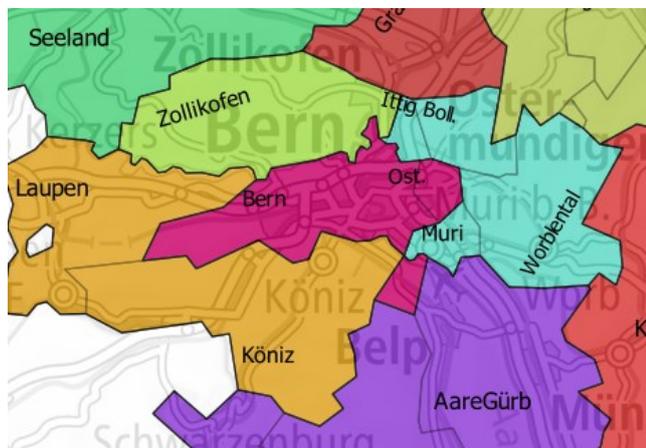


Quelle: Obsan QGIS

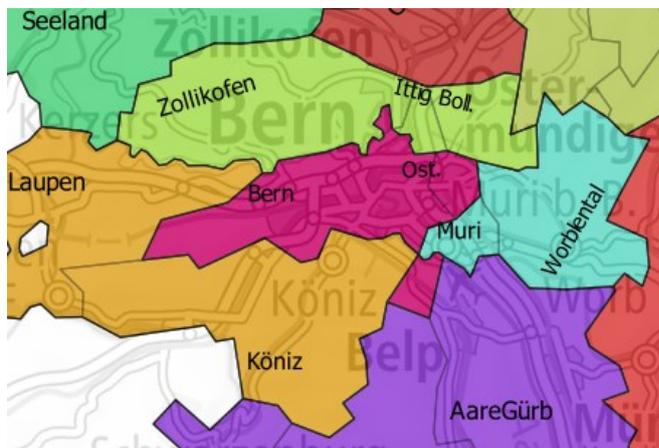
© Obsan 2023

G 3.8 Variante B – Alternativer Zusammenschluss in der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Bern-Mittelland: Bolligen/Ittigen

Lösungen I und II



Variante B



Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

3.3 Starke Reduktion (Lösung III)

In der Erarbeitung der Lösung III der starken Reduktion erhält das Kriterium der Bevölkerungsgrösse gegenüber den Kriterien der Lebensraumorientierung mehr Gewicht. Im Gegensatz zur mittleren Reduktion, in der die Lebensraumorientierung mit den beiden Kriterien HSA_P und AMR stärker im Vordergrund steht als die Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen, wird in der starken Reduktion die Mindestbevölkerungsgrösse bei 40 000 Personen festgesetzt und hält zwecks Ziels weiterer Reduktion mehr Gewicht. Nachfolgend findet sich die Erläuterung zum Lösungsvorschlag der starken Reduktion, der auf der Lösung II der mittleren Reduktion aufbaut. Die nachfolgenden Erläuterungen lassen sich mit Hilfe der Grafik G 3.9 leichter nachvollziehen.

In der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Biel-Seeland ist die Lösung III identisch mit den Lösungen I und II (siehe Tabelle T 3.3). Von einer Fusion der Spitex-Regionen Biel/Bienne/Nidau/Ipsach und Studen/Seeland wird abgesehen, da sonst die mit Abstand grösste Versorgungsregion entsteht ($N = 180\,231$). Zusätzlich dürfte das Kriterium der gemeinsamen Sprache verletzt werden.

Die beiden Spitex-Regionen im Berner Jura erfüllen die Mindestbevölkerungsgrösse nicht. Folglich wird der gesamte Berner Jura zu einer Versorgungsregion zusammengeschlossen.

In der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Bern-Mittelland reduziert sich die Anzahl Spitex-Regionen von sieben auf vier, während im Oberaargau-Emmental zwei neue statt drei Spitex-Regionen entstehen (siehe Anhang 7.4.3 für Detailinformationen). Im Oberland ergeben sich durch den Zusammenschluss von Niesen mit Simme-Saane/Erlenbach neu drei Spitex-Regionen. Aufgrund dieser zusätzlichen Zusammenschlüsse ergibt sich **die Lösung III mit 12 Spitex-Regionen** (Grafik G 3.9 und Tabelle T 3.3).

3.3.1 Zusätzlicher Handlungsspielraum

Der Handlungsspielraum im Rahmen der starken Reduktion ist in der 4+ Versorgungsregion (PWC, 2020) Biel-Seeland bezüglich Studen identisch mit den Lösungen I und II (siehe Anhang 7.4.4). Im Ballungsraum der Stadt Bern besteht im Gegensatz zur Lösung I und II kein Handlungsspielraum. Hätte man eine der beiden Varianten des weiteren Handlungsspielraums aus Kapitel 3.2.4 berücksichtigt, würde mit Lösung III eine sehr grosse Versorgungsregion mit Bern/Ostermundigen/Bolligen/Ittigen/Grauholz/Muri/Worbental ($N = 243\,064$) entstehen, welche jegliche vorangegangenen Kriterien verletzt und in keinem Grössenverhältnis zur Versorgungsregion Köniz/Laupen ($N = 58\,571$) steht.

T 3.3 Starke Reduktion (Lösung III): 12 Spitex-Regionen nach Versorgungsregion des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) mit Bevölkerungsgrösse

4+ Regionenmodell (PWC, 2020)	Spitex-Region (neu)	Perimeter (bisher)	Bevölkerungsgrösse (neu)
Berner Jura	BJ1	Tavannes, Tramelan, Moutier (Perimeter ohne Gemeinde Moutier), Bas-Vallon, La Neuveville und St. Imier	46 397
	—	Enklave Schelten*	34
Biel-Seeland	BS1	Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	94 935
	BS2	Studen und Seeland	85 296
Berner Mittelland	BM1	Laupen, Köniz und Zollikofen	88 812
	BM2	Bern/Ostermundigen	156 611
	BM3	Grauholz, Bolligen/Ittigen, Muri und Worblental	86 453
	BM4	Schwarzenburg, Gantrisch, Aare-/Gürbetal und Konolfingen	86 375
	—	Enklave Münchenwiler*	607
Oberraargau-Emmental	OE1	Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil und Langetental	82 473
	OE2	Aemme, Burgdorf, Lueg und Emmental	98 839
Oberland	OL1	Oberes Gürbetal, Stockhorn, Steffisburg, Thun und Thunersee	121 256
	OL2	Simme-Saane, Erlenbach und Niesen	44 261
	OL3	Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald und Brienersee	47 811

* Die Enklaven werden in den Analysen nicht berücksichtigt.

Quelle: Obsan

© Obsan 2023

3.4 Agglomeration Stadt Bern

Auf Wunsch der GSI wurde überprüft, ob es im Rahmen der definierten Kriterien möglich ist, im Ballungsraum um die Stadt Bern alternative Varianten der Zusammenführung von Perimetern zu überprüfen. Konkret wurde die Evaluation der Bildung eines Agglomerationsgürtel mit Laupen, Köniz, Zollikofen, Bolligen/Ittigen, Muri, Worblental und Grauholz um die Spitex-Region Bern/Ostermundigen gewünscht. Nachfolgend werden zwei potenzielle Varianten modelliert und erläutert, inwiefern die beiden Gürtel-Varianten die HSA_P- und AMR-Kriterien erfüllen.

Gürtel-Variante I

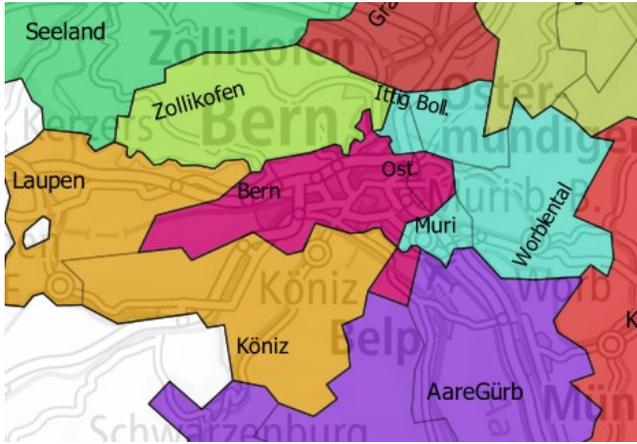
In dieser ersten Variante bilden die Perimeter Köniz, Laupen, Zollikofen, Bolligen/Ittigen und Muri einen Gürtel (Grafik G 3.10). Diese Variante respektiert das AMR-Kriterium, da die genannten Perimeter Köniz, Zollikofen, Bolligen/Ittigen, Muri und ein grosser

Teil von Laupen – zusammen mit Bern/Ostermundigen und Worblental – in eine gemeinsame AMR fallen. Bei einem LI von 50% und 60% ist Muri jedoch nicht mehr Teil des Gürtels, sondern orientiert sich Richtung Konolfingen und dem südlichen Teil des Worblentals, welches sich ebenfalls eher dem Perimeter Konolfingen und Aare-/Gürbetal zuordnen lässt. Bei einem LI von 70% ergeben sich keine Verletzungen der Kriterien, da die HSA_P in diesem Fall sehr gross und flächendeckend ausfällt. Der Gürtel in G 3.10 fällt mit 119 819 Personen relativ gross aus (vgl. Bern/Ostermundigen: N = 156 611). Des Weiteren ergeben sich mit Konolfingen, Worblental und Grauholz drei eigenständige Spitex-Regionen, die zwischen 20 500 bis 35 000 Personen beinhalten.

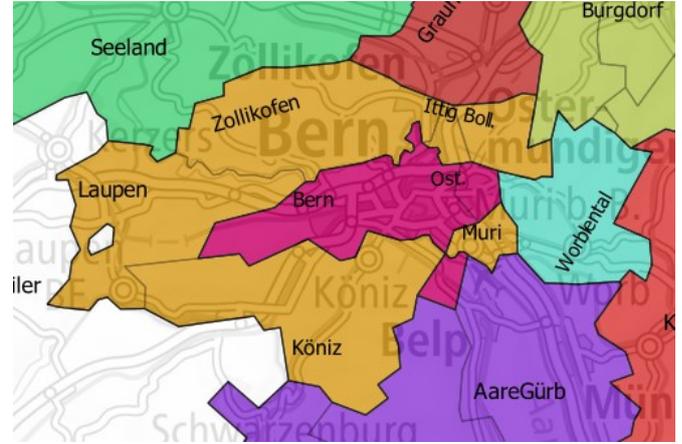
Die Gürtel-Variante I verletzt die Kriterien der Lebensraumorientierung nicht, mit Ausnahme der HSA_P bezüglich Muri. In dieser Gürtel-Variante I entstehen starke Unterschiede in den Spitex-Regionen mit einem Minimum von 20 531 Personen im Worblental und einem Maximum von 156 611 Personen in Bern/Ostermundigen.

G 3.10 Agglomeration Stadt Bern: Gürtel-Variante I

Lösungen I und II



Gürtel-Variante I



Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

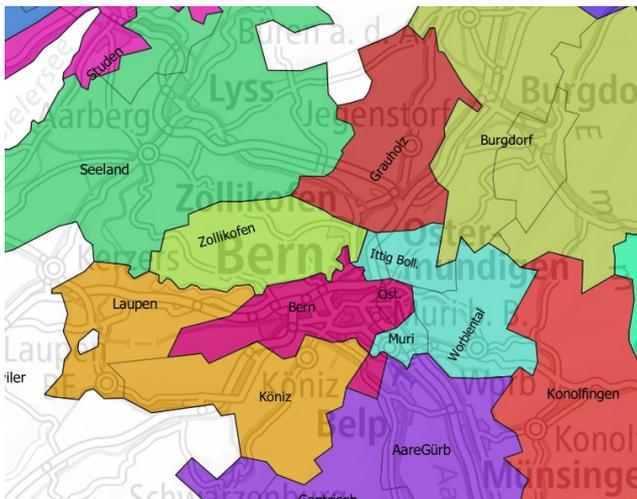
Gürtel-Variante II

Diese Variante bildet die Gürtel-Variante I ab, berücksichtigt aber zusätzlich noch Grauholz und Worbental (Grafik G 3.11) Die Gürtel-Variante II erfüllt das AMR-Kriterium – mit Ausnahme des Perimeters Grauholz, welcher gemäss AMR-Analyse eigenständig sein sollte. Der Zusammenschluss von Grauholz mit dem restlichen Gürtel verletzt zudem das HSA_P-Kriterium (LI von 50%). Mit einem LI von 60% fallen neben Grauholz auch Muri und der südliche Teil des Worbentals aus dem Gürtel heraus, während es bei einem LI von 70% nur noch den Perimeter Grauholz und das südliche Worbental trifft. Diese Gürtel-Variante II (N = 175 265) wird

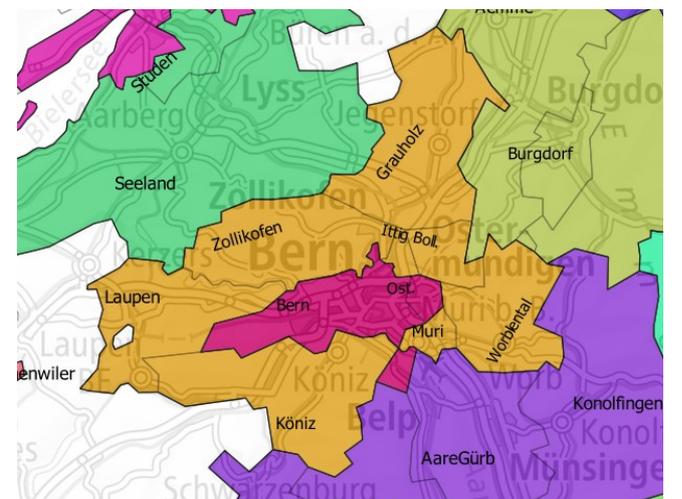
deutlich grösser als Bern/Ostermundigen (N = 156 611). Des Weiteren müsste Konolfingen mit Schwarzenburg, Aare-/Gürbetal und Gantrisch zusammengeschlossen werden, da sonst mit Konolfingen eine einzelne, sehr kleine Versorgungsregion (N = 26 674) entsteht. Dieser Zusammenschluss ist allerdings aus Perspektive der Lebensraumorientierung eher fraglich, da Personen aus Konolfingen diesbezüglich wohl wenig Überschneidungen mit Personen aus Schwarzenburg aufweisen. Aufgrund der mehrfachen Verletzung des Kriteriums Lebensraumorientierung ist von Gürtel-Variante II abzusehen.

G 3.11 Agglomeration Stadt Bern: Gürtel-Variante II

Lösungen I und II



Gürtel-Variante II



Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

4 Diskussion

Nachfolgend findet sich eine vergleichende Bewertung der drei Lösungen und eine Beschreibung der Grenzen der Analysen (Kapitel 4.1). Des Weiteren findet ein Abgleich der erarbeiteten Lösungen des Obsan mit den Befragungsunterlagen des Spitex-Verbands statt (Kapitel 4.2). Bei diesen Unterlagen handelt es sich um Überlegungen und einen möglichen Vorschlag zur Neuorganisation, welcher der Spitex-Verband der GSI im Beisitz des Obsan präsentiert hat. Die Informationen aus diesen Unterlagen sind bis anhin nicht in die Neuorganisation eingeflossen und wurden für den Abgleich erstmalig gesichtet bzw. genutzt.

4.1 Tragweite und Grenzen der Lösungen I, II und III

Die Lösungen I und II ermöglichen eine sinnvolle und zielführende Reduktion der bestehenden Perimeter um mehr als die Hälfte: 20 bzw. 18 Spitex-Regionen anstelle von 47 Perimetern. Hierbei werden die Kriterien der Lebensraumorientierung unter Berücksichtigung aller Vorbedingungen eingehalten (siehe T 4.1 für eine Synthese). Vier von fünf der 4+ Versorgungsregionen (PWC, 2020) können mit dem gewählten Ansatz gut einer Neuorganisation unterzogen werden. Als herausfordernd stellt sich hingegen die Neuorganisation der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland dar. Zum einen aufgrund der topografischen Lage zwischen drei weiteren 4+ Versorgungsregionen und dem verwachsenen Ballungsraum um die Stadt Bern, zum anderen aufgrund der unterschiedlichen Möglichkeiten für Zusammenschlüsse.

