



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

und

Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

(Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern sowie Weiterentwicklung der Planungskriterien)

Inkrafttreten per 1. Januar 2022

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

Bern, 23. Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Allgemeiner Teil	3
1.	<i>Ausgangslage</i>	3
2.	<i>Grundzüge des neuen Zulassungsverfahrens nach KVG und Abgrenzung zur gesundheitspolizeilichen Berufsausübungsbewilligung</i>	4
2.1.	Neues Zulassungsverfahren nach KVG	4
2.2.	Abgrenzung zwischen KVG-Zulassung und gesundheitspolizeilicher Berufsausübungsbewilligung	4
3.	<i>Änderung der KVV</i>	5
3.1	Zulassungsvoraussetzungen	5
3.2	Neue Organisationen von Leistungserbringern	6
3.3	Festlegung von Höchstzahlen	6
3.4	Berücksichtigung des spitalambulanten Bereichs	7
3.5	Anpassung der Planungskriterien des Bundesrates	7
4.	<i>Änderung KLV</i>	8
II.	Besonderer Teil	10
1.	<i>Zulassungsvoraussetzungen</i>	10
2.	<i>Planung: Anpassung der Kriterien des Bundesrates</i>	14
3.	<i>Qualitätsanforderungen</i>	24
4.	<i>Übergangsbestimmung</i>	26
III.	Inkrafttreten	27
IV.	Kostenvergütung im Spital durch die Unfallversicherung	27
1.	<i>Ausgangslage</i>	27
2.	<i>Änderung von Artikel 15 Absatz 2 UVV</i>	28
3.	<i>Inkrafttreten</i>	28

I. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

Zulassung

Am 19. Juni 2020 hat das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) betreffend Zulassung von Leistungserbringern (18.047) verabschiedet. Mit der Neuregelung auf drei Interventionsebenen sollen zum einen die Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt werden, welche die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Leistungserbringer erfüllen müssen. Zum andern wird den Kantonen ein wirksameres Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitgestellt.

Das Parlament hat mit der KVG-Änderung ein neues Modell für die Neuzulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich gewählt. Neu wird ein formelles Zulassungsverfahren für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich eingeführt, welches unter der Aufsicht der Kantone steht. Ebenso hat der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen für die Ärztinnen und Ärzte angepasst. Die Zulassungsvoraussetzungen der restlichen Leistungserbringer im ambulanten Bereich betreffend der Ausbildung, der Weiterbildung und der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen sind durch den Bundesrat festzulegen. Zudem erachtete das Parlament es als notwendig, dass in Zukunft ein Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen wird. Weiter hat der Gesetzgeber eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte in Artikel 55a KVG geschaffen. So müssen die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Der Bundesrat muss dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen.

Die vorliegenden Erläuterungen betreffen das formelle Zulassungsverfahren und die anzupassenden Zulassungsvoraussetzungen.

Planung

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des KVG 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^{ter} 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 Kraft¹. Aufgrund der im Planungsbereich entwickelten Instrumente und der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts wurden die Planungskriterien überprüft und eine Änderung der KVV erarbeitet. Damit sind die aktualisierten Mindestanforderungen transparent in der KVV festgehalten. Die Planungskriterien sollen den Kantonen erlauben, eine gesetzeskonforme Planung zu erstellen. Sie beziehen sich sowohl auf die von einzelnen Kantonen als auch auf die von mehreren Kantonen gemeinsam erstellen Planungen, einschliesslich die gesamtschweizerische Planung für den Bereich der HSM (Art. 39 Abs. 2bis).

¹ Änderung vom 22. Oktober 2008, Kommentar KVV, unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte1.html#149748005>

2. Grundzüge des neuen Zulassungsverfahrens nach KVG und Abgrenzung zur gesundheitspolizeilichen Berufsausübungsbewilligung

2.1. Neues Zulassungsverfahren nach KVG

Die Änderung vom 19. Juni 2020 des KVG sieht vor, dass die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG nur zulasten der OKP tätig sein dürfen, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird (Art. 36 KVG). Diese Änderung beinhaltet demnach ein formelles Zulassungsverfahren. Künftig befinden die Kantone über die Zulassungsgesuche der Leistungserbringer. Das heisst, erst nachdem der zuständige Kanton überprüft hat, ob die jeweiligen Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a und 37 KVG erfüllt sind, erteilt er dem jeweiligen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP (BBI 2018 3169). In Bezug auf die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, bleiben die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte (Art. 55a KVG) vorbehalten. Zudem kommen den Kantonen im Bereich der Zulassung Aufsichts Kompetenzen zu (Art. 38 KVG).

Das Zulassungsverfahren zur Tätigkeit zulasten der OKP ist ein verwaltungsrechtliches Verfahren und erfolgt nach dem jeweiligen kantonalen öffentlichen Verfahrensrecht. Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG, die nach erfolgter Zulassung ihre Tätigkeit zulasten der OKP in einem anderen oder in mehreren Kantonen ausüben wollen, müssen in jedem dieser Kantone ein entsprechendes Zulassungsgesuch stellen (BBI 2018 3125). Die Kantone haben die Möglichkeit, eine zeitlich befristete Zulassung für die Tätigkeit zulasten der OKP zu erteilen. Die neuen Bestimmungen gelten zudem nur für neue Zulassungsgesuche, nicht jedoch für bereits erteilte Zulassungen. Schliesslich können die Kantone auf der Grundlage ihrer kantonalen Bestimmungen für das Zulassungsverfahren Gebühren erheben.

Lehnt der Kanton ein Zulassungsgesuch ab, so kann die Ablehnung beim kantonalen Gericht vom Antragsteller angefochten werden. Gegen dessen Entscheid kann gestützt auf Artikel 86 Absatz 2 in Verbindung mit Artikel 82 Buchstabe a des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG; SR 173.110) Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht eingereicht werden.

2.2. Abgrenzung zwischen KVG-Zulassung und gesundheitspolizeilicher Berufsausübungsbewilligung

Das Verfahren zur Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP ist nicht zu verwechseln mit dem Verfahren zur gesundheitspolizeilichen Berufsausübungsbewilligung, die für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorkinnen und Chiropraktoren nach dem Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11) und für andere Berufe nach dem Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (GesBG; SR 811.21), nach dem Bundesgesetz vom 18. März 2011 über die Psychologieberufe (PsyG; SR 935.81) beziehungsweise nach kantonalem Gesundheitsrecht erteilt wird. Gesundheitspolizeiliche Berufsausübungsbewilligungen dienen im Interesse der öffentlichen Gesundheit beziehungsweise dem Schutz der Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Daher bedarf es für die Ausübung eines universitären Medizinalberufs, der Psychotherapie oder eines Gesundheitsberufs in eigener fachlicher Verantwortung einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird (Art. 34 MedBG, Art. 22 PsyG, Art. 11 GesBG). Merkmal der eigenen fachlichen Verantwortung ist, dass der Beruf weder weisungsgebunden noch unter fachlicher Aufsicht ausgeübt wird. Die Bewilligungspflicht gilt demnach sowohl für Personen, die sozialversicherungsrechtlich selbständig (bspw. in der eigenen Praxis) tätig sind als auch für Personen, die beispielsweise in einer Gemeinschaftspraxis in der Rechtsform einer GmbH oder Aktiengesellschaft im Anstellungsverhältnis tätig sind und ihre Tätigkeit fachlich selbständig ausüben. Die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP dient hingegen der Abrechnungsberechtigung. Diese Zulassung dient einerseits der Bestimmung der Leistungserbringer, die für ihre Tätigkeit im Rahmen der

OKP Rechnung stellen dürfen, und andererseits der Bestimmung der Leistungserbringer, die auch gegenüber der Krankenversicherung für die erbrachte Leistung die Verantwortung tragen. Das heisst, ein zugelassener Leistungserbringer ist demnach berechtigt, für seine medizinischen Leistungen im Rahmen der OKP Rechnung zu stellen. Dabei trägt er gegenüber der OKP die Verantwortung, die Leistungen in der erforderlichen Qualität und nach den Regeln des KVG und dessen Nebenerlassen zu erbringen. In diesem Sinne haben solche Leistungserbringer Rechtspersönlichkeit vorauszusetzen. Bei der Kategorie von Leistungserbringern nach KVG, die direkt zulasten der OKP tätig sein können (Art. 35 Abs. 2 Bst. a-d KVG) und jene, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen (Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG), handelt es sich um natürliche Personen, die für die zulasten der OKP erbrachten Leistungen verantwortlich und abrechnungsberechtigt sind. Angestellte universitäre Medizinalpersonen, nicht-universitäre Gesundheitsfachpersonen oder Personen der Psychologie sind keine Leistungserbringer im Sinne des KVG. Sie können zwar in ambulanten Einrichtungen beziehungsweise in den entsprechenden Organisationen in einem Anstellungsverhältnis Dienstleistungen erbringen, der verantwortliche und abrechnungsberechtigte Leistungserbringer ist jedoch immer die ambulante Einrichtung beziehungsweise die Organisation als juristische Person.

3. Änderung der KVV

3.1 Zulassungsvoraussetzungen

Nach Artikel 36a Absatz 1 KVG legt der Bundesrat die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG fest. Betroffen sind Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen, die der ambulanten Pflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, Zahnärztinnen und Zahnärzte (für die Leistungen zulasten der OKP), Apothekerinnen und Apotheker, Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren, Hebammen und die übrigen Leistungserbringer, die auf ärztliche Anordnung Leistungen erbringen (Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Logopädinnen und Logopäden, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten², Podologinnen und Podologen³) und die Organisation, die sie beschäftigen, Laboratorien, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, sowie Transport- und Rettungsunternehmen.

Diese Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden. Sie sind in der KVV festzulegen. Nach Artikel 36a Absatz 2 KVG umfassen sie je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen.

Artikel 37 KVG sieht besondere Voraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vor, zu denen die Sprachkenntnisse gehören.

