



**Vortrag der Gesundheits- und Fürsorge-  
direktion an den Regierungsrat zur  
Spitalversorgungsverordnung (SpVV)**

## Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage.....	1
2. Erläuterungen zu den Artikeln.....	1
3. Auswirkungen.....	39
4. Ergebnis der Konsultation.....	40

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

---

### **1. Ausgangslage**

Der Regierungsrat wird das totalrevidierte Spitalversorgungsgesetz (SpVG) in grossen Teilen auf den 1. Januar 2014 in Kraft setzen. Diese Inkraftsetzung erfordert es, dass auf diesen Zeitpunkt hin auch die Ausführungsbestimmungen in der Spitalversorgungsverordnung (SpVV) einer Totalrevision unterzogen werden.

Die vorliegende Verordnung ist in ihrem Aufbau der Struktur des revidierten SpVG angepasst worden. Zahlreiche Bestimmungen konnten aus der im Jahr 2005 beschlossenen und im November 2011 teilrevidierten SpVV übernommen werden.

Neben dem Kommissionswesen und der Konkretisierung der Versorgungsplanung regelt die SpVV insbesondere Näheres zu den Pflichten der Listenspitäler und Listengeburtshäuser, zu den Aufgaben und zur Finanzierung des Rettungswesens, zur Förderung des beruflichen Nachwuchses in den Gesundheitsberufen und zum Bewilligungs- und Aufsichtswesen in der Spitalversorgung. Im Rahmen dieser Revision wird indirekt auch die Sozialhilfeverordnung (SHV) geändert, indem dort die Bestimmungen über die Aus- und Weiterbildung in Wohn- und Pflegeheimen und in Spitex-Organisationen aufgenommen werden. Die gesetzliche Grundlage für diese neuen SHV Bestimmungen findet sich in Artikel 77b bis 77n des Sozialhilfegesetzes (SHG), welche im Rahmen der SpVG-Revision ebenfalls indirekt ins SHG eingefügt wurden.

Wie eingangs erwähnt, wird ein kleiner Teil der Bestimmungen des SpVG nicht am 1. Januar 2014 in Kraft treten, weil die zum Vollzug erforderlichen Verordnungsbestimmungen noch nicht abschliessend vorliegen. Die Verordnung wird mit diesen Bestimmungen zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt. So sieht das SpVG vor, dass in der SpVV eine Liste von zu unterstützenden ambulanten Leistungen sowie das Lebenszyklusmanagement für Infrastrukturen gemeinsam mit den Listenspitälern und Listengeburtshäusern detailliert geregelt wird und dass die Kriterien für die Auswahl auf die Spitalliste konkretisiert werden können. Die entsprechenden Grundlagen sollen nun in Zusammenarbeit mit betroffenen Kreisen erarbeitet werden, um sie danach in die SpVV aufzunehmen.

Die Massnahmen, die der Regierungsrat allenfalls noch vor dem 1. Januar 2014 und damit vor dem Inkrafttreten der vorliegenden Verordnung im Rahmen der Aufgaben- und Strukturüberprüfung (ASP 2014) ergreifen wird, sind in der vorliegenden Verordnung nicht abgebildet, sondern werden durch die Finanzdirektion in einem separaten Geschäft (zusammen mit weiteren Verordnungsänderungen aus allen Direktionen) erfasst. Diesfalls würde Artikel 27 Absatz 2 Buchstabe b nicht in der vorliegenden Fassung in Kraft treten.

### **2. Erläuterungen zu den Artikeln**

#### **Kommissionen**

#### **Allgemeine Bestimmungen**

Die folgenden Bestimmungen über die Kommissionen und die Ombudsstelle basieren auf Artikel 4 und 5 SpVG.

## **Artikel 1 (Wahl)**

In dieser Bestimmung werden die Absätze 1 und 1 von Artikel 5, 10, 14 sowie Artikel 4 Absatz 4, Artikel 9 Absatz 3 und Artikel 13 Absatz 3 der bisherigen SpVV zusammengeführt. Neu werden somit die für alle Kommissionen gleichermassen geltenden Regelungen als allgemeine Bestimmungen ausgestaltet, statt sie bei jeder Kommission zu wiederholen.

### **Absatz 1**

Der Regierungsrat wählt die Präsidentinnen oder Präsidenten der Kommissionen. Sofern es notwendig erscheint, dass die Direktorin oder der Direktor Mitglied einer Kommission ist, kann der Regierungsrat somit sie oder ihn ins Präsidium wählen.

Mit Bezug auf die Wahl der weiteren Kommissionsmitglieder macht der Regierungsrat von Artikel 4 Absatz 3 SpVG Gebrauch, wonach er durch Verordnung die Zuständigkeit zur Ernennung der Kommissionsmitglieder an die Gesundheits- und Fürsorgedirektion übertragen kann. Der Vortrag zu dieser Gesetzesbestimmung führt aus, dass diese Delegationsmöglichkeit den Regierungsrat von Geschäften entlasten soll, die er als politisch unbestritten erachtet. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion achtet auf eine ausgewogene Zusammensetzung der Kommission und beachtet die angemessene Vertretung beider Geschlechter nach Absatz 3.

### **Absatz 2**

Die einzelnen Kommissionsmitglieder sowie die Präsidentin oder der Präsident werden jeweils für eine Amtsperiode von vier Jahren gewählt. Wiederwahlen sind zulässig, um die Kontinuität in den Kommissionen sicherzustellen. Es besteht aber keine Pflicht zu Wiederwahl, falls der Regierungsrat zum Schluss kommt, dass die Kommission ihre Aufgaben mit neuen Personen besser erfüllen kann.

### **Absatz 3**

Die beiden Geschlechter sind angemessen vertreten. Betreffend die Vertretung beider Geschlechter wird zudem auf Artikel 37 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juni 1995 über die Organisation des Regierungsrates und der Verwaltung (Organisationsgesetz, OrG)<sup>1</sup> hingewiesen. Weiter sind auf Grund des übergeordneten Rechts auch die spezifischen Bedürfnisse der französischsprachigen Minderheit zu berücksichtigen (Art. 37 Abs. 3 OrG).

## **Artikel 2 (Organisation)**

In dieser Bestimmung werden die Artikel 7, 12 und 16 der bisherigen SpVV zusammengeführt, statt die für alle Kommissionen gleichermassen geltenden Regelungen bei jeder Kommission zu wiederholen.

Zur Entlastung der Kommissionsmitglieder führt das Spitalamt das Sekretariat der Kommissionen und erstellt insbesondere über jede Sitzung ein Protokoll. Es ist kein Wortprotokoll zu führen, sondern es sind die Beschlüsse und wichtigsten Erwägungen festzuhalten. Die Kommissionen legen in einem Reglement den formellen Rahmen ihrer Geschäftstätigkeit fest.

## **Artikel 3 (Entschädigung)**

In dieser Bestimmung werden Artikel 8, Artikel 12 Absatz 2 und Artikel 16 der bisherigen SpVV zusammengeführt, statt die für alle Kommissionen gleichermassen geltenden Regelungen bei jeder Kommission zu wiederholen.

<sup>1</sup> BSG 152.01

**Absatz 1**

Die Entschädigung der Kommissionsmitglieder ist in der Verordnung vom 2. Juli 1980 über die Taggelder und Reiseentschädigungen der Mitglieder staatlicher Kommissionen<sup>2</sup> geregelt.

**Absatz 2**

Soweit die Kommission Sachverständige beauftragt, handelt es sich um Vertragsverhältnisse in unterschiedlichem Umfang und unterschiedlichster Kostenintensität. Die Kommission stellt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion daher in jedem Einzelfall und mit Blick auf die konkreten Umstände Antrag betreffend der Höhe der Entschädigung für Sachverständige. Zuständig für die Festlegung der Entschädigung ist gemäss Absatz 2 die Gesundheits- und Fürsorgedirektion im Rahmen ihrer ordentlichen Ausgabenbefugnisse gemäss dem Gesetz vom 26. März 2002 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLG)<sup>3</sup> und der Verordnung vom 3. Dezember 2003 über die Steuerung von Finanzen und Leistungen (FLV)<sup>4</sup>.

**Artikel 4 (Fachausschüsse)**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 17 der bisherigen SpVV. Die Kommissionen können Fachausschüsse zur Beratung bestimmter Fragestellungen aus ihrem Fachbereich einsetzen. Dabei handelt es sich um Bereiche, bei denen es aus zeitlichen, organisatorischen oder fachlichen Gründen angemessen ist, ein auf die konkrete Fragestellung ausgerichtetes Gremium einzusetzen. Die genaue Aufgabe des Fachausschusses definiert die Kommission.

**Spitalversorgungskommission****Artikel 5**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 4 Absätze 1 und 3 sowie Artikel 6 der bisherigen SpVV.

**Absätze 1 und 2**

Die Spitalversorgungskommission besteht aus 20 bis 25 stimmberechtigten Mitgliedern. Die Zusammensetzung der Kommission gemäss Absatz 2 ist darauf ausgerichtet, die Interessen der Leistungserbringer, der Versicherer, der Patientenorganisationen und weiterer Organisationen des Gesundheitswesens in der Kommission abzubilden. Zur Gewährleistung des Informationsflusses gehören der Kommission auch je ein Mitglied der Kommission Psychiatrie und der Kommission Rettungswesen an.

**Absatz 3**

Die Spitalversorgungskommission nimmt bei Bedarf Stellung zu strategischen Entscheiden, welche der Regierungsrat oder die Gesundheits- und Fürsorgedirektion betreffend Spitalversorgung, insbesondere betreffend gesamtschweizerischen und internationalen Entwicklungen, Versorgungsplanung sowie Modellversuchen zu treffen haben. Die Kommission hat beratende Funktion, ihr kommen keine Entscheidbefugnisse zu.

<sup>2</sup> BSG 152.256

<sup>3</sup> BSG 620.0

<sup>4</sup> BSG 621.1

## **Kommission Psychiatrie**

### **Artikel 6**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 9 Absätze 1 und 2 sowie Artikel 11 der bisherigen SpVV.

#### **Absatz 1**

Erfahrungsgemäss ergeben sich im Bereich Psychiatrie regelmässig Fragen, bei welchen die Beratung durch ausserhalb der Kantonsverwaltung stehende Fachleute erforderlich ist. Aus diesem Grund wird die Kommission Psychiatrie beibehalten. Die Kommission Psychiatrie besteht aus 15 bis 20 stimmberechtigten Mitgliedern.

#### **Absatz 2**

Die Zusammensetzung der Kommission ist darauf ausgerichtet, die Interessen der Institutionen der Psychiatrieversorgung, der Patientenorganisationen und weiterer Fachbereiche in der Kommission abzubilden, wobei auch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion mit einem stimmberechtigten Mitglied vertreten ist. Die Kommission soll fachliches Wissen von Personen vereinigen, welche mit den verschiedenen Aspekten der Psychiatrieversorgung vertraut sind.

#### **Absatz 3**

Die Kommission nimmt bei Bedarf Stellung zu strategischen Entscheiden, welche der Regierungsrat oder die Gesundheits- und Fürsorgedirektion betreffend die Psychiatrieversorgung zu treffen haben, insbesondere betreffend gesamtschweizerische und internationale Entwicklungen, Versorgungsplanung und Modellversuchen im Bereich der Psychiatrie. Die Kommission hat gegenüber dem Regierungsrat und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion beratende Funktion, ihr kommen keine Entscheidbefugnisse zu.

## **Kommission Rettungswesen**

### **Artikel 7**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 13 Absätze 1 und 2 sowie Artikel 15 der bisherigen SpVV.

#### **Absätze 1 und 2**

Die Kommission Rettungswesen besteht aus 15 bis 20 stimmberechtigten Mitgliedern. Die Zusammensetzung der Kommission ist darauf ausgerichtet, die Interessen der Institutionen der Rettungsversorgung, der Patientenorganisationen und weiterer Fachbereiche in der Kommission abzubilden, wobei auch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion mit einem stimmberechtigten Mitglied vertreten ist. Die Kommission soll ärztliches, organisatorisches sowie technisches Wissen vereinigen und zudem die Bedürfnisse und Ansichten der Patientinnen und Patienten kennen. Aus diesem Grund müssen der Kommission Ärztinnen und Ärzte angehören, die in Notfallmedizin ausgebildet sind oder über Erfahrung im Rettungswesen verfügen. Weiter sind Mitglieder ohne ärztliche Ausbildung erforderlich, welche in Rettungsdiensten tätig sind und somit ihre Erfahrung in Betrieb und Technik eines Rettungsdienstes einbringen können. Damit die Kommission die Bedürfnisse und Ansichten der Patientinnen und Patienten kennt, müssen darin auch die Patientenorganisationen vertreten sein.

#### **Absatz 3**

Die Kommission nimmt bei Bedarf Stellung zu strategischen Entscheiden, welche der Regierungsrat oder die Gesundheits- und Fürsorgedirektion betreffend die Versorgung mit Rettungsleistungen zu treffen haben, insbesondere betreffend gesamtschweizerische und inter-

nationale Entwicklungen, Versorgungsplanung sowie Modellversuchen im Bereich des Rettungswesens. Gestrichen gegenüber Artikel 15 der bisherigen SpVV wurden die Stellungnahmen zu Investitionsplanungen, weil die Investitionen gemäss revidiertem SpVG im genormten Betriebsaufwand enthalten sind und die bisherigen Investitionsgesuche entfallen. Die Kommission hat gegenüber dem Regierungsrat und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion beratende Funktion, ihr kommen keine Entscheidbefugnisse zu.

## **Ombudsstelle**

### **Artikel 8 Leistungsvertrag**

Diese Bestimmung entspricht im Wesentlichen Artikel 18 der bisherigen SpVV. Gegenstand des Leistungsvertrags war gemäss dieser bisherigen Verordnungsbestimmung, eine Ombudsstelle für das Spitalwesen zu führen. Damit waren praxisgemäss jene Spitäler gemeint, die der Kanton finanzierte. Da der Kanton zufolge des revidierten KVG sämtliche Listenspitäler und auch Listengeburtshäuser finanziert und Artikel 5 SpVG zudem dem Regierungsrat die Kompetenz zur Einrichtung einer Ombudsstelle für Patientinnen und Patienten des Rettungswesens gibt, wurde in der vorliegenden neuen Verordnungsbestimmung der Geltungsbereich des Leistungsvertrags auf Patientinnen und Patienten der Listenspitäler, der Listengeburtshäuser und der Leistungserbringer des Rettungswesens (Sanitätsnotrufzentrale, Regionale Rettungsdienste sowie die weiteren Leistungserbringer nach Artikel 87 SpVG und die Kantonale Rettungsorganisation) erweitert.

Der Regierungsrat schliesst mit einer geeigneten bestehenden oder allenfalls noch zu gründenden Institution oder mit einer geeigneten Person einen Leistungsvertrag zur Führung der Ombudsstelle ab. Spitalinterne Ombudsstellen der Leistungserbringer sind davon nicht tangiert.

### **Artikel 9 (Aufgaben)**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 20 der bisherigen SpVV.

#### **Absatz 1**

Die Aufgabe der Ombudsstelle besteht darin, zwischen den Beteiligten zu vermitteln und einvernehmliche Lösungen vorzuschlagen. In der Praxis dürfte es vorkommen, dass sich gleichzeitig allgemeine Fragen zum Behandlungsverhältnis und Fragen zum Datenschutz stellen. In diesen Fällen wird es kaum sinnvoll sein, wenn sich sowohl die Ombudsstelle als auch die zuständige Aufsichtsstelle für Datenschutz damit befassen. Solche Fälle müssten umfassend von der Ombudsstelle behandelt werden, allenfalls unter Beizug der zuständigen Aufsichtsstelle für Datenschutz. Geht es hingegen ausschliesslich um Fragen des Datenschutzes und gelangt die betroffene Person an die Ombudsstelle, wird sie die Patientin oder den Patienten an die Aufsichtsstelle für Datenschutz verweisen müssen.

Die Ombudsstelle tangiert die allfälligen spitalinternen Ombudsstellen und deren laufende Verfahren nicht, ist also unabhängig von Ihnen.

Die Ombudsstelle hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde der Leistungserbringer nur dann zu informieren, wenn sie aufsichtsrechtliche Massnahmen im Zuständigkeitsbereich der Gesundheits- und Fürsorgedirektion als angezeigt erachtet und wenn die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist.

**Absatz 2**

Die Patientin oder der Patient kann das Bedürfnis haben, sich bei der Ombudsstelle in einem ersten Schritt neutral zu informieren. Allenfalls will sie oder er erst in einem zweiten Schritt das Einverständnis zu einer Sachverhaltsabklärung mit Einbezug der Behandlungsdokumentation oder des beteiligten Spitalpersonals geben. Die Ombudsstelle darf daher nur im Einverständnis mit der Patientin oder dem Patienten Einsicht in die Behandlungsdokumentation nehmen. Auch eine Stellungnahme des beteiligten Personals setzt das ausdrückliche Einverständnis der Patientin oder des Patienten voraus.

**Artikel 10 (Kontaktnahme)**

Diese Bestimmung entspricht im Wesentlichen Artikel 19 der bisherigen SpVV. Sie wurde aber mit Blick auf Artikel 5 SpVG auf die Leistungserbringer des Rettungswesens ausgedehnt.

**Absatz 1**

Damit die Patientinnen und Patienten ohne formale Hindernisse Zugang zur Ombudsstelle haben, können sie ihre Beanstandungen schriftlich oder mündlich mitteilen.

**Absatz 2**

Können Patientinnen oder Patienten ihre Rechte nicht selber wahrnehmen, steht dieses Recht den ihnen nahe stehenden Personen oder den gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertretern zu. Als nahe stehende Person gilt eine Person, zu welcher die Patientin oder der Patient eine enge Beziehung und dadurch ein besonderes Vertrauen hat. Ob es sich dabei um verwandte oder befreundete Personen handelt, ist nicht massgebend.

