

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

### Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : vaka - Gesundheitsverband Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : vaka

Adresse : Laurenzenvorstadt 11; 5000 Aarau

Kontaktperson : Hans Urs Schneeberger

Telefon : 062 836 40 90

E-Mail : hansurs.schneeberger@vaka.ch

Datum : 3. Juni 2020

#### **Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **20. Mai 2020** an folgende E-Mail Adressen:  
[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch); [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

### Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____	13
Weitere Vorschläge _____	28

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p><b>Vorbemerkung:</b></p> <p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung Stellung nehmen zu können. Mit ihren rund 120 Mitgliedern vertritt der aargauische Gesundheitsverband vaka die Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychosomatischen und Psychiatrischen Kliniken sowie die Pflegeinstitutionen im Kantons Aargau.</p> <p><b>1. Einleitung</b></p> <p>Mit dem vorliegenden Revisionsentwurf sollen die Planung und Tarifgestaltung für Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen vereinheitlicht und an die Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts angepasst werden. Die vaka begrüsst im Grundsatz eine Harmonisierung der erwähnten Kriterien. Leider wurden bei der Erarbeitung der Vorlagen die Interessen der Versicherer sehr einseitig berücksichtigt. Damit verfolgt die Vorlage sehr einseitig das Ziel der Kostensenkung, gefährdet die Versorgung und schafft Fehlanreize und Mehrkosten. Die Vorlage lässt vermuten, dass ein Abbau der Strukturen in der Gesundheitsversorgung und eine Machtverschiebung zu den Krankenversicherern, die eigentlichen Ziel sind. Die vaka lehnt die Vorlage aus den folgenden Gründen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Die Kompetenzen der Krankenversicherer werden massiv ausgeweitet, ohne klare Regelung und ohne ihnen Versorgungsverantwortung zu übertragen.</li><li>➤ Die Planungsvorschriften für die Kantone und damit die administrativen Kosten für die Leistungserbringer und die Kantone werden massiv erhöht. Erhöhte administrative Kosten für Leistungserbringer und Kantone widersprechen den Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung.</li><li>➤ Die Vorgaben für die Qualität führen zu einer teuren Qualitätsbürokratie. Damit entsteht ein Widerspruch zwischen Aufbau einer Qualitätsbürokratie und der realen Qualität der Leistungen</li><li>➤ Die kantonalen Kompetenzen bei der Planung und Tarifiermittlung werden eingeschränkt</li><li>➤ Die Unterfinanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im stationären Bereich steigt massiv an. Viele Leistungserbringer werden in ihrer Existenz gefährdet, die Kantone müssen die Defizite mittelfristig übernehmen. Eine Unterfinanzierung führt zu einer breiten Unterversorgung der Bevölkerung.</li></ul>

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

- Schon heute erbringen die Spitäler und Kliniken ihre Leistungen an ihren Kapazitätsgrenzen. Jede zukünftige Krise bringt das Versorgungssystem zum Kollabieren, wenn der Druck auf die Strukturen weiter erhöht wird.
- Der immer grössere Druck auf die Leistungserbringer durch das Benchmarking und viele andere Einschränkungen gefährden die Versorgungsqualität.

### 2. Stellungnahme der Spitäler und Kliniken vaka

#### 2.1 Qualitätsbürokratie erhöht die Kosten

Für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sind qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungen ein zentraler Erfolgsfaktor. Sie engagieren sich entsprechend stark in Qualitätsprogrammen und lassen ihre Arbeit durch externe Stellen zertifizieren (bspw. ISO, EFQM, SanaCert), sie führen die Messungen nach ANQ, wie SwissNoso durch und publizieren die Ergebnisse.

Die Vorgaben im Verordnungsentwurf schaffen primär eine Qualitätsbürokratie, da sie ausschliesslich auf die Strukturqualität und deren Ausbau fokussieren. Als zweckmässig erachtet die vaka eine Harmonisierung bestehender Qualitätsmanagementsysteme und bestehender professioneller Standards. Somit wird der administrative Aufwand stabilisiert, allenfalls reduziert. Dies senkt die die Kosten und die freien Kapazitäten können in den eigentlichen Auftrag fliessen, welches die qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten ist.

Weiterhin ist darauf zu achten, dass Gesundheitszentren, OP-Zentren, Facharztpraxen oder freischaffende Gesundheitsfachpersonen auch den harmonisierten Qualitätsvorgaben unterstehen zumindest im Bereich der ambulanten Versorgung.

#### 2.2 Kantone und Bund sollen für den Benchmark zuständig sein

Die Corona Pandemie wurde dank einem koordinierten Einsatz der Leistungserbringer, den Kantonen und dem Bund gemeistert. Die Krankenversicherer habe dabei kaum eine Rolle gespielt. Dies macht ersichtlich, dass die Versicherer primär daran interessiert sind die Kosten zu senken, ohne die Versorgung sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund ist es absolut unverständlich, dass der Bund nun die Kompetenzen der Kantone einschränkt und den Versicherern mehr Einfluss gewährt. Planung und Steuerung des Gesundheitswesens müssen in der Hand von Bund und Kantonen bleiben!

Die einzelnen Versicherer oder ihren Verbänden sollen das alleinige Recht erhalten, den Kostenbenchmark als Grundlage für die Tarifverhandlungen zu erstellen. Leider wird die Chance verpasst wissenschaftlich abgestützte Vorgaben für die Erstellung eines einheitlichen Benchmarks zu

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

erlassen. Bereits heute erstellen die Versichererverbände intransparente Benchmarks, welche Abzüge nach Gutdünken enthalten. Diese Tatsache ist über Jahre belegt, indem trotz identischer Datenlage völlig unterschiedliche Werte ausgewiesen werden. Dieser Vorschlag ist aus verschiedenen Gründen unhaltbar und widerspricht den Zielen der Revision, die Planungsgrundlagen zu vereinheitlichen:

