

12. März 2008 GEF C

0 4 5 8 **Genehmigung des Vertrages vom 30. Oktober 2006 zwischen santésuisse und dem Verband Bernischer Krankenhäuser betreffend die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen Rehabilitationskliniken des Kantons Bern**

**1. Sachverhalt**

1.1 Betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten der allgemeinen Abteilung in den öffentlichen Rehabilitationskliniken des Kantons Bern haben sich die Krankenversicherer und der Verband Bernischer Krankenhäuser (VBK) im Laufe des Jahres 2006 auf die Anpassung der Tarife per 1. Januar 2007 geeinigt (Vertrag vom 30. Oktober 2007). Die Vertragspartner machen geltend, dass die anrechenbaren Kosten, welche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG<sup>1</sup> ermittelt worden seien, gegenüber der letzten Berechnungsperiode durchschnittlich über alle Kliniken um 5.8 Prozent gestiegen seien. Aus diesem Grund seien die Tarife ab dem 1. Januar 2007 um diesen Prozentsatz zu erhöhen.

1.2 Mit Schreiben vom 21. November 2006 hat santésuisse die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ersucht, den eingangs erwähnten neuen Vertrag vom 30. Oktober 2006 dem Regierungsrat zur Genehmigung zu beantragen.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat diesen Vertrag auf Grund von Artikel 14 PÜG<sup>2</sup> der Preisüberwachung zugeschickt. Mit Schreiben vom 19. Dezember 2006 hat diese mitgeteilt, dass sie auf Grund des im KVG vorgesehenen Verhandlungsprimats einerseits sowie auf Grund ihrer Prioritätensetzung andererseits auf die Abgabe einer Empfehlung verzichtet.

**2. Erwägungen des Regierungsrates**

2.1 Die zwischen Versicherern und Leistungserbringern abgeschlossenen Tarifverträge bedürfen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn sie in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat.

Der vorliegende neue Vertrag vom 30. Oktober 2006 gilt nicht für die ganze Schweiz, sondern nur für stationäre Behandlungen in den allgemeinen Abteilungen der öffentlichen Rehabilitationskliniken des Kantons Bern. Der Regierungsrat des Kantons Bern ist daher zur Genehmigung des eingereichten neuen Vertrages zuständig und tritt auf das Gesuch vom 21. November 2006 ein.

2.2. Die Vertragsparteien haben die Tarife in den öffentlichen Rehabilitationskliniken letztmals per 1. Januar 2005 vereinbart. Diese Tarife hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 0749 vom 23. Februar 2005 genehmigt. Gemäss dem nun von den Vertragsparteien zur Genehmigung vorgelegten neuen Vertrag vom 30. Oktober 2006 sollen die Tarife ab dem 1. Januar 2007 für stationäre Behandlungen in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen Rehabilitationskliniken des Kantons Bern um

<sup>1</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10)

<sup>2</sup> Preisüberwachungsgesetz vom 20. Dezember 1985 (PÜG, SR 942.20)



5.8 Prozent erhöht werden. Zu prüfen ist, ob die Parteien bei der Vereinbarung des Tarifs auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung gemäss Artikel 43 Absatz 4 KVG geachtet haben.

Diese gesetzliche Vorgabe der betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarife verankert das Prinzip einer aufwand- und verursachergerechten Leistungsentschädigung und will zudem verhindern, dass durch ineffiziente Betriebsführung entstandene Kosten auf die Krankenversicherung überwältzt werden.<sup>3</sup>

Zur Ermittlung der anrechenbaren Kosten im Sinne von Artikel 49 Absatz 1 Satz 2 KVG ist im Wesentlichen auf die Betriebskosten abzustellen. Mit den anrechenbaren Kosten sind die Kosten des Spitals gemeint, für welches konkret ein Tarif gelten soll. Dabei ist auf tatsächlich erbrachte, nicht bloss auf fiktive zukünftige Leistungen abzustellen, ebenso auf die aktuellsten. Soweit vorhanden, sind Rechnungsdaten zu den Spitalkosten heranzuziehen. Es sind auch Kosten anrechenbar, die auf Budgetdaten basieren, sofern diese Kosten ausgewiesen sind und im Tarifjahr wirksam werden. Die anrechenbaren Kosten sind ferner im Zeitpunkt des Vertragsschlusses zu ermitteln.<sup>4</sup>

Die Berechnung der anrechenbaren Kosten erfolgte für die öffentlich finanzierten Rehabilitationskliniken im Kanton Bern gemeinsam. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat die von den Parteien zugestellten Berechnungsunterlagen geprüft. Aus dieser Prüfung ergibt sich für den Regierungsrat folgende Steigerung der Kosten (aus Sicht der Krankenversicherer) betreffend die Behandlung von stationären Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton Bern:

	Erträge der Kliniken, bzw. Kosten der Krankenversicherer <sup>a</sup>	Differenz in Prozent
<b>Tarifertrag 2006<sup>b</sup></b>	<b>20'639'809</b>	<b>100.00 %</b>
Anrechenbare Kosten gemäss Rechnungen 2005 <sup>c</sup> , Kosten-deckungsgrad (KDG) von 46%	23'164'525	112.2%
Abzüge von santésuisse (Benchmarking, Abzug Überkapazität, Limitierung Teuerung, u.a.), Grundlage ist das Spitaltaxmodell <sup>d</sup>	1'651'053	7.1%
Kalkulatorischer Tarifertrag Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi und Klinik Bethesda, Kostendeckungsgrad 47 %	15'565'341	
Kalkulatorischer Tarifertrag Montana, Kostendeckungsgrad 48%	6'279'290	
<b>Kalkulatorischer Tarifertrag 2007<sup>e</sup></b>	<b>21'844'631</b>	<b>105.8%</b>

<sup>a</sup> Erträge der Kliniken aus der Behandlung von grundversicherten Patientinnen und Patienten bzw. Kosten oder finanzielle Aufwendung der Krankenversicherer

<sup>b</sup> aufgrund der Hochrechnung für das ganze Jahr 2006, Stand zum Zeitpunkt der Tarifverhandlungen im Juni 2006

<sup>c</sup> Die Kosten aus den Rechnungen 2005 waren zum Zeitpunkt der Tarifverhandlungen im Jahr 2006 die letzten verfügbaren Daten.

<sup>d</sup> Das Spitaltaxmodell ist das offizielle Tarifberechnungsmodell von santésuisse und wird vom Preisüberwacher anerkannt. Darin sind unter anderem auch die Art und Höhe der Abzüge definiert

<sup>e</sup> Die neu berechneten Tarife für das Jahr 2007 multipliziert mit der Anzahl Pflgetage aus dem Jahr 2005 ergeben den kalkulatorischen Tarifertrag 2007

<sup>3</sup> SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, E Rz. 882

<sup>4</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 909

Auf Grund der Prüfung der von den Parteien eingereichten Tarifberechnungsunterlagen (Kostenträgerrechnungen der Institutionen, Aufstellungen der nicht anrechenbaren Kosten, etc.) kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass die Parteien die Kostensteigerung von 5.8 Prozent gegenüber den mit Regierungsratsbeschluss vom 23. Februar 2005 genehmigten Tarifen korrekt ermittelt haben. Damit ist vorliegend Artikel 43 Absatz 4 KVG erfüllt, wonach auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung des Tarifs zu achten ist. Der Regierungsrat genehmigt daher die Pauschalen, welche die Parteien für die stationäre Behandlung von Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohnern vereinbart haben.

