



# **Vortrag zur Teilrevision 2017 der Spitalversorgungsverordnung (SpVV)**

## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| 1. Ausgangslage.....                                   | 1  |
| 2. Erläuterungen zu den Artikeln.....                  | 2  |
| 2.1 Änderungen der Spitalversorgungsverordnung.....    | 2  |
| 2.2 Indirekte Änderung der Sozialhilfeverordnung ..... | 14 |
| 3. Finanzielle Auswirkungen .....                      | 14 |
| 4. Personelle und organisatorische Auswirkungen.....   | 15 |
| 5. Auswirkungen auf die Gemeinden .....                | 15 |
| 6. Auswirkungen auf die Volkswirtschaft.....           | 15 |
| 7. Ergebnis des Konsultationsverfahrens.....           | 15 |

## **Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat zur Teilrevision 2017 Spitalversorgungsverordnung**

---

### **1. Ausgangslage**

Der Regierungsrat hat das revidierte SpVG<sup>1</sup> und die totalrevidierte SpVV<sup>2</sup> auf den 1. Januar 2014 in Kraft gesetzt. Die Bestimmungen in der SpVV waren allerdings aufgrund der knappen Zeit zwischen Verabschiedung des SpVG und notwendigem Inkraftsetzungszeitpunkt damals noch nicht vollständig, sondern beschränkten sich auf das für den Vollzug des SpVG absolut Notwendige. Die vorliegende Teilrevision der SpVV ist daher bereits die zweite seit der damaligen Totalrevision und will die fehlenden Ausführungsbestimmungen noch ergänzen. Die Erarbeitung dieser Bestimmungen benötigte unterschiedlich viel Zeit. Teilweise handelte es sich um umfangreiche Projekte, welche auch unter Einbezug der Leistungserbringer durchgeführt wurden.

So hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) zusammen mit den Leistungserbringern ein Normkostenmodell für die Abgeltung von ambulanten Spitalversorgungsleistungen in der Psychiatrie nach Artikel 59 bis 62 SpVG erarbeitet. In diesem Projekt wurden die ambulanten Einzelleistungen definiert und deren Normkosten erhoben. Der Kanton finanziert Leistungen der spitalgebundenen ambulanten psychiatrischen Grundversorgung gemäss Artikel 59 SpVG, die durch andere Kostenträger nicht finanziert werden, aber zur Sicherstellung der niederschweligen und wohnortsnahen Grundversorgung notwendig sind. Das in der SpVV neu verankerte Normkostenmodell ermöglicht es dem Kanton, bei den Listenspitälern mit Leistungsverträgen zielgerichtet und bedarfsgestützt Leistungen einzukaufen und abzugelten.

Zusammen mit Vertretern des Verbands diespitäler.be, der Sanitätspolizei der Stadt Bern und der Ambulanz Region Biel AG hat die GEF das Modell zur Berechnung des genormten Betriebsaufwands im Rettungswesen neu geregelt, da sich das bisherige Modell als wenig praxisfreundlich erwies. Als kantonaler Beitrag gilt gemäss Artikel 100 Absatz 2 SpVG die Differenz zwischen dem genormten Betriebsaufwand und den Erträgen des Leistungserbringers. Mit seiner Abgeltung finanziert der Kanton somit die Vorhalteleistungen der Rettungsdienste, d.h. die Zeit, in der der Rettungsdienst keinen Einsatz leistet, für den er alarmiert wurde. Neu beträgt der genormte Betriebsaufwand 1,72 Millionen Franken pro Rettungsteam und Jahr mit elf Vollzeitstellen.

Im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung für die nichtuniversitären Gesundheitsberufe hat die GEF festgestellt, dass mit dem berechneten Ausbildungspotential für die „Höhere Fachschule Ausbildung Rettungssanität“ die in der Versorgungsplanung festgelegte Diplomvorgabe übertroffen wurde, d.h. es haben mehr Personen das Diplom erhalten, als gemäss Versorgungsplanung nötig gewesen wären, um die Versorgung sicherzustellen. Daher wird der Ausbildungsstandard im Anhang 2 der SpVV neu festgelegt. Anhang 4 wird zudem so angepasst, dass der Kanton den Leistungserbringern die ungedeckten Ausbildungskosten, die bei der verkürzten Erwachsenenbildung zur Fachfrau oder zum Fachmann Gesundheit (EFZ Fa-Ge-E) entstehen, basierend auf einer Modellrechnung (über die Kosten und Erträge) mit einer Pauschale entschädigt. Weiter sind noch einzelne Druckfehler in den Anhängen zur Verordnung korrigiert worden.

Zudem wurde ein fehlender Verweis in Artikel 26a ergänzt, der für die Endabrechnungsverfügungen aus den Leistungsverträgen wichtig ist. Weiter wurde im Anhang 5 zum Lebenszyklusmanagement die Datenlieferung bei gemieteten Gebäuden präzisiert.

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

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

## 2. Erläuterungen zu den Artikeln

### 2.1 Änderungen der Spitalversorgungsverordnung

Aus systematischen Gründen wird in der SpVV nach dem Titel 3.6 (Finanzierung) der Titel 3.6.1 (Pauschale Abgeltung) eingeschoben und die Überschrift von Artikel 20 aufgehoben. Dies erlaubt, dass unter dem neuen Titel 3.6.2 (ambulante psychiatrische Spitalversorgungsleistungen) die Artikel 20a bis 20g und unter dem Titel 3.6.3 (besondere ambulante psychiatrische Spitalversorgungsleistungen) der Artikel 20h eingefügt werden können.

#### Artikel 20a (Leistungskategorien und einzelne Leistungen)

##### Absatz 1

Ambulante Spitalversorgungsleistungen werden im Kanton Bern im Psychatriebereich finanziert. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen, die zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung benötigt und durch andere Kostenträger nicht oder ungenügend abgegolten werden. Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung werden in der psychiatrischen Grundversorgung Leistungen benötigt, die eine wohnortnahe und niederschwellige Behandlung ermöglichen. Im Vergleich zu den anderen Versorgungsbereichen werden in der ambulanten Psychiatrieversorgung aufgrund der grossen Schnittmenge mit dem sozialen Bereich deutlich mehr Leistungen erbracht, die in den Tarifwerken nicht abgebildet sind. Durch die Finanzierung dieser Leistungen können im Gegensatz zur Somatik stationäre Behandlungen durch ambulante substituiert werden.

Da ausschliesslich Leistungen abgegolten werden, welche im Tarmed nicht abgebildet sind, und die Abgeltung zudem an einen bestimmten Schweregrad bzw. eine hohe Fallkomplexität geknüpft wird, führt die kantonale Abgeltung zu keiner Benachteiligung der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten. Diese Abgeltung ermöglicht die ambulante Behandlung von schwer kranken Personen, die sonst in den psychiatrischen Institutionen stationär behandelt würden.

Die kantonale Finanzierung erfolgt über Einzelleistungen, um einen gezielten Leistungseinkauf zu ermöglichen. Entsprechend der Vorgabe von Artikel 62 SpVG hat die GEF im Rahmen der Konzeptarbeiten mit den Leistungserbringern die Leistungen definiert und in vier Leistungskategorien gegliedert. Die Vereinbarung der einzelnen Leistungen aus diesen Leistungskategorien erfolgt im Rahmen der Leistungsverträge, die die GEF mit den Leistungserbringern abschliesst (vgl. nachfolgenden Absatz 2). Um der hohen Entwicklungsdynamik im Bereich der ambulanten Psychiatrieversorgung gerecht zu werden und um nicht bei jeder neu entwickelten einzelnen Leistung die Verordnung ändern zu müssen, werden im Verordnungstext nicht die Einzelleistungen, sondern nur die vier Leistungskategorien abgebildet.

##### Buchstabe a

Die erste Leistungskategorie umfasst diejenigen Leistungen, welche die Listenspitäler bei einer Einzelleistungsvergütung den Versicherten<sup>3</sup> oder Versicherern<sup>4</sup> nicht über die geltenden Tarife in Rechnung stellen können. Dazu gehören Leistungen, welche entweder in den Tarifwerken nicht abgebildet sind (bspw. Wegzeiten der nicht-ärztlichen Fachpersonen bei aufsuchenden Leistungen) oder welche die Limitierungen der Tarifwerke (v.a. Tarmed) überschreiten (bspw. längere Behandlungseinheiten bei Behandlungskonferenzen oder bei Sitzungen mit externer Übersetzung).

<sup>3</sup> Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

<sup>4</sup> Art. 42 Abs. 2 KVG

#### Buchstabe b

Wenn die Rechnungstellung für ambulante Leistungen über einen Pauschaltarif erfolgt, richtet sich die Abgrenzung von Pflichtleistungen gemäss KVG und Nichtpflichtleistungen in erster Linie nach den Berufsgruppen. Die Leistungen einiger Berufsgruppen, die einen massgebenden Beitrag an die tagesklinische Versorgung leisten, gehören zu den Nichtpflichtleistungen und können damit nicht über einen KVG-Pauschaltarif abgerechnet werden. Dazu gehören beispielsweise die Leistungen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern oder Kunst-, Musik- und Körpertherapeutinnen und -therapeuten.

#### Buchstabe c

Nicht fallbezogen ist eine Leistung dann, wenn die erbringende Institution diese nicht einem administrativen Fall zuordnen kann. Leistungen ohne Fallbezug können nicht über KVG-Tarife in Rechnung gestellt werden und gehören deshalb grundsätzlich zu den Nichtpflichtleistungen. Kantonal finanziert werden nicht fallbezogene Leistungen, welche einen klaren Nutzen für das Gemeinwesen stiften. Die eingekauften Leistungen dienen der Unterstützung des sozialen Umfelds, welches einen grossen Anteil der Betreuung und Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen übernimmt. Dazu gehören beispielsweise Leistungen, welche nicht an die erkrankte Person selbst, sondern an deren soziales Umfeld (Angehörige, Bezugspersonen, Arbeitgeber, Behörden etc.) oder andere Institutionen (Heime, Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex etc.) erbracht werden. Eine weitere Leistung ohne Fallbezug ist die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für psychische Krankheiten durch gezielte Massnahmen und Kampagnen.

#### Buchstabe d

Um einen niederschweligen und raschen Zugang zur psychiatrischen Versorgung zu gewährleisten, sind Vorhalteleistungen erforderlich. Damit sind Arbeitszeiten gemeint, welche nicht vollständig mit Leistungen „gefüllt“ sind und deshalb die Möglichkeit einer kurzfristigen Intervention zulassen. Es sind zwei Typen von Vorhalteleistungen zu unterscheiden: die Notfall- und Bereitschaftsdienste sowie die nicht bezogenen Leistungen (ungeplante Absenzen von Patientinnen und Patienten, welche zu einem Ausfall von produktiver Zeit führen).

#### Absatz 2

Die einzelnen Leistungen sowie die Menge, die der Kanton bei einem bestimmten Leistungserbringer einkauft, werden in den Leistungsverträgen<sup>5</sup> vereinbart. Das Mengengerüst wird ausgehend vom Versorgungsbedarf erstellt und nach einheitlichen Kriterien den psychiatrischen Betrieben zugeteilt.

### **Artikel 20b (Pauschalen 1. Bestandteile)**

#### Absatz 1

Mit Ausnahme der in Artikel 20h Absatz 1 aufgeführten Leistungen werden für sämtliche vom Kanton finanzierten Leistungen die Normkosten als Pauschale pro Stunde berechnet.

#### Absatz 2

Die Pauschalen basieren auf den Vollkosten pro Stunde, was bedeutet, dass mit der Abgeltung über das Normkostenmodell ein Kostendeckungsgrad von 100 Prozent erreicht wird. Dadurch soll der Bestand der ambulanten Angebote gesichert werden, ohne (im Durchschnitt) Gewinne zu finanzieren. Die Vollkosten pro Stunde setzen sich zusammen aus den Lohnkosten (Buchstabe a), dem standardisierten prozentualen Zuschlag für Sozialleistungen, Sachkosten und Gemeinkosten (Buchstabe b) sowie dem Zuschlag für curriculare<sup>6</sup> Aus- und Weiterbildungskosten, d.h. dem Zuschlag für Aus- und Weiterbildungskosten, die im Zusammenhang mit einem anerkannten Lehrgang entstehen (Buchstabe d).

<sup>5</sup> Art. 59 und Art. 8 ff. des Spitalversorgungsgesetzes vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)

<sup>6</sup> vgl. nachfolgenden Vortrag zu Artikel 20f Abs. 1

Neben den Vollkosten pro Stunde umfassen die Pauschalen auch die Kosten von Management- und Supportaufgaben, die nicht über eigene Positionen eingekauft, sondern als Zuschlag in die Normkosten der kantonal finanzierten Leistungen einberechnet werden (Buchstabe c, vgl. auch Artikel 20e).

#### Absatz 3

Die Normkosten werden auf der Basis der effektiven Kosten der Listenspitäler bemessen. Als Datengrundlage dienen die Lohndaten sowie die Kostenrechnung und das Integrierte Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung (ITAR\_K) des jeweiligen Vorjahres.

### **Artikel 20c (2. Lohnkosten)**

#### Buchstabe a

Für die Berechnung der Lohnkosten können die Listenspitäler dem Spitalamt die von ihnen bezahlten Bruttojahreslöhne pro Berufsgruppe angeben. Soweit ein Spital seine Löhne nicht angibt, trifft der Kanton normative Annahmen, um die Pauschale berechnen zu können.

#### Buchstabe b

Durch die Gewichtung der Bruttojahreslöhne nach den Anteilen der Listenspitäler an der Leistungserbringung wird die Gesamtheit der ausbezahlten Löhne möglichst exakt abgebildet.

#### Buchstabe c

Die Bruttojahreslöhne werden anhand der produktiven Stunden pro Jahr in einen normierten Stundenlohn pro Berufsgruppe umgerechnet. Für die Berechnung der produktiven Stunden werden soweit möglich die im Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für das Personal Bernischer Spitäler vereinbarten Regelungen herangezogen.

#### Buchstabe d

Für jede Einzelleistung wird anhand der effektiven Leistungsminuten ermittelt, welche Berufsgruppen zu welchen Anteilen an deren Erbringung beteiligt sind. Zum so ermittelten Anteil der Berufsgruppen an der Leistungserbringung fliessen auch deren jeweilige Stundenlöhne in die Berechnung der Lohnkosten pro Stunde ein. Somit setzen sich die Lohnkosten pro Stunde der Einzelleistungen aus den Stundenlöhnen der verschiedenen Berufsgruppen zusammen.

### **Artikel 20d (3. Standardisierter prozentualer Zuschlag)**

#### Buchstabe a

Als Datengrundlage für die Berechnung des standardisierten prozentualen Zuschlags dienen die Kostenrechnung und das Integrierte Tarifmodell auf Basis der Kostenrechnung (ITAR\_K) des jeweiligen Vorjahres.

#### Buchstabe b

Aus der Kostenrechnung werden die Sachkosten des ambulanten Leistungsbereichs sowie die Sozialleistungen und die Gemeinkosten des gesamten Betriebs zur Berechnung des standardisierten prozentualen Zuschlags verwendet. Die Sozialleistungen und die Gemeinkosten werden auf die Lohnkosten des Gesamtbetriebs bezogen, die Sachkosten hingegen auf die Lohnkosten des ambulanten Leistungsbereichs.

#### Buchstabe c

Die Werte, welche mehr als eine Standardabweichung neben dem Mittelwert der erhobenen Anteile gemäss Buchstabe b liegen, werden eliminiert. Von den verbleibenden Werten wird ein neuer Mittelwert gebildet, der den standardisierten prozentualen Zuschlag bildet.

#### Buchstabe d

Die Lohnkosten pro Stunde gemäss Artikel 20c Buchstabe d werden um den berechneten standardisierten prozentualen Zuschlag erhöht.

