

# Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

Änderung vom ...

---

*Der Schweizerische Bundesrat  
verordnet:*

I

Die Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>1</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 58a Abs. 2*

<sup>2</sup> Die Planung wird periodisch überprüft.

*Art. 58b*          Versorgungsplanung

<sup>1</sup> Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche. Sie berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Faktoren, wie die demografische, die medizintechnische, die epidemiologische und die ökonomische Entwicklung.

<sup>2</sup> Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind.

<sup>3</sup> Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Das zu sichernde Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots.

<sup>4</sup> Bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebots berücksichtigen die Kantone insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

<sup>1</sup> SR 832.102

*Art. 58d* Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität

<sup>1</sup> Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt durch einen Vergleich der schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>2</sup> Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime erfolgt durch einen Vergleich der nach dem Pflegebedarf der versicherten Personen bereinigten Kosten für Pflegeleistungen bei Krankheit.

<sup>3</sup> Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler ist zu prüfen, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Spital eingehalten werden:

- a. leistungsgruppenbezogene Dotation mit Fachpersonal und der Einbezug bedarfsgerechter Expertise;
- b. Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen;
- c. Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems und der Anschluss an ein gesamtschweizerisch einheitliches Reporting-Netzwerk;
- d. Betreiben eines Qualitätsmanagementsystems;
- e. Anwendung professioneller Standards;
- f. Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln.

<sup>4</sup> Bei der Beurteilung der Qualität der Pflegeheime und der Geburtshäuser ist zu prüfen, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Pflegeheim oder Geburtshaus eingehalten werden:

- a. Dotation mit Fachpersonal und Einbezug bedarfsgerechter Expertise;
- b. Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen;
- c. Vorliegen einer Sicherheitskultur, insbesondere die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems;
- d. Betreiben eines Qualitätsmanagementsystems;
- e. Anwendung professioneller Standards, insbesondere das Vorliegen eines schriftlichen Behandlungs- und Pflegeplans;
- f. Gewährleistung der Medikationssicherheit bei der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln.

<sup>5</sup> Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler, der Pflegeheime und der Geburtshäuser können die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen als Auswahlkriterien berücksichtigt werden.

<sup>6</sup> Im Spitalbereich ist auf die Nutzung von Synergien zu achten und das Optimierungspotenzial zu berücksichtigen, das mit einer Konzentration von Leistungsgruppen für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen verbunden ist.

<sup>7</sup> Die Festlegung der Auflagen pro Leistungsgruppe in Spitälern und Geburtshäusern ist Bestandteil der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität.

<sup>8</sup> Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf die Ergebnisse anderer Kantone stützen, wenn diese aktuell und in Bezug auf das zu erbringende Leistungsspektrum aussagekräftig sind.

*Art. 58e* Interkantonale Koordination der Planungen

<sup>1</sup> Um die Verpflichtung zur koordinierten Planung nach Artikel 39 Absatz 2 KVG einzuhalten, sind insbesondere:

- a. die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen;
- b. das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Spitalversorgung zu beurteilen;
- c. die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen koordinieren.

<sup>2</sup> Von der Planung eines Kantons betroffen sind:

- a. die Kantone, in denen eine oder mehrere auf der Liste des planenden Kantons aufgeführten oder dafür vorgesehenen ausserkantonalen Einrichtungen ihren Standort haben;
- b. die Kantone, auf deren Liste eine oder mehrere ausserkantonale Einrichtungen aufgeführt sind oder dafür vorgesehen sind, die den Standort im planenden Kanton haben;
- c. die Kantone, für deren Planung die aktuellen oder erwarteten interkantonalen Patientenströme aus dem planenden Kanton oder in die innerkantonalen Einrichtungen des planenden Kantons wichtig sind;
- d. die Kantone, die im Rahmen einer interkantonalen Spitalversorgung mit ihrer Planung zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung beitragen können.

*Art. 58f* Listen und Leistungsaufträge

<sup>1</sup> Auf der Liste nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG sind die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen aufzuführen, die notwendig sind, um das nach Artikel 58b Absatz 3 bestimmte Angebot sicherzustellen.

<sup>2</sup> Jeder Einrichtung auf der Liste wird ein Leistungsauftrag nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG erteilt.

<sup>3</sup> Die Listen halten für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum fest. Es werden für das ganze Leistungsspektrum von Spitalern und Geburtshäusern Leistungsaufträge erteilt.

<sup>4</sup> Im Bereich der hochspezialisierten Medizin setzt das zuständige interkantonale Beschlussorgan die Teilbereiche des Leistungsspektrums und die entsprechenden Auflagen fest.

<sup>5</sup> Die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erteilten Leistungsaufträge halten fest, welche der folgenden Auflagen pro Leistungsgruppe zu erfüllen sind:

- a. Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie;
  - b. Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte und ihre Weiterbildung;
  - c. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation;
  - d. Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensivstation;
  - e. verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitalern;
  - f. Qualitätssicherung, namentlich interdisziplinäre Fallbesprechung;
  - g. Mindestfallzahlen;
  - h. sonstige Kriterien nach kantonalem Recht.
- <sup>6</sup> Die Leistungsaufträge können zudem insbesondere folgende Auflagen vorsehen:
- a. im akutsomatischen Spitalbereich: die maximalen Leistungsmengen;
  - b. im psychiatrischen und rehabilitativen Spitalbereich sowie im Pflegeheimbereich: die maximalen Leistungsmengen oder die maximalen Bettenzahlen;
  - c. die Folgen der Nichteinhaltung der Auflagen.
- <sup>7</sup> Die Leistungsaufträge der Spitäler sehen als Auflage das Verbot unsachgemässer ökonomischen Anreizsysteme zur Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a des Gesetzes vor.

*Art. 59c*      Tarifgestaltung

<sup>1</sup> Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht:

- a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.
- b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.
- c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.

<sup>2</sup> Bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG beziehen sich die Grundsätze nach Absatz 1 auf den Leistungserbringer, der die Referenz nach Artikel 59c<sup>bis</sup> Absatz 1 bildet.

<sup>3</sup> Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 nicht mehr gewährleistet ist. Zudem müssen sie bei Einzelleistungstarifstrukturen prüfen, ob sich Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind, zusammenfassen lassen. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren.

<sup>4</sup> Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 bis 3 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 und 48 KVG und bei Tarifstrukturanpassungen nach Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG sinngemäss an.

*Art. 59c<sup>bis</sup>* Tarifierung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

<sup>1</sup> Für die Tarifierung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG wird ein Benchmarkwert ermittelt auf Grund der Kosten des Leistungserbringers, der die Referenz (Benchmark) bildet. Der Benchmarkwert wird wie folgt ermittelt:

- a. In einem ersten Schritt werden die nach Artikel 10a<sup>bis</sup> Absatz 3 der Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>2</sup> über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten aller Leistungserbringer in der Schweiz berechnet, die ihre Leistungen nach demselben Vergütungsmodell abrechnen; nicht verwendet werden Daten, die:
  1. eine Qualität aufweisen, die nicht ausreicht, um die Fall- oder Tageskosten transparent herzuleiten,
  2. aus anderen nachweisbaren Gründen nicht verwendet werden können.
- b. In einem zweiten Schritt werden die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten desjenigen Leistungserbringers als Benchmarkwert ausgewählt, der gemessen an der Anzahl Leistungserbringer höchstens dem 25. Perzentilwert entspricht.

<sup>2</sup> Für die Ermittlung des Benchmarkwerts kann der Betriebsvergleich nach Artikel 49 Absatz 8 KVG herangezogen werden, wenn die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten sind und diese mit einem Testat nach Artikel 9 Absatz 5<sup>bis</sup> VKL belegt wurden.

<sup>3</sup> Die Versicherer ermitteln individuell oder pro Versichererverband den Benchmarkwert und legen den Kantonen die Herleitung mit den entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer offen.

<sup>4</sup> Auf dem Benchmarkwert werden Zuschläge bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, die zusätzliche Leistungen erbringen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Sie werden in der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG nicht sachgerecht abgebildet.
- b. Es gibt keine Vereinbarung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG, wonach die Leistungen getrennt in Rechnung gestellt werden können.
- c. Ihre Kosten werden vom Leistungserbringer transparent nachgewiesen.
- d. Ihre Kosten werden durch den Benchmarkwert nicht abgedeckt.

<sup>5</sup> Auf dem Benchmarkwert werden Abzüge insbesondere bei denjenigen Leistungserbringern vorgenommen, die:

- a. systematisch weniger Leistungen erbringen, welche die Tarifstruktur nicht sachgerecht abbildet;
- b. ihre Kosten- und Leistungsdaten verspätet, in unzureichender Qualität oder gar nicht für die Ermittlung des Benchmarkwerts nach Absatz 1 bereitstellen.

<sup>2</sup> SR 832.104

<sup>6</sup> Der Abzug nach Absatz 5 Buchstabe b liegt bei einem Prozentwert, der sicherstellt, dass dem Leistungserbringer kein Vorteil daraus erwächst. Er kann im Wiederholungsfall erhöht werden und in begründeten Ausnahmefällen für höchstens zwei Betriebsjahre ausgesetzt werden.

<sup>7</sup> Der Tarif für die Pauschale ergibt sich aus dem Basisfallwert multipliziert mit dem Kostengewicht aus der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG.

<sup>8</sup> Der Basisfallwert ergibt sich bei Leistungserbringern, deren schweregradbereinigten Kosten:

- a. unter dem Benchmarkwert liegen: aus dem Benchmarkwert unter Berücksichtigung allfälliger Abzüge nach Absatz 5;
- b. dem Benchmarkwert entsprechen oder über diesem liegen: aus dem Benchmarkwert unter Berücksichtigung allfälliger Zuschläge nach Absatz 4 und Abzüge nach Absatz 5.

<sup>9</sup> Die Versicherer und die Leistungserbringer veröffentlichen gemeinsam alle drei Monate eine aktualisierte Liste mit Angaben pro Leistungserbringer und nach Versicherer oder Versichererverband über:

- a. die Basisfallwerte nach Absatz 7;
- b. gängige Verfahren nach den Artikel 47 und 53 KVG.

## II

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

<sup>1</sup> Die Listen der akutsomatischen Spitäler und der Geburtshäuser müssen innert vier Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.

<sup>2</sup> Die Listen der psychiatrischen und rehabilitativen Spitäler müssen innert sechs Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.

<sup>3</sup> Die Listen der Pflegeheime müssen innert drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Planungskriterien nach dieser Verordnung entsprechen.

<sup>4</sup> Der für den Benchmarkwert benutzte Perzentilwert darf noch bis zum Tarifjahr 2023 höher sein als der Wert nach Artikel 59<sup>e</sup><sup>bis</sup> Absatz 1 Buchstabe b.

## III

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.

## IV

Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.

...

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

## Änderung anderer Erlasse

Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:

### **1. Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>3</sup> über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung**

#### *Art. 9 Abs. 5<sup>bis</sup>*

<sup>5bis</sup> Der Kostenrechnung der Spitäler und Geburtshäuser ist ein Testat einer externen Revisionsstelle beizulegen, welches belegt, dass die erstellte Kostenrechnung keine Abweichungen von den Bestimmungen dieser Verordnung aufweist.

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

<sup>1</sup> Von den Kosten aus der Kostenträgerrechnung für sämtliche DRG-Fälle, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zuzuordnen sind, sind insbesondere folgende Abzüge vorzunehmen:

- a. Kosten für Leistungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssen und dennoch auf den Kostenträgern, die bei der Berechnung des Basisfallwerts beigezogen werden, geführt werden, namentlich gemeinwirtschaftliche Leistungen wie Forschung und universitäre Lehre sowie Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing.
- b. Kosten für Zusatzleistungen an Patientinnen und Patienten, die diesen direkt verrechnet werden;
- c. Kosten für unbewertete DRG-Fälle;
- d. Zusatzentgelte;
- e. Kosten für Arzthonorare für Leistungen bei Zusatzversicherten;
- f. Kosten für Zusatzversichertenstandard;
- g. effektiver Zinsaufwand;
- h. Debitorenverluste;

<sup>3</sup> SR 832.104



<sup>2</sup> Auf den angepassten Kosten nach Absatz 1 ist ein Zuschlag für die Zinsen auf dem betriebsnotwendigen Umlaufvermögen, basierend auf der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren und einer Zahlungsfrist von 40 Tagen vorzunehmen.

<sup>3</sup> Die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten ergeben sich aus den angepassten Kosten nach den Absätzen 1 und 2 dividiert durch die Summe der Netto-Kostengewichte der Tarifstrukturversion des Kalenderjahrs der Kostenrechnung.

## **2. Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>4</sup> über die Unfallversicherung**

### *Art. 15 Abs. 2 und 2<sup>bis</sup>*

<sup>2</sup> Begibt sich der Versicherte in eine andere als die allgemeine Abteilung oder aus medizinischen Gründen in ein anderes Spital, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden Spitals nach Absatz 1 erwachsen wären. Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten.

<sup>2bis</sup> Medizinische Gründe nach Absatz 2 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderliche Leistung in keinem Vertragsspital nach Absatz 1 angeboten wird.