



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

*Versand per E-Mail:*

BAG, Abteilung Tarife und Grundlagen

[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch) / [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Bern, 19. September 2023

## **Stellungnahme H+ betreffend Anpassung KVV und VKL im Bereich der Tarifiermittlungsgrundsätze**

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Möglichkeit zum zweiten Entwurf Stellung nehmen zu können.

Aufgrund der kurzen Frist konnten wir nicht alle unsere Mitglieder konsultieren. Um die Anpassung bzw. das Verfahren / die Methodik zu verstehen, ist der Austausch mit den Expertinnen und Experten unserer Mitglieder wichtig und dieser konnte nur bedingt durchgeführt werden. Es gilt zu bedenken, dass die geplanten Anpassungen direkte Auswirkung auf die Tarife der einzelnen Leistungserbringer haben werden und somit sind diese Anpassungen gut zu durchdenken.

Wir müssen feststellen, dass unsere Anpassungsvorschläge, ausgenommen von den längeren Umsetzungsfristen in der Psychiatrie und der Rehabilitation, nicht berücksichtigt wurden, was wir sehr bedauern. Das Umfeld der Spitäler und Kliniken hat sich innert kurzer Zeit enorm verändert (Akzentuierung Fachkräftemangel, Forderung nach besseren Arbeitsbedingungen, allgemeine Teuerungsentwicklung, Explosion der Energiekosten, Ambulantisierung, etc.). Weitere Ertragsminderungen sind nicht mehr akzeptierbar. Die bereits viel zu tiefen EBITDAR-Margen der Spitäler und Kliniken werden bei Umsetzung der Vorlage weiter sinken und es drohen weitere Spitalsanierungen und Spitalkonkurse.

Die Verordnungsanpassungen gehen sehr weit, insbesondere die Festlegung des Perzentilwertes. Wir bezweifeln, dass die gesetzlichen Grundlagen hierfür ausreichend sind. Sie widerspricht dem Vertragsprimat und beschneidet die Kompetenzen der Tarifpartner.

In jedem Fall beantragen wir, dass in der Verordnung eine Bestimmung aufgenommen wird, wonach Teuerungs- und Lohnentwicklungen jährlich in den Tarifen berücksichtigt werden können.

**Aufgrund der sehr hohen Relevanz dieser Vorlage, insbesondere hinsichtlich der Versorgungssicherheit, fordern wir einen Marschhalt und das Einsetzen einer fachkompetenten Arbeitsgruppe mit dem Auftrag ein entsprechendes Benchmarkingverfahren zu konzipieren. Dieses kann dann bei Bedarf in den Verordnungen aufgenommen werden.**

Im Übrigen verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 30. November 2022 und gehen nachfolgend nochmals auf die wichtigsten Punkte ein.

## KVV-Anpassungen

### Benchmarkingverfahren

Unsere Anpassungen zum konzipierten Benchmarkingverfahren haben darauf abgezielt, die Verordnung so auszugestalten, dass möglichst wenig Interpretationsspielraum vorhanden ist, und die Tarifpartner ziel- und lösungsorientiert eine gemeinsame Methodik für ein optimiertes Benchmarkingverfahren unter Berücksichtigung der exogenen Einflussfaktoren verhandeln und vereinbaren können.

Die fehlende Aufnahme unserer Anpassungsvorschläge und den erläuternden Bericht verstehen wir somit wie folgt:

- Das Benchmarking zur Ermittlung des Referenzwertes erfolgt auf den Fallnormkosten, welche um die durch die exogenen Einflussfaktoren verursachten Mehr- oder Minderkosten («exogen verursachte Kosten<sup>1</sup>») bereinigt sind. Das Benchmarking wird dadurch vorab bestmöglich auf ein durchschnittliches, vergleichbares Leistungsniveau kalibriert (vgl. BVGE 2014/36, E. 6.5).
- Diese «exogen verursachten Kosten» sind durch den Benchmarkwert und somit im Referenzwert nicht berücksichtigt.
- Die «exogen verursachten Kosten» werden für den Leistungserbringer individuellen Basisfallwert (Baserate) gemäss Art. 59cbis Abs. 3 bzw. Abs. 4 mittels Zu- bzw. Abschlägen auf den Referenzwert berücksichtigt.
- Weitere Zuschläge sind individuell je Leistungserbringer möglich, sofern die Bedingungen gemäss Art. 59cbis Abs. 3 erfüllt sind.

Damit ist sichergestellt, dass die «exogen verursachten Kosten» nicht durch das Benchmarking verfälscht werden und dass diese spezifisch je Leistungserbringer berücksichtigt werden. Weiter muss das Benchmarkingverfahren eine faire Abgeltung unabhängig vom Leistungsspektrum gewährleisten und somit die Erfüllung des erteilten Leistungsauftrags ermöglichen. Eine ertragsorientierte Selektion gilt es zu verhindern.

### Faktoren für die Korrektur der schweregradbereinigten Fall- oder Tagekosten (Art. 59cbis Abs. 1 lit. b KVV)

Wir begrüssen die datengestützte Vorkalibrierung des Benchmarkings mittels eines empirischen Modells. Betreffend die Faktoren, die im Sinne einer beispielhaften Aufzählung ("namentlich") genannt werden sollen, beantragen wir jedoch folgende Formulierung:

*"Als Faktoren können dabei namentlich berücksichtigt werden:*

- 1. Vorhalteleistungen für spezialisierte Infrastrukturen oder Notfallversorgung**
- 2. Komplexität der Fälle**
- 3. Hochdefizit- und Hochprofitfälle**
- 4. regional unterschiedliche Strukturkosten"**

Die aktuelle Formulierung gemäss Entwurf ist zu eng. Unser Antrag stützt auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und die Feststellungen des Verwaltungsrats der SwissDRG AG vom 26. Mai 2016, auf die sich auch das BAG in den Erläuterungen bezieht. Ziff. 1 stellt klar, dass nicht nur die Vorhalteleistungen für Notfall, sondern auch weitere Vorhalteleistungen einen Zuschlag rechtfertigen können (entsprechend den Feststellungen des VR SwissDRG AG).

---

<sup>1</sup> Diese Kosten entstehen insbesondere durch Leistungs- oder Standortunterschiede, welche in den Tarifstrukturen nicht berücksichtigt sind.

Die Häufung von hochdefizitären und hochprofitablen Fällen (Ziff. 3) wurde vom Bundesverwaltungsgericht mehrfach als möglichen Grund für eine Differenzierung von Baserates bestätigt und wird vom Verwaltungsrat der SwissDRG AG ebenfalls anerkannt (vgl. BVGer-Urteil C-5749/2013, E. 6.2, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechungspraxis). Schliesslich bringt die beantragte Ziff. 4 klarer zum Ausdruck, welche exogenen Faktoren mit dem Standort gemeint sind.

**Art. 59cbis KVV ist so umzuformulieren, dass die aufgezählten Faktoren die Rechtsprechung und die Feststellungen des VR SwissDRG AG abbilden. Namentlich sind Vorhalteleistungen und hochdefizitäre Fälle explizit anzusprechen.**

### **Gleichberechtigter Zugang zu den erforderlichen Kosten- und Leistungsdaten**

Art. 59c<sup>bis</sup> Abs. 2 KVV sieht vor, dass die Tarifpartner empirische Modelle für den Zweck des Benchmarkings entwickeln sollen. Hierfür ist ein gleichberechtigter Zugang zu den erforderlichen Leistungs- und Kostendaten unerlässlich. Allerdings ist dieser Zugang auf Seiten der Leistungserbringer und ihrer Verbände rechtlich noch nicht sichergestellt. In den Erläuterungen stellt das BAG lediglich in Aussicht, die für die Sicherstellung des Zugangs erforderlichen rechtlichen Grundlagen mit der vorliegenden KVV-Revision zu "koordinieren". Diese Koordination muss spätestens auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der KVV-Revision erfolgen. Ab diesem Zeitpunkt – und nicht erst nach Ablauf der Umsetzungsfrist von zwei bzw. fünf Jahren – obliegt den Tarifpartnern die Entwicklung entsprechender Modelle. Eine Inkraftsetzung der revidierten KVV, ohne dass den Spitälern zeitgleich die für die Erfüllung ihrer (neuen) Aufgaben erforderlichen Daten zur Verfügung gestellt werden, wäre willkürlich (Art. 9 BV), verstösst gegen das Rechtsgleichheits- (Art. 8 BV) und das Billigkeitsgebot (Art. 46 Abs. 4 KVG). Das BAG muss also auf den 1. Januar 2024 eine rechtliche Grundlage schaffen, die sicherstellt, dass die Leistungserbringer und ihre Verbände gleichberechtigten Zugang zu allen relevanten Daten erhalten, sei dies (1) im Rahmen des Projekts SpiGes oder (2) im Rahmen der laufenden KVV-/VKL-Revision. Kann dies auf den 1. Januar 2024 nicht sichergestellt werden, ist das Inkrafttreten der vorliegenden KVV-Revision entsprechend aufzuschieben.

**Es ist sicherzustellen, dass der für die Umsetzung der KVV-Revision erforderliche Datenzugang der Leistungserbringer und ihrer Verbände auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der KVV-Revision rechtlich abgesichert und gewährleistet ist.**

### **Perzentilwert und fehlende Möglichkeit der Gewichtung**

Die Festlegung auf dem 30. Perzentil berücksichtigt nicht im Geringsten die Entwicklung der Tarife und der Kosten seit Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012. Eine Effizienzsteigerung ist für die meisten Spitäler gar nicht mehr möglich. Der aktuelle und noch zunehmende Fachkräftemangel und die laufend zunehmende Regulierung durch Bund und Kantone erhöhen die Kosten weiter. Die Spitäler und Kliniken haben in den vergangenen Jahren ihre Effizienz nachweislich gesteigert, ansonsten wäre die aktuelle Unterfinanzierung im stationären Bereich weit dramatischer. Mit dem 30. Perzentil wird das bereits vorhandene Finanzierungsproblem somit weiter verschärft und die stationäre Versorgung akut gefährdet. Das Ziel «*Erhalt des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung*» kann mit diesem Benchmarkwert nicht erreicht werden, da dieser Zugang bereits mit den heute bezahlten stationären Tarifen nicht mehr gewährleistet ist und mit dem 30. Perzentil nach Leistungserbringer der stationären Versorgung weitere Mittel entzogen werden. In der heutigen Versorgungssituation ist zwingend mindestens das 50. Perzentil festzulegen und weiter eine Gewichtung nach Fällen, Casemix oder Daymix zu ermöglichen.

Um den sich rasch verändernden Versorgungssituationen gerecht werden zu können, muss der Perzentilwert sehr regelmässig überprüft werden. Die Periodizität muss in der Verordnung definiert werden (z.B. jährlich).

**Der Perzentilwert ist in der aktuellen Versorgungssituation zwingend auf das 50. Perzentil festzulegen und eine Gewichtung nach Fällen, Casemix oder Daymix muss ermöglicht werden.**

### **Zuschläge auf den Benchmarkwert (Art. 59cbis Abs. 3 KVV)**

H+ begrüsst, dass das BAG die Möglichkeit, Effizienzgewinne zu realisieren, ausdrücklich anerkennt und in der Verordnung verankert. Problematisch ist jedoch, dass das BAG in den Erläuterungen (S. 11) weiterhin festhält, die Zu- bzw. Abschläge aus den empirischen Modellen seien zwar "Anhaltspunkte" für Mehrleistungen i.S.v. Art. 59c<sup>bis</sup> Abs. 3 KVV, sie könnten aber den Nachweis der Voraussetzungen von Abs. 3 nicht ersetzen. Die empirischen Modelle wurden von den Leistungserbringern gerade zum Zweck ermittelt, dass Spitäler mit diesen Modellen die Mehrleistungen nachweisen können, und um die Zuschläge auf den Benchmark zu rechtfertigen. Die Modelle als genügenden Nachweis ausschliessen zu wollen, verletzt das Gebot der freien Beweiswürdigung durch Behörden und Gerichte. Es verletzt auch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, welches nicht ausschliesst, dass empirische Modelle (*in casu* Polynomics) als Nachweis für einen Zuschlag taugen können (BVGer-Urteil C-2350/2014, E. 5.2.6).

**Der Hinweis in den Erläuterungen auf S. 11, wonach mit empirischen Modellen ermittelte Zuschläge den Nachweis der Anforderungen nach Art. 59c<sup>bis</sup> Abs. 3 KVV nicht ersetzen können, ist mit Blick auf die freie Beweiswürdigung aus den Erläuterungen zu entfernen.**

### **Frist für die Lieferung und Bereitstellung der Daten.**

Es ist wichtig, dass die Fristen für die Lieferung/Zurverfügungstellung der Daten, die im detaillierten SpiGes-Konzept festgelegten Fristen einhalten. Diese Fristen wurden über ein Jahr lang verhandelt und von allen Stakeholdern des SpiGes-Projekts akzeptiert. Die Spitäler, die bereits damit begonnen haben, die von SpiGes geforderten technischen Entwicklungen zu implementieren, richten ihren Entwicklungsprozess ebenfalls nach diesen Fristen aus. Eine Anpassung dieser Fristen würde den gesamten im Detailkonzept von SpiGes festgelegten Prozess und die derzeit von den Spitälern geleistete Arbeit hinfällig machen. Unter diesen Bedingungen wäre es unmöglich, das Projekt zum 1. Januar 2025 mit den Daten 2024 zu implementieren.

## VKL-Anpassungen

### Positive Prüfliste

Wir begrüssen die Ergänzung im Art. 9 Abs. 5<sup>bis</sup> VKL und insbesondere die Erläuterungen im Bericht dazu. Wir verstehen, dass der REKOLE-Zertifizierungsprozess ab dem 1. Januar 2024 als VKL-Testat betrachtet werden kann. Wir fordern jedoch, dass der Begriff "insbesondere" aus dem Gesetzesartikel gestrichen wird. Ein Prüfprozess kann sich nur auf einer positiven Prüfliste etablieren. Die Objekte des Prüfprozesses müssen daher abschliessend definiert werden.

**Wir fordern, dass der Begriff "insbesondere" aus dem Verordnungsartikel gestrichen wird. Ein Prüfprozess kann sich nur auf einer positiven Prüfliste etablieren.**

### Kritische Elemente der geplanten VKL-Anpassungen

Unverständlich ist, wieso unsere wichtigen und präzisierenden Anpassungen im Art. 10a<sup>bis</sup> VKL nicht aufgenommen wurden, und fordern hier eine nochmalige Prüfung:

- Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing sind heute gemäss KVG anrechenbare Kosten. Sie gehören zu den üblichen Gestehungskosten einer Unternehmung. Die Gewährleistung der Sicherheit u.a. zum Schutz des Personals sind zwingende Aufgaben eines Arbeitgebers. In der Psychiatrie drehen sich sehr viele Kosten um Sicherheit, z.B. mit geschlossenen Stationen oder 1:1 Betreuung, jeweils bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung, was typische Symptome vieler psychiatrischer Diagnosen sind, insbesondere auch bei fürsorgerischer Unterbringung. Weiter sind auch die Mitarbeitenden von Notfallstationen häufig verschiedenen Formen von Gewalt ausgesetzt. Die Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing sind notwendige Aktivitäten eines Wirtschaftsunternehmens. Damit werden den Bürgerinnen und Bürgern z.B. erläutert, welches Angebot in welchem Spital erbracht wird oder die Entstigmatisierung von psychiatrischen Krankheiten thematisiert. Diese Ergänzung widerspricht dem Wettbewerbsgedanken des KVG. Sollten diese Kosten nicht gestrichen werden, müssen Sie explizit als gemeinwirtschaftliche Leistung bezeichnet werden, und explizit festgelegt werden, dass diese durch die öffentliche Hand finanziert werden müssen.
- Nach den Swiss Gap Standards werden Debitorenverluste als Abzug von den Erlösen verbucht. Sie werden daher in der Kostenrechnung nicht als Aufwand verbucht und können daher nicht abgezogen werden. Der Buchstabe h muss daher gestrichen werden. Gemäss Kontierungsrichtlinien H+ werden Debitorenverluste als Ertragsminderungen (Kontengruppe 609 oder 689) und nicht als Kosten geführt (siehe Kapitel 5.6.7 REKOLE®). Mit dieser Vorgabe würde die VKL sämtlichen Rechnungslegungsstandards widersprechen. Es ist auch falsch «nicht eingetroffene Erlöse» (= Debitorenverluste) für erbrachte Leistungen und entstandene Kosten, kostenmindernd führen zu wollen.
- Statt die Praxis der Preisüberwachung nun in der VKL zu verankern und somit eine methodische Inkongruenz zu schaffen, muss die bereits in der VKL vorgeschriebene WACC-Methode endlich auf die gesamte Regulatory Asset Base (Anlage- und Umlaufvermögen) Anwendung finden. Dies ist die einzige korrekte Anwendungsmöglichkeit der WACC-Methode. Weiter muss auch endlich die jährliche Neuermittlung des WACC-Zinssatzes in der VKL verbindlich verankert werden.

Die Minimalanforderungen der VKL im Rahmen der Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen dürfen nicht die Praxis der Preisüberwachung verlangen, sondern die WACC-Methode und ihre korrekte Anwendung bestätigen.

Darüber hinaus legt Art. 10a Abs. 4 VKL fest, dass der Zinssatz periodisch überprüft werden muss. Seit die SNB ihre Geldpolitik vor gut einem Jahr angezogen hat, sind die Finanzierungs- und Kapitalkosten Schweizer Unternehmen massiv gestiegen. In vielen regulierten Industrien werden entsprechend bereits Anstrengungen getätigt, die erlaubte Kapitalrendite neu zu bestimmen. Im Gesundheitsbereich wurde dies jedoch seit 2008 noch nie in Betracht gezogen. Es ist dringend, dass die in den VKL-Erläuterungen von Oktober 2008 vorgesehenen periodischen Neuberechnung des WACC-Zinssatzes endlich nachgekommen wird und dieser gemäss Artikel 10a Abs. 4 VKL aktualisiert wird, wie es beispielsweise im Energiebereich kürzlich gemacht wurde.

**Eine Präzisierung der OKP-Kostenermittlung in der VKL im Sinne einer einheitlichen Ermittlung der OKP-Kosten kann H+ unterstützen. Diese Präzisierungen müssen jedoch zwingend der gängigen Lehre und Rechnungslegungs-Standards entsprechen und immer auch die Finanzierung regeln. Ausserdem müssen die derzeit geltende Verordnung eingehalten werden und der in der VKL heute festgelegte WACC-Zinssatz von 3,7% neu kalkuliert werden.**

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anpassungen und stehen für Fragen und ein erläuterndes Gespräch gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin



Christoph Schöni  
Leiter Geschäftsbereich Tarife und  
Mitglied der Geschäftsleitung

---

**H+ Die Spitäler der Schweiz** ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 207 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 368 Standorten sowie 150 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. H+ repräsentiert Gesundheitsinstitutionen mit rund 200'000 Erwerbstätigen.

---