In der Lösung III können die Perimeter auf 12 Spitex-Regionen reduziert werden. Lösung III ist somit zielführend, was die Reduktion der Anzahl Perimeter anbelangt, ist aber aus Sicht der Kriterien der Lebensraumorientierung nicht empfehlenswert. Die starke Reduktion verletzt die lebensraumorientierte Vorgehensweise, da das Kriterium der Mindestbevölkerungsgrösse in dieser Lösung deutlich mehr Gewicht erhält. Anstelle der 20 000 Personen pro Versorgungsregion in den Lösungen der mittleren Reduktion beträgt hier die Mindestbevölkerungsgrösse 40 000 Personen. Diese Anforderung führt folglich zu Zusammenschlüssen,

die sich aufgrund der Kriterien der Lebensraumorientierung nicht angedeutet haben und diese teilweise verletzen. Als Beispiel ist das Emmental aufzuführen, das in Lösung III aufgrund der Mindestbevölkerungsgrösse mit Aemme/Burgdorf zusammengeschlossen wird, obwohl es gemäss Lebensraumorientierung eine eigenständige Versorgungsregion bleiben sollte. Dasselbe gilt beispielsweise für den Zusammenschluss von Konolfingen mit der Versorgungsregion bestehend aus Aare-/Gürbetal, Gantrisch und Schwarzenburg. Von Verletzung der Kriterien sind des Weiteren folgende Perimeter betroffen: Grauholz, Niesen und teilweise Zollikofen.

In Betracht der Lösungen sind zwei weitere Punkte zu beachten: der Handlungsspielraum und die Gürtel-Varianten. Der bestehende Handlungsspielraum, der auf mögliche alternative Zusammenschlüsse hindeutet, könnte in der Neuorganisation teilweise berücksichtigt werden (siehe T 4.1). Im Biel-Seeland ist ein Zusammenschluss von Studen mit Biel/Bienne/Nidau/Ipsach allenfalls möglich, wenn deutliche Unterschiede in der Bevölkerungsgrösse der Spitex-Regionen innerhalb einer 4+ Versorgungsregionen denkbar sind. In den beiden Gürtel-Varianten bzgl. Bolligen/Ittigen ist zu bedenken, dass Variante A eine sehr bevölkerungsreiche Versorgungsregion ergibt, während in Variante B teilweise Spitex-Regionen entgegen der HSA_P-Kriterien entstehen. Die Gürtel-Variante I in der Agglomeration der Stadt Bern stellt eine denkbare Alternative dar, um die 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland entsprechend neu zu organisieren. Auf die Gürtel-Variante II sollte hingegen mit Blick auf die Lebensraumorientierung verzichtet werden.

Zusammenfassend dient die Lösung II am ehesten dem kantonalen Ziel der Reduktion der Anzahl Perimeter unter gleichzeitiger Einhaltung der Lebensraumorientierung bzw. der Bevölkerungsperspektive. Eine Anpassung der Lösung II durch die GSI ist in der 4+ Versorgungsregion Biel-Seeland (vgl. Handlungsspielraum in Kapitel 3.2.4) und Bern-Mittelland (vgl. Handlungsspielraum in Kapitel 3.2.4 oder Gürtel-Variante I in Kapitel 3.4) durchaus denkbar.

T 4.1 Synthese der Lösungen mit kriterienorientierter Einschätzung der Verwendbarkeit

Lösungen	Beschreibung	Kriterienorientierte Einschätzung der Verwendbarkeit		
		Einhaltung Kriterien der Lebensraumorientierung	Problematik	Verwendbarkeit
Lösung I	20 Spitex-Regionen	Ja		Ja
Lösung II	18 Spitex-Regionen	Ja		Ja
Lösung III	12 Spitex-Regionen	Nein	Mehrfache Verletzung der Kriterien der Lebensraumorientierung	Nein
Handlungsspielraum Biel	Studen mit Biel/Bienne/Nidau/Ipsach	Ja	Deutliche Unterschiede in der Bevölkerungsgrösse der Spitex-Regionen	Denkbar
Handlungsspielraum Bern Variante A	Bolligen/Ittigen mit Bern/Ostermundigen	Ja	Sehr grosse Versorgungsregion (170 000+ Personen)	Eher nein
Handlungsspielraum Bern Variante B	Bolligen/Ittigen mit Zollikofen	Hält HSA_P von 50% nicht ein	Bolligen/Ittigen zeigt sich eher mit Bern oder Worblental	Eher nein
Gürtel-Variante I	Bolligen/Ittigen, Zollikofen, Laupen, Köniz und Muri	Ja, ausser Muri	Zwei grosse Spitex-Regionen (119 000+ Personen) versus drei verhältnismässig kleine Spitex-Regionen (max. 35 000 Personen)	Denkbar
Gürtel-Variante II	Bolligen/Ittigen, Zollikofen, Laupen, Köniz, Muri, Grauholz und Worblental Konolfingen, Aare-/Gürbetal, Gantersch und Schwarzenburg	Nein	Gürtel ist mit 175 000+ Personen sehr bevölkerungsreich	Nein

Quelle: Obsan

© Obsan 2023

Grenzen der Kriterien der Vorbedingungen

Aufgrund der Vorbedingungen (d.h. 4+ Regionenmodell, räumliche Kontinuität, Einhaltung Perimeter-Grenzverläufe, Sprachgrenzen und Gemeindefusionen) können in gewissen Regionen die Kriterien der Lebensraumorientierung nur eingeschränkt verwendet werden:

- Gemäss Lebensraumorientierung ist gut zu erkennen, dass der Perimeter Aare-/Gürbetal zweigeteilt werden sollte. Entlang der Belpberg-Grenze zeigt sich die Orientierung der Gürbetalerinnen und Gürbetaler in Richtung Gantersch, jene der Aaretaler Bevölkerung in Richtung Konolfingen. Die Vorbedingung Einhaltung bestehender Perimeter-Grenzverläufe führt hier zu einem Zusammenschluss, der nicht der Lebensraumorientierung der betroffenen Personen entspricht. D.h. Personen aus dem Aaretal fallen in dieselbe Versorgungsregion wie Personen aus dem Perimeter Schwarzenburg.
- Die ARM-Analysen deuten darauf hin, dass sich Personen aus den Perimetern La Neuveville und Bas-Vallon in Richtung Biel/Bienne bzw. Nidau/Ipsach orientieren. Aufgrund der Grenzen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) ist ein Zusammenschluss der beiden bernjurassischen Perimeter mit den Perimetern in Biel-Seeland nicht möglich.

Spannungsfeld zwischen Bevölkerungsgrösse, Topografie und Erreichbarkeit

Neben der Bevölkerungsgrösse stellt die Erreichbarkeit einen wichtigen Faktor für die ambulante Versorgung dar. Die Erreichbarkeit wurde jedoch nicht als Kriterium definiert, da sie von den Expertinnen und Experten im Unterschied zur Bevölkerungsgrösse selten oder nicht explizit genannt wurde. Des Weiteren gehört die Erreichbarkeit zur Betriebsperspektive, d.h. es ist eine Frage der Organisation in Stützpunkten sowie eine Frage der Mobilitätsform (z.B. Auto versus Fahrrad).

Nichtsdestotrotz hat die Erreichbarkeit einen grossen Einfluss auf die Organisation und Mobilitätsform der ambulanten Versorgung. Wie wichtig – und gleichzeitig komplex – diese Organisation ist, zeigt der Unterschied zwischen städtischem und ländlichem Gebiet: 20 000 Personen in der Stadt sind nicht auf dieselbe Weise und im selben Zeitrahmen zu erreichen wie auf dem Land oder in einer Bergregion. Deswegen sollte den Unterschieden in der Erreichbarkeit, wie heute mit der Verwendung des Geokoeffizienten¹⁰, auch zukünftig Rechnung getragen werden.

¹⁰ Der Geokoeffizient dient der Berücksichtigung der geografischen Lage in der Region und wird heute bei der Abgeltung von Spitex-Leistungen durch den Kanton Bern berücksichtigt.

4.2 Abgleich mit der Erhebung des Spitex-Verbands

Der Spitex-Verband Kanton BE hat der GSI und dem Obsan Unterlagen zur Verfügung gestellt, welche die Ergebnisse einer verbandsinternen Mitgliederbefragung zusammenfassen. Die Mitglieder wurden gefragt, welche konzeptuellen Vorarbeiten bzw. Überlegungen und die dazugehörigen Gründe bezüglich möglicher Fusionen oder Veränderungen in ihrer Spitex-Region bereits getätigt wurden. Auf Basis dieser Unterlagen hat das Obsan eine Karte erstellt, welche die Sicht der Mitglieder zu möglichen neuen Spitex-Regionen ableitet (siehe Grafik G 4.1). Diese Arbeiten wurden vom Obsan bewusst erst im Nachgang an den gesamten Prozess der Neuorganisation getätigt. Nach Vorgaben der GSI soll die Neuorganisation aus versorgungsplanerischer Sicht auf die Bevölkerungsperspektive fokussieren, während die Möglichkeiten zur Berücksichtigung der betrieblichen Perspektive im Nachgang zu diesem Mandat diskutiert werden. Der Abgleich zwischen den erarbeiteten Lösungen mit dem Vorschlag auf Basis der Mitgliederbefragung ermöglicht es der GSI, die Bevölkerungsperspektive mit der Betriebsperspektive zu vergleichen, welche sich unter anderem auf bestehende oder geplante Kooperationen stützt.

Die fettgedruckten Linien in Grafik G 4.1 zeigen die Grenzverläufe der 11 abgeleiteten Spitex-Regionen (erneut ohne Enklaven Schelten und Münchenwiler). Die Grenzverläufe erfüllen das Kriterium der zukünftigen Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) und es bilden sich keine versorgungsregionsübergreifenden Spitex-Regionen. Je heller das Grün, desto positiver ist die Grundhaltung gegenüber Kooperationen, Fusionen oder sonstigen Formen der Zusammenarbeit innerhalb einer Spitex-Region. Die roten Spitex-Regionen sind deutlich kritischer und scheinen das Vorhaben einer Neuorganisation abzulehnen. Je dunkler das Rot, desto kritischer die Einstellung.

Berner Jura

Die grafische Ableitung der Spitex-Mitgliederbefragung mit einer bernjurassischen Spitex-Region ist deckungsgleich mit der Lösung III des Obsan und geht folglich weiter als die beiden Lösungen I und II der mittleren Reduktion, welche in zwei Spitex-Regionen resultieren. Moutier ist in Grafik G 4.1 trotz Abspaltung der Gemeinde Moutier im Jahr 2026 vollständig Grün, da die sechs bernjurassischen Perimeter einen gemeinsamen Strategieausschuss gebildet haben, der sie in der Konsolidierung der sechs Perimeter unterstützt.

Biel-Seeland

Wie in den Lösungen I, II und III des Obsan ergibt sich in Biel-Seeland durch die Mitgliederbefragung eine Lösung mit zwei Spitex-Regionen, die sich allerdings in ihrer Zusammensetzung unterscheiden. Während aufgrund der Vorbedingung der räumlichen Kontinuität die Perimeter Nidau/Ipsach und Biel/Bienne für die Obsan-Lösungen a priori zusammengeschlossen wurden, legt die

Mitgliederbefragung des Spitex-Verbands nahe, dass Nidau/Ipsach und Studen konkretere Fusionsüberlegungen geäussert bzw. gestartet haben. Zudem bevorzugen diese beiden Perimeter zwar eine gemeinsame Zusammenarbeit, sehen aber von einer Konsolidierung der gesamten 4+ Versorgungsregion bzw. von einer Fusion mit den beiden anderen Perimetern ab. Folglich konzentrieren sich Biel/Bienne und Seeland auf deren gemeinsame Zusammenarbeit. Die Ableitung deckt sich folglich mit keiner Lösung des Obsan und auch nicht mit dem identifizierten Handlungsspielraum in dieser Versorgungsregion des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020).

Oberaargau-Emmental

Im Oberaargau ergibt die Mitgliederbefragung einen identischen Vorschlag mit allen drei Obsan-Lösungen. Gemäss Unterlagen des Spitex-Verbands ist ein mehrphasiges Kooperationsprojekt im Aufbau, wobei dieses auf die nächste Ausschreibung hin weiterentwickelt wird.

Im südlichen Teil dieser 4+ Versorgungsregion ergibt sich aus der Mitgliederbefragung ein Lösungsvorschlag, der mit der Lösung III der starken Reduktion des Obsan übereinstimmt. Gemäss Unterlagen des Spitex-Verbands sahen Aemme, Burgdorf, Lueg und Emmental in der Vergangenheit eine Fusion als nicht gewinnbringend, da die Neuorganisation ihre unterschiedlichen Projekte im Bereich der integrierten Versorgung behindere und zu einem administrativen «Wasserkopf» führe. Allerdings stehen sie untereinander in aktivem Kontakt und warten auf verbindliche Grundlagen des Kantons.

Oberland

Die grafische Ableitung auf Basis der Mitgliederbefragung unterscheidet sich in mehreren Punkten von den Lösungen des Obsan. Aus der Spitex-Mitgliederbefragung lassen sich zwei Spitex-Regionen ableiten gegenüber drei bis fünf Spitex-Regionen je nach Obsan-Lösung. Zum einen lässt sich eine Spitex-Region ableiten, die sich vom Westen (Simme-Saane) bis hin zu Steffisburg/Thun erstreckt. In den Obsan-Lösungen ist dieses Band jeweils in zwei oder drei Spitex-Regionen aufgeteilt. Zum anderen lässt sich Niesen auf Basis der Mitgliederbefragung zum östlichen Oberland mit Lauterbrunnen, Grindelwald, Interlaken und Brienersee zusammenschliessen. In den Obsan-Lösungen ist Niesen jeweils als eigenständige Spitex-Region zu betrachten oder wird – um die Grösse der Spitex-Regionen abzugleichen – in die Spitex-Region Simme-Saane/Erlenbach integriert. Gemäss Mitgliederbefragung sind die Oberländer Perimeter einer Neuorganisation gegenüber kritisch, sie sind allerdings untereinander vernetzt und offen für weiterführende Gespräche.

Bern-Mittelland

In dieser 4+ Versorgungsregion weicht die Ableitung der Mitgliederbefragung am deutlichsten von den Obsan-Lösungen ab. Allerdings ist es auch die 4+ Versorgungsregion, in der sich die Neuorganisation des Obsan aufgrund der alternativen Zusammenschlussmöglichkeiten am herausforderndsten darstellte. Die Unterlagen der Mitgliederbefragung zeigen auch auf, dass sich keine klar definierten Regionen herleiten lassen. Die geografisch-orientierte Konsolidierung anhand der 4+ Versorgungsregionen wird hier stark hinterfragt.

Eine mögliche Versorgungsregion, die sich aufgrund der Mitgliederbefragung ableiten lässt, ist der Zusammenschluss von Bern/Ostermundigen mit Bolligen/Ittigen. Diese Spitex-Region wurde vom Obsan ebenfalls als möglicher Handlungsspielraum identifiziert (siehe Anhang 7.4.3). Grauholz würde auf Basis der Mitgliederbefragung am ehesten mit Zollikofen fusionieren, wobei sich diese Kombination in keiner der drei Obsan-Lösungen zeigt.

Was die restlichen mittelländischen Perimeter anbelangt, so zeigen sich klare Unterschiede. Das Aare-/Gürbetal orientiert sich in der Ableitung Richtung Konolfingen, Muri und Worblental, während Konolfingen in den Obsan-Lösungen als eigenständige Spitex-Region fungiert oder an Gantrisch bzw. Schwarzenburg angeschlossen wird. Des Weiteren sind Schwarzenburg und Gantrisch in der Spitex-Ableitung nördlich hin zu Köniz und Laupen orientiert. Letztere beiden stehen in den Obsan-Lösungen für sich oder würden mit Zollikofen fusionieren.

Zusammenfassung des Abgleichs

Die Lösung auf Basis der Spitex-Mitgliederbefragung deckt sich am ehesten mit der Lösung III des Obsan. Einigerorts ergeben sich identische Spitex-Regionen wie z.B. im Oberaargau oder dem Berner Jura, während sich die Spitex-Regionen im Oberland relativ nahekomen. Insgesamt wird die Anzahl Perimeter durch die Lösung der Spitex-Mitgliederbefragung stärker reduziert als durch die drei Lösungen des Obsan. Allerdings gilt es, die nachfolgenden Punkte zu beachten.

Das Emmental (bis hin zu Aemme) ergibt eine grosse Versorgungsregion, in welcher sich allerdings aufgrund der Daten der Mitgliederbefragung die Frage stellt, inwiefern sich die Vorstellungen der Zusammenarbeit zwischen dem Perimeter Lueg und Emmental decken und einen Zusammenschluss zu einer gemeinsamen Spitex-Region rechtfertigen. So zeigen auch die Analysen des Obsan auf, dass der Perimeter Emmental gemäss Kriterien der Lebensraumorientierung eigenständig bleiben sollte. Deutliche Unterschiede zwischen den Lösungen des Obsan und der Mitgliederbefragung ergeben sich in der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland. Hier sei es gemäss Unterlagen des Spitex-Verbands schwierig, aufgrund fehlender Eindeutigkeit neue Spitex-Regionen abzuleiten. Die Neuorganisation des Mittellandes war auch für das Obsan eine Herausforderung, da es mehrere alternative Zusammenschlussmöglichkeiten gab und die Lebensraumkriterien eine Verletzung der Vorbedingungen nahelegten (d.h. Aare-/Gürbetal wie beschrieben in Kapitel 4.1).

5 Konklusion

Mit dem beschriebenen Ansatz der Neuorganisation lassen sich die 47 Spitex-Perimeter im Kanton BE um mehr als die Hälfte reduzieren. In den Lösungen I und II der mittleren Reduktion, welche die Lebensraumorientierung (d.h. Arbeitsmarktregionen und Einzugsgebiete der Pflegeheime) in den Vordergrund der Analyse stellen, resultieren 20 bzw. 18 neue Spitex-Regionen. Mittels Lösung III der starken Reduktion, in welcher der Mindestbevölkerungsgrösse einer neuen Spitex-Region eine wichtigere Rolle zukommt, lassen sich die Perimeter auf 12 Spitex-Regionen reduzieren. Letztere Lösung ist im Vergleich mit den beiden Lösungen der mittleren Reduktion jedoch weniger zielführend, da die Kriterien der Lebensraumorientierung stellenweise nicht eingehalten werden können und sich diese Lösung somit von der Bevölkerungsperspektive entfernt. Folglich legt das Obsan der GSI aufgrund der sachlichen Kriterien die Wahl der Lösung II als Ausgangslage der Neuorganisation nahe, wobei Möglichkeiten zur Modifikation anhand des beschriebenen Handlungsspielraums und der Gürtel-Variante I bestehen.

Beim gesamten Prozesse der Neuorganisation handelt es sich um eine quantitativ- und qualitativ-wissenschaftliche Methodik, die sowohl hinsichtlich der pragmatischen Vorgehensweise wie auch der verwendeten Kriterien dem Vorgehen in anderen Kantonen folgt. Die hergeleiteten Spitex-Regionen hängen stark von den verwendeten Kriterien und deren Operationalisierung ab. Umso wichtiger war die zuverlässige Herleitung dieser Kriterien auf Basis von Sekundärforschung und den kantonalen Experteninterviews. Abschliessend ist zu erwähnen, dass die verbindlichen Vorbedingungen, wie beispielsweise die Einhaltung der 4+ Versorgungsregionen oder der Erhalt der Perimeter-Grenzverläufe, den Rahmen für die Neuorganisation bestimmen bzw. die Möglichkeiten in gewissen Regionen (z.B. Aare-/Gürbetal) einschränken.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass der in diesem Projekt verwendete Ansatz der Neuorganisation der Spitex-Regionen eine Neuheit in der Schweiz darstellt und sich dabei stark an wissenschaftlichen Methoden orientiert. Es wäre angezeigt, die präsentierten Lösungen und deren Modifikationen auf ihre praktische und politische Akzeptanz zu prüfen.

6 Literaturverzeichnis

- Association vaudoise d'aide et de soins à domicile: <https://www.cms-vaud.ch/organisation-du-dispositif/>
- Canton du Valais (2015). Loi sur les soins de longue durée (LSLD).
- Canton du Valais (2015). Planification des soins de longue durée 2016-2020. Rapport final du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture. Service de la santé publique.
- Canton du Valais (2022). Ordonnance sur la planification et le financement des soins de longue durée.
- Canton de Vaud (2014). Les réseaux de soins se présentent sur le web. Communiqué de presse. Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud.
- Département de la santé et de l'action sociale (2021). Vieillir 2030. Inventaire des prestations et mesures financées par le DSAS, Lausanne.
- Ecoplan (2022). Altersstrategie für die Solothurner Einwohnergemeinden. Bern: Ecoplan.
- Grand conseil du canton de Vaud (2007). Loi sur les réseaux de soins.
- Grand Conseil Vaudois (1997). Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire (rapport NOPS), Lausanne.
- Haynes, A.G., Wertli, M. M. & Aujesky, D. (2020). Automated delineation of hospital service areas as a new tool for health care planning. *Health Service Research*, 55, 469–475.
- Kanton Tessin (1999). Decreto esecutivo concernente la definizione dei comprensori di attività dei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) del 17 novembre 1999. Il Consiglio Di Stato della Repubblica Cantone Ticino.
- Kanton Tessin (2010). Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010. Il Grand Consiglio della Repubblica Cantone Ticino.
- PWC (2020). Die Berner Spitallandschaft im Umbruch. Schlussbericht zur Beantwortung der Motion 192-2019 (GPK, Siegenthaler). Bern: PWC.
- Réseaux de santé VD: <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/presentation>
- Service de la santé publique du canton du Valais (1999). Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière des années 90 vers le 21e siècle.
- Spitex-Verband Kanton Bern (2021). Spitex Organisationen Kanton Bern, Stand Februar 2021. Bern: Spitex-Verband
- Versorgungsregionen BL: <https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/alter/gemeinden>
- Versorgungsregionen GR: [201118_GB2020_Leporello_de_bunt_einzel.pdf](https://www.fhgr.ch/201118_GB2020_Leporello_de_bunt_einzel.pdf) (fhgr.ch)
- Versorgungsregionen SH: <https://opendata.swiss/de/dataset/versorgungsregionen-altersbetreuung-pflege-kanton-schaffhausen>

7 Anhang

7.1 Semi-standardisierter Interviewleitfaden

Interviewleitfaden mit Begleitschreiben am Beispiel Graubünden

Mandat «Reorganisation der Spitex-Versorgungsregionen im Kanton Bern» - Experteninterview

Einführung

Die häusliche Pflege und Betreuung im Kanton Bern ist derzeit in 47 Versorgungsregionen organisiert. Um die Anzahl der Ansprechpartnerinnen für den Kanton zu verkleinern und die Zusammenarbeit zwischen den Spitex-Organisationen zu verbessern, möchte die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern die 47 Spitex-Versorgungsregionen neu organisieren und deren Anzahl reduzieren. Für diesen Zweck hat das Obsan vom Kanton Bern den Auftrag erhalten, neue Spitex-Versorgungsregionen zu entwickeln, wobei ein wissenschaftlicher und sachlicher Ansatz verfolgt wird, welcher sich so weit wie möglich auf vorhandene Daten und statistische Informationen stützt.

Der vom Obsan vorgeschlagene Ansatz geht von den bestehenden Versorgungsregionen aus und sieht vor, die Versorgungsregionen auf Grundlage von **quantitativen sowie qualitativen Kriterien** zu grösseren Einheiten zusammenzufassen. Diese Kriterien sind beispielsweise die räumliche Kontinuität, die Grösse der aktuellen Versorgungsregionen, der Deckungsgrad mit anderen bestehenden Versorgungsregionen (z.B. Spitalregionen), die gesprochene Sprache oder der Anteil der älteren Bevölkerung innerhalb potenzieller Versorgungsregionen. Wir möchten die Liste der Kriterien ergänzen und verfeinern, indem wir uns unter anderem auf die Erfahrung anderer Kantone stützen, welche in der Bildung solcher Spitex-Versorgungsregionen bereits Erfahrung mit sich bringen. Die Experteninterviews geben uns Aufschluss darüber, welche Überlegungen hinter der Erstellung der Versorgungsregionen standen und welche Kriterien hierfür herangezogen wurden.

Wir danken Ihnen, haben Sie sich für eine Teilnahme an einem Experteninterview bereit erklärt. Sie ermöglichen uns damit, von den Erfahrungen des Kantons Graubünden und Ihren Kenntnissen zu profitieren, was wir am Obsan und der Kanton Bern als äusserst wertvoll erachten.

Das online Interview sollte maximal eine Stunde dauern und wird mit Ihrem Einverständnis aufgezeichnet. Im Sinne der Transparenz möchten wir im Bericht die befragten Expertinnen und Experten angeben. Auf der nächsten Seite finden Sie den Interviewleitfaden.

Nochmals herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Fragen zu den Spitex-Versorgungsregionen des Kantons Graubünden

Gemäss unseren Recherchen ist die häusliche Pflege und Betreuung des Kantons Graubünden laut dem [Gesundheitsversorgungsbericht](#) in 17 Spitex-Tätigkeitsgebiete unterteilt, in welchen 18 Spitex-Organisationen mit einem kommunalen Leistungsauftrag fallen. Aktuell scheinen uns diese 17 Spitex-Tätigkeitsgebiete nicht vollständig deckungsgleich mit den 12 Gesundheitsregionen des Kantons, allerdings lassen sich in den Gesundheitsversorgungsberichten von Jahr zu Jahr diverse Zusammenschlüsse von Spitex-Tätigkeitsgebieten beobachten.

Allgemeine Fragen

1. Können Sie uns erklären, in welchem Kontext die Spitex-Versorgungsregionen entwickelt wurden?
2. Welche Ziele wurden mit der Entwicklung dieser Spitex-Versorgungsregionen verfolgt?
3. Welche Überlegungen lagen der Aufteilung der Spitex-Versorgungsregionen in ihrer jetzigen Form zugrunde?
4. Welchen gesetzlichen Grundlagen (z. B. kantonale Verordnung von XYZ) unterliegt die Regionalisierung?

Fragen zu (möglichen) Kriterien:

5. Welche Kriterien wurden für die Einteilung der Spitex-Versorgungsregionen verwendet? Wurde bei der Einteilung beispielsweise berücksichtigt...:
 - a. Administrative Verwaltungsgrenzen (z.B. von Gemeinden, Bezirken, andere)?
 - b. Merkmale der Bevölkerung (Anteil älterer Menschen, soziokulturelle Merkmale, andere)?
 - c. Geografische Aspekte (z. B. Bergregion, lange und komplizierte Wege, andere)?

- d. Perimeter, abgedeckt durch die öffentlich-rechtlichen Spitex-Organisationen (mit Leistungsauftrag)? Perimeter, abgedeckt durch andere Leistungserbringer (private Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachpersonen)? Spezifisch für GR: Inwiefern wurden Leistungserbringer ohne kommunalen Auftrag, Lungenliga, sowie palliativer Brückendienst in der Regionalisierung berücksichtigt?
 - e. Andere, bereits bestehenden Versorgungsregionen (z.B. im Spitalbereich)?
6. Warum gibt es 17 Regionen und nicht mehr / weniger? Weshalb wurden die Regionen nicht grösser / kleiner? Wie wurde eine Grenze zwischen zwei Regionen festgelegt?
 7. Was waren die Voraussetzungen, um Versorgungsregionen bilden zu können, in denen Ärzte, Spitex, Pflegeheime, Spitäler sowie andere Leistungserbringer zusammengeschlossen sind?
 - a. Spezifisch für GR: Welche Voraussetzungen sind nötig, wenn man leistungserbringerspezifische Versorgungsregionen über die Jahre in für alle Leistungserbringer deckungsgleiche Versorgungsregionen überführen will?
 8. Wie funktioniert die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Spitex-Versorgungsregionen? Wurde dies bei der Einteilung der Spitex-Versorgungsregionen berücksichtigt?

Rückblick auf Erfahrungen

9. Wie zufrieden ist der Kanton Graubünden mit den geschaffenen Spitex-Versorgungsregionen? Gibt es irgendwelche Probleme?
10. Gibt es im **Nachhinein** Kriterien, die bei der Erstellung der Spitex-Versorgungsregionen nicht berücksichtigt wurden, die aber hätten berücksichtigt werden müssen? Gibt es Kriterien, die zwar diskutiert wurden, aber für den Kanton nicht relevant waren und daher im Laufe des Prozesses verworfen wurden?
11. Würde der Kanton Graubünden bei einer Wiederholung einen anderen Ansatz zur Einteilung von Spitex-Versorgungsregionen verwenden?
12. Inwiefern werden diese Spitex-Versorgungsregionen in Zukunft evaluiert und - falls nötig - angepasst?

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

7.2 Beschreibung kantonaler Versorgungsregionen und Identifikation relevanter Kriterien

Die nachfolgende Beschreibung der kantonsspezifischen Versorgungsregionen basiert auf einer Internetrecherche (z.B. Sichtung vorhandener Dokumentation online) sowie den Interviews mit den Expertinnen und Experten auserlesener Kantone (BL, GR, SH, SO, TI, VD, VS).¹¹ Auf Grundlage der kantonalen Recherchen wurden anschliessend die erwähnten Kriterien abgeleitet und in den blauen Kästen am jeweiligen Kapitelende aufgelistet.

7.2.1 Versorgungsregionen in Basel-Landschaft (BL)

Die heutigen Regionen

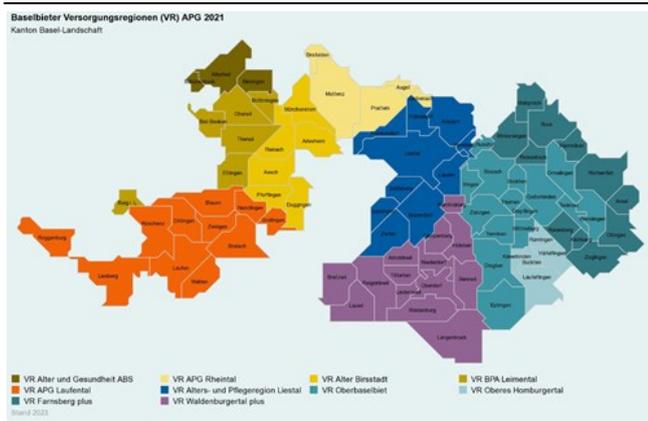
Der Kanton BL ist in **10 Versorgungsregionen** gegliedert, die durch die Verankerung im Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG) entstanden sind. Die Versorgungsregionen beziehen sich ausschliesslich auf den Bereich der Alters- und Langzeitpflege und decken sich nicht mit Regionalisierungen von anderen Versorgungsbereichen. Jede Versorgungsregion setzt sich jeweils aus mehreren der 86 Baselbieter Gemeinden zusammen und verfügt über eine Informationsberatungsstelle (z.B. Abklärungen durch Fachperson vor Pflegeheimeintritt), ein Versorgungskonzept und tätigt den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit Spitex-Organisationen. Aktuell verfügen 17 Spitex-Organisationen über Leistungsaufträge, weshalb in einigen Versorgungsregionen mehrere Spitex-Organisationen über einen Leistungsauftrag verfügen. Früher waren im Kanton BL deutlich mehr Spitex-Organisationen tätig, deren Anzahl hat sich aufgrund von Fusionen aber über die letzten Jahre reduziert.

Historische Entwicklung

Die Finanzierung und Planungsverantwortlichkeit im Bereich der Alters- und Langzeitpflege liegen im Kanton BL bei den jeweiligen Gemeinden. Gerade für kleinere Gemeinden kann die Planung und Sicherstellung der Versorgung eine grosse Herausforderung darstellen, weshalb die Gemeinden per APG verpflichtet wurden, sich zu Versorgungsregionen zusammenzuschliessen. Die beiden Hauptziele waren die Sicherstellung der Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung der (kleinen) Gemeinden. Ab Inkrafttreten des APG im Jahr 2018 hatten die Gemeinden drei Jahre Zeit, sich zu Versorgungsregionen zusammenzuschliessen. Dabei waren sie verpflichtet, eine Informationsberatungsstelle einzurichten, ein Versorgungskonzept zu erstellen sowie die Vereinbarungen mit den Leistungserbringern abzuschliessen und diese zu beaufsichtigen.

¹¹ Die Nennung der einzelnen Expertinnen und Experten befindet sich in der Danksagung am Anfang des Berichts.

G 7.1 Versorgungsregionen, Kanton Basel-Land, 2023



Quelle: [Versorgungsregionen / Gemeinden – baselland.ch](https://www.baselland.ch)

© Obsan 2023

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Die Aufteilung in die 10 Versorgungsregionen basiert nicht auf einer wissenschaftlichen Studie oder vorgegebenen Kriterien, sondern ist durch einen Bottom-up-Prozess der autonomen Gemeindegemeinschaften entstanden, die wiederum durch das Inkrafttreten des kantonalen APG im Jahr 2018 ausgelöst wurden. Für dieses Vorgehen hat unter anderem die Tatsache eine Rolle gespielt, dass man bestehende Zusammenarbeiten und Kooperationen zwischen Gemeinden nicht kappen wollte. Des Weiteren sollten die Versorgungsregionen bezüglich der Gemeinden räumliche Kontinuität aufweisen (d.h. aneinandergrenzen) und einen geografisch funktionalen Raum bilden. Der Kanton BL hat keine verbindlichen Kriterien definiert, allerdings wurde die Empfehlung einer Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen abgegeben, wobei Versorgungsregionen zwischen 30 000 bis 60 000 Personen als im Rahmen des Möglichen betrachtet wurden.

Erfahrungswerte und Empfehlungen des Kantons BL

Begleitung: Gemäss dem Kanton BL ist die fachliche Unterstützung der Versorgungsregionen ein wichtiger Faktor, damit die Versorgungsregionen auch funktionieren und ihre Arbeiten erfolgreich bzw. effizient ausführen können. Dazu ist ein kontinuierlicher Austausch in einem Feedbackgefäss sinnvoll und hilfreich. Bestehende Zusammenarbeiten sollten berücksichtigt werden, da auf diese Weise das Widerstandspotenzial verringert wird.

Aufzeigen von Vorteilen: Der Kanton sollte den Gemeinden respektive den Versorgungsregionen die Vorteile aufzeigen können: Entstehung von Kostensynergien, bremsender Effekt auf den Kostenanstieg, effizienter Einsatz und Auslastung von spezialisierten Leistungen (z.B. Nacht-/Pikettdienst).

Balance zwischen Autonomie und Regulierung: Da die Gemeinden im Kanton BL schlussendlich die Versorgung finanzieren, war

der gesetzlich verordnete Zusammenschluss zu Versorgungsregionen von Autonomie geprägt. Gleichzeitig sind gerade da Herausforderungen und Probleme entstanden, wo Vieles offen gelas-

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton BL

- Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (Gemeinden)
- Räumliche Kontinuität
- Lebensraumorientierung
- Berücksichtigung bestehender Kooperationen und Zusammenarbeiten

Empfohlene Kriterien – Kanton BL

- Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen. Vorstellbar bis 60 000 Personen.

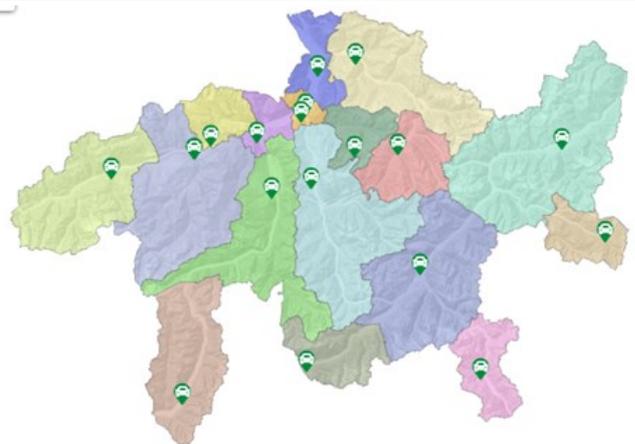
sen wurde.

7.2.2 Versorgungsregionen in Graubünden (GR)

Die heutigen Regionen

Im Kanton GR gibt es **17 Spitex-Tätigkeitsgebiete** in denen insgesamt 18 Spitex-Organisationen mit kommunalem Leistungsauftrag die ambulante Pflege und Haushaltshilfe erbringen. Es gibt andere leistungserbringerspezifische Versorgungsregionen (z.B. Spitäler, Pflegeheime, etc.), die sich in ihrer Anzahl und in ihrem Grenzverlauf leicht von den 17-Spitex-Tätigkeitsgebieten unterscheiden. Das Ziel des Kantons GR ist es, dass sich die verschiedenen Versorgungsregionen zukünftig angleichen und folglich deckungsgleich werden.

G 7.2 Versorgungsregionen, Kanton Graubünden, 2023



Quelle: [Gesundheitsversorgungsbericht](https://www.graubunden.ch)

© Obsan 2023

Historische Entwicklung

Im Jahr 1990 war die Versorgung im Bereich der ambulanten Alters- und Langzeitpflege mit über 100 leistungserbringenden Spitex-Organisationen ineffizient. Nach und nach gab es organische Fusionen auf 20 bis 25 Spitex-Organisationen, wobei im Jahr 2013 ein gesundheitspolitisches Leitbild in Kraft trat, das deckungsgleiche Versorgungsregionen postulierte und dem die Idee «Gesundheit aus einer Hand» zugrunde lag. Jede Gemeinde wurde darauf einer Spitalregion zugeordnet und musste sich bezüglich Alters- und Pflegeheime sowie der Spitex selbst organisieren. Nach gesetzlichen Anpassungen wurde anschliessend vorgesehen, dass sich leistungserbringerspezifische Versorgungsregionen nach und nach angleichen und Deckungsgleichheit erlangen. Innerhalb von einer Versorgungsregion können prinzipiell mehrere Spitex-Organisationen tätig sein. Wie für die Versorgungsregionen wird auch für die Spitex-Organisationen ein Zusammenschluss aus ressourcenspezifischen Gründen als sinnvoll erachtet, ist allerdings nicht Pflicht.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Man hat sich an vorhandenen administrativen Grenzen orientiert (früher Bezirk, heute Region), allerdings ist die Einteilung in Versorgungsregionen auch organisch¹² gewachsen. Hinzu kam auch die Orientierung an geografischen Gegebenheiten, was gemäss Kanton GR das wichtigste Kriterium ist: Das Prättigau und Davos z.B. liegen zwar innerhalb einer Region, sind aber durch einen Pass getrennt, weshalb eine Aufteilung in verschiedene Versorgungsregionen Sinn macht. Des Weiteren wurde auch die Bevölkerungsgrösse beachtet, da eine zu grosse Versorgungsregion nicht als sinnvoll erachtet wurde (z.B. Churer Rheintal aufgeteilt in Chur, Imboden und Landquart). Mit der Versorgung einer bevölkerungsreichen Region durch nur einen Leistungserbringer ergeben sich auch Risiken und Probleme (z.B. Versorgungssicherheit, Steuerung, etc.). Des Weiteren beachtet man in der Erstellung der Versorgungsregionen die Lebensraumorientierung der Bevölkerung. In jeder Versorgungsregion muss eine öffentliche Spitex-Organisation tätig sein und ihren Sitz haben, da sie im Gegensatz zu den privaten Spitex-Organisationen eine geregelte Versorgungspflicht haben.

Erfahrungswerte und Empfehlungen des Kantons GR

Verpflichtungskredit und Fusionsexperten: Zusammenschlüsse werden durch den Kanton aktiv durch eine Anschubfinanzierung gefördert. Hinzu kommt die fachliche Expertise sowie der Erfahrungswert von Personen oder Organisationen, die bereits einen Fusionsprozess durchlaufen haben. Diese beiden Ressourcen

sollten unbedingt dort eingesetzt werden, wo sich die Bereitschaft zum Zusammenschluss andeutet.

Schaffung von Win-Win-Situation: Wenn eine Organisation nicht kooperieren oder fusionieren will, dann scheitert der Kanton schlicht mit seinem Vorhaben der Bildung von Versorgungsregionen. Es hängt vielerorts von den Personen und Organisationen bzw. deren Wille ab, ob es zu einem Zusammenschluss oder eine Fusion kommt. Hierbei ist die Überzeugungsarbeit durch den Kanton von fachlicher Natur und es bedarf dem Aufzeigen von Vorteilen, die durch einen Zusammenschluss, einer Kooperation oder einer Fusion erreicht werden können. Insbesondere sollten die Vorteile der Deckungsgleichheit von verschiedenen Versor-

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton GR

- Geografische Gegebenheiten
- Lebensraumorientierung
- Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (Bezirk resp. Region)
- Ausrichtung an bestehenden Versorgungsräumen
- Bevölkerungsgrösse
- Hauptsitz einer Spitex-Organisation in der Versorgungsregion
- Berücksichtigung bestehender Kooperationen und Zusammenarbeiten

gungsregionen hervorgehoben werden (z.B. Vermeidung von unklaren Zuständigkeiten bei einem Spitalaustritt oder beim Eintritt ins Pflegeheim).

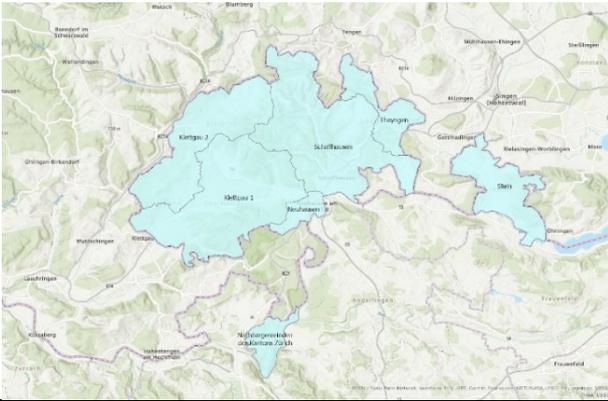
7.2.3 Versorgungsregionen in Schaffhausen (SH)

Die heutigen Regionen

Im Kanton SH finden sich gemäss Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPV) **sieben Versorgungsregionen**. Die Region Klettgau unterteilt sich in zwei Versorgungsregionen und es finden sich zwei Enklaven (Stein sowie Buchberg und Rüdlingen). Die Gemeinden einer Versorgungsregion sind verpflichtet, das bedarfsgerechte Leistungsangebot der Hilfe und Pflege zuhause sicherzustellen. Hierzu sollen sie Zweckverbände bilden oder durch Verträge das Zusammenarbeiten regeln. Anschliessend wird mittels Leistungsvertrag die ambulante Versorgung vereinbart. Dabei ist offen, welche Spitex-Organisation die Leistungen erbringt.

¹² Im Sinne von einem natürlichen, bottom-up getriebenen Prozess, der bestehende Kooperationen und Zusammenarbeiten berücksichtigt.

G 7.3 Versorgungsregionen, Kanton Schaffhausen, 2023



Quelle: <https://opendata.swiss/de/dataset/versorgungsregionen-altersbetreuung-pflege-kanton-schaffhausen> © Obsan 2023

Historische Entwicklung

Im Kanton SH gab es früher viele kleine ehrenamtliche Vereine und die regionale Identifikation war gerade in kleineren Gemeinden sehr hoch. Viele der Gemeindekooperationen sind organisch gewachsen und haben sich entlang geografischer «Trennlinien» gebildet. Im Rahmen der Neufinanzierung und Umstellung auf DRG wollte der Kanton SH sicherstellen, dass Personen nach einem Spitalaustritt auf ausreichend grosse, professionell organisierte und tragfähige Versorgungseinheiten treffen. Ursprünglich waren fünf Versorgungsregionen angedacht, schlussendlich wurden es aber sieben gesetzlich verankerte Versorgungsregionen.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

In der ursprünglichen Herleitung hat man sich subjektiv an bestehenden Verwaltungsgrenzen (Bezirke, Feuerwehrregionen etc.) orientiert. Versorgungsregionen mit einer Einwohnerzahl unter 5000 Personen wurden vermieden. Die Lebensraumorientierung spielte eine prägende Rolle, da kurze Wege und die Verankerung in der Nähe des eigenen Zuhauses als entscheidend erachtet wurden. Ein weiteres Ziel war, die Spitex-Versorgungsregionen stärker mit den Einzugsgebieten der Pflegeheime abzugleichen. Dies war aber aufgrund unterschiedlicher Kulturen sowie zwecks Bewahrung der Autonomie und Souveränität nicht möglich. Folglich wurde in erster Linie die Strategie der «starken Spitex» verfolgt.

Erfahrungswerte und Empfehlungen des Kantons SH

Top-down versus Bottom-up-Prozess: Der Kanton SH hat die Erfahrung gemacht, dass ein reiner Top-down-Prozess bei den Gemeinden und bestehenden Zweckverbänden nicht gut ankommt. So gab es auch rechtliche Beschwerden gegen die ursprünglich gesetzlich verankerte Regionalisierung. Wichtig ist daher, die Gemeindeverantwortlichen, die Spitex-Organisationen, aber auch die bestehenden leistungserbringerübergreifenden Kooperationen

abzuholen. Vor allem sollte man auch (potenziellen) Animositäten proaktiv entgegenreten, beispielsweise mit dem Heranziehen von Fachpersonen zwecks Unterstützung bei Zusammenschlüssen.

Synergien sind abhängig von der Grösse: Grosse Spitex-Organisationen unterstützen die kleinen Organisationen in vielen Bereichen (z.B. IT, Spezialisierung, administrative Arbeiten), profitieren aber schlussendlich wenig von den kleinen Organisationen. Es gilt folglich darauf zu achten, dass keine zu kleinen Spitex-Organisationen in einem grossen Einzugsgebiet tätig sind. Falls doch, so sollte auf die Hilfe von einem gemeinsamen Stützpunkt zurückgegriffen werden können.

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton SH

- Geografische Gegebenheiten
- Lebensraumorientierung
- Ausrichtung an Verwaltungsgrenze
- Bevölkerungsgrösse von mindestens 5000 Personen

Empfohlene Kriterien – Kanton SH

- Berücksichtigung bestehender Kooperationen und Zusammenarbeit

Erwogene, aber nicht verwendete Kriterien – Kanton SH

- Einzugsgebiet der Pflegeheime

7.2.4 Versorgungsregionen in Solothurn (SO)

Die heutigen Regionen

Im Kanton SO gibt es seit kurzem **sechs Versorgungsregionen**, die allerdings nicht gesetzlich verankert sind, jedoch auf einem Regierungsratsbeschluss beruhen und zusammen mit einer Arbeitsgruppe konzipiert wurden. Bei deren Verwendung im Rahmen von integrierten Planungen handelt es sich aktuell um eine Pilotphase und man besitzt noch wenig Erfahrung zu deren Praktikabilität. Momentan ist unklar, ob es Anpassungen geben wird und ob die Versorgungsregionen zukünftig gesetzlich verankert werden.

Historische Entwicklung

Im Kanton SO gab es bis anhin keine Versorgungsregionen im Bereich der Alters- und Langzeitpflege. Da der Kanton SO eine integrierte Versorgung anstrebt und möglichst alle Leistungserbringer in die Versorgungsplanung einbeziehen will, wurde eine Regionalisierung notwendig, damit die Gemeinden und der Kanton besser steuern können. Zum Zweck der Bildung von Versorgungsregionen hat man eine Arbeitsgruppe einberufen, die sich aus Kantons- sowie Gemeindevertretungen und Fachleuten aus der Praxis zusammengesetzt hat. Im Rahmen eines Abhandlungsprozesses hat man sich gemeinsam überlegt, wie sinnvolle Versorgungsregionen für den Kanton SO aussehen können, die bei

der Bevölkerung auf Akzeptanz stossen und Bestehendes nicht «über den Haufen werfen».

G 7.4 Versorgungsregionen, Kanton Solothurn, 2023



Quelle: Ecoplan (2022)

© Obsan 2023

Im Kanton SO hat man sich an bestehenden Verwaltungsgrenzen (10 Bezirke und Gemeinden) orientiert, wobei man im Verlaufe des Prozesses schnell gemerkt hat, dass die sich abzeichnenden Versorgungsregionen relativ gut mit den Bezirken übereinstimmen.¹³ Aufgrund der sehr ausgeprägten Lebensraumorientierung (auch regionale Identifikation genannt) der Kantonsbevölkerung, hat man sich in erster Linie an diesem schwer objektivierbaren Kriterium orientiert. Als Beispiel hierfür: Die Lebensraumorientierung hat dazu geführt, dass der Bezirk Lebern – in welchen die Stadt Grenchen fällt – unterteilt wurde, in oberen Leberberg (Orientierung am Raum Grenchen) und unterer Leberberg (Orientierung am Raum Stadt Solothurn). In dieses Kriterium der Lebensraumorientierung spielten auch geografische Gegebenheiten eine Rolle, da sie die Lebensraumorientierung unter anderem natürlich bedingen. So trennt beispielsweise die Jura-Kette die Versorgungsregion Dorneck-Thierstein vom restlichen Kanton und setzt so eine natürliche Orientierungsgrenze. Die folgenden Kriterien wurden in der Bildung der Versorgungsregionen gemäss dem Kanton SO geprüft, aber schlussendlich nicht berücksichtigt:

- Aktuelle Einzugsgebiete der Spitex-Organisationen
- Mindestanzahl von Gemeinden innerhalb einer Versorgungsregion
- Bevölkerungsgrösse
- Mindestanzahl von Spitälern
- Mindestanzahl von Pflegeheimen, wobei darauf geachtet wurde, dass mindestens ein Pflegeheim in eine Versorgungsregion fällt
- Kein Fokus auf Zentren, da im Kanton doch auch strukturschwache Regionen vorhanden sind.

¹³ Anfangs sollten vier Versorgungsregionen gebildet werden, was aber aufgrund der Lebensraumorientierung nicht möglich war.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Die berücksichtigten bzw. die nicht berücksichtigten Kriterien sind alle im Kapitel der historischen Entwicklung enthalten. Hervorzuheben ist, dass bei der Bildung der sechs Versorgungsregionen vor allem das Kriterium der Lebensraumorientierung und somit die Akzeptanz in der Bevölkerung eine entscheidende Rolle gespielt hat.

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton SO

- Lebensraumorientierung (und somit Akzeptanz in der Bevölkerung)
- Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (Bezirke und Gemeinden)
- Bestehendes sollte berücksichtigt werden
- Geografische Gegebenheiten
- Jede Versorgungsregion sollte mindestens ein Pflegeheim enthalten

Erwogene, aber nicht verwendete Kriterien – Kanton SO

- Aktuelle Einzugsgebiete der Spitex-Organisationen
- Mindestanzahl von Gemeinden innerhalb einer Versorgungsregion
- Bevölkerungsgrösse
- Mindestanzahl von Spitälern
- Fokus auf Zentren (Agglomerationen)

Erfahrungswerte und Empfehlungen des Kantons SO

Lebensraumorientierung: Bevölkerung soll dort versorgt werden, wo sie lebt und eine Neuordnung – gerade bei einem Übertritt in ein Pflegeheim – sollte vermieden werden.

Grösse der Spitex-Organisation: Im Kanton SO wird vermutet, dass der Zusammenschluss der Gemeinden zu Versorgungsregionen allenfalls dort zu Widerstand führen könnte, wo viele kleine Spitex-Organisationen im Einsatz sind (d.h. SO Ost).

7.2.5 Versorgungsregionen im Tessin (TI)

Die heutigen Regionen

Der Kanton Tessin (TI) ist in **sechs Versorgungsregionen** (auf Italienisch «Comprensorio») für die häusliche Pflege unterteilt, in denen jeweils eine öffentlich-rechtliche Spitex-Organisation einen Leistungsauftrag erhält. Innerhalb dieser Versorgungsregionen

haben die öffentlich-rechtlichen Spitex-Organisationen eine Versorgungspflicht. Die privaten Organisationen sowie die selbstständigen Pflegefachpersonen sind nicht an diese Versorgungsregionen gebunden und sind folglich in der Planung der Versorgungsregionen nicht berücksichtigt. Für die Pflegeheime dienen diese sechs Versorgungsregionen ebenfalls als Planungsgrundlage. Die Versorgungsregionen werden in einer Verordnung (Kanton Tessin, 1999) festgelegt, welche die Liste der Gemeinden enthält, die zu jeder Versorgungsregion gehören.

Historische Entwicklung

Vor der Bildung der sechs Versorgungsregionen war die häusliche Pflege in fünf Regionen organisiert, die als «Konsortien» bezeichnet wurden und Zusammenschlüsse mehrerer Gemeinden darstellten. Diese fünf Konsortien haben sich seit den 1970er Jahren nach und nach durch Vereinbarungen zwischen den Gemeinden organisch entwickelt. Die Gemeinden innerhalb eines Konsortiums organisierten sich untereinander und legten den Katalog an (vergüteten) Pflegeleistungen fest, weshalb die Art und Abdeckung der häuslichen Pflege in den Konsortien unterschiedlich ausfiel.

Im Jahr 2000 trat das Gesetz über die Hilfe und Pflege zuhause (Kanton Tessin, 2010) in Kraft, auf dessen Grundlage die sechs gültigen Versorgungsregionen für die Pflege zuhause definiert wurden. Das Ziel dieser Reorganisation war, im gesamten Kanton TI die gleiche Abdeckung an Versorgung mit Spitex-Leistungen zu gewährleisten sowie die Verwaltungskosten der Spitex, aber auch den Austausch zwischen der Spitex, dem Kanton TI und den Versicherern zu verbessern.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Die Bildung der Versorgungsregionen basiert stark auf den fünf vorgängigen Konsortien, wobei das Gebiet um Lugano aufgrund seiner Grösse zweigeteilt wurde. Allgemein sollten die Versorgungsregionen eine kritische Grösse haben, damit die Verwaltungskosten reduziert werden können und auch genügend andere Leistungserbringer in einer Versorgungsregion vorhanden sind, um überhaupt eine Koordination zu entwickeln. Die Verbesserung der Koordination mit den weiteren Leistungserbringern – insbesondere mit den Pflegeheimen, aber auch den Tagesstätten und den Spitälern – war ein weiteres Ziel der Regionalisierung. Zusätzlich sollten in jeder Versorgungsregion ein bis zwei Hebammen und mindestens ein Spital vorhanden sein. Schlussendlich folgten die Versorgungsregionen den administrativen Grenzen der Bezirke –

mit Ausnahmen, da im Zuge von Fusionen einige Gemeinden ihren Bezirk gewechselt haben. Eine Übereinstimmung mit Spitalplanungsregionen gibt es hingegen nicht, da sich die öffentlichen Spitäler spezialisieren, weshalb die Zusammenarbeit mit einem einzigen Spital nicht möglich ist.

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton TI

- Anlehnung an existierende administrative Grenzen (Bezirke und Konsortien)
- Berücksichtigung bestehender Kooperationen
- Kritische Grösse
- Vorhandensein von anderen Leistungserbringern in einer Versorgungsregion
- Vorhandensein von einem Spital in einer Versorgungsregion
- Spezialisierte Leistung innerhalb der Versorgungsregion (z.B. Hebammen)

7.2.6 Versorgungsregionen in Waadt (VD)

Die heutigen Regionen

Der Kanton VD ist in **vier Versorgungsregionen** aufgeteilt, die auf regionaler Ebene Ärztinnen und Ärzte, Spitex-Organisationen, Pflegeheime, Spitäler und weitere Leistungserbringer umfassen. Innerhalb von jeder Versorgungsregion wird die häusliche Pflege durch die sozialmedizinischen Zentren (CMS; öffentlich-rechtliche Organisationen), OSAD (private Spitex-Organisationen) und selbstständige Pflegefachpersonen erbracht. Die 49 bestehenden CMS werden von sieben regionalen Vereinigungen bzw. Stiftungen unterstützt, drei davon im Versorgungsraum Lausanne, zwei im Versorgungsraum Nord Broye und jeweils eine in den anderen Versorgungsregionen.

G 7.5 Versorgungsregionen, Kanton VD, 2023



Quelle: <https://www.reseaux-sante-vaud.ch/>

© Obsan 2023

Die vier Versorgungsregionen sind insbesondere für die Umsetzung der kantonalen Gesundheitsprogramme zuständig und werden in der Entwicklung von regionalen Projekten zur Verbesserung der Koordination der Gesundheitsversorgung unterstützt. Zur Hauptleistung der Versorgungsregionen gehört die Koordination der sozialmedizinischen Angebote unter der Leitung der BRIO (Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation). Die BRIO verwaltet somit das gesamte Angebot und die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen, sowohl für die Langzeit- und die Kurzzeitplätze.

Historische Entwicklung

Die ersten Versorgungsregionen im Kanton VD formierten sich 1996 mit der ersten Spitalplanung. Zum damaligen Zeitpunkt wurden acht Versorgungsregionen gebildet, wobei das Vorhandensein von einem Spital innerhalb einer Versorgungsregion das entscheidende Kriterium darstellte. Diese Versorgungsregionen waren rein administrative Zusammenschlüsse von Leistungserbringern, stellten aber keine funktionalen Einheiten dar. Parallel zu dieser Entwicklung wurde die Psychiatrie ab Ende der 1960er Jahre in vier Regionen organisiert, die nahezu den vier Versorgungsregionen in G 9.5 entsprechen.

Mit dem NOPS-Bericht (Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire) von 1997 (Grand Conseil Vaudois, 1997) wurden die acht Versorgungsregionen zu den aktuell bestehenden vier funktionalen Versorgungsregionen zusammengefasst. Der NOPS-Bericht schlägt nämlich vor, vier strukturierte Versorgungsregionen in Form von öffentlich-rechtlichen Vereinen zu schaffen, wobei gewisse Leistungserbringer verpflichtet sind, aktive Mitglieder innerhalb der Versorgungsregion zu sein. Diese Mitglieder müssen sich an der Finanzierung und der Organisation der Versorgungsregion beteiligen. Dies sind z.B. Mitglieder, die die Verbindungspflege¹⁴, die Wartelisten der Pflegeheime, die Palliativpflege sowie die Zusammenstellung und den Betrieb mobiler Teams organisieren. Auf diese Weise haben die Versorgungsregionen die Zusammenarbeit zwischen den Hauptakteuren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Folglich haben die Versorgungsregionen ihre Legitimität nicht nur aufgrund ihrer administrativen Funktion, sondern auch, weil sie von den Hauptakteuren reguliert werden.

Abschliessend kann gesagt werden, dass das Ziel der Entwicklung dieser vier Versorgungsregionen darin bestand, die chancengleiche Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten, den Zugang zur Versorgung zu erleichtern und die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu fördern. In dieser Entwicklung steckte vor allem auch der politische Wille, nicht mehr die Spitäler in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems zu stellen, sondern die Gemeinschaft aller Leistungserbringer mit einem stark systemorientierten Denken.

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton VD

- Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (Bezirke)
- Berücksichtigung historischer Entwicklungen
- Berücksichtigung bestehender Kooperationen und Zusammenarbeit
- Lebensraumorientierung (Orientierung an Gewohnheiten der Bevölkerung wie Mobilität, Pendlertum und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens)
- Kritische Grösse

Empfohlene Kriterien – Kanton VD

- Ausrichtung an bestehenden Perimeter vom Kanton (breite Sichtweise): Gibt es bereits Logiken der Regionalisierung wie beispielsweise in den Bereichen Schule, Polizei, etc.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Die Fusionen der acht in vier Versorgungsregionen erfolgt bottom-up, in dem die historische Entwicklung im Kanton VD respektiert wurde. Folglich ergaben sich vier Versorgungsregionen auf natürliche Weise gemäss bestehenden Arbeits- und Kooperationsgewohnheiten. Es wurde auch versucht, die Versorgungsregionen anhand der bestehenden Bezirke aufzubauen, gleichzeitig aber die Gewohnheiten der Bevölkerung in Bezug auf Mobilität, Pendlertum und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu berücksichtigen. Aus letzteren Gründen schliesst eine Versorgungsregion manchmal auch ein Dorf aus einem anderen Bezirk ein. Schlussendlich war auch die kritische Grösse ein wichtiges Kriterium, das sich allerdings erst mit der Zeit ergeben hat. Beispielsweise wurden die CMS von Morges und Nyon zusammengelegt, da sie in eigenständiger Form zu klein waren, um eine effiziente Verwaltungslogistik zu haben.

Erfahrungswerte und Empfehlungen des Kantons VD

Lebensraumorientierung: Das Wichtigste bei der Bildung oder der Neuorganisation von Versorgungsregionen ist, dass die geschaffene Versorgungsregion dem Empfinden der Bevölkerung und der Stakeholder entspricht. Diese beiden Gruppen müssen sich in der Versorgungsregion wiedererkennen. Mögliche interessante Indikatoren hierfür sind bestehende Regionen im Kanton wie beispielsweise für den Bereich der Schule, Polizei etc.

Versorgung heterogener Bevölkerungsgruppen: Anfangs erfolgte die Finanzierung der SMZ im Kanton VD aufgrund der Einwohnerzahl und der Altersverteilung der Bevölkerung. Gemäss

¹⁴ Erledigt sozialdienstliche Koordinationsaufgaben in einem Spital. Die Hauptaufgaben sind die Zusammenstellung relevanter sozio-medizinischer Informationen der Patientinnen und Patienten sowie die Organisation der Entlassung.

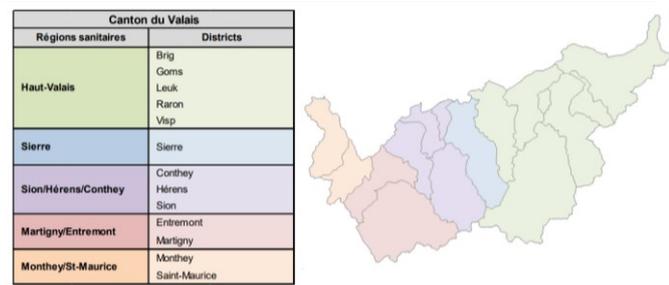
Expertinnen und Experten besteht jedoch die Gefahr, dass die Bildung von Versorgungsregionen, die auf sozioökonomischen Merkmalen beruhen (z.B. Altersstruktur, Lebensstandard, Haushalte mit Migrationshintergrund, etc.), letztlich zu einer spalten-Regionalisierung führt. Diese Spaltung sollte verhindert werden und vielmehr muss dieser Heterogenität Rechnung getragen werden. Dies, in dem die Unterschiede in den Bedürfnissen der Bevölkerung durch die zusätzliche Finanzierung der SMZ und die Kompetenzen ihres Personals reguliert werden.

7.2.7 Versorgungsregionen im Wallis (VS)

Die heutigen Regionen

Der Kanton VS ist im Bereich der Alters- und Langzeitpflege in **fünf sanitäre Regionen** unterteilt, die durch den Walliser Staatsrat definiert wurden. In jeder Versorgungsregion erhält eine Spitex-Organisation – genannt sozialmedizinisches Zentrum (SMZ) – einen Leistungsauftrag mit Versorgungspflicht, was die Versorgung der ambulanten Hilfe und Pflege in der jeweiligen Versorgungsregion sicherstellt. Folglich gibt es im Kanton VS fünf SMZ, die für jede Versorgungsregion eine verantwortliche Dachorganisation mit mehreren lokalen Stützpunkten bildet, um die Reisewege zu verkürzen. Schliesslich fügen sich die fünf Versorgungsregionen in die kantonalen Versorgungsregionen der Spitäler ein.

