

# 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. 28 Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes weitergegeben werden müssen, dienen dazu:

- a. die einheitliche Anwendung des Gesetzes zu überwachen;
- b. die Kostenentwicklung zu verfolgen;
- c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu kontrollieren (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer);
- d. die Gleichbehandlung der Versicherten sicherzustellen;
- e. sicherzustellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der Sozialversicherung ausschliesslich zu deren Zwecken eingesetzt werden;
- f. die Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen oder ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorzubereiten;
- g. die Wirkungen des Gesetzes zu verfolgen und Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen bereitzustellen.

<sup>2</sup> Das BAG sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Es stellt die Resultate der Erhebungen den am Vollzug des Gesetzes beteiligten Stellen zur Verfügung.

<sup>3</sup> Die Versicherer müssen dem BAG jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten weitergeben:

- a. Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten;
- b. ihren Ein- und Austritt sowie die Todesfälle;

<sup>1</sup> SR 832.102

- c. die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise;
- d. Umfang, Art, Tarife und Kosten der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz;
- e. die jeweiligen Erbringer dieser Leistungen;
- f. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung.

<sup>4</sup> Sie müssen dem BAG die Daten nach Absatz 3 auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie davon auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, sofern ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

<sup>5</sup> Die Versicherer haben die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Versicherten zu liefern.

<sup>6</sup> Sie müssen dem BAG auf eigene Kosten jährlich die vollständigen Angaben des Zahlstellenregisters übermitteln.

<sup>7</sup> Das BAG erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den zu treffenden Vorkehren nach den Absätzen 1–6.

*Art. 28a* Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten

Auf Verlangen des BAG müssen Dritte, die von den Versicherern beauftragt sind, die Angaben nach Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes und nach Artikel 28, sofern die von den Versicherern zur Verfügung gestellten Daten für die Aufsichtstätigkeit für die Durchführung der Krankenversicherung nicht ausreichen, zur Verfügung stellen.

*Art. 28b* Veröffentlichung der Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Das BAG veröffentlicht die Daten nach Artikel 28 so, dass namentlich Angaben über die Versicherungsform, die Versicherungsleistungen und die Kosten, gesondert nach Alter, Geschlecht und Region sowie nach Kategorien von Leistungserbringern, Betrieben und Pflegeleistungen, ersichtlich sind.

<sup>2</sup> Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung:

- a. Einnahmen und Ausgaben;
- b. Ergebnis je versicherte Person;
- c. Reserven;
- d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle;
- e. Krankenpflegekosten;
- f. Risikoausgleich;
- g. Verwaltungskosten;
- h. Versichertenbestand;

- i. Prämien;
- j. Bilanz und Betriebsrechnung.

*Art. 31* Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer

Das BAG veröffentlicht die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

- a. Leistungsangebot und Qualifikation der Leistungserbringer;
- b. medizinische Qualitätsindikatoren;
- c. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;
- d. Kostenentwicklung.

*Art. 37* Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Personen

Bei stationärer Behandlung in der Schweiz übernimmt der Versicherer die gesamte Vergütung, die nach den Tarifen nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes in Rechnung gestellt werden, für:

- a. Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie ihre Familienangehörigen, die in der Schweiz versichert sind;
- b. Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe haben;
- c. Versicherte, die in Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich oder Ungarn wohnen und sich nach Artikel 95a des Gesetzes wahlweise im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen können.

*Gliederungstitel vor Art. 55a*

**8a. Abschnitt: Geburtshäuser**

*Art. 55a*

Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie:

- a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe b – e des Gesetzes entsprechen;
- b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben;
- c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen;
- d. Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben.

*Gliederungstitel vor Art. 58a***11. Abschnitt: Planungskriterien***Art. 58a* Grundsatz

<sup>1</sup> Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.

<sup>2</sup> Sie gliedert sich in folgende Schritte:

- a. Ermittlung des künftigen Bedarfs;
- b. Beurteilung des Angebotes der in Frage kommenden Einrichtungen;
- c. Zuweisung und Sicherung der zugelassenen Leistungsmengen oder Kapazitäten.

*Art. 58b* Versorgungsplanung

<sup>1</sup> Die Kantone ermitteln den künftigen Bedarf in nachvollziehbaren Schritten aufgrund einer analytischen oder normativen Methode. Sie stützen sich auf statistisch ausgewiesene Daten, Vergleiche, Bedarfsdeterminanten sowie Strukturanalysen mit Berücksichtigung der vor- und nachgelagerten Bereiche.

<sup>2</sup> Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes berücksichtigen sie insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- b. die geografische Lage der Einrichtung;
- c. die Bereitschaft der Einrichtung zur Tarifbindung, zur Erfüllung von Auflagen, zur Übernahme der sich aus der Planung ergebenden Verpflichtungen, sowie zur Zusammenarbeit mit den zuweisenden und nachbehandelnden Stellen und Fachpersonen.

<sup>3</sup> Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten sie insbesondere:

- a. eine effiziente Leistungserbringung;
- b. die Kostentransparenz und die Kostenwahrheit;
- c. den Qualitätsausweis;
- d. das Vorhandensein von qualifiziertem Personal und geeigneter Infrastruktur;
- e. die Koordination der Leistungserbringung.

<sup>4</sup> Im Spitalbereich achten sie zusätzlich auf:

- a. die Konzentration des Angebotes;
- b. die Vermeidung von Doppelspurigkeiten;
- c. die Nutzung von Synergien.

<sup>5</sup> Die Kantone legen die Instrumente für die Sicherstellung der Mengensteuerung fest.

<sup>6</sup> Planen mehrere Kantone gemeinsam, so erfolgt die Ermittlung des künftigen Bedarfs, die Beurteilung und Auswahl des Angebotes und die Sicherung der Mengensteuerung durch alle betroffenen Kantone gemeinsam.

*Art. 58c* Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur Behandlung von akut-somatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;
- b. für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung: leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen;
- c. für die Versorgung der Versicherten in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

*Art. 58d* Interkantonale Koordination der Planungen

<sup>1</sup> Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes werten die Kantone die nötigen Informationen über die Patientenströme zwischen den Kantonen aus und tauschen diese mit den betroffenen Kantonen aus. Sie nutzen die Optimierungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung.

<sup>2</sup> Die Kantone sind verpflichtet, bei wesentlichen Versorgungslücken:

- a. das ausserkantonale Angebot zu überprüfen, eine Auswahl zu treffen und das Angebot durch Verträge zu sichern;
- b. die betroffenen Kantone im Hinblick auf deren Planungsarbeiten und Entscheide sowohl über eine Änderung des Bedarfs wie des Angebotes zu informieren;
- c. die Entscheide mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren und abzustimmen.

<sup>3</sup> Der Standortkanton der Einrichtung ist in der Regel zuständig für die Mengensteuerung der Leistungsangebote der innerkantonalen Einrichtungen. Er berücksichtigt dabei die Patientenströme zwischen den Kantonen.

*Art. 58e* Dienstleistungen und Infrastruktur

<sup>1</sup> Die Überprüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c des Gesetzes erfolgt in der Regel durch den Standortkanton. Nimmt ein Kanton eine ausserkantonale Einrichtung auf seine Liste (Art. 58f) auf, so kann er eine zusätzliche Prüfung vornehmen.

<sup>2</sup> Der Kanton überprüft, ob die Einrichtung die Dienstleistungen anbietet und über die Infrastruktur verfügt, die für die Behandlungen und die Pflege notwendig sind.

*Art. 58f* Listen

<sup>1</sup> Auf den Listen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes wird für jede Einrichtung das Leistungsspektrum aufgeführt, für das die Einrichtung die Versorgung sicherstellt.

<sup>2</sup> Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem ermittelten Versorgungsbedarf für die Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner. Vorbehalten ist Artikel 58d Absatz 2.

<sup>3</sup> Einrichtungen, die aufgrund einer Kapazitätsplanung zugelassen sind, werden mit den geplanten Kapazitäten pro Einrichtung aufgeführt.

<sup>4</sup> Für Pflegeheime werden die Richtzahlen der Kapazitäten für den gesamten Kanton oder pro Einrichtung aufgeführt.

*Art. 58g* Leistungsaufträge

<sup>1</sup> Die Kantone erteilen den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge. Der Leistungsauftrag kann Auflagen enthalten. Leistungsspektrum und Auflagen sind Bestandteil des Leistungsauftrags.

<sup>2</sup> Das Leistungsspektrum von Spitälern umfasst:

- a. die Teilbereiche der medizinischen Versorgung;
- b. die Versorgungsstufen;
- c. die Spezialitäten und Subspezialitäten;
- d. weitere Umschreibungen wie die Nachbehandlung sowie die Bezeichnung des Umfanges des Notfalldienstes.

<sup>3</sup> Das Leistungsspektrum der Pflegeheime ist nach Pflegebedarfsstufen definiert.

<sup>4</sup> Der Leistungsauftrag für Einrichtungen, die aufgrund einer leistungsorientierten Planung zugelassen sind, enthält zusätzlich die Regelung der Mengensteuerung.

<sup>5</sup> Auflagen nach Absatz 1 können insbesondere folgende Punkte beinhalten:

- a. die Aufnahmepflicht;
- b. den Notfalldienst;
- c. die Aus- und Weiterbildung von medizinischem, therapeutischem und pflegerischem Personal;
- d. den Ausweis der Wirtschaftlichkeit;
- e. die Qualitätssicherungsmassnahmen.

<sup>6</sup> Eine allfällige Aufnahmepflicht der Spitäler für versicherte Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Spitals ist nach Artikel 41a Absatz 2 des Gesetzes im Leistungsauftrag verankert.

<sup>7</sup> Zur Koordination der kantonalen Planungen oder im Rahmen der gemeinsamen Planungen können mehrere Kantone gemeinsam Leistungsaufträge erteilen.

*Art. 58h* Überprüfung der Planung

Die Kantone überprüfen ihre Planungen periodisch. Die Spitalisten und Leistungsaufträge werden aufgrund der Planung angepasst.

*Art. 59 Abs. 1<sup>bis</sup> und 3*

<sup>1bis</sup> Der Versicherer muss alle diagnosebezogenen Daten 30 Tage nach erfolgter Rechnungskontrolle löschen.

<sup>3</sup> Er muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.

*Art. 59d* Leistungsbezogene Pauschalen

<sup>1</sup> Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Tarifvertrag, welcher die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs enthält, nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes zur Genehmigung vorlegen. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen Unterlagen eingereicht werden, namentlich über:

- a. Berechnungsgrundlagen und -methode;
- b. Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung;
- c. Prognosen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, sowie für die vor- und nachgelagerten Bereiche.

<sup>2</sup> Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (*Diagnosis Related Groups*) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung müssen ergänzende Unterlagen über die Kriterien zur Bestimmung der zur Ermittlung der Tarifstruktur beigezogenen Referenzspitäler beigelegt werden.

<sup>3</sup> Werden namentlich die Tarifstruktur oder die Anwendungsmodalitäten des Tarifs angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Tarifvertrag erneut zur Genehmigung vorlegen.

<sup>4</sup> Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.

*Art. 59e* Fallbeitrag

<sup>1</sup> Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch ist ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.

<sup>2</sup> Wird der Fallbeitrag angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten.

<sup>3</sup> Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49a Absatz 1 und 2 des Gesetzes sinngemäss.

## II

### *Übergangsbestimmungen*

<sup>1</sup> Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes muss ihre Tätigkeit spätestens am 31. Januar 2009 aufnehmen. Die Tarifpartner und die Kantone müssen den Bundesrat über das Datum des Beginns der Tätigkeit der Organisation in Kenntnis setzen und ihm die Statuten der Organisation übermitteln.

<sup>2</sup> Beschliessen die Tarifpartner und die Kantone das Einsetzen von mehr als einer Organisation für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen in sämtlichen stationären Spitalbereichen sowie im Bereich der Geburtshäuser, so haben sie den Bundesrat darüber zu informieren. Die eingesetzten Organisationen müssen ihre Tätigkeiten koordinieren. Namentlich sorgen die Tarifpartner für die Koordination der Begleitmassnahmen nach Absatz 3. Absatz 1 gilt sinngemäss.

<sup>3</sup> Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags nach Artikel 59d muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 2009 vorgelegt werden. Der Tarifvertrag muss (zusätzlich zur einheitlichen Tarifstruktur und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs) einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten, namentlich Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung.

<sup>4</sup> Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 3 zur Genehmigung vorlegen.

## III

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

....

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Pascal Couchepin

Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova