

**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
3011 Bern
Telefon +41 31 633 79 65
Telefax +41 31 633 79 67
www.gef.be.ch
info.spa@gef.be.ch



Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE

**des Kantons Bern zuhanden der Listenspi-
täter**

**zu den Leistungsaufträgen gemäss den
Spitalplanungsleistungsgruppen (Version
2017_01.00)**

REHABILITATION

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern	5
2.1	Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe	5
2.2	Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen	5
3	Allgemeine Anforderungen für Listenspitäler	6
3.1	Allgemeine Qualitätsanforderungen zur SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Version 2017_01.00)	6
3.2	Modalitäten zur SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Version 2017_01.00)	7
4	Erläuterungen zur SPLG-Systematik Rehabilitation BE für die Spitalliste des Kantons Bern	9
4.1	Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal	9
4.1.1	Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte	9
a)	Fachärztin / Facharzt Rehabilitation	10
b)	Medizinischer Hintergrunddienst	10
4.1.2	Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall	10
4.1.3	Verfügbarkeit des Personals in den Bereichen Psychologie, Therapie, Beratung, Diätkoch/-köchin und Orthopädie-/Rollstuhltechnik	11
4.1.4	Verfügbarkeit Fachleitung Pflege	12
4.2	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	12
4.3	Prozessanforderungen	12
4.3.1	Support bei Triage und Zuweisungen (MIPA)	12
4.3.2	Information und Zusammenarbeit (MIPA)	13
4.3.3	Rehabilitationsziele / Behandlungsplanung / Therapieplanung (MIPA)	13
4.3.4	Austritts- und Übertrittsplanung (MIPA)	13
4.3.5	Frühintervention bei Arbeitsunfähigkeit (FIA)	13
4.3.6	Vernetzung und integrierte Versorgung (INT)	13
4.4	Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen	14
4.4.1	Versorgungsnähe	14
4.4.2	Definitionen und Reha-Ziele, Anforderungen zu den Leistungsgruppen Rehabilitation	14
4.4.3	Muskuloskelettale Rehabilitation	14
4.4.4	Neurologische Rehabilitation	14
4.4.5	Rehabilitation Querschnittgelähmter	15
4.4.6	Kardiovaskuläre Rehabilitation	15
4.4.7	Pulmonale Rehabilitation	15
4.4.8	Internistische und Onkologische Rehabilitation	15
4.4.9	Psychosomatische Rehabilitation	16
4.4.10	Geriatrische Rehabilitation	16
4.4.11	Frührehabilitation und Kinder- und Jugendrehabilitation (Querschnittbereiche)	16

4.5	Kooperationsvertrag / Kooperationskonzept	16
4.6	Infrastruktur	17
4.7	Leistungsauftragscontrolling (LACTRL)	17
4.8	Vorgaben zum Versorgungsauftrag	19
5	Weitere Bestimmungen	20
5.1	Pflichten der Listenspitäler.....	20
5.2	Leistungsaufträge in mehreren Versorgungsbereichen.....	20
5.3	Aus- und Weiterbildung	20
5.4	Aufsicht und Revision	20
5.5	Datengrundlagen	20
6	Anhang	21

1 Einleitung

Die Spitallistenanforderungen im Bereich Rehabilitation des Kantons Bern gründen auf der seit dem 1. Mai 2012 geltende Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik des Kantons Bern (SPLG-Reha BE).

Für die Spitalliste Rehabilitation BE 2018 wurden die Anforderungen überarbeitet. Diese Überarbeitung erfolgte durch die durch den Direktor der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern eingesetzte Arbeitsgruppe ASLA¹-Rehabilitation, welche den Auftrag hatte, die aktuell geltenden Anforderungen der SPLG-Reha BE aus dem Jahre 2012 zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Weitere Vorgaben für das Anpassungsverfahren waren Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Ergebnisoffenheit. Insbesondere um die gesetzlich² geforderte Vergleichbarkeit der Planungen unter den Kantonen nicht zu gefährden, sollen die Resultate der ASLA-Reha auf der Internetseite der GEF veröffentlicht werden.

Ebenfalls überarbeitet wurden die gemäss den Leistungsgruppen der SPLG-Reha zulässigen Diagnose-Codes (ICD-Codes³). Diese ICD-Codes sind für die Listenspitäler im Bereich der Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern verbindlich.⁴

Die ASLA-Rehabilitation wird in regelmässigen Abständen die Anforderungen für die SPLG-Reha des Kantons Bern überprüfen und diese bei Bedarf anpassen.

¹ „Arbeitsgruppe Anpassung Spitallistenanforderungen“ bestehend aus Vertretern der Spitalverbände von „die-spitaeler.be“ und vom „Verband der Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB)“ einerseits und der GEF andererseits.

² Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).

³ Vgl. „ICD-Codes zur SPLG-Systematik Rehabilitation des Kantons Bern“ (Version 2017.01) www.be.ch/spitalliste).

⁴ Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG.

2 Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern

Nachfolgend wird ausgeführt an wen sich die vorliegenden „Anforderungen und Erläuterungen des Kantons Bern zuhanden der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen Rehabilitation“ (Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE) richten, welches Ziel und welchen Zweck sie verfolgen, welche Bedeutung sie für die Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern haben und wie sie aufgebaut sind.

2.1 Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe

Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE ist es, die gesetzlichen und planerischen⁵ Grundlagen, welche der Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern zugrunde liegen, zuhanden der Listenspitäler des Kantons Bern zu erläutern. Zusammen mit den leistungsspezifischen Anforderungen⁶ der SPLG-Systematik des Kantons Bern für den Bereich Rehabilitation (SPLG-Systematik Rehabilitation BE) und den für die Zuordnung der Leistungen massgebenden aktuellen ICD-Kataloge (ICD-Codes zur SPLG-Systematik Rehabilitation des Kantons Bern) bilden sie die Grundlage für die Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern.

2.2 Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen

Die Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE äussern sich mit Blick auf die Leistungsaufträge allgemein zu den Anforderungen der SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Ziffer 3.). Sie erläutern die einzelnen Leistungsaufträge der SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Ziffern 4.1 – 4.4), äussern sich zu Kooperationsverträgen und Konzepten, zur Infrastruktur, zum Leistungsauftragscontrolling, zu Vorgaben zum Versorgungsauftrag (Ziffern 4.5 – 4.8) und verweisen auf die wichtigsten gesetzlichen Vorgaben (Ziffer 5). Rechtliche Grundlage der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE bilden das KVG⁷ und die Spitalversorgungsgesetzgebung (SpVG und SpVV⁸) des Kantons Bern.

