

Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Muri, 30. April 2008

**Stellungnahme zu den Teilrevisionen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler mit Pflegeheime in der Krankenversicherung (KLV) und der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (VKL)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns zu den nderungsentwrfen der drei obgenannten Verordnungen äussern zu können. Nach Durchführung einer Konsultation unserer Mitglieder können wir wie folgt Stellung nehmen:

**1. Allgemeine Bemerkungen**

Basis für die vorgeschlagenen Änderungen der Verordnungen sind die neuen Gesetzesbestimmungen, die das Parlament letzten Dezember verabschiedet hat. Mit der Revision hat das Parlament klarerweise zwei wesentliche Ziele verfolgt und auch umgesetzt:

- die Gleichstellung aller Spitäler
- die Förderung eines fairen Wettbewerbs

Dieser Neuausrichtung ist im Rahmen der Verordnungsrevisionen unmissverständlich Rechnung zu tragen. Leider ist dies bei dem uns vorgelegten Text der KVV nicht der Fall. Nicht nur wird nach wie vor insbesondere im Bereich der Planungskriterien aber auch im Bereich der Datenerhebung an der planwirtschaftlichen Ausrichtung, die bereits nach geltendem Recht vorherrschte, festgehalten, sie wird sogar nochverstarkt. Dies wird im Kommentar direkt bestätigt, indem auf Seite 3 wörtlich ausgeführt wird: „Die bundesrätliche Kompetenz zum Erlass von Planungskriterien ist mit der Aufarbeitung und Konsolidierung der Planungskriterien, welche der Entscheidungspraxis des Bundesrates zu Grunde liegen, verbunden“. Damit wird direkt bestätigt, dass man

offenbar nicht bereit ist, den Richtungswechsel des Parlamentes zu vollziehen. Gleichzeitig wird die falsche Ausrichtung durch die Einführung der Mengensteuerung sowie durch die Umschreibung der Auswahlkriterien, die für die Aufnahme auf die Spitalliste massgebend sein sollen, gegenüber heute sogar noch akzentuiert.

Hier muss unbedingt eine dezidierte Kehrtwendung erfolgen, denn ein solches Vorgehen entspricht in keiner Weise den Vorgaben des Parlamentes. Dieses verlangt, dass der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von **Qualität und Wirtschaftlichkeit** erlässt. Wesentlich für die Auswahl der Leistungserbringer, die auf die Spitalliste aufzunehmen sind, sind daher ausschliesslich diese beiden Elemente. Zusammen mit der vom Parlament explizit verankerten Ausdehnung der Spitalwahlfreiheit und mit dem Übergang zu einer Leistungsfinanzierung bedeutet dies, dass die Planung auf das zurückgeführt werden soll, was effektiv Aufgabe des Staates ist, nämlich dafür zu sorgen, dass genügend Kapazität vorhanden ist, um die Spitalversorgung der Schweizer Bevölkerung sicherzustellen. Dabei sollen prioritär diejenigen Leistungserbringer berücksichtigt werden, die unter den Aspekten Preis und Qualität am besten abschneiden. Es muss somit im Auswahlverfahren eine echte Chancengleichheit bestehen. Dies erfordert ein Verfahren, das zu einer Entscheidung führt, die auf objektiven Kriterien beruht. Dies ist durch die Verordnung sicherzustellen. Die Respektierung des Willens des Gesetzgebers erfordert somit

- einen Verzicht auf jegliche Beschränkung der Anzahl von Fällen, die ein Leistungserbringer behandeln darf, denn ein solches Vorgehen steht diametral im Widerspruch zur erweiterten freien Spitalwahl. Wie soll ein Patient ein Spital frei wählen können, wenn dessen Leistungsmöglichkeiten künstlich kontingentiert werden?
- die Schaffung eines fairen Verfahrens für die Auswahl der Leistungserbringer, die auf die Spitalliste aufgenommen werden. Es braucht deshalb ein Verfahren, welches ähnlich oder gleich ausgestaltet ist wie ein Submissionsverfahren und somit garantiert, dass die Auswahl transparent und nach objektiven, nachvollziehbaren Kriterien erfolgt.
- die Präzisierung der vom Gesetzgeber genannten einzig massgeblichen Kriterien „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ und daher der Verzicht auf Kriterien, die der Willkür Tür und Tor öffnen, wie das in Art. 58b der KVV gemäss Entwurf vorgesehen ist.

Es braucht somit insgesamt einen neuen Ansatz insbesondere bei den Bestimmungen der KVV, die die Planungskriterien festlegen. Einerseits sind die Auswahlkriterien unter einer anderen Optik zu überarbeiten und andererseits sind zusätzliche Bestimmungen aufzunehmen, die ein faires und transparentes Auswahlverfahren sicherstellen. Angesichts dieses wesentlichen Überarbeitungsbedarfes können die nachfolgenden Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen klarerweise nicht als abschliessende Aufzählung der

unseres Erachtens bestehenden Mängel betrachtet werden. Es ist deshalb für wesentliche Teile der Verordnung auch nicht möglich, konkrete Änderungsbegehren zu den einzelnen Bestimmungen vorzuschlagen. Es braucht grundsätzliche Änderungen. Wir würden es begrüßen, wenn wir darüber gemeinsam diskutieren und ein Konzept festlegen könnten, und sind anschliessend auch gerne bereit, gestützt darauf, unsererseits konstruktive Vorschläge zu unterbreiten.

## 2. Zu den einzelnen Bestimmungen

### 2.1 KVV

- Art. 28 Abs. 1 Bst. c): Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen ist nicht einzig und allein eine Sache der Kosten. Wesentlich ist auch das Ergebnis, das mit den erbrachten Leistungen erreicht wird. In der Klammer ist der Text deshalb wie folgt zu ergänzen: „...Leistungserbringer und Ergebnisse der erbrachten Leistungen).“
- Art. 31 Bst. a): Es ist unklar, aufgrund von welchen Fakten die Qualifikation der Leistungserbringer ermittelt werden soll. Alle Spitäler, die tätig sein dürfen, verfügen über eine Betriebsbewilligung, mit welcher bestätigt wird, dass sie für die Erbringung der Leistungen qualifiziert sind. Ist das nicht mehr der Fall, ist dem Spital die Betriebsbewilligung zu entziehen. Im Text ist deshalb „... und Qualifikation“ zu streichen. Dies ist überflüssig.
- Art. 31 Bst. b): U.E. ist es dem Bundesamt für Statistik aufgrund rein statistischer Angaben nicht möglich, aussagekräftige medizinische Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen. Wir befürworten selbstverständlich die Publikation von Daten zur Qualität der Leistungserbringung. Es muss dabei jedoch sichergestellt werden, dass die Empfänger der Publikation die Tragweite und die Bedeutung der Veröffentlichung auch richtig erfassen können. Es ist daher unumgänglich, dass das Bundesamt für Statistik diese Publikation vorgängig mit den Leistungserbringern abspricht.
- Art. 31 Bst. d): Der Begriff der Kostenentwicklung ist unverständlich. Welche Kosten sind gemeint? Geht es um die Kosten in den Spitälern (Löhne, Betriebsaufwand) oder um die Kosten für eine in einem Spital erbrachte konkrete Leistung? Solange hier nicht klar definiert wird, was mit diesem Begriff gemeint ist, ist einer willkürlichen Publikation Tür und Tor geöffnet. Die Kosten einer Behandlung sind nämlich primär abhängig von der Komplexität der zu erbringenden Leistungen. Ein teures Spital oder eine teure Behandlung ist möglicherweise wesentlich wirtschaftlicher als ein vordergründig billiges Spital oder eine günstige Behandlung. Der Buchstabe ist daher entweder zu streichen oder dann neu so zu formulieren, dass dann auch ein wirklich vernünftiger und fairer Benchmark möglich ist.

- Art. 58 a Abs. 2 lit. c: Hier zeigt sich nun mit aller Deutlichkeit der unter Ziffer 1 gerügte falsche Ansatz in Richtung Planwirtschaft, statt wie vom Gesetzgeber gewollt, in Richtung Wettbewerb. Es kann nie darum gehen, Leistungsmengen festzulegen, denn dies schliesst die Spitalwahlfreiheit aus und schützt Leistungserbringer, die weniger wirtschaftliche oder qualitativ schlechtere Leistungen erbringen. Es kann einzig Aufgabe des Staates sein sicherzustellen, dass genügend Kapazitäten vorhanden sind und dass der Preis- und Qualitätswettbewerb nicht dazu führt, dass plötzlich ein Versorgungsengpass entsteht. Es sind daher nötigenfalls Mindestmengen festzulegen, niemals jedoch Höchstmengen, denn werden die Mengen beschränkt, dann verhindert man, dass die in Bezug auf Preis und Qualität wirtschaftlichen Leistungserbringer die Möglichkeit haben, möglichst viele Behandlungen durchzuführen. Damit wird letztlich eine qualitativ gute und kostengünstige Spitalversorgung verunmöglicht, weil auch die schlechteren Leistungserbringer ihr Kontingent auf sicher haben.
- Art. 58 b Abs. 1: Es genügt, wenn der Bedarf annäherungsweise ermittelt wird, darf das Ziel dieser Bedarfsermittlung – wie erwähnt – doch nur sein sicherzustellen, dass die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Dazu braucht es nicht einen riesigen administrativen Aufwand.
- Art. 58 b Abs. 2: Die geografische Lage der Einrichtung (Buchstabe b) ist nicht wichtig; wir müssen wegkommen von der Idee, jedem Tälchen sein Spitalchen. Entscheidend ist einzig, dass alle Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist Zugang zu einer Spitalversorgung haben.

Buchstabe c ist ersatzlos zu streichen. Diese Bestimmung lässt einerseits der Willkür freien Lauf und erwähnt andererseits Elemente, die völlig überflüssig sind. Die Bereitschaft zur Tarifbindung ist ohnehin ein Muss, da das KVG ja bereits unmissverständlich den Tarifschutz sicherstellt. Die Erwähnung ist daher überflüssig, ebenso wie die beiden letzten Voraussetzungen in dieser Litera. Es ist klar, dass für ein Spital, das auf der Spitalliste ist, im Rahmen seiner Kapazitäten eine Aufnahmepflicht besteht, ist dies doch eine direkte Folge der vom Gesetzgeber gewollten Spitalwahlfreiheit, und es ist ebenso klar, dass eine Zusammenarbeit mit zuweisenden und nachbehandelnden Stellen unumgänglich ist. Dies gehört zu den elementaren Sorgfaltspflichten. Die Forderung, dass das Spital bereit sein muss zur Erfüllung von Auflagen öffnet dagegen in dieser allgemeinen Formulierung der Willkür Tür und Tor und kann deshalb nicht so stehen gelassen werden. Die Bereitschaft, irgendwelche Auflage zu akzeptieren, kann kein taugliches Auswahlkriterium sein. Der Buchstabe c ist daher zu streichen. An seiner Stelle ist vielmehr hier festzuhalten, dass bei der Auswahl alle Spitäler unabhängig von der Trägerschaft, also unabhängig davon ob es sich um ein öffentliches oder ein privates Spital handelt, gleich zu behandeln sind.

- Art. 58 b Abs. 3: Buchstabe b ist zu streichen und zu ersetzen durch den Preis. Neu sind die Leistungen durch einen leistungsgerechten Preis abzugelten, der

nun auch die Investitionen umfasst. Für diese Preisfestsetzung ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Kosten spielen daher bei der Auswahl der Leistungserbringer unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit eine viel kleinere Rolle als heute. Dementsprechend können auch Kostentransparenz und Kostenwahrheit keine massgebenden Kriterien mehr sein. Es ist einzig auf den Preis abzustellen.

Buchstabe d ist zu streichen, da dieses Element Gegenstand der Betriebsbewilligung ist und daher Grundvoraussetzung, dass das Spital überhaupt tätig sein kann. Diese Voraussetzung ist daher bereits für jedes Spital erfüllt, das über eine Betriebsbewilligung verfügt.