**Artikel 20e (4. Zuschlag für Support- und Managementkosten)**

Im ambulanten Leistungsbereich werden Support- und Managementaufgaben erfüllt, die zwar keine an sich versorgungsnotwendigen Leistungen sind, aber die Leistungserbringung überhaupt erst ermöglichen.

Buchstabe a

Um den Zuschlag für Support- und Managementkosten zu berechnen, werden die auf diese Aufgaben entfallenden Arbeitsminuten erfasst und anschliessend in Relation gesetzt zu den Minuten der Leistungen mit direktem Versorgungsbezug.

Buchstabe b

Die Vollkosten pro Stunde der Leistungen mit direktem Versorgungsbezug werden um den Zuschlag für Management- und Supportkosten erhöht.

**Artikel 20f (5. Zuschlag für curriculare Aus- und Weiterbildungskosten)**

Absatz 1

Zur curricularen Aus- und Weiterbildung werden Tätigkeiten gezählt, die der Vermittlung von (praktischen) Fachkenntnissen im Rahmen eines anerkannten Lehr- oder Studiengangs dienen. Nicht zu dieser Kategorie gehören die individuelle Aneignung von Wissen, der Besuch von externen Weiterbildungen sowie Teambildungen und interne Schulungen.

Buchstabe a

Um den Zuschlag für curriculare Aus- und Weiterbildung zu berechnen, werden die auf diese Tätigkeiten entfallenden Arbeitsminuten jeder Berufsgruppe erfasst und anschliessend in Relation gesetzt zu den Minuten der Leistungen mit direktem Versorgungsbezug derselben Berufsgruppe.

Buchstabe b

Die Stundenlöhne pro Berufsgruppe gemäss Artikel 20c Buchstabe c werden um den berufsgruppenspezifischen Zuschlag für curriculare Aus- und Weiterbildung erhöht.

Absatz 2

Die Aus- und Weiterbildungskosten für Ärztinnen und Ärzte sowie für nichtuniversitäre Gesundheitsberufe werden nicht erhoben, da diese bereits über andere Pauschalen abgegolten werden (Artikel 105 und 109 SpVG sowie Artikel 31 und 35 SpVV). Zu erheben sind daher nur die Kosten für Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie die Kosten für Musik-, Kunst- oder Körpertherapeutinnen und -therapeuten.

**Artikel 20g (Neuberechnung der Pauschalen)**

Absatz 1

Die Pauschalen zur Abgeltung der ambulanten Spitalversorgungsleistungen werden in der Regel alle drei Jahre angepasst, um die Entwicklung der Leistungen und Kosten abzubilden. Von einer jährlichen Neuberechnung wird abgesehen, da diese mit einer Vollerhebung der Leistungen (KVG-Pflichtleistungen und Nichtpflichtleistungen) und Kosten – und daher mit einem relativ grossen Aufwand – verbunden ist. Ausserdem soll mit einer Periodizität von drei Jahren eine gewisse Kontinuität der Abgeltung gewährleistet werden.

**Artikel 20h**

## Absatz 1

Bei einigen ambulanten psychiatrischen Spitalversorgungsleistungen, für die der Kanton den Listenspitälern Pauschalen entrichten kann, unterscheidet sich die Berechnungsweise der Normkosten von dem in den Artikel 20b bis 20f beschriebenen Vorgehen.

## Absatz 2

Um allen Personen einen gleichberechtigten Zugang zur ambulanten psychiatrischen Versorgung zu ermöglichen, muss in gewissen Situationen auf die Unterstützung von interkultureller Übersetzung zurückgegriffen werden. Übersetzungsleistungen ausserhalb der Amtssprachen kaufen die Listenspitäler in der Regel bei Dritten ein, weshalb die Normkosten nicht anhand von Leistungsminuten bemessen werden können. Die Normkosten pro Übersetzungsstunde werden ermittelt, indem die effektiven Übersetzungskosten pro Institution durch die von Dritten bezogenen Stunden dividiert werden. Aufgrund der regional gestuften Ansätze der führenden Anbieterin von Übersetzungsleistungen ergeben sich je nach Standort der Listenspitäler unterschiedliche Normkosten pro Stunde.

## Absatz 3

Durch das Angebot von Schultransporten soll die tagesklinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglichst niederschwellig gestaltet werden. Schultransportleistungen kaufen die Listenspitäler in der Regel bei spezialisierten Unternehmen ein, weshalb die Normkosten nicht anhand von Leistungsminuten bemessen werden können. Die Normkosten werden anhand der effektiven Transportkosten des Vorjahres ermittelt, von denen die Erträge durch Dritte abgezogen werden. Der Differenzbetrag wird durch die Anzahl KVG-Pflegetage dividiert, weil die Krankenversicherung im Gegensatz zur Invalidenversicherung die Transportkosten nicht übernimmt.

Der Grundsatz der Unentgeltlichkeit des Schulunterrichts ist sichergestellt, indem die Schüler und Schülerinnen bzw. deren Eltern die Transporte nicht zu bezahlen haben, sondern das Spital, das die Kosten vom Kanton über die hier vorgesehene Pauschalen ersetzt erhält. Die Kinder, welche während einer beschränkten Zeit in einer Tagesklinik unterrichtet werden, fallen nicht in den Geltungsbereich der SPMV<sup>7</sup>, denn sie haben in der Regel weder eine Behinderung noch stehen sie in einer sonderpädagogischen Massnahme. Die GEF und die Erziehungsdirektion (ERZ) werden aber Absatz 3 im Rahmen des Projekts „Strategie Sonderschulung“ prüfen und gegebenenfalls anpassen.

## Absatz 4

Das Ziel der Notfall- und Bereitschaftsdienste ist die Verbesserung der Versorgung in akuten Krisen und Notfällen. Notfall- und Bereitschaftsdienste gehören zu den Vorhalteleistungen, bei denen es sich nicht um die eigentliche Leistung handelt, sondern vielmehr um bewusst in Kauf genommene Leerzeiten, um eine zeitnahe Leistung zu ermöglichen. Die Notfall- und Bereitschaftsdienste kauft der Kanton nicht als Anzahl Leistungsminuten ein, weil damit der Anreiz zu unnötigen Leerzeiten entstehen könnte. Vielmehr hängt die Höhe der Abgeltung vom Service Level gemäss den folgenden Buchstaben a bis e ab, d.h. sie richtet sich nach der zeitlichen und örtlichen Einsatzbereitschaft. Die Bezugsgrösse für die Abgeltung der telefonischen Erreichbarkeit und der mobilen Krisendienste sind Bevölkerungseinheiten von 50'000 Personen. Dies bedeutet, dass Institutionen pro vollständige Bevölkerungseinheit in ihrem Versorgungsraum eine Pauschale erhalten, wenn sie diese Leistungen erbringen. Da für die so entschädigten Leistungen von sprungfixen Kosten ausgegangen wird, werden angebrochene Bevölkerungseinheiten nicht abgegolten. Somit erhält ein psychiatrischer Dienst für einen Versorgungssektor von 50'000 bis 99'000 Personen lediglich eine Pauschale. Für einen Versorgungssektor von 100'000 bis 149'000 Personen werden hingegen zwei Pauschalen entrichtet.

<sup>7</sup> Verordnung vom 8. Mai 2013 über die sonderpädagogischen Massnahmen (Sonderpädagogikverordnung, SPMV; BSG 432.281)



**Buchstabe a**

Die telefonische Erreichbarkeit einer qualifizierten Fachperson ist rund um die Uhr gewährleistet. Die Fachperson kann die Notwendigkeit einer ärztlichen oder nicht-ärztlichen Intervention beurteilen und bei Bedarf eine Triage vornehmen.

**Buchstabe b**

Der mobile Krisendienst ist täglich (auch am Wochenende) von 8 bis 22 Uhr einsatzbereit bzw. im Einsatz. Das Listenspital erbringt die Leistung in geeigneten Räumlichkeiten (Spital, Ambulatorium, Arztpraxis) oder am Wohnort/Lebensumfeld der betroffenen Person (Wohnung, Wohnheim, Arbeitsort).

**Buchstabe c**

Der mobile Krisendienst erfolgt gemäss Buchstabe b, ist aber täglich (auch am Wochenende) nur von 8 bis 18 Uhr einsatzbereit bzw. im Einsatz. In den Abendstunden finden keine Einsätze statt.

