



# **Vortrag zur Teilrevision 2015 der Spitalversorgungsverordnung (SpVV)**

## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| 1. Ausgangslage.....                                 | 1  |
| 2. Erläuterungen zu den Artikeln.....                | 2  |
| 3. Finanzielle Auswirkungen .....                    | 14 |
| 4. Personelle und organisatorische Auswirkungen..... | 15 |
| 5. Auswirkungen auf die Gemeinden .....              | 15 |
| 6. Auswirkungen auf die Volkswirtschaft.....         | 15 |
| 7. Ergebnis des Konsultationsverfahrens.....         | 15 |

## **Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat zur Teilrevision 2015 der Spitalversorgungsverordnung**

---

### **1. Ausgangslage**

Der Regierungsrat hat das revidierte SpVG<sup>1</sup> und die revidierte SpVV<sup>2</sup> auf den 1. Januar 2014 in Kraft gesetzt. Die Bestimmungen in der SpVV waren allerdings aufgrund der knappen Zeit zwischen Verabschiedung des SpVG und notwendigem Inkraftsetzungszeitpunkt noch nicht vollständig, sondern beschränkten sich auf das für den Vollzug des SpVG absolut Notwendige, zumal Artikel 56 Absatz 3 SpVG der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vorschreibt, die Verordnungsbestimmungen zum Lebenszyklusmanagement gemeinsam mit den Leistungserbringern zu erarbeiten. Dies erforderte zwar mehr Zeit, trägt aber zu erhöhter Akzeptanz der Bestimmungen bei.

Die SpVV wird daher mit den in dieser Revision enthaltenen Bestimmungen ergänzt und damit das SpVG weiter umgesetzt. Darin enthalten sind schwerpunktmässige Regelungen betreffend

- Konkretisierung der Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler,
- Pflicht zur Sicherstellung der Spitalseelsorge,
- Führen des Lebenszyklusmanagements durch die Leistungserbringer,
- Erhöhung des Beitrags an die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung,
- das Verfahren für Beiträge zur Förderung medizinischer Innovationen.

Daneben wurden die geltenden SpVV-Bestimmungen an wenigen Stellen geändert oder ergänzt, soweit sich aus dem bisherigen Vollzug bereits Anpassungsbedarf zeigte.

So wurde Artikel 24a (Endabrechnung aus Leistungsverträgen) ergänzt.

Aufgrund von Änderungen im Berufsbildungsrecht des Bundes wurden Anhang 1 zur SpVV und (als indirekte Änderung im Rahmen dieser Teilrevision) Anhang 2 zur SHV<sup>3</sup> bezüglich Berufsbezeichnungen angepasst.

Weiter wurde der bisher falsch eingetragene Betrag für die Grundausbildung mit EFZ „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ“ in Anhang 4 zur Verordnung korrigiert.

Ebenfalls wurden die Anhänge 5 und 6 geändert, welche die von den Leistungserbringern einzureichenden Daten aufzählen. Im Zuge der Ausgestaltung des Lebenszyklusmanagements sind beispielsweise genauere Angaben zur Lieferung von Informationen zu Infrastruktur und Gebäuden möglich, und die Einreichung des Qualitätsberichts ist künftig nicht mehr Pflicht, da die einverlangten Daten zur Qualitätssicherung ausreichen. Daneben wurden redaktionelle Fehler korrigiert.

Die Definition der ambulanten Spitalversorgungsleistungen und der Bemessungsregeln für diese Pauschalen erfolgt nach Artikel 59 SpVG zusammen mit den Leistungserbringern und benötigt daher etwas mehr Zeit. Diese SpVV-Bestimmungen wird die GEF in einer gesonderten Vorlage unterbreiten.

<sup>1</sup> Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG, BSG 812.11)

<sup>2</sup> Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV, BSG 812.112)

<sup>3</sup> Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV; BSG 860.111)

## 2. Erläuterungen zu den Artikeln

### Artikel 11a (Bedarfsgerechte Versorgung)

Ein besonderer Schwerpunkt der Versorgungsplanung gemäss SpVG liegt auf der Sicherung einer dem tatsächlichen Bedarf der Berner Wohnbevölkerung entsprechenden Versorgung mit einer hohen Versorgungsqualität in allen Listenspitälern. Seit dem Systemwechsel in der Spitalfinanzierung und -investition 2012 müssen die Kantone dafür sorgen, dass die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in den Schweizer Spitälern nicht zu Lasten der Versorgungsqualität erfolgt. Der Kanton Bern hat daher hohe Qualitätsanforderungen festgelegt, die alle Listenspitäler erfüllen müssen, wenn sie auf die kantonale Spitallisten für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation oder Psychiatrie aufgenommen werden möchten. Diese verbindliche Regelung dient der Sicherung und Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität durch geeignete und wirtschaftlich arbeitende Spitäler. Die Eignung eines Spitals zur Leistungserbringung wird mittels Mindestanforderungen überprüft. Die Mindestanforderungen kommen in den Kriterien zum Ausdruck, die in Artikel 11b bis 11d genannt sind. Jedes Listenspital muss sie erfüllen, um einen Leistungsauftrag auf der Spitalliste im Kanton Bern zu erhalten. Gibt es mehr geeignete Spitäler, als sie für eine bedarfsgerechte Versorgung der Berner Wohnbevölkerung notwendig sind, muss der Regierungsrat eine Auswahlentscheidung treffen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen und ein Leistungsüberangebot zu vermeiden. Im Falle eines sich abzeichnenden Überangebots an Leistungen hat der Regierungsrat nach pflichtgemäßem Ermessen zu beurteilen, welche Spitäler die Leistungen mit Blick auf die in den Artikeln 11b bis 11d genannten Kriterien gesamthaft betrachtet am besten bzw. optimalsten erbringen und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen.

### Artikel 11b (Qualität)

#### Absatz 1

Der Kanton Bern hat hohe Qualitätsanforderungen als Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen in die Versorgungsplanung 2011-2014 aufgenommen und in den Spitallisten ab 2012 angewendet. So übernahm der Kanton Bern als einer der ersten Kantone die von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) empfohlene Leistungsgruppensystematik des Kantons Zürich (Spitalplanungs-Leistungsgruppen für die Akutsomatik, SPLG). Neben der Einteilung in medizinisch sinnvolle Leistungsgruppen beinhaltet die Systematik auch die Definition verbindlicher Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität eines Spitals. Diese hohen Qualitätsanforderungen im Bereich der somatischen Spitalleistungen haben sich bewährt und werden heute von der Mehrheit der Schweizer Kantone angewendet. Ähnliche Leistungsgruppenkonzepte und -anforderungen bezüglich Struktur- und Prozessqualität gelten im Kanton Bern auch für die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Psychiatrie. Daneben führen alle Listenbetriebe regelmässige Ergebnismessungen gemäss dem nationalen Qualitätsvertrag durch. Die Ergebnisse werden publiziert, entsprechende Massnahmen zur Qualitätsverbesserung in kantonalen Arbeitsgruppen vorbereitet und anschliessend durch die Spitäler und Kliniken umgesetzt.

#### Absatz 2

Die Qualitätsanforderungen betreffend die Strukturen der Listenbetriebe gelten im Kanton Bern verbindlich für alle Listenspitäler, die Leistungen in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie anbieten. Grundsätzlich gilt, dass die qualitätsrelevanten Mindestanforderungen je nach Leistungsauftrag unterschiedlich sind. Sie stellen verbindliche Vorgaben an Infrastruktur und Fachpersonal dar ("Stimmen die Rahmenbedingungen?"). So verlangen bestimmte Leistungsgruppen das Vorhandensein bestimmter Einrichtungen am Standort der Leistungserbringung (bspw. eine Notfallstation mit 24-Stunden-Betrieb; eine von der Fachgesellschaft anerkannte Intensivpflegestation etc.).

Ebenfalls dürfen gewisse Behandlungen nur durch Fachärztinnen und Fachärzte mit einem entsprechenden Facharzttitel durchgeführt werden. Zusätzlich gibt es vorgeschriebene zeitliche Verfügbarkeiten für Fachpersonal, damit dieses zeitgerecht einsatzbereit ist. Die zeitgerechte Verfügbarkeit verlangt je nach Abstufung einen unterschiedlich organisierten Bereit-

schaftsdienst, welchem durch die Spitalbetriebe die entsprechenden Personalbestände zuzuordnen sind. Die zuständigen kantonalen Stellen können diese Zuordnungen vor Ort überprüfen.

