



Kommission „Vollzug Krankenversicherung“
8-4-4 / MW

14.02.2019

**Empfehlungen
zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone
bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spi-
talliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG**

A)	Kontext.....	2
B)	Empfehlungen.....	4
	Empfehlung 1: Voraussetzungen zur Kontrolle der medizinischen Indikation	4
	Bemerkungen zu 1.1	4
	Weitere Bemerkungen.....	4
	Empfehlung 2: Kantonales Verfahren und Rahmenbedingungen.....	5
	Bemerkung zu 2.1	5
	Bemerkung zu 2.2	5
	Bemerkung zu 2.3	6
	Bemerkungen zu 2.4 und 2.5	6
	Empfehlung 3: Referenztarif.....	6
	Bemerkung zu 3.1	6
	Bemerkung zu 3.3	6
	Empfehlung 4: Antragsteller	6
	Bemerkung zu 4.1	7
	Bemerkung zu 4.2	7
	Empfehlung 5: Einheitliches Kostengutsprache Formular	7
	Bemerkung zu 5.2	7
	Bemerkung zu 5.3	7
	Empfehlung 6: Datenschutz	7
	Bemerkung zu 6	8
	Empfehlung 7: Notfall	8
	Bemerkung zu 7	8
	Empfehlung 8: Rechnungstellung	8
	Bemerkung zu 8.2	8
	Empfehlung 9: Aufklärungspflicht.....	8
	Bemerkung zu 9	9

A) Kontext

Seit dem 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Dadurch wurde die freie Spitalwahl für alle KVG-Versicherten eingeführt, was zu Veränderungen im Verfahren und in der Bedeutung für die Kostengutsprache führte.

Nach einigen Jahren Erfahrung mit der neuen Spitalfinanzierung und mit dem dadurch angepassten Kostengutsprache-Verfahren, wurden die bestehenden Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Art. 41 Abs. 3 KVG einer kritischen Überprüfung unterzogen und angepasst.

Ziel dieser Empfehlungen ist es, eine schweizweit möglichst einheitliche, praktische Umsetzung des Verfahrens betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste zu erreichen, damit die an einem stationären Spitalaufenthalt involvierten Akteure nicht mit unterschiedlichen Prozeduren zurechtkommen müssen. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die betroffenen kantonalen Behörden zusätzliche, auf ihre Bedürfnisse angepasste Verfahrensschritte vorsehen.

Für einen erleichterten Umgang mit den Empfehlungen, werden an dieser Stelle die relevanten Bestimmungen des KVG¹ zitiert:

Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

^{1bis} *Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.*

³ *Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.*

^{3bis} *Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:*

b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.

Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen

² *Der Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den für alle Kantonseinwohner geltenden kantonalen Anteil fest. Der kantonale Anteil beträgt mindestens 55 Prozent.*

⁴ *Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a-c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen. Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.*

¹ Stand vom 1. Januar 2019

Tabelle 1: Freie Spitalwahl – Wahlfreiheit und geltende Tarife

Art. KVG	Behandlungsort	Kostengutsprache (KoGu)* erforderlich?	Entscheid KoGu	Anwendbarer Tarif für die Vergütung zulasten Kanton und OKP
41 Abs. 1 ^{bis}	Spital ist für die entsprechende Leistung auf der Spitalliste des Wohnkantons (Listenspital Wohnkanton)	nein (im Rahmen des Leistungsauftrags)	–	behandelndes Spital
41 Abs. 3 (medizinische Gründe)	Spital ist für die entsprechende Leistung nur auf der Liste des Standortkantons (Listenspital Standortkanton)	ja, wenn Tarif des behandelnden Spitals über dem kantonalen Referenztarif liegt (damit volle Kostendeckung unter Tarifschutz gewährleistet ist).	positiv	behandelndes Spital
41 Abs. 3 ^{bis} (freie Spitalwahl)	Spital ist für die entsprechende Leistung nur auf der Liste des Standortkantons (Listenspital Standortkanton)	nein	Ablehnung der Kosten nach Art. 41 Abs. 3 KVG und Limitierung auf Referenztarif	maximal gem. Referenztarif des Wohnkantons
49a Abs. 4	Spital ist weder auf Liste des Wohnort- noch des Standortkantons (Listenspital eines Drittkantons oder Vertragsspital)	nein, zur Klärung ob ein Notfall vorliegt kann jedoch das KoGu-Formular verwendet werden	Anerkennung des Notfalls	behandelndes Spital
			Aberkennung des Notfalls	Für die Behandlung besteht keine Leistungspflicht der OKP

* Unter dem Begriff «Kostengutsprache» wird im vorliegenden Dokument das Mittel zur Erteilung einer «Bewilligung» im Sinnen von Art. 41 Abs. 3 KVG verstanden.

B) Empfehlungen

Empfehlung 1: Voraussetzungen zur Kontrolle der medizinischen Indikation

- 1.1 Bei Antrag auf Kostengutsprache nach Art. 41 Abs. 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:
- a) Es handelt sich um eine **stationäre Behandlung**;
 - b) Für die Behandlung besteht eine **Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)**;
 - c) Das **behandelnde Spital** ist für die entsprechende Leistung auf der Spitalliste des Standortkantons jedoch nicht auf der Liste des Wohnkantons aufgeführt;
 - d) Der Tarif des behandelnden Spitals ist höher als der Referenztarif für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons.
- 1.2 Die Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals (Spitaltarif) 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 Wohnkantons nicht verfügbar** ist.

Bemerkungen zu 1.1

Besteht eine Leistungspflicht der **obligatorischen Unfallversicherung** oder der **Militärversicherung** muss sich der Wohnkanton nicht beteiligen. Bei einer Leistungspflicht der **Invalidenversicherung**, muss der Wohnkanton des Versicherten 20% der Behandlungskosten übernehmen (Art. 14^{bis} IVG).

Bei **Unfällen** von Personen, die nicht aufgrund des Unfallversicherungsgesetzes versichert sind (insbesondere nicht erwerbstätigen Personen), gelten die Bestimmungen des KVGs und damit auch die Beitragspflicht des Wohnkantons der betreffenden Person nach Art. 41 Abs. 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 OKP leistungspflichtig ist.

Für den Fall, dass eine **Vorleistungspflicht der Krankenversicherung** nach den Artikeln 112 bis 116 KVV zur Anwendung kommt, ist das Kostengutsprache-Verfahren ebenfalls durchzuführen, sofern die Bedingungen a) bis d) alle erfüllt sind.

Ist der Tarif des behandelnden Spitals tiefer als der Referenztarif des Wohnkantons und bloss provisorisch, und wird später ein Tarif höher als der Referenztarif festgelegt, so findet die Kontrolle der medizinischen Notwendigkeit bei der Rechnungsprüfung statt.

Weitere Bemerkungen

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 ent-

sprechendes Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aus medizinischen oder ökonomischen² Gründen nicht sinnvoll ist. Ein Notfall lässt sich hingegen nicht geltend machen, wenn der Notfall innerhalb der 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.

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

Aus einer ambulanten Behandlung für ein Krankheitsbild, die nicht in einem Listenspital des Wohnkantons durchgeführt wurde, kann nicht das Recht abgeleitet werden, dass der Wohnkanton, im Falle einer stationären Weiterbehandlung für dasselbe Krankheitsbild, die Behandlungskosten zum Tarif des behandelnden Spitals übernimmt.

Empfehlung 2: Kantonales Verfahren und Rahmenbedingungen

- 2.1. Der Kanton macht seine finanzielle Beteiligung zum Tarif des behandelnden Spitals an einer medizinisch indizierten stationären Behandlung in einem Spital, das für die betroffene Leistung nicht auf seiner Spitalliste aufgeführt ist, davon abhängig, ob er die **medizinische Indikation** vor der Behandlung **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** auf Kostengutsprache.
- 2.4. Der Kanton sieht im Rahmen der **Rechtsmittel-Regelung** zum Kostengutsprache-Verfahren vor, dass im Falle der Ablehnung des Antrags auf 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 schriftliche Verfügung zu verlangen.
- 2.5. Der Kanton regelt in einem **Erllass als Ergänzung zu Art. 52 ATSG**:
 - a) das **Kostengutsprache-Verfahren** für den Vollzug von Art. 41 Abs. 3 KVG;
 - b) die Bezeichnung der zuständigen **kantonalen Dienststelle** sowie
 - c) die **Rechtsmittel-Regelung**.

Bemerkung zu 2.1

Der Entscheid über die Kostengutsprache ist dem Antragssteller immer zu eröffnen und nicht als stillschweigend erteilt zu betrachten, falls die zuständige Stelle des Kantons nicht reagiert.

Bemerkung zu 2.2

Die medizinische Indikation wird von einer Arztperson überprüft.

² Bei akutsomatischen Fällen die über Fallpauschalen des Typs DRG abgerechnet werden, ist eine Rückführung aus ökonomischer Sicht nicht angebracht.

Bemerkung zu 2.3

Falls eine beschleunigte Behandlung des Antrags durch die zuständige Stelle des Kantons für alle Beteiligten von Vorteil ist, kann die antragstellende Arztperson gegebenenfalls unter den medizinischen Daten auf dem Formular einen entsprechenden Hinweis anbringen.

Bemerkungen zu 2.4 und 2.5

Eine solche Verfügung ist zu **begründen** und enthält eine **Rechtsmittelbelehrung**.

In Ergänzung zum Einspracheverfahren gemäss Art. 52 ATSG für die versicherte Person sind der antragstellenden Arztperson selbige Verfahrensrechte zuzustehen. D. h. sie hat ebenfalls das Recht eine schriftliche Verfügung zu verlangen und dagegen binnen 30 Tagen eine Einsprache bei der zuständigen kantonalen Dienststelle zu erheben.

Diese Regelungen dürfen dem im ATSG geregelten Verfahren nicht widersprechen, sondern sind als ergänzendes kantonales Verfahrensrecht zu konzipieren. Das Einspracheverfahren gemäss Art. 52 ATSG sowie die anschliessende Beschwerdemöglichkeit an das kantonale Versicherungsgericht gemäss Art. 56 ff. ATSG bilden dabei die Minimalstandards.

Empfehlung 3: Referenztarif

- 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.

Bemerkung zu 3.1

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

Bemerkung zu 3.3

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

Empfehlung 4: Antragsteller

- 4.1. **Zuständig für die Einleitung des Verfahrens** ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, resp. die Spitalärztin oder der Spitalarzt. Die zuständige Arztperson reicht das KoGu-Formular bei der zuständigen Behörde des Wohnkantons der zu behandelnden Person ein.
- 4.2. Für die Einleitung des Verfahrens ist die Einwilligung der zu behandelnden Person bzw. deren rechtlichen Vertretung nötig. Diese kann auch konkludent erfolgen, d. h. im Rahmen der Aufklärungspflicht.

Bemerkung zu 4.1

Wichtig ist, dass die zuständige Arztperson gut mit dem Fall vertraut ist, damit sie einen vollständigen Antrag einreichen kann.

Bemerkung zu 4.2

Von Ausnahmefällen (fehlende Urteilsfähigkeit) abgesehen, ist das Einverständnis der zu behandelnden Person mit dem Kostengutsprache-Verfahren erforderlich. Bevor ein Rechtsmittel gegen eine Entscheidung ergriffen wird, ist die zu behandelnde Person zu konsultieren.

Empfehlung 5: Einheitliches Kostengutsprache Formular

- 5.1. Für das Kostengutsprache-Verfahren nach Art. 41 Abs. 3 KVG ist das einheitliche schweizerische Formular der GDK³ zu verwenden und auf die Herausgabe einer abgeänderten Fassung dieses Formulars oder eines anders gestalteten Formulars zu verzichten.
- 5.2. Das Formular soll Verwendung finden für:
 - a) die Antragstellung auf eine Kostengutsprache im Hinblick auf einen Kantonsbeitrag nach Art. 41 Abs. 3 KVG im Falle einer in den Listenspitälern des Wohnkantons der zu behandelnden Person nicht verfügbaren Leistung;
 - b) die Antragstellung auf eine Verlängerung der Kostengutsprache;
 - c) die Erteilung der Kostengutsprache durch die zuständige Dienststelle des Kantons.
- 5.3 Die Kantone fordern die elektronische Gesuchstellung.
- 5.4 Das Formular kann Verwendung finden für die Abklärung, ob ein Notfall in einem Spital, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person aufgeführt ist, vorliegt.

Bemerkung zu 5.2

Für die Gesuchstellung ist das vollständig und lesbar ausgefüllte Formular vor der geplanten Hospitalisation von der zuständigen Arztperson an die zuständige Dienststelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten zu senden.

Bemerkung zu 5.4

Hingegen soll das Formular nicht für Hospitalisationen, die in das Kapitel der freien Spitalwahl fallen (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG), verwendet werden.

Empfehlung 6: Datenschutz

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.

³ Das Formular „Kostengutsprache für stationäre Behandlungen zum Tarif des behandelnden Spitals nach Artikel 41 Abs. 3 KVG (Medizinische Notwendigkeit) in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital“ der GDK

Bemerkung zu 6

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 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.

Die Krankenversicherer können über ihren vertrauensärztlichen Dienst bei der zuständigen Dienststelle des Kantons die medizinischen Daten verlangen, die medizinische Indikation überprüfen.

Empfehlung 7: Notfall

Zur **Abklärung**, ob ein **Notfall vorliegt**, kann das einheitliche schweizerische Formular der GDK verwendet werden.

Bemerkung zu 7

Bei Notfällen ist keine Kostengutsprache notwendig. Das Formular kann aber, wenn vom zuständigen Kanton gewünscht, zur Abklärung, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, verwendet werden. In diesen Fällen ist das Formular innert nützlicher Frist nach der Einweisung einzureichen. Die Leistungserbringer sind für den Nachweis, ob ein Notfall vorgelegen hat, zuständig.

Empfehlung 8: Rechnungstellung

- 8.1. Der **Kanton bestimmt** eine für das Rechnungswesen und die Abwicklung der Zahlungen **zuständige Stelle**.
- 8.2 Die Kantone fordern die elektronische Rechnungstellung.

Bemerkung zu 8.2

Die Kantone entwickeln keine neuen Formate für die elektronische Rechnungstellung, sondern stützen sich dabei auf anerkannte Formate elektronischer Rechnungen im Gesundheitswesen (Forum Datenaustausch)

Empfehlung 9: Aufklärungspflicht

- 9.1. 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(r) den Antrag auf Kostengutsprache stellt.
- 9.2. Die Ärztin oder der Arzt, welche(r) den Antrag auf Kostengutsprache stellt, hat die Patientin respektive den Patienten insbesondere auch auf die Möglichkeit des Entstehens von Kostenfolgen einer Behandlung in einem Spital, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitalliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist, hinzuweisen (Übernahme der Differenz zum Referenztarif des Wohnkantons durch den Patienten/die Patientin oder deren Zusatzversicherung).

Bemerkung zu 9

Der Patient soll alle für ihn wichtigen Faktoren des geplanten Eingriffs oder der Behandlung kennen. Dazu hat die Arztperson die Patientin oder den Patienten unaufgefordert über Krankheit, Behandlung, Risiken und Prognose zu informieren. Der Arzt muss den Patienten daher vor einem Eingriff umfassend, vollständig und risikogerecht aufklären. Die Aufklärung ist Voraussetzung für die Einwilligung des Patienten und die Rechtmässigkeit des Eingriffs in seine körperliche Integrität (Eingriffsaufklärung). Dazu gehören auch die Behandlungskosten und die Kostenübernahme (sog. wirtschaftliche Aufklärung).