



Glossar Begriffe Spitalkommission

Baserate	Die Baserate bezeichnet den pauschalen Frankenbetrag, der im System der Fallpauschalen (DRG-System) für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis (die Baserate) wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. Der Eidgenössische Preisüberwacher muss dazu jeweils seine Empfehlung abgeben. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, muss die Kantonsregierung eine Baserate festsetzen.
CaseMix (CMI)	Beschreibt die durchschnittliche Schwere der Diagnosen aller Patienten gemessen an einer Skala, die dem Gesamt-Ressourcenaufwand entspricht. Er stellt ein Mass für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten stationären Fälle in einem Akutspital dar.
Fallpauschale (DRG)	Sind die leistungsbezogenen Kosten pro Fall. Sie werden von der Krankenkasse (45%) und vom Kanton (55%) vergütet. Sie werden ermittelt durch die Multiplikation des Fallschwergewichts mit der Baserate.
Fallschwergewicht	Mittels des Fallschwergewichts wird das relative Kostengewicht ermittelt, das den durchschnittlichen Behandlungsbedarf einer Fallgruppe abbilden soll. Der Normwert beträgt 1.0. Liegt das Gewicht darunter, liegt der durchschnittliche Behandlungsbedarf niedriger als im Normwert. Liegt er darüber, ist der durchschnittliche Behandlungsbedarf höher als im Normwert angenommen.
Fallzahlen / Mindestfallzahlen	Fallzahlen betreffen vor allem chirurgische Leistungen im stationären Bereich. Es wird davon ausgegangen, dass die Qualität, Sicherheit und Effizienz steigt, je mehr ein Chirurg / eine Chirurgin eine Behandlung (Leistung) zusammen mit dem Personal durchführt. Im Rahmen der Spitalplanungsempfehlungen der GDK wurden zu gewissen Leistungen Mindestfallzahlen festgelegt. Werden in einem gewissen Spital diese Mindestfallzahlen nicht erreicht, soll es gemäss Empfehlungen diesen Leistungsbereich nicht mehr erbringen dürfen = Streichung beim Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Standortkantons.
Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	GWL beinhalten Beiträge des Kantons an die Unterdeckung der ambulanten Tarife, an die Kosten der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt, an die Vorhaltekosten für den Rettungs- und Krankentransportdienst und die geschützte Operationsstelle (GOPS) sowie an den Sozialdienst und die Seelsorge am Spital, welche nicht durch die OKP abgedeckt werden.
Globalkredit	Bis 31. Dezember 2016 wurden die Beiträge des Kantons ans Kantonsspital Obwalden als Globalkredit bezahlt. Dieser Kredit beinhalten sowohl die leistungsbezogene Abgeltung der stationären Behandlungskosten als auch Beiträge an die Gemeinwirtschaftlichen

	Leistungen. Er wurde jeweils mit dem Budget durch Kantonsrat festgelegt.
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung (Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Grundversicherung; Obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP)
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Zusatzversicherungen)
Leistungen / Leistungsgruppen / Leistungsgruppenkonzept	Alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen erbringen im Rahmen ihrer Tätigkeiten Einzelleistungen in Form von Behandlungen, Diagnosen, Beratung, usw. Diese Leistungen werden entweder über die Fallpauschalen (stationäre Behandlungen) oder über Einzelleistungstarife (z.B. TARMED; ambulante Behandlungen) abgegolten. Im Rahmen der Spitalplanungsempfehlungen der GDK wird mit gebündelten Leistungen gearbeitet, den sogenannten Leistungsgruppen (z.B. Leistungsgruppe Bauchchirurgie).
Referenztarif	Er stellt im Zusammenhang mit ausserkantonalen Spitalbehandlungen den zu verrechnenden Tarif dar, wenn nicht mittels Kostengutsprache die Behandlung zum Tarif des Standortspitals gutgeheissen wird. Jeder Kanton bezeichnet seinen Referenztarif aufgrund der bereits im Kanton vorhandenen Tarife.
Spitalfinanzierung	Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 wurde von einer Objektfinanzierung (Globalkredit für das Spital) auf eine konsequente Leistungsfinanzierung auf Basis der Vollkosten umgestellt (Subjektfinanzierung). Gleichzeitig erfolgte die Umstellung auf eine gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur mit Fallpauschalen (Swiss DRG). Die einheitliche Finanzierung und die freie Spitalwahl sollen den Qualitätswettbewerb fördern.
Spitalplanung	Die Spitalplanung umfasst die Evaluation aller interessierten Leistungserbringer nach relevanten Planungskriterien und mündet im Erlass der kantonalen Spitalliste. Die Spitalplanung muss letztendlich die Versorgungssicherheit für die gesamte Bevölkerung des Kantons in allen Leistungsbereichen der Grundversorgung sowie der spezialisierten medizinischen Versorgung gewährleisten. Die Spitalplanung beruht auf der Festlegung des Bedarfs und der daraus folgenden Festlegung des Angebots, der Koordination mit anderen Kantonen, dem Erlass der Spitalliste inkl. der Leistungszuteilung nach den Kriterien: Bedarf, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugang.
Spitalplanungsempfehlungen der GDK	Die Kantone sind gemäss Artikel 39 KVG Abs. 2 verantwortlich für die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung, auch regional. Die

	<p>Empfehlungen sollen bewirken, dass die Kantone ihre Spitalplanung nach ähnlichen Kriterien vornehmen. Sie sind (noch) nicht bindend. Es gibt aber bereits erste Bundesverwaltungsgerichtsurteile, die gewisse Kriterien der Empfehlungen für verbindlich erklären. Ein Kriterium sind dabei auch die Fallzahlen / Mindestfallzahlen.</p>
Freie Spitalwahl	<p>Versicherte können bei einem Spitalaufenthalt unter den von den Kantonen anerkannten Listenspitälern frei wählen. Die entstehenden Kosten sind hingegen nicht in jedem Fall vollumfänglich durch die Krankenversicherer und den Kanton gedeckt. Es gibt folgende Unterschiede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallmässige Behandlung: Schweizweite und volle Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen und den Kanton (abgesehen vom Selbstbehalt und der Jahresfranchise); • Geplante Behandlung in einem Spital ohne Leistungsauftrag des Kantons Obwalden, jedoch mit Leistungsauftrag eines anderen Kantons: Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen und den Kanton nur mit erteilter Kostengutsprache, ansonsten bis höchstens zum Referenztarif; der Restbetrag geht zulasten der Versicherten oder einer allfälligen Zusatzversicherung;
TARMED	<p>Tarif medizinischer Leistungen. Dies ist die Tarifstruktur für die ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit Einzelleistungstarifen.</p>