#### Absatz 3

Unter Prozessqualität (“Wird die Behandlung richtig erbracht?”) werden spezifische Regelungen zum Ablauf der Behandlungen in den Listenspitälern verstanden. Sie sind unter anderem im Qualitätssicherungskonzept des einzelnen Listenspitals verankert. Weiter sind sie auch als Qualitätsindikatoren in den Behandlungsprozessen der einzelnen Leistungsgruppe beschrieben, bspw. die Fallbesprechung an einem interdisziplinären Tumorboard vor einer Krebsoperation oder eine dokumentierte Vorbereitungsphase vor der Durchführung eines chirurgischen Eingriffs wegen Adipositas. Zum Bereich der Prozessqualität gehört ebenfalls die Sicherstellung und Kontrolle einer lückenlosen Nachsorge nach bestimmten Behandlungen (bspw. die Durchführung einer Spezialsprechstunde nach handchirurgischen Eingriffen).

#### Absatz 4

Die vorliegende Bestimmung hält durch Verweis auf Absatz 3 Buchstabe b fest, dass sich auch die Ergebnisqualität insbesondere anhand von geeigneten Qualitätsindikatoren beurteilt. Für die Beurteilung und den Vergleich der Ergebnisqualität zwischen den Listenbetrieben sind regelmässige obligatorische Messungen von Qualitätsindikatoren erforderlich, wobei je nach Bereich (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) der Spitalliste unterschiedliche, für den jeweiligen Bereich geeignete Messinstrumente eingesetzt werden. Umgesetzt wird dies für die Spitalisten der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation mit den periodischen Qualitätsmessungen des ANQ<sup>4</sup>, welche gesamtschweizerisch durchgeführt werden und einen schweizerweiten Vergleich der teilnehmenden Spitalbetriebe erlauben.<sup>5</sup>

Im Bereich der Ergebnisqualität veröffentlichen die Spitäler im Kanton Bern bereits seit 2008 jährlich einen Qualitätsbericht für die Akutsomatik. Die Vorlage für den Qualitätsbericht wird in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe “Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern“ (QABE) und der “H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik“ (FKQA) erarbeitet und kontinuierlich weiterentwickelt.

#### **Artikel 11c (Wirtschaftlichkeit)**

Dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit, das bereits in Artikel 39 Absatz 2<sup>ter</sup> KVG<sup>6</sup> und in Artikel 58b Absatz 4 und 5 KVV<sup>7</sup> verankert ist und in der vorliegenden SpVV-Bestimmung konkretisiert wird, kommt im Rahmen der Auswahlentscheidung bezüglich der Aufnahme auf die Spitalliste von grundsätzlich geeigneten Spitalbetrieben gemäss Artikel 11b eine wichtige Rolle zu. Das Auswahlkriterium der Wirtschaftlichkeit ist ein Vergleichsmerkmal. Bei der Einschätzung der Wirtschaftlichkeit werden im Listenbereich der Akutsomatik die Fallkosten unter besonderer Berücksichtigung der Aufgabenstellung des betreffenden Spitals (Schweregrad der behandelten Fälle) verglichen. Damit ist ein schweregradbereinigter Fallkostenvergleich möglich.

Für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie stehen noch keine Klassifikationssysteme für die Einteilung der behandelten Fälle nach Schweregrad zur Verfügung. Für diese Bereiche der Spitalliste erfolgt der Wirtschaftlichkeitsvergleich der Listenbetriebe basierend auf den ausgewiesenen Kosten pro Pflergetag. Dies entspricht der vom Regierungsrat im Juli 2014 beschlossenen Ergänzung zur Versorgungsplanung.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

<sup>5</sup> vgl. [www.anq.ch/anq/nationaler-qualitaetsvertrag](http://www.anq.ch/anq/nationaler-qualitaetsvertrag)

<sup>6</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

<sup>7</sup> Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

<sup>8</sup> vgl. RRB Nr. 897 vom 2.7.2014

## Artikel 11d (Zugang)

### Absatz 1

Spitalleistungen müssen bedarfsgerecht verteilt, zugänglich und geografisch erreichbar sein. Dabei sind sowohl der regionale Bedarf, die Bevölkerungsdichte, als auch die geografischen Parameter Distanz und Zeit zu berücksichtigen. Im Bereich Akutsomatik erweisen sich die Leistungen des Basispakets Innere Medizin und Chirurgie sowie die damit verbundene akutsomatische Notfallversorgung als in den einzelnen Regionen versorgungsnotwendig. Dies bedeutet, dass ein Spital mit diesem Leistungsangebot für 80 Prozent der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar sein muss (Bst. a) und nicht weiter als 50 Strassenkilometer entfernt ist (Bst. b). Dies entspricht der vom Regierungsrat im Juni 2013 beschlossenen Ergänzung zur Versorgungsplanung.<sup>9</sup> Die beiden in den Buchstaben a und b verankerten Grundsätze sind aus Sicht der Bevölkerung kumulativ zu erfüllen. Zur Ermittlung der erwähnten 50 Strassenkilometer wird auf dafür geeignete Strassen abgestellt, d.h. die Strassen müssen für den Transport von Patientinnen und Patienten in Rettungsfahrzeugen geeignet sein. Sehr kleine Strassen fallen daher für die Ermittlung der 50 Kilometer ausser Betracht.

### Absatz 2

Die vorliegende Bestimmung hält durch Verweis auf Absatz 1 Buchstabe a fest, dass auch der Zugang im Bereich Psychiatrie beurteilt wird. Dies bedeutet, dass mindestens ein Spital der Grundversorgung und somit der psychiatrischen Notfallversorgung für 80 Prozent der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar sein muss. Damit wird eine Empfehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) zur Psychiatrieplanung teilweise umgesetzt.<sup>10</sup> Spitäler mit psychiatrischen Grundversorgungsleistungen stellen einen niederschweligen Zugang zu stationären Behandlungen für die fünf häufigsten psychiatrischen Hauptdiagnosen sicher. Sie gewährleisten eine hohe Aufnahmebereitschaft und Aufnahmefähigkeit für Notfälle und Personen, die einer fürsorgerischen Unterbringung bedürfen.

## Artikel 15a (Spitalseelsorge; 1. Anzahl Stellen)

### Vorbemerkungen

Gemäss Artikel 53 SpVG stellen die im Kanton Bern gelegenen Listenspitäler für die Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige die Spitalseelsorge sicher. Die Artikel 15a und 15b des vorliegenden Revisionsentwurfs konkretisieren die Pflicht zur Sicherstellung der Spitalseelsorge und schaffen eine Grundlage, um prüfen zu können, ob die Listenspitäler ihre Pflicht erfüllen.

Spitalseelsorge hat sich in den letzten Jahren gewandelt und sich als Teil des erweiterten Behandlungsteams im Spital etabliert und integriert. Spiritualität wird heute neben der physischen, der sozialen und der psychischen Dimension als eine zentrale Dimension von Gesundheit verstanden. Spitalseelsorge ist somit Teil der Qualität des Gesundheitswesens. Daher wurde die professionelle Spitalseelsorge auch im revidierten Spitalversorgungsgesetz verankert. Mit ihr sichert der Kanton seiner Bevölkerung und letztlich das Listenspital seinen Patientinnen und Patienten die Freiheit zu, ihre Religion oder Weltanschauung ungestört auszuüben sowie ihren Gesetzmäßigkeiten entsprechend zu handeln, dies auch im Spital.

### Absatz 1

Da es keine nationalen oder internationalen Standards über die Anzahl notwendiger Seelsorgender in Spitälern gibt, stützt sich die vorliegende Verordnungsbestimmung auf die Erfahrungswerte der Spitalseelsorge im Kanton Bern ab. Um aus diesen Zahlen eine allgemeine Soll-Grösse bestimmen zu können, muss eine betriebliche Kennzahl der Leistungserbringer herangezogen werden, mit welcher für alle Institutionen die Minimalanforderung an die Spitalseelsorge bestimmt werden kann und die trotzdem einfach und klar anzuwenden ist.

<sup>9</sup> vgl. RRB Nr. 814 vom 19.6.2013

<sup>10</sup> vgl. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2008), Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“. Bern: GDK.

Die zu wählende Kennzahl muss in erster Linie das Größenverhältnis der Institutionen abbilden. Im Größenverhältnis spiegelt sich grundsätzlich der unterschiedliche Bedarf nach Spitalseelsorge. Die Kennzahl muss zudem eine genügend große Anzahl von Betrieben erfassen, damit die Verhältnisbestimmung nicht zu zufällig wird.

Es gibt einige Kennzahlen, die grundsätzlich infrage kommen, um diese Korrelation herzustellen, beispielsweise Austrittszahlen, erbrachte Pflagetage oder der Case-Mix. Aus folgenden Gründen ist die Kennzahl des Pflegepersonals am geeignetsten, um den Bedarf an seelsorglichen Leistungen zu ermitteln:

- Die Kennzahl des Pflegepersonals zeigt den pflegerischen Bedarf einer Einheit auf. Dieser Bedarf gibt Aufschluss über die Intensität und Komplexität therapeutischer Prozesse und die Vulnerabilität der Patientinnen und Patienten. Je grösser die Pflegeleistung, desto grösser ist in der Regel auch der Bedarf nach seelsorglicher Begleitung.
- Die erhöhte Vulnerabilität kann sich bei den Patientinnen und Patienten im Auftreten von Krisen äussern, welche eine wichtige Indikation für seelsorgliche Interventionen darstellt. Eine zentrale Aufgabe der Seelsorge ist die Krisenbegleitung. Die Seelsorge entlastet hier das medizinische Team, das so seiner spezifischen Aufgabe nachkommen kann.
- Das multidimensionale Verständnis der Pflege, die teilweise auch psychologische und spirituelle Aspekte aufweist, weist eine Nähe zur Aufgabe der Seelsorge auf. Die Seelsorge ist im interdisziplinären Verbund mit der Pflege tätig. Die Korrelation mit der Kennzahl der Pflege berücksichtigt diese Zusammenarbeit zugunsten der ganzheitlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten.
- Wenn wegen komplexer therapeutischer Prozesse ein erhöhter pflegerischer Bedarf anfällt, sind in der Regel auch mehr Angehörige der Patientin oder des Patienten involviert. Diese reagieren aufgrund der Situation oft auch selbst vulnerabel. Pflegenden haben beschränkte Ressourcen für die Betreuung der Angehörigen. Diese wiederum ist eine zentrale Aufgabe der Seelsorge.
- Die Kennzahl des Pflegepersonals ist für alle Gesundheitsinstitutionen relevant und für den Vollzug einfach zugänglich (wird öffentlich publiziert).

Mit Blick auf eine Erhebung in 15 Spitälern<sup>11</sup> ergibt sich betreffend des konkreten zahlenmässigen Verhältnisses zwischen Pflegenden und Spitalseelsorgenden folgendes Bild: In diesen 15 Spitälern entfallen gesamthaft 19.2 Vollzeitstellen auf Spitalseelsorgende und 5587.6 Vollzeitstellen auf Pflegepersonal. Auf eine Vollzeit-Spitalseelsorgestelle entfallen somit 291 Vollzeit-Pflegepersonalstellen. Dies führt zu einem bisherigen Verhältnis von 1 Vollzeitstelle der Spitalseelsorge zu 300 Vollzeitstellen des Pflegebereichs, sodass man dieses Verhältnis in der Verordnung verankern müsste, wollte man die bisherige Anzahl Seelsorgestellen erhalten. Einerseits aber beschäftigen vor allem kleinere Spitäler bis jetzt gar keine Spitalseelsorgerinnen oder Spitalseelsorger, sodass sie solche Stellen erst noch schaffen müssen. Andererseits sollen die Bedenken vor zusätzlichen Kostensteigerungen ernst genommen werden. Deshalb wird ein Verhältnis von 10 Stellenprozenten der Spitalseelsorge zu 33 Vollzeitstellen des Pflegebereichs in der vorliegenden Bestimmung verankert. Selbstverständlich werden die konkreten Anstellungsverhältnisse auf die nächsten 10 Prozent auf- oder abgerundet.

## Absatz 2

Institutionen mit einem Bedarf von unter 1.5 Seelsorge-Vollzeitstellen, können mit Institutionen in regionaler Nähe Kooperationen eingehen oder sich einer Institution mit über 1.5 Seelsorge-Vollzeitstellen anschliessen, um den Bedarf an Spitalseelsorgerinnen und Spitalseelsorgern abzudecken. Der Wert von 1.5 Vollzeitstellen ergibt sich aus dem Umstand, dass eine Institution ab diesem Wert durch gegenseitige Vertretung eine permanente Präsenz innerhalb einer Arbeitswoche gewährleisten kann. Ein Listenspital liegt „in der Nähe“ eines anderen Listenspi-

<sup>11</sup> Inselspital, SRO AG, RSE AG, STS AG, FMI AG, SZB AG, Spitäler Tiefenau und Ziegler der SNBe AG, Klinik SGM Langenthal, Spital Sonnenhof Bern, Spital Engered Bern, Spital Salem Bern, Klinik Beau-Site Bern, Privatklinik Linde Biel, Diaconis Palliativ Care Bern

tals, wenn die Spitalseelsorgerinnen und Spitalseelsorgern ihre seelsorgerlichen Aufgaben trotz der Distanz zwischen den beiden Listenspitälern im Rahmen ihres Anstellungspensums erfüllen können.

### **Artikel 15b (2. Massnahmen)**

Hier wird der Grundsatz festgehalten, dass die Listenspitäler ihre Spitalseelsorge so organisieren, dass Patientinnen und Patienten aller Konfessionen und Religionen genau gleich wie auch die Konfessionslosen seelsorgerliche Leistungen erhalten. Die Spitalseelsorgerinnen und Spitalseelsorger arbeiten also interkonfessionell und vermitteln bei Bedarf einer Patientin oder einem Patienten Seelsorgerinnen und Seelsorger anderer Konfessionen und Religionen. Die Seelsorge nach Artikel 53 SpVG soll für alle Menschen, unabhängig ihrer religiösen oder weltanschaulichen Überzeugung unter Wahrung ihrer persönlichen Freiheit und Selbstverantwortung zugänglich sein. Sie ist in einer professionell verantworteten Art und Weise anzubieten. Unter seelsorgerlichen Leistungen wird im Zusammenhang mit dieser Verordnungsbestimmung verstanden:

- Die Spitalseelsorge bietet bei existentiellen und spirituellen Anliegen ein vorurteilsfreies und vertrauliches Gespräch an, damit Patienten über alles reden können, was sie beschäftigt.
- In den tiefen Krisen, die ein Spitalaufenthalt auslösen kann, begleitet die Spitalseelsorge die Patienten so, dass sie sich selbst bei unheilbaren Krankheiten oder im Angesicht des Todes neu finden können. Mit seelsorglichen Notfallinterventionen leistet die Spitalseelsorge in lebensbedrohlichen und anderen akut kritischen Situationen psychologische und spirituelle erste Hilfe.
- Durch ethische Beratung steht die Spitalseelsorge Patienten und Angehörigen bei schwierigen medizinischen Entscheiden wie den Fragen einer Organentnahme, einer Therapieumstellung oder einer Patientenverfügung zur Seite.
- Mit dem Angebot von religiösen Feiern und Ritualen dient die Spitalseelsorge dem Wunsch nach religiöser Vergewisserung und Gemeinschaft.

Mit welchen Massnahmen die Seelsorge sichergestellt werden soll, ist in erster Linie Sache der Listenspitäler. Von geeigneten Massnahmen kann indes nur die Rede sein, wenn mindestens folgende Anforderungen erfüllt sind:

- Die Seelsorgerinnen und Seelsorger erfüllen die Qualitätsstandards für die Spitalseelsorge der Interkonfessionellen Konferenz des Kantons Bern;
- Sie haben Zugang zu den Daten und Informationen, soweit dies für die Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlich ist. Dazu gehört auch der grundsätzliche, auf die Aufgabe der Seelsorge abgestimmte Zugang ins Informationssystem des Spitals sowie der Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal;
- Sie sind in die Strukturen und Prozesse des Spitals integriert. Insbesondere sind die Spitalseelsorge und die einzelnen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter angemessen und funktional klar im Organigramm des Spitals abzubilden. Dazu gehört auch, dass das Spital die Spitalseelsorge als Teil der interdisziplinären Betreuung der Patientinnen und Patienten sieht und der Seelsorge in den betrieblichen Abläufen den notwendigen Stellenwert sowie die entsprechenden Kompetenzen beimisst;
- Es werden ihnen die erforderlichen Gesprächsräume und Büros (einschliesslich Einrichtungen) sowie die erforderlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt.



