



Änderung der KVV – Planungskriterien, Tarifiermittlungsgrundsätze, Kostenermittlung und Kostenvergütung durch die Unfallversiche- rung

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Bern, im Juni 2021

Inhalt

1. EINLEITUNG.....	5
1.1 Planungskriterien.....	5
1.2 Tarifiermittlung	5
1.3 Vernehmlassung	6
2. STELLUNGNAHMEN.....	6
3. ÜBERBLICK	7
3.1 Planungskriterien.....	7
3.2 Tarifiermittlungsgrundsätze	11
4. STELLUNGNAHMEN ZU DEN PLANUNGSKRITERIEN.....	13
4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	13
4.2 Stellungnahmen zu Art. 58a	34
4.3 Stellungnahmen zu Art. 58b	34
4.4 Stellungnahmen zu Art. 58d	38
4.5 Stellungnahmen zu Art. 58e	51
4.6 Stellungnahmen zu Art. 58f.....	54
4.7 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021	73
5. STELLUNGNAHMEN ZU DEN TARIFERMITTLUNGSGRUNDSÄTZEN.....	73
5.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	73
5.2 Stellungnahmen zu Art. 59c.....	91
5.3 Stellungnahmen zu Art. 59c Absatz 1	91
5.4 Stellungnahmen zu Art. 59c Abs. 2	93
5.5 Stellungnahmen zu Art. 59c Abs. 3	95
5.6 Stellungnahmen zu Art. 59c Abs. 4	98

5.7	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis}	98
5.8	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 1	98
5.9	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 2	111
5.10	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 3	113
5.11	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 4	116
5.12	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 5 und 6.....	120
5.13	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 7 und 8	121
5.14	Stellungnahmen zu Art. 59 ^{bis} Abs. 9	122
5.15	Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021	124
6.	STELLUNGNAHMEN ZUR KOSTENERMITTLUNG.....	126
6.1	Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	126
6.2	Stellungnahmen zu Art. 9 Abs. 5 ^{bis} zweiter Satz	127
6.3	Stellungnahmen zu Art. 10 ^a ^{bis}	129
6.4	Stellungnahmen zu Art. 15 Abs. 1.....	133
6.5	Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Juni 2021	134
7.	STELLUNGNAHMEN ZUR KOSTENVERGÜTUNG IN DER UNFALLVERSICHERUNG	134
7.1	Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	134
7.2	Stellungnahmen zu Art. 15 Abs. 2 UVV	134
8.	ANHANG: LISTE DER VERNEHMLASSUNGSTEILNEHMER	135
1.	Kantone / Cantons / Cantoni.....	135
2.	In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblée federale	138
3.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna	139
4.	Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia	140
5.	Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati	141

5.1	Kantonale Vereinigungen und Konferenzen / Associations et conférences cantonales / Associazioni e conferenze cantonali.....	141
5.2	Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	142
5.3	Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica.....	142
5.3.1	Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	142
5.3.2	Versicherer / Assureurs / Assicuratori	145
5.3.3	PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti	146
5.3.4	Andere / Autres / Altri	147

1. Einleitung

1.1 Planungskriterien

Die Kantone sind für die Planung der stationären Versorgung in Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime zuständig (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG¹), der Bundesrat erlässt die Planungskriterien (Art. 39 Abs. 2ter KVG).

Die nach den Regeln der Revision der Spitalfinanzierung² erarbeiteten Spitalplanungen und Spitallisten liefern Informationen über die entwickelten Planungsinstrumente und Planungsmethoden. Ebenso haben das Bundesgericht und das Bundesverwaltungsgericht die Rechtsprechung entwickelt, zum Beispiel zu den Fragen der Mengensteuerung und der Koordination der kantonalen Planungen³. Der Bundesrat hat seinerseits in den Berichten "Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung" vom 18. Dezember 2013⁴ und "Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates" vom 25. Mai 2016, aktualisiert am 28. August 2019⁵, die Umsetzung der Spital- und Geburtshausplanung dargelegt. Er hat auch gestützt auf den Expertenbericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vom 24. August 2017⁶ am 25. Oktober 2017 entschieden, die Anstrengungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu intensivieren. Ausserdem hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) am 25. Mai 2018 die Revision ihrer Empfehlungen aus dem Jahre 2009⁷ beschlossen und verabschiedet.

Die Vorlage sieht eine Aktualisierung der Planungskriterien vor, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten sind (Art. 58a ff. KVV⁸). Damit sollen die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringert und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. Alle Kantone sollen ihre Planungen gestützt auf die aktuellen Instrumente und Grundsätze erstellen und damit gesamtschweizerisch die Voraussetzungen für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung erfüllen.

1.2 Tarifiermittlung

Mit der Revision der Spitalfinanzierung orientiert sich die Finanzierung der Leistungen auf die Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifizierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 fünfter Satz KVG).

¹ Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, SR 832.10

² AS 2008 2049

³ Zusammenstellung der Rechtsprechung durch die GDK unter:
<https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/rechtsprechung>

⁴ Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung, Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllung des Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, und des Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010, unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁵ Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 sowie Aktualisierung vom 21. August 2019, in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013, unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁶ Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Expertengruppe, 24. August 2017, S. 34-36, unter <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dokumentation/medienmitteilungen.html.msg-id-68547.html>

⁷ Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, teilweise revidierte Version vom 25. Mai 2018, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung>

⁸ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, SR 832.102

Gegenstand der vorliegenden Vorlage ist die Konkretisierung der Vorgaben zur Tarifiermittlung (Art. 59c ff. KVV, Art. 9 Abs. 5^{bis} und 10a^{bis} VKL⁹, Art. 15 Abs. 2 und 2^{bis} UVV¹⁰), in Anlehnung zur vom Bundesverwaltungsgerichts entwickelte Rechtsprechung. Adressaten sind sowohl die Tarifparteien als auch die zuständigen Behörden bei der entsprechenden Genehmigung bzw. Festsetzung. Grundvoraussetzung für eine wirtschaftliche Tarifgestaltung ist die Sicherstellung der Transparenz und Mitwirkung aller beteiligten Akteure. Mit den Vorgaben zur einheitlichen Ermittlung und Beurteilung der Effizienz der Spitäler und Geburtshäuser soll das Wettbewerb unter den Spitälern gefördert werden. Die bisherigen Grundsätze der Tarifgestaltung werden um spezifische Bestimmungen der Tarifgestaltung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG – im Moment SwissDRG und TARPSY¹¹ – mit Ausführungen zum Basisfallwert ergänzt. Tarifpartnern dürfen von der Regel zu vereinbarenden Fallpauschalen abweichen, sofern diese nach aktuellem Kenntnisstand in gewissen stationären Bereichen (noch) ungeeignet sind.

Um auch bei Einzelleistungstarifen dem Anreiz der Mengenausdehnung entgegenzuwirken, werden die Tarifpartner prüfen müssen, ob sich Leistungspositionen in einer Einzelleistungstarifstruktur zusammenfassen lassen. Einzelleistungstarifstrukturen tragen grundsätzlich das Potenzial zur Mengenausweitung in sich. Demgegenüber sind Pauschalen ein probates Mittel, um die Erbringung möglichst vieler Leistungen zu verhindern, geht es bei Pauschalen doch darum, die Leistungen innerhalb der Pauschale optimal einzusetzen. Diese Bestimmung ist eine Ergänzung zum Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung, womit auf Stufe Gesetz die Vereinbarung von ambulanten Pauschalen gefördert werden sollte¹².

1.3 Vernehmlassung

Die Vernehmlassung zu den erarbeiteten Änderungen des KVG wurde vom 12. Februar 2020 bis 2. September 2020 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft, der Konsumenten, der Leistungserbringer, der Versicherer und anderer interessierter Kreise durchgeführt.

2. Stellungnahmen

Insgesamt wurden 100 Adressaten angeschrieben. Die Vernehmlassungsunterlagen wurden auch im Internet auf der Webseite des Bundes¹³ veröffentlicht. Im Rahmen der Vernehmlassung sind 111 Stellungnahmen von folgenden Organisationen eingegangen:

- allen Kantonen sowie der GDK;
- 5 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (FDP, SPS, SVP, CVP, glp);
- 4 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (CP, SGB, SGV, economie-suisse),
- 1 Konsumentenverband (FRC);

⁹ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung, SR 832.104

¹⁰ Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung, SR 832.202

¹¹ SwissDRG: <https://www.swissdr.org/de>

¹² Botschaft 19.046 vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

¹³ [Änderung der KVV: Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung \(admin.ch\)](https://www.admin.ch)

- 55 betroffenen Leistungserbringerverbänden resp. -organisationen (Aktivkonferenz H+, Universitätsspitäler der Schweiz, Allianz Kinderspitäler der Schweiz, Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Association Spitex privée Suisse, Barmelweid Gruppe AG, Berit Klinik AG, Bündner Spital- und Heimverband, Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz, CHUV, Curaviva, Dachverband Komplementärmedizin, diespitaeler.be – Netzwerk der Berner Spitäler, FMH, Gesellschaft für Pathologie, Gesundheitszentrum Fricktal, Hirslanden, H+, Insel Gruppe AG, Interessensgemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser, Kantonspital Aarau, Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Privatkliniken Schweiz, RehaClinic AG (Bad Zurzach), Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Schulthess Klinik Zürich, Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren SVS, See Spital Horgen, Senesuisse, Société vaudoise de médecine, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal Schlieren, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg (Stiftung Diakoniewerk Neumünster - Schweizerische Pflegerinnenschule), Swiss Nurse Leaders, Swiss orthopaedics, SwissReha, unimedsuisse - Universitäre Medizin Schweiz, UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen, Universitäre psychiatrische Dienste Bern, Universitätsklinik Balgrist, Universitätsspital Basel, Universitätsspital Zürich, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Verband Zürcher Krankenhäuser VZK, Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS, Verein integrative-kliniken.ch, Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, Zürcher Rehazentren);
- 5 Versichererverbänden (santésuisse, curafutura, HSK, KPT, SVV);
- 3 Patientenorganisationen (Patientenkoalition Schweiz, SPO, SPS);
- AGILE.CH, Guido Brusa (Rechtsanwalt), Pro Mente Sana, ProRaris Allianz Seltener Krankheiten - Schweiz, Schweizerischer Gehörlosenbund SGB-FSS, Verein Morbus Wilson, Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen, Medizinaltarif-Kommission UVG, ANQ, PflegeART- Verein für integrative Heime.ch, Schweizerische Städteverband, Schweizerische Seniorenrat

Die Liste der Vernehmlassungsteilnehmer (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

3. Überblick

3.1 Planungskriterien

Kantone

Die **GDK** und **die Kantone** lehnen die vorgeschlagene Revision der KVV-Planungskriterien ab. Hauptsächlich kritisieren sie den bescheidenen Mehrnutzen der vorgeschlagenen Änderungen, den unverhältnismässigen Eingriff in der Kompetenz der Kantone, die mangelhafte Abstimmung auf die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Notwendigkeit der Neubetrachtung der Revision vor dem Hintergrund der Corona-Krise und die Untragbarkeit der vorgeschlagenen Änderungen sowohl vom Inhalt wie auch vom Timing her. Zudem würde die Verpflichtung zur Anwendung einer einheitlichen Leistungsgruppensystematik als Basis für einheitliche Leistungsaufträge und für gemeinsame Planungen fehlen. Ausserdem stelle sich die Frage, inwieweit sämtliche Bestimmungen auch für die hochspezialisierte Medizin (HSM) gelten würden. Begrüsst hätten die meisten Kantone eine Bestimmung, die die Erteilung der Leistungsaufträge standortbezogen vorsehen würde. Zur Bestimmung zur Wirt-

schaftlichkeitsprüfung im Pflegeheimbereich wird die Kritik erhoben, dass damit in die kantonale Versorgungskompetenz eingegriffen werde, weil der Beitrag der OKP an den Pflegekosten fix sei und somit ein übergeordnetes Interesse des Bundes bzw. der OKP nicht ersichtlich sei. Es sei auch zu berücksichtigen, dass die bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente nicht harmonisiert seien. Positiv beurteilt werden speziell das Bestreben zur Uniformierung der Spitalplanungen, die Möglichkeit zur Festlegung maximaler Leistungsmengen oder Bettenzahlen oder das Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zur Mengenausweitung.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **CVP** unterstützt die Stossrichtung der Ordnungsänderung und hält fest, dass sich die Kantone nicht ihrer Pflicht zur anteiligen Kostenübernahme entziehen dürfen; sie begrüsst die Auflage des Verbots unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht.

Die **glp** unterstützt die Vorlage grundsätzlich und befürwortet insbesondere die Massnahme zum Verbot unangemessener wirtschaftlicher Anreizsysteme. Sie lehnt aber die maximalen Leistungsmengen im akutsomatischen Spitalbereich, die zu Wartezeiten und zur Einschränkung Wahlfreiheit der Patienten führen würde.

Die **SP** lehnt die vorgeschlagenen Ordnungsänderungen wegen der Gefahr ab, dass die Randregionen Einrichtungen verlieren und sich der verschärfte Druck auf das Pflegepersonal auswirkt und die Betreuung erschweren könnte. Sie begrüsst jedoch das Verbot von Vergütungen oder Boni, die Qualitätsevaluation, das Kriterium der Ausstattung mit Fachpersonal und die Verstärkung der interkantonalen Koordination. Um eine Kostenerhöhung einzudämmen, sollte die Behandlung beider Massnahmenpakete abgewartet werden.

Die **SVP** Schweiz sieht in der den Planungskriterien Schritte in die richtige Richtung. Eigentlich dürften aber Reservekapazität für Krisenzeiten effizienter von Armee und Bevölkerungsschutz bereitgehalten werden. Ausserdem sollen die Planungskriterien zum Abbau der Überkapazitäten beitragen. Für die HSM solle national entlang von Achsen gedacht werden. Es sei schliesslich zu verhindern, dass die Sanktion des Kantons bei nicht Einhaltung der Auflagen oder Ineffizienzen nicht die Versicherten treffe.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse lehnt den Verordnungsentwurf ab. Es sei auf die Rollenvermischung der Kantone zu verzichten und sicherzustellen, dass sich ein Kanton nicht einseitig von seiner Leistungspflicht befreie, wenn ein Spital eine oder mehrere Auflagen verletze. Schliesslich sei es fraglich, wieso der Bund in die Kompetenz der Kantone eingreife, obwohl die Planung nicht schlecht funktioniere. Positiv sei allerdings die Ausdehnung der freien Wahl und die Förderung eines effizienten Mitteleinsatzes, bei letzterem seien aber die gewählten Instrumente nicht zielführend. Ausserdem sei der Verordnungsentwurf ein Misstrauensvotum gegenüber den Spitälern. Der **Centre patronal (CP)** spricht sich gegen das Vorhaben aus. Eine Änderung der KVV-Bestimmungen sei verfrüht, während die in den beiden Massnahmenpaketen vorgeschlagenen KVG-Änderungen zur Vermeidung einer Kostenerhöhung noch diskutiert werden. Auch die **SGV** lehnt die vorgeschlagene KVV-Revision ab und weist diese zur grundlegenden Überarbeitung zurück, damit eine Regulierungsfolgenabschätzung erstellt werden kann. Die Vorlage hätte Wettbewerbsverzerrungen wegen dem Ausdünnen der Spitallandschaft zur Folge und erlaube nicht, die Vielfachrolle der Kantone im Bereich der stationären Versorgung zu eliminieren.

Der **Schweizerischer Gewerkschaftsbund** begrüsst die Mindestfallzahlen als Auflage und die Definition maximaler Leistungsmengen als Gegenstück dazu. Ausserdem sei die nötige Klarheit über die Zulässigkeit des Globalbudgets zu schaffen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die Organisationen von Patientinnen und Patienten haben unterschiedliche Haltungen. **AGILE.CH**, **Verein Morbus Wilson** und **ProRaris** begrüssen den Erlass von einheitlichen Planungskriterien, obwohl sich die Vorlage stärker an das Wohl der Patientinnen und Patienten, auf die Behinderten und auf die seltenen Krankheiten richten sollte. **Pro Mente Sana** lehnt die Änderung der Verordnung ab. Die **SPO** begrüsst die Massnahmen, insbesondere das Verbot von Anreizsystemen, und erachtet sie als erstrebenswert, kantonsübergreifende Spitalplanungsregionen zu schaffen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **Spitäler** lehnen die Vorlage ab. Mehrere der folgenden Argumente werden in verschiedenen Stellungnahmen erwähnt, andere sind spezifisch aus einzelnen Vernehmlassungen. Erwähnt werden der Eingriff in die kantonale Verantwortung ohne verfassungsrechtliche Grundlage, Regulierungsbedarf, Regulierungsfolgenabschätzung und Koordination mit der Gesetzesänderung zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität, die Präjudizierung der politischen Diskussion zur einheitliche Finanzierung ambulant vor stationär, der Kostenschub, die Schaffung einer grossen Rechtsunsicherheit und die nicht explizite Berücksichtigung der Rechtsprechungen von Bundesgericht und Bundesverwaltungsgericht. Die Spitäler argumentieren auch mit dem gesetzgeberischen Charakter der Bestimmungen, in die Massnahmen aus beiden Paketen der Kostendämpfung eingeflossen seien, mit der Mehrfachrolle der Kantone, mit der bereits erfolgten Entkoppelung der Abgeltung der Ärzteschaft von den Leistungsmengen, mit der Gefährdung einer hochwertigen Versorgung durch die maximalen Leistungsmengen und Bettenzahlen, mit dem fehlenden Beitrag zur Bereinigung der Organisation der Schweizer Spitallandschaft und mit dem Bevorteilen der Spitäler im Eigentum der Kantone. Auch sei die Nutzung von Synergien und das Optimierungspotential nicht über die KVV-Änderungen zu erzielen. Nötig sei ein nationales, wissenschaftlich abgestütztes Projekt, das klärt, welche Leistungen zukünftig wohnortsnah und welche zentralisiert erbracht werden sollen. Die Vorlage riskiere auch neue Diskriminierungsmöglichkeiten gegen Privatspitäler, verschlechtere die ohnehin ungenügende Finanzierung der Akutsomatik noch stärker und dränge zahlreiche Spitäler aus der Grundversorgung hinaus. Bestimmungen, die vorsehen, dass die Kantone direkt in den Prozess der Konzentration der Spitallandschaft eingreifen und für jede Gruppe von Leistungen Voraussetzungen festlegen, hätten Gesetzescharakter. Solche Regelungen, die aufgrund der geltenden Rechtslagen gesetzeswidrig seien, seien abzulehnen. Es dürfe auch nicht sein, dass die Leistungserbringer zunehmend nationale betriebliche Detailregelungen (z.B. Dotation von Fachpersonal) auferlegt bekommen. Es sei deshalb wichtig, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die Art der Leistungen eines Spitals miteinzubeziehen bzw. Wirtschaftlichkeitsvergleiche unter vergleichbaren Spitalern durchzuführen. Schliesslich seien die vorgeschlagenen Änderungen im Rehabilitationsbereich entweder unnötig, weil es im Gegensatz zur Psychiatrie und zur Somatik für jeden stationären Aufenthalt einer vorgängigen Kostengutsprache des Versicherers bedürfe, oder nicht sachgerecht umsetzbar.

Unter den Argumenten aus den Vernehmlassungen der **Ärztegesellschaften** gibt es die Notwendigkeit des Abwartens der Umsetzung von EFAS, des Verbots von mengenbezogenen

Boni oder Kickbacks eines dem VVG¹⁴ unterstehenden Bereichs –, des damit verbundenen faktischen Verbots des Belegarztsystems an Listenspitälern, des Eingreifens in die Kantonsautonomie, die Notwendigkeit der Reduktion des Governance-Konflikts der Kantone und der fehlenden Evidenz des Kostenersparnis mit dem Verbot von mengenbezogenen Boni oder Kickbacks. Im Rahmen der geforderten Transparenz und der interkantonalen Vergleichbarkeit müssten klare strukturelle Vereinheitlichungen für die Spitalplanung gefordert werden. Argumentiert wird auch mit der Ablehnung der Maximalmengen, mit der Erhöhung der administrativen Kosten und mit der Beschränkung der freien Wahl der Versicherten.

Aus den Stellungnahmen der **Organisationen im Bereich der Krankenpflege zu Hause oder im Pflegeheim** ergibt sich die Notwendigkeit der Schaffung einer Gesamtsicht der Qualität der Pflegeheime und der Klärung des Einklangs mit der Strategie Gesundheit 2030. Zudem sei die Festlegung von Qualitätsstandards und Wirtschaftlichkeitskriterien Rolle der Restfinanzierer. Sinnvoll sei hingegen die Vorgabe des Zugangs des Patienten in der Versorgungsplanung.

Die **Organisationen der Komplementärmedizin** beantragen die Erteilung in jedem Kanton pro 250'000 Einwohnerinnen und Einwohnern mindestens einen Leistungsauftrag für komplementärmedizinische stationäre Angebote. Zudem würde der Vorschlag das KVG verletzen, teilweise gesetzgeberischer Charakter haben und sich nicht auf eine Prüfung der Auswirkungen stützen.

Die **Interessensgemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser** weist darauf hin, dass die Vorlage unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Geburtshäuser zu überarbeiten sei.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Aus den Stellungnahmen der Versicherer geht eine grundsätzliche Zustimmung zur Vorlage hervor, aber auch die Bemerkungen, dass die Festlegung der maximalen Leistungsmengen für die Versicherer nicht überprüfbar sei und darum der Bundesrat sicherstellen müsse, dass sich ein Kanton nicht einseitig von seiner Kostenübernahmeflicht befreien könne, wenn ein Spital eine oder mehrere Auflagen verletzt. Mit der Festlegung von Mindestfallzahlen werde die Qualität im Interesse der Patientinnen und Patienten verbessert und der Ermessensspielraum der Kantone bliebe in Bezug auf die geografischen und demografischen Besonderheiten dabei in sinnvollem Mass erhalten. Die differenzierte Abbildung der Vorgaben für die interkantonale Koordination der Planung führe zur verstärkten Konzentration des Angebots und zur besseren Synergien-Nutzung in der stationären Gesundheitsversorgung.

Andere Organisationen

Für das **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** ist die Auswertung der vorliegenden Rechtsprechung selektiv und tendenziös erfolgt, womit das Element der staatlichen Planung weiter verstärkt werde. Die Vernehmlassung sei zu annullieren und nach Vorliegen einer Regulierungsfolgenabschätzung neu aufzulegen. Ferner sei anstatt maximalen Leistungsmengen Indikations- und Outcome-Qualität als Beurteilungskriterien in der Verordnung zu verankern.

Der **Schweizerische Seniorenrat** begrüsst die grundsätzlichen Bestrebungen in der Gesetzgebung der Qualität und Wirtschaftlichkeit, mehr Verbindlichkeit zu schaffen. Die in der vorliegenden Revision vorgeschlagenen Änderungen für die Pflegeheime enthielten Regelungen,

¹⁴ Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag, SR 221.229.1

die weit ausserhalb der Pflegeleistungen nach KVG lägen. Der Bund greife in die heutige Kompetenz der Restfinanzier ein. Dies wiederum widerspreche der vom Parlament verabschiedeten Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der Schweizerische Seniorenrat fordert, die Umkehr der zeitlichen Folge des Inkrafttretens oder wenigstens ein Zusammenführen der beiden Verordnungen in einem Paket.

Der **SVBK** lehnt die Änderungen der KVV entschieden ab. Zwar seien sinnvolle Regelungen über die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Pflegeheimen zu begrüssen. Die Vorlage brächte aber keinen Mehrnutzen, fördere Fehlanreize und schränke die Kantonskompetenzen ein und missachte das Subsidiaritätsprinzip. Das Hauptziel von Pflegeheimen müsse die Unterstützung und die Lebensqualität. In der vorgesehenen Anpassung seien diese Punkte jedoch nicht enthalten. Zuerst sollten Bund und Kantone einheitliche Qualitätskriterien festlegen. Eine erneute KVV-Revision solle zudem im Einklang mit der angestrebten Gesundheitsstrategie 2030 des Bundes stehen.

3.2 Tarifiermittlungsgrundsätze

Kantone

Die **GDK** und alle **Kantone** lehnen die Feststellung eines maximalen Perzentilwerts und die Gewichtung nach Anzahl Leistungserbringer ab. Aus Sicht der überwiegenden Mehrheit der Kantone widerspricht die Vorlage zur Tarifiermittlung dem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat und insbesondere die Vorgabe eines maximalen Perzentilwerts schränke die gesetzliche Kompetenz der Kantonsregierungen in unzulässiger Weise ein. Die Wahl des 25. Perzentils sei unbegründet, insbesondere da die Gerichte Perzentilwerte bis 50 bisher geschützt hatten. Mehrere Kantone bedauern, dass diese Vorlage ohne Analyse der Auswirkungen auf die Tarifautonomie und die Versorgung vorgeschlagen worden ist. Sie befürchten, dass die Spitalversorgung nur noch über das Kriterium der Kosten gesteuert wird. Sie lehnen ebenfalls die Festlegung eines Effizienzmassstabs für TARPSY ab, weil die Tarifstruktur sich noch in der Einführungsphase befinde. Generell begrüssen die Kantone die Vereinheitlichung des Vorgehens zur Herleitung der schweregradbereinigten Fall- bzw. Tageskosten, bedauern aber die Unverbindlichkeit der Regel.

Einige Kantone betonen zudem, dass der Zeitpunkt der Vorlage ungünstig ist. Die Spitäler seien im Rahmen der Bekämpfung gegen SARS-CoV-2 stark belastet worden und die finanziellen Auswirkungen der Pandemie seien noch nicht bekannt. So sind laut Kantone Entscheide zur Entschädigung der Spitäler nach den neuen Tarifregeln mit dem heutigen Kenntnisstand unverantwortlich.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **CVP** unterstützt die Änderungen grundsätzlich und begrüsst namentlich die Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung zur Tarifiermittlung, hinterfragt allerdings den Vorschlag kritisch, wonach die Versicherer (einzeln) den Benchmark ermitteln sollen.

Die **glp** ist grundsätzlich mit der Vorlage einverstanden – sie befürwortet insbesondere die Vereinheitlichung der Datengrundlagen –, lehnt aber den vorgegebenen Perzentilwert ab, weil dieser zu restriktiv sei. Stattdessen sollten die Tarifpartner den Perzentilwert vereinbaren.

Die **SP** lehnt die vorgeschlagenen Verordnungsänderungen bezüglich der Tarifiermittenbestimmungen ab. Mit den Änderungen werde hauptsächlich eine Kostenkontrolle durch eine indirekte Zentralisierung der Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung angestrebt.

Bei den Bestimmungen zur Tarifiermittlung beim DRG-Vergütungsmodell befürwortet die **SVP** die Förderung von ambulanten Pauschalen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse lehnt den Verordnungsentwurf auch hinsichtlich des Tarifiermittlungsteils ab. Sie stört sich vor allem an der vorgesehenen detaillierten Preisdeterminierung, die das tarifpartnerschaftliche Verhandlungsprimat aushebeln würde. Neben dem Eingriff in die Tarifpartnerschaft verneint sie ausserdem, dass für die geplanten Vorgaben der Tarifberechnung eine gesetzliche Grundlage besteht. Letzteres bezweifelt auch das **CP**, und hält angesichts der COVID-19-Krise die Durchführung von Reformen in diesem Bereich für gefährlich, bevor man die Folgen der Krise abgeschätzt habe. Auch für den **SGV** ist es riskant, vor Ende der Corona-Krise einen voreiligen Strukturabbau durchzuführen. Ausserdem sollte vor einer weiteren Bereinigung der Spitallandschaft die Vielfachrolle der Kantone beseitigt werden. Der **Schweizerische Gewerkschaftsbund** akzeptiert die vorgeschlagenen Bestimmungen ebenfalls nicht. Er bemängelt den Eingriff in das tarifpartnerschaftliche Verhandlungsprimat, die realitätsferne Festlegung eines 25. Perzentilwerts sowie die mit dem Systemwechsel verbundenen Einsparungen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die Organisationen von Patientinnen und Patienten sind unterschiedlicher Meinung. **AGILE.CH**, **Verein Morbus Wilson** und **ProRaris** lehnen die Vorschläge entschieden ab, weil mit dem Effizienzmassstab jene Spitäler finanziell abgestraft würden, welche sich durch Qualität und die bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit speziellen Bedürfnissen hervortäten. Eine ebenfalls ablehnende Haltung nimmt **Pro Mente Sana** ein, wohingegen **SGB-FSS** die Einführung konsistenter Kriterien für die Tarifiermittlung – wenn auch mit gewissen Vorbehalten – begrüsst. Einverstanden ist zudem die **SPO** mit dem Ziel, Einsparungen zu erzielen, wenngleich sie davor warnt, die Schweregradbereinigung als absolutes und immer verlässliches Mass anzunehmen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **Spitäler** lehnen die Vorgaben zur Tarifiermittlung teilweise vehement ab. Speziell gilt das für die Festlegung des 25. Perzentils und des Benchmarkings zwischen allen Spitälern inkl. Geburtshäusern. Das Verordnungsprojekt verletze das Gesetz in mehrfacher Hinsicht und entbehre einer verfassungsrechtlichen Grundlage. Zudem würde es die medizinische Grundversorgung mit Zugang für alle unterhöhlen und einen massiven Qualitätsabbau des Schweizer Gesundheitssystems herbeiführen. Die Vorgaben würden die Tarifautonomie massiv einschränken. Ausserdem bemängeln sie den nicht sachgerechten Vergleich von Endversorger-spitälern mit spezialisierten Kliniken oder Geburtshäusern. Als störend erachten sie, dass für die Geltendmachung von Zuschlägen auf den Benchmark-Wert die Beweislast alleine den Leistungserbringern obliegt. Insgesamt befürchten sie, dass die Vorlage und die faktische Abschaffung von Effizienzgewinnen zu einem drastischen Qualitätsabbau führen wird und die Versorgungssicherheit nur durch Subventionen aufrechterhalten werden kann.

Die **Ärztegesellschaften** bringen weitgehend ähnliche Argumente vor. Sie halten den 25. Perzentilwert als Benchmark-Wert für unhaltbar und gehen bei einer allfälligen Umsetzung von zusätzlich notwendigen Einsparungen aus. Die Einschränkung der Tarifautonomie und des Ermessensspielraums der Kantone wird negativ bewertet. Ausserdem befürchten sie, dass mit der vorgeschlagenen Regelung die Leistungserbringer keinen Anreiz mehr hätten, in Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zu investieren, sondern bloss in die Dokumentation höherer Kosten.

Für die **Organisationen der Komplementärmedizin** würde es mit dem Kriterium des 25. Perzentils noch schwieriger, nachhaltige Leistungen wie Komplementärmedizin anzubieten. Sie weisen des Weiteren auf die Notwendigkeit hin, die Auswirkungen der Verordnungsänderung vorgängig zu prüfen. Die Spitalstruktur in dieser Art zu verändern, habe ausserdem nicht aufgrund einer Verordnungsänderung, sondern einer parlamentarischen Diskussion zu erfolgen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die **Versichererverbände** begrüessen die Festlegung des 25. Perzentils grundsätzlich. Sie heissen die Tarifiermittlung der Spitäler nach einem schweizweit einheitlichen Massstab gut, wobei für einen Teil der Versicherer die Regelungen zu detailliert sind und diese die spitalindividuellen Verhandlungen zu stark einschränken. Sie würden diesen Teil jedoch in Kauf nehmen, sofern der 25. Perzentilwert definitiv Aufnahme in der KVV findet.

Für **einen Versicherer** allerdings hebt der vorliegende Entwurf das tarifpartnerschaftliche Verhandlungsprimat aus. Für die Vorgabe der Tariffberechnung bestehe zudem keine gesetzliche Grundlage. Die Bestimmungen zur Tariffberechnung möchte er aus diesen Gründen streichen.

Andere Organisationen

Für das **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** stellt das vorgeschlagene 25. Perzentil ein gravierend verzerrtes Effizienzmass dar. Die Anwendung werde zu existenzgefährdenden Finanzierungslücken führen. Das Bündnis befürchtet, dass die daraus resultierenden, nicht kostendeckenden Tarife den Bedarf nach einer Querfinanzierung zwischen Grund- und Zusatzversicherung verstärken würde. Es schlägt aus diesen Gründen vor, einerseits das Perzentil nach Fällen oder Case-Mix (statt nach Anzahl Spitäler) zu gewichten und andererseits auf das 40.-50. Perzentil (statt das 25.) zu erhöhen.

Der **Schweizerische Seniorenrat** erachtet es als störend, dass der Grundsatz der Qualitätssicherheit auch bei dieser Verordnungsänderung noch immer keinen Eingang in die Tarifgestaltung finden soll.

Der **SVBK** lehnt die Änderungen der KVV entschieden ab und schlägt eine Sistierung der Revision vor.

4. Stellungnahmen zu den Planungskriterien

4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Kantone

Die **GDK** und **alle Kantone** lehnen die vorgeschlagene Revision der KVV-Planungskriterien ab.

Für die **GDK** und **AI AR BE BS BL FR GL JU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZH** ist der Mehrnutzen der vorgeschlagenen Änderungen relativ bescheiden. Die Planungsgestaltung der Kantone werde aber aufgrund präziser Bundesvorgaben mit einem unverhältnismässigen Eingriff in die Kompetenz der Kantone stark eingeengt. Mit Ausnahme von **AI** und **VS** weisen sie darauf hin, dass die kantonalen Planungen vor dem Hintergrund des vom Bundesrat im Rahmen des Pakets I zur Kostendämpfung vorgeschlagenen Beschwerderechts der Versichererverbände sehr angreifbar seien. Ausserdem erklären sie mit Ausnahme von **AI** die Vorlage als mangelhaft auf die KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt. Eine Harmonisierung der beiden Revisionen sei wünschenswert.

Sie präzisieren mit Ausnahme von **AI** und **VS**, dass eine Anpassung der KVV-Spitalplanungskriterien auf dieser Vorlage aufbauen und auch in zeitlicher Hinsicht darauf abgestimmt werden müsse. Sie fügen mit Ausnahme von **AI** auf, dass die vorgeschlagene Revision vor dem Hintergrund der Corona-Krise neu zu betrachten sei. Die KVV-Revision zur Spitalplanung sollte dieser Bilanz Rechnung tragen. Die vorgeschlagenen Änderungen der KVV-Spital- und Pflegeheimplanungskriterien seien sowohl vom Inhalt wie auch vom Timing her für die Kantone nicht tragbar. Für **GDK** und **AR BE BL JU NE NW OW SG SH SO SZ TG VD ZH** ist es bedauerlich, dass der Bundesrat nicht wie gefordert die Vernehmlassung ausgesetzt hat, da die Meinungsbildung bei Kantonen und Leistungserbringern durch die Krisenbewältigung stark erschwert sei. Für **AI** ist es angesichts der anspruchsvollen Bewältigung der Coronakrise sehr unglücklich, gerade jetzt die Planungskriterien zu revidieren.

Für **AG** enthält die Verordnungsanpassung einige sehr gute Regelungen. Die vorgesehene Vereinheitlichung, die Elemente zur Kostendämpfung und die Forderung nach voller Kostentransparenz seien zu begrüßen. Jedoch greife der Bundesrat zu stark in die kantonalen Kompetenzen ein. Die Vorlage sei auch ungenügend auf die Umsetzung der KVG-Revision zur Stärkung von "Qualität und Wirtschaftlichkeit" abgestimmt. **AG** unterstützt die vom Bundesrat eingeschlagene Richtung, lehnt aber den hohen Detaillierungsgrad der Vorlage ab.

SO ist der Meinung, dass einzig die Möglichkeit zur Festlegung maximaler Leistungsmengen oder Bettenzahlen, das Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zur Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht gemäss Artikel 41a KVG und die bundesrechtliche Festlegung von Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen Auflagen in Leistungsaufträgen einen messbaren Mehrwert aufweisen.

Für **VS** haben die Kantone bei der Umsetzung der Spital- und Pflegeheimplanung einen grossen Ermessensspielraum. Mit den vorgeschlagenen Änderungen greife der Bund entscheidend in den Ermessensspielraum der Kantone ein und zwingt ihnen die Einhaltung von Vorgaben auf, die gegebenenfalls der Sicherstellung der stationären Versorgung und damit der Erstellung einer bedarfsgerechten Planung zuwiderlaufen würden.

Für **die GDK** sowie **AG AI AR BE BS BL FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO UR VD TG ZG ZH** fehlt in der Vorlage die Verpflichtung zur Anwendung einer einheitlichen Leistungsgruppensystematik. Damit werde die Möglichkeit offengelassen, dass die Kantone unterschiedliche Systematiken anwenden und die Basis für einheitliche Leistungsaufträge und für gemeinsame Planungen falle weg. Die GDK und die erwähnten Kantone mit Ausnahme von **LU** weisen darauf hin, dass die Zielsetzung der Vorlage, die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone zu verringern, somit verfehlt sei und neue Fragen zum Vollzug der Bestimmungen, welche sich auf Leistungsgruppen beziehen, aufgeworfen würden. Zu den Vorgaben, was der Kanton punkto Qualitätsvorgaben alles zu prüfen habe, sei festzuhalten, dass die Verantwortung für die qualitativ gute Leistungserbringung beim Spital liege und nicht von den Kantonen übernommen werden könne. Die Aufgabe der Kantone sei die Planung und nicht die Aufsicht (vgl. Kommentar zu Artikel 58d, Abs. 3 und 4). Die detaillierten Bestimmungen zu den durch den Kanton zu prüfenden Qualitätsanforderungen werden als zu anspruchsvoll erachtet. Es würden auf ein Abrücken vom bestehenden Verfahren hinauslaufen, bei dem die Leistungserbringer bei der Bewerbung um einen Leistungsauftrag erklären müssten, ob sie die Mindestanforderungen in Bezug auf die Qualität erfüllen.

Die GDK sowie **AG AI AR BE BS BL FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG UR VD VS ZG ZH** lehnen die im erläuternden Bericht (Ziff. I.1. letzter Satz) enthaltenen Definition, wonach in der gemeinsamen Planung die Nachfrage bezogen auf die gemeinsame Wohnbevölkerung ermittelt werde und dass bei der Bestimmung des Angebotes die Einrichtungen im gemeinsamen Gebiet berücksichtigt würden, ab. Dies, weil den Kantonen verschiedene Vari-

anten gemeinsamer Planung offenstehen sollen. In der Planung müssten immer alle interessierten oder versorgungsrelevanten Einrichtungen berücksichtigt werden, nicht nur die Einrichtungen mit Standort in den planenden Kantonen. Auch sei für die GDK und die erwähnten Kantone mit der Ausnahme von **BS UR VS** die Aussage im erläuternden Bericht (Ziff. 1.2. zweiter Satz) nicht korrekt, weil bei medizinisch nicht begründeten Behandlungen in keinem Fall eine Finanzierungspflicht des Kantons bestehe, während der erwähnte Fall die medizinisch nicht zwingende Inanspruchnahme der Leistungen in einer Einrichtung, die nicht auf der kantonalen Liste aufgeführt ist, betrifft.

Für die **GDK** sowie **AG AI AR BE BS BL GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** stellt sich auch die Frage, inwieweit sämtliche Bestimmungen auch für die hochspezialisierte Medizin (HSM) gelten würden. Grundsätzlich seien KVG und KVV etc. auch von der HSM (direkt oder in Analogie) einzuhalten. Da die HSM in Artikel 58f Absatz 4 explizit genannt werde, akzentuiere sich die Frage. Da die HSM-Leistungsaufträge nur spezielle Eingriffe betreffen, die in Spitälern mit Leistungsaufträgen der Kantone vorgenommen würden, würden die HSM-Organe davon ausgehen, dass sie die Anforderungen, die das gesamte Spital betreffen, nicht gesondert überprüfen müssen – sie wären auch nicht in der Lage dazu. Dies sollte in den Erläuterungen festgehalten werden.

Die **GDK** sowie **AG AI AR BE BS BL GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO VD VS ZG ZH** hätten eine Spezifizierung in der Verordnung begrüsst, dass die Leistungsaufträge standortbezogen zu erfolgen haben. Dazu verweisen sie auf die Erläuterungen zur GDK-Empfehlung 3 e) zur Spitalplanung vom 25. Mai 2018, wonach es insbesondere darum gehe, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe der Leistungsaufträge an ein anderes Spital unterlaufen werden. Laut **AG** hält das Bundesverwaltungsgericht in mehreren Entscheiden fest, dass die Tarife standortgenau ermittelt werden müssten. **TG** ist hingegen der Meinung, dass die Kantone in der Erteilung der Leistungsaufträge frei sein sollten. Standortübergreifende Teams unter einer Leitung und Qualitätssicherung hätten sich für die beiden Kantonsspitäler im Kanton Thurgau bewährt und sollten weiter ausgebaut werden. Dabei könnten die Kantone in den Leistungsaufträgen sicherstellen, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe der Leistungsaufträge an ein anderes Spital unterlaufen wird.

GE befürwortet eine Vereinheitlichung der Spitalplanungskriterien. Diese erleichtere insbesondere die interkantonale Zusammenarbeit und die Durchführung einer Qualitätskontrolle und könnte allenfalls sogar die Anwendung eines gemeinsamen Systems vorschreiben. In seiner jetzigen Form sei der Entwurf aber nicht annehmbar. Der Bereich der Pflegeheime und Geburtshäuser unterscheide sich zu stark von demjenigen der Spitäler, um eine Harmonisierung der Kriterien in Betracht zu ziehen. Insbesondere die Frage nach der Qualität in Geburtshäusern müsste vertieft werden, um ein auf solche Einrichtungen anwendbares Konzept zu finden. Andererseits würden die Spitalplanungskriterien, wie sie in Artikel 58f festgelegt sind, zu einer Vereinheitlichung von Modellen führen. Dies sei zwar wünschenswert, könnte aber zur Folge haben, dass die Verwendung eines gemeinsamen Systems vorgeschrieben wird.

Der Kanton **VD** hält eine Revision der Planungskriterien für verfrüht. Es mangle an zuverlässigen Daten, um die Auswirkungen der Revision von 2012 eingehend zu evaluieren. Die KVV-Revision würde die Revision der kantonalen Spitalplanung nur stören, keine sinnvolle Klärung der offenen Fragen bieten und die Regeln nur komplexer machen, die Bundesrechtsprechung einfrieren und Teile der GDK-Empfehlungen wiederholen, die von den Gerichten vollumfänglich als Recht anerkannt und angewendet werden. Anstatt eine noch ungefestigte Rechtsprechung zu kopieren (das BGer und das BVwGer seien sich in Bezug auf die Quoten nicht einig), hätte der Entwurf die noch offenen Punkte regeln und klären müssen. Die GDK-Empfehlungen würden ausserdem aus dem Zusammenhang gerissen. Während sich die Gerichte einerseits auf die Empfehlungen beziehen würden, sollten diese andererseits nicht starr sein, sondern sich den Erfahrungen und Bedürfnissen der Kantone und der Akteure vor Ort entsprechend

weiterentwickeln. Der Entwurf würde schliesslich dazu beitragen, die Planungshoheit der Kantone deutlich einzuschränken. VD kann sich nicht vorstellen, wie der Revisionsentwurf die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten mindern und eine effiziente Nutzung der Ressourcen fördert. Im Gegenteil: Die Kantone würden in Versuchung geraten, dass alles, was nicht in der KVV steht, nicht zu berücksichtigen ist. Schliesslich würde die Qualitätsevaluation die einzige mit einem Mehrnutzen verbundene Bestimmung darstellen, auch wenn der Entwurf in der Personalfrage nur teilweise eine Empfehlung der GDK übernehme.

Laut dem Kanton **JU** ermöglicht die Umsetzungsfrist keine Einrichtung von Spitalplanung-Leistungsgruppen (SPLG) für alle Versorgungsbereiche (Akutpflege, Psychiatrie, Rehabilitation). Dies führe zu unterschiedlichen kantonalen Ansätzen, die einer Harmonisierung der Praktiken entgegenstehen und noch weniger Anreize für die Koordination der kantonalen Planungen bieten würden. Die Anwendung eines SPLG-Systems sei jedoch unrealistisch. Zudem seien die Zahlen des Geschäftsjahres 2020 sowie wahrscheinlich auch diejenigen von 2021 und darüber hinaus aufgrund der COVID-19-Krise nicht zuverlässiger.

Der Kanton **TI** anerkennt die verfolgten Ziele, kann aber den Revisionsentwurf nicht unterstützen, da dieser insbesondere zu weitreichend und einschneidend ist und den Handlungsspielraum der Kantone unterminiert. Zudem sei es unangebracht, den regulatorischen Rahmen in der Pandemiephase neu zu bestimmen. Ferner übernehme der Änderungsvorschlag fast alle Grundsätze, die in der bestehenden Version bereits enthalten sind. Neu sei die Einführung von Faktoren zur Bedarfsberechnung, die Anforderungen pro Leistungsgruppe und die Definition des Konzepts für die interkantonale Koordination. Die Einführung der vier Faktoren zur Bedarfsberechnung für die Kantone, die das Zürcher Modell nicht übernommen haben, sei wohl neu, nicht aber die Einführung von Leistungsgruppen für Krankenhausplanung und die entsprechenden Anforderungen. Die Änderungsvorschläge, welche die GDK bereits in ihren Planungsempfehlungen gemacht hat, entsprächen jedoch auch der neueren Rechtsprechung. Dies gilt insbesondere für die Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Qualitätsbewertung und die interkantonale Koordination. Der Kanton unterstützt die Bestimmungen zu den Qualitätsmindestanforderungen an die Spitäler sowie die Pflegeheime. Diese Bestimmungen dürften die Einführung eines strukturierten und gemeinsamen Prozess aller Einrichtungen fördern, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Der Kanton sollte bei der Einhaltung der wichtigsten Qualitätsprinzipien keine spezifischen Schwierigkeiten haben, da diese Prinzipien bereits seit vielen Jahren Bestandteil seiner Qualitätssicherungsstrategie (Analyse der ANQ-Indikatoren, Fehlermeldungssystem und andere Initiativen in Zusammenarbeit mit verschiedenen nationalen Organisationen) sind.

GR lehnt die unterbreitete Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung ab: Ein Regelungsbedarf im Sinne des Vernehmlassungsentwurfs sei nicht gegeben, es sei nicht angezeigt, ohne gefestigte Erkenntnisse neue Vorgaben für die Spitalplanung zu machen, und es solle den Kantonen ermöglicht werden, ihre Planungsinstrumente gestützt auf die Kenntnisse ihres spezifischen Spitalbereichs zu entwickeln. Das KVG enthalte keine Kompetenzdelegation an den Bundesrat für den Erlass von Mindestanforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler. Die Ermächtigung des Bundesrates, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, beinhalte lediglich die Ermächtigung, festzulegen, nach welchen Kriterien die Kantone die Planung vorzunehmen hätten. Die Würdigung des Ergebnisses der Planung liege demgegenüber in der Kompetenz der Kantone. Nach KVG sei die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste eine kantonale Aufgabe. Diesbezüglich ist GR der Ansicht, dass die minimalen Qualitätsanforderungen nicht nur gegen die Autonomie der Kantone im Planungsbereich verstossen, sondern auch gegen das Legalitätsprinzip. Darüber hinaus befürchtet der Kanton, dass die Anforderungen den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung beeinträchtigen würden. Der Bundesrat habe in seiner Botschaft zur 2. KVG-Revision und in seiner Stellung-

nahme vom 30. September 2002 (BBI 2003 399) festhalten, dass die bundesstaatliche Kompetenzordnung den Kantonen nicht vorschreibe, wie die Planung auszugestalten sei. Man könne sich dennoch vorstellen, dass der Gesetzgeber dem Bundesrat die Kompetenz delegiert habe, Grundsätze aus der bisherigen Rechtsprechung zu formulieren und diese mit den Änderungen infolge der Revision der Spitalfinanzierung zu ergänzen. Ein diesbezüglicher Vorschlag sei in der Vorlage enthalten.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **CVP** unterstützt die Stossrichtung der Verordnungsänderung. Bei der Verabschiedung der neuen Spitalfinanzierung sei die Spitalwahlfreiheit in der ganzen Schweiz ein zentrales Element gewesen. Konkret hätte jeder Patient und Patientin bei einer aussenkantonalen Behandlung vom Wohnsitzkanton und vom Krankenversicherer den Betrag zugute, welche diese bei einer Spitalhandlung im Wohnkanton kosteten würde. Dieser Grundsatz müsse klar auch weiterhin gelten und präzisiert werden, weil er aktuell nicht von allen Kantonen eingehalten würde. Zudem sei auch klar gewesen, dass ein Spital oder eine Klinik einzig auf der Spitalliste des Standortkantons stehen müsse und im Rahmen der vorher erwähnten Bedingungen schweizweit Spitalwahlfreiheit herrsche. Auch dieser Grundsatz müsse beibehalten werden. Ein ausserkantonales Spital sollte grundsätzlich dann berücksichtigt werden können, wenn die Leistungen im Wohnsitzkanton nicht angeboten würden. Des Weiteren müsse festgehalten werden, dass die Kantone nicht zulasten der Versicherten von den Vorgaben des Bundes abweichende Vorgaben Gebrauch machen dürften (z.B. Festlegung von Obergrenzen für die Anzahl der Zusatzversicherten pro Spital), um sich damit ihrer Pflicht zur anteiligen Kostenübernahme zu entziehen. Ferner müssten eine Vereinheitlichung von Planungsvorgaben sowie das Angleichen von Benchmark-Daten auch zu einer administrativen Entlastung der Spitäler führen. Insbesondere was die Erfassung der Daten durch die Spitäler betrifft, müsse das «Once-Only-Prinzip» gelten, nämlich, dass alle Daten einmal erfasst und in einer einheitlichen Form weitergegeben würden. Es sei noch zu begrüssen, dass in der Verordnung bei den Leistungsaufträgen der Spitäler als Auflage ein Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG vorgesehen sei.

Die **glp** unterstützt die Vorlage grundsätzlich, weil sie die Wahlfreiheit und den Wettbewerb fördere. Die Vorlage sei ein wichtiger Schritt für ein dringend notwendiges interkantonal abgestimmtes und koordiniertes Gesundheitswesen, das der vielfach ineffizienten kantonal ausgerichteten Spitalplanung entgegenwirke. Ferner befürwortet die glp insbesondere die Massnahme zum Verbot unangemessener wirtschaftlicher Anreizsysteme zur Erhöhung des Leistungsvolumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht im Sinne von Artikel 41a KVG. Hingegen lehnt die glp Auflagen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität, die mit maximalen Leistungsmengen im akutsozialen Spitalbereich verbunden sind, ab. Die Konsequenzen bei Nichteinhaltung seien ungenügend beschrieben. Es sei daher zu befürchten, dass sich der Kanton im Fall der Überschreitung durch Herabsetzung oder Verweigerung seines Anteils an den geschuldeten KVG-Kosten von seiner finanziellen Verantwortung befreie und der Patient entweder abgewiesen werde oder die Kosten selbst decken müsse resp. allenfalls die private Krankenversicherung. Ausserdem würde eine Maximal-Mengenbegrenzung zu Wartezeiten führen, die Wahlfreiheit der Patienten einschränken und den Wettbewerb behindern.

Die **SP** lehnt die Verordnungsänderungen ab. Mit den Änderungen werde hauptsächlich eine Kostenkontrolle durch eine indirekte Zentralisierung der Gesundheitsversorgungseinrichtungen angestrebt. Die Anwendung dieser neuen Bestimmungen könnte zu einer umfassenden Umstrukturierung der schweizerischen Spitallandschaft führen und für die Randregionen ein erhöhtes Risiko mit sich bringen, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu verlieren. Das

Effizienzstreben in den Infrastrukturen der Gesundheitsversorgung gemäss den neuen Bestimmungen dürfte zudem den Druck auf die Strukturen verstärken, was mit direkten Auswirkungen für das Pflegepersonal verbunden wäre. Die Aufhebung von Stellen in den Gesundheitseinrichtungen würde sich allerdings negativ auf die Patientenbetreuung und somit auch die Pflegequalität auswirken. Dennoch spricht sich die SP für folgende mit der Ordnungsänderung verbundenen Verbesserungen aus: Künftig dürften die auf den kantonalen Listen aufgeführten Spitäler keine mit dem Volumen verbundenen Vergütungen oder Boni mehr auszahlen; bei der Qualitätsevaluation der Spitäler und Pflegeheime würde der Fachpersonalbestand als Kriterium berücksichtigt und die interkantonale Koordination für die Spitalplanung würde verstärkt. Diese Verbesserungen seien jedoch zu bescheiden. Zudem befasse sich das Parlament derzeit mit dem ersten Massnahmenpaket, das zu einer Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beitragen soll, und das zweite Paket würde seinerseits in die Vernehmlassung geschickt. Somit wäre es besser abzuwarten, bis beide Pakete behandelt seien, und erst dann zu Änderungen der Verordnungen überzugehen.

Die **SVP** Schweiz sieht in den Planungskriterien von Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen Schritte in die richtige Richtung. Die Covid-19-Epidemie lege schonungslos offen, dass eine grosse Anzahl Spitäler mit ungenügenden Vorräten an einfachsten Schutzausrüstungsmaterialien nur einen trügerischen Eindruck von Versorgungssicherheit erzeugten. Seit 2018 liege ein Gutachten zum Koordinierten Sanitätsdienst vor. Dieses Jahr würde wieder in Erinnerung gebracht, dass in Krisen nur auf landeseigene Mittel Verlass sei. Es müsse bereits bei der Planung von Infrastrukturen wieder besser abgewogen werden, welche Leistungen im Normalfall in welcher Dichte durch die zivilen Spitäler erbracht werden müssten, und was als Reservekapazität für Krisenzeiten effizienter von Armee und Bevölkerungsschutz bereitgehalten werden könne. Dort würden seit den 1990er-Jahren tausende von Betten weggespart, während zivile Überkapazitäten für den Mittelstand erdrückende Prämienlasten erzeugten. Die SVP Schweiz erwartet von der Weiterentwicklung der Planungskriterien, dass sie einen Beitrag dazu leisten, Überkapazitäten zugunsten von wirklich gefragter Leistungsfähigkeit abzubauen. Eine gestärkte überregionale Koordination erhöhe die Flexibilität bei Patientenübernahmen, auch und gerade in angespannten Lagen. Die SVP hätte deshalb erwartet, dass der Oberfeldarzt der Schweizer Armee selbstverständlich in so ein Vernehmlassungsverfahren einbezogen wird. Seine Expertise sei hier nachträglich, und bei künftigen für ihn relevanten Vernehmlassungen generell einzuholen. Die Kantone befänden sich heute in einem ausgeprägten Mehrfachrollenkonflikt. Sie seien Versorgungsplaner, Finanzierer, Genehmigungsbehörde, Festsetzungsbehörde, und Wirtschaftsförderer. Eine echte Auflösung dieses Mehrfachrollenkonflikts wäre erst erreicht, wenn die Kantone keine Spitäler mehr betreiben würden, und sich auf die Regulierung konzentrieren könnten. Und für die hochspezialisierte Medizin sollte nicht bloss eine regionale Planung angestrebt werden, sondern es müsse national entlang von Achsen gedacht werden. Ferner werde das Problem der Mehrfachrolle der Kantone in der Spitalplanung entschärft, wenn die Planungskriterien für Spitäler einheitlicher definiert würden. Der Ermessungsspielraum der Kantone dürfe dabei kein Vorwand sein, die Minimalstandards nicht an den besten schweizweiten Resultaten auszurichten. Der erläuternde Bericht verweise an dieser Stelle auch auf den Finanzierungsschlüssel gemäss Artikel 49a KVG. Heute gebe es einzelne Kantone, die sich einseitig von ihrer Leistungspflicht befreien, die sie gemäss diesem KVG-Artikel hätten, wenn Spitäler die Auflagen nicht einhielten. Hier müsse auf Verordnungsebene ein Riegel geschoben werden, damit ein Kanton nicht ausgerechnet die Kosten der Spitäler, die ineffizient arbeiten oder anderweitig die Planungsaufgaben verletzen, in Richtung Patienten und letztlich der Zusatzversicherungen abschieben könne. Die Sanktion des Kantons sollte das fehlbare Spital treffen, nicht die Patienten und Prämienzahlenden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse lehnt den Verordnungsentwurf in dieser Form ab. Generell seien die Änderungen ein Misstrauensvotum gegenüber der gesamten im Jahr 2012 eingeführten Spitalfinanzierung, die aber in diversen Evaluationen als positiv beurteilt worden sei. Einzig die Transparenz bei den Daten, der Qualität und der Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen würden bemängelt. Genau in diesen Bereichen böte der Entwurf kaum Verbesserungen an. Die Bereiche gemeinnützige Leistungen und Objektfinanzierung würden nicht angesprochen. Hier seien aber viel grössere Mängel in der kantonalen Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung vorhanden als in der kantonalen Planung. Zwei Elemente seien weggelassen worden. Erstens bräuchte es die Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Spitälern. Damit könnte man sämtliche Detailplanungen von Bedarf und Versorgung dezentral an die Tarifpartner delegieren. Die Aufgabe der Behörden bestünde einzig darin, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und - wie schon heute - die Krankenversicherer zu beaufsichtigen. Zweitens würde zur Spitalfinanzierung die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen (EFAS) gehören, welche seit Jahren von den Kantonen verzögert werde. Beide Reformen seien wichtig und harrten einer Umsetzung. Die Vereinheitlichung von detaillierten Planungskriterien vergrössere die Interessenkonflikte der Kantone. Die zusätzlichen Wirtschaftlichkeitsvorgaben ständen nämlich der Versorgungssicherheit im Wege. Vor allem in den ländlichen Gebieten wäre dieser Interessenkonflikt akzentuiert. Die Versorgungssicherheit sei jedoch die Hauptaufgabe der Kantone, während die Wirtschaftlichkeitsprüfung die Aufgabe der Krankenversicherer sei. Der Verordnungsentwurf vermische diese Rollenverteilung. Ferner müsse der Modus der Finanzierung erhalten bleiben. Auf Verordnungsebene müsste deshalb zwingend sichergestellt werden, dass sich ein Kanton nicht einseitig von seiner Leistungspflicht befreien könne, wenn ein Spital eine oder mehrere Auflagen verletze. Für die Versicherer sei bspw. die Erreichung einer kantonal festgelegten maximalen Leistungsmenge nicht überprüfbar. Eine Überschreitung durch das Spital führe zu einer Verlagerung der kantonalen Finanzierungsanteile zunächst zu Lasten des Patienten, faktisch aber in den Zusatzversicherungsbereich. Dies widerspreche klar den Vorgaben der seit 2012 geltenden, neuen Spitalfinanzierung. Der Kanton schulde seinen Anteil nach Artikel 49a KVG auch dann, wenn das Spital eine Auflage verletze. Die Kantone könnten Sanktionen bei Missachtung der Leistungsaufträge gegenüber den betroffenen Spitälern in den entsprechenden Leistungsaufträgen regeln. Aus Sicht der Wirtschaft sei es wichtig, auf diese Rollenvermischung zu verzichten, damit solche Finanzierungsverzerrungen erst gar nicht entstehen. Ferner stelle sich die Frage, wieso der Bund in die Kompetenz der Kantone eingreife, und zwar in einem Bereich, der innerhalb der Spitalfinanzierung gar nicht schlecht funktioniere. Man frage sich, ob der Bund nicht sogar die ganze Spitalplanung selbst übernehmen wolle. Allerdings müsste er dann auch den kantonalen Spitalkostenanteil übernehmen. Die Wirtschaft lehnte jedoch beides ab. Eine bundesweite Spitalplanung wäre bedeutend fehleranfälliger, weil sich diese auf sämtliche Versorgungsregionen beziehen würde. Zudem würden die Kantone die lokalen Bedürfnisse besser kennen. Diese unterschieden sich in ländlichen und städtischen Gegenden stark. Auf der positiven Seite der Verordnungsänderung sei die Ausdehnung der freien Wahl zu begrüßen, indem die Listen von Standort- und Wohnkanton berücksichtigt werden. Auch die Förderung eines effizienten Mitteleinsatzes sei sinnvoll. Allerdings seien bei letzterem die gewählten Instrumente nicht zielführend. Der Verordnungsentwurf sei auch ein Misstrauensvotum gegenüber den Spitälern. Sie sollten stärker geprüft und in ihrer Leistungserbringung bis auf die Fallzahlen reguliert werden. Ein Benchmarking mit dem 25%-Quartil solle die Kosten nach unten drücken. Somit wolle man die Spitäler an die Kandare nehmen: Einerseits hätten sie bei der Leistungserbringung keine Freiheiten mehr, andererseits würden die daraus resultierenden Kosten begrenzt. Die unternehmerische Freiheit werde untergraben. Das wäre das Ende eines Strukturwandels auf Basis der Leistungserbringung und die Verstärkung des Strukturwandels auf Basis der Regulierung: Spitäler könnten sich nur noch mit einem Ausscheiden aus dem Leistungsauftrag

vor dem Untergang retten. Dies alles schwäche den Leistungswettbewerb in der Spitalfinanzierung. Es verblieben – theoretisch – nur noch Spitäler in Ballungszentren. Das Volk habe jedoch mehrfach in Abstimmungen seine Wertschätzung eines dichten Versorgungsnetzes ausgedrückt. Die öffentlichen Häuser würden demnach durch das Votum der Bevölkerung meistens nicht geschlossen. Somit würden die öffentlichen Spitäler in ländlichen Gebieten diese Verordnungsänderung vielleicht noch überleben, während private Häuser verschwinden würden. Das sei eine Wettbewerbsverzerrung, welche unzulässig sei. Mindestmengen seien für die Patientensicherheit wichtig, aber nicht pro Spital, sondern pro Operationsteam. Operationsteams sollten Mindestfallzahlen auch durch die Arbeit in mehreren Spitälern erreichen dürfen. Weiter müsse unbedingt auf maximale Leistungsmengen oder die maximalen Bettenzahlen verzichtet werden. Denn dies führe zu Fehlplanungen und schliesslich zu Unterkapazitäten. Überflüssiges könne allenfalls mit einer Verbesserung der Indikationsqualität verhindert werden und nicht mit Höchstmengen und begrenzten Bettenzahlen.

Der **CP** ist gegen den Entwurf, da dieser mehr Fragen aufwerfe, als Probleme löse. Im Übrigen wird seine gesetzliche Grundlage angezweifelt. Eine gewisse Anzahl der vorgeschlagenen Änderungen sei umfangreich und würde der Haltung des Gesetzgebers widersprechen, der im Rahmen der KVG-Änderungen der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 federführend war. Eine Änderung der KVV-Bestimmungen ins Auge zu fassen, wäre verfrüht, da die in den beiden Massnahmenpaketen zur Kostensenkung vorgesehenen KVG-Änderungen derzeit im National- und Ständerat behandelt würden (erstes Paket) bzw. sich bis im November 2020 in der Vernehmlassung befinden (zweites Paket). Darüber hinaus könnten die vorgeschlagenen Massnahmen die Spitalfinanzierung im Bereich der stationären Akutpflege gefährden. Wegen der COVID-19-Krise scheine es kaum angebracht, wenn nicht gar gefährlich zu sein, solche Reformen in Betracht zu ziehen, bevor die Auswirkungen der Krise und die von ihr in den Spitälern verursachten Schäden genauer bekannt seien.

Der **SGV** lehnt die vorgeschlagene KVV-Revision ab und weist sie zur grundlegenden Überarbeitung zurück. Die Angaben zu den Folgen der vorgesehenen Anpassungen seien unzuverlässig und eine Regulierungsfolgenabschätzung fehle. Die vorgeschlagenen Anpassungen dürften erhebliche Auswirkungen auf die Spitallandschaft und andere Versorgungsbereiche sowie auf die Tarifiermittlung haben. Welche Auswirkungen allerdings konkret zu erwarten seien, lasse sich aus den Erläuterungen, die als unzureichend und intransparent einzustufen seien, nicht herauslesen. Auch hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen seien den Erläuterungen lediglich rudimentäre Angaben zu entnehmen. Der SGV beantragt, dass im Rahmen der Überarbeitung der Vorlage eine Regulierungsfolgenabschätzung erstellt wird und verlässlichere Angaben hinsichtlich der finanziellen Konsequenzen sowie der Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft und auf die Tarife erarbeitet werden. Weiter hätte die Vorlage Wettbewerbsverzerrungen beim Ausdünnen der Spitallandschaft zur Folge. Leider sei es immer noch nicht gelungen, die unsägliche Vielfachrolle der Kantone im Bereich der stationären Versorgung zu eliminieren. Sollte es zu einem Abbau stationärer Kapazitäten kommen, wovon auszugehen sei, sei zu befürchten, dass die Kantone unter Missachtung allgemein anerkannter Governance-Vorgaben darauf hinwirken würden, dass die öffentlichen Spitäler weitgehend geschützt würden. Um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, sei vor einer weiteren Bereinigung der Spitallandschaft dafür zu sorgen, dass die Vielfachrolle der Kantone beseitigt werde. Nur so könne sichergestellt werden, dass die besten und leistungsfähigsten Spitäler im Markt verblieben und nicht die, die von der öffentlichen Hand getragen und geschützt würden.

Der **Schweizerische Gewerkschaftsbund** begrüsst sehr die explizit in die Verordnung aufgenommene Möglichkeit, Mindestfallzahlen als Auflage in Leistungsverträge aufzunehmen. Empirisch sei hinlänglich nachgewiesen, dass zu tiefe Fallzahlen sowohl auf die Kosteneffizienz als auch auf die Qualität eines einzelnen Eingriffs negative Auswirkungen haben. Zu unterscheiden sei dabei allenfalls zwischen Fallzahlen pro Spital, pro operierende Person und

pro Operationsteam. Sämtliche Definitionen könnten ihre Berechtigung haben und seien gemäss des im Bericht erwähnten Urteils des Bundesverwaltungsgerichts auch durch das Gesetz und die vorgeschlagene Ergänzung der Verordnung über die Krankenversicherung abgedeckt. Ein problematischer Nebeneffekt von Mindestfallzahlen könne sich allerdings in fallspezifischer Überversorgung manifestieren, wobei Letztere (bzw. ihr Vermeiden) auch ganz allgemein ein Indikator für die Beurteilung der Behandlungsqualität einzelner Spitäler sein müsste. Entweder Artikel 58f, Absatz 5 oder Artikel 58d, Absatz 3 seien deshalb um einen Buchstaben "h. Massnahmen zur Vermeidung medizinischer Überversorgung" zu erweitern. Als konzeptielles Gegenstück zur Festschreibung verbindlicher Mindestfallzahlen sei auch die nähere Definition maximaler Leistungsmengen für den akutsomatischen Bereich sehr wichtig. Über die bereits gesetzlich gegebene Möglichkeit zur Festlegung von Globalbudgets (Artikel 51 KVG) hinaus werde dabei zusätzlich die nötige Klarheit über die Zulässigkeit dieses Instruments geschaffen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** und **ProRaris** begrüssen den Erlass von einheitlichen Planungskriterien für die Spitalfinanzierung auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie unter Beachtung der Versorgungssicherheit grundsätzlich. Die Vorlage sollte jedoch stärker auf das Wohl der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden, und sie sollte die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit seltenen Krankheiten besser berücksichtigen.

