



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

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

15. März 1996
7. Juni 1999 (1. Revision)
20. Februar 2003 (2. Revision)
21. August 2003 (3. Revision, gültig bis 31.12.2011)
2. September 2011 (4. Revision, **gültig ab 1.1.2012**)

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

(Revidierte Fassung vom 2.9.2011, gültig ab 1.1.2012)

Die bisher mit dem Kostengutsprache-Verfahren gemachten Erfahrungen und ein wichtiges Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts 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 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 am 21.8.2003 eine dritte Revision vorgenommen. Es ist aufgrund der EVG-Entscheiden davon auszugehen, dass für gewisse ausserkantonale ambulante Behandlungen (insbesondere bei Notfällen) auch eine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons (Kanton des gesetzlichen Wohnsitzes der zu behandelnden Person) besteht. Ein gesamtschweizerisch einheitliches Vorgehen und Verfahren konnte für diese Fälle trotz Bemühungen der GDK nicht erreicht werden.

Eine vierte Revision der Empfehlungen wurde notwendig nach der Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom Dezember 2007 zur Spitalfinanzierung. Für die Kostengutsprache sind neue Regeln anwendbar. Aufgrund der darin enthaltenen, ab 1.1.2012 geltenden

freien Spitalwahl verliert die Kostengutsprache für ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen an Bedeutung.

Die Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen in einem Spital, das sich nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons befindet, bezieht sich ab 2012 nur noch auf den Unterschied der Kosten des behandelnden Spitals zum entsprechenden innerkantonalen Referenztarif. Ist der Tarif des behandelnden Spitals identisch oder tiefer als der betreffende Referenztarif des Wohnkantons, so ist keine Kostengutsprache notwendig.

Im Falle einer abgelehnten Kostengutsprache übernimmt der Wohnkanton entsprechend maximal die Kosten gemäss Referenztarif für die Behandlung in einem Listenspitals des Wohnortkantons.

Tabelle 1: Freie Spitalwahl - Wahlfreiheit und geltende Tarife

| Art. KVG-rev | Behandlungsort | Kostengutsprache (KoGu) erforderlich? | Entscheid KoGu | Anwendbarer Tarif für die Vergütung zulassen Kanton und OKP |
|---------------------|--|---|------------------|---|
| 41.1 ^{bis} | Innerkantonal | nein | – | behandelndes Spital |
| 41.1 ^{bis} | Ausserkantonales Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons ("Listenspital Wohnkanton") | nein (im Rahmen des Leistungsauftrags) | – | behandelndes Spital |
| 41.3 | Ausserkantonales Spital nur auf Liste des Standortkantons (Listenspital Standortkanton) | ja (damit volle Kostendeckung unter Tarifschutz gewährleistet ist und sofern der Kanton nicht generell auf die KoGu verzichtet) | positiv/Notfall* | behandelndes Spital |
| 41.1 ^{bis} | | | abgelehnt | maximal gem. Referenztarif des Wohnortkantons |
| 49a Abs. 4 | Spital weder auf Liste des Wohnort- noch des Standortkantons (Listenspital eines Drittkantons oder Vertragsspital) | im Regelfall nein | — | Kein Kantonsanteil (nur Anteil OKP, Rest VVG) |
| | | bei Notfall KoGu | positiv/Notfall* | behandelndes Spital |

* d.h. medizinisch indizierte Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.

Es wird nicht mehr unterschieden zwischen innerkantonalen und ausserkantonalen Spitälern im Sinne der Grenzen des Kantonsgebiets, sondern zwischen Spitälern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind (Listenspital des Wohnkantons), Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital des Standortkantons) und Spitälern, die zwar zur Leistungserbringung nach KVG zugelassen sind, aber weder auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person noch auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind, also keinen kantonalen Leistungsauftrag haben. Haben diese Spitäler einen Vertrag mit einer Krankenversicherung, werden sie "Vertragsspitäler" genannt.