- Der Bundesrat akzeptiert, dass voneinander abweichende Benchmarks parallel existieren und für die Tarifberechnung herangezogen werden. Es wird akzeptiert, dass es zwischen den Verbänden (bzw. Krankenversicherern) unterschiedliche Ergebnisse aus verschiedenen Gründen geben kann.
- Die Rolle der Kantone, welche den Hauptteil der Kosten zu tragen haben, wird auf die Genehmigung des Benchmarks reduziert. Dies bedeutet, dass der Kanton alle Benchmarks prüfen und beurteilen muss und nur dann seinen Benchmark an die Stelle der Versicherer stellen kann, wenn dieser nicht bundesrechtskonform ist.
- Für die Rehabilitation ist ein Benchmarking erst dann möglich, wenn die Rehabilitation gesamtschweizerisch einheitlich definiert worden ist.
- Jedes Jahr muss neu für die Daten zur Wirtschaftlichkeit ein VKL Testat erstellt werden. Damit entsteht für die Leistungserbringer zusätzlicher organisatorischer und finanzieller Aufwand. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Kantons stellt bereits eine Art VKL Testat dar. Es ist absolut unverständlich, warum nicht die geleistete Arbeit der Kantone bestärkt wird und zusätzliche externe Dritte eingeschaltet werden.

Zusammengefasst weist das heutige System der Spitalvergleiche gravierenden Mängel auf, die dringend behoben werden müssen. Der Verordnungsentwurf betont diese Mängel jedoch und erteilt den Krankenversicherern einen Blankocheck ohne jegliche Verantwortung. Es ist absolut unverständlich, warum der Bundesrat die Rolle der Versicherer derart stärkt und gleichzeitig das Ermessen der Kantone schwächt und einschränkt. Die Datenbasis der Kantone ist wesentlich besser, Abzüge der Versicherer sind teilweise nicht konform mit dem Krankenversicherungsgesetz. Die Versicherer kennen weder die Details bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen noch die lokalen Gegebenheiten der Spitäler. Diese Daten sind nur dem Kanton bekannt.

### **Forderung der vaka:**

Die Ermittlung eines nationalen Benchmarks ist Sache von Bund und Kantonen. Für die Ermittlung dieses nationalen Benchmarks kann auf den Betriebsvergleich nach Art. 49 Abs. 8 KVG zurückgegriffen werden. Die Publikation der Daten durch den Bund erfolgt heute mit grosser Verzögerung und kann beschleunigt werden. Die vaka lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

### **2.3 Ein ungewichteter Benchmark ist ungerecht**

Der Bundesrat schlägt vor, beim Benchmarking alle Spitäler, Geburtshäuser, Kinderspitäler und Universitätskliniken ungewichtet im gleichen Benchmark zu berücksichtigen. Wie das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 15. Mai 2019 bestätigt hat, kann nicht von einem reprä-

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

sentativen Benchmark gesprochen werden, wenn ein grosser Teil der berücksichtigten Leistungserbringer Geburtshäuser sind (Urteil C-4374/2017, C-4461/2017).

Der ermittelte Benchmark müsste anschliessend durch die Kantone überprüft und für jedes Spital mit Zu- und Abschlägen versehen werden. Die Ermittlung dieser Zu- und Abschläge ist für die Kantone schwierig und mit grossem Aufwand verbunden. So muss beispielsweise beurteilt werden, was im Leistungsspektrum eines Leistungserbringers zusätzlich erbracht worden ist und nicht sachgerecht durch die Tarifstruktur abgegolten wird. Diese Prüfungen sind äusserst aufwändig und nur mit grossem medizinischem und ökonomischem Fachwissen machbar. Zudem sind neue Abzüge im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu prüfen, die bisher noch nicht geprüft werden mussten. Zu erwähnen sind beispielsweise die Kosten für Sicherheitspersonal, Public Relations und Marketing. So wird im erläuternden Bericht erwähnt, dass die Aufrechterhaltung der Sicherheit grundsätzlich eine Aufgabe der Gemeinden oder der Kantone darstellt, deren Kosten nicht zu Lasten der OKP gehen dürfen.

So lange der Begriff "Rehabilitation" nicht gesamtschweizerisch definiert ist, so lange ein unterschiedliches Verständnis von Rehabilitation besteht und so lange es keine einheitlichen und inhaltlich vergleichbaren Leistungsgruppen gibt, können weder eine seriöse Bedarfs-/Versorgungsplanung noch ein aussagekräftiger Kostenbenchmark für die Rehabilitation erstellt werden. Wie die interkantonale Abstimmung und der Einbezug ausserkantonaler Leistungserbringer unter diesen Voraussetzungen funktionieren soll, ist nicht nachvollziehbar (unterschiedliche "Produktepalette", heterogene Patientenströme). Zudem bleibt unklar wie unter diesen Voraussetzungen die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer verglichen werden kann. Wie will man die Wirtschaftlichkeit von Betrieben vergleichen, wenn nicht alle Kantone das gleiche unter Rehabilitation verstehen, das Produktportfolio sich massiv unterscheidet und der Schweregrad der Patienten nicht berücksichtigt wird?

### **Forderung der vaka:**

Das vorgeschlagene Benchmarking ist ungerecht und nicht praktikabel. Eine ungewichtete Berücksichtigung von Spitälern, Geburtshäusern, Kinderspitälern und Universitätskliniken führt zu grossen Verwerfungen, die von den Kantonen anschliessend mit grossem Aufwand mit Zu- und Abschlägen korrigiert werden müssen. Für die Rehabilitation ist ein Benchmarking erst dann möglich, wenn die Rehabilitation gesamtschweizerisch einheitlich definiert worden ist. Die vaka fordert einen national gültigen Benchmark mit wissenschaftlich fundierten Kriterien in der Verantwortung von Bund und Kantonen.

### **2.4 Unterfinanzierung gefährdet die Patientensicherheit**

Die nachhaltige und langfristige Finanzierung der Schweizer Gesundheitsversorgung ist heute schon nicht mehr sichergestellt. Die Inkraftsetzung der Verordnungsänderungen würde ein noch viel grösseres Loch von weit über 1.2 Mia. in die Spitalfinanzierung reissen. Die Antwort, wer diese Unterdeckung finanzieren soll, bleibt der Bundesrat schuldig. Naheliegend ist, dass die öffentliche Hand, d.h. Kantone und Gemeinden für die entstehende Unterversorgung aufkommen müssen. Konsequenterweise müsste der Bundesrat dies im KVG festhalten. Die Folgen liegen auf der Hand: Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird je nach Finanzstärke der Regionen sehr unterschiedlich sein.