Die bisher teils in den Artikeln 36, 36a und 37 KVG festgelegten Zulassungsvoraussetzungen betreffend Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker für die Tätigkeit zulasten der OKP überschneiden

² An seiner Sitzung vom 19. März 2021 hat der Bundesrat entschieden, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab 1. Juli 2022 auf ärztliche Anordnung selbständig zulasten der OKP tätig sein können. Die entsprechenden Anpassungen der KVV und KLV werden mit dieser Revision überschrieben. Die Erläuterungen zu den Anpassungen der KVV und KLV sind hier ersichtlich: www.bag.admin.ch > Bundesamt für Gesundheit BAG > Versicherungen > Krankenversicherung > Abgeschlossene Neuerungen und Revisionen > Psychologische Psychotherapie.

³ An seiner Sitzung vom 26. Mai 2021 hat der Bundesrat entschieden, dass Podologinnen und Podologen betreffend medizinische Fusspflege bei Personen mit Diabetes ab 1. Januar 2022 auf ärztliche Anordnung selbständig zulasten der OKP tätig sein können. Die entsprechenden Anpassungen der KVV und KLV werden mit dieser Revision überschrieben. Die Erläuterungen zu den Anpassungen der KVV und KLV sind hier ersichtlich: www.bag.admin.ch > Bundesamt für Gesundheit BAG > Versicherungen > Krankenversicherung > Abgeschlossene Neuerungen und Revisionen > Podologie.

sich mit den Bestimmungen zur Ausbildung im MedBG. Sie wurden deshalb aus dem KVG gestrichen und werden wie für die übrigen zulasten der OKP tätigen Leistungserbringer in die KVV aufgenommen.

Bei den anderen Leistungserbringern des ambulanten Bereichs werden grundsätzlich die bestehenden Bestimmungen in der KVV übernommen und wo nötig angepasst. Die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung werden für alle zugelassenen Leistungserbringer neu festgelegt (Art. 58g KVV). Zudem müssen alle Leistungserbringerkategorien, die direkt zulasten der OKP tätig sein können (Art. 35 Abs. 2 Bst. a-d KVG) und jene, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin selbständig und auf eigene Rechnung Leistungen erbringen (Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG), über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung beziehungsweise nach kantonalem Recht zugelassen sein, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden. Angestellte Ärzte und Ärztinnen in ambulanten Einrichtungen beziehungsweise angestellte universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsfachpersonen in den entsprechenden Organisationen benötigen (mit Ausnahme jener der Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause) ebenfalls eine kantonale Berufsausübungsbewilligung beziehungsweise müssen nach kantonalem Recht zugelassen sein.

Das Vorweisen einer Berufsausübungsbewilligung nach Artikel 34 MedBG, Artikel 22 PsyG beziehungsweise Artikel 11 GesBG als Erfordernis der Zulassung zulasten der OKP gilt hingegen nicht für universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsfachpersonen, die der Meldepflicht nach Artikel 35 MedBG, Artikel 41 PsyG bzw. Artikel 15 GesBG unterstehen. Sie müssen jedoch über eine entsprechende im jeweiligen Register eingetragene Meldung des Kantons verfügen. Die weiteren Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36, 36a und 37 und 55a KVG sind indessen zu erfüllen, damit sie als Leistungserbringer im Sinne des KVG zugelassen werden können.

Die Berufsausübungsbewilligung gibt für sich alleine noch keinen Anspruch, auch zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden. Für die Zulassung können zusätzliche oder andere Voraussetzungen gelten, beispielsweise in Bezug auf das Niveau der Sprachkenntnisse. Vorbehalten bleiben zudem die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte (Art. 55a KVG).

3.2 Neue Organisationen von Leistungserbringern

Neben der Änderung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern wird auch die Aufnahme der Organisationen der Chiropraktik und der Neuropsychologie vorgesehen. Dies aufgrund entsprechender Gesuche des Verbandes der Schweizer Chiropraktikerinnen und Chiropraktoren (chirosuisse) beziehungsweise der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP). Die Aufnahme von Organisationen der Chiropraktik und der Neuropsychologie ist in erster Linie eine strukturelle Frage hinsichtlich der Leistungserbringer. Sie dient nicht dazu, das Volumen der Leistungen zulasten der OKP zu erhöhen. Es ist deshalb nicht mit grösseren Mehrkosten aufgrund dieser Änderung zu rechnen. Vielmehr gelten für in diesen Organisationen beschäftigte Personen die gleichen Voraussetzungen wie für die selbständige Berufsausübung, wie dies bereits für Organisationen anderer Leistungserbringer der Fall ist. Diese Gleichbehandlung ist grundsätzlich gerechtfertigt. Für Organisationen der Chiropraktik werden die Zulassungsvoraussetzungen im neuen Artikel 44a KVV, für Organisationen der Neuropsychologie im ebenfalls neuen Artikel 52d KVV festgelegt.

3.3 Festlegung von Höchstzahlen

Der Gesetzgeber hat den Bundesrat beauftragt, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen (Art. 55a Abs. 2 KVG). Zu diesem Zweck benötigt er auch die vom Bundesamt für Statistik (BFS) zur Verfügung gestellten Daten. Diese Daten werden an das BAG weitergeleitet, welches für die Ausarbeitung dieser Kriterien und methodischen Grundsätze zuständig ist. Die Kantone, die für die Festlegung dieser Höchstzahlen zuständig sind, erhalten diese Daten ebenfalls.

Um die Übermittlung der relevanten Daten zu ermöglichen, muss Artikel 30b KVV entsprechend geändert werden.

3.4 Berücksichtigung des spitalambulanten Bereichs

Gestützt auf Artikel 55a Absatz 1 KVG können die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen beschränken, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen. Wenn er dies vorsieht, dann muss er die Höchstzahl auch auf Ärzte und Ärztinnen beschränken, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals ausüben. Mit dieser Möglichkeit erhält ein Kanton die Möglichkeit, den spitalambulanten Bereich nach den Grundlagen der neuen Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zu regeln und die Anzahl der dort tätigen Ärzte und Ärztinnen (sofern notwendig) zu beschränken.

3.5 Anpassung der Planungskriterien des Bundesrates

Die mit der Revision der Spitalfinanzierung eingeführten Instrumente der Leistungsfinanzierung und der Erweiterung der freien Spitalwahl sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und den Qualitätswettbewerb fördern. Zwecks Ausdehnung der freien Wahl fällt 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 und der Aufenthalt nicht in Folge eines Notfalls erfolgt oder die erforderlichen Leistungen nicht in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital angeboten werden. Ausserdem können die Versicherer nach der Revision der Spitalfinanzierung Verträge über die Vergütung von Leistungen der OKP mit Spitalern 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 Vertragsspitalern 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 und zwecks Stärkung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung 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 Spitallisten 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 Planungen⁴. 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 2013⁵ betrifft insbesondere den Stand der Umsetzung der kantonalen Spitallisten. Der Bericht "Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates" vom 25. Mai 2016, aktualisiert

⁴ Zusammenstellung der Rechtsprechung durch die GDK unter:
<https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/rechtsprechung>

⁵ 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/bundesratsberichte-2006-2015.html>

am 13. September 2019⁶, 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 Expertengruppe erarbeiteten Bericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vom 24. August 2017⁷. 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 Ärzten unter Berücksichtigung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Ausserdem hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) am 25. Mai 2018 die Revision ihrer Empfehlungen zur Spitalplanung aus dem Jahre 2009⁸ 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 für die Akutsomatik⁹ mit rund 150 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 Anpassung der Planungskriterien des Bundesrates sollen die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. 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.

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (AS 2009 3517) erfolgt die Finanzierung der Pflegeleistungen nicht mehr ausschliesslich durch die OKP, sondern auch durch die versicherte Person und den Kanton (Art. 25a KVG). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist den Kantonen gestattet, ihrer Restfinanzierungspflicht der Pflegekosten mit Höchstansätze nachzukommen. Erweisen sich diese Ansätze aber im Einzelfall als nicht kostendeckend, so sind diese aber mit der Regelung der Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG) nicht vereinbar¹⁰. In diesem Zusammenhang ist für die Kantone insbesondere von Bedeutung, dass auf der Pflegeheimliste ausschliesslich die Institutionen aufgenommen werden, die neben der erforderlichen Qualität auch die Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung der Pflegeleistungen gewährleisten müssen.

4. Änderung KLV

Die Änderung der KVV erfordert auch eine Änderung der Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31), um den neuen Kategorien von Leistungserbringern Rechnung zu tragen. Die Organisationen der Chiropraktik und der Neuropsychologie sind in der geltenden KLV nicht aufgeführt. Sie müssen eingefügt werden.

⁶ Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 sowie Aktualisierung vom 13. September 2019, in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013, unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁷ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, S. 34-35, unter <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dokumentation/medienmitteilungen.html.msg-id-68547.html>

⁸ GDK: Empfehlungen zur Spitalplanung, teilweise revidierte Version vom 25. Mai 2018, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>

⁹ GDK: Spitalplanung-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik (SPLG), unter <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

¹⁰ Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018 (9C-446/2017), Erw. 7.4.3.

Des Weiteren muss bei allen aufgeführten Leistungserbringern auf die entsprechende Definition in der KVV verwiesen werden.

Da es sich um technische Änderungen handelt, werden sie hier nicht einzeln erläutert. Für die Leistungen der psychologischen Psychotherapie (Art. 11b KLV) und die Leistungen der Podologie (Art. 11c KLV), vgl. die Fussnoten 2 bzw. 3 in Ziffer 3.1.

II. Besonderer Teil

1. Zulassungsvoraussetzungen

Art. 30b Abs. 1 Bst. a und b Ziff. 3

Absatz 1 Buchstabe a wird mit dem Passus «zur Festlegung der Kriterien und der methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen (Art. 55a Abs. 2 KVG) ergänzt.

Zudem wird in *Absatz 1 Buchstabe b die Ziffer 3* hinzugefügt, damit die Behörden der Kantone die Daten nach Artikel 30 erhalten können, sofern diese für die Festlegung der Höchstzahlen notwendig sind (Art. 55a KVG).

