

**Gesundheits-  
und Fürsorgedirektion  
des Kantons Bern**

**Direction de la santé  
publique et de la  
prévoyance sociale  
du canton de Berne**

Spitalamt

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1  
Postfach  
3000 Bern 8  
Telefon +41 31 633 79 65  
Telefax +41 31 633 79 67  
www.gef.be.ch  
info.spa@gef.be.ch



## **Modellversuch spezialisierte mo- bile Palliativversorgung**

Angebotsunterlagen

Datum	14. November 2018
Version	0.9
Autorin	Joëlle Troxler

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>5</b>
1.1	Ziel und Zweck des Dokumentes .....	5
1.2	Auftraggeberin .....	5
1.3	Kontaktstelle Auftraggeberin .....	5
1.4	Verfahrensart und Publikation .....	5
1.5	Beschaffungsgegenstand .....	5
1.6	Berichtigungen .....	6
1.7	Vertragliche Regelung .....	6
<b>2</b>	<b>Hintergrund .....</b>	<b>7</b>
2.1	Definition Palliative Care .....	7
2.2	Versorgungsbedarf der Zielgruppen .....	7
2.3	Koordination, Vernetzung und Bildung .....	8
2.4	Versorgungsangebote der Palliative Care .....	9
2.4.1	Allgemeine Palliative Care .....	9
2.4.2	Spezialisierte Palliative Care .....	9
2.5	Spezialisierter Mobiler Palliativdienst .....	9
2.5.1	Auftrag und Ziel .....	9
2.5.2	Nutzen von spezialisierten mobilen Palliativdiensten .....	10
2.5.3	Zielgruppen .....	10
<b>3</b>	<b>Rahmenbedingungen des Modellversuchs .....</b>	<b>11</b>
3.1	Ausgangslage .....	11
3.2	Ziele des Modellversuchs .....	11
3.3	Untersuchungsbereiche und Fragestellungen .....	12
3.4	Finanzierungsrahmen und Abgeltung .....	13
3.4.1	Finanzierungsrahmen .....	13
3.4.2	Kredit- und Budgetvorbehalt .....	13
3.4.3	Abgeltung während dem Modellversuch .....	13
3.5	Dokumentation und Evaluation .....	14
<b>4</b>	<b>Profil eines spezialisierten mobilen Palliativdienstes .....</b>	<b>15</b>
4.1	Tätigkeitsspektrum .....	15
4.2	Versorgungsgebiet .....	15
4.3	Personalstruktur .....	15
4.3.1	Interprofessionelles Team .....	15
4.3.2	Ergänzende Leistungserbringer/-innen .....	15
4.4	Leistungserbringung - Prozessbeschreibung .....	16
4.4.2	Leistung „vor Ort“ .....	16
4.4.3	Zusammenarbeit mit Grundversorger/-innen .....	16

4.4.4	Vernetzung mit bestehenden Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern .....	16
4.5	Organisation .....	17
4.5.1	Zusammenarbeit der am MPD beteiligten Organisationen .....	17
4.5.2	Infrastruktur und Mobiliar .....	17
4.5.3	Pharmazeutische Versorgung .....	17
<b>5</b>	<b>Beurteilung und Bewertung der Angebote .....</b>	<b>19</b>
5.1	Pflichtangaben .....	19
5.2	Eignungskriterien und Nachweise .....	20
5.3	Zuschlagskriterien .....	22
5.4	Vorgehen bei der Beurteilung .....	22
<b>6</b>	<b>Angebot .....</b>	<b>24</b>
6.2	Sprache .....	24
6.3	Anzahl und Form .....	24
6.4	Verbindlichkeit der Angebote .....	24
6.5	Fragen .....	24
6.6	Abgabe (Ort, Termin und Form) .....	24
6.7	Präsentation .....	24
<b>7</b>	<b>Ecktermine des Bewerbungsverfahrens .....</b>	<b>25</b>
	<b>Anhang A: Budgetplan .....</b>	<b>26</b>
	<b>Anhang B: Stellenplan .....</b>	<b>27</b>
	<b>Anhang C: Schätzung Leistungen .....</b>	<b>28</b>
	<b>Anhang D: Leistungsvertragsentwurf .....</b>	<b>30</b>

## Referenzierte Dokumente

- [1] Borasio G.D. (2014). «Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen.» München: dtv.
- [2] «Palliative Care - Befragung der Kantone 2013», Bericht, 2013, BAG.
- [3] «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz », 2014, BAG, palliative ch und GDK.
- [4] «Nationale Leitlinien Palliative Care », 2014, BAG und GDK.
- [5] «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz», 2014, BAG, palliative ch und GDK.
- [6] «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care », 2011, BAG und GDK.
- [7] «Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern», Winter 2013/2014, GEF.
- [8] «Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels in Palliative Care für spezialisierte mobile Konsiliardienste, spitalintern und spitalextern», 2011, palliative ch.
- [9] «Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter», Schlussbericht, 2014, Hochschule Luzern Wirtschaft.

## Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
GAV	Gesamtarbeitsvertrag
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen/-direktoren
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
ÖBG	Gesetz vom 11. Juni 2002 über das öffentliche Beschaffungswesen (ÖBG; BSG 731.2)
ÖBV	Verordnung vom 16. Oktober 2002 über das öffentliche Beschaffungswesen (ÖBV; BSG 731.21)
GesG	Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210)
OR	Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR; SR 220)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
MPD	Mobiler Palliativdienst
MV	Modellversuch

## Begriffe

Grundversorger/-innen	Insbesondere Hausärztinnen / Hausärzte und andere niedergelassene und freiberufliche Gesundheitsfachpersonen, Pflegefachpersonen und anderes Pflegepersonal in der Pflege zu Hause, Personal in Alters- und Pflegeheimen, Personal in der stationären Behindertenbetreuung und Personal in der stationären und ambulanten Suchthilfe sowie Personal in Spitälern, sofern diese selbst über kein in Palliative Care spezialisiertes Personal verfügen (Leistungserbringer der allgemeinen Palliative Care)
Spitex-Organisationen	Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause

# 1 Allgemeines

## 1.1 Ziel und Zweck des Dokumentes

Die vorliegenden Angebotsunterlagen regeln Vorgehen und Form für die Erstellung eines Angebots im freihändigen Vergabeverfahren.

## 1.2 Auftraggeberin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF  
Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8

## 1.3 Kontaktstelle Auftraggeberin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern  
Frau Joëlle Troxler  
Spitalamt, Abteilung Planung und Versorgung  
Rathausgasse 1, Postfach, 3000 Bern 8  
Tel. 031 636 67 79  
joelle.troxler@gef.be.ch

## 1.4 Verfahrensart und Publikation

Für die Vergabe des Dienstleistungsauftrags im zeitlich befristeten Modellversuch gelangt Artikel 7 Absatz 3 Buchstabe h ÖBV zur Anwendung. Nach dieser Bestimmung kann der Auftrag freihändig vergeben werden, wenn die Auftraggeberin Erstanfertigungen von Gütern (Prototypen) oder neue Dienstleistungen beschafft, die auf ihr Ersuchen im Rahmen eines Forschungs-, Versuchs-, Studien- oder Neuentwicklungsauftrags hergestellt oder entwickelt werden.

Bei den spezialisierten mobilen Palliativdiensten (MPD) handelt es sich um eine neuartige Dienstleistung, die im Rahmen eines Versuchsauftrags erprobt werden soll.<sup>1</sup> Eine solche neuartige Dienstleistung kann freihändig vergeben werden. Eine „überschwellige“ freihändige Beschaffung muss vor dem Vertragsabschluss auf [www.simap.ch](http://www.simap.ch) publiziert werden.<sup>2</sup> Nach Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe c ÖBG ist dieser Entscheid anfechtbar.

Der Entscheid über die Durchführung des freihändigen Vergabeverfahrens wurde am 11. Juli 2016 auf [www.simap.ch](http://www.simap.ch) (Meldungsnummer: 923229) publiziert. Gegen diesen Entscheid wurden keine Beschwerden erhoben, so dass der Entscheid mit Ablauf der Beschwerdefrist rechtskräftig wurde.

Im freihändigen Verfahren vergeben die Auftraggeberinnen oder Auftraggeber den Auftrag direkt ohne Ausschreibung und Zuschlagsverfügung.<sup>3</sup> Entsprechend besteht *keine* Beschwerdemöglichkeit gegen freihändig erteilte Aufträge.

## 1.5 Beschaffungsgegenstand

Zur Entwicklung der palliativen Versorgung im Kanton Bern sollen MPD gefördert werden. Der MPD ist ein interprofessionelles mobiles Team, das sich aus ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen auf Expertenniveau zusammensetzt und mit Fachkräften aus dem psychosozialen Bereich zusammenarbeitet. Es bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung (vgl. Kapitel 2.4.2) an. Das Team des MPD unterstützt die Grundversorger/-innen<sup>4</sup> bei der Betreuung von besonders schwer kranken Patientinnen / Patienten in der letzten Lebensphase. Zudem koordiniert es Übergänge zwischen Spital und den Strukturen der Nachversorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder

<sup>1</sup> vgl. Artikel 7 Absatz 3 Buchstabe h ÖBV

<sup>2</sup> vgl. Artikel 6 Absatz 2 ÖBG

<sup>3</sup> vgl. Artikel 7 Absatz 1 ÖBV

<sup>4</sup> vgl. Begriffe Seite 4.

lokalen Palliativnetzes dar. Mittels einer Rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft tragen sie dazu bei, dass Patientinnen / Patienten mit instabilen Krankheitssituationen zu Hause oder in der Langzeitinstitution bleiben können und ihre Symptome bestmöglich behandelt bzw. stabilisiert werden [1].

In der Schweiz gibt es bereits etablierte MPD [2, 9]. Im französisch- und italienischsprachigen Teil des Landes sind die Dienste vor allem in der 2. Interventionslinie tätig. In der Deutschschweiz sind sie häufig ebenfalls in der 1. Linie tätig, das heisst zu ihrem Tätigkeitsbereich gehört auch die spezialisierte Palliativpflege an Patienten/-innen. Im Kanton Bern gibt es aktuell zwei regional aktive MPD:

- Das Palliative Care-Netzwerk Region Thun ist in der 1. und 2. Interventionslinie tätig und versorgt die Region Oberland West.
- Seit dem Jahr 2011 unterstützen die Kantone Bern, Jura und Neuchâtel (BEJUNE) die interkantonale «Équipe mobile des soins palliatifs (EMSP BEJUNE)<sup>5</sup>». Dieser MPD ist ausschliesslich in der 2. Interventionslinie tätig und versorgt im Kanton Bern den Berner Jura.

