

TARMED im Wandel der Zeit

Von Mario Evangelista, für die erste Weiterbildungsveranstaltung der SGfM

Die nachfolgenden Ausführungen werden nach der vorgesehenen Folienpräsentation gegliedert und werden so weit möglich so formuliert, dass diese auch als Handout – mit dem Foliensatz – abgegeben werden können. (Stand der Grundlagen: Anfang Januar 2006)

Zu Folie 1:

Kurzes Vorstellen:

Evangelista Mario, eidg. dipl. Krankenversicherungsexperte, in Teilpensum Geschäftsführer des Verbandes Heime und Spitäler Graubünden und daneben in sehr kleinem Pensum selbstständig.

Werdegang:

Kanti, ÖKK, Kantonalverband Bündner KV, santésuisse, H+S

Kurzer Ausblick auf das heutige Referat:

In wenigen Ausführungen soll die Geschichte aufgezeigt werden, wieso TARMED überhaupt im KVG-Bereich Heute zur Anwendung kommt.

Danach werden aktuelle Fragestellungen einerseits bezüglich der Anwendung von Art. 19 Rahmenvertrag: wann ambulante Leistung im Spital Spitalleistung und wann ärztliche Leistung vorliegt und andererseits weitere aktuelle Themen und Änderungen erläutert.

Dabei wird insbesondere auf die Tarifierung der Blutentnahmen, die ungelöste Situation i.S. Sitzungsdefinition eingegangen.

Zu Folie 2: „Werdegang“ des TARMED

Ursprünglich hatten sich die Leistungserbringer und die MTK daran gemacht für die Nachfolge des SLK (Spitalleistungskatalog) für den UVG/MV/IV-Bereich ein neues Tarifwerk zu erstellen. Begonnen wurde das ambitionöse Projekt 1986 mit der Gesamtrevision des Arzttarifes (GRAT).

Das Ziel war es in diesem alle ärztlichen Handlungen abzubilden.

Als im Dezember 1994 das KVG vom Volk angenommen worden war, sprangen die Krankenversicherer auf diesen fahrenden Zug auf, denn gemäss KVG Art. 43 Abs. 5 ist es zwingend erforderlich, dass Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Ergo war dringend der Bedarf da, ein entsprechendes Tarifwerk für die ärztlichen Leistungen, sowie die ambulanten Spitalleistungen per Einführung des KVG zu bewerkstelligen.

Wie gesagt, was ursprünglich das Ziel verfolgt worden, einen kompletten Katalog über alle ärztlichen Handlungen zu erarbeiten und die Tarifierung betriebswirtschaftlich vorzunehmen. Im Verlaufe der Arbeiten kamen verschiedene weitere Aspekte hinzu, die es zu berücksichtigen galt und die zu entsprechenden weiteren Verzögerungen führten.

Unter anderem sei hier auch die aktuell diskutierte und damals beabsichtigte Umverteilung zu Gunsten der geistigen Leistungen von Ärzten zu Lasten der technischen Medizinleistungen (wie z.B. alle bildgebenden Verfahren) erwähnt.

Aus der politischen Ecke wurde dann noch die weitere Erwartung formuliert, dass die Einführung dieses neuen Tarifes nicht per se zu Mehrkosten zu Lasten der Krankenversicherungsprämien führen dürfe. Die entsprechenden Zusatzverhandlungen bezüglich eines Kostenneutralitätskonzeptes und die sich daraus nun im eben auslaufenden Jahr ergebenden Diskussionen, sowie die noch schwelenden Konflikte, wie und ob überhaupt eine Nachfolgeregelung zur Kostensteuerung gestaltet wird und selbstverständlich die damit verbundenen „korrekten“ TPW (Taxpunktwerte) seien hier ebenfalls nur am Rande erwähnt.

Da der SLK aber auch alle weiteren ambulanten Leistungen in Spitälern abbildete, wurde es über den TARMED hinaus erforderlich, für diese weiteren Leistungsbereiche einheitliche Tarifwerke gesamtschweizerisch zu vereinbaren. Hierzu wurden je Verträge für die Physiotherapie, Logopädie, Diabetes- und Ernährungsberatung sowie Ergotherapie geschlossen. Diese wurden gesamtschweizerisch vereinbart und pro Kanton erfolgten dann die Abschlüsse sogenannter TPW-Verträge für freipraktizierende und in den meisten Fällen parallel dazu für dieselben Leistungen in den Ambulatorien der Spitäler.