G 7.6 Versorgungsregionen, Kanton Wallis, 2023



Quelle: Canton du Valais (2015)

© Obsan 2023

Um die Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems (Spitäler, psychiatrische Einrichtungen, Alters- und Pflegeheime, SMZ, intermediäre Strukturen, ambulanter Sektor sowie Prävention und Gesundheitsförderung) zu verbessern, hat der Kanton VS regionale Kommissionen für die Langzeitpflege geschaffen. Diese Kommissionen sollen die Koordination zwischen den verschiedenen Verwaltungsebenen (Kanton, Gemeinden) fördern, für ein angemessenes Angebot an Leistungen der Alters- und Langzeitpflege sorgen und ihre Ansicht zu neuen Projekten im Zusammenhang mit der Planung der Alters- und Langzeitpflege einbringen.

Historische Entwicklung

Die Versorgungsregionen wurden 1995 auf Wunsch der Leistungserbringer selbst (Pflegeheime, SMZ und Spitäler) geschaffen, damit sie sich besser koordinieren können. Ursprünglich wurden sechs Regionen geschaffen, wobei das zweigeteilte Oberwallis inzwischen zu einer Versorgungsregion fusioniert wurde. Des Weiteren waren diese sechs ursprünglichen Versorgungsregionen Gesundheitsregionen im weiteren Sinne, d.h. sie umfassten die verschiedenen Leistungserbringer. Diese gesamtheitlichen Gesundheitsregionen wurden später getrennt und heute verfügt das Wallis über drei Spitalregionen sowie die fünf Versorgungsregionen im Bereich der Alters- und Langzeitpflege.

Die Schaffung der fünf Versorgungsregionen erforderte die Fusion der bestehenden SMZ. Vor 2010–2012 gab es im Kanton VS insgesamt 19 SMZ. In den Jahren 2010–2012 fusionierte das Oberwallis seine SMZ, die anderen Versorgungsregionen folgten nach und nach, womit die Fusionen in den 2020er Jahren abgeschlossen wurden. Die Fusion der SMZ führte zu Konflikten und Machtspielen zwischen den Gemeinden, zu welchen die SMZ gehörten. Da sich die SMZ mittels lokaler Niederlassungen organisierten, wurden vor allem die Verwaltung (HR, Finanzen, Direktion, etc.) und die Organisation der Pflegeteams in Hauptstandorten zusammengelegt. Die Fusionen ermöglichten auch die Entwicklung von spezialisierten Leistungen (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie oder Palliativpflege), da die kritische Grösse eingehalten wurde.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Die Aufteilung der ursprünglichen sechs Versorgungsregionen erfolgte nicht aufgrund einer Studie, sondern basierte auf den Bezirken und hatte auch eine historische Dimension. Zum damaligen Zeitpunkt waren die Leistungserbringer in Sierre bereits gut organisiert und die drei Bezirke der Region Sierre/Hérens/Conthey hatten das Spital von Sion gegründet, während die Gemeinden der Region Martigny/Entremont bereits um das Spital von Martigny herum angesiedelt waren.

Ein wichtiges Kriterium bei der Bildung der Versorgungsregionen war die kritische Grösse in Bezug auf die Bevölkerungsdichte, denn ohne eine kritische Mindestgrösse ist es schwierig, effiziente Organisationen und Einrichtungen zu entwickeln. Beispielsweise benötigt ein Pflegeheim mindestens 60 Betten, um effizient zu sein. Es wurde also sichergestellt, dass die Bevölkerungsdichte in jeder Region ausreichend ist, um diese 60 Betten auch auszulasten.

Ein weiteres Kriterium war das Vorhandensein von einem Spital in jeder Versorgungsregion. Da damals jedes Spital sämtliche Leistungen erbrachte (im Gegensatz zu heute, wo sich die Spitäler im Kanton VS spezialisieren), wäre eine Versorgungsregion ohne Spital nicht zielführend gewesen, da alle Pflegeanbieter innerhalb einer Versorgungsregion koordiniert werden sollten.

Topografische Besonderheiten wurden bei der Bildung der Versorgungsregionen nicht berücksichtigt, da die Bezirke – und

damit die Gesundheitsregionen – historisch gesehen immer eine Flachland- und eine Bergregion umfassten. Schliesslich wurde auch die Sprachbarriere respektiert, mit Ausnahme des SMZ Sierre, welches bis nach Salgesch reicht.

Erfahrungswerte und Empfehlungen des Kantons VS

Logik der Nähe: Es sollte vermieden werden, dass eine Person von einer Organisation aus ihrer Versorgungsregion betreut wird, obwohl eine Organisation aus einer anderen Versorgungsregion deutlich geringere Wegzeit zu dieser Person hätte.

Praktisches, pragmatisches Vorgehen bei einer Neuorganisation: Die Expertin oder der Experte der Neuorganisation sollte im Prozess einmal das eine Kriterium bevorzugen und einmal das andere Kriterium. Gemäss Walliser Experte bietet sich für das «fine tuning» eine Konsultation der involvierten Parteien an.

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Kanton VS

- Ausrichtung an den Versorgungsregionen der Spitäler
- Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (Bezirke)
- Berücksichtigung bestehender Kooperationen
- Kritische Grösse im Sinne der Bevölkerungsdichte in einer Versorgungsregion
- Beachtung von Sprachbarrieren/-grenzen

Erwogene, aber nicht verwendete Kriterien – Kanton VS

- Einbezug von topografischen Besonderheiten

Empfohlene Kriterien – Kanton VS

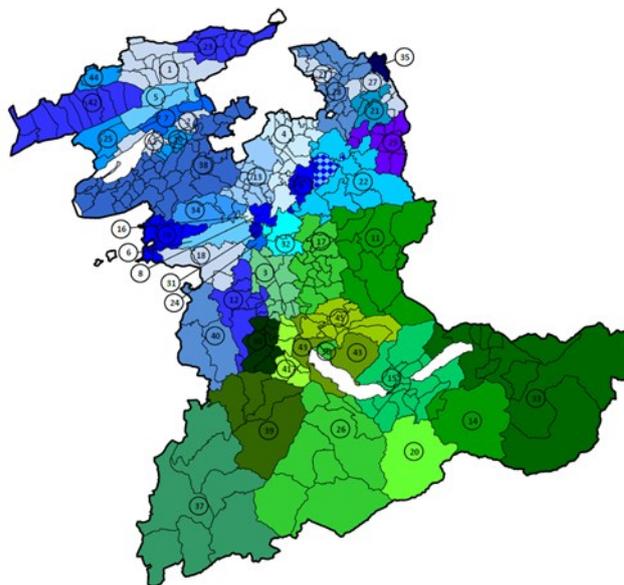
- Die Logik der Nähe respektieren (siehe Absatz «Empfehlungen vom Kanton»).
- Einzugsgebiet von Pflegeheimen und Spitäler berücksichtigen
- Lebensraumorientierung bzw. Wohnortnahe Mobilität

7.2.8 Versorgungsregionen in Bern gemäss Spitex Verband Kanton Bern

Die heutigen Regionen

Im Kanton BE existieren insgesamt **47 Spitex-Perimeter**, die sich jeweils aus mehreren Gemeindeverbänden zusammensetzen. Die beiden Perimeter Schelten und Münchenwiler bilden ausserkantonale Enklaven. Die Steuerung und Vergabe der Leistungsvereinbarung obliegt dem Kanton BE. Seit 2022 finden WTO-Ausschreibungen statt, auf die sich die Spitex-Organisationen bewerben können. Zwischen vielen Spitex-Perimetern bzw. Spitex-Organisationen finden sich Kooperationen oder die Nutzung von Synergien (z.B. IT oder Organisation von Pikettendienst).

G 7.7 Perimeter, Kanton BE, 2023



Quelle: SpiteX-Verband Kanton Bern (2021)

© Obsan 2023

Historische Entwicklung

Früher war die ambulante Versorgung eine Aufgabe der Gemeinde, die einen eigenen Krankenschwester- und Haushaltsdienst-Verein hatten. Diese beiden Vereine fusionierten 1991 zur heutigen SpiteX, wobei es 2008 zu einer grösseren Fusionswelle kam, als der Kanton einer Mindestzielgrösse (ca. 50 000 bis 60 000 Personen) der zu versorgenden Bevölkerung durch eine SpiteX-Organisation bekannt gab. Anstelle der Umsetzung dieser Vorgabe wurde der Markt für private Anbieter geöffnet, was zu weiteren Fusionen führte, allerdings eher aus betriebswirtschaftlichen Gründen. Aufgrund der neuen Pflegefinanzierung von 2011 gingen die Leistungsverträge von den Gemeinden zum Kanton über und der Kanton war nun verantwortlich für die Sicherstellung der ambulanten Pflege. Seit 2022 gibt es eine öffentliche WTO-Ausschreibung für die Vergabe der Leistungsaufträge, auf die sich jede SpiteX-Organisation bewerben kann. Per 2022 wird der grosse Anteil an ambulanter Pflege durch öffentliche SpiteX-Organisationen sichergestellt und es finden jährlich Fusionen sowie Bildung von Kooperationen zwischen SpiteX-Organisationen statt.

Berücksichtigte Kriterien für die Entwicklung der Versorgungsregionen

Eine wichtige Erkenntnis aus dem Interview mit dem SpiteX-Verband, welche sich mit den kantonalen Interviews deckt, ist die Interaktion einzelner Kriterien. So muss beispielsweise eine kurze Anfahrtsstrecke nicht mit einer kurzen Anreisezeit verbunden sein. Folglich sind die schlussendlich verwendeten Kriterien immer in ihrer Interaktion zu prüfen und es muss beachtet werden,

inwiefern einzelnen Kriterien bei der hohen Heterogenität des Kantons BE angewendet werden können.

Eine sinnvolle Grösse an Einwohnerinnen und Einwohner pro Versorgungsregionen ist gemäss Spitex-Verband ca. 30 000 bis 40 000 Personen, wobei auch grössere Versorgungsregionen vorstellbar sind. Allerdings muss bei einwohnerreichen Versorgungsregionen (90 000+ Personen) darauf geachtet werden, dass nicht eine Versorgungsregion «too big to fail» geschaffen wird (d.h. aufgrund von Personalmangel kann die Versorgung in einer 100 000+ Personen Region plötzlich nicht mehr sichergestellt werden). Des Weiteren dürfte das Zusammenspiel zwischen Wegzeit und Skill-Mix innerhalb einer Versorgungsregion ein wichtiger Aspekt sein, der zu berücksichtigen ist (z.B. drei Fahrten pro Tag zwecks Abgabe von Augentropfen durch eine Pflegefachperson der Tertiärstufe). Des Weiteren dürften sehr kleine Spitex-Organisationen von einem Zusammenschluss profitieren. Innerhalb von einem Spitex-Perimeter stellen Stützpunkte eine wichtige Rolle dar, zum einen für die lokale Verankerung, aber vor allem auch für das Personal (d.h. Rapport, sozialer Austausch in Pausen oder nach der Arbeit, Teamgefüge etc.). Entscheidend für die Spitex-Organisationen ist auch das Angebot von weiteren Leistungserbringern und die Konkurrenzsituation innerhalb eines Spitex-Perimeters. Hierbei stellt sich die Frage, wie viele der zu pflegenden Personen entfallen auf die Spitex oder welches Ausmass an Pflege ist zuhause überhaupt noch zu leisten. Des Weiteren spielen häufig familiär-kulturelle Aspekte eine Rolle (z.B. Ausprägung der informellen Pflege, Anzahl Einpersonenhaushalte, etc.). In der Nähe von Spitälern ist darauf zu achten, dass die Spitex-Organisation die aus dem Spital entlassenen, pflegebedürftigen Personen angemessen versorgen kann (z.B. Personalressourcen bei Wochenendpikettdiensten oder entsprechender Skill-Mix, um komplexere Pflegefälle zu versorgen).

Weitere genannte Kriterien und Interaktionen:

- Anzahl Leistungsstunden pro Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner
- Bestehende Kooperationen zwischen Pflegeheimen und Spitex-Organisationen

Aus dem Interview abgeleitete Kriterien – Spitex Verband Bern

- Hinweis: Interaktion der Kriterien
- Mindestgrösse von 30 000 bis 40 000 Personen und Maximalgrösse von 90 000 bis 100 000 Personen
- Wegzeiten (zu der Klientel, zum Stützpunkt)
- Skill-Mix und spezialisierte Leistungen
- Soziodemografische Struktur (Alter, Haushaltsgrössen)
- Lebensraumorientierung
- Weitere Leistungserbringer innerhalb der Versorgungsregion
- Berücksichtigung bestehender Kooperationen und Zusammenarbeit

7.2.9 Allgemeine Empfehlungen der Expertinnen und Experten sowie identifizierte Herausforderungen

Empfehlungen von Expertinnen und Experten

Top-down versus bottom-up Prozess: Mehrere Expertinnen und Experten haben erwähnt, dass ein bottom-up oder ein kombinierter bottom-up und top-down Prozess zur Bildung oder Neuorganisation von Versorgungsregionen ein wichtiger Erfolgsfaktor sei. Ein reiner top-down Prozess werde nicht umstandslos akzeptiert und könne auf Widerstand stossen. Gemäss Expertinnen und Experten bezieht man idealerweise Gemeindeverantwortliche, Spitex-Organisationen und weitere Leistungserbringer in den Prozess der Neuorganisation ein und geht zusammen einen Weg des kontinuierlichen Austausches.

Aufzeigen von Vorteilen: Ein entscheidender Faktor, welcher gemäss Expertinnen und Experten zur Akzeptanz des Prozesses und der Neuorganisation beiträgt, ist das Leisten von fachlicher Überzeugungsarbeit durch den Kanton. Hierbei geht es vor allem um das Aufzeigen der Vorteile, welche die neuen Versorgungsregionen mit sich bringen. Zum einen sind dies Vorteile der Deckungsgleichheit (z.B. Vermeidung von unklaren Zuständigkeiten bei einem Spitalaustritt oder Einzug ins Pflegeheim). Zum anderen sei besonders wichtig, dass gerade die betroffenen Spitex-Organisationen die Vorteile von Zusammenschlüssen und Fusionen sehen.

Begleitung: Ein weiterer Erfolgsfaktor stellt die Begleitung dar, welche der Kanton den betroffenen Organisationen und den bestehenden Versorgungsregionen im Prozess der Neuorganisation bietet. Dies kann beispielsweise durch technische Unterstützung der Versorgungsregionen sein, damit die Aufgaben effizient und erfolgreich erfüllt werden können. Des Weiteren sollten Fusionsprozesse von Spitex-Organisationen erleichtert werden, indem man technisches Fachwissen einbringt und sie von den Erfahrungen von Personen respektive Organisationen profitieren lässt, welche einen Fusionsprozess bereits erfolgreich abgeschlossen haben.

Identifizierte Herausforderungen und Risiken

Das Obsan hat bei mehreren Gelegenheiten (gemeinsame Sitzung zusammen mit der GSI und dem Spitex-Verband, bei den kantonalen Interviews und dem Interview mit dem Spitex-Verband) mögliche Risiken im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgungssicherheit festgestellt. Im Kanton BE sind die Spitex-Organisationen nicht verpflichtet, sich auf einen Versorgungsauftrag zu bewerben oder einen Versorgungsauftrag anzunehmen. Sie können unabhängig davon, wo eine Person lebt und wie die Spitex-Regionen ausgestaltet sind, Leistungen zum KVG-Basistarif erbringen. Sollten bestimmte Spitex-Organisationen folglich mit der Neugestaltung der Spitex-Regionen und dem Ausschreibungsprozess nicht einverstanden sein, so könnte es sein, dass sie sich nicht auf einen Versorgungsauftrag bewerben werden,

was theoretisch die Versorgungssicherheit gefährden kann. Des Weiteren gab es in einigen Kantonen Widerstand oder rechtliche Beschwerden gegen vor-gesehene Versorgungsregionen (z.B.

SH). Diese können dadurch entstanden sein, dass man bestehende, übergreifende Kooperationen zwischen Leistungserbringern nicht kappen wollte oder man sich weigerte, mit strukturschwächeren Regionen zusammenzuarbeiten.