Obwohl sich einige Leistungserbringer der Palliative Care im Kanton bereits miteinander vernetzt haben, gibt es noch keine flächendeckende Koordination und Vernetzung. Die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen sind noch nicht gegeben. In der Folge liegt die Entwicklung koordinierter Palliative Care hinter den Erwartungen des Kantons zurück.

Der Kanton Bern führt einen zeitlich befristeten Modellversuch gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstaben c und d GesG durch, um zu ermitteln, ob MPD zu einer verbesserten spezialisierten Palliativversorgung im Kanton Bern beitragen. Die GEF erwartet aus diesem Modellversuch die Entscheidungsgrundlagen für die flächendeckende, reguläre Einführung von MPD im Kanton Bern und ein allfälliges Modell für die Regelfinanzierung zu erhalten.

## 1.6 Berichtigungen

Die Auftraggeberin behält sich vor, Berichtigungen und Ergänzungen zu den vorliegenden Unterlagen innerhalb der Frist zur Einreichung des Angebots vorzunehmen. Die Auftraggeberin wird diese Berichtigungen und Ergänzungen gleichzeitig allen potentiellen Bietergemeinschaften schriftlich mitteilen und erforderlichenfalls die Frist zur Einreichung des Angebots erstrecken. Die Bietergemeinschaften sind verpflichtet, diese Berichtigungen und Ergänzungen in ihrem Angebot zu berücksichtigen.

## 1.7 Vertragliche Regelung

Nach dem Vergabeverfahren werden die Leistungsverträge mit den ausgewählten Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern erstellt. Die Leistungsverträge betreffen die Rahmenbedingungen für den Modellversuch, die vereinbarten Leistungen, Pflichten und Abgeltungsmodalitäten (vgl. Anhang D: Leistungsvertragsentwurf). Es wird keine zusätzliche Anschubfinanzierung in Form von Projektbeiträgen ausgerichtet. Die GEF erwartet, dass die beteiligten Leistungserbringer/-innen die nötigen Vorinvestitionen für dieses neue Behandlungsangebot aufbringen.

---

<sup>5</sup> Da die EMSP BEJUNE finanziell vom Kanton Bern unterstützt wird, ist das Versorgungsgebiet des Berner Juras vom Modellversuch ausgeschlossen. Bietergemeinschaften, welche dieses Versorgungsgebiet des Kantons Bern abdecken, werden vom Bewerbungsverfahren ausgeschlossen.

## 2 Hintergrund

### 2.1 Definition Palliative Care<sup>6</sup>

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die Palliative Care wird angewendet, sobald die Heilung der Erkrankung nicht mehr als möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Mit der Palliative Care soll auf die Bedürfnisse der Patienten/-innen<sup>7</sup> und nahestehenden Bezugspersonen umfassend eingegangen werden, Symptome und Leiden der Patientinnen / Patienten bestmöglich antizipiert und gelindert werden. Die Palliative Care erfolgt, soweit dies möglich ist, an einem vom kranken oder sterbenden Menschen gewünschten Ort. Diese Zielsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care wurde in das Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern [7] aufgenommen. Um diesen Versorgungsansatz zu verwirklichen, bedarf es professioneller Kompetenzen der Fachpersonen und vernetzte, eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung ermöglichende Settings.

### 2.2 Versorgungsbedarf der Zielgruppen

Da die Palliative Care allen Menschen mit unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankungen zur Verfügung stehen soll, ist die Einteilung der Patientinnen / Patienten nach Krankheitsbildern und deren Stadien wenig sinnvoll. Es wird deshalb zwischen Patientinnen / Patienten in der Grundversorgung und jenen in der spezialisierten Palliative Care unterschieden (vgl. Abbildung 1). Der Übergang zwischen diesen beiden Gruppen ist fließend, das heisst eine Patientin / ein Patient kann zu beiden Gruppen gehören. Da es einer kranken Person zeitweise auch wieder besser gehen kann, können sich Phasen der Instabilität und Komplexität der Gruppe B mit Phasen der Gruppe A abwechseln.

Abbildung 1: Unterscheidung der Gruppe A «Patientinnen / Patienten in der Grundversorgung» und der Gruppe B «Patientinnen / Patienten in der spezialisierten Palliative Care».



Die **Patientengruppe A** umfasst Patienten/-innen, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Folgende Aspekte stehen für diese Patientengruppe im Vordergrund:

<sup>6</sup> Die folgenden Inhalte sind teilweise originalgetreu den Grundlagendokumenten der Nationalen Strategie Palliative Care «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz» [3], «Nationale Leitlinien Palliative Care» [4], «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» [5], «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» [6] entnommen. Auf eine durchgängige Zitation wird zugunsten der Lesbarkeit verzichtet.

<sup>7</sup> Darin werden alle Menschen mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen eingeschlossen.

- Evaluation und Definition individueller Prioritäten und Bedürfnisse in Bezug auf die Gestaltung der letzten Lebensphase;
- Kommunikation, um die medizinische, pflegerische und psychosoziale Entscheidungsfindung und Vorausplanung zu ermöglichen;
- Behandlung von bestehenden oder zu erwartenden Symptomen und Informationen mit dem Ziel, die Autonomie zu erhalten und die Fähigkeit zum Selbstmanagement belastender Symptome zu stärken;
- Vorausplanung für Notfallsituationen zu Hause bzw. im gewählten Umfeld;
- Evaluation bestehender oder möglicher Belastungsgrenzen für die nahestehenden Bezugspersonen, Planung möglicher Aufenthaltsorte, Information über regionale Palliative-Care-Netzwerke inkl. Freiwilligenunterstützung und Unterstützung für die nahestehenden Bezugspersonen, Klärung der Finanzierung zu beziehender Leistungen.

Unter der zahlenmässig kleineren **Patientengruppe B** versteht man Patientinnen / Patienten, die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden schwer belastenden Symptomen benötigen oder bei deren nahestehenden Bezugspersonen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Folgende Aspekte stehen für diese Patientengruppe im Vordergrund:

- Management von schwer belastenden Symptomen, das heisst einer Kombination von solchen Symptomen, die durch die bisherigen Massnahmen nicht verbessert werden konnten und die Lebensqualität massiv beeinträchtigen;
- Schwierige Entscheidungsfindung unter Einschluss der Beendigung lebensverlängernder Massnahmen, die ein interprofessionelles Palliative-Care-Team nötig machen;
- Intensive Unterstützung der Betroffenen, wenn der schlechte Allgemeinzustand es erfordert, etwa bei der Klärung der ambulanten oder stationären Unterbringung, bei besonderen Herausforderungen im Umfeld der Betreuung, bei einer Überlagerung von physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Leiden;
- Intensive Unterstützung der nahestehenden Bezugspersonen, die durch den bisherigen Krankheitsverlauf und durch andere Faktoren grossem Stress ausgesetzt sind.

**Zur Patientengruppe B gehören auch Patienten/-innen der Gruppe A**, wenn die Leistungserbringer/-innen der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind. Manchmal können die Symptome dann soweit stabilisiert werden, dass eine Rückkehr in die Patientengruppe A möglich ist.

### 2.3 Koordination, Vernetzung und Bildung

Das Ausmass der Komplexität und der Grad der Instabilität einer palliativen Situation sind die entscheidenden Kriterien, die es während eines palliativen Behandlungsprozesses beständig zu evaluieren gilt:

«Komplexität kann mit Multidimensionalität, Unüberschaubarkeit und dem Bedarf an Behandlung und Betreuung durch verschiedene Professionen umschrieben werden. Ein hoher Komplexitätsgrad erfordert auch ein höheres Mass an Koordination, an Überwachung und Unterstützung und stellt hohe Ansprüche an die Kommunikation. Der Grad der Instabilität wiederum zeigt sich am Aufwand für die Evaluation des Zustandes und in einer schlechten Vorhersehbarkeit, welche eine häufige Anpassung des Behandlungsplans (bei hoher Instabilität mehrmals täglich) nötig macht.» [3, S. 21]

Gut gelingende Palliative Care setzt also die Koordination des Behandlungsprozesses der verschiedenen Leistungserbringer/-innen im Sinne einer interdisziplinären oder intersektoriellen Zusammenarbeit voraus. Erleichtert wird die Koordination, wenn die beteiligten Leistungserbringer/-innen bereits regelhaft zusammenarbeiten, gegenseitig ihre Kompetenzen (anerkennen), das heisst miteinander vernetzt sind. Weiterhin bedarf es einer Fort- und Weiterbil-



derung in Palliative Care, damit die Leistungserbringer/-innen die Bedürfnisse – in komplexen und instabilen Situationen auf Expertenniveau – fachgerecht einschätzen können.

## 2.4 Versorgungsangebote der Palliative Care

Zielsetzung einer allgemein zugänglichen Versorgungsstruktur für Palliative Care ist, dass alle Menschen mit unheilbaren und lebensbedrohlichen Erkrankungen eine ihrer Situation und möglichst ihrem Wunsch entsprechende Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es stationäre, ambulante und mobile Angebote in der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care, die sich ergänzen.

### 2.4.1 Allgemeine Palliative Care

Die allgemeine Palliative Care umfasst die Angebote für Patientinnen / Patienten der Gruppe A, also diejenigen in stabilen Krankheitssituationen, die keine spezialisierte Behandlung und Betreuung benötigen. Sie können von den Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern der Grundversorgung in somatischen Akutspitälern, im stationären Langzeitbereich (Alters- und Pflegeheime, andere Einrichtungen wie Institutionen für Menschen mit Behinderung oder Einrichtungen der Suchthilfe) oder im ambulanten Bereich durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, die spitalexterne Pflege oder Ambulatorien in Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen behandelt und betreut werden. Voraussetzung ist, dass diese Leistungserbringer/-innen über die entsprechenden Grundkenntnisse im Bereich Palliative Care verfügen.