Nach der Meinung von **Dr. Guido Brusa** ist es nicht angezeigt, grundlegende Entwicklungen im Gesundheitswesen im sachfremden KVG anzugehen und zu regeln. Dieses Vorgehen sei verfassungswidrig. Der Bund müsse für die beabsichtigte Neuregelung eine eigene formalgesetzliche Grundlage schaffen, möglicherweise brauche es dafür sogar eine Verfassungsänderung. Das KVG sei zu einer Art eidgenössischem Basisgesetz des schweizerischen Gesundheitswesens verkommen, eine Art Allgemeiner Teil des Gesundheitsrechtes. Die Schaffung einer auf Dauer angelegten gesetzlichen Regelung sollte überlegt werden, welche als systemisch stimmige Grundlage eine gesunde Entwicklung ermögliche.

Pro Mente Sana lehnt die Änderung der Verordnung ab.

Die **SPO** begrüsst, dass der Bund bezüglich der genaueren Definition der Planungskriterien aus Patientensicht Massnahmen ergreift. Ebenfalls erachtet sie als erstrebenswert, kantonsübergreifende Spitalplanungsregionen zu schaffen. Das Verbot von Anreizsystemen sei insbesondere zu unterstützen. Sie begrüsst auch das Verzeichnis der individuellen Qualitätsmindestanforderungen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Für **H+** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** muss die vorliegende Vernehmlassung annulliert und zur Neuauflage zurückgewiesen werden. Die Bestimmungen der Vorlage zur Spitalplanung entbehrten einer verfassungsrechtlichen Grundlage und der Bundesrat könne weder einen Regulierungsbedarf nachweisen noch gelinge es ihm, einen erkennbaren Mehrwert zu schaffen. Es fehle auch eine Regulierungsfolgenabschätzung. Die einschneidenden Massnahmen des vorliegenden Ordnungsprojekts erfordere zwingend eine eingehende und sorgfältige Regulierungsfolgenabschätzung in Bezug auf die Finanzen und die medizinische Versorgungsqualität der Schweizer Spitäler. Dementsprechend sei eine adäquate Beurteilung im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens nicht möglich. Ausserdem umgehe die Vorlage laufende gesetzliche Prozesse. Die Verordnung habe über weite Strecken

gesetzgeberischen Charakter, indem Bestimmungen über Mindestfallzahlen und Höchstgrenzen für Leistungen und Bettenzahlen eingeführt werden sollten, die aktuell durch den Gesetzgeber im Rahmen der Paketen 1 und 2 über kostendämpfende Massnahmen diskutiert werden. Der Bundesrat präjudiziere und erschwere auch die politische Diskussion über das gesetzgeberische Projekt «Einheitliche Finanzierung ambulant vor stationär (EFAS)». Die vorliegenden Verordnungsrevisionen dürften nicht auf den 1. Januar 2021 in Kraft gesetzt, sondern erst nach Abschluss der parlamentarischen Beratung und nach Ablauf der Referendumsfristen gesetzeskonform überarbeitet und dann in eine neue Vernehmlassung geschickt werden.

Das Verordnungsprojekt sei zudem 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 sei jedoch prioritär durchzuführen und abzuschliessen. Eine KVV-Revision betreffend Spitalplanung könne sinnvollerweise erst nach Abschluss des ersten Projektes vorgeschlagen werden.

Ferner stelle der Verordnungsentwurf einen massiven und verfassungswidrigen Eingriff in die kantonale Verantwortung für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung dar. Sollte die Verordnung in Kraft treten, würden weiterhin Kantone und Bund zunehmend in strategische und operative Belange der Spitäler eingreifen. Das stehe dem Willen des Gesetzgebers, der mit der neuen Spitalfinanzierung den Spitätern mehr unternehmerischen Freiraum zubilligte und den Wettbewerb fördern wollte, diametral entgegen.

Der Bundesrat unterlasse aufzuzeigen, welche Gesundheitsversorgung er für die Schweizer Bevölkerung in Zukunft will.

Mit seinen Überlegungen zu den Kriterien der Spitalplanung bewirke der Bundesrat einen Kostenschub, ohne dass die Qualität ansteige. Vor allem würden die zahlreichen Vorgaben zur Strukturqualität (Personaldotation) einen kostentreibenden Effekt haben, ohne einen Mehrwert für Patienten zu schaffen. Mit solchen Massnahmen würden ferner Tür und Tor für Interessenvertreter geöffnet, die über diesen Weg ihre Partikularinteressen zu verwirklichen versuchen werden. Der Bundesrat sollte statt Strukturqualität Ergebnisqualität konsequent fördern.

Ausserdem habe die Corona-Krise in der Schweiz Stärken und Schwächen der Gesundheitssysteme aufgedeckt. Aus einer gründlichen Aufarbeitung der Krisenbewältigung seien Lehren und Verbesserungsmassnahmen zu ziehen. Davon werde auch die Spitalplanung betroffen sein. Die KVV sollte im Lichte dieser neuen Erkenntnisse angepasst werden. Eine KVV-Änderung zum heutigen Zeitpunkt sei deshalb verfrüht.

Das deklarierte Ziel des Verordnungsentwurfs, nämlich den Kantonen zu erlauben, eine gesetzeskonforme Planung zu erstellen, sei verfehlt. Statt den Kantonen eine gesetzeskonforme Planungsgrundlage zu liefern, schaffe der Bundesrat eine grosse Rechtsunsicherheit im Bereich von Spitalplanung. Schliesslich seien einschlägige Rechtsprechungen vom Bundesgericht und Bundesverwaltungsgericht explizit nicht berücksichtigt worden.

Nach Ansicht von **H+** gehen die vorgeschlagenen Verordnungsbestimmungen zur Kompetenzteilung zwischen den Kantonen und dem Bund über die Verfassung hinaus. Dies gilt insbesondere für die Anforderungen in Bezug auf den Personalbestand (Art. 58d Abs. 3 und 4 Bst a). Diese Bestimmungen werden abgelehnt. Gemäss **H+** hängt die Qualität der Leistungserbringung von der Gewährleistung der Messung der Qualitätsergebnisse und nicht von Mindestanforderungen an den Personalbestand pro Leistungsgruppe ab. Die Qualitätsanforderungen werden mehrheitlich abgelehnt, einzig die Forderung nach der Nutzung eines Qualitätsmanagementsystems (Bst. d) wird begrüsst.

Das **KSA**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG** und die **Gesundheitszentrum Fricktal AG** lehnen die Vorlage ab. Ihrer Meinung nach werden die Kompetenzen der Krankenversicherer massiv ausgeweitet, ohne klare Regelung und ohne ihnen Versorgungsverantwortung zu übertragen. Ausserdem würden die Planungsvorschriften für die Kantone und damit die administrativen Kosten für die Leistungserbringer und die Kantone massiv erhöht, was den Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung diametral widerspreche. Ausserdem laufe bei den Spitätern

schon seit Jahren der Prozess für die Entkoppelung der Abgeltung von der erbrachten Leistungsmenge der Ärzteschaft. Dafür brauche es keine Verordnung, auch nicht in Zukunft. Statt einer leistungsorientierten Planung werde mit der KVV-Revision die struktur- und subjektbezogene Planung in der Verordnung verankert und die unseligen Mehrfachrollen der Kantone blieben zementiert: Gesundheitsversorger, Finanzierer, Eigentümer von Leistungserbringern, Spitalistenersteller, Tariffestsetzer, Kontroller und Inhaber der Aufsicht, SPLG-Entwickler.

Um eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Versorgung zu gewährleisten, sei eine Förderung und eine kostendeckende Finanzierung der ambulanten Leistungen notwendig. Gleichzeitig müsse 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 sei unsinnig und gefährde eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Die erwähnten Organisationen mit der Ausnahme von KSA weisen auch darauf hin, dass vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie eine Revision des KVV mit dem Ziel des Kapazitätsabbaus im Spitalwesen aus heutiger Sicht gänzlich deplatziert scheint. Solange die Lehren aus der COVID-19-Pandemie nicht abschliessend gezogen seien, sollte beantragt werden, jegliche Revisionen von KVG und KVV auszusetzen (Moratorium).

Das **KSA** fordert, dass der Benchmark auf Basis VKL abgelöst wird. Ein Benchmark sei vielmehr auf die Basis "REKOLE" zu stellen, da nur so eine nachhaltige Rendite erwirtschaftet werden könne. Zudem leiste die Vorlage keinen konkreten Beitrag zur Bereinigung der dispersen und nicht mehr zeitgemässen dezentralen Organisation der Schweizer Spitallandschaft. Konzepte für die Bereinigung der Schweizer Spitallandschaft müssten weiterverfolgt werden, um die Schlagkraft des Gesundheitswesens zu erhöhen. Die Verpflichtung für die Kantone, Synergien und Optimierungspotential bei einer Konzentration von Leistungsgruppen für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu nutzen (Art. 58d, Abs. 6) sei im Gesetz festgeschrieben und solle umgesetzt werden. Diese Bereinigung über den Weg dieser KVV-Revision erzielen zu wollen sei nicht nachhaltig und berücksichtige die regional unterschiedlichen Bedürfnisse in keiner Weise. Sie könne nur über den ordentlichen Weg und mit offener Zielformulierung in Zusammenarbeit von Bund und Kantonen erfolgen – so, wie es die Bundesverfassung vorgebe. Der Wille zum Kapazitätsabbau im Spitalwesen auf dem Weg dieser KVV-Revision wirke untauglich. Vielmehr müssten die Anstrengungen für eine Bereinigung der dispersen Schweizer Spitallandschaft vorangetrieben werden. Dies aber klar deklariert und nicht auf dem Umweg über die Festlegung von Perzentilen und die Übertragung der Kompetenzen an die Krankenversicherer, sondern unter der Führung von Bund und Kantonen, wie es die Bundesverfassung vorsehe. Insofern sei die gesamte Vorlage zur grundlegenden Überarbeitung zurückzuweisen. Die Bemühungen um die Straffung der stationären Gesundheitslandschaft müssten weitergeführt werden, und zwar aus wirtschaftlichen Gründen ebenso wie zur Optimierung des Personaleinsatzes.

Der Bundesrat unterlasse aufzuzeigen, welche Strategie er mit der Gesundheitsversorgung für die Schweizer Bevölkerung künftig verfolgen will. Der Bundesrat unterlasse es zu erklären, welche medizinische Versorgung die Menschen in der Region erhalten sollten, welche Leistungen zu zentralisieren seien und wo die grossen Versorgungszentren stehen sollten. Dies seien zentrale Fragen, die unbeantwortet blieben. 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. Der Umstand, dass sich der Bundesrat bei der Definition der neuen Vorgaben – soweit erkennbar – nicht von fundierten, datenbasierten Analysen leiten lasse, und dass er offenbar auch keine Folgeabschätzung vorgenommen habe, sei kritisch zu beurteilen. Ausserdem werde mit dem Projekt der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung (EFAS) ein gesundheitspolitisches Grossprojekt diskutiert, welches im Kern die künftige Verteilung der Finanzierungslast zwischen Kanto-

nen und OKP betreffe. Der Kostenschlüssel sei denn auch einer der wesentlichen, noch ungelösten Streitpunkte zwischen den betroffenen Stakeholdern. Der Bundesrat setzte mit der vorliegenden Vorlage einen Effizienzmassstab fest, der die künftige Finanzierungslast zulasten der Kantone verschiebe und damit ausstehende Entscheidungen des Gesetzgebers im Rahmen von EFAS zu präjudizieren drohe.

Für das **Gesundheitszentrum Fricktal AG** sind die geplanten Ordnungsrevisionen für die Spitalplanung verfassungs- und gesetzeswidrig. Der Bundesrat überschreite in mehrfacher Hinsicht seine Kompetenzen, was weitreichende Folgen für die Schweizer Spitäler und Kliniken habe. Die vorgesehenen Änderungen verstiesse gegen Verfassungsrecht und enthielten Bestimmungen mit Gesetzes-Charakter ohne vom Parlament verabschiedete Grundlagen. Parlament und Stimmvolk würden dadurch mit politischen Zielsetzungen umgangen, die demokratisch nicht legitimiert seien. Primär müssten die angelaufenen kantonalen Spitalplanungen nach geltendem Recht termingerecht abgeschlossen werden. Da die VKL-Revision umstrittene Regelungen der KVG-Revisionen aus den Massnahmenpaketen 1 und 2 zur Kostendämpfung unter Umgehung des Parlaments einführen wolle, dürften diese Ordnungsrevisionen nicht auf den 1. Januar 2021 in Kraft gesetzt werden. Sie seien erst nach Abschluss der parlamentarischen Beratung und dem Ablauf der Referendumsfristen unter Wahrung der demokratischen Mitwirkungsrechte vollständig zu überarbeiten.

senesuisse, Curaviva und Spitex Verband Schweiz fordern, die vorliegende Revision zu sistieren. Für sie und die **Asana Spital Leuggern AG** und die **Asana Spital Menziken AG** ist zuerst zu definieren, welche Qualität es für Pflegeheime insgesamt brauche. Das primäre Ziel einer Institution für Menschen mit Unterstützungsbedarf müsse die Lebensqualität der Betroffenen sein. Die Lebensqualität stehe aber in den aktuellen und geplanten gesetzlichen Grundlagen überhaupt nicht im Fokus. Zuerst sei also eine Gesamtsicht zur Qualität zu schaffen und dann zu prüfen, welche Akteure wofür verantwortlich und welche Regelungen zur Zielerreichung notwendig und sinnvoll seien. Sollte der Bundesrat an der Inkraftsetzung festhalten, beantragen sie die Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG vom Geltungsbereich der Verordnung auszuschliessen, bis diese Fragen mit den beteiligten Akteuren geklärt sind.

Ferner sollte klar sein, ob die Pflegeheimplanung mit der Strategie Gesundheit2030 in Einklang steht und die Integration der Pflegeheime in die Planung integrierter Versorgungsmodelle nicht behindert, bevor sie mit der vorliegenden Revision überarbeitet und zementiert wird.

Ausserdem liesse sich die Qualität und Wirtschaftlichkeit in Pflegeheimen nur beschränkt über den Bund und das KVG regeln– und auch dies nur, sofern dafür eine gesetzliche Grundlage bestehe bzw. soweit sie sich auf die finanzierten Pflichtleistungen gemäss KVG beschränkten. Für die meisten der vorgeschlagenen Regelungen bestehe keine gesetzliche Grundlage. Die OKP erbringe einen Beitrag ausschliesslich an die Pflegekosten. Die grossen Kostenträger seien die Restfinanzierer (Kantone/Gemeinden). Daraus ergebe sich, dass die Restfinanzierer die Qualitätsstandards und die Wirtschaftlichkeitskriterien festlegen müssten, was die Mehrheit der Kantone heute schon umgesetzt habe. Ein nachträglicher Eingriff des Bundes unter Missachtung des föderalistischen Systems sei weder nötig noch zielführend, nachdem es in den Kantonen bereits seit Jahren funktioniere.

Der Bundesrat hätte die aktuelle Vorlage und die Änderung der KVV zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in einem Paket zusammenfassen müssen, da diese beiden Vorlagen unbestreitbar miteinander verknüpft seien.

Dem **Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)** erscheint grundsätzlich sinnvoll, dass eine Versorgungsplanung neben Kriterien der Wirtschaftlichkeit auch die Qualität der Leistungserbringung und den Zugang der Patienten vorgibt.

Die **Allianz Kinderspitäler der Schweiz** lehnt die vorgeschlagene Revision der KVV betreffend Spitalplanung und Tarifiermittlung in diesen wesentlichen Teilbereichen klar ab und erachtet eine Umsetzung als existenzbedrohend. Die Revision der KVV sei völlig einseitig auf

eine Senkung der Kosten im OKP-Bereich ausgelegt und hätte schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Die **Ärztegesellschaft des Kantons Bern**, die **Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz** und der **Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)** beantragen, dass die gesamte Vorlage zur erheblichen Überarbeitung an das EDI zurückgewiesen und vorderhand nicht weiterverfolgt wird. Die vorgeschlagenen Verordnungsänderungen sollten so lange nicht umgesetzt werden, und ein generelles Gesetzes- und Verordnungsmoratorium sollte eingeführt werden, bis die Konsequenzen aus der COVID-19 Pandemie gezogen und die Gesetzgebung entsprechend angepasst sei. Weiter seien die Gesetzesänderung „Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ vom 21. Juni 2019 und die hier geplanten Verordnungsänderungen, welche die Kantone mit Mehrkosten belasten würden, zudem frühestens dann weiter zu diskutieren, wenn EFAS umgesetzt sei.

Vor dem Hintergrund der Pandemiesituation stelle sich die Frage, ob die Kapazitäten nicht zunächst eher ausgebaut denn abgebaut werden sollten. Im stationären Bereich sei der Kostendruck schon heute kaum mehr zu bewältigen.

Mit der Umsetzung des Verbots von mengenbezogenen Boni oder Kickbacks beinhalte die Vorlage eine angebliche Kostenersparnis um ein Vielfaches des Aufwandes für die Umsetzung der Massnahme. Es sei zu befürchten, dass damit auch variable Lohnbestandteile für Zielerreichungen auf Spital, Departements- oder Abteilungsstufe sowie Honorare im Zusatzversicherungsbereich verboten werden. Es sei verfassungswidrig zu behaupten, dies im KVG regeln zu können, weil angeblich zu viele Behandlungen und damit einhergehende vermeintlich zu hohe Honorare im VVG-Zusatzversicherungsbereich auch auf den KVG-Bereich der OKP durchschlagen würden. Zum einen komme es bei den variablen Lohnbestandteilen auf das Ausmass an. Und zum anderen würde mit einem Ausschluss von Honoraren ein Bereich geregelt, der dem VVG untersteht. Damit würde der Zusatzversicherungsbereich faktisch abgeschafft. Die Zusatzversicherten würden inskünftig auf etwas verzichten, das sie zwar mit ihren VVG-Prämien zahlen (z.B. freie Arztwahl), aber nicht mehr erhalten. Und die Wirtschaftsfreiheit der Spitäler würde ohne Grundlage auch im VVG-Bereich aufgehoben bzw. der Wettbewerb würde nicht nur im KVG-, sondern auch im VVG-Bereich erheblich eingeschränkt.

Für die **Berit Klinik AG** beinhaltet die Revision zusätzliche Möglichkeiten für die Kantone, ihre eigenen oder ihnen nahestehende Häuser zu bevorteilen. Die Berit Klinik AG ist der Meinung, dass mit der Revision die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone nicht nur verringert, sondern unterbunden werden sollten. Erst dadurch könne das Ziel der Förderung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie des Qualitätswettbewerbs gelingen.

Der **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)** lehnt die Verordnungsänderung ab. Ein Regelungsbedarf im Sinne des Revisionsentwurfs sei nicht gegeben. Die aktuell in den Artikeln 58a - 58e der Verordnung enthaltenen Vorgaben setzten die in Artikel 39 Absatz 2ter KVG enthaltene Vorgabe des Erlasses einheitlicher Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit in zweckmässiger und ausreichender Weise unter Beachtung den Kantonen zustehenden Planungskompetenz (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG) um.

Der Bund verfüge nicht über die Gesetzgebungskompetenz zur Vorgabe von verbindlichen Mindestanforderungen an die Kantone für die Beurteilung der Qualität der Spitäler und Pflegeheime und damit von verbindlichen Mindestanforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen durch die Kantone an die Spitäler und Pflegeheime. Diese Vorgabe stellte einen massiven Eingriff in die Autonomie der Kantone dar und verletzte das Legalitätsprinzip. Die in Artikel 39 Absatz 2ter KVG enthaltene Kompetenzdelegation an den Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, reiche als Grundlage für den Erlass der in Frage stehenden Regelung nicht aus. Die Vorschrift, wonach die Kantone Leistungsaufträge an die Spitäler und Pflegeheime nur erteilen dürfen, wenn diese die vom Bundesrat verbindlich vorgegebenen Mindestanforderungen an die Qualität erreichen sei, – sofern sie aufgrund der in der Bundesverfassung statuierten primären Zuständigkeit der

Kantone für die Gesundheitsversorgung überhaupt zulässig ist (was der Bündner Spital- und Heimverband (BSH) bestreitet) – zwingend auf Gesetzesstufe, d.h. im KVG zu erlassen. Diese Vorgabe stehe im Widerspruch zu Artikel 117a der Bundesverfassung (Medizinische Grundversorgung), indem sie in weiten Teilen der Schweiz den raschen Zugang der Bevölkerung zur medizinischen Grundversorgung behinderten.

Der **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)** die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** weisen darauf hin, dass erst wenige Kantone den Verfassungsauftrag BV 118a umgesetzt haben, wonach Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin sorgen. Aufgrund der Verordnung sei sicherzustellen, dass jeder Kanton pro 250'000 Einwohnerinnen und Einwohnern mindestens einen Leistungsauftrag für komplementärmedizinische, stationäre Angebote erteilt. Die Kantone seien zu verpflichten, eine Mindestzahl an Leistungen pro Stadt- und Landregion anzubieten.

Der Vorschlag verletze das KVG in mehrfacher Hinsicht, habe teilweise gar gesetzgeberischer Charakter.

Da der Vorschlag auch vor der Corona-Krise verfasst würde, seien ferner Erkenntnisse bezüglich der Spitalversorgung und Vorhalteleistungen nicht berücksichtigt. Problematisch sei der Vorschlag auch, weil die Auswirkungen der Verordnungen nicht vorgängig geprüft würden und die Spitalstruktur in einer Art verändern würde, die nicht aufgrund einer Verordnungsänderung, sondern aufgrund einer parlamentarischen Diskussion zu erfolgen habe.

Die **FMH** lehnt den vorliegenden Entwurf der Revision ab. Ihrer Ansicht nach führen die vorgeschlagenen Änderungen zu einer Ausweitung der Kompetenzen des Bundes auf Kosten der Kantone und Tarifpartner. Gleichzeitig trügen sie den unterschiedlichen Gegebenheiten der Kantone mit und ohne Universitätskliniken ungenügend Rechnung. Ganzheitliche Aspekte der Patientenversorgung (psychosoziale Situation, Polymorbidität etc.) würden ebenfalls nicht ausreichend berücksichtigt. Ausserdem gelte es, zuerst die Lehren aus COVID-19 zu ziehen, bevor am bestehenden System Änderungen vorgenommen werden. Die Planung in ruhigen Zeiten werde schnell überholt in aussergewöhnlichen Lagen.

Der Bundesrat habe keine wirkliche Folgenabschätzung durchgeführt. Neben dem Kosteneinsparungspotenzial fänden sich keinerlei Ausführungen zu möglichen negativen Auswirkungen der Verordnungsänderungen.

Hirslanden lehnt den vorliegenden Entwurf ab. Das Motiv dieser Revision bestehe zu einem grossen Teil darin, eine weitere Kostensenkung zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bewirken, ohne jedoch eine fundierte Folgeabschätzung gemacht zu haben. Zudem verletze der Verordnungsentwurf in mehrfacher Hinsicht bestehende gesetzliche Bestimmungen. So stellten gewisse Verordnungsbestimmungen des Entwurfes einen massiven und v.a. verfassungswidrigen Eingriff in die kantonale Hoheit für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung dar.

Die **Interessengemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser** weist darauf hin, dass das alternative Angebot der Geburtshäuser langfristig nur Überlebenschancen habe, wenn faire und nachvollziehbare Auflagen einzuhalten sind. Leider sei dies durch die vorgesehene Revision in einigen Punkten nicht mehr gewährleistet. Bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage sollten den spezifischen Besonderheiten der Geburtshäuser und der ihnen zugewiesenen Rolle in der Geburtshilfe gebührend Raum geschaffen werden.

Der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg (Stiftung Diakoniewerk Neumünster-Schweizerische Pflegerinnenschule)**, die **Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS)** und die **Zürcher RehaZentren**

lehnen die vorgeschlagene Revision. Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Planung beschränkten die Kantonsautonomie übermässig und verletzen den Grundsatz «wer bezahlt der befiehlt».

Die Verordnung habe mehrere Elemente aufgenommen, die klar gesetzgeberischen Charakter haben und hängigen Vorlagen oder Vorstössen vorgreifen. Der Bund bestimme mit der neuen Verordnung den für die Spitalplanung verantwortlichen Kantonen zu detailliert, wie sie vorgehen müssen und was sie zu berücksichtigen haben. Eingeflossen in die Verordnungsänderungen seien Massnahmen aus beiden Paketen der Kostendämpfung inklusive Maximalzahlen von Betten oder Operationen.

Der Bund mache auch Vorgaben über die «Dotation mit Fachpersonal und Einbezug bedarfsgerechter Expertise» als Kriterien für die Erteilung eines Leistungsauftrages. Festgehalten seien explizit Mindestfallzahlen (auch pro Operateur), maximale Leistungsmengen sowie maximale Bettenzahlen für die Akutsomatik, die Psychiatrie, die Rehabilitation und den Pflegebereich. Solche Begrenzungen, insbesondere jedoch die maximalen Leistungsmengen und Bettenzahlen lehnen die obererwähnte Leistungserbringer ab.

Diese sind weiterhin der Meinung, dass der geplante Eingriff die Wahlfreiheit der Patienten gefährde, und zu Rationierung und einer Zweiklassenmedizin führe. Die qualitativ bessere Institution werde bestraft.

Ferner seien die vorgesehenen Vorschriften zum Benchmarking einseitig zugunsten einer Prämiensenkung der OKP-Versicherung geprägt. Die verordnete Unterdeckung hätte schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung und die Finanzierungssituation der Spitäler und Psychiatrien. Die alleinige Ermittlung des Benchmarks durch die Versicherer widerspreche dem Vertragsprimat zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherern und sei deshalb gesetzeswidrig.

Die Corona-Pandemie habe aufgezeigt, dass die dezentrale, wohnortnahe Spitallandschaft ausschlaggebend bei der Bewältigung der Krise ist. Insbesondere hätten sich dadurch die Patientenströme auf verschiedene Standorte verteilt. So könnte das ganze System entlastet werden. Die Absicht, medizinische Leistungen zunehmend zu konzentrieren, müsse daher kritisch überdacht werden.

Der Bundesrat müsse endlich mit der EFAS-Vorlage (Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär) vorwärtskommen, wenn er wirklich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wirksam bremsen wolle. Zudem müsse die ambulante Tarifierung für den Spitalbereich so erhöht werden, dass die ambulante Leistung kostendeckend erbracht werden kann.

Die **Spital Männedorf AG** weist darauf hin, dass Integration im Gesundheitswesen und eine Förderung der ambulanten Medizin zu einer besseren Kontrolle der Gesundheitskosten führen würden. Es sei bereits aktiv, bei der Verhinderung von Hospitalisationen durch intensive Kooperation mit Hausärzten, Spezialisten, Spitex-Organisationen, Apotheken, Krankenkassen u.a. mit Einsatz technischer Hilfsmittel und optimierten Austausch von Daten zu besseren Prognose und Vermeidung von Exazerbationen chronischer Erkrankungen, mitzuwirken. Dazu gehörten auch neue Formen der Betreuung zu Hause und Modellregionen, wie sie im Ausland eingeführt würden. Als grössere Organisationen hätten Spitäler am ehesten die Möglichkeiten solche Initiativen voranzutreiben. Es brauche dazu jedoch grundsätzlich andere Rahmenbedingungen als diejenige, die in der Änderungsvorlage der KVV und VKL vorgesehen seien.

Die **Privatkliniken Schweiz (PKS)** weisen die vorliegende Teilrevision zur kompletten Überarbeitung zurück. Die Entwicklungsschritte der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der Bewältigung der Corona-Krise habe bestätigt, dass der Entwurf falsch und unnötig sei. Jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik müsse mindestens den drei folgenden Anforderungen genügen. Sie müsse die Vielfachrolle und fehlende «Gewaltenteilung» der Kantone verbessern. Sie müsse geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern. Sie müsse faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern. Die Vorlage habe keine genügende gesetzliche Grundlage, gefährde die Gesundheitsversorgung in den Regionen,

schaffe neue ökonomische Fehlanreize und unbestimmte Rechtsbegriffe, riskiere neue Diskriminierungsmöglichkeiten gegen Privatspitäler, verschlechtere die ohnehin ungenügende Finanzierung der Akutsomatik noch stärker und dränge zahlreiche Spitäler aus der Grundversorgung hinaus bzw. in den wirtschaftlichen Ruin. In einer verschlankten Revision auf Gesetzesebene könnten gegebenenfalls die Ausführungsbestimmungen zu den Qualitätskriterien aufgenommen werden.

Der Gesetzgeber habe nie Vorgaben gemacht, wonach nur eine bestimmte Anzahl Leistungserbringer schweizweit oder in einer Region aktiv sein dürften oder diesbezüglich eine Reduktion der Anzahl anzustreben wäre. Ausserdem gelte es einzig sicherzustellen, dass strukturerhaltende Massnahmen mit öffentlichen Geldern (über die geltenden KVG-Regeln hinaus) verboten werden, damit der Wettbewerb in fairer Weise greifen kann.

Der Koordinationszwang der Kantone in der Spitalplanung führe zu einem neuen Diskriminierungsfeld, indem die untereinander koordinierenden Kantone die von ihnen selbst betriebenen (oder im Kantonseigentum befindlichen) stationären Leistungserbringer spezialisieren und gegenseitig mit zugeteilten Patientenkapazitäten beplanen und auslasten können. Private Leistungserbringer würden zunehmend aussen vor bleiben oder aus dem OKP-Bereich verdrängt. Bestimmungen, die vorsehen, dass die Kantone direkt in den Prozess der Konzentration der Spitallandschaft eingreifen und für jede Gruppe von Leistungen Voraussetzungen festzulegen, hätten Gesetzescharakter. Solche Regelungen, die aufgrund der geltenden Rechtslagen gesetzeswidrig seien, sei abzulehnen.

Der Entwurf enthalte zu viele unbestimmte Rechtsbegriffe, die einer Auslegung unterlägen. Unbestimmte Rechtsbegriffe hätten gerade in der Gesundheitspolitik zu zahlreichen gerichtlichen Prozessen zur Bekämpfung kantonaler Interpretationsmissbräuche geführt. Die Akteure benötigten Rechtssicherheit, weshalb keine neuen unbestimmten Rechtsbegriffe geschaffen werden dürften. Dies betreffe unter anderem unbestimmte Begriffe in Artikel 58 KVV, wie «Mindestanforderungen», «Leistungsgruppe», «Fachpersonal», «bedarfsgerechter Expertise», «Anwendung professioneller Standards» und «Vorliegen einer Sicherheitskultur».

Mit den neuen Massnahmen zur Mengenbeschränkung auf Leistungsgruppenebene sowie dem Verbot von Anreizsystemen würden neue ökonomische Fehlanreize geschaffen. Statt gezielt stossende, zulasten der OKP verrechnete Praktiken von «schwarzen Schafen» zu bekämpfen, würden sämtliche stationäre Leistungserbringer unter Generalverdacht gestellt und mit Verboten belegt. Diese Beschränkungen verhinderten die Leistungskonzentration und die Spezialisierung, die von demselben Bundesrat eigentlich gewünscht werde.

Ferner fehle es eine Regulierungsfolgeabschätzung. Die Folgen dieser neuen Regulierungswelle für die Gesundheitsversorgung der Patienten, für die Leistungserbringer, für die Kantone für die Versicherer in der Vorlage würden mit keinem Wort erwähnt, weder evaluiert.

Die vorliegende Revision gehe die wahren Kostentreiber des Gesundheitswesens nicht an. Die Privilegierung kantonseigener Spitäler (Überkapazitäten) inklusive die milliarden schweren gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Ineffizienz), die praktisch ausschliesslich den Spitälern im Eigentum der öffentlichen Hand zugutekämen, würden nicht angegangen.

Nach dem Rückzug der Revisionsvorlage sei auf Gesetzesebene ein Paket zu schnüren, das folgende Elemente enthalten sollte: mehr Anreize für Kostendämpfung, Qualität und Rechtssicherheit für Leistungserbringer; kostendeckende Abrechnungsberechtigung aufgrund der Erreichung von transparenten Qualitätsstandards und WZW-Tauglichkeit, die sowohl kantonale Spitalisten als auch ambulante Leistungserbringerlisten («Zulassungssteuerung») nach einer Übergangszeit ablöst. Darüber hinaus sollten Leistungserbringer mehr Zuschläge erhalten, je besser sie WZW erfüllen (Rating-System). Die Vertragsabschlussfreiheit der Versicherer mit Leistungserbringern im Grundversicherungsbereich wäre einzuführen, beschränkt auf jene Leistungserbringer mit Abrechnungsberechtigung (abgestufte Einführung).

Die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** ist der Meinung, dass erst alle Lehren aus der Covid-19-Pandemie gezogen werden sollen, bevor am System etwas geändert wird. Dass der Bund die Kriterien für den Leistungsauftrag einheitlicher regeln wolle, greife in die

Kantonsautonomie ein, sei jedoch dort nachvollziehbar, wo die Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrolle wettbewerbsverzerrende Kriterien zugunsten ihrer eigenen Spitäler aufstellen. Dieser Governance-Konflikt zu reduzieren, sei eine Massnahme, die hier freilich völlig ungenügend umgesetzt werde, obwohl sich die Chance dafür böte.

Die Vorlage könne so ausgelegt werden, dass das Belegarztsystem an Listenspitälern nicht mehr möglich sei. Das Belegarztsystem sei eine der tragenden Säulen des Schweizer Gesundheitswesens. Ausserhalb der städtischen Zentren könnten Listenspitäler oft nur dank der Belegärzte wertvolle medizinische Leistungen überhaupt anbieten. Belegärzte entlasteten die Spitäler auch bei Routineeingriffen. Die Spitäler könnten die vielen Fälle nur mit hohen Wartezeiten und weniger erfahrenen Ärzten bewältigen. Das Belegarztsystem verursache indes keine zusätzlichen Kosten, im Gegenteil. Ob eine Operation durch einen Belegarzt oder einen Spitalarzt durchgeführt wird, sei kostenseitig das Gleiche. Fielen die Belegärzte weg, würde sich die Versorgung in den Listenspitälern teilweise erheblich verschlechtern und die breite Versorgungsspitze würde aufgebrochen. Patienten aller Versicherungsklassen hätten heute dank der freien Arztwahl direkten Zugang zu medizinischen Spezialisten mit einer grossen Erfahrung. Fiele die Möglichkeit der Listenspitäler weg, Belegärzte beizuziehen, wären operative Eingriffe durch einen Belegarzt nur in privaten Vertragsspitälern möglich. Dies führe zur Zweiklassenmedizin: Grundversicherte müssten deshalb längere Wartezeiten in Kauf nehmen und würden durch weniger erfahrene Spitalärzte behandelt. Belegärzte wären für grundversicherte Patienten somit nicht mehr zugänglich. Das würde eine klare Trennlinie der Versicherungsklassen schaffen.

Die Vorlage beinhalte mit der Umsetzung der Massnahme des Verbots von mengenbezogenen Boni oder Kickbacks eine angebliche Kostenersparnis um ein Vielfaches des Aufwandes für die Umsetzung der Massnahme. Für diese gebe es jedoch keine nachvollziehbare Kostenfolgeschätzung, und folglich auch keine Evidenz.

Die **Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)** lehnt Artikel 58f Absatz 6 ab. Die Einführung von Maximalmengen entspreche einem Wegbereiter eines Globalbudget, welches sie ablehnt.

Für **swiss orthopaedics** besteht eine Diskrepanz zwischen der verstärkten Einflussnahme des Bundes in die bisherige kantonale Autonomie und einer fehlenden Korrektur der Governance-Problematik der Kantone. Ohne die Beseitigung dieses Konfliktpotentials für die Kantone werde keine dem Ziel der Gesetzesrevision entsprechende und vernünftige überkantonale / regionale / nationale und selbst sogar kantonale Planung möglich. Im Rahmen der geforderten Transparenz und interkantonalen Vergleichbarkeit müssten andererseits klare strukturelle Vereinheitlichungen für die Spitalplanung als Basis gefordert werden, die aber vor einer Gesetzesrevision hätten erarbeitet werden müssen.

Ferner schaffe die Vorlage den Interpretationsspielraum, dass unter anderem ein Belegarztsystem an einem Listenspital als nicht mehr möglich erachtet werde. Einzelne kantonale Vorstösse in diese Richtung hätten bereits stattgefunden. Diesbezüglich weist **swiss orthopaedics** darauf hin, dass ein erheblicher Teil der Leistungen in Fachgebiet Orthopädie von Belegärzten erbracht wird. Finanziell spiele es für die OKP keine Rolle, ob der Leistungserbringer ein Belegarzt oder ein Spitalarzt sei. Die freie Arztwahl für die Patienten aller Versicherungsklassen bleibe mit diesem System erhalten. Dieses dürfe nicht geschwächt werden.

Ferner hätten die Erfahrungen aus der Bewältigung der Corona-Krise gezeigt, wie die interkantonale Zusammenarbeit, die Abstimmungen bei Erlassen, der Ausgleich in Bezug auf die Belastungen noch ausgesprochen föderalistisch funktioniert. Weitere Auswertungen diesbezüglich dürften vor einer Systemadaption noch abgewartet werden dürfen, insbesondere auch die resultierenden Konsequenzen auf die Spitalplanung kantonal, regional und national.

Swiss Reha lehnt den Revisionsentwurf in der vorliegenden Form ab. Die Entwicklungsschritte der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der Bewältigung der Krise hätten bestätigt, dass die Vorlage falsch und unnötig sei. Abgesehen von der damit verbundenen

Zunahme an staatlicher Intervention seien die vorgeschlagenen Änderungen für die Rehabilitation entweder unnötig, weil es im Gegensatz zur Psychiatrie und zur Somatik für jeden stationären Aufenthalt einer vorgängigen Kostengutsprache des Versicherers bedürfe, oder nicht sachgerecht umsetzbar. Letzteres liege darin begründet, dass es der Bund bis heute unterlassen habe, seiner gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, den Rehabilitationsbegriff zu schärfen und zu klären. Die vorgeschlagene Revision gebe keine Gewähr für die interkantonale Vergleichbarkeit der Leistungserbringer. Den Kantonen werde weiterhin ein viel zu weites Ermessen in der qualitativen Ausgestaltung ihres Spitalangebots zugestanden, was in der Rehabilitation die Gefahr falscher Benchmarks und die Wahrscheinlichkeit der Erarbeitung einer unsachgemässen Tarifstruktur nach Artikel 49 Abs. 1 KVG weiter erhöhe.

Die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** befürworten eine Klärung der Planungskriterien. In einzelnen Punkten erachten sie jedoch die vorgeschlagenen Anpassungen als noch nicht ausreichend durchdacht.

Es sei dabei auch wichtig, die Anforderungen auf nationaler Ebene nicht zu stark zu detaillieren, denn die Planung liege in der Verantwortung der Kantone.

Betreffend die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sei insbesondere darauf hinzuweisen, dass nur Spitäler, die sich auf häufige Eingriffe und Behandlungen spezialisiert haben, über schwergradbereinigte Fallkosten angemessen beurteilt werden können. Spitäler mit vielen hochkomplexen Fällen und seltenen DRGs seien hingegen auf dieser Basis viel schwieriger zu beurteilen und kaum mit ersteren Spitalern zu vergleichen. Grund sei, dass trotz langjährigen Arbeiten zur Differenzierung SwissDRG nicht in der Lage sei, Fallgruppen mit geringen Fallzahlen angemessen abzubilden. Es sei deshalb wichtig, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die Art der Leistungen eines Spitals miteinzubeziehen bzw. Wirtschaftlichkeitsvergleiche unter vergleichbaren Spitalern durchzuführen.

Die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (VNS)** lehnt die Vorlage ab. Diese greife stark in die Verantwortung und Planungskompetenz der Kantone ein. Dies sei nicht verfassungskonform. Es wäre wünschenswert, anstelle neuer und auch detaillierter Auflagen und Regulatorien zu schaffen, sich zu überlegen, welche Akteure genau welche Rolle innehaben im Gesundheitswesen. Zudem könnte man vermehrt gemäss einem Ressourcenansatz hinschauen, was bereits im Gesundheitswesen gut gemacht wird und wo man allenfalls noch Synergien zwischen den verschiedenen Akteuren schaffen könnte (s. z.B. unnötige Forderung eines VKL Testats). Es dürfe aber nicht sein, dass die Leistungserbringer als Unternehmungen, welche man politisch gewollt dem Wettbewerb aussetzen wollte, zunehmend nationale betriebliche Detailregelungen (z.B. Dotation von Fachpersonal) auferlegt bekommen.

Ferner fehle eine Regulierungsfolgeabschätzung. Die Verordnung enthalte gesetzgeberische Bestimmungen, zum Teil aus der Pflegeinitiative aber auch den Massnahmenpaketen 1 und 2, welche erst noch im Parlament beraten werden müssten. Die Kompetenzen der Krankenversicherer würden ohne klare Regelungen stark ausgeweitet, während Planung und Steuerung des Gesundheitswesens in der Hand von Bund und Kantonen bleiben müssten. Ein nationales Benchmarking-Verfahren in einem regulierten Markt müsste die unterschiedlichen Lohn- und Standortkosten in den Kantonen berücksichtigen. Für die Universitätsspitäler als Maximal- und Endversorger wie auch die Geburtshäuser seien weiterhin separate Benchmarking-Gruppen gerechtfertigt. Trotz der sehr hohen Bedeutung der WZW-Kriterien existiere bis zum heutigen Zeitpunkt keine klare Auslegung über die Operationalisierung dieses Schlüsselbegriffs des KVG. Dies hätte absolute Priorität, da hier für die Leistungserbringer eine grosse Unklarheit bestehe und die Versicherer die WZW Kriterien unterschiedlich auslegten, insbesondere auch bei Kostengutsprachen. Die Vorlage greife in die Handels- und Gewerbefreiheit ein. Vorschriften in Bezug auf die Vergütung im Zusatzversicherungsbereich (Marketing und Öffentlichkeitsarbeit) seien Bestandteil einer normalen unternehmerischen Tätigkeit eines Spitals. Insbesondere bei einem politisch gewollten Wettbewerb wäre ein Verbot ein Widerspruch.

In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen mit COVID-19 liege dieser Verordnungsentwurf zusätzlich quer zu den neusten versorgungspolitischen Erkenntnissen (Notwendigkeit von Vorhalteleistungen und Kapazitäten).

Die **Société vaudoise de médecine** empfiehlt, alle in der vorliegenden Vernehmlassung vorgeschlagenen Änderungen abzulehnen. Sie befürwortet das bestehende System. Der Bund, der eine subsidiäre Rolle spiele, wolle seine Kompetenzen auf unangemessene Weise erweitern, indem er die Planung durch die Kantone bis ins Detail regle. Diese Regulierung mache ein bereits sehr komplexes System noch komplizierter und sei mit einem höheren Verwaltungsaufwand verbunden. Die geplanten Bestimmungen würden die freie Wahl der Einrichtungen durch die Patientinnen und Patienten noch mehr einschränken. Der Bund solle sich darauf beschränken, die groben Richtlinien für die Planung auf der Grundlage der Kosten und der Qualität zu erlassen. Die vorgeschlagenen Bestimmungen würden sich negativ auf die Entwicklung, die Wettbewerbsfähigkeit und die Attraktivität der öffentlichen Spitäler auswirken. Sofern die Kantone in Absprache mit Kliniken und Spitälern die 2018 erlassenen und regelmässig aktualisierten Empfehlungen der GDK für die Planung befolgen entspreche das bestehende System dem KVG-Rahmen und überlasse die weitere Gesetzgebung.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura ist mit der Ordnungsanpassung hinsichtlich Planungskriterien grundsätzlich einverstanden. Die schweizweite Vereinheitlichung der Spitalplanungskriterien sei längst überfällig. Die Festlegung der Leistungsgruppensystematik sowie die stärkere Gewichtung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Spitäler bei der Versorgungsplanung könnten zu einer Präzisierung und Vereinheitlichung der kantonalen Verfahren führen. Dies unter der Bedingung, dass diese von den Kantonen auch national einheitlich umgesetzt würden. Dabei werde der Ermessensspielraum der Kantone in Bezug auf die geografischen und demografischen Besonderheiten angemessen berücksichtigt. Die differenzierte Abbildung der Vorgaben für die interkantonale Koordination der Planung ermöglichen eine verstärkte Konzentration des Angebots und bessere Synergien-Nutzung in der stationären Gesundheitsversorgung. Die Auflagen zur Vergabe der Leistungsaufträge pro Leistungsgruppe würden hinreichend detailliert definiert – dies ganz im Sinne der nationalen Vereinheitlichung. curafutura lehnt deshalb weiterführende Kriterien der Kantone ab. Die Festlegung der maximalen Leistungsmengen betreffend, sei für die Versicherer die Erreichung der kantonal festgelegten Quoten nicht überprüfbar. Deshalb müsse zwingend sichergestellt werden, dass sich ein Kanton nicht einseitig von seiner Kostenübernahmeflicht befreien kann, wenn ein Spital eine oder mehrere Auflagen verletzt. Zudem solle der Kanton bei Verletzung der Bestimmungen das fehlbare Spital sanktionieren können. Eine Überschreitung durch das Spital führe zu einer Verlagerung der kantonalen Finanzierungsanteile zunächst zu Lasten des Patienten, faktisch aber in den Zusatzversicherungsbereich. Dies widerspreche den Vorgaben der neuen Spitalfinanzierung. Deshalb fordert curafutura, dass der Kanton seinen Anteil nach Artikel 49a KVG zwingend auch dann schuldet, wenn das Spital eine Auflage verletzt. Hierzu sei auf den Formulierungsvorschlag für einen neuen Absatz 8 in Artikel 58f zu verweisen.

HSK begrüsst im Grundsatz die Anpassungen und Erweiterungen der gesetzlichen Grundlagen. Für die Kantone müssten in ihrer Spitalplanung und der Vergabe der Leistungsaufträge die Themen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz die massgeblichen Kriterien sein. Insbesondere die Kosten der einzelnen Spitäler oder auch die Anzahl Fälle sowie Mindestfallzahlen müssten zwingend eine angemessene Berücksichtigung erfahren. Dem Krankenversicherungsrecht komme hierbei die Aufgabe zu, die Fehlanreize durch die Mehrfach-Rolle der Kantone abzumildern. Besitzstandswahrung und standortwettbewerbliche Erwägungen dürften nicht zulasten der Versicherten gehen. Ziel müsse sein, dass die Kantone eine überkantonale Bedarfsermittlung und Spitalplanung betreiben.

Nach der Ansicht von **KPT** muss zwingend sichergestellt werden, dass die anteilige Finanzierung der OKP-Leistung nach Artikel 49a KVG nicht einseitig durch die Kantone aufgehoben werden kann, wenn Auflagen im Rahmen der kantonalen Versorgungsplanung zur Anwendung kommen sollen. Für die soziale Krankenversicherung seien Auflagen folglich dann problematisch, wenn der Kanton seine Leistungspflicht nach Artikel 49a KVG im Einzelfall an die Erfüllung der Auflage knüpfe, denn der Versicherer könne die Einhaltung von Auflagen aufgrund fehlender Rechtsmittel grundsätzlich nicht überprüfen. Dies obliege alleine dem Kanton. Durch den 'auflagebedingten Wegfall' des Kantonsanteils könnten in der Folge ungedeckte Behandlungskosten zu Lasten der versicherten Person oder systemwidrig zu Lasten einer allenfalls bestehenden Zusatzversicherung anfallen, obwohl der Kanton seinen Leistungsanteil nach KVG grundsätzlich schuldet. Der Bundesrat sei dazu verpflichtet, die Leistungspflicht des Kantons im Rahmen des KVG bei der Vorgabe der Planungskriterien zu gewährleisten.

santésuisse begrüsst die Vorlage zur besseren Koordination der Spitalplanung. Im Vergleich zu anderen Ländern weise die Schweiz eine sehr hohe Spitaldichte auf. Das sei weder effizient, noch liessen sich dadurch hohe Qualitätswerte erreichen. Mit der Vereinheitlichung der Tarifiermittlung schaffe der Bundesrat eine wichtige Grundlage, um die Kosten mittelfristig zu dämpfen. Die Schweiz verfüge mit rund 300 Spitälern über eine der höchsten Spitaldichten weltweit. Der Bundesrat habe richtigerweise erkannt, dass diese grosse Zahl weder effizient noch qualitätsfördernd sei. Damit die Qualität der Behandlungen zugunsten der Patienten gesteigert werden könne, brauche es einheitliche Kriterien und einen echten Qualitätswettbewerb. Mit der in die Vernehmlassung geschickten Vorlage schaffe der Bundesrat dafür eine wichtige Grundlage. Die Festlegung von Mindestfallzahlen verbessere die Qualität und sei im Interesse der Patienten. Diese Einschätzung habe auch nach der Erfahrung, die im Zusammenhang mit der Corona-Krise gemacht wurde, seine Gültigkeit. Erstens habe die Krise gezeigt, dass die Spitäler auch im Krisenfall bei weitem nicht an die Kapazitätsgrenze gelangen, sondern durch flexiblere Nutzung der Infrastruktur und durch die Einrichtung von Notspitälern kurzfristig zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden könnten. Es wäre nicht zielführend, Kapazitäten aufrecht zu erhalten für eine Situation, wie sie vielleicht einmal in hundert Jahren auftritt.

Die **SVV** begrüsst im Grundsatz die Verordnungsanpassungen hinsichtlich der Planungskriterien in Artikel 58a bis Artikel 58f KVV. Mit dem vorliegenden Entwurf werde einem wichtigen Ziel der neuen Spitalfinanzierung – der Ausrichtung der kantonalen Spitalplanung an schweizweit einheitliche Planungskriterien – gebührend Rechnung getragen. Der Ermessensspielraum der Kantone in Bezug auf die geografischen und demografischen Besonderheiten bleibe dabei in sinnvollem Mass erhalten. Die differenzierte Abbildung der Vorgaben für die interkantonale Koordination der Planung führe zur verstärkten Konzentration des Angebots und zur besseren Synergien-Nutzung in der stationären Gesundheitsversorgung.

Andere Organisationen

Für das **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** ist die Vorlage zur Überarbeitung zurückzunehmen und eine ausgewogene Einarbeitung respektive Berücksichtigung aller relevanten Gerichtsurteile sicherzustellen. Im erläuternden Bericht sei nur auf diejenigen Urteilen des Bundesverwaltungsgericht Bezug genommen, welche eine Bestätigung oder Verschärfung der Planungskompetenz der öffentlichen Hand und Einschränkungen im Rahmen der Tarifberechnung begründen. Die Auswertung der vorliegenden Rechtsprechung würde selektiv und tendenziös erfolgen, womit das Element der staatlichen Planung unter Verletzung der Grundsätze des KVG (minimal regulierter Wettbewerb) weiter verstärkt wurde. Weiter sei eine Regulierungsfolgenabschätzung durchzuführen und die Vorlage dementsprechend zu überarbeiten. Die vorliegende Verordnungsänderung beinhaltet massive Veränderungen im Bereich der Planung und Tarifiermittlung, die erhebliche Auswirkungen auf die Spitalversorgung und

Tarifbildung haben werden. Eine adäquate Beurteilung der Vorlage im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens sei gar nicht möglich. Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen beantragt demnach die Annullierung der Vernehmlassung und deren Neuauflage nach Vorliegen einer Regulierungsfolgenabschätzung. Ferner seien die maximalen Leistungsmengen aus Artikel 58f Absatz 6 KVV zu entfernen, stattdessen sei auf eine korrekte Anwendung der zu operationalisierenden WZW-Kriterien abzustellen und Indikations- und Outcome-Qualität als Beurteilungskriterien in der Verordnung zu verankern.

Der **Schweizerische Seniorenrat** begrüsst die grundsätzlichen Bestrebungen in der Gesetzgebung der Qualität und Wirtschaftlichkeit mehr Verbindlichkeit zu schaffen. Der starke Fokus der Wirtschaftlichkeit in der Umsetzung gehe jedoch oftmals zu Lasten der Lebensqualität der Bewohnenden in Altersinstitutionen. Vorgaben im Bereich Qualität und Wirtschaftlichkeit müssten zwischen der stationären und ambulanten Versorgung abgestimmt werden. Qualität und Wirtschaftlichkeit in Pflegeheimen könnten nur beschränkt im KVG geregelt werden, da sich das KVG nur auf die finanzierten Pflichtleistungen beziehe. Die in der vorliegenden Revision vorgeschlagenen Änderungen für die Pflegeheime beinhalteten Regelungen, die weit ausserhalb der Pflegeleistungen nach KVG bzw. KLV¹⁵ Artikel 7 lägen und es fehle daher die eigentliche gesetzliche Grundlage. Die über das KVG geleisteten Beiträge an die Pflege deckten heute in keiner Weise die Vollkosten und leisteten somit auch keinen direkten finanziellen Beitrag an die Qualität in der Versorgung. Der Bund greife mit den in der Revision vorgeschlagenen Detailregelungen in die heutige Kompetenz der Kantone ein und vermische die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen. Daraus ergebe sich, dass es Sache der Restfinanzier wäre die Qualitätsstandards und die Wirtschaftlichkeitskriterien einheitlich und verbindlich festzulegen. Dies wiederum widerspreche der vom Parlament verabschiedeten Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Neben der aktuellen Vorlage sei eine weitere Änderung der KVV zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Vernehmlassung. Es sei unverständlich, dass die planungsrelevante Erfassung der Versorgungssituation (Fehl-, Unter- oder Überversorgung, Fehlanreize die zu Abschiebungen in andere Bereiche führen...), auf einer kantonalen Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität (Art. 58d KVV) basiert gemacht werden solle, und erst zeitlich später ein koordiniertes Verständnis von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie deren Beurteilungskriterien in Kraft treten sollten. Der Schweizerische Seniorenrat fordert, die Umkehr der zeitlichen Folge des Inkrafttretens oder wenigstens ein Zusammenführen der beiden Verordnungen in ein Paket.

Der **SVBK** lehnt die Änderungen der KVV entschieden ab. Zwar seien sinnvolle Regelungen über die Qualität und Wirtschaftlichkeit von Pflegeheimen zu begrüssen. Für die meisten vorgeschlagenen Regelungen bestünden aber keine gesetzlichen Grundlagen. Die angestrebten KVV-Änderungen brächten keinen Mehrnutzen, förderten Fehlanreize und schränkten die Kantonskompetenzen ein, respektive würden Kompetenzen vermischt. Damit werde auch das verfassungsrechtlich verankerte Subsidiaritätsprinzip missachtet. Das Hauptziel von Pflegeheimen müsse immer die Unterstützung und die Lebensqualität der zu Pflegenden sowie die Gewährleistung der Sicherheit sein. In der vorgesehenen Anpassung seien diese Punkte jedoch nicht enthalten. Zahlreiche Qualitätsstandards und Wirtschaftlichkeitskriterien würden bereits heute erfolgreich in den Kantonen angewandt und überprüft. Die jetzige KVV-Revision sei deshalb zu sistieren. Zuerst sollten Bund und Kantone einheitliche Qualitätskriterien festlegen. Eine erneute KVV-Revision sollte zudem im Einklang mit der angestrebten Gesundheitsstrategie 2030 des Bundes stehen.

¹⁵ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, SR 832.112.31

4.2 Stellungnahmen zu Art. 58a

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Bezüglich Absatz 2 ist **santésuisse** mit der periodischen Überprüfung der Planung einverstanden. Offen sei jedoch, in welchem Rhythmus diese Überprüfung stattfindet.

Andere Organisationen

Der **Schweizerische Seniorenrat** unterstützt Absatz 2 im Grundsatz, beantragt aber, dass sowohl die ambulante wie die stationäre Versorgung periodisch zu überprüfen ist.

4.3 Stellungnahmen zu Art. 58b

Kantone

Die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG ZG VD VS ZH** weisen darauf hin, dass im Rahmen der Bedarfsermittlung weder eine Beurteilung noch ein Vergleich der Leistungserbringer notwendig ist, und beantragen die Streichung des entsprechenden Satzes des erläuternden Berichts: «Zudem sollen Vergleiche, welche im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, namentlich die Orientierung am besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Fortschreibung der bestehenden Trends». Sie schlagen mit der Ausnahme von **AG** auch eine Ergänzung des Absatzes 2 («Sie ermitteln das Angebot, das *in Listenspitälern und* in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind») mit dem Argument vor, dass auch das Angebot der Listenspitäler und Vertragsspitäler zu ermitteln sei.

BE lehnt die Vorgaben nach Absatz 1 ab. Die Kantone sollen selbständig die Faktoren auswählen, die sie für die Erarbeitung der Versorgungsplanung als notwendig erachten. Es solle den Kantonen weiterhin freistehen, für die verschiedenen Planungsbereiche (Spitäler, Pflegeheime) unterschiedliche Faktoren einzubeziehen. Die aktuell gültige Formulierung sei beizubehalten oder eine «Kann-Formulierung» zu verwenden.

BS ist der Meinung, dass die Kantone bei der Planung die ökonomische Entwicklung nicht berücksichtigen müssen. Diese sei Sache der Tariffestsetzung bzw. Tarifgenehmigung. Die epidemiologische Entwicklung könne nicht berücksichtigt werden, da keine Daten vorliegen würden. Es reiche völlig, wenn die Kantone in der Planung die demografische und die medizintechnische Entwicklung berücksichtigen. Auch für **TG** darf die ökonomische Entwicklung kein Kriterium für die Bedarfsplanung sein, weil die Planung aus Versorgungssicht zu erfolgen habe.

Laut **ZG** übernehme Absatz 1 exakt das Prognosemodell des Kantons Zürich. Der Kanton Zürich dürfte aber der einzige Kanton sein, der über solche Studien verfüge, sodass die Kantone den Kanton Zürich für die Erstellung der Versorgungsberichte beauftragen müssten.

GE und **JU** sind der Ansicht, dass der Vergütungsbetrag kein Kriterium für die Vorhersage des Pflegebedarfs sein dürfe und fordern, den Begriff «wirtschaftlich» in den Kriterien zu streichen.

TI weist darauf hin, dass effektiv die im Zürcher Modell festgelegten vier Faktoren – also die demografische, medizinaltechnische, epidemiologische und wirtschaftliche Entwicklung – übernommen wurden, auf die sich der Kanton Tessin gestützt habe. Bei der verwendeten offenen Formulierung bestünde für die Kantone weiterhin die Möglichkeit, andere Einflussfaktoren zu verwenden. In der italienischen Version sollte unter den Absätzen 1 und 2 “rilevare” und unter Absatz 3 das Verb “determinare” eingesetzt werden. Nach Ansicht des TI sollte ein Prinzip gelten, welches das Gegenteil des angegebenen Prinzips darstellt, sodass zuerst die Spitäler zu prüfen sind, die sich für die Aufnahme auf den kantonalen Listen bewerben. Nur bei einer unzureichenden Deckung wäre das Angebot der Vertragsspitäler zu prüfen.

Zum Absatz 1 führt **GR** auf, dass zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und der Gäste im Tourismus auch die geographischen Gegebenheiten des Kantons zu berücksichtigen sind. Auch in peripheren Gebieten müsse die gesamte Bevölkerung innerhalb einer angemessenen Zeitspanne Zugang zu den nötigen Spitalleistungen haben. Der Kommentar bedürfte am Ende des Absatzes 2 die Ergänzung, dass einzig die medizinische Indikation dafür massgebend sei, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt werde.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Nach Ansicht der **SVP**, ist zu erwarten, dass die Kantone ihre Partner im Sicherheitsverbund über den koordinierten Sanitätsdienst mindestens konsultieren, wenn sie bei der Versorgungsplanung nach den jüngsten Erfahrungen die epidemiologische Bedarfsfaktoren höher gewichten. Überkapazitäten in der alltäglichen Versorgung dürften nicht als Krisenreserven verklärt werden. Was es brauche seien kosteneffiziente Reserven an Infrastruktur, Personal, Material und Medikamenten, die zeitgerecht aktiviert werden können.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** und **ProRaris** unterstützen die Ergänzung in Absatz 1, die präzisiert, dass bei der Bedarfsplanung demographische, epidemiologische, ökonomische, medizintechnische und weitere Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind.

Nach Ansicht der **SPO** sollte diese Bestimmung damit ergänzt werden, dass der Vergleich je Teilgebiet eines Leistungsauftrages erfolgt. Die Schweregradbereinigung nach SwissDRG sei mit grosser Vorsicht zu behandeln. Es stelle sich die Frage, ob bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontextbedingte Unterschiede (z.B. zwischen Fachgebieten) berücksichtigt werden müssen. Diese Vergleiche müssten analog zu den HSM-Teilbereichen erfolgen, um zu vermeiden, dass sich Probleme bei SwissDRG hier weiter zu Ungunsten der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirken.

Der **SGB-FSS** begrüsst Absatz 1.

Bezüglich Absatz 2 macht **SPO** analoge Bemerkungen wie zu Absatz 1.

AGILE.CH, **Verein Morbus Wilson** und **ProRaris** fordern, dass in Absatz 4 Buchstabe b explizit festgehalten wird, dass ein gleichberechtigter und hindernisfreier Zugang für alle Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist gewährleistet werden muss, wie dies in der UNO-BRK vorgegeben sei.

Der **SGB-FSS** fordert, dass die Verpflichtungen gemäss UNO-BRK bezüglich der Gleichstellung und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Hör- und Hörsehbehinderung umgesetzt wird, indem der gleichgestellte und barrierefreie Zugang aller Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist als Voraussetzungen in Absatz 4 Buchstabe e. (sic) ausdrücklich betont werde.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **RehaClinic AG** weist bezüglich die Absätze 1 und 2 darauf hin, dass keine aussagekräftigen Daten für eine seriöse Bedarfsplanung vorliegen werden, solange auf Bundesebene nicht definiert wird, was unter «Rehabilitation» verstanden wird und solange die Leistungsgruppen in der Rehabilitation heterogen sind. Die Qualität der statistischen Daten, welche aktuell zur Versorgungsplanung beigezogen werden, sei ungenügend.

Der **Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)** begrüsst, dass neben den ökonomischen und medizintechnischen Faktoren auch explizit demographische und epidemiologische Entwicklungen berücksichtigt werden müssen.

Für **H+**, den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** ist Absatz 1 so zu ergänzen, dass für die Prognose des Bedarfs auch die geographischen Gegebenheiten des Kantons berücksichtigt werden. Auch in peripheren Gebieten müsse es möglich sein, dass die gesamte Bevölkerung innerhalb einer angemessenen Zeitspanne Zugang zu den nötigen Spitalleistungen hat.

Nach Ansicht vom **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)** sollte ferner im Kommentar der Vorlage erwähnt werden, dass ausschliesslich die medizinische Indikation massgebend zu sein habe, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird.

Der **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** schlagen eine Ergänzung von Absatz 1 vor, wonach der Bedarf nach komplementärmedizinischen Leistungen zu berücksichtigen ist. Eine explizite Nennung sei aus Verfassungsgründen erforderlich nötig, weil ohne expliziten Auftrag die Komplementärmedizin oft vergessen gehe, obwohl das Bedürfnis der Bevölkerung nach entsprechenden Leistungen hoch sei.

Nach Ansicht der **Asana Spital Leuggern AG**, der **Asana Spital Leuggern AG**, der **Barmelweid Gruppe AG**, der **Gesundheitszentrum Fricktal** sollte sich die Bedarfs-/Versorgungsplanung der Kantone auf statistische Daten stützen. Solange der Begriff «Rehabilitation» nicht gesamtschweizerisch definiert sei und solange es keine einheitlichen und inhaltlich vergleichbaren Leistungsgruppen gebe, könne keine seriöse Bedarfs-/Versorgungsplanung durchgeführt werden. Wie die interkantonale Abstimmung und der Einbezug ausserkantonaler Leistungserbringer – die mit dieser Revision zur Pflicht würden – unter diesen Voraussetzungen funktionieren sollten, sei nicht nachvollziehbar. Man könnte sich ferner nicht vorstellen, wie die Wirtschaftlichkeit von Betrieben zu vergleichen sei, wenn nicht alle Kantone das gleiche unter Rehabilitation verstehen, das Produktportfolio sich massiv unterscheidet und der Schweregrad der Patienten nicht berücksichtigt werde.

Swiss Reha weist darauf hin, dass es eine Definition der Schweregradorientierung für die Rehabilitation fehlt, nachdem bis dato nicht zuletzt wegen der mangelnden Klärung des Rehabilitationsbegriffs durch den Bund keine entsprechende Tarifstruktur ausgearbeitet sei.

Für die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** soll Absatz 1 geändert werden. Der Faktor der ökonomischen Entwicklung sollte gestrichen werden und der der epidemiologischen Entwicklung hinzugefügt. Die ökonomische Entwicklung sei kein Faktor der Bedarfsermittlung gemäss den heute angewandten Methoden der Bedarfsermittlung. Aus der Perspektive einer wissenschaftlich erarbeiteten Bedarfsprognose sei die Ergänzung ökonomischer Faktoren entsprechend falsch. Im Gegenteil bedeutete diese Ergänzung der Einflussfaktoren um ökonomische Aspekte, dass die Kantone die ökonomische Entwicklung und finanzielle Überlegungen für die Kantonsfinanzen als restriktive Faktoren in die Prognose einfließen lassen könnten. Damit könne die Bedarfsprognose zum Spielball politischer Überlegungen werden und verliere ihre wissenschaftliche Legitimation. Wenn ökonomische Entwicklungen effektiv zu einem Anstieg oder Rückgang der Prävalenz von einzelnen Krankheiten führten (z.B. von psychischen Erkrankungen bei einer wirtschaftlichen Krise), so sei dies unter den epidemiologischen Faktoren abgebildet.

Gemäss der **Société vaudoise de médecine** sind die Anpassungen dieser Bestimmung nicht explizit genug und stiften nur zusätzliche Verwirrung. Die massgeblichen Faktoren sollten sehr genau sein.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** bedauern, dass die Bedarfsplanung nach wie vor objekt- bzw. einrichtungsbezogen und nicht leistungsbezogen erfolgt. In Artikel 58d Absatz 6 werde zwar auf Synergien zwischen Spitälern hingewiesen, aber die Planung bleibe grundsätzlich standortbezogen. Ferner werde die Unklarheit in Bezug auf die Definition von Einrichtungen («Spitalstandorten») nicht beseitigt. Ausserdem sei die wesentliche Differenz zwischen der deutschen und der französischen Fassung von Artikel 39 KVG – «oder» bzw. «et» – zu bereinigen.