Erfolgt eine **Behandlung in der halbprivaten oder privaten Abteilung** in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist aus medizinischen Gründen, so übernehmen der Wohnkanton der behandelten Person und die Krankenkasse jene **Differenzbeträge**, die beim Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung ergeben hätten (KVG Art. 25. Abs. 2 lit. e).

Die Kantone können mittels formellem Entscheid auch generell darauf verzichten, nach dem 1.1.2012 noch Kostengutspracheverfahren durchzuführen. Es kommt dann in jedem Fall der

Tarif des behandelnden Spitals zur Anwendung. Dies ist insbesondere für Kantone mit einer (erwartet) geringen Anzahl von Patienten, welche sich aus nicht medizinisch indizierten Gründen ausserkantonale behandeln lassen, naheliegend und für Kantone, deren potentieller Referenztarif ohnehin in den meisten Fällen über dem Tarif des behandelnden „ausserkantonalen Spitals“ zu liegen käme. Es wird empfohlen, die Kostengutsprache auf elektronischem Weg via eKogu abzuwickeln.

Infolge des neuen Stellenwerts der Kostengutsprache ist Anfang 2011 auch das Kostengutspracheformular überarbeitet worden.

Die Kommission gibt ihrer Hoffnung Ausdruck, dass alle Kantone diese Empfehlungen umsetzen und das Kostengutsprache-Formular der GDK verwenden werden, soweit sie weiterhin Kostengutsprachen erteilen.

*Für die Kommission „Vollzug KVG“
Michael Jordi*

Bern, 2. September 2011

Empfehlungen

Empfehlung 1

Bei Antrag auf Kostengutsprache nach Artikel 41.3 KVG ist ein **Verfahren zur Kontrolle der medizinischen Indikation** durch den **Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes (Wohnkanton)** der zu behandelnden Person dann durchzuführen, wenn die nachfolgenden Bedingungen kumulativ 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 „**Spital**“, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aufgeführt ist.
- (1.4) Das **behandelnde Spital** ist für die entsprechende Leistung auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt oder ein Vertragsspital (letzteres nur im Notfall).

Die vollständige Kostengutsprache wird dann erteilt, wenn die Behandlung aus **medizinischen Gründen in einem Spital erfolgt, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste** des Wohnkantons der zu behandelnden Person aufgeführt ist. Medizinische Gründe liegen bei einem **Notfall** vor oder wenn die **Leistung in einem Listenspital des Wohnkanton nicht verfügbar** ist.

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). Sofern ein med. Angebot im Wohnkanton fehlt und eine Behandlung aus Sicht des Wohnkantons medizinisch indiziert ist, darf der Leistungserbringer die Behandlung von einer Kostengutsprache des Wohnkantons für ungedeckte Kosten abhängig machen oder die Behandlung ablehnen.

Bemerkungen zu 1.2

(1.21) Besteht keine Leistungspflicht der Krankenpflege-Grundversicherung, hingegen eine Leistungspflicht der **obligatorischen Unfallversicherung**, der **Invalidenversicherung** oder der **Militärversicherung**, besteht weder eine Beitragspflicht des Wohnkantons der zu behandelnden Person noch eine generelle Aufnahmepflicht des Leistungserbringers. Soweit vertraglich nichts anderes geregelt ist, kann der Leistungserbringer die Aufnahme von einer Kostengutsprache des Wohnkantons abhängig machen.

(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.¹

(1.23) Für den Fall, dass eine **Vorleistungspflicht der Krankenversicherung** nach Artikel 112-116 KVV zur Anwendung kommt, ist ggf. 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

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

Vorbehalt zu erteilen, dass die anfallenden Kosten nach der Klärung der Leistungspflicht tatsächlich unter jene der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen.

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

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.³

(1.32) Sowohl die Ärztinnen und Ärzte wie auch die Versicherten müssen in geeigneter Form über die allfälligen Finanzierungs-Einschränkungen informiert werden. Sie sind insbesondere darauf aufmerksam zu machen, dass keine vollständige Kostengutsprache erteilt wird, wenn die Behandlung in einem Spital erfolgt, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aufgeführt ist, und die Wahl dieses Spitals nicht medizinisch indiziert ist.

(1.33) Die sich aus der Anwendung der kumulierten Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 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, **falls alle anderen Bedingungen** für die Ausrichtung eines Kantonsbeitrages **erfüllt** sind, und es sich nicht um einen Notfall handelt, bis auf Weiteres von **folgender Voraussetzung** auszugehen:

- (1.331) Falls das geeignete behandelnde Spital auf der Spitalliste seines Standortkantons für die entsprechende Leistung aufgeführt ist, und auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person für diese Leistung kein geeignetes Spital aufgeführt ist, werden die Leistungen zum Tarif des behandelnden Spitals vergütet.

(1.34) 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.)

(1.35) Der Kanton kann **im Einzelfall** eine „volle“ Kostengutsprache auch für die Behandlung in einem auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführten Spital erteilen, das nicht auf seiner eigenen Spitalliste aufgeführt ist, auch wenn die Wahl des Spitals nicht medizinisch indiziert ist.

Bemerkungen zu 1.4

(1.41) Für Behandlungen in Vertragsspitalern besteht ausser im Notfall keine Leistungspflicht des Kantons.

(1.42) Auch bei Vertragsspitalern ist eine Kostengutsprache für Notfälle angezeigt, mittels der nachträglich der Notfall als solcher anerkannt wird oder nicht.

² 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.

³ 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.

Weitere Bemerkungen

(1.51) Die medizinisch indizierte Behandlung in einem Spital, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aufgeführt ist, 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 zu transportieren, das für die Erbringung der betroffenen Leistung auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist. Der Notfall dauert an, solange eine Rückführung in ein entsprechendes Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist. Ein Notfall lässt sich hingegen nicht geltend machen, wenn der Notfall innerhalb Reichweite eines geeigneten Listenspitals des Wohnkantons auftritt und ein Rücktransport in ein Listenspital des Wohnkantons der behandelten Person erst unzumutbar wurde, nachdem diese ohne medizinische Gründe ein Spital, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist, aufgesucht hatte.

(1.53) Eine Behandlung in einem Spital, das für die betroffene Leistung nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der betroffenen Person aufgeführt ist, kann auch dann medizinisch indiziert sein, wenn für eine Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons eine **nicht zumutbar lange Wartezeit** in Kauf genommen werden müsste.

Empfehlung 2

- (2.1) Der Kanton macht seine volle finanzielle Beteiligung an einer medizinisch indizierten stationären Behandlung in einem Spital, das für die betroffene Leistung nicht auf seiner Spitalliste aufgeführt ist, 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 **zuständige Stelle**, 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 zuständige Stelle 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 behandelnde Person kann gegen diese Verfügung die Rechtsmittel nach kantonalem Recht ergreifen.
- (2.5) Der Kanton regelt in einem **Erlass**:
- das **Kostengutsprache-Verfahren** für den Vollzug von Artikel 41.3 KVG,
 - die Bezeichnung der zuständigen **kantonalen Dienststelle**,
 - 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 Stelle des Kantons nicht reagiert.

Bemerkungen zu 2.2

(2.20) Für das Rechnungswesen und die Abwicklung der Zahlungen bezeichnet der Kanton eine zuständige Stelle. Dem Datenschutz ist besondere Beachtung zu schenken. Die medizinische Indikation wird von einem Arzt/einer Ärztin überprüft.

Bemerkungen zu 2.3

(2.31) Die Kantone haben den Krankenversicherern eine entsprechende Gestaltung der Verfahren zugesagt.⁴

(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 zuständige Stelle 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.

Empfehlung 3

(3.1) Als Referenztarif kommt in der Regel ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person zur Anwendung.

(3.2) Der Referenztarif ist nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zu differenzieren. Eine weitere Differenzierung ist möglich, so bspw. für Universitätsspitäler.

(3.3) Die Referenztarife und die Vergütungsteiler zwischen Krankenversicherung und Wohnkanton sind vom Kanton jährlich festzulegen und zu publizieren. Die Publikation erfolgt spätestens auf Anfang jeden Jahres. Die GDK platziert einen entsprechenden Verweis/Link auf die kantonalen Referenztarife auf Ihrer Webseite.

⁴ 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.*

Bemerkung zu 3

(3.10) Die Festlegung des Referenztarifs richtet sich nach dem Urteil des EVG vom 20. Dezember 2006 [BGE K 144/05].

(3.30) Es kommt der Vergütungsteiler zur Anwendung, der im Wohnkanton der behandelten Person gilt.

Empfehlung 4

(4.1) **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.

(4.2) 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 4.1

(4.10) 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 4.2

(4.20) 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 5

(5.1) Das Verfahren soll für die ganze Schweiz vereinheitlicht werden. Ausgenommen sind jene Kantone, die generell auf die Durchführung von Kostengutsprachen verzichten. Für das Kostengutsprache-Verfahren nach Artikel 41.3 KVG ist ausschliesslich das einheitliche schweizerische **Formular der GDK**⁵ abzugeben und auf die Herausgabe einer abgeänderten Fassung dieses Formulars oder eines anders gestalteten Formulars ist zu verzichten.

(5.2) Anstelle des Formulars oder in Ergänzung dazu kann mit Vorteil auch eine Übermittlung der entsprechenden Informationen auf elektronischem Weg vorgesehen werden (eKOGU).

(5.3) Das Formular soll **Verwendung** finden für:

⁵ Das Formular „Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen nach Artikel 41.3 KVG“ der GDK vom 21.8.2003 ist bis am 31.12.2011 gültig. Ab 1.1.2012 ist das revidierte Formular der GDK vom 2.9.2011 zu verwenden.

- (a) die Antragstellung für eine Kostengutsprache im Hinblick auf einen Kantonsbeitrag nach Artikel 41.3 KVG im Falle einer in den Listenspitälern des Wohnkantons der zu behandelnden Person **nicht verfügbaren Leistung**;
- (b) die Antragstellung für eine entsprechende Kostengutsprache bei einer **Notfallbehandlung** in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aufgeführt ist;
- (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 Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist (allenfalls ergänzt mit einem ausführlicheren medizinischen Bericht).

Bemerkungen zu 5.1

(5.10) Im Hinblick auf die Erleichterung der Einreichung der Anträge wird den Kantonen empfohlen,

- (a) sich, am Projekt der elektronischen Kostengutspracheverfahren (eKOGU) zu beteiligen.

und die in ihrem Kantonsgebiet tätigen Arztpersonen und Spitäler

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

zu bedienen.

Bemerkungen zu 5.2

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

(5.211) 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 zuständige Dienststelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten zu senden.

(5.212) Die zuständige 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.

(5.213) Der Entscheid der zuständigen Dienststelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten wird auf Anfrage (ohne medizinische Daten) an die Administration des Zielspitals und an die Krankenversicherung gesandt. Die Krankenversicherer können von sich aus (über ihren vertrauensärztlichen Dienst) bei der zuständigen 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 Verband der Krankenversicherer ab.

(5.214) Das Vorgehen gilt für die elektronische Kostengutsprache sinngemäss.

Empfehlung 6

Bei der Weitergabe des Formulars sind dem **Datenschutz** und der **Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht** die nötige Beachtung zu schenken. Im Formular soll zwischen den admini-

strativen 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 6

(6.00) 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, E-Mail oder Webclient 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 abgedeckt werden. Die beteiligten Stellen und Personen achten besonders darauf, dass die medizinischen Daten auf jenen Kopien nicht erscheinen, die nicht für berechtigtes ärztliches Personal bestimmt sind.

Empfehlung 7

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

Bemerkungen zu 7

(7.00) 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 8

- (8.1) Die **Frist, innerhalb derer die Fortführung eines Aufenthalts** in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, **begründet werden muss**, wird nicht einheitlich festgelegt. Die zuständige Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person soll jedoch die Möglichkeit haben, die Kostengutsprache für Fälle der Rehabilitation, der Psychiatrie, für Langlieger in der Akutsomatik und nach Art. 50 KVG an eine entsprechende Bedingung zu knüpfen, wobei den Verhältnissen im Einzelfall Rechnung zu tragen ist.
- (8.2) Die zuständige Arztperson des behandelnden Spitals entscheidet über den Zeitpunkt der **Entlassung** der behandelten Person und gegebenenfalls über den Zeitpunkt ihrer **Rückführung in ein Spital der Spitalliste ihres Wohnkantons**. Sie beachtet dabei allfällige Bedingungen und Vorbehalte der zuständigen Dienststelle des Wohnkantons der behandelten Person, welche die Kostengutsprache erteilt hat.
- (8.3) Im Falle der nicht medizinisch begründeten **Rückführung** der in einem nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführten Spital behandelten Person **in ein Spital der Spitalliste ihres Wohnkantons** gehen die **Transportkosten** auf Rechnung des Auftraggebers.

Bemerkungen zu 8.1

(8.11) Sofern nicht Fallpauschalen zur Anwendung kommen, ist der Wohnkanton der behandelten Person daran interessiert, dass die Behandlung in einem Spital, das nicht auf sei-

ner Spitalliste aufgeführt, ist nicht länger dauert als nötig. Es stellt sich somit insbesondere die Frage, zu welchem Zeitpunkt eine Rückverlegung der behandelten Person in ein für die entsprechende Leistung auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführtes Spital möglich ist. Es ist allerdings auch darauf zu achten, dass nicht zu kurze Fristen gesetzt werden, weil sonst unnötige administrative Umtriebe entstehen.

(8.12) 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.

Bemerkungen zu 8.2

(8.20) 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 behandelnden Spitals eine Verlängerung der Kostengutsprache bei der zuständigen Dienststelle des Wohnkantons der Patientin/des Patienten beantragen.

Bemerkungen zu 8.3

(8.30) 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 zu Lasten des die behandelte Person abgebenden Spitals. Diese Regelung gilt nicht für Transporte, die von Dritten in Auftrag gegeben werden. Bei der nicht medizinisch begründeten Verlegung von einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aufgeführt ist, in ein Spital der Spitalliste des Wohnkantons gehen die Transportkosten auf Rechnung der Gesundheitsdirektion des Wohnkantons der behandelten Person, falls diese die Rückverlegung veranlasst hat. Erfolgt die Rückverlegung auf Wunsch der behandelten Person, so übernimmt diese die Kosten für die Rückverlegung selbst.

Unnötig aufwendige Transporte (beispielsweise nicht notwendige Hubschrauber-Transporte) sollen verhindert werden, indem jene Partei, die die Transportkosten einer Rückverlegung übernimmt auch über die Form der Durchführung des Transports entscheidet. In der Rechnungsstellung durch die Spitäler soll klar dargestellt werden, ob die entsprechenden Transportkosten sich auf einen Primär- oder Sekundärtransport beziehen.

Empfehlung 9

Das behandelnde Spital hat den Kostenträgern die vollständige Rechnung mit einer **Aufteilung der Kosten** zwischen Versicherungen einerseits und Wohnkanton der behandelten Person andererseits zuzustellen (**Splitting**).

Bemerkungen zu 9

(9.10) 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.

(9.20) Bei Behandlungen in der halbprivaten oder privaten Abteilung soll in der Rechnungslegung der Spitäler ersichtlich sein, wieviel in Rechnung gestellt würde beim Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung (KVG Art. 25. Abs. 2 lit. e).

(9.30) Lehnt der Wohnkanton die volle Kostengutsprache ab, ist der Differenzbetrag zwischen dem Tarif des behandelnden Spitals und des entsprechenden Referenztarifs des

Wohnkantons vom behandelnden Spital direkt der Patientin/dem Patienten oder deren Zusatzversicherung in Rechnung zu stellen.

Empfehlung 10

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.

Die Ärztin oder der Arzt, welche den Antrag um Kostengutsprache stellt, haben die Patientin respektive den Patienten insbesondere auch auf die Möglichkeit des Entstehens von Kostenfolgen einer Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist, hinzuweisen (Übernahme der Differenz zum Referenztarif des Wohnkantons durch den Patienten/die Patientin).

Bemerkungen zu 10

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