## Spitalversorgung

**Finanzkontrolle****Artikel 11 (Finanzkontrolle)**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 96 Absatz 1 der bisherigen SpVV wurde aber auf alle Listenspitäler und Listengeburtshäuser ausgedehnt, weil sie neu nach Art. 49 und 49a KVG Staatsbeiträge erhalten.

Die Aufgaben der Finanzkontrolle sind in Artikel 14 bis 17 des Gesetzes vom 1. Dezember 1999 über die Finanzkontrolle (KFKG)<sup>5</sup> geregelt. Die Finanzkontrolle prüft nach Artikel 16 Buchstabe a KFKG, wie die Empfänger von Staatsbeiträgen diese Beiträge verwenden. Somit unterliegen sämtliche Listenspitäler und Listengeburtshäuser neu der Prüfung durch die Finanzkontrolle. Aktiengesellschaften mit kantonaler Beteiligung unterliegen nicht ausdrücklich dem Kontroll- und Aufsichtsbereich der Finanzkontrolle. Die Prüfung der Ordnungsmässigkeit der Rechnungsführung und Rechnungslegung obliegt grundsätzlich den aktienrechtlichen Revisionsstellen. Gemäss Artikel 3 KFKG übt die Finanzkontrolle ihre Tätigkeit nach den Bestimmungen des KFKG und nach anerkannten Revisionsgrundsätzen aus. Aus den anerkannten Revisionsgrundsätzen, namentlich aus den Berufsstandards der Internen Revision, ist hingegen abzuleiten, dass die Finanzkontrolle die finanziellen Risiken zu beurteilen hat, die sich aus den Beziehungen des Kantons zu ihm nahe stehenden Organisationen ergeben, ins-

<sup>5</sup> BSG 622.1



besondere zu den privatrechtlichen Trägern öffentlicher Aufgaben. Zu prüfen sind Sachverhalte mit einem wirtschaftlichen, rechtlichen oder politischen Bezug zum kantonalen Finanzhaushalt (konsolidierte Betrachtungsweise der Risikobeurteilung). Dieser Auftrag zur Durchführung von Risikobeurteilungen und Analysen im Risikomanagement im Sinne der konsolidierten Betrachtungsweise ist in der Leistungsvereinbarung der Finanzkontrolle mit dem Grossen Rat und dem Regierungsrat festgehalten. Vor diesem Hintergrund regelt Absatz 1, in welchem Ausmass die Finanzkontrolle des Kantons Bern Einsicht in die Geschäftsunterlagen der Listenspitäler und Listengeburtshäuser nehmen darf. Auf diese Einsichtsrechte ist die Finanzkontrolle angewiesen, um ihren Auftrag gemäss Leistungsvereinbarung mit dem Grossen Rat erfüllen zu können.

## **Eigentümerstrategie**

### **Artikel 12 (Vorbereitung der Beschlüsse)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 22 SpVG und entspricht Artikel 94 Absatz 2 der bisherigen SpVV.

Der Finanzdirektion obliegt die Koordination der gesamtstaatlichen Prozesse bezüglich der kantonalen Beteiligungen und sie übernimmt (unter Einbezug der VKU) die Federführung bei der Bearbeitung von grundsätzlichen Fragestellungen, die sich bei den kantonalen Beteiligungen ergeben.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion betreut die Beteiligungen der Spitalaktiengesellschaften und bereitet die notwendigen Beschlüsse des Regierungsrats vor, die sie vorgängig der Finanzdirektion zum Mitbericht unterbreitet. Dazu gehören auch jene, die im Rahmen der Eigentümerstrategie erforderlich sind. Innerhalb der Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist für die Vorbereitung und Umsetzung der Eigentümerstrategie das Generalsekretariat zuständig.

### **Artikel 13 (2. Inhalt)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 23 SpVG und entspricht im Wesentlichen Artikel 95 der bisherigen SpVV. In Absatz 1 wurden aber die Steuerungsinstrumente an das revidierte KVG und an das revidierte SpVG angepasst und dementsprechend die Leistungsaufträge als Hauptsteuerungsinstrument gestrichen.

#### **Absatz 1**

Die Eigentümerstrategie richtet sich nach dem Grundsatz, dass der Kanton die Versorgung der Bevölkerung mit Spital- und Rettungsleistungen vorrangig durch die Versorgungsplanung, die Spital- Geburtshausliste, die Genehmigung und Festsetzung von Tarifen nach KVG sowie durch die Abgeltungen und Beiträge nach SpVG gewährleistet. Der Kanton gibt somit einer trägerschaftsneutralen Steuerung der Erbringer von Spital- und Rettungsleistungen den Vorrang. Er steuert die Spitalversorgung primär über die in SpVG und KVG vorgegebenen Instrumente und nur subsidiär über eine Eigentümerfunktion.

Als Inhaber von Aktien und damit Eigentümer der Gesellschaften lässt der Kanton gemäss Artikel 25 SpVG den Regionalen Spitalzentren den nötigen betrieblichen Handlungsspielraum. Diese Handlungsspielräume werden auch den kantonalen psychiatrischen Kliniken und den UPD gegeben, sobald sie nach Artikel 148 SpVG als Aktiengesellschaften verselbständigt sein werden (Art. 32 und 37 SpVG).

#### **Absatz 2**

Diese Bestimmung zählt die Inhalte der Eigentümerstrategie auf. Dabei handelt es sich nicht um eine abschliessende Aufzählung. Bei den in Buchstabe a erwähnten personalpolitischen

Zielen sowie der Ausgestaltung der Statuten in Buchstabe d geht es auch darum, die gleichstellungspolitischen Ziele des Regierungsrates hinreichend zu berücksichtigen. Bei den in Buchstabe d erwähnten Anforderungen zur Bezeichnung einer Revisionsstelle wird angestrebt, dass alle Aktiengesellschaften der Regionalen Spitalzentren die gleiche Revisionsstelle wählen, um Synergien zu nutzen. Gleiches gilt für die Universitären Psychiatrischen Dienste und die Regionalen Psychiatrischen Dienste ab dem Zeitpunkt ihrer Verselbstständigung nach Artikel 148 SpVG.

## **Administrative Zuordnung des Inselspitals**

### **Artikel 14**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 74 der bisherigen SpVV. Das Inselspital ist hinsichtlich der nach SpVG geregelten Leistungserbringung administrativ der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zugeordnet. Die Leistungserbringung im Bereich der Lehre und Forschung wird durch besondere Vereinbarungen gestützt auf die Universitätsgesetzgebung geregelt (vgl. Art. 34 Abs. 2 und Art. 39 Abs. 1 SpVG). Artikel 53 des Universitätsgesetzes hält in den Absätzen 1 und 2 fest, dass die Universität mit den Universitätsspitalern oder mit anderen Leistungserbringern Verträge über die Übertragung von Aufgaben in Lehre und Forschung abschliesst und dass diese Verträge der Genehmigung durch den Regierungsrat bedürfen. In dieser Hinsicht ist die Erziehungsdirektion administrativ zuständig.

## **Verhältnis der Universitätsspitäler zur Universität**

### **Artikel 15**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 76 der bisherigen SpVV.

#### **Absatz 1**

Gemäss Artikel 39 Absatz 2 SpVG stehen den Universitätsspitalern und der Universität gegenseitig angemessene Vertretungsrechte in ihren Führungsorganen zu, und der Regierungsrat regelt die Einzelheiten durch Verordnung. Im Jahr 1998 hat eine Koordinationsgruppe - bestehend aus Vertretern des Inselspitals, der Universität, der Erziehungsdirektion sowie der Gesundheits- und Fürsorgedirektion - dem Regierungsrat den Bericht „Zusammenarbeit Medizinische Fakultät / Inselspital“ sowie das „Konzept für die Neuorganisation des Inselspitals und der Medizinischen Fakultät, die Departementalisierung und die Zusammenarbeit zwischen Inselspital und Universität“ unterbreitet. Dieser Bericht und das Konzept enthalten Vorschläge über die gegenseitige Vertretung des Inselspitals und der Universität in den Führungsorganen. Der Regierungsrat hat den Bericht und das Konzept am 16. September 1998 zustimmend zur Kenntnis genommen. Er hat die Erziehungsdirektion sowie die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beauftragt, die Folgearbeiten für die Anpassungen der Reglemente und Verordnungen zu veranlassen. Absatz 1 der vorliegenden Bestimmung fasst die zu beachtenden Vertretungsrechte zusammen. Ihre Verankerung in der vorliegenden Verordnung führt dazu, dass sie für die Universität und das Inselspital verbindlich sind. Verschiedene der gegenseitigen Vertretungsrechte sind im Fakultätsreglement sowie im Stiftungsreglement des Inselspitals aufgenommen.

#### **Absatz 2**

Für die gegenseitige Vertretung in den Führungsorganen des psychiatrischen Universitätsspitals und der Universität gelten Absatz 1 Buchstaben c bis e sowie Buchstabe g sinngemäss. Absatz 1 Buchstaben a, b und f betreffen demgegenüber die gegenseitige Vertretung in der Universitätsleitung und im Verwaltungsrat der InselspitalStiftung als obere Führungsorgane.

Diese Vertretung entfällt zwischen der Universität und dem Regierungsrat als oberstes Führungsorgan der Universitären Psychiatrischen Dienste.

### **Absatz 3**

Diese Bestimmung legt fest, dass assistenz- und oberärztliche Vertretungen der beiden Universitätsspitäler (Inselspital und Universitäre Psychiatrische Dienste) dem medizinischen Fakultätskollegium angehören. Diese Vertretungen sind bereits im Fakultätsreglement verankert. Ihre Aufnahme in die SpVV erhebt sie zu übergeordnetem Recht.

## **Pflichten der Listenspitäler und Listengeburtshäuser**

### **Artikel 16 (Rechnungslegungsstandard)**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 77d der bisherigen SpVV. Sie wurde aber mit Buchstabe c ergänzt. Die Bestimmung basiert auf Artikel 54 Absatz 3 SpVG und legt die von den Listenspitälern und Listengeburtshäusern zu verwendenden Rechnungslegungsstandards fest. Der Kanton ist zur Erfüllung seiner Aufgaben auf spitalspezifische Rechnungslegungen angewiesen. Er muss beispielsweise beurteilen können, ob ein Spital nachhaltig fortgeführt werden kann und ob es wirtschaftlich arbeitet. Es ist deshalb vorzusehen, dass die Spitäler einen Rechnungslegungsstandard anwenden müssen, der die Bildung von stillen Reserven verhindert und zusätzlich den spitalspezifischen Informationsbedürfnissen des Kantons Rechnung trägt, ohne dass die Anwendung des Standards zu aufwändig wird. Eine Rechnungslegung nach Obligationenrecht erfüllt diese Anforderungen nicht. Mit GAAP FER<sup>6</sup> steht den schweizerischen Unternehmen ein taugliches Gerüst für eine aussagekräftige Rechnungslegung zur Verfügung, das ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage („true and fair view“) vermittelt. Das Kantonsspital St. Gallen wendet diesen Standard bereits seit einigen Jahren an. Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser können bei ihrer Rechnungslegung anstelle von GAAP FER auch IFRS<sup>7</sup> verwenden, da dieser Abschluss hinsichtlich Offenlegung und Detaillierungsgrad weiter geht als der Schweizer Standard und international tätige Spitalgruppen allenfalls ein Interesse haben, diesen Standard anwenden zu können.

Die kantonalen psychiatrischen Kliniken und die UPD können bis zu ihrer Verselbständigung keinen der oben erwähnten Rechnungslegungsstandards anwenden, da sie Teil der Kantonsbuchhaltung sind. Deshalb ist als weiterer Rechnungslegungsstandard in Buchstabe c IPSAS<sup>8</sup> zu verankern.

Die Leistungserbringer und die Revisionsstellen wenden die jeweils für das betreffende Jahr gültige Fassung der Standards an.

### **Artikel 17 (Kostenrechnungsstandard)**

Diese Bestimmung entspricht im Wesentlichen Artikel 77e der bisherigen SpVV. Der Unterschied liegt darin, dass sie den Kostenrechnungsstandard noch genauer hinsichtlich massgebender Fassung des Handbuchs bezeichnet. Die Bestimmung basiert auf Artikel 55 Absatz 2 SpVG und legt den von den Listenspitälern zu verwendenden Kostenrechnungsstandard fest. Dieser muss das vollständige Abbild für die Kostentransparenz sicherstellen, um den Vergleich der Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu ermöglichen. Die Vorgaben der Verordnung vom 3.

<sup>6</sup> GAAP=Generally Accepted Accounting Principles; allgemein anerkannte Rechnungslegungsstandards; FER: Fachempfehlung zur Rechnungslegung

<sup>7</sup> IFRS=International Financial Reporting Standards

<sup>8</sup> IPSAS=International Public Sector Accounting Standards

Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)<sup>9</sup> betreffend Kostenrechnung vermögen dies nicht zu gewährleisten. Deshalb verpflichtet die vorliegende Bestimmung die Listenspitäler zur Kostenrechnung nach REKOLE<sup>®10</sup>.

## **Artikel 18 (Lebenszyklusmanagement; 1. Umfang)**

### **Vorbemerkung**

Die Bestimmungen, die der Grosse Rat in der März-Session 2013 zum Lebenszyklusmanagement beschlossen hat, weichen von denjenigen ab, die der Regierungsrat in Artikel 11 und 12 der Einführungsverordnung vom 2. November 2011 zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (EV KVG)<sup>11</sup> verankert hat. Insbesondere hat der Grosse Rat eine Bestimmung aufgenommen, wonach die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gemeinsam mit den Listenspitälern und Listengeburtshäusern die aus dem Lebenszyklusmanagement darzustellenden Kennzahlen, die Periodizität sowie die abzugebende Form der Daten definiert. Zu diesem Zweck ist bereits eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingesetzt. Bis zum Vorliegen dieser Definitionen basiert der Vollzug des Lebenszyklusmanagements gestützt auf Artikel 151 SpVG noch auf den Bestimmungen zum Lebenszyklusmanagement, die der Regierungsrat auf den 1. Januar 2012 hin im Rahmen von dringlichem Verordnungsrecht mit der erwähnten EV KVG geschaffen hat. Es handelt sich dabei um Artikel 11 Absatz 1 und 2 EV KVG. Diese beiden Bestimmungen werden zudem der Klarheit halber als Artikel 18 Absatz 1 und 2 in vorliegende die neue SpVV übernommen.

Artikel 12 EV KVG verweist auf die Artikel 77a bis 77c der Spitalversorgungsverordnung vom 30. November 2005. Diese Verordnung wird totalrevidiert und durch die vorliegende neue (totalrevidierte) SpVV ersetzt. Artikel 18 Absatz 3 bis 5 und Artikel 19 entsprechen den Artikeln 77a und 77c der bisherigen SpVV.

Der Sinn zur Führung eines Lebenszyklusmanagements liegt in folgenden Umständen begründet:

Das KVG steuert die Spitalversorgung mit Versorgungsplanung und Spitalliste, wie sich aus Artikel 39 KVG und Artikel 58a bis 58e KVV ergibt. Die Investitionsfinanzierung der Listenspitäler und Listengeburtshäuser erfolgt nach Artikel 49 Absatz 1 KVG grundsätzlich leistungsbezogen. D. h., die Listenspitäler und Listengeburtshäuser erhalten vom Kanton und vom Versicherer für jede Behandlung eine Vergütung, die auch einen Investitionsanteil enthält. Das gesamte Anlagevolumen ist somit mit diesem KVG-Investitionsanteil sowie Investitionsanteilen aus anderen Abgeltungen zu refinanzieren. Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser haben deshalb künftig ihre Investitionsentscheide auf die zu erwartenden Tarife und das zu erwartende Patientinnen- und Patientenaufkommen auszurichten. Sie sind damit einhergehend auch dafür verantwortlich, die Finanzierung der für die Erfüllung ihres Leistungsauftrags erforderlichen Infrastruktur sicherzustellen.

Zu berücksichtigen ist aber, dass der Kanton gemäss Artikel 41 Absatz 1 der Verfassung des Kantons Bern für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen und die dafür notwendigen Einrichtungen bereitzustellen hat. Es kann nun mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, Leistungen von bestehenden Listenspitälern kurzfristig zu ersetzen. Für den Kanton kommt deshalb der laufenden Kenntnis bezüglich der Instandhaltung der Infrastruktur erhöhte Bedeutung zu. Vernachlässigter Unterhalt oder Fehlinvestitionen (bspw. wenn ein Leistungserbringer mehr investiert, als er aufgrund der Investitionspauschale refinanzieren kann, oder wenn er in Infrastrukturen investiert, die für die Erfüllung des Leistungsauftrags nicht zweckdienlich sind), müssen frühzeitig erkannt werden können, um bezüglich allfälliger Konsequenzen auf die Versorgungssicherheit

<sup>9</sup> SR 832.104

<sup>10</sup> REKOLE<sup>®</sup>: Revision der Kosten- und Leistungsrechnung

<sup>11</sup> BSG 842.111.2

reagieren zu können. Zu diesem Zweck regelt die vorliegende Bestimmung, dass die Listenspitäler und Listengeburtshäuser ein Lebenszyklusmanagement führen.

Daten aus der Finanzbuchhaltung (vgl. Art. 16) und aus der Kostenrechnung (vgl. Art. 17) eines Leistungserbringers sind Bestandteile des Lebenszyklusmanagements. Sie geben jedoch keine Auskunft über den effektiven Zustand der Infrastruktur (ob ein gezielter und nachhaltiger Unterhalt durchgeführt wird, ob die Betriebssicherheit gewährleistet ist usw.) und über die Wiederbeschaffungskosten (bezogen auf die vorliegende betriebliche und bauliche Ausgangssituation). Deshalb sind – zusätzlich zu den bereits vorliegenden Daten – Instrumente zur Erfassung des effektiven Zustandes und zur Ermittlung der konkreten individuellen Wiederbeschaffungskosten notwendig.

