



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

## **Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)**

Änderungen per 1. Januar 2009

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

## **I. Allgemeiner Teil: Ausgangslage**

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10, AS 2008 2049) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Die Gesetzesrevision soll am 1. Januar 2009 in Kraft treten und hat zur Folge, dass auch die von den beschlossenen Änderungen betroffenen Verordnungen anzupassen sind. Dies sind namentlich die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; 832.104) und die Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31).

An dieser Stelle werden die Vorschläge zur Änderung der VKL unterbreitet. Die Änderungsvorschläge zu den anderen genannten Erlassen werden im Rahmen separater Berichte unterbreitet.

## **II. Revision der Verordnung**

Aufgrund von Artikel 49 Absatz 7 des Gesetzes sind die Spitäler verpflichtet, nach einheitlicher Methode eine Kostenrechnung sowie eine Leistungsstatistik zu führen. Die Rechnungslegung der Spitäler hat nach einheitlichen Regeln zu erfolgen, damit sich die von den einzelnen ausgewiesenen Kosten auf eine einheitliche Grundlage beziehen und Vergleiche statthaft sind. Vorrangiges Ziel der VKL war bis anhin die Schaffung von Transparenz. Die von den Spitälern nach einheitlicher Methode ausgewiesenen Kosten bilden zudem eine Grundlage für die Tarifverhandlungen. In diesen Rahmen erfolgt die Wertung der von den Spitälern ausgewiesenen Kosten. Namentlich wird beurteilt, ob die von den Spitälern ausgewiesenen Betriebs- und Investitionskosten dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen.

### **1. Geltungsbereich**

Die Geburtshäuser werden neu als Leistungserbringer im Gesetz aufgeführt (Art. 35 Abs. 2 Bst. i und 39 Abs. 3). Sie unterliegen in Bezug auf die Spitalplanung den gleichen Vorschriften wie die Spitäler und Pflegeheime, in Bezug auf die Vergütung der Leistungen sind die gleichen Regeln anwendbar, die für die Spitäler gelten. Es ist sachlogisch, dass für die Geburtshäuser ebenfalls die Verordnungsbestimmungen, welche für die Spitäler und die Pflegeheime in Bezug auf die Kostenermittlung und Leistungserfassung gelten, anwendbar sind.

### **2. Investitionen**

Bis anhin wurde der Begriff der Investitionen in Artikel 49 Absatz 1 KVG erwähnt. Die Investitionen stehen in direktem Zusammenhang mit der Neuregelung der Tarifierung der stationären Behandlung im Spital. Nach geltendem Recht sind sie bei der Tarifiermittlung für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler nicht anrechenbar. Mit dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung im Bereich der Spitalfinanzierung fliessen die Investitionen in die Ermittlung der leistungsbezogenen Pauschalen ein. Artikel 49 Absatz 1 KVG wird entsprechend angepasst. In Artikel 49 Absatz 7, der die Grundlage der Kostenermittlung und Leistungserfassung bildet wird explizit auf die Betriebs- und Investitionskosten Bezug genommen.

Die Gesetzesänderung bedingt die Anpassung und Ergänzung der VKL in Bezug auf die Berücksichtigung der Investitionen in der Kostenrechnung. Mit dem Einbezug der Investitionen fliessen normative Komponenten in die Kostenermittlung der Spitäler ein: Je nach Bewertungsmethode, je nach Art und Dauer der Abschreibung sowie je nach den für die Ermittlung der kalkulatorischen Verzinsung gewählten Zinssätzen können für ein und dieselbe Investition unterschiedliche Anlagenutzungskosten ausgewiesen werden. Damit die Investitionskosten für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach einheitlicher Methode ermittelt werden und die Angaben vergleichbar sind, sollen künftig Vorgaben für die Bewertung der Anlagen und die Ermittlung der Anlagenutzungskosten gemacht wer-

den. Vorgaben sind ebenfalls erforderlich, weil die ausgewiesenen Kosten als Grundlage für die Tarifiermittlung herangezogen werden. Mit Vorgaben sollen die Kostenfolgen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung eingegrenzt werden. Im Übrigen wird der Vergleich der Wirtschaftlichkeit der Spitäler erleichtert.