⁵ www.be.ch/versorgungsplanung.

⁶ Vgl. SPLG-Systematik Rehabilitation BE; www.be.ch/spitalliste.

⁷ Vgl. Artikel 39 Absatz e KVG.

⁸ Spitalversorgungsgesetz (SPVG; BSG 812.11); Spitalversorgungsverordnung (SPVV; BSG 812.112).

3 Allgemeine Anforderungen für Listenspitäler

3.1 Allgemeine Qualitätsanforderungen zur SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Version 2017_01.00)

- 3.1.1 Die kantonalen Spitallisten müssen gemäss KVG nebst Betriebsvergleichen zur Wirtschaftlichkeit auch auf Betriebsvergleiche zur Qualität abgestützt sein⁹. Den Kantonen wird vorgeschrieben, insbesondere den Nachweis der notwendigen Qualität zu prüfen¹⁰. Im Kanton Bern erfolgt dies auf der Grundlage des „Rahmenkonzepts für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern“¹¹.
- 3.1.2 Die Listenspitäler sind verpflichtet, ein betriebliches Qualitätssicherungssystem zu implementieren¹². Sie müssen zudem Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten¹³. Der Kanton Bern hat entsprechende allgemeine und leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen formuliert, welche Listenspitäler mit bernischen Leistungsaufträgen erfüllen müssen.
- 3.1.3 Die Listenspitäler setzen die nationalen Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ¹⁴ um. Auf Verlangen der GEF sind die Listenspitäler verpflichtet, die in Zusammenhang mit den ANQ-Messungen erhobenen Daten sowie die dazugehörigen Auswertungen der GEF auszuhändigen.
- 3.1.4 Die Listenspitäler führen ein kennzahlenbasiertes spitalweites Qualitätssicherungssystem.
- 3.1.5 Die Listenspitäler führen ein spitalweites Zwischenfallmeldesystem (Critical Incident Report System; CIRS) mit Analyse der Eingabemeldungen und Umsetzung der notwendigen Massnahmen.
- 3.1.6 Die Listenspitäler haben für relevante Patientengruppen eine multiprofessionelle Austrittsplanung. In diesen werden einrichtungsübergreifende patientenzentrierte und kontinuierliche Behandlungs- und Betreuungspfade beschrieben. Die Zusammenarbeit mit wichtigen nachgelagerten ambulanten und mobilen Leistungserbringern wird nachweislich angestrebt (Spitex, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Therapeuten und Therapeuten, Apotheken, Reha-Kliniken, Pflegeheime, u.a.).

⁹ Vgl. Artikel 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Spitalfinanzierung) (KVG; SR 832.10).

¹⁰ Vgl. Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe b KVV der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).

¹¹ Vgl. „Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern“ www.be.ch/spitalliste.

¹² Vgl. Artikel 59d Absatz 1 Buchstabe b KVV.

¹³ Vgl. Artikel 77 KVV.

¹⁴ ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklungen in Spitälern und Kliniken <http://www.anq.ch/anq/>.

3.2 Modalitäten zur SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Version 2017_01.00)

3.2.1 Die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Spitalliste Rehabilitation gestützt auf die SPLG-Systematik Rehabilitation BE und die Auferlegung der damit verbundenen einheitlich verbindlichen Anforderungen an die Listenspitäler erfolgt im Kanton Bern grundsätzlich unbefristet. Der Regierungsrat des Kantons Bern kann befristete Leistungsaufträge verfügen, insbesondere dann, wenn das Listenspital eine Anforderung oder mehrere Anforderungen der SPLG-Systematik Rehabilitation BE zum Zeitpunkt der Verfügung noch nicht erfüllt und ihm deshalb eine Übergangsfrist zur Erfüllung eingeräumt wird. Erfüllt das Listenspital die Auflagen nach der eingeräumten Frist, kann der Leistungsauftrag anschliessend unbefristet erteilt werden. Hierfür muss das Listenspital ein entsprechendes Gesuch um Erteilung eines unbefristeten Leistungsauftrages bis spätestens sechs Monate vor Ablauf des befristeten Leistungsauftrages bei der GEF einreichen. Stellt es kein Gesuch, endet der Leistungsauftrag mit Ablauf der Befristung.

Die Listenspitäler können die Aufhebung von Leistungsaufträgen beantragen. Der Antrag ist der GEF schriftlich zu stellen.

Die Listenspitäler können die Erteilung von zusätzlichen Leistungsaufträgen beantragen. Der Antrag ist der GEF schriftlich zu stellen. Der Regierungsrat kann die Spitalliste – gegebenenfalls unter Gewährung einer Übergangsfrist – in der Regel innerhalb von einem Jahr anpassen.

Der Regierungsrat kann den Leistungsauftrag mit sofortiger Wirkung oder mit Befristung entziehen, wenn die Voraussetzungen zur Zulassung gemäss KVG nicht erfüllt sind.

3.2.2 Die bestehenden Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Rehabilitation BE werden grundsätzlich nicht weiter unterteilt, d.h. es gibt keine Teil-Leistungsaufträge. Dies aus folgenden Überlegungen:

- **Drohende Verletzung der Aufnahmepflicht:**
Ein Listenspital, das einen Leistungsauftrag gemäss Spitalliste erhalten hat, ist verpflichtet, im Rahmen der verfügbaren Kapazitäten alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern aufzunehmen und zu behandeln. Diese Pflicht muss das Listenspital diskriminierungsfrei und für alle ihm erteilten Leistungsaufträge gemäss SPLG-Systematik Rehabilitation BE erfüllen.
- **Drohende Verletzung des Gleichbehandlungsprinzips:**
Die Erteilung von Teil-Leistungsaufträgen kann dazu führen, dass einzelne Listenspitäler selektiv nur bestimmte Fälle einer Leistungsgruppe behandeln, was zur Benachteiligung der übrigen Anbieter führen würde.
- **Vergleichbarkeit der Daten:**
Bei einer Erteilung von Teil-Leistungsaufträgen würden die gesetzlich geforderten Betriebsvergleiche zur Wirtschaftlichkeit und zur Qualität sowohl inner- wie interkantonal erschwert oder verunmöglicht.