Betreffend die Absätze 3 und 4 weist die **RehaClinic AG** darauf hin, dass sich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in der Rehabilitation erst messen lassen, wenn alle Kantone das gleiche Verständnis von «Rehabilitation» haben, wenn der Schweregrad berücksichtigt und die Behandlungsintensität pro Leistungsgruppe standardisiert wird und wenn man beispielsweise unter geriatrischer oder internistischer Rehabilitation das gleiche versteht (homogene Leistungsgruppen).

Der **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** schlagen eine Ergänzung von Absatz 2 vor, wonach konventionelle und komplementärmedizinische Leistungen zu erfassen sind.

Sie schlagen ebenfalls eine Ergänzung von Absatz 3 vor, indem festgehalten werden soll, dass das Angebot das Bedürfnis nach komplementärmedizinischen Leistungen im jeweiligen Kanton inner- oder ausserkantonale abdecken muss.

Ferner sollte Absatz 4 Buchstabe b so ergänzt werden, dass auch die Leistungen der Komplementärmedizin zu berücksichtigen sind.

senesuisse, **Curaviva** und **Spitex Verband Schweiz** sind mit Absatz 4 grundsätzlich einverstanden. Als generelle Kriterien seien die Vorgaben zielführend und vernünftig.

swiss orthopaedics ist der Ansicht, dass die Fachgesellschaften in die Berücksichtigung / Beurteilung der Qualität mit einbezogen werden müssten. Diese überprüfen auch im Rahmen der Weiterbildung die mit dem SWIF erarbeiteten Bestimmungen.

Dem **Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)** erscheint grundsätzlich sinnvoll, dass die Wirtschaftlichkeit und die Qualität im Absatz 4 Buchstabe b gleichwertig erwähnt werden.

Ferner gilt es sicherzustellen, dass die niederschweligen Angebote bei den Patienten zu Hause oder in Praxen von Expertinnen der Gesundheitsberufe (dipl. Pflegefachpersonen, spezialisiert in Wundbehandlung oder Pflegefachleute die Psychiatriepatienten daheim begleiten) entsprechend unterstützt und in die Planung einbezogen werden.

Für das **Universitätsspital Basel** und die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** ist Absatz 4 Buchstabe c zu streichen oder zu präzisieren. Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrags seien ungenaue Begriffe, die Rechtsunsicherheit auslösten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Bezüglich Absatz 1 weist **santésuisse** darauf hin, dass für die Versorgungsplanung die Berücksichtigung und der Einbezug von relevanten Faktoren und der Prognosen dieser Faktoren zwingend seien. Idealerweise würden die Prognosen von allen Kantonen nach einheitlichen

Methoden und von einer zentralen Stelle erstellt, umso eine über alle Kantone einheitliche Prognosequalität sicherzustellen. Der Miteinbezug von Szenarien bei der Bedarfsermittlung sei bei langfristigen Prognosen zu unterstützen, um Unsicherheiten besser abschätzen zu können. santésuisse schlägt ferner eine Ergänzung vom Absatz 3, wonach alle Versicherten den gleichen Zugang zu Einrichtungen auf der Liste haben.

Andere Organisationen

Nach Ansicht vom **Verein PflegeART** sollte Absatz 1 geändert werden, so dass die Kantone bei der Ermittlung des Bedarfs sich namentlich auf die rechtsstaatliche Zusicherung sowie auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Die Bundesverfassung verlange nach Artikel 118a BV explizit, dass komplementärmedizinische Leistungen von Bund und Kantonen in ihrer Zuständigkeit berücksichtigt werden. Die aktuelle Vorlage lasse diesen Bezug komplett vermissen. Absatz 2 sollte geändert werden, so dass die Kantone in Einrichtungen konventionelle wie auch komplementärmedizinische Angebote ermitteln, die nicht auf den von ihnen erlassenen Listen aufgeführt sind. Absatz 3 sollte geändert werden, so dass die Kantone das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, nach rechtsstaatlichen Kriterien bestimmen, und eine kostendeckende Finanzierung aus der Grundversicherung gewährleisten. Ferner sollte die Versorgung von konventionellen und komplementärmedizinischen Leistungen gewährleistet werden. Trotz verfassungsrechtlichem Auftrag (Art. 118a BV) gebe es im stationären Bereich (Langzeitbereich: Pflege- und Altersheime) keine staatlichen Leistungsaufträge für Komplementärmedizin. Die Kantone seien rechtlich zu verpflichten, entsprechende Angebote sicherzustellen.

Bezüglich Absatz 4 Buchstabe a hat für den **Schweizerische Seniorenrat** die Berücksichtigung des Faktors «Wirtschaftlichkeit» zur Ermittlung des Bedarfes an Pflegeheimplätzen durch die Kantone keinen Einfluss auf die Versorgungsplanung bzw. die relevanten Grössen (Bedarfsdeterminanten). Die langfristigen Auslastungen seien das weit wichtigere Indiz zur Unter- oder Überversorgung in einer Region.

4.4 Stellungnahmen zu Art. 58d

Kantone

Die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** soll im Kommentar zum Absatz 1 erklärt werden, dass die Kantone den heutigen Ermessensspielraum bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gemäss Artikel 58d Absatz 1 behalten sollen, auch wenn die Anpassung von Artikel 59c ff. betreffend Tarifiermittlung vom Bundesrat beschlossen würde. Für **UR**, die **GDK** und die genannten Kantone mit der Ausnahme von **FR** soll der Kommentar zum Absatz 1 auch so ergänzt werden, dass der Kanton im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die wirtschaftliche Stabilität des Spitals berücksichtigen kann. Weiter ist für die **GDK** und die genannten Kantone **ohne UR und FR** der Kommentar an der Seite 8 so anzupassen, dass die Möglichkeit des Kostenvergleichs auf Ebene Leistungsbereich bzw. einzelne oder mehrere Leistungsgruppen nicht nur im HSM-Bereich gegeben und dass eine Fokussierung gewisser Nicht-HSM-Leistungsbereiche auf einzelne Leistungsgruppen nicht ausgeschlossen ist. **BE** weist darauf hin, dass bisher die Tarifstruktur ST Reha noch nicht vorliegt, sodass für den Bereich der Rehabilitation eine Übergangsbestimmung für die Umsetzung von Artikel 58d Absatz 1 zu schaffen sei. Für **GE** soll die Beurteilung des wirtschaftlichen Charakters auf der Grundlage vergleichbarer Daten der verschiedenen Einrichtungen beruhen. Zu diesem Zweck ist genau anzugeben, dass die angepassten Daten auf einer Kostenrechnung beruhen, die von einer unabhängigen Stelle zertifiziert wurde.

Ausserdem ist gemäss der **GDK AI AR BE BL BS FR GE GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG ZG VD VS ZH** die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Pflegeheimen nach Absatz 2 nicht umsetzbar und abzulehnen. Sie greife in die kantonale Versorgungskompetenz ein, weil der Beitrag der OKP an den Pflegekosten fix sei. Ein übergeordnetes Interesse des Bundes bzw. der OKP sei nicht ersichtlich. Zudem seien für die genannten Kantone einschliesslich die drei bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente nicht harmonisiert und dadurch die Pflegebedarfseinstufungen zwischen Pflegeheimen nicht vergleichbar. Auch genüge für diese Kantone die Abstufung des Pflegebedarfs nach Artikel 7a Absatz 3 KLV nicht, um den Schweregrad sachgerecht abzubilden. Es sei für die genannten Kantone mit der Ausnahme von **GE** daher möglich, dass teurere Pflegeheime wirtschaftlich sind, wenn sie besonders anspruchsvolle Pflegepatienten behandeln (z.B. Palliative Care; Multiple Sklerose, ALS oder Versorgung von beatmeten Patientinnen und Patienten). Ausserdem bilde die Pflegestufe den Anteil Behandlungspflege und Grundpflege nicht ab. Auch sei der Wirtschaftlichkeitsvergleich erschwert, weil die höchste Pflegestufe nach oben offen ist. **BE** begrüsst den Effizienzvergleich, der im Bereich der stationären Langzeitpflege eine bessere Umsetzung des Verbots der Querfinanzierung (z.B. Finanzierung der Pflege mit Einnahmen aus der Betreuung) erlauben würde.

VD schlägt mindestens drei separate Bestimmungen vor, nämlich einen Artikel zum wirtschaftlichen Charakter der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime, einen Artikel zur Spitalqualität sowie eine Bestimmung zur Qualität der Pflegeheime und Geburtshäuser. Die französische Übersetzung der „schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen“ (Art. 59cbis Abs. 1a KVV oder 10abis Abs. 3 VKL) sollte in «coûts des prestations hospitalières ajustés selon le degré de gravité» geändert werden.

GR beantragt die Streichung des Absatz 2. Die unterschiedlichen Pflegebedarfsinstrumente würden im selben Fall zu unterschiedlichen Einstufungen und Abgeltung der erbrachten Leistungen, sodass eine Überprüfung der Effizienz nicht möglich sei. Im Gegensatz zum Spitalbereich fehle im Pflegebereich ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. Entsprechend würden im Kommentar auch Ausführungen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit fehlen.

Nach Ansicht des **TI** entspricht der Ansatz zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit den in der Praxis verwendeten Ansätzen. Somit teilt der Kanton diesen Ansatz.

Die **GDK** sowie **AG GE AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** weisen die Idee von sich, dass die Kantone prüfen müssen, ob die minimalen Qualitätsanforderungen (Art. 58d, Abs. 3 und 4) eingehalten werden. Somit rücke man vom bestehenden Verfahren ab, bei dem die Leistungserbringer erklären müssen, ob sie bei der Einholung eines Leistungsvertrages die Mindestanforderungen erfüllen. Die Verantwortung der Erbringung von Leistungen in einer guten Qualität müsse nach wie vor Sache der Spitäler sein. Im erklärenden Bericht wird auf Seite 9 auf die Revision des KVG zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit eingegangen. Nach Ansicht der GDK und der Kantone sind die vorgeschlagenen Bestimmungen besser auf die revidierten KVG-Bestimmungen abzustimmen. Ihrer Ansicht nach müssen die Qualitätsdaten in der Spitalplanung gesamtschweizerisch vergleichbar sein. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Qualitätsverträge zu gewährleisten, müssen die Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer im stationären Bereich einheitliche Qualitätsverträge aushandeln.

Für das **TI** hat sich die Gewichtung der Qualitätskriterien deutlich erhöht. Unter den Absätzen 3-8 des neuen KVV-Artikels werden die Elemente aufgelistet, welche für die Qualitätsbewertung im Zusammenhang mit dem Planungsverfahren zu prüfen seien. Der Kanton erachtet die in diesen Absätzen aufgeführten Bestimmungen jedoch als grundlegende Massnahmen des Qualitätsmanagements, die in den auf nationaler Ebene massgeblichen Spitaleinrichtungen grösstenteils bereits eingeführt und verankert sind. Nach Ansicht des **TI** sollte diese Änderung auch zur Verabschiedung eines strukturierten und einheitlichen Prozesses für alle Spitäler wie für die Pflegeheime führen, um die Qualität zu gewährleisten.

Nach Ansicht der **GDK** sowie von **AG GE AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** bezieht sich die unter Artikel 58d Absatz 3, Buchstabe a aufgeführte Anforderung zum Personalbestand nicht auf das gesamte Spital, sondern auf die einzelnen Leistungsgruppen. Dies widerspreche der Formulierung "für das gesamte Spital" in Absatz 3. Im erläuternden Bericht werde auch das *Advance Care Planning* aufgeführt, obwohl es nichts mit dem Personalbestand zu tun habe. Es solle daher nicht erwähnt werden.

Die **GDK** und die **Kantone** weisen auch darauf hin, dass die nationalen und internationalen Referenznormen im Bereich der Prävention von Spital- und Pflegeheiminfektionen, auf die sich der erläuternde Bericht bezieht, nicht bestehen. Solange keine derartigen Normen ausgearbeitet wurden, sollte man sich gemäss der GDK bezüglich Organisation und Personal auf die zur Umsetzung der Strategie NOSO empfohlenen strukturellen Mindestanforderungen beziehen.

GR ist der Meinung, dass für die Personaldotation eine entsprechende Delegation der Rechtssetzungsbefugnis im KVG fehlt. Die Bestimmung solle gestrichen werden. Die Qualität der Leistungserbringung seien durch spezifische Messungen (Ergebnisqualität) und nicht durch Mindestvorgaben an Fachpersonal pro Leistungsgruppe sicherzustellen. Eine hohe Qualität sei für die Leistungserbringung der Spitäler unabdingbar. Leistungsgruppenbezogene Dotationsvorgaben seien für die Gewährleistung der erforderlichen Qualität indessen nicht das zieleführende Mittel. Dafür würden andere Instrumente zur Verfügung stehen wie insbesondere die in den Buchstaben b-f aufgeführten Instrumente. Die Kantone hätten 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 würde 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). Leistungsgruppenspezifische Dotationsvorgaben für das Fachpersonal, die sich gemäss dem Kommentar an nationalen und internationalen Referenznormen zu orientieren haben, würden die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in Kantonen mit einer dezentralen Besiedelung und abgelegenen Talschaften gefährden.

Das Bestehen einer Sicherheitskultur als Anforderung an die Spitäler (Art 58d Abs. 3, Bst. c) stellt nach Ansicht der **GDK** sowie von **GE AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** kein unterscheidendes, justiziables und überprüfbares Kriterium dar. Somit sei diese Bestimmung zu streichen. Die **GDK** und die **Kantone** weigern sich, das Kriterium zur Einführung eines Fehlermeldesystems durchzusetzen, da ein solches System noch nicht bestehe und die Rechtslage in Bezug auf die Sicherung der Vertraulichkeit für Personen, welche die Fehler melden, noch nicht geklärt sei. Die Anwendung eines Fehlermeldesystems in der ganzen Schweiz sei wohl wünschenswert. Die Kantone könnten aber nicht überprüfen, ob ein solches System effektiv innerhalb eines Betriebs verankert sei. Nach Ansicht der **GDK** und der **Kantone** können letztere wohl überprüfen, ob ein Qualitätsmanagement eingeführt ist. Sie könnten aber nicht kontrollieren, ob ein solches System gemäss 58d Absatz 3, Buchstabe d fachgerecht genutzt werde. Somit müssten die Spitäler ein ihrem Leistungsauftrag entsprechendes System anwenden. Der Erläuterungsbericht sei entsprechend zu präzisieren.

Die **GDK** sowie **GE AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG** begrünnen die geforderte Anwendung professioneller Standards (Art. 58d Abs. 3, Bst. e). Die Kantone müssten aber über einen Handlungsspielraum zur Bestimmung der Anzahl und Art der Standards, die sie überprüfen möchten, sowie der Verfahrensweise verfügen. Gefordert wird zudem, dass die Formulierung unter Artikel **58d Absatz 3 Buchstabe f** auf die im

Heilmittelgesetz¹⁶ enthaltenen Begriffe abgestimmt wird (z.B. unter Verwendung des Begriffs «Verschreibung» statt «Verordnung»).

Nach Ansicht der **GDK** sowie von **AG AI GE GR AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG** wird durch die Erfassung der Pflegeheime und Geburtshäuser in ein und demselben Artikel, wie dies bei Artikel 58d Absatz 4 der Fall ist, gegen die Einheit der Materie verstossen. Zudem erfasst die Bestimmung die Unterschiede zwischen den Leistungserbringern nicht. Die für die Qualitätsevaluation der Geburtshäuser erforderlichen Mindestanforderungen seien realitätsfremd formuliert. Der erläuternde Bericht zu den Spitälern sei vollumfänglich für die Geburtshäuser übernommen worden, obwohl Anpassungen erforderlich seien.

Aus Sicht der **Kantone** ist als einziges Qualitätskriterium für die Geburtshäuser zu berücksichtigen, dass diese eine dokumentierte Zusammenarbeit mit den angeschlossenen Spitälern vorweisen können. Bei diesem Kriterium solle demnach eine neuer Buchstabe eingeführt werden.

Nach Ansicht des **TI** sind die unter Artikel 58d Absatz 4 aufgeführten Mindestanforderungen bereits erfüllt oder demnächst erfüllt. Die Anforderungen unter Buchstaben a, e, f seien erfüllt, diejenigen unter Buchstaben b, c, d in den laufenden Planungszielen (integrierte Planung LANz-LACD2021-2030) vorgesehen. Bei den Hauptstrukturen bestehen, so TI, auch keine besonderen Probleme, die Kriterien unter Absatz 4 einzuhalten, da diese schon seit vielen Jahren in der Qualitätsmanagementstrategie enthalten seien (Bestehen eines Qualitätsmanagementteams, Analyse der ANQ-Indikatoren, Fehlermeldesystem und weitere Initiativen in Zusammenarbeit mit verschiedenen nationalen Organisationen). Zur Gewährleistung der Pflegequalität müsse die Änderung ein strukturiertes und für alle Spitäler und die Pflegeheime gemeinsames Verfahren zur Folge haben.

Die **GDK** sowie **AG GE GR AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG** halten eine Beteiligung der Geburtshäuser an den nationalen Qualitätsmassnahmen für nicht möglich. Buchstabe b sei somit zu streichen. Diese Anforderung könne für die Geburtshäuser nicht gelten, da für sie abgesehen von der punktuell evaluierten Kundenzufriedenheit derzeit keine nationalen Qualitätsmassnahmen bestünden. Somit fordern die GDK und die Kantone die Streichung von Buchstabe b. Der entsprechende Absatz im erläuternden Bericht sei ebenfalls zu streichen, da die Kantone weder die Beteiligung noch die Resultate überprüfen könnten.

Nach Ansicht der **GDK** sowie der **Kantone** ist Buchstabe c von Artikel 58d Absatz 4 ebenfalls zu streichen, da für Pflegeheime und Geburtshäuser noch keine Fehlermeldesysteme bestehen. Dasselbe gelte wegen der fehlenden Qualitätsmanagementsysteme in den Geburtshäusern für Buchstabe d. Solange die Übergangsbestimmungen bestünden, könnten die Geburtshäuser ihre eigene Zertifizierung entwickeln. Somit sei die Bestimmung entweder anzupassen oder zu streichen. Die geforderte Einführung professioneller Standards mit dem Nachweis eines schriftlichen Behandlungs- und Pflegeplans (Bst. e) wird als unverhältnismässig wahrgenommen; für die Geburtshäuser sei diese Bestimmung ebenfalls zu streichen. Unverhältnismässig sei auch Buchstabe f. Bei den Pflegeheimen sei die Formulierung auf das Heilmittelgesetz abzustimmen (unter Verwendung des Begriffs «Verschreibung» statt «Verordnung»).

BE ist der Meinung, dass gemäss Artikel 52 Absatz 1 VAM¹⁷, Hebammen Arzneimittel nur «anwenden» und nicht abgeben dürfen. Es existiere derzeit keine gesetzliche Grundlage, wo-

¹⁶ Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte, RS 812.21

¹⁷ Verordnung über die Arzneimittel, SR 812.212.21

nach Hebammen Arzneimittel verordnen bzw. verschreiben dürfen. Bei den Mindestanforderungen für Pflegeheime oder Geburtshäuser sei daher zu unterscheiden: Pflegeheime: Gewährleistung der Medikationssicherheit bei der Verordnung und Abgabe; Geburtshäuser: Gewährleistung der Medikationssicherheit bei der Anwendung von Arzneimitteln.

In Bezug auf Absatz 5 verweisen die **GDK und die Kantone** bezüglich der Geburtshäuser auf die Anmerkungen unter Artikel 58d, Absatz 4, Buchstabe b und schlagen eine Streichung der Geburtshäuser vor. Diesbezüglich wird auf die Bemerkungen des erläuternden Berichts (S. 13, Abs. 3) verwiesen, laut denen für die Geburtshäuser keine ANQ-Massnahmen bestehen.

Die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL FR GE GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO VD VS ZG ZH** sind mit den Aussagen zum Absatz 6 im erläuternden Bericht einverstanden. Die vorgeschlagene Rechtsnorm sei aber nicht verständlich und wie folgt anzupassen: «Im Spitalbereich ist auf die Nutzung von Synergien und [auf] das Potential der Konzentration von Leistungen zu achten». Laut **GE** soll der Absatz folgendermassen formuliert werden: «Im Spitalbereich wird die Konzentration der Leistungsgruppen im Hinblick auf den wirtschaftlichen Charakter und die Leistungsqualität berücksichtigt» **GR** und **TG** beantragen die Streichung des Absatzes 6. Bei der Medizin des Häufigen, im Gegensatz zur hochspezialisierten Medizin, sei die qualitätsfördernde Wirkung und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit mittels einer Konzentration von Leistungen nicht belegt. Zudem seien bei der Ausgestaltung der Grundversorgung auch andere Ziele wie insbesondere der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist ausschlaggebend. In seiner Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) verweise der Bundesrat zu Recht auf Vorteile, die mit dem Betrieb eines Spitals in einem Kanton verbunden seien (Arbeitsplätze, Einkommensquelle, Aufträge an Subunternehmer). Diese könnten durch die Gesetzgebung des Bundes im Bereich der Krankenversicherung nicht beeinflusst werden. Die Bestimmung des Absatzes 7 ist für die GDK sowie die anfangs dieses Absatzes genannten Kantone ohne **GE** unverständlich, redundant und daher zu streichen. Die Bestimmung des Absatzes 8 ist für die GDK, die am Anfang des Absatzes erwähnten Kantone ohne **GE** aber mit **TG** und **UR** jedoch zu begrüssen. Da Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht nach Leistungsspektrum geprüft werden müssten, sei aber ein Teil des Satzes zu streichen (Vorschlag: «Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität kann sich auf die Beurteilung anderer Kantone stützen, wenn diese aktuell ist»).

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Für **economiesuisse** enthält diese Bestimmung zu viele unbestimmte Rechtsbegriffe, die einer Auslegung unterliegen und daher zu vermeiden sind. Dies betreffe u.a. die unbestimmten Begriffe «Leistungsgruppe», «Fachpersonal» und «bedarfsgerechter Expertise», «Anwendung professioneller Standards» und «Vorliegen einer Sicherheitskultur». Die Formulierung sei so offen gewählt, dass es einen grossen Interpretationsspielraum für die Kantone gebe. Bezüglich Absätze 1 und 2 sollten die Anpassungen gestrichen und die alte Version beibehalten werden. Der Bundesrat wolle, dass die Kantone mit dem Vollzug der Verordnung direkt in den Prozess der Konzentration der Spitallandschaft eingreifen, indem er keine fakultative Formulierung wählte. Absatz 7 erlaube es dem Kanton auch, für jede Gruppe von Leistungen Voraussetzungen festzulegen. Diese Anforderungen ergeben sich aus den Kosteneindämmungspaketen 1 und 2 und dem Expertenbericht. Diese Ordnungsbestimmungen haben Gesetzescharakter auf der Grundlage von Bundesratsvorlagen, die vom Parlament noch nicht verabschiedet oder noch nicht einmal in die Vernehmlassung geschickt worden seien. **economiesuisse** lehnt solche Regelungen ab, die aufgrund der geltenden Rechtslagen gesetzeswidrig sind. Unter dem Blickwinkel der Planung erscheine ferner die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit allein auf der Basis eines Vergleichs der schweregradbereinigten Kosten (Spitäler und Geburtshäuser) als unsachgemäss. Mit einer solchen Vorgabe werde die planungsrelevante

Bestimmung der Wirtschaftlichkeit auf eine monokausale Betrachtung reduziert und völlig unnötigerweise mit sozialversicherungsrechtlichen Tarifierungskriterien verknüpft. So dürfte es aus Sicht der Kantone beispielsweise naheliegend sein, dass auch gemeinwirtschaftliche Leistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen sind. Die vorgesehene Bestimmung klammere solche Elemente vollständig aus. Analoges gelte für Absatz 2 (Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime). In genereller Weise sollte deshalb zwischen planungsorientierten Vorgaben an die Kantone und sozialversicherungsrechtlichen Komponenten für die Krankenversicherer konsequent unterschieden werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **SGB-FSS** begrüsst, dass Mindestkriterien zur Beurteilung der Qualität der Gesundheitsversorgung eingeführt werden.

Die **SPO** begrüsst Absatz 6, vor allem auch was die Auswirkungen einer Konzentrierung auf die Qualität angeht. Allerdings sei auch zu beachten, dass in Gebieten, wie beispielsweise Grundversorgung, Palliativmedizin, Geriatrie und Rehabilitation eine wohnortnahe Versorgung auch Qualitätssteigernd sein kann. Gerade weiche Faktoren, wie das soziale Umfeld und dessen faktische Besuchsmöglichkeiten könne in diesen Gebieten eine bedeutende Rolle spielen. Vor allem in ländlichen Gebieten seien diese Umstände zu berücksichtigen.

Die SPO begrüsst die Aufzählung der individuellen Mindestanforderungen im Qualitätsbereich (Abs. 3 und 4). Des Weiteren begrüsst sie die Tatsache, dass der erläuternde Bericht die Anwendung der Evaluation der vorausschauenden Behandlungsplanung (Advance Care Planning) enthält, die ihrer Ansicht nach eine wichtige Etappe zur Qualitätsverbesserung für die Patientinnen und Patienten darstelle. Für die Planung sollten nicht nur die Spitäler zuständig sein. Vielmehr sollten auch andere Organisationen wie die SPO oder Pro Senectute einbezogen werden, welche über die entsprechende Erfahrung verfügen. Nach Ansicht der SPO ist für die Patientinnen und Patienten auch der Zugang zum Fehlermeldesystem (Bst. c) und zum Qualitätsmanagementsystem (Bst. d) zu gewährleisten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **FMH** beantragt die Streichung der Absätze 1 bis 4. Stattdessen schlägt sie einen neuen Absatz vor, der vorsieht, dass für die Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler und Geburtshäuser die nationalen Qualitätsverträge gemäss Artikel 58a KVG gültig sind. Aus Sicht der FMH ist es unglücklich, dass hier Bestimmungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ohne jeglichen Bezug auf den revidierten Artikel 58 KVG Qualität und Wirtschaftlichkeit (in Kraft seit dem 1. April 2021) formuliert werden. In den Qualitätsverträgen nach Artikel 58a KVG sei die Finanzierung der verschiedenen Massnahmen gemäss Artikel 58a Absatz 2 Buchstaben a-g KVG zu regeln. Würde an den jetzigen Absätzen 1-4 festgehalten, beantragt die FMH einen neuen Absatz 4 einzufügen (der bisherige Abs. 4 würde dadurch zu Abs. 5 etc.), der folgendes vorsieht: « Um die in Absatz 3 genannte Beurteilung vornehmen und die unter lit. a bis f definierten Mindestanforderungen erfüllen zu können, ist die Dotation mit ärztlichem Personal so zu gestalten, dass die Vorgaben des Arbeitsgesetzes¹⁸ bezüglich Höchststarbeits- und Ruhezeiten stets eingehalten werden. Zudem muss die Qualität der ärztlichen Weiterbildung gemäss der Weiterbildungsordnung (WBO) sichergestellt sein ». Für die Beurteilung der Qualität eines Spitals würden in Absatz 3 Kriterien definiert. Die FMH ist der Meinung, dass auch die personelle Dotation und die Ansprüche an eine qualitativ hochstehende Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte thematisiert werden müsste, um diese Kriterien zu garantieren.

¹⁸ Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (ArG), SR 822.11

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** lehnen das im Absatz 1 vorgeschlagene Vorgehen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ab. Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung wäre ein Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten zu undifferenziert und 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 unter anderem sinnvollen Konzentrationsprozessen zuwiderlaufen. Der Bundesrat anerkenne im Bereich der Tarifbildung (Art. 59cbis) die Notwendigkeit von Tariffdifferenzierungen im Grundsatz. Gemäss H+ sollte die Wirtschaftlichkeit ein und desselben Spitals im Rahmen der Spitalplanung gleich wie im Rahmen der Tarifbildung bewertet werden. Was für SwissDRG gelte, treffe erst recht auf der Tarifstruktur TARPSY zu, die noch in den Anfängen stecke und unterschiedliche Schweregrade noch sehr unzureichend abbilde. Weiter sei unklar, wie in einem solchen Vergleich regionale Unterschiede bezüglich Lohn- und Infrastrukturkosten berücksichtigt werden könnten.

Hinzu komme, dass ein Wirtschaftlichkeitsvergleich, der in Bezug auf die Anlagennutzungskosten auf den aktuellen Bewertungsregeln der VKL beruhe, zusätzlich verzerrt sei. Denn die Übergangsbestimmungen sähen eine Bewertung vor, die nur vergangenheits- und objektbezogen sei (finanzbuchhalterische Bewertung). Diese Regeln führten dazu, dass die bisher praktizierten kantonalen Investitions- und Abschreibungspolitiken in die OKP-Preisbildung «importiert» würden. Diese Bestimmungen seien mit dem KVG nicht vereinbar, weil sie einen sinnvollen nationalen und unverzerrten Vergleich der erbrachten Leistungen verunmöglichten. Ein wie vom Gesetzgeber ursprünglich gewolltes Preissystem würde Preis- statt Kostenvergleiche beinhalten.

Für **H+** gehen die Bestimmungen der Absätze 3 und 4 in Bezug auf die Kompetenzaufteilung zwischen den Kantonen und dem Bund über die Verfassung hinaus. Dies gilt insbesondere für die Personalbestände. Die Anwendung eines Fehlermelde- und Schadenfallsystems ist von wesentlicher Bedeutung. Es wird aber darauf hingewiesen, dass eine entsprechende Anforderung nicht in eine derartige Verordnung wie die vorliegende aufgenommen werden könne. Die massgeblichen Bestimmungen seien vielmehr im DSG¹⁹, dem KVG und dem Schweizerischen Strafgesetzbuch enthalten. Ihre Koordination sei zwingend erforderlich. Der Ruf nach einem Qualitätsmanagementsystem (Bst. d) wird begrüsst. Die für die Spitalgrösse geeigneten und entsprechend angepassten Qualitätsmanagementsysteme stellen eine wichtige Grundlage für die Lern- und Sicherheitskultur in einem Betrieb dar. Werde hingegen die Anwendung professioneller Standards gefordert (Bst. e) bestehe die Gefahr, dass jede Organisation ihre eigenen Richtlinien erlasse. Dies gelte beispielsweise für Handhygienestandards, die Verwendung von Checklisten für eine sichere Chirurgie usw. Im Rahmen der Entwicklung eines neuen nationalen Qualitätskonzepts sehen unter anderem H+, santésuisse und curafutura genau ein solches Element vor.

Bei der elektronischen Medikamentenverordnung (Bst. f) handelt es sich nach Ansicht von H+ um ein wichtiges Element für eine Verbesserung und Sicherheit der Medikation. Für die Patientinnen und Patienten sei diese Massnahme aber mit weiteren Risiken verbunden. Werde eine solche Massnahme nicht von flankierenden Massnahmen begleitet, müsse sie als unzureichend gelten.

Der **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** sind

¹⁹ Bundesgesetz vom 19 giugno 1992 über den Datenschutz, SR 235.1

der Meinung, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zur Ergebnisqualität erfolgen soll, und stellen einen entsprechenden Ergänzungsantrag. Solche Beurteilung der Wirtschaftlichkeit könne sich nicht einzig auf Kostendaten abstützen. Voraussetzung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sei der Outcome. Die Wirtschaftlichkeit sei abhängig von der Ergebnisqualität im Verhältnis zu den Kosten. Die Kosten allein liessen ungenügende Rückschlüsse über die effektive Wirtschaftlichkeit zu.

Hirslanden lehnt einen Vergleich schweregradbereinigter Fallkosten als Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer grundsätzlich ab. Schon im heutigen System, bei dem die Geburtshäuser nicht einbezogen werden, habe sich herauskristallisiert, dass Spitäler mit unterschiedlich grossem Leistungsspektrum nicht miteinander verglichen werden könnten.

Die **RehaClinic AG** stellt die Frage, wie die Wirtschaftlichkeit von Rehabilitationskliniken verglichen werden soll, solange man die Leistungen nicht vergleichen kann. Es gebe in der Rehabilitation weder eine einheitliche «Schweregradorientierung» noch «schweregradbereinigte Kosten» wie in den Akutkliniken.

Swiss Nurse Leaders erachtet die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit aufgrund der schweregradbereinigten Kosten als nicht realistisch. Nebst den schweregradbereinigten Kosten sollte auch die Art des Spitals berücksichtigt werden (Zentrumsspital, Anteil Notfälle, etc.).

Das **Universitätsspital Basel** ist der Meinung, dass das Leistungsspektrum der Spitäler berücksichtigt werden soll. Es solle keine gemeinsame Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Spitälern und Geburtshäusern stattfinden. Nur Spitäler der gleichen Versorgungsstufe mit gleichem Leistungsumfang sollen verglichen werden. Die Frage sei, wie die Schweregradbereinigung stattfindet. Das System SwissDRG habe nicht die Ausdifferenzierungsreife anderer Systeme (G-DRG) und dies im Besonderen, weil die statistischen Grundlagen für die Systementwicklung dafür nicht gegeben seien.

Die heutige DRG-Tarifstruktur könne mit ihrem berechneten Kostengewichten nicht die erwarteten Kosten aller DRGs abbilden. Bei einigen DRGs würden die Kosten überschätzt, bei anderen würden sie unterschätzt. Es komme zu Fehlbewertungen in den DRGs, die auf die Tarifstruktur zurückzuführen seien. Ein Spital könne sich demnach im System besserstellen, wenn es sein Angebot strategisch auf lukrative Leistungen fokussiere. Es werde bei einem Leistungsvergleich mit Fallnormkosten (schweregradbereinigten Fallnormkosten) als effizient erscheinen, obwohl dies nicht zwingend der Fall sein müsse.

Die heutige DRG-Tarifstruktur könne die ungleich langen Spiesse der Spitäler nicht optimal abbilden. Die Kostengewichte berücksichtigten nur die Kosten eines durchschnittlichen Spitals. Die Patienten- und Strukturmerkmale könnten jedoch durch unterschiedliche Leistungsaufträge oder kantonale Regulierungen (z.B. Subventionen der Infrastruktur oder gemeinwirtschaftlichen Leistungen) stark vom Durchschnittsspital abweichen. Dies könne zu höheren oder niedrigeren Kosten führen, so dass bei einem Leistungsvergleich mit Fallnormkosten ein Spital bereits aufgrund dieser Kriterien benachteiligt werden könne. Es handle sich dabei um eine Fehlbewertung aufgrund von inhomogenen DRG-internen Verteilungen der Fallkosten und nicht aufgrund der Tarifstruktur.

Für **senesuisse**, **Curaviva** und **Spitex Verband Schweiz** soll Absatz 2 gestrichen werden. Sie weisen darauf hin, dass diese Bestimmung betreffend Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime (Art. 58d Abs. 2) aus den folgenden drei Gründen nicht umsetzbar sei. Erstens greife diese Bestimmung übermässig in die kantonale Versorgungskompetenz ein, ohne dass ein übergeordnetes Interesse des Bundes bzw. der OKP ersichtlich sei, da die Kantone für ungedeckte Pflegekosten via Restfinanzierung aufkommen müssten und diese mit zusätzlichen Leistungsaufträgen verknüpft sein könnten. Zweitens seien die drei bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente mit je mehreren Versionen nicht harmonisiert, und dadurch seien die Pflegebedarfseinstufungen zwischen Pflegeheimen, welche unterschiedliche Bedarfserfassungsinstrumente verwenden, nicht vergleichbar und die Bestimmung der Wirtschaftlichkeit

somit nicht brauchbar. Drittens genüge die bisherige Abstufung des Pflegebedarfs nach Artikel 7a Absatz 3 KLV nicht den Erfordernissen, um den Schweregrad sachgerecht abzubilden. Teurere Pflegeheime könnten sehr wohl wirtschaftlich sein, wenn sie besonders anspruchsvolle Pflegepatienten behandeln und entsprechend hoch qualifiziertes Personal benötigen (etwa spezialisierte Institutionen für Kinder oder für Palliative Care). Auch werde der Wirtschaftlichkeitsvergleich erschwert, weil die höchste Pflegestufe bezüglich Pflegebedarf nach oben offen sei (220 Minuten und mehr). Des Weiteren weisen senesuisse, Curaviva und Spitex Verband Schweiz darauf hin, dass ein Kostenvergleich auch eine einheitliche Kostenerhebungsmethodik voraussetze. Die Vorgaben in der VKL liessen noch erheblichen Spielraum offen und genügten den Anforderungen des Bundesverwaltungsgerichts nach einheitlicher Methodik nicht. Gerade im Bereich der Leistungserfassung sowie der Anlagebuchhaltung gebe es grössere Unterschiede unter den Betrieben, die einen Wirtschaftlichkeitsvergleich deutlich verzerrten. Dies besonders deshalb, weil die Kantone in ihrer Funktion als Restfinanzierer nicht nur die Restfinanzierung, sondern eben auch die Rahmenbedingungen im Bereich der anrechenbaren Kosten unterschiedlich definierten.

Für den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG** und die **Gesundheitszentrum Fricktal AG** soll Absatz 2 gestrichen werden. Die in den Pflegeheimen zur Anwendung gelangenden unterschiedlichen Pflegebedarfsinstrumente (BESA, RAI-RUG und Plaisir) führten 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 sei entsprechend nicht möglich. Im Gegensatz zum Spitalbereich mit dem Vergütungsmodell vom Typus DRG fehle im Pflegebereich ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime. Entsprechend fehlten im Kommentar der Vorlage auch Ausführungen, wie und durch wen die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime vorgenommen werden soll.

Für den **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und den **Verein integrative-kliniken.ch** soll diese Bestimmung gestrichen werden. In Pflegeheimen sei es derzeit kaum möglich, die Wirtschaftlichkeit der Massnahmen adäquat und vergleichbar zu messen. Es sollten deshalb den Kantonen überlassen werden, ob und wie sie die Wirtschaftlichkeit bei Pflegeheimen prüfen.

Swiss Nurse Leaders ist der Meinung, dass auch bei den Pflegeheimen zu berücksichtigen sei, dass die Einstufungsinstrumente nach oben begrenzt sind. So hätten Pflegeheime mit einem grossen Anteil an hochkomplexen geriatrischen Patienten einen Nachteil.

Für **H+**, den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG**, die **Gesundheitszentrum Fricktal** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** soll Absatz 6 gestrichen werden. Für die hochspezialisierte Medizin sei eine Konzentration der entsprechenden Leistungen aus qualitativer und wirtschaftlicher Sicht gerechtfertigt. Hingegen sei bei der Medizin des Häufigen die qualitätsfördernde Wirkung und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit mittels einer Konzentration von Leistungen nicht belegt. Zudem seien bei der Ausgestaltung der Grundversorgung auch andere Ziele wie insbesondere der Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu beachten und ausschlaggebend (siehe Art. 58b Abs. 4 Bst. a des Revisionsentwurfs). Für H+ seien noch Kriterien wie regionale Bedeutung, Wirtschaftsfaktor Spital und Fallkosten zu berücksichtigen. Die Spital- und Leistungsplanung sollte auch regional angedacht werden und daher nicht einzig mit einrichtungsbezogenen Kriterien durchgeführt werden.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sind der Meinung, dass Absatz 6 zu stark in die unternehmerische Freiheit der Spitäler eingreift. Mit ihr wolle der Bun-

desrat, dass die Kantone über den Vollzug der Verordnung direkt in den Konzentrationsprozess der Spitallandschaft eingreifen müssen. Diese Aufgabe sei in erster Linie Sache der Spitäler und nicht der Behörden.

Für den **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** sollen Absätze 6 und 7 gestrichen werden, weil diese in die Struktur der Spitalversorgung eingriffen, was nicht Aufgabe einer Verordnungsänderung sei. Absatz 7 sei auch abzulehnen, weil die erforderliche KVG-Grundlage fehle.

Hirslanden ist der Ansicht, dass Absatz 6 zu stark in die unternehmerische Freiheit der Leistungserbringer eingreift. Sie generiere grossen administrativen Aufwand, sei prospektiv und daher unpraktikabel.

Für den **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** und die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** soll Absatz 6 gestrichen werden. Die Vorgabe der Konzentration bei allen Leistungsgruppen sei nicht zielführend. Für die Hochspezialisierte Medizin sei eine Konzentration und damit einhergehende Zentralisierung sinnvoll und vertretbar. Hingegen seien bei der Medizin des Häufigen auch Ziele wie wohnortsnah, regionale Bedeutung, Wirtschaftsfaktor Spital, kurze Anfahrtswege usw. zu beachten. Es seien neue Konzepte zu erarbeiten, damit die Patientenströme so gelenkt werden, dass die Medizin des Seltenen in Zentrumsspitalern und die Medizin des Häufigen in Regionalspitalern stattfindet. Dies ermögliche eine deutliche Senkung der Fallkosten. Diese Bestimmung greife in die Planungshoheit der Kantone ein. Deshalb könne dieser Absatz nur im KVG, nicht aber in der Verordnung festgeschrieben werden.

Die **RehaClinic AG** ist der Meinung, dass Absatz 6 sich nicht umsetzen lassen wird, da die Kantone weiterhin unterschiedliche Leistungsgruppen-Modelle in der Rehabilitation kennen.

Für **Swiss Nurse Leaders** sollte die Nutzung von Synergien in Spitalern überprüft werden. Es stelle sich die Frage, anhand von welchen Kriterien das gemacht werden soll. Die Konzentration von Leistungsgruppen sei nicht gleichzusetzen mit der Nutzung von Synergien.

Für das **Universitätsspital Basel** ist Absatz 6 ungenau und soll präzisiert werden. Für gewisse Bereiche könne eine Konzentration und damit verbundene Zentralisierung sinnvoll sein.

In Bezug auf Absatz 6 ist die **Société vaudoise de médecine** der Ansicht, eine extreme Konzentration habe weder zwangsläufig Wirtschaftlichkeit noch eine bessere Qualität zur Folge. Zwischen den Spitalern müsse eine gesunde Konkurrenz bestehen. Die Liste müsse auch Spitäler mit weniger, aber besseren Leistungen enthalten können. Die Anforderungen unter Absatz 7 müssten ausschliesslich einem wirtschaftlichen oder qualitativen Zweck dienen. Dieser Punkt könne somit nicht dem Ermessen des Staates überlassen werden.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** lehnen Absatz 7 ab. Er sei aus den Massnahmenpaketen 1 und 2 zur Kostendämpfung hergeleitet, welche gesetzgeberischen Charakter hätten und vom Parlament noch nicht verabschiedet bzw. noch nicht einmal in Vernehmlassung geschickt würden. Damit verstosse der Bundesrat gegen Gesetz und Verfassung. Dieser Absatz bilde die Brücke zu Artikel 58f über Listen und Leistungsaufträge. Damit gälten die SPLG, entwickelt durch GD Zürich, als nationales Spitalplanungsinstrument.

Hirslanden ist der Ansicht, dass Absatz 7 den Kantonen die Möglichkeit gebe, Auflagen pro Leistungsgruppe zu definieren. Sie fördere somit die Heterogenität nicht nur zwischen den einzelnen Leistungsgruppen, sondern auch zwischen den einzelnen Kantonen. Es bestehe

eine zu tiefe Granularität von Vorgaben. Diese Bestimmung sei zudem systematisch falsch eingeordnet.

Die **RehaClinic AG** ist der Ansicht, dass die bis anhin praktizierte Festlegung von kantonal individuellen Auflagen pro Leistungsgruppe durch gesamtschweizerisch einheitliche Auflagen pro Leistungsgruppe ersetzt werden muss. Ansonsten bestehe weiterhin die Gefahr von kantonalen Willkür und dem beobachteten «Heimatschutz».

Swiss Reha weist darauf hin, dass die Festlegung der Auflagen pro Leistungsgruppe in der Rehabilitation nicht sachgerecht erfolgen kann, solange die Leistungsstruktur nicht gesamtschweizerisch einheitlich definiert worden ist. Wegen der fehlenden Klärung des Rehabilitationsbegriffs durch den Bund dürfte eine solche sachgerecht kaum zu schaffen sein. Damit werde der kantonalen Willkür und dem Heimatschutz ausgerechnet in jenem Bereich der stationären Versorgung Tür und Tor geöffnet, in dem die stationären interkantonalen Patientenströme am grössten seien und daher der Klärungsbedarf auch am grössten wäre.

Für **Swiss Nurse Leaders** stellt sich die Frage, wer die Festlegung der Auflagen für die Leistungsgruppen definiert. Es wird befürchtet, dass es bürokratischen Auflagen kommt, die kaum umsetzbar sind.

Für die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** sollte der Begriff der Wirtschaftlichkeit gestrichen werden. Auflagen führten zu Kosten. Aus Qualitätsperspektive seien solche Auflagen allenfalls notwendig, jedoch nicht in Bezug auf die planerische Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Bei der Festlegung solcher Auflagen müsse ausserdem zwingend berücksichtigt werden, dass die Auflagen kostenmässig tragbar sind.

Für **senesuisse**, **Curaviva** und **Spitex Verband Schweiz** sollte Absatz 8 gestrichen werden. Die Beurteilung der Qualität könne lediglich auf die Pflegeleistungen mittels Anwendung der medizinischen Qualitätsindikatoren durchgeführt werden. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit müsse in der vollständigen Kompetenz der planenden und mehrheitsfinanzierenden Kantone verbleiben. Dies insbesondere deshalb, weil die Wirtschaftlichkeit einen direkten Bezug zu den mehrheitlich finanzpolitischen und nicht gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in der Abwicklung der Restfinanzierung habe.

Für die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sei es unklar, wie das Kriterium der Aussagekraft beurteilt wird.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Bezüglich Absätze 1 und 2 erscheint für **KPT** unter dem Blickwinkel der Planung die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit alleine auf der Basis eines Vergleichs der schweregradbereinigten Kosten (Spitäler und Geburtshäuser) nicht als sachgemäss. Mit einer solchen Vorgabe werde die planungsrelevante Bestimmung der Wirtschaftlichkeit auf eine monokausale Betrachtung reduziert und völlig unnötigerweise mit sozialversicherungsrechtlichen Tarifierungskriterien verknüpft. So dürfte es aus Sicht der Kantone beispielsweise naheliegend sein, dass auch gemeinwirtschaftliche Leistungen möglichst wirtschaftlich zu erbringen sind. Die vorgesehene Bestimmung klammere solche Elemente vollständig aus. KPT wünscht sich deshalb in genereller Weise, dass zwischen planungsorientierten Vorgaben an die Kantone und sozialversicherungsrechtlichen Komponenten konsequent unterschieden wird.

santésuisse schlägt eine Ergänzung vom Absatz 1 vor, wonach die Kosten für die einzelnen stationären Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verglichen werden sollen. In der Spitalplanung und Spitalisten gehe es häufig nicht um die Erteilung eines Spitalistenplatzes für eine Gesamteinstitution. Dies seien eher die seltenen Fälle. Vielmehr gehe es um die Zuteilung einzelner Leistungsaufträge an ausgewählte Spitäler. Entsprechend

sollte die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht auf Spitalbene erfolgen, sondern leistungsbezogen. Zum Beispiel solle derjenige Spital den Leistungsauftrag für die Geburtshilfe erhalten, der diesen Leistungsauftrag auch wirtschaftlich erbringen könne. Ferner müsse aus Sicht der Versicherer sichergestellt sein, dass die Wirtschaftlichkeit im Bereich der Spitalplanung nicht derjenigen in der Tarifierung entspricht. Für die Versicherer sei es heikel, wenn die Wirtschaftlichkeit in der Spitalplanung auf ähnlichen Grundlagen beruhe wie in der Tariffestsetzung. Die Kantone würden damit ermächtigt, ihre Empfehlungen bei der Spitalplanung in den Tarif-Verfahren zu nutzen. Die Versicherer würden dann bloss noch indirekt nachvollziehen können, was die Kantone faktisch bereits entschieden hätten, ohne dass es die Versicherer beeinflussen könnten. Das Problem der Mehrfachrolle der Kantone als Eigentümer und Regulator würde durch diese Regelung noch verstärkt, was auch rechtsstaatlich bedenklich wäre.

Bezüglich Absatz 3 schlägt *santésuisse* eine Anpassung vor, wonach bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler zu berücksichtigen ist, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Spital eingehalten werden. Es gehe um die Berücksichtigung der Einhaltung der Mindestanforderungen an Qualität und es solle offengelassen werden, wer die Qualität in einem Spital prüft. Die Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Artikel 58 KVG prüften beispielsweise die Verbände der Leistungserbringer und Krankenversicherer. Der Kanton müsse die Ergebnisse dieser Prüfung berücksichtigen und nicht nochmals selber prüfen. Ferner sollte Absatz 3 mit einem zusätzlichen Buchstabe g ergänzt werden, wonach die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Artikel 58a KVG als Minderforderung geprüft sollte. Die Einhaltung der Anforderungen aus den Qualitätsverträgen sollten die Kantone bereits als Planungskriterium aufnehmen und bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen. Dies folge aus Artikel 58a Absatz 7 KVG.

santésuisse schlägt auch eine Anpassung vom Absatz 4 vor, wonach bei der Beurteilung der Qualität der Pflegeheime und der Geburtshäuser zu berücksichtigen ist, ob insbesondere folgende Mindestanforderungen für das ganze Pflegeheim oder Geburtshaus eingehalten werden. Es gehe um die Berücksichtigung der Einhaltung der Mindestanforderungen an Qualität und es solle offengelassen werden, wer die Qualität in einem Pflegeheim oder Geburtshaus prüft. Die Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Artikel 58 KVG prüften beispielsweise die Verbände der Leistungserbringer und Krankenversicherer. Der Kanton müsse die Ergebnisse dieser Prüfung berücksichtigen und nicht nochmals selber prüfen. Ferner sollte Absatz 4 mit einem zusätzlichen Buchstabe g ergänzt werden, wonach die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsvertrages gemäss Artikel 58a KVG als Minderforderung geprüft sollte. Die Einhaltung der Anforderungen aus den Qualitätsverträgen sollten die Kantone bereits als Planungskriterium aufnehmen und bei der Bestimmung des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen. Dies folge aus Artikel 58a Absatz 7 KVG.

Bezüglich Absatz 5 schlägt *santésuisse* eine Anpassung vor, wonach bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler, der Pflegeheime und der Geburtshäuser die Ergebnisse von national durchgeführten Qualitätsmessungen als Auswahlkriterien berücksichtigt werden. Bereits bestehende und allenfalls neue national durchgeführten Qualitätsmessungen würden einheitlich nach gleichen Standards von einer Institution erhoben (z.B. dem ANQ). Die Messungen gebe es bereits und müssten nicht durch den Bund oder die Kantone mit grossem Aufwand und grossen Kosten verbunden neu konzipiert und aufgebaut werden. Zudem würden die Daten für alle Leistungserbringer nach denselben statistischen und ökonomischen Methoden ausgewertet und seien somit vergleichbar. Auch ergebe es keinen Sinn, wenn Leistungserbringer dieselben Daten an zwei verschiedene Organisationen/Institutionen lieferten. Es sei dafür den Leistungserbringern vorzuschreiben, dass sie an solchen nationalen Qualitätsmessungen teilnehmen.

santésuisse ist mit Absatz 6 einverstanden. Durch die Konzentration von Leistungsgruppen auf weniger Leistungserbringer liessen sich Optimierungspotentiale nutzen. Auf Seiten Qualität seien die Mindestfallzahlen als Beispiel genannt. Bezüglich Wirtschaftlichkeit führten Konzentrationen dazu Synergien und Skaleneffekte besser zu nutzen.

santésuisse ist mit Absatz 7 einverstanden. Der ursprünglich erteilte Leistungsauftrag sei bei der Beurteilung miteinzubeziehen.

santésuisse ist mit Absatz 8 einverstanden. Die Wirtschaftlichkeit könne entweder an eine Zielvorgabe gebunden sein (als absoluter Vergleichsmassstab) oder anhand eines Vergleichs zwischen Leistungserbringern aus anderen Kantonen ermittelt werden (als relativer Vergleichsmassstab).

Andere Organisationen

Nach Ansicht vom **Verein PflegeART** ist Absatz 2 zu streichen. Derzeit seien die Leistungserfassungsinstrumente unterschiedlich kalibriert. Dies habe zur Folge, dass Leistungsbezüger trotz eidgenössischer Regelung, unterschiedlich bewertet und somit rechtsstaatlich benachteiligt werden. In diesem Sinne könne die nationale Wirtschaftlichkeit nicht evaluiert werden. Es sollte deshalb den Kantonen überlassen werden, ob und wie sie die Wirtschaftlichkeit in Pflege- und Altersheimen überprüfen.

Für den **Schweizerische Seniorenrat** sei der Wortlaut von Absatz 2 für Pflegeheime nicht korrekt. Zum einen sei der Begriff «Pflegeleistungen bei Krankheit» nicht korrekt, da diese Leistungen dauerhaft und nicht nur bei Krankheit erfolgen müsse. Ebenso nicht berücksichtigt werde, dass ein Betrieb mit tiefen Betriebskosten für die Steigerung der Qualität mehr Pflegefachpersonal beschäftige als vorgegeben sei und insgesamt wirtschaftlicher dastehe als Pflegeheime, welche nur den Stellenplan einhalten. Es brauche somit eine Differenzierung der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. Diese Bestimmung betreffend Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeheime sei im Moment aus drei Gründen nicht umsetzbar. Erstens greife diese Bestimmung in die kantonale Versorgungskompetenz ein, da die Kantone für ungedeckte Pflegekosten via Restfinanzierung aufkommen müssten und diese mit zusätzlichen Leistungsaufträgen verknüpft sein könnten. Zweitens seien die drei bestehenden Bedarfsabklärungsinstrumente mit je mehreren Versionen nicht harmonisiert, und dadurch seien die Pflegebedarfseinstufungen zwischen Pflegeheimen, welche unterschiedliche Bedarfserfassungsinstrumente verwenden, nicht vergleichbar. Drittens genüge die bisherige Abstufung des Pflegebedarfs nach Artikel 7a Absatz 3 KLV nicht den Erfordernissen, um den Schweregrad sachgerecht abzubilden. Die aktuelle Abstufung sichere weder eine qualitative noch wirtschaftliche Leistungserbringung. Teurere Pflegeheime könnten sehr wohl wirtschaftlich sein, wenn sie besonders anspruchsvolle Pflegepatienten behandeln und entsprechend hoch qualifiziertes Personal benötigen (spezialisierte Institutionen für Kinder oder für Palliative Care). Auch werde der Wirtschaftlichkeitsvergleich erschwert, weil die höchste Pflegestufe bezüglich Pflegebedarf nach oben offen sei (220 Minuten und mehr). Des Weiteren voraussetze ein Kostenvergleich auch eine einheitliche Kostenerhebungsmethodik. Die Vorgaben in der VKL liessen noch erheblichen Spielraum offen und genügten den Anforderungen des Bundesverwaltungsgerichts nach einheitlicher Methodik nicht. Zudem lägen die Kantone in ihrer Funktion als Restfinanzierer nicht nur die Restfinanzierung, sondern eben auch die Rahmenbedingungen im Bereich der anrechenbaren Kosten unterschiedlich fest. Gemäss dem Schweizerischen Seniorenrat sollte die Gewährleistung der Medikationssicherheit durch elektronische Verordnung von Arzneimitteln auch in der Hausarztmedizin ein Erfordernis sein und damit die bekanntlich problematische Medikation in Alters- und Pflegeheimen verbessert werden (Art. 58d Abs 4 Bst f). Bezüglich Abs. 4 Bst a wären gewisse Regelungen zur Personaldotation und deren Qualifikation zu begrüssen. 24 Kantone gleich 24 verschiedene Beurteilungen. Können Standards nicht verglichen werden und eine Bundeslösung wäre zu begrüssen.

4.5 Stellungnahmen zu Art. 58e

Kantone

Gemäss **GDK** sowie **AG AI AR BE BL FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VDZG ZH** ist der erläuternde Bericht (Deutsch: S. 12, zweitletzter Absatz / Französisch: S. 13, Abs. 3 von unten) in dem Sinne zu korrigieren, dass gemäss KVG nur medizinisch begründete Behandlungen zu vergüten sind. Hier gehe es um medizinische Gründe für eine Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG). Ausserdem ist für die **GDK** sowie **AI AR BE BL FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG UR VD VS ZG ZH** Buchstabe b von Absatz 1 zu streichen, weil die Bestimmung entgegen der Aussage im erläuternden Bericht (Deutsch: S. 12, letzter Absatz / Französisch: S. 13, vorletzter Absatz) nicht im heute gültigen Artikel 58d KVV enthalten ist, in Bezug auf den konkreten Vollzug nicht umsetzbar ist und die Begriffe «Wirtschaftlichkeitspotential» und «Qualitätspotential» nicht definiert sind. Die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** beantragen die Korrektur von Absatz 1 Buchstabe c («Die Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren»). Zum Absatz 2 ist für die **GDK** sowie **AI AR BE BL FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG UR VD VS ZG ZH** zu bemerken, dass es eigentlich nicht nötig ist, dass auf Bundesstufe definiert wird, welche Kantone von einer Planung eines Kantons betroffen sind. Dazu gäben bereits die GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung Anhaltspunkte. Absatz 2 sei daher zu streichen. Wenn die Bestimmung beibehalten würde, müsste festgehalten werden, dass auch die benachbarten Kantone betroffen sind. Ausserdem ist für **GDK** und die letztgenannten Kantone **ohne UR** und mit **AG** Buchstabe c zu korrigieren – «erwarteten interkantonalen Patientenströme aus dem planenden Kanton oder in die Einrichtungen mit Standort im planenden Kanton wichtig sind». Nach Ansicht der **GDK** sowie **AI AR BE BL FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** ist die Bestimmung in Buchstabe d zu streichen – es sei unklar, was die Intention der Bestimmung sei und wie sie umgesetzt werden sollte.

SO erachtet als problematisch, dass im Rahmen der interkantonalen Koordination der Spitalplanungen künftig das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial einer interkantonalen Spitalplanung beurteilt werden soll. Diese in den Erläuterungen nicht näher umschriebene Vorgabe gehe weit über die in Artikel 39 Absatz 2 KVG vorgesehene Pflicht der Kantone zur Koordination ihrer Spitalplanungen hinaus.

GE schlägt die Neuformulierung von Absatz 2, Buchstabe a folgenden Wortlaut vor: « Die Kantone, in denen eine oder mehrere Einrichtungen auf der Liste des Planungskantons aufgeführt sind oder aufgeführt sein werden». Für Buchstabe b gilt die Formulierung: «Die Kantone auf deren Liste die Einrichtungen mit Standort im Planungskanton aufgeführt sind oder aufgeführt sein werden» und für Buchstabe c: «Die Kantone, deren beobachtete oder geplante interkantonale Patientenströme für den Planungskanton von Bedeutung sind.»

Für **GR** entsprechen die Buchstaben b und d von Absatz 2 nicht der Begründung in den Erläuterungen. Sie liessen unendliche Interpretationen und damit entsprechende Beschwerden bezüglich einer fehlerhaften Spitalplanung zu. Eine Spitalplanung mit einer derart weit gefassten und offen formulierten praxisfernen Vorgabe würde diese vor unabsehbare Probleme bei der Planung stellen. Primat der Planung eines Kantons würde die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung seiner Bevölkerung bilden.

VD zweifelt an der Notwendigkeit, Artikel 58e zu überarbeiten und eine aus dem Zusammenhang gerissene Empfehlung der GDK zu übernehmen. Der Kanton schlägt vor, die Formulierung unter dem bestehenden Artikel 58d Absatz 1 unter Vorbehalt des neuen Buchstabe b beizubehalten und insbesondere die Kantone ausdrücklich zu erwähnen. Sollte die Bestimmung entgegen jeglicher Erwartung bestehen bleiben, ist unter Absatz 2 eine beispielhafte

Formulierung zu wählen und so das Feld für weitere mögliche Koordinationsfälle («insbesondere») zu öffnen.

TI sieht eine Koordinationsnotwendigkeit. In Bezug auf den Änderungsvorschlag bestehen keinerlei Vorbehalte. Für die spezialisierten Leistungen solle sich der Kanton auf ausserkantonale Institutionen und insbesondere die Universitätsspitäler beziehen. Da er von der übrigen Schweiz “abgeschnitten” sei und aufgrund der sprachlichen Gegebenheiten dürfte der Kanton TI keine umfangreichen Flüsse zu erwarten haben.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **glp** ist mit dieser Bestimmung einverstanden. Die bessere interkantonale Koordination der Planungen sei absolut zentral. Die interkantonale Zusammenarbeit sei zu forcieren. Diese Bestimmung sei um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen, wonach die interkantonale Koordination basierend auf Planungsregionen erfolgt, die mindestens 1 Million Einwohnerinnen und Einwohner haben, und diese Schwelle nötigenfalls unterschritten werden kann, damit 80% der Einwohnerinnen und Einwohner einer Planungsregion einen Anfahrtsweg von weniger als 90 Minuten zum nächsten Notfallspital haben.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **SPO** begrüsst diese Bestimmung, weil die interkantonale Zusammenarbeit gefördert werden soll. Wiederum gelte, dass die Vorteile einer wohnortsnahen Versorgung in bestimmten Fachbereichen bei einer interkantonalen Planung ebenfalls berücksichtigt werden müssten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Für die **FMH** ist zwar zu begrüessen, dass die interkantonale Koordination der Spitalplanungen verstärkt werden soll. Die Mobilität der Bevölkerung verlange eine ganzheitlichere Betrachtung der Spitallandschaft. Jedoch dürften Veränderungen nicht einseitig zu Lasten strukturschwächerer Gebiete ausfallen.

Für den **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** und die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** ist diese Bestimmung zu streichen. Es sei allgemein zu vermerken, dass es den Kantonen als Hauptkostenträger zu überlassen sei, wie sie ihre Planung durchführen. Diese Bestimmung greife unverhältnismässig in die Kantonsautonomie ein und sei auf keinen Fall in einer Verordnung zu regeln, sondern zumindest auf Gesetzesstufe.

Die **RehaClinic AG** ist der Meinung, dass die Qualität und Aussagekraft der Daten zu den Reha-Patientenströmen ungenügend ist. Auch sei die Vergleichbarkeit der Rehabilitationseinrichtungen aufgrund nicht vergleichbarer Leistungsangebote nicht gegeben. Aus diesem Grund könnten die Daten auch nicht für eine seriöse Planung bzw. die interkantonale Koordination verwendet werden. Zudem müssten zwingend die nach KVG versicherten Unfallpatienten berücksichtigt werden.

Swiss Reha ist der Meinung, dass die vorgeschlagenen Massnahmen im Bereich der Rehabilitation so lange nicht zielführend sind, als der Begriff der Rehabilitation nach KVG vom Bund inhaltlich nicht geklärt worden sei. Die Kantone würden beispielsweise ihre interkantonalen Patientenströme in der geriatrischen Rehabilitation nicht miteinander abstimmen können, wenn der eine Kanton solche Leistungsaufträge kennt, sein Nachbarkanton aber nicht. Zu prü-

fen wäre darüber hinaus auch die Fragestellung, wie sichergestellt werden könne, dass angesichts der demographischen Entwicklung die Versorgungssicherheit für die subsidiär nach KVG gegen Unfall versicherten Menschen durch die Kantone berücksichtigt werde. So suche man bis heute beispielsweise einen Leistungsauftrag für Unfallrehabilitation nach KVG vergeblich.

Für den **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte** ist zu begrüssen, dass die interkantonale Koordination der Spitalplanungen verstärkt werden soll. Die Mobilität der Bevölkerung verlange eine ganzheitlichere Betrachtung der Spitallandschaft, die aber nicht einseitig zu Lasten strukturschwächerer Gebiete ausfallen dürfe.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** lehnen die Bestimmung von Absatz 1 ab, weil sie überflüssig sei. Diese greife unverhältnismässig in die Kantonsautonomie ein und sei auf Gesetzesstufe zu beschliessen. Grundsätzlich sei es den Kantonen als Hauptkostenträger zu überlassen, wie sie ihre Planung durchführen. Zudem sei Absatz 2 abzulehnen, weil er einer gesetzlichen Grundlage entbehre und überflüssig sei, da die interkantonale Koordination den Kantonen überlassen werden könne. Sie sind weiter der Ansicht, dass die kantonale Planung mindestens potenziell diskriminierend gegenüber nicht-kantonalen Leistungserbringern sei, solange die zugrundeliegende Governance-Problematik der Mehrfachrolle der Kantone nicht gelöst sei. Es sei auch nicht ersichtlich, wer bei unterschiedlichen Meinungen der Kantone entscheidet. Ausserdem überschreite der Bundesrat seine Verordnungskompetenz insbesondere mit lit. d., der darauf hinauslaufe, den Kantonen die Prüfung einer überkantonalen Planung zwingend vorzuschreiben. Hierfür bestehe im geltenden KVG keine Grundlage und eine solche Pflicht könne auch nicht auf der Ebene der KVV eingeführt werden.

Für den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)** sollen Bst. b und d von Absatz 2 gestrichen werden.

Nach der Meinung von **H+**, dem **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, der **Asana Spital Leuggern AG**, der **Asana Spital Menziken AG**, der **Barmelweid Gruppe AG** und dem **Gesundheitszentrum Fricktal** liesse Absatz 2 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 werde diese vor unabsehbare Probleme bei der Planung stellen. Primat der Planung eines Kantons bilde die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung seiner Bevölkerung.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

santésuisse ist mit Absatz 1 einverstanden. Es stelle sich allerdings die Frage, wie der Bund vorgehe, falls sich Kantone nicht oder nur unzureichend an die Vorgaben halten. Buchstabe a sei sehr wichtig, da sich Patienten nicht an Kantonsgrenzen hielten und auch ausserhalb des eigenen Wohnkantons Leistungen in Anspruch nähmen. Buchstabe b sei umso wichtiger um Skaleneffekte (Grösseneffekte/Mengeneffekt), Synergiepotentiale oder Mindestfallzahlen zu erreichen. Bezüglich Buchstabe c zeige eine Analyse der Patientenströme, in welchem Kanton und in welchen Spitälern sich Patienten ausserhalb des eigenen Wohnkantons behandeln liessen.

Für **santésuisse** ist Absatz 2 zu begrüssen und wichtig, insbesondere da Patienten bei der Wahl des Spitals für einen notwendigen Eingriff mögliche Kantonsgrenzen nicht berücksichtigten.

Wie **curafutura** und **HSK** schlägt sie die Ergänzung vom Absatz 2 mit einem neuen Buchstaben e vor, der vorsieht, dass die Nachbarkantone mit grenznahen Einrichtungen zum planenden Kanton von der Planung dieses Kantons betroffen sind.

Andere Organisationen

Bezüglich Absatz 1 Buchstabe b. begrüsst die **GS ANQ**, dass im Rahmen der interkantonalen Koordination der Planungen neu das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenzial zu berücksichtigen sei.

4.6 Stellungnahmen zu Art. 58f

Kantone

Die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL BS GL LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** schlagen vor, dass die Terminologie betreffend «Leistungsspektrum», «Leistungsbereiche» und «Leistungsgruppen» möglichst einheitlich und stringent benutzt wird und dass wenn möglich anstatt «ganzes Leistungsspektrum» «alle Leistungsgruppen» angewendet wird.

Weiter ist gemäss der **GDK** sowie **AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG UR VD VS ZG ZH** Absatz 3 Satz 2 missverständlich formuliert. Es sei anzunehmen, dass es um die in den GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung (Empfehlung 3 c) formulierte Idee gehe, dass jeder Kanton um die Versorgungssicherheit in allen Leistungsbereichen bzw. –gruppen besorgt sein sollte. Es müsse unmissverständlich klar sein, dass aus dieser Bestimmung kein Anspruch eines Spitals auf einen Leistungsauftrag für das gesamte Leistungsspektrum abgeleitet werden könne (Vorschlag: « Der Kanton erteilt für sämtliche [**AG**: «jede»] Leistungsgruppe mindestens einen Leistungsauftrag an ein inner- oder ausserkantonales Spital»). Falls dieser Absatz aber bedeuten sollte, dass die Kantone jede Leistungsgruppe beplanen sollen, könnte man daran gemäss **ZG** auch deutlich sehen, dass diese Vorlage nur für grosse Kantone (wenn überhaupt) sinnvoll sei. Der Kanton Zug sei bis jetzt gut damit gefahren, gewisse Leistungsgruppen mit sehr geringen Fallzahlen gar nicht zu beplanen und jeweils eine Kostengutsprache zu erteilen.

Zum Absatz 4 betreffend die hochspezialisierte Medizin ist nach der GDK und den oben aufgeführten Kantonen anzumerken, dass sich die Spitalplanung auf das Krankenversicherungsrecht stütze, so dass auch die Planungsvorgaben von den Organen der IVHSM – so weit sinnvoll – beachtet werden müssten. Dies sei durch die Rechtsprechung immer wieder bestätigt worden. Im Absatz 4 sei nicht klar, ob dies weiterhin so gelten solle oder nicht. Zum Thema ist für die **GDK** sowie **AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** im erläuternden Bericht «Fachorgan» (Deutsch: S. 13, 5. Absatz / Französisch: S. 14, Abs. 5) mit «HSM-Beschlussorgan» anzupassen». Auch sei Absatz 4 wie folgt anzupassen: «Im Bereich der hochspezialisierten Medizin setzt das zuständige interkantonale HSM-Beschlussorgan die Bereiche und Teilbereiche des Leistungsspektrums und die entsprechenden Anforderungen und Auflagen fest». Zum Absatz 5 stellt sich für die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO UR VD VS ZG ZH** die Frage, was sein Nutzen ist, da im erläuternden Bericht (S. 13, 6. Absatz) auf die GDK-Empfehlung für eine Anwendung einer einheitlichen Leistungsgruppensystematik SPLG hingewiesen werde und diese Systematik die in Artikel 58f Absatz 5 Buchstabe a.-g. enthaltenen Anforderungen ohnehin schon enthalte. Falls an der Bestimmung festgehalten werde, müsste präzisiert werden, dass sie nur für die Akutsomatik Gültigkeit habe. Die Kriterien seien für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation nicht anwendbar (Vorschlag [eventualiter]: «Die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung im Bereich der Akutsomatik erteilten Leistungsaufträge halten fest, welche der folgenden Auflagen pro Leistungsgruppe zu erfüllen sind»).

Ausserdem gilt nach Ansicht der **GDK** sowie **AI AR BE BL BS GL JU LU NE NW OW VD SG SH SZ SO TG UR VD VS ZG ZH** die Auflage von Absatz 5 Buchstabe a der «Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie» nicht für alle Spezialkliniken. Im erläuternden Bericht solle explizit darauf hingewiesen werden, dass nicht für alle Kliniken sämtliche Auflagen nach Artikel 58f Absatz 5 Buchstabe a.-h. gemacht werden müssen. Korrigiert müssten nach den genannten Kantonen ohne **UR** auch die Buchstaben b (Vorschlag: «Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte und ihre Fortbildung») und einschliesslich **FR**, f (Vorschlag: «Qualitätssicherung, zum Beispiel interdisziplinäre Fallbesprechung»).

Die Möglichkeit nach Absatz 6 zur Definition von maximalen Leistungsmengen begrüsst **AG**. Für die **GDK** sowie **AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG UR VD VS ZG ZH** handelt es sich bei Buchstabe c um Sanktionen, nicht um Auflagen (was sei damit gemeint? Könnten aufgrund dieser Bestimmung degressive Tarife vorgesehen werden?).

Zum Absatz 7 ist für die letztgenannten Kantone ohne **FR** festzuhalten, dass das Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme nur beschränkt Wirkung entfalten könne, solange der Bereich der Zusatzversicherung unangetastet bleibt. Das Spital würde auch mit einem Boni-Verbot als Betrieb immer noch den Anreiz zur Mengenausweitung haben, solange die Zusatzversicherung für Eingriffe lukrative Entschädigungen vorsehe. Zur «Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a des Gesetzes» ist für die **GDK** sowie **AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SZ SO TG VD VS ZG ZH** nicht klar und wie diese Auflage von den Kantonen konkret im Sinne eines «Verbots unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme» als Auflage formuliert werden müsste. Daher sei dieser Teil zu streichen. **BS** begrüsst grundsätzlich die Verankerung des Verbots von mengenabhängigen Boni und Kickbacks. Sie würden zusammen mit den ermöglichten Leistungsmengenbegrenzungen auch bei zusatzversicherten Patientinnen und Patienten ihre Wirkung zur Eindämmung der Mengenausweitung entfalten.

Nach **GR** fehlt in Bezug auf Absatz 3 eine Begründung, weshalb für das ganze Leistungsspektrum der Spitäler Leistungsaufträge zu erteilen sind. Leistungsaufträge seien einem Spital nur insoweit zu erteilen, als dafür ein Versorgungsbedarf bestehe. Der zweite Satz dieses Absatzes sei demzufolge ersatzlos zu streichen.

Zudem ist für **GR** und **TG** die Formulierung von Absatz 5, dass die Kantone für jede Leistungsgruppe festlegen müssen, welche Anforderungen für welche der aufgelisteten oder allfällig weiteren Parameter zu erfüllen sind, im Widerspruch zu den Erläuterungen, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liege, über die Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden. Dieses Ermessen sei im Absatz 5 anstelle der vorgeschlagenen Auflistung der zu erfüllenden Auflagen festzuhalten. Zudem sei die Ausführung des Kommentars, wonach in einem Stadtkanton höhere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden könnten als in einem Landkanton, zwingend zu korrigieren. Stadtkantone könnten nicht höhere, sondern andere Anforderungen an die Spitäler stellen als Landkantone. Eine qualitativ hochstehende stationäre Versorgung könne auch anders als durch Mindestfallzahlen, deren qualitätsfördernde Wirkung nicht belegt ist, bewerkstelligt werden. **GR** und **TG** schlagen vor, dass die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erteilten Leistungsaufträge festhalten müssen, welche Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu erfüllen seien. Der Antrag bedeutete im Ergebnis, dass Buchstaben a – h ersatzlos zu streichen seien. Ausserdem beantragen **GR** und **TG** die Streichung der Bestimmung über die Mindestfallzahlen. Bis auf wenige Eingriffe im Bereich der hochspezialisierten Medizin würde es keine wissenschaftlichen Nachweise für eine signifikante Erhöhung der Output-Qualität bei höheren Fallzahlen geben. Es gäbe demgegenüber zahlreiche Studien, welche die Wirksamkeit von Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsverbesserung grundsätzlich bezweifeln. Auch

aus Sicht des Bundesrats sei der Zusammenhang zwischen Mindestfallzahlen und Ergebnisqualität nicht belegt. In seinem Bericht "Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung" vom 18. Dezember 2013 habe der Bundesrat aufgeführt, dass ein vorsichtiges und pragmatisches Vorgehen so lange angebracht sei, als die wissenschaftlichen Grundlagen für die Festsetzung von Mindestfallzahlen in vielen Bereichen noch nicht vorhanden seien. Auch die wissenschaftlichen Abhandlungen oder die Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken belegten die Wirksamkeit von Mindestfallzahlen in der Grundversicherung nicht. Zudem stehe die Forderung nach Mindestfallzahlen im Widerspruch zum Bericht der Expertengruppe betreffend Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 24. August 2017. Gerade bei Vorgaben zu Mindestfallzahlen bestehe ein erheblicher Anreiz, auch medizinisch nicht notwendige Operationen und Eingriffe vorzunehmen. Würden die Mindestfallzahlen auch noch pro Operateur gefordert, dann würden die Spitälern in grossem Masse abhängig von Ärztinnen und Ärzten sein, welche diese Mindestfallzahlen vorweisen können. Dies würde wiederum zu weiteren Mehrkosten führen.

Zum Absatz 6 schreibt **GR**, dass die maximalen Leistungsmengen zu einer Mengengrenzung – im Widerspruch zum vom KVG erwarteten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern – führen würden. Durch maximale Leistungsmengen würde die in Artikel 41 Absatz 1 KVG statuierte Wahlfreiheit der Versicherten eingeschränkt beziehungsweise aufgehoben und damit Spitälern mit einer hochstehenden Qualität benachteiligt, was nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sein könne. Eine gesetzliche Grundlage wäre daher erforderlich.

Gemäss **VD** soll unter Absatz 3 die bestehende Version von Artikel 58e Absatz 2 beibehalten werden. Der zweite Satz bringe nichts und stehe im Widerspruch zum Entwurf des 4. Absatzes. Für die «interdisziplinäre Falldiskussion» gemäss Absatz 5 Buchstabe f verweist er auf das Vorgehen der «Peer review», das jedoch umfangreiche Ressourcen erfordert und in kleinen Spitälern schwierig umzusetzen sei. Eine solche Vorgehensweise sollte als möglich, nicht aber als obligatorisch gelten.

TI weist darauf hin, dass der Absatz 5 die im Planungsmodell des Kantons Zürich festgelegten Bestimmungen (wie die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, Notfall- und Intensivstationen, die Mindestfallzahlen oder die Qualitätsgarantie) betrifft und unter Absatz 6 die Möglichkeit eingeführt werde, quantitative Beschränkungen einzuführen. Der Kanton TI habe sich bei der eigenen Spitalplanung vollumfänglich auf das Zürcher Modell gestützt. Was die Auflistung der Anforderungen – einschliesslich die Möglichkeit, Höchstmengen festzulegen – betreffe, stimme er dem Änderungsvorschlag zu. In gewissen Fälle könnten diese Anforderungen jedoch zu verbindlich sein. Für die Kantone müsse ein Ermessungsspielraum bestehen bleiben.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **glp** ist mit Absatz 5 Buchstabe g einverstanden. Diese Bestimmung sollte jedoch damit ergänzt werden, dass zwei unterschiedliche Schwellenwerte benutzt werden: eine höhere Mindestfallzahl für die erstmalige Aufnahme und eine tiefere Mindestfallzahl für die Erneuerung des Auftrages. Wenn ein Spital eine neue Leistungsgruppe erhält, die Mindestfallzahlen aber nur knapp erreicht, bestehe die permanente Gefahr, diese Schwelle wieder zu unterschreiten. Das könne dazu führen, dass Fälle «gesucht/erfunden» werden, um die Schwelle zu halten. Diesem Fehlanreiz könne mit der obererwähnten Ergänzung entgegengewirkt werden. Ferner sollte Absatz 5 um einen neuen Buchstabe **g^{bis}** ergänzt werden, wonach Mindestfallzahlen sicherstellen sollen, dass nur Personen mit genügend Erfahrung operieren bzw. behandeln dürfen. Sei die behandelnde Person respektive das zugehörige Team an mehreren Spitälern tätig, sei dies bei der Ermittlung der Mindestfallzahlen zu berücksichtigen. Momentan würden die Zahlen für jedes Spital separat ermittelt und nicht bezogen auf die behandelnde Person. Es sei heute aber durchaus üblich, dass die gleiche Person an mehreren Spitälern operiere.

Dieser Umstand müsse berücksichtigt und im Wortlaut der Verordnung verankert werden. Weiter sollte Artikel 58f um einen neuen Absatz 5^{bis} ergänzt, wonach die Leistungsaufträge separat für Erwachsene und Kinder vergeben werden. Schliesslich ist die glp mit Absatz 6 Buchstaben a und b nicht einverstanden. Leistungsaufträge, die mit einer maximalen Anzahl von Interventionen verbunden sind, könnten zu Fehlanreizen führen, d.h. zur Ausreizung der Quote bzw. - im Fall einer Überschreitung der Quote - zu finanziellen Konsequenzen für den Patienten. Maximale Leistungsmengen seien aus der Verordnung zu entfernen. Dafür sollte die Indikationsqualität explizit erwähnt sowie die Folgen der Nichteinhaltung geregelt werden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse ist der Meinung, dass mit den vorgeschlagenen Anpassungen in Absätze 5 bis 7 den Kantonen per Verordnung erlaubt werde, die Leistungsaufträge an Auflagen zu knüpfen. Das KVG sehe diese Möglichkeit nicht explizit vor. Das sei auch richtig so, denn die Kantone sollen sich im Rahmen ihrer gesundheitspolizeilichen Tätigkeit auf die Patienten- und Versorgungssicherheit konzentrieren, egal wer die Leistungen bezahlt. Wenn Auflagen im Rahmen der kantonalen Versorgungsplanung zur Anwendung kommen sollen, dann müsse zwingend sichergestellt werden, dass die anteilige Finanzierung der OKP-Leistung nach Artikel 49a nicht einseitig durch die Kantone aufgehoben werden kann. Auflagen für die soziale Krankenversicherung seien folglich dann problematisch, wenn der Kanton seine Leistungspflicht nach Artikel 49a KVG im Einzelfall an die Erfüllung der Auflage knüpfe, denn der Versicherer könne die Einhaltung von Auflagen aufgrund fehlender Rechtsmittel grundsätzlich nicht überprüfen. Dies obliege allein dem jeweiligen Kanton. Durch den «auflagebedingten Wegfall» des Kantonsanteils könnten in der Folge ungedeckte Behandlungskosten zu Lasten der versicherten Person oder systemwidrig zu Lasten einer allenfalls bestehenden Zusatzversicherung anfallen, obwohl der Kanton seinen Leistungsanteil nach KVG grundsätzlich schuldet. Mit anderen Worten: die Möglichkeit von Auflagen könne es einem Kanton ermöglichen, sich seiner Leistungspflicht nach KVG teilweise zu entziehen. Dieses Phänomen lasse sich bereits heute am Beispiel der Maximalmengen (limitierte Leistungsaufträge) deutlich nachvollziehen. Würden im Rahmen der Verordnungsanpassung nun auch weitere Auflagen ermöglicht, verschärfe sich das Problem zusätzlich. Diese Entwicklung entspreche klar nicht dem Willen des Gesetzgebers.

Der **CP** möchte die Absätze 5 und 6 aufheben, da diese dem Reformgeist der neuen Spitalfinanzierung aus dem Jahr 2012 widersprechen. Diese sah insbesondere eine Qualitätsverbesserung mittels Konkurrenzförderung zwischen den Betrieben vor. Die Festlegung eines maximalen Leistungsvolumens führe zu einer Erhaltung der Spitalaktivitäten. Ein solches Vorgehen würde definitionsgemäss die besten Betriebe daran hindern, die Zahl der kostengünstigsten Behandlungen zu erhöhen und infolgedessen weniger leistungsstarke Betriebe begünstigen. Diese Bestimmungen würden zudem die neuesten Entwicklungen der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Genfer und Tessiner Spitalplanung in diesem Bereich nicht berücksichtigen.

Für **economiesuisse** sollte Absatz 7 gestrichen werden. Hier sei es unklar, was «unsachgemäss» bedeutet und ab wann von einer «Mengenausweitung» gesprochen werden kann. Solche ungenauen Rechtsbegriffe sollen vermieden werden. Aus Sicht von economiesuisse gibt es Möglichkeiten, ökonomische Anreize möglichst in Tarifverträgen sinnvoll und flexibler als in Gesetzen und Verordnungen zu gestalten, daher sollten sie nicht pauschal verboten werden.

Bezüglich Absatz 7 begrüsst der **SGB** sehr die vorgeschlagene Verschärfung der Anforderungen für kantonale Leistungsaufträge an Listenspitäler durch ein Verbot «unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme». Zielbezogene Boni seien ganz allgemein, aber insbesondere in der öffentlichen Grundversorgung, völlig fehl am Platz. Solche mengenabhängigen Anreize seien nicht nur falsch und teuer, sie seien gar kontraproduktiv und doppelt kostspielig. Weil

halbprivat- bzw. privatversicherte Patientinnen finanziell attraktiv seien – für die behandelnden Ärztinnen unter anderem aufgrund von grosszügigen Boni – seien sie systematisch Opfer von Überversorgung. Dieser Missstand werde aber mit der vorgeschlagenen Verordnungsänderung nicht angegangen. Die unnötigen Kosten einer jeden überflüssigen zusatzversicherten Behandlung fallen grösstenteils in der Grundversicherung an, da der medizinische Tarif auch bei solchen Eingriffen über die Grundversicherung abgerechnet werde. Es könne also nicht sein, dass die Unterscheidung zwischen VVG und KVG als Grund erklärt werde, um die regulatorische und gesetzliche Untätigkeit im Bereich der Zusatzversicherungen – mit Sicherheit jener Bereich des Gesundheitswesens mit den höchsten und teuersten Fehlanreizen – zu rechtfertigen. Der Expertenbericht Kostendämpfung fordere explizit die Verhinderung missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife (Massnahme 28). Das SGB fordert daher, dass sowohl der definitive bundesrätliche Beschluss zur hiermit vorgeschlagenen Verordnungsänderung als auch der lange erwartete Gesetzesentwurf zum zweiten Kostendämpfungspaket die Problematik der durch Fehlanreize der Zusatzversicherungen ausgelösten Mehrkosten gebührend berücksichtigt und Massnahmen vorschlägt bzw. festschreibt. Im Bereich der Vergütungstransparenz seien über die Verordnungsebene hinaus weitere Schritte nötig. Unter anderem brauche es eine baldige und griffige Umsetzung der vom Parlament kürzlich überwiesenen (und vom Bundesrat unterstützten) Motion Heim 18.3107 zur Lohntransparenz von Ärztinnen in leitender Funktion.

Für **economiesuisse** könnte eventualiter Artikel 58f mit einem neuen Absatz 8 ergänzt werden, wonach den Kanton nicht von seiner Pflicht zur Übernahme des Kantonsanteils gemäss Artikel 49 Abs. 1 des Gesetzes befreit ist, wenn das Spital eine oder mehrere Auflagen verletzt. Der Bundesrat sei dazu verpflichtet, die Leistungspflicht des Kantons im Rahmen des KVG bei der Vorgabe der Planungskriterien zu gewährleisten. Genau das sollte die Spitalfinanzierung leisten. Nicht korrekt erscheine die Argumentation, wonach es nicht in der Kompetenz des Bundesrates liege, Fragen wie die Abgrenzung der Kostenübernahme durch einen Kanton zu regeln.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson und **ProRaris** verlangen, dass in der Auflistung von Absatz 5 die Verfügbarkeit und die Anforderungsstufe der koordinierten Versorgung von Menschen mit komorbiden Erkrankungen ergänzt wird. Für Menschen, deren psychische wie auch körperliche Erkrankungen einer akuten Behandlung bedürften, seien integrierte Behandlungsmodelle unabdingbar. Für Verein Morbus Wilson sollte es eine unabhängige Kontrollstelle geschaffen werden, welche die Arztzeugnisse sowie OPs und andere Leistungen aller Ärzte überprüft.

Für die **SPO** sei insgesamt sehr begrüssenswert, dass neu die Auflagen pro Leistungsgruppe in der KVV verankert werden.

Nach Ansicht der SPO sei in Absatz 5 Buchstabe e. zu berücksichtigen, dass die Kooperation mit anderen Spitalern an Grenzen stosse. Ebenfalls seien Leistungsgruppen zu beachten, bei denen es bereits eine Rolle spielen könne, ob ein Arzt im Hause sei, der eine Komplikation aufgrund seiner Ausbildung und seiner Erfahrung überhaupt erst erkennen könne.

Ferner sollte Buchstabe g. damit ergänzt werden, dass Mindestfallzahlen mit stichprobenartiger Überprüfung der Indikationsqualität gekoppelt werden sollen. Mindestfallzahlen pro Spital (Team) und Operateurin seien wichtig, um die Voraussetzungen für eine Qualitätssteigerung zu schaffen. Wer aber Mindestfallzahlen vorschreibe, dürfe dies nicht tun, ohne gleichzeitig die Indikationsqualität zu überprüfen. Indikationskonferenzen (siehe Buchstabe f) seien ein

wichtiger Baustein dabei, aber daneben sei es auch zentral, dass die Indikationsqualität retrospektiv – gerade auch bei kleineren Eingriffen - stichprobenartig überprüft werde. Nur so könne der Gefahr einer Überbehandlung vorgebeugt werden.

Absatz 6 Buchstabe a. solle wie Absatz 5 Buchstabe g. damit ergänzt werden, dass Mindestfallzahlen mit stichprobenartiger Überprüfung der Indikationsqualität gekoppelt werden sollen.

AGILE.CH, Verein Morbus Wilson und ProRaris begrüßen Absatz 7, der Anreize zu unnötigen Eingriffen in den Leistungsverträgen verbiete.

Die **SPO** begrüsst das Verbot von Anreizsystemen. Dies gelte insbesondere für die Umgehung der Aufnahmepflicht

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Swiss Reha ist der Meinung, dass die vorgeschlagenen Massnahmen im Bereich der Rehabilitation so lange nicht zielführend seien, als der Begriff der Rehabilitation nach KVG vom Bund inhaltlich nicht geklärt worden sei.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** lehnen die Bestimmung von Absatz 3 ab, weil sie einen zu grossen und zum Teil KVG-widrigen Interpretationsspielraum zulasse. Falls diese Bestimmung so zu verstehen sei, dass sie Spitälern verbietet, Leistungen anzubieten, welche über kantonale Leistungsaufträge hinausgehen, dann sei sie KVG-widrig und abzulehnen. In diesem Fall stünde diese Bestimmung im Widerspruch zur Vertragsautonomie, welche den Tarifpartnern die Möglichkeit gibt, Verträge über Leistungen ausserhalb der kantonalen Spitalisten abzuschliessen.

Für den **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** und die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** ist Absatz 3 zu streichen.

Für **H+**, die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, **Hirslanden**, den **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** und die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** wäre ein Verbot für die Listenspitäler ein Eingriff in die Handels- und Gewerbefreiheit und eine krasse Benachteiligung gegenüber den Vertragsspitälern. Die Vorgabe benachteilige die Listenspitäler bei der Entwicklung von Innovationen und neuen Versorgungsangeboten. Zudem wirke sich diese Vorgabe innovationshemmend aus, wenn ein Spital nicht Vorarbeiten für einen neuen Leistungsauftrag leisten könne. Diese Bestimmung sei deshalb nicht KVG- und VVG-konform und schaffe Rechtsunsicherheit.

Hirslanden, der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** und die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** sind auch der Meinung, dass es der Vertragsautonomie der Tarifpartner (Versicherer und Spital) unterliege, Verträge über Leistungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste abzuschliessen.

Ferner weisen **H+** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** darauf hin, dass falls Absatz 3 so zu verstehen sei, 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 könne dieser Bestimmung zugestimmt werden. **H+** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sind weiterhin der Ansicht, dass gemäss dieser Bestimmung Leistungsaufträge nur für das ganze Leistungsspektrum eines Spitals erteilt werden könnten. Dies stehe aber im Widerspruch zu Artikel 39 KVG, wonach auch nur Abteilungen eines Spitals die Zulassung erhalten können. Diese Bestimmung sei auch aus diesem Grund KVG-widrig.

Nach der Meinung vom **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)** sollte der zweite Satz von Absatz 3 gestrichen werden. Eine Begründung, weshalb für das ganze Leistungsspektrum der Spitäler Leistungsaufträge zu erteilen sind, fehle. Leistungsaufträge seien einem Spital nur insoweit zu erteilen, als dafür ein Versorgungsbedarf bestehe.

Der **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** schlagen vor, dass die Bestimmung von Absatz 3 um den Zusatz ergänzt wird, dass die Kantone mindestens einen Leistungsauftrag an ein inner- oder ausserkantonales Spital für spezifische komplementärmedizinische Leistungen erteilen.

Für die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** sollte Absatz 3 so ergänzt werden, dass es sowie für alle Versorgungsstufe Leistungsaufträge erteilt werden. Die Vollständigkeit der Leistungsaufträge bedeutete auch, dass die Endversorgung durch die Universitätsspitäler mitberücksichtigt werde. Es sei entsprechend nicht nur das Leistungsspektrum im Sinne der Leistungsgruppen gemäss SPLG abzudecken, sondern es seien auch alle Versorgungsstufen abzubilden. Im Kommentar sei dies zu präzisieren. Diesbezüglich weisen die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** darauf hin, dass in den aktuellen kantonalen Planungen die Funktionen der universitären Medizin als «Endversorger» ungenügend abgebildet seien. Die Lasten der universitären Versorgung, sei sie stationär oder ambulant, liege vor allem bei den Standortkantonen, während die meisten nicht-universitären Kantone sich nur teilweise daran beteiligten. Dies werde dem Charakter der Endversorger, welche die Universitätsspitäler für die ganze Schweiz einnehmen, nicht gerecht. Entsprechend sei es wichtig, im Rahmen der interkantonalen Planung sicherzustellen, dass bei den kantonalen Planungen alle Versorgungsebenen inkl. der Versorgung durch ein Endversorgungsspital in der Planung abgedeckt sind. Deshalb müsse das in den Listen und Leistungsaufträgen festzuhaltende Leistungsspektrum nicht nur alle Leistungsgruppen gemäss SPLG sondern auch alle Versorgungsstufen von der Grundversorgung bis hin zur Endversorgung beinhalten.

Die **Société vaudoise de médecine** möchte unter Absatz 4 «in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften» hinzufügen. Der Staat solle in Absprache und mit einem ausreichenden medizinischen Fachwissen handeln. Bei Absatz 5 solle die «interdisziplinäre Falldiskussion» aufgehoben werden, da diese bereits in die Qualitätssicherung aufgenommen sei und die operationellen Vorgehensweisen der Spitäler zu stark betreffen würde. Somit seien die Spitalärzte für die Gewährleistung der Qualität zuständig. Im Übrigen sei Buchstabe g aufzuheben, da die Vorgabe einer Mindestfallzahl nicht nützlich sei. Zudem sei es gefährlich, Buchstabe h hinzuzufügen, da dieser den Weg zu einer Planung im Stil einer Vetternwirtschaft ebne und bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht nützlich sei. Das kantonale Recht müsse den Zielen auf Bundesebene entsprechen. Zudem sei Buchstabe a von Absatz 6 aufzuheben, da eine Volumenbeschränkung im Bereich der somatischen Akutpflege im Spital wenig verständlich sei.

H+ und die **Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG** lehnen die Bestimmung nach Absatz 5 ab. Dem Wortlaut dieser Bestimmung zufolge seien die unter Buchstaben a bis

h aufgeführten Auflagen als Auswahlkatalog zu verstehen. Gemäss erläuterndem Bericht sei diese Liste nicht abschliessend: dort heisse es, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liege, über die Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden. Die unter Buchstaben a bis h aufgeführten Parameter seien ausnahmslos Strukturkriterien. Auch die Beispiele, die zu Buchstabe f (Qualitätssicherung) genannt werden – interdisziplinäre Fallbesprechungen, Tumorboards, Indikationskonferenzen – seien reine Strukturkriterien. Anforderungen bezüglich Ergebnis- oder Indikationsqualität gäbe es hingegen keine. Damit werde unter dem Vorwand einer qualitativ hochstehenden Versorgung jede erdenkliche Strukturvorgabe für jede einzelne Leistungsgruppe legitimiert. Dies stelle einen Freipass für die Verwirklichung von Partikularinteressen dar. Im Ergebnis werde diese Bestimmung einen unabsehbaren Kostenschub auslösen. Ausserdem sei mit einem schweizweiten Wildwuchs zu rechnen. Dies laufe der expliziten Zielsetzung der Verordnung, die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone zu verringern und einen effizienten Mitteleinsatz zu fördern, diametral zuwider. Den gesetzlichen Auftrag, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen, erfülle der Bundesrat auf diese Weise nicht (Artikel 39 Abs. 2ter KVG). Im erläuternden Bericht werde auf die Systematik des vom Kanton Zürich entwickelten und bis heute aktualisierten Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Bezug genommen. Nach ihrer Ansicht wurden aber die SPLG einseitig entwickelt und werden nicht in allen Kantonen angewendet. Ausserdem seien die SPLG bei einigen Spitälern umstritten. H+ und die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG sind weiterhin der Meinung, dass sowohl die Art der Minimal-Anforderungen als auch die Ebene/Flughöhe pro Leistungsgruppe oder pro Prozedur bzw. CHOP-Code, wo diese Anforderungen greifen, sehr problematisch sind. In den SPLG seien bestimmte Richtlinien von bestimmten Fachgesellschaften verbindlich erklärt worden, ohne dass diese Richtlinien einem nationalen Anerkennungsverfahren unterstellt worden wären. Dies sei 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 hätten, würden bis zum heutigen Tag hierzu nicht angehört. Problematisch sei weiterhin, dass die in den SPLG hinterlegten Anforderungen zum Teil von den Kantonen einseitig aufgestellt würden, 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 würden und dass dieser Einfluss mit dem vorliegenden KVV-Revisions-Entwurf drastisch zunehmen werde, sei nötig, dass die bis heute aufgestellten Minimalanforderungen unter Einbezug der strategischen und operativen Führungsorgane der Spitäler überprüft werden und dass beim Aufstellen künftiger Minimalanforderungen auch die strategischen und operativen Führungsorgane der Spitäler einbezogen werden. Die Verbindlichkeitserklärung solcher Anforderungen an Leistungsgruppen sei zudem schweizweit zu koordinieren und einheitlich zu regeln. Falls stattdessen die Anforderungen kantonal geregelt würden, würden im schlimmsten Fall einem nationalen Preisbildungssystem 26 verschiedene Investitionsplanungen gegenüberstehen, womit ein regelrechtes Durcheinander programmiert sei. Die vorliegende Verordnungsänderung sehe leider genau das vor. Da ferner die Kantone die Anforderungen an die einzelnen Leistungsgruppen eigenständig und ohne interkantonale Koordination aufstellen könnten, gelte dies auch für die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den SPLG. Somit könnten die Kantone Doppelspurigkeiten oder, was schwerer wiege, Widersprüche zu den nationalen, zwischen Vertragspartnern vereinbarten Qualitätsverträgen, schaffen. Hier bestehe dringender Klärungs- bzw. Koordinationsbedarf, nicht zuletzt mit Blick auf einen sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen aller beteiligten Akteure.

Für **H+**, das **KSA, Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG**, die **Gesundheitszentrum Fricktal** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sei die Ausführung

auf der Seite 13 der Erläuterungen, wonach in einem Stadtkanton höhere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden können als in einem Landkanton, zwingend zu korrigieren. Stadtkantone könnten nicht höhere, sondern andere Anforderungen an die Spitäler stellen als Landkantone. Eine qualitativ hochstehende stationäre Versorgung könne auch anders als durch Mindestfallzahlen, deren qualitätsfördernde Wirkung nicht belegt sei, bewerkstelligt werden. Nach Ansicht von H+ sollte die Ausführung lauten: In einem Stadtkanton können andere Anforderungen an die Spitäler gestellt werden als in einem Landkanton.

Für das **KSA**, den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG**, die **Gesundheitszentrum Fricktal**, die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** sollten die Buchstaben a-h von Absatz 5 durch die Formulierung ersetzt werden, dass die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erteilten Leistungsaufträge festhalten, welche Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu erfüllen sind.

Für das **KSA**, den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG** und die **Gesundheitszentrum Fricktal** stehe die Formulierung der Vorlage im Widerspruch zu den Ausführungen auf Seite 13 der Erläuterungen, dass es im Ermessen der einzelnen planenden Kantone liegt, über die Anforderungen bezüglich einer möglichst qualitativ hochstehenden stationären Versorgung zu entscheiden. Dieses Ermessen sei im Absatz 5 anstelle der vorgeschlagenen Auflistung der zu erfüllenden Auflagen festzuhalten.

Die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** ist der Ansicht, dass es zu starr sei und keinen Sinn mache, die Auflagen pro Leistungsgruppe in einer Verordnung detailliert zu regeln. Es brauche an dieser Stelle mehr Flexibilität und einen Austausch unter Fachpersonen. Eventuell sei in der Verordnung einen Hinweis vorzusehen, dass die SPLG Auflagen gelten.

Die **Berit Klinik AG** stellt fest, dass die revidierte Verordnung vorsieht, dass jeder Kanton für sich die Auflagen je Leistungsgruppe und die Leistungsgruppe an sich definieren soll. Ihrer Meinung nach werde damit das Ziel einer Vereinheitlichung bzw. einer Standardisierung der Medizin über gesamtschweizerische Qualitätsansprüche verfehlt. Den Kantonen werde weiterhin ein zu weites Ermessen in der qualitativen Ausgestaltung ihres Spitalangebots zugestanden.

Die **RehaClinic AG** weist darauf hin, dass schweizweit einheitliche Leistungsgruppen in der Rehabilitation fehlen. Aus diesem Grund könnten auch keine einheitlichen Auflagen pro Leistungsgruppe festgelegt werden. Ein Qualitätsvergleich werde durch unterschiedliche Auflagen verunmöglicht. Jene Institutionen, welche aufgrund der kantonalen Vorgaben mehr Auflagen zu erfüllen haben (z.B. höherer Personalschlüssel, mehr Fachärzte etc.), würden gegenüber Institutionen wirtschaftlich benachteiligt, welche ihren Standort in Kantonen mit weniger hohen Anforderungen haben. Eine Wettbewerbsverzerrung sei die Folge.

Für **Swiss Nurse Leaders** ist diese Bestimmung einen starken Eingriff in die Kantonshoheit. Mindestfallzahlen seien nicht immer Garant für eine gute Qualität und mancher Patient werde so nur operiert, damit die Mindestfallzahl erreicht wird.

Für den **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** soll Absatz 5 Buchstabe a mit den Zusatz ergänzt werden, dass die Auflage der Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie auch ausgewählter komplementärmedizinischer Angebote umfasst, für die es einen vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannten Fähigkeitsausweis gibt.

Für **Hirslanden** sei nicht klar definiert, was unter «Grundangebot» verstanden wird. Dabei wäre gerade in diesem Bereich unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit eine Konkretisierung hilfreich.

Für **swiss orthopaedics** sollte diese Bestimmung mit dem Hinweis «Verfügbarkeit eines Grundangebotes in den nicht-operativen und operativen Fachgebieten» angepasst werden.

Für die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** sollte die Buchstabe a so angepasst werden, dass die Auflage der Verfügbarkeit eines Grundangebots die Fachgebiete Innere Medizin oder Chirurgie betreffe. Das Grundangebot müsse nicht zwingend die Innere Medizin und die Chirurgie umfassen. Es sollte auch Grundversorgungsspitäler ohne chirurgisches Angebot geben können.

swiss orthopaedics stellt die Frage, ob mit dem Absatz 5 Buchstabe b gemeint ist, dass für die in Weiterbildung sich befindlichen Ärztinnen und Ärzte die Weiterbildung gewährleistet sein muss oder ob die Fortbildung gemeint ist.

Für **Hirslanden** fehle in der Buchstabe c eine klare Definition, was mit dem Wort «Notfallstation» genau gemeint wird. Es sei nicht klar, ob sich nur anerkannte Notfallstationen darunter subsumieren lassen oder ob die Bestimmung auch für nicht anerkannte Notfallstationen gilt.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** lehnen die Bestimmung vom Absatz 5 Buchstabe f ab. Die Regelung der Qualitätssicherung auf Ebene der Leistungsgruppen sei abzulehnen, da dies der falsche Ort und die falsche Ebene sei. Solche wichtigen Q-Sicherungsinstrumente seien in einem nationalen Kontext einheitlich zu verankern und zu lenken. Es fehle 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.

H+ und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** lehnen die Mindestfallzahlen nach Absatz 5 Buchstabe g als isoliert festgelegte Auflage pro Leistungsgruppe ab. Für einige Leistungen könnte eine Korrelation von Mindestfallzahlen und Ergebnisqualität nachgewiesen werden, für andere nicht. Die Korrelation sei aber nicht gleichbedeutend mit Kausalität. Eine blossige Steigerung von Fallzahlen bewirke nicht automatisch bessere Qualität.

Hirslanden ist der Ansicht, dass die Kantone einen zu grossen Ermessensspielraum haben, wie sie die Mindestfallzahlen definieren möchten. Dies stehe einer wünschenswerten, nationalen Vereinheitlichung entgegen.

Der **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG** und die **Gesundheitszentrum Fricktal** weisen darauf hin, dass es keine wissenschaftlichen Nachweise für eine signifikante Erhöhung der Output-Qualität bei höheren Fallzahlen vorliegen. Diesbezüglich weisen **H+ und die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG** darauf hin, dass weder die Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) noch wissenschaftliche Abhandlungen die Wirksamkeit von Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsverbesserung in der Grundversicherung belegten.

H+ ist der Meinung, dass Mindestfallzahlen Sinn machen, wenn es darum gehe, sehr tiefe Fallzahlen und damit sogenannte Gelegenheitsoperationen zu vermeiden, also typischerweise bei komplexen Eingriffen und Behandlungen, die der Hochspezialisierten Medizin (HSM) zugerechnet werden. **H+ und die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sind weiterhin der Ansicht, dass eine zu rigide Beurteilung von Fallzahlen ausser Acht lasse, dass Fallzahlen von Jahr zu Jahr je nach Inzidenz der untersuchten Krankheits- und Unfallbilder beträchtlich schwanken könnten und deshalb kein justiziables Kriterium sein dürften.

Für **H+**, die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG**, die **Gesundheitszentrum Fricktal**, **Hirslanden** und die **Schweizer-**

rische Belegärzte-Vereinigung (SBV) bestehe bei Vorgaben zu Mindestfallzahlen ein erheblicher Fehlanreiz zur Mengenausweitung. Das heisse, auch medizinisch nicht notwendige Operationen und Eingriffe würden vorgenommen, um die Mindestfallzahlen zu erreichen.

Nach Ansicht von **H+, der Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG, Hirslanden und die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** schaffe der Bundesrat einen Widerspruch, wenn er einerseits Anreizsysteme zur Mengenausweitung verbieten (siehe Art. 58f Abs. 7) und andererseits mit Mindestfallzahlen einen entgegengesetzten Anreiz vorschreiben will.

H+, die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG und Hirslanden weisen noch darauf hin, dass Mindestfallzahlen auch zu einer unverhältnismässigen Einschränkung des Leistungsspektrums führen könnten (Stop-and-Go-Regelung), wenn sie nicht erreicht werden. In beiden Fällen trügen Mindestfallzahlen nichts zur qualitativen Verbesserung der Versorgung bei, viel eher zu deren Verschlechterung.

Für **H+**, den **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, die **Asana Spital Leuggern AG**, die **Asana Spital Menziken AG**, die **Barmelweid Gruppe AG** und die **Gesundheitszentrum Fricktal** würden ferner die Spitäler in grossem Masse abhängig von Ärzten, welche Mindestfallzahlen vorweisen können, wenn diese auch noch pro Operateur gefordert würden. Diese Anreize würden zwangsläufig zu Mehrkosten führen.

H+ und der Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG sind weiterhin der Meinung, dass Mindestfallzahlen leider oft als Planungs- und nicht als Qualitätssicherungskriterium im KVG eingesetzt würden. Auf dieser Basis könnten Mindestfallzahlen unter dem Vorwand einer Qualitätsverbesserung zur planwirtschaftlichen Steuerung des stationären Angebots verwendet werden. Den Kantonen mit Mindestfallzahlen eine Mindestanforderung mit einer derart starken Hebelwirkung vorzuschreiben, könne gefährlich sein und sei deshalb abzulehnen. Falsch angewendet könnten Mindestfallzahlen die Förderung der Sicherheitskultur und der Indikationsqualität geradezu zerstören. Der Leidtragende sei in diesem Fall einzig und allein der Patient.

Für **H+** ist es dringend notwendig, weitsichtige Spielregeln aufzustellen, die den Umgang mit Mindestfallzahlen festlegen, 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, und damit die Variable Mindestfallzahl nicht nur als simples (und falsches) Steuerungsinstrument der regionalen Versorgungspolitik dient. Folgende Prinzipien seien zu empfehlen. Erstens seien Mindestanforderungen an Mindestfallzahlen mit dem einzigen Fokus der Patientensicherheit und -zufriedenheit und unter der Berücksichtigung einer aus Sicht des Patienten zu beurteilenden Indikationsqualität zu definieren. Zweitens sollten Mindestfallzahlen festgelegt werden, wo eine entsprechende medizinische Evidenz vorliegt und sofern das in Punkt 1 formulierte Prinzip nicht tangiert ist. Drittens sollten Mindestanforderungen an Mindestfallzahlen mit dem expliziten Ziel der Steuerung der Versorgungs- und Spitalplanung nur in Ballungszentren vorgenommen werden bzw. in Regionen, wo ein Überangebot nachgewiesen wurde und anderweitige Massnahmen nicht gegriffen haben. Dabei dürfe Punkt 1 nicht verletzt werden.

Für **Allianz Kinderspitäler der Schweiz** müssten allfällige Mindestfallzahlen im Bereich der Pädiatrie und Kinderchirurgie klar getrennt vom Erwachsenenbereich festgelegt werden, und zwar bezogen auf dem einzelnen Spital wie auch auf den einzelnen Operateur. Ihre Erwartung ist jedoch, dass von Minimalfallzahlen im Kinderbereich generell Abstand genommen wird. Sie weist darauf hin, dass die pädiatrischen und kinderchirurgischen Fallzahlen in der Schweiz aufgrund der bei Kindern und Jugendlichen gegebenen Morbiditätszahlen in vielen Fachbereichen deutlich tiefer als in der Erwachsenenmedizin seien.

Der **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed)**, die **UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** lehnen Mindestfallzahlen ab, da die Fallzahlen an Personen teilweise gering seien, die mit Komplementärmedizin behandelt werden. Gleichzeitig sei es nur bedingt erwiesen, dass Mindestfallzahlen zu besserer Ergebnisqualität führen. Im Gegenteil könnten Mindestfallzahlen Fehlansätze zu Mengenausweitung bieten.

Für den **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** ist diese Bestimmung anzupassen. Auf die Mindestfallzahlen pro Person sei zu verzichten. In den aller meisten Fällen sei nicht der Operateur alleine für die Qualität ausschlaggebend, sondern das Team. Im Weiteren sei die Vorgabe pro Person kostentreibend, da ein Wettbewerb um diese Ärztinnen und Ärzte entstehe.

Für **swiss orthopaedics** sollte diese Bestimmung gestrichen, oder mit dem Hinweis « in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften » ergänzt werden. **swiss orthopaedics** macht sich stark für eine qualitätsbezogene Zulassungssteuerung.

Die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** weist darauf hin, dass die Mindestfallzahlen unbestrittenermassen ein Qualitätsfaktor sind, jedoch einer unter vielen und nicht der Hauptqualitätsfaktor. Dies sei wissenschaftlich nicht haltbar, weshalb sich der Verdacht aufdränge, dass sie politisch begründet seien. Es sei allerdings zu vermeiden, dass Standardeingriffe von wenig routinierten Ärzten erbracht werden.

Für **swiss orthopaedics** und die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** stelle das Festlegen von Mindestfallzahlen einen erheblichen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar. Auch wenn dieser Eingriff rechtlich aufgrund der Leistungsaufträge gedeckt sei, sei die faktische Wirkung, eine Einschränkung der Berufsausübung, für die Leistungserbringer offensichtlich. Bei einer solchen Einschränkung sei das Verhältnismässigkeitsprinzip immer zu beachten. Dies sei in casu zweifelhaft. Beispielsweise müssten Komplikationen, Wiedereintritte und sonstige Qualitätsdefizite, die auf geringe Routine zurückzuführen sind, ein unhaltbares Ausmass angenommen haben. Eine solche Massnahme müsse nicht nur ein Ziel haben, sondern es müsse auch überwacht werden, ob das Ziel erreicht werden könne.

Ferner weist die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** darauf hin, dass Mindestfallzahlen auch punkto Fortbildung und Innovation problematisch sind. Der medizinische Fortschritt werde gebremst. In der hochspezialisierten Medizin hätten Mindestfallzahlen einen anderen Stellenwert. Allerdings seien die international üblichen Mindestfallzahlen erheblich höher als in der Schweiz, weshalb sich hier auch die Frage aufdränge. Zusätzlich sei zu sagen, dass bei solch komplexen Eingriffen auch die Prozessqualität deutlich relevanter sei und darum das ganze Operationsteam davon betroffen sein müsse. Die Mindestfallzahlen seien daher auf Stufe Spital oder Operationsteam anzusiedeln, nicht aber auf Stufe Arzt. Schliesslich sagten Mindestfallzahlen nichts über die Indikationsqualität aus. Die wäre deutlich wichtiger, wird aber mit einer solchen Massnahme sogar hintertrieben. Aus diesen Gründen stellten Mindestfallzahlen für sich allein kaum je ein geeignetes Mittel dar, die Qualität zu verbessern. Nicht gelöst sei weiter das Problem der Absenzen infolge Schwangerschaft, Militär oder sonstiger Tätigkeit ausserhalb des Kantons. Eine Praxiseröffnung werde damit quasi verunmöglicht. Ebenso stelle sich die Frage, was die Folge sei, wenn Mindestfallzahlen wegen eines partiellen Berufsausübungsverbotes, wie sie während der Covid-19-Pandemie verhängt wurde und nur dringende Eingriffe durchgeführt werden durften, nicht erreicht werden. Die Qualität sollte vielmehr über Qualitätslabel der Fachgesellschaften sichergestellt werden. Erst wenn die nicht greifen und der Ist-Zustand wirklich untragbar sei, solle über solche Massnahmen nachgedacht werden.

Für die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** sollte diese Bestimmung so umformuliert werden, dass Mindestfallzahlen nur für spezifische Behandlungen oder eine Gruppe von Behandlungsvarianten anzuwenden sind. Die Anwendung von Mindestfallzahlen für ganze Leistungsgruppen sei neu und habe keine wissenschaftliche Grundlage. Mindestfallzahlen seien deshalb nicht als planerische Grösse für ganze Leistungsgruppen, sondern als Instrument der Qualitätssicherung für einzelne Behandlungen oder Gruppen von Behandlungsoptionen anzuwenden.

Diesbezüglich weisen die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** darauf hin, dass Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe über keine wissenschaftliche Grundlage verfügten. Mindestfallzahlen seien im Rahmen der Qualitätssicherung wichtig und bezögen sich dabei auf spezifische Eingriffe und Behandlungen, oder auf die Anwendung verschiedener Behandlungsoptionen bei einer spezifischen Krankheit. Es liege dabei aus zahlreichen Studien Evidenz vor, dass Mindestfallzahlen pro Spital zur Qualitätssicherung in der Leistungserbringung beitragen. Mindestfallzahlen seien entsprechend ein wichtiges Instrument, doch sie müssten sich auf spezifische Leistungen beziehen. Als planerische Grösse – angewandt für eine ganze Leistungsgruppe – seien Mindestfallzahlen abzulehnen.

H+ lehnt die Bestimmung von Absatz 5 Buchstabe h ab. Seiner Ansicht nach würden einem nationalen Preisbildungssystem (SwissDRG) 26 verschiedene Investitionsplanungen gegenübergestellt, wenn Mindestanforderungen auf kantonaler Ebene festgelegt würden, womit eine Inkohärenz grösseren Ausmasses programmiert sei.

Für **Hirslanden** erweitert diese Formulierung den Ermessensspielraum der Kantone erheblich, sodass willkürliche Entscheide gefällt werden könnten. Es sollten jedoch nur KVG-konforme und bundesweit festgelegte Kriterien Geltung finden.

H+, die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, **KSA**, der **Bündner Spital- und Heimverband (BSH)**, der **Asana Spital Leuggern AG**, der **Asana Spital Menziken AG**, der **Barmelweid Gruppe A**, der **Gesundheitszentrum Fricktal**, **Hirslanden**, die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler**, der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS** und die **Zürcher RehaZentren** lehnen die Bestimmung von Absatz 6 ab. Maximale Leistungsmengen führten faktisch zu einer Mengenbegrenzung und seien 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 schränke die in Artikel 41 Absatz 1 KVG statuierte Wahlfreiheit der Patienten ein. Dadurch würden Spitäler mit einer hochstehenden Qualität benachteiligt, was nicht im Sinn einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung und des vom Gesetzgeber gewollten Qualitätswettbewerbs sein könne.

Diesbezüglich weisen der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS**, die **Zürcher RehaZentren** darauf hin, dass die Begrenzung auf effektive maximale Leistungsmengen etwas ganz anderes als die Bestimmung von geplanten Leistungsmengen sei. Die Begrenzung der Behandlungsfreiheit und Leistungserbringung sei wesentlich grösser als bei einer Planvorgabe. Entsprechend sei eine gesetzliche Grundlage im KVG notwendig, die jedoch aktuell nicht gegeben sei. Die Vorgabe von maximalen Leistungsmengen sei deshalb KVG-widrig.

H+, die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, **Hirslanden**, der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die

Schulthess Klinik, die Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS), das See-Spital, die Spital Affoltern AG, das Spital Limmattal, die Spital Männedorf AG, das Spital Uster, das Spital Zollikerberg, die VDPS und die Zürcher RehaZentren sind der Meinung, dass Patienten gegebenenfalls auf ein anderes Spital ausweichen müssten, 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 könne nicht im Sinne einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sein.

Für **H+ und die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** sei kein richtiges Argument, die Bestimmung über maximale Leistungsmengen mit dem Hinweis zu rechtfertigen, dass Artikel 51 KVG die Möglichkeit der Festsetzung eines Globalbudgets durch die Kantone vorsehe. Aus einer gesetzlich vorgesehenen Möglichkeit für einzelne Kantone könne nämlich keine schweizweite Verpflichtung auf Verordnungsebene abgeleitet werden. Damit würde der Bundesrat seine Kompetenzen deutlich überschreiten. Ferner handelte es sich beim Globalbudget gemäss Artikel 51 KVG um ein finanzielles Steuerungsinstrument. Auch wenn sich ein Globalbudget auf die Menge der erbrachten Leistungen auswirken könne, handelte es sich dennoch nicht um ein Instrument zur Begrenzung der Leistungsmengen.

Nach der Meinung vom **KSA, dem Bündner Spital- und Heimverband (BSH), der Asana Spital Leuggern AG, der Asana Spital Menziken AG, der Barmelweid Gruppe A und der Gesundheitszentrum Fricktal** sei für die Verknüpfung von Leistungsaufträgen mit maximalen Leistungsmengen angesichts der Auswirkungen auf die Spitallandschaft mindestens eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Diese sei im KVG nicht gegeben.

Für das **KSA und die Asana Spital Leuggern AG, die Asana Spital Menziken AG, die Barmelweid Gruppe AG, die Gesundheitszentrum Fricktal** machen maximale Leistungsmengen und Bettenzahlen in der Rehabilitation keinen Sinn, weil die Patientenflüsse durch die Krankenversicherer gesteuert werden (Kostengutsprache). Es liege nicht in der Hand der Rehabilitationskliniken, die Mengen zu steuern. Im Weiteren wiesen hohe Fallzahlen auf eine hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit hin da viele Zuweisungen bedeuteten, dass Krankenversicherer von der Leistung überzeugt sind. Zudem müsste erläutert werden, wie eine Mengensteuerung funktionieren soll, wenn viele Rehabilitationskliniken Patienten aus 15 - 20 Kantonen behandeln. Um die Qualität zu sichern, seien Mindestmengen, nicht aber Maximalmengen festzulegen.

Die **Klinik Merit AG** ist der Meinung, dass maximalen Leistungsmengen dem Wettbewerbsprinzip widersprechen, welches die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sowie den Qualitätswettbewerb sichere. Damit könnten erfolgreiche Spitäler limitiert werden, um öffentlichen Spitälern mehr Marktanteile zu verschaffen.

Für den **Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed), die UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** und der **Verein integrative-kliniken.ch** ist dieser Absatz zu streichen. Das KVG sehe keine Mengensteuerung vor und diese könnten die Wahlfreiheit der Patienten massiv einschränken.

Für die **Universitätsklinik Balgrist** ist diese Bestimmung zu streichen. Die Festlegung von maximalen Leistungsmengen im akutsomatischen Spitalbereich sei ein erster Schritt in Richtung Rationierung und stelle ein planwirtschaftliches Instrument dar. Zudem stehe es in Widerspruch zu den Zielsetzungen des KVG. Es untergrabe die unternehmerische Freiheit der Spitäler und bestrafe die Spitäler, die aufgrund der Qualität und des Renommées ihres Behandlungsangebots zusätzliche Patienten gewinnen können.

Aus Sicht der **FMH** sind die Bestimmungen von Absatz 6 Buchstaben a und b zu streichen. Mögliche Auflagen bezüglich maximaler Leistungsmengen und Bettenkapazitäten seien problematisch, weil sie einen Schritt in Richtung Globalbudget darstellen, was die FMH kategorisch ablehnt.

Für die **Universitäre Medizin Schweiz**, das **CHUV** und das **Universitätsspital Basel** sind Bst. a und b zu streichen. Maximale Leistungsmengen seien im KVG bisher nicht vorgesehen. Eine solch einschneidende Neuerung bedinge eine detaillierte Wirkungsanalyse, welche die Auswirkungen auf die Planungs- und Steuerungsprozesse der Kantone und die daraus resultierenden Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung vertieft evaluiert. Die Regelung der maximalen Leistungsmengen sei noch nicht ausgereift.

Die **Allianz Kinderspitäler der Schweiz** ist der Meinung, dass eine drohende, ungerechtfertigte Ausweitung der Fallzahlen mittels Qualitätskontrollen vermieden werden müsste. Die Festsetzung einer maximalen Leistungsmenge würde dazu führen, dass hoch effiziente Spitäler mit hoher Qualität bestraft werden. Die Wahlfreiheit der Patienten würde dadurch eingeschränkt. Maximale Leistungsmengen seien, gerade in der Kindermedizin, daher zu vermeiden.

Swiss Nurse Leaders ist der Meinung, dass durch diese Bestimmung indirekt ein Globalbudget eingeführt wird. Es ist gegen Globalbudget, da die adäquate gleichberechtigte Patientenversorgung gefährdet sei (2-Klassen-Medizin).

Die **RehaClinic AG** weist in Bezug auf Absatz 6 Buchstabe b darauf hin, dass die Leistungsmengen der Rehabilitationskliniken durch die Krankenversicherer gesteuert werden, indem sie Kostengutsprachen erteilen oder verweigern. Auch würden die Patientenströme grösstenteils durch die Krankenversicherer beeinflusst. Eine Steuerung durch die Leistungserbringer bzw. die Beeinflussung von Mengen liege nicht in den Händen der Rehabilitationskliniken. Zudem wiesen in der Regel hohe Fallzahlen auf eine hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie ein grosses Vertrauen in die Expertise der Rehabilitationsklinik hin (nicht zuletzt auch von Seiten Krankenversicherer, welche die Kostengutsprache erteilen). Im Weiteren müsste erläutert werden, wie die Mengensteuerung durch die Kantone bei Rehabilitationskliniken mit einem gesamtschweizerischen Einzugsgebiet (Patientenzuweisungen aus 15 und mehr Kantonen) in der Praxis erfolgen sollte.

Für **Swiss Reha** widersprechen maximale Leistungsmengen der Qualitäts-Anforderung des KVG. Wenn schon Leistungsmengen festgeschrieben würden, sollten dies minimale Mengen zur Zulassung sein. Maximale Mengen bestrafen die in der Regel wegen ihrer Qualität besonders gefragten Institutionen. Dies gelte für die Rehabilitation verstärkt, sei doch jede Zuweisung vorher vom Vertrauensarzt der entsprechenden Krankenversicherung – im Gegensatz zu den Aufenthalten in der Somatik und der Psychiatrie – im Rahmen eines separaten Kostengutspracheverfahrens zu überprüfen. Aus diesem Grund sei auch die Gleichstellung mit der Psychiatrie nicht sachgerecht. Die mögliche Auflage maximaler Bettenzahlen widerspreche der Zielsetzung der Leistungsorientierung, wie sie auch in der Rehabilitation – wegen der ausstehenden Begriffsklärung der Rehabilitation durch den Bund leider erheblich verspätet – vorgesehen sei.

Für **H+**, die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** und **Hirslanden** ist es bezüglich Absatz 7 zwar richtig, dass Missbräuche mittels mengenabhängiger Boni oder Kickbacks für die Zuweisung von Patienten verhindert werden sollen. Allerdings könnte diese Bestimmung die Vergütung von Belegärzten infrage stellen, welche keinen Lohn beziehen, sondern für erbrachte Leistungen honoriert werden. Sollte das etablierte und weitverbreitete Belegarztsystem nicht gefährdet werden, gelte es im Interesse der Rechtssicherheit klarzustellen, dass es sich hierbei nicht um ein «unsachgemäßes ökonomisches Anreizsystem» handelt. H+ und die Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG weisen ferner darauf hin, dass

es denkbar sei, dass eine Entlohnung 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 stelle sich die Frage, ob nicht der Einzelleistungstarif TARMED an sich schon ein «unsachgemässes ökonomisches Anreizsystem» sei. Eine derart weitreichende Frage könne nur politisch entschieden werden und auf keinen Fall auf dem Weg einer Verordnung.

Der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS** und die **Zürcher RehaZentren** stimmen dem Grund der Bestimmung von Absatz 7 zu. Sie sei jedoch überzuarbeiten.

H+, die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG**, der **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS** und die **Zürcher RehaZentren** weisen darauf hin, dass das KVG leistungsbezogene Entschädigungen vorschreibe. Dies seien sachgemässe ökonomische Anreizsysteme. Die neue Vorschrift dürfe das Belegarztsystem nicht verunmöglichen und die vom KVG vorgeschriebene Wahlfreiheit der Patienten beeinträchtigen. Soweit im Auftragsverhältnis der Belegärzte fallweise Vergütungen erfolgen, sei dies nicht unsachgemäss. Es sei jedoch richtig, dass der Verordnungstext die Vorschrift auf die obligatorische Krankenpflege beschränke. Vorschriften in Bezug auf die Vergütungen im Zusatzversicherungsbereich nach VVG wären nicht statthaft und würden gegen die Handels- und Gewerbefreiheit verstossen. Ebenso sei es richtig, dass es um die Verhinderung von Missbräuchen mittels mengeninduzierter Boni oder mittels Kickbacks gehe. Allerdings sei der praktische Nutzen der Vorschrift in Frage zu stellen.

Für den **Verband Zürcher Krankenhäuser**, die **Limmatklinik AG**, das **Paracelsus-Spital Richterswil**, die **Schulthess Klinik**, die **Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS)**, das **See-Spital**, die **Spital Affoltern AG**, das **Spital Limmattal**, die **Spital Männedorf AG**, das **Spital Uster**, das **Spital Zollikerberg**, die **VDPS** und die **Zürcher RehaZentren** ist die Unterstellung zweifelhaft, dass eine Mengenausweitung aufgrund von Entschädigungssystemen stattfindet. Nach Ansicht von **H+** und die **Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG** gebe es heute schon verschiedene anerkannte Verfahren, Leistungen, die nicht (mehr) den WZW-Kriterien entsprechen, aus der OKP auszuschliessen. **H+** denkt hier insbesondere an HTA-Strategie des Bundes, HTA-Aktivitäten des Swiss Medical Board und Smarter Medicine – Choosing Wisely.

Für die **Ärztegesellschaft des Kantons Bern**, die **Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz** und den **Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)** und die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** soll diese Bestimmung gestrichen werden. Sowohl das Wort «unsachgemäss» wie auch der Terminus «ökonomisches Anreizsystem zur Mengenausweitung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» stellten unbestimmte Rechtsbegriffe dar, welche je nach Auslegung sogar noch über die Forderungen des Expertenberichts *Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung* vom 24. August 2017 hinausgehen würden. Die damit verbundene Rechtsunsicherheit sei nicht tolerierbar, denn für die Spitäler wäre damit nicht zuverlässig voraussehbar, wann sie die Auflage verletzen würden und wann nicht. Eventualiter fordern die **Ärztegesellschaft des Kantons Bern**, die **Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz** und der **Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)** die folgende Präzisierung: «Die Leistungsaufträge der Spitäler sehen als Auflage das Verbot von Mengenvorgaben oder Boni so-

wie Rückvergütungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht vor. Das Verbot ist dann verletzt, wenn die Erfüllung von Mengenvorgaben oder eine mengenabhängige Abgeltung zu einer Erhöhung der Entschädigung von Leistungserbringern führt, welche mehr als 10% des am Spital erzielten Gesamteinkommens ausmacht».

Der Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) ist weiterhin der Meinung, dass je nach Auslegung dieser Bestimmung dies dem Verbot entspreche, als Listenspital Verträge mit Belegärzten abzuschliessen. Die Vorlage wolle keine Entschädigungen mehr erlauben, die an die Menge der durchgeführten Behandlungen geknüpft sind. Das Gesetz würde verlangen, dass ein Belegarzt, der drei Geburten hintereinander vornimmt, nicht höher entschädigt werden darf als einer, der nur eine Operation durchführt. Wenn Belegärzte nicht an ihrem Output (Anzahl Operationen), sondern an ihrem Input (anwesende Zeit) entschädigt würden, seien sie keine freiberuflichen Spezialisten mehr, sondern Teilzeitangestellte eines Spitals. Eine solche Bestimmung würde übermässig in die Wirtschaftsfreiheit selbständiger Belegärzte eingreifen. Der Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit wäre schwerwiegend, da die Tätigkeit von Belegärzten als privatwirtschaftlich tätige Unternehmer letztlich zu einem grossen Teil faktisch verunmöglicht würde. Zugleich seien Bund und Kantone bisher schuldig geblieben, darzulegen, dass Behandlungen durch selbständige Belegärzte in spürbarem Umfang verantwortlich wären für nicht begründete Mengenausweitungen im stationären Bereich. Der schwere Grundrechtseingriff lasse sich daher kaum durch ein überwiegendes öffentliches Interesse rechtfertigen.

Die **Berit Klinik AG** weist darauf hin, dass die Entschädigung von Ärzten im Belegarztsystem im Spital sich nach der Anzahl Operationen richtet, da diese Ärzte nicht festangestellt sind, und dass das Belegarztsystem nicht als Anreizsystem diene. Vielmehr bedingten Operationen die medizinische Indikation durch den Arzt. Es werde im Einzelfall sichergestellt, dass alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Aus Sicht der **FMH** ist die Formulierung «unsachgemässe ökonomische Anreizsysteme» in Artikel 58f Absatz 7 sehr allgemein gefasst und gibt Anlass zur Befürchtung, dass damit in Zukunft auch Einfluss auf Honorare im VVG-Zusatzversicherungsbereich genommen werden soll, was die FMH ablehnt. Denn mit einem Ausschluss von Honoraren würde ein Bereich geregelt, der dem VVG unterstehe. Deshalb sollte diese Bestimmung so umformuliert werden: « Die Leistungsaufträge der Spitäler sehen als Auflage das Verbot von Bonusvereinbarungen mit Mengenzielen sowie das Verbot von Zahlungen zur Vermittlung von Patienten, welche zulasten der OKP behandelt werden oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a des Gesetzes vor ».

Für die **Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (SGPath)** sollte diese Bestimmung mit einem neuen Absatz 8 ergänzt werden, der vorsieht, dass die Spitäler ein Leistungserfassungssystem schaffen, das nicht missbräuchlich für ökonomischen Anreizsysteme genutzt werden kann. Die Leistungserfassung in den Spitälern erfolge meist anhand von TARMED Ziffern. Diese seien wiederum an Vergütung indirekt bei den stationären und direkt bei den ambulanten Patienten gekoppelt. TARMED sei ein Einzelleistungs- und Zeittarif. Ein Verbot eines unsachgemässen ökonomischen Anreizsystems müsste folglich ein anderes System der Leistungserfassung in den Spitälern als Grundlage haben. Dies müsse als Auftrag in der Verordnung festgehalten werden.

Die **RehaClinic AG** ist der Meinung, dass dieser Absatz für Rehabilitationskliniken ersatzlos gestrichen werden kann. Aufgrund des auferlegten Kostengutspracheverfahrens könne ein ökonomischer Anreiz nur auf Seiten Krankenversicherer unlauter eingesetzt werden. Im Weiteren werde damit der Zusatzversicherungsbereich faktisch abgeschafft.

Auch für **Swiss Reha** ist die Auflage des Verbots unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme für die Rehabilitation ersatzlos zu streichen. Durch das vom Bund einzig der Rehabilitation auferlegte separate Kostengutspracheverfahren über den Vertrauensarzt des betroffenen Krankenversicherers könne ein solcher Anreiz gar nicht entstehen. Wenn schon wäre daher für die Rehabilitation eine Bestimmung zur Verhinderung unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zur (bewussten) Vorenthaltung berechtigter Leistungen durch die Vertrauensärzte zu prüfen.

Für **swiss orthopaedics** sollte diese Bestimmung gestrichen werden.

Der **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte** schlägt eine Ergänzung im Sinne der Qualitätssicherung bezüglich der Weiterbildungsbedingungen sowie der Schaffung von positiven Anreizen. Entsprechend müssten die Leistungsaufträge der Spitäler im Rahmen von Bonus-Malus-Systemen finanzielle Anreize schaffen, um die Qualität der ärztlichen Weiterbildung gemäss den Vorgaben der Weiterbildungsordnung (WBO) sicherzustellen.