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Bisher hat sich in der Praxis ein Preisniveau etabliert, mit dem etwa die Hälfte der Spitäler seine Kosten decken konnte. Mit seinem Eingriff will der Bundesrat das Effizienzmass neu verbindlich auf das 25. Perzentil absenken. Das bedeutet, dass 75 Prozent der Spitäler ihre Dienstleistungen zu einem zu hohen Preis erbringen und sich mit Kürzungen konfrontiert sähen. Resultat wäre, dass mit den resultierenden Tarifen nur 25 Prozent der Spitäler ihre Kosten decken könnten, 75 Prozent der Spitäler würden einen Verlust erleiden und ihren Betrieb längerfristig einstellen müssen. Die Covid Pandemie hat aufgezeigt, dass dezentrale Versorgungsstrukturen im Krisenfall stabil und leistungsfähig sind. Die Absicht medizinische Leistungen zunehmend zu konzentrieren muss daher kritisch überdacht werden.

### **Forderung der vaka:**

Die vorgeschlagene Senkung des Effizienzmasses auf das 25. Perzentil gefährden Versorgung und Patientensicherheit. Das Effizienzmass in der Finanzierung soll auf das 40. Perzentil gelegt werden. Die nachhaltige Finanzierung der Schweizer Gesundheitsversorgung ist schon heute nicht sichergestellt. Insbesondere sind viele Spitäler und Kliniken nicht in der Lage eine ausreichende Marge für künftige Investitionen zu erwirtschaften. Die Inkraftsetzung der Verordnungsänderungen würde ein noch viel grösseres Loch reissen: Es würden pro Jahr insgesamt bis zu CHF 1.2 Mia. in der Spitalfinanzierung fehlen. Die Folgen der KVV Revision liegen somit auf der Hand: Die Zukunft der bis zu 120 Spitäler, die vom ökonomischen Ruin und damit von der Schliessung bedroht sind, hängt von kantonalen Subventionen ab. Damit wird die Qualität der Gesundheitsversorgung von Finanzstärke der Regionen abhängig gemacht.

### **2.5 Die Versorgung wird gefährdet**

Die Erfahrungen aus der COVID-19-Krise zeigen, dass die Schweiz auf allen Ebenen auf eine solche Pandemie nicht ausreichend vorbereitet war und führte vor Augen, wie leicht verwundbar das Schweizer Gesundheitswesen allgemein ist. Das Spitalwesen, das schon unter Normalbedingungen unter enormem Kostendruck steht, verfügt generell über ungenügende personelle und Infrastruktur-Reserven für Pandemien. Es fehlte zeitweise an Schutzmaterialien, Heilmitteln und Medizinprodukten, obwohl sich die COVID-Krise in der Schweiz in quantitativer Hinsicht (glücklicherweise) nicht wie befürchtet entwickelte. Vor diesem Hintergrund scheint eine Revision des KVV mit dem Ziel des Kapazitätsabbaus im Spitalwesen aus heutiger Sicht gänzlich deplatziert.

Verschiedene europäische Staaten haben in den zurückliegenden Jahren als Folge der Finanzkrise in ihren Gesundheitswesen massiv gespart. Dies gilt insbesondere für Italien und Spanien. Für die Schweiz gilt das so nicht. Der Vorwurf lautet hier eher, dass wir das viele Geld falsch eingesetzt und vergessen haben, dass Staat und die Sozialversicherungen vor allem Grossrisiken gut abdecken sollten. Aktuell sollen auch bei uns in vielen Regionen Spitäler geschlossen oder umgewandelt werden.

Wenn es in der Schweizer Gesundheitsversorgung zu Untersuchungen und Behandlungen kommt, die dem unbestrittenen Grundsatz von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht Stand halten, sind diese Untersuchungen und Behandlungen durch das Bundesamt für Ge-

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

sundheit umgehend aus dem Pflichtleistungskatalog zu streichen. Die gesetzlichen und verordnungsmässigen Grundlagen sind dafür vorhanden und müssen nicht neu geschaffen werden. In diesem

Nach Covid-19 wird über Spitalschliessungen anders diskutiert werden also vor der Krise. Man wird darum künftig von Konzepten, die möglichst alles konzentrieren wollen, wieder wegkommen. Die Verpflichtung für die Kantone auf Synergien und Optimierungspotential bei einer Konzentration von Leistungsgruppen für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu nutzen (Art. 58d, Abs.6) entspricht dem Dogma, dass Zentralisierung zu besseren Leistungen führt. Dies obwohl nur vereinzelt evidenzbasiert eine gewisse Qualitätsverbesserung nachgewiesen werden kann.

Die vorgesehene Steuerung über maximale Leistungsmengen und Bettenzahlen macht in der Rehabilitation keinen Sinn, weil die Patientenflüsse durch die Krankenversicherer gesteuert werden (Pflicht zur Kostengutsprache). Es liegt nicht in der Hand der Rehabilitationskliniken, die Mengen zu steuern. Im Weiteren weisen hohe Fallzahlen auf eine hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit hin (viele Zuweisungen heisst, dass die Krankenversicherer sind von Leistung überzeugt sind). Zudem müsste erläutert werden, wie eine Mengensteuerung funktionieren soll, wenn viele Rehabilitationskliniken Patienten aus 15 - 20 Kantonen behandeln.

### **Forderung der vaka:**

Um eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Versorgung zu gewährleisten, müssen die ambulanten Leistungen gefördert und kostendeckend finanziert werden. Gleichzeitig muss eine ausreichende Anzahl von stationären Plätzen erhalten und geschaffen werden, damit in Krisenzeiten die Kapazitäten schnell hochgefahren werden können. Die Steuerung über maximale Leistungsmengen und Bettenzahlen ist unsinnig und gefährdet eine qualitativ hochwertige Versorgung.