### **3. Streichung des Begriffs „teilstationär“**

Bereits im Rahmen der im Dezember 2003 vom Parlament verworfenen Vorlage zur KVG-Revision sprachen sich die eidgenössischen Räte dafür aus, dass nur noch zwischen ambulanten und stationären Behandlungen unterschieden werden und das Konzept der teilstationären Behandlung im KVG gestrichen werden soll. Der Grund lag darin, dass sich das Konzept der „teilstationären“ Behandlung in der Praxis nicht bewährt hat. Zwar werden teilstationäre Behandlungen durchgeführt. Diese werden jedoch in der überwiegenden Mehrheit wie ambulante Leistungen abgerechnet. Tarife für teilstationäre Behandlungen sind die Ausnahme.

### **4. Forschung und universitäre Lehre als gemeinwirtschaftliche Leistungen**

Mit der im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossenen Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen sollen Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen, insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und die Forschung und universitäre Lehre nicht in die Vergütung der Leistungen einfließen. Dies stellt insofern eine Änderung dar, als bis anhin sämtliche Kosten der Spitäler für Lehre und Forschung als nicht anrechenbare Betriebskosten galten und nicht in die Tarifiermittlung einfließen konnten. Ausgangspunkt für diese Änderung war die in der parlamentarischen Diskussion vertretene Meinung, dass die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie des übrigen akademischen Personals grundsätzlich nicht Sache der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sei. Die Aus- und Weiterbildung des nicht universitären Personals sei Sache der Spitäler und der Schulen.

Die Einführung des Begriffs "universitär" im Zusammenhang mit der Lehre und Forschung macht die Konkretisierung des Begriffs „universitär“ erforderlich. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen der Vorlage zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde der Begriff „universitär“ nicht einheitlich verwendet. Im Sinne der Bildungssystematik als „universitäre Medizinalberufe“ zu bezeichnen sind jene Berufe, die im Bundesgesetz über die Medizinalberufe vom 23. Juni 2006 (MedBG, SR 811.11) geregelt sind. Mit "universitäre Lehre" gemeint sein kann die Ausbildung von Studentinnen und Studenten bis zum Erwerb des eidgenössischen Diplom. Der Begriff der „universitären Lehre“ kann indessen auch die gesamte Aus- und Weiterbildung bis zur Befähigung zur selbständigen Berufsausübung auf Universitätsniveau beinhalten. Auch die Weiterbildung bis zum eidgenössischen Weiterbildungstitel ist im MedBG und in der darauf gestützten Verordnung vom 27. Juni 2007 über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (SR 811.112.0) geregelt. Weil das KVG davon ausgeht, dass nur die Leistungen von fertig ausgebildeten Medizinalpersonen vergütet werden, soll die Definition „universitäre Lehre“ im weiter gefassten Sinne verwendet werden und umfasst somit die Aus- und Weiterbildung bis zum Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

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

### **Art. 1 Abs. 2**

Mit der Zulassung der Geburtshäuser zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gelten im Bezug auf die Kostenermittlung und Leistungserfassung analoge Regeln wie für die Spitäler.

#### **Art. 2 Abs. 1, Bst. a, b, c, d und g**

Weil der Begriff "teilstationär" im Gesetz nicht mehr enthalten ist, die Geburtshäuser indessen als Leistungserbringer aufgenommen sind, sind die Buchstaben a, b und d entsprechend anzupassen. Buchstabe c ist zu streichen. Wegen des Übergangs zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogenen Pauschalen werden die anrechenbaren Kosten im Gesetz nicht mehr erwähnt. Der Verweis ist deshalb in Buchstabe g zu streichen. Buchstabe g wird neu so formuliert, dass sich der Inhalt der Bestimmung auf die von der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen bezieht.

#### **Art. 3**

Für die stationäre Behandlung im Geburtshaus gilt eine zur Behandlung im Spital analoge Definition. Der Artikel muss entsprechend angepasst werden.

#### **Art. 4**

Wegen der Streichung des Begriffs „teilstationär“ im Gesetz ist dieser Artikel aufzuheben.