3.2.3 Die Erteilung der Leistungsaufträge an die Listenspitäler erfolgt standortbezogen. Dabei richtet sich die Beurteilung, ob ein bestimmter Betrieb ein „Spitalstandort“ ist, nach

der Weisung zur „Definition Spital und Spitalstandort“ der GEF¹⁵. Die Listenspitäler müssen die Anforderungen gemäss SPLG-Systematik Rehabilitation BE für die Leistungsaufträge somit standortbezogen erfüllen. Verfügt ein Listenspital über mehr als einen Standort und möchte eine identische Leistungsgruppe an mehr als einem Standort anbieten, bedarf es für jeden einzelnen Standort des Listenspitals einer separaten Erteilung des betreffenden Leistungsauftrags durch den Regierungsrat. Ein Wechsel des Orts der Leistungserbringung, also die Verschiebung von Leistungsaufträgen zwischen einzelnen Standorten, ist ohne Anpassung des entsprechenden Regierungsratsbeschlusses (RRB) nicht zulässig. Das Listenspital muss dazu bei der GEF ein entsprechendes Gesuch einreichen. Die den Listenspitälern erteilten Leistungsaufträge werden auf der Spitalliste standortspezifisch abgebildet und im Internet auf der Website der GEF standortbezogen publiziert.

3.2.4 Der Regierungsrat verfügt aktualisierte Versionen der SPLG-Systematik Rehabilitation BE von Amtes wegen. Die Listenspitäler werden zu allfälligen Anforderungsänderungen, die sie aufgrund der Vorgaben der überarbeiteten SPLG-Systematik Rehabilitation BE erfüllen müssen, angehört.

3.2.5 Die periodische Weiterentwicklung der SPLG-Systematik Rehabilitation BE erfolgt zum einen innerhalb des Kanton Bern im Rahmen der Arbeitsgruppe ASLA-Reha¹⁶ und zum andern kantonsübergreifend. Anträge der Listenspitäler zur Anpassung bestehender Anforderungen und/oder die Entwicklung und Bezeichnung neuer Leistungsgruppen sollen über die jeweiligen Fachgesellschaften an die Präsidien der Spitalverbände erfolgen.

Die Eingaben der Spitalverbände sind jeweils bis am 30. April des laufenden Jahres an die GEF (Spitalamt, Abteilung Planung und Versorgung, Rathausgasse 1, 3011 Bern) zu richten.

¹⁵ Vgl. Weisung zur „Definition Spital und Spitalstandort“ der GEF. www.be.ch/spitalliste.

¹⁶ Vgl. Fussnote 1.

4 Erläuterungen zur SPLG-Systematik Rehabilitation BE für die Spitalliste des Kantons Bern

Nachfolgend werden in den Ziffern 4.1 – 4.7 Anforderungen zu einzelnen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Rehabilitation BE erläutert.

4.1 Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal

4.1.1 Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Facharztstitel gefordert. Es muss mindestens eine oder einer der genannten Fachärztinnen oder Fachärzte verfügbar sein. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen oder Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärztinnen oder Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

Die **vertragliche** Regelung der Listenspitäler mit der Fachärztin oder dem Facharzt (z.B. in Form eines Arbeits-, Konsiliararzt-, Belegarztvertrages) enthält **zwingend** folgende Punkte:

- Facharzt-Titel (eidg. Diplom), allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel
- Vorhandensein BAB
- Einsatzstandort der Fachärztin oder des Facharztes (Spitalstandort / Ort der Sprechstundentätigkeit)
- Weisungsbefugnis der verantwortlichen ärztlichen Leitung sowie der Spitalleitung des Listenspitals gegenüber der Fachärztin oder dem Facharzt
- Zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes entsprechend dem in der SPLG-Systematik Rehabilitation BE für die entsprechende Leistungsgruppe vorgesehenen Facharztverfügbarkeit für den oder die Fachärztin Rehabilitation oder den Medizinischen Hintergrunddienst (siehe auch nachfolgende Tabelle), inkl. Vertretung bei Abwesenheiten, Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst, Pikett
- Soweit die Fachärztin oder der Facharzt nicht beim Listenspital angestellt ist:
 - o Nachweis Haftpflichtversicherung
 - o Organisationsreglement
- Ausübung der ärztlichen Kunst entsprechend den Richtlinien der Fachgesellschaften und gemäss dem aktuellen medizinischen Stand (Sicherstellung/Überprüfung anhand der Fortbildungsbestätigungen)
- Auflösung des Vertragsverhältnisses

Pro Leistungsgruppe ist eine **bestimmte zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes** gefordert. Nachfolgend sind die für die Spitalliste Rehabilitation des Kantons Bern definierten zeitlichen Verfügbarkeiten der Fachärztinnen und Fachärzte aufgeführt. Die Verfügbarkeit muss auch bei Beleg- und Konsiliarärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein¹⁷.

¹⁷ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der SPLG-Systematik BE für die Bereiche **Akutsomatik** und **Psychiatrie** betreffend die Facharztverfügbarkeit **unterschiedlich** definierte Levels gelten.

a) Fachärztin / Facharzt Rehabilitation

Entsprechend der Leistungsgruppe muss die Fachärztin oder der Facharzt Rehabilitation von Montag – Freitag während der üblichen Betriebszeiten 9 Stunden Präsenzdienst leisten.

b) Medizinischer Hintergrunddienst

Ein Medizinischer Hintergrunddienst ist während 365 Tagen/24 Stunden minus die Präsenzdienst des Facharztes oder der Fachärztin Rehabilitation (gemäss vorstehender Ziff. 4.1.1 Buchstabe a) sichergestellt.

Der Medizinische Hintergrunddienst kann zusätzlich zu den aufgeführten Fachärztinnen/Fachärzten Allgemeine Innere Medizin oder Kardiologie oder Pneumologie – entsprechend der SPLG-Systematik Rehabilitation BE – durch eine Fachärztin oder einen Facharzt einer Reha-Leistungsgruppe des Listenspitals geleistet werden. Die Fachärztin oder der Facharzt einer bestimmten Leistungsgruppe kann dabei auch den Medizinischen Hintergrunddienst einer anderen Leistungsgruppe abdecken.