Der Bundesrat hat im Jahre 2002 die Tarifstruktur TARMED 1.1r genehmigt. Am 1. Mai 2003 starteten die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherer mit der Einführung von TARMED. Seit dem 1. Januar 2004 wird TARMED flächendeckend angewendet.

Zu Folie 3:

Keine Notizen

Zu Folie 4: Art. 9 Abs. 3 Rahmenvertrag TARMED

Die Einführungsphase wird im Abs. 1 des Präambels der Vereinbarung zur Kostenneutralität (Anhang 2 zum Rahmenvertrag) und im Art. 17 so definiert, dass diese die ersten 18 Monate ab Einführung gemäss Genehmigungsbeschluss des Tarifwerkes durch den Bundesrat umschrieben.

Art. 22 des Anhangs 2 äussert sich zu den Korrekturfaktoren. Abs. 4 desselben hält dabei fest, dass etwaig verbleibende Differenzen aus der Einführungsphase in den verbleibenden Monaten des „Folgejahres“ auszugleichen sind, um danach per 1.1. des darauffolgenden Jahres den TPW auf die richtige Höhe zu bringen.

Somit wäre formell streng genommen die Anwendung, dass keine ambulante Chefarztleistung in einem Spital über eine eigene Abrechnung in Rechnung gestellt werden kann, wenn im Spital erbracht, seit dem 1.7.2005 in Kraft. Angesichts des Art. 22 Abs. 4 darf aber in der Praxis von einer effektiven Umsetzbarkeit per 1.1.2006 ausgegangen werden, dies zur Vermeidung von unangemessenen Verschiebungen aus einer Praxisumstellung in den letzten 6 Monaten im 2005.

Das bedeutet also, dass grundsätzlich alle ambulant erbrachten Arztleistungen in einem Spital vom Spital abzurechnen sind. Die bisher gängige Praxis, dass privatärztliche Sprechstunden auf eigene Rechnung des Arztes abgerechnet wurden, ist damit nicht mehr zulässig. Wörtlich umgesetzt müssten z.B. eingemietete MRI-Institute als solche deklariert werden, damit die entsprechenden Leistungen auf eigene Rechnung und damit nach dem jeweils gültigen Arzt-TPW abgerechnet werden können. Ebenso verhält es sich mit Arztpraxen. Hat also ein Arzt die Absicht die evtl. vertraglich zugesicherten Sprechstunden auf eigene Rechnung weiterhin durchzuführen, sind formell einwandfreie Mietverträge zu schliessen, um diese Praxis weiterhin zu ermöglichen. Ob die Versicherer solche „Umgehungen“ einer klar vertraglich gewollten Entflechtung und Abgrenzung von ambulanten Spitalleistungen von Praxisleistungen zulassen, ist offen. Das Ziel war es aber auf jeden Fall eine Situation zu schaffen, die sehr einfach zu handhaben sein soll: erfolgt eine ärztliche Leistung in einem Spital ambulant, so ist sie vom Spital zu verrechnen, denn es stellt eine ambulante Spitalleistung dar! Erfolgt eine Leistung an einer anderen Adresse, ist es keine Spitalleistung und die Abrechnung hat über die entsprechende Nummer des Arztes zu erfolgen.

Zu Folie 5: nächste TARMED-Version

Diese aktualisierte Tarifversion wurde dem BAG am 28. Juli 2005 eingereicht. Das Leitungsgremium TARMED Suisse hat sich im Juli 2005 für eine Umsetzungsfrist von zwei Monaten ausgesprochen. Aufgrund dieses Beschlusses wird die neue Version TARMED nicht per 1. Januar 2006 in Kraft treten können. Wir werden Sie zwei Monate vor dem Inkrafttreten der neuen TARMED-Version informieren und den Browser, das Änderungsprotokoll und die Datenbank publizieren.