## Lebenszyklusmanagement

### Vorbemerkung

Nach Artikel 56 SpVG definiert die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gemeinsam mit den Listenspitälern und Listengeburtshäusern die aus dem Lebenszyklusmanagement darzustellenden Kennzahlen, die Periodizität sowie die abzugebende Form der Daten. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe, zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern der Listenspitäler, Rettungsdienste, sowie der Versicherer und dem Amt für Grundstücke und Gebäude, wurden diese Definitionen erarbeitet und dienen als Grundlage für die Anpassung der SpVV.

Der Kanton Bern hat gemäss Artikel 41 Absatz 1 der Kantonsverfassung<sup>12</sup> für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen und stellt die dafür notwendigen Einrichtungen bereit. Es kann mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, kurzfristig versorgungsnotwendige Leistungen zu ersetzen, soweit ein Listenspital seinen Betrieb aufgeben muss. Für den Kanton kommt deshalb der laufenden Kenntnis bezüglich des Unterhalts der Infrastruktur erhöhte Bedeutung zu. Stellt er fest, dass die zur Erfüllung des Leistungsauftrags erforderliche Infrastruktur von den Leistungserbringern vernachlässigt wird, besteht ein Interesse des Kantons, Probleme frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren. Dies gilt sinngemäss auch für die Rettungsdienste und die Sanitätsnotrufzentrale (SNZ).

Zu diesem Zweck bestimmt Artikel 56 (für die Rettungsdienste Art. 95) SpVG, dass die Listenspitäler, Listengeburtshäuser und die Rettungsdienste<sup>13</sup> mit Standorten im Kanton Bern ein Lebenszyklusmanagement (fortan: LZM) führen. Sie bringen es dem Spitalamt zur Kenntnis.

Mit dem LZM erhält der Kanton bezogen auf seinen Versorgungsauftrag Kenntnis davon, wie jeder einzelne Leistungserbringer<sup>14</sup> mit seiner bestehenden Infrastruktur umgeht, sie bewirtschaftet und ob die finanziellen Mittel dafür ausreichen. Der Kanton nimmt allerdings keinen Einfluss auf die Planung und Umsetzung von Investitionsprojekten. Dies liegt in der Kompetenz und Verantwortung der Leistungserbringer.

### Artikel 18 (Lebenszyklusmanagement; 1. Gegenstand)

#### Absatz 1

Das LZM beinhaltet grundsätzlich alle gemäss Rechnungslegungsstandard bzw. Artikel 10 Absatz 5 und Artikel 10a Absatz 1 VKL<sup>15</sup> in der Anlagebuchhaltung geführten Gebäude und Anlagen, die für die Erbringung der Leistungen zu Lasten KVG benötigt werden.

Auf Grund der langen Abschreibungsdauer, der Standortgebundenheit und der finanziellen Grössenordnung werden im LZM vor allem die Gebäude bewirtschaftet. Die Gebäude sind eindeutig und nachvollziehbar zu bezeichnen. Nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanzierte Bereiche werden anteilmässig ausgeschieden. Diese Ausscheidung der Gebäudeinfrastruktur obliegt den Leistungserbringern.

#### Absatz 2

Damit nebst den Gebäuden auch die übrigen Sachanlagen ins LZM einbezogen werden können, berücksichtigt jeder Leistungserbringer mit einer nachvollziehbaren Berechnung die weitere Infrastruktur. Dies sind namentlich medizin-technische Anlagen, Informatik und weitere, grössere Sachanlagen wie zum Beispiel Fahrzeuge der Rettungsdienste.

<sup>12</sup> Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (BSG 101.1)

<sup>13</sup> vgl. Artikel 95 SpVG

<sup>14</sup> Listenspital, Listengeburtshaus oder Rettungsdienste nach Artikel 95 SpVG (vgl. Art. 26a SpVV) mit Standorten im Kanton Bern

<sup>15</sup> Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104)

**Artikel 18a (2. Erhebung und Lieferung der Daten)**

## Absatz 1

Der Leistungserbringer<sup>16</sup> ermittelt mit der Methode STRATUS<sup>17</sup> den Zustand der in seinem Eigentum stehenden Gebäude (vgl. Anhang 5 zur SpVV). Die damit verbundene Datenlieferung beinhaltet im Wesentlichen Daten wie Gebäudebezeichnungen, Baujahr, Neuwert (pro Volumen), Rückstand im Unterhalt, Instandstellungs- und Instandhaltungsdaten (vgl. Ziff. 11 in Anhang 5 zur SpVV).

Basierend auf der Zustandserhebung plant der Leistungserbringer die notwendigen Massnahmen zum Beispiel für die Instandhaltung und Instandsetzung. Dazu interessiert das Spitalamt, welche Infrastruktur betroffen ist, wann die Massnahme startet, wie lange sie dauert und was sie kostet (vgl. Ziff. 12 in Anhang 5 zur SpVV).

Die Daten, welche Auskunft über die Finanzierung geben, werden dem Geschäftsbericht entnommen (vgl. Ziff. 13 in Verbindung mit Ziff. 2 in Anhang 5 zur SpVV). Zudem ist der Investitionskostenanteil anzugeben (vgl. Ziff. 15 in Anhang 5 zur SpVV).

## Absatz 2

Damit die gemieteten Gebäude identifiziert werden können, liefert das Listenspital oder Listengeburtshaus Daten wie Objektbezeichnung, Baujahr und Fläche. Die Art der Miete (Jahres- oder Monatsmiete), die Mietdauer und die Kündigungsfristen geben Auskunft über die kurz-, mittel- oder langfristige Nutzung der Infrastruktur und die damit verbundene Versorgung (vgl. Ziff. 14 in Anhang 5 zur SpVV).

## Absatz 3

Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser haben aufzuzeigen, wie gross der Finanzbedarf für die weitere Infrastruktur ist. Zusammen mit den Erkenntnissen aus Absatz 1 ist es dem Spitalamt möglich, die Refinanzierbarkeit aller Sachanlagen nachzuvollziehen. Die Methoden, mit denen die Listenspitäler den Finanzbedarf erheben, können sie selber wählen, sie müssen aber geeignet, d.h. nachvollziehbar sein und zu realistischen Ergebnissen führen.

## Absatz 4

Die Datenlieferung (vgl. Anhang 5 zur SpVV) erfolgt in der Regel jährlich auf den 1. Oktober, erstmals 2016. Davon abweichend sind die Daten zu den Gebäudezuständen nur jedes dritte Jahr zu liefern und die Finanzzahlen werden dem Geschäftsbericht entnommen.

## Absatz 5

Die Gebäudezustände der ehemals öffentlichen Spitäler, Rehabilitations- und Psychiatriekliniken wurden mittels STRATUS-Methode Anfang 2012 erhoben. Die Erhebung wurde durch den Kanton finanziert.

Im Sinne der Gleichbehandlung soll auch den restlichen Listenspitälern, Geburtshäusern und Rettungsdiensten die Erhebung der Gebäudezustände finanziert werden. Das Spitalamt organisiert diese Erhebung.

**Artikel 19 (4. Auswertung)**

Bei dieser Bestimmung hat nur der Randtitel bzw. nur die Ziffer (von 2 auf 4) geändert, dies aufgrund der neuen Systematik, die mit Artikel 18 und 18a eingeführt wurde.

<sup>16</sup> Listenspital, Listengeburtshaus oder Rettungsdienste nach Artikel 95 SpVG (vgl. Art. 26a SpVV) mit Standorten im Kanton Bern

<sup>17</sup> [www.stratusimmo.ch/software](http://www.stratusimmo.ch/software)

**Artikel 24a (Endabrechnung aus Leistungsverträgen)**

Diese Bestimmung, wonach die Endabrechnungen aus den Leistungsverträgen zu verfügen sind, fand sich bereits in der SpVV vom 30. November 2005 (damals Art. 43). Sie wurde im Rahmen der Totalrevision vom 23. Oktober 2013 versehentlich nicht in die totalrevidierte SpVV übernommen.