**Buchstabe d**

Rund um die Uhr bestehen ein ärztlicher Bereitschaftsdienst für Notfälle sowie ein fachärztlicher psychiatrischer Hintergrunddienst. Den Hintergrunddienst kann das Listenspital mit Ärztinnen und Ärzten aus der eigenen Institution oder in Kooperation mit den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten der Region sicherstellen. Der psychiatrische Notfalldienst kommt im Spital, im Ambulatorium oder am Wohnort zum Einsatz.

**Buchstabe e**

Der psychiatrische Notfalldienst erfolgt gemäss Buchstabe d, kommt aber nur im Spital oder im Ambulatorium zum Einsatz. Am Wohnort finden keine Einsätze statt.

**Absatz 5**

Als nicht bezogene Leistungen gelten ungeplante Absenzen (also das „Nicht-Erscheinen“) von Patientinnen und Patienten, welche zu einem Ausfall von produktiver Zeit führen. Der Ausfall von produktiver Zeit ergibt sich durch die Wartezeit, welche das Listenspital weder für andere Tätigkeiten einsetzen noch über die Krankenversicherung in Rechnung stellen kann. Das Spitalamt hat diesen Ausfall produktiver Zeit bei den Spitälern erhoben und gestützt darauf als normativen Wert einen Zeitverlust von fünfzehn Minuten pro No-show angenommen. Deshalb beträgt die Abgeltung der No-shows im ambulanten Bereich jeweils einen Viertel des Stundensatzes, welcher für die ambulanten Leistungen der entsprechenden Berufsgruppe berechnet wurde.

Durch die Abgeltung von nicht bezogenen Leistungen soll verhindert werden, dass weniger zuverlässig erscheinende Patientinnen und Patienten von der ambulanten Behandlung ausgeschlossen werden. Damit soll einerseits eine niederschwellige Behandlung ermöglicht und andererseits eine Verlagerung in den stationären Bereich verhindert werden.

**Buchstabe a**

Es wird davon ausgegangen, dass der Zeitverlust durchschnittlich 15 Minuten beträgt. Deshalb entspricht die Abgeltung von nicht bezogenen Leistungen im ambulanten Bereich jeweils einem Viertel des Stundensatzes, welcher für die ambulanten Leistungen der entsprechenden Berufsgruppe berechnet wurde.

**Buchstabe b**

Bei den Tageskliniken handelt es sich um Programmleistungen bzw. um Leistungspakete, welche mehrere Einzelleistungen verschiedener Berufsgruppen umfassen. Die unterschiedliche Angebotszusammensetzung wird auch bei der Abgeltung von nicht bezogenen Leistungen berücksichtigt, indem pro verpassten Pflageetag jeweils die Hälfte der tagesklinikspezifischen kantonalen Abgeltung entrichtet wird.

#### Absatz 6

Rapporte dienen der Koordination der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Personen, indem Informationen ausgetauscht, Behandlungsziele definiert und Aufgaben verteilt werden. Im Gegensatz zu den meisten ambulanten Spitalversorgungsleistungen werden die Rapporte nicht über einen Stundensatz, sondern über eine einheitliche Pauschale pro Pflegetag abgegolten. Die Pauschale basiert auf den durchschnittlichen Rapportkosten aller Tageskliniken pro Pflegetag. Dabei handelt es sich um tagesklinische Rapporte, welche nicht über das KVG verrechnet werden können. Die ambulanten Rapporte können hingegen via Tarmed verrechnet werden und sind deshalb in der Leistungsliste des Kantons nicht enthalten.

#### Absatz 7

Die Leistungen gemäss Artikel 20h sollen in der Regel alle drei Jahre neu berechnet werden. Gleiches gilt für die Leistungen nach Artikel 20a bis 20f (vgl. Art. 20g).

### **Anpassung der Systematik**

Aus systematischen Gründen wurde nach Artikel 20h der Titel 3.6.4 (Darlehen) eingeschoben und die Überschriften von Artikel 21 bis 24 wurden geändert. Dies erlaubt, dass unter dem neuen Titel 3.6.2 (ambulante Spitalversorgungsleistungen) die Artikel 20a bis 20g und unter dem Titel 3.6.3 (besondere ambulante Spitalversorgungsleistungen) der Artikel 20h eingefügt werden können.

### **Artikel 26a (Anwendbare Bestimmungen)**

Im Rahmen der SpVV-Teilrevision, die auf den 1. Januar 2015 in Kraft trat, wurde versehentlich nicht verankert, dass auch Artikel 24a, wonach das Spitalamt die Endabrechnungen aus den Leistungsverträgen verfügt, sinngemäss für die Leistungsverträge im Rettungswesen gilt. Die Form der Verfügung ermöglicht es den Leistungserbringern, die Endabrechnung des Spitalamts auf dem Beschwerdeweg erstinstanzlich bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion sowie zweitinstanzlich noch beim bernischen Verwaltungsgericht anzufechten, wogegen ohne Verfügung einzig der Klageweg beim Verwaltungsgericht offen stünde und somit eine Instanz verloren ginge.

### **Artikel 27a (Finanzierung 1. Abgeltung für die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft)**

Der bisherige Artikel 27 SpVV wird aufgehoben. Er regelte den genormten Betriebsaufwand für die Sanitätsnotrufzentrale und jenen für die Rettungsdienste. Die Regelungen für die Sanitätsnotrufzentrale im SpVG (Art. 9 Abs. 1 und Art. 100) sind aber im Grunde genommen ausreichend und bedürfen keiner weiteren Ausführungen auf Verordnungsstufe. Die bisherigen Regelungen für die Rettungsdienste in Artikel 27 werden nunmehr modifiziert und in den neuen Artikeln 27a und 27b verankert.

Im Rahmen der Angebots- und Strukturüberprüfung 2014 war beabsichtigt, die Normkosten pro Rettungsteam zu senken. Der anhaltende Widerstand der Trägerschaften der Rettungsdienste führte dazu, dass die Leistungsverträge nur mit grosser Verspätung unterzeichnet werden konnten und dass die Gesundheits- und Fürsorgedirektion zusammen mit den Trägerschaften der Rettungsdienste die Normkosten pro Rettungsteam neu erarbeitet hat (vgl. Ausführungen unten zu Absatz 2).

#### Absatz 1

Das Normkostenmodell nach Artikel 100 SpVG geht davon aus, dass die Rettungsdienste ihre Einsätze den Versicherten oder Versicherern kostendeckend in Rechnung stellen. In Ergänzung dazu finanziert der Kanton die einsatzfreie Zeit der Rettungsdienste und sichert damit die (Aufrechterhaltung der) Einsatzbereitschaft. Er gilt im Leistungsvertrag mit dem Rettungsdienst die Vorhalteleistung für die Aufrechterhaltung eines Rettungsdienstes ab und sichert damit auch die Refinanzierung der Investitionen.

Die Abgeltung für die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft berechnet sich aus dem Produkt der Anzahl Rettungsteams und der Normkosten pro Rettungsteam abzüglich der Erträge aller Einsatzkategorien. Die Anzahl der Rettungsteams wird mit jedem Rettungsdienst im Leistungsvertrag vereinbart.

In der Abgeltung sind insbesondere nicht enthalten: Leistungen in Katastrophen- oder Notlagen, Zentrumslasten (z.B. besondere Leistungen bei Demonstrationen), Ausbildung von Rettungssanitäterinnen HF und Rettungssanitätern HF, Katastrophenvorsorge (Ausbildung, Übungen, Material, Wartung), Dienstleistungen bei Grossveranstaltungen, Wasserrettung, Taktisches Medizinisches Element (TME) zugunsten der Kantonspolizei, Übungen im Zusammenhang mit grossen Infrastrukturen (z.B. Tunnels). Die Finanzierung dieser Leistungen muss ausserhalb der Abgeltung an die Rettungsdienste für Rettungsleistungen gemäss SpVG und somit gestützt auf andere Rechtsgrundlagen erfolgen.

Dass die Abgeltung für die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft *höchstens* der Differenz zwischen dem genormten Betriebsaufwand und den Erträgen entspricht, liegt daran, dass die Absätze 3 und 4 Kürzungen dieser Abgeltung regeln.

#### Absatz 2

Pro Rettungsteam werden Normkosten festgelegt. Ein Rettungsteam umfasst elf Vollzeitstellen. Auf der Grundlage der Kostendaten 2014 der acht Vertragspartner wurde die Abgeltung pro Team für das Jahr 2015 auf CHF 1'720'000 festgelegt. Wird pro Jahr eine Teuerung von einem Prozent berücksichtigt, ergibt sich für das Inkrafttreten der Verordnungsrevision im Jahr 2017 ein Betrag pro Team von CHF 1'754'572, der in Absatz 2 verankert wird. Der Benchmark wurde zwischen dem zweit- und dem drittbesten der acht Betriebe gesetzt. Mit dem festgelegten Betrag werden auch die Investitionen abgegolten bzw. deren Refinanzierung sichergestellt. In Abweichung von der bisherigen Praxis werden Notärztinnen und Notärzte in diesem Modell nicht mehr gesondert abgegolten, sie sind in der Abgeltung der Rettungsteams enthalten. Damit werden die Rettungsdienste mit und diejenigen ohne Notärztinnen und Notärzte gleich behandelt.

#### Absatz 3

Die Erträge müssen die Kosten der Einsätze decken, die der Rettungsdienst in der betreffenden Einsatzkategorie leistete. Konkret müssen z.B. die Erträge aus den Krankentransporten bzw. Sekundärtransporten S3 die Kosten genau dieser Einsätze decken. Durch zu tiefe Preise verursachte Finanzierungslücken deckt der Kanton nicht, sie gehen zulasten des Rettungsdienstes. Stellt ein Rettungsdienst somit Rechnung an die Versicherer und Versicherten mit Preisen, welche die Kosten der Einsätze nicht decken, so kürzt der Kanton seine Abgeltung. Die Kürzung entspricht der Differenz zwischen den kostendeckenden Preisen und den zu tiefen Preisen, mit denen der Rettungsdienst den Versicherten und Versicherern die geleisteten

#### Absatz 4

Bei der Abrechnung der kantonalen Abgeltung sind ebenfalls die Personalbestände der Rettungsdienste zu überprüfen. Wurden weniger Personen beschäftigt, als die Teamzuteilung im Leistungsvertrag vorsieht, so kürzt der Kanton in der Abrechnungsverfügung nach Artikel 26a in Verbindung mit Artikel 24a die Abgeltung im Verhältnis zu den tatsächlich besetzten Vollzeitstellen.

#### Absatz 5

Ein Rettungsdienst kann auch Erträge erzielen, die nicht auf Rettungseinsätze (inkl. aller mit dem Rettungswesen in Zusammenhang stehenden Arbeiten) zurückzuführen sind. So könnte er in Zeiten, in denen keine Arbeiten für den Rettungsdienst anfallen, beispielsweise Arbeiten für den Spitalbetrieb des Regionale Spitalzentrums verrichten, an das er angegliedert ist. Solche Arbeiten muss das Regionale Spitalzentrum erfassen und buchhalterisch abgrenzen können, d.h. beim Rettungsdienst als Ertrag und beim Spitalbetrieb als Aufwand erfassen. Weiter ist denkbar, dass ein Rettungsdienst in sog. Leerzeiten für einen Dritten arbeitet. All diese Erträge werden von der Abgeltung des Kantons für die Rettungsleistungen in Abzug gebracht. Der Sinn dieser Bestimmung liegt darin, dass der Rettungsdienst für rettungsdienstliche Leer-

zeiten nicht doppelt bezahlt wird, einmal mit den Abgeltungen, die er vom Kanton für die Vorhalteleistung im Rettungsbereich erhält, und dann noch mit den Zahlungen für seine Arbeiten, die er während diesen Leerzeiten leistet und die nicht auf Rettungseinsätze zurückzuführen sind.

### **Artikel 27b (2. Änderung des genormten Betriebsaufwands)**

#### **Absatz 1**

Diese Bestimmung regelt, dass die in Artikel 27a Absatz 2 verankerte Höhe des genormten Betriebsaufwands pro Rettungsteam und Jahr in der Regel alle drei Jahre neu festgelegt wird, d.h. Artikel 27a Absatz 2 wird in der Regel alle drei Jahre geändert. Die Neufestlegung des genormten Betriebsaufwands folgt dem Vorgehen, das im Vortrag zu Artikel 27a Absatz 2 beschrieben wurde. Für die Neuberechnung stellen die Rettungsdienste, die in den drei vorangegangenen Jahren Leistungsverträge mit der GEF hatten, dem Spitalamt ihre Kostendaten zu Verfügung, dies gegliedert nach folgenden Kategorien:

- Personalkosten (Primärkosten, dem Rettungsdienst direkt zuweisbar: Löhne, Sozialversicherungen, Aus- und Weiterbildung etc.),
- Sachkosten (Primärkosten, dem Rettungsdienst direkt zuweisbar: medizinisches Material, Kleider, Betrieb der Fahrzeuge, Versicherungen etc.),
- Umlage Sachkosten (Sekundärkosten, dem Rettungsdienst nicht direkt zuweisbar: technischer Dienst, Miete, Informatik, Rechnungswesen, Personaldienst, Direktion etc.).

Die Normkosten pro Team und Jahr werden zwischen dem zweit- und dem drittbesten der Rettungsdienste festgelegt. Der Grund liegt darin, den besten Rettungsdienst nicht für sein wirtschaftliches Handeln zu bestrafen, aber dennoch die schlechteren Rettungsdienste zu wirtschaftlicherem Handeln zu bewegen.

#### **Absatz 2**

Diese Bestimmung entspricht dem aufgehobenen Artikel 27 Absatz 5. Wie in Artikel 27a dargestellt, setzt der Kanton die Abgeltung so an, dass die Betriebe eigenständig arbeiten können und nicht auf systemfremde Querfinanzierungen angewiesen sind. Falls die Abgeltung an einen Rettungsdienst aus nicht voraussehbaren Gründen doch nicht ausreichend sein sollte, bietet die vorliegende Bestimmung die Möglichkeit, flexibel auf eine solche Situation zu reagieren und die Abgeltung anzupassen, damit die regionale Versorgung aufrecht erhalten bleibt. Als nicht voraussehbare Gründe gelten beispielsweise Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt (z.B. Abwanderung), technologische Veränderungen mit verändertem Investitionsbedarf oder strukturelle Anpassungen in den Betrieben (Übernahmen, Fusionen etc.). Wird der genormte Betriebsaufwand erhöht, ist dies im Leistungsvertrag zu vereinbaren.

### **Anpassung der Systematik**

Aus systematischen Gründen bzw. weil anstelle des aufgehobenen Artikels 27 zwei neue Artikel (Art. 27a und 27b) eingefügt werden, sind die Ziffern in den Überschriften von Artikel 28 bis 30 zu ändern.

### **Übergangsbestimmung zu den ambulanten Spitalversorgungsleistungen**

#### **Artikel 50a**

Der Kanton Bern beteiligt sich seit längerer Zeit an der Finanzierung von ambulanten und tagesklinischen Leistungen der Psychiatrieversorgung. Zwar wurde bei der Abgeltung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen unterschieden (ambulante Leistungen und tagesklinische Leistungen), die abgegoltene Einzelleistungen waren jedoch nicht genauer definiert.

Mit dem Normkostenmodell wird ein Wechsel zu einer stärker leistungsbezogenen Finanzierung vollzogen. Um die durch die bisherige Finanzierung geförderten Strukturen nicht zu gefährden bzw. um den Betrieben genügend Zeit zu geben, ihre Strukturen an das neue Abgeltungssystem anzupassen, ist eine Übergangsphase von zwei Jahren vorgesehen.

Im Jahr 2017 darf die Abgeltung pro Betrieb und Leistungsbereich (ambulante Leistungen und tagesklinische Leistungen) maximal fünf Prozent von der Abgeltung desselben oder vergleichbaren (bspw. quantitativ und qualitativ) Leistungsbereichs im Jahr 2015 abweichen (vgl. Bst. a) und für das Jahr 2018 ist eine Abweichung von maximal zehn Prozent verankert (vgl. Bst. b). Das heisst, die Abgeltung einer bestimmten Leistung für das Jahr 2017 wird zwar nach Artikel 20a bis 20f oder (je nach Leistung) nach Artikel 20h berechnet. Weicht die so berechnete Abgeltung mehr als fünf Prozent von der Abgeltung desselben oder vergleichbaren Leistungsbereichs ab, wird sie angepasst. Analoges gilt für die Abgeltung für das Jahr 2018.

Als Referenzjahr gilt das Jahr 2015, dies sowohl für die Abgeltung des Jahres 2017 als auch für jene des Jahres 2018. Der Grund liegt darin, dass die Abgeltung für das Jahr 2016 erst im Jahr 2017 (nach der Abrechnung) bekannt sein wird und daher nicht in die Leistungsverträge für das Jahr 2017, welche im Herbst 2016 vorbereitet werden, einfließen kann.

In den Leistungsbereichen, für welche die einzelnen Listenspitäler bislang noch keine kantonale Finanzierung erhielten, werden ab 2017 die neuen Abgeltungsregeln angewendet (keine Übergangsregelung).

## **Anhänge zur Spitalversorgungsverordnung**

### **Anhang 1 zu Artikel 32 SpVV**

In der französischen Version erfolgte eine rein sprachliche Änderung.

### **Anhang 2 zu Artikel 33 Absatz 3 SpVV**

Der bisherige Ausbildungsstandard der Rettungssanität lag bei 9.0 Wochen pro Vollzeitäquivalent (VZÄ), d.h. dass die Rettungsdienste pro „Vollzeitstelle diplomierte Rettungssanitäter“ 9 Ausbildungswochen leisten mussten. Auf den von den Rettungsdiensten eingereichten Stellenplänen werden zurzeit insgesamt 235 VZÄ aufgeführt. Damit wären die Rettungsdienste verpflichtet, jährlich 2'115 Ausbildungswochen zu leisten und damit praktische Ausbildungsplätze für rund 27 diplomierte Rettungssanitäterinnen oder Rettungssanitäter pro Jahr zur Verfügung zu stellen. Die Rettungsdienste im Kanton Bern gehen aber davon aus, dass sich der Bedarf nach beruflichem Nachwuchs auf 22 diplomierte Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter pro Jahr beläuft. Es besteht Einigkeit mit den Rettungsdiensten im Kanton Bern, den Ausbildungsstandard (Anzahl bereit zu stellender Ausbildungswochen) nicht höher als den Bedarf anzusetzen. In einem gemeinsamen Projekt mit den Rettungsdiensten wurde daher der Ausbildungsstandard neu berechnet und wird ab 1. Januar 2017 mit einem Wert von 6.6 Wochen pro VZÄ festgelegt.

### **Anhang 3 zu Artikel 34 Absatz 2 SpVV**

In Anhang 3 ist eine seit der letzten SpVV-Teilrevision durch die Berufsbildungsbehörden geänderte Bezeichnung eines Gesundheitsberufes nachzuvollziehen: Neu heisst es nicht mehr „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Vorkurs Berufsmaturität“, sondern „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Kurs Erweiterte Allgemeinbildung“.

### **Anhang 4 zu Artikel 35 Absatz 3 SpVV**

Anhang 4 legt unter anderem die Abgeltung fest, die der Kanton den Leistungserbringern für die berufliche praktische Grundausbildung zur Fachfrau oder zum Fachmann Gesundheit Erwachsene mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) entrichtet. Nach Bundesrecht dauert die berufliche Grundausbildung drei Jahre.<sup>8</sup> Ein Jahr der beruflichen Grundausbildung kann aber nach Absatz 3 Lernenden angerechnet werden, die das 22. Altersjahr vollendet haben und die über eine mindestens zweijährige Praxis in Form einer Anstellung von mindestens 60 Prozent im Berufsfeld Pflege und Betreuung verfügen. Im Kanton Bern hat dieses verkürzte

<sup>8</sup> Artikel 2 Absatz 1 der Verordnung des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation vom 13. November 2008 über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (SR 412.101.220.96)

spezifische Grundbildungsprogramm (verkürzte Lehre) vielen Personen erfolgreich einen Abschluss als Fachangestellte Gesundheit (FaGe-Abschluss) ermöglicht, welche bereits jahrelang in den Gesundheitsinstitutionen entweder als Pflegeassistentinnen bzw. Pflegeassistenten oder als ungelerntes Personal gearbeitet haben. Auf Grund der spezifischen Rahmenbedingungen dieser Zielgruppe (insbesondere die individuelle Entlohnung der erwachsenen Lernenden in den Betrieben) konnten die ungedeckten Ausbildungskosten für diese Ausbildung nicht in standardisierter Form berechnet werden. Der Kanton konnte daher die von den Betrieben berechneten ungedeckten Ausbildungskosten nicht pauschal abgelten. Die ungedeckten Ausbildungskosten haben die Betriebe vielmehr individuell bei der Festsetzung des Lernendenlohns berücksichtigt. Auf diesem Weg haben die Lernenden diese Kosten mitgetragen.

Die oben erwähnte Bildungsverordnung wird revidiert und voraussichtlich per 1.1.2017 in Kraft gesetzt. Im Zuge dieser Revision wird der oben erwähnte Artikel 2 Absatz 3 ersatzlos aufgehoben. Im Kanton Bern soll jedoch weiterhin ein spezifisches Programm für Erwachsene angeboten werden, welche über eine verkürzte Lehre das Fähigkeitszeugnis als Fachangestellte Gesundheit Erwachsene (FaGe-E) erwerben möchten. Die Bewilligung für dieses Programm erteilt im Kanton Bern die Abteilung Betriebliche Bildung des Mittelschul- und Berufsbildungsamts.<sup>9</sup> Die OdA<sup>10</sup> Gesundheit Bern hat für diese Gruppe die damit verbundenen neuen Rahmenbedingungen in einer Erhebung bei den Leistungserbringern analysiert. Dabei wurden analog zur dreijährigen FaGe-Lehre die Aufwand- und Ertragspositionen geschätzt. Anhand der unten aufgeführten Modellrechnung beantragt die OdA Gesundheit Bern ab Lehrjahr 2017/18 eine FaGe-E Pauschale in der Höhe von rund CHF 6'000.--.

|  | <b>FaGe-E Ausbildung 2 Jahre</b> |                |
|--|----------------------------------|----------------|
| Selektion  | CHF                              | 1'500.-        |
| Lerninfrastruktur  | CHF                              | 2'200.-        |
| Ausbildung Berufsbildnerin                                       | CHF                              | 750.-          |
| Überbetriebliche Kurse   | CHF                              | 2'400.-        |
| Lernendenlohn  | CHF                              | 72'800.-       |
| Ausbildungsentschädigung   | CHF                              | 20'400.-       |
| Dienstleistungen OdA   | CHF                              | 700.-          |
| ./Arbeitsleistung  | CHF                              | 53'154.-       |
| ./Opportunitätserträge   | CHF                              | 41'601.-       |
| Ungedeckte Kosten pro Lehrverhältnis <b>FaGe-E Pauschale neu</b> | <b>CHF</b>                       | <b>5'995.-</b> |

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat die von der OdA Gesundheit Bern erstellte Modellrechnung geprüft. Die im verkürzten spezifischen Grundbildungsprogramm massgebende Wochenzahl beträgt 34.3 Ausbildungswochen pro Lehrjahr (=68.6 Ausbildungswochen für die gesamte Lehrdauer). Dies ergibt eine Abgeltung pro Ausbildungswoche von CHF 87.46.

