



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI

**Bundesamt für Gesundheit BAG**

## **Änderung der Verordnung vom 27 Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) sowie die Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV)**

(Planungskriterien, Tarifiermittlungsgrundsätze, Kostenermittlung und Kostenvergütung durch die Unfallversicherung)

Vorgesehene Änderungen per ....

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, im Januar 2020

## Inhaltsverzeichnis

<b>Anpassung der Kriterien für die Planung von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen .....</b>	<b>4</b>
I.    Allgemeiner Teil .....	4
1.    Ausgangslage .....	4
2.    Änderung der Verordnung.....	4
II.   Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen.....	6
Artikel 58a Grundsatz.....	6
Artikel 58b Versorgungsplanung .....	6
Artikel 58c Art der Planung .....	6
Artikel 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität.....	7
Artikel 58e Interkantonale Koordination der Planung .....	12
Artikel 58f Listen und Leistungsaufträge.....	13
Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... ..	15
III.  Inkrafttreten.....	15
<b>Bestimmungen zur Tarifiermittlung.....</b>	<b>16</b>
I.    Allgemeiner Teil .....	16
1.    Ausgangslage .....	16
2.    Änderung der Verordnung.....	16
2.1.    Tarifgestaltung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG .....	16
2.2.    Tarifgestaltung bei Einzelleistungstarifen.....	17
II.   Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen.....	17
Artikel 59c Absatz 2 .....	17
Artikel 59c Absatz 3 .....	18
Artikel 59c Absatz 4 .....	18
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 1 .....	18
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 2 .....	18
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 3 .....	19
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 4 .....	19
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 5 und 6 .....	19
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 8 .....	20
Artikel 59c <sup>bis</sup> Absatz 9 .....	20
Übergangsbestimmungen der Änderung vom ... ..	21
III.  Inkrafttreten.....	21
<b>Kostenermittlung und Testat.....</b>	<b>22</b>
I.    Allgemeiner Teil: Ausgangslage .....	22
II.   Änderung der Verordnung .....	22
1.    VKL Testat.....	22
1.1    Geltende Regelung.....	22
1.2    Vorgesehene Änderung .....	22
2.    Schweregradbereinigte Fall- resp. Tageskosten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG 23 .....	23
III.  Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen.....	23
Artikel 9 Absatz 5 <sup>bis</sup> zweiter Satz .....	23
Artikel 10a <sup>bis</sup> Herleitung der schweregradbereinigten Kosten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG.....	23
IV.  Inkrafttreten.....	24
<b>Kostenvergütung im Spital durch die Unfallversicherung.....</b>	<b>25</b>
I.    Ausgangslage .....	25
II.   Änderung von Artikel 15 Absatz 2 UVV.....	25

III. Inkrafttreten..... 26

# **Anpassung der Kriterien für die Planung von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen**

## **I. Allgemeiner Teil**

### **1. Ausgangslage**

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Die Übergangszeit für die Anpassung der kantonalen Spital- und Geburtshausplanungen und der gemeinsamen Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) dauerte bis Ende des Jahres 2014 (Abs. 3 der Übergangsbestimmungen).

Die Kompetenz für die Planung liegt grundsätzlich bei den Kantonen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Mit der Revision der Spitalfinanzierung wurde der Bundesrat beauftragt, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39 Abs. 2<sup>ter</sup> KVG). Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen der Revision der Spitalfinanzierung erlassen. Sie sind in den Artikeln 58a bis 58e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) verankert und seit dem 1. Januar 2009 in Kraft. Aufgrund der im Planungsbereich entwickelten Instrumente und der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts hat nun der Bundesrat die Planungskriterien überprüft und eine Änderung der KVV erarbeitet. Damit sind die aktualisierten Mindestanforderungen transparent in der KVV festgehalten. Sie sollen den Kantonen erlauben, eine gesetzeskonforme Planung zu erstellen.

Die Planungskriterien beziehen sich sowohl auf eine kantonale Planung als auch auf eine gemeinsame Planung verschiedener Kantone. Mit der Anwendung der Form „die Kantone“ wird die in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG erwähnte Möglichkeit einer gemeinsamen Planung und die in Artikel 39 Absatz 2<sup>bis</sup> KVG enthaltene Verpflichtung der gesamtschweizerischen Planung für den Bereich der HSM berücksichtigt. Gemeinsam planen bedeutet, dass im betroffenen Leistungsbereich die Nachfrage bezogen auf die gemeinsame Wohnbevölkerung ermittelt wird und dass bei der Bestimmung des Angebotes die Einrichtungen im gemeinsamen Gebiet berücksichtigt werden.

### **2. Änderung der Verordnung**

Die mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführten Instrumente der Leistungsfinanzierung und der freien Spitalwahl sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und den Qualitätswettbewerb fördern. Zwecks Ausdehnung der freien Wahl fällt bei nicht medizinisch indizierten Behandlungen der Finanzierungsbeitrag der Kantone nicht mehr wie unter dem alten Recht weg, wenn die Spitäler oder Geburtshäuser auf der Liste des Standortkantons aber nicht auf der Liste des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten aufgeführt sind. Zudem können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Spitälern und Geburtshäusern abschliessen, die nicht auf einer kantonalen Liste aufgeführt sind. Bei der Vergütung solcher sogenannten Vertragsspitäler entfällt der Anteil der Kantone und muss folglich durch die versicherte Person oder eine allfällige Zusatzversicherung getragen werden. Die Planung muss den neuen Vorgaben Rechnung tragen. Für die Bestimmung des Angebotes, das auf der Liste aufzuführen ist, muss der Versorgungsbedarf der Kantonsbevölkerung ermittelt und dem verfügbaren Angebot gegenübergestellt werden, unter Berücksichtigung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten, der medizinisch indizierten Hospitalisationen und jener Behandlungen, die in Vertragsspitälern und Vertragsgeburtshäusern vorgenommen werden. Bei der Auswahl der Einrichtungen, die auf die Liste aufgenommen werden sollen, müssen die Kantone den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung Rechnung tragen, als Voraussetzung für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung. Wegen der über die Kantonsgrenzen hinaus möglichen Wahl der Institutionen müssen die Kantone enger zusammenarbeiten und ihre Planungen koordinieren.

Die nach den Regeln der Revision der Spitalfinanzierung von den Kantonen erarbeiteten Spitalplanungen und Spitallisten liefern Informationen über die entwickelten Planungsinstrumente und Planungsmethoden. In mehreren Fällen wurden Beschlüsse über kantonale Ausführungsbestimmungen sowie kantonale Spitalisten und Entscheide der HSM im Rahmen von Beschwerdeverfahren sowohl vom Bundesgericht als auch vom Bundesverwaltungsgericht beurteilt. Die von den Gerichten entwickelte Rechtsprechung betrifft zum Beispiel die Fragen der Mengensteuerung und der Koordination der kantonalen Planungen<sup>1</sup>. Der Bundesrat hat in zwei Berichten die Ergebnisse seiner Untersuchung der Situation bei der Umsetzung der Spital- und Geburtshausplanung dargelegt. Der Bericht "Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung" vom 18. Dezember 2013<sup>2</sup> betrifft insbesondere den Stand der Umsetzung der kantonalen Spitalisten. Der Bericht "Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates" vom 25. Mai 2016, aktualisiert am 28. August 2019<sup>3</sup>, gibt den Stand der gesamtschweizerischen HSM-Planung durch die Kantone wieder.

Auch hat der Bundesrat am 25. Oktober 2017 entschieden, die Anstrengungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu intensivieren. Dabei stützte er sich auf den durch eine international besetzten Expertengruppe erarbeiteten Bericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vom 24. August 2017. Der Ausschluss aus der Spitalliste der Spitäler, die Kickbacks auf niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten und mengenbezogene Boni interner Ärztinnen und Ärzte auszahlen, sehen die Experten als unmittelbar umsetzbare Massnahme zur Gewährleistung der Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistungserbringung.<sup>4</sup>

Ausserdem hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) am 25. Mai 2018 die Revision ihrer Empfehlungen aus dem Jahre 2009<sup>5</sup> beschlossen und verabschiedet. Sie empfiehlt unter anderem den Kantonen, die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern entwickelten Leistungsgruppenkonzept mit rund 140 Spitalplanungs-Leistungsgruppen im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung anzuwenden, hält jedoch fest, dass die Kantone von den leistungsspezifischen Anforderungen des Leistungsgruppenkonzepts abweichen können.

Mit der vorliegenden Revision der Planungskriterien des Bundesrates werden die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert. Alle Kantone sollen ihre Planungen gestützt auf die aktuellen Instrumente und Grundsätze erstellen und damit gesamtschweizerisch die Voraussetzungen für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung im Sinne der Revision der Spitalfinanzierung erfüllen.

Keine spezifische Anpassung der Planungskriterien erfolgt hingegen aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (AS 2009 3517). Diese betrifft ausschliesslich die Aufteilung der Finanzierung, die neu auch durch die versicherte Person und den Kanton und nicht mehr ausschliesslich durch die OKP (Art. 25a KVG) erfolgt. Dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Planungskriterien des Bundesrates aus dem Jahre 2009.

---

<sup>1</sup> Zusammenstellung der Rechtsprechung durch die GDK unter:  
<https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/rechtsprechung>

<sup>2</sup> Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung, Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllung des Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, und des Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010, unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

<sup>3</sup> Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 sowie Aktualisierung vom 21. August 2019, in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013, unter <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20134012/Bericht%20BR%20D.pdf>

<sup>4</sup> Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, S. 34-36, unter <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dokumentation/medienmitteilungen.html.msg-id-68547.html>

<sup>5</sup> Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, teilweise revidierte Version vom 25. Mai 2018, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung>

## II. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

### Artikel 58a Grundsatz

Artikel 58a bleibt materiell unverändert. Im Absatz 2 wurde im Zusammenhang mit der periodischen Überprüfung der Planung der explizite Hinweis auf die Verpflichtung der Kantone aus Gründen der einheitlichen Formulierung gestrichen.

### Artikel 58b Versorgungsplanung

Im ersten Planungsschritt wird den künftigen Bedarf an medizinischen Leistungen der Bevölkerung eines Kantons oder mehrerer Kantone, die eine Planung gemeinsam aufstellen, ermittelt. Im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung stehen dabei die Leistungsdaten wie Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten im Vordergrund, im Rahmen einer Kapazitätsplanung die Betriebsdaten wie Aufenthaltsdauer oder Bettenbelegung. Ob die Planung und damit auch die Bedarfsermittlung leistungsorientiert oder kapazitätsorientiert zu erfolgen hat, wird in Artikel 58c KVV festgehalten.

Die blosser Annahme, dass das bestehende Angebot dem zu ermittelnden Bedarf gleichzustellen ist, erfüllt die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Planung nicht. In diesem Sinne ist in Absatz 1 neu präzisiert, dass die Kantone für die Ermittlung des Bedarfs die Faktoren einzubeziehen haben, welche den Bedarf beeinflussen. Sie überprüfen, inwieweit die Entwicklung von demographischen, epidemiologischen, ökonomischen, medizintechnischen und weiteren Faktoren (Einflussfaktoren) einen Einfluss auf die für die Ermittlung des Bedarfs relevanten Grössen (Bedarfsdeterminanten) – d. h. die Einwohnerzahlen, Hospitalisationsraten bzw. Heimaufnahmeraten und, im Fall der Berechnung der Pfliegetage, Aufenthaltsdauer – haben. Beispielweise können die Höhe der Vergütung für eine chirurgische ambulante und stationäre Intervention, die Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis mit Blick auf eine stationäre Rehabilitationsbehandlung oder die Entwicklung des Angebotes in der Krankenpflege zu Hause einen Einfluss darauf haben, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird.<sup>6</sup>

Zudem sollen Vergleiche, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, namentlich die Orientierung am besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Fortschreibung der bestehenden Trends. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden können und sich die Kantone deswegen auf Szenarien abstützen müssen.

Die Absätze 3 und 4 werden mit der Streichung des Verweises auf die Nummer des Artikels 58e und dem Ersatz der Worte Beurteilung und Auswahl mit Bestimmung zwecks Vereinheitlichung und Kürzung der Bestimmungen nur formell verändert.

Der bisherige Absatz 5 wird gestrichen und die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Qualität im neuen Artikel 58d im Detail geregelt.

### Artikel 58c Art der Planung

Der Artikel bleibt gegenüber der bisherigen Version unverändert.

Der Bundesrat hat die Tarifstruktur TARPSY an seiner Sitzung vom 25. Oktober 2017 als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur nach Artikel 49 KVG genehmigt<sup>7</sup>. Im Bereich der Rehabilitation erfolgen die Arbeiten zum national einheitlichen Tarifsysteem mit Leistungsbezug im Rahmen des Projekts ST

<sup>6</sup> Kanton Zürich: Psychiatrieplanung 2012, Versorgungsbericht Psychiatrie, Juni 2011, S. 24-26; Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 30-69 und 126-137; Kanton Zürich, Bedarfsprognose Akutsomatik 2015 - 2025, 16. Februar 2017, S. 3-6; unter

[https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_spitallisten.html](https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten.html)

<sup>7</sup> SwissDRG: TARPSY 2.0, unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>

Reha<sup>8</sup>. TARPSY hat eine starke Tageskomponente, indem die Vergütung durch eine degressive Tagespauschale erfolgt<sup>9</sup>. Die Tageskomponente wird mit grosser Wahrscheinlichkeit auch im künftigen Tarifsysteem des Rehabilitationsbereichs ST Reha beibehalten. Im Gegensatz zum akutsomatischen Bereich, wo die Vergütung nach SwissDRG pro Fall erfolgt, wird deshalb für den rehabilitativen und psychiatrischen Bereich weiterhin die Gefahr bestehen, dass die Spitäler bei freien Kapazitäten die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten verlängern, um mehr Einnahmen pro Fall zu generieren, was nicht im Sinne einer wirtschaftlichen und qualitativen Leistungserbringung ist. Es ist demzufolge wichtig, dass die Möglichkeit einer Kapazitätsplanung bzw. der Festsetzung von maximalen Bettenzahlen pro Spital in den Planungskriterien weiterhin verankert bleibt.

### **Artikel 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität**

Artikel 58d enthält nähere Bestimmungen zur Umsetzung der nach Artikel 58b Absatz 4 Buchstabe a erwähnten Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Rahmen der Bestimmung des Angebots, der auf der Liste zu sichern ist.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt durch einen Effizienzvergleich aufgrund der schweregradbereinigten Kosten in Spitälern und Geburtshäusern beziehungsweise der nach dem Pflegebedarf der versicherten Personen bereinigten Kosten der Pflegeheime (Abs. 1 und 2). Die dafür benötigten Kosten- und Leistungsdaten werden gemäss den Bestimmungen der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL, SR 832.104) ermittelt und ausgewiesen. In der VKL aufgeführt sind namentlich die Ziele der Bestimmung der Kosten und Leistungen der stationären Behandlung im Spital und im Geburtshaus beziehungsweise der Krankenpflege im Pflegeheim (Art. 2 Abs. 1 Bst. b und e) sowie der Anwendung der Kosten- und Leistungsdaten für die Aufstellung von kantonalen Planungen (Art. 2 Abs. 2 Bst. e VKL). Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler können die Kantone die Betriebsvergleiche nach Artikel 49 Absatz 8 KVG heranziehen.

Im akutsomatischen Bereich und in den Geburtshäusern werden Fallpauschalen benützt, sodass der Vergleich zwischen Betrieben auf den schweregradbereinigten Fallkosten basiert, die für die Vergütung durch die OKP relevant sind. In der HSM kann der Vergleich der schweregradbereinigten OKP-relevanten Fallkosten der Spitäler über alle Leistungsbereiche mit einem Vergleich innerhalb eines spezifischen HSM-Teilbereichs ergänzt werden, wenn u.a. die Voraussetzung der Abbildung nach ICD und CHOP und der genügend grossen Fallzahlen erfüllt sind<sup>10</sup>. Wie für den akutsomatischen Bereich muss auch für den stationären Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben (Art. 49 Abs. 1 KVG und Art. 59d Abs. 4 KVV). Die Leistungen der Psychiatrie werden in diesem Sinne in der TARPSY Tarifstruktur durch schweregradabhängige Tagespauschalen abgebildet und vergütet, die degressiv in Funktion der Dauer des Aufenthalts sind<sup>11</sup>; Behandlungsepisoden sind in der TARPSY Tarifstruktur aufgrund der dokumentierten Diagnose einer Basis psychiatrischen Kostengruppen (PCG) zugewiesen, PCGs innerhalb einer Basis-PCG unterscheiden sich durch ihren Ressourcenverbrauch, welcher durch verschiedene Kostentrenner (Bsp. Nebendiagnose) definiert wird<sup>12</sup>. Im Rehabilitationsbereich wird mit ST Reha im Moment eine neue Tarifstruktur erarbeitet<sup>13</sup>.

Für die Überprüfung der Effizienz im Pflegeheimbereich sind die nach dem Pflegebedarf der versicherten Personen bereinigten Kosten zu vergleichen, die für die Erbringung der Krankenpflege nach KVG entstehen. Für die Pflegeleistungen leisten die OKP und die versicherte Person einen Beitrag, Zuständig für die Restfinanzierung sind die Kantone (Art. 25a Abs. 1 und 5 KVG). Für die Akut- und Übergangspflege erfolgt die Finanzierung durch die OKP und die Kantone nach dem Finanzierungsschlüssel, der in

<sup>8</sup> SwissDRG: ST REHA, unter <https://www.swissdr.org/de/rehabilitation/st-reha>

<sup>9</sup> SwissDRG: TARPSY 2.0, PCG-Katalog.

<sup>10</sup> Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, 25. Mai 2016, S. 25.

<sup>11</sup> SwissDRG: TARPSY 2.0, PCG-Katalog.

<sup>12</sup> SwissDRG: TARPSY 2.0, Definitionshandbuch, S. 5.

<sup>13</sup> SwissDRG: ST REHA.

der Spitalfinanzierung angewendet wird (Art. 25a Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 49a KVG). Die Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV; RS 832.112.31) regelt den Leistungskatalog (Art. 25a Abs. 3 in Verbindung mit Art. 7 KLV). Die Leistungen und die Finanzierung sind somit vom KVG geregelt, was impliziert, dass die Kantone die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung sowohl für die Auswahl der Einrichtungen im Rahmen der Pflegeheimplanung als auch für die Festsetzung der Restfinanzierung der Krankenpflege im Pflegeheim und für die Genehmigung der Tarife der Akut- und Übergangspflege beachten müssen.

Die Pflegeheime sind wie die Spitäler seit 2002 verpflichtet, nach den Bestimmungen der VKL die Kosten zu ermitteln und die Leistungen zu erfassen. Die Bestimmungen sind sowohl in Hinsicht auf das Ziel der Kostenermittlung und der Leistungserfassung (Art. 2 – Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege, Betriebsvergleiche) als auch in Hinsicht auf die Instrumente (Art. 9 VKL – Kostenarten-, Kostenstellen, Kostenträgerrechnung und Leistungserfassung) klar. Die Kantone müssen im Rahmen ihrer vom Gesetz festgesetzten Aufgaben die Angaben der Pflegeheime erhalten und überprüfen. Bei Nicht-Erfüllung der Anforderungen der VKL müssen die Kantone die nötigen Verbesserungen verlangen. Die Pflegeheime sind zur Offenlegung der Methode und der ermittelten Kosten der Leistungen und bei Bedarf zur Verbesserung der Methode und der Angaben verpflichtet.

Die Prüfung des Kriteriums der Qualität basiert insbesondere auf Messresultaten und der Nachweis muss ausreichend diskriminierend, justiziabel und überprüfbar sein. Den Kantonen wird weiterhin ein grosser Ermessensspielraum eingeräumt. Insbesondere ist ihnen die Gewichtung der unterschiedlichen Faktoren überlassen. Sie können dazu sowohl inländische wie auch ausländische Messresultate verwenden. Die Konkretisierung durch die KVV beschränkt sich auf Bereiche, die schweizweit ähnlich gehandhabt werden sollen und in denen kantonale Besonderheiten nicht massgebend sein können. Gestützt wird dieses Vorgehen insbesondere durch Beobachtungen wie derjenigen, dass bis zehn Prozent der Patienten von Spitälern Opfer von mindestens einem unerwünschten Ereignis sind und dass davon rund sieben Prozent daran sterben. Diese unerwünschten Ereignisse werden insbesondere bei chirurgischen Eingriffen und bei der Medikation verursacht. Als dritte Gruppe von unerwünschten Ereignissen sind Infekte durch Erreger zu erwähnen, die bei einer medizinischen Behandlung übertragen werden (healthcare-assoziierte Infektionen).<sup>14</sup>

Absatz 3 enthält eine nicht abschliessende Aufzählung und konkretisiert das Kriterium der Qualität im Rahmen der Zulassung der Leistungserbringer. Sind sie zugelassen, haben sie den Qualitätsanforderungen des KVG zu genügen. Die Qualitätsanforderungen sind im Rahmen der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit<sup>15</sup> angepasst worden. Diese Revision wurde am 21. Juni 2019 von den eidgenössischen Räten verabschiedet und wird voraussichtlich am 1. Januar 2021 in Kraft treten. Sie enthält insbesondere Regeln zu den Qualitätsverträgen der Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer, die minimale Anforderungen genügen müssen. Die Qualitätsverträge werden für die Leistungserbringer verbindlich sein.

In Absatz 3 werden die Mindestkriterien zur Beurteilung der Qualität der Spitäler aufgezählt. Diese Kriterien beziehen sich auf die Qualität der Strukturen und Prozesse sowie der Ergebnisse.

Nur mit der leistungsgruppenbezogenen Dotation von Fachpersonal, die tagsüber, nachts und am Wochenende verfügbar ist, kann die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden. Bei gebrechlichen älteren Menschen besteht zudem im Falle eines Spitalaufenthaltes ein besonders grosser Bedarf an Koordination der Leistungen, weil die Krankheitsbilder (Multimorbidität) und deren mögliche Auswirkungen (Delir, Depressionen, usw.) komplex sind. Nach Absatz 3 Buchstabe a beurteilt der Kanton die leistungsgruppenbezogene Dotation von Fachpersonen im Spital sowie, ob beispielsweise auch Fachpersonen mit palliativmedizinischer, geriatrischer und gerontopsychiatrischer Expertise beigezogen werden. Zudem wird beurteilt, ob eine vorausschauende Behandlungsplanung bzw. gesundheitliche

---

<sup>14</sup> Schwendimann, René / Blatter, Catherine / Dhaini, Suzanne / Simon, Michael / Ausserhofer, Dietmar: The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review, Biomed Central Health Services Research, 2018. Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z> (Open Access - Stand: 12. August 2019).

<sup>15</sup> BBI 2019 4469



Vorausplanung (Advance Care Planning; ACP)<sup>16</sup> angewendet wird. Die Einführung von institutionsinternen Massnahmen zur Reduktion von behandlungsbedingten Infektionen ist häufig auch eine Frage der personellen Ressourcen. Da diese Infektionen die dritte Gruppe der unerwünschten Ereignisse bilden, muss geprüft werden, ob die Personaldotation (Fachexperten für Infektionsprävention und –bekämpfung) den nationalen und internationalen Referenznormen zu entsprechenden Personalschlüsseln entspricht.

Flächendeckende nationale Qualitätsmessungen sind wichtig, denn damit wird die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Indikatoren gewährleistet. Die Teilnahme an den Messungen wird nach Absatz 3 Buchstabe b geprüft.

Eine Sicherheitskultur, in welcher nicht die einzelne Person für Fehler getadelt wird, sondern die Organisation für die Sicherheit verantwortlich ist<sup>17</sup>, stellt eine der Voraussetzungen für nachhaltige Verbesserungen bei der Patientensicherheit dar. Daher beurteilt der Kanton nach Absatz 3 Buchstabe c die Resultate von standardisierten Messungen der Sicherheitskultur. Ein entsprechendes Instrument wurde bereits am Universitätsspital Zürich eingesetzt. Dort wurden die eingeführten Standards zur Optimierung der Patientensicherheit durch Vermeidung von Seiten-, Patienten- und Prozedurenverwechslungen mit einer Befragung zur Sicherheitskultur überprüft<sup>18</sup>. Fehler- und Schadensmeldesysteme unterstützen die Spitäler bei der Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung. Nach Absatz 3 Buchstabe c wird beurteilt, ob das Spital ein Fehler- und Schadensmeldesystem nutzt, ob es an systematischen Auswertungen teilnimmt und ob es an einem gesamtschweizerisch einheitlichen Reporting-Netzwerk angeschlossen ist. Erkenntnisse aus den Analysen der Fehler- und Schadensmeldungen (Quick-Alerts) können für die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen zur Verhinderung von Fehlern oder nach dem Auftreten von Fehlern genutzt werden. Verbesserungsmaßnahmen können zudem auf den Resultaten der schweizweiten Messungen aufgebaut werden. Die besten Resultate (vorzugsweise das oberste Quartil) aus den Messungen dienen als Ausgangswerte (Minimalstandards) für die Qualitätsverbesserung.

Nach Absatz 3 Buchstabe d prüft der Kanton, ob ein zweckmässiges Qualitätsmanagementsystem betrieben wird. Zweckmässig soll das System insbesondere dahingehend sein, dass es der Grösse des Leistungserbringers und der Komplexität der Leistungserbringung angepasst ist. Dieses System soll einen verbindlichen, strukturierten und nachhaltigen Verbesserungsprozess sicherstellen. Es soll sich an einem Regelkreissystem wie z.B. dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) orientieren und damit folgende Prozessschritte in einen sich wiederholenden Managementkreislauf bringen: Qualitätsmessungen, Vergleich mittels Benchmarking, verbindliche Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, Publikation und Berichterstattung. Das Qualitätsmanagementsystem stellt mindestens sicher, dass die für die Gesundheitsergebnisse relevanten Aufgaben in einem Kreislauf erfasst und systematisch geplant, durchgeführt, auf Einhaltung und Wirkung überprüft und bei Notwendigkeit angepasst werden. Die wiederholte Anwendung (Iteration) erlaubt Massnahmen zur Qualitätsentwicklung als neue Minimalstandards zu definieren.

Messresultate, die diesen Ansprüchen genügen, sind die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (Swiss Inpatient Quality Indicators, CH-IQI).<sup>19</sup> Sie können als Grundlage genutzt werden.

Nach Absatz 3 Buchstabe e prüft der Kanton, ob die Spitäler diejenigen Standards erfüllen, die nationale und internationale Fachgremien (wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften,

---

<sup>16</sup> Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten, BAG-Bulletin – Informationsmagazin für medizinische Fachpersonen und Medienschaffende, 18/2018. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch> > Das BAG > Publikationen > Periodika > BAG-Bulletin (Stand: 31. Juli 2019).

<sup>17</sup> Leape, Lucian / Berwick, Donald / Clancy, Carolyn / Conway, James / Gluck, Paul / Guest, James / Lawrence, David / Morath, Julianne / O'Leary, Dennis / O'Neill, Paul / Pinakiewicz, Diane / Isaac, Thomas: Transforming healthcare: a safety imperative, Journal of Quality and Safety in Health Care (2009) 18: S. 424–428.

<sup>18</sup> Van Vegten, Amanda / Pfeiffer, Yvonne / Giuliani, Francesca / Manser, Tanja: Patientensicherheitsklima im Spital: Erfahrungen mit der Planung, Organisation und Durchführung einer Mitarbeitervollbefragung; Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) (2011) 105: S. 734–742.

<sup>19</sup> Qualitätsindikatoren Dokumentation: Bundesamt für Gesundheit, 2019. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch> > Zahlen & Statistiken > Spitäler: Zahlen & Fakten > Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler > Qualitätsindikatoren Dokumentation (Stand: 31. Juli 2019).

SAMW), Landesorganisationen (wie die FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, FMH) beziehungsweise deren Fachgesellschaften<sup>20</sup>, Vereinigungen von Fachleuten (wie Swissnoso), Berufsorganisationen, als professionelle Vorgaben oder Organisationen, deren Fokus auf Patientensicherheit liegt (wie Patientensicherheit Schweiz) definiert haben und deren Einhaltung sie verlangen. Zu diesen Standards gehört beispielsweise die Anwendung der chirurgischen Checkliste<sup>21</sup>. Die Einhaltung dieser Standards oder Vorgaben dienen der Patientensicherheit. Die Kantone beurteilen dazu die Resultate der standardisierten Messungen. Es werden keine Standards namentlich genannt, doch soll etwa die Einhaltung der Handhygiene-Standards<sup>22</sup> beurteilt werden.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler stellen einen signifikanten Anteil der Patientensicherheitsrisiken im Spital dar<sup>23</sup>. Zu viele Patienten sind während einer Hospitalisation von einem solchen Ereignis betroffen<sup>24</sup>. Nach Absatz 3 Buchstabe f beurteilt der Kanton die Gewährleistung der Medikationssicherheit, die zum Ziel hat, dass die Medikation erfolgt ohne Schäden zu verursachen<sup>25</sup>. Geprüft wird insbesondere die Nutzung der elektronischen Verordnung und Abgabe der Arzneimittel<sup>26</sup>. Mit dieser Nutzung sollen insbesondere bei Schnittstellen die vorbestehende Medikation festgestellt, zudem Fehler bei der Dosierung, unerwünschte Interaktionen der Arzneimittel sowie Verwechslungen bei der Abgabe verhindert werden<sup>27</sup>.

Absatz 4 legt die Mindestkriterien für die Beurteilung der Qualität in Pflegeheimen und Geburtshäusern fest.

Bei der Personaldotation nach Absatz 4 Buchstabe a geht es darum, dass die in der Pflege tätigen Personen kompetenzgerecht eingesetzt werden<sup>28</sup>. Dies weil bei einem Mangel an Pflegefachpersonal unter Umständen weniger qualifizierte Pflegepersonen Kernaufgaben der Diplomierten übernehmen müssen. Dies kann zu mangelnder Pflegequalität führen. Für die Einschätzung der Personaldotation kann beispielsweise der Anteil der Fachpersonen in Relation zum übrigen Personal erfasst und verglichen werden. Insbesondere in den Pflegeheimen stellt die Anzahl Fachpersonentage beispielsweise in der Pflege einen wichtigen Einflussfaktor betreffend die Qualität der Leistungserbringung dar, zeigt sich doch beispielsweise, dass ein genügender Bestand an diplomiertem Pflegepersonal mit einer positiven Sicherheitskultur in Zusammenhang steht<sup>29</sup>. Zudem muss mit dem gezielten Einbezug palliativer, geriatrischer wie auch gerontopsychiatrischer Expertise auch die medizinische Behandlung sichergestellt werden. Nach Absatz 4 Buchstabe a beurteilt der Kanton, ob in Pflegeheimen für die Behandlung und Betreuung von gebrechlichen älteren Menschen Fachpersonen mit palliativer, geriatrischer und gerontopsychiatrischer Expertise beigezogen werden. Mit einer Ausbildung und Kompetenz in Palliativmedizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie tragen sie dazu bei, die Qualität der Behandlung und der Pflege

---

<sup>20</sup> Smarter Medicine – Choosing Wisely Switzerland, Top Fünf der Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. o.J. Abrufbar unter: <https://www.smartermedicine.ch/de/home.html> > Top-5-Listen > Stationäre Allgemeine Innere Medizin (Stand: 31. Juli 2019).

<sup>21</sup> Patientensicherheit Schweiz, Erklärung sichere Chirurgie, o.J. Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch> > Programme progress! > Sichere Chirurgie > Erklärung Sichere Chirurgie Schweiz (Stand: 31. Juli 2019).

<sup>22</sup> Pittet, Didier / Widmer; Andreas: Händehygiene: Neue Empfehlungen in: Swiss Noso – Nosokomiale Infektionen und Spitalhygiene: Aktuelle Aspekte 2001, Band 8 Nr. 4, S. 25-31.

<sup>23</sup> Patientensicherheit Schweiz - Hotspots der Patientensicherheit, 2015. Abrufbar unter: [https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/2\\_Forschung\\_und\\_Entwicklung/Archiv/Drug\\_Event\\_Monitoring/Projektbeschreibung.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Drug_Event_Monitoring/Projektbeschreibung.pdf) (URL, da im Archiv) (Stand: 31. Juli 2019).

<sup>24</sup> Charles Vincent, Patient Safety, 2006, Elsevier Churchill Livingstone, S. 49-51.

<sup>25</sup> The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication without Harm, 2017, Abrufbar unter: <https://www.who.int> > Health topics > P > Patient Safety > Medication without harm (Stand: 12. August 2019)

<sup>26</sup> Bonnabry, Pascal: Information Technologies for the Prevention of Medication Errors, University Hospital of Geneva, 2003. Abrufbar unter: [https://pharmacie.hug-ge.ch/rd/publications/pb\\_businessbriefing2003.pdf](https://pharmacie.hug-ge.ch/rd/publications/pb_businessbriefing2003.pdf) (URL, da im Archiv) (Stand: 31. Juli 2019).

<sup>27</sup> Kaushal, Rainu / Shojania Kavegh G. / Bates, David W.: Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety – A Systematic Review, Archives of Internal Medicine, 163 (2003), S. 1409–1416.

<sup>28</sup> Botschaft vom 7. November 2018 zur Volksinitiative «für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)»; BBl 2018 7653, hier 7664 und 7668.

<sup>29</sup> Castle, Nicholas G.: Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes, International Journal for Quality in Health Care (2006) 18, Number 5: S. 370–376.

zu verbessern. Im Weiteren wird beurteilt, ob eine vorausschauende Behandlungsplanung (ACP) angewendet wird<sup>30</sup>.

Auch in Geburtshäusern müssen die Kantone den Anteil der Fachpersonen in Relation zum übrigen Personal erfassen und vergleichen. Die Geburtshäuser müssen zudem sicherstellen, dass sie Expertise bedarfsgerecht einbeziehen. Beispielsweise müssen sie aufzeigen, dass sie geburtshilfliche oder pädiatrische Schwierigkeiten rechtzeitig erkennen und die entsprechende Expertise zeitgerecht einbezogen wird. Eine entsprechende Studie aus Deutschland zeigt, dass die Verknennung der pathologischen Herztotonwehenkurve (Cardiotocography, CTG) und das damit einhergehende Unterlassen der Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin die wichtigste Risikokonstellation ist.<sup>31</sup>

Flächendeckende nationale Qualitätsmessungen sind wichtig, denn damit wird die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Indikatoren gewährleistet und Verbesserungsmaßnahmen können darauf aufgebaut werden. Die Teilnahme und die Resultate prüft der Kanton nach Absatz 4 Buchstabe b.

Auch in den Pflegeheimen und den Geburtshäusern ist eine gute Sicherheitskultur eine der Voraussetzungen für die erfolgreiche Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen. Daher prüft der Kanton nach Absatz 4 Buchstabe c die Resultate von standardisierten Messungen der Sicherheitskultur. Ein entsprechendes Befragungsinstrument für Pflegeheime stellt zum Beispiel in den Vereinigten Staaten die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)<sup>32</sup> zur Verfügung. Der Kanton prüft insbesondere auch die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems. Verbesserungsmaßnahmen können zudem auf den Resultaten der schweizweiten Messungen aufgebaut werden. Die besten Resultate (vorzugsweise das oberste Quartil) aus den Messungen dienen als Ausgangswerte (Minimalstandards) für die Qualitätsverbesserung.

Nach Absatz 4 Buchstabe d prüft der Kanton, ob ein zweckmässiges Qualitätsmanagementsystem betrieben wird. Zweckmässig soll das System insbesondere dahingehend sein, dass es der Grösse des Leistungserbringers und der Komplexität der Leistungserbringung angepasst ist. Dieses System soll einen verbindlichen, strukturierten und nachhaltigen Verbesserungsprozess sicherstellen. Es soll sich an einem Regelkreissystem wie z.B. dem Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) orientieren und damit folgende Prozessschritte in einen sich wiederholenden Managementkreislauf bringen: Qualitätsmessungen, Vergleich mittels Benchmarking, verbindliche Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, Publikation und Berichterstattung. Das Qualitätsmanagementsystem stellt mindestens sicher, dass die für die Gesundheitsergebnisse relevanten Aufgaben in einem Kreislauf erfasst und systematisch geplant, durchgeführt, auf Einhaltung und Wirkung überprüft und bei Notwendigkeit angepasst werden. Die wiederholte Anwendung (Iteration) erlaubt Massnahmen zur Qualitätsentwicklung als neue Minimalstandards zu definieren.

Nach Absatz 4 Buchstabe e prüft der Kanton, ob die Pflegeheime und Geburtshäuser diejenigen Standards erfüllen, die nationale und internationale Fachgremien (wie die SAMW, AHRQ, Bundesgesundheitsministerium, das National Institute of Health and Care Excellence<sup>33</sup>), Landesorganisationen (wie die FMH) beziehungsweise deren Fachgesellschaften oder Berufsorganisationen als professionelle Vorgaben oder Organisationen, deren Fokus auf Patientensicherheit liegt (wie Patientensicherheit Schweiz) definiert haben und deren Einhaltung sie verlangen beziehungsweise gemeinsam vereinbart wurden. Die Einhaltung dieser Standards oder Vorgaben dienen der Patientensicherheit. Beurteilt werden nach

---

<sup>30</sup> Aasmul, Irene / Husebo, Bettina S. / Sampson, Elizabeth L. / Flo, Elisabeth: Advance Care Planning in Nursing Homes – Improving the Communication Among Patient, Family, and Staff: Results From a Cluster Randomized Controlled Trial (COSMOS), *Frontiers in Psychology*, 2018. Abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289020/pdf/fpsyg-09-02284.pdf> (Open Access - Stand: 31. Juli 2019).

<sup>31</sup> Niemeyer, Anna / Holzäpfel, Sonja / Gruber, Patricia / Lampmann, Eva / Lütje, Wolf / Beckedorf, Irina / Middendorf, Max / Tomsic, Ilona / Schwarz, Christiane: Gutachten zu den Ursachen von Geburtsschäden bei von freiberuflich tätigen Hebammen betreuten Geburten. (2018) Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de> > Gesundheit > Berichte > Hebammen (Stand: 08. November 2019).

<sup>32</sup> Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality, 2019: Abrufbar unter: <https://www.ahrq.gov> > Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) > SOPS Surveys (Stand: 31. Juli 2019).

<sup>33</sup> National Institute of Health and Care Excellence, Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth, 2014 / Update 2017. Abrufbar unter: <https://www.nice.org.uk> >NICE Guidance>Conditions and diseases>Fertility, pregnancy and childbirth>Intrapartum care > Guidance > Intrapartum care (Stand: 31. Juli 2019).

Absatz 4 Buchstabe e insbesondere, ob im Pflegeheim und im Geburtshaus die Behandlungs- und die Pflegeplanung systematisch schriftlich erfasst wird. Dabei sollen beispielsweise nach einem Übertritt aus dem Spital in ein Pflegeheim Behandlungsziele wie die Überführung in eine ambulante Wohnform formuliert werden. Es werden auch nach Absatz 4 Buchstabe e keine weiteren Standards namentlich genannt, jedoch soll insbesondere auch die Prüfung der Einhaltung der Handhygiene-Standards beurteilt werden.

Die Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln ist fehleranfällig und dadurch können Patienten und Patientinnen geschädigt werden. Untersuchungen aus anderen Industrieländern zeigen laut Patientensicherheit Schweiz, dass bis zur Hälfte der unerwünschten Arzneimittelwirkungen in Pflegeheimen vermeidbar wären.<sup>34</sup> Auch Un- und Neugeborene sowie die Gebärende oder junge Mütter können durch Arzneimittel geschädigt werden, denn in der Geburtshilfe werden auch Hochrisikoarzneimittel verabreicht. Daher wird mit Absatz 4 Buchstabe f festgelegt, dass der Kanton beurteilt, ob in Pflegeheimen wie auch in Geburtshäusern die Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln systematisch erfolgt und transparent überprüft wird. Dieses Vorgehen im Umgang mit Arzneimitteln führt zu Verbesserungen insbesondere bei Schnittstellen, wenn die vorbestehende Medikation festgestellt, Fehler bei der Dosierung verhindert und unerwünschte Interaktionen der Arzneimittel sowie Verwechslungen bei der Abgabe vermieden werden.

Als Auswahlkriterium bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler, der Pflegeheime und der Geburtshäuser können nach Absatz 5 die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen wie beispielsweise die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beachtet werden.

Das in Absatz 6 für Spitäler erwähnte Kriterium der Nutzung von Synergien weist auf die Wirtschaftlichkeit- und Qualitätspotentiale hin, die aufgrund von strukturellen und organisationalen Massnahmen auf der Angebotsebene auszuschöpfen sind. Neben dem Vergleich der ausgewiesenen Kosten gemäss Artikel 58e Absatz 1 Buchstabe a berücksichtigen die Kantone auch das Optimierungspotential der Konzentration von Leistungsgruppen auf der Spitalliste auf eine reduzierte Anzahl von Leistungserbringer. Damit kann prospektiv der Effekt der Anpassung der Versorgungsstruktur im Sinne der Spitalplanung und der vorgesehenen Spitalliste auf die erwartete Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Absatz 7 weist darauf hin, dass bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung auch die Anforderungen an die Leistungsgruppen einzubeziehen sind, und verknüpft damit die Artikeln 58d und 58f.

Nach Absatz 8 kann sich die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität auf die Ergebnisse anderer Kantone stützen. Dies unter der Voraussetzung, dass diese Ergebnisse aktuell und in Bezug auf das zu erbringende Leistungsspektrum aussagekräftig sind.

## **Artikel 58e Interkantonale Koordination der Planung**

Da mit der Revision der Spitalfinanzierung die freie Wahl der Patientinnen und Patienten ausgedehnt wurde, ist die interkantonale Koordination der Planungen von besonderer Bedeutung. Nun müssen die Versicherten bei Beanspruchung von Leistungen ohne das Vorliegen medizinischer Gründe in Spitälern und Geburtshäusern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, nur eine allfällige Tariffdifferenz zwischen der Einrichtung, wo die Behandlung erfolgt, und derjenigen auf der Liste des Wohnkantons, welche die entsprechende Leistung erbringt, übernehmen.

Absatz 1 enthält in den Buchstaben a und c die bisher gültigen Bestimmungen in Artikel 58d KVV zum Austausch der Informationen über die Patientenströme und zur Koordination der Planungsmassnahmen.

---

<sup>34</sup> Patientensicherheit Schweiz, Medikation in Pflegeheimen, o.J. Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch> > Programme progress! > Medikation in Pflegeheimen (Stand: 31. Juli 2019).

Der neue Absatz 2 präzisiert, welche Kantone als von einer kantonalen Planung betroffen zu berücksichtigen sind. Es handelt sich dabei insbesondere um die Standortkantone einer ausserkantonalen Einrichtung oder mehrerer ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste des planenden Kantons sowie die Kantone, aus denen gewichtige Patientenströme in die innerkantonalen Einrichtungen des planenden Kantons oder in den gewichtigen Patientenströmen aus dem planenden Kanton fließen.

## **Artikel 58f Listen und Leistungsaufträge**

Absatz 1 übernimmt die bisher in Artikel 58e Absatz 1 KVV aufgeführte Bestimmung der notwendigen Einrichtungen in formell geänderter Form.

Die Bestimmung in Absatz 2 nimmt die bisherige Bestimmung von Artikel 58e Absatz 3 KVV

Absatz 3 übernimmt den bisherigen Artikel 58e Absatz 2 KVV in formell geänderter Form sowie mit der Präzisierung, dass für das ganze Leistungsspektrum der Spitäler und Geburtshäuser Leistungsaufträge erteilt werden müssen.

Absatz 4 weist darauf hin, dass das zuständige interkantonale Beschlussorgan die Teilbereiche der HSM und die entsprechenden Anforderungen festsetzt. Organisation, Kriterien und Finanzierung der gesamtschweizerischen und gemeinsamen HSM-Planung haben die Kantone in der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) verankert. Mit Rücksicht darauf, dass die Einheitlichkeit der Erstellung der Spitalplanung im HSM-Bereich durch die zentrale Organisation gesichert wird, ist es nicht angezeigt, Kriterien zu den zu stellenden Anforderungen an die Teilbereiche der HSM zu erlassen. Es ist diesbezüglich zu beachten, dass das Fachorgan seine Entscheide gestützt auf spezifische Anforderungen eines HSM-Teilbereichs – wie beispielweise zum Schwerpunkt und der Qualifikation des Operateurs oder zur Anerkennung der Weiterbildungsstätte nach Spezialität – trifft.

Seit 2011 empfiehlt die GDK den Kantonen die Anwendung der von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelten SPLG<sup>35</sup> für den Bereich der Akutsomatik und der Geburtshäuser. Diese sind anhand von Diagnose- und Behandlungs-Codes definiert (ICD<sup>36</sup> und CHOP<sup>37</sup>-) und in Leistungsbereiche aggregiert (Dermatologie, Neurologie, Pneumologie, usw.). Die Mehrheit der Kantone wenden bereits dieses System an. Mit dem Leistungsgruppen-System sind Anforderungen verbunden. Absatz 5 sieht vor, dass die Kantone für jede Leistungsgruppe festlegen müssen, welche Anforderungen für welche der aufgelisteten oder allfällig weiteren Parameter zu erfüllen sind:

- a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;
- b. Verfügbarkeit der Fachärztinnen oder der Fachärzte und ihre Weiterbildung;
- c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;
- d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensivstation;
- e. Verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern;
- f. Qualitätssicherung, namentlich interdisziplinäre Fallbesprechung (z. B. Tumorboard, Indikationskonferenzen);
- g. Mindestfallzahlen.
- h. sonstige Kriterien nach kantonalem Recht

Die kantonalen Spitalplanungen geben die spezifischen Versorgungssituationen wieder, zum Beispiel die geographischen Gegebenheiten des planenden Kantons. In einem Stadtkanton können nämlich höhere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden als in einem Landkanton (z. B. Arztpräsenz, Mindestfallzahlen), welcher mit der Frage der Gewährleistung der Versorgung in Randregionen aufgrund der geographischen Gegebenheiten konfrontiert ist. In diesem Sinne liegt es im Ermessens der einzelnen planenden Kantone, über die Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden.

<sup>35</sup> GDK: Spitalplanungs – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung>

<sup>36</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

<sup>37</sup> Schweizerische Operationsklassifikation.

Die Anforderung der Mindestfallzahlen kann sich nicht nur auf das Spital, sondern auch auf andere Parameter beziehen, wie die operierende Person oder das Operationsteam. In seinem Urteil vom 14. September 2018 hat das Bundesverwaltungsgericht darauf hingewiesen, dass sich die bisherige Bestimmung der Planungskriterien zu den Mindestfallzahlen (Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV) an den Rahmen des Artikels 39 KVG hält. Eine Einschränkung, wonach Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur im Gegensatz zu Mindestfallzahlen pro Spital nicht zulässig wären, lasse sich dem Wortlaut dieser Bestimmung nicht entnehmen.<sup>38</sup>

Die Anforderungen an die Leistungsgruppen sind Verpflichtungen, welche die Spitäler zum Zeitpunkt der Gültigkeit der Zulassung oder innerhalb eines vom Kanton definierten Zeitraumes zu erfüllen haben. Die Kantone können beispielweise provisorische Zulassungen unter der Bedingung einer Neuüberprüfung der Einrichtungen innert einem angemessenen Zeitraum vorsehen. Dies kann für noch nicht oder seit kurzer Zeit in Betrieb befindlichen Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen oder bei Anträgen zur Ausdehnung des Leistungsspektrums der Fall sein. Wie die Bestimmung des Zeitpunktes der Aktualisierung oder der Neuerstellung der Spitalplanung liegt auch ein Entscheid zur Befristung der Zulassungen im Ermessen der Kantone.

Der Leistungsauftrag kann unter anderem die maximalen Leistungsmengen im akutsomatischen Bereich, die maximalen Leistungsmengen oder Bettenzahlen im psychiatrischen oder rehabilitativen Bereich oder die maximalen Bettenzahlen im Pflegeheimbereich beinhalten. Mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die Möglichkeit der Mengensteuerung im Absatz 6 wird Klarheit geschaffen darüber, dass dieses Instrument zulässig ist. Die Mengenbeschränkung muss sich nicht unbedingt auf das ganze Leistungsspektrum beziehen. In Buchstabe c wird auch die Möglichkeit, die Folgen des Überschreitens der Leistungsmengen oder Bettenzahlen im Leistungsauftrag zu verankern, vorgesehen. Es liegt hingegen nicht in der Kompetenz des Bundesrates, beim Erlass der Planungskriterien Fragen wie die Abgrenzung der Kostenübernahme durch einen Kanton beim Erreichen einer bestimmten Gesamtzahl von ausserkantonalen Hospitalisationen zu regeln. Dies, weil die Planung nach Artikel 39 KVG ausschliesslich die Steuerung des Angebotes der einzelnen Einrichtungen aufgrund der Erteilung von Leistungsaufträgen an die Einrichtungen auf der Spitalliste und nicht die Budgetierung der gesamten Kostenübernahme durch die Kantone betrifft.

Die Möglichkeit der Festsetzung eines Globalbudgets und der Verpflichtung der Spitäler oder Pflegeheime zu dessen Einhaltung durch die Kantone wird bereits im KVG vorgesehen (Art. 51 KVG). Diese Kompetenz der Kantone bezieht sich auf die aufgrund der Planung und der Liste gemäss KVG zugelassenen Spitäler. Eine spezifische Bestimmung im Rahmen der Planungskriterien ist nicht notwendig. Die Kantone sind frei, die Verpflichtung betreffend des Globalbudgets und die Folgen dessen Nicht-Einhaltung im Leistungsauftrag oder in anderen Vereinbarungen zu verankern.

Der Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017 betreffend die Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sieht als unmittelbar umsetzbare Massnahme vor, dass die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte erfolgen müsse. Die Massnahme hat zum Ziel, die heute möglicherweise bestehenden Fehlanreize zur Mengenausweitung und zur damit potenziell einhergehenden Patientenselektion bei Ärztinnen und Ärzten zu reduzieren. Die Experten weisen darauf hin, dass die Zahl der Eingriffe ansteigt, wenn das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte an Boni, welche an bestimmte Mengenziele gekoppelt sind, oder für die Vermittlung von Patientinnen und Patienten Kickbacks an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ausbezahlt werden. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH lehnt solche Vereinbarungen ab, um die Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistungserbringung zu gewährleisten. Vom Abbau des Druckes, eine vorgegebene Anzahl an Fällen zu generieren, dürfte auch die Ärzteschaft profitieren. Gemäss den Experten sollte das erwartete Kostenersparnis

---

<sup>38</sup> Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 14. September 2018 in Sachen Zürcher Spitalliste (C-5603/2017), Erw. 7.6.2.

den für die Anwendung der Massnahmen von der Seite der Kantone und allenfalls der Versicherer erforderlichen Kontrollaufwand um ein Vielfaches übersteigen.<sup>39</sup>

Gemäss Artikel 32 Absatz 2 KVG müssen die Leistungen gemäss KVG für deren Kostenübernahme wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sein. Es ist daher sicherzustellen, dass diese Grundsätze bei der Leistungserbringung gewährleistet sind. Werden die Ärztinnen und Ärzte für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einer stationären Behandlung bei ihren Entscheiden durch unsachgemässe ökonomische Anreizsysteme zur Mengenausweitung zu Lasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a KVG beeinflusst (z.B. durch die Bezahlung von mengenabhängigen Boni oder Kickbacks), so sind die Grundsätze nach Artikel 32 Absatz 2 KVG nicht mehr gewährleistet. Die Leistungsaufträge sehen daher als Auflage das Verbot der Anwendung solcher Anreizsysteme vor.

### **Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...**

Die Übergangsbestimmungen sehen je nach vorgesehenem Aufwand unterschiedliche Fristen für die Anpassung der Spitalplanungen und Spitallisten an die Planungskriterien des Bundesrates vor. Für den akutsomatischen Bereich und die Geburtshäuser sind es vier Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom XXX um den Planungskriterien des Bundesrates zu entsprechen, für die Planung der Rehabilitation und der Psychiatrie sechs Jahre. Die Differenz ist in dem Sinne zu begründen, dass im akutstationären Bereich die Mehrheit der Kantone bereits die Klassifikation und die Anforderungen nach SPLG anwenden, während ein entsprechendes System für die Bereiche der Psychiatrie und der Rehabilitation noch nicht vorliegt. Dass die Kantone genügend Zeit zur Verfügung haben soll ihnen ermöglichen, sich über die einheitlichen Klassifikationen und Anforderungen zu einigen, was für die interkantonale Koordination der Planungen erstrebenswert ist. Innerhalb der in der Übergangsbestimmungen festgesetzten Fristen können die Kantone die Listen aktualisieren, ohne sämtliche Planungsschritte durchzuführen, solange die Parameter der zu Grunde liegenden Planung weiterhin gelten.

### **III. Inkrafttreten**

Die Bestimmungen sollen am ... in Kraft treten.

---

<sup>39</sup> Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, Massnahme 03, S. 34-35, unter <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/50084.pdf>

# Bestimmungen zur Tarifiermittlung

## I. Allgemeiner Teil

### 1. Ausgangslage

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des KVG (AS 2008 2049) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Dabei wurde unter anderem für die Vergütung von Leistungen der stationären Behandlung vorgesehen, dass das System von der bis dahin vorgesehenen sogenannten Objektfinanzierung zur Stärkung der kostendämmenden Anreize zu einer Leistungsfinanzierung umgestellt werden sollte. So sieht Artikel 49 Absatz 1 fünfter Satz KVG vor, dass sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen zu orientieren haben.

Im Rahmen seiner Rechtsprechung zu den Tarifen der stationären Spitalbehandlung hat sich das Bundesverwaltungsgericht zu den Bestimmungen der Revision der Spitalfinanzierung geäußert und unter anderem festgehalten, dass sich das Ziel der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung ohne Vorgaben zur einheitlichen Ermittlung und Beurteilung der Effizienz einzelner Spitäler kaum verwirklichen lasse<sup>40</sup>.

Im Rahmen der vorliegenden Revision der KVV sieht der Bundesrat vor, verschiedene Bestimmungen der Verordnung zu ändern resp. die Vorgaben zur Tarifgestaltung zu konkretisieren.

### 2. Änderung der Verordnung

#### 2.1. Tarifgestaltung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

Mit der mit der Änderung von Artikel 49 KVG eingeführten Pflicht zur Vergütung von stationären Behandlungen durch leistungsbezogene Pauschalen verfolgt der Gesetzgeber insbesondere das Ziel der Effizienzsteigerung im stationären Bereich. Die seit der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Jahre 2012 im Rahmen der Beschwerden gegen kantonale Entscheide nach den Artikeln 46 und 47 KVG ergangene Rechtsprechung hat sowohl Grundsätze zur Tarifgestaltung entwickelt als auch Verordnungsbedarf aufgezeigt. Insbesondere wurde die Möglichkeit der Leistungserbringer, im Rahmen ihrer Leistungserbringung zu Lasten der OKP sogenannte Effizienzgewinne erzielen und einbehalten zu können, bestätigt (vgl. hierzu auch Motion Humbel 12.3245 «Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung»).

Um den Wettbewerb unter den Spitälern als ein wesentliches Ziel der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung zu fördern, sind insbesondere Vorgaben zur einheitlichen Ermittlung und Beurteilung der Effizienz der akutstationären Spitäler bzw. Geburtshäuser zu verordnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Tarifierung als Zielsetzung dazu beizutragen hat, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen. Grundvoraussetzung für eine wirtschaftliche Tarifgestaltung ist die Sicherstellung der Transparenz und Mitwirkung aller beteiligten Akteure. Die bisherigen Grundsätze der Tarifgestaltung nach Artikel 59c KVV werden gestützt auf die Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe d, 43 Absatz 7 und 49 KVG um spezifische Bestimmungen der Tarifgestaltung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG mit Ausführungen zum Basisfallwert ergänzt. Durch spitalindividuelle Besonderheiten und die stete Weiterentwicklung der Tarifstrukturen sind der Möglichkeit von umfangreichen Vorgaben zur Ausarbeitung von Tarifen Grenzen gesetzt. Adressaten für die Berücksichtigung der Tarifgrundsätze inkl. Benchmarkwert sind sowohl die Tarifparteien bei der Ausgestaltung ihrer Tarife als auch die zuständige Behörde bei der entsprechenden Genehmigung bzw. Festsetzung (Art. 46 Abs. 1 und 4, Art. 47 KVG).

Artikel 49 Absatz 1 KVG ermöglicht es den Tarifpartnern, von den in der Regel zu vereinbarenden Fallpauschalen abzuweichen, sofern diese nach aktuellem Kenntnisstand in gewissen stationären Bereichen (noch) ungeeignet sind. Es ist jedoch zwingend ein Leistungsbezug herzustellen.

---

<sup>40</sup> C-3425/2013, E 4.4.6



Als Vergütungsmodell vom Typus DRG sind hier diejenigen Tarifmodelle zu verstehen, welche mit der automatischen Zuordnung von stationären Fällen gestützt auf die Hauptdiagnose in Gruppen mit ähnlicher Kostenstruktur und der Vergütung durch ein Gesamtkostengewicht die wesentlichen Elemente eines Patientenklassifikationssystems des Typus DRG erfüllen. Im Moment erfüllen diese wesentlichen Kriterien auf gesamtschweizerischer Ebene die Tarifstruktur SwissDRG, welche die Vergütung von Leistungen durch schwergradabhängige Fallpauschalen vorsieht, sowie die Tarifstruktur TARPSY, welche die Leistungen durch schweregradabhängige Tagespauschalen vergütet.

Das Bundesverwaltungsgericht hat im Rahmen seiner bisherigen Rechtsprechung zur Tarifbildung nach den Regeln der neuen Spitalfinanzierung festgehalten, dass den Kantonen in der Einführungsphase der leistungsbezogenen Fallpauschalen bei der Beurteilung der Tarife ein erheblicher Spielraum einzuräumen sei, solange keine Bestimmungen zum Benchmarking vorliegen würden. Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinen bisherigen Urteilen Benchmarkwerte bis zum 50. Perzentil geschützt. Da die Genehmigungs- resp. Festsetzungspraxis unter den Kantonen unterschiedlich ist, lassen sich die potenziellen Minderkosten für die OKP nur sehr grob schätzen. Wird statt des 40. Perzentils der Benchmark auf dem 25. Perzentil festgelegt, so ist für das Tarifjahr 2019 grundsätzlich von zusätzlichen Minderkosten für die OKP in der Höhe von ungefähr 200 bis 250 Millionen Franken auszugehen. Die verringerten Kosten der OKP würden auf Bundesebene bei den Beiträgen an die individuelle Prämienverbilligung (IPV) ebenfalls zu einer Entlastung in der Höhe von 7,5 Prozent der OKP-Bruttokosten führen.

## **2.2. Tarifgestaltung bei Einzelleistungstarifen**

Um auch bei Einzelleistungstarifen dem Anreiz der Mengenausdehnung entgegen zu wirken, soll Artikel 59c Absatz 3 KVV angepasst werden und zwar so, dass die Tarifpartner prüfen müssen, ob sich Leistungspositionen in einer Einzelleistungstarifstruktur zusammenfassen lassen. Weiter wird auch eine Änderung von Absatz 4 vorgeschlagen, welche noch der Einführung von Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG Rechnung trägt, in dem der Verweis auf diesen eingebaut wird.

Einzelleistungstarifstrukturen tragen grundsätzlich das Potenzial zur Mengenausweitung in sich. Demgegenüber sind Pauschalen ein probates Mittel um die Erbringung möglichst vieler Leistungen zu verhindern, geht es bei Pauschalen doch darum, die Leistungen innerhalb der Pauschale optimal einzusetzen.

Diese Bestimmung ist eine Ergänzung zum Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung, womit auf Stufe Gesetz die Vereinbarung von ambulanten Pauschalen gefördert werden soll<sup>41</sup>.

## **II. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen**

### **Artikel 59c Absatz 2**

Absatz 1 hält fest, dass der Tarif bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG in Abweichung der Grundsätze in Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a und b KVV nicht höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt, sondern sich am Benchmark orientiert. In diesem Sinne gelten die Grundsätze in Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe a und b bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG grundsätzlich nur bezogen auf dasjenige Spital, welches den Benchmark bildet<sup>42</sup>.

Auf der Kostenseite fordern das KVG und die VKL volle Transparenz, die weiterhin von jedem Spital bzw. Geburtshaus auch bei der Tarifbildung im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu gewährleisten ist. Anspruchsberechtigt sind insbesondere die Versicherer und die Kantone (vgl. Art. 15 VKL).

---

<sup>41</sup> Botschaft 19.046 vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

<sup>42</sup> C-1698/2013, E. 2.10.1

### **Artikel 59c Absatz 3**

Vorgesehen wird eine Ergänzung im Rahmen der Tarifpflege, wonach die Vertragsparteien bei bestehenden Einzelleistungstarifstrukturen regelmässig die Zusammenfassung von Positionen, welche für die Leistung vorgesehen sind, zu prüfen haben.

Um den potenziellen Anreiz der Mengenausweitung zu verringern, soll auch bei Einzelleistungstarifen darauf hingewirkt werden, dass diese nicht zu detailliert und komplex ausfallen, sondern in sich auch gewisse Zusammenfassungen oder Pauschalierungen beinhalten. Mit dem Instrument einer *Prüfung* werden Anreize geschaffen, um im Rahmen der Tarifpartnerschaft mehr Leistungen eines Einzelleistungstarifs zusammenzufassen oder zu pauschalieren. Die zusammengefassten Leistungen bleiben grundsätzlich Bestandteil der Einzelleistungstarifstruktur, eine entsprechende Anpassung bedarf indes einer Genehmigung durch den Bundesrat. Es ist aber selbstverständlich denkbar, dass pauschalisierte Elemente weiterentwickelt und in separaten Tarifverträgen als Pauschalen vereinbart werden. Diese Pauschalen können losgelöst von der Einzelleistungstarifstruktur vereinbart werden, sie erfordern eine Genehmigung durch die entsprechende Behörde.

### **Artikel 59c Absatz 4**

Artikel 59c Absatz 4 KVV wird insofern ergänzt, als dass die zuständige Behörde die Absätze 1 bis 3 nicht nur bei Tariffestsetzungen, sondern auch bei Tarifstrukturanpassungen nach Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG zu beachten hat. Diese Ergänzung ist eine nachträgliche Anpassung, welche aufgrund der Einführung von Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG (in Kraft seit 1. Januar 2013) notwendig ist.

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 1**

Die Ermittlung des Benchmarkwertes hat unter Einbezug aller schweizweit betroffenen Leistungserbringer zu erfolgen. Eine repräsentative Stichprobe mit Leistungserbringern aller Versorgungsstufen kann den Bezug zur Effizienz nicht herstellen, wenn kein Bezug zu allen transparent hergeleiteten schweregradbereinigten Fall- resp. Tageskosten (je nach Vergütung über Fall- oder Tagespauschalen) aller Leistungserbringer ermöglicht wird. Die Stichprobe könnte andernfalls ausschliesslich aus „teuren“ oder „günstigen“ Leistungserbringern bestehen. Zudem wird die Ermittlung des Benchmarkwertes in Bezug auf die Anzahl der Leistungserbringer einheitlich definiert und somit bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG Alternativen wie der Bezug zur Fallzahl oder dem CMI ausgeschlossen. Der Effizienzmassstab wird einheitlich nach der Perzentilwert-Methode festgelegt. D.h. beim 25%-Perzentil liegen 25% der schweregradbereinigten Fallkosten der Spitäler unterhalb und 75% oberhalb des Benchmarkwertes. Mit einer Übergangsphase wird auf die gewachsenen Strukturen, den möglichen Strukturveränderungen und deren Zeitbedarf sowie dem Setzen von Anreizen für eine effizientere Leistungserbringung Rechnung getragen. Voraussetzung für ein solches Benchmarking ist jedoch, dass die Daten der Spitäler die hierfür notwendige Qualität aufweisen und rechtzeitig bereitstehen. Entsprechend werden die Daten der Leistungserbringer, welche eine Qualität aufweisen, die nicht ausreicht, um die Fall- oder Tageskosten transparent herzuleiten oder aus anderen nachweisbaren Gründen nicht verwendet werden können (z.B. verspätete Bereitstellung) für das Benchmarking nicht berücksichtigt.

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 2**

Die Betriebsvergleiche nach Artikel 49 Absatz 8 KVG dienen in erster Linie zu Informationszwecken resp. als Entscheidungsgrundlage für die am Vollzug des KVG beteiligten Parteien sowie die interessierten Kreise. Die Publikation der schweregradbereinigten Fallkosten im Besonderen stellt eine mögliche Ausgangsbasis für die spitalindividuelle Preisfindung im Rahmen des durchzuführenden Benchmarkings dar. Daher können sich die Tarifpartner resp. die Genehmigungs- oder Festsetzungsbehörden auf die Publikation der schweregradbereinigten Fall- resp. Tageskosten der Spitäler für die KVG-konforme Ta-

rifbildung abstützen. Dies setzt jedoch insbesondere voraus, dass die benötigten Angaben für das entsprechende Tarifjahr im Voraus publiziert sind und die Daten geprüft (mittels dem neu vorgesehenen VKL-Testat) wurden.

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 3**

Die Ermittlung des Benchmarkwertes ist im Rahmen der gesetzlich verankerten Tarifautonomie in erster Linie Sache der Tarifpartner (Art. 46 Abs. 1 und Art. 49 Abs. 1 KVG). Es ist daher möglich, dass pro Versichererverband ein unterschiedlicher Benchmarkwert ermittelt wird, wenn beispielsweise ein Leistungserbringer die Kosten und Leistungsdaten nicht allen rechtzeitig bereitstellt. Der Genehmigung bzw. Festsetzungsbehörde ist die Herleitung des Benchmarkwertes vollständig offen zu legen (Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 KVG).

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 4**

Auch nach den revidierten Regeln der Spitalfinanzierung bleiben spitalindividuelle Basisfallwerte grundsätzlich möglich. Da sich die Vergütungen aber an jenen Spitälern zu orientieren haben, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen, kann eine entsprechende Abweichung resp. Preisdifferenzierung nur in begründeten Einzelfällen gerechtfertigt sein. So können beispielsweise Endversorger- oder Universitätsspitäler im Rahmen der Tarifverhandlungen oder Tariffestsetzungen Kostenunterscheide geltend machen, welche sich nicht durch die Tarifstruktur erklären lassen. Der Nachweis solcher Mehrbelastungen kann Zuschläge auf den Benchmarkwert rechtfertigen, wenn zusätzliche Leistungen erbracht werden welche die Bedingungen nach den Buchstaben a bis d kumulativ erfüllen.

So sind beispielsweise nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgericht die Kosten der stationären Notfallbehandlung und die Kosten, welche sich daraus ergeben, dass ein Spital seine Organisation auf die Behandlung medizinischer Notfälle ausrichtet, grundsätzlich nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden<sup>43</sup>. Verschiedene Basisfallwerte stellen in diesem Zusammenhang keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur dar<sup>44</sup>.

Eine Tariffdifferenzierung kann sich weiter aufgrund regional unterschiedlicher Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten) rechtfertigen<sup>45</sup> oder wenn die einzelnen Spitäler in sehr unterschiedlichem Umfang Leistungen im Bereich der nicht-universitären Ausbildung erbringen<sup>46</sup>.

Sonderisolierstationen und Stationen für Schwerstverbrannte sind aktuelle Beispiele für Vorhalteleistungen. Die Beispiele für zusätzliche Leistungen orientieren sich an den Feststellungen des Verwaltungsrates der SwissDRG AG vom 26. Mai 2016 zu den Kostenunterschieden, die sich nicht durch die angewandte Tarifstruktur wie beispielsweise SwissDRG erklären lassen. Die Berücksichtigung ist im Rahmen der Tarifautonomie zu klären.

Entsprechende Kosten der zusätzlichen Leistungen sind wenn immer möglich auch einem Wirtschaftlichkeitsvergleich zu unterziehen – zum Beispiel mittels Quervergleich mit anderen Leistungserbringern mit denselben zusätzlichen Leistungen. Es besteht kein Anspruch darauf, dass die Zuschläge die Kosten der zusätzlichen Leistungen vollständig decken.

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 5 und 6**

Spitalindividuelle Besonderheiten müssen bei der Berechnung der Basisfallwerte nicht bloss bei einer Abweichung vom Referenzwert nach oben, sondern auch nach unten berücksichtigt werden.

---

<sup>43</sup> C-4264/2013, E 4.7

<sup>44</sup> BVGE 2014/36, E 21.4.1

<sup>45</sup> BVGE 2014/36, E 6.8.1

<sup>46</sup> BVGE 2014/36, E 6.8.2

Systematischen Minderbelastungen ist somit analog den zusätzlichen Leistungen, die laut Absatz 4 Buchstabe a nicht durch die Tarifstruktur berücksichtigt werden, Rechnung zu tragen (z.B. fehlende Notfallstation / fehlende bzw. relativ geringe nicht-universitäre Ausbildung). Damit soll unter anderem auch sichergestellt werden, dass nur diejenigen Leistungserbringer zu Lasten der OKP Überschüsse erzielen können, die aufgrund ihrer effizienten Leistungserbringung tiefere Kosten als das sogenannte Benchmarkspital aufweisen.

Leistungserbringer, die nicht in die Ermittlung des Benchmarkwertes einbezogen werden können, können aus der Verletzung der Mitwirkungspflicht kein Recht ableiten, den Benchmarkwert als gesicherten Tarif zu erhalten, zu dessen Ermittlung sie nicht beigetragen haben. Sie können sich auch nicht auf den allenfalls abweichenden Benchmarkwert eines anderen Versichererverband berufen, selbst dann nicht, wenn sie bei deren Ermittlung einbezogen wurden. Es ist sicherzustellen, dass die fehlbaren Leistungserbringer aus diesem Umstand keinen Vorteil ziehen können. Mit wirksamen Abzügen auf den Benchmarkwert kann vor allem dem kollektiven Aufruf an alle effizienten Spitäler ihre Kosten- und Leistungsdaten ungenügend, zu spät und/oder nicht bereitzustellen, um den Benchmarkwert unter anderem zu ihrem Vorteil zu erhöhen, entgegengewirkt werden. Auch der Nichteinbezug „teurerer“ Leistungserbringer würde den Benchmarkwert zu Ungunsten aller Leistungserbringer verändern.

Die Abzüge sind keine Intransparenzabzüge auf die Kostendaten des fehlbaren Leistungserbringers nach alter Rechtsprechung. Es handelt sich um Abzüge auf den Benchmarkwert, zu dessen Ermittlung der fehlbare Leistungserbringer nicht beigetragen hat. Das Benchmarking wird von diesen Leistungserbringern zu Lasten der OKP und/oder zu Lasten der teilnehmenden Leistungserbringer beeinträchtigt. Der Zeitpunkt für die Beurteilung der Abzüge ist in Artikel 15 VKL geregelt. Jeweils bis am 1. Mai sind die notwendigen Unterlagen vor allem für die Versicherer bereitzustellen. Bei einer Einreichung zwischen dem 2. Mai und dem Ende desselben Jahres liegt eine verspätete Bereitstellung vor. Werden die Unterlagen zu einem noch späteren Zeitpunkt eingereicht, so gelten diese als nicht bereitgestellt. Insbesondere für neue Leistungserbringer sind Ausnahmen möglich. Als genügende Qualität gelten Daten, die ins Benchmarking einbezogen werden können.

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 8**

Mit der Motion 12.3245 *Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung* von Nationalrätin Ruth Humbel wurde der Bundesrat damit beauftragt, die nötigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit effiziente Spitäler mit einer guten Qualität im Rahmen der OKP Gewinne planen und gezielt weiter verwenden können<sup>47</sup>. Das Bundesverwaltungsgericht kam in seinem Urteil vom 7. April 2016 zum Schluss, dass auch nach der revidierten Spitalfinanzierung lediglich Effizienzgewinne zulässig sind<sup>48</sup>.

In Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 8 wird nun vorgesehen, dass der vereinbarte oder festgesetzte Tarif tiefer und unter Umständen auch höher sein kann als die Leistungserbringer-individuell kalkulierten Kosten. Liegen die effektiven Kosten eines Spitals unter den schweregradbereinigten Fallkosten bzw. Tageskosten desjenigen Leistungserbringers, welcher den Benchmark bildet, ist die Berücksichtigung von Effizienzgewinnen grundsätzlich bereits bei der Tarifbildung möglich. In diesen Fällen sind keine zusätzlichen, Leistungserbringer-individuellen Zuschläge mehr zulässig.

### **Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 9**

Die Bekanntgabe der Ergebnisse der Tarifbildung gehört im Rahmen der sozialen Krankenversicherung auch zu den Grundsätzen einer Tarifgestaltung. Zur Stärkung der Transparenz ist es unabdingbar, dass auch die Tarife bzw. vorliegend die Basisfallwerte für alle Akteure und v.a. für die Versicherten bzw. Patienten- und Patientinnen niederschwellig öffentlich einsehbar sind und den aktuellsten Gegebenheiten entsprechen. Die Versicherer sind insbesondere als Vertreter der Prämienzahlenden aufgefordert, diese Transparenz gemeinsam sicherzustellen.

---

<sup>47</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20123245>

<sup>48</sup> BVGE 2014/3, E. 2.9.4.4

### **Übergangsbestimmungen der Änderung vom ...**

Mit Bezug auf Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 1 Buchstabe b ist der Effizienzmassstab einheitlich nach der Perzentilwert-Methode festzulegen. Unter Ermöglichung einer Übergangsphase, hat der relevante Benchmarkwert ab dem Tarifjahr 2023 höchstens dem 25. Perzentil aller betroffenen Leistungserbringer zu entsprechen. Damit kann unter anderem auf die gewachsenen Strukturen, den möglichen Strukturveränderungen und deren Zeitbedarf sowie dem Setzen von Anreizen für eine effizientere Leistungserbringung Rechnung getragen werden.

### **III. Inkrafttreten**

Die Bestimmungen sollen am ... in Kraft treten.

# Kostenermittlung und Testat

## I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Im Zentrum stehen der Übergang zur Leistungsfinanzierung sowie die Einführung leistungsbezogener Fallpauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen.

Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen in Form der Änderungen der KVV und der VKL verabschiedet.

Die vorliegenden Änderungen der VKL stellen eine Konkretisierung der Anforderung an die Kostenermittlung und Leistungserfassung im Sinne der VKL dar, deren Ermächtigung sich insbesondere aus Artikel 49 Absatz 7 KVG in Verbindung mit Artikel 96 KVG ergibt.

Aufgrund von Artikel 49 Absatz 7 KVG sind die Spitäler verpflichtet, eine Kostenrechnung sowie eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode zu führen. Die Rechnungslegung der Spitäler hat nach einheitlichen Regeln zu erfolgen, damit sich die einzelnen ausgewiesenen Kosten auf eine einheitliche Grundlage beziehen und Vergleiche statthaft sind. Die von den Spitalern nach einheitlicher Methode ausgewiesenen Kosten bilden zudem eine Grundlage für die Tarifverhandlungen.

## II. Änderung der Verordnung

### 1. VKL Testat

#### 1.1 Geltende Regelung

Rechnungslegungs- bzw. Tarifierleitungsmodelle wie REKOLE und ITAR\_K (Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis) als Handbücher zeigen die Erarbeitung der Kostenrechnung wesentlich ausführlicher bzw. detaillierter auf als die Bestimmungen im Rahmen der VKL. Deren Anwendbarkeit wird grundsätzlich nicht in Frage gestellt. Trotzdem gilt, dass für die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital, Geburtshaus und Pflegeheimbereich ausschliesslich die Bestimmungen der VKL rechtlich verbindlich sind.

Weil aus ihrer Sicht die Regelungen zur Einsichtnahme zu weit gingen, haben die Kantone und die Leistungserbringer bereits anlässlich der Arbeiten zur Einführung der VKL vorgeschlagen, die Richtigkeit der Kostenrechnung von einer Drittstelle bestätigen zu lassen und die Einsichtnahme detailliert zu regeln und abzugrenzen. Dieser Vorschlag wurde damals nicht in die VKL übernommen, da es im Interesse des erfolgreichen Abschlusses von Tarifverhandlungen sein sollte, dass die Leistungserbringer ihre Kosten soweit ausweisen, bis die Krankenversicherer von den Grundlagen des Tarifs überzeugt seien und ein Vertrag geschlossen werden könne. Ausserdem wurde befürchtet, dass die von den Kantonen vorgeschlagene Revisionsstelle die Anwendung der Gesetzesbestimmung (Art. 49 Abs. 6 KVG) einengen würde.