- 2.3 Den zur Genehmigung beantragten neuen stationären Tarifen im Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi und in der Klinik Bethesda Tschugg ist eine (gegenüber dem Vertrag vom 9. August 2004) veränderte Kostenbeteiligung der Krankenversicherer von 47 Prozent der anrechenbaren Kosten zu Grunde gelegt, so dass diejenige des Kantons neu 53 Prozent (statt bisher 54 Prozent) betragen soll. In der Berner Klinik Montana liegt die Kostenbeteiligung der Krankenversicherer unverändert bei 48 Prozent, so dass der Kanton nach wie vor 52 Prozent trägt. Zu prüfen ist, ob diese Kostenbeteiligungen angemessen sind.

Gemäss Artikel 49 Absatz 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung.

Gemäss der Praxis des Bundesrates wird ein Kostendeckungsgrad von 46 Prozent als angemessen erachtet, wenn die Datenbasis der Spitäler bereits verhältnismässig gut ist, die Kosten der allgemeinen Abteilung indessen wegen fehlender Kostenträgerrechnungen nicht transparent ausgeschieden werden können.<sup>5</sup> Auch gemäss den allgemeinen Empfehlungen der Preisüberwachung, welche neu in einer Publikation öffentlich zugänglich gemacht wurde, gelangt bei Spitälern und Institutionen mit einer guten Kostenstellenrechnung ein Kostendeckungsgrad von 46 Prozent zur Anwendung.<sup>6</sup> Bei Vorliegen einer Kostenträgerrechnung erachtet die Preisüberwachung indes einen maximalen Kostendeckungsgrad von 48 Prozent für angemessen.

Die öffentlichen Rehabilitationskliniken sind daran, eine fallorientierte Kostenträgerrechnung (Revision der Kosten- und Leistungsrechnung, REKOLE) aufzubauen und einzuführen. Die Kostenträgerrechnungen weisen noch nicht in allen drei Institutionen denselben Standard auf: Betreffend die Tarife ab dem Jahr 2007 kann der Regierungsrat einen Kostendeckungsgrad von 47 Prozent im Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi sowie in der Klinik Bethesda und einen solchen von 48 Prozent in der Berner Klinik Montana akzeptieren. Spätestens nach der vollständigen Einführung der Kostenträgerrechnung in der Klinik Bethesda Tschugg und im Berner Reha Zentrum Heiligenschwendi erwartet der Regierungsrat, dass der Kostendeckungsgrad auch in diesen beiden Institutionen auf mindestens 48 Prozent angepasst wird.

- 2.4 Anhang 2 zum Vertrag regelt, welche Angaben die Spitäler den Versicherern auf der Eintrittsmeldung und dem Gesuch um Kostengutsprache bekannt geben müssen. Das von den Vertragsparteien entworfene Musterformular verlangt, die Eintrittsindikation oder die Eintrittsdiagnose zu nennen. Zusätzlich wird im Anhang 2 auf dem Formular „Einweisung zur stationären Rehabilitation“ die Angabe einer Eintrittsdiag-

---

<sup>5</sup> VPB 66 Nr. 78 Seite 927 (Entscheid des Bundesrates vom 19.12.2001 betreffend Festsetzung der Pauschalen in der allgemeinen Abteilung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler des Kantons Zürich)

<sup>6</sup> Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen, Publikation der Preisüberwachung vom Dezember 2006, Ziffer 3.4.1, [www.preisueberwacher.admin.ch/themen/00502/00509](http://www.preisueberwacher.admin.ch/themen/00502/00509), Zugriff 06.12.2007

nose verlangt. Zu prüfen ist im Rahmen des Genehmigungsverfahrens, ob diese Angaben mit dem Gesetz in Einklang stehen (vgl. Artikel 46 Absatz 4 KVG).

Die besonderen Bestimmungen des KVG, welche Datenbearbeitungsbefugnisse regeln, gehen den Normen des DSG<sup>7</sup> als *leges speciales* vor.<sup>8</sup> Das betrifft insbesondere das in Artikel 42 KVG konkretisierte Verhältnismässigkeitsprinzip.

