



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern

Ort, Datum  
Ansprechpartner

Bern, 5. Mai 2008  
Martin Bienlein

Direktwahl  
E-Mail

031 335 11 13  
[martin.bienlein@hplus.ch](mailto:martin.bienlein@hplus.ch)

## **H+ Anhörungsantwort zu den drei Umsetzungsverordnungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung über die drei Umsetzungsverordnungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung, KVV, VKL und KLV. Als Spitzenverband aller Spitäler, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege nehmen wir die Gelegenheit gerne wahr, zu den Verordnungen Stellung zu nehmen. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage, die wir bei unseren Mitgliedern durchgeführt haben.

Mit den Grundzügen des vorliegenden Verordnungsentwurfes sind wir überhaupt nicht einverstanden und regen dringend an, diesen grundlegend zu überarbeiten. Erheblicher Handlungsbedarf besteht vor allem in für uns zentralen und wiederholt angesprochenen Gebieten der Spitalplanung und der Datenerhebung. Trotzdem bedanken wir uns für all jene Anliegen der Spitäler, die Sie bereits aufgenommen haben.

### **Zukunftsorientiert: Wettbewerb und Minimalversorgungsplanung**

Die eidgenössischen Räte entscheiden in der Spitalfinanzierung klar in Richtung mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Der vorliegende Verordnungsentwurf widerspricht jedoch fundamental diesem Ziel. Denn mit der Mengensteuerung ist Wettbewerb nicht möglich. Die Wahlfreiheit der Patienten und Auswahl nach der Qualität und Effizienz fallen damit weg. Deshalb muss sich die Spitalplanung anpassen. Wenn die Mengensteuerung aus der Vorlage herausgenommen wird und einige andere Punkte angepasst werden, kann der Wettbewerb spielen. Die Spitalplanung darf sich nicht an der bisherigen Entscheidungspraxis des Bundesrates und des Bundesgerichts im Rahmen des noch geltenden Gesetzes

orientieren. Mit der Gesetzesrevision muss sie eine neue Richtung beschreiten. Die Aufgabe der neuen Planung ist, Versorgungslücken zu vermeiden.

**Gegen die Mengensteuerung** sprechen fünf wichtige Gründe: erstens überschreitet der Bundesrat seine Kompetenzen. Die nationale Planung beruht auf Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Die Mengensteuerung ist nicht darunter zu subsumieren und somit keine Bundeskompetenz. Zweitens widerspricht die Mengensteuerung der Philosophie der Fallpauschalen, die nicht den Spitalaufenthalt sondern die Krankheit und deren Behandlung vergüten. Drittens erstickt gerade die Mengensteuerung den Wettbewerb im Keim. Viertens bedeutet sie die staatliche Rationierung und Zweiklassenmedizin. Fünftens besteht die Gefahr, dass Behandlungen vermehrt im eigenen geplant werden, anstatt sie ausser-kantonal behandeln zu lassen, wenn Mengenangaben nicht mit qualitativen Mindestmengen verknüpft werden.

So wichtig wie die Planungskriterien ist ein faires Planungsverfahren der Kantone. Dazu gehört, dass die Auswahl transparent und nach objektiven, nachvollziehbaren Kriterien erfolgt.

Die **Kantone müssen die Versorgung sicherstellen**, d.h., dass die nachgefragten Leistungen für alle Einwohnerinnen und Einwohner von den zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden. Die Mengen pro Leistungserbringer sollen aber nicht fixiert werden. Wichtig ist, dass ganze Versorgungsräume betrachtet werden und eine Minimalversorgungsplanung nicht ausschliesslich auf Basis der Kantonsgrenzen vollzogen wird. Das BAG sollte deshalb prüfen, ob die Kantone den gesamtschweizerischen Bedarf ermitteln und diesen auf Regionen und Kantone herunterbrechen. So würden die ausser-kantonalen Behandlungen von vorneherein in die Planung einbezogen. Die Regelung der Versorgungslücken kann wegfallen. Bei einem OKP-Leistungsanteil der Privatkliniken – in einigen Kantonen zwischen 20 und 30% – kann in keinem Fall davon geredet werden, dass dies die bedarfsgerechte Spitalplanung nur beschränkt tangiere. Könnte jeder dritte oder vierte Patient nicht in einem Listenspital behandelt werden, weil die Kapazitäten der Listenspitäler es nicht erlauben, entspräche dies nicht der Sicherung der Versorgung und der Mit-finanzierung der notwendigen Leistungen.

### **Vereinfachung der Tarifierungen**

Mit der ausführlichen Genehmigungspflicht des Bundesrates bei Einführung und bei Anpassung von Tarifen und Verträgen fokussiert die Verordnung auf Details statt auf die grossen Linien. Das vorgesehene umfassende Genehmigungsverfahren erschwert die Arbeit der Tarifpartner und eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Tarife. Dies zeigt sich heute schon beim Tarif TARMED.

### **Datenerhebung nur mit Auswertungskonzept**

Seit einiger Zeit setzt sich H+ dafür ein, dass nur Daten erhoben werden, für die ein nachgewiesener praktischer Bedarf besteht. Die Datenerhebung ist sehr aufwändig und teuer. Die dazu notwendigen Personen und Mittel sollten primär den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen, anstatt in unnötige Dokumentierungsaktivitäten fliessen. Die in Artikel 28

KVV festgehaltenen Grobziele reichen nicht. Für die Spitäler fehlen die Ziele ganz. Die Interpretation der Spitaldaten, vor allem der Qualitätsdaten, ist komplex. Bei einer unvorsichtigen Veröffentlichung könnte eine Geschäftsschädigung der Spitäler erfolgen. Zu befürchten ist, dass in gewissen Fällen die Patienten die Konsequenzen zu tragen haben. Der Bund soll klar definieren, welche Informationen durch die Leistungserbringer veröffentlicht werden sollen. Der Bund muss aber Spitaldaten, insbesondere Qualitätsdaten, nicht selber veröffentlichen.

### **Längere Umsetzungsfristen**

Die Einführungsfristen der akutsomatischen Fallpauschalen sind zu kurz. Eine Inbetriebnahme dieses Tarifs vor dem 1. Januar 2012 ist nicht sachdienlich. Mit dem Zeitplan der Verordnung werden befristete Übergangsregeln notwendig. Providurien wird H+ nicht unterstützen.

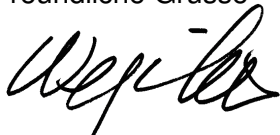
### **Unklare Ausbildungsfinanzierung**

Die eidgenössischen Räte haben die Berufsbildung aus den nicht anrechenbaren Kosten gestrichen. Diese Leistungen sind also neu in den Tarifen zu vergüten.

Im Anhang finden Sie die Vorschläge und Kommentare zu den einzelnen Verordnungen, Artikeln und Kommentaren.

Wir bitten Sie, die Verordnungsentwürfe im Sinne der vom Parlament verabschiedeten Gesetze zu überarbeiten und unsere Hinweise dabei zu beachten. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor

Detailkommentare zu den drei Verordnungen

## Detailkommentar H+ zur Verordnung über die Krankenversicherung KVV

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 28, 28a und 28b	-	<p>H+ nimmt zu den Vorschriften bezüglich der Datenerhebung bei den Versicherern im Prinzip keine Stellung. Aus den Erfahrungen der Spitäler lässt sich aber anmerken, dass eine Datenerhebung überhaupt nur sinnvoll ist, wenn die Daten bearbeitet werden und nicht zu Datenfriedhöfen verkommen. Auswertungskonzepte sind vor der Datenerhebung notwendig.</p> <p>Ausserdem ist die Wirtschaftlichkeit nicht nur von den Kosten abhängig (Art. 28 abs. 1 Bst. c), sondern auch von den erbrachten Leistungen. Diese wären zu ergänzen.</p>
Art. 28 Bst. c.	c. die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung (statistische Kontrolle der Kosten nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer, <b>und Ergebnisse der erbrachten Leistungen</b> );	Die Wirtschaftlichkeit einer Leistung lässt sich nicht alleine durch die Kosten bestimmen. Die Frage der Effizienz muss zwingend auch Outputfaktoren mitberücksichtigen und eine Gesamtsicht einbeziehen, zum Beispiel Einsparungen in nachgelagerten Behandlungen dank einer effizienten Erstbehandlung.
Art. 30	Die Leistungserbringer geben die Daten den zuständigen Behörden gemäss Art. 22a dieses Gesetzes bekannt. <b>Das Bundesamt informiert die Leistungserbringer vorgängig über die damit verbundenen Auswertungskonzepte.</b>	Das zuständige Bundesamt muss zwingend vorgängig ein Auswertungskonzept vorlegen über jene Daten, die es erhalten will. Es muss möglich sein, die Datenbedürfnisse von Bund, Kanton und weiteren Partnern im Gesundheitswesen mit <b>einer</b> Auswertung zu befriedigen.

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 31 Abs. 1		Vom BAG bzw. vom BfS publizierte Daten können bei falscher Interpretation für die Spitäler geschäftsschädigend sein. Dies muss nicht unbedingt an einer falschen Interpretation der Daten liegen, sondern kann alleine in der Publikation an sich begründet sein.
	a. Leistungsangebot der Leistungserbringer	Zu a. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist unklar und bringt der Öffentlichkeit keine zusätzliche Transparenz. Ob ein Spital betrieben werden darf bzw. gewisse Leistungen erbringen darf, muss in der Betriebsbewilligung geregelt sein. Bezüglich der Ärzteschaft kann auf die öffentliche FMH-Datenbank zurückgegriffen werden.
	d. streichen	Zu d. Es ist nicht klar, was mit Kostenentwicklungen gemeint ist. Dieser Passus ist zu streichen. Sind dies die Kosten in den Spitälern, zum Beispiel Löhne und Medikamente? Sind damit die Gesamtausgaben für die in einem Spital erbrachten Leistungen gemeint? Auch hier können unkommentierte und vor allem ungewichtete Daten geschäftsschädigend sein. Es besteht die Gefahr, dass Äpfel mit Birnen verglichen werden. Vordergründig teure Spitäler können sich unter Einbezug der Art oder der Komplexität der behandelten Krankheiten als sehr günstig erweisen. Die Problematik ist hinlänglich bekannt und darf nicht so unkritisch in die Verordnung Eingang finden.
Art. 31 Abs. 2 (neu)	Das Bundesamt berücksichtigt dabei insbesondere die Menge, die Schwere der Krankheiten und die Implikation der Aussagen.	Und zwar bei privaten wie öffentlichen oder öffentlich subventionierten Anbietern.

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 33 Bst. g	... den in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe g des Gesetzes vorgesehenen Beitrag an die Transport- und Rettungskosten; die medizinisch notwendigen Transporte von einem Spital in ein anderes sind <b>nicht</b> Teil der stationären Behandlung.	<p>Gemäss der bundesrätlichen Rechtssprechung und der Lehre ist Art. 33 Bst. g auch anwendbar, wenn sich eine versicherte Person zum Zwecke einer Hospitalisierung in ein Spital begeben hat, dort aber nur ambulant behandelt worden ist, sofern die anschliessende Verlegung zum Zweck stationärer Behandlung geschieht. Ebenso gelangt gemäss der bundesgerichtlichen Rechtssprechung und der Lehre Art. 33 g KVV zur Anwendung, wenn eine Patientin oder ein Patient notfallmässig in ein Spital eingewiesen und von dort sofort in ein anderes Spital weiterverlegt wird. Wenn die Einweisung zum Zweck einer Hospitalisation von mehr als 24 Stunden erfolgt ist, hat er dadurch den Status eines stationären Patienten. Warum der entsprechende Verlegungstransport erfolgt, ist belanglos, solange er aus medizinischen Behandlungsgründen vorgenommen wird und medizinisch notwendig ist.</p> <p>Die Bestimmung von Art. 33 Bst. g führt insbesondere unter dem Regime von leistungsbezogenen Pauschalen für das Erstspital zu einer finanziellen Belastung, die explizit nicht durch entsprechende Tarifeinnahmen gedeckt ist.</p> <p>Daher ist dieser Artikel dahingehend abzuändern, dass in den eingangs erwähnten Fällen die Transportkosten nicht Teil der stationären Behandlung bilden, sondern von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen sind.</p>
Art. 37 Abs. 1	-	-
Art. 55a	-	Die Auflagen entsprechen dem heutigen Stand in den Kantonen.

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 58a Abs.2 Bst. a	Ermittlung des künftigen Bedarfs <b>für die gesamte Kantonsbevölkerung.</b>	Eine Planung nur für einen Teil der Bevölkerung ist nicht sinnvoll. Es besteht ja das Versicherungsobligatorium für die gesamte Bevölkerung. Knappe Planungen sind für die Bevölkerung katastrophal. Einerseits müssen die Spitallisten alle Leistungen und Spitäler umfassen, die über das KVG abgerechnet werden und abrechnen können. Andererseits müssen auch all jene Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die sich entweder aus medizinischen oder aus privaten Gründen ausserhalb des Kantons behandeln lassen. Damit ist Art. 58d obsolet und kann gestrichen werden. Es handelt sich um einen ausserkantonalen Leistungseinkauf, wie er heute bereits Usus ist.
Art 58a Abs. 2 Bst. c	c. Zuweisung und Sicherung der <b>Leistungen</b> oder Kapazitäten.	Es handelt sich um ein zentrales Anliegen von H+. Nicht die Mengen sind festzulegen, sondern die Leistungen (in Form der medizinischen Kategorien wie bisher oder in Form der DRG).
Art 58b Abs. 1	...ermitteln den künftigen Bedarf <b>annäherungsweise</b> und in nachvollziehbaren Schritten ...	<p>Der zukünftige Bedarf kann nur annäherungsweise extrapoliert werden. Statistiken über die Zukunft sind in der Medizin noch nicht möglich. Damit ist aber schon impliziert, dass Fehler und Margen einzubeziehen sind. Vor allem wird der medizinischen Innovation zu wenig Rechnung getragen, obwohl sie der Hauptfaktor für die Mengenausweitung ist.</p> <p>Es ist nicht einsichtig, warum die Kantone <b>unterschiedliche Methoden</b> bei der Spitalplanung benutzen. Zur Sicherung der Rechtsgleichheit (Art. 8 BV) sollte mindestens die Methode zur Spitalplanung in allen Kantonen gleich sein.</p> <p>Es muss auch weiterhin möglich sein, dass Spitäler oder Kantone bei Engpässen kurzfristig oder zeitgerecht bei sich verändernden Bedürfnissen reagieren und ihren Einkauf umstellen, also anderswo abdecken können.</p>

KVV	Textänderung	H+ Position
Art 58b Abs. 2 Bst. b	den <b>Zugang</b> der Patientinnen und Patienten in <b>nützlicher Frist</b> ;	Nicht die geographische Lage an sich ist wichtig, sondern ob und dass die gesamte Bevölkerung innert nützlicher Frist einen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung in einem Spital hat. Dabei sollten nicht nur die Fristen festgelegt werden, welche für 80 oder 90% der Fälle eine gerechte Versorgung bringen, sondern auch ein Zeitwert für die übrigen Fälle.
Art 58b Abs. 2 Bst. d (neu)	d. die Gleichbehandlung aller Spitäler unabhängig von ihrer Trägerschaft.	Die Gleichbehandlung von öffentlichen, öffentlich-subventionierten und anderen privaten Spitälern ist ein Musskriterium. Gleichbehandlung bedeutet hier, dass für alle betroffenen Spitäler die gleichen Bedingungen gelten, namentlich für die Spitalisten, die Tarifabgeltungen bei gleicher Leistung, die Investitionsabgeltungen, die Aufnahmepflichten, die Weiterbildungsangebote und die Strukturen. Zu beachten sind hier auch die dementsprechenden Entscheide des Bundesgerichtes.
Art 58b Abs. 3 Bst. b.	b. Mindestfallzahlen	H+ hat gegenüber den eidgenössischen Räten wiederholt darauf hingewiesen, dass die Einführung der Fallpauschalen eine Umstellung hin zur Outputsteuerung und weg von der Inputsteuerung bedeutet. Diesem Umstand muss nun auf der Verordnungsebene nachgelebt werden. Kostentransparenz ist in diesem Zusammenhang kein vordringliches Ziel der Steuerung im KVG mehr. Das Wort Kostenwahrheit ist im neuen Zusammenhang unverständlich und bis anhin nicht definiert.  Mindestfallzahlen <u>können</u> ein Indikator für die Leistung sein.
Art 58b Abs. 3 Bst. d.	streichen	Das qualifizierte Personal und die geeignete Infrastruktur sind gesundheitspolizeiliche Auflagen für eine Zulassung und deshalb ohnehin für alle Spitäler gegeben. Sie werden übrigens schon in Art. 39 KVG genannt. Eine Wiederholung bei der Zuweisung ist redundant.
Art 58b Abs. 3 Bst. e	e. streichen	Die Qualität und Wirtschaftlichkeit sind die Kriterien der Spitalplanung (Art. 39) im Rahmen der freien Spitalwahl (Art. 41 Abs. 1bis). Auf die Koordination ist deshalb zu verzichten. Unklar ist auch, welche Koordination