**Artikel 26a (Anwendbare Bestimmungen)**

Die Rettungsdienste, die eine wichtige Rolle in der Grundversorgung übernehmen, führen ebenfalls ein Lebenszyklusmanagement über ihre Infrastruktur.

**Artikel 31**

## Absatz 1

Mit der vorgenommenen Anpassung der Zuständigkeit (neu ist nicht mehr das Spitalamt, sondern die Direktorin oder der Direktor der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zuständig) werden alle Vertragsgegenstände auf Stufe der Gesundheits- und Fürsorgedirektion angesiedelt. Die Direktorin oder der Direktor der Gesundheits- und Fürsorgedirektion schliesst somit sämtliche Leistungsverträge der GEF ab. Dies entspricht dem Willen, der sich im Rahmen der Revision des SpVG vom 13. Juni 2013 herauskristallisierte (keine Delegation an Ämter, vgl. Art. 59 ff SpVG) und bei Artikel 31 SpVV übersehen wurde.

Die Erhöhung der Pauschale auf 15'000 Franken pro Ärztin oder Arzt in Weiterbildung bzw. pro Pharmazeutin oder Pharmazeut in Weiterbildung und pro Jahr (Vollzeitäquivalent) basiert auf dem Beschluss, den der Grosse Rat am 18. März 2015 mit der Überweisung der Finanzmotion (FM 255-2014) „Voranschlag 2016: Ärztliche Weiterbildung sichern“ gefasst hat. Diese beauftragt den Regierungsrat, im Voranschlag 2016 in der Produktegruppe „somatische Akutversorgung“ eine Erhöhung der Position „Kosten Staatsbeiträge“ um 5.1 Mio. Franken und in der Produktegruppe „Psychiatrieversorgung“ eine Erhöhung der Position „Kosten Staatsbeiträge“ um 0.8 Mio. Franken vorzunehmen.

Die Erhöhung der Pauschale ist konform mit den Zielsetzungen der Interkantonalen Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung, WFV), welche die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) den einzelnen Kantonen zum Entscheid unterbreitet hat, ob sie dieser Vereinbarung beitreten wollen. Mit der Vereinbarung soll einerseits den Spitälern ein gesamtschweizerisch einheitlicher pauschaler Mindestbeitrag an die ärztliche Weiterbildung von 15'000 Franken ausgerichtet werden. Andererseits soll ein interkantonaler Ausgleich dafür sorgen, dass die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen finanziellen Belastungen weniger einseitig bei jenen Kantonen anfallen, deren Spitäler sich stark in der Weiterbildung engagieren.

Der Grosse Rat wird voraussichtlich im Verlauf des Jahres 2016 über den Beitritt des Kantons Bern zur WFV befinden. Damit die Vereinbarung zustande kommt, müssen ihr mindestens 18 Kantone beitreten. Das Beitrittsverfahren in den einzelnen Kantonen dauert einige Zeit, so dass die Vereinbarung frühestens per 1. Januar 2017 in Kraft treten kann. Der Regierungsrat hat im Aufgaben-/Finanzplan ab dem Jahr 2017 vorsorglich die erforderlichen zusätzlichen Mittel eingestellt, damit den bernischen Spitälern inskünftig eine Pauschale für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung von 15'000 Franken ausgerichtet werden kann.

Die vom Grossen Rat überwiesene Finanzmotion zeigt den politischen Willen, bereits ab dem Jahr 2016 15 000 Franken pro Vollzeitäquivalent zu bezahlen. Dies wird mit der vorliegenden Änderung von Artikel 31 SpVV ermöglicht.

## Absatz 2

Die in Absatz 2 Buchstabe b vorgenommene Änderung betrifft nur den französischen Text.

## **Beirat für medizinische Innovationen**

### **Allgemeines**

Gemäss Artikel 116 Absatz 1 SpVG kann die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion den Universitätsspitalern und anderen Listenspitälern im Rahmen der dafür bewilligten Ausgaben Beiträge zur Förderung einzelner medizinischer Innovationen gewähren. Beiträge werden nach Absatz 2 dieser Bestimmung nur gewährt, wenn die Kosten der medizinischen Innovation nicht durch die pauschale Abgeltung nach Artikel 49a KVG, durch Versicherungsleistungen, durch Beiträge oder Abgeltungen anderer Gemeinwesen oder durch Beiträge Privater gedeckt werden können.

Das Spitalamt als zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion entscheidet über die Beitragsgesuche mittels Verfügung. Unterstützt wird das Spitalamt durch den Beirat für medizinische Innovationen, welcher in den folgenden SpVV-Bestimmungen verankert wird.

### **Artikel 40a (Zusammensetzung)**

#### **Absatz 1**

Der Beirat für medizinische Innovationen besteht aus je einer medizinischen und einer administrativen Vertretung der Universitätsspitaler Inselspital und UPD<sup>18</sup>, des Netzwerks „diespitäler.be“ und des VPSB<sup>19</sup>.

#### **Absatz 2**

Die Direktorin oder der Direktor der Gesundheits- und Fürsorgedirektion ernennt die Mitglieder des Beirats. Die Universitätsspitaler Inselspital und UPD, das Netzwerk „diespitäler.be“ und der VPSB beantragen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion einzeln und schriftlich die Ernennung je einer Person aus dem medizinischen und dem administrativen Bereich ihrer Institution.

#### **Absatz 3**

Die Mitglieder des Beirats werden für eine Amtsdauer von vier Jahren gewählt. Eine erneute Nomination bzw. Wahl nach Ablauf dieser Frist ist möglich.

### **Artikel 40b (Beschlussfähigkeit)**

Der Beirat ist beschlussfähig, wenn mindestens sechs Mitglieder anwesend sind. Wird dieses Quorum nicht erreicht, wird die Prüfung der Beitragsgesuche vertagt und umgehend eine neue Sitzung des Beirats anberaumt.

### **Artikel 40c (Aufgabe)**

#### **Absatz 1**

Zur Beantwortung der Frage, ob eine medizinische Innovation gemäss Artikel 116 Absatz 1 SpVG vorliegt, prüft der Beirat zum einen, ob das im Beitragsgesuch beschriebene neue Verfahren oder Produkt dem Zweckbereich des SpVG entspricht, das heisst, ob es „aus der Forschung herausgewachsen“ ist und damit ausserhalb von Forschungsprotokollen für die reguläre Patientenversorgung zum Einsatz kommt. Zum anderen prüft der Beirat, ob im Beitragsgesuch nachvollziehbar dargelegt wird, dass das neue Verfahren oder Produkt eine echte medizinisch relevante Innovation darstellt bzw. ein von Fachleuten identifiziertes markantes Defizit eines gängigen Behandlungsverfahrens behebt.

Zur Beantwortung der Frage, ob die finanziellen Voraussetzungen gemäss Artikel 116 Absatz 2 SpVG erfüllt sind, prüft der Beirat, ob das Beitragsgesuch eine nachvollziehbare detaillierte

<sup>18</sup> Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD)

<sup>19</sup> Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)

Kalkulation der Mehrkosten enthält, die zunächst nicht mittels der entsprechenden ordentlichen Tarifstruktur (SwissDRG, TARMED, Tarifstrukturen für die psychiatrische Akutversorgung und die rehabilitative Versorgung) oder durch andere Erträge finanziert werden können. Zudem prüft der Beirat, ob im Beitragsgesuch Aktivitäten dokumentiert sind, die im Hinblick auf die ordentliche Tarifierung der medizinischen Innovation unternommen wurden.

#### Absatz 2

Nach erfolgter Prüfung der Beitragsgesuche gibt der Beirat zuhanden des Spitalamts in schriftlicher Form und in für medizinische Laien nachvollziehbarer Diktion begründete Empfehlungen darüber ab, in welcher Weise das Spitalamt aus Sicht des Beirats über die Innovationsgesuche entscheiden sollte. Eine Empfehlung, das Gesuch zu bewilligen, erfolgt nur, wenn diesbezüglich im Beirat Einigkeit besteht. Bei Stimmgleichheit begründet der Beirat beide Standpunkte in gleicher Tiefe, damit dem Spitalamt eine gute Grundlage vorliegt, um die beiden Standpunkte gegeneinander abzuwägen und gestützt darauf über das Beitragsgesuch zu entscheiden. Eine Stimmgleichheit der Beiratsmitglieder drückt aus, dass aus fachlicher Sicht gute Gründe für einen abweisenden wie auch für einen gutheissenden Gesuchentscheid bestehen. Gerade in dieser Situation ist das Spitalamt in besonderer Weise auf fundierte, für Laien nachvollziehbare Begründungen beider Auffassungen angewiesen.