Diese Instrumente liegen teilweise bereits vor (Erfassung des effektiven Zustandes im Rahmen der Ausgleichregelung der vormals öffentlichen Spitäler) oder werden nach Artikel 56 Absatz 3 SpVG in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern definiert. Der effektive Zustand und die künftigen Wiederbeschaffungskosten sind für die Betriebsführung in jedem Fall notwendig. Der Leistungserbringer müsste diese Instrumente somit ohnehin bereits für seine eigenen Zwecke erheben. Damit wird der Aufwand bei den Leistungserbringern wie auch bei der GEF so klein wie möglich gehalten.

Mit der vorliegenden Bestimmung wird keine Bewilligungspflicht für die Investitionen der Spitäler eingeführt, sondern nur eine Kontrolle der notwendigen Investitionen vorgenommen, die für die Kalkulation der Kosten gemäss Artikel 8 Absatz 1 VKL erforderlich sind. Solche Kontrollen sind gemäss Bundesgerichtsurteil der zweiten öffentlich-rechtlichen Abteilung vom 10. Juli 2012 betreffend Kanton Tessin zulässig (2C\_796\_2011).

### **Absatz 1**

Da es mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, Leistungen von bestehenden Listenspitälern kurzfristig zu substituieren, muss die betriebswirtschaftliche Freiheit der Spitäler überwacht bzw. in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Die zu schaffenden Instrumente zur Sicherstellung der aktuellen und künftigen Infrastruktur sind jedoch strikt auf die für die primäre Aufgabenerfüllung notwendige Infrastruktur zu beschränken und der dafür notwendige Aufwand ist zu minimieren.

Die Einführung einer effizienten Zustands- und Unterhaltsüberwachung seitens des Kantons setzt voraus, dass die zu kontrollierenden Spitäler selbst ein entsprechendes Monitoring in ihrem Bereich betreiben, oder mindestens die dazu notwendigen Basisdaten pflegen. Deshalb verlangt der Kanton, dass die Spitäler ein genormtes und damit vergleichbares Lebenszyklusmanagement ihrer Infrastrukturen führen. Dabei sollen Daten erfasst werden, welche für die spitaleigenen Aufgaben ohnehin benötigt werden.

### **Absatz 2**

Das Lebenszyklusmanagement umfasst alle Tätigkeiten und Maßnahmen zur ökonomischen und ökologischen Optimierung des Betriebs und Unterhalts von Infrastrukturanlagen während der gesamten Lebensdauer. Die dabei anfallenden Lebenszykluskosten umfassen demzufolge die Errichtung, das Betreiben und die Entsorgung.

Die Bau-, Verkehrs-, und Energiedirektion liefert die technischen Daten für das Lebenszyklusmanagement der kantonalen Institutionen der Psychiatrieversorgung.

Um den Zustand der Infrastruktur nach allgemein anerkannten Benchmarks vergleichen zu können, benötigt das Spitalamt die Daten der Leistungserbringer. Mit der Auswertung dieser Daten soll aufgezeigt werden, über welche Infrastruktur der Leistungserbringer verfügt, in welchem Zustand sie sich befindet und ob sie mit den Einnahmen aus der Leistungsabgeltung refinanziert werden kann.

**Absatz 3**

Die Infrastruktur im Sinne dieser Bestimmung der Listenspitäler und Listengeburtshäuser umfasst alle Bereiche, welche über den Tarif gemäss Artikel 49a KVG finanziert werden. Die übrigen Bereiche bzw. Infrastrukturen (z.B. Parkhaus, ambulanter Bereich mit Abrechnung über den Tarmed-Tarif, Blutspendedienst, Arztpraxen, usw.) sind nachweislich kostendeckend zu führen.

**Absatz 4**

Die Infrastruktur, die im Lebenszyklusmanagement zu erfassen und zu planen ist, beinhaltet alle Anlagen, Einrichtungen und Ausstattungen welche über den Tarif gemäss Artikel 49a KVG finanziert werden. In Absatz 4 beispielhaft aufgezählt sind die Gebäude, die Medizintechnik, die Informatik und das Mobiliar.

**Absatz 5**

Für eine einheitliche Datenaufbereitung und Datenlieferung der Leistungserbringer bildet der Spitalbau-Kostenplan der schweizerischen Zentralstelle für Baurationalisierung (CRB) die Grundlage. Die CRB entwickelt zusammen mit den Fachverbänden und im Auftrag der schweizerischen Bauwirtschaft klare Standards für die Planung, Ausführung und Bewirtschaftung von Bauwerken. Der Spitalbau-Kostenplan basiert auf dem Baukostenplan (BKP) und ist mit spital-spezifischen Kostenstellen ergänzt. Die gültige Version stammt aus dem Jahr 2003.

**Artikel 19 (2. Auswertung)**

Diese Bestimmung entspricht Artikel 77c der bisherigen SpVV.

**Absatz 1**

Mit den Daten, welche die Gesundheits- und Fürsorgedirektion von den Listenspitälern und Listengeburtshäusern nach Artikel 11 Absatz 2 EV KVG in Verbindung mit Artikel 18 der vorliegenden Verordnung erhält, wird u.a. die Zusammensetzung und der Zustand des Anlagevolumens überwacht und geprüft und ob der Unterhalt an der Infrastruktur dem Leistungsauftrag entsprechend ausgeführt wird. Zudem wird auch ermittelt, ob das Anlagevolumen mit den aus den KVG-Tarifen erhaltenen Investitionsanteilen finanziert bzw. refinanziert werden kann.

**Absatz 2**

Die Auswertung der Daten wird durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion in einem Bericht zusammengefasst.

**Absatz 3**

Dieser Bericht wird dem Regierungsrat zur Kenntnis gebracht. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion bespricht die Resultate bei Abweichung von Normzahlen mit den einzelnen Listenspitälern und Listengeburtshäusern, damit diese bei Bedarf entsprechende Anpassungen in der Strategie vornehmen. Der Zweck des Dialogs ist zudem in den Vorbemerkungen zu Artikel 18 zusätzlich erläutert.

## Finanzierung

### Artikel 20 (Pauschale Abgeltung)

Diese Bestimmung entspricht inhaltlich Artikel 43 der bisherigen SpVV, sie wurde lediglich sprachlich angepasst.

Die Pauschale nach Artikel 49 ff. des bis Ende 2011 geltenden KVG entsprach lediglich der Vergütung, die der Versicherer für die stationäre Behandlung in öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern zu übernehmen hatte. Sie betrug höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten. Den Rest hatten die Kantone (ausserhalb des KVG) zu übernehmen. Der Kanton Bern schloss daher nach Artikel 16 in Verbindung mit Artikel 30 des bisherigen SpVG Leistungsverträge mit den Spitälern ab. Über dieses Leistungsvertragsinstrument konnte er Einfluss auf die Kosten für die stationäre Behandlung nehmen: Er konnte die Menge der stationären Leistungen und deren Abgeltung im Einvernehmen mit den Leistungserbringern regeln und damit steuern, wie es dem Leistungsvertragsgedanken entspricht (vgl. auch Vortrag zu Artikel 58 des neuen SpVG, der das bisherige System erläutert). Die aus den Leistungsverträgen geschuldeten Zahlungen legte der Kanton im Folgejahr des betreffenden Abrechnungsjahres durch Verfügung fest (Art. 43 des bisherigen SpVV).

Gemäss dem nun geltenden KVG entspricht die Pauschale nach Artikel 49 Absatz 1 KVG nicht mehr nur der Vergütung, die der Versicherer für die stationäre Behandlung in den Listenspitälern zu übernehmen hat. Vielmehr übernehmen nach Artikel 49a Absatz 1 KVG der Versicherer und der Kanton die Vergütung anteilmässig. Nach Artikel 49a Absatz 3 KVG entrichtet der Kanton seinen Anteil direkt dem Spital und vereinbart die Modalitäten mit dem Spital. Dabei handelt es sich aber nicht um einen Leistungsvertrag, da der Kanton weder Menge noch Abgeltung bestimmen kann. Beides ist neu durch das KVG vorgegeben.

Das Bundesrecht enthält keine Regelung darüber, in welcher Form der Kanton seinen Anteil an der Vergütung nach Artikel 49a KVG an das Spital entrichtet: Das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist nicht auf die Artikel 43 bis 55 KVG anwendbar, wie sich aus Artikel 1 Absatz 2 KVG ergibt. Ebenso finden sich im fünften Titel des KVG keine Bestimmungen über das Verfahren und die Rechtspflege betreffend Entrichtung des kantonalen Vergütungsanteils an die Listenspitäler.

Aus diesem Grund ist zur Klärung der Frage, in welcher Form der Kanton seinen Anteil entrichtet, auf das kantonale Recht zu greifen. Nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes vom 29. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) regelt die Behörde öffentlichrechtliche Rechtsverhältnisse mit einer Verfügung, es sei denn, das Gesetz sehe ausdrücklich etwas anderes vor oder verweise zur Streiterledigung auf den Klageweg. Dieser sogenannte Vorrang der Verfügung kommt somit auch zum Zug, um die Pauschale nach Artikel 58 SpVG an die Listenspitäler zu entrichten. Lediglich der Klarheit halber wird daher in der vorliegenden Verordnungsbestimmung festgehalten, dass das Spitalamt die pauschale Abgeltung nach Artikel 58 SpVG im Folgejahr des betreffenden Abrechnungsjahres durch Verfügung abrechnet.

Die Abgeltung in Form der Verfügung hat zudem den Vorteil, dass das Listenspital gegen die Verfügung des Spitalamts Verwaltungsbeschwerde bei der GEF einlegen kann und diesen GEF-Entscheid sodann mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim bernischen Verwaltungsgericht anfechten könnte. Das – wie dargelegt – vorliegend nicht zur Anwendung kommende Instrument des Leistungsvertrags würde dagegen keinen zweistufigen Rechtsweg ermöglichen, sondern nur die Klage vor dem bernischen Verwaltungsgericht.

## **Artikel 21 bis 24**

### **Vorbemerkung**

Das revidierte SpVG sieht in Artikel 70 ff. vor, dass der Kanton den Listenspitälern (neben der ordentlichen Leistungsabteilung nach Art. 49a KVG) unter anderem Beiträge für Restrukturierungen sowie Bürgschaften und Darlehen zur Sicherstellung der Liquidität gewähren kann (vgl. Art. 70 bis 75). Die Gewährung von Darlehen erfolgt nach FLG, soweit die Spitalversorgungsgesetzgebung als *lex specialis* nichts Abweichendes regelt. Die Verfügung über die Gewährung eines Darlehens legt den Umfang, die Laufdauer, die Rückzahlung und die Verzinsung des Darlehens fest.

Mit der vorliegenden Regelung, die im Rahmen des Mitberichtsverfahrens mit der Finanzdirektion erarbeitet wurde, sollen folgende Zielsetzungen erreicht werden:

- Der Kanton soll nicht in den Markt eingreifen. Vielmehr ist es seine Aufgabe, Darlehen zu gewähren, wenn der Markt solche nicht zu leisten bereit ist, diese aber aus versorgungsmässiger Sicht notwendig sind. Dies setzt insbesondere voraus, dass die Konditionen – trotz versorgungsmässiger Notwendigkeit des Darlehens – nicht zu günstig sind.
- Wird ein Darlehen gewährt, so hat die Festsetzung der Konditionen somit auch seitens des Kantons unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Grundsätze zu erfolgen, zumal langfristig alle Leistungserbringer in der Lage sein sollten, den Betrieb inklusive der Investitionen über die Tarifeinnahmen gemäss KVG zu finanzieren.

## **Artikel 21 (1. Zinssatz)**

### **Absatz 1**

Der Basiszinssatz richtet sich nach der Höhe des Referenzzinssatzes des Bundesamtes für Wohnungswesen, wie er im Zeitpunkt der Darlehensverfügung gilt. Der Referenzzinssatz des Bundesamtes für Wohnungswesen findet bereits heute bei ähnlichen Sachverhalten Anwendung, beispielsweise bei der Rückzahlung von Investitionsbeiträgen im Heimbereich.

### **Absatz 2**

Der Zinssatz wird in der Regel mit einem Zuschlag von 0.25 Prozent pro Jahr erhöht. Ein höherer Zinssatz ist immer Ausdruck eines höher beurteilten Risikos. Der Darlehensgeber (vorliegend der Kanton) verlangt einen höheren Zins, weil er sein Geld länger zu unabänderlichen Konditionen zur Verfügung stellt (und damit das Risiko trägt, dass er vielleicht schon kurze Zeit später aufgrund veränderter Marktlage ein besseres Darlehensgeschäft hätte abschliessen können). Er kann aber auch einen höheren Zins verlangen, weil der Darlehensnehmer selber ein Risiko darstellt, wenn dieser beispielsweise einen schlechten Geschäftsgang ausweist. Der Kanton verlangt dagegen einen tieferen Zins, wenn das Darlehen beispielsweise hypothekarisch gesichert ist (vgl. Absatz 3). Unter normalen Verhältnissen gilt die Zinssatzerhöhung von 0.25 Prozent pro Jahr.

### **Absatz 3**

Insbesondere bei Bauvorhaben ist davon auszugehen, dass eine hypothekarische Sicherung des Darlehens erfolgen kann und somit der Zinssatz angemessen reduziert werden kann.

## **Artikel 22 (2. Laufzeit)**

### **Absatz 1**

Die Laufzeit eines gewährten Darlehens wird in der Verfügung festgelegt. Ein Darlehen wird in der Regel für die Dauer von maximal 10 Jahren gewährt. Massgebend sind die konkreten Verhältnisse des Einzelfalles, beispielsweise die finanziellen Verhältnisse des Listenspitals oder Listengeburtshauses, der Verwendungszweck des Darlehens oder die voraussichtliche



Nutzungsdauer bei Investitionen, die über das Darlehen finanziert werden (vgl. auch Absatz 2).

### **Absatz 2**

Von der grundsätzlichen Laufzeitdauer müssen begründete, individuelle Abweichungen möglich sein. Insbesondere bei Bauvorhaben soll die Laufdauer dem Projekt entsprechen und kann daher mehr als zehn Jahre betragen.

## **Artikel 23 (3. Berichterstattung)**

### **Absatz 1**

Der Darlehensnehmer hat der Gesundheits- und Fürsorgedirektion periodisch Bericht zu erstatten über die zweckgerichtete Mittelverwendung des Darlehens. Damit soll sichergestellt werden, dass die Mittel wirklich auch für das beantragte Projekt eingesetzt werden. Dieser Rechenschaftsbericht soll dazu dienen, den Darlehensgeber über die Realisierung und die Finanzierbarkeit des Projekts auf dem Laufenden zu halten. Die gemachten Angaben sind von einer Revisionsstelle vor Eingabe des Berichts auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

### **Absatz 2**

In der Verfügung über das Darlehen ist festgehalten zu welchem Zeitpunkt, mit welcher Häufigkeit und mit welchen Informationen der von der Revisionsstelle genehmigte Bericht einzureichen ist.

## **Artikel 24 (3. Rückerstattung)**

### **Absatz 1**

Die Verfügung regelt, wie die Rückerstattung zu erfolgen hat. Ungeplante Amortisationen bzw. frei wählbare Rückzahlungsraten fallen ausser Betracht. Wählbare Rückzahlungsraten wären der Planbarkeit in der Staatsrechnung abträglich. Aus diesem Grund wird für die gesamte Laufdauer die jährliche Rückzahlung im Voraus festgelegt. Es ist aber zulässig, die Raten nicht während der ganzen Laufzeit gleich hoch festzulegen, also beispielsweise in den ersten drei Jahren die Rate X und in den folgenden Jahren die Rate Y in der Verfügung zu verankern.

### **Absatz 2**

Die Rückzahlungsplanung wird im Zusammenhang mit jedem einzelnen Darlehen neu festgelegt. Dabei sind insbesondere die finanziellen Möglichkeiten des Darlehensnehmers als auch das dem Darlehen zu Grunde liegende Projekt massgebend.

### **Absatz 3**

Vorzeitige Rückzahlungen des gesamten Darlehens oder der jährlichen Rate sind zulässig. Sie entlasten die Investitionsrechnung des Kantons und können das Verlustrisiko für den Kanton reduzieren. Weiter haben sie einen positiven Effekt auf die Liquidität des Kantons und den Finanzierungsaufwand von Spitälern und Kanton.

## Rettungswesen

### Artikel 25 (Sanitätsnotrufzentrale)

Diese Bestimmung entspricht (mit Ausnahme von Buchstabe e) Artikel 78 der bisherigen SpVV. Gemäss Artikel 82 SpVG leitet und koordiniert die Sanitätsnotrufzentrale die sanitätsdienstlichen Rettungseinsätze im ganzen Kantonsgebiet. Die vorliegende Verordnungsbestimmung konkretisiert in dieser Hinsicht, dass die Sanitätsnotrufzentrale die für die Rettung und den Transport geeigneten sanitätsdienstlichen Mittel auf der Strasse, auf dem Wasser und in der Luft mobilisiert (*Buchstabe a*) und den Einsatz führt, bis entweder eine sanitätsdienstliche Einsatzleitung vor Ort die operative Führung übernimmt oder der Einsatz mit der Hospitalisation der verletzten oder erkrankten Person abgeschlossen ist (*Buchstabe b*). Dadurch ist die Führungsverantwortung jederzeit sichergestellt. Zudem gehört es zu den Aufgaben der Sanitätsnotrufzentrale, bei Grossereignissen die vor Ort tätige Einsatzleitung nach den Vorgaben des Kantonsarztamtes zu unterstützen (*Buchstabe c*). Weiter unterstützt sie als Einsatz- und Datenzentrale das Kantonsarztamt in allen Lagen (*Buchstabe d*). Dazu gehören auch die Katastrophen und Notlagen gemäss dem Kantonalen Bevölkerungsschutz- und Zivilschutzgesetz vom 24. Juni 2004 (KBZG)<sup>12</sup> bzw. Situationen, in denen das Kantonsarztamt den Koordinierten Sanitätsdienst leitet. Zudem betreibt die Sanitätsnotrufzentrale das Informations- und Einsatzsystem Sanität (*Buchstabe e*). Dieses System ist ein Instrument des Koordinierten Sanitätsdienstes des Bundes. Es erlaubt zum Beispiel eine differenzierte Darstellung der verfügbaren sanitätsdienstlichen Mittel und der verfügbaren Spitalbetten. Die Sanitätsnotrufzentrale wird im Bedarfsfall die periodische Aktualisierung der Daten im System veranlassen. In Katastrophen und Notlagen koordiniert das Kantonsarztamt die Belegung der Spitalbetten nach Art. 28a der Verordnung vom 27. Oktober 2004 über den Bevölkerungsschutz (kantonale Bevölkerungsschutzverordnung, BeV; BSG 521.10).

Nach Artikel 91 SpVG hält die Sanitätsnotrufzentrale den von der Kantonspolizei festgelegten technischen Standard für den Betrieb der Zentrale ein. Die Kantonspolizei stellt somit den technischen Betrieb sicher. Da im Zeitpunkt der Erarbeitung des SpVG das Projekt zur Zusammenlegung der Blaulichtorganisationen (Kantonale Einsatzzentrale, KEZ) lief, wurde darauf verzichtet, die Abgeltung für diese Sicherstellung im SpVG zu regeln. Da auch jetzt noch kein Entscheid zur KEZ vorliegt, wird die Frage der Abgeltung im Vorfeld der Schaffung einer KEZ zu regeln sein. Es ist dürfte unbestritten sein, dass die Kantonspolizei Leistungen zugunsten der Spitalversorgung erbringt, die der Polizei abzugelten sind.

### Artikel 26 (Mittelbewirtschaftung)

Diese Bestimmung wird neu in die SpVV aufgenommen. Vorschriften über die einheitliche Beschaffung und über den einheitlichen Einsatz von Infrastruktur sind in der Anwendung sehr schwierig. Artikel 89 SpVG ist daher nicht operativ gedacht, er soll vielmehr als Argument zur Förderung der Zusammenarbeit unter den Rettungsdiensten dienen. Deshalb erübrigt sich eine Konkretisierung in der Verordnung des Regierungsrates.

Allerdings soll die in Artikel 89 Absatz 2 SpVG eingeräumte Kompetenz zur Delegation an die GEF genutzt werden. Es besteht nicht in der Absicht, dass die GEF sogleich eine Verordnung erlässt. Sie soll aber die Möglichkeit haben, wenn nötig eine Verordnung in diesem technischen Bereich zu erarbeiten und in Kraft zu setzen.

Vor dem Erlass einer solchen Verordnung kann das Ziel der verstärkten Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander durch die Leistungsverträge verfolgt werden. Sollte sich zeigen, dass die Leistungsverträge dazu nicht ausreichen oder dass die Leistungserbringung gefährdet ist, kann die GEF eine entsprechende Verordnung zu einem späteren Zeitpunkt erlassen.

<sup>12</sup> BSG 521.1

## Finanzierung

### Artikel 27 (Finanzierung; 1. Genormter Betriebsaufwand)

#### Allgemeines

Diese Bestimmung wird neu in die SpVV aufgenommen und basiert auf Artikel 100 SpVG.

Die Abgeltung der Sanitätsnotrufzentrale und der Rettungsdienste durch die GEF bezieht sich auf die Vorhalteleistung, d. h. auf das Aufrechterhalten der Einsatzbereitschaft während der einsatzfreien Zeit. Die gesetzliche Regelung sieht deshalb die Übernahme des genormten Betriebsaufwands (anhand von vertraglich festgelegten Normkosten) abzüglich der erzielten Erträge vor. Die Finanzierung erfolgt grundsätzlich gemäss dem Nettoaufwandprinzip, indem ein Normkostenmodell vorgegeben wird. Dieses Modell definiert den Betriebsaufwand allgemein als genormten Aufwand von vergleichbaren Leistungserbringern. Zudem sind die Aufzählungen von Aufwänden und Erträgen nicht abschliessend. Das gesetzliche System lässt somit Differenzierungen unter den Rettungsdiensten zu.

Um eine Person während 24 Stunden über das ganze Jahr verfügbar zu haben, müssen wegen Ferien, Ruhetagen, Weiterbildung etc. 5,5 Vollzeitstellen besetzt werden. Der Interverband für Rettungswesen empfiehlt in seiner Richtlinie für die Anerkennung von Rettungsdiensten für terrestrische Einsätze aller Dringlichkeitsstufen ein Rettungsteam bestehend aus zwei Personen. Für den Einsatz eines Rettungsteams rund um die Uhr werden also 11 Vollzeitstellen benötigt. Pro Disponentenplatz der Sanitätsnotrufzentrale und pro Notarztteam werden 5,5 Vollzeitstellen angerechnet.

#### Absatz 1

Die folgende Tabelle zeigt die Systematik, die den Überlegungen zu den Normkosten zugrunde liegt.

<b>Einzelkosten</b>	<b>Gemeinkosten</b>
<p>Einzelkosten bezeichnen in der Kostenrechnung Kosten, welche einer Leistung direkt zurechenbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalkosten               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Löhne</li> <li>○ Sozialversicherungsbeiträge</li> </ul> </li> <li>• Sachkosten               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ medizinischer Bedarf</li> <li>○ Betriebskosten für Rettungsfahrzeuge</li> <li>○ Abschreibung der Rettungsfahrzeuge</li> <li>○ Anlagenutzungskosten</li> </ul> </li> </ul>	<p>Diese Kosten lassen sich nicht direkt einzelnen Leistungen zuordnen, sie werden anhand eines definierten Verteilsschlüssels auf die einzelnen Leistungen umgelegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatik</li> <li>• Personalwesen</li> <li>• Rechnungswesen</li> </ul>

Mit den Normkosten wird die vertraglich vereinbarte Leistung abgegolten. Arbeitet ein Leistungserbringer mit Unterakkordanten zusammen, so hat dies keinen Einfluss auf die Festlegung der Normkosten.

#### Absatz 2

Die Personalkosten sind der grösste Kostenblock bei der Sanitätsnotrufzentrale und bei den Rettungsdiensten. Die Festlegung von Normkosten darf daher nicht einmalig erfolgen und für mehrere Jahre gelten. Sie muss vielmehr der Entwicklung der Personalkosten folgen können. Aus diesem Grund werden die Lohnkosten für die Disponentenarbeitsplätze der Sanitätsnotrufzentrale, der Rettungsteams und der Notarztteams an die Lohnentwicklung des Kantons gebunden, indem die vorliegende Bestimmung auf die Einreihung in Gehaltsklasse und Gehaltstufe nach der kantonalen Personalgesetzgebung Bezug nimmt. Da die Leistungsverträge

jährlich abgeschlossen werden, kann bei der Berechnung der Normkosten auf die jeweils aktuelle Gehaltstabelle des Kantons abgestützt werden.

Im Rahmen der Angebots- und Strukturüberprüfung (ASP 2014) hat der Regierungsrat eine Senkung der Normkosten beschlossen (Massnahme 4.3). Nach Genehmigung der Massnahme durch den Grossen Rat in der Novembersession wird die vorliegende Fassung der Verordnung im Rahmen einer Sammelvorlage demnach noch geändert werden, so dass am 1. Januar 2014 Artikel 27 Absatz 2 Buchstabe b in der Fassung der Sammelvorlage in Kraft treten wird.

### **Absatz 3**

Die Sachkosten werden als kantonsweite Durchschnittswerte pro Rettungsteam bzw. Disponentenarbeitsplatz ermittelt. Als Grundlage für die Berechnung dienen die Angaben aus den jüngsten Jahresabschlüssen der Leistungserbringer und vor allem die Schlussabrechnungen des Spitalamts.

Neu ist der Einbezug der Abschreibung für die Rettungsfahrzeuge in die kantonale Abgeltung. Damit sollen die Rettungsdienste in die Lage versetzt werden, ihren Fahrzeugbestand nach eigenem Ermessen und ohne Entscheid der Gesundheits- und Fürsorgedirektion selbständig zu treffen. Bisher wurde die Anschaffung von Rettungsfahrzeugen aus Mitteln des Fonds für Spitalinvestitionen finanziert, der aber mit dem neuen SpVG aufgelöst wurde.

Bei den Anlagenutzungskosten ist im Bezug auf Informatik und Telekommunikation zwischen der Sanitätsnotrufzentrale und den Rettungsdiensten zu differenzieren. Da die Kosten für Informatik und Telekommunikation bei der Sanitätsnotrufzentrale einen beträchtlichen Umfang aufweisen und die Übernahme dieser Kosten zwischen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion und der Kantonspolizei, welche die Sanitätsnotrufzentrale technisch betreibt, geregelt wird, sind diese Kosten aus der Normkostenberechnung für die Disponentenarbeitsplätze der Sanitätsnotrufzentrale herauszulösen. Für die Rettungsdienste zählen Informatik und Telekommunikation zu den Anlagenutzungskosten.

Werden aus versorgungstechnischen Überlegungen halbe Rettungsteams eingesetzt, zum Beispiel für eine Verstärkung während der Zeit der Belastungsspitze, sind im genormten Betriebsaufwand die Personalkosten zu halbieren, während die Sachkosten eines ganzen Rettungsteams anzuwenden sind. Ein halbes Team verursacht ähnlich hohe Sachkosten wie ein ganzes.

### **Absatz 4**

Der Gemeinkostenzuschlag auf den Einzelkosten deckt den Anteil für Kader, ärztliche Leitung, Administration, Rechnungsführung, Personalwesen und weitere Kosten ab.

Als Gemeinkostenzuschlag werden für die Sanitätsnotrufzentrale (10 Prozent) und für die Rettungsdienste (20 Prozent) unterschiedliche Gemeinkostensätze festgelegt, dies aufgrund des in Absatz 3 erwähnten unterschiedlichen Umgangs mit den Kosten für Informatik und Telekommunikation.

### **Absatz 5**

Mit dem Normkostenmodell will der Kanton die Finanzierung der Rettungsdienste möglichst vereinheitlichen, die Vergleichbarkeit ermöglichen und die Versorgung wirtschaftlich sicherstellen. Dieses Ziel kann aus Gründen gefährdet sein, die der Kanton nicht beeinflussen kann. Deshalb regelt die vorliegende Bestimmung, dass der genormte Betriebsaufwand erhöht werden kann, wenn die Versorgungssicherheit in Frage gestellt ist. Dies kann beispielsweise bei einem markant höheren Lohnniveau eines angrenzenden Kantons der Fall sein.

## **Artikel 28 (2. Leistungsverträge)**

Diese Bestimmung wird neu in die SpVV aufgenommen und basiert auf Artikel 97 und 98 SpVG. Die Normkosten werden gemäss den konkreten Aufträgen für bestimmte Ambulanzstandorte (z.B. bei Tagesbetrieb, Saisonbetrieb) oder bei besonderen Formen der Zusammenarbeit differenziert.

Regionale Unterschiede (z.B. erhöhte Bedürfnisse in Randregionen im Zusammenhang mit der Schliessung von Spitälern) werden bei der Festlegung der Aufgaben der einzelnen Ambulanzstandorte in den Leistungsverträgen berücksichtigt.

Mit dem Leistungserbringer wird vertraglich festgelegt, wie viele Rettungsteams in welchen Zeiträumen für die Erfüllung seines Auftrags benötigt werden. Diese Angaben sind die Grundlage für die volle oder anteilmässige Anwendung des Normkostenblocks.

## **Artikel 29 (3. Bauten und Einrichtungen des Kantons)**

Diese Bestimmung wird neu in die SpVV aufgenommen und basiert auf Artikel 101 SpVG. Ergänzungen oder Erweiterungen der Infrastruktur, die im Rahmen des Leistungsauftrags erforderlich werden, und ausserordentliche Vorhaben wie zum Beispiel das neue Betriebsgebäude für den Rettungsdienst der Region Bern und die SNZ 144 oder das neue Einsatzleitsystem für die SNZ 144 sollen direkt durch den Kanton d.h. ausserhalb der Abgeltung gemäss Leistungsverträgen finanziert werden können.

Für die Nutzung von kantonseigenen Bauten entrichten die Leistungserbringer dem Kanton eine Miete. In die Mietverträge sind die vollen Mietkosten einzusetzen. Im Interesse der Transparenz verrechnet der Kanton keine Mietzinsforderungen mit Zahlungspflichten aus Leistungsverträgen.

## **Artikel 30 (4. Verzinsung und Rückerstattung von Darlehen)**

Diese Bestimmung wird neu in die SpVV aufgenommen. Artikel 102 SpVG verweist auf die Bestimmungen betreffend Beiträge für Restrukturierungen und Investitionen zugunsten von Listenspitälern und Listengeburtshäusern. Er legt fest, dass diese Bestimmungen sinngemäss auch für die Leistungserbringer im Rettungswesen gelten. Mit Blick auf die Beiträge für Restrukturierungen, die gemäss Artikel 72 Absatz 1 Buchstabe b SpVG als verzinsliche Darlehen gewährt werden können, regelt der Regierungsrat in Artikel 21 bis 24 ff. der vorliegenden Verordnung die Modalitäten von Darlehen. Diese Regelung gilt ebenso für die Leistungserbringer im Rettungswesen.

# **Aus- und Weiterbildung**

## **Vorbemerkung**

Die folgenden Bestimmungen zur Aus- und Weiterbildung basieren auf Artikel 103 bis 114 SpVG. Im Bereich der Aus- und Weiterbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen entsprechen sie den Artikeln 92a bis 92i der bisherigen SpVV.

## **Ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung**

### **Artikel 31**

#### **Allgemeines**

Artikel 105 Absatz 1 SpVG hält fest, dass die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Leistungsverträge mit Leistungserbringern abschliessen kann, welche durch das

Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG)<sup>13</sup> anerkannte ärztliche oder pharmazeutische Weiterbildung durchführen. Im Bereich der ärztlichen Weiterbildung ist gemäss Weiterbildungsordnung der FMH das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF zuständig für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten. Im Bereich der pharmazeutischen Weiterbildung ist gemäss Weiterbildungsordnung der FPH die Kommission für Weiter- und Fortbildung der KWFB zuständig für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten.

Beiträge werden an die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung ausgerichtet. Diese umfassen die Kosten der Weiterbildungstätigkeit wie Durchführung von praktischen Arbeiten, Seminaren, Vorträgen, Kolloquien, die Vorbereitung und Korrektur von Examen, die Vorbereitung von Lehrprogrammen und Lehrveranstaltungen usw. Diese Beschränkung gilt sinngemäss auch für die pharmazeutische Weiterbildung.

Nicht alle Ärztinnen und Ärzte, die an einer anerkannten Weiterbildungsstätte arbeiten, sind tatsächlich in Weiterbildung zum ersten Facharztstitel. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer bzw. die als Weiterbildungsstätten anerkannten betrieblichen Einheiten dem Kanton mittels Selbstdeklaration transparent darlegen, wer sich wann, in welchem Fachgebiet und mit welchem Pensum in ärztlicher oder pharmazeutischer Weiterbildung befunden hat. Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) beabsichtigt, mittelfristig eigene automatisierte Datenerhebungen über die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte durchzuführen (e-Logbuch). Sobald diese Daten vollständig vorliegen, sollen sie als Datenquelle für die ärztliche Weiterbildung verwendet werden.

### **Absatz 1**

Die Leistungserbringer erhalten für die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung eine Pauschale von 10'000 Franken pro Jahr und Vollzeitäquivalent. Es handelt sich dabei um jenen Betrag, der bereits im Jahr 2013 für die ärztliche Weiterbildung ausgerichtet wurde.

### **Absatz 2**

Im Einklang mit der VKL, welche in Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b „die Weiterbildung der Studierenden bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels“ vorsieht, gewährt der Kanton grundsätzlich Beiträge an jene Kosten, welche durch die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte bis zum ersten Facharztstitel entstehen. Es soll aber aus Gründen der Schonung der finanziellen Ressourcen des Kantons nur unter besonderen Umständen möglich sein, dass Beiträge für einen weiteren Facharztstitel gewährt werden: Nur wenn ein bereits erlangter Facharztstitel in einem engen curricularen Bezug zum zusätzlich angestrebten Facharztstitel steht (Beispiel: der bereits erlangte Facharztstitel „Chirurgie“ steht in einem engen curricularen Bezug zum aktuell angestrebten Facharztstitel „Herz- und thorakale Gefässchirurgie“), werden ebenfalls Beiträge für diesen zweiten Facharztstitel gewährt. Einen curricular engen Bezug haben jene Facharztstitel, die in einem Fachbereich erlangt worden sind, welcher im FMH-Weiterbildungsprogramm des zusätzlich angestrebten Facharztstitels unter der Rubrik „Nicht fachspezifische Weiterbildung“ aufgeführt werden.

### **Absatz 3**

Der spezifische Weiterbildungsbedarf im Bereich der Hausarztmedizin wird von den Kantonen in unterschiedlicher Weise berücksichtigt. So schliessen zum Beispiel gewisse Kantone mit den Leistungserbringern Leistungsverträge ab, in welchen höhere Entschädigungen für die Einrichtung von entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten bei Grundversorgern im ambulanten Bereich vorgesehen sind.

