DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Ort, Datum	Bern, 26. August 2020	Direktwahl	031 335 11 66
Ansprechpartner	Markus Trutmann	E-Mail	markus.trutmann@hplus.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung betreffend Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifermittlung. Stellungnahme H+

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 12. Februar 2020 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zur obengenannten Verordnungsänderung eröffnet. Die Vernehmlassungsfrist wurde am 6. April 2020 verlängert und dauert bis 2. September 2020. H+ Die Spitäler der Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung und für die Verlängerung der Vernehmlassungsfrist. Gerne lassen wir Ihnen unsere Stellungnahme hiermit fristgerecht zugehen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 220 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 370 Standorten sowie über 160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200‘000 Arbeitsverhältnisse.

A. Allgemeiner Teil.

1. Vorbemerkung

H+ anerkennt den Handlungsbedarf beim Vollzug von Art. 39 Abs. 2ter KVG. Eine Anpassung der KVV an die Rechtsprechung und die Planungspraxis der Kantone ist dringend notwendig, auch und insbesondere, um Rechtssicherheit zu schaffen. Zu diesem Zweck sollen bei der Änderung der KVV folgende Grundsätze angewandt werden:

- Die in der Schweiz geltende Normenhierarchie (1. Bundesverfassung, 2. Gesetze, 3. Verordnungen) ist unter allen Umständen zu respektieren.
- Laufenden gesetzgeberischen Prozessen darf auf dem Verordnungsweg nicht vorgegriffen werden.

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

- Die KVV-Änderung soll mit geltenden Gesetzen kohärent sein. Dies gilt insbesondere für die KVG-Teilrevision über die Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 und für die KVG-Revision über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit vom 21. Juni 2019. Dem dabei zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers ist die volle Beachtung zu schenken.
- Der Benchmark nach Art. 59c^{bis} KVV soll dem Rechtsgrundsatz «Gleiches mit Gleichem vergleichen» gerecht werden.
- Bei der Tarifgestaltung sollen pragmatische Lösungen gefördert werden (20-80-Regel statt 100-Prozent-Lösungen).
- Planungs- und Tarifierungsgrundsätze sollen die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren fördern.

Der vorliegende Verordnungsentwurf lässt diese Punkte weitgehend ausser Acht. H+ lehnt ihn deshalb ab. H+ erklärt sich aber bereit, eine alternative Lösung zu erarbeiten bzw. an einem entsprechenden Projekt mitzuwirken.

2. Zusammenfassung

H+ lehnt den Verordnungsentwurf ab.

Das Verordnungsprojekt verletzt das Gesetz in mehrfacher Hinsicht. Zudem entbehren die Bestimmungen zur Spitalplanung und zur Tarifermittlung einer verfassungsrechtlichen Grundlage.

Der Bundesrat verfehlt die Ziele, die er sich mit der Verordnungsänderung selbst gesetzt hat, bei Weitem. Weder kann er einen Regulierungsbedarf nachweisen noch gelingt es ihm, einen erkennbaren Mehrwert zu schaffen.

Das Fehlen einer Regulierungsfolgenabschätzung (RFA), insbesondere in Bezug auf die Sicherheit und die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, verstösst gegen geltende Richtlinien.

Das Verordnungsprojekt greift in mehreren Punkten laufenden gesetzgeberischen Prozessen vor und verfolgt demokratisch nicht legitimierte Zielsetzungen.

Die Verordnungsbestimmungen stellen einen massiven und verfassungswidrigen Eingriff in die kantonale Verantwortung für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung dar. Zudem schränken sie die Kompetenzen und das Ermessen der Kantone, verhandelte Tarife zu prüfen, zu genehmigen und nötigenfalls festzusetzen, in unzulässigem Masse ein.

Mit der Vorgabe, dass der Benchmark höchstens dem 25. Perzentil entsprechen darf, greift der Bundesrat in die Tarifautonomie ein und grenzt so den Verhandlungsspielraum der Tarifpartner auf unverhältnismässige Weise ein.

Sollte die Verordnung in Kraft treten, würden Kantone und Bund zunehmend in strategische und operative Belange der Spitäler eingreifen. Das steht dem Willen des Gesetzgebers, der mit der neuen Spitalfinanzierung den Spitälern mehr unternehmerischen Freiraum zubilligte und den Wettbewerb fördern wollte, diametral entgegen.

Mit der Wahl des Benchmarks beim 25. Perzentil würden den Spitälern jährlich 1,2 Milliarden Franken entzogen werden, und nicht wie im erläuternden Bericht behauptet 200 bis 250 Millionen Franken. Wie eine Studie von Polynomics vom 4. Juni 2020 zeigt, wäre die schweizerische Spitallandschaft unter diesen Umständen nicht überlebensfähig. Sie könnte

nur mit Subventionen, Spenden oder Kapitalaufstockungen durch die Eigentümer gerettet werden. Mit anderen Worten: Die erzielten Einsparungen bei der OKP würden zu entsprechenden Mehrausgaben der öffentlichen Hand und anderer Finanzierer führen. Mit einem derartigen Nullsummenspiel wäre dem Gesundheitssystem Schweiz mit Sicherheit nicht gedient.

Der Bundesrat versucht kleinste Details zu regeln, unterlässt es aber aufzuzeigen, welche Gesundheitsversorgung er für die Schweizer Bevölkerung in Zukunft will. Der Bundesrat bewirkt namentlich mit seinen Überlegungen zu den Kriterien der Spitalplanung einen Kostenschub, ohne dass die Qualität ansteigt. Vor allem werden die zahlreichen Vorgaben zur Strukturqualität (Personaldotation) einen kostentreibenden Effekt haben, ohne einen Mehrwert für Patienten zu schaffen. Mit solchen Massnahmen werden Tür und Tor für Interessenvertreter geöffnet, die über diesen Weg ihre Partikularinteressen zu verwirklichen versuchen werden. Statt Strukturqualität sollte der Bundesrat vielmehr Ergebnisqualität konsequent fördern.

Keine der seit über zehn Jahren von H+ kontinuierlich dem BAG und EDI gemeldeten VKL-Mängel (Regelung der Übergangsbestimmungen, Ermittlung und Anwendung des WACC-Zinssatzes und Ermittlung der ANK) wurden nun korrigiert, im Gegenteil: Neben den mittlerweile bekannten Fehlern und Mängeln im Hinblick auf ein leistungsbezogenes Tarifbildungsverfahrens, sind neue Fehler und verzehrende Effekte eingebaut worden.

Die negativen finanziellen Effekte auf die Spitäler werden die Qualität und die Sicherheit der Versorgung gefährden. Ohne Effizienzgewinne im stationären Bereich ist selbst für effizient arbeitende Spitäler ein langfristiges Überleben infrage gestellt. Mittelfristig wird das dazu führen, dass Investitionen nicht mehr getätigt werden, die Infrastruktur veraltet, unrentable Behandlungen nicht mehr angeboten und damit eine moderne medizinische Behandlung sowie die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet sind[1].

Die Corona-Krise hat weltweit Stärken und Schwächen der Gesundheitssysteme aufgedeckt. So auch in der Schweiz. Aus einer gründlichen Aufarbeitung der Krisenbewältigung sind Lehren und Verbesserungsmassnahmen zu ziehen. Davon wird auch die Spitalplanung und -finanzierung betroffen sein. Die KVV sollte im Lichte dieser neuen Erkenntnisse angepasst werden. Eine KVV-Änderung zum heutigen Zeitpunkt ist deshalb verfrüht. Das ohnehin über weite Strecken gesetzeswidrige Verordnungsprojekt sollte auch aus diesem Grund zurückgezogen werden.

3. Verfehlte Zielsetzung

Gemäss erläuterndem Bericht sollen die mit der KVV-Änderung festgelegten Mindestanforderungen «den Kantonen erlauben, eine gesetzeskonforme Planung zu erstellen»[2]. Beim Verordnungsprojekt seien unter anderem von den Kantonen entwickelte Planungsinstrumente und Planungsmethoden sowie die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts berücksichtigt worden.

Tatsächlich wird mit dem Verordnungsprojekt das deklarierte Ziel weit verfehlt. Statt den Kantonen eine gesetzeskonformes Planungsgrundlage zu liefern, schafft der Bundesrat eine grosse Rechtsunsicherheit in den Bereichen von Spitalplanung und Tarifermittlung.

[1] Fischer Barbara, Bill Marc, Mäder Beatrice, Telser Harry. Auswirkungen der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking. Polynomics, 4. Juni 2020. Seite 32.
[2] Erläuternder Bericht, Seite 4.

Wie wir nachfolgend aufzeigen, sind einschlägige Rechtsprechungen vom Bundesgericht und Bundesverwaltungsgericht explizit nicht berücksichtigt worden.

Dem Bundesrat scheint es vielmehr einzig darum zu gehen, eine Kostenersparnis zugunsten der OKP und zulasten der Spitäler zu erzielen. Auf Seite 17 des erläuternden Berichts wird vorgerechnet, dass eine Reduktion des Benchmarks vom 40. auf das 25. Perzentil Minderkosten für die OKP in der Höhe von ungefähr 200 bis 250 Millionen bewirken würde[3]. Ungeachtet dessen, dass diese Minderkosten viel zu tief eingeschätzt werden (siehe Kommentar zu Art. 59c^{bis} Abs. 1 lit. b), tritt das Ziel der Kostenersparnis als einziges substanzielles Motiv der Verordnungsänderung zutage.

Mit einer derart einseitigen Zielsetzung lässt der Bundesrat ausser Acht, dass mit der KVV-Änderung gesetzliche Bestimmungen der KVG-Teilrevision vom 21. Dezember 2007 konkretisiert bzw. präzisiert werden sollten. Diese umfassende Reform war jedoch nie als reines Kostensparprojekt gedacht. Vielmehr wollte der Gesetzgeber einen Preis- und Qualitätswettbewerb fördern und die Objekt- mit einer Leistungsfinanzierung ersetzen. Im Sinne einer Anreizregulierung sollten sowohl Gewinne als auch Verluste möglich werden. Schliesslich wurden die Anteile der stationären Vergütung auf 55 Prozent zulasten der Kantone und 45 Prozent zulasten der Versicherer festgelegt. Diesen Zielsetzungen trägt das vorliegende Verordnungsprojekt in keiner Weise Rechnung. Vielmehr verkehrt es sie ins Gegenteil: Der Bundesrat schränkt den Qualitätswettbewerb ein, verunmöglicht faktisch Effizienzgewinne, initiiert eine stille Rückkehr zur alten Objektfinanzierung und untergräbt den politischen Kompromiss der dual-fixen-Finanzierung.

Die Vorgabe «Dotation Fachpersonal» zeigt mit aller Deutlichkeit auf, wie ziellos und verzettelt die ganze Vorlage daherkommt: Auf der einen Seite sollen Kosten gespart werden, auf der anderen Seite sollen kostenintensive Vorgaben bezüglich Fachpersonal gemacht werden und schliesslich sollen sich die Spitäler mit unternehmerischen Freiheiten erfolgreich im Markt positionieren. Diese Ziele stehen im Widerspruch zueinander. Ein strategisch kohärentes Zielbild durch den Gesetzgeber gäbe den Spitälern Rechtssicherheit, und diese könnten sich nach diesen Rahmenvorgaben richten. Solange jedoch keine klaren Rahmenbedingungen vorhanden sind, können sich die Spitäler strategisch nicht ausrichten und sind gezwungen, ebenso ziellos zu navigieren wie die erratischen Vorgaben der Verwaltung.

Weiter geht der Bundesrat mit der faktischen Abschaffung von Effizienzgewinnen für die Spitäler und Kliniken zurück zur alten Objektfinanzierung. Dies steht in klarem Widerspruch zur neuen Spitalfinanzierung, welche Effizienzgewinne zulässt, was das BVGE 2014/3 bestätigte. Auch gestützt auf Art. 43 Abs. 7 kann sich der Bundesrat über einen Entscheid des BVGE nicht hinwegsetzen.

4. Fehlende Regelungsfolgenabschätzung (RFA)

Die Richtlinien des Bundesrates für die Regulierungsfolgenabschätzung bei Rechtsetzungsvorhaben des Bundes (RFA-Richtlinien) vom 6. Dezember 2019[4] sollen bei sämtlichen Rechtsetzungsvorhaben des Bundes auf allen Stufen Anwendung finden (Art. 1.2 Abs. 2). Bei Rechtsetzungsvorhaben sind die folgenden fünf RFA-Prüfpunkte zu untersuchen:

1. Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns;
2. Alternative Handlungsoptionen;
3. Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen;
4. Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft;

[3] Erläuternder Bericht, Seite 17.
[4] BBl 2019 8519, in Kraft getreten am 1. Februar 2020.

5. Zweckmässigkeit im Vollzug.

Diese fünf Prüfpunkte sind in erläuternden Berichten und in Botschaften zu beantworten und gemäss dem Botschaftsleitfaden darzustellen (Art. 2 Abs. 1 und 2). Bei Vorhaben, die bei mehr als 1000 Unternehmen zusätzliche Regulierungskosten verursachen oder **einzelne Branchen besonders stark belasten** (*von uns hervorgehoben*), sind im Rahmen der RFA quantitative Schätzungen der Regulierungskosten vorzunehmen und gemäss dem Botschaftsleitfaden standardisiert auszuweisen («Preisschild») (Art. 3.2 Abs. 4).

Die einschneidenden Massnahmen des vorliegenden Verordnungsprojekts erfordern zwingend eine eingehende und sorgfältige RFA in Bezug auf die Finanzen und die medizinische Versorgungsqualität der Schweizer Spitäler.

Im vorliegenden Verordnungsprojekt fehlen eine Richtlinien-konforme RFA jedoch ebenso vollständig wie quantitative Schätzungen der Regulierungskosten, welche bei einer die Spitalbranche besonders stark belastenden Verordnung zweifellos vorzunehmen ist. Diese Tatsachen verstossen offensichtlich gegen geltende Regelungen und Weisungen. Dementsprechend ist eine adäquate Beurteilung im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens nicht möglich. Im Lichte dieser Tatsache müsste die vorliegende Vernehmlassung annulliert und zur Neuauflage zurückgewiesen werden.

Dennoch nimmt H+ im Folgenden detailliert Stellung.

5. Verletzungen geltenden Rechts[5]

Mit dem Verordnungsprojekt überschreitet der Bundesrat seine Kompetenzen in mehrfacher Hinsicht.

5.1. Benchmark beim 25. Perzentil: gravierend verzerrtes, KVG-widriges Effizienzmass

In der Tarifstruktur SwissDRG bestehen gravierende Verzerrungen. Dies führt dazu, dass bestimmte Spitäler nicht dank höherer Effizienz, sondern aufgrund spitalindividueller Sonderfaktoren wie beispielsweise eines engen Leistungsspektrums tiefe Fallnormkosten aufweisen und einen Platz am unteren Ende des Benchmarkings einnehmen. Mit einem Benchmark beim 25. Perzentil würden solche Spitäler den anderen Spitälern zu Unrecht als Effizienzmass entgegengehalten werden.

Aufgrund einer Gewichtung nach Anzahl Institutionen erhalten Geburtshäuser, Spitäler mit engem Leistungsspektrum und Kleinstspitäler ohne Notfallstation ein zu starkes Gewicht gegenüber Endversorgern.

Im Sinn von Art. 49 Abs. 1 KVG soll der Effizienzmassstab auf die Leistungen eines durchschnittlichen Spitals mit durchschnittlichen Leistungen ausgerichtet sein. Ein Ausscheiden ineffizienter Leistungserbringer ist erwünscht, jedoch keine Auszehrung von Spitälern, welche die Hauptlast der Versorgungssicherheit tragen und damit zur medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung beitragen.

So hat sich bisher ein Benchmarking-Massstab um das 40. bis 50. Perzentil, gewichtet nach Anzahl Fällen oder Casemix, etabliert. Dieser wurde vom BVGer stets unterstützt. Vor

[5] Abschnitt 4 stützt sich auf das von Herrn RA M. Waldner, Vischer AG, verfasste Kurzgutachten vom 28. Februar 2020. H+ trägt indes die alleinige Verantwortung für diesen Abschnitt.

diesem Hintergrund ist die Wahl des 25. Perzentils, gewichtet nach Anzahl Spitäler, als gravierend verzerrtes Effizienzmass zu beurteilen. Gemäss BVGer-Urteile C-4374/2017 und C-4461/2017 weist ein Benchmark beim 25. Perzentil eine gravierende Verzerrung auf und kann zu einer Gefährdung der Versorgungssicherheit führen, was mit den Zielsetzungen des Gesetzes nicht vereinbar wäre.

Das infolge Abbildungsmängel der Tarifstruktur entstehende Risiko eines verzerrten Benchmarks kann nicht einseitig den Leistungserbringern überwälzt werden (Art. 46. Abs. 4 KVG).

Mit den Vorgaben zur Tarifermittlung im Einzelfall (Art. 59c^{bis} Abs. 8) werden Effizienzgewinne faktisch verunmöglicht:

- 25 Prozent der Spitäler mit Kosten unterhalb des Benchmarks werden im besten Fall eingeschränkte, d.h. maximal bis zur Höhe des Benchmarks beschränkte Effizienzgewinne realisieren können.
- 75 Prozent der Spitäler mit Kosten oberhalb des Benchmarks werden keine Effizienzgewinne erzielen können. Daran ändern auch die vorgesehenen Zuschläge nichts, da diese lediglich ausgewiesene spitalindividuelle Kosten werden abdecken können (womit im besten Fall die Deckung der eigenen Kosten ohne Effizienzgewinn realisiert werden kann).

5.2. Rückkehr zur Objektfinanzierung

Mit der faktischen Abschaffung von Effizienzgewinnen und der Begrenzung der Tarife auf die spitalindividuellen Kosten geht der Bundesrat zurück zur alten Objektfinanzierung. Kantone, welche die medizinische Versorgung der Bevölkerung garantieren müssen, werden zwangsläufig zum an sich verpönten Mittel der Subvention zurückgreifen, wenn das Überleben versorgungsrelevanter Spitäler aufgrund der programmierten finanziellen Notlage auf dem Spiel steht. Der vom Bundesrat eingeschlagene Weg in Richtung Objektfinanzierung steht in klarem Widerspruch zur Neuen Spitalfinanzierung, welche systemimmanent Effizienzgewinne voraussetzt, was das BVGE 2014/3 bestätigte. Auch gestützt auf Art. 43 Abs. 7 kann sich der Bundesrat nicht über diese gesetzliche Vorgabe hinwegsetzen.

Eine weitere KVV-Änderung, die im Zusammenhang mit Objektfinanzierung problematisch ist, sind die Mindestanforderungen an Personaldotationen und Infrastrukturen. Durch diesen unglücklichen Vorschlag wird die mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 eingeführte leistungsorientierte Spitalfinanzierung mit objektorientierten und damit systemfremden Finanzierungsaspekten beschnitten.

5.3. Eingriff in die Tarifautonomie und die Tarifpartnerschaft

Der Ermessensspielraum der Tarifpartner bei der Verhandlung von Baserates ist ein wesentlicher Bestandteil der Tarifautonomie. Der gesetzlich verankerte Begriff der Tarifautonomie impliziert, dass die Tarifpartner am besten beurteilen können, was unter gegebenen Umständen als angemessen und notwendig zu beurteilen ist.

Die Verordnungsänderung eliminiert diesen Ermessenspielraum. Daran ändern auch die vorgesehenen Ab- und Zuschläge nichts, denn diese werden nur unter genau definierten Voraussetzungen und auf spitalindividueller Kostenbasis gewährt.

Mit einer derart detaillierten Regulierung der Tarifverhandlung überschreitet der Bundesrat seine Verordnungskompetenzen, die sich gemäss Art. 43 Abs. 7 auf die Festlegung von Grundsätzen beschränkt.

Ferner wird bei der Tarifgestaltung über ein nationales Benchmarking «aller Leistungserbringer in der Schweiz» auf einen Einheitstarif zugesteuert, was die Rolle der Tarifpartner ebenfalls untergräbt und weder im Sinn des Gesetzgebers war noch nach geltendem Recht zu begründen ist.

Gemäss Verordnungsentwurf wird der Benchmark einseitig von den Versicherern aufgrund der ihnen vorliegenden Kostendaten ermittelt. Die Ermittlung des Benchmarks ist jedoch Sache der Tarifpartner, welche nach dem Willen des Gesetzgebers als gleichberechtigt gelten. Eine einseitige Ermittlung des Benchmarks würde das Gebot der Gleichbehandlung (Art. 8 BV) und das Billigkeitsgebot (Art. 46 Abs. 4 KVG) verletzen und die Tarifpartnerschaft beschädigen.

5.4. Eingriff in die Hoheit der Kantone

Der Bund greift mit den Verordnungsbestimmungen eindeutig und massiv in den Verantwortungsbereich der Kantone für die Spitalplanung ein und verstösst damit gegen die Verfassungsgrundlagen über die Arbeitsteilung zwischen Bund und Kantonen. Zudem wird der Ermessenspielraum der Kantone bei der hoheitlichen Tariffestsetzung unverhältnismässig und KVG-widrig eingeschränkt.

Diese Aussagen betreffen konkret folgende Bestimmungen:
- Art. 58d Abs. 3 lit. a;
- Art. 58d Abs. 4 lit. a;
- Art. 58d Abs. 6;
- Art. 58e Abs. 1;
- Art. 58f Abs. 5;
- 59cbis.

Die Kommentare zu diesen einzelnen Bestimmungen sind im Speziellen Teil zu finden.

6. Umgehung von laufenden gesetzlichen Prozessen

Die Verordnung hat über weite Strecken gesetzgeberischen Charakter indem Bestimmungen über Mindestfallzahlen und Höchstgrenzen für Leistungen und Bettenzahlen eingeführt werden sollen, die aktuell durch den Gesetzgeber, d.h. das Parlament, diskutiert werden. Hergeleitet werden sie aus den Paketen 1 und 2 über kostendämpfende Massnahmen, welche wiederum auf den vorgeschlagenen Massnahmen des Expertenberichts beruhen. Die verlangten Vorgaben bei den Dotationen für die Erteilung von Leistungsaufträgen sind ihrerseits aus der Pflegeinitiative abgeleitet. Daraus geht hervor, dass diese genannten Verordnungsbestimmungen keine vom Parlament beschlossenen gesetzlichen Grundlagen haben. Ausserdem präjudiziert und erschwert der Bundesrat die politische Diskussion über das gesetzgeberische Projekt «Einheitliche Finanzierung ambulant vor stationär (EFAS)». Der vom Bundesrat gewählte Verordnungsweg umgeht das Parlament und untergräbt laufende gesetzgeberische Prozesse. Damit wird auch die verfassungsrechtliche Gewaltenteilung zwischen Exekutive und Legislative in Frage gestellt (Art. 182 Abs. 1 BV, Art. 164 Abs. 2 BV).

Da die KVV-Revision politisch umstrittene Regelungen der KVG-Revisionen aus den Massnahmenpaketen 1 und 2 zur Kostendämpfung unter Umgehung des Parlaments einführen will, dürfen diese Verordnungsrevisionen nicht auf den 1. Januar 2021 in Kraft gesetzt werden. Sie sollen erst nach Abschluss der parlamentarischen Beratung und nach Ablauf der Referendumsfristen unter Wahrung der demokratischen Mitwirkungsrechte gesetzeskonform überarbeitet und dann in eine neue Vernehmlassung geschickt werden.

Das Verordnungsprojekt ist mit der KVG-Revision zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität vom 21. Juni 2019 und der damit verbundenen, aktuell ebenfalls in Vernehmlassung befindlichen Verordnungsänderung nicht koordiniert. Dieses Projekt ist jedoch prioritär durchzuführen und abzuschliessen. Eine KVV-Revision betreffend Spitalplanung und Tarifermittlung kann sinnvollerweise erst nach Abschluss des ersten Projektes vorgeschlagen werden. Ohne Koordination und zeitlich geordnete Abfolge dieser Verordnungsprojekte drohen Redundanzen, Ungereimtheiten und Widersprüche aufzutreten. Im Interesse der Rechtssicherheit aller beteiligten Akteure ist eine solche Situation unbedingt zu vermeiden, dies umso mehr, als keine Notsituation zu einem übereilten Vorgehen drängt.

7. Auswirkungen des Verordnungsentwurfs

7.a. Auswirkungen auf die medizinische Versorgung

Die vorgesehenen Verordnungsbestimmungen zur Herleitung der stationären Spitaltarife (Art. 59c^{bis} KVV) gefährden die nachhaltige Spitalfinanzierung und damit die Versorgungssicherheit erheblich. Das BVGer stellte zwar fest, dass der Effizienzmassstab «eher streng» anzulegen sei, aber doch so, dass die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird (BVGer 2014/36, E. 10.2.2 ff.; BVGer 2015/8, E. 4.2.4).

Die entstehende Finanzierungslücke dürfte vor allem Spitäler mit wichtiger Versorgungsfunktion treffen und zu einem Qualitätsabbau führen. Letztlich gefährdet der Bund die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten.

7.b. Auswirkungen auf Spitäler

Nach Berechnungen von H+ werden dem Spitalsystem jährlich 1,2 Milliarden Franken entzogen, und nicht wie vom BAG berechnet 200 bis 250 Millionen Franken (die sich ohnehin nur auf den Finanzierungsanteil der OKP von 45 % beziehen).

Wie beim Kommentar zu Art. 59c^{bis} dargelegt, würde der Entscheid, 75 % der stationären Gesundheitsversorger systematisch und dauerhaft als unwirtschaftlich zu deklarieren, eine ruinöse Abwärtsspirale auslösen, an deren Ende die Kantone – ausserhalb der KVG-Gesetzgebung! – in die Spitalfinanzierung eingreifen müssten, wenn sie die Versorgung aufrechterhalten wollten. Folgend ersten Projektionsrechnungen hätten alle Universitätsspitäler bereits nach 7 Jahren ihr Eigenkapital durch die resultierenden Defizite aufgebraucht und würden aus dem Markt verschwinden. Nach 46 Jahren bliebe nur noch ein einziges Spital übrig[6].

Es ist unwahrscheinlich, dass dem Bundesrat beim Verfassen des vorliegenden Verordnungsentwurfs diese Zusammenhänge nicht bekannt waren. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass der Bund eine existenzielle Bedrohung der Schweizer Spitäler bewusst in Kauf nimmt, wenn nicht sogar beabsichtigt. Damit würde er aber die medizinische Grundversorgung mit Zugang für alle unterhöhlen und einen massiven Qualitätsabbau herbeiführen. Nach Ansicht von H+ umgeht der Bund damit das Parlament und das Stimmvolk mit politischen Zielsetzungen, welche einer verfassungsmässigen Grundlage entbehren und demokratisch nicht legitimiert sind.

[6] https://www.vzk.ch/downloadcenter/dokumente-vzk/polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf, S. 32

B. Besonderer Teil.

1. Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV)

Art. 58b Versorgungsplanung

Art. 58b Abs. 1
Die Versorgungsplanung muss die freie Spitalwahl für Versicherte berücksichtigen. Der Versorgungsbedarf soll unter Berücksichtigung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten, der medizinisch indizierten Hospitalisationen und jener Behandlungen, die auch in Vertragsspitälern und Vertragsgeburtshäusern vorgenommen werden, festgelegt werden.

Auch in peripheren Gebieten muss es möglich sein, dass die gesamte Bevölkerung innerhalb einer angemessenen Zeitspanne Zugang zu den nötigen Spitalleistungen hat. Deshalb ist Absatz 1 wie folgt zu ergänzen:

> «… Sie berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Faktoren, wie die demographische, die medizintechnische, die epidemiologische und die ökonomische Entwicklung sowie die geographischen Gegebenheiten des Kantons.»

Art. 58b Abs. 2, 3 und 4
Es ist bedauerlich, dass die Bedarfsplanung nach wie vor objekt- bzw. einrichtungsbezogen und nicht leistungsbezogen erfolgt. In Art. 58d Abs. 6 wird zwar auf Synergien zwischen Spitälern hingewiesen, aber die Planung bleibt grundsätzlich standortbezogen.

Die hinlänglich bekannte Unklarheit in Bezug auf die Definition von Einrichtungen («Spitalstandorten») wird nicht beseitigt. Die wesentliche Differenz zwischen der deutschen und der französischen Fassung von Art. 39 KVG – «oder» bzw. «et» – ist zu bereinigen. Da hilft auch die einseitig aufgestellte und nicht zu Ende gedachte Spitalstandortdefinition der GDK[7] nicht weiter.

In Absatz 4 ist der Ausdruck «innert nützlicher Frist» zu definieren: Bezieht er sich nur auf die Erreichbarkeit oder auch auf allfällige Wartefristen für notwendige Operationen? Ebenfalls ist zu erklären, was der Bundesrat unter «Bereitschaft und Fähigkeit» versteht.

Art. 58d Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität (neu)

Art. 58d Abs. 1
H+ lehnt das vorgeschlagene Vorgehen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ab.

Gemäss Vorschlag des Bundesrates wäre für die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung ein einfacher Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten vorgesehen. Ein solch undifferenzierter Vergleich beliebiger Spitäler wäre angesichts der weiterhin bestehenden, systemimmanenten Abbildungsgrenzen von SwissDRG gravierend verzerrt. Spitäler, die ihr Leistungsspektrum auf attraktive Leistungen ausrichten, würden zu Unrecht als besonders effizient erscheinen, während andere Spitäler mit breitem Leistungsspektrum und wichtiger Versorgungsfunktion zu Unrecht als unwirtschaftlich erscheinen würden. Ein solch unpassender Vergleich würde für die Spitalplanung gänzlich falsche Signale aussenden und u.a. sinnvollen Konzentrationsprozessen zuwiderlaufen.
So weisen die heute noch praktizierten Benchmarkings grundsätzlich Unzulänglichkeiten auf, die behoben werden müssen, damit schliesslich von einem Effizienz-Benchmark die

[7] https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf, Seite 5

Rede sein kann, der diese Bezeichnung verdient (vgl. Polynomics-Studie 2015[8]). Dass ein einfacher Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten keine sinnvollen Aussagen zulässt, anerkennt selbst der Bundesrat, indem er im Bereich der Tarifbildung (Art. 59c^{bis}) die Notwendigkeit von Tarifdifferenzierungen zumindest im Grundsatz anerkennt. Dass die Wirtschaftlichkeit ein und desselben Spitals im Rahmen der Spitalplanung und der Tarifbildung unterschiedlich bewertet werden sollte, ergibt keinen Sinn.
Was für SwissDRG gilt, trifft erst recht auf TARPSY zu – die Tarifstruktur steckt noch in den Anfängen und bildet unterschiedliche Schweregrade noch sehr unzureichend ab. Weiter ist unklar, wie in einem solchen Vergleich regionale Unterschiede bezüglich Lohn- und Infrastrukturkosten berücksichtigt werden könnten.

Hinzu kommt, dass ein Wirtschaftlichkeitsvergleich, der in Bezug auf die Anlagennutzungskosten auf den aktuellen Bewertungsregeln der VKL beruht, zusätzlich verzerrt ist. Denn die Übergangsbestimmungen sehen eine Bewertung vor, die nur vergangenheits- und objektbezogen ist (finanzbuchhalterische Bewertung) (vgl. Polynomics-Studie 4. Juni 2020[9]). Diese Regeln führen dazu, dass die bisher praktizierten kantonalen Investitions- und Abschreibungspolitiken in die OKP-Preisbildung «importiert» werden. Diese Bestimmungen sind aus Sicht von H+ mit dem KVG nicht vereinbar, weil sie einen sinnvollen nationalen und unverzerrten Vergleich der erbrachten Leistungen verunmöglichen (vgl. Vischer Kurzgutachten[10]).

Ein wie vom Gesetzgeber ursprünglich gewolltes Preissystem würde Preis- statt Kostenvergleiche beinhalten.

Art. 58d Abs. 3
Es ist unbedingt darauf zu bestehen, dass Spitäler mit gleichen Ellen gemessen werden. Der grosse Ermessensspielraum, der den Kantonen gewährt wird, ist in dieser Hinsicht problematisch.

Ebenfalls problematisch ist, dass die Kantone als Prüfer bzw. Überprüfer gesetzt werden. Dies widerspricht dem Grundsatz der Unparteilichkeit (vgl. SAMW-Zertifizierung im medizinischen Kontext (2011)[11]) und der Gewaltentrennung.

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird in der VKL immerhin festgehalten, dass das VKL-Testat durch eine externe Revisionsstelle zu erteilen ist.

Art. 58d Abs. 3 lit. a
Unter Einbezug der notwendigen Fachexpertise sind hier wohl Fachgesellschaften, Berufsverbände und andere Organisationen dieser Art zu verstehen. Wenn dies der Fall ist, so ergeben sich daraus mannigfaltige Probleme.

Für die im erläuternden Bericht aufgestellte Behauptung, wonach die verlangten Mindestanforderungen an Strukturqualität notwendig seien, um eine gute Qualität zu erbringen, existiert bis heute keine hinreichende Evidenz. **Es gibt heute keinen erwiesenen kausalen Zusammenhang zwischen Strukturqualität und Ergebnisqualität.**

Die Qualität der Leistungserbringung ist durch spezifische Messungen, vornehmlich über die **Messung der Ergebnisqualität**, und nicht durch Mindestvorgaben an Fachpersonal

[8] http://www.usz.ch/Documents/Polynomics_Das20Fallpauschalenmodell_Schlussbericht_20151119.pdf
[9] https://www.vzk.ch/downloadcenter/dokumente-vzk/polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf
[10] https://www.vischer.com/fileadmin/uploads/vischer/Documents/Activities/MWA_ajp_anlagenutzungskosten_171016.pdf
[11] https://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.html

pro Leistungsgruppe sicherzustellen. Eine hohe Qualität ist für die Leistungserbringung der Spitäler unbestritten und unabdingbar. Leistungsgruppenbezogene Dotationsvorgaben sind für die Gewährleistung der erforderlichen Qualität indessen nicht das zielführende Mittel. Dafür stehen andere Instrumente zur Verfügung, wie insbesondere die in den Buchstaben b bis f aufgeführten Instrumente. Die Kantone haben zudem die Möglichkeit und die Aufgabe, im Rahmen ihrer gesundheitspolizeilichen Aufsicht zu intervenieren, wenn Anzeichen bestehen, dass die Qualität der Spitäler und Kliniken unzureichend ist. Die Qualität der Leistungserbringung in den Spitälern wird im Übrigen bereits heute mit zahlreichen Qualitätsmessungen geprüft und beurteilt (QM-Indikatoren des BAG, verpflichtende Erfassung von postoperativen Wundinfektionen durch Swissnoso, Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), z. B. der Re-Hospitalisations- und Re-Operationsraten).

Es werden finanzierungsrelevante Mindestanforderungen vorgegeben, ohne dabei deren Finanzierung zu regeln. Für bestimmte Spitäler wären diese Mindest-Ressourcen heute schon kaum finanzierbar und erst recht nicht, falls die Effizienzgrenze beim 25. Perzentil liegen sollte. Selbst wenn diese Mindestanforderungen entgegen allen Erwartungen finanzierbar wären, wäre das entsprechende Personal schlicht nicht zu finden.

Die Leistungsgruppenbezogene Dotation von Fachpersonal wird dann sichergestellt, wenn das notwendige Erfahrungsniveau eingebunden ist. Dies stellt hohe Anforderungen an das Fachpersonal und hat Konsequenzen für die Kosten der Versorgung sowie die Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses. Beispielsweise stellt ein Notfallmediziner oder internistischer Facharzt mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in Notfallmedizin präzisere und schnellere Indikationen als ein Assistenzarzt im dritten Monat der Weiterbildung. Der Einfluss auf die Kosten und das Ausbildungssystem ist nicht unerheblich. Leistungsgruppenspezifische Dotationsvorgaben für das Fachpersonal, die sich gemäss dem Kommentar an nationalen und internationalen Referenznormen zu orientieren haben, gefährden die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in Kantonen mit einer dezentralen Besiedelung und abgelegenen Talschaften. Leistungsgruppenspezifische Dotationsvorgaben dürften angesichts des sich abzeichnenden Pflegekräftemangels insbesondere in diesen Gebieten schwierig bis gar nicht einzuhalten sein.

Mindestanforderungen an Personaldotationen über den Verordnungsweg zu verankern, öffnet die Tür für viele Berufsverbände, von Partikularinteressen geprägte Vorgaben aufzustellen. **Unverständlich dabei ist, dass ausgerechnet jene, welche die Umsetzung dieser Mindestvorgaben zu verantworten haben – die Spitaldirektionen – bei der Ausgestaltung dieser Vorgaben gar nicht erst zur Stellungnahme eingeladen werden.** Zwar ist im erläuternden Bericht die Rede von kompetenz-gerechtem Einsatz von Pflegepersonal, doch ist festzustellen, dass in den SPLG der Gesundheitsdirektion Zürich z.T. auch auf Mindestanforderungen an Personaldotation verwiesen wird, welche die betroffenen Fachexperten nicht anerkennen.

Schliesslich kann heute schon mit Sicherheit vorausgesagt werden, dass die Mindestanforderungen (pro Leistungsgruppe) nicht schweizweit gleich sein werden. So können die Kantone die Mindestanforderungen (inkl. Personaldotation) auf ihre Gegebenheiten anpassen, was selbstverständlich sinnvoll ist. Anderseits werden Mindestanforderungen – bekanntermassen und bedauerlicherweise – in die CHOP-Kodierung einfliessen und dort als Voraussetzung für die Kodierung bestimmter Leistungen aufgeführt werden. Der CHOP-Katalog gilt aber schweizweit. Daraus kann sich ein Widerspruch zu den kantonal festzulegenden Mindestanforderungen ergeben. Diesem Widerspruch könnte entgangen werden, wenn kodierungsrelevante Mindestanforderungen schweizweit koordiniert würden und, nachdem sie von den Spitaldirektionen anerkannt worden wären, im Ergebnis einheitlich

wären (vgl. H+ Position zu Anforderungen in Richtlinien und Guidelines[12]). Diese Mindestanforderungen dürften dann nicht in Widerspruch zu den kantonalen Vorgaben stehen. Idealerweise sollten aber gar keine Mindestanforderungen in CHOP-Codes einfliessen. **Durch diese unglückliche Praxis wird die mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 eingeführte leistungsorientierte Spitalfinanzierung mit objektorientierten und damit systemfremden Finanzierungsaspekten kontaminiert**.

Die verbindliche Formulierung von Abs. 3 lit. a (wie auch Abs. 4 lit. a) steht im Widerspruch zu den Ausführungen auf der Seite 13 des erläuternden Berichts, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liegt, über die Anforderungen einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden, wie auch zu den vorstehend aufgelisteten Zusicherungen des Bundesrates, dass der Bund den Kantonen in Beachtung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen weiterhin eine grosse Gestaltungsfreiheit in der Spital- und Pflegeheimplanung belässt.

Art. 58d Abs. 3 lit. c

Die Anwendung eines Fehler- und Schadensmeldesystems und der Anschluss an ein gesamtschweizerisch einheitliches Reporting Netzwerk, entsprechend einem Critical Incident Reporting Systems (CIRS), sind zwar gut, können aber nicht auf Verordnungsebene vorgeschrieben werden. Damit eine Sicherheitskultur sich auch wirklich entfalten kann, sind vorgängig folgende Aufgaben auf Gesetzesebene zu regeln:

- Relevante Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG), der kantonalen Datenschutzgesetze, des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und des Strafgesetzbuches (StGB) sind zwingend aufeinander abzustimmen (vgl. Position Allianz Peer Review Schweiz13).
- Spitalmitarbeiter, welche CIRS-Einträge vornehmen, sind vor rechtlichen Folgen zu schützen, wie dies in der Aviatik-Branche bereits der Fall ist.
- Im Hinblick auf qualitätssichernde Aktivitäten, wie z. B. Audits, Peer Reviews und Morbiditäts-Mortalitätskonferenzen (MoMo) ist eine datenschutzrechtliche Regelung des Umgangs mit Patientendaten notwendig – und überfällig. Die Frage, ob der Schutz von Patientendaten oder die (mit Akteneinsicht verbundene) Förderung der Patientensicherheit Vorrang hat, ist politisch zu klären.
- Die CIRS-Meldungen müssen Patienten- und Spital-anonymisiert sein. Ohne rechtsgenügliche Verankerung und ohne strikte Anonymisierung ergeben sich rechtliche Konflikte mit dem Haftpflicht- und/oder dem Strafrecht.
- Weiter und sofern das CIRRNET, welches eine wichtige Tätigkeit der Stiftung Patientensicherheit ist, verbindlich erklärt wird, ist die Finanzierung des CIRRNET zu revidieren. An der Bewirtschaftung und der Weiterentwicklung des CIRRNET bzw. Reporting-Netzwerks (inkl. Geschäftsstelle) werden sich alle Nutzniesser, nicht nur die Spitäler, beteiligen müssen.

Art. 58d Abs. 3 lit. d

H+ begrüsst diese Bestimmung.

Zweckmässige, an Spitalgrösse und Komplexität des Leistungsspektrums angepasste Qualitätsmanagementsysteme sind eine wichtige Grundlage einer Lern- und Sicherheitskultur in einem Betrieb.

[12] https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Bedingungen_fuer_verbindliche_Anforderungen/20180323_Positionspapier_Richtlinien_V1.0-D-1.pdf

[13] https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Position/20200630_Positionierung_Qualitaetsentwicklung_Gesetzlicher_Rahmen_V1.0_D.pdf

Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass im Rahmen des zurzeit in Entwicklung stehenden neuen nationalen Qualitätskonzepts der Vertragspartner H+, santésuisse, curafutura, u.a., genau dieser Punkt vorgesehen ist. Das BAG ist über den Stand der Arbeiten informiert.

Art. 58d Abs. 3 lit. e
Mit dieser Bestimmung besteht die Gefahr, dass jede Standesorganisation ihre «Richtlinien, inkl. Personaldotation» vorgibt (vgl. Kommentar zu Abs. 3 lit. a).

Als sinnvolle professionelle Standards sind zu nennen:

- Handhygiene-Standards und -Programme;
- Anwendung von Checklisten für sichere Chirurgie;
- Smarter Medicine – Choosing Wisely.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen des zurzeit in Entwicklung stehenden neuen nationalen Qualitätskonzepts der Vertragspartner H+, santésuisse, curafutura, u.a., genau dieser Punkt vorgesehen ist. Das BAG ist über den Stand der Arbeiten informiert.

Art. 58d Abs. 3. lit. f
Die elektronische Verordnung ist ein wichtiges und qualitätssteigerndes Element in der Verbesserung der Medikationssicherheit. Jedoch bringt die e-Medikation neue Risiken in der Versorgung der Patienten hervor, die auch in der Literatur gut beschrieben sind. e-Medikation als solitäre Massnahme einzuführen, ist unzureichend und nicht zielführend.

Eine Ungleichbehandlung von Spitälern und Pflegeheimen und Geburtshäuser im Bereich der Medikationssicherheit ist abzulehnen.

Art. 58d Abs. 4
Die in den Pflegeheimen zur Anwendung gelangenden unterschiedlichen Pflegebedarfsinstrumente (BESA, RAI-RUG und Plaisir) führen bei ein und demselben Patienten zu unterschiedlichen Einstufungen und entsprechend auch einer anderen Abgeltung der erbrachten Leistungen zulasten der OKP. Eine Überprüfung der Effizienz anhand der bereinigten Kosten ist entsprechend nicht möglich. Im Gegensatz zum Spitalbereich mit dem Vergütungsmodell vom Typus DRG fehlt im Pflegebereich ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime. Entsprechend fehlen im Kommentar auch Ausführungen, wie und durch wen die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime vorgenommen werden soll.

Art. 58d Abs. 4 lit. a
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Die verbindliche Formulierung von Abs. 4 lit. a (wie auch Abs. 3 lit. a) steht im Widerspruch zu den Ausführungen auf der Seite 13 des erläuternden Berichts, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liegt, über die Anforderungen einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden, wie auch zu den vorstehend aufgelisteten Zusicherungen des Bundesrates, dass der Bund den Kantonen in Beachtung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen weiterhin eine grosse Gestaltungsfreiheit in der Spital- und Pflegeheimplanung belässt.

Mit dieser Bestimmung wird die Planungskompetenz der Kantone unverhältnismässig eingeschränkt. Damit überschreitet der Bundesrat seine Verordnungskompetenz.

Art. 58d Abs. 4 lit. e

Die verbindliche Umsetzung der von den Fachgremien und Fachgesellschaften definierten Standards führt durch den damit in aller Regel verbundenen Stellenausbau meist zu massiv höheren Kosten. Oftmals ist gar nicht so viel Fachpersonal auf dem Arbeitsmarkt vorhanden, wie dies zur Umsetzung der Standards der Fachgremien und Fachgesellschaften nötig wäre.

Art. 58d Abs. 6

H+ lehnt diese Bestimmung ab, weil sie zu stark in die unternehmerische Freiheit der Spitäler eingreift.

Mit dieser Bestimmung will der Bundesrat, dass die Kantone über den Vollzug der Verordnung direkt in den Konzentrationsprozess der Spitallandschaft eingreifen müssen. Diese Aufgabe ist in erster Linie Sache der Spitäler und nicht der Behörden.

Es ist grundsätzlich und wiederholt festzuhalten, dass Grösse nicht zwingend Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessert. Im Gegensatz zur Hochspezialisierten Medizin (HSM) ist eine Konzentration bei allen Leistungsgruppen nicht sinnvoll. Bei der «Medizin des Häufigen» sind Kriterien wie beispielsweise Wohnortnähe, regionale Bedeutung, Wirtschaftsfaktor Spital, Fallkosten und kurze Anfahrtswege gebührend zu berücksichtigen.

Es sei hier daran erinnert, dass Spital(leistungs-)planung auch regional angedacht werden sollte und daher nicht einzig mit einrichtungsbezogenen Kriterien durchgeführt werden sollte.

Art. 58d Abs. 7

H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Diese würde den Kantonen die Möglichkeit geben, Auflagen pro Leistungsgruppe zu machen. Diese Bestimmung ist aus den Massnahmenpaketen 1 und 2 zur Kostendämpfung hergeleitet, welche gesetzgeberischen Charakter haben und vom Parlament noch nicht verabschiedet bzw. noch nicht einmal in Vernehmlassung geschickt wurden. Damit verstösst der Bundesrat gegen Gesetz und Verfassung.

Dieser Absatz bildet die Brücke zu Art. 58f Listen und Leistungsaufträge. Damit gelten die SPLG, entwickelt durch GD Zürich, als nationales Spitalplanungsinstrument.

Art. 58e Interkantonale Koordination der Planungen

Art. 58e Abs. 1

H+ lehnt diese Bestimmung ab, weil sie überflüssig ist.

Diese Bestimmung greift unverhältnismässig in die Kantonsautonomie ein und ist, wenn schon, nicht auf Verordnungsstufe, sondern auf Gesetzesstufe zu beschliessen.

Grundsätzlich ist es den Kantonen als Hauptkostenträger zu überlassen, wie sie ihre Planung durchführen.

Art. 58e Abs. 2

H+ lehnt diese Bestimmung ab. Diese Bestimmung entbehrt einer gesetzlichen Grundlage. Sie ist aber ohnehin überflüssig, weil die interkantonale Koordination den Kantonen überlassen werden kann.

Diese Bestimmung lässt einen beliebigen Interpretationsspielraum und entsprechend vielfältige Beschwerden bezüglich einer als fehlerhaft beurteilten Spitalplanung zu. Eine Spitalplanung mit derart weit gefassten und offen formulierten, praxisfernen Vorgaben, die in die Koordination der Planung einzubeziehender Kantone eingreift, wird diese vor unabsehbare Probleme bei der Planung stellen. Primat der Planung eines Kantons soll die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung seiner Bevölkerung sein.

Ausserdem ist die kantonale Planung mindestens potenziell diskriminierend gegenüber nicht-kantonalen Leistungserbringern, solange die zugrundeliegende Governance-Problematik der Mehrfachrolle der Kantone nicht gelöst ist.

Schliesslich ist nicht ersichtlich, wer bei unterschiedlichen Meinungen der Kantone entscheidet.

Seine Verordnungskompetenz überschreitet der Bundesrat insbesondere mit lit. d., der darauf hinausläuft, den Kantonen die Prüfung einer überkantonalen Planung zwingend vorzuschreiben. Hierfür besteht im geltenden KVG keine Grundlage und eine solche Pflicht kann auch nicht auf der Ebene der KVV eingeführt werden.

Art. 58f Listen und Leistungsaufträge

Art. 58f Abs. 3

H+ lehnt diese Bestimmung ab. Sie lässt einen zu grossen, zum Teil KVG-widrigen Interpretationsspielraum zu.

A) Falls diese Bestimmung so zu verstehen ist, dass sie Spitälern verbietet, Leistungen anzubieten, welche über kantonale Leistungsaufträge hinausgehen, dann ist sie KVG-widrig und abzulehnen.
B) Falls diese Bestimmung aber so zu verstehen ist, dass für das gesamte Spektrum von Leistungen, die im Bereich der OKP stationär angeboten werden, mindestens ein Spital auf der Liste aufzuführen ist, welches diese Leistungen erbringt, dann kann dieser Bestimmung zugestimmt werden.

Begründung zu A): In diesem Fall stünde Abs. 3 im Widerspruch zur Vertragsautonomie, welche den Tarifpartnern die Möglichkeit gibt, Verträge über Leistungen ausserhalb der kantonalen Spitallisten abzuschliessen. Ein Verbot für die Listenspitäler wäre ein Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit und eine krasse Benachteiligung gegenüber den Vertragsspitälern. Die Vorgabe benachteiligt die Listenspitäler bei der Entwicklung von Innovationen und neuen Versorgungsangeboten. Zudem wirkt sich diese Vorgabe innovationshemmend aus, wenn ein Spital nicht Vorarbeiten für einen neuen Leistungsauftrag leisten kann.

Gemäss Abs. 3 können Leistungsaufträge nur für das ganze Leistungsspektrum eines Spitals erteilt werden. Dies steht aber im Widerspruch zu Art. 39 KVG, wonach auch nur Abteilungen eines Spitals die Zulassung erhalten können. «Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von

Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler)…»[14]. Abs. 3 ist auch aus diesem Grund KVG-widrig.

Art. 58f Abs. 4
Diese Bestimmung ist kongruent mit der IVHSM und unbestritten.

Art. 58f Abs. 5
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Dem Wortlaut dieser Bestimmung zufolge sind die unter lit. a bis h aufgeführten Auflagen als Auswahlkatalog zu verstehen. Gemäss erläuterndem Bericht ist diese Liste nicht abschliessend: Dort heisst es, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liege, über die Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden. Die unter lit. a bis h aufgeführten Parameter sind ausnahmslos Strukturkriterien. Auch die Beispiele, die zu lit. f (Qualitätssicherung) genannt werden – interdisziplinäre Fallbesprechungen, Tumorboards, Indikationskonferenzen – sind reine Strukturkriterien. Anforderungen bezüglich Ergebnis- oder Indikationsqualität sucht man vergebens.
Damit wird unter dem Vorwand einer qualitativ hochstehenden Versorgung jede erdenkliche Strukturvorgabe für jede einzelne Leistungsgruppe legitimiert. Dies stellt einen Freipass für die Verwirklichung von Partikularinteressen dar. Im Ergebnis wird diese Bestimmung einen unabsehbaren Kostenschub auslösen. Ausserdem ist mit einem schweizweiten Wildwuchs zu rechnen. Dies läuft der expliziten Zielsetzung der Verordnung, die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone zu verringern und einen effizienten Mitteleinsatz zu fördern[15], diametral zuwider. Den gesetzlichen Auftrag, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, erfüllt der Bundesrat auf diese Weise nicht (Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Im erläuternden Bericht wird auf die Systematik des vom Kanton Zürich entwickelten und bis heute aktualisierten Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Bezug genommen. Die SPLG wurden aber einseitig entwickelt und werden nicht in allen Kantonen angewendet. Ausserdem sind die SPLG bei einigen Spitälern umstritten.

Sowohl die Art der Minimal-Anforderungen als auch die Ebene/Flughöhe pro Leistungsgruppe oder pro Prozedur bzw. CHOP-Code, wo diese Anforderungen greifen, sind sehr problematisch. In den SPLG sind bestimmte Richtlinien von bestimmten Fachgesellschaften verbindlich erklärt worden, ohne dass diese Richtlinien einem nationalen Anerkennungsverfahren unterstellt worden wären. Dies ist insofern problematisch, als diese Richtlinien Mindestanforderungen, beispielsweise an Struktur, Personaldotation und Mindestausbildung festlegen und damit Mindestanforderungen an Ressourcenbindungen voraussetzen. Die strategischen Führungsorgane der Spitäler, die diese damit verbundenen Investitionen zu verantworten haben, wurden bis zum heutigen Tag hierzu nicht angehört.

Problematisch ist auch, dass die in den SPLG hinterlegten Anforderungen zum Teil von den Kantonen einseitig aufgestellt wurden, ohne Experten oder Fachgesellschaften und wiederum ohne die strategischen Führungsorgane der Spitäler einzubinden.
Im Wissen, dass solche Anforderungen die Ermittlung der Cost Weights in der SwissDRG-Tarifstruktur beeinflussen und dass dieser Einfluss mit dem vorliegenden KVV-Revisionsentwurf drastisch zunehmen wird, fordert H+, dass die bis heute aufgestellten Minimalanforderungen unter Einbezug der strategischen und operativen Führungsorgane der Spitäler

[14] Art. 39 KVG: «Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler)…».
[15] Erläuternder Bericht, Seite 5, vierter Abschnitt.

überprüft werden und, dass beim Aufstellen künftiger Minimalanforderungen die strategischen und operativen Führungsorgane der Spitäler einbezogen werden. Die Verbindlichkeitserklärung solcher Anforderungen an Leistungsgruppen ist zudem schweizweit zu koordinieren und einheitlich zu regeln.

Werden stattdessen die Anforderungen kantonal geregelt, dann werden im schlimmsten Fall einem nationalen Preisbildungssystem 26 verschiedene Investitionsplanungen gegenüberstehen, womit ein regelrechtes Durcheinander programmiert ist. Die vorliegende Verordnungsänderung sieht leider genau das vor.

Da die Kantone die Anforderungen an die einzelnen Leistungsgruppen eigenständig und ohne interkantonale Koordination aufstellen können, gilt dies auch für die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den SPLG. Somit können die Kantone Doppelspurigkeiten oder, was schwerer wiegt, Widersprüche zu den nationalen, zwischen Vertragspartnern vereinbarten Qualitätsverträgen, schaffen. Hier besteht dringender Klärungs- bzw. Koordinationsbedarf, nicht zuletzt mit Blick auf einen sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen aller beteiligten Akteure.

Die Ausführung auf der Seite 13 des Kommentars, wonach in einem Stadtkanton höhere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden können als in einem Landkanton, kann zu schwerwiegenden Fehlinterpretationen der Verordnung führen und ist zwingend zu korrigieren. Stadtkantone können nicht höhere, sondern andere Anforderungen an die Spitäler stellen als Landkantone. Eine qualitativ hochstehende stationäre Versorgung kann auch anders als durch Mindestfallzahlen, deren qualitätsfördernde Wirkung nicht belegt ist, bewerkstelligt werden. Die Ausführung sollte lauten: In einem Stadtkanton können andere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden als in einem Landkanton.

Art. 58f Abs. 5 lit. f (Qualitätssicherung, namentlich interdisziplinäre Fallbesprechungen)
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Kantone können neu Qualitätssicherung auch auf Ebene der Leistungsgruppen gestalten, namentlich interdisziplinäre Fallbesprechungen. Als Beispiel werden im erläuternden Bericht etwa Tumorboards und Indikationskonferenzen erwähnt.

H+ lehnt die Regelung der Qualitätssicherung auf Ebene der Leistungsgruppen ab, da dies der falsche Ort und die falsche Ebene ist. Solche wichtigen Q-Sicherungsinstrumente sind in einem nationalen Kontext einheitlich zu verankern und zu lenken.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen des zurzeit in Entwicklung stehenden neuen nationalen Qualitätskonzepts der Vertragspartner H+, santésuisse, curafutura, u.a., genau dieser Punkt vorgesehen ist. Das BAG ist über den Stand der Arbeiten informiert.

Es fehlt schliesslich jede Koordination mit der KVG-Revision vom 21. Juni 2019 über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie mit der entsprechenden, ebenfalls in Vernehmlassung befindlichen Verordnungsänderung.

Art. 58f Abs. 5 lit. g (Mindestfallzahlen)
H+ lehnt Mindestfallzahlen als isoliert festgelegte Auflage pro Leistungsgruppe ab.

Für einige Leistungen konnte eine Korrelation von Mindestfallzahlen und Ergebnisqualität nachgewiesen werden, für andere nicht. Korrelation ist aber – hier wie auch sonst – nicht gleichbedeutend mit Kausalität. Eine blosse Steigerung von Fallzahlen bewirkt nicht automatisch bessere Qualität.