KVV	Textänderung	H+ Position
		wie beurteilt werden soll.
Art 58b Abs. 4 Bst. a.	streichen	Was ist eine optimale Betriebsgrösse? Optimal in Bezug auf was? Auf die Effizienz, auf die Konzentration, auf die Qualität?  Effizienz und Konzentration sind Messgrössen, die sich widersprechen können. Sehr konzentrierte Leistungen können zu Betriebsgrössen führen, die nicht effizienter sind als kleinere Einheiten.
Art 58b Abs. 4 Bst. b.	streichen	Wird der Bedarf für einen oder mehrere Kantone festgelegt und die entsprechenden Leistungen auf die Leistungserbringer verteilt, gibt es logischerweise keine Doppelspurigkeiten mehr. Auch hier ist ein Umdenken von der Input- zur Outputsteuerung mitzumachen. Im Weiteren widerspricht die Nutzung von Synergien dem Konzept des Wettbewerbs.
Art 58b Abs. 5	streichen	Die Streichung der Mengensteuerung ist ein zentrales Anliegen von H+. Wir sind davon überzeugt, dass die Mengensteuerung in den Fallpauschalen nicht zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen führt. Vielmehr ist eine Rationierung die Folge.
Art 58b Abs. 6	... Auswahl des Angebots (Text gestrichen) durch alle betroffenen Kantone gemeinsam.	Die Streichung der Mengensteuerung ist ein zentrales Anliegen von H+. Wir sind davon überzeugt, dass die Mengensteuerung in den Fallpauschalen nicht zu einer Kostensenkung im Gesundheitswesen führt. Vielmehr ist eine Rationierung die Folge.
Art 58c		Hier handelt es sich um die Prinzipien der Planung, die vor den jetzigen Art. 58a gestellt werden sollten.
Art 58d	streichen	Mit der Ergänzung in Artikel 58a abs. 2 Bst. a., nämlich Bedarfsermittlung für die gesamte Kantonsbevölkerung, wird dieser Artikel obsolet.

KVV	Textänderung	H+ Position
Art 58e Abs. 1, Satz 2.	... Nimmt ein Kanton ein ausserkantonales Spital auf seine Liste (Art. 58f) auf, dann anerkennt er die Prüfung des Standortkantons oder führt eine eigene Prüfung durch, falls das Spital nicht auf der Liste des Standortkantons ist.	Im Spitalwesen muss endlich das Cassis-de-Dijon-Prinzip gelten. Das Misstrauen der Kantone gegenüber der Prüfung anderer Kantone aber ist nicht angebracht. Die unsinnigen administrativen Doppelspurigkeiten sind zu vermeiden, Synergien sind zu nutzen.
Art 58e Abs. 2	-	Die Auflagen gemäss Art. 39 KVG sind korrekt und decken die gesundheitspolizeilichen Überlegungen ab.
Art 58f		Es handelt sich um ein zentrales Anliegen von H+. Der Artikel 58f ist dann problematisch, wenn er mit der Mengensteuerung verknüpft wird. Hier ist der staatlichen Willkür Tür und Tor geöffnet. Jeder Wettbewerb kann im Keim erstickt werden, wenn nur genehme Spitäler ihr Leistungsspektrum erhalten.  Das Leistungsspektrum muss regelmässig angepasst werden, damit medizinische Innovationen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht.
Art 58f Abs. 1	-	-
Art 58f Abs. 2 letzter Satz	streichen oder umformulieren:  Mit den zugewiesenen Leistungen oder Kapazitäten stellt der Kanton den ermittelten Bedarf für die gesamte Kantonsbevölkerung sicher. (Rest streichen)	Mit der Streichung von Art. 58d auf Grund des Zusatzes in Art. 58a Abs. 2 Bst. a ist der Verweis auf die Versorgungslücken zu streichen. Die kantonale Planung muss die eine Mindestversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherstellen.
Art 58f Abs. 3 und 4	-	-

KVV	Textänderung	H+ Position
Art 58g Abs. 1	-	-
Art 58g Abs. 2	-	-
Art 58g Abs. 3	-	-
Art 58g Abs. 4	streichen	Es handelt sich um ein zentrales Anliegen von H+. Keine Mengensteuerung. Sie erstickt jeden möglichen Wettbewerb im Keim, widerspricht der Philosophie der Fallpauschalen, und führt nicht zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, sondern bedeutet staatliche Rationierung.
Art 58g Abs. 5 Bst. c	c. die Aus- und Weiterbildung von Spitalpersonal;	Die Planungskriterien sollen mit den Bestimmungen zur Leistungserfassung in Art 7 VKL übereinstimmen.
Art 58g Abs. 6	-	-
Art 58g Abs. 7	-	Bei überkantonalen Spitallisten ist ein gemeinsamer Leistungsauftrag angebracht.
Art 58h Abs 1	Die Kantone überprüfen ihre Planungen alle fünf Jahre. Die Spitallisten und Leistungsaufträge werden entsprechend angepasst. Die Spitäler werden angehört.	<p>Eine regelmässige Überprüfung drängt sich wegen des medizinischen Fortschritts auf. Um den Spitälern im Sinne einer Investitionssicherheit eine mittelfristige Planung zu ermöglichen, sind zu kurze Überprüfungsfristen zu vermeiden. Es muss für die Spitäler möglich sein, ihre Investitionen amortisieren zu können. Ein Zeitraum in der Grössenordnung von vier oder fünf Jahren ist ins Auge zu fassen. Eine vierjährige Zeitspanne harmonisierte die Spitalplanung mit der kantonalen Legislaturplanungen.</p> <p>Auf Grund der neuen Rechtslage ist eine Anhörung der betroffenen Spitäler absolut notwendig.</p>

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 59 Abs. 1bis		Denkbar wäre, dass die Versicherer die diagnosebezogenen Hauptgruppen behalten.
Art. 59 Abs. 1ter (neu)	Der Versicherer legt die Datenverarbeitungsprozesse der Rechnungsüberprüfung dem Bundesamt offen. Das Bundesamt überwacht deren Einhaltung.	Damit der Datenschutz (u.a. Art 84 KVG) wirklich eingehalten werden kann, müssen die Krankenversicherungen sämtliche Prozesse der Datenverarbeitung im Rahmen der Rechnungsüberprüfung offenlegen. Aufsichtsbehörde ist das Bundesamt (Art. 13 KVG). Es muss auch für die Einhaltung der ausgewiesenen Prozesse besorgt sein und gegebenenfalls Zuwiderhandlung ahnden.
Art. 59 Abs. 3		<p>Die Trennung in zwei Rechnungen bedeutet zwar einen Mehraufwand, sei es in der Änderung der Software, sei es im Papierausdruck. Dies um so mehr, als dass die Versicherten inzwischen auch eine Rechnungskopie erhalten müssen. Die Rechnungskopie per se wird von den Versicherten nicht verstanden. Es fehlen der Abzug der Franchise und des Selbstbehalt durch die Versicherer. Dies lässt die Abrechnung für die Versicherten anders aussehen als jene für die Krankenversicherungen.</p> <p>Um Transparenz zwischen den einzelnen zuständigen Kostenträgern zu erhalten, kann es sinnvoll sein, mehrere Rechnungen zu produzieren. Eventuell unterstützt bzw. verbessert dies den Datenschutz, insbesondere bei Selbstzahler- oder Nichtpflichtleistungen.</p>
Art. 59d		Art. 46 Abs. 4 KVG spricht vom Tarifvertrag und Art. 49 Abs. 2 KVG von der Tarifstruktur. Weitere Elemente sind im Gesetz nicht festgehalten, namentlich nicht die „Anwendungsmodalitäten“ und auch keine „Kernelemente“. Die Spitäler sind sich bewusst, dass gewisse Dokumente zusätzlich zur Tarifstruktur notwendig sind. Diese aber global als „Anwendungsmodalitäten“ oder „Kernelemente“ zu umschreiben und einzufordern, geht zu weit und erhöht nur den administrativen Aufwand.

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 59d Abs. 1 Bst. b	b. streichen	<p>Jeder Tarif setzt Anreize und Fehlanreize. Fehlanreize der SwissDRG müssen vermieden werden. Insbesondere dann, wenn sie die Qualität der Spitalbehandlung vermindern. Die Fehlanreize sind aber nicht a priori zu erkennen, weil sie erst beim Gebrauch der DRG's entdeckt werden. Deswegen sind Instrumente und Mechanismen dagegen bei Einreichen zur Genehmigung Wunschdenken.</p> <p>Wahrscheinlich meint „negative Anreize“ auf Seite 10 Kommentar KVV Fehlanreize. Negative Anreize wollen eine Folge unterdrücken, indem dafür etwas gegeben werden muss, z.B. eine Steuer. Fehlanreize sind nicht gewollte Anreize mit unerwünschten Folgen.</p> <p>Der Vorwurf, dass DRG bloody exits fördern, ist genauso unbewiesen, wie die Behauptung, dass heute Patientinnen und Patienten auf Grund der Tagespauschalen zu lange im Spital verbleiben. Festzustellen ist hingegen, dass die Aufenthaltsdauer seit Jahren kontinuierlich abnimmt, DRG hin oder her, und dies sowohl in der Schweiz als auch im Ausland. Ausserdem schicken Akutspitäler Patientinnen und Patienten heute frühzeitig in die Rehabilitation. Bedeutet dies nun eine Qualitätseinbusse oder -steigerung? Handelt es sich systematisch um bloody exits oder hilft die Frührehabilitation dem Genesen mehr als ein längerer Aufenthalt im Akutspital? Die externe Kontrolle über mögliche bloody exits durch die Hausärzte und durch die Patientinnen und Patienten ist sehr gross. Der Imageschaden für das Spital wäre beim Eintreten erheblich. Es liegt also im Interesse der Spitäler bloody exits zu vermeiden.</p> <p>Die Abrechnung mittels DRG impliziert gewisse Qualitätssicherungsmassnahmen, zum Beispiel die Berücksichtigung der Rehospitalisation in der Falldefinition. Dies führt zu einem neuen, ökonomischen Anreiz der Spitäler, ungeplante Rehospitalisierungen zu vermeiden.</p>

KVV	Textänderung	H+ Position
		Ein übergeordnetes Konzept zur Überprüfung der Auswirkungen von DRGs auf die Gesamtversorgung erachten wir als weit wichtiger (siehe unten Art. 59a Abs. 5 neu).
Art. 59d Abs. 1 Bst. c	streichen	<p>Die Schlussfolgerungen aus Prognosen sind beschränkt, und es gibt keinen Hinweis, dass Prognosen sich bewahrheiten. Deshalb soll auf Prognosen verzichtet werden, auch wenn sie machbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind solche Prognosen überhaupt sinnvoll?</li> <li>• Wie genau sind solche Prognosen, wenn die Preisänderungen auf Grund von medizinischen Innovationen gar nicht berücksichtigt werden können?</li> <li>• Was ist das Ziel von solchen Prognosen?</li> <li>• Wer ist wirklich an Prognosen interessiert? Was gewinnen die Tarifpartner durch solche Prognosen?</li> </ul> <p>Die Vertragspartner können die Prognosen bei den Verhandlungen heranziehen; in Verordnungen gehören diese nicht.</p>
Art. 59d Abs. 2	... zusätzlich das Kodierungshandbuch (Text gestrichen) enthalten. (Rest streichen).	<p>Ob die Tarifpartner sich überhaupt auf eine Kodierrevision einigen werden, ist unklar. Wenn bis anhin eine unsystematische Einzelrechnungskontrolle durch die Versicherer stattfindet, ist eine Kodierrevision überflüssig (teure Doppelspurigkeit).</p> <p>Die Kriterien zur Bestimmung der Referenzspitäler sind Teil der Berechnungsgrundlagen und -methode nach Abs. 1 Bst. a. Sie haben jedoch mit der Kodierung nichts zu tun. Je grösser die Grundgesamtheit, desto besser die Datenbasis.</p>

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 59d Abs. 3	Bedeutende Änderungen in der Tarifstruktur und dem Tarifvertrag müssen die Tarifpartner dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen.	<p>H+ warnt eindringlich vor einer staatlichen Genehmigungspflicht jeder Anpassung im Tarif. Gegen diese Pflicht sprechen vier Gründe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Bundesrat muss sich regelmässig mit medizinische Details befassen, die mit der strategischen Ausrichtung des KVGs nicht verbunden sind.</li> <li>2. Die Tarifpartner und Kantone haben sich vorher geeinigt.</li> <li>3. Die medizinische Entwicklungen und Anpassungen werden gehemmt, wenn der Tarif sie nicht rasch berücksichtigt.</li> <li>4. Die Entscheide der Tarifpartner würden so nur zeitlich behindert. vgl. den derzeitigen Stillstand beim Tarif TARMED.</li> </ol> <p>Die Änderungen der Umsetzungsebene sollten der professionellen Organisation respektive den Tarifpartnern überlassen bleiben, analog zur DRG-Tarif-Selbstverwaltung in Deutschland.</p>
Art. 59d Abs. 4	-	-
Art. 59d Abs. 5 (neu)	Das Bundesamt evaluiert zusammen mit den Tarifpartnern und Kantonen die Einführung und Durchführung der Fallpauschalen.	Anstatt nur Instrumente zur Qualitätsgewährleistung vorzuschreiben, sollte die gesamte Einführung der DRG überwacht und evaluiert werden. Im weiteren ist dies auch für die Durchführung wichtig. So können neue Fehlanreize frühzeitig erkannt und behoben werden.

KVV	Textänderung	H+ Position
Art. 59e Abs. 1	... Dem Gesuch ist (streichen) ein Budget beizulegen, ...	Dem ersten Gesuch kann logischerweise noch kein Tätigkeitsbericht beigelegt werden. Er ist deshalb hier zu streichen. Für die weiteren Jahre, siehe H+ Vorschlag zu Absatz 2, hingegen ist ein Tätigkeits- oder Aktivitätsbericht sinnvoll.  Es stellt sich die Frage, wer das Inkasso vornimmt, die Spitäler oder die Versicherer. Zwar liegt der „Fall“ bei den Spitälern, aber am Schluss zahlen die Versicherer und die Versicherten. Anstatt die Spitäler als Durchlauferhitzer zu benutzen, können die Versicherer das Geld direkt weitergeben.
Art. 59e Abs. 2	... zur Genehmigung unterbreiten. <b>Die Organisation legt dem Bundesamt jährlich ihren Aktivitätsbericht vor.</b>	Ein Aktivitätsbericht sollte jährlich dem zuständigen Bundesamt unterbreitet werden. So wird die Kontrolle durch den Staat gewahrt.
Art. 59f (neu)	Für die Verrechnung der stationären Behandlung ausserhalb des Wohnkantons legt der Kanton gemäss Art. 41 Abs. 1bis des Gesetzes im Sinne einer Referenztaxe den Tarif fest, der in einem seiner Listenspitäler gilt. Die Festlegung erfolgt jährlich 6 Monate vor Beginn des Kalenderjahres.	Die Referenztaxenthematik verlagert sich in die obligatorische Versicherung OKP. Es ist deshalb für alle betroffenen Leistungserbringer zwingend, dass je Kanton eine Referenztaxe jährlich rechtzeitig festgelegt wird. Alles andere führt zu administrativen Umtrieben, welche die Spitäler zwingt enorme administrative Einheiten aufzubauen. Diese wären dann – noch weitgehend als heute - mit ständigen Erhebungen und Abklärungen der Referenztaxen beschäftigt. Die Spitäler müssen die Referenztaxen jeweils im Herbst ins elektronische Abrechnungssystem einbauen, so dass diese ein Teil der Verrechnungssystematik sein können.
Art. 59g (neu)	Vereinbaren Kanton und Versicherer gemäss Art. 49a, Abs. 3 KVG, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherer leistet, so haben alle Versicherer dieser Vereinbarung beizutreten. Der Kanton informiert die Spitäler.	Es ist einfacher, wenn die Kantone einheitliche Regelungen mit allen Versicherern haben und diese den Spitälern mitteilen, als wenn die Spitäler regelmässig sich bei den Kantonen und Versicherern erkundigen müssen, welche Vereinbarungen getroffen wurden.

KVV	Textänderung	H+ Position
Übst. 1	-	-
Übst. 2	-	-
Übst. 3	<p>Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrages nach Artikel 59d berücksichtigt folgende Termine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für die Kataloge für Diagnosen und Prozeduren spätestens bis am 1. August 2008,</li> <li>• für den Katalog der Diagnose bezogenen Gruppen spätestens bis am 1. Juli 2011,</li> <li>• die Kostengewichte spätestens bis am 1. Juli 2010.</li> </ul>	<p>Die heutigen Mitglieder des Vereins SwissDRG sowie die Aktionäre des zukünftigen Case-mix Office werden am 30. Juni 2009 nicht in der Lage sein, einen kompletten Tarifvertrag zu unterbreiten. Sinnvoller ist daher eine gestaffelte Genehmigung. Die Gründe hierfür sind:</p> <p>a) Die Umsetzung der Fallpauschalen ist heute noch gar nicht geklärt. Werden die einzelnen Spitäler dem Vertrag SwissDRG (heute Einführungsvertrag) beitreten? Oder wird die Benutzung der Tarifstruktur anders geregelt? Von einem Tarifvertrag kann erst gesprochen werden, wenn der Preis der Leistung geregelt ist. Wird z.B. der Basisfallpreis pro Spital ausgehandelt und festgelegt, müssten sehr viele Einzelverträge zur Genehmigung unterbreitet werden. Dies ist gemäss heutiger Praxis Sache der kantonalen Behörden.</p> <p>b) Die Partner benötigen mehr Zeit, um technischen Anforderungen zu erfüllen. Die Basis der Tarifstruktur, der <i>groupes</i>, besteht noch nicht. Die medizinischen Kataloge der Diagnosen und Prozeduren sind bisher nicht angepasst. Hier ist ein Entscheid des BfS ausstehend.</p> <p>c) Das Vorlegen des gesamten Tarifvertrages zur Genehmigung an den Bundesrat am 1. Juni 2009 ist zeitlich unmöglich. Die Einführung kann in Fristen berechnet werden: z.B. Genehmigung durch den Bundesrat = 6 Monate; vollständige Helvetisierung und Einsatzbereitschaft des <i>groupes</i> = 1 Jahr; medizinische Datensammlung um die Kostengewichte zu berechnen = 1 Jahr; Berechnung der Kostengewichte = 6 Monate; Anpassungen der Kosten- und Leistungserfassung sowie Rechnungsstellung in den Spitälern und bei den Versicherern = 6 Monate;</p>

KVV	Textänderung	H+ Position
		<p>Bemessung der Leistungsangebote und Kostenstrukturen in den Spitälern = 1 Jahr; Verhandlungen der Tarifpartner und Kantone = 1 Jahr.</p> <p>Eine Steuerung der Kosten und Leistungen, wie sie im letzten Satz gefordert wird, ist im stationären Bereich gesetzlich nicht vorgesehen. Weder werden medizinische noch finanzielle Höchstvorgaben gemacht. Beide hätten auch nur zum Ziel eine staatliche Rationierung durchzuführen.</p>

**Detailkommentar H+ zur Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung VKL**

VKL	Textänderung	H+ Position
Art. 1 Abs. 2	-	-
Art. 2 Abs. 1	-	-
Art. 3	<p>a. ... von mindestens 24 Stunden (Rest streichen);</p> <p>b. ... von weniger als 24, bei denen die Patientin oder der Patient sich um Mitternacht im Spital oder Geburtshaus aufhält;</p> <p>c. ...</p>	<p>Zu a. Das massgebende Kriterium, die Übernachtung mit Bettenbentzung führt bei den Spitälern zu Fehlinterpretationen. In Ausnahmefällen, insbesondere bei einer Geburt kann es vorkommen, dass die Patientin länger als 24 Stunden behandelt wird, ohne ein Bett (weil sie zwischendurch wieder zu Hause sind), sehr wohl aber den Gebhrsaal zu benutzen.</p> <p>Zu b. Der Tarif bei einem Aufenthalt im Spital oder Geburtshaus unter 24 Stunden soll an den Aufenthalt um 24:00 Uhr gebunden sein (Mitternachtszensus). Dann ist davon auszugehen, dass die Patientin oder der Patient nicht mehr nach Hause geschickt wird oder wie bei der Geburt, bei der die Spitalinfrastruktur benutzt wird. In der Nacht werden sonst keine Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen.</p> <p>Zu c. Im Falle einer Überweisungen von einem Spital in ein anderes Spital rechnen beide Spitäler je einen stationären Fall ab. Dies entspricht der heutigen Praxis. Eine Umstellung wäre mit erheblichen Mehrkosten verbunden. Das CMO hat einen entsprechenden Auftrag eine Fallgruppe Überweisungen zu erarbeiten.</p>
Art. 4 aufgehoben	-	-
Art. 5	-	-

VKL	Textänderung	H+ Position
Art. 6 Abs. 2 (neu)	Nicht als Langzeitbehandlungen nach den Artikeln 49 Absatz 3 und 50 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital gemäss Absatz 1, wenn eine Verlegung aus anderen Gründen nicht möglich ist.	Wenn zu geringe Pflegeheimkapazitäten zur Verfügung stehen, ist das nicht durch die Spitäler zu verantworten. Die Spitäler dürfen nicht für eine Unterversorgung bestraft werden, für die sie nicht verantwortlich sind. Eine jederzeit genügende Pflegeheimkapazität setzt eine regelmässige Überkapazität an Pflegeheimplätzen voraus.
Art. 7		<p>Künftig gelten die Kosten für universitäre Lehre und Forschung als <b>nicht anrechenbare Kosten</b> im OKP-Tarif. Für die übrige berufliche Aus- und Weiterbildung enthält das KVG keine explizite Bestimmung. H+ geht davon aus, dass mit Ausnahme der Kosten für die universitäre Lehre <b>sämtliche Kosten für betriebliche und überbetriebliche Aus- und Weiterbildungsleistungen anrechenbar und tarifrelevant sind.</b></p> <p>Die Voraussetzung für die Anrechenbarkeit im KVG-Tarif ist, dass das Spital entsprechende Bildungsleistungen erbringt, bzw. überbetriebliche Leistungen mitfinanziert. Das heisst, dass die Abs. 2 und 3 als anrechenbare Betriebskosten zu betrachten sind, sofern diese Kosten für das Spital anfallen</p> <p>Die Frage der Finanzierung dieser Kosten ist unmissverständlich und verbindlich zu regeln. H+ ist der Auffassung, dass die Finanzierung durch Fallpauschalen und die übrigen Tarife sicher gestellt wird.</p>
Art 7 Abs. 1	-	-
Art 7 Abs. 2	-	Redaktionell: „übrige Spitalberufe“ durch „übrige Berufe“ ersetzen.
Art. 7 Abs. 3 Bst. b	b. die Weiterbildung des übrigen medizinischen <b>universitären</b> Personals	Redaktionell: das Wort akademisch durchweg durch universitär ersetzen.

VKL	Textänderung	H+ Position
Art. 7 Abs. 4	streichen oder ... Deren expliziten Kosten sind im Sinne des Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes nicht in den Preisen für Leistungen anrechenbar.	Die Vergütungen durch die Kantone oder Dritte für die Forschung sind ausweisbar und müssen deshalb abgezogen werden. Andere Abzüge, insbesondere Pauschalen, sollen in Zukunft nicht mehr möglich sein. A contrario gilt: all jene Kosten, die nicht separat finanziert sind, sollen angerechnet werden können.
Art. 8		Die Anhebung von CHF 3'000 auf CHF 10'000 ist eine Verbesserung für die Spitäler. Eine erhebliche Verbesserung ist die, wenn dieser Schwellenwert auf CHF 20'000 angehoben wird. CHF 10'000 war in der 80er und 90er Jahre in diesem Sinne zutreffend! Aus Sicht der Finanzierung spielt es richtigerweise keine Rolle mehr, da alle Kosten der Anlagenutzung auf die Kostenträger umzulegen sind.
Art. 10 Titel	Anforderungen an Spitäler, Geburtshäuser und <b>Pflegeheime</b>	Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen.
Art. 10 Abs. 1	Die Spitäler, Geburtshäuser und <b>Pflegeheime</b> müssen eine Finanzbuchhaltung führen. ...	Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen.

VKL	Textänderung	H+ Position
Art. 10a	<p>Die Anlagebuchhaltung ist nach den Anlagekategorien gegliedert in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immobilien Sachanlagen (bebautes und unbebautes Land sowie Baurechte, Spitalgebäude und andere Gebäude, Bauprovisorien)</li> <li>- Installationen (allgemeine Betriebsinstallationen, Anlagespezifische Installationen)</li> <li>- Mobile Sachanlagen (Mobiliar und Einrichtungen, Büromaschinen und Kommunikationssysteme, Fahrzeuge, Werkzeuge und Geräte (Betrieb))</li> <li>- Medizintechnische Anlage (Apparate, Geräte und Instrumente (inkl. Anschaffungssoftware), Software-Upgrades)</li> <li>- Informatikanlagen (Hardware, Software)</li> </ul> <p>Weitere Unterteilungen können nach Massgabe der Nutzungsdauer der Anlagen erfolgen.</p>	<p>Die Anlagebuchhaltung mit den notwendigen Vorgaben liegt mit REKOLE vor.</p> <p>Damit eine schweizerisch einheitliche Kalkulationsmethode angestrebt wird, ist es wichtig die Anlagekategorien abschliessend zu halten. Eine Erweiterung im Sinne einer Verfeinerung ist denkbar, muss aber nach genauen Vorschriften erfolgen, damit die betrieblichen Kalkulationen dadurch nicht tangiert werden.</p>

VKL	Textänderung	H+ Position
Art 10b	<p>Die Anlagebuchhaltung enthält für jede Anlage mindestens die Angaben über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. die Inbetriebnahme (Monat/Jahr)</li> <li>b. die normative Nutzungsdauer in Jahren</li> <li>c. die Abschreibungsbasis, namentlich Anschaffungs- und Wiederbeschaffungswert</li> <li>d. die Abschreibungsverläufe</li> <li>e. der Buchwert</li> </ul>	<p>Zu Bst. c Anschaffungswerte und Wiederbeschaffungswerte sind beide Abschreibungsbasen. Daher reicht die Bezeichnung Abschreibungsbasis.</p> <p>Zu Bst. d Abschreibungsverläufe: eine lineare Abschreibung vom Anschaffungswert hat denselben Stellenwert wie eine lineare, progressive oder degressive Abschreibung vom Wiederbeschaffungswert. Es sollten daher alle Abschreibungsverläufe umschrieben werden.</p> <p>In der Kosten- und Leistungsrechnung ist die Bewertung der objektiven jährlichen Abnutzung einer Anlage massgebend, nicht der Buchwert (auch Restwert genannt), der aber in der Finanzbuchhaltung wichtig ist.</p> <p>Zu Bst. f Es ist nicht sinnvoll, pro Anlage den „kalkulatorischen Zinsfluss“ zu berechnen.</p> <p>Die Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen werden auf dem gesamten betriebsnotwendigen Anlage- (und Umlaufs) vermögen berechnet. Bei der Ermittlung der Kalkulationsbasis des Anlagevermögens ist zu unterscheiden zwischen abnutzbarem und nicht-abnutzbarem Anlagevermögen.</p>
Art. 11	streichen	Kann gestrichen werden. Die Pflegeheime sollen denselben Bedingungen wie die Spitäler unterliegen. Siehe oben Art. 10.
Art 13	Streichen	Dies ist bereits in einer anderen Verordnung des Bundes geregelt und kann demzufolge hier ersatzlos gestrichen werden.
Art 14	Streichen	Dies ist bereits in einer anderen Verordnung des Bundes geregelt und kann demzufolge hier ersatzlos gestrichen werden.
Art. 15	-	-

<b>VKL</b>	<b>Textänderung</b>	<b>H+ Position</b>
Übst.	-	Unklar ist, wie Investitionskosten abgrenzt werden sollen, wenn die Investition am Laufen ist.

**Detailkommentar H+ zur Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KLV**

<b>KLV</b>	<b>Textänderung</b>	<b>H+ Position</b>
Art 16 Abs. 2	-	-