#### Absatz 3

Kann der Beirat zu einem einzelnen Gesuch keine Einigkeit erzielen und damit keine Empfehlung nach Absatz 2 abgeben, legt der Beirat dem Spitalamt die allfälligen Minderheitsempfehlungen und die diesbezüglichen Überlegungen bzw. Standpunkte der Minderheiten offen.

### **Artikel 40d (Entschädigung)**

Die Entschädigung der Mitglieder des Beirats richtet sich sinngemäss nach der Verordnung vom 2. Juli 1980 über die Taggelder und Reiseentschädigungen der Mitglieder staatlicher Kommissionen<sup>20</sup>. Erst durch die vorliegende SpVV-Bestimmung ist das Spitalamt berechtigt, diese Verordnung auf die Mitglieder des Beirats anzuwenden (Ausweitung des Geltungsbereichs). Der Grund liegt darin, dass diese Verordnung nach ihrem Artikel 1 Absatz 2 nur das Finanzielle für Kommissionsmitglieder regelt, die der Regierungsrat (und nicht eine einzelne Direktion) ernennt.

### **Artikel 40e (Vorsitz und Sekretariat)**

#### Absatz 1

Die Vorsteherin oder der Vorsteher des Spitalamts leitet die Sitzungen des Beirats, allerdings ohne über ein Stimmrecht zu verfügen.

#### Absatz 2

Das Spitalamt führt das Sekretariat des Beirats. In diesem Rahmen legt das Spitalamt Ende Januar den Termin der Sitzung des Beirats für das laufende Jahr fest und kommuniziert diesen den Mitgliedern. Das Spitalamt stellt den Mitgliedern des Beirats Mitte August die zu prüfenden Beitragsgesuche des laufenden Jahres zu. Der Beirat trifft sich Mitte September zu einer maximal ganztägigen Sitzung und prüft die Beitragsgesuche daraufhin, ob sie die Beitragsvoraussetzungen nach Artikel 116 SpVG erfüllen.

#### Absatz 3

Das Spitalamt prüft und entscheidet die Gesuche in Anwendung des VRPG<sup>21</sup>. Ein Grundsatz dieses Verfahrensrechts liegt darin, dass Verwaltungsverfahren grundsätzlich nur parteiöffent-

<sup>20</sup> BSG 152.256

<sup>21</sup> Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21)

lich sind. Die Behörde darf ein erhaltenes Beitragsgesuch somit nur an Aussenstehende bzw. an den Beirat weiterleiten, wenn die Gesuchsteller diesem Vorgehen zustimmen.

Die Mitglieder des Beirats sind als Kommissionsmitglieder, d.h. als nebenamtlich tätige Personen nach Artikel 3 Absatz 7 PG<sup>22</sup> zu qualifizieren, die auf eine bestimmte Amtsdauer ernannt werden. Für Kommissionsmitglieder gilt nach Artikel 2 Absatz 3 PG das Amtsgeheimnis, wie es in Artikel 58 PG verankert ist.

### **Anhang 1**

Für die im Anhang 1 durch den Regierungsrat bezeichneten nicht universitären Gesundheitsberufe besteht nach Artikel 106 bis 111 SpVG für die Leistungserbringer eine Aus- und Weiterbildungspflicht. Ziel ist, dass die jährliche Beteiligung der Betriebe an der praktischen Aus- und Weiterbildung in diesen Berufen ausreicht, um den Bedarf an Nachwuchskräften zu decken. (vgl. Art. 2 Bst. c SpVG).

Im Gesundheitswesen werden die bisherigen Weiterbildungen, welche als Nachdiplomkurse und Nachdiplomstudiengänge geführt wurden, durch die im Berufsbildungsgesetz aufgeführten Berufsprüfungen und höheren Fachprüfungen sukzessive ersetzt. Berufsprüfungen und Höhere Fachprüfungen werden gemäss der schweizerischen Bildungssystematik der Höheren Berufsbildung zugeordnet. Neue Bildungserlasse werden durch die nationale Organisation der Arbeitswelt (OdASanté) erarbeitet und durch das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) genehmigt. Die nötigen Anpassungen im Anhang 1 betreffen zwei Berufsprüfungen:

Zum einen betrifft es die Berufsprüfung zur Transportsanitäterin und zum Transportsanitäter, welche im bisherigen Anhang 1 unter den Weiterbildungen – und nicht unter Ziffer b „Höhere Berufsbildung“ aufgeführt war. Zudem muss die Bezeichnung noch korrigiert werden.

Zum anderen hat das SBFI im Mai 2015 die Berufsprüfung zur Fachfrau und zum Fachmann Langzeitpflege und -betreuung genehmigt. Diese Berufsprüfung wurde als Weiterbildung für Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit (FaGe) konzipiert und soll dazu führen, dass FaGe im Langzeitbereich ein breiteres Einsatzfeld abdecken können. Die massgebenden Verbände in diesem Bereich erachten diese Berufsprüfung und damit die breitere Einsetzbarkeit der FaGe als zielführend.

Konkret werden im Anhang 1 der SpVV folgende Änderungen vorgenommen:

- In Buchstabe b wird neu in Ziffer 8 aufgenommen: Eidgenössischer Fachausweis für Transportsanitäterin und Eidgenössischer Fachausweis für Transportsanitäter
- In Buchstabe b wird neu in Ziffer 9 aufgenommen: Eidgenössischer Fachausweis für Fachfrau Langzeitpflege und –betreuung und Eidgenössischer Fachausweis für Fachmann Langzeitpflege und –betreuung
- In Buchstabe d wird Ziffer 1 (Transportsanitäterin oder Transportsanitäter) aufgehoben.

### **Anhang 2**

Der Standard von 6,5 für den Bachelor of Science Hebamme erwies sich als Übertragungsfehler. Der richtige und bisher bereits verwendete Standard ist 5.

### **Anhang 4**

Der Betrag von 58.02 Franken erwies sich bereits kurz nach Beschluss der totalrevidierten Verordnung als Rechenfehler. Der richtige Betrag lautet 57.89 Franken.

### **Anhang 5**

Aufgrund der neuen Verordnungsbestimmungen zum Lebenszyklusmanagement (Art. 18 und 18a) wurde Anhang 5 geändert.

<sup>22</sup> Personalgesetz vom 16. September 2004 (PG; BSG 153.01)

Weiter wurde in diesem Anhang eine zusätzliche Spalte „zur Lieferung verpflichteter Leistungserbringer“ eingefügt. Diese Spalte ermöglicht, eine Unterscheidung zwischen Daten, die alle Leistungserbringer liefern müssen, und Daten, die nur die Listenspitäler oder Listengeburtshäuser zu liefern haben.

Gemäss bisherigem Anhang 5 hatten die Leistungserbringer jährlich einen Qualitätsbericht einzureichen. Auf diesen kann fortan verzichtet werden, da ausreichend andere Daten zur vergleichenden Überprüfung der Qualität nach Artikel 127 Absatz 1 Buchstabe b SpVG vorliegen.

Neu haben die Listenspitäler jährlich ihr ITAR\_K-Modell (integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis) zu liefern, das auf der Kostenträgerrechnung nach REKOLE© basieren muss. Diese Daten sind nötig, um die Tarife und den Benchmark zu beurteilen.

## **Anhang 6**

Der neu geschaffene Artikel 26a verweist für das Lebenszyklusmanagement im Rettungswesen neu auf die Verordnungsbestimmungen zum Lebenszyklusmanagement im Spitalbereich (Art. 18 und 18a). Aus diesem Grund kann in Anhang 6 die Zeile zum Lebenszyklusmanagement gestrichen werden.

Gemäss bisherigem Anhang 6 hatten die Leistungserbringer jährlich einen Qualitätsbericht einzureichen. Auf diesen kann fortan verzichtet werden, da ausreichend andere Daten zur vergleichenden Überprüfung der Qualität nach Artikel 127 Absatz 1 Buchstabe b SpVG vorliegen.

Im Zuge der Totalrevision der Spitalversorgungsverordnung im Jahr 2013 wurde die bisherige Verordnung aus dem Jahr 2005 aufgehoben. In Anhang 6 der totalrevidierten Verordnung wurde aber hinsichtlich der Einsatzzahlen (der Erbringer von Rettungsleistungen) und hinsichtlich der Informationen zu Personal, Standorten und Fahrzeugen versehentlich immer noch auf den mit der Totalrevision aufgehobenen Artikel 81 der bisherigen Spitalversorgungsverordnung aus dem Jahr 2005 verwiesen. Weiter wurde bezüglich der Zeile zur Controllingdatei und Stellenplan ebenfalls versehentlich auf Artikel 30 bis 39 statt auf Artikel 31 bis 40 verwiesen. Sodann wurde in der Zeile zum Ist-Stellenplan betreffend Pflege und Betreuung sowie MTT-Berufe die Abkürzung „MTT-Berufe“ ersetzt durch „medizin-technische und medizin-therapeutische nichtuniversitäre Gesundheitsberufe“.

Weitere Änderungen in Anhang 6 betreffen nur den französischen Text.

### **Änderung von Artikel 4 OrV GEF<sup>23</sup>**

Artikel 4 Absatz 1 OrV GEF zählt die ständigen Kommissionen auf, die der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zugeordnet sind. In Buchstabe r wird der mit der vorliegenden SpVV-Revision neu geschaffene Beirat für medizinische Innovationen neu aufgenommen.

### **Änderung von Anhang 2 zur SHV**

Für die im Anhang 2 der Sozialhilfeverordnung durch den Regierungsrat bezeichneten nicht universitären Gesundheitsberufe besteht nach Artikel 77b bis 77g SHG<sup>24</sup> für die Leistungserbringer eine Aus- und Weiterbildungspflicht. Ziel ist, dass die jährliche Beteiligung an der praktischen Aus- und Weiterbildung in diesen Berufen ausreicht, um den Bedarf an Nachwuchskräften zu decken (vgl. Art. 77b Abs. 1 SHG).

Im Gesundheitswesen werden die bisherigen Weiterbildungen, welche als Nachdiplomkurse und Nachdiplomstudiengänge geführt wurden, durch die im Berufsbildungsgesetz aufgeführten Berufsprüfungen und höheren Fachprüfungen sukzessive ersetzt. Berufsprüfungen und Höhere Fachprüfungen werden gemäss der schweizerischen Bildungssystematik der Höheren Berufsbildung zugeordnet. Neue Bildungserlasse werden durch die nationale Organisation der

<sup>23</sup> Verordnung vom 29. November 2000 über die Organisation und die Aufgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Organisationsverordnung GEF, OrV GEF; BSG 152.221.121)

<sup>24</sup> Gesetz vom 11. Juni 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG; BSG 860.1)

Arbeitswelt (OdASanté) erarbeitet und durch das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) genehmigt.

Das SBFI hat im Mai 2015 die Berufsprüfung zur Fachfrau und zum Fachmann Langzeitpflege und -betreuung genehmigt. Diese Berufsprüfung wurde als Weiterbildung für Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit (FaGe) konzipiert und soll dazu führen, dass FaGe im Langzeitbereich ein breiteres Einsatzfeld abdecken können. Die massgebenden Verbände in diesem Bereich erachten diese Berufsprüfung und damit die breitere Einsetzbarkeit der FaGe als zielführend.

Konkret wird im Anhang 2 der SHV in Buchstabe b neu in Ziffer 3 aufgenommen: Eidgenössischer Fachausweis für Fachfrau Langzeitpflege und -betreuung und Eidgenössischer Fachausweis für Fachmann Langzeitpflege und -betreuung

### **Aufhebung der EV KVG<sup>25</sup>**

Die Bestimmungen der EV KVG wurden bis auf die Artikel 11 und 12 bereits im Zuge der totalrevidierten Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 aufgehoben. Die verbliebenen Artikel 11 und 12 betrafen das Lebenszyklusmanagement, das nun ebenfalls vollständig in den Artikeln 18, 18a, 19 und 50a SpVV geregelt ist. Die EV KVG ist daher aufzuheben.

### **3. Finanzielle Auswirkungen**

Die neuen Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitäler (Spitalliste) haben keine verwaltungsinternen finanziellen Auswirkungen.

Die aktuell ausgerichtete Pauschale für ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung von 10'000 Franken nach Artikel 31 Absatz 1 wird aufgrund der überwiesenen Finanzmotion (FM 255-2014) „Voranschlag 2016: Ärztliche Weiterbildung sichern“ auf 2016 auf 15'000 Franken erhöht. Der Voranschlag 2016 wurde entsprechend angepasst. Im Hinblick auf die Interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV) hat der Regierungsrat im Aufgaben-/Finanzplan 2015-2018 ab dem Jahr 2017 vorsorglich die erforderlichen zusätzlichen Mittel eingestellt, damit den bernischen Spitälern im Falle eines Beitritts des Kantons Bern und eines Zustandekommens der Vereinbarung inskünftig eine Pauschale von 15'000 Franken für ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung ausgerichtet werden kann.

Für die Prüfung von Gesuchen um Beiträge für medizinische Innovationen ist den einzelnen Mitgliedern des Beirats nach Artikel 40d eine Entschädigung auszurichten. Die Kosten einer ganztägigen Sitzung des Beirats betragen rund 1'000 Franken, d.h. etwas mehr als 100 Franken pro Mitglied. Sie werden zulasten des Kontos „Sitzungsgelder an Behörden und Kommissionen“ abgegolten.

Bereits erfolgt ist die Erhebung der Infrastrukturzustände, soweit dies bei Spitälern als Grundlage für die Anteilsberechnung von Ausgleichszahlungen erforderlich war. Diese Erhebung wurde seinerzeit vom Kanton organisiert und finanziert. Im Sinne einer Gleichbehandlung soll dies nach Artikel 18a Absatz 5 auch bei den restlichen Listenspitälern, Geburtshäusern und Rettungsdiensten erfolgen. Die Kosten werden bei geschätzten 85 Gebäuden einmalig rund 80'000 Franken betragen.

Die periodische Aktualisierung erfolgt anschliessend durch die Leistungserbringer, entweder durch eigenes, entsprechend geschultes Personal oder mit externer Unterstützung. Die Aufwände dafür können je nach Art und Weise der Aktualisierung, z.B. durch die Nachführung gestützt auf Daten aus den Investitionsprojekten oder durch eine periodische Nacherfassung mittels Rundgang durch die Gebäude, stark variieren. Die Datenverarbeitung in der kantonalen Verwaltung erfolgt vor allem über einen bestehenden Daten-Pool und generiert keine zusätzlichen Kosten. Die jährlichen Lizenzkosten für das STRATUS-Tool zu Lasten der Leistungserbringer sind abhängig von der Anzahl Gebäude, bewegen sich jedoch um rund 70 Franken pro Gebäude.

<sup>25</sup> Einführungsverordnung vom 2. November 2011 zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (EV KVG; BSG 842.111.2)



#### **4. Personelle und organisatorische Auswirkungen**

Die vorliegenden neuen Verordnungsbestimmungen dürften keine verwaltungsinternen personellen oder organisatorischen Auswirkungen haben. Auch der bei den Leistungserbringern auftretende Aufwand für die Datenerhebung im Rahmen des Lebenszyklusmanagements wird gering sein, da die gefundene Lösung erlaubt, mehrheitlich Daten zu verwenden, die im Rahmen der Rechnungslegung und für die strategische Führung ohnehin erhoben werden. Minimaler, zusätzlicher Aufwand wird für die Erhebung der Infrastrukturzustände und für die Auswertung der Daten erwartet.

#### **5. Auswirkungen auf die Gemeinden**

Keine der neuen Bestimmungen dürfte eine Auswirkung auf die Gemeinden haben.

#### **6. Auswirkungen auf die Volkswirtschaft**

Keine der neuen Bestimmungen dürfte eine Auswirkung auf die Volkswirtschaft haben.

#### **7. Ergebnis des Konsultationsverfahrens**

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion führte vom 13. April bis am 28. Mai 2015 ein Konsultationsverfahren bei den interessierten Kreisen durch. Insgesamt wurden 128 Institutionen begrüsst. Davon nahmen 61 Stellung.

Am meisten Bemerkungen betrafen die Konkretisierung der Kriterien für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler. Insbesondere äussersten sich viele Leistungserbringer dahingehend, dass die Kriterien immer noch zu wenig konkret formuliert seien. Als Leistungserbringer könne man nicht abschätzen, wie der Kanton die verschiedenen Kriterien gewichte. Die Leistungserbringer lassen dabei aber ausser Betracht, dass das Bundesrecht den Kantonen in Artikel 58b KVV grossen Ermessensspielraum bei der Beurteilung der Listenkriterien Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zugang einräumt. Dieser Ermessensspielraum ist nötig, damit die Kantone nach pflichtgemäss ausgeübtem Ermessen die Leistungsaufträge an jene Spitäler erteilen können, die die Kriterien in ihrer Gesamtheit am besten erfüllen (vgl. auch den neuen Artikel 11a SpVV). Der Kanton Bern darf das ihm im Bundesrecht eingeräumte Ermessen nicht durch starre Vorgaben im kantonalen Recht ersetzen. Damit würde er Bundesrecht verletzen, d.h. sein Ermessen nicht pflichtgemäss ausüben. Ebenso hat der Kanton Bern die gestützt auf Bundesrecht ergangene Rechtsprechung zu berücksichtigen, was einer starren kantonalen Regulierung ebenfalls entgegensteht. Aufgrund weiterer Bemerkungen der Leistungserbringer wurde hingegen in Artikel 11d Absatz 1 Buchstaben a und b, die den Zugang der Patientinnen und Patienten zu den Spitalversorgungsleistungen in der Inneren Medizin, der Chirurgie und der akusomatischen Notfallversorgung konkretisieren, ein zusätzlicher Absatz 2 eingefügt, wonach Buchstabe a sinngemäss auch für den Zugang zu den Psychiatrieleistungen gilt. Zudem ist nun in Absatz 1 Buchstabe b präzisiert, dass es sich um Strassenkilometer und nicht Luftliniendistanz handelt.

Die Bestimmungen zur Spitalseelsorge erachten viele Leistungserbringer, deren Verbände und teilweise auch politische Parteien als zu detailliert oder möchten ganz auf sie verzichten. In Zusammenarbeit mit der JGK hat die GEF die Bestimmungen nun entschlackt und sich im Wesentlichen darauf konzentriert, die Anzahl Stellen im Seelsorgebereich festzulegen. Insbesondere wurde das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Seelsorgenden in Artikel 15a angepasst: Statt 300 Pflegenden zu 1 seelsorgenden Person liegt das Verhältnis nun bei 330 Pflegenden zu 1 seelsorgenden Person. Rechnung getragen wurde damit dem Umstand, dass vor allem kleinere Spitäler bis jetzt gar keine Spitalseelsorgerinnen oder Spitalseelsorger beschäftigen. Weiter werden mit der Anpassung die Bedenken vor zusätzlichen Kostensteigerungen berücksichtigt. Zudem gilt dieser neue Schlüssel für alle drei Versorgungsbereiche (Akusomatik, Psychiatrie und Rehabilitation), da insbesondere die Kommission Psychiatrie zu Recht ausführte, dass die Sonderstellung der Psychiatrie mit einem anderen Verteilschlüssel nicht nachvollziehbar ist. Um der oft erwähnten Überregulierung entgegenzutreten, wurde Artikel 15b wesentlich gekürzt. Neu werden nicht mehr die einzelnen Leistungen aufgezählt,

sondern es wird in genereller Weise verankert, dass die Listenspitäler durch geeignete Massnahmen allen Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörige unabhängig ihrer Religion den Zugang zu seelsorglichen Leistungen gewährleisten. Zudem wurden die organisatorischen Bestimmungen zur Spitalseelsorge aufgrund grosser Ablehnung im Rahmen der Konsultation gestrichen. Etliche Leistungserbringer brachten ein, soweit an Vorschriften zur Spitalseelsorge festgehalten werde, sei zudem auch die Finanzierung zu regeln. Soweit der Kanton aber die Kosten für die Spitalseelsorge hätte übernehmen wollen, müsste diese Finanzierung mit Blick auf Artikel 69 Absatz 4 Buchstabe c der Kantonsverfassung im SpVG verankert sein. Im SpVG fehlt eine solche Regelung, so dass eine kantonale Finanzierung ausser Betracht fällt.

Mit Blick auf die Bestimmungen zum Lebenszyklusmanagement machen vor allem die Leistungserbringer Wettbewerbsnachteile gegenüber Spitälern ausserhalb des Kantons Bern geltend. Bei diesen entfalle der Aufwand für die Erhebung der Daten des Lebenszyklusmanagements. Der Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER, zu dem alle Listenspitäler verpflichtet sind, regle die Bewertung von Immobilien ausreichend. Artikel 56 Absatz 1 SpVG verankert aber auf Gesetzesstufe, dass die Listenspitäler ein LZM über die Infrastruktur zu führen haben, wobei der Regierungsrat nach Absatz 3 das Nähere regelt. Diese Bestimmung ist vom Grossen Rat gesetztes Recht. Die Erhebungen nach Swiss GAAP FER zeigen nur den rechnerisch ermittelten, nicht aber den tatsächlichen bzw. physischen Zustand der Infrastruktur auf. Weiter führen einige Leistungserbringer sowie der VPSB aus, dass die Erfassung des Mobiliars zu weit gehe. Das LZM hat aber unter anderem zum Ziel, Aufschluss darüber zu geben, ob der Tarif die Investitionskosten zu decken vermag und die dafür vorgesehenen Mittel tatsächlich in die Infrastruktur fliessen. Aus diesem Grund hat der Nachweis über die gesamten Sachanlagen zu erfolgen.

Die Erhöhung der Pauschale für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung von 10 000 auf 15 000 Franken erachten insbesondere die Leistungserbringer, der VPSB und die Spitalversorgungskommission als zu gering, da die tatsächlichen Kosten darüber liegen. Sie regen an, den Betrag von 15 000 Franken als Mindestbetrag zu bezeichnen. Auf die Festlegung eines Mindestbetrags ist aber aus Sicht des Kantons zu verzichten, denn die Erhöhung des Betrags erfolgte im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten sowie mit Blick auf die Interkantonale Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung (WFV), die gegenwärtig den Kantonen vorliegt, um über den Beitritt zu dieser Vereinbarung zu entscheiden.

Die Bemerkungen zu den Bestimmungen über die Beiträge für medizinische Innovationen sind nicht zahlreich und wurden im Grundsatz gut aufgenommen. Unter anderem die Gesundheits- und Sozialkommission regte an, statt „Konsensgremium“ den Begriff „Beirat“ zu verwenden. weil „Konsensgremium“ den falschen Eindruck erwecke, es sei immer ein Konsens der Mitglieder erforderlich. Diese Änderung wurde im Verordnungstext aufgenommen. Ebenfalls aufgrund von zwei Anregungen aus den Konsultationsantworten wird in Artikel 40e Absatz 1 neu erwähnt, dass die Vorsteherin oder der Vorsteher des Spitalamts den Vorsitz des Beirats ohne Stimmrecht führt. Ausserdem enthält Artikel 40a Absatz 1 neu eine Einführung über den Zweck des Beirats.

Im Anhang 5 zur SpVV betrafen verschiedene Bemerkungen die Pflicht zur Lieferung der Kostenträgerdatensätze gemäss Ziffer 6 des Anhangs. Es wurde dabei die Auffassung vertreten, diese Datensätze seien nur für die Akutsomatik an die SwissDRG AG zu liefern. Dabei wird aber ausser Acht gelassen, dass der Kostenträgerdatensatz nicht vom Abgeltungssystem (im Akutsomatikbereich DRG) abhängt. Zudem hat die SwissDRG AG nach Artikel 49 Absatz 2 KVG gerade den Auftrag, Abgeltungssysteme für die Psychiatrie (TARPSY) und Rehabilitation (ST Reha) zu entwickeln. Anhang 5 Ziffer 6 der SpVV ist zudem übernommen aus der bereits geltenden SpVV und enthält somit keine materielle Neuerung.

Bern, 16. September 2015

Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor:  
*Perrenoud*