### **2.6 Der Revisionsentwurf ist mangelhaft begründet**

Während der Bundesrat in der KVV auch kleinste Details zu regeln versucht, unterlässt er es aufzuzeigen, welche Strategie er mit der Gesundheitsversorgung für die Schweizer Bevölkerung künftig verfolgen will. Zentrale Fragen bleiben unbeantwortet, wie:

- welche medizinische Versorgung soll der Bürger in der Region erhalten?
- welche Leistungen sind zu zentralisieren?
- wo sollen die grossen Versorgungszentren stehen?

Diese Schlüsselfragen bleiben weiterhin ungeklärt und die strategischen Hausaufgaben werden somit weiterhin nicht in Angriff genommen.

Die Bundesbehörden behaupten, dass im Schweizer Gesundheitswesen 20% der Leistungen unnötig sind. Sie würden insbesondere den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) nicht genügen. In den Revisionsunterlagen finden sich aber keine Hinweise, um welche



## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

Leistungen es sich handeln soll. Darüber hinaus fehlen Bestimmungen, wie diese angeblich so hohe Fehlbehandlungsrate gesenkt werden soll. Bezogen auf eine zeitgemässe Gesundheitsversorgung besteht dringender Handlungsbedarf nach strategischer Klärung.

### Forderung der vaka:

Nach den im Jahr 2020 gemachten Erfahrungen mit den Kapazitäten im Falle einer Pandemie bräuchte es ein nationales, wissenschaftlich gut abgestütztes Projekt, das klärt, welche Leistungen zukünftig wohnortsnah und welche zentralisiert erbracht werden sollen.

### 2.7 Etatismus statt Wettbewerb

Der Gesetzgeber hat sich von der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 eine Stärkung des Wettbewerbs versprochen. Dabei hat er in Kauf genommen, dass ineffiziente Spitäler unter diesem Druck aus dem Markt gedrängt werden können. Der Gesetzgeber ging aber davon aus, dass die Spitaltarife jedenfalls die Kosten eines effizient arbeitenden Spitals decken. Mit dieser Definition der Tarife bleibt die Versorgungssicherheit gewährleistet. Der Vorschlag des Bundesrates ersetzt den Wettbewerb durch staatlich Regulation:

- Mit den Verordnungsanpassungen werden verbindliche **Vorgaben zur Personaldotation** verankert. Es ist eine zentrale Aufgabe der Spitalführung das richtige Personal am richtigen Ort einzusetzen. Der optimale Personalmix hängt von vielen Faktoren (u.a. Leistungsspektrum, Patientengut, Kooperationsmöglichkeiten, Skills Grade Mix) ab und muss flexibel angepasst werden können. Eine Verordnung kann dies unmöglich für die ganze Schweiz sinnvoll und gewinnbringend regeln.
- Schon seit Jahren läuft der Prozess bei den Spitälern, die **Abgeltung der Ärzteschaft** von der erbrachten Leistungsmenge zu entkoppeln. Dafür braucht es keine Verordnung.
- Statt einer leistungsorientierten Planung wird mit dieser KVV die Struktur/Subjekt bezogene Planung in der Verordnung verankert und die unsehligen **Mehrfachrollen der Kantone** bleiben zementiert: Gesundheitsversorger, Finanzierer, Eigentümer von Leistungserbringern, Spitalistenersteller, Tariffestsetzer, Kontroller und Inhaber der Aufsicht, SLPG Entwickler.
- Unbestritten ist, dass **Qualitätsmanagement** ein wichtiger und ständiger Prozess bedeutet. Diesem stellen sich die Spitäler und sie sind bereit, weiter dafür zu investieren. Die Vorgaben im Verordnungsentwurf schiessen jedoch über das Ziel hinaus und verursachen primär eine Qualitätsbürokratie. Sie fokussieren allein auf die Strukturqualität. Damit rufen sie die Interessensvertreter auf den Plan, welche ihre Wunschvorstellungen, ungeachtet der Zweckmässigkeit und Finanzierbarkeit, verankern und verbindlich erklären lassen können.
- 
- Dass im Verordnungsentwurf nicht die Leistungsqualität im Vordergrund steht, zeigt sich auch darin, dass die angedachten Qualitätsvorgaben nur für die Spitäler gelten. Gesundheitszentren, OP-Zentren, Facharztpraxen oder freischaffende Gesundheitsfachpersonen unterstehen den Qualitätsvorgaben nicht. Nachdem die Ambulatisierung rasch voranschreitet, wäre eine Gleichbehandlung zwingend und im Sinne der Patientin

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

und der Patienten.

### 3. Stellungnahme der Pflegeinstitutionen vaka

Die vaka begrüsst grundsätzlich sinnvolle Regelungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit für Pflegeheime. Allerdings sind dafür die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu beachten. Über das KVG lassen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit in Pflegeheimen nur beschränkt regeln – und auch dies nur, soweit sie sich auf die finanzierten Pflichtleistungen gemäss KVG beschränken. Die in der vorliegenden Revision vorgeschlagenen Änderungen beinhalten Regelungen, die weit ausserhalb der Pflegeleistungen nach KVG (und auch Art. 7 KLV) liegen. Mit anderen Worten: für die meisten der vorgeschlagenen Regelungen besteht aus unserer Sicht keine gesetzliche Grundlage. Die OKP erbringt einen Beitrag ausschliesslich an die Pflegekosten. Demnach kann das KVG lediglich Delegationsnorm für Erbringung und Finanzierung der Pflegeleistungen sein. Daraus folgt, dass sich die weitaus meisten in der vorliegenden KVV-Änderung vorgeschlagenen neuen Regelungen, die die Pflegeheime betreffen, nicht auf das KVG stützen können.

Grundsätzlich fokussiert die vorgeschlagene Revision auf eine sehr technische Sicht der Qualität und stellt dabei Kosten, Sicherheit, Qualitätsmessungen und Prozesse in den Mittelpunkt. Die vaka verkennt die Bedeutung solcher Parameter nicht. Allerdings sollte das primäre Ziel einer Institution für Menschen mit Unterstützungsbedarf die Lebensqualität der Betroffenen sein. Prozesse allein werden eine solche nicht fördern, sondern eher behindern. Dann nämlich, wenn die Betroffenen nur noch administriert werden. Die vaka fordert daher, die vorliegende Revision zu sistieren. Zuerst ist zu definieren, welche Qualität es für Pflegeheime insgesamt braucht. Wir stützen uns mit dieser Haltung auf den nationalen Qualitätsbericht, der klar hervorhebt, dass es letztlich um Lebensqualität geht (Kapitel 3.5, Seite 29: «Oberstes Ziel in der Pflegeheimversorgung ist, für die dort lebenden Menschen eine gute Lebensqualität zu erhalten und gleichzeitig ihre Sicherheit zu gewährleisten. Die Betreuung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen ist aufgrund von Multimorbidität, Polypharmazie, eingeschränkter Mobilität sowie der mit Demenz verbundenen Verhaltensstörungen und psychologischen Symptome oft komplex. Neben der wirksamen medizinischen Behandlung ist die Wahrung von Autonomie, Würde und Wohlbefinden zu berücksichtigen (OECD, 2013; Zúñiga, 2019a)»). Die Lebensqualität ist aber in der vorliegenden Verordnungsänderung überhaupt nicht im Fokus. Und auch nicht in den aktuellen und geplanten gesetzlichen Grundlagen. Zuerst ist also eine Gesamtsicht zur Qualität zu schaffen und dann zu prüfen, welche Akteure wofür verantwortlich sind und welche Regelungen zur Zielerreichung notwendig und sinnvoll sind.

Die vaka stellt fest, dass der Bund mit den in der Revision vorgeschlagenen Detailregelungen in die heutige Kompetenz der Kantone eingreift und die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen vermischt. Die OKP erbringt aktuell nur einen Beitrag an die Pflegekosten, die grossen Kostenträger sind die Restfinanzierer (Kantone/Gemeinden). Daraus ergibt sich: die Restfinanzierer müssen die Qualitätsstandards und die Wirtschaftlichkeitskriterien festlegen. Was die Mehrheit der Kantone heute schon umgesetzt hat.

Der Bundesrat beabsichtigt in dem vor allem relevanten Artikel 58d, Abs 4. Ziffern a bis f eKVV, die Gesamtheit der Qualität eines Pflegeheims zu

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

prüfen: etwa die Dotation des Fachpersonals oder die Sicherheitskultur. Dies geht weit über die in der KVG festgelegten Regelungsbereiche hinaus. Die Kompetenz für die Vorgaben gemäss den genannten Ziffern a bis f liegt heute bei den Kantonen. Bereiche wie etwa die Handhygiene, die Sicherheits- und Fehlerkultur und deren Überprüfung, die Bestimmungen im Bereich Palliative Care (die bis heute keine KVG-Leistung darstellt) oder die Verordnung von Medikamenten (welche nicht in der Kompetenz der Pflegeheime liegt), sind nur wenige Beispiele dafür, die aufzuzeigen, dass die Verordnungsinhalte gemäss Änderungsvorschlag ohne Zweifel weit ausserhalb der Pflegeleistungen nach KVG liegen. Wir verweisen zudem darauf, dass immer mehr Institutionen für Kinder oder erwachsene Menschen mit komplexen, mehrfachen Behinderungen ihre Pflegeleistungen über das KVG abrechnen müssen. Sie unterliegen nochmals anderen kantonalen Auflagen als die Pflegeheime für Menschen im Alter.

Schliesslich stellt sich eine weitere grundsätzliche Frage: Wie der Bundesrat in der Strategie Gesundheit2030 festhält, braucht es angesichts der demographischen Entwicklung auch einen Wandel in den Versorgungsstrukturen, namentlich mit intermediären Angeboten wie dem betreuten Wohnen. Die vaka unterstützt diesen Wandel. Verschiedene Kantone gehen dazu über, die Bedarfsplanung von ambulanter und stationärer Pflege sowie Betreuungsangeboten für pflegebedürftige Menschen aus einer Hand zu planen. Bevor die Pflegeheimplanung mit der vorliegenden Revision überarbeitet und zementiert wird, sollte klar sein, ob sie mit der Strategie Gesundheit2030 in Einklang steht und die Integration der Pflegeheime in die Planung integrierter Versorgungsmodelle nicht behindert.

Neben der aktuellen Vorlage ist eine weitere Änderung der KVV zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Vernehmlassung. Die vaka ist irritiert darüber, dass diese zweite Vorlage separat und zeitlich verzögert in die Vernehmlassung gelangt. Da die beiden Vorlagen unbestreitbar miteinander verknüpft sind, hätten wir es begrüsst, wenn der Bundesrat diese in einem Paket zusammengefasst hätte.

#### **4. Zusammenfassung: Verordnungsentwurf zurückweisen**

Der vorliegende Entwurf fokussiert einseitig auf Kostensenkung und gefährdet damit die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Krise zeigen, dass die Schweiz auf allen Ebenen auf eine solche Pandemie nicht ausreichend vorbereitet war und führte vor Augen, wie leicht verwundbar das Schweizer Gesundheitswesen allgemein ist. Das Gesundheitswesen, das schon unter Normalbedingungen unter enormem Kostendruck steht, verfügt generell über ungenügende personelle und Infrastruktur-Reserven für Pandemien. Es fehlte zeitweise an Schutzmaterialien, Heilmitteln und Medizinprodukten, obwohl sich die COVID-Krise in der Schweiz in quantitativer Hinsicht (glücklicherweise) nicht wie befürchtet entwickelte.

Vor diesem Hintergrund scheint eine Revision des KVV mit dem Ziel des Kapazitätsabbaus im Spitalwesen aus heutiger Sicht gänzlich deplatziert. Solange die Lehren aus der COVID-19-Pandemie nicht abschliessend gezogen sind, sollte beantragt werden, jegliche Revisionen von KVG und KVV auszusetzen (Moratorium). Insofern ist die gesamte Vorlage ans EDI zur grundlegenden Überarbeitung zurückzuweisen.

## **Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren**

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

### Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
<p><i>Für den Fall, dass das Eidgenössische Departement des Innern und in der Folge der Bundesrat wider Erwarten am Vorhaben der Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung bezüglich der Spitalplanung durch die Kantone festhalten sollte, finden sich nachstehend unsere Anträge für Streichungen und Anpassungen von zahlreichen Bestimmungen des Vernehmlassungsentwurfs.</i></p>					
	KVV 58b	1		<p>Die Bedarfs-/Versorgungsplanung der Kantone soll sich auf statistische Daten stützen. So lange der Begriff "Rehabilitation" nicht gesamtschweizerisch definiert ist, so lange ein unterschiedliches Verständnis von Rehabilitation besteht und so lange es keine einheitlichen und inhaltlich vergleichbaren Leistungsgruppen gibt, kann keine seriöse Bedarfs-/Versorgungsplanung durchgeführt werden. Wie die interkantonale Abstimmung und der Einbezug ausserkantonaler Leistungserbringer - wird mit dieser Revision zur Pflicht - unter diesen Voraussetzungen funktionieren soll, ist nicht nachvollziehbar (unterschiedliche "Produktepalette", heterogene Patientenströme).</p> <p>Bei der Erstellung der Spitallisten muss die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer berücksichtigt werden. Wie will man die Wirtschaftlichkeit von</p>	

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				Betrieben vergleichen, wenn nicht alle Kantone das gleiche unter Rehabilitation verstehen, das Produktportfolio sich massiv unterscheidet und der Schweregrad der Patienten nicht berücksichtigt wird?	
	KVV 58d	3,5	a	<p>Die verbindliche Formulierung der Bst. a in den Absätzen 3 und 5 steht im Widerspruch zu den Ausführungen auf der Seite 13 der Erläuterungen, 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.</p> <p><b>Die Qualität der Leistungserbringung ist durch spezifische Messungen (Ergebnisqualität) und nicht durch Mindestvorgaben an Fachpersonal pro Leistungsgruppe sicherzustellen.</b> Eine hohe Qualität ist für die Leistungserbringung der Spitäler unbestritten 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-f</p>	streichen

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

			<p>aufgeführten Instrumente. Die Kantone haben zudem die Möglichkeit und 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).</p> <p>Leistungsgruppenspezifische Dotationsvorgaben dürften angesichts des sich abzeichnenden Pflegekräftemangels insbesondere für Regionalspitäler schwierig bis gar nicht einzuhalten sein.</p> <p>Zu den Erläuterungen im Bericht (Seite 9f, letzter Absatz) ist zu bemerken, dass es generell heikel ist, sich auf Empfehlungen von den Fachgremien abzustützen. Die Umsetzungen dieser Empfehlungen führen oft zu massiv höheren Kosten und unnötigem Stellenaufbau. Oftmals ist gar nicht so viel Fachpersonal auf dem Arbeitsmarkt vorhanden wie es die Empfehlungen der Fachgesellschaften fordern. Jedoch ist nichts einzuwenden gegen Checklisten (sofern sie massvoll sind).</p>	
--	--	--	--	--

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

	KVV 58d	2		<p>Die in den Pflegeheimen zur Anwendung gelangenden unterschiedlichen Pflegebedarfsinstrumente (BE-SA, 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.</p> <p>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.</p>	streichen
	KVV 58d	6		<p>Für die Hochspezialisierte Medizin ist eine Konzentration der entsprechenden Leistungen aus qualitativer und wirtschaftlicher Sicht gerechtfertigt.</p> <p>Hingegen ist bei der Medizin des Häufigen die qualitätsfördernde Wirkung und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit mittels einer Konzentration von Leistungen nicht belegt. Zudem sind bei der Ausgestaltung der Grundversorgung auch andere Ziele wie insbesondere der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu beachten und ausschlaggebend (siehe Art. 58b Abs. 4 Bst. a</p>	streichen



## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				des Revisionsentwurfs). In seiner Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) verweist der Bundesrat zu Recht auf Vorteile, die mit dem Betrieb eines Spitals in einem Kanton verbunden sind (Arbeitsplätze, Einkommensquelle, Aufträge an Subunternehmer). Diese könnten durch die Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Krankenversicherung nicht beeinflusst werden (BBI 2004 5568).	
	KVV 58e	2	b,d	Bst. b und d entsprechen nicht der Begründung in den Erläuterungen zum Absatz 2. Diese Buchstaben lassen unendliche Interpretationen und damit entsprechende Beschwerden bezüglich einer fehlerhaften Spitalplanung zu. Eine Spitalplanung mit einer derart weit gefassten und offen formulierten praxisfernen Vorgabe der in die Koordination der Planung einzubeziehenden Kantone wird diese vor unabsehbare Probleme bei der Planung stellen.  Primat der Planung eines Kantons die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung seiner Bevölkerung bilden.	streichen
	KVV 58f	5		Die Formulierung dieses Absatzes, dass die Kantone für jede Leistungsgruppe festlegen müssen, welche Anforderungen für welche der aufgelisteten oder allfällig weiteren Parameter zu erfüllen sind, steht im Widerspruch zu den Ausführungen auf Seite 13 der Er-	Die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erteilten Leistungsaufträge halten fest, welche <b>Anforderungen bezüglich einer qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen stationären Versorgung zu erfül-</b>

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>läuterungen, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liegt, über die Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden. Dieses Ermessen ist im Absatz 5 anstelle der vorgeschlagenen Auflistung der zu erfüllenden Auflagen festzuhalten.</p> <p>Die Ausführung auf der Seite 13 des Kommentars, wonach in einem Stadtkanton höhere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden können als in einem Landkanton, ist zwingend zu korrigieren. Stadtkantone können nicht höhere, sondern andere Anforderungen an die Spitäler stellen als Landkantone. Eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche stationäre Versorgung kann auch anders als durch Mindestfallzahlen, deren qualitätsfördernde Wirkung nicht belegt ist, bewerkstelligt werden.</p>	<p><b>len sind.</b></p> <p><i>Der Antrag bedeutet im Ergebnis, dass die Bst. a – h ersatzlos zu streichen sind.</i></p>
	KVV 58f	5	g	<p>Bis auf wenige und von der vorliegenden Regelung nicht betroffene Eingriffe im Bereich der hochspezialisierten Medizin, wie beispielsweise Transplantationen, liegen keine wissenschaftlichen Nachweise für eine signifikante Erhöhung der Outputqualität bei höheren Fallzahlen vor. Es finden sich demgegenüber zahlreiche Studien, welche die Wirksamkeit von Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsverbesserung grundsätzlich bezweifeln.</p> <p>Auch aus Sicht des Bundesrats ist der Zusammen-</p>	streichen