Art. 38 Ärzte und Ärztinnen

Nach *Absatz 1* müssen Ärztinnen und Ärzte, um zugelassen zu werden, über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Arzt oder Ärztin nach Artikel 34 MedBG verfügen (Bst. a) und einen Weiterbildungstitel im Fachgebiet nach MedBG, für das die Zulassung beantragt wird (Bst. b) nachweisen. Diese Voraussetzungen kommen zu den gesetzlichen Anforderungen hinzu, wie zum Beispiel mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben. Eine Zulassung betrifft nur das Fachgebiet, für das sie beantragt wurde. Somit muss eine Ärztin oder ein Arzt mit mehreren Weiterbildungstiteln jeweils für jedes Fachgebiet, in dem Leistungen zulasten der OKP erbracht werden sollen, eine Zulassung beantragen. Mit dieser Änderung gibt es grundsätzlich keine Überschneidungen mehr mit den (bisherigen) Bestimmungen zur Ausbildung.

Hinsichtlich der Einhaltung der geforderten Qualität wird auf Artikel 58g KVV verwiesen (Bst. c), der die Anforderungen an die Qualität nennt, welche die Leistungserbringer für die Zulassung erfüllen müssen. Sie betreffen insbesondere das Personal, die Einrichtung und das Qualitätsmanagement (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Absatz 2 hält fest, dass die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 55a KVG durch die Kantone vorbehalten sind.

Absatz 3 hält fest, welche Sprachkompetenz für die Tätigkeit zulasten der OKP erforderlich sind. Die Medizinalberufverordnung vom 27. Juni 2007 (MedBV; SR 811.112.0) legt hierbei die Modalitäten für die Mindestanforderungen der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung fest und so auch die erforderlichen Sprachkenntnisse, die dem Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen entsprechen. Diesbezüglich wurde in der parlamentarischen Beratung davon ausgegangen, dass der Bundesrat im Ausführungsrecht zur KVG-Revision die Sprachkenntnisse nochmals erhöhen soll. *Absatz 3* nimmt dieses Anliegen auf und definiert als notwendiges Sprachniveau das Referenzniveau C1. Im Rahmen seiner Kompetenzen definiert der Bundesrat zur Sicherung und Förderung der Qualität der OKP-Leistungen Mindestanforderungen und zu erreichende Ziele. Das KVG und seine Verordnungen können daher vom MedBG abweichende Anforderungen vorsehen.

Nach Artikel 37 Absatz 1 KVG muss die Sprachkompetenz mit einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachgewiesen werden. Keinen Nachweis erbringen muss, wer über eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, über ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches oder ein ebenfalls in der Amtssprache der Tätigkeitsregion nach Artikel 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom für Ärztinnen und Ärzte verfügt.

Das Weglassen der Nachweispflicht für Ärztinnen und Ärzte, die über eine schweizerische gymnasiale Maturität verfügen, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war, entspricht dem gesetzgeberischen Willen. Somit genügt für solche Ärztinnen und Ärzte - je nach Maturität - ein Sprachniveau von beispielsweise B1 oder B2. Damit hat das Parlament eine gewisse Diskrepanz zum MedBG und zu dessen Ausführungsrecht geschaffen: Im Rahmen der MedBV können für Schweizer Ärztinnen

und Ärzte, wenn ein Kanton einen Eintrag im MedReg als Nachweis für das Sprachniveau B2 verlangt, gleich hohe oder sogar höhere Anforderungen verlangt werden.

Die bisherigen Bestimmungen zur Anerkennung ausländischer Diplome von Ärztinnen und Ärzten in *Artikel 39 KVV*, von Apothekerinnen und Apothekern in *Artikel 41* und von Zahnärztinnen und Zahnärzten in *Artikel 43* werden mit dem Erfordernis einer Bewilligung nach dem MedBG hinfällig. Diese Artikel werden aufgehoben.

Art. 39 Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen

Die Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege wurden mit der am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Änderung des KVG vom 24. März 2000 aufgenommen. Die Botschaft (BBI 1999 793, S. 839) hielt dazu fest: «Aufgrund der heutigen Entwicklung im Bereich der besonderen Versicherungsformen und der entsprechend vielfältigen Institutionen sollte daher bei Ärzten und Ärztinnen, die aufgrund eines vertraglichen Angestelltenverhältnisses in einer HMO oder in einem Zentrum der ambulanten Versorgung tätig sind, die Selbständigkeit nicht mehr zwingend vorausgesetzt werden. Es ist deshalb auch in diesem Bereich eine explizite gesetzliche Grundlage für deren Zulassung zu schaffen, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.» Um eine Gleichbehandlung hinsichtlich der Zulassungsbedingungen zu gewährleisten und damit die Qualität zu sichern, sind jedoch auch die in Artikel 37 Absätze 2 und 3 KVG aufgestellten Kriterien (die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 KVG erfüllen und die Einrichtung muss einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier angeschlossen sein) zu erfüllen.

Ausserdem müssen in diesen Einrichtungen die Leistungen durch Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, die die Voraussetzungen nach Artikel 38 Absatz 1 Buchstaben a und b erfüllen, und sie müssen nachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Absatz 2 hält fest, dass die Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 55a KVG durch die Kantone vorbehalten sind.

Art. 40

Nach *Absatz 1* müssen die Apothekerinnen und Apotheker über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker oder Apothekerin nach Artikel 34 MedBG (Bst. a) verfügen und nachweisen, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g (Bst. b) erfüllen (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Absatz 2 übernimmt den früheren Absatz 3 von Artikel 37 KVG, wonach die Kantone die Voraussetzungen festlegen, unter denen Ärztinnen und Ärzte eine Apotheke führen dürfen. Nach Artikel 4 Buchstabe k des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG; SR 812.21) bedeutet *Selbstdispensation* die kantonal bewilligte Abgabe von Arzneimitteln innerhalb einer Arztpraxis beziehungsweise einer ambulanten Institution des Gesundheitswesens, deren Apotheke unter fachlicher Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes mit Berufsausübungsbewilligung steht.

Art. 42

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in Artikel 35 Absatz 2 KVG nicht ausdrücklich als Leistungserbringer genannt, da sie nur einen Teil ihrer Leistungen unter bestimmten Bedingungen zulasten der OKP erbringen (Art. 31 KVG). Für diese Leistungen, die von der OKP übernommen werden, sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt, bilden aber eine in den Artikeln 36 und 36a KVG geregelte Kategorie *sui generis*.

Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Zahnarzt oder Zahnärztin nach 34 MedBG verfügen (Bst. a) und während drei Jahren eine praktische Tätigkeit in einer schweizerischen zahnärztlichen Praxis oder einem schweizerischen zahnärztlichen

Institut ausgeübt haben (Bst. b). Mit neu drei (im Vergleich zu den bisher nach KVV geltenden zwei) nachzuweisenden Jahren praktischer Weiterbildung in der Schweiz sollen die Zulassungsanforderungen für die Tätigkeit zulasten der OKP betreffend denjenigen der Ärztinnen und Ärzte angeglichen werden. Denn die angestrebten Ziele sind vergleichbar, insbesondere die Gewährleistung einer guten Kenntnis des schweizerischen Gesundheitswesens. Weiterbildungstitel wie bei den Ärztinnen und Ärzten sind für die Tätigkeit im Bereich der zahnärztlichen Behandlungen der OKP jedoch nicht erforderlich. Der Grund dafür besteht darin, dass gemäss MedBG das eidgenössische Diplom für die Ausübung der zahnärztlichen Tätigkeit genügt. Es gibt auch keinen «allgemeinzahnmedizinischen», sondern nur hoch spezialisierte Weiterbildungstitel für Zahnärztinnen und Zahnärzte (vgl. Anhang 2 der MedBV, der die vier Weiterbildungstitel in der Zahnmedizin auführt: Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Parodontologie und rekonstruktive Zahnmedizin).

Buchstabe c verweist auf Artikel 58g, der die Qualitätsanforderungen festlegt, die Zahnärztinnen und Zahnärzte erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Art. 44

Chiropraktorinnen und Chiropraktoren müssen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Chiropraktor oder Chiropraktorin nach Artikel 34 MedBG verfügen (Bst. a). Buchstabe b verweist auf Artikel 58g, der die Qualitätsanforderungen festlegt, die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Art. 44a Organisationen der Chiropraktik

Für die Organisationen der Chiropraktik gelten sinngemäss dieselben Voraussetzungen wie für die Organisationen der Hebammen. Nach dem neuen Artikel 44a KVV müssen die Organisationen der Chiropraktik nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein (Bst. a); ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben (Bst. b); ihre Leistungen durch Personen erbringen, welche die Voraussetzungen nach Artikel 44 Absatz 1 Buchstabe a erfüllen (Bst. c) sowie über Einrichtungen verfügen, die den von ihnen erbrachten Leistungen entsprechen (Bst. d). Mit dieser Formulierung kann eine quantitative Zunahme der Leistungen vermieden und die Qualität gewährleistet werden.

Auch die Organisationen der Chiropraktik müssen die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen (Bst. e), um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Art. 45

Für die Hebammen ist eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Hebamme nach Artikel 11 GesBG erforderlich.

Buchstabe c verweist auf Artikel 58g, der die Qualitätsanforderungen festlegt, die Hebammen erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Art. 46

Dieser Artikel wird aufgehoben. Die darin enthaltenen Bestimmungen werden bei den einzelnen Leistungserbringern aufgeführt. Es handelt sich um die Zulassung nach kantonalem Recht und die selbständige Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung.

Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen (Art. 47, 48, 49, 50, 50a, 50b, 50c, 50d, 51, 52, 52a, 52b, 52c, 52d, 52e und 52f)

Bei sämtlichen der hier erwähnten Personen und Organisationen wird der Verweis auf Artikel 58g eingefügt. Er legt die Qualitätsanforderungen fest, welche diese Leistungserbringer erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Für die psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen (Art. 50c KVV) und die Organisationen der psychologischen Psychotherapie (Art. 52e KVV) sowie die Podologen und Podologinnen (Art. 50d KVV) und die Organisationen der Podologie (Art. 52f KVV), vgl. die Fussnoten 2 bzw. 3 in Ziffer 3.1.

Art. 54 Abs. 4^{bis}

Der neue Absatz 4^{bis} verweist auf Artikel 58g, der die Qualitätsanforderungen festlegt, die Laboratorien erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Art. 55

Aufgrund des heterogenen Charakters der jeweiligen Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wird darauf verzichtet, zusätzliche Voraussetzungen betreffend der Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals zu erlassen, das bei den Abgabestellen tätig ist. Diese Kriterien können – sofern notwendig – in den einzelnen Abgabeverträgen mit den Versicherern geregelt werden, deren Nachweis wie im geltenden Recht als zentrale Zulassungsvoraussetzung gilt. Zudem ist zu betonen, dass die Kantone mit dem neuen Artikel 36 KVG verpflichtet sind, die Abgabestellen jeweils einzeln zuzulassen (aufgrund der Einführung des formellen Zulassungsverfahrens für sämtliche Leistungserbringer im ambulanten Bereich).

Artikel 55 betont weiterhin, dass neben der sozialversicherungsrechtlichen Zulassung auch die gesundheitspolizeiliche Kompetenz der Kantone zu beachten ist. Somit müssen die Kantone auch prüfen, ob eine Abgabestelle kantonrechtlich – im Sinne von gesundheitspolizeilich - zugelassen ist. Ob sie neben der sozialversicherungsrechtlichen Zulassung eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung vorsehen, ist den Kantonen überlassen.

Buchstabe c verweist auf Artikel 58g, der die Qualitätsanforderungen festlegt, die Abgabestellen erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

Art. 55a

Die Anpassung von Artikel 55a ist formeller Natur und fügt den Verweis auf Artikel 39 KVG betreffend Anschluss zu einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1) ein. Artikel 39 Absatz 3 KVG schreibt diesbezüglich vor, dass die Voraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 sinngemäss auch für Geburtshäuser gelten.

Art. 56

Buchstabe c verweist auf Artikel 58g, der die Qualitätsanforderungen festlegt, die Transport- und Rettungsunternehmen erfüllen müssen, um zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen zu werden (für Einzelheiten dazu siehe Erläuterungen zu Art. 58g weiter unten).

2. Planung: Anpassung der Kriterien des Bundesrates

Art. 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.

Art. 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 festgehalten.

Die bloße Annahme, dass das bestehende Angebot dem zu ermittelnden Bedarf gleichzustellen ist oder die bestehenden Trends sich fortschreiben, 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 namentlich die Faktoren einzubeziehen haben, welche den Bedarf beeinflussen. Sie überprüfen, inwieweit beispielweise die Entwicklung von Demographie, Epidemiologie, Medizintechnik, Höhe der Vergütung für eine chirurgische ambulante und stationäre Intervention, Zuweisungs- und Kostengutsprachepraxis mit Blick auf eine stationäre Rehabilitationsbehandlung oder Angebote in der Krankenpflege zu Hause (Einflussfaktoren) einen Einfluss auf die für die Ermittlung des Bedarfs relevanten Grössen wie zum Beispiel die Hospitalisationsraten, die Heimaufnahmeraten und die Aufenthaltsdauer (Bedarfsdeterminanten) haben. Sie müssen dabei berücksichtigen, dass die Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden können und sich die Kantone deswegen auf Szenarien abstützen müssen.

Absatz 2 wird mit dem Bezug auf Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG ergänzt.

Die Absätze 3 und 4 werden mit der Streichung des Verweises auf Artikel 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.

Art. 58c Art der Planung

Der Artikel bleibt gegenüber der bisherigen Version unverändert.

Im Bereich der akutsomatischen Spitälern und der Geburtshäusern werden seit dem 1. Januar 2012 die Fallpauschalen nach SwissDRG angewendet¹¹. Für den stationären Psychiatriebereich hat der Bundesrat an seiner Sitzung vom 25. Oktober 2017 die Tarifstruktur TARPSY als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur nach Artikel 49 KVG genehmigt. Die Leistungen werden durch schweregradabhängige Tagespauschalen abgebildet und vergütet, die degressiv in Funktion der Dauer des Aufenthalts

¹¹ SwissDRG: Akutsomatik, unter <https://www.swissdrq.org/de/akutsomatik/swissdrq>

sind. Die Behandlungsepisoden sind in der TARPSY Tarifstruktur aufgrund der dokumentierten Diagnosen den Basis-psychiatrischen Kostengruppen (PCG) zugewiesen. Die PCGs innerhalb einer Basis-PCG unterscheiden sich durch ihren Ressourcenverbrauch, welcher durch verschiedene Kostentrenner (Bsp. Nebendiagnose) definiert wird¹². Im Bereich der Rehabilitation ist die Einführung des neuen national einheitlichen Tarifsystems mit Leistungsbezug ST Reha ab 2022 geplant. Dieses sieht Tageskostengewichte nach Kostengruppe vor. Rehabilitative Kostengruppen (RCG) unterscheiden sich aufgrund ihres Inhalts und ihres Ressourcenverbrauchs. Sie stellen eine Methode dar, mit der sich die stationären Behandlungsepisoden von Patienten, welche von Leistungserbringern im Bereich der Rehabilitation behandelt werden, in Kategorien einteilen und messen lassen¹³. TARPSY und ST Reha haben eine starke Tageskomponente. In diesem Sinne soll die Planung im psychiatrischen und Rehabilitativen Bereich weiterhin auch kapazitätsbezogen erfolgen können.

Art. 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.

In der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL; SR 832.104) sind unter anderem die Ziele der Bestimmung der Kosten und Leistungen der stationären Behandlung im Spital und im Geburtshaus beziehungsweise der Krankenpflege im Pflegeheim aufgeführt (Art. 2 Abs. 1 Bst. b und e VKL). Eines dieser Ziele ist die Aufstellung der Planungen (Art. 2 Abs. 2 Bst. e VKL). Die Kosten- und Leistungsdaten, die der Wirtschaftlichkeitsprüfung dienen, werden gemäss den Bestimmungen der VKL ermittelt und ausgewiesen. Für neue Einrichtungen ist eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nur nach Beginn der Aktivität aufgrund eines auf ihrer Kostenrechnung und Leistungserfassung basierten Vergleichs möglich. Aus diesem Grund dürfte in solchen Fällen für einen ersten Vergleich prognostizierte Kosten- und Leistungen angebracht sein. Ausserdem sind Vergleiche der effektiven Angaben über Kosten und Leistungen bei der Änderung von Leistungsaufträge – zum Beispiel im Spitalbereich die Erteilung oder der Entzug von Leistungsgruppen – bzw. bei der Konzentration von Leistungen nur teilweise aussagekräftig, sodass auch in diesen Fällen prognostizierte Kosten und Leistungen angebracht sein dürften. Es liegt im Ermessen der Kantone zu beurteilen, ob im Fall von neuen Einrichtungen provisorische und befristete Leistungsaufträge erteilt werden, damit eine Einrichtung nicht bis zur nächsten Planung ohne einen auf den effektiven Angaben der Kostenrechnung und der Leistungserfassung basierten Vergleich zugelassen ist. Ebenso liegt es in deren Ermessen, inwieweit im Fall der Änderung von Leistungsaufträgen oder der Konzentration von Leistungen eine provisorische Zulassung und ein neuer Vergleich nach Beginn der Aktivität angezeigt ist.

Die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführten Effizienzvergleiche zwischen Betrieben basieren somit auf den schweregradbereinigten Fallkosten, die für die Vergütung durch die OKP relevant sind. Wie für den akutsomatischen Bereich muss der Tarif auch für den stationären Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich eine Differenzierung der Vergütung nach Art und Intensität der Leistung erlauben (Art. 49 Abs. 1 KVG und Art. 59d Abs. 4 KVV). TARPSY und ST Reha sehen dazu Tageskostengewichte vor, was die Abstützung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf einen Vergleich der schweregradbereinigten Kosten erlaubt. Diese Grundsätze sind in *Absatz 1 Satz 1* enthalten. Neben den Vergleichen der schweregradbereinigten OKP-relevanten Kosten der Spitäler über alle Leistungsbereiche sind auch Vergleiche auf Ebene von einzelnen oder mehreren Leistungsgruppen möglich. Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler können die Kantone die Betriebsvergleiche nach Artikel 49

¹² SwissDRG: TARPSY, Definitionshandbuch und PCG Katalog, unter <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy-system-402022/pcg-katalog>

¹³ SwissDRG: ST REHA, Definitionshandbuch und RCG Katalog, unter <https://www.swissdrg.org/de/rehabilitation/st-reha-system-102022/rcg-katalog>

Absatz 8 KVG heranziehen. Neben dem Vergleich der schweregradbereinigten Kosten können im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch beispielweise die wirtschaftliche Stabilität im Hinblick auf die langfristige Wirtschaftlichkeit und somit die Versorgungssicherheit beurteilt werden.

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 der Spitalfinanzierung angewendet wird (Art. 25a Abs. 2 KVG in Verbindung mit Art. 49a KVG). Die KLV definiert die Leistungen (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 Regelung der Restfinanzierung der Krankenpflege im Pflegeheim und für die Genehmigung der Tarife der Akut- und Übergangspflege beachten müssen.

Für die Überprüfung der Effizienz im Pflegeheimbereich sind grundsätzlich die nach dem Pflegebedarf der versicherten Personen bereinigten Kosten massgebend, die für die Erbringung der Krankenpflege nach KVG entstehen. Dazu dienen die Angaben der Kostenrechnung und der Leistungserfassung. 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 VKL – 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 gesetzlichen 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.

In Sachen Leistungserfassung sind mit der KLV-Änderung vom 2. Juli 2019 (Art. 8b) die neuen Vorgaben zur Bedarfsermittlung auf Verordnungsebene festgesetzt. Die im Rahmen der Bedarfsermittlung von den verwendeten Pflegebedarfsinstrumenten ausgewiesenen Werte für die zu erbringenden Pflegeleistungen müssen im Durchschnitt den erbrachten Pflegeleistungen in Minuten entsprechen. Um dies sicherzustellen, müssen die Anbieter der von den Pflegeheimen verwendeten Instrumenten aufzeigen können, dass ihr Instrument die Minutenzahl korrekt misst. Dies hat mittels in der Schweiz durchgeführter, für die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen repräsentativer Zeitstudien zu erfolgen. Auch für die Akut- und Übergangspflege werden normalerweise die Kosten nach der Fallschwere gewichtet. Dabei gilt nicht die Überlegung, dass die Kantone allein für die Deckung der unwirtschaftlichen Kosten über die Restfinanzierung zuständig sind, obwohl nur einen minimalen Anteil der Pflegetage der Langzeitbehandlung die Akut- und Übergangspflege betreffen (0.15 Prozent im Jahr 2019¹⁴).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist den Kantonen gestattet, ihrer Restfinanzierungspflicht der Pflegekosten mit Höchstansätzen nachzukommen. Wenn diese Ansätze aber im Einzelfall nicht kostendeckend sind, so erweisen sie sich als mit der Regelung der Restfinanzierung (Art. 25a Abs. 5 Satz 2 KVG) nicht vereinbar¹⁵. Dies bedeutet, dass – mit der Ausnahme der wenig verbreiteten Akut- und Übergangspflege – die Kantone allein die Konsequenzen einer unwirtschaftlichen Erbringung der Pflegeleistungen durch die Pflegeheime tragen. Es ist somit in ihrem Interesse, bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in angemessener Weise zu berücksichtigen und allfällig die entsprechenden Pflegeheime aus der Pflegeheimliste nach KVG zu streichen. In diesem Sinne verzichtet der Bundesrat auf nähere Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Pflegeheimen in den bundesrätlichen Planungskriterien (*Absatz 1 Satz 2*).

¹⁴ Bundesamt für Statistik, SOMED-Statistik 2019, Tabelle 3-A, unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.assetdetail.15724381.html>

¹⁵ Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018 (9C-446/2017), Erw. 7.4.3.

Absatz 2 enthält die Mindestanforderungen zur Beurteilung der Qualität der Einrichtungen (Spitäler, Geburtshäuser, Pflegeheime). Damit soll sichergestellt werden, dass deren Zulassung schweizweit nach einheitlichen Anforderungen erfolgt. Diese Anforderungen sollen unter anderem dazu beitragen, dass die Zahl der unerwünschten Ereignisse reduziert werden kann. Diese unerwünschten Ereignisse akzentuieren sich vor allem bei chirurgischen Eingriffen, bei der Medikation und bei Infekten durch Erreger, die bei einer medizinischen Behandlung übertragen werden (healthcare-assoziierte Infektionen).¹⁶ Die Mindestanforderungen beziehen sich auf die Qualität der Strukturen, der Prozesse sowie der Ergebnisse. Die Gewichtung der Mindestanforderungen liegt im Ermessen der Kantone. Die Aufzählung der Mindestanforderungen in Absatz 2 ist nicht abschliessend; dementsprechend können die Kantone auch weitere Mindestanforderungen festlegen. In Bezug auf die Mindestanforderungen besteht jedoch eine Prüfpflicht der Kantone. Bei der Ausgestaltung des Verfahrens kommt den Kantonen aber ein erheblicher Ermessensspielraum zu.

Mit Inkrafttreten von Artikel 58a KVG per 1. April 2021 sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen. Die Qualitätsverträge sind dem Bundesrat erstmals per 1. April 2022 zur Genehmigung einzureichen (Art. 58a Abs. 4 KVG). Mit der Einhaltung der Qualitätsmindestanforderungen anlässlich der Zulassung verfügen die Einrichtungen über die notwendigen Voraussetzungen, um die in den Qualitätsverträgen vorgesehenen Regeln zur Qualitätsentwicklung umsetzen zu können. In den Qualitätsverträgen können diese Mindestanforderungen zur Beurteilung der Qualität konkretisiert werden. Die Leistungserbringer müssen die Qualitätsverträge einhalten (Art. 58a Abs. 6 KVG).

Zu *Absatz 2 Buchstabe a*: Nur mit dem erforderlichen qualifizierten Personal, das 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 2 Buchstabe a beurteilt der Kanton beispielsweise auch, ob das Spital oder Pflegeheim über Fachpersonen mit palliativmedizinischer, geriatrischer und gerontopsychiatrischer Qualifikation verfügt. Zudem wird beurteilt, ob eine vorausschauende Behandlungsplanung bzw. gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning; ACP)¹⁷ 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 das Personal den nationalen und internationalen Referenznormen zu entsprechenden Personalschlüsseln bezüglich Anzahl und Qualifikation entspricht.

Im Pflegebereich geht es darum, dass die dort tätigen Personen kompetenzgerecht eingesetzt werden¹⁸. Dies weil bei einem Mangel an Pflegefachpersonal unter Umständen weniger qualifizierte Pflegepersonen Kernaufgaben der Fachpersonen 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

¹⁶ 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).

¹⁷ 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).

¹⁸ Botschaft vom 7. November 2018 zur Volksinitiative «für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)»; BBl 2018 7653, hier 7664 und 7668.

betreffend die Qualität der Leistungserbringung dar, zeigt sich doch beispielsweise, dass ein genügender Bestand an diplomiertem Pflegepersonal mit einer positiven Sicherheitskultur in Zusammenhang steht.¹⁹

Auch in Geburtshäusern müssen die Kantone den Anteil der Fachpersonen in Relation zum übrigen Personal erfassen und vergleichen. Die Geburtshäuser müssen zudem aufzeigen, dass sie in schwierigen Situationen über genügend qualifiziertes Personal verfügen. Beispielsweise müssen sie aufzeigen, dass sie geburtshilfliche oder pädiatrische Schwierigkeiten rechtzeitig erkennen und das entsprechende erforderliche Personal vorhanden ist. Eine entsprechende Studie aus Deutschland zeigt, dass die Verknennung der pathologischen Herztonwehenkurve (Cardiotocography, CTG) die wichtigste Risikokonstellation darstellt.²⁰

Nach *Absatz 2 Buchstabe b* prüft der Kanton, ob ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem (QMS) betrieben wird. Mit einem QMS soll ein systematisches Qualitätsmanagement sichergestellt werden. Im Fokus stehen dabei die Ermittlung sowie die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen. Ein QMS beinhaltet die systematische, gezielte und geplante Herangehensweise an die Umsetzung der Qualitätsziele des Leistungserbringers und die Strukturierung, Steuerung sowie stetige Optimierung der Abläufe durch die Erfassung und Beschreibung der Aufbau- und Ablauforganisation. Mit «geeignet» ist gemeint, dass das QMS insbesondere der Grösse des Leistungserbringers und der Komplexität der Leistungserbringung angepasst sein soll.

Nach *Absatz 2 Buchstabe c* verfügen die Leistungserbringer über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und sie haben sich, sofern es ein solches gibt, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Reporting-Netzwerk angeschlossen. Mit einem Berichts- und Lernsystem (z.B. Critical Incident Reporting Netzwerke «CIRS» in Spitälern) werden unerwünschte Ereignisse festgehalten, analysiert, entsprechende Verbesserungsmassnahmen durchgeführt und ausgewertet. Dies mit dem ausdrücklichen Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, mit denen Todesfälle und Gefährdungssituationen in Zukunft verhütet werden können und welche die Erhöhung der Patientensicherheit zur Folge haben. Diese Erkenntnisse könnten ausserdem mit den Erkenntnissen anderer Leistungserbringer verglichen werden. Das Berichts- und Lernsystem soll insbesondere für die Verbesserung der Patientenergebnisse genutzt werden. Mit diesem System kann die Sicherheit der Patienten systematisch gewährleistet werden, indem Gefährdungen laufend identifiziert werden bevor ein Fehler oder ein Schaden eintritt sowie Sicherheitsdaten und -informationen dazu gesammelt und analysiert werden können. Zudem kann eine fortlaufende Bewertung und Behebung der Sicherheitsrisiken erfolgen. Unterlagen dazu können im internationalen Umfeld beispielsweise in Kanada erworben werden.²¹ Dieselben Ziele verfolgt auch ein übergeordnetes, gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk. Für den Spitalbereich ist «CIRR-NET» als Beispiel für ein solches, ausbaufähiges Netzwerk zu nennen. Im Rahmen der Qualitätsverträge können die Anforderungen an solche Meldesysteme konkretisiert werden.

Nach *Absatz 2 Buchstabe d* verfügen die Einrichtungen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen. Flächendeckende national einheitliche Qualitätsmessungen sind wichtig, um die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Indikatoren zu gewährleisten. In der Regel werden nationale Qualitätsmessungen mit Routinedaten vorgenommen. Daher soll der Leistungserbringer beispielsweise den Zugang zur Nutzung der notwendigen technischen Ausstattung vorweisen. Die technische Ausstattung soll zweckmässige und sichere Primärsysteme umfassen und muss die empfohlenen

¹⁹ 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.

²⁰ Niemeyer, Anna / Holzäpfel, Sonja / Gruber, Patricia / Lampmann, Eva / Lütje, Wolf / Beckedorf, Irina / Midendorff, 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).

²¹ Reporting and Learning Systems, o.J. Abrufbar unter: Canadian Patient Safety Institute > Home / Tools & Resources > Patient Safety and Incident Management Toolkit > Patient Safety Management > Tools and Recommended Readings: Reporting and Learning Systems (<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/tools-and-recommended-readings-reporting-and-learning-systems.aspx>) (Stand: 16.04.2021)

Austauschformate verwenden sowie die Mehrfachnutzung der Daten sicherstellen. Damit sollen neben einer reibungslosen Nutzung von vorhandenen Daten auch zusätzliche, unnötige administrative Arbeiten möglichst vermieden werden. Es soll namentlich verhindert werden, dass Daten manuell von einem elektronischen System in ein anderes übertragen werden müssen (z.B. aufgrund von technischen Schnittstellen, die nicht funktionieren oder Datenformaten, die durch übliche Systeme nicht gelesen werden können). Die Anbieter solcher Systeme sollten diese ohne besondere vertragliche Vereinbarungen mit den sie beauftragenden Leistungserbringern so aufsetzen, dass die Leistungserbringer ihre Daten in jedem System nutzen können. Es sollte ausreichen, dass die Leistungserbringer bei ihrer Auftragsvergabe auf die einzuhaltenden gesetzlichen Vorgaben für die Nutzung des Systems verweisen.

Nach *Absatz 2 Buchstabe e* verfügen die Leistungserbringer über eine Ausstattung, die die Medikationssicherheit bei der Verordnung und der Abgabe von Arzneimitteln gewährleistet. Sie gewährleisten diese insbesondere durch die elektronische Erfassung der Verordnung und der Abgabe von Arzneimitteln. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikationsfehler stellen einen signifikanten Anteil der Patientensicherheitsrisiken im Spital dar.²² Zu viele Patienten sind während einer Hospitalisation von einem solchen Ereignis betroffen.²³

Untersuchungen aus anderen Industrieländern zeigen laut Patientensicherheit Schweiz, dass bis zur Hälfte der unerwünschten Arzneimittelwirkungen in Pflegeheimen vermeidbar wären.²⁴

Auch Un- und Neugeborene sowie Gebärende oder junge Mütter können durch Arzneimittel geschädigt werden, denn in der Geburtshilfe werden auch Hochrisikoarzneimittel verabreicht. Insbesondere bei Schnittstellen muss die vorbestehende Medikation festgestellt werden, zudem sollen Fehler bei der Dosierung, der unerwünschten Interaktionen der Arzneimittel sowie Verwechslungen bei der Abgabe verhindert werden.²⁵ Die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel trägt wesentlich zur Medikationssicherheit bei.²⁶

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) begleitet gemäss ihren Jahreszielen 2021 die vom BAG subventionierten nationalen Patientenprogramme «Progress!» zur Gewährleistung der Medikationssicherheit an Schnittstellen und in Pflegeheimen. Gestützt auf die abgeschlossenen Programme gibt die EQK Empfehlungen für die nachhaltige Implementierung der daraus entstandenen Erkenntnisse an die Qualitätsvertragspartner und an die zuständigen Behörden ab (Art. 58c Abs. 1 Bst. c und h).²⁷ Die Kantone sollten die aus den Programmen resultierenden Empfehlungen anlässlich der Spitalplanung berücksichtigen, wobei die Koordination mit den vom Bundesrat genehmigten Qualitätsverträgen sicherzustellen ist.

Als Auswahlkriterium bei der Beurteilung der Qualität der Einrichtungen können nach *Absatz 3* die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen berücksichtigt werden. Dazu gehören beispielsweise die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

²² 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 (URL, da im Archiv) (Stand: 31. Juli 2019).

²³ Charles Vincent, Patient Safety, 2006, Elsevier Churchill Livingstone, S. 49-51.

²⁴ Patientensicherheit Schweiz, Medikation in Pflegeheimen, o.J. Abrufbar unter: <https://www.patientensicherheit.ch> > Programme progress! > Medikation in Pflegeheimen (Stand: 31. Juli 2019).

²⁵ 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.

²⁶ 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 (URL, da im Archiv) (Stand: 31. Juli 2019).

²⁷ Jahresziele 2021 für die Eidgenössische Qualitätskommission vom 20.01.2021. Abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch> > Versicherung > Krankenversicherung > Qualitätsentwicklung in der Schweiz > Dokumente (Stand 31. Mai 2021).

und die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler des BAG (Swiss Inpatient Quality Indicators, CH-IQI).²⁸

Im *Absatz 4* sind wie in den bisherigen Planungskriterien (Art. 58b Abs. 5 Bst. c) für die Spitäler die Kriterien der Mindestfallzahlen und der Nutzung von Synergien aufgeführt. Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität müssen die Kantone auch das Potential der Konzentration von Leistungen beachten, welches mit den nötigen strukturellen und organisatorischen Massnahmen auf der Angebotsebene ausgeschöpft werden kann. 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. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass die Bedeutung der Konzentration des Angebotes mit dem medizin-technischen Fortschritt und mit der Spezialisierung der medizinischen Leistungen sowohl im HSM-Bereich als auch in den weiteren Bereichen steigt.

Nach *Absatz 5* kann sich die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität auf die Ergebnisse anderer Kantone stützen. Dies unter der Voraussetzung, dass diese Ergebnisse aktuell sind.

Art. 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.

Der Artikel 58e enthält in *Absatz 1 Buchstabe a* die bisher gültigen Bestimmungen zur Auswertung und zum Austausch der Informationen über die Patientenströme.

Die Bestimmung in *Buchstabe b* ergänzt diejenige von Artikel 58d Absatz 4 und hält fest, dass die Kantone im Rahmen der koordinierten Planung das Potential der Konzentration der Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der stationären Leistungserbringung im Spital auch über die Kantonsgrenzen hinaus beachten müssen. Beispielsweise für die Beanspruchung der Möglichkeiten, Leistungen in bestimmten Leistungsgruppen in einem Kanton zu konzentrieren, anstatt diese Leistungen in beiden Kantonen parallel zu erbringen.

Artikel 1 der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)²⁹ sieht die Sicherstellung der Koordination der Konzentration der HSM als Zweck der Vereinbarung unter den Kantonen vor. Dieses Ziel ist durchaus nicht nur für die Leistungen der HSM gültig, weil die Konzentration des Angebotes mit der medizintechnischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung gewinnt. In einer Situation mit immer mehr Möglichkeiten und beschränkten Ressourcen tragen die Kantone die zentrale Verantwortung bei der Herausforderung, ob die Dank der medizinischen Forschung und dem technischen Fortschritt möglichen stationäre Diagnostik sowie Therapien allen Patientinnen und Patienten mit der erforderlichen Qualität und mit tragbaren Kosten angeboten werden können. Darum gilt für die Kantone die im Artikel 39 Absatz 2 KVG erforderte Koordination der Planungen konsequent, mit einem maximalen Engagement und systematisch umzusetzen.

Zum Thema der Koordination der Planungen weist der Expertenbericht zu den Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung³⁰ darauf hin, dass die Kantone heute überwiegend alleine planen und dass die stationären Kapazitäten durch grössere, kantonsübergreifende Spitalisten-Regionen reduziert werden könnten. Auch der Bundesrat hat in seiner Antwort

²⁸ 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).

²⁹ Unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/die-ivhsm>

³⁰ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, S. 53.

von 23. Mai 2018 auf die Motion 18.3294³¹ festgestellt, dass das Potenzial für die Gestaltung einer wirtschaftlicheren und qualitativ besseren Spitallandschaft durch eine erhöhte Koordination der kantonalen Planungen besser ausgeschöpft werden soll.

Die Bestimmungen in *Absatz 2* halten fest, mit welchen Kantonen namentlich die Koordination der Planungsmassnahmen zu erfolgen hat. Jeder Kanton muss sich mit den Standortkantonen der Einrichtungen koordinieren, die auf seiner Liste aufgeführt sind, dafür vorgesehen sind oder in denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte aus seinem Gebiet behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden (*Ziffern 1 und 3*). Sinngemäss muss sich jeder Kanton mit den Kantonen koordinieren, auf deren Liste eine oder mehrere Einrichtungen mit Standort auf seinem Gebiet aufgeführt sind oder für deren Liste solche Einrichtungen vorgesehen sind oder aus denen sich eine bedeutende Anzahl Versicherte in Einrichtungen, die ihren Standort auf seinem Gebiet haben, behandeln lassen oder voraussichtlich behandeln lassen werden (*Ziffern 2 und 4*).

Absatz 2 Ziffer 5 stellt fest, dass die Planung mit denjenigen Kantonen zu koordinieren ist, mit denen die Koordination der Planungsmassnahmen zu einer Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital führen kann. Diese Bestimmung ist mit denjenigen der Artikeln 58d Absatz 4 und 58e Absatz 1 Buchstabe b verknüpft. Es kann sich dabei auch um weitere Kantone handeln als diejenigen, die nach Artikel 58e Absatz 2 Ziffern 1 bis 4 zu berücksichtigen sind. Bei ihrer Auswahl gilt das Kriterium der Berücksichtigung des Potentials für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung im Spital, welches das zentrale Ziel einer Planung nach KVG auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität ist (Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Je mehr die Kantone auch zeitlich koordiniert planen, desto grösser ist ihr Handlungsspielraum für eine optimale Beanspruchung des Potentials der ausserkantonalen Versorgung, beispielweise dank mehr Flexibilität bei der Konzentration von Leistungsgruppen oder bei der Schaffung von überkantonalen Angeboten. Ausserdem ist auch auf die Bedeutung der Spitäler als Ansprechpartner für die Kantone hinzuweisen, welchen diese Leistungsaufträge zugeteilt haben oder zuteilen möchten bzw. wichtige Patientenströme ihrer Bevölkerung in diese Spitäler ausweisen. Es sind schliesslich die Spitäler, die sich am besten über ihre Angebotssituation und ihre Angebotsmöglichkeiten auch prospektiv äussern können.

Art. 58f Listen und Leistungsaufträge

Absatz 1 übernimmt die bisher in Artikel 58e Absatz 1 aufgeführte Bestimmung in formell geänderter Form.

Die Bestimmung von *Absatz 2 Satz 1* nimmt die bisherige Bestimmung von Artikel 58e Absatz 3 Satz 1 sinngemäss auf. In *Absatz 2 Satz 2* wird festgehalten, dass die Erteilung der Leistungsaufträge standortbezogen sein muss. Eine Definition des Spitalstandorts ist bereits heute in den Empfehlungen der GDK festgehalten³². Ausserdem laufen aktuell unter der Koordination des BFS mit dem Einbezug der interessierten Organisationen Arbeiten für die Definition des Begriffs des Spitalstandortes. Eine Erteilung der Leistungsaufträge nach Standort ist auch für die Pflegeheime und die Geburtshäuser angezeigt, weil auch in diesen Bereichen zu gewährleisten ist, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe der Leistungsaufträge unterlaufen wird. Eigentlich müssen die Kantone sowohl für die Spitäler als auch für die Pflegeheime und die Geburtshäuser wissen, welches Angebot in einem Standort vorgesehen ist und ob die Zulassungskriterien an diesem Standort erfüllt sind. Die Leistungsaufträge nach Standort sollen verhindern, dass Institutionen neue Standorte zu Lasten der OKP betreiben, ohne dass die Kantone diese Strukturen überprüft haben. Es gilt schliesslich das Prinzip, dass nicht die Rechtspersönlichkeit, sondern der Standort auf der Liste aufzuführen ist.

Der *Absatz 3* übernimmt den bisherigen Artikel 58e Absatz 2 in formell geänderter Form.

³¹ Motion der Grünliberale Fraktion 18.3294 «Mit maximal sechs Gesundheitsregionen die Koordination fördern und Überkapazitäten abbauen»

³² GDK: Empfehlungen zur Spitalplanung, teilweise revidierte Version vom 25. Mai 2018, S. 4.

Absatz 4 Satz 1 hält fest, dass die Kantone die Auflagen, die die Leistungsaufträge für Spitäler und Geburtshäuser enthalten müssen, bestimmen.

Seit 2011 empfiehlt die GDK den Kantonen die Anwendung der von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelten Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) für den Bereich der Akutsomatik und der Geburtshäuser³³. Diese Leistungsgruppen sind anhand von Diagnose- und Behandlungs-Codes definiert (ICD³⁴ und CHOP³⁵-) und in Leistungsbereiche aggregiert (Dermatologie, Neurologie, Pneumologie, usw.). Die Mehrheit der Kantone wenden bereits dieses System an. Mit den Leistungsgruppen sind Anforderungen verbunden. Nach *Absatz 4 Satz 2* können die Kantone festlegen, welche der aufgelisteten oder allfällig weiteren Auflagen zu erfüllen sind. Die Auflagen beziehen sich grundsätzlich auf einzelne oder mehrere Leistungsgruppen:

- a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;
- b. Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen;
- c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;
- d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation;
- e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern;
- f. Mindestfallzahlen.

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.³⁶

Die aufgelisteten Auflagen decken sich nur zum Teil mit den bisherigen spezifischen Auflagen in der HSM³⁷. Die Gültigkeitsfrist der HSM-Beschlüsse ist entweder bereits abgelaufen oder noch bis 2024 und spätestens bis zum 31. Dezember 2025 befristet³⁸, sodass die Beschlüsse ohnehin neu gefällt werden müssen und gemäss den Auflagen der weiteren Leistungsgruppen überprüft werden können.

Auch für die Psychiatrie, die Rehabilitation und die Geburtshäuser ist zu überprüfen, welche Auflagen gelten sollen. Für die Geburtshäuser sind Auflagen wie die Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung oder die Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports wichtig. In der Rehabilitation können sich die Auflagen unter anderem auf die Angebote in der Diagnostik oder Therapie, im Psychiatriebereich zum Beispiel auf die Erreichbarkeit der diensthabenden Ärztin oder des diensthabenden Arztes beziehen³⁹.

Absatz 5 weist auf die Möglichkeit von Auflagen für Pflegeheime hin, wie zum Beispiel eine geschlossene Abteilung für Demenzpatienten.

³³ GDK: Spitalplanung-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik (SPLG) sowie Empfehlungen zur Spitalplanung, teilweise revidierte Version vom 25. Mai 2018.

³⁴ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

³⁵ Schweizerische Operationsklassifikation.

³⁶ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 14. September 2018 in Sachen Zürcher Spitalliste (C-5603/2017), Erw. 7.6.4.

³⁷ Z. B. den Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Herztransplantationen bei Erwachsenen vom 19. April 2018, unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/HSM-Bereiche/2504_herz_de.pdf

³⁸ GDK, Spitalliste für die hochspezialisierte Medizin, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste>

³⁹ Regierungsrat des Kantons Zürich, Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie, Leistungsspezifische Anforderungen sowie Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation, Leistungsspezifische Anforderungen unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html>; Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Leistungsgruppensystematik Rehabilitation, https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.asse-tref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalliste/Leistungsgruppensystematik_Reha_2012_d.pdf

Die Auflagen sind Verpflichtungen, welche die Institutionen 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.

In *Absatz 6* wird auf die Möglichkeit der Festsetzung eines Globalbudgets, von maximalen Leistungsmengen oder von maximalen Kapazitäten sowie auf die entsprechenden Bedingungen hingewiesen. In seinem Urteil vom 10. Juli 2012 hat das Bundesgericht die Mengensteuerung für zulässig erachtet⁴⁰. Seinerseits hat das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 16. Januar 2019 zu einer kantonalen Planung in der Akutsomatik präzisiert, dass die Mengensteuerung oder das Globalbudget nur insofern angewendet werden dürfen, dass sie nicht strukturerhaltend sind und nicht jeglichen Wettbewerb verhindern. Für die Einführung einer Mengensteuerung sei die gesetzliche Grundlage genügend (Planung auf der Grundlage der Wirtschaftlichkeit, Art. 39 Abs. 2ter KVG und Art. 58b Abs. 4 und 5 [bisher] KVV). Allerdings gäbe es weder im KVG noch in der KVV eine gesetzliche Grundlage für eine auf die quantitative Fallabgrenzung ausgerichtete Planung anstelle einer leistungsbezogenen Planung (Steuerungsinstrument). Die Steuerung der Spitalplanung solle im Sinne der Leistungsfinanzierung und nicht der Objektfinanzierung erfolgen. Die Praxis, die den Markt systematisch aufteilt und jedem Spital eine rigide Anzahl Leistungen zuweist, gehöre der alten Spitalfinanzierung an. Eine solche systematische quantitative Abgrenzung verhindere den durch die neue Spitalfinanzierung geforderten Wettbewerb und führe zu einer statischen Spitalplanung. Um eine Strukturerhaltung, welche den Wettbewerb verhindert, zu vermeiden, seien die Faktoren zu betrachten, die nicht beeinflussbar sind und mehr Flexibilität fordern. Das Bundesverwaltungsgericht verweist dazu auf die Empfehlungen der GDK⁴¹, die namentlich die Qualität des Spitals und die Patientenströme bei der freien Spitalwahl als mögliche Gründe einer Überschreitung der beschränkten Leistungsmengen aufführen und dazu festhalten, dass eine (zu rigide) Mengensteuerung strukturerhaltend bzw. wettbewerbshemmend wirken kann. Das Bundesverwaltungsgericht präzisiert anschliessend, dass die freie Wahl der Spitäler ein Instrument zur Stärkung des Wettbewerbs ist und dass der Wettbewerb nicht durch die systematische Anwendung von Quoten behindert werden soll.⁴²

Der Qualitätswettbewerb und die freie Spitalwahl gemäss den Regelungen der Spitalfinanzierung betreffen auch die Psychiatrie und die Rehabilitation. Wie in der Akutsomatik müssen die Kantone auch in diesen Bereichen keine zu rigide Mengensteuerung anwenden und die Aspekte betrachten, die mehr Flexibilität fördern. Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 31. Juli 2012 kommen die Kantone im Pflegeheimbereich ihren Verpflichtungen nach, wenn sie für die zugelassenen Institutionen die Anzahl der stationären Pflegebetten einzeln oder insgesamt als kantonale Richtzahl pro Pflegestufe festlegen, während eine Zuordnung von Pflegebetten-Kapazitäten zu einzelnen Institutionen nicht notwendig aber zulässig ist⁴³. Nach den Regeln des KVG werden auch im Pflegeheim die Leistungen und nicht das Objekt finanziert und die Versicherten haben die freie Wahl, namentlich in Bezug auf die Qualität der Pflegeleistungen. In diesem Sinne gilt auch im Pflegeheimbereich die Regel, dass die maximale Kapazität oder ein Globalbudget nicht strukturerhaltend sind und nicht jeglichen Wettbewerb verhindern; selbstverständlich können die Kantone für Spitäler und Pflegeheime weitere Voraussetzungen vorsehen. Die Anzahl der Fälle im Geburtshaus entsprechen der Anzahl der Geburten, sodass es grundsätzlich keine Gefahr einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung gibt.

⁴⁰ Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2012 (138 II 398), Erw. 3.5.2 und 4.1.

⁴¹ GDK: Empfehlungen zur Spitalplanung, teilweise revidierte Version vom 25. Mai 2018, S. 17.

⁴² Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 16. Januar 2019 (C-5017_2015), Erw. 6.1, 6.2, 19.3.4, 20.2.1, 21.3.2 und 25.3.

⁴³ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 31. Juli 2012 (C-2112_2009), Erw. 4.3.1.

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 Spitalern 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 ab⁴⁴, um die Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit 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 den für die Anwendung der Massnahmen von der Seite der Kantone und allenfalls der Versicherer erforderlichen Kontrollaufwand um ein Vielfaches übersteigen.⁴⁵

Gemäss Artikel 32 Absatz 2 KVG müssen die Leistungen gemäss KVG für deren Kostenübernahme wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich 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 ökonomische Anreizsysteme beeinflusst, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zu Lasten der OKP oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a KVG führen, so sind die Grundsätze nach Artikel 32 Absatz 2 KVG nicht mehr gewährleistet. Die Leistungsaufträge sehen daher nach Absatz 7 als Auflage das Verbot der Anwendung solcher ökonomischen Anreizsysteme vor.

3. Qualitätsanforderungen

Art. 58g

Die Leistungserbringer erbringen unterschiedliche Leistungen. Daher können und müssen nicht alle Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen (Bst. a-d) anlässlich der Zulassung in derselben Form erfüllen. Die Kantone verfügen über einen weiten Ermessensspielraum in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen beim Befinden über die Zulassungsgesuche. Die Art der Leistungserbringung und die Betriebsgrösse können angemessen berücksichtigt werden. Während die Zulassung den einzelnen Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP befähigt und damit die grundlegenden Qualitätsanforderungen voraussetzt, erfolgt deren konkrete Ausgestaltung durch die Vertragspartner im Rahmen der Qualitätsverträge für den jeweiligen Leistungsbereich. Entsprechend stellt beispielsweise das Vorhandensein eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems (QMS) zwar für alle Leistungserbringer eine zwingende Zulassungsvoraussetzung dar. Die Qualitätsvertragspartner können die Anforderungen an ein solches QMS jedoch für den jeweiligen Leistungsbereich weiter konkretisieren oder erhöhen.

Die Qualitätsanforderungen bilden auch die notwendige Basis für die Qualitätsentwicklung. Mit Inkrafttreten von Artikel 58a KVG per 1. April 2021 sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer verpflichtet, gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abzuschliessen. Die Leistungserbringer müssen sich an diese Verträge halten (Art. 58a Abs. 6 KVG). Die Qualitätsverträge sind dem Bundesrat erstmals per 1. April 2022 zur Genehmigung einzureichen. Mit der Einhaltung der Qualitätsanforderungen im Rahmen der Zulassung verfügen die Leistungserbringer über die notwendigen Voraussetzungen, um die Qualitätsverträge einhalten zu können. Umgekehrt bildet die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 58a Abs. 7 KVG). Die Kantone müssen im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion

⁴⁴ Positionspapier der FMH vom Oktober 2016 unter https://www.fmh.ch/files/pdf22/positionspapier_gesundheitswesen_schweiz_langfassung_d_layout.pdf

⁴⁵ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, Massnahme 03, S. 34-35.

sicherstellen, dass die zugelassenen Leistungserbringer die Voraussetzungen während der gesamten Dauer der Leistungserbringung zu Lasten der OKP erfüllen.

Art. 58g Bst. a

Nach Artikel 58g Buchstabe a verfügen die Leistungserbringer über das erforderliche Personal bezüglich der Leistungen, die angeboten werden sollen.^{46 47} Zudem ist das Personal ausreichend qualifiziert.⁴⁸

Für die Zulassung muss ersichtlich sein, dass das für die Leistungserbringung erforderliche Personal während der ganzen Dauer der Leistungserbringung in ausreichender Anzahl verfügbar und für die Leistungserbringung ausgebildet ist, damit die Qualität der Leistungserbringung sichergestellt werden kann. Beispielsweise muss das Personal für die vorgesehenen Behandlungen, allfälligen Medikamentenabgaben und -verabreichungen sowie allfällige, daraus erfolgende Notfälle eine entsprechende Qualifikation vorweisen. Insbesondere muss es eine Ausbildung in Hygiene vorweisen, wenn es im Rahmen von Eingriffen in der Praxis beigezogen wird. Die Einführung von internen Massnahmen zur Reduktion von behandlungsbedingten Infektionen ist häufig auch eine Frage der personellen Ressourcen. Diese Infektionen sind eine wichtige Gruppe⁵ der unerwünschten Ereignisse. Aus diesen Gründen müssen die an Eingriffen beteiligten Personen, die entsprechenden Aus- und Weiterbildungen absolviert haben. Personen, die Patientinnen und Patienten beraten (beispielsweise am Telefon bezüglich sofortiger oder späterer Behandlung etc.), müssen über eine entsprechende berufliche Ausbildung verfügen.

Art. 58g Bst. b

Nach Artikel 58g Absatz 1 Buchstabe b verfügen die Leistungserbringer über ein geeignetes QMS.

Mit einem QMS soll ein systematisches Qualitätsmanagement sichergestellt werden. Im Fokus stehen dabei die Ermittlung sowie die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen. Ein QMS beinhaltet die systematische, gezielte und geplante Herangehensweise an die Umsetzung der Ziele des Leistungserbringers und die Strukturierung, Steuerung sowie stetige Optimierung der Abläufe durch die Erfassung und Beschreibung der Aufbau- und Ablauforganisation.

Mit «geeignet» ist gemeint, dass das QMS insbesondere der Grösse des Leistungserbringers und der Komplexität der Leistungserbringung angepasst sein soll.

Art. 58g Bst. c

Nach Artikel 58g Absatz 1 Buchstabe c verfügen die Leistungserbringer über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und sie haben sich, sofern es ein solches gibt, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Reporting-Netzwerk angeschlossen.

Mit einem Berichts- und Lernsystem werden unerwünschte Ereignisse festgehalten, analysiert, entsprechende Verbesserungsmassnahmen durchgeführt und ausgewertet. Dies mit dem ausdrücklichen Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, mit denen Todesfälle und Gefährdungssituationen in Zukunft verhütet werden können und welche die Erhöhung der Patientensicherheit zur Folge haben. Diese Erkenntnisse könnten ausserdem mit den Erkenntnissen anderer Leistungserbringer verglichen werden.

Das Berichts- und Lernsystem soll insbesondere für die Verbesserung der Patientenergebnisse genutzt werden. Mit diesem System kann die Sicherheit der Patienten systematisch gewährleistet werden, indem Gefährdungen identifiziert, Sicherheitsdaten und -informationen dazu gesammelt und analysiert

⁴⁶ Missed Nursing Care, 2019. Abrufbar unter: Patient Safety Network > Primers > Missed Nursing Care – September 2019 (<https://psnet.ahrq.gov/home>) (Stand: 19. April 2021).

⁴⁷ Why is staff safety a patient safety issue? Safe staffing levels, 2020. Abrufbar unter: Patient Safety Learning > Resources > Blog > Why is staff safety a patient safety issue? (<https://www.patientsafetylearning.org>) (Stand: 19. April 2021)

⁴⁸ Safety Checklist for General Practice, 2015. Abrufbar unter: Royal College of General Practitioners > Clinical > Resources > Toolkits > Patient Safety Toolkit > Safety Checklist for General Practice (<https://www.rcgp.org.uk>) (Stand: 19. April 2021)

werden können. Zudem kann eine fortlaufende Bewertung und Behebung der Sicherheitsrisiken erfolgen. Im Weiteren bietet das System Unterstützung, indem Gefährdungen erkannt werden können, bevor ein Fehler oder ein Schaden bei einer Patientin oder einem Patienten eintritt. Unterlagen dazu können im internationalen Umfeld beispielsweise in Kanada erworben werden.⁴⁹ Dieselben Ziele verfolgt auch ein übergeordnetes, gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk.

Art. 58g Bst. d

Nach Artikel 58g Absatz 1 Buchstabe d verfügen die Leistungserbringer über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Flächendeckende national einheitliche Qualitätsmessungen sind wichtig, denn damit wird die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Indikatoren gewährleistet. In der Regel werden nationale Qualitätsmessungen mit Routinedaten vorgenommen. Daher soll der Leistungserbringer beispielsweise den Zugang zur Nutzung der notwendigen technischen Ausstattung vorweisen. Die technische Ausstattung soll zweckmässige und sichere Primärsysteme umfassen und muss die empfohlenen Austauschformate verwenden sowie die Mehrfachnutzung der Daten sicherstellen. Damit sollen neben einer reibungslosen Nutzung von vorhandenen Daten auch zusätzliche, unnötige administrative Arbeiten möglichst vermieden werden. Es soll namentlich verhindert werden, dass Daten manuell von einem elektronischen System in ein anderes übertragen werden müssen (z.B. aufgrund von technischen Schnittstellen, die nicht funktionieren oder Datenformaten, die durch übliche Systeme nicht gelesen werden können). Die Anbieter solcher Systeme sollten diese ohne besondere vertragliche Vereinbarungen mit den sie beauftragenden Leistungserbringern so aufsetzen, dass die Leistungserbringer ihre Daten in jedem System nutzen können. Es sollte ausreichen, dass die Leistungserbringer bei ihrer Auftragsvergabe auf die einzuhaltenden gesetzlichen Vorgaben für die Nutzung des Systems verweisen.

4. Übergangsbestimmung

Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 19. Juni 2020 hält fest, dass die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen waren, als nach Artikel 36 des neuen Rechts vom Kanton zugelassen gelten, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit beim Inkrafttreten dieses Artikels ausgeübt haben. Aufgrund der neuen Aufsichtspflicht der Kantone über diese Leistungserbringer (Art. 38 KVG) ist es notwendig, dass diese die entsprechenden Daten von den Versicherern erhalten. Dies wird *in Absatz 1* der Übergangsbestimmungen zur vorliegenden KVV-Änderung aufgenommen. Insbesondere benötigen die Kantone genaue Angaben darüber, welche Leistungserbringer auf ihrem Gebiet bereits zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind. Diese Angaben sind dann zu überprüfen (tatsächlich aktiv, Beschäftigungsgrad usw.).

Die Übergangsbestimmungen sehen weiter 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 (*Absatz 2*), für die Planung der Rehabilitation und der Psychiatrie sechs Jahre (*Absatz 3*), für die Pflegeheime fünf Jahre (*Absatz 4*). Die Differenz unter den Spitalbereichen 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

⁴⁹ [Reporting and Learning Systems \(patientsafetyinstitute.ca\)](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/tools-and-recommended-readings-reporting-and-learning-systems.aspx): Zugang durch: Canadian Patient Safety Institute > Home / Tools & Resources > Patient Safety and Incident Management Toolkit > Patient Safety Management > Tools and Recommended Readings: Reporting and Learning Systems (<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/PatientSafetyIncidentManagementToolkit/PatientSafetyManagement/pages/tools-and-recommended-readings-reporting-and-learning-systems.aspx>)

der Planungen erstrebenswert ist. Innerhalb der in den Übergangsbestimmungen festgesetzten Fristen können die Kantone die Listen aktualisieren, ohne sämtliche Planungsschritte durchzuführen, solange die Parameter der zu Grunde liegenden Planung weiterhin gelten. Im Pflegeheimbereich soll insbesondere den Kantonen genügend Zeit – fünf Jahre – zur Verfügung stehen zu bestimmen, wie sie eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchführen wollen.

Für die Absätze 5, 6 und 7 der Übergangsbestimmungen vgl. die Fussnoten 2 bzw. 3 in Ziffer 3.1.

III. Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 1. Januar 2022 in Kraft. Artikel 50c und 52d KVV treten per 1. Juli 2022 in Kraft.

IV. Kostenvergütung im Spital durch die Unfallversicherung

1. 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 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20)]. 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 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) 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.

2. 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^{bis} 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.

3. Inkrafttreten

Die Änderung tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.