Im Kanton Bern liegt die Organisation der spezifischen Weiterbildung von Hausärztinnen und Hausärzten nicht bei den stationären Leistungserbringern, sondern in den Händen der Stiftung

<sup>13</sup> SR 811.11

zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) und des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM). Vor diesem Hintergrund stipuliert Absatz 3 nicht eine Pflicht zur Weiterbildung in Hausarztmedizin, sondern fordert die Leistungserbringer auf, die bei ihnen in Weiterbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dabei zu unterstützen, ein Weiterbildungsmodul (Praxisassistenten) in einer Hausarztpraxis zu absolvieren.

## **Aus- und Weiterbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen**

### **Artikel 32 (Nichtuniversitäre Gesundheitsberufe)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 106 SpVG, wonach sich die Leistungserbringer an der praktischen Aus- und Weiterbildung in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen beteiligen. Die aktuelle jährliche Ausbildungsleistung der Betriebe reicht nicht aus, um den Bedarf an Nachwuchskräften in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen zu decken. Obwohl der Kanton Bern bereits umfangreiche Massnahmen zur Förderung der praktischen Ausbildung in diesen Berufen ergriffen hat, müssen die Ausbildungsleistungen gesteigert werden um ausreichend Ersatz für ausscheidendes Personal und zusätzliches Personal für die Abdeckung der erwarteten Leistungssteigerung im gesamten bernischen Gesundheitswesen zu erhalten. Mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 werden die Ausbildungskosten in nichtuniversitären Gesundheitsberufen neu als anrechenbare Kosten anerkannt und durch den Kanton und die Krankenversicherer anteilmässig vergütet. Diese Vergütung funktioniert auf Stufe KVG nach dem Giesskannenprinzip. Leistungsbezug und Steuerung der betrieblichen Ausbildungstätigkeit müssen auf Ebene Kanton realisiert werden. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen sind folgende Massnahmen vorgesehen:

- Die Einführung eines Finanzierungs- und Steuerungsmodells für die praktische Ausbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen, welches weiterhin einen Leistungsbezug und eine zweckgebundene Finanzierung der betrieblichen Ausbildungsleistungen gewährleistet und welches mit dem revidierten KVG kompatibel ist.
- Zur Sicherstellung einer optimalen Ausbildungsleistung aller Institutionen im Akutbereich ist die Einführung einer Ausbildungspflicht für die im Anhang 1 aufgeführten Gesundheitsberufe vorgesehen. Die Gleichbehandlung der Betriebe setzt voraus, dass ihre Ausbildungsmöglichkeiten, im Folgenden als Ausbildungspotential bezeichnet, objektiv eingeschätzt werden können. Die Betriebe dürfen einerseits nicht durch ungleiche strukturelle Voraussetzungen für die praktische Ausbildung belohnt oder bestraft werden, andererseits sollen sie dazu angehalten werden, ihr Ausbildungspotential voll auszuschöpfen.

### **Artikel 33 (Ausbildungspotenzial)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 108 Absatz 4 SpVG. Das Ausbildungspotential wird mit Hilfe von Standards berechnet. Diese Standards werden in Relation zu den Stellenplänen der nichtuniversitären Gesundheitsberufe gemäss Anhang 1 dieser Verordnung festgelegt. Die Standards werden konkret als „Ausbildungspotential in Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle (Vollzeitäquivalente)“ eines Gesundheitsberufs ausgedrückt. Ein Standard von 11.9 in Pflege und Betreuung bedeutet somit, dass pro Jahr und pro Vollzeitäquivalent eines Pflege- und Betreuungsberufs gemäss Anhang 1 eine Ausbildungsleistung in der Praxis von 11.9 Ausbildungswochen erwartet wird.

Zur Ermittlung der Standards wurden die Personaldaten und die Ausbildungsleistungen in einem Referenzspital mit Modell-Charakter in Bezug auf die Ausbildung von nichtuniversitären Gesundheitsberufen erhoben, dieses gilt als Benchmark. Der Standard für Pflege- und

Betreuungsberufe in Akutspitälern im Kanton Bern wird mit 60 Prozent des Benchmarks festgesetzt. Für die Rehabilitationskliniken und die Psychiatrie wird er mit 40 Prozent des Benchmarks festgesetzt. Der Standard für die medizin-technischen und medizin-therapeutischen Gesundheitsberufe (MTT) und für die Rettungssanität wurde – unter Beizug weiterer Referenzspitäler – mit der gleichen Methode erhoben. Er beträgt für alle Leistungserbringer im Kanton Bern 80 Prozent des Benchmarks.

Das Spitalamt führt eine Datenbank, welche unter anderem auch das Personal nach Anzahl Personen und nach Vollzeitäquivalenten der bezeichneten nichtuniversitären Gesundheitsberufe der einzelnen Leistungserbringer erfasst. Die Datenbank beruht auf den Datenlieferungen der Betriebe. Auf Grund dieser Daten berechnet und verfügt das Spitalamt das Ausbildungspotential der Leistungserbringer.

Das Ausbildungspotential im Bereich Pflege und Betreuung wurde nicht nach den einzelnen Pflege- und Betreuungsberufen, sondern für die ganze Berufsgruppe „Pflege und Betreuung“ erhoben (Assistent/in Gesundheit und Soziales, Fachfrau/mann Gesundheit, Pflegefachfrau/mann mit Abschluss Höhere Fachschule und Pflegefachfrau/mann mit Abschluss Fachhochschule). Dieses Vorgehen wurde aus folgenden Gründen gewählt:

- Die Berufe in Pflege und Betreuung wurden mit der Neuen Bildungssystematik (NBS) neu geordnet. Mit dieser Bildungsreform wurden zudem die Berufslehre zur Fachfrau bzw. Fachmann Gesundheit (FaGe) und ab 2012 die berufliche Grundausbildung mit Attest „Assistentin bzw. Assistent Gesundheit und Soziales“ geschaffen. Diese Berufe befinden sich im Aufbau und sind in den einzelnen Spitälern in unterschiedlichem Ausmass eingeführt.
- Die Berufsfelder der einzelnen Berufe in Pflege und Betreuung sind verwandt und weisen Ueberschneidungen auf. Das Aufgabengebiet und der damit verbundene Einsatz der Personen aus diesen einzelnen Berufen sind in der betrieblichen Praxis nicht einheitlich.
- Die Neuordnung der Ausbildungswelt bedingt eine innerbetriebliche Ueberprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation in Bezug auf den Einsatz der personellen Ressourcen in Pflege und Betreuung und damit zu einer Neuordnung des Skill- und Grademix. Die Betriebe sind in diesem Neuordnungsprozess unterschiedlich weit fortgeschritten.

Diese Differenzierungen führen dazu, dass Erhebungen auf der Stufe der einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe zu verzerrten Ergebnissen führen würden. Deshalb werden das Ausbildungspotential und der Standard für die ganze Berufsgruppe „Pflege und Betreuung“ erhoben.

Das für die Überwachung der Versorgungssituation nötige Herunterbrechen auf die einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe wird mit einer prozentualen Aufteilung des Nachwuchsbedarfs dieser Berufsgruppe gemäss Versorgungsplanung 2011-2014 erreicht. Mit dieser Vorgehensweise wird der Anteil der praktischen Ausbildung für die einzelnen Berufe innerhalb der Berufsgruppe Pflege und Betreuung ersichtlich. Am 1. Januar 2012 sind gemäss Versorgungsplanung 2011-2014 die Pflege- und Betreuungsberufe im Akutbereich wie folgt aufgeteilt: Tertiärstufe 41.2 Prozent, Sekundarstufe II 45.5 Prozent und Assistenzstufe 11.3 Prozent.

Um den für die Versorgung benötigten Personalbedarf zu sichern, wird von den Leistungserbringern auch verlangt, dass sie ein ausreichendes Angebot an den sogenannten nicht-formalisierten Ausbildungsleistungen (Einblickstage Gesundheitsberufe, Berufswahlpraktika Gesundheitsberufe, Berufspraktika Fachmittelschule FMS, Praktika Fachmaturität Gesundheit, Eignungspraktika Höhere Fachschule Pflege und Vorpraktika Fachhochschule) zur Verfügung stellen. Für diese ebenfalls definierten aber sehr unterschiedlichen Ausbildungsleistungen wurde auf die Festlegung eigener Standards verzichtet. Die nicht-formalisierten Ausbildungsleistungen werden aber pauschal mit 5 Prozent der Ausbildungsleistungen veranschlagt und sind in den im Anhang 2 aufgeführten Standards der einzelnen Gesundheitsberufe eingerechnet. Die durch die Leistungserbringer erbrachte Ausbildungsleistung für nicht-formalisierte Ausbildungsleistungen wird als Beitrag zur Erfüllung der verfügbaren Ausbildungsleistung anerkannt.



Für die Weiterbildungen (Intensivpflege, Anästhesiepflege und Notfallpflege) wird auf Grund mehrerer Faktoren für die Jahre 2012 bis 2015 auf die Festlegung der Standards verzichtet, weil sich die Weiterbildungen im Wandel befinden und zum anderen keine verlässlichen Parameter für die Berechnung des Ausbildungspotentials identifiziert wurden. Die durch die Leistungserbringer erbrachte Weiterbildungsleistung wird jedoch als Beitrag zur Erfüllung verfügbaren Ausbildungsleistung anerkannt.

#### **Absatz 2**

Die im Anhang 2 aufgeführte Liste zeigt die Standards pro Gesundheitsberuf auf, die sich auf Grund der oben dargestellten Berechnungen ergeben. In den einzelnen Standards ist je ein Anteil von 5 Prozent für die nicht-formalisierten Ausbildungsleistungen eingerechnet.

#### **Absatz 3**

Die Standards werden mit dieser Verordnung verbindlich festgelegt und sind im Anhang 2 detailliert aufgeführt.

### **Artikel 34 (Gewichtung der Aus- und Weiterbildungen)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 108 Absatz 4 SpVG. Mit der Einführung eines Gewichtungsfaktors wird die Möglichkeit geschaffen, die Aus- und Weiterbildungstätigkeit der Leistungserbringer auf die Zielsetzungen der Versorgungsplanung auszurichten.

Decken sich in einem Gesundheitsberufe die tatsächlichen Ausbildungsleistungen und der Bedarf gemäss Versorgungsplanung, beträgt der Gewichtungsfaktor 1.0. Zeigt sich, dass die Ausbildungsleistung der Leistungserbringer nicht ausreicht, um den in der Versorgungsplanung erhobenen Bedarf für diesen Gesundheitsberuf zu decken, wird der Gewichtungsfaktor höher als 1.0 festgesetzt, die Ausbildungsleistung wird dadurch höher bewertet. Wird der in der Versorgungsplanung erhobene Bedarf an Aus- und Weiterbildungsleistungen in einem Gesundheitsberuf übertroffen, wird der Gewichtungsfaktor tiefer als 1.0 festgesetzt, die Ausbildungsleistung wird dadurch tiefer bewertet.

Das Ausbildungspotential der Gesamtheit der Betriebe lässt sich für die Einführungsphase zwar hochrechnen, die Berechnungen geben jedoch keine Hinweise auf das tatsächliche Ausbildungs- und Wahlverhalten der Praxis. Während einer Einführungsphase von drei Jahren wird deshalb auf differenzierte Gewichtungen verzichtet, d.h. alle Ausbildungen werden mit dem Gewicht 1.0 versehen (vgl. Anhang 3). Das erste Jahr der Einführung war das Jahr 2012 (vgl. Anhang 3 der bisherigen SpVV). Nach Ende der Einführungsperiode (d.h. ab dem Jahr 2015) werden Erfahrungszahlen aus der Anwendung der Ausbildungsverpflichtung und dem Ausbildungs- und Wahlverhalten der Betriebe vorliegen. Ab diesem Zeitpunkt sollen differenzierte Gewichtungen zur Anwendung kommen. Dementsprechend wird der Regierungsrat nach entsprechender Anhörung der Betroffenen den Anhang 3 der SpVV ändern.

#### **Absatz 2**

Die Gewichtungen werden mit dieser Verordnung verbindlich festgelegt und sind im Anhang 3 detailliert aufgeführt. Der Bedarf nach beruflichem Nachwuchs in den einzelnen Gesundheitsberufen und die praktischen Aus- und Weiterbildungsleistungen in diesen Berufen entwickeln und verändern sich. Der Regierungsrat wird die Gewichtungsfaktoren diesen Veränderungen periodisch anpassen.

## **Artikel 35 (Abgeltung der einzelnen Aus- und Weiterbildungen)**

### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 109 Absatz 4 SpVG. Die Abgeltung für die Aus- und Weiterbildungsleistungen richtet sich nach den heute geltenden Ausbildungsentschädigungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Die im Anhang 4 aufgeführten Ausbildungsentschädigungen beziehen sich auf die für die Berechnung des Ausbildungspotenzials massgebende Messgrösse „Ausbildungswoche“. Eine Ausbildungswoche entspricht fünf effektiven Anwesenheitstagen der Lernenden oder Studierenden im Betrieb. Ausnahme bilden die Weiterbildungen, welche pauschal für die zweijährige Ausbildungsdauer entschädigt werden, sowie einzelne Ausbildungsleistungen im Bereich der nicht-formalisierten Ausbildungen, welche pro Tag abgegolten werden.

### **Absatz 2**

Die Aus- und Weiterbildungsleistungen werden mit Pauschalen abgegolten, die mit Hilfe von Normkostenberechnungen für die einzelnen Aus- und Weiterbildungen differenziert berechnet wurden. Dabei wird die seit dem Jahr 2002 erfolgreich angewandte Methodik für die Festlegung von Ausbildungspauschalen für die nichtuniversitären Aus- und Weiterbildungsleistungen fortgeführt.

### **Absatz 3**

Die Pauschalen für die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen werden mit dieser Verordnung verbindlich festgelegt und sind im Anhang 4 detailliert aufgeführt.

## **Artikel 36 (Aus- und Weiterbildungsleistung; 1. Allgemein)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 108 SpVG. Das Spitalamt legt die vom Leistungserbringer geforderte Aus- und Weiterbildungsleistung in Form einer Verfügung fest. Diese Verfügung legt sowohl die vom Leistungserbringer geforderte Ausbildungsleistung in Ausbildungspunkten wie auch die zugehörige Entschädigung des Leistungserbringers für diese Ausbildungsleistung in einem Frankenbetrag fest. Die Ermittlung der Ausbildungspunkte und des Frankenbetrags ist in den beiden folgenden Bestimmungen geregelt.

## **Artikel 37 (2. In Form von Aus- und Weiterbildungspunkten)**

### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 108 SpVG. Die Aus- und Weiterbildungsleistungen, die das Spitalamt gegenüber dem Leistungserbringer durch Verfügung festsetzt, werden für die einzelnen Gesundheitsberufe in der Form von Ausbildungspunkten berechnet. Die Berechnungsweise ist in Absatz 2 geregelt. Die verfügte Aus- und Weiterbildungsleistung entspricht der Summe der für die einzelnen Gesundheitsberufe gemäss Absatz 2 berechneten Aus- und Weiterbildungspunkte.

### **Absatz 2**

Die Ausbildungsverpflichtung umfasst nur jene nichtuniversitären Gesundheitsberufe, in welchen der Leistungserbringer tatsächlich Personal beschäftigt. Grundlage für die Berechnung der verfügten Ausbildungsleistung pro Gesundheitsberuf bilden die vom Leistungserbringer eingereichten Stellenpläne. Die Vollzeitstellen pro Gesundheitsberuf werden mit dem vom Regierungsrat gemäss Anhang 2 vorgegebenen Standard für diesen Beruf multipliziert. Im Ergebnis resultiert das Ausbildungspotential des Leistungserbringers für den Gesundheitsberuf, ausgedrückt in Ausbildungswochen. Diese Ausbildungswochen pro Gesundheitsberuf werden anschliessend mit dem Gewichtungsfaktor dieses Gesundheitsberufs gemäss Anhang

3 multipliziert. Im Ergebnis resultieren die geforderten Ausbildungspunkte pro Gesundheitsberuf, die für die Addition zur verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung gemäss Absatz oben massgebend sind.

### **Artikel 38 (3. In Form des Frankenbetrags)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 108 SpVG. Die Aus- und Weiterbildungsleistungen, die das Spitalamt gegenüber dem Leistungserbringer durch Verfügung festsetzt, werden für die einzelnen Gesundheitsberufe in Frankenbeträgen berechnet. Die Berechnungsweise ist in Absatz 2 geregelt. Der verfügbare Frankenbetrag für die gesamte Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen entspricht der Summe der für die einzelnen Gesundheitsberufe gemäss Absatz 2 berechneten Frankenbeträge.

#### **Absatz 2**

Grundlage für die Berechnung der verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen pro Gesundheitsberuf bildet das berechnete Ausbildungspotential des Leistungserbringers in Ausbildungswochen. Der Gewichtungsfaktor wird bei der Berechnung der Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen nicht berücksichtigt, er hat nur Bezug zur Aus- und Weiterbildungsleistung.

Die berechneten Ausbildungswochen pro Gesundheitsberuf werden mit der Abgeltung für diesen Gesundheitsberuf gemäss Anhang 4 multipliziert. Im Ergebnis resultiert die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistung pro Gesundheitsberuf, die für die Addition zur verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen gemäss Absatz 1 oben massgebend ist.

### **Artikel 39 (Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistung)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 109 Absatz 4 SpVG. Für die Berechnung der tatsächlich zustehenden Abgeltung pro Gesundheitsberuf werden die effektiv geleisteten Ausbildungswochen, Weiterbildungsgänge und Ausbildungstage mit den zugehörigen Pauschalen gemäss Anhang 4 multipliziert und zum Gesamttotal addiert.