Für die **Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler** ist der Nutzen dieser Vorschrift in der Praxis in Frage zu stellen. Anhaltspunkte für eine systematisch durch finanzielle Fehlanreize orientierte Mengenausweitung der stationären Fälle, die durch eine Lohnmodellbeschränkung reduziert werden könnte, bestanden nicht.

Die **FMH** und der **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte** schlagen einen neuen Absatz 8 vor, der vorsieht, dass die Leistungsaufträge der Spitäler sicherstellen, dass die Vorgaben des Arbeitsgesetzes bezüglich Höchstleistungs- und Ruhezeiten stets eingehalten werden, und dass die Qualität der ärztlichen Weiterbildung gemäss den Vorgaben der Weiterbildungsordnung (WBO) sichergestellt sein muss.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Für **curafutura** und **HSK** ist die Formulierung von Absatz 3 unklar. Seine beiden Sätze könnten missverständlich interpretiert werden. Dieser Absatz müsse verständlicher formuliert werden.

santésuisse ist mit Absatz 4 grundsätzlich einverstanden. Es sei aber leider in der Vergangenheit vorgekommen, dass regionalpolitische Überlegungen stärker gewichtet wurden als die Patientensicherheit. Die Kantone müssten bei der Zuteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler mehr gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen.

santésuisse ist mit Absatz 5 einverstanden. Die Vorgabe von Auflagen bringe eine gewisse Systematik und verhindere, dass jeder Kanton eigene Regelungen zur Spitalplanung erlasse. Für die Spitäler bedeutete dies im Gegenzug, dass die Leistungsaufträge aus verschiedenen Kantonen einheitlich ausgestaltet seien. Bezüglich Buchstabe g. seien die Fallzahlen in der Schweizer Spitallandschaft im Vergleich zu anderen Ländern klein und die Risiken der sogenannten «Gelegenheitschirurgie» entsprechend gross. Damit die Qualität der Leistungen stimme, brauche es ein Mindestmass an Routine. Deshalb seien Mindestfallzahlen für Operationen zwingend nötig.

Für **curafutura** und **HSK** ist Buchstabe h. zu streichen. Das übergeordnete Ziel der Verordnung sei die Vereinheitlichung der Planungskriterien. Die Kantone könnten sich auf die Kriterien a. bis g. beschränken und nicht noch zusätzliche Kriterien anwenden.

Absatz 6 betreffend beurteilt **santésuisse** Globalbudgets kritisch. Solche Kostendeckel hätten unweigerlich Sparmassnahmen bei allen Institutionen mit Leistungsauftrag zur Folge, unabhängig davon, wie viele Sparbemühungen diese in der Vergangenheit bereits ergriffen hätten.

Bestraft würden damit die effizienten, qualitätsorientierten Institutionen. Qualitätseinbussen oder Rationierung müssten vermieden werden. Diese genossen keine Akzeptanz in der Bevölkerung, und allfällige negative Reaktionen würden das Vertrauen in das System massiv beeinträchtigen. Ein Wachstumsziel könne dazu führen, dass auch Bereiche, die «unterdurchschnittlich» wachsen, einen Anspruch anmelden würden (z.B. Tarifierhöhungen). Bereiche mit hohem Wachstum würden immer auf besondere Umstände verweisen (z.B. Verlagerungen in ihren Bereich).

curafutura und **HSK** begrüßen Absatz 7. Sie lehnen jedoch die Verpflichtung der Versicherer zur Mitwirkung bei der Prüfung von den Auflagen der Leistungsaufträge.

Aus Sicht des **SVV** setzt Absatz 7 ein wichtiges Signal, um die Überbehandlung aufgrund von ökonomischen Anreizen einzudämmen. Neben den Kantonen würden auch die Versicherer als Kontrolleure dieses Verbots aufgeführt – die Prüfung der Leistungsaufträge sei jedoch Sache der Kantone.

curafutura, **HSK**, **santésuisse** und **KPT** schlagen einen neuen Absatz 8 vor, der vorsieht, dass den Kanton nicht von seiner Pflicht zur anteilmässigen Kostenübernahme gemäss Artikel 49a Absatz 1 KVG befreit ist, wenn ein Spital eine oder mehrere Auflagen eines Leistungsauftrags verletzt.

Für **curafutura**, **HSK** und **santésuisse** sollte dieser neuen Absatz auch vorsehen, dass die Kantone Sanktionen bei Missachtung der Auflagen gegenüber den betroffenen Spitälern in den entsprechenden Leistungsaufträgen regeln können.

Curafutura und **HSK** weisen darauf hin, dass die vorgeschlagenen Planungsvorgaben sich auf den Leistungsumfang nach KVG bezögen und mit der Leistungspflicht der Kantone nach KVG verknüpft seien. Die Erreichung von Globalbudgets und Deckelungen sei durch die Versicherer nicht überprüfbar und verlagere Kosten in den Zusatzversicherungsbereich. Dies widerspreche den Grundsätzen des KVG. Deshalb seien Sanktionen bei einer Verletzung der Bestimmungen zwischen Kantonen und Spitälern zwingend festzulegen.

Nach der Meinung von **santésuisse** könnten die Kantone im Sinne der im Artikel 58f Absatz 6 vorgesehenen Auflagen eine Kontingentierung festlegen. Eine daraus resultierende Änderung der Kostenaufteilung widerspreche den Grundsätzen des KVG, namentlich der Gleichbehandlung der Versicherten sowie Artikel 51 Absatz 1 zweiter Satz. Bei einer Überschreitung von Kontingenten durch die Spitälern seien spezifische Sanktionen vorzusehen.

Andere Organisationen

Nach Ansicht vom **Verein PflegeART** sollte Absatz 3 geändert werden, so dass die Listen für Akut- und Langzeiteinrichtungen das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum enthalten. Konventionelle und komplementär-medizinische Leistungsaufträge an Akut- und Langzeiteinrichtungen sollten erteilt werden. Die Kantone hätten sicherzustellen, dass die Komplementärmedizin gemäss dem Verfassungsauftrag (Art. 118a BV) in Akut- und Langzeiteinrichtungen umgesetzt wird.

Für das **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** verstossen die in Absatz 6 formulierten Mengenbeschränkungen gegen Grundprinzipien der Spitalfinanzierung und damit gegen das KVG. Mengenbeschränkungen in dieser Art seien systemfremde planerische Eingriffe. Richtigerweise müsse die Prüfung der erbrachten Leistungen über eine korrekte Anwendung der WZW-Kriterien erfolgen. Deshalb sei von planerisch motivierten Mengensteuerungen abzusehen. Stattdessen sei auf Indikations- und Outcome-Qualität als Entscheidungskriterien bei der Leistungsbeurteilung abzustellen.

4.7 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021

Kantone

Die **GDK** sowie **AI AR BE BL BS FR GL LU JU NE NW OW SG SH SO SZ TG VD VS ZG ZH** weisen darauf hin, dass sich die meisten Kantone aktuell im Prozess für eine neue Spitalplanung befinden. Sie sollen nicht daran gehindert werden, ihre Planung wie beabsichtigt zu Ende zu führen. Müssten die Kantone nochmals von vorne beginnen und die Vorbereitung der Spitäler für die Erfüllung der Anforderungen abwarten bis mit dem Bewerbungsverfahren gestartet werden könnte, würde das eine grosse Verzögerung bedeuten. Die Übergangsbestimmungen haben davon Rechnung zu tragen. Auch müsse für die genannten Kantone und **AG** die Revision inhaltlich und zeitlich auf die Verordnungsänderung zur KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt werden. **UR** beantragt die Festlegung der Anpassungsfrist für akutesomatische Spitäler wie für die psychiatrischen und rehabilitativen Spitäler auf sechs Jahre. Für den Kanton **JU** ist bei den Übergangsbestimmungen zu berücksichtigen, dass sich mehrere Kantone im Prozess der neuen Spitalplanung befinden oder seinen Start beabsichtigen.

Zum Absatz 3 ist für **GDK AG AI AR BE BL BS FR GL JU LU NE NW OW SG SH SO SZ TG UR VD VS ZG ZH** auf die Bemerkung zu Artikel 58d Absatz 2 hinzuweisen. Die Anzahl Pflegeheime, die miteinander verglichen werden müssten, sei massiv höher als die Anzahl zu vergleichender Spitäler. Die Anpassungsfrist für Pflegeheime sei deshalb auf fünf Jahre festzulegen. Für die genannten Kantone, auch weil Artikel 8b der KLV-Änderung vom 2. Juli 2019 ein neues Bedarfsermittlungsinstrument gestützt auf wissenschaftlich anerkannte Zeitstudien vorschreibt, welches zuerst eingeführt werden müsste, bevor gestützt darauf eine Evaluation erfolgen könne.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Da für **H+** der Verordnungsentwurf über weite Strecken gesetzeswidrig ist oder gesetzgeberischen Projekten vorgreift, werden ebenfalls die Übergangsbestimmungen abgelehnt.

Die in den Übergangsbestimmungen angesetzte Frist von drei Jahren ist für **curaviva** und **senesuisse** viel zu kurz. Die Kantone seien in der Pflicht, ihre Gesetzgebungen entsprechend anpassen oder neu schaffen. Eine Übergangszeit von drei Jahren sei viel zu kurz, weshalb auch für die Pflegeheime im Fall der Inkraftsetzung der Vorlage analog zu den Spitälern auf 6 Jahre anzusetzen sei.

5. Stellungnahmen zu den Tarifiermittlungsgrundsätzen

5.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Kantone

Alle Kantone sowie die **GDK** lehnen den Entwurf zur Tarifiermittlung ab. Für die **GDK** und **AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS ZG** sowie **ZH** stellt dieser den Vorrang der Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern in Frage. Mit Ausnahme von **BS, GE, JU, SO, VS** sind die betreffenden Kantone der Ansicht, dass eine entsprechende gesetzliche Grundlage fehlt.

Die **GDK** sowie **AR, BS, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, TG SO, SZ, VD, VS ZG** und **ZH** gehen davon aus, dass der Entwurf die Kompetenz der Kantone bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der verhandelten Tarife, ihrer Genehmigung und allenfalls ihrer Festlegung einschränkt.

Die Verordnungsanpassung enthält gemäss **AG** einige sehr gute Regelungen. Namentlich begrüsst er die vorgesehene Vereinheitlichung, die Elemente zur Kostendämpfung und die Förderung nach voller Kostentransparenz. Jedoch greife der Bundesrat mit den vorgeschlagenen Änderungen bei der Gestaltung der Spitaltarife zu stark in die kantonalen Kompetenzen ein. **AG** unterstützt daher die vom Bundesrat eingeschlagene Richtung, lehnt aber den hohen Detaillierungsgrad der Vorlage ab. Auch **ZG** begrüsse grundsätzlich das Vorhaben, eine schweizweit einheitliche Tarifiermittlung und Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer in der Verordnung niederzuschreiben. Es seien einige wichtige Punkte aus der Rechtsprechung (Vorgaben zur Tarifberechnung, Sicherstellung der Transparenz, Datengrundlage) in den Verordnungstext gegossen worden. Dies erleichtere den Kantonen die Verfahrensführung und könnte schweizweit zu einheitlichen Entscheiden führen. Laut **ZG** gebe es mehr Festsetzungsverfahren als früher, weshalb der Kanton stark gefordert sei. Die Tarifpartner könnten sich immer weniger auf Tarife einigen. Eine einheitliche Regelung für alle werde deshalb begrüsst, was auch die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern vereinfachen und damit zu weniger Festsetzungsverfahren führen könnte.

GR und **TG** sehen keinen Regelungsbedarf im Sinne des Vernehmlassungsentwurfs. Ausserdem erachten sie die Regelungskompetenz des Bundes in weiten Teilen als nicht gegeben.

NE hält den Entwurf für unzulässig, da dieser nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern auch im Sozial- und Umweltbereich gegen die Kantonshoheit verstösst. De facto verbiete er die Berücksichtigung der entsprechenden kantonalen Gesetzgebungen und führe zu einer Nivellierung nach unten in diesen Bereichen (z. B. Familienzulagen, Aus- und Schulbildungsfinanzierung, Krippen und schulergänzende Betreuungsangebot beziehungsweise Energie- und Umweltfragen). Diese Anforderungen seien im Allgemeinen in den kantonalen Gesetzgebungen verankert und könnten für die Institutionen eine Kostenquelle darstellen. Sie sollten somit angemessen berücksichtigt und nicht nur als Quellen der Ineffizienz für die Einrichtungen betrachtet werden, für die sie gelten.

Gemäss **GDK** und **AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** soll sich der Bund nicht durch eine Festlegung der Tarifgrundsätze an der Preisbildung beteiligen. Ihrer Ansicht nach möchte dieser den Handlungsspielraum der Tarifpartner einschränken und die Kompetenzen der Kantone ohne jegliche Notwendigkeit beschneiden. Dies erfolge, ohne die Auswirkungen auf die Tarifautonomie und die medizinische Versorgung zu analysieren.

Laut dem Kanton **TI** stellt der Entwurf eine unverhältnismässige Einmischung des Bundes in die kantonalen Kompetenzen dar. Er sei zu eng gefasst und stelle den Vorrang der Tarifpartner durch Einschränkung ihres Handlungsspielraums in Frage.

Für die **GDK** sowie **AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** werde der Handlungsspielraum bei den Tarifverhandlungen durch die Festlegung des Benchmarks auf das 25. Perzentil beträchtlich eingeschränkt. Sie halten es für sehr wahrscheinlich, dass in Zukunft kein Versicherter einen Tarif gutheisse, der über dem Benchmark-Wert liege. Gemäss dem Kanton **JU** wirkt sich die Einschränkung des Handlungsspielraums der Tarifpartner mit Sicherheit auf die Tarifautonomie und die medizinische Versorgung aus.

Die Wahl des 25. Perzentils sei für den Kanton **BE** nicht nachvollziehbar, umso mehr, als das Bundesverwaltungsgericht in seinen bisherigen Urteilen Benchmark-Werte bis zum 50. Perzentil gestützt habe. Die Festlegung eines fixen Effizienzmassstabs erachtet der er als systemwidrig. Sollte trotzdem das 25. Perzentil als Obergrenze vorgeschrieben werden, erwartet er zwingend eine Begründung. Das Gleiche gelte für die Gewichtung, da ein Benchmark-Wert in Bezug auf die Anzahl Leistungserbringer nicht sachgerecht sei. Zudem sei für Anbieter mit Endversorgungsaufträgen bzw. für Universitätsspitäler zwingend eine separate Vergleichsgruppe zu bilden, da sonst eine relevante und stetige Unterdeckung die Folge wäre.

Für **JU** besteht das Ziel einzig in der Tarifiereduktion, ohne zugleich eine qualitative Gesundheitsversorgung, die den Bedürfnissen der Bevölkerung entspreche, sowie ein Kostenmanagement im Bereich des KVG zu gewährleisten. Das Tarifkriterium allein reiche nicht aus, um die Kostenentwicklung in den Griff zu kriegen. Die Kantone müssten bei der Ermittlung des gesamten Tarifs (relativer Preis, Menge) auch weiterhin eine massgebliche Rolle spielen. Nach Ansicht des Kantons **JU** soll zudem die Bildung einer Rechtsgrundlage für die Umsetzung des KVV-Entwurfs «Qualität und Wirtschaftlichkeit» Vorrang gegenüber der Anpassung der Tarifkriterien haben. Diese Anpassungen sollten auf dem KVV-Entwurf «Qualität und Wirtschaftlichkeit» beruhen und seine Operationalisierung nicht behindern.

Laut **AI** würden die Vorschläge des Bundesrates in unverhältnismässiger Weise in die kantonalen Kompetenzen eingreifen, ohne einen nennenswerten Mehrwert zu generieren.

Für die **GDK** sowie **AR, BL, FR, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** hätte diese Änderung langfristig zur Folge, dass die Steuerung der Spitalbehandlung ausschliesslich auf dem Kostenkriterium beruht. Die **GDK** sowie die Kantone **AR, BL, GE, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, VD, VS, ZG** und **ZH** lehnen eine solche Entwicklung ab. Sie weisen nachdrücklich darauf hin, dass sie eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen haben.

OW ist der Meinung, dass die vorgeschlagenen Massnahmen nicht wie vom Bundesrat begründet unter anderem der Versorgungsqualität dienen. Die vorgeschlagene einheitliche Tarifiermittlung über einen tiefen maximalen Benchmark-Wert (beim 25. Perzentil) hätte tatsächlich den gegenteiligen Effekt.

Laut **SO** führe das Festlegen des Benchmarks beim 25. Perzentil im Ergebnis dazu, dass die Spitalversorgung künftig nahezu ausschliesslich über das Kriterium der Kosten gesteuert würde. Dies würde selbst den effizient arbeitenden Spitälern eine kostendeckende Erbringung von Leistungen sowie die Vornahme von notwendigen betrieblichen Investitionen früher oder später weitgehend verunmöglichen. Ferner befürchtet er einen Abbau in der Behandlungsqualität zulasten der Bevölkerung.

Für die **GDK** sowie **AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** gehören das harmonisierte Verfahren zur Berechnung der Fallkosten und der schwergradbereinigten Tageskosten zu den seltenen unterstützenswerten Elementen des Entwurfs. Wenn die Tarifpartner, die Kantone und der Preisüberwacher künftig gestützt auf identische Datenbanken die für die Referenz massgeblichen Kosten berechnen, wird diese Verfahrensweise effizienter als das bestehende Verfahren sein und dürfte bei der Tarifiermittlung wahrscheinlich zu zuverlässigeren und unbestrittenen Zwischenresultaten führen. Hingegen halten die **GDK** und die **Kantone** mit Ausnahme des Kantons **VS** den Bund für unnötigerweise zurückhaltend, wenn er auf eine fakultative Bestimmung zurückgreift und es den Akteuren überlässt, ob diese die Spitalvergleiche gemäss Artikel 49 Absatz 8 KVG anstellen wollen.

Nach Ansicht der **GDK** sowie **AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** befinden sich die Spitäler aufgrund der aktuellen Bekämpfung von SARS-CoV-2 in einer schwierigen Lage. Sie sind sich einig, dass der Ausbau der für die Behandlung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten erforderlichen Kapazitäten in gewissen Einrichtungen hohe Kosten verursacht habe. Nachdem der Bundesrat für die Zeit vom 13. März bis am 26. April 2020 ein Verbot von Wahleingriffen erlassen hatte, hätten die Spitäler beträchtliche Einkommenseinbussen verzeichnet. Bis anhin lasse sich eindeutig nicht abschätzen, wie sich diese Krise auf die Finanzlage der Spitäler auswirken werde. Sie möchten die Stabilität der Betreuungseinrichtungen bewahren und halten es im vorliegenden Kontext und beim derzeitigen Wissensstand für unverantwortlich, einen Beschluss zu einem Thema von solcher Tragweite zu fassen, wie dies die Spitalvergütung nach den neuen Tarifen darstelle. Auch laut Kanton **TI** ist die historische Pandemiephase in die Betrachtungen einzubeziehen, da sich diese auf das Spitalangebot auswirke.

Der Kanton **BE** erwartet vom Bundesrat, dass vor der Weiterverfolgung der Revision eine umfassende und begründete Regulierungsfolgenabschätzung gemacht werde. Ebenfalls erwartet er, dass die Auswirkungen auf die betroffenen Akteure bzw. Systeme (Bund, Kantone, Krankenversicherer, Leistungserbringer, Sozialversicherungen etc.) dargelegt werden.

Der Kanton **AI** erachtet es auch angesichts der anspruchsvollen Bewältigung der Coronakrise vom Zeitpunkt her als sehr unglücklich, gerade jetzt die Planungskriterien und die Bestimmungen zur Tarifiermittlung grundlegend zu revidieren. Angesichts der sowieso bereits angespannten finanziellen Situation der Spitäler aufgrund der Coronakrise und des Lockdowns sei es unverantwortlich, jetzt weitreichende Entscheide zur Entschädigung der Spitäler nach neuen Tarifregeln zu treffen. Zudem würde die Chance verpasst, bei der Bilanzierung der Krisenbewältigung zu prüfen, welche Lehren bezüglich Spitalplanung zu ziehen seien

Die **GDK** sowie **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** äussern sich auch zur Tarifiermittlung im erläuternden Bericht. In Bezug auf die Umsetzung des Wettbewerbsziels hatte das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass sich im Bereich der akuten Spitäler und bei den Geburtshäusern Massnahmen aufdrängen. Zu TARPSY wurde hingegen bis anhin kein Urteil erlassen. Der Anwendungsbereich der vorgeschlagenen KVV-Änderung gehe diesbezüglich zu weit. Für die **GDK** sowie **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** weist die Tarifstruktur bei ihrem jetzigen Entwicklungsstand – in einem noch grösseren Masse als SwissDRG – beträchtliche Einschränkungen bei der Darstellung der Aufenthaltsdauer auf. Dies schränke die Vergleichbarkeit der psychiatrischen Kliniken ein. Auch die Qualität der Kosten- und Leistungsdaten sei verbesserungswürdig. Deshalb halten die **GDK** sowie **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** ein Benchmarking für die gesamte Schweiz im Psychriebereich – mit derselben Übergangsphase und demselben Effizienzkriterium wie in der Akutpflege – für ungeeignet. Das Effizienzkriterium dürfe, wenn überhaupt, nur für die SwissDRG-Tarifstruktur und nicht für das " Vergütungsmodell vom Typus DRG" umgesetzt werden. Sollten im TARPSY-Bereich für das Benchmarking trotzdem einheitliche nationale Vorschriften erlassen werden, wäre ein ausschliesslich auf den durchschnittlichen Tageskosten beruhendes Benchmarking nicht geeignet, um die durchschnittlichen Tageskosten einer wirtschaftlichen und effizienten Leistungserbringung zu berechnen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie variere wegen den vielfältigen Behandlungskonzepten stark und die Unterschiede würden sich nicht in den Tageskosten niederschlagen. Diesbezüglich weisen die **GDK** sowie **AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, VD, VS, ZG** und **ZH** darauf hin, dass die Rehabilitation demnächst über eine einheitliche nationale Tarifstruktur ST Reha verfügen werde. Diese entspreche den spezifischen Definitionskriterien (Typus DRG).

Nach Ansicht des Kantons **JU** soll das Benchmarking im Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich zudem so lange verschoben werden, bis die nationalen Vorschriften unter Einbezug der für diese beiden Bereiche angepassten Vergleichskriterien eine Anwendung des Benchmarkings auf die gesamte Schweiz ermöglichen.

Gemäss **BE** sei in Artikel 59c Absatz 3 KVV im Zusammenhang mit der Tarifiermittlung eine Ergänzung im ambulanten Bereich, namentlich der Pauschalierung von Einzelleistungstarifen, vorgeschlagen. Wo ambulante Pauschalen sinnvoll seien, begrüsse er diese grundsätzlich. Diese seien jedoch auch Teil des Pakets 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung, das aktuell im Parlament beraten werde. Eine Verordnungsbestimmung dazu erachte er deshalb als zu früh. Auch sei vom Bundesrat in seinen Erläuterungen bestätigt, dass die Leistungserbringer im Rahmen ihrer Leistungserbringung zu Lasten der OKP sogenannte Effizienzgewinne erzielen und einbehalten könnten. Für **BE** stelle dies eine Bedingung für eine wirtschaftliche Unternehmensführung dar. Entsprechend sei nicht nachvollziehbar, weshalb in Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a KVV die Formulierung, wonach ein Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken dürfe, im Rahmen dieser Revision nicht angepasst werde.

Sachgerecht wäre z.B. eine Begrenzung bei den Dividenden. Auch **ZG** merkt an, dass der ambulante Bereich vollständig ausgeklammert werde, obwohl in diesem Bereich einheitliche Regeln ebenfalls notwendig seien. **VD** möchte die Dinge vereinfachen und wie bei der Langzeitpflege in Pflegeheimen vorgehen. Der Bundesrat solle also die Tarife erlassen und die Kantone die übrige Finanzierung gewährleisten.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **CVP** unterstützt die Änderungen grundsätzlich und begrüsst namentlich die Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung zur Tarifiermittlung. Sie weist daraufhin, dass bei der Verabschiedung der neuen Spitalfinanzierung die Spitalwahlfreiheit in der ganzen Schweiz ein zentrales Element gewesen sei. Jeder Patient und jede Patientin habe bei einer ausserkantonalen Behandlung vom Wohnsitzkanton und vom Krankenversicherer den Betrag zugute, den er bei einer Spitalbehandlung im Wohnkanton koste. Dieser Grundsatz muss nach Ansicht der CVP klar auch weiterhin gelten und präzisiert werden, weil er aktuell nicht von allen Kantonen eingehalten werde.

Die **glp** unterstützt die Vorlage grundsätzlich, weil sie die Wahlfreiheit für die Patienten und den Wettbewerb für die Spitäler fördert. Durch die Vereinheitlichung der Datengrundlagen würden endlich schweizweite Betriebsvergleiche (Art. 49 Abs. 8 KVG) möglich. Allerdings sollten sich die Verordnungsanpassungen auf die Kernaufgaben des Bundes beschränken, nämlich auf das Setzen von Rahmenbedingungen und Grundsätzen für einen freien und fairen Wettbewerb. Es sei nicht Aufgabe des Bundes, die Tarifautonomie einzuschränken und die Preise festzulegen. Die glp schlägt eine Ergänzung von Artikel 59c Absatz 1 vor, wonach die Tarife angemessene Amortisationsbeiträge an die Investitionskosten enthalten sollen.

Die **SP** lehnt die geplanten Verordnungsänderungen in dem Bereich ab, der die Tarifierungsbestimmungen betrifft. Die Änderungen scheinen hauptsächlich auf die Kostenmanagement durch eine indirekte Zentralisierung der Gesundheitsversorgungsstrukturen abzielen. Die Anwendung der neuen Bestimmungen könnte zu einer umfassenden Umstrukturierung der Schweizer Spitallandschaft mit einem verschärften Risiko für die Randregionen führen, Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu verlieren. Bei den Bestimmungen zur Tarifierung der stationären Spitalleistungen besteht in Kombination mit dem Benchmarking die Gefahr, dass sich die finanziellen Bedingungen der kleinen Spitaleinrichtungen in den Randgebieten verschlechtern. Die den neuen Bestimmungen zugrundeliegende Methode führt zu einer Konkurrenz zwischen den öffentlichen und den Privatspitälern. Diese erfolge durch eine Selektion aufgrund der Bruttokosten, ohne dass die Eigenheiten der verschiedenen Einrichtungen berücksichtigt werden. Einen solchen Weg möchte die SP im Zusammenhang mit dem Kostenmanagement aber nicht einschlagen. Zudem verschärfe das Streben nach Effizienz in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen, auf dem die neuen Bestimmungen beruhen, den Druck auf die Einrichtungen und wirke sich somit direkt auf das Pflegepersonal aus. Die Streichung von Stellen in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen habe negative Auswirkungen auf die Patientenbetreuung und infolgedessen die Versorgungsqualität.

Bei den Bestimmungen zur Tarifiermittlung beim DRG-Vergütungsmodell befürwortet die **SVP** die Förderung von ambulanten Pauschalen. Ambulante Pauschalen seien im Kampf gegen die Mengenausweitung zu fördern. Ihre Einführung sei aber nicht nur zu «prüfen», sondern soll wo immer möglich auch realisiert werden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das **CP** fragt sich bezüglich des Revisionsvorhabens, ob dafür eine genügende gesetzliche Grundlage besteht und hält angesichts der COVID-19-Krise die Reformen für gefährlich, bevor man die Folgen der Krise und der Schäden, die sie bei den Spitälern angerichtet haben, wird abschätzen können.

Die **economiesuisse** hält die Verordnungsänderungen nicht für zielführend, lehnt diese ab und beantragt die Streichung von Artikel 59c^{bis}, weil sie ein weiterer Eingriff in die Tarifpartnerschaft bedeuten würden. Die vorgesehene detaillierte Preisdeterminierung würde das tarifpartnerschaftliche Verhandlungsprimat im Resultat aushebeln. Weiter bestehe für die Vorgaben der Tarifierung keine gesetzliche Grundlage. Sodann erscheine der gemäss Erläuterungen angeführte Nachvollzug der Ergebnisse der Tarifautonomie auf Verordnungsstufe aus logischer Sicht nicht angezeigt, weil sich die Tarifautonomie gerade dadurch auszeichne, dass sie nicht mittels Verordnung (nach-)reguliert werden müsse. Zudem seien die Vorgaben zur Tarifierung nicht mit den erforderlichen Betriebsvergleichen nach Artikel 49 Absatz 8 KVG gleichzusetzen. Letzterer Pflicht komme der Bundesrat weiterhin nicht nach. Schliesslich unterstelle die Festsetzung eines bestimmten Perzentils mittels Verordnung, dass es eine klar bestimmbare Wirtschaftlichkeitsschwelle geben würde. Eine solche Annahme sei aus einer sachlichen Betrachtung heraus nicht haltbar. Die Tarifierung werde dadurch zwar vereinfacht, allerdings unter Aufgabe der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung im Einzelfall. Dies sei eine genuine Aufgabe der Versicherer. Weiter sei zu befürchten, dass die nun notwendig werdende Klärung von zahlreichen Zu- und Abschlägen zu einer neuen Welle von Festsetzungsverfahren führen werde, ohne damit einen nennenswerten Nutzen zu erzielen.

Der **SGB** akzeptiert die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht. Die Festlegung eines Benchmark-Werts durch den Bund widerspreche per se dem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat und die Definition des 25. Perzentilwerts darüber hinaus auch in seiner Grössenordnung realitätsfern. Es könne davon ausgegangen werden, dass damit der Spielraum der Tarifverhandlungen stark eingeschränkt werde, weil die Versicherer künftig keinem Tarif mehr zustimmen würden, der über diesen Wert zu liegen käme. Die vorgeschlagene Verordnungsänderung beschneide zudem die Kompetenz der Kantone, welche heute die gesetzliche Pflicht haben, die verhandelten Tarife auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen und – ohne starre Benchmark-Regelung – zu genehmigen. Die bezifferten OKP-Minderkosten des vorgeschlagenen Systemwechsels von bis zu 250 Millionen seien letztlich proklamierte Einsparungen «mit dem Rasenmäher», die vor allem das Pflegepersonal zu spüren bekommen würden. An die Stelle einer sinnvollen Versorgungssteuerung träte damit im stationären Bereich eine reine Kostensteuerung.

Der **sgv** erachtet einen ungesteuerten Abbau der Spitäler und Kliniken, welcher durch die Umstellung im Bereich der Tarifierung verursacht werde, als ausgesprochen riskant. Bevor die Corona-Krise nicht durchgestanden und es nicht möglich sei, alle notwendigen Lehren aus ihr zu ziehen, sei von einem voreiligen Strukturabbau abzusehen. Ausserdem sei – um Wettbewerbsverzerrungen verhindern zu können – vor einer weiteren Bereinigung der Spitallandschaft dafür zu sorgen, dass die Vielfachrolle der Kantone beseitigt werde. Nur so könne sichergestellt werden, dass die besten und leistungsfähigsten Spitäler im Markt verbleiben würden und nicht jene, die von der öffentlichen Hand getragen und geschützt würden.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Nach Ansicht von **agile.ch**, **ProRaris** und des **Vereins Morbus Wilson** führt das System des SwissDRG zu einem grossen finanziellen Druck und lässt wenig Spielraum für die Berücksichtigung von individuellen Situationen und Voraussetzungen. Die administrativen Aufwände von Spitälern seien in den Jahren seit der Einführung des Systems weiter angestiegen. Aus diesen Gründen fordern sie, dass die Tarifstruktur einer umfassenden Evaluation unterzogen werde sowie weiterentwickelt und insbesondere bezüglich der Vergütung der Behandlung von Erkrankungen ohne klare Diagnose, von seltenen Krankheiten und bezüglich der Kindermedizin verbessert werde. Solange die Defizite im Vergütungsmodell SwissDRG nicht behoben seien, mache ein Effizienzmassstab, der auf einem unzureichenden System aufbaue, keinen Sinn. Ein solcher Effizienzmassstab würde dazu führen, dass Spitäler, die sich durch Qualität und

eine besonders bedarfsorientierte Versorgung von Menschen mit speziellen Bedürfnissen hervortun, finanziell abgestraft würden. Agile.ch, ProRaris und der Verein Morbus Wilson lehnen den vorgeschlagenen Effizienzmassstab aus diesen Gründen entschieden ab.

Pro Mente Sana befürchtet für Spitäler, wenn sie bei einem Benchmark-Wert gemessen an der Anzahl Leistungserbringer von höchstens dem 25. Perzentil zu entsprechen haben, diese einem weiteren enormen Kostendruck ausgesetzt und somit gezwungen würden, Behandlungen, welche über den absolut nötigen Pflege- und Behandlungsaufwand hinausgingen, zu unterlassen. Insbesondere könnten psychiatrische Kliniken mit einem breiten sozialpsychiatrischen Angebot und laufenden Projekten für eine moderne und zukunftsgerichtete Psychiatrie gezwungen sein, diese entweder durch Drittmittel zu finanzieren oder diese Angebote einzustellen. Dies würde dazu führen, dass in der Psychiatrie zunehmend auf die medikamentösen Therapien fokussiert würde, da diese mit geringerem Aufwand geschehen könne. Die vorliegende Verordnungsrevision würde die Kosten der stationären psychiatrischen Versorgung nicht verringern, sondern erhöhen und verlagern.

Der SGB-FSS begrüsst, dass konsistente Kriterien für die Tarifiermittlung eingeführt werden sollen. Es fehle jedoch immer noch die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen wie Menschen mit Hör- und Hörsehbehinderung. Ausserdem müssten die Kriterien für die Tarifiermittlung den Verpflichtungen aus der UNO-Behindertenrechtskonvention²⁰ und dem Behindertengleichstellungsgesetz²¹ Rechnung tragen. Er fordert, dass die Zugänglichkeitsleistungen bei der Tarifiermittlung berücksichtigt werden und die Zugänglichkeit als Mindestkriterium zur Beurteilung der Qualität der Gesundheitsversorgung eingeführt werden müssen. Der SGB-FSS findet die Benchmark-Wertermittlung als Effizienzwert nicht zielführend, da das jetzige SwissDRG System die Abgeltung von Leistungen, die auf die individuellen Situationen von Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind, erschwere. Er lehnt die Ermittlung eines Effizienz-Benchmark-Werts ab, solange das Vergütungsmodell SwissDRG erneut wird.

Die **SPO** ist mit dem Ziel, Einsparungen zu erzielen, sehr einverstanden. Sie warnt allerdings gleichzeitig davor, die Schweregradbereinigung als absolutes und immer verlässliches Mass anzunehmen. Sie fragt sich, ob bei den Vergleichen nicht mehr Augenmass angewendet werden müsse, weil diese errechneten angeblich vergleichbaren Kosten die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllen könnten. Zudem fordert sie, dass die Tarifstruktur nach SwissDRG nach systematischen Verzerrungen untersucht werde.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+ und **UPD** lehnen die Bestimmungen zu den Tarifiermittlungsgrundsätzen ab. Die Vorgaben stellten einen massiven Eingriff in die gesetzlich verankerte Tarifpartnerschaft dar und engten den Spielraum sowohl der Leistungserbringer als auch der Kostenträger massiv ein. Zudem seien darin Bestimmungen enthalten, die offensichtlich aus dem Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung (MPK I) stammen, die zurzeit im Parlament beraten werden. Es handle 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 stehe im Widerspruch zur Revision des KVG über die Spitalfinanzierung, welche, wie das BVGE bestätigte, Effizienzge-

²⁰ Übereinkommen von 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, SR 0.109

²¹ Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Beseitigung von Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen, SR 151.3

winne zulasse. In Anbetracht der nun vorliegenden ausführlichen Spielregeln der «Einheitlichen Ermittlung und Beurteilung der Effizienz einzelner Spitäler» sei 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 solle, 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+ und UPD 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 gemeinwirtschaftliche Leistungen, Regelung der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, u.v.a.m. Daran ändere die im Auftrag des BAG durchgeführten und kürzlich publizierten Studien von ECOPLAN nichts. Die Festlegung des Benchmarks auf den 25. Perzentil bedeute nichts anderes, dass 75 % unserer Schweizer Spitäler als ineffizient beurteilt werden, was nicht zutrefte, und wofür es nicht im Ansatz einen Beleg gäbe. Wie das BAG auf Einsparungen in der OKP von angeblichen 250 Millionen Franken kommt, sei nicht nachvollziehbar. Es handle sich aber mit Sicherheit um eine zu vereinfachende und zu tiefe Hochrechnung. Mit dieser Massnahme werde einzig das Ziel verfolgt, das OKP-Prämienwachstum in Schranken zu halten. Dabei werde vollkommen ausser Acht gelassen, dass aus Sicht des Bürgers, der sowohl Prämien- als auch Steuerzahler sei, im Ergebnis kein einziger Rappen gespart werde. Wie unter dem Regime eines auf das 25. Perzentil festgelegten Benchmarks effiziente und qualitativ hochstehende Spitäler überleben könnten, ist höchst ungewiss. Öffentliche Spitäler könnten eine finanzielle Unterstützung über die Hintertür der gemeinwirtschaftlichen Leistungen erhalten. Auch können Spitalinfrastrukturen aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhalten werden. Diese Art der Finanzierung widerspreche jedoch dem geltenden Gesetz, welches zumindest für effizient arbeitende Spitäler die Deckung der Vollkosten über die OKP-Tarife vorschreibe und unter den Subventionen und anderen Querfinanzierungen der OKP verpönt seien. Allenfalls würden 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 liege nicht etwa an einem ineffizienten Umgang mit Ressourcen, sondern sei einzig und allein durch die systemimmanenten Abbildungsgrenzen der Tarifstruktur bedingt. Unser heutiges SwissDRG Preisbildungs-Modell (SwissDRG Tarifstruktur & OKP-Benchmarking) sei mit verzerrenden Variablen behaftet, welche die Leistungserbringer nicht beeinflussen können und mit Effizienzsteigerung nichts zu tun hätten. Schliesslich könnten Kantone, die auch Spitalinhaber seien, mit der vorliegenden Verordnung die Spitalplanung (Versorgungsplanung, Aufstellen von Spitallisten und Erteilung von Leistungsaufträgen via SPLG) die Minimalanforderungen pro Leistungsgruppe ihren Gegebenheiten nach freiem Ermessen anpassen.

Laut Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und VZK beschränken die vorgeschlagenen Massnahmen zur Tarifiermittlung die Kantonsautonomie übermässig und verletzen den Grundsatz «wer bezahlt der befiehlt». Die vorgesehenen Vorschriften zum Benchmarking seien einseitig zugunsten einer Prämienenkung der OKP-Versicherung geprägt. Die verordnete Unterdeckung hätte schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung und die Finanzierungssituation der Spitäler und Psychiatrien. Die alleinige Ermittlung des Benchmarks durch die Versicherer widerspreche dem Vertragsprimat zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherern und sei deshalb gesetzeswidrig. Der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils bevorteile übermässig die spezialisierten Organisationen. Bei den anderen Institutionen hätte dies einen Qualitätsabbau, 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 geschwächt. Die Corona-Pandemie habe aufgezeigt, dass die dezentrale, wohnortnahe Spitallandschaft ausschlaggebend bei der Bewältigung der Krise sei. Insbesondere hätten sich dadurch die Patientenströme auf verschiedene Standorte verteilt. So konnte das ganze System entlastet werden. Die Absicht, medizinische Leistungen zunehmend zu konzentrieren, müsse daher kritisch überdacht werden. Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und VZK lehnen die vorgeschlagene Revision aus den genannten Gründen ab. Wolle der Bundesrat wirklich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wirksam bremsen, dann müsse er endlich mit der EFAS-Vorlage (Einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär) vorwärtskommen. Zudem müsse die ambulante Tarifierung für den Spitalbereich so erhöht werden, dass die ambulante Leistung kostendeckend erbracht werden könnten (Ausnahme **VDPS**). Zudem merkt die **Spital Männedorf AG** an, dass man in Anbetracht viel besserer Möglichkeiten die Entwicklung der Kosten über richtige Incentives und damit Outcome basierende Modelle (Value Based Medicine) oder Verschiebung in den ambulanten Bereich zu steuern, entsetzt sei über die Ideenlosigkeit des BAG, wie sie sich in der Revision widerspiegeln.

Für **Kantonsspital Aarau** setzt der vorliegende Entwurf auf eine wissenschaftlich nicht fundierte Kostensenkung und gefährdet damit die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Das Gesundheitswesen, das schon unter Normalbedingungen unter enormem Kostendruck stehe, verfüge in seiner dispersen Struktur generell über ungenügende personelle und Infrastruktur-Reserven. Kritisch zu beurteilen sei der Umstand, dass sich der Bundesrat bei der Definition der neuen Vorgaben – soweit erkennbar – nicht von fundierten, datenbasierten Analysen leiten lasse und er offenbar auch keine Folgeabschätzung vorgenommen habe. Jedenfalls finden sich in den erläuternden Dokumenten keine Hinweise darauf. Im Vordergrund stünde offenbar einzig die Aussicht auf eine Kosteneinsparung zugunsten der OKP und zulasten der Spitäler. Es werde vom Bundesrat in keiner Weise belegt, dass eine solche Kosteneinsparung ausgehend von den heute geltenden Tarifen sachlich angezeigt oder gerechtfertigt sei. Besonders kritisch erscheine der jetzt geplante bundesrätliche Eingriff zudem deshalb, weil mit dem Projekt der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung (EFAS) ein gesundheitspolitisches Grossprojekt diskutiert werde, welches im Kern die künftige Verteilung der Finanzierungslast zwischen Kantonen und OKP betrifft. Der Kostenschlüssel sei denn auch einer der wesentlichen, noch ungeklärten Streitpunkte zwischen den betroffenen Stakeholdern. Vor diesem Hintergrund erscheine es umso angezeigter, dass sich die Exekutive im jetzigen Zeitpunkt mit Verordnungsgeschäften, die Rückwirkungen auf die Verteilung der Finanzierungslasten hätten, zurückhalte. Mit der jetzigen Vorlage tue der Bundesrat indes das Gegenteil, indem er einen Effizienzmassstab festsetze, der die künftige Finanzierungslast zulasten der Kantone verschiebe und damit ausstehende Entscheidungen des Gesetzgebers im Rahmen von EFAS zu präjudizieren drohe. Vor diesem Hintergrund scheine eine Revision der KVV mit dem Ziel einer Kostensenkung durch einseitige Verlagerung der Kompetenzen an die Krankenversicherer, ohne ihnen klare Regelung und Versorgungsverantwortung zu übertragen, nicht sinnvoll. Ebenso wirke der Wille zum Kapazitätsabbau im Spitalwesen auf dem Weg dieser KVV-Revision untauglich. Vielmehr müssten die Anstrengungen für eine Bereinigung der dispersen Schweizer Spitallandschaft vorangetrieben werden. Dies aber klar deklarieren und nicht auf dem Umweg über die Festlegung von Perzentilen und die Übertragung der Kompetenzen an die Krankenversicherer, sondern unter der Führung von Bund und Kantonen, wie es die Bundesverfassung vorsehe. Insofern sei die gesamte Vorlage zur grundlegenden Überarbeitung zurückzuweisen.

Für **Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG** und **Gesundheitszentrum Fricktal AG** fokussiert der vorliegende Entwurf einseitig auf Kostensenkung und gefährdet damit die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der

Schweiz. Die Erfahrungen aus der COVID-19-Krise zeigten, 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 sei. Das Gesundheitswesen, das schon unter Normalbedingungen unter enormem Kostendruck stehe, verfügt generell über ungenügende personelle und Infrastruktur-Reserven für Pandemien. Es habe zeitweise an Schutzmaterialien, Heilmitteln und Medizinprodukten gefehlt, obwohl sich die COVID-Krise in der Schweiz in quantitativer Hinsicht (glücklicherweise) nicht wie befürchtet entwickelt habe. Vor diesem Hintergrund schein 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 seien, sollte beantragt werden, jegliche Revisionen von KVG und KVV auszusetzen (Moratorium). Insofern sei die gesamte Vorlage ans EDI zur grundlegenden Überarbeitung zurückzuweisen.

Für **CHUV, Insel Gruppe AG, Universitätsspital Basel** und **unimedsuisse** stellt die Einführung eines schweizweiten Kosten-Benchmarkings über alle Leistungserbringer (vom Geburtshaus bis zum Universitätsspital) in Verbindung mit dem 25. Perzentil als Benchmarking-Massstab, für die universitäre Medizin in der Schweiz und der damit untrennbar verbundenen medizinischen Innovation eine existenzielle Bedrohung dar. Die Universitätsspitäler als Leistungserbringer am Ende der Versorgungskette und als Rückgrat der schweizerischen Spitalversorgung wären am stärksten von den negativen Folgen betroffen. Gerade während der Corona-Epidemie habe sich eindrücklich gezeigt, wie wichtig die Universitätsspitäler für das schweizerische Gesundheitssystem seien. Es sei sowohl in der internationalen Erfahrung im Umgang mit DRG-Systemen als auch in der Schweizerischen Rechtsprechung zu SwissDRG anerkannt, dass die Fallpauschalen-Tarifstruktur systemimmanente Abbildungsgrenzen habe und insbesondere die Mehrleistungen der Universitätsspitäler als Endversorgerspitäler nicht hinreichend abbilden könne. Das Bundesverwaltungsgericht stelle fest (BVGE 2014/36, E. 22.7): «Bei einer DRG-internen Betrachtungsweise würden Endversorgungsspitäler, die überproportional gehäuft komplexere Fälle behandeln, gegenüber Spitälern, welche sich auf die Behandlung von profitablen Fällen ausrichten (cherry picking), bei einem einheitlichen Basisfallwert benachteiligt. Mit zunehmender Differenzierung der Tarifstruktur und homogeneren DRG kann die Problematik zwar entschärft, aber nicht eliminiert werden. Sie ist als Folge der Pauschalierung und des Umstands, dass die Spitäler in der medizinischen Versorgungskette unterschiedliche Funktionen haben, systemimmanent. Die Festlegung differenzierter Basisfallwerte als Korrektiv dieses Effekts bildet daher keinen systemwidrigen Eingriff in die Tarifstruktur». Seit der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 wurden laufend Verfeinerungen am System vorgenommen, um eine bessere Differenzierung der Leistungen zu erreichen. Die Weiterentwicklung stosse jedoch zunehmend an die systemimmanente Abbildungsgrenze. So wären die Universitätsspitäler gemäss den Berechnungen der SwissDRG AG bei Anwendung einer schweizweiten Einheits-Baserate von CHF 10'745.- auf der Grundlage der im Tarifjahr 2021 anwendbaren SwissDRG-Version 10.0 mit bloss 92.8 % Kostendeckung weiterhin deutlich (rund CHF 220 Mio.) unterfinanziert (Angaben gemäss der Informationsveranstaltung der SwissDRG AG vom 30. April 2020.). Wenn sich die reale Baserate der Unispitäler – die heute nahe bei der systemtechnisch korrekten Baserate liegt – auf den Durchschnitt der Baserate aller Spitäler oder darunter bewegen sollte, drohen strukturelle Verluste von über einer halben Milliarde CHF pro Jahr. Eine Tarifiermittlung, welche auf einem gesamtschweizerischen Benchmarking unter allen Spitälern basiert und die Anwendung von Zu- und Abschlägen vorsehe, bürde den Endversorgerspitälern alleine die Verantwortung dafür auf, die Abbildungsmängel der Tarifstruktur SwissDRG datenbasiert nachzuweisen (eine Aufgabe, die selbst die SwissDRG AG bisher unlösbar sei). Wohl haben die Universitätsspitäler ein datenbasiertes Modell entwickelt, welches die leistungsbegründeten Kostenunterschiede zwischen Spitälern erklären und quantifizieren könne (siehe Widmer, Spika und Telser unter <https://www.usz.ch/fuer-mehr-chancengleichheit-in-der-spitalfinanzierung/>). Dieses Modell

habe indes bisher keine Unterstützung von Seiten der Krankenversicherer gefunden. Wenngleich zwischenzeitlich auch die Krankenversicherer der tarifsuisse und der Einkaufsgemeinschaft HSK Überlegungen zu möglichen Modellen für eine Baserate-Differenzierung anstellten, sei absehbar, dass ein von allen Parteien anerkanntes Modell in absehbarer Frist nicht vorliegen werde. Bei der eidgenössischen Medizinaltarifkommission MTK ist der Grundsatz einer höheren Baserate für die fünf grossen Endversorgerspitäler in der Schweiz unumstritten. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigten in aller Deutlichkeit: Das Pauschalsystem mit DRGs vermag nicht einmal in Ländern mit einem Vielfachen der Fallzahlen der Schweiz (z.B. Deutschland) die Besonderheiten der grossen Endversorgerspitäler gerecht abzubilden und statistisch belastbare und faire Kostengewichte zu ermitteln. Daher seien Ersatz- oder Ergänzungslösungen zum DRG-System, wie etwa separate Vergütungen oder Zusatzzahlungen für bestimmte Patientengruppen oder bestimmte Spitäler, in Ländern mit längerer DRG-Erfahrung auch längst umgesetzt (siehe Stephani V. et al. (2020) Vergütung von spezialisierten, seltenen und kostenvariablen Fällen außerhalb des DRG-Systems: Erfahrungen aus Deutschland, Dänemark, England, Estland, Frankreich und den USA. In: Klauber J. et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_4). Um eine chronische KVG-Unterfinanzierung der Universitätsspitäler abzuwenden, dürfe an dem vom Bundesverwaltungsgericht vorgeschriebenen, gesamtschweizerischen Benchmarking unter beliebigen Spitälern nicht festgehalten werden. Hingegen stehen die Universitätsspitäler uneingeschränkt zum Benchmarking untereinander. Der Druck auf die Kostenentwicklung und der Anreiz zu effizientem Verhalten wird damit bereits ausreichend und gesetzeskonform hochgehalten.

diespitaeler.be und **VNS** lehnen die Vorlage aus den folgenden Gründen ab. Die Vorlage ziele in erster Linie auf eine Verkleinerung der Spitaldichte schweizweit und eine dadurch erhoffte Kosteneindämmung im OKP-Bereich im Umfang von bis zu 250 Mio. Fr. ab. Der Konzentrations- und Rationalisierungsprozess habe sich spätestens seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 massiv beschleunigt und bedürfe nicht zusätzlicher Eingriffe durch den Bund. Schon gar nicht auf Verordnungsebene. Die hier diskutierte Vorlage habe einschneidende Auswirkungen auf die Finanzierungssituation der Akutspitäler, die Psychiatrien und Rehabilitationskliniken. Gemäss Schätzung von H+ würden weit über 100 Spitäler in der Grundversorgung in den Ruin getrieben werden (s. hierzu aus neuste Studie von Polynomics). Das geschätzte finanzielle Loch für die Spitäler von 1,2 Mia. Franken dürfte weit überschritten werden. Dies werde Auswirkungen auf die Qualität und die Patientensicherheit nach sich ziehen und somit die Versorgung besonders in den peripheren Regionen massiv gefährden. Der Effizienzmassstab so festzusetzen, dass er wohl zum Ausscheiden ineffizienter Leistungserbringer führen kann, dass er aber nicht jene Spitäler finanziell auszehrt, die die Hauptlast der Versorgungssicherheit tragen. Mit der Wahl des 25. Perzentils sei dieser Grundsatz schweizweit verletzt. Eine Unterfinanzierung der Spitäler müsse, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, die Kantone und allenfalls Gemeinden mit systemwidrigen, aber dann eben aus politischen Gründen unumgänglichen Subventionen übernehmen. Die aktuelle Studie von Polynomics zur Wahl des Perzentils untersuche die Auswirkungen des 25. Perzentil auf die Spitäler. Die Spitäler würden durch die entstehende Abwärtsspirale bei den Tarifen zunehmend mit einer massiven Unterdeckung konfrontiert. Eine Simulation mit dem 25. Perzentil zeige, dass bereits nach 7 Jahren alle Universitätsspitäler und zahlreiche Spitäler der regionalen Grundversorg ihr Eigenkapital durch die resultierenden Defizite aufgebraucht hätten und somit ökonomisch betrachtet aus dem Markt verschwunden wären. Die Unterfinanzierung durch den sinkenden Basisfallpreis würde im Laufe der Jahre für alle Spitäler stetig zunehmen, ein Milliardenloch hinterlassen und, wirtschaftlich betrachtet, zahlreiche Spitäler aus dem Markt verdrängen. Das angewandte Benchmarking-Verfahren weise gravierende Mängel auf. Es erweise sich, dass Institutionen wie Geburtshäuser, Spitäler ohne Notfallstationen und/oder Intensivstationen sowie wie Spezialkliniken mit selektivem Leistungsangebot mit ihren einfacheren Kostenstrukturen nicht mit voll ausgestatteten akut-somatischen, psychiatrischen oder rehabilitativ tätigen Intuitionen, und schon gar nicht mit Universitätsspitälern, verglichen werden

könnten. Genau diese, mit strukturbedingt tieferen Kosten kalkulierenden Institutionen, sind bis zum 25. Perzentil stark übervertreten und verzerren das Bild massiv. Dieser Übervertretung strukturell kostengünstiger Institutionen müsse bei einer sachgerechten Wahl des Perzentils zwingend Rechnung getragen werden. Ein nationales Benchmarking-Verfahren in einem regulierten Markt müsse insbesondere auch die unterschiedlichen Lohn- und Standortkosten in den Kantonen berücksichtigen. Diese Kosten seien sehr unterschiedlich. Das aktuelle Benchmarking-Verfahren vergleiche Äpfel mit Birnen. Trotz der offensichtlich einschneidenden Konsequenzen einer Inkraftsetzung der vorgelegten KVV-Revision für die Versorgungs- und Spitallandschaft Schweiz, wecke die Tatsache Misstrauen, dass sich der Bundesrat, soweit nachvollziehbar auf keine Daten stütze und es unterlassen habe eine umfassende Regulierungsfolgeabschätzung für diese Vorlage durchzuführen. Die vorgeschlagene Revision der KVV I nehme Bestimmungen, z.T. aus der Pflegeinitiative aber auch den Massnahmenpaketen 1 und 2 vorweg, die im Gesetzgebungsverfahren noch pendent seien. Es könne ja nicht sein, dass der Gesetzgebungsprozess vor dessen ordentlichem Abschluss auf dem Verordnungsweg ausgehebelt werde. Besonders kritisch zu beurteilen sei sodann der Umstand, dass der Bundesrat in einem Zeitpunkt in den Kostenteiler zwischen Kantonen und OKP eingreife, in welchem mit der Einheitlichen Finanzierung ambulant-stationär ("EFAS") ein Grossprojekt kontrovers diskutiert werde, welches im Kern gerade diesen Kostenteiler betreffe. Die Vorlage erteile den Krankenversicherern das alleinige Recht den Kostenbenchmark als Grundlage für die Tarifiermittlung zu erstellen, obwohl eben diese keine Versorgungsverantwortung hätten. Die Ermittlung eines nationalen Benchmarks sei Sache von Bund und Kantonen, müsse jedoch idealerweise von einer externen und neutralen Stelle erstellt werden. Die Vorlage sei diesbezüglich zu wenig klar. Es wäre hier die Chance gewesen, eine wissenschaftlich abgestützte Vorgabe für die Erstellung eines einheitlichen nationalen Benchmarks zu erlassen. Für das Benchmarking solle neu ab Tarifjahr 2023 das 25. Perzentil auf Verordnungsebene festgelegt werden. Damit übernehme der Bund den bisherigen unangemessen restriktiven Benchmark der OKP-Versicherer, was nicht sachgerecht sei. Dieser Effizienzmassstab sei inakzeptabel, untergrabe das gesetzlich festgelegte Verhandlungsprimat zwischen Spitälern und Versicherer und mache dieses zur Farce. Des Weiteren führt ein Benchmarking nach Anzahl Spitäler zu Verzerrungen und Ungerechtigkeiten. Um zu sachgerechten Ergebnissen zu gelangen, müsse eine Fallgewichtung erfolgen. Der Effizienzmassstab solle beim 40. Perzentil belassen, bzw. höher festgelegt werden. Aktuell sei schon mit dem 40. Perzentil die nachhaltige Finanzierung versorgungs- und systemrelevanter Institutionen nicht gesichert. Die Erfahrungen mit COVID-19 hätten gezeigt, dass die Schweiz auf verschiedenen Ebenen auf eine solche Pandemie zu wenig vorbereitet war. Es zeige sich, wie schnell auch unser sehr gut funktionierendes Gesundheitssystem an seine Grenzen stosse. Glücklicherweise befanden wir uns bei der ersten Welle nur in einem milden Szenario. Es hätte jedoch viel schlimmer kommen können. Zurzeit sei die Situation mit COVID-19 und einer möglichen 2. Welle weiterhin sehr unklar. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen mit COVID-19 liege dieser Verordnungsentwurf zusätzlich quer zu den neusten versorgungspolitischen Erkenntnissen (Notwendigkeit von Vorhalteleistungen und Kapazitäten). Die Vorlage liege aus den genannten Gründen sehr schräg in der Landschaft und sei zu wenig durchdacht. **diespitaeler.be** fordere daher den Bundesrat auf, diesen Verordnungsentwurf zurückzuziehen und die Ordnungsrevision in dieser Form nicht weiterzuverfolgen. Die berechtigten Anliegen und Optimierungsvorschläge sollten auf dem ordentlichen Gesetzgebungsweg vollständig überarbeitet und in eine KVG-Revision eingebunden werden. Allenfalls zusammen mit den Massnahmenpaketen 1 und 2 (mit Ablauf Referendumsfrist).

Die **Hirslanden AG** heisse eine Revision der KVV bezüglich Vollzug des Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG grundsätzlich gut. Eine Präzision der KVV mit den von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien zur Berechnung der Benchmarks vereinfache die Handhabung und fördere die Rechtssicherheit. Jedoch lehne Hirslanden den vorliegenden Entwurf der KVV-Revision aus den folgenden Gründen ab: Das Motiv der vorliegenden Revision der KVV bestehe zu einem grossen

Teil darin, eine weitere Kostensenkung zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu bewirken, ohne jedoch eine fundierte Folgeabschätzung gemacht zu haben. Zudem verletze der Verordnungsentwurf in mehrfacher Hinsicht bestehende gesetzliche Bestimmungen. Mit der Vorgabe des Benchmarks höchstens beim 25. Perzentil greife der Bundesrat nicht nur in die Tarifautonomie der Parteien ein, sondern limitiere den Verhandlungsspielraum letzterer in unverhältnismässiger Weise. Mit dieser Limitierung würden den Spitälern jährlich 1.2 Milliarden Franken verwehrt werden und wie ein Gutachten von Polynomics vom 4. Juni 2020 zeige, wären die Leistungserbringer aufgrund der neuen Bestimmungen nicht mehr überlebensfähig. Diese negativen finanziellen Einbussen der Spitäler würden sich auch auf die Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung auswirken. Denn ohne Effizienzgewinne würden auch effizient arbeitende Spitäler längerfristig um das Überleben kämpfen müssen. Denn welches Spital könne sich dann noch Investitionen leisten? Dies habe zur Folge, dass nicht nur die Infrastruktur veraltet, sondern dass auch unrentable Behandlungen nicht mehr angeboten würden und somit die Versorgungssicherheit in der Schweiz nicht mehr gewährleistet werden könne.

Das **Universitätsspital Basel** zitiert die Polynomics-Studie «Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking», Polynomics, Dr. Barbara Fischer, Marc Bill, Dr. Beatrice Mäder, Dr. Harry Telser, 4. Juni 2020: «Am entscheidendsten für die Finanzierung des Systems ist die Wahl des Perzentils. Wählt man das 25. Perzentil als Benchmark entsteht im entsprechenden Tarifjahr je nach Gewichtung eine Unterdeckung von CHF 600 Mio. bis CHF 1 Mia. Sprich die Erträge aus den Fallpauschalen reichen bei weitem nicht, um die DRG-relevanten Kosten der Spitäler zu decken. Am grössten ist die Unterdeckung, wenn keine Gewichtung nach Spitalgrösse vorgenommen wird. In diesem Fall sind 75% der Spitäler beim 25. Perzentil von einer Unterdeckung betroffen, wobei die betroffenen Spitäler zusammen 87% aller Patienten behandeln. Die wenigen Spitäler, die eine Überdeckung aufweisen, sind grösstenteils Spezialkliniken. Unsere Analysen zeigen zudem, dass bei einem niedrigen Perzentil Spitäler mit spezifischen Merkmalen unterhalb des Benchmarks systematisch unter- und übervertreten sind. [...] Wir zeigen in einer einfachen Simulation, dass die Wahl des 25. Perzentils innerhalb weniger Jahre dazu führt, dass die Mehrheit der Spitäler ihr Eigenkapital durch die anfallenden Verluste aufgebraucht hat und aus dem Markt ausscheidet, falls keine zusätzlichen Mittel (Subventionen, Spenden) oder neues Kapital von den Eigentümern an die Spitäler fliesst». Das Kollektiv der Spitäler, die 87% der Patienten behandeln als unwirtschaftlich zu bezeichnen (weil nicht im 25. Perzentil) werde als Affront empfunden. Man halte die einer derartigen Revision zugrundeliegende Ratio für kontraproduktiv. Es stelle sich die Frage, wie sich ein solches Benchmarking und insbesondere die Wahl eines niedrigen Perzentils langfristig auf die Finanzen der einzelnen Spitäler und die Versorgungssituation auswirke. Die Universitätsspitäler leiden seit Einführung von SwissDRG unter der fehlenden Abbildungsgenauigkeit des Systems. Dies sei vor dem Hintergrund der geringen statistisch relevanten Fallmenge verständlich, jedoch ein veritables Problem, für das bislang nachhaltige Lösungsansätze fehlen. Der Überlebenskampf der Maximalversorger im System wird zu einer Flut an neuen (höchst-richterlichen) Gerichtsverfahren führen, um die offensichtlichen Fehlabbildungen im System über höhere Basispreise zu rechtfertigen. Diese unbesonnene Verordnungsänderung werde das Problem im DRG-System nicht lösen, sondern akzentuieren und statt nachhaltigen Lösungen werden die Maximalversorger und die Gerichte mit komplizierten juristischen Verfahren beschäftigt. Es finde eine einseitige Berücksichtigung der Maximal-Forderungen der Krankenversicherer statt. Lösungen, die zur Abbildungs- und Abgeltungsgenauigkeit beitragen, gebe es keine. Es gibt gute Gründe, weshalb die Maximalversorger teurer seien als das 25. Perzentil der Spitäler. Diese Gründe herauszuarbeiten und entsprechend abzugelten, wäre Aufgabe des Tarifanbieters (SwissDRG AG). Genügend Studien, beispielsweise von Polynomics, zeigten systematische Probleme auf. Statt diese Probleme aufzunehmen und im Tarifsysteem zu lösen, serviere man sie den Gerichten, denn es sei nicht davon auszugehen, dass die Krankenversicherungen von sich aus Preise über dem 25. Perzentil akzeptieren bzw. zahlen. Die

Aussage, dass 75% der Spitäler als unwirtschaftlich gelten, weil unter dem 25. Perzentil operierend, darunter alle Universitätsspitäler und alle Maximalversorger, gebe schon zu denken. Sie zeigt ein beängstigendes Verständnis unseres Gesundheitssystems, das gerade in der Pandemie-Situation sein Funktionieren unter Beweis gestellt habe. Nicht zuletzt die Universitätsspitäler.

Für **PKS** ist die - offenbar rein politisch vom Bundesrat erwünschte - Konsolidierung der Spitallandschaft in vollem Gang. Bisher habe der Gesetzgeber (mit der Revision der Spitalfinanzierung ab 2012) zwar ausdrücklich eine gesetzliche Grundlage geschaffen für den Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer. Allerdings habe er nie Vorgaben gemacht, wonach nur eine bestimmte Anzahl Leistungserbringer schweizweit oder in einer Region aktiv sein dürften oder diesbezüglich eine Reduktion der Anzahl anzustreben wäre. Es mutet anmassend an und dürfte widerrechtlich sein, dass der Bundesrat nun auf Verordnungsebene derart grundlegende Richtungsentscheide ohne Einbezug des Parlaments vornehme. Zudem: Unter den Bedingungen der forcierten Verschiebung von bisher stationären Leistungen in den ambulanten Bereich und den dort durch lineare Kürzungen des Bundes bereits heute nicht kostendeckenden Tarifbedingungen finde bereits heute eine Ausdünnung und Konsolidierung der Spitallandschaft statt. Es gelte einzig sicherzustellen, dass strukturerhaltende Massnahmen mit öffentlichen Geldern (über die geltenden KVG-Regeln hinaus) verboten werden, damit der Wettbewerb in fairer Weise greifen könne. Die Ausdehnung des Benchmarks auf alle Leistungserbringer bedeute, dass dieser Wert spürbar sinken werde. Mit der Begrenzung von Abweichungen auf den extrem engen Korridor des 25. Perzentils (der auch bundesgerichtlich bereits als «gravierende verzerrter Effizienzmassstab» bezeichnet worden sei) würden Spitäler mit relativ hohen Fixkostenanteilen (z.B. spezialisierte und/oder kleinere Häuser) aus dem Markt gedrängt. Die Vorlage gefährde bis zu 120 Spitäler und Kliniken existenziell. Die Tarifverhandlungen zwischen Spitalern und Versicherern sowie die Tarifgenehmigung durch die Kantone werde dadurch massiv entwertet und mithin zur Farce. Auch hier gelte, dass eine derart einschneidende Änderung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Spitäler keinesfalls am Parlament vorbei legiferiert werden dürfe. Insgesamt würden jedes Jahr rund 1.2 Mia. Franken in der Spitalfinanzierung fehlen. Dieser Mangel käme zu den substanziellen Ausfällen, die bereits im Zusammenhang mit dem Behandlungsverbot der Spitäler und den Mehrkosten für Schutzmassnahmen für Patienten und Personal im Rahmen der Corona-Krise entstanden seien, noch hinzu. Es sei naheliegend, dass die öffentliche Hand über direkte Subventionen, Defizitdeckungen sowie einen weiteren massiven Ausbau gemeinwirtschaftlicher Leistungen einzig die Spitäler im öffentlichem Eigentum vor dem wirtschaftlichen Ruin bewahren würde. So werde der vom Gesetzgeber vorgeschriebene Wettbewerb unter Berücksichtigung privater Leistungserbringer einmal mehr torpediert und die Spiesse noch ungleicher. Die vorliegende Revision gehe die wahren Kostentreiber des Gesundheitswesens nicht an: Die Privilegierung kantonseigener Spitäler (Überkapazitäten) inklusive die milliardenschweren gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Ineffizienz), die praktisch ausschliesslich den Spitalern im Eigentum der öffentlichen Hand zugutekämen, werden nicht angegangen. Die **PKS** fordert daher den Rückzug der Revisionsvorlage.

Laut **VNS** habe der vorliegende Revisionsentwurf zum Ziel, die Tarifiermittlung für Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen zu vereinheitlichen und an die Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts anzupassen. Die VNS begrüsst grundsätzlich eine Harmonisierung der Kriterien. Die VNS kritisiert aber insbesondere, dass die Interessen der Krankenversicherer in dieser Vorlage einseitig berücksichtigt würden. Die Vorlage verfolge mit dem sehr strengen Effizienzmassstab klar das Ziel der Senkung der OKP Kosten und einer Bereinigung der Spitallandschaft. Rund 100 Spitäler sollen in den Ruin getrieben werden. Dies werde die Versorgung aber auch die Patientensicherheit und die Qualität massiv gefährden. Es wäre wünschenswert, anstelle neuer und auch detaillierter Auflagen und Regulatorien zu schaffen, sich zu überlegen, welche Akteure genau welche Rolle innehaben im Gesundheitswesen. Zudem könnte man vermehrt gemäss einem Ressourcenansatz hinschauen, was bereits im Gesundheitswesen gut gemacht wird und wo man allenfalls noch Synergien schaffen

könnte zwischen den verschiedenen Akteuren (s. z.B. unnötige Forderung eines VKL Testats). Es dürfe aber nicht sein, dass die Leistungserbringer als Unternehmungen, welche man politisch gewollt dem Wettbewerb aussetzen wollte, zunehmend nationale betriebliche Detailregelungen auferlegt bekommen. Dies signalisiere gegenüber den Spitälern, welche die Fachkompetenz haben, grosses Misstrauen. Die VNS lehne die Vorlage aus den folgenden Gründen ab. Eine aktuelle Studie von Polynomics zur Wahl des Perzentils untersuchte die Auswirkungen des 25. Perzentil auf die Spitäler. Die Spitäler würden durch die entstehende Abwärts-spirale bei den Tarifen zunehmend mit einer massiven Unterdeckung konfrontiert. Eine Simulation mit dem 25. Perzentil zeigt, dass bereits nach 7 Jahren alle Universitätsspitäler ihr Eigenkapital durch die resultierenden Defizite aufgebraucht hätten und somit aus dem Markt verschwunden wären. Die Unterfinanzierung durch den sinkenden Basispreis würde im Laufe der Jahre für alle Spitäler stetig zunehmen, ein Milliardenloch hinterlassen und viele Spitäler aus dem Markt drängen.

Die **BEKAG**, der **SBV** und der **VLSS** beantragen eine ersatzlose Streichung der Bestimmungen von Artikel 59c^{bis} KVV. Sie halten den 25. Perzentilwert als Benchmark für absolut unhaltbar. Sie gehen weiter davon aus, dass die Einsparungen auf dem Benchmark deutlich über 500 Millionen Franken liegen würden, statt der veranschlagten 200 bis 250 Millionen Franken. Dadurch müssten viele Spitäler schliessen, es sei denn der Kanton würde sie künstlich am Leben erhalten, was der im KVG verankerten Leistungsfinanzierung diametral widerspreche. Es bestehe von Gesetzes wegen eine gewisse Vertragsautonomie zwischen den Tarifpartnern. Gleichzeitig sollten und müssten Effizienzgewinne nach wie vor möglich bleiben. Dies sei mit der vorgeschlagenen Regelung jedoch nur für diejenigen Spitäler möglich, welche unterhalb des 25. Perzentils liegen. Wer über dem 25. Perzentilwert liege, könne dagegen höchstens die eigenen Kosten decken, aber dies auch nur dann, wenn das betreffende Spital nachweisen könne, dass auf dem Benchmark-Wert Zuschläge gerechtfertigt sind. Es würde damit aus Sicht der Krankenversicherer kein Grund mehr bestehen, Tarifverträge abzuschliessen. Daneben sei der Detaillierungsgrad dieser Bestimmung für eine Tarifierung, welche im Ermessen der Tarifpartner liege, extrem hoch, was nicht der Idee des Gesetzgebers entspreche. Mit der rigiden Regelung würden auch die Kantone ihres Ermessensspielraums im Rahmen der Genehmigung von Tarifen beraubt. Die vorgeschlagenen Regelungen verletzen die gesetzliche Tarifautonomie gemäss Artikel 46 Absatz 1 und Artikel 49 Absatz 1 KVG, den Anspruch auf einen angemessenen Tarif gemäss Artikel 43 Absatz 6 KVG sowie die Tarifgenehmigungsautonomie der Kantone gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG. Analog zum vorgeschlagenen Artikel 59c^{bis} KVV sei auch der geltende, bereits heute nicht gesetzeskonforme Artikel 59c KVV dringend zu revidieren. Dabei müsse die Revision in die genau entgegengesetzte Richtung gehen, als sich das EDI und das BAG dies vorstellen würden. Der **SBV** weist im Übrigen darauf hin, dass viele Spitäler heute kaum schwarze Zahlen schreiben. Wie problematisch das heutige Regime bereits sei, habe sich daran gezeigt, dass praktisch alle Spitäler ungenügende Vorräte an in normalen Zeiten entbehrlichem Schutzmaterial angelegt hätten.

Nach Ansicht von **Dakomed**, **UNION** und dem **Verein integrative-kliniken.ch** widerspricht der Effizienzmassstab gemäss dem 25. Perzentil Artikel 49 Absatz 1 KVG, welcher faire Preise für einigermaßen effiziente Spitäler vorschreibt. Der Effizienzmassstab habe sich auf ein durchschnittliches Spital mit durchschnittlichen Leistungen zu beziehen. Würde das Kriterium des 25. Perzentils angewendet, hätte dies gravierende Folgen. Es würde gemäss Dakomed, UNION und dem Verein integrative-kliniken.ch noch schwieriger, nachhaltige Leistungen wie Komplementärmedizin anzubieten; es bestünde die Gefahr, dass die Qualität sinke, wenn einzig die Kosteneffizienz in den Fokus rücke; der Grundsatz der Tarifautonomie und der Tarifpartnerschaft würden verletzt, ebenso der Grundsatz der dual-fixen Fixierung. Der Vorschlag verletzte das KVG in mehrfacher Hinsicht und habe teilweise sogar gesetzgeberischen Charakter. Die Erkenntnisse bezüglich der Spitalversorgung und Vorhalteleistungen seien nicht berücksichtigt, weil der Vorschlag vor der Corona-Krise verfasst worden sei. Als problematisch erachten Dakomed, UNION und der Verein integrative-kliniken.ch zudem, dass die Auswirkungen der Verordnung nicht vorgängig geprüft worden seien und die Spitalstruktur in einer Art

verändern würde, die nicht aufgrund einer Verordnungsänderung, sondern aufgrund einer parlamentarischen Diskussion zu erfolgen habe. Sie lehnen den vorgeschlagenen Artikel 59c ab und verlangen die ersatzlose Streichung. Der Vorschlag greife in die gesetzlich verankerte Tarifpartnerschaft ein und schränke den Spielraum der Leistungserbringer und Kostenträger bei der Tarifgestaltung massiv ein. Ausserdem würden die Bestimmungen derzeit im Rahmen des Massnahmenpakets 1 der Kostendämpfung im Rat besprochen. Die Vorgaben dieses Artikels stellten einen Eingriff in die gesetzliche verankerte Tarifpartnerschaft dar und engten den Spielraum sowohl der Leistungserbringer als auch der Kostenträger massiv ein. Zudem seien darin Bestimmungen enthalten, die offensichtlich aus dem Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung stammten, die zurzeit im Parlament beraten werden. Der gesetzgeberische Prozess und die Schaffung von Rechtsgrundlagen auf Stufe Gesetz habe Vorrang vor einer Verordnungsbestimmung.

Nach Ansicht der **FMH** schränkt die Detailliertheit, mit welcher Artikel 59c^{bis} das Benchmarking zur Tarifbestimmung festlegt, die Tarifautonomie und den Ermessensspielraum der Kantone zu sehr ein. Er kritisiert die Festsetzung des Benchmarks auf das sehr strenge 25. Perzentil aus methodischer Sicht. Die gewählte Benchmarking-Methode sei in mehrfacher Hinsicht fragwürdig. Einerseits werde der Benchmark lediglich auf der Basis der Anzahl Spitäler festgelegt und andererseits keine Gewichtung mehr nach Leistungsvolumen oder Schweregrad vorgenommen. Dadurch würden z.B. Geburtshäuser eine unverhältnismässig grosse Bedeutung bei der Baserate-Ermittlung erhalten, und vor allem diese Geburtshäuser müssten aus dem Vergleichskollektiv der Benchmark-Spitäler herausgenommen werden. Gemäss FMH sollte eine nicht verzerrende Gewichtung vorgenommen werden, die Gewichtung soll also nicht nach Anzahl Leistungserbringer erfolgen und das Benchmarking gemeinsam durch die Tarifpartner erarbeitet werden. Mit der vorgeschlagenen Regelung würden die Leistungserbringer zudem keinen Anreiz mehr haben, in Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zu investieren, sondern in die Dokumentation höherer Kosten. Die FMH fordert, dass die Bestimmung von Artikel 59c^{bis} (mit Ausnahme von Absatz 5 Buchstabe b) ersatzlos gestrichen wird und schlägt zudem eine Ergänzung von Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c vor, indem festgehalten werden soll, dass ein Wechsel des Tarifmodells weder Mehr- noch Minderkosten verursachen dürfe. Die Kostenneutralität, wie sie der Bundesrat im bestehenden Verordnungstext für den Tarifmodellwechsel statuierte, würde zumindest nach dem geltenden Wortlaut nur einseitig gelten, das heisst, es dürften lediglich keine Mehrkosten entstehen. Echte Kostenneutralität würde jedoch auch keine Minderkosten zulassen.

Die **RehaClinic AG** hält fest, dass mit Artikel 59c KVV den Gesundheitsinstitutionen verboten werde, einen Gewinn zu erwirtschaften. Ohne Gewinn könne sich jedoch kein Unternehmen weiterentwickeln und notwendige Sanierungs- und Ersatzinvestitionen tätigen. Zudem würden Innovationen verunmöglicht. Zu Artikel 59c^{bis} ist die RehaClinic AG generell der Ansicht, dass eine gesamtschweizerische Benchmarking-Betrachtung in der Rehabilitation völlig unrealistisch sei, da keine einheitliche Vorstellung über «Rehabilitation» existiere, sehr unterschiedliche Leistungsgruppen definiert seien und diese – trotz gleicher Bezeichnung – nicht vergleichbar seien. So würden beispielsweise betagte Rehabilitationspatienten in einzelnen Kantonen als geriatrische Fälle erfasst, in anderen Kantonen kenne man diese Leistungsgruppe hingegen nicht. In der neurologischen Rehabilitation seien Mischtaxen und nach Fallschwere differenzierte Taxen im Einsatz.

Die **SGAIM** ist der Ansicht, dass Aspekte der geplanten Tarifgestaltung problematisch und nicht mehr konform mit dem KVG sind. Sie lehnt Artikel 59c in der vorgeschlagenen Form ab. Sie ist sich der Notwendigkeit der Nutzung von Einsparungspotenzial bewusst, lehnt jedoch unsachgemässe Anreizsysteme ab. Die vorliegenden Verordnungsanpassungen folgten massgeblich der Prämisse einer Kostensenkung, was erhebliche negative Auswirkungen auf die Finanzierung der Spitäler mit sich bringen werde und damit deren finanzielle Gesundheit unterminiere. Die Vorgaben des Bundesrats hätten ihrer Meinung nach absehbar gravierende

Auswirkungen auf die Finanzierungssituation der Spitäler und damit auf die Gesundheitsversorgung der Schweiz. Vor allem komplexe und multimorbide Fälle würden bereits heute im Tarifsysteem SwissDRG ökonomisch benachteiligt. Gesundheitssysteme bei denen die oberste Prämisse niedrige Kosten seien, erreichten in Krisenzeiten deutlich schneller die Belastungsgrenze und könnten ihrem Versorgungsauftrag nicht immer voll nachkommen. Weiter hat sich nach Ansicht der SGAIM ein separater Benchmark der Spezialversorger in der Vergangenheit bewährt, da die Tarifstruktur nach wie vor nicht in der Lage sei, für diese Spitäler eine sachgerechte Abbildung bei einheitlicher Baserate sicherzustellen. Dies würde von der SwissDRG selbst bestätigt. Das System sei nach wie vor nicht ausreichend differenziert für die Einführung einer Einheits-Baserate.

Nach Ansicht der **SGPath** verunmöglicht die Kombination der Bestimmungen der Buchstaben a, b und c in Artikel 59c Absatz 1 die Sicherung von Einnahmen für Investitionen und medizinischer Weiterentwicklung. In Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a soll festgehalten werden, dass der Tarif alle obligat im Rahmen von gesetzlichen Vorgaben zu erbringenden Leistungen berücksichtige. Der Tarif soll zwar höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten enthalten, er müsse aber Leistungen, welche gemäss gesetzlicher Vorgaben erfüllt werden müssten (z.B. Datenlieferungen an Krebsregister usw.) aufnehmen und dürfe diese nicht ablehnen. Für Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe b schlägt die SGPath weiter vor, dass dieser ergänzt wird um den Zusatz, dass der Tarif die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung der Schweiz sichert. Als Begründung dafür führt sie aus, dass Innovationen ebenfalls möglich sein müssten, andernfalls eine entsprechende Ergänzung der Verordnung notwendig sei. Weil ein Wechsel des Tarifmodells prinzipiell und zwingend hohe Mehrkosten durch Schulung von Personal, Anschaffung und Anpassung der Abrechnungs- und Leistungserfassungssysteme, Anpassung von IT-Schnittstellen (usw.) verursache und das Ziel der Mehrkostenvermeidung prinzipiell nicht erreichbar sei, schlägt sie vor, Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c ersatzlos zu streichen. Sie schlägt zudem als Ergänzung einen Buchstaben d vor, wonach der Tarif so gestaltet sein soll, dass die medizinische Weiterentwicklung zu Gunsten der Wohnbevölkerung der Schweiz gesichert ist.

Die **swiss orthopaedics** stellt fest, dass der Bund mit der Etablierung von Tarifierungsgrundsätzen sich neu auch in die Preisgestaltung steuernd einbringen will. Sie erachtet dies als ein erhebliches Abweichen von der bisherigen tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsform mit Genehmigung der erarbeitenden Struktur durch den Bundesrat. Diese Abkehr im Rahmen einer Vernehmlassung und unter Zeitdruck legalisieren zu wollen, erscheint ihr verfassungsrechtlich eher diskutabel. Der Vergleich mit dem Ausland zeige, dass eine rein kostenorientierte Spitalplanungs- und Zulassungspolitik immer auch zu einer Verschlechterung der Zugänglichkeit zu den medizinischen Leistungen und teilweise auch zu einer Verstärkung der Zweiklassenmedizin führe. Die Folgen würden neben den teilweise bereits jetzt betriebswirtschaftlich knapp positionierten Institutionen die Patientinnen und Patienten bzw. die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler tragen, welche die (zusätzlichen) Defizite der Institutionen der öffentlichen Hand finanzieren müssten. Es gelte zu berücksichtigen, dass sämtliche Formen von Implementierungen von Standards und Kontrollmechanismen zusätzliche administrative Aufwände generierten, und zudem auch zu zusätzlichen Kosten führen würden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die in der Verordnungsanpassung vorgesehenen Ab- und Zuschläge auf den Benchmark-Wert lehnt **curafutura** klar ab, weil sie die in der OKP verankerte Tarifautonomie untergraben würden. Die zu detaillierten «mechanistischen» Vorgaben schränkten die Preisdifferenzierungsmöglichkeiten und spitalindividuelle Verhandlungen massiv ein. Die vorgesehene Regulierung im Bereich der Festlegung des Benchmark-Werts heisst curafutura nur dann gut, wenn der 25. Perzentilwert auch definitiv Aufnahme in die KVV findet. Die Wahl eines tiefen Perzentils als

Effizienzmassstabs bei der Benchmark-Wert-ermittlung nämlich sei notwendig, damit ein Anreiz zur effizienten Leistungsermittlung entstehe und der im stationären Sektor unerwünschte Kapazitätsausbau vermieden werde. Dies ermögliche bei schwach ausgeprägtem natürlichem Wettbewerb im Gesundheitsmarkt den notwendigen Anreiz zur effizienten Leistungserbringung, zur Optimierung der Prozesse und zur Stärkung der Kooperationen bei gleichzeitigem dringend notwendigem Abbau der Überkapazitäten im stationären Bereich.

Die **HSK** begrüsst die vorgeschlagenen Änderungen im Bereich der Tarifiermittlung sehr. Diese würden weitestgehend ihrer heutigen Praxis entsprechen. Seit Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Jahr 2012 führe sie ein Benchmarking durch und habe seither den eigenen Effizienzmassstab vom 40. Perzentil progressiv reduziert. Ab dem Tarifjahr 2019 sei die Effizienzschwelle auf das 25. Perzentil gesenkt worden. HSK habe aufgrund der Einführungsphase von TARPSY, in Analogie zur Einführungsphase von SwissDRG, das aktuelle Perzentil wie bereits im Vorjahr bei 40% festgelegt und werde auch in diesem Bereich das Perzentil sukzessive senken. Transparenz sei für ein wirksames Benchmarking und die Tarifiermittlung von grosser Bedeutung. Zum einen seien die Einkaufsgemeinschaften beziehungsweise die Versicherer verpflichtet, für die Tarifberechnung und das Benchmarking die Fall- oder Tageskosten aller Leistungserbringer der Schweiz zu berücksichtigen, die gem. Art. 59c^{bis} Abs. 1 Bst. a. dafür herangezogen werden könnten. Zur entsprechenden Datenlieferung seien sämtliche Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime gemäss VKL verpflichtet. Dies gelte auch dann, wenn für den Leistungserbringer kein vertragsloser Zustand herrsche und keine Vertragsverhandlungen anstünden. Weigerten sich Leistungserbringer, die für die Tarifberechnung notwendigen Daten zu liefern, müsse dies Konsequenzen haben. Zur Förderung der qualitativ hochstehenden und sich laufend weiterentwickelten Gesundheitsversorgung in der Schweiz unterstützt die HSK ausserdem Zuschläge und Abzüge in Bezug auf den Outcome (outcome-based Preisfindung). Dafür müsse aber vollumfängliche Transparenz bezüglich der entsprechenden Daten gegeben sein.

Für die **kpt** sieht der vorliegende Entwurf eine detaillierte Preisdeterminierung vor und hebt das tarifpartnerschaftliche Verhandlungsprimat aus. Für die Vorgabe der Tarifberechnung bestehe keine gesetzliche Grundlage und ein Nachvollzug der Ergebnisse auf Verordnungsebene sei auch aus logischer Sicht nicht angezeigt. Vorgaben zur Tarifiermittlung seien nicht mit den (erforderlichen) Betriebsvergleichen nach Artikel 49 Absatz 8 KVG gleichzusetzen, welcher Pflicht der Bundesrat weiterhin nicht nachkomme. Schliesslich ist für die **kpt** die Annahme, dass es eine klar bestimmbare Wirtschaftlichkeitsschwelle gebe, nicht haltbar. Die Tarifberechnung werde dadurch zwar vereinfacht, allerdings unter Aufgabe der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung im Einzelfall. Zudem sei zu befürchten, dass die nunmehr notwendig werdende Klärung von zahlreichen Zu- und Abschlägen zu einer neuen Welle von Festsetzungsverfahren führen werde, ohne dass damit ein nennenswerter Nutzen zu erzielen sei. Die Bestimmungen zur Tarifberechnung seien nicht zielführend und deshalb zu streichen. Stattdessen sei die Tarifgestaltungsnorm in Artikel 59c KVV einfach und zielgerichtet den heutigen Erfordernissen anzupassen.

Santésuisse begrüsst die Vereinheitlichung der Tarifiermittlung. Mit der geplanten Verordnungsänderung soll die Tarifiermittlung der Spitäler nach einem schweizweit einheitlichen Massstab erfolgen. Damit sei eine längerfristig effizientere und kostengünstigere Leistungserbringung bei gleichbleibender Qualität zu erwarten sowie mit beträchtlichen Kosteneinsparungen zu rechnen, die den Prämienzahlerinnen und -zahlern zugutekommen würden. Betreffend die Regulierung des Benchmarkings begrüsst **santésuisse** die maximale Verwendung des 25. Perzentils. Ein höherer Perzentilwert würde zu Mehrbelastungen der Prämienzahlenden führen.

Andere Organisationen

Der **SSR** erachtet es als störend, dass der Grundsatz der Qualitätssicherheit auch bei dieser Verordnungsänderung noch immer keinen Eingang in die Tarifgestaltung finden soll und dass die Krankenkassen den Benchmark auf der Basis ihrer Krankenkassenzahlen ermitteln sollen. Letzteres widerspreche dem Grundsatz der Gleichwertigkeit der Tarifpartner, erschwere das Ermessen der Genehmigungsbehörden wie der Kantone und subsidiär des Bundes. Er weist darauf hin, dass es in der OKP grundsätzlich nicht darum gehen könne, Gewinne zu erwirtschaften. Gemäss SSR sollte die Genehmigungsbehörde prüfen, ob der Tarifvertrag auch den Anforderungen einer nachweislichen Qualitäts- und Sicherheitsstrategie genüge und beantragt diesbezügliche verschiedene Formulierungsänderungen von Artikel 59c Absatz 1 Buchstaben a – c KVV.

Der **SVBK** lehnt die vorgeschlagenen Verordnungsänderungen entschieden ab, weil für die meisten der vorgeschlagenen Regelungen keine gesetzliche Grundlage bestünde, sie keinen Mehrnutzen bringen würden, Fehlanreize förderten und die Kantonskompetenzen einschränkten, respektive Kompetenzen vermischten. Es würde auch das verfassungsrechtliche Subsidiaritätsprinzip missachtet. Der **SVBK** schlägt vor, die Revision zu sistieren.

5.2 Stellungnahmen zu Art. 59c

Kantone

BE merkt an, dass im Bereich der Spitalfinanzierung bspw. bei der Berechnung von Tarifen das Benchmarking unbestritten eine zentrale Rolle spiele. Im Bereich der stationären Langzeitpflege hingegen sei dieses Vorgehen im Rahmen der Festsetzung der Restkosten Pflege gemäss Bundesgericht nicht zulässig. Wie im Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018 (9C_446/2017) festgehalten, sei es mit der Restfinanzierungspflicht der Kantone gemäss Artikel 25a KVG nicht vereinbar, wenn die kantonalen Höchstansätze im Einzelfall nicht kostendeckend seien. Da die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung eine zentrale Rolle spiele und die Kantone diese bei der Versorgungsplanung berücksichtigen müssten (Art. 58b KVV), sei auch im Rahmen der Pflegefinanzierung und der Festsetzung der Restkosten Pflege das Benchmarking anzuwenden. Die Verordnung sei entsprechend anzupassen.

5.3 Stellungnahmen zu Art. 59c Absatz 1

Kantone

Buchstabe a:

GR und **TG** beantragen die Streichung des Buchstabens a, da diese Formulierung in der Vergangenheit (insbesondere bei der Einführung von Swiss DRG) zu Verwirrung geführt habe. Das BVG hat in der Folge im Urteil C-1698/2013 festgehalten, dass Effizienzgewinne erlaubt sind. Somit darf der Tarif auch höher sein als die vom Leistungserbringer (sprich Spital) transparent ausgewiesenen Kosten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Laut **Swiss Nurse Leaders** greife der ganze Artikel 59c in die Tarifgestaltung der unterschiedlichen Partner ein. Dazu gebe es gesetzlich verankerte Tarifpartnerschaften.

Gemäss **Gesundheitszentrum Fricktal AG** werde unter dem ganzen Artikel in die gesetzlich verankerte Tarifpartnerschaft eingegriffen und der Spielraum der Leistungserbringer und Kostenträger massiv eingeschränkt. Auch hier seien Bestimmungen enthalten, die klar aus dem Kostendämpfungsmassnahmenpaket 1 stammen, die aber im Moment erst in der SGK-NR

behandelt werden. Einmal mehr handele es sich vorliegend nicht um Ausführungsbestimmungen zu bestehenden Gesetzen, sondern um Verordnungsbestimmungen mit Gesetzescharakter. Zudem werde mit dem geplanten Art. 59c verhindert, dass sich Spitäler über die Möglichkeit, Gewinne für Sanierungen, Innovationen und Neubauten zu erwirtschaften, refinanzieren können.

Für die **Hirslanden AG** stelle der gesamte Artikel 59c einen massiven Eingriff in die gesetzlich vorgeschriebene Tarifpartnerschaft dar und beeinträchtige den Verhandlungsspielraum der Tarifpartner massiv. Die künftigen Tarifverhandlungen würden sich mehr um Inhalt und Höhe der spitalbezogenen Zu- und Abschläge nach Benchmarking drehen und nicht mehr um die Höhe der Effizienzgrenze. Zudem könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Einführungsphase des Tarifsystems SwissDRG bereits abgeschlossen sei. Verzerrende Elemente konnten bis heute nicht berichtigt werden (siehe Polynomics-Studie, welche vom USZ in Auftrag gegeben wurde von 2015). Eine Festlegung des Benchmarks beim 25. Perzentil heisse, dass 75 % der Leistungserbringer als ineffizient beurteilt werden. Wie bei solch einem Effizienzmasstab auch effiziente Spitäler mit qualitativ hochstehenden Behandlungen überleben können, sei schleierhaft. Eine solche Bestimmung schaffe auch Spielraum für eine noch gravierendere Ungleichbehandlung der privaten und öffentlichen Spitäler: Öffentliche Spitäler könnten finanzielle Unterstützung durch gemeinwirtschaftliche Leistungen erhalten. Auch könnten Spitalinfrastrukturen aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhalten werden, wohingegen private Spitäler auf einen Effizienzmasstab, welcher auch Effizienzgewinn zulässt, angewiesen seien. Zudem könnten auch Kantone, welche auch Spitalinhaber seien, mit den vorliegenden Bestimmungen die Minimalanforderungen pro Leistungsgruppe ihren Gegebenheiten nach freiem Ermessen anpassen. Der Absatz 1 sollte mit der aktuell gültigen Rechtsprechung zum Effizienzgewinn ergänzt werden, sodass auch Effizienzgewinne wie bereits vom Bundesverwaltungsgericht mehrfach bestätigt zulässig bleiben.

Das **Universitätsspital Basel** fordert die Streichung des ganzen Artikel 59c. Eingriff in die Tarifpartnerschaft; Spielraum für Leistungserbringer und Kostenträger wird massiv eingeengt. Keine Möglichkeit, Gewinne zu erwirtschaften für Sanierungen oder Neubauten sowie Innovationen.

Buchstabe a

Laut **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** solle diese Bestimmung 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. Nicht die individuellen Kosten sollten vergütet werden, sondern der Benchmark. Somit seien Effizienzgewinne erlaubt, d.h. der Tarif dürfe auch höher sein als die vom Leistungserbringer (sprich Spital) transparent ausgewiesenen Kosten. Statt diese Bestimmung unverändert zu lassen, solle das Ergebnis des Bundesgerichtsentscheids uneingeschränkt und explizit übernommen werden. Die unter Absatz 2 formulierte Einschränkung in Bezug auf Vergütungsmodelle vom Typus DRG sei nicht präzise genug formuliert worden und genügt deshalb nicht, um endlich Klarheit zu schaffen, auch wenn im erläuternden Bericht richtigerweise auf C-1698/2013 verwiesen werde.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG und **Kantonsspital Aarau** fordern die Streichung des Buchstaben. Diese Formulierung habe in der Vergangenheit (insbesondere bei der Einführung von Swiss DRG) zu Verwirrung geführt. Das BVG hat dann in einem Urteil präzisiert, dass Effizienzgewinne erlaubt seien. Somit dürfe der Tarif auch höher sein als die vom Leistungserbringer (sprich Spital) transparent ausgewiesenen Kosten.

5.4 Stellungnahmen zu Art. 59c Abs. 2

Kantone

BE erachtet als folgerichtig, dass sich bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG – was das System SwissDRG anbelangt – die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 auf den Leistungserbringer beziehen, der die Referenz nach Artikel 59cbis Absatz 1 bildet. Er schlägt deswegen vor, den Begriff «vom Typus DRG» mit «vom Typ SwissDRG» zu ersetzen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, diespitaeler.be und **UPD** fordern eine gewichtete Effizienzgrenze. Die Gewichtung habe mittels zwei Faktoren: 1) der Schweregrad der Fälle und 2) die Anzahl Fälle oder der Case-Mix zu erfolgen. Dieser Forderung werde in diesem Absatz nur teilweise Rechnung getragen, wenn das Benchmarking nur aufgrund leistungserbringerbezogener Basiswerte bei einem Cost Weight (CW) von 1 erfolge. Damit werde zwar dem Schweregrad Rechnung getragen, nicht aber der Fallmenge.

Die **FMH** beantragt, Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a zu streichen und Artikel 59c Absätze 1 und 2 zusammenzuführen und gänzlich neu zu formulieren, damit eindeutig klar werde, dass Effizienzgewinne zulässig seien.

Die **Universitätsklinik Balgrist** fordert die Streichung der Bestimmung, und zwar aus mehreren Gründen: Mit einer solchen Bestimmung würde in grundsätzlicher Hinsicht zum einen die Tarifautonomie sehr stark eingeschränkt, indem der Bundesrat ein Berechnungsschema sowie die Perzentil-Höhe vorgebe. Zum anderen würde die Rolle der Spitäler in den Tarifverhandlungen stark geschwächt, indem die Krankenversicherer einseitig die Benchmark-Berechnungen vornehmen. Das 25. Perzentil als Effizienzmassstab sei nicht geeignet, insbesondere wenn alle Spitäler (von kleinen spezialisierten Kliniken bis zu den grossen Universitätsspitalern) in den Benchmark einbezogen würden. Das 25. Perzentil (insbesondere gewichtet nach Anzahl Spitalern) als Effizienzmassstab für das Benchmarking gewährleiste keine nachhaltige Spitalfinanzierung, verhindere Effizienzgewinne, führe zu einer mittelfristigen Schliessung vieler Spitäler und gefährde damit die Versorgungssicherheit. Zudem würden dadurch die systemimmanenten Abbildungsgrenzen und Verzerrungen des DRG-Tarifsystems verstärkt, in dem insbesondere die Kosten von universitären Spitalern in Form von hohen Vorhalteleistungen und Hochkostenfällen aufgrund der Sicherstellung der Tertiärversorgung nur ungenügend abgebildet würden. Damit werde die universitäre Medizin geschwächt. Demgegenüber profitieren Spitäler, die aufgrund spitalindividueller Sonderfaktoren (z.B. enges Leistungsspektrum) tiefe schweregradbereinigte Fallkosten aufweisen. Ein vom Verband H+ in Auftrag gegebenes Kurzgutachten zeige auf, dass der Bundesrat mit der vorgeschlagenen Bestimmung seine Verordnungskompetenz in mehrfacher Hinsicht überschreitet und die vorgesehenen Regelungen den gesetzgeberischen Zielsetzungen zuwiderlaufe oder diese untergrabe. Der Bund würde in den Verantwortungsbereich der Kantone für die Spitalplanung eingreifen. Die Vorgabe des 25. Perzentils hätte absehbar gravierende Auswirkungen auf die Finanzierungssituation der Hauptträger der Spitalversorgung. Lege man aktuelle Benchmarkings zugrunde, so ergäbe sich gegenüber dem aktuellen Zustand eine dauerhafte Finanzierungslücke von jährlich deutlich über einer halben Milliarde Schweizer Franken. Diese Finanzierungslücke dürfte namentlich die versorgungsnotwendigen Spitäler treffen, und zu einem Qualitätsabbau oder zu einer Verschiebung der Finanzierungslast auf die Kantone (und in der Folge möglichen Steuererhöhungen) führen. In der Rechtslehre wird daher sogar die Frage gestellt, ob eine solche Regelung nicht geradezu als willkürlich qualifiziert werden müsste (Moser/Locher, Tarife und Tarifverträge - keine Reformen ohne Grundsatzdiskussion, in: Jusletter 8. Juni 2020, Rz. 79). Nach Auffassung der Universitätsklinik Balgrist überschreite der Bundesrat mit der vorgeschlagenen Bestimmung insbesondere auch seine Verordnungskompetenzen. Nach Art. 39 Abs. 2^{1er} KVG

erlässt der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dies wird in der KVV systematisch unter dem Titel Planungskriterien geregelt. Art. 59c^{bis} der Vernehmlassungsvorlage KVV betrifft hingegen den Regelungsbereich der Tarife und Preise. Die betreffenden Bestimmungen im KVG ermächtigen den Bundesrat an keiner Stelle zum Erlass von gesetzesvertretendem Ordnungsrecht. Nach Art. 49 Abs. 1 letzter Satz KVG orientieren sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Tarifverträge bedürfen sodann der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüfe dabei, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehe (Art. 46 Abs. 4 KVG). Der Gesetzgeber ermächtigt daher den Bundesrat als Ordnungsgeber nicht, den von Gesetzes wegen zuständigen Kantonsregierungen verbindliche Vorgaben für die Tariffestsetzung bzw. -genehmigung zu machen. Es obliegt damit den rechtsanwendenden Behörden, im Rahmen der Tarifgenehmigung oder- bei Fehlen eines Tarifvertrages - der Tariffestsetzung die Wirtschaftlichkeit des konkreten Spitaltarifs zu beurteilen. Beurteilungsmassstab hierfür bildet die «Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen». Die Konkretisierung dieser unbestimmten Rechtsbegriffe darf der Bundesrat, der vorliegend gestützt auf Art. 96 KVG bzw. Art. 182 BV nur zum Erlass von Ausführungs- bzw. Vollziehungsbestimmungen berechtigt ist, nicht durch eine Verordnung abschliessend regeln. Solche Verordnungen dienen dazu, die gesetzlichen Bestimmungen zu konkretisieren und gegebenenfalls untergeordnete Lücken zu füllen, soweit dies für den Vollzug des Gesetzes erforderlich sei. Sie müssten sich an den gesetzlichen Rahmen halten und dürfen insbesondere keine neuen Vorschriften aufstellen, welche Rechte beschränken oder neue Pflichten vorsehen, selbst wenn diese Regeln mit dem Zweck des Gesetzes vereinbar wären (Giovanni Biaggini, Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Zürich 2007, Art. 182 N. 4; Pierre Tschannen, Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 3. A., Bern 2011, § 46 Rz. 20). Der KVG-Gesetzgeber bezwecke mit der Verwendung von unbestimmten Rechtsbegriffen eine offene Regelung, die es erlaube, den besonderen Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen. Der Bundesrat dürfe hierfür im Rahmen einer Vollziehungsverordnung keine abschliessenden Vorgaben machen (vgl. für einen Anwendungsfall z.B. VGr/ZH, 3. Dezember 2014, VB.2014.00536). Gestützt auf die vorgetragenen Einwände gegen Art. 59c Abs. 2 und Art. 59c^{bis} Vernehmlassungsvorlage KVV erachte es die Universitätsklinik Balgrist als politisch unverantwortbar, auf Verordnungsebene Bestimmungen einzuführen, deren Verfassungs- und Gesetzeskonformität in hohem Masse fraglich seien und die zudem für die Gesundheitsversorgung der schweizerischen Bevölkerung mit stationären Spitalbehandlungen von eminenter Bedeutung seien. In jedem Fall müsse das BAG, sollte es wider Erwarten dem Bundesrat solche Bestimmungen zum Erlass vorlegen, beim Bundesamt für Justiz ein umfassendes Rechtsgutachten zur Beurteilung der Vereinbarkeit solcher Bestimmungen mit dem übergeordneten Gesetzes- und Verfassungsrecht (insbesondere Legalitätsprinzip) einholen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Gemäss **santésuisse** ist es schwierig zu belegen, dass ein Leistungserbringer effektiv Minderleistungen erbringe und daher tiefere Kosten habe, weil schon die Daten diesbezüglich nicht vorhanden seien oder weil sich verschiedene Effekte auch überlappen könnten (Effizienz und Leistungserbringung im lukrativen Segment). Aktuell seien verschiedene Leistungserbringer bereit, tiefere Baserates zu verhandeln als der Benchmark-Referenzwert. Dies zeige, dass es keine zwingende Notwendigkeit gebe, den Benchmark-Wert in jedem Fall voll auszuschöpfen. Die Gewährung von sehr hohen Effizienzgewinnen könne spitalseitig in eine Wachstumsstrategie umgemünzt werden, welche kostentreibende Wirkung habe. Insofern schlägt

santésuisse einen Kompromiss vor. Ein Teil des Effizienzgewinns solle beim Spital verbleiben, ein Teil der Differenz von Fallkosten und Benchmark-Wert hingegen nicht tarifiert werden. Dies würde gelten, solange von einem Benchmark-Referenzwert bis zum 25. Perzentil ausgegangen werde. Sollte das Perzentil im Rahmen der Vernehmlassung gelockert werden, würde dies bedeuten, dass sich der beim Leistungserbringer verbleibende Anteil entsprechend verringern müsste. Dies solle umgekehrt auch gelten, falls das Perzentil verschärft würde.

5.5 Stellungnahmen zu Art. 59c Abs. 3

Kantone

Die **GDK** sowie **AI, AR, BE, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, UR, TG, VD, VS** und **ZH** sprechen sich grundsätzlich für die Förderung ambulanter Pauschalen aus, wenn diese Sinn machen. Sie würden aber zum ersten Teil der Kostenmanagementmassnahmen gehören, die derzeit im Parlament behandelt werden. Die Einführung einer Bestimmung in der Verordnung sei infolgedessen verfrüht. Der Absatz solle deshalb gestrichen werden.

Laut **BE** nimmt der Verordnungsgeber mit dieser Regelung vorweg, dass zukünftig im ambulanten Bereich zwecks Mengeneindämmung ein möglichst pauschalisiertes System gelten soll.

Gemäss **ZG** sei es zu begrüessen, dass die Überprüfungspflicht auf den gesamten Absatz 1 ausgeweitet wurde und auch Buchstabe c von Absatz 1 enthalte. Insbesondere nach der Einführung von TARPSY war es notwendig, dass die Vertragsparteien auch überprüfen, ob das Modell kostenneutral eingeführt wurde. Dies könne u.U. erst nach ein paar Jahren geschehen. Der Zusatz «die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfung zu informieren» sei missverständlich. Wenn die Vertragspartner die Tarife überprüfen und anpassen, seien sie zu genehmigen. Eine reine «Information» reiche dabei nicht. Auch wenn eine Pauschale statt einem Einzelleistungstarif vereinbart werde, müsse eine Tarifgenehmigung durch die zuständige Behörde vorgenommen werden (hier stellt sich die Frage, ob der Bundesrat oder die Kantonsregierung für die Genehmigung zuständig ist. Eine reine «Information» reiche auch hier nicht. Dies ist aus den Erläuterungen zu entnehmen, gehe jedoch aus dem Verordnungstext nicht hervor. Pauschalen: Im Gegensatz zu Einzelleistungstarife werden die Pauschalen im ambulanten Bereich oft für alle Leistungserbringer in allen Kantonen gleich berechnet und bei allen Kantonsregierungen gleichzeitig eingereicht. Dies führte in den letzten Jahren zu Zuständigkeitsproblemen, da jeweils unklar war, ob der Bundesrat oder die Kantonsregierungen für die Genehmigungen zuständig seien.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **glp** ist einverstanden mit der vorgeschlagenen Regelung, ist allerdings der Meinung, dass eine regelmässige Prüfung, ob einzelne ambulante Leistungen zu einer Pauschale zusammengefasst werden können, nicht ausreiche. Sie stellt deshalb zusätzlich den Antrag, dass falls die Prüfung positiv ausfallen und eine Pauschalierung möglich sein sollte, innert nützlicher Frist auch die konkrete Umsetzung in die Tarifstruktur erfolgen müsse.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Grundsätzlich erachtet die **SPO** es als begrüessenswert, dass die Anreize zur Mengenausweitung reduziert werden sollen. Die Zusammenfassungen von Einzelleistungen bis hin zu Pauschalen seien so lange zielführend, wie dadurch keine neuen Unterschiede geschaffen würden. Insbesondere sei denkbar, dass komplexere Fälle nicht mehr genügend in den erhaltenen Zahlungen abgebildet werden können und somit die Strategie sein könnte, eine Selektion von leichteren und/oder ausgerichtet auf den stationären Bereich Fällen mit zusatzversicherten

Patientinnen zu betreiben. Insgesamt sei zu befürchten, dass durch ein nicht gut durchdachtes System mit Pauschalen ein weiteres 'Öffnen der Schere' zwischen nicht rentablen, allgemeinen sowie meist öffentlichen Spitälern gegenüber spezialisierten, lukrativen sowie meist privaten Kliniken bewirkt werden könnte.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, **diespitaeler.be** und **UPD** lehnen diese Bestimmung ab. Diese greife der laufenden Gesetzgebung auf unzulässige Weise vor. Hier fehle ein zentrales Element, nämlich die Bewertungsbasis der Überprüfung. Ob bei Einzelleistungstarifen oder bei Pauschaltarifen, die Bewertungsbasis müsse in jedem Fall auf Ist-Kosten und nicht auf Norm-Kosten abstellen. In einem pauschalierenden System, das zum Ziel habe, 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 Normsätze abstellen, hätten endgültig ausgedient. Die Bestimmung, wonach die Vertragsparteien bei Einzelleistungstarifstrukturen zu prüfen hätten, ob sich Positionen zusammenfassen lassen, sei gemäss erläuterndem Bericht eine Ergänzung zum Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung, womit auf Stufe Gesetz die Vereinbarung von ambulanten Pauschalen gefördert werden solle. Weiter heisse es im erläuternden Bericht: «Es ist aber selbstverständlich denkbar, dass pauschalisierte 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 sei folgendes zu bemerken: 1) Dem Bundesrat sei offensichtlich entgangen, dass sich das Paket 1 aktuell in der parlamentarischen Beratung befindet. Diesen gesetzgeberischen Prozess habe er zu respektieren, er könne ihm in keiner Weise vorgreifen. Die Verordnung habe dem Gesetz zu folgen, nicht umgekehrt. Mangels entsprechender gesetzlicher Grundlage stelle diese Vorschrift daher unter dem geltenden KVG ein unzulässiger Eingriff in die Tarifautonomie dar. Damit werde abermals deutlich, dass die KVV-Änderung verfrüht sei. Sie mache erst dann Sinn, wenn die einschlägigen Gesetze verabschiedet seien. Es erstaune und befremde zugleich, wenn auf Verordnungsstufe die Zusammenfassung von Positionen des Einzelleistungstarifs als Förderung von ambulanten Pauschalen beworben werde. Ein Tarifsystem, das aus einem Mix von Einzelleistungen und Pauschalen bestünde, würde zu kaum lösbaren Problemen bei der Tarifierung führen und hätte niemals die Vorteile, die ein «richtiger» ambulanter Pauschaltarif mit sich bringen würde. Es sei nicht nur «denkbar», ambulante Pauschalen in separaten Tarifverträgen abzuschliessen, wie dies im erläuternden Bericht etwas zögerlich formuliert werde, sondern eine von Anbeginn des KVG an in Art. 43 Abs. 2 lit. c gesetzlich festgeschriebene Alternative zum Einzelleistungstarif. Zudem hielte das BVGer im Urteil C-5123/2018 vom 4. Juli 2019 fest, dass ambulante Pauschaltarife mit schweizweiter Geltung vom Bundesrat zu genehmigen seien. Wenn der Bundesrat ambulante Pauschalen tatsächlich fördern wolle, solle 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 seien Bestimmungen über ambulante Pauschalen enthalten, welche bei der Umsetzung zu berücksichtigen sein werden. Die KVV wird davon Rechnung tragen müssen. In dieser Hinsicht sei die vorgeschlagene KVV-Änderung verfrüht und solle, da ohnehin über weite Strecken gesetzeswidrig, zurückgezogen werden.

Mit der vorgeschlagenen Regelung würden nach Ansicht der **BEKAG** Effizienzgewinne auch im ambulanten Bereich für einen wesentlichen Teil ihrer praktizierenden Mitglieder ausgeschlossen. Dies wäre vor allem dann der Fall, wenn auch für den Taxpunktwert im ambulanten Bereich entsprechende Perzentilwerte gelten sollten, was die BEKAG befürchtet und klar ablehnt. Jeder auf einem zu tiefen Perzentilwert basierende Benchmark führe zu einer permanenten Preisspirale nach unten. Ihre praktizierenden Mitglieder würden je länger je weniger

akzeptieren, als freier Berufsstand bloss alle Risiken eines Unternehmers tragen zu müssen und gleichzeitig ohne Aussicht auf ein angemessenes Einkommen zu sein.

Nach Ansicht der **FMH** greift die Vorgabe einer Prüfung, ob Leistungen zusammengefasst werden können, welche im Rahmen von Einzelleistungstarifstrukturen vergütet werden, eigentlich dem noch in der parlamentarischen Beratung befindlichen Massnahmenpaket 1 (Massnahme «Pauschale im ambulanten Bereich fördern») vor. Sie ist jedoch damit einverstanden, dass die Tarifpartner prüfen müssen, ob sich Leistungspositionen in einer Einzelleistungstarifstruktur zusammenfassen lassen, sofern es sich um einen tarifpartnerschaftlich eingesetzten Tarif handelt. In der derzeitigen kontroversen gesundheitspolitischen Diskussion und unter dem zunehmenden Spardruck im Gesundheitswesen werde der Pauschaltarif aber zu Unrecht als die Lösung aller Probleme angepriesen. Ein Pauschaltarif im ambulanten Bereich werde niemals den Einzelleistungstarif komplett ersetzen könne, da es immer auch kombinierte Krankheitsbilder, Untersuchungen und Behandlungen geben werde, die sich nicht sachgerecht in Pauschalen abbilden liessen, insbesondere in den bezüglich Taxpunkt volumen massgeblichen Bereichen Grundversorgung und Psychiatrie. Zudem könne ein Pauschaltarif bei schlechter Differenzierung Anreize zur Risikoselektion auf Seiten der Leistungserbringer schaffen. Pauschalen, die an sich äusserst unterschiedlich ausgestaltet sein können, seien eine komplexe Form der Vergütung. Sind sie nicht sachgerecht, würden sie also der konkreten Versorgungssituation der ambulanten Leistungserbringer nicht gerecht oder zu tief angesetzt, verursachten sie fatale Fehlanreize und könnten zu Unterversorgung der Patienten führen. International hätten sich Pauschalen als alleinige Vergütungsform im ambulanten Bereich nicht durchgesetzt. In den allermeisten OECD-Ländern seien nach wie vor ambulante ärztliche Einzelleistungstarife massgeblich, die teilweise mit zusätzlichen Vergütungsformen, wie Pauschalen für bestimmte Behandlungsbilder, verlinkt würden. Prinzipiell gelte, dass man nicht nur richtig pauschalieren müsse - man dürfe auch nur das pauschalieren, was pauschalierungsfähig sei. Pauschalen könnten dort eingesetzt werden, wo grosse Mengengerüste an OKP-Leistungen vorhanden seien, ein Leistungspaket schweizweit standardisierbar bzw. gleichbleibend sei, sinnvoll und klar abgegrenzt werden könne und der Zeitbedarf für die Leistungserbringung eine geringe Streuung aufweise (beispielsweise im Operations- oder im Bereich bildgebender Untersuchungen). Die zu einer Pauschale zusammengefassten Leistungen sollten über das Patientenkollektiv gesehen also in etwa gleich lange dauern. Die zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen müsse ausgeschlossen oder klar definiert sein, um eine Mengenausweitung, zusätzlich zur Pauschale, zu verhindern. In Pauschalen integrierte Implantate und Verbrauchsmaterialien setzten einen Anreiz zum effizienten Materialeinsatz. Aus Sicht der beiden Tarifpartner FMH und curafutura sei das Vorhandensein eines aktualisierten und sachgerechten Einzelleistungstarifes, welcher die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt, eine Voraussetzung für weitere Entwicklungsschritte in Richtung Pauschalen. Die vorliegende Einzelleistungsstruktur TARDOC könne als Grundlage für die Bildung von Pauschalen in ausgewählten Fachgebieten und bei klar definierten Behandlungen dienen. Auf der Basis des TARDOC wären im Zuge der jährlichen Tarifrevisionen, schrittweise Zusammenfassungen von Einzelleistungstarifpositionen zu geeigneten Handlungsleistungen bzw. Pauschalen möglich, die in die Tarifstruktur integriert werden (Snap-In Verfahren). Wenn ein separater Pauschaltarif gleichzeitig mit einem Einzelleistungstarif in Kraft ist, sei es gemäss FMH wichtig, dass für eine bestimmte Leistung bzw. einem Eingriff oder einer Behandlung entweder nur aus dem Pauschaltarif oder nur aus dem Einzelleistungstarif die Leistung abgegolten werden könne, sodass nicht aufgrund der jeweiligen Situation im Einzelfall entschieden werden könne, welcher Tarif zur Anwendung komme.

Die **SGAIM** weist darauf hin, sollte es sich bei Artikel 59c Absatz 3 um Listen ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen gemäss der Machbarkeitsstudie «ambulante Pauschalen» der SwissDRG AG handeln, dass Sorge zu tragen ist, diese Leistungen ausreichend zu vergüten und nicht aufgrund vermeintlicher Sparpotenziale zu Lasten der medizinischen Versorgung finanziell zu kürzen.

Die **SGPath** hält fest, dass Einzelleistungstarife per se ein mengenmässiges Anreizsystem schaffen würden und deshalb ein Widerspruch zu Artikel 58 Absatz 7 bestünde. Ihrer Ansicht nach sollte Satz 2 festhalten, dass Tarife mit Pauschalen zur Anwendung kommen. Zudem müssten die Kosten für die Etablierung der Screening-Programme und die Kosten für die Datenlieferung (z.B. an die Krebsregister) berücksichtigt werden, was ebenfalls in Absatz 3 festzuhalten sei. Es soll vermieden werden, dass diese Kosten weiterhin quersubventioniert würden.

5.6 Stellungnahmen zu Art. 59c Abs. 4

Kantone

BE erachtet die Ergänzung als folgerichtig und begrüsst sie.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, **diespitaeler.be** und **UPD** verweisen auf die Ausführungen zu Art. 59c Abs. 3.

Die **BEKAG**, der **SBV** und der **VLSS** lehnen die generelle Anwendbarkeit der Absätze 1 und 2 in Tariffragen des KVG auch bei Tariffestsetzungen und Tarifstrukturanpassungen (wie in Artikel 59c Absatz 4 KVV vorgesehen) ab.

Andere Organisationen

Der **SSR** beantragt, dass die zuständige Behörde gemäss Absatz 4 zusätzlich die Vorgaben des Bundesgesetzes «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» anzuwenden habe.

5.7 Stellungnahmen zu Art. 59c^{bis}

Kantone

ZG führt aus, dass es unklar sei, an wen diese ganze Bestimmung gerichtet ist. Gilt diese Bestimmung nur für Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren und ist damit an die Kantone oder auch für Tarifverhandlungen und damit an die Tarifpartner gerichtet? Falls die Bestimmung auch für Tarifverhandlungen anwendbar sei, stelle sich die Frage, ob die Kantonsregierungen bei einer Tarifgenehmigung all diese Vorgaben prüfen müssen und im Falle einer Abweichung zum Verordnungsvorgehen den Tarif nicht genehmigen dürften. Dies sei entsprechend zu klären.

5.8 Stellungnahmen zu Art. 59^{bis} Abs. 1

Kantone

Allgemeines :

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, TG, VD, VS** und **ZH** möchten diesen Absatz vereinfachen und die Vorrangstellung der Tarifpartner und Kantone aufnehmen.

GR stellt fest, dass aus dem vorliegenden Absatz nicht hervorgehe, wer die Ermittlung des Benchmark-Werts vornehme beziehungsweise vorzunehmen habe. Wenn die Ermittlung des Benchmark-Werts unter Einbezug aller schweizweit betroffenen Leistungserbringer mit transparent hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- resp. Tageskosten zu erfolgen habe, wird daraus zwangsläufig aus rein rechnerischen Gründen nur ein Benchmark-Wert resultieren. Die

Ermittlung des für alle Parteien geltenden Benchmark-Werts solle entsprechend durch eine unabhängige von allen Parteien anerkannte oder von ihnen mandatierte Stelle erfolgen.

Nach Ansicht der **GDK** sowie von **AI, AR, BL, BS, AR, FR, GL, JU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, UR, VD, VS** und **ZH** werde die Behandlungsintensität durch die Tarifstruktur TARPSY nicht ausreichend vertreten. Der um den Schweregrad der Fälle bereinigte Tageskostenvergleich benachteilige die Kliniken, die für ihre Patientinnen und Patienten zu logischerweise höheren Tageskosten eine kurzfristige Intensivbehandlung leisten. Infolgedessen würden die Behandlungen weniger intensiv ausfallen und die Aufenthaltsdauer werde verlängert. Somit müssten in der Psychiatrie auch die Kosten pro schweregradbereinigten Fall verglichen werden.

TI spricht sich im Allgemeinen für den (der Empfehlung der GDK sehr ähnlichen) angezeigten methodologische Ansatz und das verfolgte Ziel aus. Gewisse Teile des Artikels hält der Kanton aber für zu ausführlich und einschneidend. Bei der Tarifiermittlung sei Einheitlichkeit anzustreben. Die enthaltenen Bestimmungen würden jedoch zu weit führen und die Tarifiermittlung zu einem nahezu systematischen Mechanismus machen, bei dem der erforderliche Handlungsspielraum der für die Tarifgenehmigung und -festlegung zuständigen kantonalen Behörde eingeschränkt werde.

BE merkt an, dass der Bundesrat unter dem Typus DRG nicht nur das seit 2012 eingeführte System SwissDRG für die Akutsomatik, sondern auch das erst seit 2018 – und im gesamten psychiatrischen Bereich, d.h. inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie, sogar erst seit 2019 – eingeführte System TARPSY für die Psychiatrie verstehe. Dazu gebe es noch keine Rechtsprechung. TARPSY verfüge noch nicht über die notwendige Abbildungsgüte bzw. noch nicht über die notwendige Tarifstrukturqualität für ein analoges gesamtschweizerisches Benchmarking. Der Bundesrat führe selber aus, dass Voraussetzung für ein solches Benchmarking sei, dass die Daten der Spitäler die notwendige Qualität aufweisen und rechtzeitig bereitstehen. **BE** erachtet deshalb Regelungen für ein gesamtschweizerisches Benchmarking im Bereich TARPSY – zumal noch mit der gleichen Übergangsfrist bis zum Tarifjahr 2023 und dem gleichen Effizienzmassstab – als nicht sachgerecht und lehnt diese ab. Der Geltungsbereich der vorgeschlagenen KVV-Änderung sei demnach zu weit gefasst. Eine Konkretisierung des Effizienzmassstabs solle, wenn überhaupt, nur in Bezug auf die Tarifstruktur SwissDRG erfolgen und nicht in Bezug auf das «Vergütungsmodell vom Typus DRG». In diesem Zusammenhang weist **BE** zudem darauf hin, dass mit **ST Reha** auch für die Rehabilitation eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur entwickelt werde. Für Anbieter mit Endversorgungsaufträgen bzw. für Universitätsspitäler sei zudem zwingend eine separate Vergleichsgruppe zu bilden, da sonst eine relevante und stetige Unterdeckung die Folge wäre. Er lehne ein Benchmarking unter Spitalern der Akutsomatik aller Versorgungsstufen ab und verlangt, dass die Kantone auch weiterhin Kompetenz zur Durchführung bzw. zur Ausgestaltung von Benchmarkings haben. Er schlägt daher vor «Typus DRG» zu streichen und mit Typ SwissDRG zu ersetzen, sowie den Satz mit «...wird ein Benchmark-Wert pro Vergleichsgruppe ermittelt...» zu ergänzen.

Laut **ZG** ist die Beschränkung der Bestimmung auf ein Vergütungsmodell des Typus DRG problematisch. Einerseits seien die nachfolgenden Regeln zu weit gefasst und berücksichtigen nicht die Besonderheiten von Psychiatrie und Reha (nur die Akutsomatik ist abgebildet), andererseits werde der ambulante Bereich vollständig ausgeklammert. Wie bis anhin gebe es keine einheitlichen Regeln zur Tarifberechnung ambulanter Tarife. Ein gesamtschweizerischer Vergleich «aller Leistungserbringer» sei eine strenge Vorgabe und setzt voraus, dass mit der Tarifstruktur SwissDRG eine «ideale Tarifstruktur» vorliege, wobei alle Leistungserbringer vergleichbar seien. Es gebe jedoch Faktoren, die zeigen, dass nicht alle Leistungserbringer vergleichbar seien: so gebe es eine inhomogene Fallverteilung (grosse Spitäler behandeln eher schwerere Fälle und haben höhere schweregradbereinigte Fallkosten), unterschiedliche Vorhaltekosten und gewisse Spitäler seien aufgrund ihrer Struktur (Unispitäler, Geburtshäuser)

nicht vergleichbar. Es sei in absehbarer Zeit auch nicht möglich, dies zu ändern und demzufolge alle Leistungserbringer zu vergleichen

Buchstabe a :

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** möchten den Tarifpartnern und Kantonen bei der Wahl der verwendeten Daten unbedingt auch weiterhin einen Handlungsspielraum einräumen.

Gemäss der **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** hängt es von der Verfügbarkeit einer ausreichend grossen Anzahl repräsentativer Spitäler für den Wirtschaftlichkeitsvergleich ab, ob die Tarifpartner und Kantone Datensätze verwenden, die ihre jeweiligen Mindestqualitätsanforderungen (nach allfälligen Korrekturen) nicht erfüllen, oder ob sie bestimmte Daten aus dem Benchmarking ausschliessen.

Nach Ansicht der **GDK** sowie von **AG, AI, AR, BL, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** ersetzt die VKL-Bescheinigung weder eine Plausibilitätskontrolle, noch gewährleistet sie die Datenqualität.

UR möchte den letzten Teil streichen (ab «...nicht verwendet werden Daten, die...»).

Für **VD** stellt der Schweregrad kein Kriterium dar. Massgeblich sei vielmehr der relative Schweregrad eines Falles (d.h. die wirtschaftliche Schwere), da die Schwere des Falles für sich nirgendwo gemessen werde.

BE verlangt, dass der Bereich TARPSY nicht einzubeziehen ist. Würde er trotzdem einbezogen, so sei zwingend die Bezeichnung Tageskosten zu streichen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie sei sehr unterschiedlich. Diese Differenzen würden in den Tageskosten nicht abgebildet. Es sei möglich, dass Psychiatriekliniken mit hohen Tageskosten wirtschaftlicher seien als andere mit tiefen Tageskosten, da die Aufenthaltsdauer einen signifikanten Effekt auf die effektiven Fallkosten ausübe. Umgekehrt könne eine Klinik mit tiefen Tageskosten als Benchmark gewählt werden, deren Fallkosten höher seien als von Kliniken, die im Betriebsvergleich höhere Tageskosten ausgewiesen haben. Deshalb solle auch in der Psychiatrie unter der Tarifstruktur TARPSY zwingend eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Ebene von Fallkosten vorgenommen werden und nicht auf den Tageskosten

Buchstabe b:

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, TI, UR, VD, VS** und **ZH** lehnen die Festlegung eines Höchstperzentils ab. Es liege nicht mehr in der Kompetenz des Bundesrates, Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung der Tarife aufzustellen.

TI möchte den Kantonen in Bezug auf das Perzentil einen Handlungsspielraum einräumen. Dieser sei wegen der regionalen Besonderheiten erforderlich.

Gemäss der **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** und **ZH** werde bei der Festlegung der 25. Perzentils in der Verordnung weder der Handlungsspielraum der Kantone noch die Tarifautonomie der Vertragsparteien berücksichtigt.

Für die **GDK** sowie **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** und **ZH** ist die Wahl des 25. Perzentils ebenfalls nicht nachvollziehbar, zumal das Bundesverwaltungsgericht in seinen Urteilen Richtwerte bis zum 50. Perzentil bejagte. Würde man das 25. Perzentil als Obergrenze festlegen, wäre dies ihrer Meinung nach ebenfalls zu begründen. Dies gelte nach der **GDK** sowie **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW,**

SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS und **ZH** auch für die Vorschrift, wonach der Referenzwert in Bezug auf die Anzahl Leistungserbringer zu definieren ist. Der Bund solle zumindest eine Folgenabschätzung der Regelungen durchführen, bevor er mit dem Revisionsentwurf fortfahre.

GE und **NE** möchten Buchstabe b der Bestimmung vollumfänglich aufheben. Für **NE** verstösst dieser gegen die kantonale Autonomie und hat unweigerlich eine Nivellierung der Sozial- und Umweltbedingungen für den Betrieb von Gesundheitsversorgungseinrichtungen zur Folge.

NE bezeichnet den Entwurf als unzulässig, weil er die Autonomie der Kantone in vielen Bereichen nicht beachte, für die sie zuständig sind. Die Berücksichtigung spezifischer kantonaler Gesetzgebungen, zum Beispiel zur Höhe der Familienzulagen, zur Pflicht der Arbeitgeber, sich an den Kosten der Berufsbildung oder der Kinderbetreuungseinrichtungen zu beteiligen, beziehungsweise zu Umweltauflagen oder Mindestlöhnen, auf die wirtschaftliche Ineffizienz zu reduzieren, wäre unhaltbar und würde zu einer schwerwiegenden Verletzung der Grundsätze des Föderalismus beitragen.

Nach Ansicht von **GR** würden die Ausführungen zu den in Aussicht gestellten Änderungen unmissverständlich aufzeigen, dass die Festlegung des Perzentilwerts ausschliesslich dazu benutzt werde, um Minderkosten für die OKP und eine Entlastung des Bundes bei den Beiträgen für die individuelle Prämienverbilligung herbeizuführen. Insbesondere würden Ausführungen über die Auswirkungen dieses Benchmark-Werts auf die Spitäler fehlen. Der vorgesehene Benchmark auf dem 25. Perzentil sei willkürlich, folge einseitig der Sicht der Versicherer, und qualifiziere die Spitäler mit einem Vollversorgungsangebot grossmehrheitlich als unwirtschaftlich. Die Festlegung des Benchmarks auf dem 25. Perzentil hätte bei den darüber liegenden Spitälern einen steigenden Leistungsdruck auf das Personal und wohl auch in vielen Spitälern einen Personalabbau zur Konsequenz. Insgesamt würde die qualitativ gute Gesundheitsversorgung der Schweiz gefährdet beziehungsweise gar beeinträchtigt werden. Auch ein Benchmark-Wert auf dem 50. Perzentil, der konkret vom Kanton GR vorgeschlagen wird, würde in ausreichendem Mass eine kostendämpfende Wirkung entfalten. Die Festlegung eines Benchmarks unter dem 50. Perzentil habe 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. Der Benchmark habe zudem zwingend auf der Basis der schweregradbereinigten Fälle aller Leistungserbringer zu erfolgen.

JU betont erneut, dass der Entwurf das Verhandlungsprimat zwischen den Tarifpartnern in Frage stelle und somit die rechtliche Kompetenz der Kantone einschränke. Diesen werde die Prüfung, Genehmigung und Tarifiermittlung entzogen. Gleichzeitig schränke der Entwurf den Verhandlungsspielraum der Tarifpartner ein, was eindeutige Auswirkungen auf die Tarifautonomie und die medizinische Versorgung zur Folge habe.

BS erscheint die Wahl des Perzentilwerts willkürlich und er könne diesen nicht nachvollziehen.

Die Gewichtung des 25. Perzentils nach Anzahl der Leistungserbringer führe gemäss der **GDK** sowie **AI, AR, BL, BS, BE, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** und **ZH** dazu, dass die Geburtshäuser und Kliniken mit einem sehr beschränkten Leistungsangebot oder einer beschränkten Betriebsdauer zu viel Gewicht erhalten. Somit lehnen die **GDK**, diese Kantone und der Kanton **TI** eine Gewichtung nach Anzahl Leistungserbringer (statt Fallzahl) ab.

Sollte in TARPSY trotzdem ein Effizienzkriterium berücksichtigt werden, so sind die Spitalfallkosten gemäss der **GDK** sowie **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** und **ZH** bei dessen Ermittlung zwingend zu berücksichtigen.

TG hält die Berechnung der Minderkosten für die OKP im erläuternden Bericht für nicht nachvollziehbar erläutert: Es sei davon auszugehen, dass bei einer Festlegung des 25. Perzentils

als Effizienzmassstab die Kantone über gemeinwirtschaftliche Beiträge oder Defizitbeiträge zur Sicherung der Versorgung einspringen werden müssen. Das sei eine Kostenverlagerung zu Lasten der Finanzierung über Steuern anstelle der OKP.

Sollte trotz Streichungsantrag ein Effizienzmassstab festgelegt werden, so soll dessen Höhe und die Kompetenz des Bundesrats zur Festlegung gemäss **BE** begründet werden müssen. Ausserdem schlägt **BE** als Alternative vor, dass bei der Ermittlung des Benchmark-Werts der Bezug zu den Fallzahlen oder zum CMI hergestellt wird. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Methode, nach welcher einzig die Anzahl der in den Vergleich genommenen Leistungserbringer berücksichtigt werde, nicht aber deren Grösse, berge zu grosse Risiken.

Für **BS** sind denn auch die Erläuterung durch den Bundesrat zu dieser Bestimmung zu wenig substantiiert. „Wird statt des 40. Perzentils der Benchmark auf dem 25. Perzentil festgelegt, so ist [...] von zusätzlichen Minderkosten für die OKP in der Höhe von ungefähr 200 bis 250 Millionen Franken auszugehen.“ Weshalb gerade dieser Wert als ausschlaggebend erachtet werde, werde nicht näher dargelegt und kann deshalb nicht nachvollzogen werden. Des Weiteren gelte es zu bedenken, was die Festlegung beim 25. Perzentil konkret bedeuten würde. Damit werde ausgesagt, dass 75% der Leistungserbringer, welche in den Benchmark einbezogen wurden, ineffizient arbeiten, was doch eine äusserst gewagte Hypothese wäre und beim Vergleich mit anderen Branchen nicht der Realität entspreche.

Gemäss **ZG** habe die Gewichtung nach Anzahl Spitäler die folgenden Schwachstellen: Das Leistungsvolumen der einzelnen Leistungserbringer wird nicht berücksichtigt, weshalb u.U. Leistungserbringer mit sehr kleinem Leistungsvolumen dasselbe Gewicht erhalten wie Leistungserbringer mit sehr grossem Leistungsvolumen. Es ist nicht ganz klar, welches Gewichtung die richtige Gewichtung ist. Dies soll offengelassen und der Genehmigungs- resp. Festsetzungsbehörde überlassen sein.