Der Bundesrat machte 2013 folgende, auch heute noch; gültige Feststellung: «Nach Artikel 58*b* Absatz 5 Buchstabe c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten. Für bestimmte, insbesondere komplexe Behandlungen ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität in der wissenschaftlichen Literatur belegt. Jedoch sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die generelle Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vorhanden. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenig Studien oder keine empirische Evidenz. Ein Vergleich, der in verschiedenen Ländern festgesetzten Mindestfallzahlen zeigt, dass sie in Bezug auf die gleiche Leistung beträchtlich variieren. Ein vorsichtiges und pragmatisches Vorgehen ist so lange angebracht, als die wissenschaftlichen Grundlagen für die Festsetzung von Mindestfallzahlen in vielen Bereichen noch nicht vorhanden sind.»[16]

Weder die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) noch wissenschaftliche Abhandlungen belegen die Wirksamkeit von Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsverbesserung in der Grundversicherung. Mindestfallzahlen machen Sinn, wenn es darum geht, sehr tiefe Fallzahlen und damit sogenannte Gelegenheitsoperationen zu vermeiden, also typischerweise bei komplexen Eingriffen und Behandlungen, die der Hochspezialisierten Medizin (HSM) zugerechnet werden.

Eine zu rigide Beurteilung von Fallzahlen lässt ausser Acht, dass Fallzahlen von Jahr zu Jahr je nach Inzidenz der untersuchten Krankheits- und Unfallbilder beträchtlich schwanken können und deshalb kein justiziables Kriterium sein dürfen.

Mindestfallzahlen können einerseits einen Fehlanreiz zur Mengenausweitung darstellen und anderseits, wenn sie nicht erreicht werden, zu einer unverhältnismässigen Einschränkung des Leistungsspektrums führen (Stop-and-Go-Regelung). In beiden Fällen tragen Mindestfallzahlen nichts zur qualitativen Verbesserung der Versorgung bei, viel eher zu deren Verschlechterung.
Bei Vorgaben zu Mindestfallzahlen besteht ein nicht zu unterschätzender Anreiz, nicht indizierte, d.h. medizinisch nicht notwendige Operationen und Eingriffe vorzunehmen, um die Mindestfallzahlen zu erreichen. Werden die Mindestfallzahlen auch noch pro Operateur gefordert, dann werden die Spitäler in grossem Masse abhängig von Ärztinnen und Ärzten, welche diese Mindestfallzahlen vorweisen können. Diese Anreize führen zwangsläufig zu Mehrkosten, ohne dabei die Qualität der Versorgung zu verbessern. Mindestfallzahlen pro Operateur sind deshalb auf jeden Fall abzulehnen, auch wenn dies in bestimmten Kantonen bereits praktiziert wird.

Der Bundesrat schafft einen Widerspruch, wenn er einerseits Anreizsysteme zur Mengenausweitung verbieten (siehe Art. 58f Abs. 7) und anderseits mit Mindestfallzahlen einen entgegengesetzten Anreiz vorschreiben will.

Im KVG werden Mindestfallzahlen leider oft als Planungs- und nicht als Qualitätssicherungskriterium eingesetzt. Allerdings ist festzuhalten, dass eine solche Anwendung vom BVGer gutgeheissen wurde. Gemäss Auslegung des BVGer können Mindestfallzahlen nicht nur für Spitäler und Spitalstandorte, sondern auch für einzelne Operateure und für Operationsteams festgelegt werden[17]. Auf dieser Basis können Mindestfallzahlen unter dem Vorwand einer Qualitätsverbesserung zur planwirtschaftlichen Steuerung des stationären Angebots verwendet werden.

[16] Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllungdes Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, unddes Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010.
[17] BVGer, Urteil vom 14. September 2018 (C-5603/2017), Erw. 7.6.2.

Den Kantonen mit Mindestfallzahlen eine Mindestanforderung mit einer derart starken Hebelwirkung vorzuschreiben, kann gefährlich sein und ist deshalb abzulehnen. **Falsch angewendet können Mindestfallzahlen die Förderung der Sicherheitskultur und der Indikationsqualität geradezu zerstören.** Der Leidtragende ist in diesem Fall einzig und allein der Patient.

Damit Mindestfallzahlen sinnvoll und zu Gunsten des Patienten genutzt werden mit dem Ziel, Patientensicherheit und Leistungsqualität sowie einer den WZW-Kriterien genügenden Behandlung zu fördern, ist es dringend notwendig, weitsichtige Spielregeln aufzustellen, die den Umgang mit Mindestfallzahlen festlegen, damit die Variable Mindestfallzahl nicht nur als simples (und falsches) Steuerungsinstrument der regionalen Versorgungspolitik dient. H+ empfiehlt folgende Prinzipien:

1. Mindestanforderungen an Mindestfallzahlen sind mit dem einzigen Fokus der Patientensicherheit und -zufriedenheit und unter der Berücksichtigung einer aus Sicht des Patienten zu beurteilenden Indikationsqualität zu definieren.
2. Wo eine entsprechende medizinische Evidenz vorliegt, sollen Mindestfallzahlen festgelegt werden, sofern das in Punkt 1 formulierte Prinzip nicht tangiert ist.
3. Mindestanforderungen an Mindestfallzahlen mit dem expliziten Ziel der Steuerung der Versorgungs- und Spitalplanung sollten nur in Ballungszentren vorgenommen werden bzw. in Regionen, wo ein Überangebot nachgewiesen wurde und anderweitige Massnahmen nicht gegriffen haben. Dabei darf Punkt 1 nicht verletzt werden.

Art. 58f Abs. 5 lit. h

H+ lehnt diese Bestimmung aus den gleichen Gründen wie unter Art. 58f Abs. 5 ausgeführt ab.

Mit dieser Bestimmung wird die Beliebigkeit von Art. 58f Abs. 5 gewissermassen vervollständigt.

Wenn Mindestanforderungen auf kantonaler Ebene festgelegt werden, werden einem nationalen Preisbildungssystem (SwissDRG) 26 verschiedene Investitionsplanungen gegenübergestellt, womit eine Inkohärenz grösseren Ausmasses programmiert ist.

Art. 58f Abs. 6

H+ lehnt diese Bestimmung ab. Die Vorgabe von maximalen Leistungsmengen widerspricht dem Sinn und Zweck der Neuen Spitalfinanzierung.

Gemäss erläuterndem Bericht wird «mit dem ausdrücklichen Hinweis auf die Möglichkeit der Mengensteuerung im Absatz 6 Klarheit geschaffen darüber, dass dieses Instrument zulässig ist» [18]. Mit dieser bemerkenswert deutlichen Aussage gibt der Bundesrat explizit zu, dass er eine gesetzgeberische Vorgabe auf Verordnungsstufe festzulegen versucht. Ein solches Vorgehen ist, bei aller Anerkennung für so viel Ehrlichkeit, nicht akzeptabel.

Maximale Leistungsmengen führen faktisch zu einer Mengenbegrenzung und sind mit dem Wettbewerbsgedanken des KVG und mit der KVG-Teilrevision im Bereich der Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 («Neue Spitalfinanzierung») nicht vereinbar.

Die Begrenzung auf effektive maximale Leistungsmengen schränkt die in Art. 41 Abs. 1 KVG statuierte Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten wesentlich stärker ein als dies bei Planvorgaben und geplanten Leistungsmengen der Fall ist. Dadurch würden Spitäler mit

[18] Erläuternder Bericht, Seite 14.

einer hochstehenden Qualität benachteiligt, was nicht im Sinn einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und des vom Gesetzgeber gewollten Qualitätswettbewerbs sein kann.

Sollten maximale Leistungsmengen vorgeschrieben werden, müssten Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auf ein anderes Spital ausweichen, falls das frei gewählte Spital die Höchstmenge der nachgesuchten Leistung überschritten hat. Im schlechtesten Fall müsste ein Spital Patienten abweisen oder Eintritte verzögern. Dies würde einer bestimmten Form von Rationierung entsprechen. Die Folge könnte eine «Zweiklassenmedizin» sein. Auch dies kann nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sein.

Letztlich schwächt diese Vorgabe den vom Gesetzgeber explizit geforderten und gewollten Qualitätswettbewerb. Ohne die gesetzlichen Grundlagen im KVG zu ändern, kann eine solche Massnahme nicht vorgeschrieben werden.

Im erläuternden Bericht wird versucht, die Bestimmung über maximale Leistungsmengen mit dem Hinweis zu rechtfertigen, dass Art. 51 KVG die Möglichkeit der Festsetzung eines Globalbudgets durch die Kantone vorsehe. Aus folgenden Gründen trifft dieses Argument nicht zu:

- Aus einer gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit für einzelne Kantone kann keine schweizweite Verpflichtung auf Verordnungsebene abgeleitet werden. Damit würde der Bundesrat seine Kompetenzen deutlich überschreiten.
- Beim Globalbudget gemäss Art. 51 KVG handelt es sich um ein finanzielles Steuerungsinstrument. Auch wenn sich ein Globalbudget auf die Menge der erbrachten Leistungen auswirken kann, handelt es sich dennoch nicht um ein Instrument zur Begrenzung der Leistungsmengen.

Somit bleibt es dabei, dass die Bestimmung KVG-widrig ist.

Art. 58f Abs. 7

Es ist zwar richtig, dass Missbräuche mittels mengenabhängiger Boni oder Kickbacks für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten verhindert werden sollen. Allerdings könnte diese Bestimmung die Vergütung von Belegärzten infrage stellen, welche keinen Lohn beziehen, sondern für erbrachte Leistungen honoriert werden. Soll das etablierte und weitverbreitete Belegarztsystem nicht gefährdet werden, gilt es im Interesse der Rechtssicherheit klarzustellen, dass es sich hierbei nicht um ein «unsachgemässes ökomisches Anreizsystem» handelt.
Weiter ist denkbar, dass eine Entlöhnung der Ärzteschaft nach Ärztlicher Leistung (AL) im ambulanten Bereich, nach Honoraren im Zusatzversicherungsbereich oder nach DRG-Anteilen im stationären Bereich dazu führen könnte, dass ein Spital nicht auf die Spitalliste kommt. Letztlich stellt sich die Frage, ob nicht der Einzelleistungstarif TARMED an sich schon ein «unsachgemässes ökonomisches Anreizsystem» ist. Eine derart weitreichende Frage kann selbstverständlich nur politisch entschieden werden und auf keinen Fall auf dem Weg einer Verordnung.

Das KVG schreibt leistungsbezogene Entschädigungen vor. Die neue Vorschrift darf weder das Belegarztsystem verunmöglichen noch die vom KVG vorgeschriebene Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen. Soweit im Auftragsverhältnis der Belegärzte fallweise Vergütungen erbracht werden, ist dies nicht unsachgemäss[19].

[19] Weiter wird in der Antwort des Regierungsrates des Kantons Zürich auf die Motion 87/2018 folgendes festgehalten: *«Ob ein medizinischer Eingriff in einem Spital gerechtfertigt ist, haben die an Listenspitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte aufgrund wissenschaftlicher Kriterien (medizinische Indikation) und nicht nach ökonomischen Interessen zu beurteilen. Eine Intervention ist dann angezeigt, wenn der medizinische Nutzen für die Patientin oder den Patienten grösser ist als das medizinische Risiko. Ob ein Eingriff durchgeführt wird, darüber entscheidet aber letztlich die*

Es ist jedoch richtig, dass der Verordnungstext die Vorschrift auf die obligatorische Krankenpflege beschränkt. Vorschriften in Bezug auf die Vergütungen im Zusatzversicherungsbereich nach VVG wären nicht statthaft und würden gegen die Handels- und Gewerbefreiheit verstossen. (Hinweis: Nach KVG sind alle medizinisch notwendigen Tätigkeiten OKP-relevant).

Letztlich ist der praktische Nutzen dieser Vorschrift in Frage zu stellen. Es gibt heute schon verschiedene anerkannte Verfahren, Leistungen, die nicht (mehr) den WZW-Kriterien entsprechen, aus der OKP auszuschliessen. Wir denken hier insbesondere an:

- HTA-Strategie des Bundes;
- HTA-Aktivitäten des Swiss Medical Board;
- Smarter Medicine – Choosing Wisely.

Art. 59c Tarifgestaltung

H+ lehnt diesen Artikel ab.

Die Vorgaben dieses Artikels stellen einen massiven Eingriff in die gesetzlich verankerte Tarifpartnerschaft dar und engen den Spielraum sowohl der Leistungserbringer als auch der Kostenträger massiv ein. Zudem sind darin Bestimmungen enthalten, die offensichtlich aus dem Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung (MPK I) stammen, die zurzeit im Parlament beraten werden. Es handelt sich somit nicht um Ausführungsbestimmungen zu bestehenden Gesetzen, sondern um Verordnungsbestimmungen mit Gesetzescharakter. Die Bestimmungen zum Benchmark (Art. 59 c lit. c) verhindern, dass sich Spitäler über die Möglichkeit, Gewinne zu erwirtschaften, für Sanierungen, Innovationen und Neubauten refinanzieren können. Dies steht im Widerspruch zur Revision des KVG über die Spitalfinanzierung, welche, wie das BVGE bestätigte, Effizienzgewinne zulässt.

In Anbetracht der nun vorliegenden ausführlichen Spielregeln der «Einheitlichen Ermittlung und Beurteilung der Effizienz einzelner Spitäler» ist weiter davon auszugehen, dass die von der Rechtsprechung als Korrektur für die Abbildungsgrenzen von Tarifstrukturen wie SwissDRG oder TARPSY anerkannte Bildung homogener Vergleichsgruppen abgeschafft werden soll, was mit dem heute angewendeten Benchmarking-Modell falsch wäre.

Künftig dürfte Gegenstand der Verhandlungen weniger die Höhe der Effizienzgrenze sein (da per Verordnung gesetzt), sondern vielmehr Inhalt und Höhe der spitalbezogenen Zuschläge und Abzüge nach Benchmarking.

Für H+ ist die Einführungsphase des Tarifsystems SwissDRG nicht abgeschlossen. Zentrale verzerrende Elemente konnten bis heute nicht korrigiert werden: Finanzierung von Hochdefizitfällen, Abbildung sehr unterschiedlicher Vorhalteleistungen und anderer Mehrleistungen je nach Stellung in der Versorgungspyramide, national einheitliche Definition und Bewertung von GWL, Regelung der Finanzierung der GWL, u.v.a.m. Daran ändern die im Auftrag des BAG durchgeführten und kürzlich publizierten Studien von ECOPLAN nichts.

Die Festlegung des Benchmarks auf den 25. Perzentil bedeutet nichts anderes, dass 75 % unserer Schweizer Spitäler als ineffizient beurteilt werden, was nicht zutrifft, und wofür es

---

Patientin oder der Patient [...]. Anhaltspunkte für eine systematisch an finanziellen Fehlanreizen orientierte Mengenausweitung der stationären Fälle, die durch eine Lohnmodellbeschränkung reduziert werden könnte, bestehen nicht.» Die Antwort des Regierungsrates widerspricht der Unterstellung, dass eine Mengenausweitung aufgrund von Entschädigungssystemen stattfindet.

nicht im Ansatz einen Beleg gäbe. Wie das BAG auf Einsparungen in der OKP von angeblichen 250 Millionen Franken kommt, ist nicht nachvollziehbar. Es handelt sich aber mit Sicherheit um eine zu vereinfachende und zu tiefe Hochrechnung.

Mit dieser Massnahme wird einzig das Ziel verfolgt, das OKP-Prämienwachstum in Schranken zu halten. Dabei wird vollkommen ausser Acht gelassen, dass aus Sicht des Bürgers, der sowohl Prämien- als auch Steuerzahler ist, im Ergebnis kein einziger Rappen gespart wird.

Wie unter dem Regime eines auf das 25. Perzentil festgelegten Benchmarks effiziente und qualitativ hochstehende Spitäler überleben können, ist höchst ungewiss.
Öffentliche Spitäler können eine finanzielle Unterstützung über die Hintertür der GWL erhalten. Auch können Spitalinfrastrukturen aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhalten werden. Diese Art der Finanzierung widerspricht jedoch dem geltenden Gesetz, welches zumindest für effizient arbeitende Spitäler die Deckung der Vollkosten über die OKP-Tarife vorschreibt und unter den Subventionen und anderen Querfinanzierungen der OKP verpönt sind.
Allenfalls werden Spezialkliniken, welche unterhalb der sogenannten Effizienzgrenze arbeiten, oder Spitäler mit eingeschränktem, aber im SwissDRG-System gut bis sehr gut abgebildetem Leistungsspektrum überleben können. Spitäler mit einem Gesamtspektrum oder Endversorger werden jedoch niemals eine Chance haben, «effizient» zu produzieren. Das liegt nicht etwa an einem ineffizienten Umgang mit Ressourcen, sondern ist einzig und allein durch die systemimmanenten Abbildungsgrenzen der Tarifstruktur bedingt. Unser heutiges SwissDRG Preisbildungs-Modell (SwissDRG Tarifstruktur & OKP-Benchmarking) ist mit verzerrenden Variablen behaftet, welche die Leistungserbringer nicht beeinflussen können und mit Effizienzsteigerung nichts zu tun haben.

Schliesslich können Kantone, die auch Spitalinhaber sind, mit der vorliegenden Verordnung die Spitalplanung (Versorgungsplanung, Aufstellen von Spitallisten und Erteilung von Leistungsaufträge via SPLG) die Minimalanforderungen pro Leistungsgruppe ihren Gegebenheiten nach freiem Ermessen anpassen.

Art. 59c Abs. 1 lit. a.
Diese Bestimmung soll an die Rechtsprechung des BVGer angepasst werden, statt unverändert aus der geltenden KVV übernommen zu werden.

Diese Bestimmung führte in der Vergangenheit, insbesondere bei der Einführung von SwissDRG, zu viel Verwirrung. In der Folge klärte das BVGer den Sachverhalt mit dem Leitentscheid C-1698/2013 LUKS[20]. Nicht die individuellen Kosten sollen vergütet werden, sondern der Benchmark. Somit sind Effizienzgewinne erlaubt, d.h. der Tarif darf auch höher sein als die vom Leistungserbringer (sprich Spital) transparent ausgewiesenen Kosten.

Statt diese Bestimmung unverändert zu lassen, sollte das Ergebnis des Bundesgerichtsentscheids uneingeschränkt und explizit übernommen werden. Die unter Absatz 2 formulierte Einschränkung in Bezug auf Vergütungsmodelle vom Typus DRG ist nicht präzis genug formuliert worden und genügt deshalb nicht, um endlich Klarheit zu schaffen, auch wenn im erläuternden Bericht richtigerweise auf C-1698/2013 verwiesen wird.

[20] Kapitel 2, Botschaft 1 bis 4 in https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Entscheide_der_Bundesgerichte/Zusammenfassung__BVGer_Urteile_V1.4_Dezember_2018.pdf

Art. 59c Abs. 2

H+ fordert eine gewichtete Effizienzgrenze. Die Gewichtung erfolgt mittels zwei Faktoren:

- der Schweregrad der Fälle und
- die Anzahl Fälle oder der Casemix.

Dieser Forderung wird in diesem Absatz nur teilweise Rechnung getragen, wenn das Benchmarking nur aufgrund leistungserbringerbezogener Basiswerte bei einem Cost Weight (CW) von 1 erfolgt. Damit wird zwar dem Schweregrad Rechnung getragen, nicht aber der Fallmenge.

Art. 59c Abs. 3

H+ lehnt diese Bestimmung ab. Diese greift der laufenden Gesetzgebung auf unzulässige Weise vor.

Hier fehlt ein zentrales Element, nämlich die Bewertungsbasis der Überprüfung. Ob bei Einzelleistungstarifen oder bei Pauschaltarifen, die Bewertungsbasis muss in jedem Fall auf Ist-Kosten und nicht auf Norm-Kosten abstellen.

In einem pauschalierenden System, das zum Ziel hat, den ambulanten Bereich abzudecken, rücken die Durchlässigkeit zwischen stationärem und ambulantem Sektor sowie das Abstellen auf Ist-Kosten in den Vordergrund. Normkosten und jedwede Tarifmodelle, die auf Normansätze abstellen, haben endgültig ausgedient.

Die Bestimmung, wonach die Vertragsparteien bei Einzelleistungstarifstrukturen zu prüfen haben, ob sich Positionen zusammenfassen lassen, ist gemäss erläuterndem Bericht eine Ergänzung zum Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung, womit auf Stufe Gesetz die Vereinbarung von ambulanten Pauschalen gefördert werden soll[21]. Weiter heisst es im erläuternden Bericht: «Es ist aber selbstverständlich denkbar, dass pauschalierte Elemente weiterentwickelt und in separaten Tarifverträgen als Pauschalen vereinbart werden. Diese Pauschalen können losgelöst von der Einzelleistungstarifstruktur vereinbart werden, sie erfordern eine Genehmigung durch die entsprechende Behörde.»

Dazu ist folgendes zu bemerken:

- Dem Bundesrat ist offensichtlich entgangen, dass sich das Paket 1 aktuell in der parlamentarischen Beratung befindet. Diesen gesetzgeberischen Prozess hat er zu respektieren, er kann ihm in keiner Weise vorgreifen. Die Verordnung hat dem Gesetz zu folgen, nicht umgekehrt. Mangels entsprechender gesetzlicher Grundlage stellt diese Vorschrift daher unter dem geltenden KVG ein unzulässiger Eingriff in die Tarifautonomie dar. Damit wird abermals deutlich, dass die KVV-Änderung verfrüht ist. Sie macht erst dann Sinn, wenn die einschlägigen Gesetze verabschiedet sind.
- Es erstaunt und befremdet zugleich, wenn auf Verordnungsstufe die Zusammenfassung von Positionen des Einzelleistungstarifs als Förderung von ambulanten Pauschalen beworben wird. Ein Tarifsystem, das aus einem Mix von Einzelleistungen und Pauschalen bestünde, würde zu kaum lösbaren Problemen bei der Tarifanwendung führen und hätte niemals die Vorteile, die ein «richtiger» ambulanter Pauschaltarif mit sich bringen würde.

Es ist nicht nur «denkbar», ambulante Pauschalen in separaten Tarifverträgen abzuschliessen, wie dies im erläuternden Bericht etwas zögerlich formuliert wird, sondern eine von Anbeginn des KVG an in Art. 43 Abs. 2 lit. c gesetzlich festgeschriebene Alternative zum Einzelleistungstarif. Zudem hielt das BVGer im Urteil C-5123/2018 vom 4. Juli 2019 fest, dass ambulante Pauschaltarife mit schweizweiter Geltung vom Bundesrat zu genehmigen sind.

[21] Erläuternder Bericht, Seite 17.

Wenn der Bundesrat ambulante Pauschalen tatsächlich fördern will, sollte er sich auf die heute gültigen gesetzlichen Grundlagen abstützen. Noch besser wäre, er würde das Ergebnis der parlamentarischen Beratungen zum Paket 1 über kostendämpfende Massnahmen abwarten. Darin sind Bestimmungen über ambulante Pauschalen enthalten, welche bei der Umsetzung zu berücksichtigen sein werden. Die KVV wird davon Rechnung tragen müssen. In dieser Hinsicht ist die vorgeschlagene KVV-Änderung verfrüht und sollte, da ohnehin über weite Strecken gesetzeswidrig, zurückgezogen werden.

Art. 59c Abs. 4
Vgl. Kommentar zu Art. 59c Abs. 3.

Art. 59c^{bis} Tarifberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG (neu)

H+ lehnt Art. 59c^{bis} insgesamt ab.

Ohne den Ausdruck zu verwenden, steuert der Bund auf eine Einheits-Baserate zu und hebelt damit praktisch den Verhandlungsspielraum gänzlich aus. Das gilt insbesondere für die fixe Festlegung mit «höchstens dem Perzentilwert». Das bedeutet in der Umsetzung eine Abwärtsspirale für alle Baserates. Unter Einbezug der Geburtshäuser und der spezialisierten Institutionen wird der maximale Benchmarkwert vom 25. Perzentil mindestens 90 % der gesamten Leistungserbringung der Akutsomatik (d.h. 90 Prozent der Fälle oder des Casemix) in der Schweiz zu nicht kostendeckenden Tarifen zwingen. Strukturveränderungen werden aus Kostengründen gerade deshalb nicht mehr vorgenommen werden können.

Anreize zu einer höheren Effizienz sind nur dann wirksam, wenn sie fair und erreichbar sind. Für ein effizient arbeitendes Spital mit Notfallstation ist im Vergleich mit Geburtshäusern und spezialisierten Kleinstkliniken im 5-Tage-Betrieb die Chance auf einen kostendeckenden Tarif praktisch gleich Null.

Zusammengefasst hätte der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils einen Qualitätsabbau und einen steigenden Druck auf das Personal inkl. Personalabbau zur Folge. Die qualitativ gute Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung würde gefährdet. Zudem würde das Gesundheitswesen als grösster Wirtschaftsfaktor der Schweiz geschwächt.

Bei einem in der Verordnung festgelegten fixen 25. Perzentilwert werden die Versicherer und der Preisüberwacher zugelassene «Zuschläge» bekämpfen und «Abzüge» fordern.

Dass die Versicherer allein den Benchmarkwert festlegen sollen, ist eine Zumutung, die ins Bild der Verordnung passt. Entweder der Benchmark geschieht partnerschaftlich oder eine unabhängige und wissenschaftliche Institution wird vom Bund oder den Tarifpartnern damit beauftragt.

Da es auch hier um einen Eingriff des Bundes in die Tarifberechnung in die Hoheit der Tarifpartner und bei der Genehmigung in jene der Kantone eingreift mit Verordnungsbestimmungen, die klar Gesetzescharakter haben, lehnt die H+ Geschäftsstelle den ganzen Art. 59c^{bis} ab.

Art. 59c^{bis} Abs. 1 lit. a
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Gemäss dieser Bestimmung sollen die schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten aller Leistungserbringer, die mit einer bestimmten DRG-Tarifstruktur abrechnen, einem einzigen gesamtschweizerischen Benchmarking einbezogen werden.

Im Bereich SwissDRG würde dies bedeuten, dass ins Benchmarking zur Ermittlung der Spitaltarife auch die Geburtshäuser einzubeziehen wären. Dies würde jedoch zu gesetzwidrigen Ergebnissen führen und ist daher abzulehnen: Die Geburtshäuser verwenden zwar ebenfalls SwissDRG, es handelt sich aber von Gesetzes wegen um eine separate, von den Spitälern zu unterscheidende Leistungserbringer-Kategorie für die – entscheidend – andere regulatorische Rahmenbedingungen gelten als für die Spitäler. So müssen die Geburtshäuser insbesondere keine ärztliche Betreuung sicherstellen und können ihre Leistungen mit einer technisch viel einfacheren Infrastruktur erbringen. Aufgrund dieser Leistungsunterschiede lassen sich auch die schweregradbereinigten Fallkosten von Spitälern und Geburtshäusern nicht fair vergleichen.

Hinzu kommt, dass die schweregradbereinigten Fallkosten der Geburtshäuser aufgrund kleiner Fallzahlen stark durch jährlich sich ändernde Zufälligkeiten verfälscht werden. Ihr Einbezug ins Benchmarking wäre umso verzerrender, wenn tatsächlich eine Gewichtung des Benchmarks nach Anzahl Institutionen vorgeschrieben werden sollte.

Es sind folglich für Spitäler und Geburtshäuser separate Benchmarkings vorzuschreiben.

Art. 59c^{bis} Abs. 1 lit. a Ziff. 1
Der Ausdruck «nicht ausreicht» soll, sofern überhaupt möglich, definiert werden. Andernfalls ist er zu streichen. Weiter ist festzulegen, wer darüber entscheiden, was «ausreicht» und «nicht ausreicht».

Art. 59c^{bis} Abs. 1 lit. b
Vgl. Kommentar zu Art. 59c.

H+ lehnt diese Bestimmung dezidiert ab.

Diese ist gesetzeswidrig und gefährdet die Qualität und die Versorgungsicherheit der stationären Versorgung in der Schweiz.

Die Festlegung eines maximalen Benchmarkingwertes durch die Verordnung untergräbt die Tarifautonomie sowohl bei der Wahl der Methode für die Preisbestimmung als auch bei der Höhe des Benchmarkingwertes. Die Tarifpartner werden mit diesem System tariflich zu reinen Befehlsempfängern degradiert. Verhandlungen sind dann nicht mehr sinnvoll.

Der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils soll aufgrund der Fallnormkosten aller Leistungserbringer in der Schweiz berechnet werden, die nach demselben Vergütungsmodell abrechnen. Mit einem solchen Benchmarkverfahren werden Unterschiede zwischen Leistungserbringern wie Spezialkliniken, Zentrumsversorgern und Geburtshäusern nicht berücksichtigt. Bevorteilt würden übermässig spezialisierte Organisationen mit engem Leistungsspektrum. Weitere ungebührliche Verzerrungen des Ergebnisses entstünden durch den Einbezug von Organisationen ohne Notfallstation und durch regional unterschiedliche Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten).

Im Wissen, dass weder die SwissDRG- noch die TARPSY-Tarifstruktur (und in Zukunft auch die Tarifstruktur ST Reha) ausgereift sind und solche Tarifstrukturen Systemgrenzen haben und immer haben werden, werden alle Leistungen bzw. Leistungserbringer über den gleichen Kamm geschoren. Der Bundesrat zementiert damit bestehende Mängel anstelle diese zu beheben bzw. beheben zu lassen.

Entweder wird die SwissDRG Tarifstruktur verbessert oder das Benchmarking-Modell wird weiterentwickelt, zum Beispiel in Richtung eines Benchmarking-Modell, welches auf «korrigierte Fallnormkosten» abstellt (vgl. Polynomics-Studie[22]).

Für die Festlegung des 25. Perzentils als Benchmarkwert findet sich im Kommentar keine über die Entlastung der OKP und des Bundes hinausgehende Begründung. Insbesondere fehlen Ausführungen über die Auswirkungen des Benchmarkwerts auf die Spitäler. Regulierungsfolgenabschätzungen (RFA) sind jedoch bei sämtlichen Rechtsetzungsvorhaben des Bundes auf allen Stufen durchzuführen (vgl. Allgemeiner Teil. Regulierungsfolgenabschätzungen). Dies gilt insbesondere bei Vorhaben, welche einzelne Branchen besonders stark belasten, wie dies mit vorliegendem Verordnungsentwurf für die Spitalbranche zweifellos der Fall ist. Der vorgesehene Benchmark auf dem 25. Perzentil ist willkürlich, folgt einseitig der Sicht der Versicherer, qualifiziert die Spitäler mit einem Vollversorgungsangebot grossmehrheitlich als unwirtschaftlich. Die Folge daraus wäre ein Qualitätsabbau. Insgesamt würde dadurch die qualitativ gute Gesundheitsversorgung der Schweiz gefährdet beziehungsweise gar beeinträchtigt. Dies kann wohl nicht die angestrebte Wirkung eines Benchmarkwerts sein. Das Bundesverwaltungsgericht hat Benchmarkwerte bis zum 50. Perzentil geschützt. Es besteht dementsprechend kein Grund, in der Verordnung einen derart tieferen Wert festzulegen. Nur ein Benchmarkwert auf dem 50. Perzentil stellt sicher, dass wenigstens durchschnittliche Akutspitäler mit einem Vollversorgungsangebot im Benchmark ausreichend und angemessen abgebildet werden und die notwendigen finanziellen Mittel für einen effizienten Betrieb mit einer hochstehenden Qualität erwirtschaftet werden können.

Aufgrund der bisherigen Erfahrung im In- und Ausland hat sich gezeigt, dass Perzentilwerte unter 50 % systemgefährdend sind. Hingegen entfaltet eine zuverlässige, mittel- bis langfristige Aussicht auf die Entschädigung des 50. Perzentils eine in ausreichendem Masse kostendämpfende Wirkung. Die positiven und negativen Ausreisser hingegen dürfen nicht Bestandteil des Benchmarks sein.

Die Festlegung eines Benchmarks unter dem 50. Perzentil hätte angesichts ihrer Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung der Spitäler und/oder die Spitallandschaft wie auch des damit verbundenen massiven Eingriffs in die Verhandlungsautonomie der Tarifpartner zwingend auf Gesetzesstufe erfolgen müssen. Wird, wie im Revisionsentwurf vorgesehen, bezüglich des massgebenden Perzentils auf die Anzahl der Leistungserbringer abgestellt, kommt Kleinstspitälern mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl bei der Ermittlung des Benchmarkwerts ein übermässiges Gewicht zu. Dies ist umso weniger gerechtfertigt, als es sich bei diesen Spitälern oftmals um Sonderfälle handelt, deren schweregradbereinigten Fallkosten u.a. von zufälligen Fallzahlschwankungen stark beeinflusst werden. Der gleichmässige Einbezug aller Spitäler unabhängig von der Fallzahl und des Schweregrads der Fälle in den Benchmarks führt entsprechend zu einem verzerrten Effizienzmassstab und verwässert die Aussagekraft des Benchmarks. Der Benchmark sollte auf repräsentativen Daten beruhen und eine Gewichtung der Institutionen aufgrund des Casemix (Menge und Schweregrad der behandelten Fälle) beinhalten.

[22] http://www.usz.ch/Documents/Polynomics_Das20Fallpauschalenmodell_Schlussbericht_20151119.pdf

Gemäss dem Kommentar zu Art. 59c bis Abs. 4 haben sich die Vergütungen an jenen Spitälern zu orientieren, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität erbringen. Bei den im Absatz 1 enthaltenen Schritten zur Ermittlung des Benchmarkwerts bildet die Erbringung der versicherten Leistung in der notwendigen Qualität kein entsprechendes Kriterium. Spitäler, welche die versicherte Qualität nicht in der notwendigen Qualität erbringen, dürften nach dem Kommentar eigentlich gar nicht in die Ermittlung des Benchmarkwerts einbezogen werden.

Bei den Institutionen, die über dem 25. Perzentil liegen, hätte diese Bestimmung einen Qualitätsabbau, einen steigenden Leistungsdruck auf das Personal und wohl auch in vielen Spitälern einen Personalabbau zur Folge. Zudem würde das Gesundheitswesen als grösster Wirtschaftsfaktor geschwächt.

Sollten 75 % der stationären Gesundheitsversorger systematisch und dauerhaft als unwirtschaftlich deklariert werden, würde dies eine ruinöse Abwärtsspirale auslösen, an deren Ende die Kantone – ausserhalb der KVG-Gesetzgebung! – in die Spitalfinanzierung eingreifen müssten, wenn sie die Versorgung aufrechterhalten wollten, was sie aufgrund ihres verfassungsmässigen Auftrags aber eigentlich tun sollten.

Die Studie von Polynomics «Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking» vom 4. Juni 2020[23] weist die Mängel der heutigen Benchmark-Ansätze nach und zeigt in einer Simulation, wie sich die Spitallandschaft mit dem 25. Perzentil entwickeln würde, falls keine zusätzlichen Mittel (Subventionen, Spenden) oder neues Kapital von den Eigentümern an die Spitäler fliesst:

- Nach 7 Jahren haben alle Universitätsspitäler ihr Eigenkapital durch die resultierenden Defizite aufgebraucht und verschwinden aus dem Markt;
- Nach 14 Jahren existieren nur noch die Hälfte der Spitäler;
- Nach 25 Jahren existieren nur noch ein Fünftel der Spitäler;
- Nach 46 Jahren bleibt ein Spital übrig.
- Über alle Jahre hinweg besteht eine Unterdeckung im System, allein in den ersten 9 Jahren summiert sich die Unterdeckung auf 3.7 Milliarden Franken.

Die vom BAG kalkulierten Minderkosten von CHF 200-250 Millionen in der OKP, die realisiert würden, wenn anstelle des 40. Perzentils das 25. Perzentil als Effizienzgrenze festgelegt werden würde, sind massiv unterbewertet, zumal sich ohnehin nur auf den 45 %-Finanzierungsanteil der OKP beziehen. Tatsächlich fallen die Mindererträge aus der Sicht der Leistungserbringer mit CHF 1,2 Milliarden 5- bis 6-mal höher aus.

Die von H+ prognostizierten Minderkosten bzw. nationale Spitalunterdeckungen beruhen auf dem Betriebsjahr 2018 und wurden vom Verein Spitalbenchmark berechnet:

Ermittlung der von H+ prognostizierten OKP-Minderkosten bzw. Spitalunterdeckung

Betriebsjahr 2018
Alle Spitäler (ohne Geburtshäuser)

[23] https://www.vzk.ch/downloadcenter/dokumente-vzk/polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf

Basisfallwert bei CW = 1 (OKP-Effizienzgrenze)	VKL	Nachhaltige Finanzierung
Gewichtetes arithmetisches Mittel	10’298	**10’638**
25. Perzentil	9’755	-
CMI	1.080	
CM Schweiz	1'239'697.784	
CM Schweiz bei 1.0	1'147’868.32	

Quelle: Verein Spitalbenchmark.

Basisfallwert bei CW=1 (OKP-Effizienzgrenze der Versicherer)	VKL	Nachhaltige Finanzierung
25. Perzentil	**9’586**	**---**

Quelle: HSK.

Kalkulation
Die Spitalunterdeckung entspricht der Differenz zwischen dem Basisfallwert einer nachhaltigen Finanzierung (CHF 10'638) und dem beabsichtigten Basisfallwert, den die Verordnung vorschreibt (CHF 9'586). Die Differenz beträgt CHF 1'052 pro CM-Punkt.

Werden diese CHF 1'052 multipliziert mit den schweizerischen CM-Punkte des Jahres 2018, erhält man die **Spitalunterdeckung Schweiz** für das Jahr 2021:
1'052 x 1'147’868.32 = **CHF 1'207'557'472** (gerundet).

Art. 59c^{bis} Abs. 2
H+ lehnt diese Bestimmung dezidiert ab. Diese Bestimmung führt zu einer Ressourcenverschwendung und einem Ausbau eines komplett unnötigen administrativen Apparats.

Der Grund hierfür ist das auf einen absoluten Tiefpunkt gesunkene Vertrauen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern.

Beim vorliegenden Verordnungsentwurf sind mindestens 3 Akteure für das Benchmarking zuständig:
- Kantone (vgl. Konzept «Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Artikel 49 Absatz 8 KVG[24]);
- Versicherer;
- Versichererverbände.

Hinzu kommt, dass jeder Akteur, d.h. Kantone und Versicherer, die Spitaldaten gemäss eigenen Einschätzungen plausibilisiert, obwohl diese Spitaldaten von Dritten bereits plausibilisiert worden sind (REKOLE Zertifizierung, webbasiertes ITAR_K© Erfassungsverfahren). Schliesslich sind weder Kantone noch Versicherer unparteilich. Beide sind, jedenfalls im Sinn der SAMW-Prinzipien, ungeeignet, diese Rolle inne zu haben.

[24] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html

Statt der vorgeschlagenen Bestimmung fordert H+:

1. EIN anerkanntes Ermittlungsverfahren von OKP-relevanten Betriebskosten sowie ein anerkanntes und nachvollziehbares Plausibilisierungsverfahren.
2. Ein adäquates und professionelles Benchmarking-Modell, dass der Komplexität der Spitalversorgung, und schliesslich dem Rechtsgrundsatz «Gleiches mit Gleichem vergleichen» gerecht wird;
3. Eine neutrale bzw. unabhängige Instanz (Fachhochschule/Universität), welche die Referenzwerte jährlich ermittelt und publiziert.

Art. 59c^{bis} Abs. 3

H+ lehnt diese Bestimmung dezidiert ab. Diese verletzt die Tarifautonomie. Entweder wird das Benchmarking partnerschaftlich oder durch eine neutrale Instanz ermittelt, festgelegt und publiziert.

Der Bundesrat betont selbst die Tarifautonomie der Tarifpartner. Es ist deshalb nicht zulässig und verstösst gegen das Rechtsgleichheits- (Art. 8 BV) und das Billigkeitsgebot (Art. 46 Abs. 4 KVG), ein wichtiges Instrument zur Festlegung des Effizienzmasstabes einseitig in die Hände eines Verhandlungspartners zu legen.

Die Versicherer haben in den letzten Jahren bewiesen, dass sie nicht in der Lage sind, Benchmarks zu ermitteln. Diese verwenden nicht die gemäss ITAR_K eingereichten Daten, sondern nehmen mehr oder weniger willkürliche Korrekturen vor, welche bisher nur sehr beschränkt offengelegt wurden, geschweige denn deren Korrektheit nachvollzogen werden konnte. Ihre Berechnungen sind einseitig, falsch, intransparent sowie politisch gefärbt. Das Vertrauen in die Krankenversicherungen ist seitens der Leistungserbringer auf einem absoluten Tiefpunkt. So werden heute durch die Versichererverbände intransparente Benchmarks erstellt, welche Abzüge nach Gutdünken enthalten. Dies ist über Jahre belegt, indem trotz identischer Datenlage völlig unterschiedliche Benchmarkwerte ausgewiesen werden. Heute werden in der Schweiz bereits sieben (!) verschiedene Benchmarks ermittelt. In Zukunft können das gemäss den Überlegungen des Bundesrates beliebig viele Benchmarks sein. Dadurch wird auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Benchmark-Ermittler) ein riesiger Verwaltungsapparat aufgebaut – ohne jede Wertschöpfung. Es muss doch im Sinne des Bundesrates sein, dass es in der Schweiz nur noch **einen** Benchmark gibt. Welchen Sinn es dann noch macht, bei verschiedenen Benchmarks einen gesamtschweizerische Betriebsvergleich anzuordnen, ist beim besten Willen nicht erkennbar.

Abs. 3 führt wie Abs. 2 zu einer Ressourcenverschwendung und einem Ausbau eines komplett unnötigen administrativen Apparats.

Schliesslich ist nicht klar, wann der nationale Benchmark nach Absatz 2 (gemäss Art. 49 al. 8 KVG) und wann der Benchmark der Versicherer nach Absatz 3 zur Anwendung kommen soll.

Art. 59c^{bis} Abs. 4

H+ begrüsst, dass der Bundesrat mit dieser Bestimmung anerkennt, dass ein gesamtschweizerischer Benchmark zu rechtsungleichen Ergebnissen führen würde und daher Korrekturen erforderlich sind.

Es ist allerdings unbillig, wenn zunächst ein viel zu tiefer Perzentilwert festgesetzt und den Spitälern sodann die volle Beweislast für allfällige Zuschläge auferlegt wird. Die Vergangenheit zeigt, dass die tarifstrukturellen Zusammenhänge ausserordentlich komplex sind, so dass viele Ressourcen aufgewendet werden müssen, um entsprechende Be-

weise vorzulegen. Dabei ist zu beachten, dass den Spitälern der Zugang zu den erforderlichen Daten weitgehend verwehrt wird. Und selbst dann, wenn sie wissenschaftlich abgestützte Beweismittel vorlegen, werden diese von den Versicherern mit Misstrauen zu Kenntnis genommen – und letztlich gar nicht anerkannt.

Hier ist ernsthaft zu überlegen, ob die Zu- und Abschläge den Verhandlungen der Tarifpartner zu überlassen sind oder ob nicht besser eine neutrale Institution die Spielregeln festlegt.

Vorteile einer neutralen Institution sind:
- Die Leistungserbringer können nicht ausgespielt werden.
- Die Zuschläge fallen datenbasiert aus.
- Effizient und in guter Qualität erbrachte Leistungen werden kostendeckend vergütet.
- Die Zuschläge erfolgen in nützlicher Frist, ein Verschieben «auf morgen» ist nicht möglich.
- Die Kantone und die Versicherer haben in der neutralen Institution Einsitz und müssen somit die Auflagen nicht nochmals prüfen.
- Der Vollzug der Spielregeln ist national einheitlich geregelt, während deren Anwendung dennoch spitalindividuell ausgestaltet werden kann (Billigkeitsprinzip).

Mit einer solchen Lösung würde den Tarifpartnern ein Verhandlungsgegenstand und der Genehmigungsbehörde eine Entscheidungskompetenz entzogen.

Tatsache ist aber, dass die SwissDRG AG bis zum heutigen Tag z. B. die Vergütung von «Hochdefizit-/Hochgewinnfällen» nicht ins DRG-System einbinden konnte. Auch konnte bislang keine sachgerechte Diskussion mit den Interessenvertretern der Versicherer geführt, geschweige denn gemeinsame Lösungsvorschläge entwickelt werden.

Wenn es aber, entgegen der von uns geäusserten Erwartung, nicht einmal der neutralen Institution AG gelingen sollte, die Ab- und Zuschläge zu kalkulieren, so wird es für den einzelnen Leistungserbringer definitiv unmöglich sein, die Mängel zu beweisen und von den Versicherern eine Vergütung einzufordern. Die Ausführung von Art. 59c bis Abs. 4 würde zu einem unverhältnismässig hohen Aufwand für die Leistungserbringer führen, welche ihre Rechnungssysteme weiter ausbauen müssten.

Art. 59c^{bis} Abs. 4 lit. a

Hier sollte präzisiert werden, wer darüber entscheidet, welche Leistungen nicht sachgerecht abgebildet sind. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die beweisbelasteten Spitäler diesen Beweis mangels Zugang zu den detaillierten Grundlagendaten der Tarifstruktur gar nicht erbringen können.

Art. 59c^{bis} Abs. 4 lit. c

Hier soll präzisiert werden, wer darüber entscheidet, was transparent ist. Dies muss national erfolgen, da wir der Auffassung sind, dass es nicht kantonal/regional unterschiedliche Transparenzen geben kann.

Wenn individuelle Zu- und Abschläge rechtlich möglich sind, so bleibt die Beweislast bei den Spitälern. Die Vergangenheit zeigt, wie viel Ressourcen zu binden sind, um die Beweise vorzulegen. Und selbst dann werden die wissenschaftlich abgestützten Beweismittel mit Misstrauen zur Kenntnis genommen. Anerkannt werden sie letzten Endes nicht.

Zudem widerspricht das Abstellen auf die tatsächlichen spitalindividuellen Kosten gegen die Grundsätze der Leistungsfinanzierung und führt zu einer Wiedereinführung der Objektfinanzierung. Massgeblich für die Tarifierung dürften nicht die tatsächlichen spitalindividuellen (Mehr-)Kosten sein, sondern jene Mehrkosten, die bei einer effizienten Leistungserbringung zu erwarten wären. Andernfalls werden Effizienzgewinne bei allen Spitälern mit Kosten oberhalb des 25. Perzentils ausgeschlossen.

Art. 59c^{bis} Abs. 4 lit. d

Das Benchmark-Modell ist grundsätzlich zu überdenken.

Verzerrende Effekte sollten im Benchmark berücksichtigt werden. Solange z. B. systematisch akutsomatische Spitäler und Kliniken ohne Notfallstation die besten Ränge im Benchmarking-Verfahren belegen, ist diese Verzerrung bereits im Benchmarking zu korrigieren.

Hinsichtlich der unzulässigen Rückkehr zur Objektfinanzierung gilt das bei Art. 59c^{bis} Abs. 4 lit. c Ausgeführte.

Art. 59c^{bis} Abs. 5 lit. b

H+ lehnt diese Bestimmung dezidiert ab.

Ein Abzug vom Benchmarkwert stellt eine gravierende Sanktion einer (angeblich) mangelhaften Datenlieferung dar. Das KVG bietet hierfür keine gesetzliche Grundlage, weshalb auf diese Bestimmung zu verzichten ist.

Die Bestimmung öffnet zudem Willkür Tür und Tor. Denn die Kriterien, unter welchen die Daten für einen Einbezug ins Benchmarking hinreichend sind, werden in der Verordnung nicht näher definiert und sind damit für die verpflichteten Spitäler völlig unklar. Insbesondere geht es nicht an, dass die Krankenversicherer – wie sie es derzeit tun – einseitig diese Kriterien festlegen. Die Sanktion erweist sich als umso unverhältnismässiger, als keinerlei vorgängige Abmahnung und Möglichkeit zur Verbesserung vorgesehen sind.

Art. 59c^{bis} Abs. 6

Es ist nicht ersichtlich, um welchen Prozentsatz es hier geht. Zu präzisieren.

Art. 59c^{bis} Abs. 7

Diese Bestimmung ergibt sich aus dem Tarifsystem SwissDRG und ist somit überflüssig.

Art. 59c^{bis} Abs. 8 lit. a

Diese Bestimmung wird bestritten.

Begründung: Wenn ein Spital z. B. beim 24. Perzentil liegt und Millionen gerechtfertigte Kosten für in der Tarifstruktur nicht abgebildete Mehrleistungen hat, ist die Geltendmachung bis maximal zum 25. Perzentil möglich.

Art. 59c^{bis} Abs. 8 lit. b

Diese Bestimmung wird bestritten.

Diese Bestimmung schliesst die Möglichkeit von Effizienzgewinnen für 75 % der Spitäler aus. Sie verstösst damit gegen die Grundprinzipien der Leistungsfinanzierung und führt zu einer Wiederannäherung an die Objektfinanzierung.

Art. 59c^{bis} Abs. 9

Publikation als Zeichen der Transparenz: Mit dieser Bestimmung entsteht eine für die Spitäler nicht ganz billige Lösung. Sicher kann die Plattform spitalinfo.ch herangezogen werden. Wichtig im Zusammenhang mit Publikation ist, dass Letzteres einem Publikations-Konzept folgen muss, das von den Stakeholdern zu anerkennen ist, bevor Ressourcen gebunden werden, um die IT-Lösung zu entwickeln. Weiter ist sicherzustellen, dass es nur **einen** offiziellen und von allen Gesundheitspartner anerkannten Ort gibt, wo diese Information professionell aufgeschaltet und zeitnah aktualisiert werden.

Fraglich ist zudem der Nutzen einer vierteljährlichen Publikation von Basisfallwerten, werden diese doch nur jährlich auf der Basis der Kostenrechnungen des Jahres "x-2" ermittelt.

Übergangsbestimmungen

Der Verordnungsentwurf ist über weite Strecken gesetzeswidrig oder greift gesetzgeberischen Projekten vor. H+ lehnt den Verordnungsentwurf und damit auch die Übergangsbestimmungen ab.

2. Änderung der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL);

Art. 9 Abs. 5 bis (neu)

Ende 2019 wurde 82 % des Betriebsaufwands der Schweizer Spitäler REKOLE®-zertifiziert. Das Zertifikat ist ein Gütesiegel, das bestätigt, dass die Kostenrechnung der zertifizierten Spitäler **VKL- und REKOLE®-konform** sind. Insofern rennt der Bundesrat hier offene Türen ein.

Leider ersetzt das Testat aber die Einsichtnahme gemäss Art. 15 VKL nicht, sondern wird einfach als eine zusätzliche Forderung eingeführt. Dieses Vorgehen ist ausgesprochen unbefriedigend, zumal solche Zertifikate in der Regel sehr teuer sind. Die Leistungserbringer werden ihre Kosten weiterhin so ausweisen müssen, bis die Krankenversicherer von den Grundlagen (eines zu verhandelnden Tarifs) überzeugt sind. Dabei spielt das Testat offensichtlich keine Rolle. Mit anderen Worten: Es wird zwar ein externes Testat verlangt – obwohl eine hundertprozentige VKL-Umsetzung bereits durch die REKOLE®−Zertifizierung sichergestellt ist –, dieses Testat ändert jedoch nichts daran, dass Krankenversicherer und Kantone nach Gutdünken Veränderungen an die Daten vornehmen können. Derartige Auflagen vorzuschreiben, die keinerlei Verbesserungen, sondern nur zusätzliche Kosten bewirken, ist einfach inakzeptabel.

Eine Kostenfolgenabschätzung für die Erstellung von Testaten ist dringend angezeigt. Als Alternative soll das bereits erfolgreich eingeführte REKOLE®-Zertifikat vorgeschlagen werden.

Eine einheitliche Herleitung der schweregradbereinigte Fall- und Tageskosten ist grundsätzlich zu begrüssen. Weiter zu begrüssen ist, dass das Testat wenigstens von einer externen Revisionsstelle zu erstellen ist (auch dieser Punkt wäre durch das REKOLE®−Zertifizierungsverfahren bereits umgesetzt!) und so die Unparteilichkeit sichergestellt wird – und nicht etwa wie im Bereich der Spitalplanung, wo der Kanton als Prüfer auftreten soll, oder

im Benchmarkverfahren, wo Kantone, Versicherer und Versicherungsverbände das Benchmarking sicherstellen sollen.

Art. 10a^{bis} (neu) Herleitung der schweregradbereinigten Kosten bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG

Art. 10a^{bis} Abs. 1
Diese Bestimmung ist ersatzlos zu streichen.

Die Liste beinhaltet Aktivitäten, die entweder selbstverständlich, unverständlich oder unklar sind. Weiter stellt sich die Frage, welche Bedeutung bestimmte Aktivitäten überhaupt haben.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. a
H+ lehnt diese Bestimmung ab. Sie widerspricht dem Wettbewerbsgedanken des KVG.

Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing sind heute gemäss KVG Art. 49 Abs. 3 anrechenbare Kosten. Sie gehören zu den üblichen Gestehungskosten einer Unternehmung. Zwar ist die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit eine staatliche Aufgabe. Dies trifft aber nicht für die betriebsinterne Sicherung zu. Sicherheitsmassnahmen sind für das gute Funktionieren eines Spitals unabdingbar und müssen sich über die Tarife finanzieren lassen können.

Eine Begründung für den Abzug der Kosten für Öffentlichkeitsarbeit und Marketing fehlt vollständig. Das erstaunt, gehören sie doch zu einer ganz normalen Tätigkeit eines jeden Wirtschaftsunternehmens. Wie sonst soll den Bürgerinnen und Bürgern bekannt gemacht werden, welches Angebot in welchem Spital erbracht wird? Was würde man über ein Spital sagen, das keinen Webauftritt hat oder Medienanfragen nicht beantwortet? Es ist unabdingbar, dass ein Spital Öffentlichkeit, Patienten, Leistungserbringer adäquat informiert. Diese Tätigkeiten sind zu tarifieren. Es sei an dieser Stelle noch der Hinweis gestattet, dass die Marketingkosten der Versicherer jene der Leistungserbringer um ein Vielfaches übersteigen dürften.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. b
Unbestritten, aber selbstverständlich.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. c
Die Ermittlung von Kosten für unbewertete DRG-Fälle ist von fragwürdiger Bedeutung. Wie würde die Finanzierung dieser Fälle erfolgen? Diese ist bis heute nicht geregelt.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. d
Unbestritten, aber selbstverständlich.

Art. 10a Abs. 1 lit. e
Unbestritten, aber selbstverständlich.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. f
Von welchen Standards wird hier gesprochen? Gibt es solche Standards? H+ sind keine solchen Standards bekannt.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. g
Sinn und Zweck dieser Bestimmung werden bestritten.

Art. 10a^{bis} Abs. 1 lit. h
H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Welche Absicht der Bundesrat mit dieser Bestimmung verfolgt, ist beim besten Willen nicht erkennbar. Diese Bestimmung würde im Klartext bedeuten, dass ein Spital, dem der Erlös für eine erbrachte Leistung entgeht und das damit einen Debitorenverlust erleidet, ein zweites Mal bestraft werden soll, indem es den entgangenen Erlös nochmal abziehen muss. Eine solchermassen verstandene Bestimmung wären mit Wertvorstellungen, die in unserem Zivilisationskreis anerkannt sind, kaum in Einklang zu bringen.

Art. 10a^{bis} Abs. 2
Diese Bestimmung ist viel zu umständlich. Es wäre viel einfacher und überfällig, die Anwendung des WACC[25]-Zinssatzes in der VKL richtigzustellen und die Kalkulation zu korrigieren und zu aktualisieren.

Mit dieser Bestimmung würde ein eigenartiges Konstrukt im OKP-Bereich verankert werden:

A) Zwecks Verzinsung des betriebsnotwendigen Vermögens ist grundsätzlich die WACC-Methode vorgesehen,
    a. wobei der Zinssatz von 3.7 % in der VKL seit über 15 Jahre unverändert verankert ist, ohne jemals aktualisiert worden zu sein;
    b. nur in der Verzinsung des Anlagevermögens angewendet wird (vgl. geltende VKL).
B) Die Verzinsung des Umlaufvermögens wird nicht mit der WACC-Methode, sondern mit der Methodik des Preisüberwachers geregelt.

Die Methodik des Preisüberwachers wäre akzeptabel, wenn sich Spitäler bei der Eidgenossenschaft zu diesem Zinssatz finanzieren könnten. Dies ist jedoch nicht der Fall. Deshalb sind realistische Zinssätze festzulegen.

Eine Zahlungsfrist von 40 Tagen ist unrealistisch. Einerseits ist die Rechnungsstellungsfrist zu berücksichtigen (inkl. medizinische Dokumentation und Kodierung), anderseits die wesentlich höhere mittlere effektive Zahlungsfrist der Versicherer.

Art. 10a^{bis} Abs. 3
Als Grundlage für den Kostenvergleich akzeptabel. Für die Tarifberechnung bedeutet dies allerdings, dass die durch eine Änderung der Tarifstruktur verursachten Änderungen (z. B. Umstellung von der Zählung der Aufenthaltstage auf den Nachtzensus) anschliessend bei der Tarifbestimmung berücksichtigt werden müssen.

3. Änderung der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV)

Dieser Änderungserlass steht zur gesetzlich geschützten freien Spitalwahl nach Art. 10 Abs. 2 UVG in klarem Widerspruch und ist damit gesetzwidrig. Sie ist zudem nach Ansicht von H+ auch betriebswirtschaftlich nicht durchdacht und wird deshalb abgelehnt.

[25] Weighted Average Cost of Capital

* * * * *

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Anne Bütikofer
Direktorin