



**SDK** Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz  
**CDS** Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires  
**CDS** Conferenza dei direttori cantonali della sanità

Weltpoststr. 20 Postfach CH-3000 Bern 15  
Tel. +31 356 20 20 Fax. +31 356 20 30  
<http://www.sdk-cds.ch> e-mail: [office@sdk-cds.ch](mailto:office@sdk-cds.ch)

Kommission „Vollzug Krankenversicherung“  
47.3/HS/FW/PH

15. März 1996  
7. Juni 1999 (1. Revision)  
20. Februar 2003 (2. Revision)  
21. August 2003 (3. Revision)

**Empfehlungen**  
**zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone**  
**bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG**  
(Revidierte Fassung)

*Die bisher mit dem Kostengutsprache-Verfahren gemachten Erfahrungen und ein wichtiges Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. Dezember 1997 veranlassten die Kommission „Vollzug Krankenversicherung“, die Empfehlungen zum Vollzug von Artikel 41.3 KVG vom 15. März 1996 und die Ergänzenden Hinweise zum Vollzug vom 28. Mai 1996 zu überarbeiten und bei dieser Gelegenheit zusammenzufassen. Die neuen Empfehlungen wurden nicht nur in Bezug auf das EVG-Urteil vom 16. Dezember 1997 geändert, sondern es wurden auch einige Präzisierungen angebracht, die zu einer Verbesserung des administrativen Ablaufs des Kostengutsprache-Verfahrens beitragen sollen.*

*Diese erste Überarbeitung der Empfehlungen erfolgte mit Kommissionsbeschluss vom 7. Juni 1999 gestützt auf eine Reihe von Arbeiten und Unterlagen: (a) auf die Ergebnisse einer anfangs 1997 bei den Kantonen durchgeführten Umfrage, (b) auf die Schlussfolgerungen der im Frühjahr 1997 in der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) geführten Diskussion, (c) auf den Bericht vom 2. Juni 1997 einer Arbeitsgruppe des Groupement romand des services de santé publique (GRSP) und schliesslich (d) auf die Ergebnisse der Vernehmlassung zum Entwurf zu revidierten Empfehlungen, den die Kommission Ende 1998 bei den Kantonen, bei der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), bei H+ Die Spitäler der Schweiz sowie bei den Versicherungsverbänden einleitete. Eine zweite Anpassung der Empfehlungen erfolgte am 20.2.2003 in Zusammenhang mit der Einführung der Personenfreizügigkeit innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Neu gilt nämlich KVV Art. 37: Gleichstellung von gewissen Personen mit Wohnsitz im Ausland mit in einem anderen Kanton wohnhaften Versicherten (Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen; Personen, welche sich wahlweise im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen können).*

*Infolge von EVG-Entscheiden vom Dezember 2001 wurde nun am 21.8.2003 eine dritte Revision vorgenommen. Es ist aufgrund der EVG-Entscheidung davon auszugehen, dass für gewisse ausserkantonale ambulante Behandlungen (insbesondere bei Notfällen) auch eine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons besteht. Ein gesamtschweizerisch einheitliches Vorgehen und Verfahren konnte für diese Fälle trotz Bemühungen der SDK nicht erreicht werden.*

*Das Kostengutspracheformular wurde seit April 1998 nicht mehr überarbeitet. Die SDK wird auf den September 2003 ein den neuen Anforderungen entsprechendes benutzerfreundliches Formular auf die Website aufschalten. Inhaltlich ergeben sich nur marginale Änderungen.*

*Die Kommission gibt ihrer Hoffnung Ausdruck, dass alle Kantone diese Empfehlungen umsetzen und das Kostengutsprache-Formular der SDK verwenden werden.*

*Für die Kommission „Vollzug KVG“  
Michael Jordi*

*Bern, 21. August 2003*

## Empfehlungen

### Empfehlung 1

Bei Antrag auf Kostengutsprache ist auf Grund von Artikel 41.3 KVG ein **Verfahren zur Kontrolle der medizinischen Indikation** und zur **Erteilung einer Kostengutsprache** durch den **Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes (Wohnkanton)** der zu behandelnden Person nur dann durchzuführen, wenn die nachfolgenden Bedingungen alle erfüllt sind:

- (1.1) Es handelt sich um eine **stationäre Behandlung**.
- (1.2) Für die Behandlung besteht eine **Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** (Grundversicherung).
- (1.3) Die Behandlung erfolgt in einem zur Krankenversicherung zugelassenen **ausserkantonalen Spital**, das auf Grund der Bestimmungen des Wohnkantons der versicherten Person **für die betreffende Behandlung wählbar ist**.
- (1.4) Das **behandelnde Spital** ist ein **öffentliches** oder **öffentlich subventioniertes** Spital.
- (1.5) Die Behandlung erfolgt aus **medizinischen Gründen** ausserhalb des Wohnkantons der zu behandelnden Person; medizinische Gründe liegen bei einem **Notfall** vor oder wenn die **Behandlung im Wohnkanton nicht verfügbar** ist.

Handelt es sich um eine **ambulante ausserkantonale Behandlung** gemäss den Entscheiden des EVG vom Dezember 2001 (insbesondere Notfälle) und werden diese in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital durchgeführt, ist eine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons auch ohne vorgängige Einholung einer Kostengutsprache gegeben.

### Bemerkungen zu 1.1

(1.10) Die Beitragspflicht des Kantons nach Artikel 41.3 KVG beschränkt sich auf die stationäre Behandlung und auf gewisse ambulante Behandlungen (gemäss den Entscheiden des EVG vom Dezember 2001, insbesondere bei Notfällen).

### Bemerkungen zu 1.2

(1.21) Besteht keine Leistungspflicht der Krankenpflege-Grundversicherung, hingegen eine Leistungspflicht der **obligatorischen Unfallversicherung**, der **Invalidenversicherung** oder der **Militärversicherung**, entfällt die Beitragsleistung des Wohnkantons der zu behandelnden Person.

(1.22) Bei **Unfällen** von Personen, die **nicht** aufgrund des Unfallversicherungsgesetzes versichert sind (insbesondere nicht erwerbstätigen Personen), gelten die Bestimmungen des KVG und damit gegebenenfalls auch die Beitragspflicht des Wohnkantons der betreffenden Person nach Artikel 41.3 KVG. Massgebend für die Beitragspflicht des Kantons ist nicht die Frage, ob es sich um einen Unfall oder um eine Krankheit handelt, sondern ob die obligatorische Unfallversicherung oder die obligatorische Krankenversicherung leistungspflichtig ist.<sup>1</sup>

(1.23) Für den Fall, dass eine **Vorleistungspflicht der Krankenversicherung** nach Artikel 78.1.a KVG und Artikel 112-116 KVV zur Anwendung kommt, ist das Kostengutsprache-Verfahren ebenfalls durchzuführen. Einer Anregung des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) folgend, wird den Kantonen empfohlen, in diesem Fall die Kostengutsprache ausdrücklich unter dem Vorbehalt zu erteilen, dass die anfallenden Kosten nach der Klärung der Leistungspflicht tatsächlich unter jene der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen.

---

<sup>1</sup> Das BSV hat dazu in seiner Antwort vom 1.2.1996 auf eine Anfrage des Kantons Basel-Landschaft Stellung bezogen.

(1.24) **Asylsuchende**, die einem Kanton zugeteilt worden sind, werden gleich behandelt wie Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in diesem Kanton.<sup>2</sup>

### Bemerkungen zu 1.3

(1.31) Die Fragen, ob die zu behandelnde Person neben der Grundversicherung noch irgendwelche **Zusatzversicherungen** abgeschlossen hat oder ob die Behandlung in der **allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung** stattfindet, spielen für die Beitragspflicht des Wohnkantons der Patientinnen und Patienten keine Rolle.<sup>3</sup>

(1.32) Der Wohnkanton der Versicherten kann aufgrund von Artikel 41.2.b KVG das **Ausmass der Leistungspflicht** der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei medizinisch indizierter ausserkantonaler Behandlung dadurch beeinflussen, dass er bestimmte **ausserkantonale Spitäler** auf seine **Spitalliste** setzt. Sowohl die Ärztinnen und Ärzte wie auch die Versicherten müssen in geeigneter Form über die allfälligen Einschränkungen informiert werden. Sie sind insbesondere darauf aufmerksam zu machen, dass keine Kostengutsprache erteilt und kein Beitrag des Kantons ausgerichtet wird, wenn die Behandlung in einem durch den Wohnkanton der behandelten Person nicht zugelassenen Spital erfolgt.

(1.33) Die **Zulassung** eines ausserkantonalen Spitals kann **stillschweigend** dadurch gegeben sein, dass kein für die nötige Behandlung geeignetes Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons der zu behandelnden Person aufgeführt ist, oder dadurch, dass ein Notfall vorliegt.

(1.34) Die sich aus der Anwendung der kumulierten Bestimmungen der Absätze 3, 2 und 1 von **Artikel 41 KVG in Kombination mit der Spitalliste nach Artikel 39.1.e KVG** für Versicherte, Versicherer und Kantone ergebenden Rechte und Pflichten sind noch nicht für alle möglichen Fälle abschliessend geklärt. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, bis auf Weiteres von **folgenden Voraussetzungen** auszugehen, **falls alle anderen Bedingungen** für die Ausrichtung einen Kantonsbeitrages **erfüllt** sind und es sich nicht um einen Notfall handelt:

- (1.341) Falls für die betreffende Behandlung geeignete ausserkantonale Spitäler auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person (gegebenenfalls für die betreffende Behandlung) aufgeführt sind, nicht jedoch das behandelnde Spital selbst, kann der Kanton den Beitrag verweigern.
- (1.342) Falls das geeignete behandelnde Spital auf der Spitalliste seines Standortkantons aufgeführt ist und auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person kein geeignetes Spital aufgeführt ist, darf dieser Kanton den Beitrag nicht verweigern.

(1.35) Es spielt auch mit Bezug auf die zulässige Wahl des Spitals **keine Rolle**, ob die behandelte Person über eine **Zusatzversicherung** verfügt oder nicht und ob die **Behandlung in der allgemeinen, in der halbprivaten oder privaten Abteilung** erfolgt. (Vorbehalten bleiben allfällige abweichende, aber als KVG-konform anerkannte Bestimmungen im kantonalen Erlass zur Spitalliste nach Artikel 39.1.e KVG.)

(1.36) Im Übrigen wird den Kantonen empfohlen, sich im Falle der Inkraftsetzung einer Spitalliste, auf der ausserkantonale Spitäler aufgeführt sind, eine gewisse **Flexibilität** dadurch zu bewahren, dass die Möglichkeit ausdrücklich offen gelassen wird, dass der Kanton **im Einzelfall** eine Kostengutsprache auch für die Behandlung in einem öffentlichen oder subventionierten Spital erteilen kann, das nicht auf seiner Spitalliste aufgeführt ist.

---

<sup>2</sup> Das Bundesgericht hat mit Urteil vom 26.8.1998 (2.A.191/1998, Kanton Uri gegen Bundesamt für Flüchtlinge) entschieden, dass der Kanton für die ihm zugewiesenen Asylbewerbenden die Tariffdifferenz nach Artikel 41.3 KVG zu übernehmen habe.

<sup>3</sup> Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in einem Urteil vom 16.12.1997 (Kanton Schwyz gegen Helsana) entschieden, dass die Beitragspflicht des Wohnkantons der behandelten Person nach Artikel 41.3 KVG auch dann besteht, wenn die Behandlung in der halbprivaten oder privaten Abteilung erfolgt.

## Bemerkungen zu 1.4

(1.41) Für Behandlungen in nicht subventionierten Spitälern besteht keine Leistungspflicht des Kantons.<sup>4</sup> Es ist zu beachten, dass ein Spital, eine Spitalabteilung oder ein bestimmtes Leistungsangebot eines Spitals (gemäss Leistungsauftrag des Kantons) als „öffentlich subventioniert“ nach KVG gelten, wenn der Standortkanton darauf bezogene **Betriebsbeiträge** ausrichtet. Baubeiträge gelten in diesem Zusammenhang nicht als Subventionen.

(1.42) Allenfalls kann es sich beim behandelnden Spital um ein „beitragsberechtigtes“ Vertragsspital des Wohnkantons der behandelten Person handeln, auch wenn das Spital nicht generell subventioniert wird.

## Bemerkungen zu 1.5

(1.51) Die medizinisch indizierte Behandlung in einem ausserkantonalen Spital darf **nicht** allein deshalb **zum Notfall deklariert** werden, weil eine **Kostengutsprache des Wohnkantons** der zu behandelnden Person noch nicht vorliegt. Sofern die **Verzögerung einer Behandlung aus medizinischen Gründen nicht in Kauf genommen werden darf**, toleriert der Wohnkanton der zu behandelnden Person die Aufnahme der Spitalbehandlung auch dann, wenn die Kostengutsprache noch nicht erteilt ist.

(1.52) Ein **Notfall** liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital des Wohnkantons derselben zu transportieren oder wenn ein solcher Transport aus medizinischen Gründen unzweckmässig wäre. Der Notfall dauert an, so lange eine Rückführung in den Wohnkanton der behandelten Person aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist. Ein Notfall lässt sich hingegen nicht geltend machen, wenn ein Rücktransport in den Wohnkanton der behandelten Person erst unzumutbar wurde, nachdem diese ohne medizinische Gründe ein ausserkantoniales Spital aufgesucht hatte. Vorbehalten bleiben allfällige Erleichterungen, die sich aufgrund vertraglicher Abmachungen zwischen Kantonen mit Bezug auf die Zulassung der Behandlung in nahe gelegenen ausserkantonalen Spitälern ergeben.

(1.53) Eine Behandlung in einem ausserkantonalen Spital kann auch dann medizinisch indiziert sein, wenn für eine Behandlung im Kanton des gesetzlichen Wohnsitzes der zu behandelnden Person eine **nicht zumutbar lange Wartezeit** in Kauf genommen werden müsste.

## Empfehlung 2

- (2.1) Der Kanton macht seine finanzielle Beteiligung an einer medizinisch indizierten ausserkantonalen stationären Behandlung davon abhängig, dass er die **medizinische Indikation** vor der Behandlung (im Notfall nachträglich) **geprüft** und eine **Kostengutsprache** erteilt hat.
- (2.2) Der **Kanton bestimmt** eine **ärztliche Dienststelle**, welche die medizinische Indikation prüft und die Kostengutsprache erteilt.
- (2.3) Der Kanton sorgt für eine **rasche Behandlung der Anträge** um Kostengutsprache.
- (2.4) Der Kanton sieht im Rahmen der **Rechtsmittel-Regelung** zum Kostengutsprache-Verfahren vor, dass im Falle der Ablehnung des Antrags um Kostengutsprache durch die ärztliche Dienststelle des Kantons nicht nur der zu behandelnden Person, sondern auch der antragstellenden Arztperson das Recht eingeräumt wird, von der kantonalen Dienststelle eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen. Eine solche Verfügung enthält die nötigen Angaben zur **Rechtsmittel-Belehrung**. Die zu behan-

<sup>4</sup> Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in einem Urteil vom 19.12.1997 zu einer Beschwerde eines Versicherten gegen den Kanton Schwyz festgehalten, im Falle einer Behandlung in einem nicht subventionierten Spital bestehe keine Leistungspflicht des Kantons nach Artikel 41.3 KVG.

delnde Person kann gegen diese Verfügung die Rechtsmittel nach kantonalem Recht ergreifen.

(2.5) Der Kanton regelt in einem **Erlass**:

- (a) das **Kostengutsprache-Verfahren** für den Vollzug von Artikel 41.3 KVG,
- (b) die Bezeichnung der zuständigen **kantonalen Dienststelle**,
- (c) die **Rechtsmittel-Regelung**.

### Bemerkungen zu 2.1

(2.10) Nur mit einer klaren Regelung ist es möglich, die Beitragsleistungen des Kantons von einem korrekt durchgeführten Kostengutsprache-Verfahren abhängig zu machen. Nur wenn ein Notfall vorliegt, soll eine nachträgliche Einleitung des Verfahrens zulässig sein. Auch in diesem Fall ist die ausdrückliche Erteilung einer Kostengutsprache Voraussetzung für die Beitragsleistung des Kantons: Der Entscheid über die Kostengutsprache ist dem behandelnden Spital immer zu eröffnen und nicht etwa als stillschweigend erteilt zu betrachten, falls die zuständige ärztliche Dienststelle des Kantons nicht reagiert.

### Bemerkungen zu 2.2

(2.20) Für das Rechnungswesen und die Abwicklung der Zahlungen kann allenfalls eine nichtärztliche Dienststelle bezeichnet werden. Dem Datenschutz ist in diesem Falle ganz besondere Beachtung zu schenken.

### Bemerkungen zu 2.3

(2.31) Die Kantone haben den Krankenversicherern eine entsprechende Gestaltung der Verfahren zugesagt.<sup>5</sup>

(2.32) Der Kanton kann allenfalls eine Frist für die Behandlung der Anträge festlegen.

(2.33) Die antragstellende Arztperson kann gegebenenfalls unter den medizinischen Daten auf dem Formular einen entsprechenden Hinweis anbringen, falls eine beschleunigte Behandlung des Antrags durch die ärztliche Dienststelle des Kantons für alle Beteiligten von Vorteil ist.

### Bemerkungen zu 2.4

(2.41) Die grosse Mehrzahl der nicht umstrittenen Fälle von Kostengutsprache-Verfahren soll möglichst nicht mit aufwendigen formellen Anforderungen belastet werden. In umstrittenen Fällen muss indessen der Rechtsweg klar geregelt sein.

(2.42) In der Regel wird im Streitfall zuerst ein Wiedererwägungsgesuch zu stellen und zu behandeln sein. Erst wenn dieses durch eine beschwerdefähige Verfügung abgelehnt wird, können weitere Rechtsmittel ergriffen werden.

### Bemerkungen zu 2.5

(2.50) Es ist unumgänglich, für das Kostengutsprache-Verfahren die nötigen Rechtsgrundlagen zu schaffen, damit die Rechtssicherheit gewährleistet ist. Ganz besonders wichtig ist, dass die bezeichnete Dienststelle mit der nötigen Kompetenz zur Erteilung der Kostengutsprachen versehen ist und dass eine klare Rechtsmittel-Regelung vorliegt.

---

<sup>5</sup> Ziffer 2.6 der Vereinbarung vom 7.7.1998 zwischen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer („Stillhalteabkommen zur Spitalfinanzierung“) lautet wie folgt: *Die Kantone erklären sich bereit, ihre internen Verfahren (alle Beteiligte, inkl. Kantonsarzt) derart zu gestalten, dass eine fristgerechte Behandlung der Gesuche für die medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisation sichergestellt ist.*

### Empfehlung 3

- (3.1) **Zuständig für die Einleitung des Verfahrens** sind:
- (a) die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, die eine geplante Spitalbehandlung verordnen;
  - (b) die Spitalärztin oder der Spitalarzt, die die Behandlung in einem Notfall übernommen haben;
  - (c) die Spitalärztin oder der Spitalarzt, die die Patientin oder den Patienten in ein anderes Spital überweisen;
  - (d) die Spitalärztin oder der Spitalarzt, die Antrag auf Verlängerung des Spitalaufenthalts stellen.
- (3.2) Die für die Einleitung des Verfahrens **zuständige Arztperson stellt, in der Regel stellvertretend** für die zu **behandelnde Person und im Einverständnis mit ihr**, beim Wohnkanton derselben den **Antrag um Kostengutsprache**.

#### Bemerkungen zu 3.1

(3.10) In Ausnahmefällen wird ein Antrag der Spitalärztin oder des Spitalarztes auch dann entgegengenommen, wenn die einweisende Arztperson ihre Aufgabe der Antragstellung vernachlässigt hat und nicht mehr erreichbar ist.

#### Bemerkungen zu 3.2

(3.20) Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH)<sup>6</sup> wandte sich gegen die den Arztpersonen zugewiesene Zuständigkeit für die Antragstellung im Kostengutsprache-Verfahren. Zwar ist es zutreffend, dass es sich bei der Beitragsleistung des Kantons nach Artikel 41.3 KVG um eine Angelegenheit handelt, die das Rechtsverhältnis zwischen der zu behandelnden Person und dem Kanton betrifft. Die korrekten und sachdienlichen Angaben zu den medizinischen Daten können indessen ohnehin nur von einer Arztperson geliefert werden. Die Aufgabe würde den Arztpersonen nicht erleichtert, wenn die zu behandelnde Person von Anfang an formell in die Antragstellung einbezogen werden müsste. Zudem ist es seit jeher so, dass eine Arztperson für die Einweisung in ein Spital zuständig ist und diese Einweisung unterzeichnet. Die gleiche Rolle kann die Arztperson durchaus auch mit Bezug auf den Antrag für die Kostengutsprache übernehmen. Die im Rahmen der bisher durchgeführten Kostengutsprache-Verfahren gemachten, überwiegend positiven Erfahrungen bestätigen die Zweckmässigkeit dieses Vorgehens. Eine Unterschrift der zu behandelnden Person ist erst erforderlich, wenn diese nach einer Ablehnung der Kostengutsprache und nach dem Vorliegen einer Verfügung eine Beschwerde einreicht. Falls eine zu behandelnde Person den Antrag mitzuunterzeichnen wünscht, steht dem allerdings nichts entgegen. Von Ausnahmefällen (fehlende Handlungs- oder Urteilsfähigkeit) abgesehen, ist das Einverständnis der zu behandelnden Person mit dem Kostengutsprache-Verfahren erforderlich.

### Empfehlung 4

- (4.1) Das Verfahren soll für die ganze Schweiz vereinheitlicht werden. Für das **Kostengutsprache-Verfahren** nach Artikel 41.3 KVG ist ausschliesslich das einheitliche schweizerische **Formular der SDK**<sup>7</sup> abzugeben und auf die Herausgabe einer abgeänderten Fassung dieses Formulars oder eines anders gestalteten Formulars ist zu verzichten.
- (4.2) Das Formular soll **Verwendung** finden für:

<sup>6</sup> Schreiben FMH an SDK vom 15.4.1996 und 22.1.1999.

<sup>7</sup> Die SDK gab eine revidierte Fassung des Formulars „Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen nach Artikel 41.3 KVG“ mit Datum vom 30.4.1998 heraus.

- (a) die Antragstellung für eine Kostengutsprache im Hinblick auf einen Kantonsbeitrag nach Artikel 41.3 KVG im Falle einer im Wohnkanton der zu behandelnden Person **nicht verfügbaren Leistung**;
- (b) die Antragstellung für eine entsprechende Kostengutsprache bei einer **Notfallbehandlung** in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons der behandelten Person;
- (c) die Antragstellung für eine **Verlängerung** der Kostengutsprache;
- (d) die **Erteilung der Kostengutsprache** durch die zuständige Dienststelle des Kantons;
- (e) die **Einweisung der zu behandelnden Person ins Spital** durch die Ärztin oder den Arzt im Falle einer medizinisch bedingten ausserkantonalen Behandlung (allenfalls ergänzt mit einem ausführlicheren medizinischen Bericht).

#### Bemerkungen zu 4.1

(4.10) Im Hinblick auf die Erleichterung der Einreichung der Anträge wird den Kantonen empfohlen, die in ihrem Kantonsgebiet tätigen Arztpersonen und Spitäler

- (a) mit den nötigen Informationen,
- (b) mit dem Kostengutsprache-Formular,
- (c) mit Briefumschlägen, die mit der Anschrift der ärztlichen Dienststelle des Kantons versehen sind,

zu bedienen.

#### Bemerkungen zu 4.2

(4.21) **Das Formular zur Kostengutsprache wird in folgender Weise bearbeitet und weitergeleitet:**

(4.211) Das vollständig und lesbar ausgefüllte Gesuchsformular ist vorgängig der geplanten Hospitalisation oder bei Notfällen raschmöglichst von der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt an die betreffende ärztliche Dienststelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten zu senden.

(4.212) Die betreffende ärztliche Dienststelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten sendet das mit ihrem Entscheid versehene Original (mit medizinischen Daten) zurück an die antragstellende Arztperson. Letztere sendet das Original als Einweisung dem ärztlichen Dienst im behandelnden Zielspital, behält eine Kopie bei ihren Akten und übergibt allenfalls der Patientin oder dem Patienten eine Kopie.

(4.213) Falls die betreffende ärztliche Dienststelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten die Kostengutsprache erteilt hat, sendet sie je eine Kopie (ohne medizinische Daten) an die Administration des Zielspitals und an die Krankenversicherung. Die Krankenversicherer können von sich aus (über ihren vertrauensärztlichen Dienst) bei der ärztlichen Dienststelle des Kantons die medizinischen Daten verlangen, die medizinische Indikation überprüfen und gegebenenfalls bestreiten. Im Hinblick auf die Vermeidung von Doppelspurigkeiten spricht der Kanton sich in diesem Sinne mit dem Kantonalverband der Krankenversicherer ab.

#### Empfehlung 5

Bei der Weitergabe des Formulars sind dem **Datenschutz** und der **Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht** die nötige Beachtung zu schenken. Im Formular soll zwischen den administrativen Daten einerseits und den medizinischen Daten andererseits deutlich unterschieden werden. Der Formularteil mit den medizinischen Daten darf nur beteiligten Ärztinnen und Ärzten zugänglich sein.

## Bemerkungen zu 5

(5.00) Die Instruktionen betreffend die Kontrolle der Weitergabe der medizinischen Daten müssen gut verständlich und streng sein. Formulare, die medizinische Daten enthalten, sind in verschlossenem Umschlag zu senden. Bei der Übermittlung per Telefax und E-Mail ist sicherzustellen, dass die Daten nur berechtigten Personen zugänglich sind. Bei der Erstellung von Formular-Kopien, die nicht für berechnigte ärztliche Personen bestimmt sind, muss jener Teil, der die medizinischen Daten enthält, immer zugedeckt werden. Die beteiligten Stellen und Personen erstellen die Kopien des Kostengutsprache-Formulars jeweils nach Bedarf auf der Kopiermaschine oder gegebenenfalls informatikgestützt; sie achten dabei besonders darauf, dass die medizinischen Daten auf jenen Kopien nicht erscheinen, die nicht für berechtigtes ärztliches Personal bestimmt sind. Die Verwendung von Durchschreibe-Papier (chemisch behandeltem Papier) zur Herstellung der nötigen Anzahl Kopien hat sich nicht bewährt, weil bei handschriftlichen Einträgen meist nur die ersten Blätter noch lesbar sind.

### Empfehlung 6

Beim Vorliegen eines **Notfalls** ist die **Frist für die Einreichung des Formulars** bei der ärztlichen Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person auf **drei Tage** festzulegen.

## Bemerkungen zu 6

(6.00) Die Frist darf nicht zu kurz angesetzt sein, weil sie sonst in der Praxis nicht zumutbar ist. Sie darf aber auch nicht zu lang angesetzt sein, weil sonst das Verfahren unterlaufen würde. Zudem ist eine einfache Regelung gegenüber einer komplizierten vorzuziehen. So bezeichnet beispielsweise der Begriff „Werktag“ nicht in allen Kantonen genau dieselben Kalendertage; dessen Verwendung ist deshalb ungeeignet. Die Ansetzung einer Frist von drei Tagen erscheint als optimale Lösung.

### Empfehlung 7

- (7.1) Die **Frist**, innerhalb derer die **Fortführung des ausserkantonalen Spitalaufenthalts begründet werden muss**, wird nicht einheitlich festgelegt. Die ärztliche Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person soll jedoch die Möglichkeit haben, die Kostengutsprache an eine entsprechende Bedingung zu knüpfen, wobei den Verhältnissen im einzelnen Fall Rechnung zu tragen ist.
- (7.2) Die zuständige Arztperson des behandelnden ausserkantonalen Spitals entscheidet über den Zeitpunkt der **Entlassung** der behandelten Person und gegebenenfalls über den Zeitpunkt ihrer **Rückführung in ein Spital ihres Wohnkantons**. Sie beachtet dabei allfällige Bedingungen und Vorbehalte der ärztlichen Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person, welche die Kostengutsprache erteilt hat.
- (7.3) Im Falle der **Rückführung** der in einem ausserkantonalen Spital behandelten Person **in ein Spital ihres Wohnkantons** gehen die **Transportkosten** auf Rechnung des empfangenden Spitals ihres Wohnkantons. Ein solcher Transport zu Lasten des empfangenden Spitals muss von diesem bestellt und organisiert werden, es sei denn, es beauftrage damit ausdrücklich das Abgangsspital.

## Bemerkungen zu 7.1

(7.11) Sofern nicht Fallpauschalen zur Anwendung kommen, ist der Wohnkanton der behandelten Person daran interessiert, dass die Behandlung in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital ausserhalb des Kantons nicht länger dauert als nötig. Es stellt

sich somit insbesondere die Frage, zu welchem Zeitpunkt eine Rückverlegung der behandelten Person in ein Spital ihres Wohnkantons möglich ist. Es ist allerdings auch darauf zu achten, dass nicht zu kurze Fristen gesetzt werden, weil sonst unnötige administrative Umtriebe entstehen.

(7.12) Je nach Diagnose und Behandlungsart können unterschiedliche Fristen für eine entsprechende Meldung indiziert sein. Es wäre auch sehr schwierig, die Einhaltung einer einheitlichen Frist tatsächlich durchzusetzen. Gegen die Festlegung einer generellen Frist spricht zudem der Umstand, dass die Ärzteschaft sich heute bereits über die administrativen Umtriebe im Zusammenhang mit den Kostengutsprachen beklagt.

(7.13) Wenn aufgrund der verfügbaren Statistiken zu einem späteren Zeitpunkt einmal verlässliche Daten über die Aufenthaltsdauern nach Diagnose- und Behandlungskategorien verfügbar sein werden, können allenfalls Richtwerte ins Auge gefasst werden: Eine Meldung wäre dann erforderlich, wenn der Spitalaufenthalt über eine bestimmte Anzahl Tage über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der betreffenden Diagnose- und Behandlungskategorie hinaus verlängert werden soll, also medizinisch begründet werden müsste.

### Bemerkungen zu 7.2

(7.20) In der Rubrik „Entscheid des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten“ des Formulars ist ein Feld für die Beschränkung der Geltungsdauer der Kostengutsprache enthalten. Bevor die dort allenfalls angegebene Frist abgelaufen ist, muss die zuständige Arztperson des ausserkantonalen Spitals eine Verlängerung der Kostengutsprache bei der betreffenden ärztlichen Dienststelle des Kantons beantragen.

### Bemerkungen zu 7.3

(7.30) Die Kosten für Transporte von behandelten Personen zwischen Spitälern gelten grundsätzlich als anrechenbare Spital-Betriebsausgaben (Artikel 33.g KVV). In der Regel gehen dabei die Transportkosten auf Rechnung des die behandelte Person abgebenden Spitals. Bei der Rückverlegung von einem ausserkantonalen Spital in ein Spital des Wohnkantons der behandelten Person ist es indessen angezeigt, dass die Transportkosten auf Rechnung des empfangenden Spitals gehen. Es besteht allerdings eine gewisse Gefahr, dass unnötig aufwendige Transporte (beispielsweise nicht notwendige Hubschrauber-Transporte) durchgeführt werden, wenn nicht jenes Spital die Kosten übernimmt, das über den Transport entscheidet. Deshalb muss gefordert werden, dass das empfangende Spital den Transport organisiert oder in Auftrag gibt, wenn es die Transportkosten übernehmen soll. In der Rechnungsstellung durch die Spitäler soll klar dargestellt werden, ob die entsprechenden Transportkosten sich auf einen Primär- oder Sekundärtransport beziehen.

### Empfehlung 8

- (8.1) Soweit **keine direkt anwendbaren Abkommen** bestehen, wenden die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler bei der **Tarifierung** für stationäre Behandlungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die aus medizinischen Gründen ausserhalb des Wohnkantons der behandelten Person erfolgen, bis auf weiteres folgende Tarifierungsregeln an:
- (a) auf die Fakturierung von Einzelleistungen für Behandlungen in der allgemeinen Abteilung wird verzichtet;
  - (b) zur Anwendung kommt der Tarif des oder eines repräsentativen Spitalabkommens mit Drittkantonen (**Referenzabkommen**), wobei für die zusätzlichen administrativen Umtriebe ein Zuschlag von maximal 5% der Rechnungssumme fakturiert werden darf.
- (8.2) Erfolgt die aus medizinischen Gründen ausserhalb des Kantons stattfindende **Behandlung in der halbprivaten oder privaten Abteilung** eines öffentlichen und öf-

fentlich subventionierten Spitals, übernimmt der Wohnkanton der behandelten Person jene **Differenzbeträge**, die sich im Falle der Behandlung in der allgemeinen Abteilung ergeben hätten.

### Bemerkungen zu 8.1

(8.11) Diese Empfehlung gilt im Sinne einer Übergangsregelung bis auf weiteres, längstens jedoch bis zum Inkrafttreten revidierter Bestimmungen zur Spitalfinanzierung im KVG.<sup>8</sup>

(8.12) Auf die Fakturierung von Einzelleistungen soll verzichtet werden, weil die Tarifdifferenz zu Lasten des Wohnkantons der versicherten Person übermässig gross wird, wenn bei einer kostspieligen Behandlung die Rechnungssumme der einzelnen Leistungselemente mit einer für die Versicherten des Standortkantons des Spitals geltenden Pauschale verglichen wird.

(8.13) Falls keine Abkommen mit Drittkantonen bestehen, die als Referenzabkommen dienen könnten, wenden die betreffenden Spitäler denselben Pauschalentyp an, der für Versicherte des Standortkantons des Spitals angewandt wird, wobei die Pauschale höchstens kostendeckend sein darf (maximal: durchschnittliche Vollkosten unter Einschluss der Investitionskosten). Die Zahl der medizinisch begründeten ausserkantonalen Behandlungen, für die auf keine bestehenden Abkommen Bezug genommen werden kann, ist eher klein. Zudem handelt es sich nicht um hochspezialisierte oder besonders teure Behandlungen.

(8.14) Diese Empfehlung beruht auf dem Grundsatz des Gegenrechts. Die Tarifierung erfolgt gemäss Empfehlung für die Versicherten aus jenen Kantonen, deren öffentlichen und subventionierten Spitäler Gegenrecht halten.

### Empfehlung 9

Wenn eine Kostengutsprache des Wohnkantons der behandelten Person vorliegt, hat das behandelnde Spital eine **Aufteilung der Spitalrechnung** zwischen Versicherung einerseits und Wohnkanton der behandelten Person andererseits vorzunehmen (**Splitting**).

### Bemerkungen zu 9

(9.1) Es muss vermieden werden, dass Versicherte, die Anspruch auf Leistungen sowohl der Krankenversicherung wie auch ihres Wohnkantons haben, beim Spitaleintritt ein Depot hinterlegen müssen. Eine befriedigende Lösung lässt sich nur erreichen, wenn die Spitalrechnung zwischen Krankenkasse und Wohnkanton der behandelten Person aufgeteilt wird.

(9.2) Bei Behandlungen in der halbprivaten oder privaten Abteilung soll in der Rechnungslegung der Spitäler ersichtlich sein, wieviel in Rechnung gestellt würde, wenn die behandelte Person in der allgemeinen Abteilung beziehungsweise im Ausmass der durch die obligatorische Krankenversicherung versicherten Leistungen behandelt worden wäre.

### Empfehlung 10

<sup>8</sup> Der Vorstand der SDK richtete die ursprünglich auf das Jahr 1998 befristete Empfehlung nach Buchstabe b an die Kantone in der Hoffnung, es würde gelingen, für das Jahr 1999 neue Tarifierungsregeln insbesondere für die hochspezialisierten stationären Leistungen empfehlen zu können (Empfehlungen vom 19.11.1997 zur Tarifpolitik für ausserkantonale Aufenthalte in der allgemeinen Abteilung eines Spitals beim Vollzug von Artikel 41.3 KVG). Nachdem die betreffenden Arbeiten der Universitätsspitäler sich verzögerten, sah der Vorstand der SDK sich veranlasst, eine Verlängerung der Geltungsdauer zu empfehlen; die Empfehlung soll aber längstens bis zum Inkrafttreten revidierter Bestimmungen zur Spitalfinanzierung im KVG gelten.

**Die Information der Patientinnen und Patienten** über das Verfahren und insbesondere über die Erteilung oder Nichterteilung einer Kostengutsprache durch ihren Wohnkanton ist Sache der Ärztin oder des Arztes, welche den Antrag um Kostengutsprache stellen.

### **Bemerkungen zu 10**

(10.00) Eine direkte Information der zu behandelnden Person durch die ärztliche Dienststelle des Kantons ist nicht angezeigt. Ein solches Vorgehen würde verschiedene rechtliche Fragen aufwerfen und fruchtlose Umtriebe mit sich bringen.