Die Rechtsprechung habe einen Benchmarking-Massstab bis zum 50. Perzentil als zulässig erachtet. Es sollte weiterhin der Genehmigungs- resp. Festsetzungsbehörde überlassen werden, den Effizienzmassstab festzulegen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **glp** ist einverstanden mit der vorgeschlagenen Regelung von Buchstabe a, stellt allerdings den Ergänzungsantrag, dass sehr seltene Behandlungen nicht über das DRG abgerechnet werden dürften. Dafür seien besondere Bestimmungen notwendig. Weiter beantragt die **glp** die Streichung von Buchstabe b. Ein vorgegebener Perzentilwert, wie ihn der Bundesrat vorschlägt, sei zu restriktiv. Stattdessen sollten die Tarifpartner den Perzentilwert vereinbaren. In einer Anfangsphase scheine der 25. Perzentilwert möglich, da es einen Nachholbedarf gebe. Längerfristig dürfte dieser Wert aber nicht durchzuhalten sein, d.h. es dürfe aufgrund dynamischer Effekte nicht zu einem «race the bottom» kommen. Als Ziel sei eine möglichst effiziente Leistungserbringung in der erforderlichen Qualität klar gesetzt.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das **CP** hält das 25. Perzentil für zu restriktiv. Es schwäche zudem die Tarifautonomie der Leistungserbringer und der Krankenversicherer oder schaffe es sogar ab. Es verweist auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und erachtet es nicht als sinnvoll, einen Verweis auf ein definiertes Perzentil in der Verordnung aufzunehmen.

Der **sgv** lehnt das vorgeschlagene 25. Perzentil ab. Der vorgeschlagene Wert würde in vielen Fällen zu nicht kostendeckenden Tarifen führen. Insbesondere Spitäler mit vergleichsweise hohen Fixkosten würden wohl aus dem Markt gedrängt. Der Druck, nicht gedeckte Kosten aus dem OKP-Bereich mittels Quersubventionierungen aus dem Zusatzversicherungsgeschäft

auszugleichen, würde erhöht. Bei den öffentlichen Spitälern sei gemäss sgv zu befürchten, dass auf wettbewerbsverzerrende Weise noch mehr Steuergelder ins System geschleust würden, was klar zulasten der Privatspitäler ginge und unter keinen Umständen hingenommen werden könne.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Pro Mente Sana lehnt den vorgeschlagenen Artikel 59c^{bis} grundsätzlich ab. Dieser stehe einerseits im krassen Widerspruch zu Artikel 49 Absatz 1 KVG, welcher nach dem Willen des historischen Gesetzgebers faire Preise für „einigermassen effiziente“ Spitäler vorschreibe, andererseits aber auch zur Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, welches feststellte, der Effizienzmassstab sei zwar „eher streng“ anzulegen, aber doch so, dass die Versorgungssicherheit nicht gefährdet werde. Sodann habe das Bundesverwaltungsgericht neulich auch festgestellt, dass ein mit der vorliegenden Revision angestrebter Benchmark beim 25. Perzentil gewichtet nach Anzahl Spitälern an einer „gravierenden Verzerrung“ leide, was zu einer Gefährdung der Versorgungssicherheit führen könnte und somit mit der Zielsetzung des KVG nicht vereinbar wäre.

Für die **SPO** wäre das Vorgehen mit des 25. Perzentilwerts als Benchmark aus Kostengründen zwar zu begrüssen. Da die Schweregradbereinigung nach DRG jedoch grundsätzlich stark anzuzweifeln sei, drohe bei einer tiefen Ansetzung des Benchmarks eine Selektion möglichst gesunder Patientinnen und Patienten zuungunsten von schwerkranken Patientinnen und Patienten.

Gemäss **VNS** solle Typus DRG hier präzisiert werden. TARPSY und ST Reha gehören auch dazu.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Gemäss **AllKidS** basieren die Bestimmungen im ganzen Artikel 59c^{bis} darauf, dass sämtliche Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ihre schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten in eine Reihe bringen und bezogen auf die Anzahl Spitäler das 25. Perzentil als Benchmark-Wert bestimmt wird. Diese Methode werde dazu führen, dass kleine und/oder auf einzelne Fachgebiete beschränkte Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime den Benchmark für die grossen und in Bezug auf die Leistungsaufträge ungleich differenzierteren Spitäler bilden. Kleine Geburtshäuser würden bspw. den Benchmark für grosse Kantonsspitäler, Universitäts-spitäler und Kinderspitäler bestimmen. Die Wahl des 25. Perzentils, zudem gewichtet nach Anzahl Spitäler, sei ein Effizienzmassstab, der von 75% der Spitäler nicht erfüllt werden könne und sie in die roten Zahlen dränge. Auch wenn grosse Einsparungen in einzelnen Spitälern erzielt würden, werde dieser repetitive Benchmarking-Vorgang trotzdem dazu führen, dass weiterhin 75% der Spitäler defizitär arbeiten. Gerade in den Endversorgungsspitalern, zu denen die AllKidS-Spitäler zählen, wäre dieser Mechanismus nur mit drastischem Qualitätsabbau möglich. Der Druck auf die Kindermedizin würde stark ansteigen. Innovationen, Sanierungen und die dringlich benötigten Neubauten wären in Frage gestellt. Das wirtschaftliche Überleben der eigenständigen Kinderspitäler und damit die qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung im Kinderbereich wären stark gefährdet oder nur mit Subventionierung durch die Kantone möglich. Der Wegfall der drei eigenständigen Kinderspitäler der Schweiz, die die Hauptlast der Versorgungssicherheit im pädiatrischen und kinderchirurgischen Bereich tragen, wäre fatal. Ein Benchmarking müsse aus diesen Gründen als Mindestanforderung mit der Fallzahl gewichtet werden. Der Benchmark-Wert müsse so gewählt werden, dass er die finanzielle Basis und die Weiterentwicklung eines Grossteils der Spitäler nicht gefährdet. Zudem ist vorzusehen, dass Zuschläge in erheblichem Ausmass für die Endversorgungsspitaler möglich seien. Es sei allerdings zu befürchten, dass Behörden und Versicherungen Anforderungen an den

Nachweis von Mehrleistungen und Mehrkosten stellen, die nicht erfüllbar seien. Langwierige Streitereien seien vorprogrammiert. Angesichts dieser Situation fordern die Kinderspitäler, dass in der KVV ein separates Benchmarking für Universitätsspitäler und eigenständige Kinderspitäler vorgesehen werde. Damit sollten die nach wie vor vorhandenen Abbildungsmängel im SwissDRG bei seltenen komplexen Behandlungen und im Kinderbereich kompensiert werden. Die Revision der KVV sei völlig einseitig auf eine Senkung der Kosten im OKP-Bereich ausgelegt. Sie hätte schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Die AllKidS lehnen die vorgeschlagene Revision der KVV betreffend Spitalplanung und Tarifiermittlung in diesen wesentlichen Teilbereichen klar ab und erachten eine Umsetzung als existenzbedrohend.

Laut **Gesundheitszentrum Fricktal AG** wird mit dem ganzen Artikel 59c^{bis} eine Einheits-Base-rate angestrebt und mit der fixen Festlegung von «höchstens dem 25. Perzentilwert» werde der bestehende Verhandlungsspielraum fast gänzlich ausgehebelt. In der Umsetzung würde dies eine Abwärtsspirale für alle Baserates bedeuten. Unter Einbezug der Geburtshäuser und der spezialisierten Institutionen werde der maximale Benchmark-Wert vom 25. Perzentil mindestens 90 % der gesamten Leistungserbringung der Akutsomatik in der Schweiz zu nicht kostendeckenden Tarifen zwingen. Strukturveränderungen werden aus Kostengründen gerade deshalb nicht mehr vorgenommen werden können. Anreize zu höherer Effizienz seien nur dann wirksam, wenn sie fair und erreichbar sind. Der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils hätte einen Qualitätsabbau und einen steigenden Druck auf das Personal (inkl. Personalabbau) zur Folge. Die qualitativ gute Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung würde gefährdet und das Gesundheitswesen als grösster Wirtschaftsfaktor geschwächt.

Die **Hirslanden AG** lehnt den Artikel 59c^{bis} grundsätzlich ab. Zusammengefasst hätte der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils zur Folge, dass die Qualität vernachlässigt und das Personal verkleinert werde. Dadurch werde die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erheblich gefährdet. Dass die Versicherer alleine zuständig für den Benchmark-Wert sein sollen, widerspreche der im Gesetz verankerten Tarifpartnerschaft zwischen Leistungserbringer und Versicherer grundsätzlich.

Die **Universitätsklinik Balgrist** fordert die Streichung des ganzen Artikels 59c^{bis} (vgl. Ausführungen unter Artikel 59c Absatz 2).

Generell:

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG und Kantonsspital Aarau fordern die Anpassung der Bestimmung. Aus dem vorliegenden Absatz gehe nicht hervor, wer die Ermittlung des Benchmark-Werts vornehme beziehungsweise vorzunehmen habe. Wenn die Ermittlung des Benchmark-Werts unter Einbezug aller schweizweit betroffenen Leistungserbringer mit transparent hergeleiteten, schweregradbereinigten Fall- resp. Tageskosten zu erfolgen habe, werde daraus zwangsläufig aus rein rechnerischen Gründen nur ein Benchmark-Wert resultieren. Die Ermittlung des für alle Parteien geltenden Benchmark-Werts solle entsprechend durch eine unabhängige von allen Parteien anerkannte oder von ihnen mandatierte Stelle erfolgen.

Die **BEKAG** und der **VLSS** beantragen eventualiter, dass anstelle des 25. Perzentilwerts der 50. Perzentilwert vorgeschrieben wird. Dieser Perzentilwert entspreche der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Auch einen Perzentilwert bei 30 oder 40 würden die BEKAG und der VLSS klar ablehnen.

CHUV, Insel Gruppe AG, Universitätsspital Basel und Unimed Suisse fordern die Ergänzung der Bestimmung um einen Buchstaben c mit Inhalt «c. Die Spitäler der Spitalgruppe K111 nach BFS- Klassifikation* bilden für die Ermittlung des Benchmarks gemäss lit. a und b eine

eigene Benchmark-Gruppe». Betriebsvergleiche für den Zweck der Ermittlung von Spitaltarifen nach Art 49 Abs. 1 KVG seien zwischen Spitälern, die hinreichend vergleichbare Leistungen erbringen, durchzuführen. In jedem Fall seien zumindest für die Universitätsspitäler separate Betriebsvergleiche durchzuführen. Dazu ist in Art. 59c bis Abs. 1 ein neuer Bst. c einzufügen.

Der Absatz 1 ist laut **Universitätsspital Basel** abzulehnen, da es um einen Eingriff des Bundes in die Tarifberechnung, die in der Hoheit der Tarifpartner sei, gehe. Bei der Festlegung des maximalen Perzentilwerts in der Verordnung wird implizit gutgeheissen, dass 75% der Spitäler ineffizient seien. Weder werde die Leistungsstruktur berücksichtigt, noch sei klar, ob der Referenzleistungserbringer die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen vollständig erfülle. Strukturveränderungen würden durch die nicht kostendeckenden Tarife behindert. Gleichzeitig sollten in der Verordnung Auflagen pro Leistungsgruppe festgehalten werden zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit.

Nach Einschätzung der **Berit Klinik** bedeutet der Einbezug der Geburtshäuser ins Benchmarking für den Bereich SwissDRG für die übrigen Spitäler im Benchmark einen zu grossen Eingriff in die Tarifbestimmung. Geburtshäuser seien daher aus dem Benchmarking der Akutspitäler auszuschliessen, da diese über tiefere Vorhalteleistungen verfügten und ein Vergleich damit verzerrend wirke. Weiter erwägt die Berit Klinik, dass das Bundesverwaltungsgericht in seinen bisherigen Urteilen Benchmark-Werte bis zum 50. Perzentil geschützt habe und der Bundesrat nun mit dem 25. Perzentil einen Effizienzmasstab gewählt habe, der den strengsten Forderungen der Krankenversicherer entspreche. Angesichts der weiterhin bestehenden Abbildungsgrenzen von SwissDRG und den resultierenden Verzerrungen des Benchmarkings bei tiefen Perzentilen bestünden ernsthafte Zweifel an der Gesetzmässigkeit dieses Effizienzmasstabs. Die vorgesehenen Vorschriften seien einseitig vom Ziel einer Kostensenkung zugunsten der OKP geprägt und hätten schwerwiegende Konsequenzen für die Finanzierungssituation der Spitäler.

Dakomed, **UNION** und der **Verein integrative-kliniken.ch** lehnen den vorgeschlagenen Benchmark ab, weil die Kostensenkung und nicht die Ergebnisqualität im Vordergrund stehen. Als Folgen sehen sie einen Qualitätsabbau und einen weiter steigenden Druck auf das Personal. Damit würde in die Tarifhoheit eingegriffen. Aufgrund der fehlenden Gesetzesgrundlage sei der Vorschlag ersatzlos zu streichen und das Benchmark-Modell zu überdenken. Generell seien Vorschläge abzulehnen, die grosse bürokratische Aufwände zur Folge hätten, ohne dass ein Beitrag zur Qualität geleistet würde.

Die **FMH** lehnt die Festlegung auf Verordnungsebene eines spezifischen und ihrer Ansicht nach tiefen Perzentils für die Benchmark-Bestimmung ab, weil es in den bestehenden Tarifstrukturen vom Typus DRG (das heisst SwissDRG und TARPSY) gegenwärtig noch zu grosse ungeklärte Kostenunterschiede gebe. Weiter würden mit einem dermassen strengen Benchmark-Wert Tendenzen in Richtung einer erneuten Objektfinanzierung gefördert, was dem ursprünglichen Gedanken der neuen Spitalfinanzierung zuwiderlaufe. Sie fordert die ersatzlose Streichung der Bestimmung. Als Eventualantrag schlägt sie für Buchstabe b vor, dass aus den Leistungserbringer ohne Geburtshäuser jener Benchmark-Wert ausgewählt wird, der gemessen am Case-Mix oder an der Anzahl Fälle (statt der Anzahl Leistungserbringer) dem 50. (statt dem 25.) Perzentilwert entspreche.

Die **IGGH-CH** lehnt die Reduktion des benchmarking-relevanten Perzentilwerts auf 25 entschieden ab und schlägt vor, dass dieser bei 40 belassen wird. Sie weist darauf hin, dass mit einer Reduktion die Existenz der Schweizer Geburtshäuser in Frage gestellt werde. Dies sowohl in Bezug auf die notwendige personelle Dotation als auch auf die Sicherstellung aller geforderten Auflagen bezüglich Qualitätsmanagement und Sicherheit. Der mit der Reduktion

vorgesehene Kahlschlag verdränge die alternative Geburtshilfe auf verdeckte Art und Weise vom Markt.

Die **RehaClinic** hält fest, dass bei der Berechnung des Benchmarks nicht das Leistungsvolumen und der Versorgungsauftrag berücksichtigt werden, sondern bloss die Anzahl Spitäler. Dadurch sieht sie die Gefahr, dass die grosse Anzahl an nicht systemrelevanten Spitälern das Ergebnis verzerre.

Für den **SBK** ist die Auswahl des 25. Perzentilwerts nicht nachvollziehbar und er erachtet diesen für falsch, weil er zu tief angesetzt ist.

Die **SGAIM** hält einen Perzentilwert von 25 für nicht sachgerecht und lehnt diesen ab. Eine Senkung des Benchmarks auf diesen Wert impliziere, dass 75 % der Schweizer Spitäler zu teuer produzieren. Bereits die aktuelle Regelung habe zu einer Senkung der Basisfallpreise und zu erheblichen Defiziten bei der Abgeltung von medizinisch ärztlichen Leistungen für multimorbide Patienten geführt.

Für die **swiss orthopaedics** widerspricht die Festlegung des 25. Perzentils als Maximalwert der Tarifautonomie der Tarifpartner, dem Ermessensspielraum der Kantone und entspricht nicht einem sinnvollen Detaillierungsgrad. Eine Gewichtung ohne Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Leistungsvolumina erscheint ihr generell als problematisch.

Die **SwissReha** erachtet den vorgeschlagenen zweistufigen Benchmark zur Ermittlung des entsprechenden Werts für die Rehabilitation grundsätzlich nicht als sachgerecht durchführbar, solange die Rehabilitationsbegriffe wegen fehlender Begriffsklärung auf Bundesebenen einen kantonalen Wildwuchs annehmen würden. Es stelle sich zudem die Frage von Referenztarifen, wenn in bestimmten Kantonen beispielsweise Leistungsaufträge für geriatrische Rehabilitation fehlten, Patienten aus diesen Kantonen jedoch in ausserkantonale Institutionen zur geriatrischen Rehabilitation gehen würden. Diese Referenztarife hätten aber weder etwas mit den in Artikel 59c Absatz 1 KVV erwähnten Grundsätzen zu tun, noch könnten diese als leistungsgruppenbezogen für die geriatrische Rehabilitation angeführt werden.

Buchstabe a:

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** lehnen diese Bestimmung ab. Gemäss dieser Bestimmung sollten 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 einzu beziehen wären. Dies würde jedoch zu gesetzwidrigen Ergebnissen führen und ist daher abzulehnen: Die Geburtshäuser verwenden zwar ebenfalls SwissDRG, es handele sich aber von Gesetzes wegen um eine separate, von den Spitälern zu unterscheidende Leistungserbringer-Kategorie für die – entscheidend – andere regulatorische Rahmenbedingungen gälten als für die Spitäler. So müssten die Geburtshäuser insbesondere keine ärztliche Betreuung sicherstellen und könnten 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 komme, dass die schweregradbereinigten Fallkosten der Geburtshäuser aufgrund kleiner Fallzahlen stark durch jährlich sich ändernde Zufälligkeiten verfälscht würden. Ihr Einbezug ins Benchmarking wäre umso verzerrender, wenn tatsächlich eine Gewichtung des Benchmarks nach Anzahl Institutionen vorgeschrieben werden sollte. Es seien folglich für Spitäler und Geburtshäuser separate Benchmarkings vorzuschreiben.

Laut **Limmatklinik AG**, **Paracelsus-Spital Richterswil AG**, **Schulthess Klinik Zürich**, **SVS**, **See-Spital Horgen**, **Spital Affoltern AG**, **Spital Limmattal**, **Spital Männedorf AG**, **Spital Uster**, **Spital Zollikerberg**, **VDPS**, **Zürcher RehaZentren** und **VZK** sind beim Benchmarking

Geburtshäuser und Spitäler zu trennen. Dies gehe aus dem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts hervor. Der Bezug auf die Anzahl Leistungserbringer sei nicht statthaft, da er einseitig die Unternehmenssicht des Leistungserbringers in den Vordergrund stelle, ohne die Bedeutung für die Gesundheitsversorgung zu beachten. Kleine, spezialisierte Leistungserbringer dominieren so das unterste Viertel des Benchmarks. Da auch die Kosten mit dem Fallgewicht nach DRG gewichtet werden, sei der Bezug CMI oder der Fallbezug weitaus besser geeignet. Die Übergangsphase werde u.E. nichts bringen, da sich die Leistungserbringer nicht auf die ruinösen Preise beim 25. Perzentil vorbereiten und sogar noch investieren werden.

Laut Gesetz handle es sich gemäss **Hirslanden AG** bei Geburtshäusern um eine separate, von den Spitälern zu unterscheidende Leistungserbringer-Kategorie, für welche andere regulatorische Erfordernisse bereits geschaffen wurden. So müssten Geburtshäuser beispielsweise keine ärztliche Betreuung garantieren. Aufgrund solch gravierender Unterschiede sei es nicht angemessen, dass ins Benchmarking zur Ermittlung der Spitaltarife die Geburtshäuser ebenfalls miteinzubeziehen sind. Es sei deshalb ein für Geburtshäuser separates Benchmarking anzustreben.

Buchstabe a Ziffer 1:

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders und **UPD** fordern, dass der Ausdruck «nicht ausreicht», sofern überhaupt möglich, definiert werden soll. Andernfalls sei er zu streichen. Weiter sei festzulegen, wer darüber entscheiden, was «ausreicht» und «nicht ausreicht».

Buchstabe b:

H+, diespitaeler.be, Swiss Nurse Leaders und **UPD** lehnen diese Bestimmung dezidiert ab. Diese sei gesetzeswidrig und gefährdet die Qualität und die Versorgungssicherheit der stationären Versorgung in der Schweiz. Die Festlegung eines maximalen Benchmarking-Werts durch die Verordnung untergrabe die Tarifautonomie sowohl bei der Wahl der Methode für die Preisbestimmung als auch bei der Höhe des Benchmarking-Werts. Die Tarifpartner würden mit diesem System tariflich zu reinen Befehlsempfängern degradiert. Verhandlungen seien dann nicht mehr sinnvoll. Der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils solle aufgrund der Fallnormkosten aller Leistungserbringer in der Schweiz berechnet werden, die nach demselben Vergütungsmodell abrechnen. Mit einem solchen Benchmark-Verfahren würden 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 seien und solche Tarifstrukturen Systemgrenzen hätten und immer haben werden, würden alle Leistungen bzw. Leistungserbringer über den gleichen Kamm geschoren. Der Bundesrat zementiere damit bestehende Mängel anstelle diese zu beheben bzw. beheben zu lassen. Entweder werde die SwissDRG Tarifstruktur verbessert oder das Benchmarking-Modell werde weiterentwickelt, zum Beispiel in Richtung eines Benchmarking-Modells, welches auf «korrigierte Fallnormkosten» abstellt (vgl. Polynomics-Studie22). Für die Festlegung des 25. Perzentils als Benchmark-Wert finde sich im Kommentar keine über die Entlastung der OKP und des Bundes hinausgehende Begründung. Insbesondere fehlen Ausführungen über die Auswirkungen des Benchmark-Werts auf die Spitäler. Regulierungsfolgenabschätzungen (RFA) seien jedoch bei sämtlichen Rechtsetzungsvorhaben des Bundes auf allen Stufen durchzuführen. Dies gelte insbesondere bei Vorhaben, welche einzelne Branchen besonders stark belasten, wie dies mit vorliegendem Verordnungsentwurf für die Spitalbranche zweifellos der Fall sei. Der vorgesehene Benchmark auf dem 25. Perzentil sei willkürlich, folge einseitig der Sicht der Versicherer,

qualifiziere die Spitäler mit einem Vollversorgungsangebot gross-mehrheitlich als unwirtschaftlich. Die Folge daraus wäre ein Qualitätsabbau. Insgesamt würde dadurch die qualitativ gute Gesundheitsversorgung der Schweiz gefährdet beziehungsweise gar beeinträchtigt. Dies könne wohl nicht die angestrebte Wirkung eines Benchmark-Werts sein. Das Bundesverwaltungsgericht habe Benchmark-Werte bis zum 50. Perzentil geschützt. Es bestehe dementsprechend kein Grund, in der Verordnung einen derart tieferen Wert festzulegen. Nur ein Benchmark-Wert auf dem 50. Perzentil stelle sicher, dass wenigstens durchschnittliche Akutspitäler mit einem Vollversorgungsangebot im Benchmark ausreichend und angemessen abgebildet würden und die notwendigen finanziellen Mittel für einen effizienten Betrieb mit einer hochstehenden Qualität erwirtschaftet werden können. Aufgrund der bisherigen Erfahrung im In- und Ausland habe sich gezeigt, dass Perzentilwerte unter 50 % systemgefährdend seien. 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 dürften 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. Werde, wie im Revisionsentwurf vorgesehen, bezüglich des massgebenden Perzentils auf die Anzahl der Leistungserbringer abgestellt, komme Kleinstspitälern mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl bei der Ermittlung des Benchmark-Werts ein übermässiges Gewicht zu. Dies sei umso weniger gerechtfertigt, als es sich bei diesen Spitälern oftmals um Sonderfälle handle, deren schweregradbereinigten Fallkosten u.a. von zufälligen Fallzahlschwankungen stark beeinflusst würden. Der gleichmässige Einbezug aller Spitäler unabhängig von der Fallzahl und des Schweregrads der Fälle in den Benchmarks führe entsprechend zu einem verzerrten Effizienzmasstab und verwässere die Aussagekraft des Benchmarks. Der Benchmark solle auf repräsentativen Daten beruhen und eine Gewichtung der Institutionen aufgrund des Case-Mix (Menge und Schweregrad der behandelten Fälle) beinhalten. Gemäss dem Kommentar zu Art. 59c bis Abs. 4 hätten 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 Benchmark-Werts bilde 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 Benchmark-Werts 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 weise die Mängel der heutigen Benchmark-Ansätze nach und zeige 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 flosse: Nach 7 Jahren hätten 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 bleibe ein Spital übrig. Über alle Jahre hinweg bestehe 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, seien 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+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** prognostizierten Minderkosten bzw. nationale Spitalunterdeckungen beruhen auf dem Betriebsjahr 2018 und wurden vom Verein Spitalbenchmark berechnet:

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und VZK verlangen die Streichung der Bestimmung. Die Festlegung eines maximalen Benchmark-Werts durch die Verordnung untergrabe die Tarifautonomie sowohl in der Wahl der Methode für die Preisbestimmung als auch in der Höhe. Sie sei deshalb gesetzeswidrig und zu streichen. Der vorgesehene Benchmark des 25. Perzentils bevorteile übermässig die spezialisierten Organisationen. So verzerre der Einbezug von Organisationen ohne Notfallstation das Ergebnis ungebührlich. Eine weitere Verzerrung bieten die regional unterschiedlichen Strukturkosten (Lohn- und Standortkosten). 66 Prozent oder zwei Drittel der Spezialkliniken würden einen kostendeckenden Tarif erhalten. Dabei machen diese spezialisierten Einrichtungen nur einen Drittel aller Spitäler aus. Beim 25. Perzentil bilde der Benchmark die Spitallandschaft völlig verzerrt ab. Allgemeinspitäler – besonders jene mit einer Notfall- oder Intensivpflegestation – kämen zu kurz. Selbst wenn der Referenzpreis für die Fallpauschalen beim 50. Perzentil festgelegt werde, müsse der Vergleich fallgewichtet durchgeführt werden. Nur so würden die Allgemeinspitäler in Bezug zur grossen Anzahl von durchgeführten Leistungen für die allgemeine Bevölkerung fair behandelt. Die Corona-Pandemie habe aufgezeigt, dass die dezentrale, wohnortnahe Spitallandschaft ausschlaggebend bei der Bewältigung der Krise sei. Insbesondere hätten sich dadurch die Patientenströme auf verschiedene Standorte verteilt. So konnte das ganze System entlastet werden. Die Absicht, medizinische Leistungen zunehmend zu konzentrieren, müsse daher kritisch überdacht werden. Längerfristig bedeute das 25. Perzentil, dass die Spitäler ihren Betrieb einstellen müssen. Dies sei das Ergebnis der Polynomics-Studie «Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking». Bei den Institutionen, die über dem 25. Perzentil lägen, hätte dies einen Qualitätsabbau, einen steigenden Druck auf das Personal, inkl. Personalabbau zur Folge. Zudem würde das Gesundheitswesen als grösster Wirtschaftsfaktor geschwächt. Wenn systematisch und bleibend 75% der stationären Gesundheitsversorger als unwirtschaftlich deklariert würden, sei dies ein ruinöser Zweckpessimismus. Aufgrund der bisherigen Erfahrung im In- und Ausland habe sich vielmehr gezeigt, dass Perzentilwerte unter 50% systemgefährdend seien hingegen eine zuverlässige, mittel- bis langfristige Aussicht auf die Entschädigung des 50% Perzentils eine sehr gute kostendämpfende Wirkung entfalte. Die Ergebnisse der Schweizer Spitäler hätten sich bereits sehr stark angenähert und rund 80% der Spitäler und Kliniken lägen in einem Range von +/- 8% Abweichung vom 50. Perzentil. Die positiven und negativen Ausreisser hingegen dürften nicht Bestandteil des Benchmarks sein.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG und **Kantonsspital Aarau** fordern die Anpassung des Buchstaben mit «...der (.....) höchstens dem 40. Perzentilwert der schweregradgewichteten Fälle (Case-Mix) aller Leistungserbringer entspricht.» oder die komplett Streichung (**Gesundheitszentrum Fricktal AG**). Die Ausführungen auf der Seite 17 des Kommentars zu den in Aussicht genommenen Änderungen zeigten unmissverständlich auf, dass die Festlegung des Perzentilwerts ausschliesslich dazu benutzt werde, um Minderkosten für die OKP und eine Entlastung des Bundes bei den Beiträgen für die individuelle Prämienverbilligung herbeizuführen. Für die Festlegung des 25. Perzentil als Benchmark-Wert finde sich im Kommentar keine über die Entlastung der OKP und des Bundes hinausgehende Begründung. Insbesondere fehlten Ausführungen über die Auswirkungen dieses Benchmark-Werts auf die Spitäler und die Kantone im Kommentar. Der vorgesehene Benchmark auf dem

25. Perzentil sei willkürlich, folge einseitig der Sicht der Versicherer, qualifiziere die Spitäler mit einem Vollversorgungsangebot grossmehrheitlich als unwirtschaftlich. Im unteren Bereich des Benchmarks auf dem 25. Perzentil befänden sich primär Leistungserbringer mit einem spezialisierten Angebot (cherry picking), Spitäler ohne Notfall- oder Intensivpflegestationen und Geburtshäuser. Diese Leistungserbringer verzerren somit die 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). Die Festlegung des Benchmarks auf dem 25. Perzentil hätte bei den darüber liegenden Spitälern einen steigenden Leistungsdruck auf das Personal und wohl auch in vielen Spitälern einen Personalabbau zur Konsequenz. Die Folge daraus wäre ein Qualitätsabbau. Insgesamt würde dadurch die qualitativ gute Gesundheitsversorgung der Schweiz gefährdet beziehungsweise gar beeinträchtigt. Dies könne wohl nicht die angestrebte Wirkung eines Benchmark-Werts sein. Das Bundesverwaltungsgericht habe Benchmark-Werte bis zum 50. Perzentil geschützt. Es bestehe kein Grund, in der Verordnung einen tieferen Wert festzulegen. Ein Benchmark-Wert auf dem 40. Perzentil stelle 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 Benchmark-Wert auf dem 40. Perzentil entfalte in ausreichendem Mass eine kostendämpfende Wirkung. Die Festlegung eines Benchmarks unter dem 40. Perzentil habe 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 werde - zwingend auf Gesetzesstufe zu erfolgen. Werde – wie im Revisionsentwurf vorgesehen – bezüglich des massgebenden Perzentils auf die Anzahl der Leistungserbringer abgestellt, käme Spitälern mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl bei der Ermittlung des Benchmark-Werts ein übermässiges Gewicht zu. Der gleichmässige Einbezug aller Spitäler unabhängig von der Fallzahl und des Schweregrads der Fälle in den Benchmark führe entsprechend zu einem verzerrten Effizienzmassstab. Der Benchmark habe entsprechend – soll er einen aussagekräftigen Vergleich der Effizienz der Spitäler zum Ziel haben, wovon auszugehen sei, zwingen auf der Basis der schweregradbereinigten Fälle aller Leistungserbringer zu erfolgen. 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 Benchmark-Werts bilde 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 Benchmark-Werts einbezogen werden. Unbeantwortet bleibe im Kommentar die Frage, was die notwendige Qualität sei.

Laut **Hirslanden AG** habe sich die bisherige Praxis, welche auch vom Bundesverwaltungsgericht stets gestützt wurde, einen Benchmarking-Massstab um das 40.-50. Perzentil gewichtet nach Fällen etabliert. Das Bundesverwaltungsgericht habe jüngst in seinem Urteil C-4374/2017, C-4461/2017 E. 8.6. festgestellt, dass ein Benchmark beim 25. Perzentil gewichtet nach Anzahl Spitälern an einer gravierenden Verzerrung leide, was zu einer Gefährdung der Versorgungssicherheit führen könnte. Ebenfalls hat die Studie von Polynomics (bereits 2015) aufgezeigt, dass das aktuelle Benchmarking-Verfahren Mängel aufweise u.a. wegen dem Einbezug der Anlagenutzungskosten. Insbesondere belege die Studie, dass bei einem Perzentil von 25 die Spitäler ohne Notfallstation aber auch kleinere Spezialkliniken (mit sehr eingeschränktem Leistungsauftrag) übervertreten seien.

Das Benchmark-Verfahren berücksichtigt gemäss **Universitätsspital Basel** die Unterschiede zwischen Spezialkliniken und Zentrumsversorger nicht. Bei jeder Benchmark-Runde resultiere

eine tiefere Tarifberechnung ohne dass gewährleistet sei, dass das (jedes Jahr neue) Referenzspital die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen gemäss den weiteren vorgeschlagenen KVV-Änderungen einhalte. Somit sei nicht sichergestellt, dass der Referenzleistungserbringer auch ein echt effizienter Leistungserbringer ist, an dem man sich messen lassen müsse.

Gemäss **VNS** setze ein Perzentilwert von höchstens 25 einen sehr strengen Effizienzmassstab, welcher die bisherige Praxis deutlich unterschreite, zu einer Abwärtsspirale der Tarife führe und für viele Spitäler und Kliniken ruinös wäre. Dies zeige eine neue Studie von Polynomics zur Wahl des Perzentils. Die Studie zeige auf, dass das aktuelle Benchmarking-Verfahren Mängel aufweist u.a. wegen der unterschiedlichen Bewertung der Anlagenutzungskosten. Insbesondere belege die Studie, dass bei einem Perzentil von 25 die Spitäler ohne Notfall- und Intensivstation aber auch kleinere Spezialkliniken und Geburtshäuser (mit sehr eingeschränktem Leistungsauftrag) bei einem tiefen Perzentil übervertreten sind. Zu kritisieren sei, dass der Bund diesbezüglich keine Regulierungsfolgeabschätzung gemacht.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Für **santésuisse** ist der Begriff der «Tarifberechnung» in Titel und Absatz 1 in Zusammenhang mit der Ermittlung des Benchmark-Wertes verwirrend und dieser sei durch den Begriff «Tarifierung» zu ersetzen. Mit der Festsetzung eines strengen Perzentils ist **santésuisse** einverstanden. Mit der bisherigen Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung seien föderalistisch unterschiedlich strenge Vorgehensweisen umgesetzt worden, was im Widerspruch zum gewollten Wettbewerb und im Widerspruch zu gleich langen Spiessen stehe. Allerdings soll allfälligen Benchmark-Wert-Veränderungen aufgrund von ineffizienten Mengen- und Kostenentwicklungen Rechnung getragen werden. **Santésuisse** findet weiter, dass Effekte aufgrund von ineffizienten Mengen- und Kostenveränderungen nicht dazu führen sollen, dass das Perzentil überdurchschnittlich stark ansteigt. Daher soll in einem zusätzlichen Absatz an Absatz 1 Buchstabe b („höchstens“) angeknüpft werden und eine Umsetzungsmöglichkeit vorgesehen werden.

Andere Organisationen

Für das **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** stellt das 25. Perzentil (gewichtet nach Anzahl Spitälern) gemäss allen bisher von den Tarifpartnern vorgelegten, gesamtschweizerischen Benchmarkings ein gravierend verzerrtes Effizienzmass dar, dessen Anwendung zu existenzgefährdenden Finanzierungslücken führen werde. Die daraus resultierenden, nicht kostendeckenden Tarife würden den Bedarf nach einer Querfinanzierung zwischen Grund- und Zusatzversicherung verstärken, was eine krasse Fehlentwicklung des Systems darstelle. Weiter weist es darauf hin, dass mit der Einführung des DRG in der Schweiz ein Benchmarking-Massstab zwischen dem 40. und dem 50. Perzentil etabliert habe, was von der Rechtsprechung stet geschützt worden sei. Die vorgeschlagene Bestimmung verletze Art. 49 Abs. 1 KVG, womit der Bundesrat seine Verordnungskompetenz überschreite. Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen beantragt, das 25. Perzentil auf das 40. – 50. Perzentil (gewichtet nach Fällen oder Case-Mix) zu erhöhen.

5.9 Stellungnahmen zu Art. 59^{bis} Abs. 2

Kantone

Gemäss dem Standpunkt der **GDK** sowie von **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS** und **ZH** stellen die für den Benchmark verwendeten Daten bei der Tarifiermittlung das einzige Element dar, für das eine Vereinheitlichung im Rahmen einer

Verordnung möglicherweise sinnvoll ist. Mit dem Kanton **AG** sind sie der Ansicht, dass die Akteure 2020 erstmals über einen nationalen Gesamtüberblick über die schweregradbereinigten Kosten (und bald auch die Tageskosten) zur Tariffestlegung (Art. 49, Abs. 8 KVG) verfügen, der auf plausibilisierten Daten gemäss einheitlichen Kriterien beruht. Während der Vergleich theoretisch möglich wäre, bliebe die Heterogenität der durch die Akteure verwendeten Daten bestehen.

Somit schlagen die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** vor, einen Spitalvergleich gemäss Artikel 49, Absatz 8 KVG als verbindlich zu erklären. Dieser müsse jedoch geeignete schweregradbereinigte Fallkosten oder Tageskosten beinhalten.

Laut der **GDK** sowie von **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** sei auf Bundesrechtsebene zu gewährleisten, dass sich der Preisüberwacher ebenfalls auf diese Daten stütze.

Die **GDK** sowie **AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** wünschen derzeit nur einen Vergleich auf Basis der Fallkosten.

Gemäss der **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** soll der Vergleich spätestens vier Monate nach Abschluss des für die Datenerhebung massgeblichen Kalenderjahres führen, damit dieser bei den Tarifverhandlungen verwendet werden könne. Diesem Absatz sei somit ein Satz hinzuzufügen.

Aus Sicht **AG** stellt die einheitliche Festlegung der Datengrundlage für den Benchmark für alle an der Tariffindung beteiligten Parteien ein zentrales Element in der Tariffindung dar.

BE führt aus, dass der Bundesrat in diesem Jahr zwar erstmals seiner Pflicht der Veröffentlichung eines Betriebsvergleichs nach Artikel 49 Absatz 8 KVG nachkomme, jedoch lediglich für den Bereich der Akutsomatik. Wann ein entsprechender (aussagekräftiger) Vergleich im Bereich Psychiatrie folge, sei nicht bekannt. Entsprechend sei es auch nicht nachvollziehbar, weshalb unter dem Typus DRG auch das System TARPSY einbezogen werden solle. Die Ermittlung des Benchmark-Werts müsse zwingend auf den Betriebsvergleich nach Artikel 49 Absatz 8 KVG erfolgen. Der Bundesrat setzte voraus, dass für die Tarifpartner und Behörden die benötigten Angaben im Voraus publiziert und geprüft wurden. Für den Kanton **BE** sei dabei unklar, wie eine rechtzeitige Bereitstellung gewährleistet werden könne. Bei der Prüfung verweist der Bundesrat auf das neu vorgesehene VKL-Testat, das sicherstellen solle, dass der Ausweis der Kostendaten der Spitäler VKL-konform erfolge. Inwieweit das VKL-Testat einen Mehrwert bringen solle, sei für den Regierungsrat fragwürdig. Der Kanton **BE** schlägt daher vor bei der Formulierung «Für die Ermittlung des Benchmark-Werts einer Vergleichsgruppe kann der Betriebsvergleich...» das Wort «kann» mit «muss» zu ersetzen.

SO möchte, dass die Verwendung des Betriebsvergleichs gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG als verbindlich erklärt werde, sofern die entsprechenden schweregradbereinigten Fall- oder Tageskosten darin enthalten seien. Der Betriebsvergleich sei spätestens bis vier Monate nach Ablauf des für die Datenerhebung massgebenden Kalenderjahres zu veröffentlichen.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Grundsätzlich erachtet die **SPO** es als eine Verbesserung, wenn weitere Vergleichszahlen für das Benchmarking herangezogen würden. Trotzdem bemerkt sie, dass die vom Bund erhobenen Vergleichszahlen bezüglich Ergebnisqualität kaum für einen Vergleich nutzbar seien. Da z. B. bei der Mortalität nur mittels Alter und Geschlecht korrigiert werde, bildeten diese Zahlen

kaum die Wirklichkeit mit unterschiedlich schwer erkrankten Patientinnen (im selben Alter) ab. Es drohten neue Verwerfungen sowie eine Selektion von Gesunden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** lehnen diese Bestimmung dezidiert ab. Diese Bestimmung führe zu einer Ressourcenverschwendung und einem Ausbau eines komplett unnötigen administrativen Apparats. Der Grund hierfür sei das auf einen absoluten Tiefpunkt gesunkene Vertrauen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Beim vorliegenden Verordnungsentwurf seien mindestens 3 Akteure für das Benchmarking zuständig: 1) Kantone (vgl. Konzept «Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Artikel 49 Absatz 8 KVG24»); 2) Versicherer; 3) Versichererverbände. Hinzu komme, dass jeder Akteur, d.h. Kantone und Versicherer, die Spitaldaten gemäss eigenen Einschätzungen plausibilisiert, obwohl diese Spitaldaten von Dritten bereits plausibilisiert worden seien (REKOLE Zertifizierung, webbasiertes ITAR_K© Erfassungsverfahren). Schliesslich seien weder Kantone noch Versicherer unparteilich. Beide seien, jedenfalls im Sinn der SAMW-Prinzipien, ungeeignet, diese Rolle innezuhaben. Statt der vorgeschlagenen Bestimmung fordere **H+**: 1) EIN anerkanntes Ermittlungsverfahren von OKP-relevanten Betriebskosten sowie ein anerkanntes und nachvollziehbares Plausibilisierungsverfahren. 2) Ein adäquates und professionelles Benchmarking-Modell, das 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.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und **VZK** würden es sehr begrüessen, wenn ein gesamtschweizerischer Benchmark einer neutralen Stelle als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden könnte. Dies könne entweder das BAG, die GDK oder eine gemeinsame Organisation der Tarifpartner sein. Alternativ wären die methodischen Vorgaben durch den Bund so auszugestalten, dass die Ergebnisse der durch mehrere Institutionen und Tarifpartner durchgeführten Benchmarks nicht voneinander abweichen.

Laut **Universitätsspital Basel** wende jedes REKOLE-zertifizierte Spital die VKL korrekt an. Das Testat sei überflüssig und damit werden Kosten generiert, welche unnötig seien. Die Bestimmung sei zu streichen.

Für **VNS** ist nicht einzusehen, warum die Spitäler zusätzlich noch ein Testat für den Ausweis der Kosten nach VKL liefern müssen (S. auch Änderung VKL Art. 9 Abs. 5bis).

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Ansicht der **HSK** benötigten die Versicherer für die Herleitung der anrechenbaren Kosten und die Ermittlung des Benchmark-Werts detaillierte und vollständige Kosten- und Leistungsdaten (ITAR_K vollständige Version). Die Grundlage für das zu verhandelnde Tarifjahr X würden jeweils die Kosten- und Leistungsdaten X-2 Jahre bilden.

5.10 Stellungnahmen zu Art. 59^{bis} Abs. 3

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG** und **ZH** möchten diesen Absatz streichen, da der Vergleich gemäss Artikel

49, Absatz 8 KVG verbindlich sein solle. Der Kanton **AG** weist auf die Bedeutung der Einheitlichkeit und Effizienz hin. Die **GDK** und die erwähnten Kantone mit Ausnahme von **AG** möchten jegliche Konkurrenz mit anderen Einrichtungvergleichen vermeiden.

JU möchte diesen Absatz streichen, da es nicht die Aufgabe der Versicherer sei, den Referenzwert individuell oder nach Versicherungsverbänden zu berechnen oder den Kantonen die Berechnungsmodalitäten zu unterbreiten. Eine solche Haltung lehnt der Kanton **JU** kategorisch ab.

Laut **BS** werden die Tarifverhandlungen in der Regel durch einzelne Versicherer oder durch deren Einkaufsgemeinschaften geführt. Die Versicherer/Verbände/Einkaufsgemeinschaften seien für die Vereinbarung der Tarifstrukturen mit den Leistungserbringerorganisationen zuständig. Die Versicherer sollen neu für die Ermittlung des Benchmarkings und die Offenlegung der Herleitung an die Kantone zuständig sein. Meist verfügen die Versicherer jedoch nicht über die vollständigen Unterlagen (z.B. Vollversion ITAR-K). Stossend sei auch, dass ein Versicherer mit gutem Risikoprofil einen günstigeren Tarif aushandeln (da Benchmark tiefer) und daher günstigere Prämien anbieten könnte, was wiederum gute Risiken anziehen würde. Der Stellenwert der Kantone als Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde dürfe keinesfalls untergraben werden.

GR verlangt die Streichung des Artikels. Die Begründung zum vorliegenden Absatz 3 sei nicht überzeugend. Wenn ein Leistungserbringer die Kosten- und Leistungsdaten nicht rechtzeitig bereitstellt, so seien alle Versichererverbände davon betroffen. Es wird ja wohl kaum so sein, dass ein Leistungserbringer seine Kosten- und Leistungsdaten nur einem Versichererverband rechtzeitig bereitstellt. Ein pro Versichererverband unterschiedlicher Benchmark-Wert sei angesichts der im Absatz 1 enthaltenen Vorgaben zu dessen Ermittlung allenfalls in einer Übergangsphase nötig. Im Übrigen verweist er auf die Ausführungen bei Absatz 1.

Der Kanton **TI** hält diesen Absatz für unvollständig und ungeeignet. Absatz 3 sehe nur vor, dass die Versicherungen den Referenztarif bestimmen. Durch ihre Aufgabe, die Tarife zu genehmigen und festzulegen, stehen die Kantone auf gleicher Stufe mit den Versicherern und seien in diesem Absatz somit zu erwähnen.

Laut **BE** soll gemäss dieser Bestimmung die Versicherer für die Ermittlung des Benchmarkings und die Offenlegung der Herleitung an die Kantone zuständig sein. Dass dies alleinige Aufgabe der Versicherer oder deren Einkaufsgemeinschaften sein solle, lehnt er ab. Als Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde sind auch die Kantone für die Herleitung und Prüfung zuständig. Er verlangt, dass die Bestimmung «Die Versicherer ermitteln individuell oder pro Versichererverband den Benchmark-Wert und legen den Kantonen die Herleitung mit den entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer offen» mit «Die Tarifpartner oder die Kantone ermitteln den Benchmark-Wert pro Vergleichsgruppe» ersetzt wird».

SO verlangt die Streichung, da die Verwendung des Betriebsvergleichs gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG verbindlich erklärt werden solle.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **CVP** hinterfragt den Vorschlag kritisch, wonach die Versicherer (einzeln) den Benchmark ermitteln sollen. Für sie kommt nicht in Frage, dass jeder Versicherer seinen eigenen Benchmark berechne und die Spitäler unterschiedlich aufbereitete Daten zur Verfügung stellen müssten. Abgrenzungsmöglichkeiten unter den Versicherern sollten mit Dienstleistungen und innovativen Modellen wie Komplexpauschalen über Akut und Rehabilitation ausreichend vorhanden sein. Beim Benchmark müssten ausserdem auch Qualitätskriterien einfließen. Ein Benchmark-System dürfe sich nicht einzig auf die Kosten fokussieren, ungeachtet der erbrachten Qualität.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** lehnen diese Bestimmung dezidiert ab. Diese verletze die Tarifautonomie. Entweder werde das Benchmarking partnerschaftlich oder durch eine neutrale Instanz ermittelt, festgelegt und publiziert. Der Bundesrat betone selbst die Tarifautonomie der Tarifpartner. Es sei deshalb nicht zulässig und verstosse gegen das Rechtsgleichheits- (Art. 8 BV) und das Billigkeitsgebot (Art. 46 Abs. 4 KVG), ein wichtiges Instrument zur Festlegung des Effizienzmassstabes einseitig in die Hände eines Verhandlungspartners zu legen. Die Versicherer hätten in den letzten Jahren bewiesen, dass sie nicht in der Lage seien, 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 seien einseitig, falsch, intransparent sowie politisch gefärbt. Das Vertrauen in die Krankenversicherungen sei seitens der Leistungserbringer auf einem absoluten Tiefpunkt. So würden heute durch die Versichererverbände intransparente Benchmarks erstellt, welche Abzüge nach Gutdünken enthalten. Dies sei über Jahre belegt, indem trotz identischer Datenlage völlig unterschiedliche Benchmark-Werte ausgewiesen werden. Heute werden in der Schweiz bereits sieben verschiedene Benchmarks ermittelt. In Zukunft könnten das gemäss den Überlegungen des Bundesrates beliebig viele Benchmarks sein. Dadurch werde auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Benchmark-Ermittler) ein riesiger Verwaltungsapparat aufgebaut – ohne jede Wertschöpfung. Es müsse doch im Sinne des Bundesrates sein, dass es in der Schweiz nur noch einen Benchmark gebe. Welchen Sinn es dann noch mache, bei verschiedenen Benchmarks einen gesamtschweizerischen Betriebsvergleich anzuordnen, sei beim besten Willen nicht erkennbar. Absatz 3 führt wie Absatz 2 zu einer Ressourcenverschwendung und einem Ausbau eines komplett unnötigen administrativen Apparats. Schliesslich sei 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 solle.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und VZK verlangen eine Anpassung der Bestimmung. Der Bundesrat betone selbst die Tarifautonomie der Tarifpartner. Es sei deshalb nicht zulässig, ein wichtiges Instrument zur Festlegung des Effizienzmassstabes einseitig in die Hände eines Verhandlungspartners zu legen. Es sei zudem ineffizient, 3 ähnliche, aber eben nicht deckungsgleiche Benchmarkings vorzuschreiben, wenn bereits ein weiterer gesamtschweizerischer Betriebsvergleich obligatorisch sei. Wenn individuelle Zu- und Abschläge möglich seien, genüge ein gesamtschweizerischer Benchmark völlig.

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG und Kantonsspital Aarau fordern die Streichung der Bestimmung. Die Begründung zum vorliegenden Absatz 3 sei nicht überzeugend. Wenn ein Leistungserbringer die Kosten- und Leistungsdaten nicht rechtzeitig bereitstellt, so seien alle Versichererverbände davon betroffen. Es wird kaum so sein, dass ein Leistungserbringer seine Kosten- und Leistungsdaten nur einem Versichererverband rechtzeitig bereitstelle. Ein pro Versichererverband unterschiedlicher Benchmark-Wert sei angesichts der im Absatz 1 enthaltenen Vorgaben zu dessen Ermittlung allenfalls in einer Übergangsphase angängig. Im Übrigen verweise man auf die Ausführungen beim Absatz 1.

Laut **Hirslanden AG** gehe es bei der Verhandlung der Tarife um eine Partnerschaft zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Durch diese Bestimmung werde jedoch die Versichererseite über die Leistungserbringerseite gestellt, denn nur die Versicherer wären für die Ermittlung des Benchmarks zuständig. Die Berechnungen des Vereins Spitalbenchmark würden keine Berücksichtigung mehr finden. Zudem haben HSK und tarifsuisse ag je ein anderes

System zur Berechnung der Kosten, wobei das Bundesverwaltungsgericht im Urteil der Schwyzer Spitäler die Berechnungen von HSK und tarifsuisse ag zurückgewiesen habe (Urteil Bundesverwaltungsgericht vom 15. Mai 2019 betreffend SwissDRG-Baserate 2016 Schwyzer Spitäler C-4373/2017, C-4461/2017, E 7.3.1.4. ff.). Deshalb sei die Berechnung des Benchmarks durch eine unabhängige Stelle durchzuführen.

Gemäss **Universitätsspital Basel** soll ein Benchmark partnerschaftlich erfolgen. Eine einseitige Ermittlung durch die Versicherer sei abzulehnen. Im schlimmsten Fall führe jeder Versicherer seinen eigenen Benchmark durch und ermittle eigenhändig die Zu-/Ab-schläge pro Leistungserbringer. Was daran ist effizient? Man fordere die Streichung der Bestimmung.

Unimed Suisse fordern die Streichung der Bestimmung. Ein Benchmark solle partnerschaftlich erfolgen. Eine einseitige Ermittlung durch die Versicherer sei abzulehnen. Im schlimmsten Falle führe jeder Versicherer seinen eigenen Benchmark durch und ermittle eigenhändig die Zu-/Abschläge pro Leistungserbringer.

Das **CHUV** hält es für nicht zulässig, dass die Versicherer die Bezugsgrösse selbst ermitteln. Dies würde dem in den Artikeln 46 und 49 KVG verankerten Grundsatz der Tarifverhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern widersprechen. Aus diesem Grund müsse der Referenzwert von Versicherern und Krankenhäusern gemeinsam festgelegt werden.

Nach Ansicht der **BEKAG**, der **FMH**, des **SBV** und des **VLSS** ist mit der Ermittlung des Benchmark-Wertes individuell durch die Versicherer keine Zusammenarbeit mit den Tarifpartnern mehr vorgesehen, was jedoch notwendig sei. Zudem hätten die Versicherer den Benchmark unter Anwendung einer Methode zu ermitteln, welche zu willkürlichen Ergebnissen führe. Weil die Gewichtung unter Nichtberücksichtigung von sehr unterschiedlichen Leistungsvolumen der Leistungserbringer und nur nach Anzahl der Spitäler erfolge, würden sehr viele kleine, unter Umständen nicht systemrelevante Spitäler benachteiligt werden.

Die **FMH** schlägt als Eventualantrag vor, dass die Leistungserbringer und Versicherer (statt die Versicherer alleine) individuell pro Verband (statt pro Versicherer) den Benchmark-Wert ermitteln.

Nach der **SwissReha** müssen gemäss Artikel 49 Absatz 8 KVG zwingend die Daten beigezogen werden. Es bleibe jedoch unklar, wann gemäss der Bestimmung welche Daten vorgelegt werden sollen, welche Anforderungen an die Anwendung (z. B. statistische Aussagekraft) gestellt würden und was als «Versichererverband» zu verstehen sei.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Ansicht von **curafutura** und **HSK** muss es den Versicherern/Leitungseinkaufsgemeinschaften möglich sein, die Leistungserbringer gegenüber den Genehmigungs- und Festsetzungsbehörden namentlich zu erwähnen. Er schlägt deshalb eine Ergänzung dahingehend vor, dass auch die Klarnamenbezeichnung der Leistungserbringer den Kantonen offengelegt werden soll.

5.11 Stellungnahmen zu Art. 59^{bis} Abs. 4

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** möchten, dass die Anwendung von Zuschlägen und Abzügen durch die Versicherer oder ihre Beschaffungsgemeinschaften sowie die kantonalen Zulassungs- und Festsetzungsbehörden im Sinne einer Tariffdifferenzierung nach den Besonderheiten der verschiedenen Spitäler eine Option bleibt. Sie möchten in diesem Absatz so auf die wichtige Rolle der

Versicherer oder ihrer Beschaffungsgemeinschaften und der Kantone sowie auf die Tatsache hinweisen, dass dies eine Option bleibt.

BE führt aus, dass die Rechtsprechung separate Benchmarking unter Universitätsspitalern, insbesondere aufgrund des Leistungsumfangs und der noch unzureichenden Abbildung der Leistungen von Endversorgern (u.a. Mehrkosten bei Hochdefizit-Fällen und unzureichende Abbildung in der Tarifstruktur) akzeptiere. Werde ein Benchmarking unter Spitalern der Akut-somatik aller Versorgungsstufen beabsichtigt, so müssten die genannten Besonderheiten nach dem Benchmarking auch tatsächlich berechnet und berücksichtigt werden können, d.h. es müsste zwingend die Möglichkeit einer Preisdifferenzierung bestehen. Wie der Bundesrat bisher in den jeweiligen Genehmigungen der SwissDRG-Versionen berechtigterweise angeführt hat, vermag die Tarifstruktur die Aufwände der Endversorger nicht vollständig abzubilden. Notwendige Zuschläge sind eben gerade nicht differenziert berechenbar, ansonsten wären die Aufwände der Endversorger in der Tarifstruktur SwissDRG bereits adäquater abgebildet. Er verlangt die Bestimmung folgendermassen anzupassen: «Auf dem ermittelten Benchmark-Wert einer Vergleichsgruppe können die Tarifpartner und die Kantone ~~werden~~ Zuschläge...~~vorgenommen~~ vornehmen, ...»

ZG verlangt die Streichung oder die entsprechende Anpassung dieser Bestimmung, da es weiterhin den Tarifparteien bzw. den Genehmigungs-/Festsetzungsbehörden überlassen sein solle, Zu- oder Abschläge zu machen. Falls die Bestimmung nicht gestrichen werde, sei der letzte Satz in den Erläuterungen (S. 30) «Es besteht kein Anspruch darauf, dass die Zuschläge die Kosten der zusätzlichen Leistungen vollständig decken.» in die Verordnung aufzunehmen

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Mit Absatz 4 ist die **glp** nicht einverstanden. Er sollte gestrichen werden und stattdessen damit ersetzt werden, dass Zuschläge auf dem Benchmark-Wert möglich sein sollen, wenn diese transparent und datenbasiert ausgewiesen sowie nicht durch den Benchmark-Wert abgedeckt würden. Eine starre Definition von Leistungen, die zu Zuschlägen auf den Benchmark-Wert führen können, sei nicht zielführend und auch nicht notwendig. Das sei Verhandlungssache unter den Tarifpartnern. Um Zuschläge für Leistungen geltend zu machen, sei aber Transparenz in den Kosten- und Leistungsdaten unabdingbar, was an dieser Stelle unbedingt festgelegt werden solle.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Grundsätzlich begrüsst die **SPO** trotz gewissen Zweifeln am Vorgehen beim Benchmarking sowie der möglichen einschneidenden Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, Zuschläge auf den Benchmark-Wert vorzunehmen. Sie fragt sich allerdings, welche Leistungen in der Tarifstruktur nach Artikel 49 Absatz 1 KVG (SwissDRG) überhaupt sachgerecht abgebildet werden. Insbesondere scheinen zum Beispiel die aktuell im Kanton Zürich gewährten Unterschiede der Basisfallwerte bei Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Notfallstation kaum genügend zu sein, um den Vorteil von nur elektiven Eingriffen abzubilden bzw. auszugleichen. Die Frage sei auch, ob diese Kosten immer transparent abgebildet werden können (z. B. umgelegte Kosten der Notfallbehandlung).

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** begrüssen, dass der Bundesrat mit dieser Bestimmung anerkenne, dass ein gesamt-schweizerischer Benchmark zu rechtsunglei-

chen Ergebnissen führen würde und daher Korrekturen erforderlich sind. Es sei allerdings unbillig, wenn zunächst ein viel zu tiefer Perzentilwert festgesetzt und den Spitälern sodann die volle Beweislast für allfällige Zuschläge auferlegt werde. Die Vergangenheit zeige, dass die tarifstrukturellen Zusammenhänge ausserordentlich komplex sind, so dass viele Ressourcen aufgewendet werden müssten, um entsprechende Be weise vorzulegen. Dabei ist zu beachten, dass den Spitälern der Zugang zu den erforderlichen Daten weitgehend verwehrt werde. 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 sei ernsthaft zu überlegen, ob die Zu- und Abschlüsse den Verhandlungen der Tarifpartner zu überlassen seien 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 sei 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 werde 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.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und VZK verlangen die Anpassung des Buchstaben d. Dies solle im Benchmark jedoch berücksichtigt werden. Solange systematisch akutsomatische Spitäler und Kliniken ohne Notfallstation die besten Ränge im Benchmarking-Verfahren belegen, ist diese Verzerrung bereits im Benchmarking zu korrigieren. Die Zuschläge müssten kostendeckend ausfallen, wenn die Leistungen effizient und in guter Qualität erbracht würden.

Gemäss **Hirslanden AG** werde grundsätzlich die Möglichkeit von Zuschlägen begrüsst. Die kumulative Erfüllung der in lit. a-d formulierten Voraussetzungen erscheine jedoch als zu hohe Hürde, zumal den Leistungserbringern der Zugang zu den erforderlichen Daten in der Vergangenheit weitgehend verwehrt wurde.

Laut **Universitätsspital Basel** werde die Ermittlung der Zuschläge/Abschlüsse umstritten sein. Kostenträger und Preisüberwacher werden Zuschläge bekämpfen und Abzüge fordern. Man fordere die Streichung der Bestimmung.

Die Möglichkeit von Zuschlägen ändere gemäss **BEKAG, FMH, SBV, swiss orthopaedics** und **VLSS** nichts an der Tatsache, dass 75 % der Spitäler mit dem vorgeschlagenen Modell keine Effizienzgewinne mehr erwirtschaften könnten. Zudem müssten die Spitäler vor Gericht den Beweis für das Ausmass der Unterkostendeckung erbringen, damit sie im Maximum lediglich eine Deckung ihrer Kosten erreichen könnten, was unzumutbar sei. Letzteres kann gemäss **BEKAG, swiss orthopaedics** und **VLSS** dazu führen, dass die Krankenversicherer die Notwendigkeit einer Tarifvereinbarung nicht mehr einsehen, weil sie vor Gericht auf jeden

Fall nicht schlechter und vielleicht sogar besser wegkommen würden. Ferner sei nach Ansicht der FMH nicht nachvollziehbar, weshalb im Falle einer Klinik, deren schweregradbereinigten Kosten unter dem Benchmark liegen, nicht ebenfalls Leistungserbringer-individuelle Zuschläge angerechnet werden dürfen sollten (wie im Fall einer Klinik, deren Kosten über dem Benchmark liegt). Es entstünde der Eindruck, dass damit versucht werde, Effizienzgewinne zumindest partiell weiterhin abzuschöpfen, obschon Gerichte mehrfach festgestellt hätten, dass Effizienzgewinne nicht grundsätzlich im Widerspruch zum KVG stünden.

Die **RehaClinic** erinnert daran, dass speziell auch auf die Entrichtung von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen geachtet werden müsse, die bekanntlich kantonal sehr unterschiedlich gehandhabt würden und als (verdeckte) Subventionen bezeichnet werden könnten. Das Finanzierungsmodell solle grundsätzlich so ausgereift sein, dass man nicht mit Zu- und Abschlägen arbeiten müsse. Diese Variablen öffneten Tür und Tor für Willkür und kantonal unterschiedliche Auslegungen.

Nach Ansicht der **SGAIM** hat die bisherige Erfahrung gezeigt, wie schwierig sich eine sachgerechte Abbildung von Spezialversorgern (Kinder- und Universitätsspitäler) darstellt. Die Einführung eines neuen Zuschlagssystems riskiere den administrativen Aufwand zu steigern, ohne dass es zu einer Verbesserung der Abgeltung komme.

Die **SwissReha** bemängelt, dass viele der verwendeten Begriffe zu wenig präzise formuliert seien. Wenn diese zudem auf einen durch den Bund nicht präzise formulierten Rehabilitationsbegriff stiessen, dürfte die Gefahr intransparenter, unterschiedlicher und die eigenen Institutionen gegenüber Mitbewerbern willkürlich fördernder Praktiken der Kantone (insbesondere auch in der Kombination mit der Verteilung gemeinwirtschaftlicher Leistungen) zunehmen.

Buchstabe a:

Laut **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** soll hier präzisiert werden, wer darüber entscheide, welche Leistungen nicht sachgerecht abgebildet seien. Weiter sei zu berücksichtigen, dass die beweiselasteten Spitäler diesen Beweis mangels Zugang zu den detaillierten Grundlegendaten der Tarifstruktur gar nicht erbringen könnten.

Buchstabe c:

Hier soll gemäss **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** präzisiert werden, wer darüber entscheidet, was transparent ist. Dies müsse national erfolgen, da sie der Auffassung seien, dass es nicht kantonal/regional unterschiedliche Transparenzen geben kann. Wenn individuelle Zu- und Abschläge rechtlich möglich seien, so bleibe die Beweislast bei den Spitälern. Die Vergangenheit zeige, wie viel Ressourcen zu binden seien, um die Beweise vorzulegen. Und selbst dann würden die wissenschaftlich abgestützten Beweismittel mit Misstrauen zur Kenntnis genommen. Anerkannt würden sie letzten Endes nicht. Zudem widerspreche das Abstellen auf die tatsächlichen spitalindividuellen Kosten gegen die Grundsätze der Leistungsfinanzierung und führe 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 würden Effizienzgewinne bei allen Spitälern mit Kosten oberhalb des 25. Perzentils ausgeschlossen.

Buchstabe d:

Nach **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** sei 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 belegten, sei diese Verzerrung bereits im Benchmarking zu korrigieren. Hinsichtlich der unzulässigen Rückkehr zur Objektfinanzierung gelte das bei Art. 59cbis Abs. 4 lit. c Ausgeführte.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura und **HSK** lehnen die detaillierten Vorgaben zur Ermittlung der Ab- und Zuschläge auf dem Benchmark-Wert im Absatz 4 ab. Zusätzlich zu den aufgeführten Punkten unter «Allgemeine Bemerkungen zu den Änderungen der KVV im Bereich der Tarifiermittlung» beurteilen sie die starre Definition der Ab- und Zuschläge auf den Benchmark-Wert kritisch. Die Spitäler verfügten über einen inhärenten Informationsvorsprung gegenüber den Versicherern. Dieser erschwere bzw. verunmögliche teilweise die transparente Nachvollziehbarkeit der Ab- und Zuschläge. Für Spitäler bestehe zudem kein Anreiz Sachverhalte, welche zu Abschlägen führen müssten, offen zu legen. Die Abbildung von besonderen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, welche nicht in der Pauschale enthalten sind, könne nach Art. 49 Abs. 1 KVG tarifpartnerschaftlich vereinbart werden. Die Möglichkeit solche Leistungen über einen Zuschlag auf dem Benchmark-Wert abzugelten sei nicht sachgerecht. Eine zwingende Voraussetzung zur Berücksichtigung von Abweichungen gegenüber dem Benchmark-Wert (Preisdifferenzierung durch Ab- und Zuschläge) sei zudem die Transparenz der Leistungs- und Kostendaten. Curafutura und HSK schlagen eine diesbezügliche neue Formulierung vor.

Santésuisse schlägt eine Präzisierung von Absatz 4 Buchstabe a vor, wer/wie Aussagen über nicht sachgerechte Abbildungen in der Tarifstruktur machen soll/kann. Damit könne verhindert werden, dass die Tarifstruktur nicht von Beratungsunternehmen laufend in Frage gestellt werde, was dann wiederum die Tarifpartner und die SwissDRG AG verpflichte, dazu Stellung nehmen zu müssen.

5.12 Stellungnahmen zu Art. 59^{bis} Abs. 5 und 6

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** möchten diese Bestimmung im Sinne von Absatz 4 umformulieren. Zudem wollen sie und **NE** den Buchstaben a aufheben oder genauer bestimmen, da die Formulierung für sie nicht klar sei. Allenfalls möchten die **GDK** sowie die Kantone **AI, AR, BL, BS, FR, JU, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** den quantitativen Rahmen festlegen.

BE meint, dass bei Abzügen gemäss Absatz 5 nicht nachvollziehbar sei, was unter Buchstabe a mit «systematisch weniger Leistungen erbringen, welche die Tarifstruktur nicht sachgerecht abbildet» gemeint ist. Eine Präzisierung sei hier notwendig. Nicht näher werde zudem ausgeführt, wie Abzüge gemäss Absatz 5 Buchstabe b zu bemessen seien. Er verlange die folgende Präzisierung: «Auf dem ermittelten Benchmark-Wert einer Vergleichsgruppe können die Tarifpartner und die Kantone Abschläge... vornehmen, ...».

TG verlangt eine Reformulierung des Absatzes. Der Kanton **ZG** verweist auf seine Ausführungen zu Art 59c^{bis} Abs. 4. L **VD** fordert eine bessere französische Übersetzung.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **SPO** fragt sich, wer die Vornahme der Abschläge auf dem Benchmark-Wert kontrolliere und ob die Abschläge, die nicht sachgerechte Abbildung tatsächlich ausgleichen, welche z. B. durch ein Nicht-Vorhandensein einer Notfallstation zu Stande kämen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

H+, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** lehnen den Buchstaben b dezidiert ab. Ein Abzug vom Benchmark-Wert stelle eine gravierende Sanktion einer (angeblich) mangelhaften Datenlieferung dar. Das KVG biete hierfür keine gesetzliche Grundlage, weshalb auf diese Bestimmung zu verzichten sei. Die Bestimmung öffne zudem Willkür Tür und Tor. Denn

die Kriterien, unter welchen die Daten für einen Einbezug ins Benchmarking hinreichend seien, würden in der Verordnung nicht näher definiert und seien damit für die verpflichteten Spitäler völlig unklar. Insbesondere gehe es nicht an, dass die Krankenversicherer – wie sie es derzeit tun – einseitig diese Kriterien festlegen. Die Sanktion erweise sich als umso unverhältnismässiger, als keinerlei vorgängige Abmahnung und Möglichkeit zur Verbesserung vorgesehen seien. Bei Absatz 6 sei es nicht ersichtlich, um welchen Prozentsatz es hier geht und sei zu präzisieren.

Gemäss **Hirslanden AG** generiere die Bestimmung in Absatz 5 der Abzüge einen Anreiz hohe Kosten zu haben. Zudem seien die in Buchstabe a erwähnten Situationen bereits im Benchmark berücksichtigt. Auch der Zeitpunkt für die Beurteilung der Abzüge (1. Mai) sei für Spitäler, welche das Geschäftsjahr erst per 31. März abschliessen, fast unmöglich einzuhalten. Die Bestimmung in Absatz 6 öffne Tür und Tor für willkürliche Abzüge, denn es sei nicht klar definiert, wie hoch der Abzug maximal sein dürfe.

Das **Universitätsspital Basel** fordert die Streichung von Absatz 5. Die Ermittlung der Zuschläge/Abschläge werde umstritten sein. Kostenträger und Preisüberwacher würden Zuschläge bekämpfen und Abzüge fordern.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura und **HSK** lehnen die detaillierten Vorgaben zur Ermittlung der Ab- und Zuschläge auf dem Benchmark-Wert im Absatz 5 Buchstabe a ab und beantragen die Streichung bzw. Kürzung der Formulierung. Gemäss HSK ist es in Bezug auf Buchstabe b zudem nicht möglich, dass Daten (vgl. 59c^{bis} Abs. 3 KVV) die nach Mitte Jahr geliefert werden, ins Benchmarking einfließen. Entsprechend müsse eine Datenlieferung ab dem 1. Juli des laufenden Jahres als eine nicht bereitgestellte Lieferung angesehen werden.

Santésuisse schlägt eine Präzisierung von Absatz 5 Buchstabe a vor, wer/wie Aussagen über nicht sachgerechte Abbildungen in der Tarifstruktur machen soll/kann. Damit könne verhindert werden, dass die Tarifstruktur nicht von Beratungsunternehmen laufend in Frage gestellt werde, was dann wiederum die Tarifpartner und die SwissDRG AG verpflichte, dazu Stellung nehmen zu müssen.

5.13 Stellungnahmen zu Art. 59c^{bis} Abs. 7 und 8

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, BE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, TI, VD, VS** und **ZH** möchten diese Absätze aufheben, da die Berechnungsformel aus dem DRG-Grundmodell stammt und in einer Verordnung nicht genauer angegeben werden solle. Der Kanton **JU** fordert zudem die Anpassung von Absatz 8 an die Bestimmung 59c^{bis} Absatz 9.

Gemäss **BS** sollen in Ausnahmefällen aufgrund spitalindividueller Besonderheiten Zuschläge möglich sein, selbst wenn die schweregradbereinigten Kosten unter dem Benchmark-Wert liegen. Würden für diese Spitäler nur Abschläge gelten, wäre die möglichst wirtschaftliche Leistung nicht mehr relevant. In einem gesamtschweizerischen Benchmarking sei die Möglichkeit einer Preisdifferenzierung zwingend. Zuschläge sollten jedoch nicht nur beim Nachweis von Mehrkosten, sondern auch bei einer unzureichenden Abbildung in der Tarifstruktur möglich sein (Endversorger bzw. Universitätsspitäler).

Für den Kanton **VD** stellt der Schweregrad kein Kriterium dar. Massgeblich sei der relative Schweregrad eines Falles (d.h. die wirtschaftliche Schwere), da der Schweregrad nirgends gemessen werde.

Für **ZG** stellt sich bei Absatz 7 die Frage, welche die «begründeten Ausnahmefälle» seien resp. in welchen Fällen der Abzug für maximal zwei Betriebsjahre überhaupt ausgesetzt werden solle. Absatz 8 sei aus Sicht des Kantons **ZG** kostentreibend. Die Zuger Spitäler hätten oft einen tieferen Tarif als der Benchmark-Wert. Wenn für diese Spitäler der Benchmark-Wert gelte, habe das eine kostentreibende Wirkung und es könne dazu führen, dass der Benchmark-Wert sich in den folgenden Jahren deshalb weiter nach oben verschiebe.

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Da sowohl bei der Festlegung der Basisfallwerte als auch bei den Kostengewichten die Struktur und mögliche systematische Fehler von SwissDRG eine Rolle spielten, drohe gemäss **SPO** aufgrund der Berechnung der Pauschalen nicht nur eine Summation, sondern Multiplikation dieser systematischen Fehler. Diese Multiplikation könne dann dramatische Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben, wenn gleichzeitig der Druck, sich wirtschaftlich zu verhalten und somit der Anreiz für eine Selektion von möglichst gesunden Patientinnen mit möglichst planbaren Eingriffen steige.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Laut **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** ergebe sich diese Bestimmung aus dem Tarifsystem SwissDRG und ist somit überflüssig.

Das **Universitätsspital Basel** fordert die Streichung der Bestimmung. Eingriff in die Tarifberechnung, die in der Hoheit der Tarifpartner sei. Greift in den Genehmigungsprozess der Kantone ein. **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** bestreiten Absatz 8 Buchstabe a dieser Bestimmung. Begründung: Wenn ein Spital z. B. beim 24. Perzentil liege und Millionen gerechtfertigte Kosten für in der Tarifstruktur nicht abgebildete Mehrleistungen habe, sei die Geltendmachung bis maximal zum 25. Perzentil möglich. **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** bestreitet auch den Buchstaben b dieser Bestimmung. Diese Bestimmung schliesse die Möglichkeit von Effizienzgewinnen für 75 % der Spitäler aus. Sie verstosse damit gegen die Grundprinzipien der Leistungsfinanzierung und führe zu einer Wiederannäherung an die Objektfinanzierung.

Die **FMH** beantragt für Absatz 8 Buchstabe a, dass auch Zuschläge nach Absatz 4 (statt nur Abzüge nach Absatz 5) berücksichtigt werden sollen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura und **HSK** lehnen die Absätze 7 und 8 ab und beantragen deren Streichung. Bei der Tariffberechnung handle es sich um ein Basiselement des SwissDRG-Systems, welches vom Bundesrat genehmigt werde. Zudem würden sich die Begriffe lediglich auf die Tarifstruktur für die Akutsomatik beziehen und seien für die pauschalierenden Systeme TARPSY und ST Reha ungeeignet. Die Ausführungen zum Basisfallwert seien überflüssig.

Santésuisse hält die Bestimmung zwar nicht für vollständig präzise. Diese könne aber quantitativ so offen formuliert sein, da es verschiedene Grössenordnungen sein können/sollen.

5.14 Stellungnahmen zu Art. 59^{bis} Abs. 9

Kantone

Die **GDK** sowie die Kantone **AG, AI, AR, BL, BS, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** weisen darauf hin, dass die Grundpreise gemäss Absatz 8 festgelegt

werden und der Verweis somit geändert werden sollte. Laut dem Kanton **AG** sei der Verweis dem Fall anzupassen, soweit Absatz 8 belassen wird.

Laut Kanton **BS** könne auf diese Bestimmung verzichtet werden, da schliesslich die Kantone die stationären Tarife publizieren und am besten über den Stand der Genehmigungs- bzw. Festsetzungsverfahren Bescheid wissen. Ein Mehrwert sei nicht ersichtlich.

Der Kanton **TI** unterstützt die Veröffentlichungspflicht der Grundpreise und der laufenden Verfahren durch die Tarifpartner. Eine quartalsweise Veröffentlichung sei jedoch zu restriktiv. Die Tarife sind mindestens ein Jahr gültig und eine Veröffentlichung mit einer solchen Häufigkeit wäre aus administrativer Sicht angemessener.

Für den Kanton **BE** besteht bei Absatz 9 Klärungsbedarf. Transparenz sei nicht nur für Versicherte und Patienten wichtig, sondern auch für die Finanzierer. Deshalb hätten bis anhin die Standortkantone diese Veröffentlichung sichergestellt. Es stelle sich daher die Frage, wie die Versicherer und Leistungserbringer dies gemeinsam und sinnvoll veröffentlichen (Matrix an Versicherer und Leistungserbringer) und weshalb sie hängige Genehmigungs- und Festsetzungsverfahren publizieren, die (mehrheitlich) in der Kompetenz der Kantone lägen. Ob mit Publikation von Basisfallwerten gemäss Absatz 7 die verhandelten bzw. rechtskräftigen Tarife gemeint sei, sei für den Kanton BE nicht klar. Die Werte ändern kaum alle 3 Monate, sondern werden einmal pro Jahr errechnet. Da Absatz 7 aus Sicht des Regierungsrats zu streichen sei, gelte es zu definieren, was zu publizieren ist. Er schlägt die folgende Änderung vor:

«~~Die Versicherer und die Leistungserbringer~~ Die Kantone veröffentlichen ~~gemeinsam alle drei Monate~~ eine...über:

- a. ~~die Basisfallwerte nach Absatz 7 Tarife (zu definieren);»~~

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Aus Transparenzgründen begrüsst die **SPO** diesen Absatz – vor allem auch betreffend die hängigen Verfahren (Buchstabe b).

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Zur Publikation als Zeichen der Transparenz führt **H+**, **diespitaeler.be**, **Swiss Nurse Leaders** und **UPD** aus, dass mit dieser Bestimmung eine für die Spitäler nicht ganz billige Lösung entstehe. Sicher könne die Plattform **spitalinfo.ch** herangezogen werden. Wichtig im Zusammenhang mit Publikation sei, dass Letzteres einem Publikations-Konzept folgen müsse, das von den Stakeholdern zu anerkennen sei, bevor Ressourcen gebunden werden, um die IT-Lösung zu entwickeln. Weiter sei sicherzustellen, dass es nur einen offiziellen und von allen Gesundheitspartner anerkannten Ort gebe, wo diese Information professionell aufgeschaltet und zeitnah aktualisiert würden. Fraglich sei zudem der Nutzen einer vierteljährlichen Publikation von Basisfallwerten, werden diese doch nur jährlich auf der Basis der Kostenrechnungen des Jahres "x-2" ermittelt.

Laut **Universitätsspital Basel** generiert die Bestimmung unnötige Kosten und ist daher zu streichen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Curafutura und **HSK** begrüssen die umfassende Transparenz. Alle interessierten Kreise könnten jedoch bereits heute die Tarife bei den Leistungseinkaufsgemeinschaften beziehen.

Die hier vorgeschlagene Umsetzung würde einen grossen Koordinationsaufwand nach sich ziehen. Eine Koordination mit den Leistungserbringern ist aus Sicht von curafutura und HSK nicht notwendig.

Nach Ansicht von **santésuisse** führen die Versicherer bereits solche Tariflisten und sind bereit, diese Listen halbjährlich zu veröffentlichen. Die gemeinsame Erstellung dieser Listen zusammen mit den Leistungserbringern bedeute jedoch einen enormen zusätzlichen Koordinationsaufwand ohne zusätzlichen Nutzen. Entsprechend sei darauf zu verzichten.

5.15 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 23. Juni 2021

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** und **ZH** möchten Absatz 4 (sowie Art. 59c^{bis}, Abs. 1, Bst. b) aufheben, da für die Ermittlung des Effizienzkriteriums im Rahmen von TARPSY weitere methodologische Klärungen notwendig seien. Die Einführung von ST Reha sei für 2022 geplant und die Übergangsphase bis 2023 sei viel zu kurz für die beiden Bereiche.

Sollte die neue Regelung auch die Psychiatrie und die Rehabilitation betreffen, möchten die **GDK** sowie **AI, AR, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, TG, UR, VD, VS** und **ZH** die Übergangsbestimmungen entsprechend anpassen oder differenzieren.

BS ist aktuell mitten im Prozess für eine neue Spitalplanung. Es gelte zu verhindern, dass man diesen wegen der Verordnung nicht wie vorgesehen zu Ende führen könne. Die Übergangsbestimmungen hätten diesem Umstand Rechnung zu tragen. Ferner sei zu beachten, dass diese Revision inhaltlich und zeitlich auf die Ordnungsänderung zur KVG-Revision Qualität und Wirtschaftlichkeit abgestimmt werden müsse. Die Zahl der zu vergleichenden Pflegeheime, sei massiv höher als die Anzahl zu vergleichender Spitäler, weshalb die Anpassungsfrist für Pflegeheime auf fünf Jahre festzulegen sei. Insbesondere deshalb, weil Art. 8b der KLV-Änderung vom 2. Juli 2019 ein neues Bedarfsermittlungsinstrument gestützt auf wissenschaftlich anerkannte Zeitstudien vorschreibe, welches zuerst eingeführt werden müsse, bevor gestützt darauf eine Evaluation erfolgen könne.

Laut **BE** sind die Übergangsbestimmungen insofern hinfällig, da er die Vorlage in dieser Form ablehne und eine Überarbeitung fordere. In einer weiteren Vernehmlassung seien neue Übergangsbestimmungen – und fristen festzulegen.

Laut **SO** sollen die Kantone nicht daran gehindert werden, ihre Planung ordnungsgemäss zu Ende zu führen. Die Übergangsbestimmungen hätten die angemessene Rechnung zu tragen. Da die Anzahl Pflegeheime, die miteinander verglichen werden müssten, wesentlich höher als die Anzahl der zu vergleichenden Spitäler sei, solle die Anpassungsfrist für Pflegeheime auf fünf Jahre festgelegt werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Laut **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** sei der Verordnungsentwurf über weite Strecken gesetzeswidrig oder greife gesetzgeberischen Projekten vor. **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** lehnen den Verordnungsentwurf und damit auch die Übergangsbestimmungen ab.

Limmatklinik AG, Paracelsus-Spital Richterswil AG, Schulthess Klinik Zürich, SVS, See-Spital Horgen, Spital Affoltern AG, Spital Limmattal, Spital Männedorf AG, Spital Uster, Spital Zollikerberg, VDPS, Zürcher RehaZentren und **VZK** verlangen die Streichung der

Übergangsbestimmung. Unter Einbezug der Geburtshäuser und der spezialisierten Institutionen werde der maximale Benchmark-Wert vom 25. Perzentil mindestens 90% der gesamten Leistungserbringung der Akutsomatik in der Schweiz zu nicht kostendeckenden Tarifen zwingen. Strukturveränderungen werden aus Kostengründen gerade deshalb nicht mehr vorgenommen werden können. Anreize zu einer höheren Effizienz seien nur dann wirksam, wenn sie fair und erreichbar sind. Für ein Spital mit Notfallstation im Mittelland sei im Vergleich mit Geburtshäusern und spezialisierten Kleinkliniken im 5-Tagesbetrieb 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 geschwächt.

Die **Gesundheitszentrum Fricktal AG** sei der Ansicht, dass die geplanten Änderungen nicht bereits auf den 1. Januar 2021 in Kraft gesetzt werden dürften. Die bereits laufenden Spitalplanungen seien je nach Regelung der Übergangsfristen direkt davon betroffen. Vor dem Vorliegen von Parlamentsbeschlüssen zu den Kostendämpfungsmassnahmen Paket 1 und 2 und dem Ablauf der Referendumsfristen dürften die Änderungen – wenn überhaupt – frühestens in zwei bis fünf Jahren in Kraft treten. Dabei wäre dann aber die Verordnung vollständig neu als Ausführungserlass zu schreiben.

Das **Universitätsspital Basel** fordert die Streichung von Absatz 4.

Die **FMH** erachtet die vorgesehene Übergangsfrist (bis zum Tarifjahr 2023) für die Einführung des 25. Perzentils als völlig unzureichend, insbesondere in Bezug auf die Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha.

Nach Ansicht der **RehaClinic** dürfte die Übergangsfrist von sechs Jahren in der Rehabilitation kaum ausreichen, um die neuen Planungskriterien seriös umzusetzen. Bis dato seien keine Aktivitäten von Seiten des Bundesrats oder des zuständigen Departements bekannt, um den Begriff «Rehabilitation» auf Bundesebene sowie gesamtschweizerisch einheitliche Leistungsgruppen zu definieren. ST Reha soll frühestens 2022 eingeführt werden. Erste aussagekräftige Daten, welche für die Spitalplanung von grosser Relevanz seien, würden erst etwa fünf Jahre nach der Einführung vorliegen. Weiter dürften ab 2024 nur noch Spitäler auf den Spitallisten geführt werden, welche die neue Benchmark-Vorgabe erfüllten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der 25. Perzentilwert zu einer Bereinigung der Spitallisten führe. Somit würden die Kantone gezwungenermassen auch auf den 1. Januar 2024 neue Spitallisten publizieren müssen. Eine vierjährige bzw. sechsjährige Umsetzungsfrist sei deshalb nicht möglich, wenn man davon ausgehe, dass die KVV-Teilrevision frühestens 2021 in Kraft gesetzt werden könne.

Für die **SwissReha** ist unklar, weshalb die Fristen in Ziffer 1 und Ziffer 2 unterschiedlich ausfallen. Dadurch könnten Wettbewerbsverzerrungen entstehen, beispielsweise, wenn überwachungspflichtige Früh-Rehabilitation einmal in einem somatischen Akutspital, einmal in einer Rehabilitationsklinik erbracht würden. Gleichzeitig sei nicht nachvollziehbar, weshalb Rehabilitation und Psychiatrie analoge Fristen hätten, obwohl die Psychiatrie gemäss Vernehmlassungsbericht eine Tarifstruktur vom Typus DRG aufweise, die Rehabilitation hingegen nicht.

Im Zusammenhang mit Absatz 4 der Übergangsbestimmungen fordert das **CHUV** für das für den Referenzwert verwendete Perzentil bis ins Tarifjahr 2023 oder sechs Jahre nach Inkrafttreten der Tarifstruktur der Fallpauschalen einen höheren Wert als denjenigen von Artikel 59cbis, Absatz 1, Bustabe b. Für die Rehabilitation würden die neuen Bestimmungen von Artikel 59cbis Absatz 1 zu rasch erfolgen, da die neue Tarifstruktur hier erst 2022 eingeführt werde. Erfahrungsgemäss benötigen die neuen Tarifstrukturen mehrere Jahre, bis die für eine Verwendung im Rahmen eines Benchmarkings erforderlichen Verbesserungen eingeführt

werden können. Bei einem zu frühen Benchmarking seien schwerwiegende Ungerechtigkeiten zwischen den Leistungserbringern unvermeidlich. Deshalb sei nach Einführung der nationalen Tarifstruktur eine sechsjährige Frist erforderlich, da zwischen dem Datenjahr und dem Jahr der Gültigkeit der Version mindestens drei Jahre verstreichen würden (eine für das Jahr T gültige Version wird aufgrund der Daten des Jahres T-3 berechnet).

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Santésuisse ist mit den vorgeschlagenen Regelungen einverstanden. Es brauche unbedingt ein Ablaufdatum. Die Bestimmungen zur neuen Spitalfinanzierung bestünden bereits seit 2012. Seitens der Kantone werde verschiedentlich die Haltung vertreten, man müsse den Spitälern Zeit für die Anpassung gewähren. Diese Zeit sei in den letzten Jahren gewährt worden. Elf Jahre sollten dafür ausreichend sein. Somit könne die Bestimmung von Absatz 4, also die Umsetzung des Perzentilwerts per Tarifjahr 2023 umgesetzt werden.

6. Stellungnahmen zur Kostenermittlung

6.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Kantone

Allgemein weist **VD** darauf hin, dass der Revisionsentwurf der VKL in einer Verordnung des Bundesrates das verankert, was dem gesunden Menschenverstand und weitgehend den Praktiken gemäss den GDK-Empfehlungen in diesem Bereich entspricht (z.B. Art. 10abis VKL). Zudem ist VD der Meinung, dass die Vorschläge im Entwurf grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der SwissDRG AG fallen. VD fordert von den Pflegeheimen ausschliesslich eine Finanzbuchhaltung (Konten-Reporting) und verweist auf die in der VKL enthaltenen Bestimmungen. Er greife aber nicht ein. Seit 2011 sei die VKL für die Pflegeheime irrelevant (nur für die Bundesstatistik SOMED von Belang). Ihr Ziel sei «die Bestimmung der Leistungen und der Kosten der Krankenpflege sowie der übrigen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und deren Kosten in Pflegeheimen und bei Langzeitbehandlung im Spital». Das neue Finanzierungssystem zur Langzeitbehandlung beruhe auf einer normativen Beteiligung der OKP und nicht auf wirtschaftlichen Elementen. Die Leistungen würden den «Pflegebedarf nach Pflegezeit» entsprechen, die gestützt auf Evaluationsinstrumente ermittelt werden. Müsste ein Kanton die Kostenrechnung der Pflegeheime kontrollieren (was der Einführung eines zweiten Reporting gleichkommen würde), hätte dies für den Kanton eine Zusatzbelastung ohne irgendeinen Mehrwert zur Folge. Somit fordert der Kanton **VD**, entweder eine Revision der Finanzierung der Pflegeheime auf der Kostengrundlage vorzusehen – die VKL würde somit Sinn machen –, oder das neue Pflegefinanzierungssystem zu bestätigen und die Pflegeheime aus dem Perimeter auszuschliessen.

Laut **NE** sind die Kosten nicht nach dem Case Mix Index (durchschnittlicher Schweregrad eines Spitals) bereinigt, sondern nach den verschiedenen Schweregraden (Case Mix). Dasselbe solle für die Tageskosten gelten. Somit möchte **NE** den Begriff «gemäss dem Case Mix Index (CMI) bereinigte Fallkosten» durch «gemäss dem Case Mix bereinigte Fallkosten» und den Begriff «gemäss dem Day Mix Index (DMI) bereinigte Tageskosten» durch «gemäss dem Day Mix korrigierte Tageskosten» ersetzen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Mit der Ergänzung der VKL mit Bestimmungen zur Herleitung der schweregradbereinigten Kosten beim Vergütungsmodelltypus DRG ist die **SVP** einverstanden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Santésuisse wünscht eine Präzisierung von Artikel 9 Absatz 5 VKL. Leistungserbringer und Versicherer hätten ein unterschiedliches Transparenzverständnis betreffend erforderliche Datengrundlagen zum Zweck der Tarifierung. Aktuell bestehe die Schwierigkeit, dass von den Spitälern lediglich ein rudimentärer Kostenausweis zur Verfügung gestellt werde, der Plausibilisierungen betreffend die vorgenommenen Kostenabgrenzungen verunmögliche. Neu sollten gemäss **santésuisse** Versicherer und Leistungserbringer, subsidiär das EDI, den Inhalt und das Format der Bereitstellung der Daten vereinbaren. Wichtig sei, dass die Daten den Versicherern effektiv am 30. April geliefert würden. Seitens des Spitalverbands werde zunehmend ein zusätzlicher interner Prüfprozess nach dem 30. April in Gang gesetzt, welcher verunmögliche, dass die Daten den Versicherern bereits ab 30. April zur Verfügung stünden.

6.2 Stellungnahmen zu Art. 9 Abs. 5^{bis} zweiter Satz

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, BE, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, UR, VD, VS** und **ZH** begrüßen generell die Einführung einer VKL-Testats. Ihrer Ansicht nach würde die Ausweitung der REKOLE-Zertifizierung auf die Handhabung des Kostenträgersausweises ITAR-K-einen noch höheren Beitrag zur Verbesserung der Datenqualität als das VKL-Testat leisten. Denn die Kantone stellten bei der Plausibilisierung der ITAR_K-Daten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung immer wieder fest, dass REKOLE von den Spitälern (trotz Zertifikat) nicht korrekt umgesetzt werde.

BS stellt fest, dass zu den Details weder im Gesetzestext noch in den Kommentaren etwas ausgeführt wird. Es solle beispielsweise möglich sein, dass die Spitäler ihre reguläre Revisionsstelle, z.B. mittels definierten Prüfungshandlungen, für diesen Bereich verpflichten. Gemäss den Kommentaren solle jedoch das VKL-Testat bereits für das Kostenrechnungsjahr 2019 zwingend bereitgestellt werden. Dies sei nicht realisierbar, da die Revisionen der Spitäler für das vergangene Jahr zum Teil bereits abgeschlossen seien. Auch hier müsse eine Übergangsfrist definiert werden.

TI möchte diesen neuen Paragraph unbedingfügig einfügen, der die Zertifizierung der vollumfängliche Übereinstimmung der Kostenrechnung mit dem Gesetz durch eine externe Wirtschaftsprüfungsstelle verlangt.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Laut **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** sind Ende 2019 82 % des Betriebsaufwands der Schweizer Spitäler REKOLE®-zertifiziert worden. Das Zertifikat sei ein Gütesiegel, das bestätige, dass die Kostenrechnung der zertifizierten Spitäler VKL- und REKOLE®-konform sind. Insofern renne der Bundesrat hier offene Türen ein. Leider ersetze das Testat aber die Einsichtnahme gemäss Art. 15 VKL nicht, sondern werde einfach als eine zusätzliche Forderung eingeführt. Dieses Vorgehen sei ausgesprochen unbefriedigend, zumal solche Zertifikate in der Regel sehr teuer seien. Die Leistungserbringer würden ihre Kosten weiterhin so ausweisen müssen, bis die Krankenversicherer von den Grundlagen (eines zu verhandelnden Tarifs) überzeugt seien. Dabei spiele das Testat offensichtlich keine Rolle. Mit anderen Worten: Es werde zwar ein externes Testat verlangt – obwohl eine hundertprozentige VKL-Umsetzung bereits durch die REKOLE®-Zertifizierung sichergestellt sei –, dieses Testat ändere jedoch nichts daran, dass Krankenversicherer und Kantone nach Gutdünken Veränderungen an den Daten vornehmen könnten. Derartige Auflagen vorzuschreiben, die keinerlei Verbesserungen, sondern nur zusätzliche Kosten bewirken, sei einfach inakzeptabel. Eine Kostenfolgenabschätzung für die

Erstellung von Testaten sei dringend angezeigt. Als Alternative solle das bereits erfolgreich eingeführte REKOLE®-Zertifikat vorgeschlagen werden. Eine einheitliche Herleitung der schweregradbereinigte Fall- und Tageskosten sei grundsätzlich zu begrüssen. Weiter zu begrüssen sei, dass das Testat wenigstens von einer externen Revisionsstelle zu erstellen sei (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 solle, oder im Benchmark-Verfahren, wo Kantone, Versicherer und Versicherungsverbände das Benchmarking sicherstellen sollen.

Diese Bestimmung ist laut **Universitätsklinik Balgrist** ersatzlos zu streichen. Das darin vorgesehene Testat einer externen Revisionsstelle sei überflüssig, da die bisherigen Richtlinien der Kantone eine Zertifizierung nach REKOLE vorsehen würden.

Gemäss **VNS** sei ein REKOLE zertifiziertes Spital ein Spital, das auch darauf zertifiziert wurde, VKL richtig umzusetzen. Ein Testat einer externen Revisionsstelle wäre somit ein weiterer und unnötiger bürokratischer Aufwand für die Spitäler, der wieder Mehrkosten im System generiere.

Die **IGGH-CH** nimmt von der vorgesehenen Ausweitung der bisherigen Revisionsvorgaben und den von den Kantonen empfohlenen REKOLE-Zertifizierung Kenntnis. Sie weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Hürden der Revision nicht so hoch angesetzt werden dürfen, dass sie die Möglichkeiten einzelner Institutionen überstiegen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob das angestrebte Informationsziel nicht auch mit einfacheren Mitteln sichergestellt werden könne.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Ergänzungen der VKL werden von **curafutura** begrüsst. Im KVG Art. 43 Abs. 4 werde beschrieben, dass Tarife betriebswirtschaftlich bemessen sein und eine sachgerechte Struktur aufweisen sollen. Art. 59c Abs. 1 KVV besage, dass die Tarife höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung einer effizienten Leistungserbringung finanzieren dürfen. Die Versicherer/Einkaufsgemeinschaften haben für die Tarifvereinbarungen und Festsetzungen einen Anspruch auf die für die Ermittlung dieser effizienten Leistungserbringung notwendigen und relevanten Betriebskostendaten. Für den stationären Bereich ist dies in der VKL geregelt. Diesen aus der VKL abgeleiteten Anspruch gebe es heute allerdings nicht für den ambulanten Bereich: Bei den ambulanten Tarifen fehle eine solche Rechtsgrundlage. Hier könne das Dateneinsichtsrecht nur indirekt über das rechtliche Gehör abgeleitet werden. Daraus leitet sich auch ab, dass die Datengrundlage (also allenfalls jedes einzelnen Leistungserbringers) identifizierbar sein müsse. Denn nur so könnten die Daten plausibilisiert werden. Das rechtliche Gehör kann jedoch nur bei Festsetzungen als Grundlage dienen, nicht aber bei den Verhandlungen. Bei den Verhandlungen gebe es heute gar keine rechtliche Grundlage, um die Kostendaten von den Leistungserbringern oder deren Verbänden zu verlangen. Entsprechend müsse die VKL um den ambulanten Bereich erweitert werden.

Die **HSK** befindet die Anpassungen für in Ordnung, solange die Versicherer detaillierte und vollständige Kosten- und Leistungsdaten erhielten (ITAR_K vollständige Version).

Santésuisse schlägt eine Präzisierung vor. Ansonsten sei nicht vollständig geklärt, wann eine Kostenrechnung noch VKL-konform sei und wann nicht, weil es bei der Präzision und Verursachergerechtigkeit (Genauigkeit der Leistungserfassung) innerhalb einer Kosten-/Leistungsrechnung grundsätzlich viele Möglichkeiten gebe. Die von santésuisse zusätzlich vorgeschlagenen Artikel 5^{bis} und 5^{ter} sollten die nötige Präzisierung bereitstellen.

6.3 Stellungnahmen zu Art. 10a^{bis}

Kantone

Die **GDK** sowie **AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** sprechen sich für die Verankerung eines einheitlichen Verfahrens in der VKL aus, da die von der GDK empfohlene Methode die Übereinstimmung mit der Verwendung von Betriebsvergleiche gemäss Artikel 49, Absatz 8, KVG gewährleisten und somit obligatorisch werden sollte.

Die **GDK** sowie **AI, AR, BL, FR, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** möchten den Begriff der Tageskosten gemäss der entsprechenden Anmerkung unter Artikel 59c^{bis}, Absatz 1. streichen.

Die **GDK** sowie **AI, AR, BL, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SZ, SO, TG, VD, VS** und **ZH** äussern sich zudem zum erläuternden Bericht zur Aufrechterhaltung der Sicherheit. Laut dem Bericht falle diese grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Gemeinden oder Kantone, ihre Kosten können nicht zulasten der OKP abgerechnet werden. Eine Ausnahme stelle für sie die Spitalbehandlung auf einer geschlossenen Psychiatrieabteilung im Zusammenhang mit potenziell gewalttätigen Patientinnen und Patienten dar. Die **GDK** sowie die erwähnten Kantone weisen darauf hin, dass auch die Feuerwehr und die Isolationsabteilungen der Spitäler (siehe GDK-Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27.6.2019, Abs. 2.2.3, Bst. b) Ausnahmen darstellen.

VD möchte den Begriff « pro Kostenträger » streichen.

GR und **TG** verlangen die Streichung des Buchstabens a. Die Aufrechterhaltung der Sicherheit in einem Spital sei entgegen den Ausführungen im Kommentar eine betriebsinterne Aufgabe, die zunehmend an Bedeutung gewinne. Öffentlichkeitsarbeit richte sich auch an OKP-versicherte Personen und bezwecke 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 Leistungserbringern.

GR hält zu den Buchstaben b, c, e, und f klar fest, dass diese Kosten nicht kostenbasiert, sondern nur normativ abgezogen werden könnten. Möchte man die effektiven Kosten ausscheiden, dann würden sich bei der Erstellung der Kostenrechnung diverse Abgrenzungsfragen stellen und der Erfassungsaufwand für die entsprechenden Leistungen würde massiv zunehmen.

Gemäss **BS** ist in den Änderungen von Buchstaben b und c vom Typus DRG die Rede (SwissDRG und TARPSY), die Aufzählung stütze sich jedoch nur auf SwissDRG. Zudem fehle bei den Buchstaben d, e und f eine Definition, wie die Kosten berechnet werden oder auf welche Berechnungsmethodik gestützt wird. Die Ermittlung dieser Kosten sei seit langem umstritten zwischen den Kantonen (GDK-Empfehlung), den Spitälern (H+ und Umsetzung im ITAR_K©) und der Preisüberwachung. Die Akteure verwenden unterschiedliche Methoden zur Bestimmung der ZV-Kosten, welche zu grossen Unterschieden in den Benchmarking-relevanten Betriebskosten führen können. Einzig die Methode der GDK sei bisher vom Bundesverwaltungsgericht gutgeheissen worden. Deshalb sollte diese Methode in die VKL aufgenommen werden. Auch hier gelte, dass für die externe Revisionsstelle, welche ein Testat über die Kostenrechnung ausstellen soll, eine Definition fehlt

Laut **BS** sind in Buchstaben g und h die Debitorenverluste nicht als Abzug zu definieren, da diese nicht als Aufwand, sondern als Ertragsminderungen in der Kontengruppe 609 und 689 geführt werden. Weder Debitorenverluste (noch Delkredere) finden Eingang in die Kostenrechnung und werden dort auch nicht erlösmindernd geführt.

Es fehle gemäss BS in Absatz 2 neben dem Zuschlag für die kalkulatorische Verzinsung des Umlaufvermögens auch die Aufrechnung der Erlöse der Kontengruppe 66 (Finanzerlöse, sofern diese kostenmindernd in der Kostenstelle geführt wurden).

TI unterstützt vollumfänglich die Klärungen zur Ermittlung der schweregradbereinigten Kosten bei einem Vergütungsmodell des Typus DRG. Diese stützen sich auf die Errungenschaften, welche die Kantone über die GDK bereits erarbeitet haben. Sie erlässt seit einigen Jahren Empfehlungen für die Kostenberechnung von Fall zu Fall und darüber hinaus für die Rentabilitätsbewertung im Spitalbereich. Seit einigen Jahren besteht eine Arbeitsgruppe, an der ein Dutzend Kantone, darunter auch der Tessin, beteiligt sind.

BE erachtet grundsätzlich die Festlegung einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Herleitung der schweregradbereinigten Kosten als notwendig, um die Vergleichbarkeit in dem verbindlich anzuwendenden Betriebsvergleich nach Art. 49 Abs. 8 KVG sicherzustellen. Dabei mache die Orientierung an der Methode der GDK (Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung) Sinn, da diese von der Rechtsprechung als auch vom Bundesrat im Rahmen der vorliegenden Änderung anerkannt werde.

BE weist bei Buchstabe a betreffend aufgeführten Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) darauf hin, dass es bis anhin keine rechtlich verbindliche Definition gebe. Zumindest habe das BAG für die erstmalige Publikation der Fallkostendaten den von den Kantonen in den GDK-Empfehlungen festgehaltenen Konsens über OKP-pflichtige Kosten anerkannt. Beispielsweise gehöre demnach die «Gewährleistung der Sicherheit von Patient/innen, Gästen und Personal (insbesondere Betriebsfeuerwehr und Zusatzausgaben für Isolierstation)» zu den OKP-pflichtigen Kosten und nicht zu den GWL. Der Kanton BE bezweifle, ob die hier vorliegende Regelungen über GWL (in Form einer kurzen, nicht abschliessenden Aufzählung) in der Praxis hilfreich seien und wie über eine korrekte Ausscheidung der entsprechenden Kosten von einer externen Revisionsstelle ein Testat ausgestellt werden solle. Zur Kostenerfassung und -ausscheidung der GWL gebe es keine konkrete Rechtsprechung. Die Handhabung bzw. Finanzierung von GWL sei zwischen den Kantonen sehr unterschiedlich. Es sei deshalb zwingend zu klären bzw. zu definieren, wie die ungleiche Praxis der Kantone bei Benchmarkings zu berücksichtigen sei. Zudem gelte es abzuklären, welche Kompetenzen der Bundesrat zur Regelung des Umfangs dieser nicht OKP-pflichtiger Leistungen besitze. Die unter den Buchstaben b, c, d, e, g und h genannten Abzüge entsprächen der heutigen Praxis in BE bzw. dem von der GDK empfohlenen Vorgehen. Jedoch fehle eine Definition der Kosten für Zusatzversicherungsstandard beim Buchstaben f. Die Kantone, die Tarifpartner und die Preisüberwachung verwenden unterschiedliche Methoden zur Bestimmung dieser Kosten, welche zu grossen Unterschieden in den Benchmark-relevanten Betriebskosten führen können. Einzig die Methode der GDK (Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung) sei in der Rechtsprechung gestützt worden. Deshalb beantragt der Regierungsrat, diese Methode in die VKL aufzunehmen. Auch hier gelte, dass für die externe Revisionsstelle, welche ein Testat über die Kostenrechnung ausstellen soll, eine entsprechende Definition fehle. Schliesslich erachte BE es als unseriös, die Zinsen auf dem Umlaufvermögen auf der Basis der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen vorzunehmen, da diese sich seit Jahren negativ betragen. Hier gelte es einen vernünftigen Wert zu definieren. Er beantragt daher die folgende Anpassung: «..., basierend auf der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren und einer Zahlungsfrist von 40 Tagen auf (einer zeitgemässen und sinnvollen Definition)...» Bei Absatz 3 verlangt er die folgende Anpassung: «...Fall-oder-Tageskosten...».

Organisationen des Gesundheitswesens – PatientenInnen/BenutzerInnen

Die **SPO** hält es für falsch, Kosten von Sicherheitspersonal (Absatz 1 Buchstabe a) hier abzuziehen, weil zum Beispiel die Behandlung von Suchterkrankungen einen erhöhten Bedarf für

Sicherheitspersonal nach sich zögen. Ansonsten seien schlicht das Spitalpersonal und die Mitpatientinnen in Gefahr Gewalt oder Diebstählen ausgesetzt. Die SPO fordert, dass mindestens ein Teil der Kosten für Sicherheitspersonal – soweit sie sich bestimmten Behandlungen und Patientengruppen (Fällen, DRGs) zuordnen lassen – über die OKP abgerechnet werden dürfen. Zudem fragt sie sich, was genau unter Zusatzversichertenstandard verstanden werde (Absatz 1 Buchstabe f) und ob sich diese Kosten immer genau nur für die Zusatzversicherten abgrenzen liessen. Es könne nicht sein, dass eine Klinik profitiere, wenn sie die finanziellen Möglichkeiten und/oder die bisherigen Voraussetzungen habe, um hier grosszügiger sein zu können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Diese Bestimmung in Absatz 1 ist gemäss **H+** ersatzlos zu streichen. Die Liste beinhalte Aktivitäten, die entweder selbstverständlich, unverständlich oder unklar seien. Weiter stelle sich die Frage, welche Bedeutung bestimmte Aktivitäten überhaupt haben. Auch lehnen **H+**, **diespitaeler.be**, **Limmatklinik AG**, **Paracelsus-Spital Richterswil AG**, **Schulthess Klinik Zürich**, **SVS**, **See-Spital Horgen**, **Spital Affoltern AG**, **Spital Limmattal**, **Spital Männedorf AG**, **Spital Uster**, **Spital Zollikerberg**, **UPD**, **VDPS**, **Zürcher RehaZentren** und **VKZ** den Absatz 1 Buchstabe a ab. Sie widerspreche dem Wettbewerbsgedanken des KVG. Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing seien heute gemäss KVG Art. 49 Abs. 3 anrechenbare Kosten. Sie gehören zu den üblichen Gestehungskosten einer Unternehmung. Zwar sei die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit eine staatliche Aufgabe. Dies treffe aber nicht für die betriebsinterne Sicherung zu. Sicherheitsmassnahmen seien für das gute Funktionieren eines Spitals unabdingbar und müssten sich über die Tarife finanzieren lassen können. Eine Begründung für den Abzug der Kosten für Öffentlichkeitsarbeit und Marketing fehle vollständig. Das erstaune, gehören sie doch zu einer ganz normalen Tätigkeit eines jeden Wirtschaftsunternehmens. Wie sonst solle den Bürgerinnen und Bürgern bekannt gemacht werden, welches Angebot in welchem Spital erbracht werde? Was würde man über ein Spital sagen, das keinen Webauftritt habe oder Medienanfragen nicht beantworte? Es sei unabdingbar, dass ein Spital Öffentlichkeit, Patienten, Leistungserbringer adäquat informiere. 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. Absatz 1 Buchstaben b, d und e seine laut **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** unbestritten, aber selbstverständlich. Bei Buchstabe c sei laut **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** die Ermittlung von Kosten für unbewertete DRG-Fälle von fragwürdiger Bedeutung. Wie würde die Finanzierung dieser Fälle erfolgen? Diese sei bis heute nicht geregelt. Bei Absatz 1 Buchstabe f weiss **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** nicht Von welchen Standards gesprochen werde oder ob es solche Standards gäbe? Ihnen seien keine solchen Standards bekannt. **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** bestreite Sinn und Zweck von Absatz 1 Buchstabe g. Ausserdem lehnt **H+**, **diespitaeler.be** und **UPD** die Bestimmung in Absatz 1 Buchstabe h ab. Welche Absicht der Bundesrat mit dieser Bestimmung verfolge, sei beim besten Willen nicht erkennbar. Diese Bestimmung würde im Klartext bedeuten, dass ein Spital, dem der Erlös für eine erbrachte Leistung entgehe und das damit einen Debitorenverlust erleide, ein zweites Mal bestraft werden solle, indem es den entgangenen Erlös nochmal abziehen müsse. Eine solchermassen verstandene Bestimmung wäre mit Wertvorstellungen, die in unsrem Zivilisationskreis anerkannt seien, kaum in Einklang zu bringen. Absatz 2 sei laut **H+** viel zu umständlich. Es wäre viel einfacher und überfällig, die Anwendung des WACC-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 sei grundsätzlich die WACC-Methode vorgesehen, wobei der Zinssatz von 3.7 % in der VKL seit über 15 Jahre unverändert verankert seien, ohne jemals aktualisiert worden zu sein und nur

in der Verzinsung des Anlagevermögens angewendet werde. B) Die Verzinsung des Umlaufvermögens werde 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 sei jedoch nicht der Fall. Deshalb seien realistische Zinssätze festzulegen. Eine Zahlungsfrist von 40 Tagen sei unrealistisch. Einerseits sei die Rechnungsstellungsfrist zu berücksichtigen (inkl. medizinische Dokumentation und Kodierung), andererseits die wesentlich höhere mittlere effektive Zahlungsfrist der Versicherer.

Schliesslich ist für **H+**, **diespitaeler.be** **Limmatklinik AG**, **Paracelsus-Spital Richterswil AG**, **Schulthess Klinik Zürich**, **SVS**, **See-Spital Horgen**, **Spital Affoltern AG**, **Spital Limmattal**, **Spital Männedorf AG**, **Spital Uster**, **Spital Zollikerberg**, **UPD**, **VDPS**, **Zürcher RehaZentren** und **VKZ** der Absatz 3 als Grundlage für den Kostenvergleich akzeptabel. Für die Tarifberechnung bedeute 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 müssten.

Nach Ansicht der **SGPath** sind die Kosten der Autopsien im Gesundheitssystem nicht abgebildet. Sie schlägt deshalb vor, dass die Herleitung mit einem Passus zur Vergütung der Autopsien ergänzt wird. Artikel 10a^{bis} soll demnach festhalten, dass die Kosten für die erbrachte Anzahl an Autopsien gemäss vorgeschriebener Mindestquoten in der Herleitung der schwergradbereinigten Kosten gemäss DRG zu berücksichtigen sind.

Asana Spital Leuggern AG, **Asana Spital Menziken AG**, **Barmelweid Gruppe AG**, **Bündner Spital- und Heimverband**, **Gesundheitszentrum Fricktal AG** und **Kantonsspital Aarau** fordern die Streichung des Teils «...sowie Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing» in Buchstaben a. Die Aufrechterhaltung der Sicherheit in einem Spital sei entgegen den Ausführungen im Kommentar eine betriebsinterne Aufgabe, die zunehmend an Bedeutung gewinne. Öffentlichkeitsarbeit richte sich auch an krankenpflegegrundversicherte Personen und bezwecke 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. Zusätzlich müsse man bei den Buchstaben b, c, e, f klar festhalten, dass diese Kosten nicht kostenbasiert, sondern nur normativ abgezogen werden könnten. 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.

Laut **Universitätsklinik Balgrist** fallen die Kosten für Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing im regulären Betrieb an und dienen der Erfüllung der Listenaufträge. Es handle sich dabei nicht um gemeinwirtschaftliche Leistungen nach Art. 49 Abs. 3 KVG. Der entsprechende Passus sei daher zu streichen.

Die **VNS** verlangt die Anpassung des Buchstaben a. Sicherheitspersonal, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing gehörten zu betriebsinternen Aufgaben eines Spitals. Sicherheitspersonal werde immer mehr an Bedeutung gewinnen. Insbesondere wollte die Politik, dass der Wettbewerb zwischen den Spitälern spielt. Wenn man A sagt, muss man auch B sagen und somit Marketingkosten und Öffentlichkeitsarbeit als normalen Kostenbestandteil eines Spitals/einer Klinik anerkennen. Es gelte zudem die Handels- und Gewerbefreiheit.

Das **CHUV** möchte die Formulierung «sowie die Kosten für das Sicherheitspersonal, die Public Relations und das Marketing» unter Buchstabe a von Absatz 1 streichen. Die Argumente zur Begründung solcher Abzüge seien trügerisch. Die Sicherheit stelle nur im öffentlichen Bereich eine öffentliche Aufgabe dar. Im Privatbereich, zu dem die Spitalräumlichkeiten gehören, greife die Polizei nur bei schwerwiegenden Problemen ein und sei sicher nicht für die Zugangskontrollen bei Gebäuden oder das Parkieren von Fahrzeugen zuständig. Für einen reibungslosen

Spitalbetrieb seien die Sicherheitsmassnahmen unerlässlich und ihre Finanzierung solle über die Tarife erfolgen. Dasselbe gelte für Public Relations. Die Spitäler müssten unbedingt die Öffentlichkeit, die Patientinnen und Patienten sowie die Gesundheitsfachleute angemessen informieren können und die entsprechenden Kosten seien zu finanzieren. In Absatz 2 solle der auf die bereinigten Kosten nach Absatz 1 erhobene Zinsaufschlag auf das betriebsnotwendige Umlaufvermögen auf der Grundlage des Zinssatzes nach Artikel 10a Abs. 4 und mit einer Frist von 90 Tagen erfolgen. Die Berechnung des Zinsaufwands anhand der Rendite von Bundesanleihen wäre zulässig, wenn die Spitäler die Möglichkeit hätten, sich zu diesem Zinssatz beim Bund zu finanzieren. Da dies nicht der Fall sei, solle ein realistischer Zinssatz vereinbart werden. Eine 40-tägige Frist sei sehr wirklichkeitsfremd, da einerseits die Fakturierungsfrist (welche die medizinische Dokumentation und die medizinische Kodierung beinhaltet) einbezogen werden müsse und andererseits die durchschnittliche effektive Zahlungsfrist der Versicherer viel länger ausfallen würde.

Die **Société vaudoise de médecine** hält den Artikel für sehr komplex und in keiner Weise nützlich. Buchstabe a von Absatz 1 sei in Bezug auf die Transparenz, aber nicht in Bezug auf die Rückerstattungsproblematik nützlich und sei somit aufzuheben. Im Zusammenhang mit Buchstabe e hätten die Arzthonorare in der vorliegenden Verordnung keinen Platz, da sie keinen Einfluss auf die Spitalplanung hätten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Ansicht der **HSK** fehlt bis heute eine Präzisierung der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen GWL. Dadurch sei deren Definition und Ausgestaltung in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich. Dies erschwere eine schweizweit einheitliche Herleitung der benchmark-relevanten Betriebskosten.

Für **santésuisse** bleibt mit dem Vorschlag die Problematik der extern erbrachten Leistungen ungelöst. Die SwissDRG-Tarifstruktur sehe die Einrechnung dieser Leistungen in die Kodierung vor. Mit vorgeschlagenen neuen Ansätzen soll die in Gesetz und Verordnung ungeklärte Situation gelöst werden.

6.4 Stellungnahmen zu Art. 15 Abs. 1

Kantone

Laut **GR** seien die Spitäler aus ablauftechnischen Gründen (Revision etc.) nicht in der Lage, die Daten für die Ermittlung des Benchmark-Werts bis am 1. Mai des Folgejahres für die Versicherer bereitzustellen. Die dafür massgebende Frist sei entsprechend auf den 1. Juni des Folgejahres festzulegen, sollen nicht ungerechtfertigte Abzüge wegen verspäteter Bereitstellung die Folge sein.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG und Kantonsspital Aarau merkt an, dass die Spitäler aus ablauftechnischen Gründen (Revision etc.) nicht in der Lage sind, die Daten für die Ermittlung des Benchmark-Werts bis am 1. Mai des Folgejahres für die Versicherer bereitzustellen. Die dafür massgebende Frist sei entsprechend auf den 1. Juni des Folgejahres festzulegen, sollen nicht ungerechtfertigte Abzüge wegen verspäteter Bereitstellung die Folge sein.

6.5 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Juni 2021

Kantone

Gemäss **GR** und **TG** könne die Einholung einer Bestätigung der VKL-Konformität der Kostenrechnung nicht rückwirkend für das Kostenrechnungsjahr 2019 vorgenommen werden, wie dies im Kommentar auf der Seite 22 unten angenommen 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.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Barmelweid Gruppe AG, Bündner Spital- und Heimverband, Gesundheitszentrum Fricktal AG und **Kantonsspital Aarau** fordern, dass das VKL-Testat ab dem Kostenrechnungsjahr 2021 auszustellen sei. Die Einholung einer Bestätigung der VKL-Konformität der Kostenrechnung könne nicht rückwirkend für das Kostenrechnungsjahr 2019 vorgenommen werden, wie dies im Kommentar auf der Seite 22 unten angenommen werde. Die Spitäler und die externen Revisionsstellen benötigen dafür ausreichend Vorlaufzeit. Die Übergangsbestimmungen seien 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 gelte.

7. Stellungnahmen zur Kostenvergütung in der Unfallversicherung

7.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Kantone

ZH begrüsst die vorgeschlagene Änderung

VD hält diese Revision für überflüssig, da es ausreiche, den bestehenden Artikel 15, Absatz 2 einzuhalten. Der Kanton spricht sich aber nicht formal dagegen aus.

TI unterstützt die rasche Fertigstellung der UVV, da die im Rahmen des KVG bereits enthaltenen Grundsätze für die Spitalkostenvergütung zulasten der Unfallversicherung übernommen werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **Société vaudoise de médecine** spricht sich für die Aufhebung von Artikel 15, Absatz 2^{bis} aus, da dieser der freien Therapeutenwahl widerspreche.

7.2 Stellungnahmen zu Art. 15 Abs. 2 UVV

Andere Organisationen

Die **MTK** findet, dass die geplante Präzisierung das Naturalleistungsprinzip, das Vertragsprimat und die selektive Kontrahierung stärke und unterstützt diese.

8. Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer

1. Kantone / Cantons / Cantoni

Staatskanzlei des Kantons Zürich	Neumühlequai 10 8090 Zürich staatskanzlei@sk.zh.ch
Staatskanzlei des Kantons Bern	Postgasse 68 3000 Bern 8 info@sta.be.ch
Staatskanzlei des Kantons Luzern	Bahnhofstrasse 15 6002 Luzern staatskanzlei@lu.ch
Standeskanzlei des Kantons Uri	Rathausplatz 1 6460 Altdorf ds.la@ur.ch
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	Regierungsgebäude Bahnhofstrasse 9 Postfach 1260 6431 Schwyz stk@sz.ch
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	Rathaus 6061 Sarnen staatskanzlei@ow.ch
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	Dorfplatz 2 Postfach 1246 6371 Stans staatskanzlei@nw.ch
Staatskanzlei des Kantons Glarus	Rathaus 8750 Glarus staatskanzlei@gl.ch
Staatskanzlei des Kantons Zug	Seestrasse 2 Regierungsgebäude am Postplatz 6300 Zug info@zg.ch

Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	Rue des Chanoines 17 1701 Fribourg chancellerie@fr.ch
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	Rathaus Barfüssergasse 24 4509 Solothurn kanzlei@sk.so.ch
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	Marktplatz 9 4001 Basel staatskanzlei@bs.ch
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	Regierungsgebäude Rathausstrasse 2 4410 Liestal landeskanzlei@bl.ch
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	Beckenstube 7 8200 Schaffhausen staatskanzlei@ktsh.ch
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	Regierungsgebäude Postfach 9102 Herisau Kantonskanzlei@ar.ch
Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden	Marktgasse 2 9050 Appenzell info@rk.ai.ch
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	Regierungsgebäude 9001 St. Gallen info.sk@sg.ch
Standeskanzlei des Kantons Graubünden	Reichsgasse 35 7001 Chur info@gr.ch
Staatskanzlei des Kantons Aargau	Regierungsgebäude 5001 Aarau staatskanzlei@ag.ch
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	Regierungsgebäude Zürcherstrasse 188 8510 Frauenfeld infodienst.sk@tg.ch

Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	Piazza Governo 6 6501 Bellinzona can-sGDK@ti.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	Place du Château 4 1014 Lausanne info.chancellerie@vd.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	Planta 3 1950 Sion Chancellerie@admin.vs.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	Le Château Rue de la Collégiale 12 2000 Neuchâtel Secretariat.chancellerie@ne.ch
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	Rue de l'Hôtel-de-Ville 2 Case postale 3964 1211 Genève 3 chancellerie@etat.ge.ch
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura	2, rue de l'Hôpital 2800 Delémont chancellerie@jura.ch
Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) Conferenza dei Governi cantonali (CdC)	Sekretariat Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 3001 Bern mail@kdk.ch

2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés
à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell' Assemblée federale

Bürgerlich-Demokratische Partei BDP Parti bourgeois-démocratique PBD Partito borghese democratico PBD	Postfach 119 3000 Bern 6 mail@bdp.info
Christlichdemokratische Volkspartei CVP Parti démocrate-chrétien PDC Partito popolare democratico PPD	Generalsekretariat Hirschengraben 9 Postfach 3001 Bern info@cvp.ch
Eidgenössisch-Demokratische Union (EDU) Union Démocratique Fédérale (UDF) Unione Democratica Federale (UDF)	Postfach 3602 Thun info@edu-schweiz.ch
Ensemble à Gauche	Case postale 2070 1211 Genève 2 info@eag-ge.ch
Evangelische Volkspartei der Schweiz EVP Parti évangélique suisse PEV Partito evangelico svizzero PEV	Nägelligasse 9 Postfach 3001 Bern vernehmlassungen@evppev.ch
FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR.I Liberali Radicali	Generalsekretariat Neuengasse 20 Postfach 3001 Bern info@fdp.ch
GRÜNE Schweiz GPS Les VERTS suisses I VERDI svizzera	Waisenhausplatz 21 3011 Bern gruene@gruene.ch
Grünliberale Partei Schweiz GLP Parti vert'libéral Suisse PVL Partito verde liberale svizzero PVL	Monbijoustrasse 30 3011 Bern schweiz@grunliberale.ch
Lega dei Ticinesi (Lega)	Via Monte Boglia 3 6900 Lugano lorenzo.quadri@mattino.ch info@lega-dei-ticinesi.ch

Schweizerische Volkspartei SVP Union Démocratique du Centre UDC Unione Democratica di Centro UDC	Generalsekretariat Postfach 8252 3001 Bern gs@svp.ch
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SP Parti socialiste suisse PS Partito socialista svizzero PS	Zentralsekretariat Theaterplatz 4 Postfach 3001 Bern info@spschweiz.ch verena.loembe@spschweiz.ch franziska.tlach@spschweiz.ch
Partei der Arbeit PDA Parti suisse du travail PST Partito operaio e popolare	Postfach 8721 8036 Zürich pdaz@pda.ch

3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni delle città e delle regioni di montagna

Schweizerischer Gemeindeverband	Laupenstrasse 35 3001 Bern verband@chgemeinden.ch
Schweizerischer Städteverband SSV	Monbijoustrasse 8 Postfach 3001 Bern info@staedteverband.ch
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete	Seilerstrasse 4 Postfach 3001 Bern info@sab.ch

4. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Centre Patronal (CP)	Route du lac 2 1094 Paudex info@centrepatronal.ch
economiesuisse Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich info@economiesuisse.ch bern@economiesuisse.ch sandra.spieser@economiesuisse.ch
Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio	Hans-Huber-Strasse 4 Postfach 1853 8027 Zürich politik@kfmv.ch
Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori	Hegibachstrasse 47 Postfach 8032 Zürich verband@arbeitgeber.ch
Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	Postfach 4182 4002 Basel office@sba.ch
Schweizer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	Laurstrasse 10 5201 Brugg info@sbv-usp.ch
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	Schwarztorstrasse 26 Postfach 3001 Bern info@sgv-usam.ch
Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@sgb.ch

Travail.Suisse	Hopfenweg 21 Postfach 5775 3001 Bern info@travailsuisse.ch
----------------	--

5. Interessierte Kreise / Milieux intéressés / Ambienti interessati

5.1 Kantonale Vereinigungen und Konferenzen / Associations et conférences cantonales / Associazioni e conferenze cantonali

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (GDK) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (GDK)	Haus der Kantone Speichergasse 6 Postfach 684 3000 Bern 7 office@gdk-GDK.ch
Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS) Associazione dei medici cantonali della Svizzera (AMCS)	Dr. med. Rudolf Hauri Präsident Gartenstrasse 3 6300 Zug rudolf.hauri@zg.ch
Vereinigung der Kantonszahnärzte und Kantonszahnärztinnen der Schweiz (VKZS) Association des médecins dentistes cantonaux de la Suisse (AMDSCS) Associazione dei Medici Dentisti Cantonali della Svizzera (AMDSCS)	Dr. med. Dent Peter Suter Kantonszahnarzt des Kantons Luzern Präsident VKZS Schuelgass 9 6215 Beromünster info@kantonszahnaerzte.ch
Kantonsapothekervereinigung (KAV / APC) Association des pharmaciens cantonaux (KAV / APC) Associazione dei farmacisti cantonali (KAV / APC)	c/o Dr. Samuel Steiner Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern Kantonsapothekeramt Rathausgasse 1 Postfach 3000 Bern 8 samuel.steiner@be.ch

5.2 Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori

Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana ACSI	Strada di Pregassona 33 6963 Pregassona info@acsi.ch
Fédération romande des consommateurs FRC	Rue de Genève 17 CP 6151 1002 Lausanne info@frc.ch
Konsumentenforum kf Forum des consommateurs Forum dei consumatori	Geschäftsstelle Konsumentenforum kf Belpstrasse 11 3007 Bern forum@konsum.ch
Stiftung für Konsumentenschutz SKS Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	Monbijoustrasse 61 Postfach 3000 Bern 23 info@konsumentenschutz.ch

5.3 Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations de la santé publique / Organizzazioni della sanità pubblica

5.3.1 Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni

Association Spitex privée Suisse (ASPS)	Uferweg 15 3000 Bern 13 info@spitexprivee.swiss
CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	Hauptsitz Bern Zieglerstrasse 53 Postfach 1003 3000 Bern 14 info@curaviva.ch
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	Postfach 300 Elfenstrasse 18 3000 Bern 15 direction@fmh.ch

H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	Lorrainestrasse 4 A 3013 Bern geschaefsstelle@hplus.ch
Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinder- ärztInnen Schweiz Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di fa- miglia e dell'infanzia Svizzera	Effingerstrasse 2 3001 Bern gs@hausarzt Schweiz.ch
Konferenz kantonale Krankenhausverbände K3	c/o Verband Zürcher Krankenhäu- ser VZK Nordstrasse 15 8006 Zürich info@vzk.ch
Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)	Nordstrasse 15 8006 Zürich info@kka-ccm.ch
Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses Cliniche private svizzere	Zieglerstrasse 29 Postfach 530 3000 Bern 14 info@privatehospitals.ch
pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	Stationsstrasse 12 3097 Bern – Liebefeld info@pharmaSuisse.org
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI) Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali	Moosstrasse 2 3073 Gümligen info@sbv-asmi.ch
Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spi- taldirektoren (SVS)	Rolf Gilgen, CEO Spital Bülach AG Spitalstrasse 24 8180 Bülach info@spitaldirektoren.ch

<p>Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (asi)</p>	<p>Gesellschaftsstelle Schweiz Choisystrasse 1 Postfach 8124 3001 Bern info@sbk-asi.ch</p>
<p>Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici</p>	<p>Rosenweg 25 C 3000 Bern 23 info@hebamme.ch</p>
<p>Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH)</p>	<p>c/o Geburtshaus Delphys Badenerstrasse 177 8003 Zürich info@geburtshaus.ch</p>
<p>Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli hopitali (GSASA)</p>	<p>3000 Bern gsasa@gsasa.ch</p>
<p>Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)</p>	<p>Co-Präsidentin Frau Regula Lüthi Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau Postfach 154 8596 Münsterlingen info@swissnurseleaders.ch</p>
<p>Senesuisse Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse</p>	<p>Kapellenstrasse 14 Postfach 5236 3001 Bern info@senesuisse.ch</p>
<p>Spitex Schweiz Aide et soins à domicile suisse Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera</p>	<p>Geschäftsstelle Effingerstrasse 33 3008 Bern info@spitex.ch</p>

<p>SWISS REHA Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera</p>	<p>Geschäftsstelle Laurenzvorstadt 77 Postfach 5001 Aarau info@swiss-reha.com</p>
<p>Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) Médecine Universitaire Suisse Medicina universitaria svizzera</p>	<p>Haus der Akademien Laupenstrasse 7 Postfach 3001 Bern info@unimedsuisse.ch</p>
<p>Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe) de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)</p>	<p>Bahnhofplatz 10A Postfach 3001 Bern sekretariat@vsao.ch</p>
<p>Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione dei Medici Dirigenti Ospedalieri Svizzeri (AMOS)</p>	<p>Sekretariat Postgasse 19, Postfach 3000 Bern 8 info@vlss.ch</p>
<p>Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)</p>	<p>Erlenauweg 17 3110 Münsingen info@sfgg.ch</p>

5.3.2 Versicherer / Assureurs / Assicuratori

<p>curafutura Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi</p>	<p>Gutenbergstrasse 14 3011 Bern info@curafutura.ch</p>
<p>Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal</p>	<p>Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn info@kvq.org</p>

Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux de l'assurance-accidents	Fluhmattstrasse 1 6002 Luzern info@mtk-ctm.ch
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	Haldenstrasse 25 6006 Luzern info@rvk.ch
santésuisse - Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses	Römerstrasse 20 4502 Solothurn mail@santesuisse.ch
Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14 Postfach 8022 Zürich info@svv.ch
SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureursma- ladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malatia	Muttenstrasse 3 4502 Solothurn info@svk.org

5.3.3 PatientInnen, BenutzerInnen / Patients, usagers / Pazienti, utenti

ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati	Avenue Vibert 19 casa postale 1911 1227 Carouge assuas.ch@bluewin.ch
Dachverband schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Organisation faîtière des associations suisses de défense et d'information des patients Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'infor- mazione dei pazienti	Hofwiesenstrasse 3 8042 Zürich dvsp@patientenstelle.ch
Schweizerischer Seniorenrat SSR/CSA Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	Worbentalstrasse 32 3063 Ittigen / Bern info@ssr-csa.ch

Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)	Geschäftsstelle Häringstrasse 20 8001 Zürich spo@spo.ch
---	--

5.3.4 Andere / Autres / Altri

Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera	Dufourstrasse 30 Postfach 311 3000 Bern 6 office.bern@promotionsante.ch
Patientensicherheit schweiz sécurité des patients suisse sicurezza dei pazienti svizzera	Stiftung für Patientensicherheit Asylstrasse 77 8032 Zürich info@patientensicherheit.ch
Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	Effingerstrasse 54 3001 Bern info@public-health.ch
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Académie suisse des sciences médicales (ASSM) Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM)	Generalsekretariat Petersplatz 13 4051 Basel mail@samw.ch
Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)	c/o MBC Markus Bonelli Consulting Industriestrasse 24 8404 Winterthur info@vertrauensaerzte.ch
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) Société suisse pour la politique de la santé (SSPS) Società svizzera per la politica della salute (SSPS)	Altenbergstrasse 29 Postfach 686 3000 Bern 8 info@sggp.ch
Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute	Josefstrasse 92 8005 Zürich info@geliko.ch

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

St. Jakobs-Strasse 25

Postfach 135

4010 Basel

buendnis@bluewin.ch