Buchstabe e ist unverständlich. Es ist nicht nachvollziehbar, was hier beurteilt werden soll.

- Art. 58 b Abs. 4: Dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen. Die hier aufgeführten Elemente sind irrelevant für die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Effizienz und Wirtschaftlichkeit schlagen sich im Preis nieder. Eine Konzentration der Leistung kann sich verteuern auswirken. Die Vermeidung von Doppelspurigkeiten kann die Kosten ebenfalls verteuern und schliesst in letzter Konsequenz die vom Parlament beschlossene Spitalwahlfreiheit wieder aus. Wenn alle Leistungen irgendwo monopolisiert werden, gibt es keine Spitalwahlfreiheit mehr. Die Nutzung von Synergien schlägt sich im Preis nieder, ist daher ein Faktor, den jeder Leistungserbringer ohnehin zu berücksichtigen hat.
- Art. 58 b Absatz 5: Wie schon mehrmals erwähnt und begründet, ist dieser Absatz ersatzlos zu streichen. Er führt zu einer Rationierung und widerspricht der freien Spitalwahl. Er ist daher klar gesetzwidrig.
- Art. 58 b Absatz 6: den vorstehenden Ausführungen entsprechend ist dieser Absatz anzupassen und der Passus „... und die Sicherung der Mengensteuerung“ zu streichen.
- Art. 58 d: ist zu streichen. Der, wie vorstehend gefordert, angepasste Abs. 6 von Art. 58 b genügt.
- Art. 58 e Abs. 1: Der 2. Satz ist dahingehend abzuändern, dass diese neuerliche Prüfung des Leistungserbringers entfällt, wenn sich der Leistungserbringer bereits auf der Spitalliste des Standortkantons befindet. Auch hier muss endlich das Cassis-de-Dijon-Prinzip gelten.
- Art. 58 f Abs. 2: Diese Bestimmung ist dahingehend abzuändern, dass das auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführte Angebot an Spitälern einerseits gewährleisten muss, dass für alle Kantonseinwohnerinnen und –einwohner genügend Kapazität zur Verfügung steht und andererseits zusätzlich genügend Kapazität vorhanden ist, dass das Recht auf Spitalwahlfreiheit sowohl durch

Kantonseinwohnerinnen und –einwohner als auch durch ausserkantonale Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. Nur so wird erreicht, dass kostengünstige und effiziente Leistungserbringer möglichst viele Behandlungen durchführen können und unwirtschaftliche Leistungserbringer nicht mehr genutzt werden.

- Art. 58 g Abs. 4: Hier wird erneut die Mengensteuerung festgeschrieben, die als gesetzwidrig bezeichnet werden muss. Der Absatz ist ersatzlos zu streichen.
- Art. 58 g Abs. 5: Buchstabe c ist wie folgt zu formulieren: „die Aus- und Weiterbildung von Personal“. Die Leistungsaufträge müssen mit den Bestimmungen zur Leistungserfassung in Art. 7 VKL übereinstimmen. Darüber finden Sie weitere Ausführungen zu Art. 7 VKL.

Buchstabe d ist ersatzlos zu streichen. Diese Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt bereits bei der Auswahl der Leistungserbringer, mit welchen überhaupt ein Leistungsauftrag abgeschlossen wird. Sie kann daher nicht noch Gegenstand einer Auflage sein.

- Art. 59 Abs. 3: Dieser Absatz ist zu streichen. Es wird hier ein administrativer Mehraufwand verlangt, der sich letztlich auf die Kosten niederschlägt und daher das Gesundheitswesen unnötig verteuert.
- Art. 59 d Abs. 1: Buchstabe b ist zu streichen. Die Spitäler haben eine gute Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Dies ist ein Auswahlkriterium für die Aufnahme auf die Spitalliste. Diese Qualität haben sie sicherzustellen, ohne dass im Rahmen der Tarifierung noch Instrumente und Mechanismen zu vereinbaren sind. Wichtig ist, dass ein korrekter Preis gewährleistet ist und nicht wegen ungenügender Preise eine qualitativ schlechte Leistung vorprogrammiert ist. Wenn schon etwas zu gewährleisten ist, dann sind es faire Preise, die eine Sicherstellung einer guten Qualität ermöglichen.