### 2.4.2 Spezialisierte Palliative Care

Die spezialisierte Palliative Care fokussiert auf die Situation von Palliativpatienten/-innen der Gruppe B, also diejenigen Betroffenen, welche eine instabile und komplexe Krankheitssituation aufweisen und deshalb eine komplexe und gegebenenfalls intensive Behandlung und Pflege benötigen. Auch spezialisierte Palliative Care kann im Spitalbereich, im stationären Langzeitbereich und im ambulanten Bereich angeboten werden.

- *Stationäre Angebote:* Die stationären Angebote richten sich an Patienten/-innen, die permanent auf Unterstützung durch spezialisierte Palliative Care angewiesen sind. Dazu gehören spezialisierte Palliativstationen und Palliativkliniken für spitalbedürftige Patientinnen / Patienten<sup>8</sup> und spezialisierte stationäre Einrichtungen in der Langzeitpflege für nicht spitalbedürftige Patientinnen / Patienten. Die Angebote für spitalbedürftige Situationen verfügen über Spitalstatus bzw. sind eigene Abteilungen im Rahmen eines Akutspitals. Grundsätzlich besteht ein Behandlungs- und Betreuungsteam aus einem interprofessionellen Team von Fachpersonen mit ausgewiesenen Palliative-Care-Kompetenzen auf Expertenniveau.
- *Mobile Angebote:* Instabile und komplexe Patientensituationen können für Grundversorger/-innen im ambulanten Bereich und in stationären, insbesondere spitalexternen Settings häufig eine grosse Herausforderung darstellen. In anspruchsvollen Palliativsituationen können Grundversorger/-innen in manchen Kantonen auf die Unterstützung eines spezialisierten mobilen Teams zählen, welches mindestens aus Ärztinnen/Ärzten sowie Pflegefachpersonen mit Expertenwissen bestehen.<sup>9</sup>

## 2.5 Spezialisierter Mobiler Palliativdienst

### 2.5.1 Auftrag und Ziel

Der MPD hat den Auftrag, palliativmedizinische und palliativpflegerische Expertise in die Behandlung und Pflege schwerkranker und sterbender Menschen ausserhalb von spezialisierten Palliativinstitutionen zu integrieren und die Zusammenarbeit der relevanten Leistungserbringer/-innen zu fördern. Ziel ist es, dass palliative Patientinnen / Patienten, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und/oder (phasenweise) eine hochkomplexe Behandlung und Pflege benötigen, in ihrem jeweiligen Versorgungssetting (in der ambulanten Versorgung, im stationären Langzeitbereich oder im stationären Akutbereich) Zugang zu spezialisierter Pallia-

<sup>8</sup> Spitäler mit Leistungsauftrag „Spezialisierte Palliative Care im Spital“ (vgl. [www.be.ch/spitalliste](http://www.be.ch/spitalliste))

<sup>9</sup> Unter «mobil» ist nicht per se ein Einsatz vor Ort zu verstehen. Die Tätigkeiten der mobilen Dienste sind primär als Unterstützungsleistungen für die Grundversorger/-innen zu verstehen. Für weitere Informationen vergleichen Sie die Ausführungen zu den Eignungskriterien (Kapitel 5.2).

tive Care erhalten [5]. Dabei werden die Bedürfnisse der nahestehenden Bezugspersonen gemäss Bedarf in die Versorgung mitaufgenommen.

### **2.5.2 Nutzen von spezialisierten mobilen Palliativdiensten**

Durch den MPD wird

- das Kompetenzniveau bezüglich Palliative Care bei den Betreuungs-Teams vor Ort verbessert und damit ein Verbleiben der Patientin/des Patienten zu Hause bzw. in der Langzeitinstitution ermöglicht;
- gegebenenfalls eine Überweisung von Patientinnen / Patienten in ein Akutspital vermieden bzw. deren Zielsetzung klarer definiert;
- eine frühere Entlassung von Patientinnen / Patienten aus dem Akutspital realisiert;
- der Übergang zwischen (akut-)stationärer und nachsorgender Betreuung erleichtert.

Insgesamt entlastet ein MPD die stationären Palliative-Care-Strukturen, unterstützt die Vernetzung zwischen stationären und nachsorgenden Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern und trägt damit schliesslich zu einer koordinierten Versorgung in einem lokalen oder regionalen (allenfalls auch überregionalen) Palliative-Care-Netzwerk bei.

### **2.5.3 Zielgruppen**

Primäre Zielgruppe sind die Grundversorger/-innen (vgl. Begriffe Seite 4). Sekundäre Zielgruppe sind Patientinnen / Patienten und deren nahestehende Bezugspersonen.

## 3 Rahmenbedingungen des Modellversuchs

### 3.1 Ausgangslage

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, der Erhöhung des Anteils chronisch Kranker und der Kosten im Versorgungsbereich der akuten und hochspezialisierten Medizin ruft der Bund in der Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015 dazu auf, die Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen zu fördern. Die GEF hat Zielsetzungen und konkrete Massnahmen im «Konzept für die Palliative Versorgung des Kantons Bern» [7] festgehalten. Aus dem kantonalen Konzept geht hervor, dass zwar die Angebote der stationären und ambulanten spezialisierten Palliativversorgung zugenommen haben, diese jedoch noch nicht flächendeckend verfügbar sind. Entsprechend wurde die Massnahme «Unterstützung von spezialisierten mobilen Palliativdiensten» in den Massnahmenkatalog aufgenommen. In den letzten Jahren wurde zudem mit verschiedenen politischen Vorstössen der Ausbau spezialisierter Palliative Care im Kanton Bern gefordert.

Folge dessen hat die GEF beschlossen, einen dreijährigen Modellversuch gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstaben c und d GesG durchzuführen, um MPD im Kanton Bern zu fördern. Mit dem Modellversuch sollen die Grundlagen für den Entscheid bezüglich einer allfälligen regulären und flächendeckenden Einführung von MPD im Kanton Bern geschaffen werden.

Neben einem positiven Evaluationsergebnis, müssen folgende Voraussetzungen für eine abschliessende, reguläre Finanzierung von MPD im Kanton Bern erfüllt sein:

- dem Verlängerungsantrag muss vom Regierungsrat stattgegeben werden,
- die gesetzlichen Grundlagen für eine Regelfinanzierung von MPD müssen geklärt bzw. geschaffen werden und
- der Grosse Rat muss dem dafür vorgesehenen Kredit zustimmen (Ausgabenkompetenz).

### 3.2 Ziele des Modellversuchs

Der Modellversuch hat zum Ziel, MPD im Kontext des Kantons Bern zu erproben. Konkret verfolgt der Modellversuch folgende Ziele:

1. **Klärung Bedarf und Nutzen der MPD**  
Der Modellversuch soll den Bedarf an MPD im Kanton Bern abschliessend klären. Zudem soll die Evaluation des Modellversuchs ermitteln, inwiefern und wie MPD zu einer verbesserten Palliative-Care-Versorgung in den verschiedenen Versorgungssettings beitragen.
2. **„Best Practice“-Lösung**  
Der Modellversuch soll aus der möglichen Vielfalt von verschiedenen Zusammensetzungen und Ausgestaltungen der MPD eine (oder zwei) „Best Practice“-Lösungen – ev. je eine für urbane und eine für ländliche Gebiete – ermitteln.
3. **Modell Regelfinanzierung**  
Leistungen in der 2. Interventionslinie (wie z.B. fachliche Beratung der Grundversorger/-innen) werden *nicht* durch die regulären Tarifsysteme (TARMED, Pflegefinanzierung und Fallpauschale) abgegolten. Ziel des Modellversuches ist es, ein Finanzierungsmodell für den Kanton Bern für eine zukünftige Regelfinanzierung solcher Leistungen zu erarbeiten.
4. **Wirkung messen**  
Der Modellversuch soll evaluieren, welche Wirkung der MPD bei den Grundversorger/-innen erzielt.
5. **Integrierte Versorgung für Palliativpatienten/-innen**  
Der MPD soll die verschiedenen Leistungserbringer/-innen auf horizontaler und vertikaler Ebene vernetzen, um eine integrierte Versorgung der Palliativpatienten/-innen zu fördern.

### 3.3 Untersuchungsbereiche und Fragestellungen

Mit einem Modellversuch können die möglichen Ausgestaltungen einer Lösung und deren Akzeptanz und Tauglichkeit in der Praxis untersucht werden. Mit dem vorliegenden Modellversuch werden folgende drei Hauptbereiche und Fragestellungen untersucht:

#### *Leistungsspektrum*

In der Schweiz gibt es verschiedene MPD mit unterschiedlichem Leistungsangebot. Im Modellversuch soll geprüft werden, ob und welche Leistungen eines MPD von den Grundversorgerinnen / Grundversorgern in Anspruch genommen werden. Ziel ist das Leistungsangebot der Best-Practice-Lösung zu bestimmen. Konkret sollen folgende Fragestellungen analysiert werden:

- Welche Leistungen werden nachgefragt (1./2. Linie)?
- Wer erbringt welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt?
- Wo erfolgt die Leistungserbringung?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen werden während dem Modellversuch die Leistungen erfasst und ausgewertet. Weiter werden Kennzahlen zu den Fällen erhoben.

#### *Finanzierung*

Der Schlussbericht der Hochschule Luzern zu Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz [9] weist daraufhin, dass die Vollkosten pro verrechenbare Stunde bei einem MPD höher ausfallen als bei einer Spitex-Organisation. Jedoch wurde bis jetzt keine Erhebung der Vollkosten der bereits existierenden MPD vorgenommen. Im Modellversuch werden die Kosten des MPD mittels der Kostenstellenrechnung nach REKOLE® erhoben, um die Vollkosten pro verrechenbare Leistung zu bestimmen. Damit kann ein Finanzierungsmodell für Zweitlinienleistungen für den Kanton Bern entwickelt werden.

Konkret sollen unter anderem folgende Fragestellungen mit den Kosten- und Leistungsdaten beantwortet werden:

- Wie hoch sind die Personal- und Betriebskosten eines MPD?
- Wie hoch sind die Overhead-Kosten?
- Wie viel Prozent der Leistungen können verrechnet werden?

#### *Wirkungsmessung*

Schliesslich soll mit dem Modellversuch untersucht werden, welche Wirkungen die MPD bei den Grundversorgerinnen / Grundversorgern erzielen. Die GEF ist sich bewusst, dass die Wirkungsmessung aufgrund der dreijährigen Laufzeit eingeschränkt ist. Dennoch sollen mittels der Erhebung von Kennzahlen und durch die Befragung der Grundversorger/-innen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- Werden mit dem MPD vermehrt Hospitalisationen vermieden?
- Können dank dem MPD vermehrt Menschen zu Hause sterben?
- Welchen Nutzen sehen die Grundversorger/-innen im MPD?
- Wird die Zusammenarbeit der Leistungserbringer/-innen im Bereich der Palliative Care durch die MPD verbessert?

## 3.4 Finanzierungsrahmen und Abgeltung

### 3.4.1 Finanzierungsrahmen

Als Grundlage für die finanziellen Modellrechnungen ist aufgrund von Angaben aus anderen Kantonen mit einem pro-Einwohner-Aufwand von CHF 3.40 für eine flächendeckende Versorgung durch MPD auszugehen. Für die Abdeckung eines mindestens 100'000 Einwohner umfassenden Versorgungsraums wäre also mit einem geschätzten Aufwand von CHF 340'000 pro Jahr zu rechnen. Für die flächendeckende Versorgung des Kantons Bern (1'039'259 Einwohner<sup>10</sup>) würden damit rund CHF 3.5 Mio. pro Jahr an Fördermitteln benötigt. Unter Berücksichtigung des von der Finanzdirektion geschätzten mittleren Bevölkerungszuwachses und der überproportionalen Zunahme älterer und hochaltriger Menschen bis 2022 wurden für die dreijährige Laufzeit des Modellversuchs insgesamt CHF 10.95 Mio. Fördermittel im Kantonsbudget eingestellt.

Der Kanton übernimmt während dem dreijährigen Modellversuch die Kosten der Leistungen, welche nicht über die bereits existierenden Finanzierungssysteme (TARMED, Pflegefinanzierung oder Fallpauschalen) abgerechnet werden können. Dies sind ausschliesslich Leistungen in der 2. Interventionslinie, das heisst sogenannte patientenferne Leistungen und nicht bezahlte Wegleistungen, die aufgrund des grossen Versorgungsgebietes entstehen können. Zusätzlich finanziert der Kanton die anfallenden Kosten der Vorhalteleistungen, die Kosten für den Aufbau des MPD und die Aufwände, welche für die Betriebe durch die Evaluation des Modellversuchs entstehen.

### 3.4.2 Kredit- und Budgetvorbehalt

Der Kredit für den Modellversuch wird dem Grossen Rat in der März-Session 2019 vorgelegt. Vorbehältlich der Annahme des Kreditbeschlusses kann gegen diesen Beschluss ein fakultatives Referendum ergriffen werden.

Die im Budget eingestellten Fördermittel von insgesamt CHF 10.95 Mio. für den dreijährigen Modellversuch dürfen nicht überschritten werden. Unter Berücksichtigung des Budgets werden entsprechend so viele MPD im Modellversuch gefördert, wie es das Budget zulässt.

Die Verwendung der Mittel unterliegt dem Vorbehalt, dass der Grosse Rat jeweils im November des Vorjahres das jährliche Budget des Kantons genehmigt (vgl. Kapitel 6.2 des Leistungsvertragsentwurfs).

### 3.4.3 Abgeltung während dem Modellversuch

Der Kanton leistet während dem Modellversuch einen maximalen Betriebsbeitrag, welcher im Vertrag als Kostendach festgehalten wird. Der Kanton bezahlt die Aufwände des Betriebs abzüglich der erhaltenen Erträge aus dem TARMED, der Pflegefinanzierung, der kantonalen Restkostenfinanzierung, des Patientenanteils, Kursgebühren sowie der erhaltenen Spendeneingänge und Mitgliederbeiträge. Die genauen Abrechnungsmodalitäten sind im beigelegten Leistungsvertragsentwurf (Anhang D: Leistungsvertragsentwurf) beschrieben.

Beim Aufbau eines neuen MPD muss von einer geringeren Produktivität als bei einem ausgebauten MPD ausgegangen werden, da aufgrund der geringen Nachfrage zu Beginn höhere Leerzeiten entstehen können und zusätzliche Kosten für den Aufbau des MPD (z.B. erhöhte Koordinationsleistungen, Konzeptarbeiten, Marketingleistungen, etc.) anfallen. Die Aufbauarbeiten und Leerzeiten werden jedoch über die Jahre abnehmen und die Produktivität steigen.

Analog dazu werden zu Beginn des Modellversuchs individuelle Produktivitätsziele pro Jahr festgesetzt. Diese bewegen sich innerhalb der in Abbildung 2 festgelegten Bandbreite. Die Produktivität bezieht sich auf die verrechenbaren Leistungen. Werden die Produktivitätsziele nicht erreicht, wird der jährliche Betriebsbeitrag um 2-5% gekürzt.

---

<sup>10</sup> Es wurde geschätzt, dass es 1'039'259 Einwohner im Kanton Bern bis im Jahr 2018 gibt (mittleres Szenario). <http://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/statistik/bevoelk/bevoelkerungsprojektionszenarien1.html>  
Version 0.9

Abbildung 2: Produktivitätsziele (Bandbreite)

	2019	2020	2021	2022
Minimale Produktivität	30-50%	50-70%	60-70%	70-80%

Der Betriebsbeitrag ist als Finanzierungsform für den Modellversuch vorgesehen. Für eine allfällige reguläre Finanzierung wird ein Finanzierungsmodell entwickelt, welches die Vollkosten deckt. Hierfür müssen die teilnehmenden MPD ihre Leistungen und Kosten genau dokumentieren. Das Raster für die Dokumentation wird zusammen mit den Leistungsbringern, der Evaluationsfirma und dem Kanton ausgearbeitet. Werden die geforderten Dokumentationen von den Leistungserbringerinnen/ Leistungserbringer nicht termingerecht, unvollständig oder in schlechter Qualität eingereicht, kann die Auftraggeberin weitere Akontozahlungen einstellen.

### 3.5 Dokumentation und Evaluation

Der dreijährige Modellversuch wird von einer externen, unabhängigen Firma evaluiert. Ziel der Evaluation sind die in Kapitel 3.3 aufgeführten Fragestellungen zu analysieren. Die Ergebnisse der Evaluation sollen insbesondere als Grundlage für den Entscheid bezüglich einer allfälligen regulären Einführung der MPD im Kanton Bern sowie für die Preisfindung der entsprechenden Leistung dienen.

Die Evaluation besteht aus folgenden drei Teilen:

- a. Datenreporting: Im Datenreporting werden Leistungsdaten erfasst und von der Evaluationsfirma sowie von der GEF ausgewertet.
- b. Selbstevaluation: Das Vorankommen der am Modellversuch beteiligten MPD wird dokumentiert und evaluiert. Für jeden teilnehmenden MPD werden vorgängig individuelle, messbare Ziele pro Leistungskategorie festgelegt, welche jährlich im Rahmen eines Workshops evaluiert werden.
- c. Wirkungsmessung: Die Evaluation umfasst weiter die Erhebung von möglichen Wirkungen bei den Grundversorgerinnen / Grundversorgern (direkt) und Betroffenen (indirekt).

Der MPD wird vorgängig einmalig für das Datenreporting und die Selbstevaluation geschult. Er ist verpflichtet die verlangten Daten vollständig zu erheben und der Evaluationsfirma sowie der GEF zur Verfügung zu stellen.

Die Evaluation umfasst ebenfalls einen Vergleich zum bereits existierenden EMSP BEJUNE. Die Ergebnisse der Evaluation werden in einem Zwischen- und Schlussbericht dokumentiert.

## 4 Profil eines spezialisierten mobilen Palliativdienstes

In diesem Kapitel werden die charakteristischen Eigenschaften eines für den Modellversuch geeigneten spezialisierten MPD beschrieben.<sup>11</sup> Diese Ausführungen bilden die Grundlage für die Eignungs- und Zuschlagskriterien.

### 4.1 Tätigkeitsspektrum

Der mit dem Modellversuch verbundene Auftrag umfasst das Tätigkeitsspektrum der **2. Interventions-Linie (sog. patientenferne Leistungen):**

- Fachliche Beratung von Leistungserbringerinnen / Leistungserbringer der allgemeinen Palliative Care und Unterstützung in der Koordination von Leistungen in fachlich und/oder strukturell hochanspruchsvollen Behandlungs- und Betreuungssituationen.
- Fachspezifische Fort- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung der Leistungserbringer/-innen der allgemeinen Palliative Care: Zur Unterstützung im Erwerb von Fachkompetenz in Palliative Care sollen MPD individuell zugeschnittene Bildungsaufgaben für Grundversorger/-innen wahrnehmen und so deren Befähigung fördern.
- Gezielte Beratung und Unterstützung von nahestehenden Bezugspersonen und Patientinnen / Patienten auf Anfrage und subsidiär zum Grundversorger/-innen.
- Vernetzung der bestehenden Leistungserbringer/-innen im Bereich der Palliative Care.

**Subsidiär (als Kompetenzergänzung)** können bei Bedarf und auf Anfrage der Grundversorger/-innen Leistungen in der **1. Interventions-Linie**, das heisst medizinisch-therapeutische (ärztliche Leistungen) und/oder pflegerische Leistungen (Grund- und Behandlungspflege) **am Patienten / an der Patientin**, erbracht werden. Diese Leistungen werden nicht mittels des Förderprojekts finanziert, sondern über die regulären Tarifsysteme abgegolten (vgl. Kapitel 3.4).

### 4.2 Versorgungsgebiet

Gemäss dem Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern [7] ist es das Ziel der GEF, maximal bis zehn MPD zu fördern, um die flächendeckende Versorgung im Kanton Bern zu gewährleisten. Das bedeutet, dass ein Versorgungsgebiet einen Mindestumfang von ca. 100'000 Einwohnenden umfassen sollte (Richtwert), sofern dies die Bevölkerungsstrukturen und geografischen Verhältnisse zulassen.

### 4.3 Personalstruktur

#### 4.3.1 Interprofessionelles Team

Ein MPD besteht aus einem interprofessionellen Team mit Ärztinnen / Ärzten mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin und Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation in spezialisierter onkologischer und/oder palliativer Pflege.

#### 4.3.2 Ergänzende Leistungserbringer/-innen

Der MPD hat Zugang zu ergänzenden Fachpersonen aus den folgenden Bereichen:

- Therapie (z.B. Schmerztherapie, Ernährungsberatung)
- Psychologie
- Sozialdienst
- Spirituelle Unterstützung

Die ergänzenden Leistungserbringer/-innen können bei Bedarf beigezogen werden oder sind Bestandteil des MPD.

---

<sup>11</sup> Das Profil der MPD wurde unter anderem basierend auf den Kriterien der «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» [5] und den «Qualitätskriterien für spezialisierte mobile Konsiliardienste» gemäss palliative.ch [8] erarbeitet.

## 4.4 Leistungserbringung - Prozessbeschreibung

Der Einsatz des MPD erfolgt grundsätzlich *telefonisch* oder *vor Ort* im jeweiligen Wohnumfeld bzw. bei der Grundversorgerin / beim Grundversorger<sup>12</sup>. Der Beizug des MPD bzw. der Einsatz des MPD orientiert sich an den «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» [6] und an den Kriterien gemäss «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz» [3].

### 4.4.1 Erreichbarkeit und Einsatzzeiten

Die Fachpersonen des MPD stehen während 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche (24/7) telefonisch und wenn nötig vor Ort im jeweiligen Wohnumfeld der Patientin / des Patienten bzw. bei der Grundversorgerin / beim Grundversorger zur Verfügung:

- Die *Pflegefachpersonen* sind jederzeit (24/7) telefonisch erreichbar und können, wenn nötig, vor Ort gelangen.
- *Fachärzte/-innen* sind jederzeit (24/7) zur fachlichen Unterstützung mindestens telefonisch erreichbar.

Der MPD wird erst kontaktiert, wenn die Versorger der 1. Linie Hilfe benötigen. Ob der MPD vor Ort, das heisst zur Patientin / zum Patienten oder Grundversorger/-in geht, wird mit den zuständigen Grundversorgern abgesprochen.

### 4.4.2 Leistung „vor Ort“

Es stehen jederzeit (24/7) entsprechende Transportmittel für die Mitarbeitenden des MPD zur Verfügung, damit sie vor Ort, also zur Patientin / zum Patienten bzw. zur Grundversorgerin/zum Grundversorger, gelangen können.

Der Einsatz des MPD wird genau dokumentiert. Es wird festgehalten, ob und weshalb der MPD vor Ort gehen musste und wie lange es dauerte, bis er dort war (Dokumentation Wegzeiten). Ebenfalls werden die erbrachten Leistungen dokumentiert.

### 4.4.3 Zusammenarbeit mit Grundversorger/-innen

Der MPD wird auf Anfrage der Grundversorgerin / des Grundversorgers tätig. Die Grundversorgerin/der Grundversorger und der MPD entscheiden gemeinsam, ob der MPD als Unterstützung in der 2. Interventions-Linie tätig und/oder direkt in der 1. Interventions-Linie in die Behandlung und Pflege der Patientin / des Patienten involviert ist.

Die koordinative Fallführung verbleibt grundsätzlich bei der Grundversorgerin / beim Grundversorger. Diese/r eröffnet und führt die Patientendokumentation mit partieller, gemäss vereinbartem Auftrag abgegrenzter Mitverantwortung durch den MPD. Falls der MPD die koordinative Fallführung übernimmt, ist es das mittelfristige Ziel, dass durch Befähigung seitens des MPD die Fallführung wieder an die Grundversorgerin / den Grundversorger übergeht.

### 4.4.4 Vernetzung mit bestehenden Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern

Der MPD ist Teil eines regionalen (allenfalls überregionalen) Palliative-Care-Netzwerks<sup>13</sup>. In ein Palliative-Care-Netzwerk gehören Leistungserbringer/-innen der Grundversorgung (allgemeinen Palliative Care) und der spezialisierten Palliative Care in Zusammenarbeit mit ergänzenden Leistungserbringerinnen / Leistungserbringer und Freiwilligen im zu versorgenden Gebiet.

---

<sup>12</sup> vgl. Begriffe Seite 4.

<sup>13</sup> Ein Netzwerk soll die Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses durch verschiedene Leistungserbringer/-innen und Freiwillige unterstützen.



## 4.5 Organisation

### 4.5.1 Zusammenarbeit der am MPD beteiligten Organisationen

Am MPD sind mindestens

- ein Spital oder mehrere Spitäler mit kantonalem Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care im Spital<sup>14</sup> und
- ein oder mehrere bestehende Leistungserbringer/-innen aus dem Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause mit einem Angebot für spezialisierte Palliative Care<sup>15</sup>

beteiligt.

Die sich am MPD beteiligten Organisationen sind frei, ob sie eine unabhängige juristische Person (Art. 52ff. ZGB und Art. 530ff. OR) z.B. in Form eines Vereins oder einer einfachen Gesellschaft gründen oder ob sie die Zusammenarbeit untereinander formal mittels Kooperationsvertrag/-verträgen regeln. Im zweiten Fall müssen die kooperierenden Institutionen eine Institution bestimmen, welche die Vertragspartnerin der GEF werden wird. Die GEF richtet ihre Beiträge nur an *eine* Institution aus.

### 4.5.2 Infrastruktur und Mobilier

Dem MPD müssen die für die Leistungserbringung notwendigen Räumlichkeiten (z. B. Kursräume, Sitzungsräume etc.) sowie Mobilier (z. B. Computer, Telefon etc.) zur Verfügung stehen. Der MPD ist frei, zu entscheiden, ob die bereits existierenden Räumlichkeiten und Mobilier der am MPD beteiligten Leistungserbringer/-innen benutzt werden oder ob zusätzliche Räumlichkeiten genutzt werden.

### 4.5.3 Pharmazeutische Versorgung

Der MPD muss rund um die Uhr (24/7) Zugang zu Arzneimittel (auch zu Betäubungsmitteln) und Medizinprodukten haben. Der MPD kann zwischen folgenden Modellen für die Belieferung und den Umgang mit Heilmitteln wählen:

Abbildung 3: Modelle der pharmazeutischen Versorgung

Modelle	Anforderungen	Bemerkungen
Spitalapotheke	Eine bewilligte Spitalapotheke kann den MPD mit Arzneimittel versorgen und den fachgerechten Umgang mit Arzneimitteln kontrollieren, falls es sich um den gleichen juristischen Betrieb handelt und es sich um die gleiche fachlich verantwortliche Person wie bei der Spitalapotheke handelt.	
Privatapotheke Institution des Gesundheitswesens	Der Betrieb hat eine Betriebsbewilligung beim zuständigen Amt (Kantonsapothekeramt) nach den Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung <sup>16</sup> zu beantragen. Es ist ein Betreuungsvertrag zu erstellen.	Aufwendig für geringe Anzahl Arzneimittel

<sup>14</sup> Spitäler, die einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care *mit Auflage* haben, sind zugelassen, am Modellversuch teilzunehmen.

<sup>15</sup> Das Angebot an spezialisierte Palliative Care ist eine Spezialleistung und ist entsprechend an die Anforderungen des Ausbildungsniveaus der Pflegefachpersonen gemäss *Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2018* gebunden.  
[http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/organisationen\\_derhilfeundpflegezuhause.html#anker-anchor-3](http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/organisationen_derhilfeundpflegezuhause.html#anker-anchor-3)

<sup>16</sup> Mehr Informationen zu den Privatapotheken ist unter folgendem Link abrufbar:

<https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/kapa/formulare.html>

patientenspezifisches Arzneimittelmodell	Arzneimittel werden mit einer Posologie-Etikette patientenspezifisch in den MPD geliefert, durch eine öffentliche Apotheke oder für eigene Kunden durch eine Privatapotheke eines Arztes oder einer Spitalapotheke.  Die Verantwortlichkeiten betreffend Arzneimittel sind vertraglich mit einer Medizinalperson (Apotheker/-in oder Ärztin/Arzt mit Berufsausübungsbewilligung) zu regeln.	Notfallbezüge sind ausserhalb der Öffnungszeiten zu regeln.
--	---	---

Die Bietergemeinschaft muss in der Offerte darlegen, wie die pharmazeutische Versorgung während dem Modellversuch voraussichtlich organisiert ist.

## 5 Beurteilung und Bewertung der Angebote

Die Ermittlung der geeignetsten Angebote erfolgt durch Beurteilung und Bewertung der Angebote unter Anwendung der nachfolgenden Pflichtangaben, Eignungs- und Zuschlagskriterien.

### 5.1 Pflichtangaben

In der Offerte sind durch die Bewerbenden folgende Pflichtangaben zu machen:

1. Vorstellung der Bietergemeinschaft:
  - a. Name der Bietergemeinschaft
  - b. Bezeichnung der teilnehmenden Organisationen
2. Dienstleistungsangebot (Tätigkeitsspektrum)  
Beschreibung der voraussichtlich angebotenen Dienstleistungen. Zusätzlich soll geschätzt werden, welche Berufsgruppe welche Leistung erbringen wird (vgl. *Anhang C: Schätzung Leistungen*).
3. Abgedecktes Versorgungsgebiet
  - a. Das vorgesehene Versorgungsgebiet mittels Angabe der BFS-Gemeindeziffern angeben:  
<http://www.igk.be.ch/igk/de/index/gemeinden/gemeinden/gemeindedaten.html>
  - b. Angabe der Anzahl Einwohnende des Versorgungsgebietes
  - c. Berechnung der zeitlichen (in min.) und räumlichen (km) Distanz auf dem unbefahrenen Strassennetz von der Basisstation des MPD (Ausgangspunkt) zu den am weitesten entfernten Orten des Versorgungsgebiets, berechnet mit Google Maps.
4. Personalstruktur
  - a. Qualifikation und Berufserfahrung des voraussichtlich geplanten Personals
  - b. Beschreibung des Zugangs zu ergänzenden Leistungserbringerinnen / Leistungserbringer
  - c. Stellenplan (vgl. *Anhang B: Stellenplan*)
  - d. Beschreibung Abdeckung 24/7 Betrieb (inkl. Beispiel Dienstplan für mindestens einen Monat)
5. Leistungserbringung (Prozess)
  - a. Beschreibung der Zusammenarbeit mit den Grundversorgerinnen / Grundversorger
  - b. Beschreibung der bestehenden und anvisierten Kooperationen/Vernetzungen mit anderen Leistungserbringer/-innen im Bereich Palliative Care (z.B. Freiwilligenorganisationen, Verbände, Spitäler, Alters- und Pflegeheime etc.)
6. Organisation
  - a. Beschreibung Organisation des MPD: geplante Organisationsform (juristische Person) und/oder Beschreibung der Zusammenarbeit zwischen dem/den am MPD beteiligten Spital/Spitälern und der/den am MPD beteiligten Spitex-Organisation/Spitex-Organisationen (inkl. Bezeichnung derjenigen Institution, welche den Vertrag mit der GEF unterzeichnen wird)
  - b. Festlegung der Betriebsführung und Angaben zu den Kompetenzen und Erfahrungen der für den MPD verantwortlichen Person(en)
  - c. Beschreibung der geplanten nutzbaren Infrastruktur (Räumlichkeiten) und Information über die geplanten Investitionen für Neuanschaffungen wie z.B. Computer oder Telefon. Die dabei geschätzten anfallenden Kosten sind im Budgetplan zu berücksichtigen (vgl. Budgetplan „Gesamtaufwand“)

- d. Beschreibung der pharmazeutischen Versorgung
7. Finanzierung
  - a. Gesamtaufwand und Gesamtertrag (inkl. MwSt.) anhand des Budgetplans gemäss Kostenträgerrechnung nach REKOLE<sup>®</sup> (vgl. *Anhang A: Budgetplan*)
8. Strategische Ausrichtung:
  - a. Ziele und SWOT<sup>17</sup>-Analyse
  - b. Analyse der aktuellen/zukünftigen Versorgungslage
9. Umsetzungsplan (Zeitplan inkl. Meilensteine)

Mit diesen Angaben kann die Auftraggeberin die Erfüllung der nachfolgenden Eignungs- und Zuschlagskriterien überprüfen.

## 5.2 Eignungskriterien und Nachweise

Offerten, welche die folgenden Eignungskriterien nicht erfüllen, werden aus dem Verfahren ausgeschlossen.

### 1. Personalstruktur

Ein MPD besteht mindestens aus einem interprofessionellen Team von Fachpersonen der Medizin und Pflege mit mindestens diesen fachlichen Kompetenzen<sup>18</sup>:

- Ärztinnen/Ärzte müssen über besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Palliativmedizin (Fachärzte/-innen mit spezifischer Weiterbildung in Palliativmedizin, mindestens 80 Stunden, oder mit Schwerpunkt Palliativmedizin<sup>19</sup>) und/oder einen Facharzttitel Onkologie FMH verfügen sowie mindestens 1 Jahr Tätigkeit im palliativen Kontext nachweisen können.
- Pflegefachpersonen müssen über ein anerkanntes Diplom einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (Tertiärabschluss auf Niveau Fachhochschule [FH] oder Höhere Fachschule [HF] gemäss Art. 49 KVV) mit Weiterbildung in Palliative Care (mindestens auf Ausbildungsniveau B2 in Palliative Care gemäss palliative.ch, Niveau Höhere Fachausbildung [Höfa Stufe 1] oder Certificate of Advanced Studies [CAS] in Palliative Care) oder onkologischer Pflege (mindestens auf Niveau Höhere Fachausbildung [Höfa Stufe 1], Nachdiplomstudium [NDS] Höhere Fachausbildung Stufe 1 oder Certificate of Advanced Studies [CAS] in onkologischer Pflege) verfügen.<sup>20</sup>

### 2. Prozess

Der MPD ist während 24 Stunden und an 7 Tagen pro Woche telefonisch erreichbar und kann bei Bedarf vor Ort, also zur Patientin/zum Patienten, gelangen. Es ist mit dem geplanten Stellen- und Dienstplan aufzuzeigen, wie der durchgehende Betrieb erfolgt und insbesondere ist auch darzulegen, wie die Nacht- und Wochenenddienste abgedeckt werden.

### 3. Organisation

- a. Die Trägerschaft der Organisation setzt sich mindestens aus einem Spital oder mehreren Spitälern mit Leistungsauftrag für Spezialisierte Palliative Care im Spital<sup>21</sup> und aus mindestens einer oder mehreren bestehenden Spitex-Organisationen mit einem Angebot für spezialisierte Palliative Care zusammen.

<sup>17</sup> SWOT: Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Bedrohungen)

<sup>18</sup> Bei der Definition der Mindestanforderungen wird den Entwicklungen im Bereich der beruflichen Fort- und Weiterbildung in Palliative Care Rechnung getragen.

<sup>19</sup> BFS (2017): «Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP), Version 2018», S. 303 & 304.

<sup>20</sup> Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2018 betreffend Pflegeleistungen in der Hilfe und Pflege zu Hause; Kanton Bern, 19.12.2017, S. 5.

[https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/organisationen\\_derhilfeundpflegezuhaus.asse-tref/dam/documents/GEF/ALBA/de/Formulare\\_Bewilligungen\\_Gesuche/Organisationen\\_Hilfe\\_Pflege\\_Zuhause/LV\\_Spitex-Pflege\\_AVB\\_2018\\_d.pdf](https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/formulare/organisationen_derhilfeundpflegezuhaus.asse-tref/dam/documents/GEF/ALBA/de/Formulare_Bewilligungen_Gesuche/Organisationen_Hilfe_Pflege_Zuhause/LV_Spitex-Pflege_AVB_2018_d.pdf)

<sup>21</sup> Spitälern, die einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care *mit Auflage* haben, sind zugelassen, am Modellversuch teilzunehmen.

- b. Der MPD schliesst sich zu einer juristischen Person (eigenständigen Organisation) zusammen oder regelt die Zusammenarbeit der am MPD beteiligten Organisation mittels Vertrag. Spätestens bei Aufnahme der Arbeiten (ca. Juli 2019) ist die Bildung der juristischen Person abgeschlossen bzw. liegen die Kooperationsverträge unterschrieben vor.

Abbildung 4: *Eignungskriterien*

Nr.	Eignungskriterium	Nachweis
<b>1</b>	<b>Personalstruktur</b>	
	Interprofessionelles Team mit Fachpersonen aus der Medizin und der Pflege (Ärzte/-innen & Pflegefachpersonen) mit Kompetenzen auf Expertenniveau	Kopien von Berufs- oder Studienabschlüssen und/oder den Nachweis über die Teilnahme an entsprechenden Weiter- und Fortbildungen
<b>2</b>	<b>Prozessmerkmale</b>	
	Einsatzbereitschaft und Erreichbarkeit (24/7)	GAV-konformer Stellen- bzw. Dienstplan mit Funktionsbezeichnung (keine Namen). Bei Fehlen von Gesamtarbeitsverträgen Gewährung von orts- und branchenüblichen Arbeitsbedingungen (Leistungsortsprinzip).
<b>3</b>	<b>Organisation</b>	
3a	Zusammensetzung Spital(Spitäler) / Spitex-Organisation/-en	Auflistung der am MPD beteiligten Organisationen.
3b	Regelung Zusammenarbeit der am MPD beteiligten Organisationen	Beschreibung der vorgesehenen Zusammenarbeit. Bei Bildung einer juristischen Person soll zusätzlich eine gemeinsame Absichtserklärung betreffend die Gründung („Letter of Intent“) bzw. die Stiftungs- oder Vereinsstatuten und/oder Handelsregisterauszug beigelegt werden.

### 5.3 Zuschlagskriterien

Sind die Eignungskriterien erfüllt, wird das Angebot aufgrund der nachfolgend aufgeführten Zuschlagskriterien im Detail beurteilt und bewertet.

Abbildung 5: *Zuschlagskriterien*

Nr.	Zuschlagskriterium	Punkte (max. 100)
<b>1</b>	<b>Dienstleistungsangebot</b>	<b>5</b>
	Vorgesehenes Dienstleistungsangebot (aktuell/zukünftig)	5
<b>2</b>	<b>Abgedecktes Versorgungsgebiet</b>	<b>20</b>
	Anzahl versorgte Gemeinden bzw. Einwohnende <sup>22</sup>	10
	Fläche des abgedeckten Versorgungsgebiets (km <sup>2</sup> )	10
<b>3</b>	<b>Personalstruktur</b>	<b>10</b>
	Kompetenzen und Erfahrungen des für den MPD eingesetzten Personals	5
	Zugang zu ergänzenden Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern	5
<b>4</b>	<b>Vernetzung</b>	<b>10</b>
	Bestehende Kooperationen/Vernetzung mit anderen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern im Bereich Palliative Care	5
	Anvisierte Kooperationen/Vernetzung mit anderen Leistungserbringerinnen / Leistungserbringern im Bereich Palliative Care	5
<b>5</b>	<b>Organisation</b>	<b>5</b>
	Fachliche und betriebswirtschaftliche Kompetenzen und Erfahrungen der für den MPD verantwortlichen Person(en)	5
<b>6</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>30</b>
	Gesamtertrag, Gesamtaufwand und pro-Einwohnenden-Aufwand im Versorgungsgebiet (inkl. MwSt.) anhand Kostenträgerrechnung nach REKOLE <sup>®</sup> (s. Anhang A: Budgetplan)	30
<b>7</b>	<b>Strategische Ausrichtung</b>	<b>5</b>
	Ziele, SWOT-Analyse, Analyse der aktuellen/zukünftigen Versorgungslage	5
<b>8</b>	<b>Umsetzungsplan</b>	<b>5</b>
	Zeitplan inkl. Meilenstein	5
<b>9</b>	<b>Inhalt und Qualität der Offerte</b>	<b>10</b>
	Auftragsverständnis, Lösungskonzept, Durchführbarkeit	5
	Vollständigkeit, Gliederung, übersichtliche Darstellung	5
<b>Total</b>		<b>100</b>

### 5.4 Vorgehen bei der Beurteilung

Bei den *Zuschlagskriterien 1, 3, 4, 5, 7, 8 und 9* können für jedes Kriterium bzw. die jeweiligen Subkriterien folgende Punkte vergeben werden:

Punkte	Bewertung
<b>0P.</b>	Keine Angaben
<b>1P.</b>	ungenügend
<b>2P.</b>	genügend
<b>3P.</b>	gut
<b>4P.</b>	sehr gut
<b>5P.</b>	ausgezeichnet

<sup>22</sup> Das Versorgungsgebiet setzt sich aus den zu versorgenden Gemeinden zusammen. In der Offerte geben Bewerbende das vorgesehene Versorgungsgebiet an.

Beim *Zuschlagskriterium 2* gibt es mehr Punkte je mehr Einwohnende der MPD versorgt bzw. je grösser das abgedeckte Versorgungsgebiet ist.

Beim *Kriterium 6 „Finanzierung“* erhält die beste Offerte bezüglich Gesamtfinanzierung 30 Punkte. Diejenige Offerte mit dem günstigsten pro-Einwohnende-Aufwand erhält am meisten Punkte. Für die übrigen Offerten werden die Punkte proportional zu ihren finanziellen Abweichungen von der besten Offerte zugeteilt.

Beispiel:

Offerte A CHF 2.-/Einwohnende; Offerte B CHF 5.-/Einwohnende; Offerte C CHF 7.-

/Einwohnende. Offerte A ist am besten = 100% = 30 Punkte. Abweichung von Offerte B zu

Offerte A =  $\frac{100 * 5}{2} = 250\% \Rightarrow \frac{30 * (100 - 25)}{100} = 22.5$  Punkte für Offerte B. Abweichung Offerte C zu

Offerte A =  $\frac{100 * 7}{2} = 350\% \Rightarrow \frac{30 * (100 - 35)}{100} = 19.5$  Punkte für Offerte C.

## 6 Angebot

### 6.1 Gliederung und Umfang

Im Interesse einer möglichst effizienten und fairen Evaluation sollten die Bietergemeinschaften ihr Angebot möglichst nach dem folgenden Angebotsaufbau (analog zu den Pflichtangaben) richten:

- 1) Vorstellung Bietergemeinschaft
- 2) Dienstleistungsangebot
- 3) Abgedecktes Versorgungsgebiet
- 4) Personalstruktur
- 5) Leistungserbringung
- 6) Organisation
- 7) Finanzierung
- 8) Strategische Ausrichtung
- 9) Umsetzungsplan

Die Unterlagen umfassen maximal 50 Seiten A4 (exkl. Anhang).

### 6.2 Sprache

Das Angebot und seine Beilagen sind in deutscher oder französischer Sprache einzureichen. Die Nachweise können in deutscher, französischer oder englischer Sprache eingereicht werden. Die Verfahrenssprache ist deutsch (Artikel 10 Buchstabe e ÖVB).

### 6.3 Anzahl und Form

Das vollständige Angebot ist **in einem Exemplar in Papierform** an die Adresse gemäss Kapitel 6.6 zu richten und **in elektronischer Form** (verschlüsseltes E-Mail, CD oder USB-Stick) einzureichen.

### 6.4 Verbindlichkeit der Angebote

Die eingereichten Angebote sind bis zum 31. Dezember 2019 verbindlich.

### 6.5 Fragen

Direkte Kontakte zwischen den Bietergemeinschaften und den zuständigen Personen bei der Beschaffungsstelle sind nicht vorgesehen. Fragen im Zusammenhang mit den Angebotsunterlagen sind per Mail zu stellen und werden grundsätzlich auch auf diesem Weg beantwortet. Erläuterungen zu den Angebotsunterlagen, welche von allgemeinem Interesse sind, werden allen potentiellen Bietergemeinschaften mitgeteilt.

Die bis zum 12.12.2018 eingegangenen Fragen werden bis am 21.12.2018 beantwortet.

### 6.6 Abgabe (Ort, Termin und Form)

Die Abgabe des Angebots muss spätestens bis zum **28. Februar 2019** (bis 24.00 Uhr) **in elektronischer Form UND per Post** an nachstehende Adressen erfolgen:

- E-Mail: [info.spa@gef.be.ch](mailto:info.spa@gef.be.ch)
- Post:  
*Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern*  
*Spitalamt*  
*Postfach*  
*Rathausgasse 1*  
*3000 Bern 8*

### 6.7 Präsentation

Die Auftraggeberin behält sich das Recht vor, die Bietergemeinschaften für Erläuterungen oder zur Plausibilisierung ihres Angebots zu einer Präsentation voraussichtlich im März 2019 einzuladen.



## 7 Ecktermine des Bewerbungsverfahrens

Nach Abschluss der Beurteilung werden die Bietergemeinschaften schriftlich über das Ergebnis der Beurteilung informiert. Im Einzelnen gelten die nachstehenden Ecktermine:

Entscheidungspunkt	Termin
Versand der Angebotsunterlagen an die angemeldeten Leistungserbringer/-innen	14.11.2018
Fragen zu den Angebotsunterlagen können per Mail gestellt werden	12.12.2018
Fragen werden zuhanden aller Bietergemeinschaften beantwortet	21.12.2018
Eingabetermin für die Offerten	<b>28.02.2019</b> , 24:00 Uhr
Angebotsöffnung	07.03.2019 (voraussichtlich)
Ev. Präsentation des Angebots	März 2019 (voraussichtlich)
Mitteilung über die Ergebnisse der Beurteilung	31.03.2019 (voraussichtlich)
Abschluss der Leistungsverträge	30.06.2019 (voraussichtlich)
Betriebsaufnahme des MPD	01.07.2019 (voraussichtlich)

# Anhang A: Budgetplan

	Kostenarten- rahmen REKOLE	Beschreibung	Jul-Dez 2019	Jan-Dez 2020	Jan-Dez 2021	Jan-Jun 2022	Bitte die Schätzung hier begründen!
<b>Betriebskosten</b>							
<b>Personalkosten</b>	3						
Lohnaufwand	30	Bruttolöhne aller Mitarbeitenden inkl. Zulagen					
Sozialversicherungsaufwand	37						
Arzthonoraraufwand (sozialversicherungspflichtig)	38	Nur Honoraraufwand von Ärzten, der für das Spital sozialversicherungspflichtig ist. Arzthonorare aus selbständiger Tätigkeit sind medizinische Fremdleistungen und werden auf das Konto 405 medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen gebucht					
Übriger Personalaufwand	39						
Sachkosten (Kosten für Mat, Waren, Drittleist & sonstige Betriebskosten)	4						
Medizinischer Bedarf	40	Verbrauchsmaterial sowie medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen.					
Lebensmittelaufwand	41	Gestaltung je nach Bedarf					
Haushaltsaufwand	42	Haushaltsverbrauchsmaterial (Kleinmaterial wie Geschirr, Besteck, Textilienaufwand für Patienten und Angestellte usw.) und Haushaltsfremdleistungen					
Unterhalt und Reparaturen	43	sämtliche Aufwände für Unterhalt und Reparaturen von Immobilien und Mobilen (ausser Personalaufwand für Eigenreparaturen) sowie für Anschaffung von technischem Verbrauchsmaterial und Werkzeug Anschaffung von Software-Updates					
Aufwand für Anlagenutzung	44	Anschaffungen von Anlagegütern mit geringem Wert, z.B. Handwerkzeuge, Geräte usw. dürfen direkt abgeschrieben werden. Beträgt die Nutzungsdauer mehr als ein Jahr, ist eine Aktivierung zu empfehlen. Anschaffungen aller Art von Hard- und Software (inkl. Upgrades)					
Aufwand für Energie und Wasser	45	inkl. Abwasser					
Zinsaufwand	46	Zinsen auf Fremdkapital für die laufende Betriebsführung (Umlaufvermögen) und Zinsen für das Anlagevermögen.					
Verwaltungs- und Informatikaufwand	47	gesamter medizinischer und administrativer Verwaltungs- und Informatikaufwand					
übriger patientenbezogener Aufwand	48						
übriger nicht patientenbezogener Aufwand	49	Versicherungsprämien, Gebühren, Fahrzeug- und Transportaufwand und übriger Sachaufwand, der nicht patientenbezogen ist.					
Sachkosten sekundär							
ILV	5						
<b>Gesamtertrag</b>							
<b>Betriebsertrag</b>	6						
Erträge aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen für Patienten	60	Ertrag aus Fallpauschalen des Spitals (Konsiliarleistungen bei stationären Patienten) Tagespauschalen, Tagestellpauschalen, Abteilungspauschalen, diagnosebezogene Pauschalen, Pauschalen für Hotellerie und Pflege, therapeutische Pauschalen usw. inkl. vertragliche und gesetzliche patientenbezogene Beiträge der öffentlichen Hand.					
Ärztliche Einzelleistungen	61	TARMED (ärztliche Leistung - z.B. Konsiliarleistung, Notfalleinsätze...) alle ärztlichen Einzelleistungen mit TARMED (AL und Assi.L.) oder anderen Tarifen und alle ärztlichen Honorare					
Übrige Spitaleinzelleistungen	62	TARMED (technische Leistung - Praxis, Personal, Apparate, Verbrauchsmaterial, usw.), Logopädie, Labor, Physiotherapie					
Übrige Erträge aus Leistungen an Patienten	65	Ertrag aus KLV-Pflegeleistungen (Krankenkasse & Patienten)					
Finanzertrag	66	nur Erträge, die direkt mit dem Krankenhausbetrieb in Verbindung stehen.					
Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte	68	Erträge aus den Nebenbetrieben, falls nicht in eigenem Kontenkreis Erträge aus fallunabhängigen medizinischen Leistungen. Aufteilung nach ärztlicher und technischer Leistung empfohlen.					
Beiträge und Subventionen	69						
Steuern, ausserordentlicher und	7						
Steuern	77						
Ausserordentlicher Aufwand und Ertrag	78	Aufwände und Erträge, welche im Rahmen der ordentlichen Geschäftstätigkeit äusserst selten					
Betriebsfremder Aufwand und Ertrag	79	Aufwendungen und Erträge, die aus Ereignissen oder Geschäftsvorfällen entstehen, welche sich					
Finanzergebnis							

**Anhang B: Stellenplan**

Person	Beruf	Funktion	Jahreslohn 100 %	2019		2020		2021		2022	
				SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST	SOLL	IST
Person 1	Ärztin	Leiterin		50%	40%						
Person 2	Pflegefachperson	Mitarbeiterin		100%	0%						
..											
				150%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

## Anhang C: Schätzung Leistungen

Zur Schätzung der Leistungserbringung pro Berufsgruppe können nicht die vollumfänglichen Arbeitstage herangezogen werden. Die Abwesenheiten aufgrund von Ferien, Krankheit und Weiterbildungen müssen berücksichtigt werden und mit den effektiv geleisteten, den sogenannten ‚produktiven‘ Arbeitsstunden gerechnet werden. Für das Normkostenmodell Psychiatrie hat der Kanton die produktiv einsetzbaren Stunden pro Berufsgruppe berechnet. Dabei hat der Kanton wo möglich die im Gesamtarbeitsvertrag<sup>23</sup> vereinbarten Regelungen übernommen.

Abbildung 6: Produktive Stunden (Beispiel Psychiatrie, 2015)

	Quelle	Facharzt/-ärztin	Assistenzarzt/-ärztin	Pflegefachperson	Übrige Berufsgruppen
		Tage	Tage	Tage	Tage
<b>Tage pro Jahr</b>		<b>365.0</b>	<b>365.0</b>	<b>365.0</b>	<b>365.0</b>
<i>abzüglich</i>					
- Wochenenden		104.0	104.0	104.0	104.0
- Feiertage	GAV	10.0	10.0	10.0	10.0
<b>Soll-Jahresarbeitszeit</b>		<b>251.0</b>	<b>251.0</b>	<b>251.0</b>	<b>251.0</b>
- Ferientage	GAV, Durchschnitt	27.0	27.0	27.0	27.0
- Kompensationswochen	GAV	10.0	5.0		
<b>bezahlte Jahresarbeitszeit</b>					
- Weiterbildung	GAV, ALBA	5.0	5.0	5.0	5.0
- Krankheit, Unfall, Schwangerschaften, Militär	TARMED	9.0	9.0	9.0	9.0
- Diverse Absenzen	TARMED	1.0	1.0	1.0	1.0
<b>Verfügbare Tage pro Stelle und Jahr (analog TARMED)</b>		<b>199.0</b>	<b>204.0</b>	<b>209.0</b>	<b>209.0</b>
		<b>Stunden</b>	<b>Stunden</b>	<b>Stunden</b>	<b>Stunden</b>
Nettoarbeitszeit in Std. pro Woche	GAV	46.0	50.0	42.0	42.0
Nettoarbeitszeit pro Tag in Std. (5 Tage/Woche)	GAV	9.2	10.0	8.4	8.4
Pausen (30 Minuten/Tag)	GAV	0.5	0.5	0.5	0.5
<b>Plan-Jahresarbeitszeit</b>		<b>1'731.3</b>	<b>1'938.0</b>	<b>1'651.1</b>	<b>1'651.1</b>
- Weiterbildung (4 Std./Woche)	GAV		163.20		
<b>«produktive» Stunden pro Jahr</b>		<b>1'731.30</b>	<b>1'774.80</b>	<b>1'651.10</b>	<b>1'651.10</b>

Die produktiven Stunden pro Jahr belaufen sich gerundet also auf 1'731 für den/die Facharzt/-ärztin, 1'775 für den/die Assistenzarzt/-ärztin und 1'651 für die Pflegefachpersonen und übrigen Berufsgruppen, wie etwa administratives Personal, Sozialarbeiter/-in oder Psychologe/Psychologin.

Diese Angaben zu den produktiven Stunden pro Berufsgruppe können für die Schätzung der Leistungsstunden des MPD (vgl. untere Tabelle) genutzt werden.

<sup>23</sup> Gesamtarbeitsvertrag für das Personal Bernischer Spitäler, Version gültig ab 01.01.2011  
Version 0.9

Leistungen pro Berufsgruppe	Beschreibung der Leistungen	Jul-Dez 2019		Jan-Dez 2020		Jan-Dez 2021		Jan-Jun 2022		Bitte die Schätzung hier begründen!
		Anz. h pro Monat <sup>1</sup>	Leistungen in %	Anz. h pro Monat	Leistungen in %	Anz. h pro Monat	Leistungen in %	Anz. h pro Monat	Leistungen in %	
<b>Pflegefachpersonen<sup>1</sup></b>		0		0		0		0		
Leistungen in der 1. Interventionslinie	Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV: - Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV) - Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) - Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV)		0%		0%		0%		0%	
Leistungen in der 2. Interventionslinie	- Fachliche Beratung der Grundversorger/-innen, - Unterstützung bei der Koordination von Leistungen inkl. Berichterstattung, - Fort- und Weiterbildungen für Grundversorger/-innen (inkl. Vorbereitung) - Sensibilisierung der Grundversorger/-innen und der Bevölkerung (inkl. Vorbereitung) - Vernetzungsleistungen		0%		0%		0%		0%	
Wegleistungen	Dies beinhaltet Wegleistungen für Einsätze vor Ort aufgrund von 1. und 2. Linie Interventionen									
Support- und Koordinationsleistungen	Das sind Leistungen, welche nicht verrechnet werden können und entsprechend die Produktivität reduzieren. Darin sind unter anderem folgende Leistungen enthalten: Fortbildungen im Team, Teamsitzungen, Rapporte etc.		0%		0%		0%		0%	
Overhead-Leistungen	Darin sind Management- und Supportleistungen, wie etwa Personalwesen, Administration, Rechnungswesen, etc. enthalten.									
Aufbau & Evaluation MPD	Das sind Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufbau des MPD (z.B. Bekanntmachung, Aufbau elektronische Leistungserfassung, etc.) und der Evaluation während dem Modellversuch (z.B. Teilnahme an Evaluationsworkshop, Reporting ...)		0%		0%		0%		0%	
Vorhalteleistungen ( Leerzeiten)	Diese können aufgrund der 24/7 Verfügbarkeit und nicht vollständigen Auslastung entstehen.		0%		0%		0%		0%	
<b>Ärztinnen/Ärzte<sup>2</sup></b>		0		0		0		0		
Leistungen in der 1. Interventionslinie	Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV: - Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV) - Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) - Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV)		0%		0%		0%		0%	
Leistungen in der 2. Interventionslinie	- Fachliche Beratung der Grundversorger/-innen, - Unterstützung bei der Koordination von Leistungen inkl. Berichterstattung, - Fort- und Weiterbildungen für Grundversorger/-innen (inkl. Vorbereitung) - Sensibilisierung der Grundversorger/-innen und der Bevölkerung (inkl. Vorbereitung) - Vernetzungsleistungen		0%		0%		0%		0%	
Wegleistungen	Dies beinhaltet Wegleistungen für Einsätze vor Ort aufgrund von 1. und 2. Linie Interventionen									
Support- und Koordinationsleistungen	Das sind Leistungen, welche nicht verrechnet werden können und entsprechend die Produktivität reduzieren. Darin sind unter anderem folgende Leistungen enthalten: Fortbildungen im Team, Teamsitzungen, Rapporte etc.		0%		0%		0%		0%	
Overhead-Leistungen	Darin sind Management- und Supportleistungen, wie etwa Personalwesen, Administration, Rechnungswesen, etc. enthalten.									
Aufbau & Evaluation MPD	Das sind Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufbau des MPD (z.B. Bekanntmachung, Aufbau elektronische Leistungserfassung, etc.) und der Evaluation während dem Modellversuch (z.B. Teilnahme an Evaluationsworkshop, Reporting ...)		0%		0%		0%		0%	
Vorhalteleistungen ( Leerzeiten)	Diese können aufgrund der 24/7 Verfügbarkeit und nicht vollständigen Auslastung entstehen.		0%		0%		0%		0%	
<b>Weitere<sup>3</sup></b>		0		0		0		0		
Leistungen in der 1. Interventionslinie	Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV: - Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV) - Untersuchung und Behandlung (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) - Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. c KLV)		0%		0%		0%		0%	
Leistungen in der 2. Interventionslinie	- Fachliche Beratung der Grundversorger/-innen, - Unterstützung bei der Koordination von Leistungen inkl. Berichterstattung, - Fort- und Weiterbildungen für Grundversorger/-innen (inkl. Vorbereitung) - Sensibilisierung der Grundversorger/-innen und der Bevölkerung (inkl. Vorbereitung) - Vernetzungsleistungen		0%		0%		0%		0%	
Wegleistungen	Dies beinhaltet Wegleistungen für Einsätze vor Ort aufgrund von 1. und 2. Linie Interventionen									
Support- und Koordinationsleistungen	Das sind Leistungen, welche nicht verrechnet werden können und entsprechend die Produktivität reduzieren. Darin sind unter anderem folgende Leistungen enthalten: Fortbildungen im Team, Teamsitzungen, Rapporte etc.		0%		0%		0%		0%	
Overhead-Leistungen	Darin sind Management- und Supportleistungen, wie etwa Personalwesen, Administration, Rechnungswesen, etc. enthalten.									
Aufbau & Evaluation MPD	Das sind Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufbau des MPD (z.B. Bekanntmachung, Aufbau elektronische Leistungserfassung, etc.) und der Evaluation während dem Modellversuch (z.B. Teilnahme an Evaluationsworkshop, Reporting ...)		0%		0%		0%		0%	
Vorhalteleistungen ( Leerzeiten)	Diese können aufgrund der 24/7 Verfügbarkeit und nicht vollständigen Auslastung entstehen.		0%		0%		0%		0%	

<sup>1</sup>Für alle im MPD tätigen Pflegefachpersonen

<sup>2</sup>Für alle im MPD tätigen Ärztinnen/Ärzte

<sup>3</sup>Andere im MPD tätigen Berufsgruppen

<sup>4</sup>Stunden für Anz. VZÄ der jeweiligen Berufsgruppen hochrechnen. Bsp. Aus Stellenplan ersichtlich 3VZÄ für Pflegefachpersonen (PP) --> 1'651 produktive Stunden pro Jahr pro PP

--> (1'651/12Monate)\*3VZÄ = 413 Stunden

## **Anhang D: Leistungsvertragsentwurf**