<sup>9</sup> Art. 21 Abs. 1 Bst. e der Verordnung vom 9. November 2005 über die Berufsbildung, die Weiterbildung und die Berufsberatung (BerV; BSG 435.11) i.V.m. Art. 9 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung (Berufsbildungsgesetz, BBG; SR 412.10) und Art. 4 Abs. 1 Bst. a der Verordnung vom 19. November 2003 über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV; SR 412.101)

<sup>10</sup> Organisation der Arbeitswelt; [www.oda-gesundheit-bern.ch](http://www.oda-gesundheit-bern.ch)

Weiter ist in Anhang 4 (wie auch in Anhang 3) eine seit der letzten SpVV-Teilrevision durch die Berufsbildungsbehörden geänderte Bezeichnung eines Gesundheitsberufes nachzuvollziehen: Neu heisst es nicht mehr „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Vorkurs Berufsmaturität“, sondern „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Kurs Erweiterte Allgemeinbildung“. Anzupassen ist zudem die kantonale Abgeltung an die Leistungserbringer für die berufliche Grundbildung von Personen, die sich zur Fachfrau oder zum Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) ausbilden wollen und diesen Kurs Erweiterte Allgemeinbildung (EA-Kurs) zur Vorbereitung auf den prüfungsfreien Eintritt in eine Berufsmaturität für gelernte Berufsleute besuchen. Die im Anhang aufgeführte Abgeltung von CHF 109.20 erweist sich als falsch. Sie beträgt richtigerweise CHF 240.05. Dieses Versehen wird korrigiert.

### **Anhang 5 zu Artikel 18a und 48 Absatz 1 SpVV**

Zeilen 5a, 6a und 6b der Tabelle:

Für die Umsetzung des Normkostenmodells Psychiatrie, d.h. für die Abgeltung der ambulanten Spitalversorgungsleistungen gemäss den neuen Artikeln 20a ff. benötigt der Kanton von den Leistungserbringern zusätzliche Leistungs-, Kosten-, Ertrags- und Falldaten.

Mit den Leistungs- und Falldaten wird die Inanspruchnahme von ambulanten Spitalversorgungsleistungen abgebildet, um daraus eine Bedarfsprognose abzuleiten. Anhand der Bedarfsprognose wird das Mengengerüst für den Leistungseinkauf erstellt. Der prognostizierte Bedarf ist zudem eine wichtige Grundlage für die Ausgestaltung des Rahmenkredits, welcher alle vier Jahre beim Grossen Rat beantragt werden muss (Art. 139 SpVG).

Anhand der Kosten- und Ertragsdaten prüft der Kanton, ob die Höhe der Normkosten (noch) angemessen ist. Sobald er eine nicht mehr tolerierbare Über- oder Unterfinanzierung feststellt, werden die Normkosten neu berechnet (vgl. die in Art. 20g verankerte Möglichkeit zur Neuberechnung der Pauschalen).

Zeilen 11, 12 und 14 der Tabelle:

Zeile 11 listet auf, welche Datensätze zum Zustand der im Eigentum der Listenspitäler und Listengeburtshäuser stehenden Gebäude geliefert werden müssen. Die Erhebung hat nach der Methode Stratus zu erfolgen, die Datenlieferung kann als exportierte Datei aus Stratus oder in Form einer Excel-Datei erfolgen. Die Daten sind der Gesundheits- und Fürsorgedirektion jedes dritte Jahr auf den 1. Oktober zu liefern.

In Zeile 12 ist beschrieben, welche Daten der Massnahmenplanung zu den Gebäuden zu liefern sind. Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser mit Gebäuden, die in ihrem Eigentum stehen, liefern sämtliche aufgeführten Datensätze. Bei gemieteten Gebäuden sind es diejenigen Daten, die vom Vermieter erhältlich sind. Die Datenlieferung erfolgt jährlich, jeweils auf den 1. Oktober in Papierform oder elektronisch.

In Zeile 14 werden die Daten aufgelistet, welche die Listenspitäler und Listengeburtshäuser mit gemieteten Gebäuden liefern müssen. Einerseits ist jährlich per 1. Oktober der aktuelle Mietvertrag und andererseits sind alle drei Jahre Daten zum Zustand der Gebäude zu liefern. Der Zustandswert der Gebäude kann unabhängig der Eigentumsverhältnisse erhoben werden, da die Listenspitäler und Listengeburtshäuser, welche die Gebäude nutzen, Zugang dazu haben und somit eine Erhebung nach der Methode Stratus durchführen können. Deshalb sind minimale Angaben zur Identifizierung des Gebäudes (Gebäudebezeichnung und eindeutige Gebäudenummer) und der Zustandswert in jedem Fall zu liefern. Allerdings kann der Vermieter die Herausgabe weiterer Gebäudedaten wie Baujahr, Neuwert etc. verweigern, weshalb die weitere Datenlieferung abhängig davon ist, ob diese vom Vermieter erhältlich sind. Die Datenlieferung zum Zustand der gemieteten Gebäude erfolgt einmal alle drei Jahre auf den 1. Oktober.

Weiter wurden in der Spalte „Periodizität und Frist“ die Begriffe vereinheitlicht. Einerseits wurde der Begriff „Ende des Kalenderjahres“ anstelle von „Jahresende“ bzw. „Jahresabschluss“ eingesetzt, andererseits auch der Begriff „Quartalsabschluss“ durch „Quartalsende“ ersetzt.

Für die Abgabefrist des Geschäftsberichts (Zeile 2) wurde hingegen bewusst der Begriff „Ende des Geschäftsjahres“ gewählt.

### **Anhang 6 zu Artikel 48 Absatz 2 SpVV**

Anhang 6 zählt die Daten auf, welche die Erbringer von Rettungsleistungen an die GEF liefern müssen. Weil nach Artikel 27b Absatz 1 die Normkosten pro Rettungsteam neu in der Regel alle drei Jahre überprüft werden, wird der Anhang entsprechend ergänzt. Die Leistungserbringer haben die Daten zu ihren Kosten für die vergangenen drei Jahre zu liefern und diese nach Personalkosten, Sachkosten und Umlage Sachkosten aufzugliedern.

## **2.2 Indirekte Änderung der Sozialhilfeverordnung<sup>11</sup>**

### **Anhänge 2 und 3 SHV**

In der französischen Version erfolgten rein sprachliche Änderungen.

### **Anhang 4 zu Artikel 31c Absatz 2 SHV**

In Anhang 4 ist eine seit der letzten SpVV-Teilrevision durch die Berufsbildungsbehörden geänderte Bezeichnung eines Gesundheitsberufes nachzuvollziehen: Neu heisst es nicht mehr „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Vorkurs Berufsmaturität“, sondern „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Kurs Erweiterte Allgemeinbildung“.

### **Anhang 5 zu Artikel 31d Absatz 3 SHV**

Die im Anhang 4 der Spitalversorgungsverordnung aufgenommene Abgeltungspauschale von CHF 87.46 pro Ausbildungswoche für die Ausbildung Fachfrau/Fachmann Gesundheit Erwachsene (FaGe-E) gilt auch analog für die Leistungserbringer gemäss Sozialhilfegesetz.

Weiter ist in Anhang 5 (wie auch in Anhang 4) der Sozialhilfeverordnung eine seit der letzten SpVV-Teilrevision durch die Berufsbildungsbehörden geänderte Bezeichnung eines Gesundheitsberufes nachzuvollziehen: Neu heisst es nicht mehr „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Vorkurs Berufsmaturität“, sondern „Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ mit Kurs Erweiterte Allgemeinbildung“. Anzupassen ist zudem die kantonale Abgeltung an die Leistungserbringer für die berufliche Grundbildung von Personen, die sich zur Fachfrau oder zum Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) ausbilden wollen und diesen Kurs Erweiterte Allgemeinbildung (EA-Kurs) zur Vorbereitung auf den prüfungsfreien Eintritt in eine Berufsmaturität für gelernte Berufsleute besuchen. Die im Anhang aufgeführte Abgeltung von CHF 109.20 erweist sich als falsch. Sie beträgt richtigerweise CHF 240.05. Dieses Versehen wird korrigiert.