7.3 Liste der identifizierten Kriterien auf Basis der Experteninterviews

T 7.1 Aus Sekundärforschung und Experteninterviews abgeleitete Kriterien

Genannte Kriterien	Ergebnisse der Interviews ¹								Summe
	Kanton							Spitex	
	BL	GR	SH	SO	TI	VD	VS	BE	
Aktuelles Einzugsgebiet einer Spitex				1					1
Anzahl erbrachter Spitex-Leistungsstunden								1	1
Ausrichtung an bestehenden Versorgungsregionen der Pflegeheime		1				1			2
Ausrichtung an bestehenden Versorgungsregionen der Spitäler		1					1		2
Ausrichtung an Verwaltungsgrenze (z.B. Gemeinden, Bezirke, Schulzonen, Polizei oder Feuerwehr)	1	1	1	1	1	1	1		7
Ausrichtung an weiteren bestehenden Versorgungsregionen		1				1			2
Bestehende Zusammenarbeit/Kooperation	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Bevölkerungsdichte							1		1
Bevölkerungsgrösse (Minimum/Maximum)	1	1	1	1	1	1		1	7
Einzugsgebiet der Pflegeheime			1				1		2
Fokus Ballungszentren				1					1
Geografische Gegebenheiten		1	1	1			1		4
Hauptsitz Spitex-Organisation		1							1
Lebensraumorientierung	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Mindestanzahl Gemeinden				1					1
Mindestanzahl an Pflegeheim(en)				1	1			1	3
Mindestanzahl an Spitälern				1	1		1	1	4
Räumliche Kontinuität	1								1
Skill-Mix								1	1
Soziodemografische Struktur (Anteil alte Bevölkerung, Altersstruktur, Haushaltstruktur, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund)						x		1	1
Sprachgrenzen/-barrieren							1		1
Vorhandensein spezialisierter Leistungen					1			1	2
Wegzeiten innerhalb einer Region							1	1	2
Wohnortsnahe Mobilität (z.B. einkaufen, arbeiten, zum Hausarzt)	1	1	1	1		1	1	1	7
Kriterien aus der Sekundärforschung									
Räumliche Kontinuität									
Bevölkerungsgrösse (Minimum/Maximum)									
Ausrichtung an bestehenden Versorgungsregionen									
Sprachgrenzen/-barrieren									
Anteil der älteren Bevölkerung									
Zusammen (GSI und Obsan) definierte Kriterien									
Orientierung an 4+ Regionenmodell (PWC, 2020)									
Berücksichtigung Einzugsgebiete der Pflegeheime									
Erhaltung der Grenzverläufe der bestehenden Spitex-Perimeter									

¹ Legende: Verwendete Kriterien, empfohlene Kriterien, erwogene, aber nicht verwendete Kriterien, x= abgeraten

Quelle: Experteninterviews, Sekundärforschung, Besprechungen GSI-Obsan

© Obsan 2023

7.4 Detaillierte Beschreibung der Neuorganisation

In Kapitel 5 wurde aufgrund der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit auf detaillierte Angaben zu einzelnen Perimeter-Zusammenschlüssen verzichtet. Nachfolgend werden diese Informationen nach den Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) dokumentiert.

7.4.1 Mittlere Reduktion (Lösung I)

In der ersten Lösung ergeben sich 20 neue Spitex-Regionen, die sich in zwei Arbeitsschritten herleiten lassen. Zuerst werden die HSA_P- und AMR-Kriterien angewendet, gefolgt von einer Kontrolle der Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen pro Spitex-Region. Ist letztere Anforderung nicht erfüllt, so findet – möglichst unter Einhaltung der Kriterien – eine Fusion der entsprechenden Spitex-Region mit einer benachbarten Spitex-Region statt.

Berner Jura

Die 4+ Versorgungsregion Berner Jura besteht ursprünglich aus sechs Perimetern, wobei die Gemeinde Moutier (aufgrund des Kantonswechsels im Jahr 2026) von der Analyse ausgeschlossen ist und die Enklave Schelten per Leistungsvereinbarung durch die Spitex aus dem Kanton JU versorgt wird. Folgende sechs Perimeter bilden die Basis der Neuorganisation: Tavannes, Tramelan, St. Imier, Bas-Vallon, La Neuveville und Moutier (ohne Gemeinde Moutier).

Gemäss HSA-Analysen mit einem LI von 50%, 60% und 70% ist Tramelan eine eigenständige Spitex-Region. In derselben Analyse lassen sich Tavannes und Moutier (ohne Gemeinde Moutier) zusammenschliessen. Bas-Vallon und La Neuveville gehören bei einem LI von 50% und 60% in eine gemeinsame Spitex-Region, während St. Imier – trotz kleiner Überschneidung mit La Neuveville – als eigenständige Spitex-Region zu sehen ist. Bei einer Erhöhung auf einen LI von 70% fallen Bas-Vallon, La Neuveville und St. Imier in eine gemeinsame Spitex-Region.

Im Gegensatz zur HSA-Analyse, bei welcher Tramelan als eigenständige Spitex-Region hervorgeht, ergeben die AMR-Analysen eine Spitex-Region bestehend aus Tramelan und Tavannes. Moutier (ohne Gemeinde Moutier) hingegen bildet eine eigenständige Spitex-Region. Des Weiteren fällt Bas-Vallon mit Teilen von La Neuveville zusammen, während St. Imier weiterhin eine eigenständige Spitex-Region bleibt. In Betrachtung der AMR fällt auf, dass sich Bas-Vallon und La Neuveville stark in Richtung Biel/Bienne orientieren und bei La Neuveville entsteht teilweise eine ausserkantonale Abhängigkeit mit dem Kanton NE. Allerdings sind solche Zusammenschlüsse nicht möglich, da das Kriterium der Berücksichtigung der Versorgungsregionen des 4+ Regionenmodells (PWC, 2020) nicht verletzt werden darf.

In gemeinsamer Betrachtung der HSA- und AMR-Analysen resultieren folglich zwei neue Spitex-Regionen: St. Imier, Bas-Vallon

und La Neuveville werden zusammengeführt, während Tavannes, Tramelan und Moutier (ohne Gemeinde Moutier) eine Spitex-Region bilden. Beide Spitex-Regionen erfüllen das Kriterium der Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen. Folglich bleibt es bei zwei neuen Spitex-Regionen:

- **BJ1:** Bas-Vallon, La Neuveville und St. Imier
- **BJ2:** Tavannes, Tramelan und Moutier (ohne Gemeinde Moutier)

Biel-Seeland

Die 4+ Versorgungsregion Biel-Seeland besteht ursprünglich aus vier Perimetern, wobei Biel/Bienne und Nidau/Ipsach bereits aufgrund der Vorbedingungen zu einem Perimeter zusammengeschlossen wurden. Die beiden weiteren Perimeter sind Seeland und Studen.

Gemäss AMR-Analysen sollten die bernjurassischen Perimeter Bas-Vallon und Teile von La Neuveville mit Biel/Bienne/Nidau/Ipsach, Studen und einem grösseren Teil des Seelands zusammengehören. Diese Zusammenschlüsse sind nicht zulässig, da sie das Kriterium der 4+ Versorgungsregionen verletzen. Aufgrund der AMR-Analysen würden sich alle Perimeter in Biel-Seeland zusammenschliessen, was aber eine Spitex-Region ergeben würde, welche deutlich zu gross wäre. Folglich stützt sich die Neuorganisation in Biel-Seeland ausschliesslich auf die HSA-Analysen.

In Betracht der HSA_P stellt sich die Frage, ob Studen der Spitex-Region Biel/Bienne/Nidau/Ipsach oder dem Seeland angehören soll. Brügg (im Studen-Perimeter) geht fliessend in die Stadt Biel/Bienne über. Die Lebensraumorientierung der Bevölkerung in Brügg dürfte sich stark in diese Richtung orientieren und weniger in Richtung Lyss (im Seeland-Perimeter). Allerdings deuten die LI von 50%, 60% und 70% darauf hin, dass dieser bevölkerungsreiche Abschnitt mit der Verkehrsachse um/durch Brügg auch der Spitex-Region Seeland zugeordnet werden könnte. Aufgrund der bereits hohen Bevölkerungsgrösse von Biel/Bienne/Nidau/Ipsach ($N = 94\,935$), wird Studen mit dem Seeland zusammengefasst ($N = 85\,296$), damit zwei ähnlich grosse Spitex-Regionen entstehen.

Keine der beiden neuen Spitex-Regionen verletzt das Kriterium der Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen, weshalb sich nachfolgende Spitex-Regionen ergeben:

- **BS1:** Biel/Bienne/Nidau/Ipsach
- **BS2:** Studen und Seeland

Bern-Mittelland

In der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland finden sich 14 Perimeter, wobei Bern und Ostermündigen sowie Bolligen und Ittigen im Arbeitsschritt der «Vorbedingungen» zusammengeschlossen wurden. Die Enklave Münchenwiler wird aufgrund der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton FR nicht berücksichtigt, während die Enklave Clavaleyres seit dem 1.1.2022 nicht mehr zum Kanton BE gehört und ebenfalls nicht berücksichtigt wird. Folglich bilden

die nachfolgenden 12 Perimeter die Ausgangslage für die Neuorganisation: Bern/Ostermundigen, Bolligen/Ittigen, Laupen, Köniz, Zollikofen, Grauholz, Worblental, Muri, Schwarzenburg, Gantrisch, Aare-/Gürbetal sowie Konolfingen.

Grauholz wird als nördliche Spitze der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland von der 4+ Versorgungsregion Biel-Seeland und Oberaargau-Emmental umschlossen. Bezüglich Grauholz ergibt die AMR-Analyse eine minime Teilzugehörigkeit zum Seeland, während die HSA-Analyse eine Tendenz zu Aemme und Burgdorf zeigt. Allerdings handelt es sich jeweils um andere 4+ Versorgungsregionen, deren Grenzen nicht verletzt werden sollen, weshalb Grauholz als eigenständige Spitex-Region beibehalten wird.

Für Konolfingen bilden sich aufgrund der AMR-Analyse drei Teilregionen, wobei die grösste Teilregion im Perimeter Konolfingen selbst liegt. Die beiden kleineren Teilregionen fallen in die südlich- bzw. östlich-gelegene 4+ Versorgungsregion. Die HSA-Lösung mit einem LI von 50% zeigt sich nahezu deckungsgleich mit der grössten Teilregion der AMR-Analyse. Bei einem LI von 60% würde Konolfingen Teile vom Worblental und Aare-/Gürbetal einschliessen. Insgesamt deuten die AMR- und HSA-Analyse auf eine eigenständige Spitex-Region Konolfingen hin.

Schwarzenburg, Gantrisch und Aare-/Gürbetal sind gemäss AMR-Analysen eine gemeinsame Spitex-Region. Gemäss HSA-Analyse stellt Schwarzenburg bei einem LI von 50% und 60% eine eigene Spitex-Region dar, während es bei einem LI von 70% tendenziell stärker nördlich orientiert ist, bis hin zu Zollikofen. Die HSA-Analyse mit einem LI von 50% des Aare-/Gürbetals würde eigentlich eine Zweiteilung von diesem Perimeter nahelegen, was aber aufgrund der Vorbedingungen nicht möglich ist. Das Gürbetal orientiert sich eher in Richtung Gantrisch, während das Aaretal eher in Richtung Konolfingen orientiert ist. Aufgrund der sich andeutenden Eigenständigkeit von Konolfingen (siehe oben) und der AMR-Analyse, wird das Aare-/Gürbetal dem Gantrisch (ohne Schwarzenburg) zugeordnet.

Die AMR-Analyse würde eine sehr grosse Spitex-Region ergeben, die Laupen, Köniz, Zollikofen, Bolligen/Ittigen, Worblental, Muri und Bern/Ostermundigen umfassen könnte. Ein kleiner, vernachlässigbarer Anteil des Aare-/Gürbetals fällt ebenfalls in diese Spitex-Region. Diese mögliche Spitex-Region ist aber deutlich zu gross und muss entsprechend der HSA-Analysen aufgeteilt werden. Köniz unterteilt sich in mehrere HSA_P und könnte mit unterschiedlichen Perimetern eine neue Spitex-Region bilden, so z.B. mit Laupen. So deutet auch die HSA-Analyse von Laupen darauf hin, dass Neuenegg (im Perimeter Köniz) mit Laupen zusammengehört. Folglich werden Köniz und Laupen zusammengeschlossen. In der HSA-Analyse mit einem LI von 50% zeigt sich Zollikofen als eine dominante HSA, die auch kleine Teile von Laupen und Bern einschliesst. Bei Erhöhung des LI auf 60% bzw. 70% fällt Zollikofen mit mehreren Perimetern in Richtung Osten zusammen, bis hin zu Muri. Aufgrund der Dominanz und der Grösse bei Erhöhung des LI, wird Zollikofen als eigenständige Spitex-Region beibehalten. Gemäss HSA-Analysen mit einem LI von 50%, 60% und 70% wird das Worblental wiederholt zweigeteilt, einmal in Rich-

tung Bolligen/Ittigen und einmal in Richtung Muri. Folglich werden diese Perimeter zu einer Spitex-Region zusammengeschlossen.

Für Bern-Mittelland wird aufgrund der HSA- und AMR-Analyse eine Reduktion von 12 Perimetern auf acht Spitex-Regionen vorgeschlagen. Allerdings erfüllt die eigenständige Spitex-Region Schwarzenburg ($N = 9990$) das Kriterium der Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen nicht, weshalb es gemäss den AMR-Analysen mit Gantrisch und Aare-/Gürbetal zusammengeschlossen wird. Schlussendlich resultieren sieben neue Spitex-Regionen:

- **BM1:** Laupen und Köniz
- **BM2:** Zollikofen
- **BM3:** Bern/Ostermundigen
- **BM4:** Grauholz
- **BM5:** Bolligen/Ittigen, Muri und Worblental
- **BM6:** Schwarzenburg, Gantrisch, Aare-/Gürbetal
- **BM7:** Konolfingen

Oberaargau-Emmental

Diese 4+ Versorgungsregion besteht ursprünglich aus neun Perimetern, wobei aufgrund der räumlichen Zweiteilung von Langenthal bereits ein Zusammenschluss mit Herzogenbuchsee stattgefunden hat. Hingegen das zweigeteilte Burgdorf wird erst in diesem Arbeitsschritt mit einem oder mehreren anderen Perimetern zusammengeführt. Ausgangslage für die weiteren Analysen bilden folglich diese acht Perimeter: Aemme, Burgdorf, Lueg, Emmental, Langetental, Lotzwil, Roggwil und Langenthal/Herzogenbuchsee.

Das Emmental bildet sowohl aufgrund der AMR- wie auch der HSA-Analyse eine eigenständige Spitex-Region. Für letztere Analyse spielt es keine Rolle, ob der LI von 50%, 60% oder 70% konsultiert wird.

In der Analyse der AMR zeigt sich Aemme, Burgdorf und Lueg als eine mögliche Spitex-Region. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der HSA_P (LI von 50% und 60%) zeigt sich Lueg als eigenständig, wobei Aemme und Burgdorf weiterhin eine Spitex-Region bilden. Ab einem LI von 70% fallen die drei erwähnten Perimeter in dieselbe Spitex-Region.

Eine grosse AMR bilden Roggwil, Lotzwil, Langetental sowie Langenthal/Herzogenbuchsee. In der Erweiterung auf die HSA-Analyse bildet Langetental jeweils eine eigenständige Spitex-Region, unabhängig der drei verschiedenen LI von 50% bis 70%. In Betrachtung des LI von 50% fällt auf, dass Roggwil und Lotzwil mit Teilen von Langenthal/Herzogenbuchsee zusammenfallen, wobei sie weiterhin einen Gürtel um die Stadt Langenthal bilden. Bereits ab einem LI von 60% gehört die Stadt Langenthal auch dazu und bei einem LI von 70% gehört die ganze nördliche Region zusammen, gar über die Kantonsgrenzen hinaus.

Langetental erfüllt das Kriterium der Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 nicht ($N = 11\,747$), weshalb es mit den nördlichen Perimetern zusammengeschlossen wird. Folglich ergibt

sich eine Reduktion von acht Perimetern auf vier neue Spitex-Regionen:

- **OE1:** Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil und Langetental
- **OE2:** Aemme und Burgdorf
- **OE3:** Lueg
- **OE4:** Emmental

Oberland

Das Oberland zählt ursprünglich 12 Perimeter, wobei der Perimeter Thun aus zwei räumlich getrennten Teilen besteht. Aufgrund der Vorbedingung «räumliche Kontinuität» gilt es, die neuen Spitex-Regionen so zu erstellen, dass der Perimeter Thun nicht mehr räumlich getrennt ist. Aufgrund der unterschiedlichen Möglichkeiten (z.B. Zusammenschluss über Thun und/oder Steffisburg) erfolgt die Umsetzung der Vorbedingung erst hier. Die Ausgangslage bilden folgende Perimeter: Simme-Saane, Erlenbach, Niesen, Lauterbrunnen, Grindelwald, Interlaken, Brienersee, Thunersee, Thun, Steffisburg, Oberes Gürbetal sowie Stockhorn.

Gemäss AMR-Analyse fallen Thunersee, Thun und Steffisburg zusammen, wobei potenziell auch Stockhorn, Oberes Gürbetal und gewisse Teile von Erlenbach hinzukommen könnten. Unter Berücksichtigung der LI von 50% und 60% fällt das räumlich getrennte Thun zum einen mit Steffisburg zusammen (nördlicher Teil von Thun) und zum anderen mit Thunersee (südlicher Teil von Thun). Bei einem LI von 70% fallen diese drei Perimeter zusammen, wobei auch weitere Teile vom oberen Gürbetal hinzugezählt werden könnten. Es deutet sich hier bereits eine grössere Spitex-Region ab, welche im Rahmen der starken Reduktion berücksichtigt werden könnte. Für die Lösung I der mittleren Reduktion werden Thun, Thunersee und Steffisburg zu einer Spitex-Region zusammengeschlossen. Des Weiteren wird das obere Gürbetal mit Stockhorn zusammengelegt. Grund für letzteren Zusammenschluss ist, dass sich das obere Gürbetal zweiteilt und bei einem LI von 50% teilweise in die 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland fallen würde.

Interlaken, Lauterbrunnen und Grindelwald ergeben zusammen eine grosse AMR, wobei die mittels HSA_P analysierte Spitex-Region nahezu identisch ausfällt. Zusätzliche Unterstützung für diese Lösung bildet die Tatsache, dass Interlaken den Verkehrsknotenpunkt der beiden anderen Perimeter darstellt, weshalb diese drei Perimeter zu einer Spitex-Region zusammengeschlossen werden können.

Bezüglich dem Perimeter Brienersee, der auch die ganze Region Meiringen-Hasliberg einbezieht, ergibt die AMR-Analyse eine eigenständige Spitex-Region. Dasselbe Ergebnis ergibt sich in Betracht der HSA-Analyse mittels LI von 50%, wobei ab 60% ein kleiner Teil von Interlaken miteingeschlossen wird. Die identifizierte Spitex-Region Brienersee erfüllt die Mindestbevölkerungsgrösse von 20 000 Personen nicht ($N = 12\,968$), weshalb dieser Perimeter mit Interlaken, Lauterbrunnen und Grindelwald fusioniert wird. Diese Fusion macht insofern Sinn, da ab einem LI von 60% Teile

von Interlaken zu dieser eigenständigen Spitex-Region gezählt werden.

Für Niesen ergibt sich aufgrund der AMR- und HSA-Analysen eine eigenständige Spitex-Region. Es deuten sich keine Überschneidungen mit anderen Perimetern an. Simme-Saane teilt sich in zwei AMR auf, wobei Teile der Region Simme in den Perimeter Erlenbach reinreichen. Folglich werden diese beiden Perimeter zu einer Spitex-Region zusammengeschlossen.

Die ursprüngliche Anzahl von 12 Perimetern reduziert sich auf fünf neue Spitex-Regionen:

- **OL1:** Oberes Gürbetal und Stockhorn
- **OL2:** Steffisburg, Thun und Thunersee
- **OL3:** Simme-Saane und Erlenbach
- **OL4:** Niesen
- **OL5:** Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald und Brienersee

7.4.2 Mittlere Reduktion (Lösung II)

Im Rahmen von diesem Lösungsvorschlag werden weitere Zusammenschlüsse vorgenommen, die sich in der Lösung I angedeutet haben. Für die 4+ Versorgungsregionen Berner Jura, Biel-Seeland und Bern-Mittelland ist die Lösung II identisch wie Lösung I, während es im Oberland und im Oberaargau-Emmental jeweils einen weiteren Zusammenschluss gibt. Nachfolgend werden diese beiden Veränderungen ggü. Lösung I nach den 4+ Versorgungsregionen geschildert. Insgesamt reduziert sich die Anzahl Spitex-Regionen von 20 auf 18.

Oberaargau-Emmental

Die Ausgangslage bildet die Lösung I mit den folgenden vier Spitex-Regionen:

- **OE1:** Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil und Langetental
- **OE2:** Aemme und Burgdorf
- **OE3:** Lueg
- **OE4:** Emmental

Die AMR-Analyse zeigt Aemme, Burgdorf und Lueg als eine potenzielle Spitex-Region, während die HSA-Analyse (LI 50% und 60%) Lueg als eine eigenständige Spitex-Region sieht. Ab einem LI von 70% können diese drei Perimeter allerdings auch als zusammengehörig gesehen werden, weshalb diese drei Perimeter als eine Spitex-Region zusammengefasst werden. Folglich ergeben sich für die Lösung II drei Spitex-Regionen:

- **OE1:** Langenthal/Herzogenbuchsee, Roggwil, Lotzwil und Langetental
- **OE2:** Aemme, Burgdorf und Lueg
- **OE3:** Emmental

Oberland

Die Ausgangslage bildet erneut die Lösung I mit den folgenden fünf Spitex-Regionen:

- **OL1:** Oberes Gürbetal und Stockhorn
- **OL2:** Steffisburg, Thun und Thunersee
- **OL3:** Simme-Saane und Erlenbach
- **OL4:** Niesen
- **OL5:** Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald und Brienersee

Gemäss AMR-Analyse könnten die folgenden Perimeter in eine grosse Spitex-Region zusammengefasst werden: Thunersee, Thun, Steffisburg, Stockhorn und Oberes Gürbetal. Auch die HSA-Analysen mit einem LI von 70% deuten darauf hin, dass diese Perimeter zusammenpassen. Während in der Lösung I von diesem Zusammenschluss abgesehen wurde, unter anderem weil das obere Gürbetal teilweise in die nördliche 4+ Versorgungsregion fallen könnte, werden in dieser Lösung alle Perimeter zu einer grossen Spitex-Region zusammengefasst. Die Lösung II enthält folglich vier Spitex-Regionen:

- **OL1:** Oberes Gürbetal, Stockhorn, Steffisburg, Thun und Thunersee
- **OL2:** Simme-Saane und Erlenbach
- **OL3:** Niesen
- **OL4:** Interlaken, Lauterbrunnen, Grindelwald und Brienersee

7.4.3 Starke Reduktion (Lösung III)

Die Lösung der starken Reduktion ergibt in der 4+ Versorgungsregion Biel-Seeland keine Änderungen im Vergleich zur Lösung I und II. Die zusätzlichen Zusammenschlüsse im Berner Jura, Bern-Mittelland, Oberaargau-Emmental und Oberland werden nachfolgend im Detail erläutert.

Berner Jura

Aufgrund des Kriteriums der Mindestbevölkerungsgrösse von 40 000 Personen müssen die beiden Spitex-Regionen der Lösungen I und II zusammengeschlossen werden, da sie beide knapp über 20 000 Personen umfassen. Folglich ergibt sich nur noch eine Spitex-Region:

- **BJ1:** Tavannes, Tramelan, Moutier (ohne Gemeinde Moutier), Bas-Vallon, La Neuveville und St. Imier

Bern-Mittelland

Bern/Ostermundigen bleibt aufgrund seiner Grösse von über 150 000 Personen als eigenständige Spitex-Region bestehen. Zollikofen wird aufgrund seiner Überschneidung mit Laupen in der HSA-Analyse mit LI von 50% mit der entsprechenden Spitex-Region Laupen/Köniz zusammengeführt (vgl. Grafik G 9.10).

Grauholz erfüllt mit 34 915 Personen die Mindestanforderung an die Bevölkerungsgrösse nicht, weshalb es mit Bolligen/Ittigen/Muri/Worbental zusammengeschlossen wird. Es gilt zu erwähnen, dass dieser Zusammenschluss aufgrund der topografischen Lage von Grauholz als einzige Möglichkeit resultiert. Die Anforderungen der HSA_P- oder AMR-Kriterien werden nicht eingehalten.

Gemäss den AMR-Analysen gehört das Aare-/Gürbetal zum Gantrisch, obwohl in Betrachtung der HSA-Analysen deutlich wird, dass sich dieser Perimeter in zwei unterschiedliche Richtungen orientiert: Das Aaretal eher in Richtung Konolfingen und das Gürbetal eher in Richtung Gantrisch. Unter anderem aufgrund der AMR-Analyse werden die Perimeter Schwarzenburg, Gantrisch, Aare-/Gürbetal und Konolfingen zu einer Spitex-Region zusammengeschlossen. Konolfingen kann nicht mit der nördlich gelegenen Spitex-Region zusammengelegt werden, da diese Spitex-Region zu gross würde und dies aufgrund der AMR-Analysen keinen Sinn macht. Es gilt zu erwähnen, dass dieser Zusammenschluss in erster Linie aufgrund der Mindestbevölkerungsgrösse von 40 000 Personen resultiert und das HSA_P-Kriterium verletzt.

Oberaargau-Emmental

Im Unterschied zur Lösung II wird das Emmental der Spitex-Region Aemme/Burgdorf zugeteilt. Obwohl sich Emmental aufgrund der AMR- und HSA-Analysen als eigenständige Spitex-Region zeigt, erfüllt es die Anforderung an die Mindestbevölkerungsgrösse nicht ($N = 24\,388$) und wird folglich fusioniert. Dieser Zusammenschluss kommt aufgrund der topografischen Lage zustande und basiert nicht auf den beiden Kriterien.

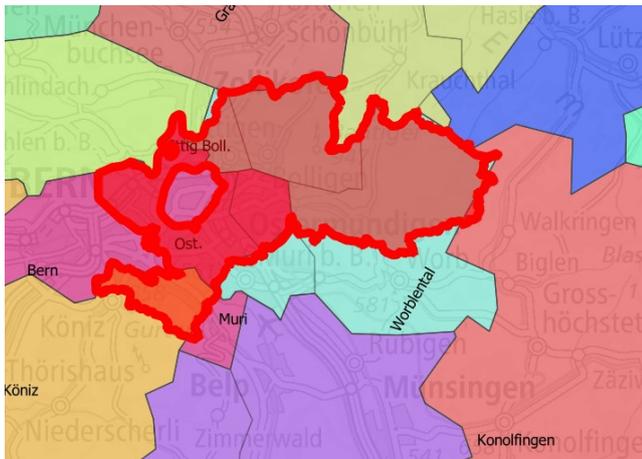
Oberland

In dieser 4+ Versorgungsregion erfordert einzig die Spitex-Region Niesen eine Neuzuteilung, da Niesen die Anforderungen an die Mindestbevölkerungsgrösse von 40 000 Personen nicht erfüllt. Auf Basis der Bevölkerungsgrössen der drei anderen Spitex-Regionen – aber auch aufgrund der bereits bekannten amtlichen Einteilung in Oberland Ost und Oberland West – wird Niesen mit Simme-Saane/Erlenbach fusioniert, was in drei Spitex-Regionen resultiert. Es gilt hierbei zu erwähnen, dass Niesen aufgrund der HSA_P- und AMR-Kriterien eigentlich als eigenständige Spitex-Region zu sehen wäre.

7.4.4 Handlungsspielraum in Bern-Mittelland

Gemäss den HSA-Analysen mit einem LI von 50% könnte Bolligen/Ittigen auch mit dem Perimeter Bern/Ostermundigen zusammengeschlossen werden, anstelle des Zusammenschlusses mit Muri und Worbental (Grafik G 7.8). Allerdings wurde in der Erarbeitung der Lösungen I und II davon abgesehen, weil die bereits bevölkerungsreiche Spitex-Region Bern/Ostermundigen ($N = 156\,611$) auf diese Weise noch grösser würde ($N = 174\,384$).

G 7.8 Variante A – Alternativer Zusammenschluss in der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland: Bolligen/Ittigen



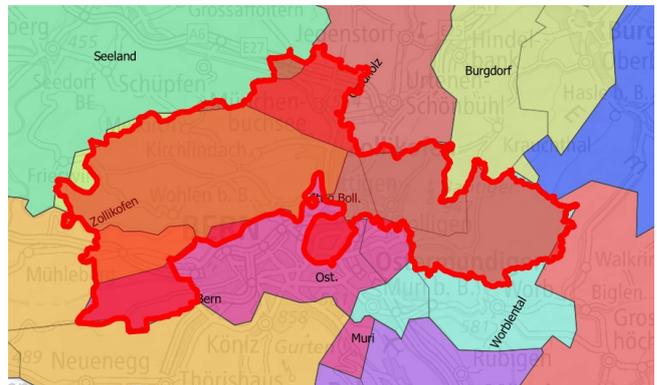
Bemerkung: Grundebene der Grafik ist die Lösung I, während die transparente rote Fläche den möglichen Zusammenschluss auf Basis des HSA-LI von 50% zeigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

In Betrachtung der HSA-Analyse mit einem LI von 60% zeigt Bolligen/Ittigen auch deutliche Überschneidungen mit der Spitex-Region Zollikofen (siehe Grafik G 7.9). Diese Spitex-Region würde 48 014 Personen beinhalten, während das nun alleinstehende Muri/Worblental 33 765 Personen umfasst. Letztere gehören aufgrund der HSA-Analysen mit einem LI von 50% wie auch 60% eindeutig zusammen. In der Lösung I, II und III wurde Bolligen/Ittigen mit Muri/Worblental zusammengeschlossen, weil in der HSA-Lösung mit LI 50% deutlich wurde, dass Bolligen/Ittigen mit einem grossen Anteil vom (nördlichen) Worblental zusammengehört (siehe auch Grafik G 7.8) und in derselben HSA-Analyse Zollikofen in Richtung Laupen deutet anstelle von Bolligen/Ittigen (siehe Grafik G 7.10).

G 7.9 Variante B – Alternativer Zusammenschluss in der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland: Bolligen/Ittigen

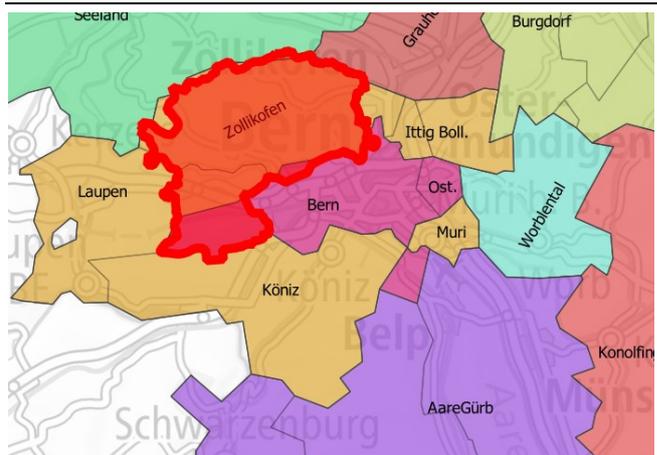


Bemerkung: Grundebene der Grafik ist die Lösung I, während die transparente rote Fläche den möglichen Zusammenschluss auf Basis des HSA-LI von 60% zeigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023

G 7.10 Variante B – Alternativer Zusammenschluss in der 4+ Versorgungsregion Bern-Mittelland: Zollikofen bei HSA-LI 50%



Bemerkung: Grundebene der Grafik ist die Lösung I, während die transparente rote Fläche den HSA-LI von 50% von Zollikofen zeigt.

Quelle: Obsan QGIS

© Obsan 2023



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.