Auch Buchstabe c ist zu streichen. Solche Prognosen sind unnötig und es ist auch absolut unklar, was das Ziel solcher Prognosen sein soll. Neu sollen nun leistungsgerechte Preise bezahlt werden. Dies ist ein richtiger Entscheid des Parlamentes, welcher endlich zu mehr Transparenz führt. Diese leistungsgerechten Preise basieren auf betriebswirtschaftlichen Grundsätzen. Auch dies ist vom Gesetzgeber festgelegt worden. Somit spielen Prognosen über die Auswirkungen dieser Tarifänderung letztlich überhaupt keine Rolle. Diese Tarifänderung ist nun zu vollziehen. Die einzige Auswirkung von solchen Prognosen könnte nämlich nur darin bestehen, dass sie zu politischen Preisen führt, wie das bereits bei TARMED der Fall war. Dies ist gesetzwidrig und nun nicht zu wiederholen.

- Art. 59 d Abs. 2: Ein Konzept zur Kodierrevision darf vom Verordnungsgeber nicht gefordert werden. Das Gesetz schreibt vor, dass eine Rechnungskontrolle erfolgen soll. Dies ist unbestritten. Ob richtig kodiert worden ist, ist letztlich eine

Frage, die die Richtigkeit der Rechnung betrifft und daher im Rahmen der Rechnungskontrolle geprüft werden kann. Es kann nun nicht sein, dass periodische Kodierrevisionen vorgeschrieben werden, ohne dass gleichzeitig die Rechnungskontrolle eingeschränkt wird. Sonst wird den Leistungserbringern wiederum nur zusätzlicher Aufwand verursacht, der sich letztlich verteuern auf die Gesundheitskosten auswirkt.

- Art. 59 d Abs. 3: Diese Pflicht zur Genehmigung von Änderungen der Tarifstruktur und der Anwendungsmodalitäten sind dem Bundesrat nur zur Genehmigung einzureichen, wenn es sich um wesentliche Änderungen handelt. Andernfalls ist der Mechanismus viel zu schwerfällig. Er verhindert unnötigerweise rasche Verbesserungen.
- Übergangsbestimmungen Abs. 3: Dieser Zeitplan ist unrealistisch. Er ist zu überarbeiten. Zu streichen ist die Forderung nach Begleitmassnahmen zur Kostensteuerung. Wie schon vorstehend erwähnt, ergeben sich die Preise und damit die Kosten des Gesundheitswesens zwingend aus den gesetzlichen Vorgaben. Sie können und dürfen deshalb nicht mehr gesteuert werden. Ein solches Vorgehen wäre klar gesetzwidrig und würde letztlich zu einer Rationierung führen.

## 2.2 VKL

- Art. 3: Mit der Gesetzesrevision wird eine der drei Behandlungsarten, nämlich die teilstationäre Behandlung gestrichen. Es genügt nun nicht, einfach diese Umschreibung aus der VKL zu entfernen. Wenn man den Begriff stationär unverändert beibehält, ergeben sich nämlich Lösungen, die absolut unsachlich sind und von niemandem verstanden werden. Folgende Beispiele machen dies deutlich.
  - Ein Patient liegt während 5 Stunden über Mitternacht zur Ueberwachung im Spital und gilt als stationärer Patient.
  - Ein Patient tritt um 01.00 h ins Spital, kommt auf die Intensivpflegestation und kann nach intensiver Ueberwachung/Betreuung um 22.00 h entlassen werden. Dieser Patient gilt als ambulant.
  - Ein Patient wird um 07.00 h operiert und geht um 17.00 h nach Hause. Dieser Patient gilt als ambulant.
  - Ein Patient tritt um 17.00 h für dieselbe Operation wie oben ein und wird um 08.00 h entlassen. Dieser Patient gilt nun als stationärer Patient.

TARMED als ambulanter Tarif bildet die Leistungen für einen Kurzaufenthalt, bei welchem die Benützung der Spitalinfrastruktur unumgänglich ist, nicht richtig ab. Spitäler werden deshalb finanziell bestraft, wenn sie nur nach TARMED abrechnen können. Um diese unhaltbare Situation zu beheben, ist

der Begriff der stationären Behandlung neu zu umschreiben. Nur so können die Leistungen kostendeckend erbracht werden und nur so werden Anreize vermieden, die Patienten wieder länger im Spital zu lassen.

Wir schlagen Ihnen daher vor, Patienten als stationäre zu bezeichnen, wenn sie für eine Behandlung während mehr als 6, ev. 8 Stunden auf der stationären Infrastruktur eines Spitals (IPS, Pflegeabteilung, OPS usw.) basieren müssen.

- Art. 15: Die Umschreibung der Einsichtnahme geht sowohl hinsichtlich des Umfanges als auch hinsichtlich der berechtigten Stellen zu weit und verletzt das KVG. In Art. 49 ist einerseits vorgesehen, dass die Vertragsparteien und die Kantonsregierung die Unterlagen einsehen können, soweit dies die Kosten und die Leistung der Spitäler betrifft und dies für die Tariffestlegung nötig ist. Andererseits sind die für Betriebsvergleiche nötigen Unterlagen zu liefern, wenn solche von den Kantonsregierungen oder wenn nötig vom Bundesrat angeordnet werden, aber auch hier nur im Rahmen von Tarifstreitigkeiten. Kein Einsichtsrecht nach dieser Bestimmung besteht für andere Zwecke und für Bundesbehörden. Art. 15 ist deshalb wesentlich restriktiver zu formulieren.
- Art. 6: Wenn jemand wegen zu geringer Pflegeheimkapazitäten im Spital bleiben muss, darf dies nicht als Langzeitbehandlung gelten. Deshalb darf in diesem Fall nicht der Tarif gemäss Art. 50 KVG zur Anwendung gelangen. Wenn zu geringe Pflegeheimkapazitäten zur Verfügung stehen, haben dies nicht die Spitäler zu verantworten. Es gibt daher keinen Grund, ihnen deshalb finanzielle Nachteile aufzubürden.
- Art. 7 Abs. 2: Die Umschreibung der im Spital erbrachten Leistungen der nicht universitären Lehre ist zu eng. Sie ist auszudehnen auf jegliche theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung von Personal, welches im Spital angestellt ist, auch wenn dieses nicht eine pflegerische Tätigkeit oder einen andern Spitalberuf ausübt. Die Entschädigung der Spitäler hat nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen. Somit sind alle Kostenfaktoren in die Preisgestaltung einzubeziehen, soweit sie durch das Gesetz nicht explizit ausgeschlossen sind. Aus dem Gesetz ergibt sich nun für einen Ausschluss, wie er in dieser Bestimmung vorgenommen wird, keinerlei Grundlage. Eine solche Beschränkung macht auch sachlich keinen Sinn. Sie ist arbiträr. Die Definition in Abs. 2 ist daher entsprechend zu erweitern auf die Aus- und Weiterbildung jeglichen Personals im nicht universitären Bereich.
- Art. 13 und 14: sind zu streichen, da die Materie bereits in einer andern Verordnung geregelt ist.

## 2.3 KLV

Keine Bemerkungen

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Es geht hier um ganz zentrale Fragen der Umsetzung der parlamentarischen Beschlüsse. Sie haben für uns absolut oberste Priorität. Wir werden alle uns zur Verfügung stehenden Mittel einsetzen, um zu einem Resultat zu gelangen, welches dem Willen des Parlamentes entspricht.

Wir hoffen deshalb sehr, in dieser Sache mit Ihnen noch ein Gespräch führen zu können.

Freundliche Grüsse

**Privatkliniken Schweiz**



A. Dennler  
Präsident



R. Lüthi  
Generalsekretär