Nach Artikel 42 Absatz 3 KVG muss der Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss alle Angaben machen, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Absatz 4 hält fest, dass der Versicherer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen kann, und der Leistungserbringer ist nach Absatz 5 in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers bekannt zu geben.

Diese Bestimmungen beziehen sich zwar (zufolge ihrer systematischen Stellung im KVG) nur auf den Zeitpunkt der Rechnungsstellung. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat aber mit Blick darauf, dass ein Krankenhaus dem Versicherer die Einsicht in die medizinischen Akten verweigern wollte, entschieden, dass die in Artikel 42 KVG verankerte Auskunftspflicht der Leistungserbringer auch bei einem Rückforderungsverfahren (also nach dem Zeitpunkt der Rechnungsstellung) zum Tragen kommt.<sup>9</sup>

Da das Schutzbedürfnis bzw. der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf korrekten Umgang mit besonders schützenswerten Personendaten sowohl vor, während als auch nach der Rechnungsstellung stets gleich ist, sind Artikel 42 Absatz 3 bis 5 KVG nicht nur anwendbar bei der Beschaffung von medizinischen Angaben im Zeitpunkt der Rechnungsstellung, sondern auch bei der Beschaffung vor dem Zeitpunkt der Rechnungsstellung, beispielsweise (wie vorliegend) im Zeitpunkt der Eintrittsmeldung des Leistungserbringers an den Versicherer.

Der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte hat in seinem Bericht „Tarmed und Datenschutz“ betreffend Artikel 42 KVG und betreffend systematischer Weitergabe von medizinischen Daten festgehalten:

„Der Gesetzgeber sieht mit den Absätzen 3 und 4 des Artikels 42 KVG eine stufenweise Bekanntgabe der Behandlungsdaten durch den Leistungserbringer vor. Mit Absatz 4 als Ergänzung zu Absatz 3 macht er deutlich, dass der Versicherer zusätzliche Angaben verlangen kann. Dies schliesst folglich aus, dass der Wortlaut von Absatz 3 die systematische Weitergabe von Behandlungsdaten und Diagnosen in detaillierter Form vorsieht. Die systematische Bekanntgabe von detaillierten Diagnosen und Diagnosecodes an die Versicherer verstösst sowohl gegen das im Datenschutzgesetz verankerte Verhältnismässigkeitsprinzip als auch gegen Artikel 42 KVG.“<sup>10</sup>

Der Regierungsrat erachtet diese Ausführungen des Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten als überzeugend und hat keine Veranlassung, von ihnen abzuweichen. Es besteht somit keine Berechtigung der Versicherer, von den Leistungserbringern zu verlangen, dass sie sämtliche medizinischen Auskünfte in systematischer (d.h. in ausnahmsloser) Weise dem Versicherer bekannt geben. Artikel 42 Absatz 3 und 4 KVG sehen eine stufenweise Bekanntgabe vor.

---

<sup>7</sup> Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1)

<sup>8</sup> Meyer, a.a.O.; E Rz. 693

<sup>9</sup> Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Oktober 2001, K 34/01, Erw. 5b

<sup>10</sup> Eidg. Datenschutzbeauftragter, Bericht vom 22.06.2004 „Tarmed und Datenschutz“, Zusammenfassung Seite 2, über Tarmed und Datenschutz, Zugriff am 17.12.2007

Eine systematische Bekanntgabe sämtlicher medizinischer Angaben ist auch nicht erforderlich. Die von den Spitälern vorzunehmende Eintrittsmeldung soll es dem Versicherer ermöglichen zu prüfen, ob die versicherte Person tatsächlich bei ihm obligatorisch versichert ist für die gemeldete Behandlung. Dazu reicht es aus, dass der Versicherer den Behandlungsgrund kennt, wie dies auf der Eintrittsmeldung vorgesehen ist, und dass er auf Grund der Angaben des Spitals beurteilen kann, ob es sich um eine Pflichtleistung nach KVG handelt, für die er grundsätzlich leistungspflichtig ist. Dazu genügt die Angabe der Eintrittsindikation, d.h. eine allgemein gehaltene Angabe.

Der Regierungsrat kommt daher zum Schluss, dass das in Anhang 2 zum Vertrag auf dem Musterformular „Eintrittsmeldung und Gesuch um Kostengutsprache“ enthaltene Feld „Eintrittsindikation oder –diagnose“ in dieser Form nicht genehmigt werden kann. Ebenso dürfen die Leistungserbringer auf dem Formular „Einweisung zur stationären Rehabilitation“ zum Anhang 2 das Feld „Eintrittsdiagnose“ nicht ausfüllen.

- 2.5 Artikel 5 Absatz 5 des Vertrages sieht vor, dass der Leistungserbringer dem Krankenversicherer einen ärztlichen Bericht mit schlüssiger Begründung zustellt, wenn der stationäre Aufenthalt verlängert werden sollte. Nach Artikel 5 Absatz 9 des Vertrages muss der Leistungserbringer den Krankenversicherern zudem die von diesen benötigten ärztlichen Berichte auf deren Verlangen (kostenlos) zustellen. Artikel 8 Absatz 3 des Vertrags legt weiter fest, dass die Krankenversicherer nach Erhalt der Rechnung und aller Angaben, die für die Klärung der Leistungspflicht und der Wirtschaftlichkeit im Sinne von Artikel 56 KVG erforderlich sind, innert 30 Tagen den geschuldeten Betrag bezahlen. Zu prüfen ist, ob diese vertraglichen Bestimmungen mit dem Gesetz in Einklang stehen (vgl. Artikel 46 Absatz 4 KVG).

Zur Bekanntgabe von medizinischen Daten äussern sich Artikel 42 Absätze 3 bis 5 KVG. Nach Artikel 42 Absatz 3 KVG muss der Leistungserbringer eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss alle Angaben machen, die benötigt werden, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Absatz 4 hält fest, dass der Versicherer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur verlangen kann, und der Leistungserbringer ist nach Absatz 5 in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers bekannt zu geben.

Wie in Erwägung 2.4 dargelegt, sind Artikel 42 Absätze 3 bis 5 KVG nicht nur im Zeitpunkt der Rechnungsstellung anwendbar, sondern auch in jedem Zeitpunkt davor oder danach.

Die erwähnten Vertragsbestimmungen unterscheiden nicht danach, ob der Leistungserbringer die ärztlichen Berichte und Angaben, die für die Klärung der Leistungspflicht und der Wirtschaftlichkeit erforderlich sind, an die Verwaltung des Krankenversicherers oder an die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt des Versicherers schicken muss.

Diese Unterscheidung ist aber massgebend, denn trotz der in Artikel 42 Absatz 3 und 4 KVG angelegten (und in Erwägung 2.4 erläuterten) Zweistufigkeit sind die Leistungserbringer in begründeten Fällen berechtigt und auf Verlangen der versicherten Person in jedem Fall verpflichtet, medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin des Versicherers bekannt zu geben.

Artikel 59 Absatz 2 KVV<sup>11</sup> regelt in diesem Zusammenhang, dass Versicherer und Leistungserbringer in Tarifverträgen vereinbaren können, welche Angaben und

---

<sup>11</sup> Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102)

Diagnosen in der Regel nur der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt des Versicherten bekannt zu geben sind. Dass im vorliegenden Vertrag keine solchen Regelungen bestehen, dispensiert die Tarifparteien nicht davon, trotzdem die datenschutzrechtlichen Grundsätze einzuhalten.