#### **Art. 5**

Die Definition der stationären Behandlung ist in Artikel 3 der Verordnung bereits heute enthalten. Das Kriterium, damit eine Behandlung im Spital oder im Geburtshaus als stationär qualifiziert wird, ist der Aufenthalt von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte bei Überweisungen in ein anderes Spital und vom Geburtshaus in ein Spital und bei Todesfällen gelten als stationäre Behandlung.

Alle Behandlungen, welche diese Anforderungen nicht erfüllen, gelten als ambulant. So gelten die bis anhin dem teilstationären Bereich zugeschlagenen wiederholten Aufenthalte in einer Tages- oder Nachtambulanz als ambulante Leistungen.

#### **Art. 6**

Die Langzeitbehandlung nach Artikel 49 KVG ist neu in dessen Absatz 4 genannt. Der Verweis ist daher anzupassen.

#### **Art. 7 Abs. 1, 1bis, 1ter und 2**

Wie oben unter Ziffer 4 erwähnt, wird der im Gesetz neu eingeführte Begriff „universitäre Lehre“ im weiter gefassten Sinne definiert. Er umfasst die Aus- und Weiterbildung von Medizinalpersonen, deren Berufsausbildung im MedBG geregelt ist, bis zum Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels. Die Regelung der universitären Medizinalberufe im MedBG ist abschliessend. Nicht unter den Begriff „universitär“ fällt somit die Aus- und Weiterbildung in Medizinalberufen, welche an einer Fachhochschule erfolgt.

Die Bestimmung über die Forschung wird an die Änderung der Gesetzgebung angepasst, welche die Forschung und universitäre Lehre neu in Artikel 49 Absatz 3 KVG regelt.

#### **Art. 8**

Neu werden die Investitionskosten in Artikel 49 Absatz 7 KVG genannt. Die Leistungsaufträge werden in Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e genannt. Die Verweise sind daher anzupassen. Als Investitionen gelten Anlagen zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Da in der deutschen Fassung von Anlagen gesprochen wird, was im Französischen dem Begriff „immobilisations“ und im Italienischen „immobilizzazioni“ entspricht, wurde dieser Begriff in der französischen und der italienischen Fassung wo nötig übernommen, so dass die Fassungen kohärent sind.

Mit der neuen gesetzlichen Regelung werden die Kosten von Kaufgeschäften sowie von Miet- und Abzahlungsgeschäften in die Tarifiermittlung einbezogen. Die Kosten der Nutzung von Anlagen – diese kann auf der Grundlage von Miet- und Abzahlungsgeschäften beruhen – sind nach Absatz 2 sepa-

rat auszuweisen. Damit soll sichergestellt werden, dass zum Beispiel unter dem Titel Miete nicht Kosten geltend gemacht werden können, die wesentlich höher ausfallen, als wenn der betroffene Sachgegenstand käuflich erworben worden wäre.

#### **Art. 9**

Wie die Spitäler und Pflegeheime haben auch die Geburtshäuser eine Kostenrechnung zu führen. Diese berücksichtigt den Leistungsbereich der Geburtshäuser.

#### **Art. 10 Abs. 1, 2, 3 und 5**

Wie die Spitäler müssen auch die Geburtshäuser eine Finanzbuchhaltung und eine Anlagebuchhaltung führen.

Seit dem Erlass der Verordnung sind die in Absatz 1 erwähnten Kostenrechnungsgrundlagen überarbeitet und weiter entwickelt worden. Der Verweis auf die Version des Kostenrahmens von H+ von 1999 wird deshalb gestrichen. Als inhaltlicher Ersatz wird Absatz 3 eingeführt.

Absatz 2 muss leicht angepasst werden. Nicht mehr die Nomenklatur des Leistungsangebots ist massgebend, sondern jene der Krankenhausstatistik, deren Erstellung im Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 1993 (SR 431.012.1) verankert ist.

Absatz 3 hält fest, dass die Spitäler und Geburtshäuser eine Lohnbuchhaltung führen müssen. Damit soll sichergestellt werden, dass Lohnausgaben der Spitäler den verschiedenen Personalkategorien zugeordnet werden können, was im aktuellen Kontenrahmen von H+ nicht mehr der Fall ist.