## **3. Finanzielle Auswirkungen**

Im Rahmenkredit 2016–2019 zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes sind pro Jahr CHF 35 Mio. für ambulante Spitalversorgungsleistungen, CHF 6.8 Mio. für die integrierte Versorgung und CHF 10.7 Mio. für Vorhalteleistungen eingestellt. Zwischen den Positionen des Rahmenkredits, welche die Psychiatrieversorgung betreffen, kann es allerdings noch zu Verschiebungen kommen. Die definitive Aufteilung der Mittel kann erst auf der Basis der permanenten Leistungserfassung ermittelt werden.

Die vorgeschlagenen Änderungen betreffend das Rettungswesen (d.h. die Erhöhung der Normkosten pro Rettungsteam) haben für den Kanton jährliche Mehrausgaben zwischen CHF

<sup>11</sup> Verordnung vom 24. Oktober 2001 über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV; BSG 860.111)



3,1 Mio. und CHF 3,8 Mio. zur Folge. Die entsprechenden Mittel werden im Voranschlag 2017 und im Aufgaben- und Finanzplan 2018 – 2020 beantragt.

Die Einführung der Abgeltungspauschale für die verkürzte zweijährige Ausbildung für Erwachsene Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe-E) in der Höhe von CHF 6'000.-- (CHF 3'000.- pro Lehrjahr) führt zu Mehrkosten von rund CHF 510'000.-- pro Jahr. Damit werden den Leistungserbringern die ungedeckten Ausbildungskosten für die jährlich zu erwartenden 170 Lehrverhältnisse entschädigt. Die Mehrkosten sind im Produkt 910506 Praktische Aus- und Weiterbildung eingestellt.

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

Die Erhebung und Verarbeitung von zusätzlichen Daten zur Pflege des Normkostenmodells in der ambulanten Psychiatrie (ambulante Spitalversorgungsleistungen Art. 20a ff) generiert verwaltungsintern einen zusätzlichen Arbeitsaufwand. Das Spitalamt geht davon aus, dass es diesen Aufwand amtsintern aufgefangen kann.

Die vorgeschlagenen Änderungen betreffend das Rettungswesen haben keine personellen oder organisatorischen Auswirkungen auf den Kanton.

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

Die vorgeschlagenen Änderungen betreffend die ambulanten Spitalversorgungsleistungen und das Rettungswesen haben keine Auswirkungen auf die Gemeinden.

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

Die vorgeschlagenen Änderungen betreffend die ambulanten Spitalversorgungsleistungen und das Rettungswesen haben keine direkten Auswirkungen auf die Volkswirtschaft.

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

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion führte vom 25. Mai bis am 4. Juli 2016 ein Konsultationsverfahren bei den interessierten Kreisen durch. Insgesamt wurden 128 Institutionen eingeladen. Davon nahmen 49 Stellung.

Die Teilrevision wurde im Allgemeinen gut aufgenommen. Neben rein formellen Änderungen ohne materielle Auswirkungen wurde der Revisionsentwurf aufgrund der Konsultationsergebnisse in folgender Weise materiell geändert:

- Bei den Artikeln 20a bis 20h wurde verdeutlicht, dass sie ausschliesslich die ambulanten Spitalversorgungsleistungen der Psychiatrie regeln (vgl. Präzisierung in den Titeln 3.6.2 und 3.6.3 sowie in Artikel 20a Absatz 2).
- Artikel 20c Buchstabe a sah vor, dass alternativ zu den Bruttolöhnen pro Berufsgruppe die Kosten gemäss dem kantonalen Gehaltssystem in die Berechnung der Pauschale eingegeben werden können. Es hätte somit auch möglich sein sollen, normative Gehaltsannahmen auf der Basis der kantonalen Richtpositionenumschreibung (RPU) zur Personalverordnung zu verwenden. In den RPU werden aber ausschliesslich Funktionen beschrieben, die in der kantonalen Verwaltung vorkommen bzw. im Anhang 1 der Personalverordnung (PV<sup>12</sup>) aufgeführt sind. Mit der Verselbständigung der Psychiatrischen Kliniken ist geplant,

<sup>12</sup> Personalverordnung vom 18. Mai 2005 (PV; BSG 153.011.1)

die nur in den Kliniken vorkommenden Funktionen aus dem Anhang 1 PV zu streichen. Es ist daher deshalb absehbar, dass in den RPU nur noch sehr wenige Funktionen aus dem Gesundheitsbereich aufgeführt sein werden. Aus diesem Grund musste in Buchstabe a darauf verzichtet werden, für die Bestimmung der Lohnkosten auf das kantonale Gehaltssystem (bzw. auf die RPU) zu verweisen. Somit verbleibt den Listenspitälern nur noch die Möglichkeit, als Lohnkosten die von ihnen bezahlten Bruttojahreslöhne pro Berufsgruppe in die Berechnung der Pauschale einzugeben. Andernfalls trifft der Kanton normative Annahmen, um die Pauschale berechnen zu können.

- In Artikel 20f Absatz 2 werden neu nicht mehr die Berufsgruppen aufgezählt, für welche die Aus- und Weiterbildungskosten nicht zu erheben sind, sondern es werden - da es eine überblickbare Anzahl von Berufsgruppen betrifft - jene Gruppen erwähnt, für welche die Kosten zu erheben sind.
- Artikel 20h Absatz 7 verankert neu, dass auch die Pauschalen gemäss Artikel 20h in der Regel alle drei Jahre neu berechnet werden, dies somit in gleicher Weise wie die Pauschalen gemäss Artikel 20a bis 20f (vgl Artikel 20g).
- Artikel 20h Absatz 6 verdeutlicht nun besser als vorher, dass die Pauschale für Rapportleistungen nur für Tageskliniken gilt. Ebenso wurde dies in Absatz 1 Buchstabe e präzisiert.
- Artikel 27a Absatz 2 legt den genormten Betriebsaufwand pro Rettungsteam neu auf CHF 1'754'572 fest. Auf der Grundlage der Kostendaten 2014 der acht Vertragspartner (Rettungsdienste) wurde die Abgeltung pro Team für das Jahr 2015 auf CHF 1'720'000 festgelegt. Wird pro Jahr eine Teuerung von einem Prozent berücksichtigt, ergibt sich für das Inkrafttreten der Verordnungsrevision im Jahr 2017 ein Betrag pro Team von CHF 1'754'572.
- In Artikel 50a wurde eine Übergangsbestimmung geschaffen, die nicht nur das Jahr 2017, sondern auch noch das Jahr 2018 umfasst. Die Betriebe benötigen für die Anpassung ihrer Strukturen und allenfalls Tarife an das neue Abgeltungssystem genügend Zeit. Eine Anpassung der bestehenden Angebote an die neue Finanzierung sollte jedoch innerhalb von zwei Jahren möglich sein. Eine länger dauernde Übergangsphase wäre mit der Gefahr verbunden, Innovationen und neue Angebote zu blockieren. Zudem ist eine Auszahlung von finanziellen Mitteln ohne Leistungsbezug über eine längere Dauer gegenüber den Steuerzahlerinnen und -zahlern nicht vertretbar. Um Innovationen zu ermöglichen und zugleich die Differenz zwischen dem ausbezahlten Betrag und den durch Leistungen gerechtfertigten Mitteln stetig zu verringern, wird die maximale Abweichung im zweiten Jahr nach der Einführung des Normkostenmodells auf zehn Prozent erhöht.
- In Anhang 5 wurden die Daten konkretisiert, die die Listenspitäler und Listengeburtshäuser dem Kanton in Rahmen des Lebenszyklusmanagements zu liefern haben, wenn sich die Spitalgebäude nicht in ihrem Eigentum befinden, sondern gemietet werden. Weiter wurden in der Spalte „Periodizität und Frist“ die Begriffe vereinheitlicht. Einerseits wurde der Begriff „Ende des Kalenderjahres“ anstelle von „Jahresende“ bzw. „Jahresabschluss“ eingesetzt, andererseits auch der Begriff „Quartalsabschluss“ durch „Quartalsende“ ersetzt. Für die Abgabefrist des Geschäftsberichts (Zeile 2) wurde hingegen bewusst der Begriff „Ende des Geschäftsjahres“ gewählt.

Bern, 9. November 2016

Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor:

*Schnegg*