Die Aus- und Weiterbildungsleistungen in nichtuniversitären Gesundheitsberufen sind Teil der anrechenbaren Kosten gemäss KVG und sind im Umfang der verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen in die Vergütungen gemäss KVG eingerechnet. Dem Leistungserbringer werden somit durch die Vergütungen gemäss KVG die Abgeltungen für die verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistungen ausgerichtet. Der Leistungserbringer soll aber nicht für die verfügbaren, sondern für die effektiv geleisteten Aus- und Weiterbildungsleistungen entschädigt werden. Um dies zu erreichen, zieht das Spitalamt die Vergütungen für die Aus- und Weiterbildungsleistung gemäss KVG von der Vergütung der dem Leistungserbringer tatsächlich zustehenden Abgeltung für die effektiv geleisteten Aus- und Weiterbildungsleistungen ab. Dieser Abzug wird in der Leistungsabrechnungsverfügung festgehalten.

#### **Absatz 2**

Zeigt sich, dass die Abgeltung für die tatsächlich erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung unter der Summe liegt, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde, muss der Leistungserbringer die Differenz dem Spitalamt zahlen.

**Absatz 3**

Zeigt sich, dass die Abgeltung für die tatsächlich erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung über der Summe liegt, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde, zahlt das Spitalamt die Differenz dem Leistungserbringer nach.

**Artikel 40 (Ausgleichszahlung)****Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 110 Absatz 3 SpVG. Liegt die effektiv geleistete Aus- und Weiterbildungsleistung des Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent unter der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung, muss der Leistungserbringer eine Ausgleichszahlung an den Kanton entrichten.

Mit dem Toleranzwert von 10 Prozent wird berücksichtigt, dass der Leistungserbringer die vom Spitalamt verfügbare Aus- und Weiterbildungsleistung aus verschiedenen Gründen nicht punktgenau erreichen kann. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Ausbildungstätigkeit vielen äusseren Einflüssen unterliegt, die der Leistungserbringer nicht beeinflussen kann. Zum einen kann es wegen Krankheit von Lernenden bzw. Studierenden oder aus anderen Gründen zu Ausbildungsabbrüchen kommen, die die Aus- und Weiterbildungsleistung reduzieren. Zum anderen können auch Situationen beim Leistungserbringer auftreten, die dazu führen, dass ein Praktikum nicht durchgeführt werden kann. Um langwierige Auseinandersetzungen wegen solchen Vorkommnissen mit den Leistungserbringern zu vermeiden, legt der Regierungsrat für die erwähnten, möglichen Umstände einen Toleranzwert fest, d.h. eine pauschale, in Prozenten festgelegte, tolerierte Unterschreitung der verfügbaren Ausbildungsleistung. Dieser Toleranzwert wird periodisch neu festgelegt.

Der Toleranzwert wird auf 10 Prozent der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung eines Leistungserbringers festgelegt. Während einer Einführungsphase von drei Jahren wird ein höherer Toleranzwert festgelegt, um es Leistungserbringern allenfalls zu ermöglichen, nötige interne Massnahmen zur Erreichung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung zu ergreifen. Mit diesem Entgegenkommen gegenüber den Leistungserbringern wird auch signalisiert, dass die Erbringung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung vor allem durch die Ausbildungstätigkeit und nicht durch die Ausgleichszahlung erfolgen soll. Die Höhe des Toleranzwertes für die Einführungsphase ist in Artikel 52 festgehalten.

**Absatz 2**

Nachdem das Spitalamt festgestellt hat, dass es eine Ausgleichszahlung einfordern muss, gilt es nun deren Höhe zu berechnen. Berechnet wird die Differenz zwischen der tatsächlich zustehenden Abgeltung (d.h. der Abgeltung für die effektiv geleistete Aus- und Weiterbildungsleistungen) und der Abgeltung, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde. Die Höhe der Ausgleichszahlung entspricht dem Dreifachen dieser Differenz. Sie ist zusätzlich zu der Rückzahlung gemäss Artikel 39 Absatz 2 zu entrichten.

**Absatz 3**

Nebst dem in Absatz 2 geregelten Fall, die Ausgleichszahlung mit Hilfe der Differenz zwischen verfügbarer und tatsächlicher zustehender Abgeltung zu bemessen, muss auch eine Berechnungsmethode der Ausgleichszahlung für den Fall geregelt sein, dass ein Betrieb die tolerierte Unterschreitung verfehlt, aber die erreichte Abgeltung infolge des gewählten Ausbildungsmixes höher als die verfügbare Abgeltung liegt. In einem solchen Fall wird in einem ersten Schritt die prozentuale Abweichung zwischen verfügbarer und effektiv erbrachter Ausbildungsleistung ermittelt. Der so ermittelte Prozentwert wird nun von der Abgeltung abgezogen, welche dem Leistungserbringer gemäss Artikel 38 für die verfügbare Aus- und Weiterbildungsleistung zu-

steht. Die Ausgleichszahlung entspricht dem dreifachen Betrag, der so ermittelten prozentualen Abweichung der verfügbaren Abgeltung.

Folgendes fiktives Beispiel für die Berechnung der Ausgleichszahlung:

Verfügte Aus- und Weiterbildungsleistung (Ausbildungspunkte)	2'086.0
Effektiv erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung (Ausbildungspunkte)	1'856.5
Differenz verfügt – effektiv in Ausbildungspunkten	-229.5
Differenz verfügt – effektiv in Prozent	11.0
Toleranzwert von 10% überschritten (ja / nein)	Ja
Ausgleichszahlung (ja / nein)	Ja
Verfügte Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen	390'326.50
Prozentualer Abzug gemäss Unterschreitung Ausbildungsleistung (11%)	42'935.90
Ausgleichszahlung = 3-fache Differenz (Prozentualer Abzug verfügte Abgeltung)	128'807.70
Abgeltung für die tatsächlich erbrachten Aus- und Weiterbildungsleistungen	395'587.60
Zusatzzahlung der GEF (+) bzw. Rückzahlung an GEF (-)	+5'261.10

#### **Absatz 4**

Das Spitalamt legt die Ausgleichszahlung durch Verfügung fest. Die Leistungserbringer haben die Ausgleichszahlung innert der in der Verfügung genannten Frist zu bezahlen.

## **Aufsicht und Betriebsbewilligung**

### **Allgemeine Bewilligungsvoraussetzung**

#### **Artikel 41**

Spitäler, Geburtshäuser oder Rettungsdienste, die ihren Betrieb an mehreren Orten eingerichtet haben, müssen die Bewilligungsvoraussetzungen an allen diesen Standorten erfüllen. Der Grund liegt darin, dass die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, die mit der Bewilligungspflicht kontrolliert werden, an allen Betriebsstandorten in gleicher Weise wichtig sind. Das Spitalamt prüft sämtliche Standorte des Leistungserbringers, stellt aber letztlich nur eine Betriebsbewilligung für alle Standorte zusammen aus (d.h. pro juristische Person nur eine Betriebsbewilligung). Erfüllt ein Standort im Lauf der Zeit die Bewilligungsvoraussetzungen nicht mehr, wird die Betriebsbewilligung für diesen Standort entzogen bzw. die bestehende Bewilligung angepasst auf diejenigen Standorte, die die Bewilligungsvoraussetzungen weiterhin erfüllen. Sind bezogen auf einen Standort Einschränkungen der Betriebsbewilligung (Befristung, Auflagen) erforderlich, formuliert dies das Spitalamt in der Betriebsbewilligung entsprechend detailliert, d.h. bezogen auf den Standort. Die Sanitätsnotrufzentrale benötigt nach der Konzeption des SpVG keine Betriebsbewilligung.

## **Bewilligungsvoraussetzungen für Spitäler und Geburtshäuser**

### **Artikel 42 (Fachgerechte Behandlung und Pflege)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 120 Buchstabe a SpVG, welcher Artikel 71 Absatz 2 Buchstabe a des bisherigen SpVG entspricht. Deshalb entspricht auch die vorliegende Versordnungsbestimmung Artikel 99 der bisherigen SpVV.

#### **Absatz 1**

*Buchstabe a* hält fest, dass ein Spital im medizinischen Bereich über eine ärztliche Leitung verfügt. Ein Leitungsteam ist somit zulässig. Gemäss *Buchstabe b* verfügt das Spital über genügend und angemessen qualifiziertes Personal im Verhältnis zum Behandlungs- und Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten. Da der Behandlungs- und Pflegebedarf von der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Patientin oder des Patienten abhängt und nicht alle Spitäler auf die gleichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen spezialisiert sind, kann auf Verordnungsstufe nicht näher festgelegt werden, wie viel Personal auf wie viele Patientinnen und Patienten entfallen muss. Dies umso mehr, als der medizinische Fortschritt zu berücksichtigen ist.

#### **Absatz 2**

Gemäss *Buchstabe a* verfügt ein Geburtshaus über eine Leitung durch Hebammen oder Entbindungspfleger. Auch hier hat die fachliche Verantwortung für die Geburtshilfe bei dafür ausgebildeten Personen zu liegen. Je nach Anzahl Patientinnen, welche die stationäre Einrichtung aufnimmt, benötigt sie mehr oder weniger Personal (*Bst. b*).

### **Artikel 43 (Betriebskonzept)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 120 Buchstabe d SpVG, welcher Artikel 71 Absatz 2 Buchstabe b des bisherigen SpVG entspricht. Deshalb entspricht auch die vorliegende Versordnungsbestimmung Artikel 100 der bisherigen SpVV, wobei aber die bisher zwei Absätze zu einem reduziert wurden. Gemäss *Buchstabe a* ist der Leistungserbringer in der Regel während sieben Tagen pro Woche durchgehend in Betrieb. Je nach Spezialisierung des Leistungserbringers kann ausnahmsweise ein 5-Tage-Betrieb (ohne Wochenende) bewilligt werden. Der Betrieb muss aber während den Nächten jederzeit mit ärztlichem und pflegendem Personal aufrechterhalten sein. Die *Buchstaben b bis d* nennen die weiteren erforderlichen Inhalte des Betriebskonzepts. Das Konzept ist dem Gesuch um Bewilligungserteilung beizulegen und gibt einen Überblick über die wichtigsten organisatorischen sowie fachlichen Belange.

### **Artikel 44 (Notfallkonzept)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 120 Buchstabe f SpVG, welcher Artikel 71 Absatz 2 Buchstabe d des bisherigen SpVG entspricht. Deshalb entspricht auch die vorliegende Versordnungsbestimmung Artikel 101 der bisherigen SpVV. Konkretisiert wird Artikel 120 Buchstabe f SpVG in zeitlicher Hinsicht, indem das Notfallkonzept in der Regel eine ärztliche Interventionsmöglichkeit innerhalb von höchstens 15 Minuten gewährleisten muss. Das Konzept hat zu dokumentieren, durch welche Massnahmen die Interventionszeit erreicht wird. Die festgelegten 15 Minuten müssen in der Regel erreicht werden können. Liegt beispielsweise ein Geburtshaus, welches ärztliche Interventionen extern organisieren muss, geografisch derart ungünstig, dass ärztliche Hilfe regelmässig erst viel später gewährleistet ist, so kann es nicht bewilligt werden.

**Artikel 45 (Pharmazeutische Versorgung)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 120 Buchstabe c SpVG und entspricht weitgehend Artikel 102 der bisherigen SpVV.

**Absatz 1**

Diese Bestimmung legt fest, dass die pharmazeutische Versorgung in einem Spital durch eine betriebsinterne Spitalapotheke und in einem Geburtshaus oder einem Leistungserbringer der übrigen institutionellen akutmedizinischen Versorgung durch eine betriebsinterne Privatapotheke zu gewährleisten ist.

**Absatz 2**

Falls das Führen einer eigenen Spital- oder Privatapotheke aus betrieblichen Gründen nicht zweckmässig ist, kann ausnahmsweise darauf verzichtet werden. Zuständig für diesen Entscheid ist das Kantonsapothekeramt. Ein Verzicht rechtfertigt sich beispielsweise bei einem sehr kleinen Betrieb, in welchem die Ärztin oder der Arzt Arzneimittel nur anwendet oder für die Erstversorgung und den Notfall abgibt.

**Absatz 3**

Das Verfahren betreffend die Bewilligung zur Führung einer Spital- oder Privatapotheke ist in das Verfahren betreffend die Bewilligung zur Führung des Spitals oder des Leistungserbringers der übrigen institutionellen akutmedizinischen Versorgung einzubeziehen. Diese Bestimmung dient der Vereinfachung für die Gesuchstellenden. Das Spitalamt übernimmt die Federführung und koordiniert das Verfahren mit dem Kantonsapothekeramt.

**Absatz 4**

Die Zuständigkeit für die Bewilligungs- und Ausnahmeerteilung sowie der Vollzug richten sich nach den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes und der Gesundheitsverordnung. Dies beinhaltet somit auch die regelmässige Durchführung von Inspektionen.

**Bewilligungsvoraussetzungen für Rettungsdienste****Artikel 46 (Ärztliche Leitung und pharmazeutische Betreuung)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 121 Buchstabe a SpVG, welcher Artikel 72 Absatz 2 Buchstabe c des bisherigen SpVG entspricht. Deshalb entspricht auch die vorliegende Verordnungsbestimmung Artikel 105 der bisherigen SpVV.

**Absatz 1**

Der Rettungsdienst versorgt die Patientinnen und Patienten in notfallmedizinischer Hinsicht. Er muss daher im medizinischen Bereich über eine ärztliche Leitung verfügen. Ein Leitungsteam ist zulässig.

**Absatz 2**

Diese Bestimmung legt fest, welchen Anforderungen die ärztliche Leitung bezüglich Ausbildung genügen muss. Zu den Aufgaben der ärztlichen Leitung gehört unter anderem, dem nichtärztlichen Rettungspersonal individuell die medizinischen Kompetenzen schriftlich zuzuteilen und sie periodisch zu prüfen. Bei unerwartet eintretenden Notfallsituationen muss der Rettungsdienst gewährleisten können, dass er während den Einsätzen sofort und rund um die

Uhr eine Ärztin oder einen Arzt erreichen kann, um nach erfolgter Rücksprache die erforderlichen Massnahmen zu treffen. Es ist Aufgabe der Rettungsdienste und liegt in der Verantwortung der ärztlichen Leitung, ärztliche Stellvertretungen zu organisieren.

### **Absatz 3**

Der Rettungsdienst bezieht Arzneimittel in der Regel über die Spitalapotheke, wenn der Rettungsdienst an ein Spital angeschlossen ist. Unabhängige Rettungsdienste müssen die Möglichkeit haben, Arzneimittel ohne Anschluss an ein Spital beziehen zu können. Grossisten sind nur berechtigt, Arzneimittel an Ärzte und Apotheken mit entsprechender Bezugsberechtigung zu liefern. Diese Bestimmung ermöglicht es, der ärztlichen Leitung eines unabhängigen Rettungsdienstes die Bewilligung für eine Privatapotheke zu erteilen. Zuständig für diesen Entscheid ist das Kantonsapothekeramt.

### **Artikel 47 (Betriebskonzept)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 121 Buchstabe e SpVG und entspricht Artikel 106 der bisherigen SpVV. Das Betriebskonzept ist dem Gesuch um Bewilligungserteilung beizulegen und gibt einen Überblick über die wichtigsten organisatorischen sowie fachlichen Belange. Anders als bei Artikel 42 Buchstabe a mit Bezug auf die Spitäler wird in der vorliegenden Bestimmung mit Bezug auf die Rettungsdienste nicht in den Verordnungstext aufgenommen, dass die Rettungsdienste einen während sieben Tagen pro Woche durchgehenden Betrieb gewährleisten, denn dies ist Rettungsdiensten inhärent.

## **Datenlieferung**

### **Artikel 48**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 127 Absatz 3 SpVG. Gestützt auf Artikel 76 Absatz 1 des bisherigen SpVG war die vorliegende Bestimmung bereits in Artikel 108 der bisherigen SpVV verankert.

### **Absatz 1**

Diese Bestimmung konkretisiert in den Anhängen die Daten, die die Erbringer von Spitalleistungen an die Gesundheits- und Fürsorgedirektion zu liefern haben für die Planung der Spitalversorgung und zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der bezeichneten Leistungserbringer.

### **Absatz 2**

Diese Bestimmung konkretisiert in den Anhängen die Daten, die die Erbringer von Rettungsleistungen an die Gesundheits- und Fürsorgedirektion zu liefern haben für die Planung der Spitalversorgung und zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der bezeichneten Leistungserbringer.

### **Absatz 3**

Zusätzlich zu den Daten gemäss den Anhängen 5 und 6 kann das Spitalamt von den Leistungserbringern für die Erfüllung seiner Aufsichtstätigkeit nötigen Daten und Unterlagen verlangen. Diese Bestimmung entspricht weitgehend dem bisherigen Absatz 2 von Artikel 108.



## Übergangsbestimmungen

### Artikel 49 (Rechnungslegungsstandard)

Der Kanton Bern führt den Rechnungslegungsstandard IPSAS/HRM2 ein. Die kantonalen psychiatrischen Kliniken und die Universitären Psychiatrischen Kliniken sind diesem gesamtstaatlichen Prozess unterworfen.

### Artikel 50 (Kostenrechnungsstandard)

Die im Kanton Bern gelegenen Listenspitäler haben die Zertifizierung der Kostenrechnung auf der Grundlage des Handbuchs zur Revision der Kosten- und Leistungsrechnung des Verbands H+ die Spitäler der Schweiz nachzuweisen. Verzögerungen in den einzelnen Betrieben, insbesondere durch Umstellungen auf neue Software haben dazu geführt, dass nicht alle den Zertifizierungsnachweis bis am 31. Dezember 2013 erbringen konnten. Die Übergangsbestimmung verlangt die Zertifizierung bis zum 31. Dezember 2015.