In Bezug auf die Frage, ob die Leistungserbringer medizinische Angaben an die Verwaltung oder an die Vertrauensärzteschaft des Versicherten schicken müssen, führt die Botschaft des Bundesrates zum KVG aus:

„Unter den Angaben, welche der Leistungserbringer dem Versicherten zu machen hat, sind notgedrungen zahlreiche Angaben mit medizinischem Inhalt. Solche Angaben können mit Bezug auf den Persönlichkeitsschutz des Patienten ein sehr unterschiedliches Gewicht haben. Eher banale Daten wird der Leistungserbringer normalerweise direkt an die Verwaltung des Versicherten leiten.“<sup>12</sup>

Daher ist einzelfallweise zu prüfen, welche medizinischen Daten der Leistungserbringer nur der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt des Versicherten bekannt geben darf, solange die Vertragsparteien darüber keine Vereinbarung getroffen haben, welche den Erfordernissen von Artikel 42 KVG entspricht.

Zusammengefasst ergibt sich, dass der Versicherte nach Artikel 42 Absatz 4 KVG bei Bedarf immer eine genaue Diagnose oder zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur beim Leistungserbringer verlangen darf, allerdings unter Umständen nur an die Adresse seiner Vertrauensärztin oder seines Vertrauensarztes.<sup>13</sup>

Soweit daher die eingangs erwähnten Artikeln 5 Absätze 5 und 9 sowie Artikel 8 Absatz 3 die Zustellung von ärztlichen Berichten und Angaben (zur Klärung der Leistungspflicht und der Wirtschaftlichkeit) an den Versicherten vorsehen, geht der Regierungsrat hinsichtlich des Austauschs von Daten davon aus, dass die Vertragsparteien zwischen der Verwaltung der Versicherten und der Vertrauensärzteschaft der Versicherten unterscheiden.

- 2.6 Der Regierungsrat kommt zum Schluss, dass der vorliegende Vertrag mit Ausnahme der in Erwägung 2.4 erwähnten beiden Felder mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht und gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG (bis auf diese beiden Ausnahmen) genehmigt werden kann.

#### **Aufgrund dieser Erwägungen beschliesst der Regierungsrat:**

1. Der Vertrag zwischen santésuisse und dem Verband Bernischer Krankenhäuser vom 30. Oktober 2006 betreffend die Behandlung von stationären Patienten der allgemeinen Abteilung der öffentlichen Rehabilitationskliniken des Kantons Bern wird mit Ausnahme der in den Ziffern 2 und 3 des Dispositives erwähnten Vertragsteile genehmigt.
2. Auf dem Musterformular „Eintrittsmeldung und Gesuch um Kostengutsprache“ von Anhang 2 zum Vertrag wird im Feld mit der Bezeichnung „Eintrittsindikation oder –diagnose“ der Bezeichnungsteil „oder –diagnose“ nicht genehmigt.
3. Auf dem Formular „Einweisung zur stationären Rehabilitation“ von Anhang 2 zum Vertrag wird das Feld „Eintrittsdiagnose“ nicht genehmigt.

---

<sup>12</sup> Botschaft des Bundesrates zum KVG vom 6. November 1993, BBl 1992 I 171

<sup>13</sup> Artikel 42 Absatz 5 KVG und Lukas S. Brühwiler-Frésey, Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht, Schulthess-Verlag, Zürich 1996, Seite 243

4. Dieser Beschluss wird dem Verband Bernischer Krankenhäuser und santésuisse eröffnet.
5. Die Ziffern 1 bis 3 des Dispositives werden im Amtsblatt des Kantons Bern veröffentlicht.

An die Gesundheits- und Fürsorgedirektion

Für getreuen Protokollauszug

Der Staatsschreiber:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'P' followed by a vertical line and a large loop, likely representing the initials of the State Secretary.

Rechtsmittelbelehrung: Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen seit Eröffnung Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Sie ist doppelt einzureichen beim Bundesverwaltungsgericht, Abteilung III, Postfach, 3000 Bern 14, und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Beschlusses und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hält.