Fachärztinnen und Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie können keinen Medizinischen Hintergrunddienst leisten.

Verfügbarkeit:

Level 1 R	<ul style="list-style-type: none">• Im Medizinischen Hintergrunddienst ist eine Fachärztin oder ein Facharzt jederzeit erreichbar.• Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist im Medizinischen Hintergrunddienst bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch eine Fachärztin oder einen Facharzt erbringbar oder die Patientin/der Patient wird in das nächste Listenspital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2 R	<ul style="list-style-type: none">• Im Medizinischen Hintergrunddienst ist eine Fachärztin oder ein Facharzt jederzeit erreichbar.• Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist im Medizinischen Hintergrunddienst bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit in 30 Minuten durch eine Fachärztin oder einen Facharzt zu gewährleisten (gemäss Artikel 8a der Verordnung 2 zum Arbeitsgesetz [ArGV2; SR 822.112]).

4.1.2 Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall

Gemäss Artikel 44 SpVV wird die Verfügbarkeit des ärztlichen Personals im Notfall wie folgt geregelt:

„Das Notfallkonzept des Listenspitals gewährleistet in der Regel eine ärztliche Interventionsmöglichkeit innerhalb von höchstens 15 Minuten.“

Um in den verschiedenen Organisationseinheiten den einheitlichen Vollzug zu gewährleisten, ist dieser Artikel wie folgt zu verstehen:

- Bei **Spitälern der rehabilitativen Versorgung** muss die ärztliche Intervention vor Ort bei der Patientin oder beim Patienten erfolgen können. Innert in der Regel maximal 15 Minuten hat ärztliches Personal auf der Station bei der Patientin oder beim Patienten vor Ort zu sein. In den Bereichen Kardiovaskuläre Rehabilitation und Pulmonale Rehabilitation erfolgt die ärztliche Intervention am Patienten oder an der Patientin in Notfällen innert 5 Minuten. (**Level A**). Damit ist nicht eine bestimmte Fachärztin oder ein bestimmter Facharzt gemeint, viel-

mehr kann es sich auch um eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt (Dienstärztin/Dienstarzt) handeln.

- Alternativ, d.h. gemäss der Angabe zur konkreten Leistungsgruppe entsprechend der SPLG-Systematik Rehabilitation BE, kann die ärztliche Interventionsfrist über den **Beizug des Rettungsdienstes (RD)** sichergestellt werden (**Level B**).

Mit dem Prozess:

- Übergabe der Patientin von der Reha-Institution an den RD (Reha → RD),
- Transport und Übergabe der Patientin oder des Patienten vom RD an die Ärztin oder den Arzt (RD → Ärztin/Arzt).

muss die ärztliche Intervention innert in der Regel maximal 15 Minuten sichergestellt sein.

Obiges ist wie folgt zu regeln¹⁸:

- Der Vorgehensablauf bei einem Notfall ab Notfall-Eintritt bis zum Beizug des RD und Übergabe der Patientin oder des Patienten an den RD sind in einem **Konzept**¹⁹ geregelt (Beschrieb und Visualisierung des Prozessablaufs).
- Der Rettungsablauf ab erfolgtem Notruf bis erfolgter Übernahme der Patientin oder des Patienten durch den RD ist in einem **Kooperationsvertrag**²⁰ Reha/RD geregelt.

4.1.3 Verfügbarkeit des Personals in den Bereichen Psychologie, Therapie, Beratung, Diätkoch/-köchin und Orthopädie-/Rollstuhltechnik

Entsprechend der SPLG-Systematik Rehabilitation BE gelten bezüglich der Verfügbarkeit (zeitliche Verfügbarkeit und Form der Verfügbarkeit) für das Personal in den Bereichen Psychologie, Therapie, Beratung, Diätkoch/-köchin und Orthopädie-/Rollstuhltechnik folgende Anforderungen:

Die vertraglichen²¹ Regelungen der Listenspitäler umfassen **zwingend** folgende Punkte:

- Ausbildung / Weiterbildung (Diplome) allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel / Funktion entsprechend den Anforderungen des Leistungsauftrags für die obgenannten Personalgruppen.
- Einsatzstandort (Spitalstandort / Ort der Behandlung²²)
- Weisungsbefugnis der verantwortlichen Leitung und der Spitalleitung des Listenspitals gegenüber dem Personal der obgenannten Personalgruppen
- Zeitliche Verfügbarkeit (Beizug bei Bedarf²³), inkl. Vertretung bei Abwesenheiten, Teilnahme am Bereitschaftsdienst, Pikett

¹⁸ Wenn das Notfallkonzept lediglich den Beizug des Rettungsdienstes vorsieht, ohne weiter Gewähr dafür zu bieten, dass eine persönliche, unmittelbare ärztliche Interventionsmöglichkeit fristgerecht erfolgen kann, dann genügt dieses Konzept den gesundheitspolizeilichen Anforderungen an die Betriebsbewilligung nach Art. 120 Absatz 1 Buchstabe f SpVG i.V.m. Artikel 44 SpVV nicht.

¹⁹ Vgl. Ziffer 4.5 Buchstabe b) zur formellen Ausgestaltung von Konzepten.

²⁰ Vgl. Ziffer 4.5 Buchstabe a) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen.

²¹ In der vom Listenspital gewählten Vertragsart (z.B. in Form eines Arbeitsvertrages, Auftrages).

²² Je nach medizinischer Indikation der Patientin oder des Patienten muss die Fachperson ihre Leistung am (Spital-)Standort, an welchem der Leistungserbringer den Leistungsauftrag hat, erbringen oder darf die Patientin/der Patient zur Leistungserbringung in die Räumlichkeiten (an den Therapieort) der Fachperson verlegt werden.

²³ Die zeitliche Verfügbarkeit muss entsprechend den Bedürfnissen des Betriebes in dem vom Listenspital gewählten Vertrag (vgl. Fussnote 19) geregelt werden.

- Soweit die Person nicht beim Listenspital angestellt ist:
 - o Nachweis Haftpflichtversicherung
 - o Vorhandensein BAB gemäss gesetzlichen Vorgaben
- Ausübung der Tätigkeit entsprechend den fachlichen Richtlinien
- Auflösung des Vertragsverhältnisses

4.1.4 Verfügbarkeit Fachleitung Pflege

Die Fachleitung Pflege ist angestellt (mindestens 60 %). Dieses Arbeitspensum ist nicht auf mehrere Personen aufteilbar. Die Fachleitung Pflege kann jedoch für mehrere Standorte zuständig sein und die Fachleitung in einer übergeordneten Führungsfunktion (z.B. als Mitglied der Spitalleitung) wahrnehmen.

Soweit die Fach- und die Führungsverantwortung von mehreren Personen getragen wird (bei einer Anstellung > 60 %), ist in einem Konzept dazulegen, wie die Verantwortlichkeiten im Detail geregelt sind.

4.2 Multiprofessionelle Zusammenarbeit

- Die multiprofessionelle Zusammenarbeit erfolgt in einem regelmässigen Austausch (mindestens einmal wöchentlich) zwischen den Fachpersonen entsprechend den Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen.
- Als regelmässiger Austausch gelten multiprofessionelle Austauschgefässe, wie Sitzungen, Konferenzen usw. Dabei müssen alle beteiligten Berufsgruppen partizipativ einbezogen werden (Informationsveranstaltungen und Schulungen gelten nicht als Austauschgefässe).
- Ebenfalls gelten Fallbesprechungen und Supervisionen als Austauschgefässe, sofern sie multiprofessionell besetzt sind.
- Rapporte können als Austauschgefässe betrachtet werden, wenn sie nicht ausschliesslich der unmittelbaren Arbeitsorganisation dienen und alle Berufsgruppen einbezogen sind.

4.3 Prozessanforderungen

Die nachfolgend aufgeführten Prozessanforderungen werden unterschieden in:

- **„Minimale Prozessanforderungen (MIPA):**
Darunter fallen die Prozessanforderungen „Support bei Triage und Zuweisungen“, „Information und Zusammenarbeit“, „Rehabilitationsziele, Behandlung- und Therapieplanung“ und „Austritts- und Übertrittsplanung“.
- **„Frühintervention bei Arbeitsunfähigkeit“ (FIA)**
- **„Vernetzung und Integrierte Versorgung“ (INT)**

4.3.1 Support bei Triage und Zuweisungen (MIPA)

Bei Bedarf werden Zuweiserinnen und Zuweiser, Behörden und nicht-medizinische Fachpersonen, Patientinnen und Patienten und allenfalls auch ihre Bezugspersonen durch qualifizierte Fachpersonen des Spitals beraten. Sie werden bei Abklärungen zur Spitalbedürftigkeit und bei der Wahl des geeignetsten Behandlungssettings unterstützt. Sie werden bei fehlender Spitalbedürftigkeit über ambulante, aufsuchende oder teilstationäre Behandlungsalternativen informiert und bei der Planung des weiteren Vorgehens unterstützt.

4.3.2 Information und Zusammenarbeit (MIPA)

Soweit die Patientin oder der Patient einverstanden ist, werden die involvierten Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie allenfalls auch Bezugspersonen zeitnah nach einer stationären Aufnahme über das Behandlungssetting, die fallverantwortliche Ärztin bzw. den fallverantwortlichen Arzt sowie andere zuständige Personen (Sozialberatung, Pflege) sowie Kontaktmöglichkeiten informiert.

4.3.3 Rehabilitationsziele / Behandlungsplanung / Therapieplanung (MIPA)

Listenspitäler im Bereich Rehabilitation arbeiten mit schriftlich festgelegten, auf die Patientin oder den Patienten abgestimmten und dokumentierten Rehabilitationszielen (vgl. Ziffer 4.4.2 ff.). Sie halten die Reha-Ergebnisse schriftlich fest.

Unter Einbezug der Patientin oder des Patienten wird in der Eintrittsphase ein multiprofessioneller Behandlungs- resp. Therapieplan²⁴ erstellt. Dieser umfasst die mit der Behandlung angegangenen Probleme, die Diagnose, Behandlungs- resp. Therapieziele und Kriterien für einen Wechsel des Settings (z.B. Entlassungskriterien), sowie Massnahmen der Evaluation. Die Bezugspersonen werden, bei Einverständnis der Patientin oder des Patienten, angemessen in die Planung einbezogen. Die Zielerreichung wird dokumentiert und die Planung wird der laufenden Entwicklung angepasst.

4.3.4 Austritts- und Übertrittsplanung (MIPA)

Ein multiprofessionelles Konzept für die Austritts- und Übertrittsplanung ist vorhanden. Ein Kurzbericht wird bei Austritt erstellt und an die nachbetreuenden Stellen übermittelt, wenn die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist. Darin enthalten sind genaue Angaben über das weitere Vorgehen. In der Regel wird der Kurzbericht am Austrittstag erstellt, spätestens jedoch nach 5 Arbeitstagen.

4.3.5 Frühintervention bei Arbeitsunfähigkeit (FIA)

Bei Patientinnen und Patienten mit psychisch und/oder somatisch bedingter Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen wird bei Einverständnis der Patientin oder des Patienten eine Früherfassungsmeldung an die zuständige IV-Stelle geprüft²⁵. Ebenso wird eine Kontaktaufnahme mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber geprüft, wenn die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist.

4.3.6 Vernetzung und integrierte Versorgung (INT)

Der Spitalstandort ist in geeigneter Weise²⁶ mit vor- und nachgelagerten Stellen und Leistungserbringern vernetzt. Die für die Gewährleistung einer integrierten Versorgung (Behandlungskette²⁷) relevanten Akteure werden einbezogen.

²⁴ Die Behandlungs- resp. Therapieplanung umfasst mindestens medizinische und pflegerische Aspekte. Idealerweise sind auch psychologisch-psychotherapeutische und weitere (sozial-) therapeutische Aspekte (Sozialberatung, Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung etc.) enthalten.

²⁵ Vgl. iv/ai bei <https://www.ivbe.ch/de>.

²⁶ D.h. unter Berücksichtigung des typischen Versorgungsbedarfs der gemäss Leistungsauftrag behandelten Patientinnen und Patienten.

²⁷ Die Behandlungskette umfasst sowohl medizinisch-therapeutische als auch soziale Behandlungs- respektive Hilfeleistungen.

4.4 Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen

4.4.1 Versorgungsnahe

Leistungen in der stationären Rehabilitation können, müssen aber nicht wohnortnah erbracht werden. Eine Ausnahme bildet die geriatrische Rehabilitation: Im Bereich Geriatrische Rehabilitation geht die GEF von einem zunehmenden Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Wohnortnähe aus. Eine nicht wohnortnahe, stationäre Rehabilitationsmassnahme kann angezeigt sein, wenn das Entfernen der Patientin oder des Patienten aus der Alltagsumgebung den Behandlungsprozess positiv beeinflusst. In anderen Fällen kann die positive Wirkung des Gebirgsklimas medizinisch indiziert sein und für eine nicht wohnortnahe Rehabilitationsmassnahme sprechen. Trotz fehlender räumlicher Vorgaben bzw. eines direkten räumlichen Planungskriteriums müssen die rehabilitativen Leistungen gut für die Berner Bevölkerung erreichbar sein²⁸.

4.4.2 Definitionen und Reha-Ziele, Anforderungen zu den Leistungsgruppen Rehabilitation

Nachfolgend werden unter den Ziffern 4.4.3 – 4.4.10 die Definitionen zu den einzelnen Leistungsgruppen gemäss der SPLG-Systematik Rehabilitation BE aufgeführt, Rehabilitations-Ziele formuliert sowie weitere Anforderungen erläutert. Definitionen und Ziele basieren auf den „Qualitäts- und Leistungskriterien“ der SWISS REHA, Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz sowie den „Definitionen der Leistungsgruppen Rehabilitation“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich²⁹. Insbesondere die Reha-Ziele dienen als Rahmenvorgabe für die Erfüllung der minimalen Prozessanforderung „Rehabilitationsziele / Behandlungsziele / Therapieplanung“ (vgl. Ziff. 4.2.3). Ziffer 4.4.11 äussert sich weiter zu den im Kanton Bern nicht vorgesehenen Leistungsgruppen Frührehabilitation und Kinder- und Jugendrehabilitation.

4.4.3 Muskuloskeletale Rehabilitation

Definition: Die Muskuloskeletale Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit teils angeborenen oder erworbenen, chronischen, teils akuten ossären, artikulären, vertebralen und/oder Weichteil bezogenen teils entzündlichen, teils degenerativen, teils postoperativen sowie posttraumatischen muskuloskelettalen Beeinträchtigungen.

Ziele: Möglichst vollständige Wiedererlangung der ursprünglichen Funktionsfähigkeit sowie Erlernen eines ergonomisch günstigen Verhaltens und Prophylaxe.

4.4.4 Neurologische Rehabilitation

Definition: Die Neurorehabilitation befasst sich mit Menschen mit Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie den Folgen von neuromuskulären Erkrankungen.

Ziele: Bestmögliche Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Integrität.

²⁸ Vgl. Versorgungsplanung 2016 des Kantons, Bern Seiten 55 und 69 ff. www.be.ch/versorgungsplanung.

²⁹ Vgl. SWISS REHA, Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz <http://www.swissreha.com/swss-reha/qualitaetskriterien/index.php> und Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/strukturbericht.html#a-content,

4.4.5 Rehabilitation Querschnittgelähmter

Definition: Als Querschnittlähmungen werden unfall-, krankheits- und missbildungsbedingte Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten sowie am Rumpf bezeichnet. Deren adäquate medizinische Versorgung erfordert ein lebenslanges Betreuungskonzept. Dementsprechend umfasst die Rehabilitation Querschnittgelähmter neben der Erst-Behandlung und der Komplikationsbehandlung auch die in regelmässigen Abständen wiederkehrende Re-Rehabilitation. Die einzelnen Rehabilitationsphasen weisen unterschiedliche Behandlungsintensitäten auf. Listenspitäler müssen zur Abdeckung der gesamten integralen Behandlungskette in der Lage sein.

Ziele: Sicherung und langfristige Stabilisierung der pulmonalen und kardialen Vitalfunktionen, des autonomen Nervensystems und der Darmfunktion sowie weitestgehende Wiederherstellung der Blasenfunktion. Berufliche und soziale Reintegration, grösstmögliche Selbständigkeit und vor allem Unabhängigkeit im Alltag in Abhängigkeit von der Lähmungshöhe und –ausprägung.

Die Anforderungen der Leistungsgruppe „Rehabilitation Querschnittgelähmter richtet sich im Übrigen nach den Qualitäts- und Leistungskriterien für die stationäre Rehabilitation in diesem Bereich von SWISS Reha³⁰.

4.4.6 Kardiovaskuläre Rehabilitation

Definition: Die Kardiovaskuläre Rehabilitation und Prävention befasst sich mit Menschen mit primär kardiovaskulären Erkrankungen wie Infarkt, akutes Koronarsyndrom, stabile KHK, nach Operationen am Herzen und an den Gefässen, beim Vorhandensein multipler Risikofaktoren (ausgeprägtes Risikoprofil), bei Herzinsuffizienz und bei anderen durch Rehabilitation günstig zu beeinflussenden Herzkreislaufkrankheiten (z.B. PAVK, Lungenembolie).

Ziele: Verbesserung der Lebensqualität, Verbesserung der Prognose und Beitrag zur Kostenstabilität.

4.4.7 Pulmonale Rehabilitation

Definition: In der pulmonalen Rehabilitation werden schwergewichtig die Folgen chronischer Krankheiten oder operative Eingriffe der unteren Atemwege und anderer mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einhergehenden Lungenkrankheiten sowie entsprechende thoraxchirurgische Eingriffe behandelt.

Ziele: Verbesserung der pulmonalen Symptomatik, Rückbildung der Ateminvalidität, grösstmögliche Selbständigkeit im Alltag sowie im Umgang mit der Behinderung.

4.4.8 Internistische und Onkologische Rehabilitation

Definition: Die internistische sowie die onkologische Rehabilitation befassen sich mit Menschen, welche wegen mehrerer internmedizinischer oder onkologisch/hämatologischer Krankheitsbilder, Komorbiditäten oder als Folge deren Behandlungen einschliesslich chirurgischer Eingriffe einen koordinierten, interdisziplinären Rehabilitationsansatz unter ärztlicher Führung und Überwachung benötigen.

Ziele: Verbesserung der funktionellen Einschränkungen sowie Verbesserung der Aktivitäten im Alltag, in der Berufswelt und in der Partizipation.

³⁰ Vgl. <http://www.swissreha.com/downloads/swss-reha-kriterien-paraplegiologie-2014-v1.1.pdf>.

4.4.9 Psychosomatische Rehabilitation

Definition: In der psychosomatischen Rehabilitation werden psychosomatische Krankheiten sowie durch somatische Krankheiten verursachte psychische Folgekrankheiten behandelt. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell entsprechend der ICF-Definition³¹ bildet die konzeptuelle Grundlage.

Ziele: Verbesserung des integralen körperlich-seelischen Gesundheitszustandes, Verbesserung der Krankheitsbewältigung. Aktivierung von eigenen Ressourcen im Umfeld sowie Wiederherstellung/Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag, in Ausbildung und Beruf sowie in der sozialen Partizipation.

4.4.10 Geriatrische Rehabilitation

Definition: Als Altersspezifische Besonderheiten sind zu berücksichtigen: Gebrechlichkeit und Multimorbidität, medizinische Instabilität, dauerhaft reduzierte bzw. stark schwankende Belastbarkeit (mit Auswirkungen auf die therapeutischen Möglichkeiten), Indikation für eine wohnortnahe Rehabilitation (zur Stabilisierung des sozialen Umfeldes), Angewiesenheit auf ein differenziertes poststationäres Setting (als Tages-, bzw. Nachtambulanz oder als enge Vernetzung mit Spitex).

Rehabilitationsbedarf bei geriatrischen Patienten besteht häufig nach sturzbedingten Frakturen, Schlaganfall, Amputation, Herzinsuffizienz, chronischen Lungenerkrankungen, M. Parkinson und Parkinsonsyndrom.

Ziele: Erreichen der grösstmöglichen Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen in seinem Lebensumfeld sowie Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand. Vermeiden einer Pflegeheimplatzierung, Grösstmögliche Teilhabe am sozialen Leben.

4.4.11 Frührehabilitation und Kinder- und Jugendrehabilitation (Querschnittbereiche)

Bis zum Stichtag 31. Dezember 2015 gab es im Kanton Bern seitens der Listenspitäler keine Anträge zu Leistungsaufträgen in den Bereichen Frührehabilitation und/oder Kinder- und Jugendrehabilitation. Die weiterentwickelte SPLG-Systematik Rehabilitation BE sieht deshalb diese nicht fachspezifischen Leistungsgruppen nicht separat vor für die Spitalliste 2018. Alle Berner Patientinnen und Patienten werden in der aktuellen Planungsperiode in den fachspezifischen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Rehabilitation BE behandelt und gepflegt.³²

4.5 Kooperationsvertrag / Kooperationskonzept

Bei Leistungsgruppen, für welche die ärztliche Interventionsfrist bei einem Notfall über den Rettungsdienst sichergestellt werden kann (**Level B**; vgl. Ziffer 4.1.2) muss das Listenspital ein Konzept und einen Kooperationsvertrag erarbeiten.

Nachfolgend werden Vorgaben zur **formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages und des Konzeptes** aufgelistet, die das Listenspital berücksichtigen muss.

a. Kooperationsvertrag

Dieser umfasst folgende Punkte:

- die Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- die Vertrags- und Ansprechpartner sind benannt;
- Art, inhaltlicher Umfang und Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;

³¹ Vgl. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

³² Vgl. Versorgungsplanung 2016, Ziff. 13.9, www.be.ch/versorgungsplanung.

- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;
- medizinische Dokumentation: Dem kooperierenden Rettungsdienst sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

b. Konzept des Listenspitals

Dieses umfasst folgende Punkte:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- Information der in Frage kommenden Kooperationspartner (Rettungsdienste) über das Konzept;
- Definition von Art und Umfang der medizinischen Leistungen;
- Definition der zeitlichen Verfügbarkeit des/der Kooperationspartner (Rettungsdienste);
- Beschreibung der für den Kooperationspartner (Rettungsdienst) verfügbaren medizinischen Dokumentation: Dem Kooperationspartner sind die genannten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht in die Patientendokumentation (Krankengeschichte) ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten.

4.6 Infrastruktur

Entsprechend den Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen, ist folgende Infrastruktur erforderlich:

- Konventionelles Röntgen (Rx); nicht am Standort erforderlich; in Kooperation (Vertrag³³) möglich
- Notrufanlagen in allen Zimmern, Toiletten, Aufenthalts- und Therapieräumen: Möglich sind fest installierte Notrufanlagen und/oder mobiler Notrufknopf.
- Rollstuhlgängige und behindertengerechte Einrichtung:
 - Eine angemessene Anzahl Patientenzimmer mit dazugehörigen Nasszellen sind rollstuhl- und behindertengerecht eingerichtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Listenspitäler eine diskriminierungsfreie Aufnahmepflicht für Patientinnen und Patienten haben, die auf einen Rollstuhl angewiesen und / oder körperlich eingeschränkt sind. Die Anzahl der rollstuhlgängigen Patientenzimmer hat sich danach auszurichten und liegt im Ermessen der GEF.
 - Alle, Therapie-, Aufenthalts- und Aussenräume (z.B. Restaurant, Aussensitzplätze, Garten usw.) mit dazugehörigen Nasszellen sind rollstuhlgängig und behindertengerecht eingerichtet.
- CT, MR sind in 30 Min. erreichbar
- Verfügbarkeit von mobilen O₂-Ergometer-Trainingsanlage (mit O₂-Verfügbarkeit)

4.7 Leistungsauftragscontrolling (LACTRL)

Die GEF führt in der Regel jährlich ein Leistungsauftragscontrolling (LACTRL) auf der Basis der Daten aus der Medizinischen Statistik der Listenspitäler durch.

Sie prüft dabei in erster Linie, ob:

- das Listenspital überhaupt Leistungen für die ihm erteilten Leistungsaufträge erbracht hat oder allenfalls sogenannten „leere“ Leistungsaufträge vorliegen.

³³ Vgl. Ziffer 4.5 Buchstabe a) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen.

- das Listenspital für die von ihm abgerechneten Fälle einen Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Bern hat oder ob es Fälle abgerechnet hat, für die es keinen entsprechenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Bern hat.

Als Verstoss beurteilte Fälle werden von der GEF nicht vergütet und entsprechend in der Leistungsabrechnung nicht berücksichtigt.

Die GEF behält sich zudem vor, bei Verstössen, welche auch ausserkantonale Patientinnen und Patienten betreffen können, diese Beobachtungen an den jeweiligen Wohnkanton zu melden.³⁴

³⁴ Artikel 84a Absatz 1 Buchstabe a KVG.

4.8 Vorgaben zum Versorgungsauftrag

- 4.8.1 Der Kanton Bern berechtigt und verpflichtet das einzelne Listenspital gleichermassen zur Leistungserbringung für die Bevölkerung des Kantons Bern gemäss dem ihm erteilten Leistungsauftrag. Da es den Kantonen im Rahmen der OKP gemäss KVG nicht erlaubt ist Überkapazitäten zu planen, muss davon ausgegangen werden, dass alle erteilten Leistungsaufträge dazu beitragen, genau den Bedarf der Berner Bevölkerung zu decken. Es ist davon auszugehen, dass eine Einschränkung oder der Ausfall eines Listenspitals (bezüglich eines oder mehrerer Leistungsaufträge) grundsätzlich die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gefährdet.
- 4.8.2 Die Listenspitäler sind im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten verpflichtet, sämtliche Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern diskriminierungsfrei, insbesondere unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Versicherungsstatus aufzunehmen und zu behandeln. Eine Bevorzugung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme ist nicht zulässig (Artikel 49 SpVG). Die Listenspitäler stellen die Aufnahmepflicht auch über die bei ihnen praktizierenden Belegärzte für alle zugesprochenen Leistungsaufträge am Standort des Listenspitals sicher. Die GEF überprüft die Umsetzung der Aufnahmepflicht bzw. des Gleichbehandlungsgrundsatzes in den Listenspitälern.
- 4.8.3 Der Regierungsrat legt die zu erbringenden Leistungen fest. Er verfügt somit auch Änderungen der Spitalliste, wie zum Beispiel die Schaffung, Aufhebung oder Übertragung von Leistungsaufträgen oder Vorbehalte (beispielsweise Auflagen oder Befristungen). Er kann auf Gesuch eines Listenspitals hin oder von Amtes wegen tätig werden.
- 4.8.4 Die Listenspitäler sind verpflichtet, die Leistungen gemäss den ihnen erteilten Leistungsaufträgen zu erbringen. Sie melden der GEF wesentliche Änderungen (z.B. in der Unternehmensstruktur), welche die Erfüllung der Leistungsaufträge beeinträchtigen könnten, unverzüglich (Artikel 132 Absatz 1 Buchstabe b SpVG).
- 4.8.5 Im Kanton Bern gelegene Listenspitäler sind verpflichtet, Nothilfe zu leisten (Artikel 49 Absatz 2 SpVG). Diese umfasst lebensrettende Sofortmassnahmen, Triage und Organisation der weiteren Behandlung im Normalfall sowie bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen. Nationale und kantonale Vorgaben bei Ereignissen wie Epidemien oder Pandemien sind verbindlich.
- 4.8.6 Das Listenspital erbringt die in der Spitalliste definierten Leistungen wirtschaftlich und in der notwendigen Qualität (Artikel 58b Absätze 4 und 5 KVV). Die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW)³⁵ sind zu beachten.

³⁵ <http://www.samw.ch/de/Aktuell/News.html>.

5 Weitere Bestimmungen

5.1 Pflichten der Listenspitäler

Für die im Kanton Bern gelegenen Listenspitäler gelten die Pflichten gemäss Artikel 49 ff. SpVG.

5.2 Leistungsaufträge in mehreren Versorgungsbereichen

Listenspitäler mit Leistungsaufträgen auf mehreren Berner Spitallisten sind verpflichtet, diese verschiedenen Versorgungsbereiche betrieblich und in der Kostenrechnung abzugrenzen: Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie. Ebenso sind die Geltungsbereiche unterschiedlicher stationärer Tarifstrukturen (insbesondere DRG vom Nicht-DRG-Bereich) klar zu trennen. Verrechnungen zwischen den Abteilungen der verschiedenen stationären Versorgungsbereiche unter dem gleichen Rechtsträger wie auch zwischen zwei verschiedenen Rechtsträgern müssen nach Leistungsbezug erfolgen. Der Ausweis und die Trennung stationärer und ambulanter Leistungen erfolgt analog.

5.3 Aus- und Weiterbildung

Die im Kanton Bern gelegenen Leistungserbringer beteiligen sich an der anerkannten ärztlichen und pharmazeutischen Weiterbildung³⁶ sowie an der praktischen Aus- und Weiterbildung in den vom Regierungsrat bezeichneten nicht universitären Gesundheitsberufen.

5.4 Aufsicht und Revision

Die GEF überprüft die Einhaltung und Erfüllung der Leistungsaufträge. Die Listenspitäler arbeiten mit der GEF zusammen, erteilen ihr die geforderten Auskünfte und legen ihr die notwendigen Unterlagen zur Prüfung vor (Art. 131 SpVG).

5.5 Datengrundlagen

Listenspitäler sind verpflichtet, der GEF die erforderlichen Daten (Leistungen, Fallkosten, Qualitätsindikatoren, Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) insbesondere zur Überprüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Verfügung zu stellen (Art. 127 SpVG).

Die GEF ist berechtigt, die betriebsbezogenen Daten zu verarbeiten und so zu veröffentlichen, dass die einzelnen Leistungserbringer ersichtlich sind (Art. 129 SpVG).

³⁶ Gemäss dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11).

6 Anhang

- SPLG-Systematik Rehabilitation BE (Version 2017_01.00)
- Weisung „Definition Spital und Spitalstandorte“ der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Weisung „Grundlagen für die Anforderungsprüfung Rehabilitation“ der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern

Diese Dokumente sind auf der Internetseite der GEF verfügbar unter:

www.be.ch/spitalliste.