### Artikel 51 (Amortisation von Rettungsfahrzeugen)

Da die Rettungsfahrzeuge bisher vom Kanton finanziert wurden, mussten die Rettungsdienste die Rettungsfahrzeuge nicht abschreiben. Entsprechende Erfahrungszahlen können daher den letzten Jahresrechnungen nicht entnommen werden. Bis zum Vorliegen von Erfahrungszahlen wird festgelegt, dass die Abschreibung der Rettungsfahrzeug pro Jahr mit einem Siebtel des Anschaffungswertes erfolgen muss, weil normal beanspruchte Rettungsfahrzeuge üblicherweise nach sieben bis acht Jahren ersetzt werden.

### Artikel 52 (Reduktion der Ausgleichszahlung)

Liegt die tatsächlich erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung des Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent unter der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung, muss der Leistungserbringer eine Ausgleichszahlung an den Kanton entrichten. Diese Regelung über die Ausgleichszahlung, welcher ein Leistungserbringer bei einer Unterschreitung der Ausbildungsleistung zu leisten hat, ist in Artikel 40 aufgeführt. Während einer Einführungsphase wird ein höherer Toleranzwert festgelegt, um es Leistungserbringern allenfalls zu ermöglichen, nötige interne Massnahmen zur Erreichung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung zu ergreifen. Der Toleranzwert für das Jahr 2012 wurde in der geltenden und mit der vorliegenden Totalrevision aufzuhebenden Verordnung auf 70 Prozent, derjenige für das Jahr 2013 auf 40 Prozent und jener für das Jahr 2014 auf 25 Prozent festgelegt. In die vorliegende, totalrevidierte SpVV werden somit die reduzierten Toleranzwerte für die Jahre 2013 und 2014 unverändert übernommen. Mit diesem Entgegenkommen gegenüber den Leistungserbringern wird signalisiert, dass die Erbringung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung vor allem durch die Ausbildungstätigkeit und nicht durch die Ausgleichszahlung erfolgen soll.

Bei der Übernahme dieser Regelungen handelt es sich mit Blick auf den Toleranzwert für das Jahr 2013 nicht um eine Rückwirkung, obschon die SpVV erst auf den 1. Januar 2014 in Kraft gesetzt wird: Die Regelung befand sich bereits in der bisherigen SpVV und ist somit für die Leistungserbringer nicht neu. Zudem begünstigt sie die Leistungserbringer.

### Artikel 53 (Privatärztliche Tätigkeit)

#### Absatz 1

Die kantonalen psychiatrischen Kliniken und die UPD haben bei den zur privatärztlichen Tätigkeit berechtigten Personen eine Abgabe zu erheben. Diese Abgabe soll den Infrastruktur-, Sach- und Personalaufwand decken.

**Absatz 2**

Diese Bestimmung präzisiert die Erhebung der Abgabe differenziert nach stationärem und ambulantem Bereich. Diese Präzisierung ist aufgrund der unterschiedlichen Abgeltungssysteme für die in diesen Bereichen erbrachten Leistungen notwendig und orientiert sich an den Abgaben gemäss geltender SpVV.

**Absatz 3**

Zusätzlich zu der nach Absatz 2 zu erhebenden Abgabe hat der Leistungserbringer mit zur privatärztlichen Tätigkeit berechtigten Personen, in den Räumen des Leistungserbringers eine Privatpraxis führen, eine angemessene Miete zuzüglich Heiz- und Betriebskosten zu vereinbaren. Die technische Leistung gemäss dem gesamtschweizerisch gültigen Tarifsysteem TARMED betrifft zwar in erster Linie beispielsweise Röntgen, Labor usw. und enthält dafür auch einen Raumkostenanteil. Aber eine Privatpraxis in einem Spital hat eben gerade kein eigenes Röntgengerät oder Labor, sondern benutzt dasjenige des Spitals. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass es gewisse technische Leistungen gäbe, die einen Teil der Praxismiete beinhalten, könnte dies von der Klinik insofern berücksichtigt werden, als Absatz 3 von einem angemessenen Mietzins spricht.

## Schlussbestimmungen

**Artikel 54 (Änderung eines Erlasses)****Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV)****Vorbemerkung**

Die Artikel 31a bis 31i SHV basieren auf Artikel 77b bis 77n SHG, welche konzeptuell den Bestimmungen zur Aus- und Weiterbildung im Spitalversorgungsbereich entsprechen (Art. 103 sowie 106 bis 114 SpVG). Konzeptuell entsprechen daher auch die vorliegenden Bestimmungen der SHV den Artikeln 92a bis 92i der bisherigen SpVV, die in Kapitel 4.3 der vorliegenden Verordnung übernommen wurden.

**Artikel 31a (Nichtuniversitäre Gesundheitsberufe)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77c SHG, wonach sich die Leistungserbringer an der praktischen Aus- und Weiterbildung in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen beteiligen. Die aktuelle jährliche Ausbildungsleistung der Betriebe reicht nicht aus, um den Bedarf an Nachwuchskräften in den nichtuniversitären Gesundheitsberufen zu decken. Obwohl der Kanton Bern bereits umfangreiche Massnahmen zur Förderung der praktischen Ausbildung in diesen Berufen ergriffen hat, müssen die Ausbildungsleistungen gesteigert werden, um ausreichend Ersatz für ausscheidendes Personal und zusätzliches Personal für die Abdeckung der erwarteten Leistungssteigerung im gesamten bernischen Gesundheitswesen zu erhalten. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen sind folgende Massnahmen vorgesehen:

- Die Einführung eines Finanzierungs- und Steuerungsmodells für die praktische Ausbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen, welches weiterhin einen Leistungsbezug und eine zweckgebundene Finanzierung der betrieblichen Ausbildungsleistungen gewährleistet.
- Zur Sicherstellung einer optimalen Ausbildungsleistung aller Institutionen ist die Einführung einer Ausbildungspflicht für die im Anhang 2 aufgeführten Gesundheitsberufe vorgesehen. Die Gleichbehandlung der Betriebe setzt voraus, dass ihre Ausbildungsmöglichkeiten, im Folgenden als Ausbildungspotential bezeichnet, objektiv eingeschätzt werden können. Die Betriebe dürfen einerseits nicht durch ungleiche strukturelle Voraussetzungen für die prak-

tische Ausbildung belohnt oder bestraft werden, andererseits sollen sie dazu angehalten werden, ihr Ausbildungspotential voll auszuschöpfen.

## **Artikel 31b (Ausbildungspotenzial)**

### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77e Absatz 4 SHG. Das Ausbildungspotential wird mit Hilfe von Standards berechnet.

Im Bereich Pflege und Betreuung wird das Ausbildungspotential nicht nach den einzelnen Pflege- und Betreuungsberufen, sondern für die gesamte Berufsgruppe „Pflege und Betreuung“ erhoben (Assistent/in Gesundheit und Soziales, Fachfrau/mann Gesundheit, Pflegefachfrau/mann mit Abschluss Höhere Fachschule und Pflegefachfrau/mann mit Abschluss Fachhochschule). Dieses Vorgehen wurde aus folgenden Gründen gewählt:

- Die Berufe in Pflege und Betreuung wurden mit der Neuen Bildungssystematik (NBS) neu geordnet. Mit dieser Bildungsreform wurden zudem die Berufslehre zur Fachfrau bzw. zum Fachmann Gesundheit (FaGe) und ab 2012 die berufliche Grundausbildung mit Attest „Assistentin bzw. Assistent Gesundheit und Soziales“ geschaffen. Diese Berufe befinden sich im Aufbau und sind bei den Leistungserbringern in unterschiedlichem Ausmass eingeführt.
- Die Berufsfelder der einzelnen Berufe in Pflege und Betreuung sind verwandt und weisen Überschneidungen auf. Das Aufgabengebiet und der damit verbundene Einsatz der Personen aus diesen einzelnen Berufen sind in der betrieblichen Praxis nicht einheitlich.
- Die Neuordnung der Ausbildungswelt bedingt eine innerbetriebliche Ueberprüfung der Aufbau- und Ablauforganisation in Bezug auf den Einsatz der personellen Ressourcen in Pflege und Betreuung und damit zu einer Neuordnung des Skill- und Grademix. Die Betriebe sind in diesem Neuordnungsprozess unterschiedlich weit fortgeschritten.

Diese Differenzierungen führen dazu, dass Erhebungen auf der Stufe der einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe zu verzerrten Ergebnissen führen würden. Deshalb werden das Ausbildungspotential und der Standard für die ganze Berufsgruppe „Pflege und Betreuung“ erhoben.

Das für die Überwachung der Versorgungssituation nötige Herunterbrechen auf die einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe wird mit einer prozentualen Aufteilung des Nachwuchsbedarfs dieser Berufsgruppe gemäss Versorgungsplanung 2011-2014 erreicht. Mit dieser Vorgehensweise wird der Anteil der praktischen Ausbildung für die einzelnen Berufe innerhalb der Berufsgruppe Pflege und Betreuung ersichtlich.

Um den für die Versorgung benötigten Personalbedarf zu sichern, wird von den Leistungserbringern auch verlangt, dass sie ein ausreichendes Angebot an den sogenannten nicht-formalisierten Ausbildungsleistungen (Einblicktage Gesundheitsberufe, Berufswahlpraktika Gesundheitsberufe, Berufspraktika Fachmittelschule FMS, Praktika Fachmaturität Gesundheit, Eignungspraktika Höhere Fachschule Pflege und Vorpraktika Fachhochschule) zur Verfügung stellen. Für diese ebenfalls definierten aber sehr unterschiedlichen Ausbildungsleistungen wurde auf die Festlegung eigener Standards verzichtet. Die nicht-formalisierten Ausbildungsleistungen werden aber pauschal mit 5 Prozent der Ausbildungsleistungen veranschlagt und sind in den im Anhang 3 aufgeführten Standards der einzelnen Gesundheitsberufe eingerechnet. Die durch die Leistungserbringer erbrachte Ausbildungsleistung für nicht-formalisierte Ausbildungsleistungen wird als Beitrag zur Erfüllung der verfügbaren Ausbildungsleistung anerkannt.

### **Absatz 2**

Der Standard für die Wohn- und Altersheime steht in Relation zu den Stellenplänen der nicht-universitären Gesundheitsberufe gemäss Anhang 1 dieser Verordnung. Mit dem Standard wird konkret das „Ausbildungspotential in Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle (Vollzeitäquivalente)“ ausgedrückt. Ein Standard von 8.5 in Pflege und Betreuung bedeutet, dass pro Jahr und pro Vollzeitäquivalent eines Pflege- und Betreuungsberufs gemäss Anhang 1 eine Ausbildungsleistung in der Praxis von 8.5 Ausbildungswochen erwartet wird.

### **Absatz 3**

Der Standard für die Spitex-Organisationen steht in Relation zu den in einem Jahr erbrachten Leistungsstunden nach Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung. Mit dem Standard wird das „Ausbildungspotential in Ausbildungswochen pro Tausend Leistungsstunden“ ausgedrückt. Ein Standard von 5.9 in Pflege und Betreuung bedeutet, dass pro Jahr und pro Tausend Leistungsstunden eine Ausbildungsleistung in der Praxis von 5.9 Ausbildungswochen erwartet wird.

### **Absatz 4**

Die Standards werden mit dieser Verordnung verbindlich festgelegt und sind im Anhang 3 zur SHV aufgeführt.

## **Artikel 31c (Gewichtung der Aus- und Weiterbildungen)**

### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77e Absatz 4 SHG. Mit der Einführung eines Gewichtungsfaktors wird die Möglichkeit geschaffen, die Aus- und Weiterbildungstätigkeit der Leistungserbringer auf die Zielsetzungen der Versorgungsplanung auszurichten.

Decken sich in einem Gesundheitsberufe die tatsächlichen Ausbildungsleistungen und der Bedarf gemäss Versorgungsplanung, beträgt der Gewichtungsfaktor 1.0. Zeigt sich, dass die Ausbildungsleistung der Leistungserbringer nicht ausreicht, um den in der Versorgungsplanung erhobenen Bedarf für diesen Gesundheitsberuf zu decken, wird der Gewichtungsfaktor höher als 1.0 festgesetzt, die Ausbildungsleistung wird dadurch höher bewertet. Wird der in der Versorgungsplanung erhobene Bedarf an Aus- und Weiterbildungsleistungen in einem Gesundheitsberuf übertroffen, wird der Gewichtungsfaktor tiefer als 1.0 festgesetzt, die Ausbildungsleistung wird dadurch tiefer bewertet.

Das Ausbildungspotential der Gesamtheit der Betriebe lässt sich für die Einführungsphase zwar hochrechnen, die Berechnungen geben jedoch keine Hinweise auf das tatsächliche Ausbildungs- und Wahlverhalten der Praxis. Während einer Einführungsphase wird deshalb auf differenzierte Gewichtungen verzichtet, d.h. alle Ausbildungen werden mit dem Gewicht 1.0 versehen (vgl. Anhang 4 zur SHV). Nach Ende der Einführungsperiode werden Erfahrungszahlen aus der Anwendung der Ausbildungsverpflichtung und dem Ausbildungs- und Wahlverhalten der Betriebe vorliegen. Ab diesem Zeitpunkt sollen differenzierte Gewichtungen zur Anwendung kommen. Dementsprechend wird der Regierungsrat nach entsprechender Anhörung der Betroffenen den Anhang ändern

### **Absatz 2**

Die Gewichtungen werden mit dieser Verordnung verbindlich festgelegt und sind im Anhang 4 zur SHV detailliert aufgeführt. Der Bedarf nach beruflichem Nachwuchs in den einzelnen Gesundheitsberufen und die praktischen Aus- und Weiterbildungsleistungen in diesen Berufen entwickeln und verändern sich. Der Regierungsrat wird die Gewichtungsfaktoren diesen Veränderungen periodisch anpassen.

**Artikel 31d (Abgeltung der einzelnen Aus- und Weiterbildungen)****Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77f Absatz 4 SHG. Die Abgeltung für die Aus- und Weiterbildungsleistungen richtet sich nach den heute geltenden Ausbildungsentschädigungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Die im Anhang 5 zur SHV aufgeführten Ausbildungsentschädigungen beziehen sich auf die für die Berechnung des Ausbildungspotenzials massgebende Messgrösse „Ausbildungswoche“. Eine Ausbildungswoche entspricht fünf effektiven Anwesenheitstagen der Lernenden oder Studierenden im Betrieb. Ausnahme bilden die Weiterbildungen, welche pauschal für die zweijährige Ausbildungsdauer entschädigt werden, sowie einzelne Ausbildungsleistungen im Bereich der nicht-formalisierten Ausbildungen, welche pro Tag abgegolten werden.

**Absatz 2**

Die Aus- und Weiterbildungsleistungen werden mit Pauschalen abgegolten, die mit Hilfe von Normkostenberechnungen für die einzelnen Aus- und Weiterbildungen differenziert berechnet wurden. Dabei wird die seit dem Jahr 2002 erfolgreich angewandte Methodik für die Festlegung von Ausbildungspauschalen für die nichtuniversitären Aus- und Weiterbildungsleistungen fortgeführt.

**Absatz 3**

Die Pauschalen für die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen werden mit dieser Verordnung verbindlich festgelegt und sind im Anhang 5 zur SHV detailliert aufgeführt.

**Artikel 31e (Aus- und Weiterbildungsleistung; 1. Allgemein)**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77e SHG. Das Alters- und Behindertenamt legt die vom Leistungserbringer geforderte Aus- und Weiterbildungsleistung in Form einer Verfügung fest. Diese Verfügung legt sowohl die vom Leistungserbringer geforderte Ausbildungsleistung in Ausbildungspunkten wie auch die zugehörige Entschädigung des Leistungserbringers für diese Ausbildungsleistung in einem Frankenbetrag fest. Die Ermittlung der Ausbildungspunkte ist in Artikel 31f geregelt und im zugehörigen Kommentar beschrieben. Die Ermittlung des Frankenbetrags ist in Artikel 31g geregelt und im zugehörigen Kommentar beschrieben.

**Artikel 31f (2. in Form von Aus- und Weiterbildungspunkten)****Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77e SHG. Die Aus- und Weiterbildungsleistungen, die das Alters- und Behindertenamt gegenüber dem Leistungserbringer durch Verfügung festsetzt, werden für die einzelnen Gesundheitsberufe in der Form von Ausbildungspunkten berechnet. Die Berechnungsweise ist in Absatz 2 für die Wohn- und Pflegeheime und in Absatz 3 für die Spitex-Organisationen geregelt. Die verfügte Aus- und Weiterbildungsleistung entspricht der Summe der für die einzelnen Gesundheitsberufe gemäss Absatz 2 und 3 berechneten Aus- und Weiterbildungspunkte.

**Absatz 2**

Grundlage für die Berechnung der verfügbaren Ausbildungsleistung pro Gesundheitsberuf bilden die vom Wohn- und Pflegeheim eingereichten Stellenpläne. Die Vollzeitstellen werden mit dem vom Regierungsrat gemäss Anhang 3 zur SHV vorgegebenen Standard multipliziert. Im Ergebnis resultiert das Ausbildungspotential des Leistungserbringers für die gesamte Berufsgruppe Pflege und Betreuung, ausgedrückt in Ausbildungswochen. In einem Zwischenschritt wird der Nachwuchsbedarf auf die einzelnen Pflege- und Betreuungsberufen gemäss den Vorgaben der Versorgungsplanung aufgeteilt. Diese Ausbildungswochen pro Gesundheitsberuf werden anschliessend mit dem Gewichtungsfaktor dieses Gesundheitsberufs gemäss Anhang 4 zur SHV multipliziert. Im Ergebnis resultieren die geforderten Ausbildungspunkte pro Gesundheitsberuf, die für die Addition zur verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung gemäss Absatz oben massgebend sind.

### **Absatz 3**

Grundlage für die Berechnung der verfügbaren Ausbildungsleistung pro Gesundheitsberuf bilden die durch die Spitex-Organisation erbrachten Leistungsstunden nach Artikel 7 der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)<sup>14</sup>. Die Leistungsstunden dividiert durch Tausend werden mit dem vom Regierungsrat gemäss Anhang 3 zur SHV vorgegebenen Standard multipliziert. Im Ergebnis resultiert das Ausbildungspotential des Leistungserbringers für die gesamte Berufsgruppe Pflege und Betreuung, ausgedrückt in Ausbildungswochen. In einem Zwischenschritt wird der Nachwuchsbedarf auf die einzelnen Pflege- und Betreuungsberufen gemäss den Vorgaben der Versorgungsplanung aufgeteilt. Diese Ausbildungswochen pro Gesundheitsberuf werden anschliessend mit dem Gewichtungsfaktor dieses Gesundheitsberufs gemäss Anhang 4 zur SHV multipliziert. Im Ergebnis resultieren die geforderten Ausbildungspunkte pro Gesundheitsberuf, die für die Addition zur verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung gemäss Absatz oben massgebend sind.

## **Artikel 31g (3. in Form des Frankenbetrags)**

### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77e SHG EV KVG. Die Aus- und Weiterbildungsleistungen, die das Alters- und Behindertenamt gegenüber dem Leistungserbringer durch Verfügung festsetzt, werden für die einzelnen Gesundheitsberufe in Frankenbeträgen berechnet. Die Berechnungsweise ist in Absatz 2 und 3 geregelt. Der verfügbare Frankenbetrag für die gesamte Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen entspricht der Summe der für die einzelnen Gesundheitsberufe gemäss Absatz 2 und 3 berechneten Frankenbeträge.

### **Absatz 2**

Grundlage für die Berechnung der verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen pro Gesundheitsberuf bildet das gemäss Artikel 31b Absatz 2 berechnete Ausbildungspotential des Wohn- und Pflegeheims in Ausbildungswochen. Der Gewichtungsfaktor wird bei der Berechnung der Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen nicht berücksichtigt, er hat nur Bezug zur Aus- und Weiterbildungsleistung.

Die berechneten Ausbildungswochen pro Gesundheitsberuf werden mit der Abgeltung für diesen Gesundheitsberuf gemäss Anhang 5 zur SHV multipliziert. Im Ergebnis resultiert die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistung pro Gesundheitsberuf, die für die Addition zur verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen gemäss Absatz 1 oben massgebend ist.

### **Absatz 3**

<sup>14</sup> SR 832.112.31

Grundlage für die Berechnung der verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen pro Gesundheitsberuf bildet das gemäss Artikel 31b Absatz 3 berechnete Ausbildungspotential der Spitex-Organisation in Ausbildungswochen. Der Gewichtungsfaktor wird bei der Berechnung der Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen nicht berücksichtigt, er hat nur Bezug zur Aus- und Weiterbildungsleistung.

Die berechneten Ausbildungswochen pro Gesundheitsberuf werden mit der Abgeltung für diesen Gesundheitsberuf gemäss Anhang 5 zur SHV multipliziert. Im Ergebnis resultiert die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistung pro Gesundheitsberuf, die für die Addition zur verfügbaren Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen gemäss Absatz 1 oben massgebend ist.

### **Artikel 31h (Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistung)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77f Absatz 4 SHG. Aus organisatorischen Gründen soll die Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen der Wohn- und Pflegeheime und der Spitex-Organisationen zentral durch die Dienststelle Berufsbildung des Spitalamts wahrgenommen werden. Für die Berechnung der tatsächlich zustehenden Abgeltung pro Gesundheitsberuf werden die effektiv geleisteten Ausbildungswochen, Weiterbildungsgänge und Ausbildungstage mit den zugehörigen Pauschalen gemäss Anhang 5 zur SHV multipliziert und zum Gesamttotal addiert.

#### **Absatz 2**

Zeigt sich, dass die Abgeltung für die tatsächlich erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung unter der Summe liegt, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde, muss der Leistungserbringer die Differenz dem Spitalamt zahlen.

#### **Absatz 3**

Zeigt sich, dass die Abgeltung für die tatsächlich erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung über der Summe liegt, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde, zahlt das Spitalamt die Differenz dem Leistungserbringer nach.

### **Artikel 31i (Ausgleichszahlung)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung basiert auf Artikel 77g Absatz 3 SHG. Liegt die effektiv geleistete Aus- und Weiterbildungsleistung des Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent unter der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung, muss der Leistungserbringer eine Ausgleichszahlung an den Kanton entrichten.

Mit dem Toleranzwert von 10 Prozent wird berücksichtigt, dass der Leistungserbringer die vom Alters- und Behindertenamt verfügbare Aus- und Weiterbildungsleistung aus verschiedenen Gründen nicht punktgenau erreichen kann. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Ausbildungstätigkeit vielen äusseren Einflüssen unterliegt, die der Leistungserbringer nicht beeinflussen kann. Zum einen kann es wegen Krankheit von Lernenden bzw. Studierenden oder aus anderen Gründen zu Ausbildungsabbrüchen kommen, die die Aus- und Weiterbildungsleistung reduzieren. Zum anderen können auch Situationen beim Leistungserbringer auftreten, die dazu führen, dass ein Praktikum nicht durchgeführt werden kann. Um langwierige Auseinandersetzungen wegen solchen Vorkommnissen mit den Leistungserbringern zu vermeiden, legt der Regierungsrat für die erwähnten, möglichen Umstände einen Toleranzwert

fest, d.h. eine pauschale, in Prozenten festgelegte, tolerierte Unterschreitung der verfügbaren Ausbildungsleistung. Dieser Toleranzwert wird periodisch neu festgelegt.

Der Toleranzwert wird auf 10 Prozent der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung eines Leistungserbringers festgelegt. Während einer Einführungsphase (Jahr 2014) wird ein höherer Toleranzwert festgelegt, um es Leistungserbringern allenfalls zu ermöglichen, nötige interne Massnahmen zur Erreichung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung zu ergreifen. Mit diesem Entgegenkommen gegenüber den Leistungserbringern wird auch signalisiert, dass die Erbringung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung vor allem durch die Ausbildungstätigkeit und nicht durch die Ausgleichszahlung erfolgen soll. Der Toleranzwert für das Jahr 2014 wird auf 25 Prozent festgelegt (vgl. Übergangsbestimmungen zur SHV).

### Absatz 2

Nachdem das Alters- und Behindertenamt festgestellt hat, dass es eine Ausgleichszahlung einfordern muss, gilt es nun deren Höhe zu berechnen. Berechnet wird die Differenz zwischen der tatsächlich zustehenden Abgeltung (d.h. der Abgeltung für die effektiv geleistete Aus- und Weiterbildungsleistungen) und der Abgeltung, welche dem Leistungserbringer ausbezahlt wurde. Die Höhe der Ausgleichszahlung entspricht dem Dreifachen dieser Differenz. Sie ist zusätzlich zu der Rückzahlung gemäss Artikel 31h Absatz 2 zu entrichten.

### Absatz 3

Nebst dem in Absatz 2 geregelten Fall, die Ausgleichszahlung mit Hilfe der Differenz zwischen verfügbarer und tatsächlicher zustehender Abgeltung zu bemessen, muss auch eine Berechnungsmethode der Ausgleichszahlung für den Fall geregelt sein, dass ein Betrieb die tolerierte Unterschreitung verfehlt, aber die erreichte Abgeltung infolge des gewählten Ausbildungsmixes höher als die verfügbare Abgeltung liegt. In einem solchen Fall wird in einem ersten Schritt die prozentuale Abweichung zwischen verfügbarer und effektiv erbrachter Ausbildungsleistung ermittelt. Der so ermittelte Prozentwert wird nun von der Abgeltung abgezogen, welche dem Leistungserbringer gemäss Artikel 31g Absatz 2 für die verfügbare Aus- und Weiterbildungsleistung zusteht. Die Ausgleichszahlung entspricht dem dreifachen Betrag, der so ermittelten prozentualen Abweichung der verfügbaren Abgeltung.

Folgendes fiktives Beispiel für die Berechnung der Ausgleichszahlung:

Verfügbare Aus- und Weiterbildungsleistung (Ausbildungspunkte)	2'086.0
Effektiv erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung (Ausbildungspunkte)	1'856.5
Differenz verfügbar – effektiv in Ausbildungspunkten	-229.5
Differenz verfügbar – effektiv in Prozent	11.0
Toleranzwert von 10% überschritten (ja / nein)	Ja
Ausgleichszahlung (ja / nein)	Ja
Verfügbare Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen	390'326.50
Prozentualer Abzug gemäss Unterschreitung Ausbildungsleistung (11 %)	42'935.90
Ausgleichszahlung = 3-fache Differenz (Prozentualer Abzug verfügbare Abgeltung)	128'807.70
Abgeltung für die tatsächlich erbrachten Aus- und Weiterbildungsleistungen	395'587.60
Zusatzzahlung der GEF (+) bzw. Rückzahlung an GEF (-)	+5'261.10



**Absatz 4**

Das Alters- und Behindertenamt legt die Ausgleichszahlung durch Verfügung fest. Die Leistungserbringer haben die Ausgleichszahlung innert der in der Verfügung genannten Frist zu bezahlen.

**Übergangsbestimmung SHV**

Liegt die tatsächlich erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung des Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent unter der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung, muss der Leistungserbringer eine Ausgleichszahlung an den Kanton entrichten. Die Regelungen über die Ausgleichszahlung, welcher ein Leistungserbringer bei einer Unterschreitung der Ausbildungsleistung zu leisten hat, sind in Artikel 31i aufgeführt. Während einer Einführungsphase wird ein höherer Toleranzwert festgelegt, um es Leistungserbringern allenfalls zu ermöglichen, nötige interne Massnahmen zur Erreichung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung zu ergreifen. Der Toleranzwert für das Jahr 2014 wird auf 25 Prozent festgelegt. Mit diesem Entgegenkommen gegenüber den Leistungserbringern wird signalisiert, dass die Erbringung der verfügbaren Aus- und Weiterbildungsleistung vor allem durch die Ausbildungstätigkeit und nicht durch die Ausgleichszahlung erfolgen soll.

**Artikel 55 (Änderung eines Erlasses)**

Die Einführungsverordnung vom 2. November 2011 zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung kann bis auf die Artikel 11 und 12 aufgehoben werden, weil das neue SpVG nun diese Verordnung bis auf die beiden erwähnten Bestimmungen ablöst. Diese beiden Bestimmungen bleiben mit Blick auf Artikel 151 SpVG noch in Kraft, bis die nach Artikel 56 Absatz 3 SpVG erforderlichen Definitionen zu den Kennzahlen, zur Periodizität sowie zur abzugebenden Form der Daten vorliegen.

**Artikel 56 (Aufhebung eines Erlasses)**

Die Spitalversorgungsverordnung vom 30. November 2005 wird auf den 1. Januar 2014 aufgehoben. Sie basierte auf dem Spitalversorgungsgesetz vom 5. Juni 2005, das seinerseits durch das totalrevidierte Spitalversorgungsgesetz aufgehoben wird.

**Artikel 57 (Inkrafttreten)**

Die vorliegende Verordnung tritt am 1. Januar 2014 in Kraft und löst damit die Spitalversorgungsverordnung vom 30. November 2005 ab, welche auf diesen Zeitpunkt hin aufgehoben wird.

### 3. Auswirkungen

Im Vortrag zum revidierten SpVG wurden bereits die finanziellen, personellen und organisatorischen Auswirkungen der neuen Bestimmungen dargelegt.

Falls der Regierungsrat im Rahmen des Projekt Aufgaben- und Strukturüberprüfung (ASP) der 2014 die Normkosten Rettungsdienste senkt, bedingt dies eine Anpassung von Artikel 27 Absatz 2 Buchstabe b der vorliegenden Verordnung (vgl. vorstehende Ausführungen zu Artikel 27 Absatz 2).

Die in Artikel 31 vorgesehene Pauschale für die ärztliche oder pharmazeutische Weiterbildung entspricht jenem Betrag, der bereits im Jahr 2013 für die ärztliche Weiterbildung ausgerichtet wurde. Bei Annahme der interkantonalen Vereinbarung über die Finanzierung der ärztlichen

Weiterbildung würde diese Pauschale angehoben, was Mehraufwendungen für den Kanton von rund 9 Millionen Franken zur Folge hätte. Die Inkraftsetzung der interkantonalen Vereinbarung bedingt die Zustimmung sämtlicher Kantone, wobei im Kanton Bern der Grosse Rat für den Beitrittsbeschluss zuständig ist. Verschiedene Kantone, darunter der Kanton Bern, haben bezüglich der in der Vereinbarung vorgesehenen Pauschale Vorbehalte formuliert. Es ist daher davon auszugehen, dass die Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Frage der Höhe der Pauschale zusätzliche Überlegungen anstellen wird. Vor diesem Hintergrund dürfte die Vereinbarung frühestens am 1. Januar 2016 in Kraft treten. Bis dahin regelt Artikel 31 die Finanzierung der ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung.

## 4. Ergebnis der Konsultation

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion führte vom 19. Juni bis am 24. Juli 2013 ein Konsultationsverfahren bei den interessierten Kreisen durch (Leistungserbringer, Verbände, politische Parteien, Direktionen des Kantons Bern sowie Staatskanzlei, Datenaufsichtsstelle und Stelle für Gesetzgebungskoordination). Insgesamt wurden 122 Institutionen begrüsst, davon haben 52 Stellung genommen.

Der Verordnungsentwurf wurde im Allgemeinen wohlwollend aufgenommen. Viele Bemerkungen und Hinweise der Leistungserbringer und Verbände hätten sich zudem bei genauer Lektüre des Vortrags geklärt.

Bemängelt wurden die engen zeitlichen Verhältnisse. Der Grosse Rat hat das Spitalversorgungsgesetz am 3. Juni 2013 beschlossen und die Erwartung der Politik besteht darin, das Gesetz auf den 1. Januar 2014 in Kraft zu setzen. Auch die Verordnung ist daher auf diesen Zeitpunkt hin zu beschliessen. Für die Erarbeitung der Verordnungsbestimmungen blieben daher nur knapp fünf Monate (inkl. Durchführung eines Konsultationsverfahrens), denn der Regierungsrat muss über Verordnungen, die auf das neue Jahr hin in Kraft treten müssen, Ende Oktober Beschluss fassen, damit noch genügend Zeit für die Folgearbeiten besteht (Drucklegung, Publikation usw.). Aufgrund dieser zeitlich engen Verhältnisse wird das Lebenszyklusmanagement der Leistungserbringer vorerst auf der bisherigen Basis weitergeführt (vgl. Vortrag zu Art. 18). Ebenso können die Verordnungsbestimmungen betreffend Abgeltung der ambulanten Spitalversorgungsleistungen erst in die SpVV aufgenommen werden, wenn die GEF die Liste der ambulanten Spitalversorgungsleistungen gemeinsam mit den Listenspitälern und Listengeburtshäusern definiert haben wird (vgl. Art 62 SpVG). Soweit sich im Laufe der Zeit bessere Lösungen zeigen, als sie während der kurzen Zeit von Juni bis Oktober 2013 erarbeitet werden konnten, besteht die Möglichkeit, die SpVV anzupassen.

Zahlreiche Bemerkungen betrafen das Kommissionswesen, wobei die Interessen diametral auseinandergingen. Bereits im Rahmen der Erarbeitung des Verordnungsentwurfs hat sich die GEF nicht zuletzt aus zeitlichen Gründen dazu entschieden, das Kommissionswesen zu einem späteren Zeitpunkt zu prüfen und gegebenenfalls neu zu regeln. Sie hat daher an den Regelungen, die bereits in der bisherigen SpVV verankert sind, nur redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Aufgrund mehrfacher Hinweise konnte Artikel 11 so umformuliert werden, dass er für sämtliche Listenspitäler und Listengeburtshäuser gilt und damit dem Finanzkontrollgesetz entspricht. Ebenso wurde Artikel 15 Absatz 3 (Verhältnis der Universitätsspitäler zur Universität) geändert, der die Vertretung der Assistenz- und Oberärzteschaft im Medizinischen Fakultätskollegium regelt.

Weiter wurde Artikel 15 aufgenommen, welcher Rechnungslegungsstandard für die kantonalen Psychiatriespitäler gilt.

Artikel 30 (ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung) wurde dahingehend ergänzt, dass der Kanton die Pauschalen auch für die Weiterbildung bis zur Erlangung eines weiteren Facharzttitels gewährt, sofern der bereits erlangte Facharzttitel in einem engen curricularen Bezug zum zusätzlich angestrebten Facharzttitel steht.

Im Bereich der Aus- und Weiterbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen wurden teilweise Vorschläge gemacht, die nicht weiter verfolgt werden konnten, da das SpVG solche Lösungen nicht zulässt. Insbesondere wurde oft verlangt, die Gewichtung der Gesundheitsberufe zu streichen. Diese ist aber in Artikel 108 Absatz 4 SpVG vorgegeben.

Artikel 45 regelt neu auch, dass die pharmazeutische Betreuung der Rettungsdienste entweder durch eine Apotheke oder durch die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes erfolgt.

Neu aufgenommen wurde Artikel 50, welcher gestützt auf Artikel 149 SpVG für alle privatärztlichen Bereiche die jeweiligen Abgabesätze für die Benutzung der Infrastruktur der kantonalen Psychiatriespitäler regelt, solange diese Spitäler noch nicht verselbständigt sind (also bis Ende 2015).

In den Anhang 1 zur SpVV und in Anhang 3 zur SHV wurden die Bezeichnungen der nichtuniversitären Gesundheitsberufe auf den aktuellen Stand gebracht.

Bern, 23. Oktober 2013

Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor:

*Perrenoud*