TARMED Suisse

(24.11.05)

Zu Folie 6:

Keine Notizen

Zu Folie 7: BLUTENTNAHMEN

In der Analysenliste bestanden die Position 9701 für Spitallaboratorien, Laboratorien und Apotheker, und die Position 9710 für Praxislaboratorien. Nachdem die Analysenlistenposition 9710 im 2005 aufgehoben wurde, fehlte nun eine Position für die Abrechnung von Blutentnahmen in Praxislaboratorien, denn im TARMED waren lediglich die Positionen 00.0710 und 00.0720 vorgesehen. Diese beiden Positionen verwiesen allerdings lediglich darauf, dass Blutentnahmen mittels vorgenannter Analysenlisten-Positionen abzurechnen seien. Die Aufhebung wurde damit begründet, dass die Blutentnahmen eben im TARMED geregelt sein müssen. Deshalb wurden die Positionen 00.0715 und 00.0716 für die Abrechnung von Blutentnahmen in Praxislaboratorien notwendig!

Gleichzeitig wurden die TARMED-Positionen 00.0710 und 00.0720 dahingehend geändert, dass bei Blutentnahmen durch nichtärztliches Personal bei Präsenzdiagnostik – also im Praxislaboratorium – mittels der Positionen 00.0715 resp. 00.0716 abzurechnen sind.

Für Spitallaboratorien wird nun für Blutentnahmen durch nichtärztliches Personal explizit nach wie vor auf die Analysenliste und somit Position 9701 verwiesen.

Erfolgt die Blutentnahme ausnahmsweise durch einen Arzt, so gilt der Verweis, dass die Position 00.0710 und 00.0720 Bestandteil der „Allgemeinen Grundleistungen“ sind und somit über diese und der Verrechnung des entsprechenden Zeitaufwandes abzurechnen sind.

De facto enthalten die Positionen 00.0710 und 00.0720 somit lediglich noch die Hinweise darauf, welche Positionen wann zur Anwendung kommen.

Die entsprechenden Positionen sind wie folgt wörtlich vorgesehen:

00.0710 – Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation (Bestandteil von „allgemeine Grundleistungen“)

„Medizinische Interpretation

Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für die Präsenzdiagnostik in ärztlichen Praxislaboratorien siehe 00.0715 und 00.0716.

Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für Laboruntersuchung(en) in Spitallaboratorien (KVV, Art. 54 Abs. 1 lit. c und Abs. 2) und Laboratorien (KVV, Art 54 Abs. 3) werden mit der entsprechenden Tarifposition der eidg. Analysenliste abgerechnet.“

Dies ersetzt die bisherige Formulierung:

Medizinische Interpretation

Punktionen zwecks Blutentnahmen für Laboruntersuchung(en) werden mit der entsprechenden Tarifposition der Analysenliste mit Tarif (AL) abgerechnet.

Zudem wurden eben die neuen Positionen 00.0715 und 00.0716 für Praxislaboratorien geschaffen. Diese sind wie folgt vorgesehen:

00.0715 – Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal

Angaben: Sparte – Sprechzimmer; TL 8.19 TP; Raumbelastung 5 Min.

Medizinische Interpretation

Nur anwendbar durch ärztliches Praxislaboratorium im Rahmen der Präsenzdiagnostik nach Artikel 54 Absatz 1 Buchstabe a KVV und Kapitel 5.1.2 der Analysenliste.

Die Venenpunktion durch den Arzt anlässlich einer ärztlichen Beratung ist Bestandteil von „Allgemeine Grundleistungen“ gemäss 00.0710.

Gilt nicht für kapilläre Blutentnahme.

Technische Interpretation (Regeln)

Menge: 1 Mal pro Tag

Nicht kumulierbar mit 00.0716 und 00.1345

00.0716 – Blutentnahme kapillär, jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal

Angaben: Sparte – Sprechzimmer; TL 4.91 TP; Raumbelastung 3 Min.

Medizinische Interpretation

Nur anwendbar durch ärztliches Praxislaboratorium im Rahmen der Präsenzdiagnostik nach Artikel 54 Absatz 1 Buchstabe a KVV und Kapitel 5.1.2 der Analysenliste.

Die kapilläre Blutentnahme durch den Arzt anlässlich einer ärztlichen Beratung ist Bestandteil von „Allgemeine Grundleistungen“ gemäss 00.0710.

Gilt nicht für venöse Blutentnahme.

Technische Interpretation (Regeln)

Menge: 1 Mal pro Tag

Nicht kumulierbar mit 00.0715 und 00.1345

00.0720 - Punktion, arteriell, durch den Facharzt (Bestandteil von 'Allgemeine Grundleistungen,)

Medizinische Interpretation

Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für die Präsenzdiagnostik in ärztlichen Praxislaboratorien siehe 00.0715 und 00.0716.

Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für Laboruntersuchung(en) in Spitallaboratorien (KVV, Art. 54 Abs. 1 lit. c und Abs. 2) und Laboratorien (KVV, Art. 54 Abs. 3) werden mit der entsprechenden Tarifposition der eidg. Analysenliste abgerechnet.

Ersetzt die bisherige Formulierung:

Medizinische Interpretation

Punktionen zwecks Blutentnahmen für Laboruntersuchung(en) werden mit der entsprechenden Tarifposition der Analysenliste mit Tarif (AL) abgerechnet.

Die entsprechende Mitteilung durch H+ Die Spitäler der Schweiz dürfte in wenigen Tagen und somit noch im Januar 2006 erfolgen. Darin wird auch der vorgesehene Umsetzungszeitpunkt bekanntgegeben werden.

Weiterbildungsveranstaltung SGfM, 17.1.2006

Referat von: Mario Evangelista, eidg. dipl. Krankenversicherungsexperte

Seite 5 von 9

Zu Folie 8: DEFINITION DER SITZUNGEN – GI 8

Nach wie vor ist eine Einigung bezüglich der GI 8 und damit der Definition einer Sitzung nicht erzielt. Nachfolgend wird der aktuellste Verhandlungsstand wiedergegeben, den ich von H+ Die Spitäler der Schweiz im Rahmen der Einladung zur Sitzung der Expertengruppe Tarife und Preise H+ vom 17.1.2006 so wörtlich erhalten habe:

Definition Leistungserbringer von AL resp. TL von Tarifpositionen im Sinne von GI 8

Leistungserbringer der TL ist die Institution (Praxis; Institut; Spital), welche die Infrastruktur (nichtärztliches Personal, Raum, Einrichtung und Geräte) gemäss Sparte der entsprechenden Leistung zur Verfügung stellt.

Leistungserbringer der AL ist der ausführende Arzt resp. das qualifizierte nichtärztliche Personal, das die Leistung unter Aufsicht und Verantwortung eines Arztes gemäss TARMED erbringen darf (z.B. Ophthalmologie).

Abrechnung:

Die Abrechnung von Tarifpositionen ausschliesslich mit AL oder in Kombination mit TL hat unter der EAN-Nummer des ausführenden resp. des beaufsichtigenden und verantwortlichen Arztes zu erfolgen. Er gilt somit als Leistungserbringer.

Die Abrechnung von Tarifpositionen, welche ausschliesslich TL beinhalten hat unter der EAN-Nummer der Institution (Praxis; Institut; Spital), in der sich die benützte Infrastruktur (Sparte) befindet, zu erfolgen. Die Praxis resp. das Spital gelten somit als Leistungserbringer.

Die Verrechnung aller Tarifpositionen zur Abgeltung der während einer Behandlung resp. eines Aufenthaltes durch/bei einem Leistungserbringer gemäss GI 8 erbrachten Leistungen hat in einer Sitzung zu erfolgen.

Tarifpositionen, welche ausschliesslich eine TL beinhalten und eine Bezugsleistung verlangen (z.B. Technische Grundleistungen OP), sind unter der gleichen Sitzung abzurechnen wie die Leistung, auf welche sie referenzieren.

Tarifpositionen, welche ausschliesslich eine TL beinhalten, aber keine Bezugsleistung [Hinweis: die Leistungen, welche eine Bezugsleistung verlangen, sind an geeigneter Stelle im Tarif zu bezeichnen] verlangen (z.B. delegierte Psychotherapie anderes Beispiel), dürfen als eigenständige Sitzung oder in einer Sitzung zusammen mit ärztlichen Leistungen, die während des gleichzeitigen Kontaktes erbracht wurden, verrechnet werden.

Tarifpositionen deren Erbringung von AL und TL in unterschiedlichen Institutionen erfolgt (Praxis; Institut; Spital) dürfen nicht getrennt verrechnet werden. AL und TL sind von einem der beiden Leistungserbringer in Rechnung zu stellen.

Kursiv = an der Sitzung vom 20.12.05 besprochen

Nicht kursiv = pendent

Wie anlässlich des Referates am Nachmittag des 17.1.2006 erläutert, handelt es sich dabei um den aktuellen Verhandlungsstand. Die definitive Formulierung wird von Tarmed Suisse resp. H+ in Kürze kommuniziert. Entscheidend ist dabei der Hinweis darauf, dass entgegen dem aktuellen Wortlaut der GI 8, wie er vorstehend

Weiterbildungsveranstaltung SGfM, 17.1.2006

Referat von: Mario Evangelista, eidg. dipl. Krankenversicherungsexperte

Seite 6 von 9

wiedergegeben wird, sich die Parteien in den Gesprächen und Verhandlungen dazu einig waren, dass die Abrechnung immer nur von einer Stelle erfolgen kann. Grundsätzlich erfolgt diese somit durch das Spital, wenn es sich um eine ambulante Spitalleistung handelt. Nur wenn ausschliesslich Arztleistungen erbracht werden, hätte nach dieser Sitzungsdefinition der Spitalarzt die Möglichkeit auf eigene Rechnung diese Leistung abzurechnen. Allerdings ist dabei der Grundsatz zu berücksichtigen, der bereits vorstehend anhand von Art. 9 Abs. 3 Rahmenvertrag erläutert worden ist. Dieser besagt nämlich, dass ambulante Leistungen in einem Spital über das Spital abzurechnen sind.

Zu Folie 9: BERICHTE

Bezüglich der Berichte an Versicherer und deren Verrechenbarkeit wird ebenfalls oft diskutiert. Für die nächste Version des TARMED sind auch zu den Berichten umfassende Änderungen vorgesehen. Dabei geht es zentral um die Änderung der GI 14 bezüglich der Grundsätze und des weiteren um entsprechende Streichungen und Klärungen bei speziellen Positionen, die sich zu Berichten äussern.

GI – 14

Diese generelle Interpretation zu den Berichten soll neu wie folgt lauten (*Neu / Streichung*):

Sämtliche Berichte/Dokumentationen sind dem Versicherer resp. dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen zuzustellen, dabei gelten die Bestimmungen des Datenschutzes.

Jede Leistung ist in geeigneter Form (Schrift, Ausdruck, Tonträger, Bildträger) zu dokumentieren.

Ein Bericht umfasst Auswertung/Befundung, Befund und schriftliche Dokumentation. Bei Endoskopien ist eine Bilddokumentation der pathologischen Befunde obligatorisch. Die Dokumentation und der Bericht sind integraler Bestandteil der Leistung und mit dieser abgegolten, auch wenn unter dem Parameter „Bericht“ keine Minutage angegeben ist. *Die erstmalige Zustellung dieser Dokumente auf Verlangen des Versicherers ist kostenlos. (bisher: Sie sind dem Vertrauensarzt des Versicherers auf Verlangen kostenlos zuzustellen.)*

Vorbehalten bleiben Leistungen, für die eine separate Abrechnung der Dokumentation/des Berichtes ausdrücklich erwähnt und tarifiert ist.

Der nochmalige Versand dieser Dokumente auf Verlangen des Versicherers wird mit der Position 00.2260 resp. 00.2265 vergütet.

Sowohl in GI – 14, wie auch einleitend im neugeschaffenen 1. Absatz zu Position 00.06 – KI-00.06-1 Datenschutz erfolgt der Verweis darauf, dass auch die Zustellung von Berichten an den Vertrauensarzt des Versicherers nach den Bestimmungen des Datenschutzes zu erfolgen hat. Das Datenschutzgesetz (DSG) verlangt im Grundsatz, dass jeder Datenerhebung eine klare Angabe des Grundes für die Datenerhebung und des Verwendungszweckes vorausgehen muss. Weitergehende Daten dürfen nicht erhoben werden und erhaltene Daten/Angaben sind nach erfülltem Verwendungszweck zu vernichten. Diesem Grundsatz folgend, hat der eidg. Datenschutzler in seinem Merkblatt bezüglich Austritts- und Operationsberichten aus dem Jahre 2001 folgendes stufenweise Vorgehen empfohlen:

1. Stufe: *Die Spitäler und Heime stellen eine detaillierte und verständliche Rechnung.*
2. Stufe: *Benötigt der Versicherer im Einzelfall zusätzliche Angaben, kann er dem Leistungserbringer schriftliche, spezifische, auf den konkreten Fall bezogene Fragen stellen. Er hat die Notwendigkeit dieser Rückfrage zu begründen. Der versicherten Person ist zur Information eine Kopie zuzustellen.*
3. Stufe: *Sind diese Angaben ausnahmsweise nicht ausreichend, kann der Versicherer zuhanden seines beratenden Arztes einen Austritts- oder Operationsbericht einholen. Er hat die Notwendigkeit dieses Vorgehens schriftlich zu begründen. Der versicherten Person ist zur Information eine Kopie zuzustellen.*

Die FMH stützt sich auf diese Empfehlung und empfiehlt ihren Mitglieder danach vorzugehen.

Bezüglich der Verrechenbarkeit kann sehr einfach zusammengefasst gesagt werden, dass grundsätzlich Berichte integrierender Bestandteil der jeweiligen Leistung bilden. Ausnahmen sind in den Positionen vermerkt.

Nach der vorgesehenen präzisierten Version von GI – 14 sind verlangte Berichtskopien beim 1. Mal kostenlos zu liefern. In der Folge können Kopien von Dokumenten bis 10 Blätter mit der Pos. 00.2260 „Kopien an den Versicherer, pro Auftrag“, bei Dokumenten von mehr als 10 Blättern mit der Pos. 00.2265 „Kopien von grossem Umfang und/oder Kopien von Bildträgern an den Versicherer, pro Auftrag“ verrechnet werden. Die Kumulation dieser beiden Positionen ist nicht zulässig.

Zu Folie 10: „LSVA-Taxen auf Materialien“

Materialien gemäss MiGeL

Bei den in der Mittel- und Gegenstandeliste (MiGeL) festgehaltenen Ansätzen, handelt es sich um Hochstverrechenbare Ansätze. Unter Einhaltung von KVG Art. 56 Abs. 4 sind Vergünstigungen weiter zu geben. Solange aber die Hochstansatze eingehalten werden, können die gesamten Selbstkosten verrechnet werden. Dies soweit für Materialien, die in der MiGeL geregelt werden.

Verbrauchsmaterialien – nicht in der MiGeL

Bei den Verbrauchsmaterialien, die eben nicht in der MiGeL geregelt werden, legt der TARMED folgende Regel fest:

Verrechnet wird der Einstandspreis (Stückpreis auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge) plus ein Zuschlag von 10%.

Der Einstandspreis wird in der Literatur wie folgt definiert:

Einkaufspreis
 + *Bezugskosten (Fracht, Transportversicherung, usw.)*
 - *Einkaufsminderung*
 = *Einstandspreis*

(Quelle: M. Boemle, Der Jahresabschluss, 2001, S.148)

Dementsprechend ist die LSVA ein Teil des Einstandspreises und kann logischerweise auch weiter verrechnet werden. Weiter sieht das KVG Kostendeckung (unter dem Gebot der Weiterbildungsveranstaltung SGfM, 17.1.2006

Wirtschaftlichkeit) vor. Die LSVA-Taxen stellen unvermeidbare Kosten dar und müssen folglich von den Sozialversicherungen bezahlt werden.

Bei Vergünstigungen im Einkauf (Rabatte und Boni) kommt zudem noch das Heilmittelgesetz zum Tragen (Art. 33 HMG). Über den Umgang mit vergünstigten Einkäufen von Medikamenten und deren Weiterverrechnung existieren Empfehlungen des BSV (heute BAG). In diesen Empfehlungen wird insbesondere auf die rechtliche Situation bezüglich Art. 56 Abs. 3 KVG und Art. 33 HMG eingegangen. Diese Empfehlungen sind (auch in französischer Sprache) auf der Website von „H+ Die Spitäler der Schweiz“ unter: [http://www.hplus.ch/main/Show\\$Id=1811.html](http://www.hplus.ch/main/Show$Id=1811.html) abrufbar.

Grundsätzlich gelten die mündlichen, ergänzenden Ausführungen anlässlich des Referates vom 17.1.2006.



M. Evangelista