Die vormalig in Absatz 3 enthaltene Bestimmung, über den Frankenbetrag des Anschaffungswertes, ab dem eine Investition in der Anlagebuchhaltung zu erfassen ist, wird angepasst und in Absatz 5 verankert. Die Anhebung der Grenze von 3'000 auf 10'000 Franken stellt in erster Linie eine administrative Erleichterung für die Spitäler dar. Im Interesse der Spitäler erscheint dies sachdienlich, da Kleininvestitionen nicht mehr in der Anlagebuchhaltung aufgeführt werden müssen.

#### **Art. 10a**

Mit dem Einbezug der Investitionen in die leistungsbezogenen Pauschalen fliesst eine normative Komponente in die Kostenrechnung ein. Damit die Vergleichbarkeit der von den Spitälern zuhanden der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgewiesenen Kosten gewährleistet ist, muss die Verordnung Vorgaben zur einheitlichen Bewertung der Investitionen, deren Abschreibung und die kalkulatorischen Zinsen liefern. Dies bedeutet in einem gewissen Sinn ein Abrücken von der Funktion der VKL, die bis anhin die externe Rechnungslegung der Spitäler für ihre Tätigkeit im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regelte.

In Absatz 1 Buchstaben a – j ist festgehalten welche Informationen die Anlagebuchhaltung einer Institution beinhalten muss. Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung relevant sind die Anschaffungswerte der Anlagen. Das investierte Anlagekapital wird kalkulatorisch verzinst, nicht jedoch das Umlaufkapital. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann nicht den Wiederbeschaffungswert der Anlagen berücksichtigen, weil dieser auf Schätzungen beruht.

Absatz 2 legt fest, dass als betriebsnotwendige Anlagen jene Anlagen gelten, welche zur Erfüllung des Leistungsauftrags erforderlich sind. Anlagen für Nebenbetriebe (Cafeteria, Schule usw.) gelten zum Beispiel nicht als betriebsnotwendig und ebenfalls die im Zusammenhang mit der Erfüllung des Leistungsauftrags nicht notwendigen Anteile an Grundstücken.

Absatz 3 hält fest, dass die Anlagen innerhalb eines einheitlichen Zeitraums auf Null abgeschrieben werden. Je Anlagekategorie wird von den Spitälern eine einheitliche Nutzungsdauer festgelegt.

Absatz 4 hält fest, dass die kalkulatorischen Zinsen nach der Methode der Durchschnittswertverzinsung berechnet werden, das heisst vom halben Ausgangswert. Damit sind die kalkulatorischen Zinsen im Laufe der Zeit konstant. Die Alternative wäre die Berechnung des kalkulatorischen Zinses auf dem Restwert der Anlage am Ende der jeweiligen Abrechnungsperiode. Die letztere Methode hat den Nachteil, dass der kalkulatorische Zins im Laufe der Zeit mit dem Restwert abnimmt und in der Kostenrechnung sinkende Kosten ausgewiesen werden, obwohl sich die Infrastruktur nicht geändert hat. Der kalkulatorische Zinssatz wird auf der Basis des durchschnittlichen Kapitalkostensatzes (gewichte-

ter Durchschnitt zwischen Eigen- und Fremdkapitaleinsatz) festgelegt. Er besteht aus zwei Komponenten. Die erste ist der risikolose Zinssatz, für den die durchschnittliche Rendite von Bundesobligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren während der letzten 60 Monate herangezogen wird. Die zweite ist die risikogerechte Entschädigung für den Spitalbereich. Diese ist als relativ stabil zu betrachten. Der kalkulatorische Zinssatz wird auf der Basis des durchschnittlichen Kapitalkostensatzes (gewichteter Durchschnitt zwischen Eigen- und Fremdkapitaleinsatz) festgelegt aufgrund folgender Parameter

- Eigenkapitalkosten: 6.65 %
- Fremdkapitalkosten: 3.15 %
- Eigenkapitalquote: 15 %
- Risikoloser Zinssatz per Juli 2008: 2.65%

Der kalkulatorische Zinssatz wird auf 3.7 Prozent festgelegt. Er wird vom Bundesrat periodisch überprüft. Bei einer erheblichen Veränderung eines Parameters oder mehrerer Parameter kann der Bundesrat die Anpassung des Zinssatzes beschliessen.

#### **Art. 12 Abs. 1, Art. 13 Abs. 3, Art. 15**

Die Anforderungen müssen analog auch von den Geburtshäusern erfüllt werden.

#### **Art. 16**

Die Bestimmung kann aufgehoben werden. Zur Untersuchung des Erreichens der mit dem Erlass der Verordnung angestrebten Ziele wurde im Jahr 2006 eine Projektgruppe gebildet und dem Institut de santé et d'économie (ISE), Ecublens, der Auftrag zur Erstellung einer Wirkungsanalyse erteilt. Die Experten kamen zum Schluss, dass die Umsetzung der VKL gut verläuft und dass die Verordnung zur Implementierung von leistungsfähigeren Instrumenten für die Kostenermittlung und die Leistungserfassung, insbesondere der Kostenträgerrechnung, beigetragen hat. In den Pflegeheimen sei aber die Umsetzung weniger vorangekommen als in den Spitälern. Der Expertenbericht des ISE vom März 2008 wird veröffentlicht, sobald der Bundesrat davon Kenntnis genommen hat.

#### *Schlussbestimmungen*

Eine im Jahr 2006 von der Firma KELLER Unternehmensberatung, Baden, durchgeführte nicht publizierte Untersuchung bei öffentlichen und Privatspitälern in verschiedenen Kantonen hat ergeben, dass einerseits der Investitionsstand der Spitäler unterschiedlich ist und dass andererseits die Anlagebuchhaltung der Spitäler grosse Unterschiede in Bezug auf die Vollständigkeit der erfassten Investitionen sowie in Bezug auf deren Bewertung aufweist. Weil mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung die Investitionen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung an Bedeutung gewinnen,, muss der Grundsatz der einheitlichen Kostenermittlung, welche für die Betriebskosten gültig ist, auf die Investitionen und deren Nutzung ausgedehnt werden.

Absatz 1 hält fest, dass im Zeitpunkt des Übergangs die Nutzungskosten jener Anlagen in die Kostenermittlung einfließen sollen, die in der Anlagebuchhaltung eines Spitals oder Geburtshauses erfasst sind und für die der aktuelle Buchwert vorliegt. Im Hinblick auf die Erarbeitung der Tarifstrukturen sollen verlässliche Angaben über die Betriebs- und Investitionskosten bereitgestellt werden. Namentlich soll sichergestellt werden, dass bereits abgeschriebene Anlagen nicht nochmals abgeschrieben werden. Damit wird verhindert, dass die von den Spitälern ausgewiesenen Kosten überhöht werden und so beim Übergang zu den einheitlichen Tarifstrukturen zu hohe Kosten in die Berechnungen einfließen. Unabhängig davon, ob ein bestimmtes Spital seine Investitionskosten ausweisen kann oder nicht hat es im neuen Finanzierungsregime Anspruch auf die Entschädigung des in der Tarifstruktur enthaltenen Anlagenutzungskostenanteils. Mit welchem Frankenbetrag eine Leistung schliesslich abgegolten wird, vereinbaren die Tarifpartner in einer zweiten Etappe.

Mit Absatz 2 soll durch den Vergleich zwischen erfasstem aktuellem Buchwert und dem Buchwert der Anlage, welcher von der Anschaffung bis zum Zeitpunkt des Übergangs nach Artikel 10a der Verordnung zustande gekommen wäre, ein Plafond errichtet werden.

Absatz 3 hält fest, dass bei der Ermittlung der Nutzungskosten der beim Übergang zu den leistungsbezogenen Pauschalen noch nicht vollständig abgeschriebenen Anlagen dieselben Regeln gelten sollen, welche aufgrund der VKL auch in Bezug auf die neu getätigten Investitionen Gültigkeit haben.

Die kalkulatorischen Zinsen werden während der Übergangsphase vom halben Buchwert zum Zeitpunkt des Übergangs anstatt dem halben Anschaffungswert ermittelt. Denn die Zinsen vom Durchschnittswert berechnet mit dem Anschaffungswert haben nur ihre Berechtigung und Aussagekraft über die vollständige Nutzungsdauer der Anlage. Durch diese Regelung wird verhindert, dass der durchschnittliche kalkulatorische Zins zu hoch ausfällt.