#### 1.2. Vorgesehene Änderung

Für die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Spital, Geburtshaus und Pflegeheimbereich sind die Bestimmungen der VKL rechtlich verbindlich. Entsprechend soll die VKL für die Spitäler und Geburtshäuser um die Vorgabe einer Bestätigung der externen Revisionsstelle (VKL-Testat) erweitert werden. In dieser Bestätigung soll festgehalten werden, dass das vom betreffenden Spital oder Geburtshaus gewählte Rechnungslegungsmodell resp. die bereitzustellende Kostenrechnung nicht von den Bestimmungen der VKL abweichen. Das VKL-Testat soll nicht anstelle der Einsichtnahme gemäss Artikel 15 VKL treten, sondern Teil der Anforderungen an die Kostenrechnung im Sinne von Artikel 9 VKL sein. Das VKL-Testat soll für und ab dem Kostenrechnungsjahr 2019 zwingend bereitgestellt werden.

## **2. Schweregradbereinigte Fall- resp. Tageskosten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG**

Gestützt auf Artikel 49 Absatz 1 KVG soll die generelle Orientierungsbasis für die anschliessende spitalindividuelle Preisfindung mittels einem Benchmark definiert werden, welcher grundsätzlich kostenbasiert zu erfolgen hat. Die Voraussetzung für die Ermittlung eines Benchmarkwerts ist eine einheitliche Herleitung der benchmarkrelevanten Fallkosten vorderhand im akutstationären SwissDRG-Bereich. Diese schweregradbereinigten bzw. Case Mix Index (CMI)-bereinigten Fallkosten sind unter anderem auch Bestandteil der Publikation der Betriebsvergleiche nach Artikel 49 Absatz 8 KVG. Im Allgemeinen hat das Bundesverwaltungsgericht festgehalten, dass die Anwendung der Rechnungslegungs- bzw. Tarifierleitungsmodelle REKOLE und ITAR\_K von H+ Die Spitäler der Schweiz, aufgrund deren Bedeutung und Verbreitung grundsätzlich nicht in Frage zu stellen sind.<sup>49</sup> Die Kostenträgerrechnungen der Leistungserbringer sollten die notwendigen schweregradbereinigten Fallkosten ausweisen.

Für die neuen gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen, die auf schweregrad abhängigen Tagespauschalen beruhen wie im Bereich der stationären Psychiatrie und künftig voraussichtlich im Bereich der stationären Rehabilitation, hat die Herleitung ebenfalls einheitlich und grundsätzlich analog zu den Fallkosten zu geschehen. Dadurch ergeben sich Day Mix Index (DMI)-bereinigte Tageskosten als Angabe über den durchschnittlichen Schweregrad der Fälle in einem Spital. Im Rahmen der Tarifverhandlungen und Genehmigung bzw. Festsetzung der Tarife sollte eine einheitliche Herleitung der schweregradbereinigten Fall- resp. Tageskosten überprüft werden. Die Vorgaben bezüglich Herleitungsschritte orientieren sich grundsätzlich an dem bisher bekannten Vorgehen der Kantone in der Kompetenz als Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde und dem Vorgehen der Preisüberwachung. Artikel 10a<sup>bis</sup> VKL hält neu eine einheitliche Vorgehensweise zur Herleitung fest.

### **III. Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen**

#### **Artikel 9 Absatz 5<sup>bis</sup> zweiter Satz**

Die neu vorgesehene Bestätigung der externen Revisionsstelle (sog. VKL-Testat) soll festhalten, dass das vom betreffenden Spital gewählte Rechnungslegungsmodell resp. die bereitzustellende Kostenrechnung nicht von den Bestimmungen der VKL abweicht.

#### **Artikel 10a<sup>bis</sup> Herleitung der schweregradbereinigten Kosten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG**

Die Bestimmungen übernehmen weitgehend die von den Kantonen und der Preisüberwachung ausgearbeiteten Herleitungsschritte. Bei der Vergütung mittels schweregradabhängigen Tagespauschalen erfolgt die Herleitung für schweregradbereinigte Tageskosten grundsätzlich analog.

Absatz 1 weist zusätzlich darauf hin, dass allfällige Zuschläge für Debitorenverluste nicht zu berücksichtigen sind (Art. 64a KVG und Art. 42 Abs. 2 KVG).

Buchstabe a enthält eine nicht abschliessende Aufzählung von Leistungen, deren Kosten nicht durch die OKP zu vergüten sind, falls sie dennoch auf den baseraterrelevanten Kostenträgern geführt wurden wie die gemeinwirtschaftlichen Leistungen. So sind beispielsweise Kosten für Sicherheitspersonal bei der Herleitung der schweregradbereinigten Kosten abzuziehen. Die Aufrechterhaltung der Sicherheit stellt grundsätzlich eine Aufgabe der Gemeinden oder der Kantone dar, deren Kosten nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden können. Eine Ausnahme bildet beispielsweise die stationäre Behandlung in der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie im Zusammenhang mit gewaltbereiten Patienten.

Weiter abzuziehen sind die Kosten für Public Relations und Marketing, welche der Leistungserbringer freiwillig erbringt und durch diesen selber zu tragen sind. Davon ausgenommen sind die Publikationen von Qualitätsindikatoren (z.B. BAG, ANQ) oder der schweregradbereinigten Fallkosten.

---

<sup>49</sup> C-1698/2013, E. 3.4.3

Absatz 2 präzisiert zudem, dass die Verzinsung des betriebsnotwendigen Umlaufvermögens aufgrund der bisher bekannten Regelung angewendet wird. Die Formel zur Berechnung lautet: Zinskosten = Jahresdurschnittrendite eidg. Obligationen, Laufzeit 10 Jahre x 40/365. Dabei ist jeweils mit dem aktuellsten verfügbaren Jahreszinssatz gemäss den Angaben der Schweizerischen Nationalbank (SNB) zu rechnen.

#### **IV. Inkrafttreten**

Die Bestimmungen sollen am ... in Kraft treten.



# Kostenvergütung im Spital durch die Unfallversicherung

## I. Ausgangslage

Die Zusammenarbeit und die Tarife werden in der obligatorischen Unfallversicherung in Form von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern festgelegt; es gilt das sogenannte Vertragsprimat (Art. 56 Abs. 1 UVG). Dies bedeutet, dass die Unfallversicherer im Rahmen der Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung bestimmen, mit welchen Spitälern sie einen Tarifvertrag eingehen und welche Spitäler sie damit als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Unfallversicherung anerkennen. Die in Artikel 10 Absatz 2 UVG erwähnte freie Spitalwahl der versicherten Person ist nicht unbeschränkt, sondern bezieht sich auf den Kreis der Vertragsspitäler der Unfallfallversicherer. So legt Artikel 15 Absatz 1 UVV fest, dass die versicherte Person Anspruch auf die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals hat, mit dem ein Tarifvertrag abgeschlossen wurde. Weiter basiert die obligatorische Unfallversicherung auf dem Naturalleistungsprinzip. Dieses besagt, dass der Versicherer der versicherten Person eine umfassende, wirtschaftliche, zweckmässige und wirksame Behandlung gewährt. Die medizinische Leistung wird vom Versicherer in Auftrag gegeben und stellt eine Sachleistung des Versicherers dar, was ihm erlaubt, Einfluss auf den Ablauf sowie die Entwicklung von Behandlungen und medizinischen Massnahmen zu nehmen. Auf der anderen Seite ist der Versicherer Schuldner des Leistungserbringers.

Aktuell bestehen in der Praxis Probleme, weil Artikel 15 Absatz 2 UVV zur Analogietaxe unterschiedlich ausgelegt wird. So häufen sich Fälle, wo ohne vorgängige Kostengutsprache des Unfallversicherers Behandlungen in einem Spital ohne Tarifvertrag durchgeführt werden. Das behandelnde Spital stellt dem zuständigen Versicherer alsdann Rechnung und beruft sich dabei auf die Regelung zur Analogietaxe und beansprucht die gleiche Entschädigung wie das nächstgelegene Vertragsspital. Bei der Durchführung einer Behandlung in einem Nichtvertragsspital ohne vorgängige Kostengutsprache gilt jedoch grundsätzlich nicht das Naturalleistungs-, sondern das Kostenvergütungsprinzip. Entsprechend hat das Spital keinen direkten Vergütungsanspruch gegenüber dem Versicherer, sondern lediglich gegenüber der versicherten Person. Zudem kann es nicht ohne weiteres den gleichen Tarif beanspruchen wie das nächstgelegene Vertragsspital.

## II. Änderung von Artikel 15 Absatz 2 UVV

In der obligatorischen Unfallversicherung gilt keine unbeschränkte freie Spitalwahl. Eine solche hätte zur Folge, dass die Versicherer die Behandlung in allen Spitälern entschädigen müssten und nicht nur in denjenigen, mit denen sie einen Zusammenarbeits- und Tarifvertrag abgeschlossen haben, wie dies im Gesetz (Art. 56 Abs. 1 UVG) sowie in der Verordnung (Art. 68 Abs. 3 UVV) vorgesehen ist. Die für das Unfallversicherungsrecht fundamentalen Grundsätze des Vertragsprimats und des Naturalleistungsprinzips würden vollständig unterlaufen, wenn die vertragslose Institution zwar keine vertraglichen Pflichten einhalten müsste, aber aufgrund der Analogietaxe dennoch eine tarifarische Vergütung wie ein Vertragsspital beanspruchen könnte. Das Interesse der Spitäler mit der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) Verträge einzugehen wäre gering, da in jedem Fall unfallversicherte Patienten behandelt werden könnten. Dabei würden die Versicherer den Einfluss im Rahmen des Naturalleistungsprinzips auf die Leistungserbringer verlieren; zudem könnten sie ihre Zahlungsverpflichtung gemäss Tarif nicht länger davon abhängig machen, dass die Leistungen den Erfordernissen von Zweckmässigkeit (Art. 48 UVG) und Wirtschaftlichkeit (Art. 54 UVG) genügen und dass die Qualität sichergestellt wird.

Um zu präzisieren, dass sich die unfallversicherten Patienten grundsätzlich in einem Vertragsspital behandeln lassen müssen und dass lediglich aus medizinischen Gründen von diesem Grundsatz abgewichen werden kann, muss Artikel 15 Absatz 2 UVV entsprechend präzisiert werden. Im neuen Artikel 15 Absatz 2<sup>bis</sup> UVV wird der Begriff der medizinischen Gründe definiert. Eine Ausnahme von der Behandlung in einem Vertragsspital ist demnach ausdrücklich nur in einer medizinischen Notfallsituation und beim Fehlen des medizinischen Versorgungsangebots zulässig.

### **III. Inkrafttreten**

Die Bestimmungen sollen am ... in Kraft treten.