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

			<p>hang zwischen Mindestfallzahlen und Ergebnisqualität nicht belegt. In seinem Bericht "Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung" vom 18. Dezember 2013 hat der Bundesrat auf S. 26 den fehlenden Nachweis des Zusammenhangs zwischen Mindestfallzahlen und Ergebnisqualität wie folgt eingeräumt:</p> <p>Nach Artikel 58b 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. <b>Jedoch sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die generelle Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vorhanden.</b> In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenig Studien oder keine empirische Evidenz. Ein Vergleich, der in verschiedenen Ländern festgesetzten Mindestfallzahlen zeigt zudem, dass sie in Bezug auf die gleiche Leistung beträchtlich variieren. <b>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.</b></p>	
--	--	--	---	--

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

			<p>Die wissenschaftlichen Grundlagen für die Festsetzung von Mindestfallzahlen in der Grundversorgung sind immer noch nicht vorhanden. Weder die einschlägigen Dokumente des Bundesamts für Gesundheitswesen noch wissenschaftliche Abhandlungen oder die Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken belegen die Wirksamkeit von Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsverbesserung in der Grundversicherung.</p> <p>Zudem steht die Forderung nach Mindestfallzahlen im Widerspruch zum Bericht der Expertengruppe betreffend die Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP (siehe erläuternder Bericht, S. 14, letzter Abschnitt). Diese schlägt vor, <i>dass die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte erfolgen müsse. Die Massnahme hat zum Ziel, die heute möglicherweise bestehenden Fehlanreize zur Mengenausweitung und zur damit potenziell einhergehenden Patientenselektion bei Ärztinnen und Ärzten zu reduzieren.</i></p> <p>Gerade bei Vorgaben zu Mindestfallzahlen besteht jedoch ein erheblicher Anreiz auch medizinisch nicht notwendige Operationen und Eingriffe vorzunehmen, um die Mindestfallzahlen zu erreichen.</p>	
--	--	--	---	--

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>Damit würde die, von der Expertengruppe vorgeschlagene Massnahme ihre Wirkung gar nicht oder nur teilweise entfalten. 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 würde wiederum zu weiteren Mehrkosten führen.</p>	
	KVV 58f	6		<p>Maximale Leistungsmengen führen faktisch zu einer Mengenbegrenzung und stehen im Widerspruch zum vom KVG erwarteten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern.</p> <p>Durch maximale Leistungsmengen würde die in Art. 41 Abs. 1KVG statuierte Wahlfreiheit der Versicherten eingeschränkt beziehungsweise aufgehoben und damit Spitäler mit einer hochstehenden Qualität benachteiligt, was nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sein kann.</p> <p>Für die Verknüpfung von Leistungsaufträgen mit maximalen Leistungsmengen ist angesichts der Auswirkungen auf die Spitallandschaft mindestens eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Diese ist im KVG nicht gegeben.</p> <p>Maximale Leistungsmengen und Bettenzahlen machen in der Rehabilitation keinen Sinn, weil die Patientenflüsse durch die Krankenversicherer gesteuert</p>	streichen

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>werden (Kostengutsprache). Es liegt nicht in der Hand der Rehabilitationskliniken, die Mengen zu steuern. Im Weiteren weisen hohe Fallzahlen auf eine hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit hin (viele Zuweisungen = Krankenversicherer sind von Leistung überzeugt). Zudem müsste erläutert werden, wie eine Mengensteuerung funktionieren soll, wenn viele Rehabilitationskliniken Patienten aus 15 - 20 Kantonen behandeln. Um die Qualität zu sichern, sind Mindestmengen, nicht aber Maximalmengen festzulegen.</p>	
	KVV 59c	1	a	<p>Diese Formulierung hat in der Vergangenheit (insbesondere bei der Einführung von Swiss DRG) zu Verwirrung geführt. Das BVG hat dann in einem Urteil präzisiert, dass Effizienzgewinne erlaubt sind. Somit darf der Tarif auch höher sein als die vom Leistungserbringer (sprich Spital) transparent ausgewiesenen Kosten.</p>	streichen
	KVV 59c bis	1		<p>Aus dem vorliegenden Absatz geht nicht hervor, wer die Ermittlung des Benchmarkwerts vornimmt beziehungsweise vorzunehmen hat. Wenn die Ermittlung des Benchmarkwerts unter Einbezug aller schweizweit betroffenen Leistungserbringer mit transparent hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- resp. Tageskosten zu erfolgen hat, wird daraus zwangsläufig aus rein rechnerischen Gründen nur ein Benchmarkwert resultieren.</p>	<p>Für die Tariffberechnung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG wird <b>durch eine von den Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer eingesetzte oder anerkannte Stelle</b> ein Benchmarkwert ermittelt, .....</p>

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				Die Ermittlung des für alle Parteien geltenden Benchmarkwerts sollte entsprechend durch eine unabhängige von allen Parteien anerkannte oder von ihnen mandatierte Stelle erfolgen.	
	KVV 59c bis	1	b	<p>Die Ausführungen auf der Seite 17 des Kommentars zu den in Aussicht genommenen Änderungen zeigt unmissverständlich auf, dass die Festlegung des Perzentilwerts ausschliesslich dazu benutzt wird, um Minderkosten für die OKP und eine Entlastung des Bundes bei den Beiträgen für die individuelle Prämienverbilligung herbeizuführen.</p> <p>Für die Festlegung des 25. Perzentil als Benchmarkwert findet sich im Kommentar keine über die Entlastung der OKP und des Bundes hinausgehende Begründung. Insbesondere fehlen Ausführungen über die Auswirkungen dieses Benchmarkwerts auf die Spitäler und die Kantone im Kommentar.</p> <p>Der vorgesehene Benchmark auf dem 25. Perzentil ist willkürlich, folgt einseitig der Sicht der Versicherer, qualifiziert die Spitäler mit einem Vollversorgungsangebot grossmehrheitlich als unwirtschaftlich. Im unteren Bereich des Benchmarks auf dem 25. Perzentil befinden sich primär Leistungserbringer mit einem spezialisierten Angebot (cherry picking), Spitäler ohne Notfall- oder Intensivpflegestationen und Geburtshäuser. Diese Leistungserbringer verzerren somit die</p>	..... der (.....) höchstens dem 40. Perzentilwert <b>der schweregradgewichteten Fälle (casemix) aller Leistungserbringer</b> entspricht.

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

			<p>Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler ungebührlich und in einer ungerechtfertigten und auch vom Gesetzgeber nicht gewollten Weise. Eine weitere Verzerrung resultiert aus den regional unterschiedlichen Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten).</p> <p>Die Festlegung des Benchmarks auf dem 25. Perzentil hätte bei den darüber liegenden Spitätern einen steigenden Leistungsdruck auf das Personal und wohl auch in vielen Spitätern einen Personalabbau zur Konsequenz. 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 kein Grund, in der Verordnung einen tieferen Wert festzulegen. Ein Benchmarkwert auf dem 40. Perzentil stellt sicher, dass auch die Spitäler mit einem Vollversorgungsangebot im Benchmark ausreichend und angemessen abgebildet werden und die notwendigen finanziellen Mittel für einen Betrieb mit einer hochstehenden Qualität erwirtschaftet werden können. Ein Benchmarkwert auf dem 40. Perzentil entfaltet in ausreichendem Mass eine kostendämpfende Wirkung. Die Festlegung eines Benchmarks unter dem 40.</p>	
--	--	--	---	--



## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

			<p>Perzentil hat 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 – sofern nicht von diesem Vorhaben Abstand genommen wird - zwingend auf Gesetzesstufe zu erfolgen.</p> <p>Wird – wie im Revisionsentwurf vorgesehen – bezüglich des massgebenden Perzentils auf die Anzahl der Leistungserbringer abgestellt, kommt Spitalern mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl bei der Ermittlung des Benchmarkwerts ein übermässiges Gewicht zu. Der gleichmässige Einbezug aller Spitäler unabhängig von der Fallzahl und des Schweregrads der Fälle in den Benchmark führt entsprechend zu einem verzerrten Effizienzmassstab. Der Benchmark hat entsprechend – soll er einen aussagekräftigen Vergleich der Effizienz der Spitäler zum Ziel haben, wovon auszugehen ist, zwingen auf der Basis der schwergradbereinigten Fälle aller Leistungserbringer zu erfolgen.</p> <p>Gemäss dem Kommentar zu Art. 59c bis Abs. 4 haben sich die Vergütungen an jenen Spitalern zu orientieren, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität erbringen. Bei den im Absatz 1 enthaltenen Schritten zur Ermittlung des Benchmarkwerts</p>	
--	--	--	---	--

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>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. Unbeantwortet bleibt im Kommentar die Frage, was die notwendige Qualität ist.</p>	
	KVV 59c bis	3		<p>Die Begründung zum vorliegenden Absatz 3 ist nicht überzeugend. Wenn ein Leistungserbringer die Kosten- und Leistungsdaten nicht rechtzeitig bereitstellt, so sind alle Versichererverbände davon betroffen. Es wird kaum so sein, dass ein Leistungserbringer seine Kosten- und Leistungsdaten nur einem Versichererverband rechtzeitig bereitstellt.</p> <p>Ein pro Versichererverband unterschiedlicher Benchmarkwert ist angesichts der im Absatz 1 enthaltenen Vorgaben zu dessen Ermittlung allenfalls in einer Übergangsphase angängig.</p> <p>Im Übrigen verweisen wir auf die Ausführungen beim Absatz 1.</p>	streichen
	VKL Art. 10a bis	1	a	<p>Die Aufrechterhaltung der Sicherheit in einem Spital ist entgegen den Ausführungen im Kommentar eine betriebsinterne Aufgabe, die zunehmend an Bedeutung gewinnt.</p> <p>Öffentlichkeitsarbeit richtet sich auch an krankenge-</p>	streichen: ... <b>sowie Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing</b>

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				gegrundversicherte Personen und bezweckt deren Information über das Angebot und die qualitativen Anstrengungen der Spitäler zum Zwecke der Ermöglichung der Wahrnehmung der ihnen gemäss Art. 41 KVG zustehenden Wahlfreiheit zwischen den Leistungserbringern.	
	VKL Art. 10a bis	1	b, c, e, f	Es muss klar festgehalten werden, dass diese Kosten nicht kostenbasiert, sondern nur normativ abgezogen werden können. Möchte man die effektiven Kosten ausscheiden, dann stellen sich bei der Erstellung der Kostenrechnung diverse Abgrenzungsfragen und der Erfassungsaufwand für die entsprechenden Leistungen würde massiv zunehmen.	
	VKL Art. 15	1		Die Spitäler sind aus ablauftechnischen Gründen (Revision etc.) nicht in der Lage, die Daten für die Ermittlung des Benchmarkwerts bis am 1. Mai des Folgejahres für die Versicherer bereitzustellen. Die dafür massgebende Frist ist entsprechend auf den 1. Juni des Folgejahres festzulegen, sollen nicht ungerechtfertigte Abzüge wegen verspäteter Bereitstellung die Folge sein.	Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime sind verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. des Folgejahres bereitzuhalten...
	VKL Übergangsbestimmungen	5 (neu)		Die Einholung einer Bestätigung der VKL-Konformität der Kostenrechnung kann nicht rückwirkend für das Kostenrechnungsjahr 2019 vorgenommen werden, wie dies im Kommentar auf der Seite 22 unten ange-	<b>Das VKL-Testat ist ab dem Kostenrechnungsjahr 2021 auszustellen.</b>

## Änderung der KVV und VKL (Planungskriterien und Tarifiermittlung): Vernehmlassungsverfahren

				<p>nommen wird. Die Spitäler und die externen Revisionsstellen benötigen dafür ausreichend Vorlaufzeit. Die Übergangsbestimmungen sind im Hinblick auf die Planungssicherheit der Spitäler mit einem neuen Absatz 5 zu ergänzen, dass die Vorgabe des VKL-Testats erstmals für das Kostenrechnungsjahr 2021 gilt.</p>	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

<b>Weitere Vorschläge</b>			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag