



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Zentralsekretariat

43.223

12. März 2008 / AY

Verordnungsänderungen im Zuge der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung

Detaillierte Stellungnahme der GDK

Inhalt

1	Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	2
1.1	Anmerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen: II Revision der Verordnung	2
1.2	Anmerkungen zu den einzelnen Artikeln	3
2	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL)	11
2.1	Anmerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen: II Revision der Verordnung	11
2.2	Anmerkungen zu den einzelnen Artikeln	14
3	Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)	18



1 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

1.1 Anmerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen: II Revision der Verordnung

ad 2. Planungskriterien:

1. Umfang der Spitalplanung:

Das Parlament hat den Kantonen aufgrund des letztlich unveränderten Art. 39 Abs. 1 KVG denselben Auftrag wie 1994 erteilt, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung vorzusehen. Die bedarfsgerechte Versorgung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination unter den Kantonen ist allein eine kantonale Aufgabe. **Auf eine Delegationsnorm an den Bundesrat hat der Gesetzgeber nach langer Debatte explizit verzichtet. Vorgaben des Bundes zum Umfang der Leistungsaufträge sowie zur "Mengensteuerung" sind daher systemfremd.**

Der Regelungsentwurf ist überdies zu dicht und zwingt den Kantonen einen unsinnig aufwendigen, zu wenig relevanten und nicht justiziablen Planungsauftrag auf. **Die vorgeschlagene Regelungsdichte ist unbedingt zu reduzieren.**

Die Dichte der Vorgaben birgt die Gefahr, dass die Kantone praktisch das ganze Angebot mitfinanzieren müssen. Dies steht im Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, neben Listenspitälern auch Vertragsspitäler zuzulassen. Deshalb sollen die Kantone nur den wesentlichen Bedarf der für die Versorgung der Wohnbevölkerung notwendigen medizinischen Leistungen planen.

2. Art der Spitalplanung:

Die Anwendung des "Leitfadens der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung" ist nicht zwingend, zumal es sich nur um einen Leitfaden handelt, der nicht im Sinne einer Empfehlung, sondern im Sinne eines Arbeitsinstruments auf dem Weg hin zu einer (freiwilligen) leistungsorientierten Planung erstellt wurde. Die Erläuterungen zu den KVV-Änderungen sollen demnach wie folgt angepasst werden:

Zudem ist wegen des Übergangs zur Tarifierung mittels leistungsbezogener Pauschalen der Bezug zu den unter Federführung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren erarbeiteten und verabschiedeten „Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung“ sinnvoll notwendig.

ad 5. Leistungsbezogene Pauschalen

Das BAG geht von einer umfassenden Genehmigungskompetenz der Tarifverträge aus. Die GDK beantragt einen Zwischenweg, welcher sich enger an den Wortlaut des KVG hält. Nur die Genehmigung ausgewählter Modalitäten erlaubt genügende Flexibilität für notwendige Anpassungen.

Generell sind die vorgesehenen Vorlaufzeiten für die Genehmigung durch den Bundesrat zu lang bemessen. Wir beantragen Ihnen, einen Vorlauf von 24 statt 30 Monaten vorzusehen.

Betreffend einheitliche Strukturen für eine Pauschalierung von nicht akut-somatischen Leistungen ist das Ziel einer Einführung per 1.1.2012 illusorisch.

ad 6. Streichen des Begriffs "teilstationär"

Wir begrüßen die Stossrichtung explizit, wonach die heute als teilstationär geltenden Leistungen neu ambulante Leistungen darstellen.



1.2 Anmerkungen zu den einzelnen Artikeln

Gewünschte Anpassungen sind im kursiv gesetzten Wortlaut unterstrichen (Ergänzung) bzw. durchgestrichen.

Die nachfolgenden Anmerkungen beziehen sich auf die einzelnen Artikel. Wir verzichten jedoch in der Regel auf eine Kommentierung der Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln. Diese müssten nach Massgabe der aufgenommenen Anträge ebenfalls zwingend überarbeitet werden.

Art. 28 bis 30 KVV: Explizite Zustimmung. Damit kann klargestellt werden, dass die Daten der Leistungserbringer den zuständigen Stellen in nicht anonymisierter Form weitergegeben werden. Der Datenschutz bezieht sich einzig auf die Daten der Versicherten, nicht auf die Daten der Spitäler. Die Erläuterungen sollen demnach wie folgt angepasst werden:

Die Wahrung des Datenschutzes der Versicherten muss dabei sichergestellt werden.

28b Abs. 2 Veröffentlichung der Daten der Versicherer: Die Daten der Versicherer, insbesondere Reserven, Rückstellungen und Verwaltungskosten, sind pro Kanton separat zu publizieren.

Das BAG veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Kanton.

Art. 31 Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer: In Ergänzung zur allgemeinen Zustimmung betreffend die Aufsichtsdaten und Statistiken regen wir folgende Präzisierung zu Bst. d an:

Das BAG und das BFS veröffentlichen die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik gestützt auf Artikel 22a des Gesetzes erhobenen Daten so, dass namentlich folgende Angaben oder Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung nach Leistungserbringer oder nach Kategorien von Leistungserbringern ersichtlich sind:

- a. Leistungsangebot und Qualifikation der Leistungserbringer;*
- b. medizinische Qualitätsindikatoren;*
- c. Umfang und Art der erbrachten Leistungen;*
- d. Kosten und Kostenentwicklung.*

Art. 37 Kostenübernahme für im Ausland wohnhafte Personen: Wir unterstützen den Grundsatz sehr, wonach der Versicherer für diese Personen die gesamte Vergütung nach den Tarifen des Gesetzes übernimmt.

Bei stationärer Behandlung in der Schweiz übernimmt der Versicherer die gesamte Vergütung, die nach den Tarifen nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes in Rechnung gestellt werden, für:

- a. Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie ihre Familienangehörigen, die in der Schweiz versichert sind;*
- b. Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und bei einem Aufenthalt in der Schweiz aufgrund von Artikel 95a des Gesetzes Anspruch auf inter-nationale Leistungsaushilfe haben;*
- c. Versicherte, die in Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Österreich oder Ungarn wohnen und sich nach Artikel 95a des Gesetzes wahlweise im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen können.*

Art. 55a betreffend Geburtshäuser: Die vorgeschlagene Verordnungsregelung ist sinnvoll.

Die Geburtshäuser sind zugelassen, wenn sie:

- a. den Anforderungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe b – e des Gesetzes entsprechen;*
- b. ihren sachlichen Tätigkeitsbereich nach Artikel 29 des Gesetzes festgelegt haben;*
- c. eine ausreichende medizinische Betreuung durch eine Hebamme sicherstellen;*



d. Vorkehrungen zur Einleitung von Massnahmen im medizinischen Notfall getroffen haben.

11. Abschnitt: Planungskriterien

Art. 58a: Grundsatz: Zustimmung unter Anpassung von Abs. 2 Bst. a und c:

Art. 58a Grundsatz

1 Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d des Gesetzes umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie der Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen.

2 Sie gliedert sich in folgende Schritte:

- a. Ermittlung des künftigen wesentlichen Bedarfs;*
- b. Beurteilung des Angebotes der in Frage kommenden Einrichtungen;*
- c. Zuweisung und Sicherung der wesentlichen Leistungsmengen oder Kapazitäten.*

Art. 58b: Versorgungsplanung:

Abs. 1 muss am Machbaren ausgerichtet werden:

1 Die Kantone ermitteln den wesentlichen künftigen Bedarf in nachvollziehbaren Schritten aufgrund einer analytischen oder normativen Methode. Sie stützen sich auf statistisch ausgewiesene Daten, und Vergleiche und können sich auf ~~Bedarfsdeterminanten~~ sowie Strukturanalysen mit Berücksichtigung der vor- und nachgelagerten Bereiche stützen.

Abs. 2 ist eine gute Grundlage für die Anwendung der Kriterien, sollte aber wie folgt angepasst werden, um nicht Unmögliches zu verlangen:

2 Bei der Beurteilung und Auswahl des Angebotes zur Sicherstellung des wesentlichen Bedarfs berücksichtigen sie die Kantone die verfügbaren Datengrundlagen, insbesondere:

- a. die Wirtschaftlichkeit auf Basis von Vergleichen und die Qualität der Leistungserbringung;*
- b. die geografische Lage der Einrichtung;*
- c. die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Tarifbindung, zur Erfüllung von Auflagen, zur Übernahme der sich aus der Planung ergebenden Verpflichtungen, sowie zur Zusammenarbeit mit den zuweisenden und nachbehandelnden Stellen und Fachpersonen.*

Abs. 3: Zustimmung mit Präzisierung von Bst. c, damit der Qualitätsausweis zielgerichtet erfolgt. Die Einführung des Begriffs der Kostenwahrheit in Bst. b begrüssen wir sehr, weil damit Dumping-Preisangeboten vorgebeugt werden kann.

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten sie insbesondere:

- a. eine effiziente Leistungserbringung;*
- b. die Kostentransparenz und die Kostenwahrheit;*
- c. den Nachweis der notwendigen Qualitätsausweis;*
- d. das Vorhandensein von qualifizierten Personal und geeigneter Infrastruktur;*
- e. die Koordination der Leistungserbringung.*

Abs. 4 Zustimmung

Im Spitalbereich achten sie zusätzlich auf:

- a. die Konzentration des Angebotes;*
- b. die Vermeidung von Doppelspurigkeiten;*
- c. die Nutzung von Synergien.*

Abs. 5 und 6 streichen. Eine Mengensteuerung ist nicht immer sinnvoll, und stände zu einer Aufnahmepflicht im Widerspruch. Die Kantone werden eine Mengensteuerung soweit



sinnvoll vorsehen; das diesbezügliche Instrument ist **in Art. 58g** unter den Auflagen vorzusehen. Auf keinen Fall darf aber die Mengensteuerung als zwingendes Instrument vorgeschrieben werden, weil ihre flächendeckende Umsetzung die Gefahr einer Rationierung birgt.

5 Die Kantone legen die Instrumente für die Sicherstellung der Mengensteuerung fest.

6 Planen mehrere Kantone gemeinsam, so erfolgt die Ermittlung des künftigen Bedarfs, die Beurteilung und Auswahl des Angebotes und die Sicherung der Mengensteuerung durch alle betroffenen Kantone gemeinsam.

In den Erläuterungen zu Art. 58b wird erwähnt, dass Betriebsvergleiche die Orientierung am Besten, also ein Benchmarking erlauben. Benchmarking wird aber gerade von den Versicherern fälschlicherweise so interpretiert und teilweise angewandt, dass die Tarife auf den tiefsten Wert nivelliert werden. (Da Qualität vorderhand nicht messbar ist, beschränkt sich die Ermittlung des "Besten" ohnehin auf den Preis.) Diese einseitige Interpretation widerspricht einerseits der Theorie des Benchmarking, welches nur den Massstab legt, die Folgen von Preis- oder Kostenunterschieden jedoch nicht automatisch zieht. (Die Nivellierung nach unten ist mitunter die schärfste Form der Umsetzung.) Andererseits ist diese Praxis der Krankenversicherer auch nicht mit den Vorstellungen des Gesetzgebers kompatibel. So stellte die Kommissionspräsidentin Forster am 24.9.07 im Ständerat folgendes fest:

"Der Faktor DRG, zum Beispiel für eine unproblematische Blinddarmoperation, wird in der ganzen Schweiz derselbe sein. Der Normkostenpreis hingegen wird für dieselbe Operation zu Beginn von Spital zu Spital und von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein. Der Unterschied ist auf die unterschiedlichen Kostenstrukturen an den Spitälern zurückzuführen. Mit der Zeit - genauer: je länger der Wettbewerb spielt - gleichen sich die Preisunterschiede an."

Die Erläuterungen zu Art. 58b KVV sollen demnach wie folgt angepasst werden:

Vergleiche, die im Rahmen der Bedarfsermittlung angestellt werden, sollen namentlich die Orientierung am-an den Besten, also ein Benchmarking erlauben, im Gegensatz zur Forderung der bestehenden Trends. Die Orientierung an den Besten heisst jedoch nicht, dass namentlich die Tarife auf den tiefsten Wert nivelliert werden.

Art. 58c Art der Planung: Anpassung wie folgt:

Art. 58c Art der Planung

Die Planung erfolgt:

- a. für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur Behandlung von akut-somatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert;*
- b. für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung: leistungsorientiert, auf Leistungsspektren bezogen oder kapazitätsbezogen;*
- c. für die Versorgung der Versicherten in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.*

Art. 58d Interkantonale Koordination der Planungen:

Abs. 1: Präzisierung, dass die Koordination im Spitalbereich, nicht aber für Pflegeheime oder gar Geburtshäuser koordiniert erfolgen muss, da eine solche Koordination nur administrative Leerläufe bringen würden. Auch beantragen wir mit derselben Begründung, dass sich die Koordination auf die wesentlichen Patientenströme beschränken soll:

Art. 58d Interkantonale Koordination der Planungen

1 Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen im Spitalbereich nach Artikel 39 Absatz 2 des Gesetzes werten die Kantone die nötigen Informationen über die wesentlichen Patientenströme zwischen den Kantonen aus und tauschen diese mit den betroffenen Kantonen aus. Sie nutzen die Optimierungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung.



Abs. 2 ist zu detailliert und kann entsprechend nachfolgendem Vorschlag zweckmässig geregelt werden, wobei es sich von selber versteht, dass die Kantone sich gegenseitig informieren:

2 Die Kantone sind verpflichtet, bei wesentlichen Versorgungslücken:

- a. das ausserkantonale Angebot zu überprüfen, eine Auswahl zu treffen und das Angebot durch Verträge zu sichern;*
- b. die betroffenen Kantone im Hinblick auf deren Planungsarbeiten und Entscheide sowohl über eine Änderung des Bedarfs wie des Angebotes zu informieren;*
- c. die Entscheide mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren und abzustimmen.*

2 Bei wesentlichen Versorgungslücken des innerkantonalen Angebots schliesst der Kanton entsprechende Leistungsverträge mit ausserkantonalen Leistungserbringern ab oder stellt die notwendigen Kapazitäten über die Spitalplanung der voraussichtlich aufnehmenden Standortkantone von Patienten gemäss Art. 41 und 41a des Gesetzes sicher.

Abs. 3: Streichen (Mengensteuerung; Begründung s. Art. 58b Abs. 5 und 6)

~~3 Der Standortkanton der Einrichtung ist in der Regel zuständig für die Mengensteuerung der Leistungsangebote der innerkantonalen Einrichtungen. Er berücksichtigt dabei die Patientenströme zwischen den Kantonen.~~

Art. 58e Dienstleistungen und Infrastruktur:

Abs. 2. Die Verpflichtung, die Infrastruktur zu prüfen, ist auf den Standortkanton zu beschränken. Nach dieser Präzisierung kann auf Abs. 2 gänzlich verzichtet werden.

1 Die Überprüfung der Dienstleistungs- und Infrastrukturvoraussetzungen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstaben a–c des Gesetzes erfolgt in der Regel durch den Standortkanton. Nimmt ein Kanton eine ausserkantonale Einrichtung auf seine Liste (Art. 58f) auf, so kann er eine zusätzliche Prüfung vornehmen.

2 Der Standortkanton überprüft, ob die Einrichtung die Dienstleistungen anbietet und über die Infrastruktur verfügt, die für die Behandlungen und die Pflege notwendig sind.

Art. 58f Listen:

Abs. 2 steht im Widerspruch zur Absicht des Gesetzgebers und könnte die Kantone verpflichten, das gesamte Angebot zu beplanen und mitzufinanzieren. Dadurch würde der Staat private Initiativen verdrängen. Dies widerspricht nicht nur dem Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit, sondern auch dem klaren Willen des Gesetzgebers, neben einem staatlich mitfinanzierten Angebot auch private Leistungen gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG-r zu ermöglichen. Eine durch den Bundesrat verursachte Zwangsfinanzierung durch die Kantone ist auch staatspolitisch völlig unzulässig. Wir beantragen Ihnen daher dringend nachfolgende Änderung von Abs. 2. Falls Sie diese Änderung nicht aufnehmen sollten, beantragen wir, Absatz 2 ganz zu streichen:

1 Auf den Listen nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes wird für jede Einrichtung das Leistungsspektrum aufgeführt, für das die Einrichtung die Versorgung sicherstellt.

2 Das auf der Liste des Wohnkantons aufgeführte Angebot an Einrichtungen entspricht dem innerhalb des Wohnkantons zu deckenden wesentlichen Versorgungsbedarf für Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohner abzüglich des durch Vertragsspitäler und ausserkantonale Angebote voraussichtlich abgedeckten Versorgungsbedarfs. Vorbehalten ist Artikel 58d Absatz 2.

Eventualiter: Abs. 2 streichen!

3 Einrichtungen, die aufgrund einer Kapazitätsplanung zugelassen sind, werden mit den geplanten Kapazitäten pro Einrichtung aufgeführt.

4 Für Pflegeheime werden die Richtzahlen der Kapazitäten für den gesamten Kanton oder pro Einrichtung aufgeführt.

Wichtig!



Art. 58g Leistungsaufträge: Grundsätzliche Zustimmung, doch sind im Sinne einer Beschränkung auf das Notwendige und Sinnvolle folgende Änderungen vorzunehmen:

1 Die Kantone erteilen den zugelassenen Einrichtungen Leistungsaufträge. Der Leistungsauftrag kann Auflagen enthalten. Leistungsspektrum und Auflagen sind Bestandteil des Leistungsauftrags.

2 Das Leistungsspektrum von Spitälern umfasst insbesondere:

- a. die Bereiche oder Teilbereiche der medizinischen Versorgung;*
- b. die Versorgungsstufen;*
- c. die Spezialitäten und Subspezialitäten;*
- d. weitere Umschreibungen wie die Nachbehandlung sowie die Bezeichnung des Umfangs des Notfalldienstes.*

3 Das Leistungsspektrum der Pflegeheime ist nach Pflegebedarfsstufen definiert.

4 Der Leistungsauftrag für Einrichtungen, die aufgrund einer leistungsorientierten Planung zugelassen sind, enthält zusätzlich die Regelung der Mengensteuerung.

Im Kommentar sollte präzisiert werden, dass die Auflagen gemäss Abs. 5 auch in Leistungsverträgen geregelt werden können.

5 Auflagen nach Absatz 1 können insbesondere folgende Punkte beinhalten:

- a. die Aufnahmepflicht aller Personen unabhängig von ihrem Versicherungsschutz unter Tarifschutz und ohne Zusatzkosten;*
- b. den Notfalldienst;*
- c. die Aus- und Weiterbildung von medizinischem, therapeutischem und pflegerischem Personal;*
- d. den Ausweis der Wirtschaftlichkeit;*
- e. die Qualitätssicherungsmassnahmen.*
- f. Datenlieferungs- und Transparenzpflichten*
- g. Zweckbindung und Verwendung von Mitteln*
- h. Bestimmungen zur Mengensteuerung über Regeln zu den Tarifen oder Beschränkungen der Kapazitäten.*

6 Eine allfällige Aufnahmepflicht der Spitäler für versicherte Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Spitals ist nach Artikel 41a Absatz 2 des Gesetzes im Leistungsauftrag verankert. (redundant, da gesetzlich hinreichend geregelt)

7 Zur Koordination der kantonalen Planungen oder im Rahmen der gemeinsamen Planungen können mehrere Kantone gemeinsam Leistungsaufträge erteilen. (redundant, da gesetzlich hinreichend geregelt)

Art. 58h Überprüfung der Planung: Zustimmung. Allenfalls kann der zweite Satz gestrichen werden, da ohne regulatorischen Mehrwert.

Die Kantone überprüfen ihre Planungen periodisch. Die Spitallisten und Leistungsaufträge werden aufgrund der Planung angepasst.

2. Kapitel: Rechnungsstellung

Art. 59 Abs. 1^{bis} und 3: Die Frist in Abs. 1^{bis} ist zu kurz bemessen. Zustimmung zu Abs. 3.

1^{bis} Der Versicherer muss alle diagnosebezogenen Daten 30 Tage nach erfolgter Rechnungs-kontrolle löschen.

3 Er muss für die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen zwei getrennte Rechnungen erstellen.

Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen: Die Tarifverträge sind, werden sie kantonal vereinbart, durch die Kantonsregierungen zu genehmigen. Der Bundesrat genehmigt die Tarifstrukturen (Art 49 Abs. 2 letzter Satz). Nach Art. 46 Abs. 4 KVG genehmigt er überdies Tarifverträge,



welche gesamtschweizerisch gelten sollen. Nach unserem Dafürhalten ist der Begriff "Tarifstruktur" klar vom Begriff "Tarifvertrag" zu unterscheiden. Letzterer beinhaltet, basierend auf der Tarifstruktur, die verhandelten Tarife. Eine andere Interpretation des BAG wäre geeignet, Verwirrung und Rechtsunsicherheit zu stiften.

Bst. b: Qualität ist nicht im Rahmen der Einführung von SwissDRG zu gewährleisten, sondern über Art. 77 KVV auf Verordnungsebene zu regeln.

Bst. c: Prognosen sind ohnehin sehr schwierig; eine gar auf den OKP-Bereich sowie auf vor- und nachgelagerte Bereiche beschränkte Prognose ist unmöglich und deshalb nicht sinnvoll.

1 Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat des Tarifvertrags die Tarifstruktur, welcher die einheitliche Tarifstruktur und auch die Anwendungsmodalitäten des Tarifs enthält, nach den Artikeln 46 Absatz 4 und Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes zur Genehmigung vorlegen. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen Unterlagen eingereicht werden, namentlich über:

a. Berechnungsgrundlagen und -methode;

b. Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung;

c. Prognosen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, sowie für die vor- und nachgelagerten Bereiche.

Abs. 2: Anpassung der Tarifstruktur. Das Kodierungshandbuch und das Konzept zur Kodierrevision müssen nicht vom Bundesrat verabschiedet werden.

2 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung müssen ergänzende Unterlagen über die Kriterien zur Bestimmung der zur Ermittlung der Tarifstruktur beigezogenen Referenzspitäler und über die Kodierung beigelegt werden.

Abs. 3: Der laufende Unterhalt der Tarifstruktur (einzelne Positionen) und leichte Anpassungen der Anwendungsmodalitäten sollten ohne vorherige Genehmigung durch den Bundesrat möglich sein. Der Bundesrat soll sich verpflichten, innerhalb von 4 Monaten zu entscheiden.

3 Werden namentlich die Tarifstruktur oder die Anwendungsmodalitäten des Tarifs wesentlich angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Tarifvertrag die Tarifstruktur erneut zur Genehmigung vorlegen. Dieser entscheidet innert 4 Monaten.

Abs. 4: Die Differenzierung der Tarife nach Art und Intensität der Behandlung ist im akuten Bereich sinnvoll, kann aber evtl. in der Psychiatrie und Rehabilitation nicht erfüllt werden.

4 Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss im Falle eines Patienten-Klassifikationssystems vom Typus DRG eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.

Art. 59e Fallbeitrag: Die Genehmigung des Fallbeitrags durch den Bundesrat ist durch das Gesetz nicht vorgesehen. Vorschlag: Informationspflicht mit Tätigkeitsbericht.

1 Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so informieren die Tarifpartner den Bundesrat über den entsprechenden Betrag zusammen mit dem Tätigkeitsprofil der Organisation und einem Budget.

2 Die Regelung nach Abs. 1 gilt sinngemäss für Anpassungen des Fallbeitrags. Die relevanten Unterlagen sind ein Tätigkeitsbericht und eine Jahresrechnung der Organisation.

1 Soll ein Fallbeitrag nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes erhoben werden, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den entsprechenden Betrag zur Genehmigung unterbreiten. Dem Gesuch ist ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.



~~2 Wird der Fallbeitrag angepasst, so müssen die Tarifpartner dem Bundesrat den Fallbeitrag erneut zur Genehmigung unterbreiten.~~

~~3 Für die Aufteilung der Finanzierung des Fallbeitrags gilt Artikel 49a Absatz 1 und 2 des Gesetzes sinngemäss.~~

Art. 77 KVV Qualitätssicherung:

Die Gesetzesänderung zu Art. 39 Abs. 3^{ter} und Art. 49 Abs. 8 KVG-r lassen eine Änderung von Art. 77 KVV als notwendig erscheinen. Insbesondere sind die Zuständigkeiten anzupassen. Damit wird auch dem Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates entsprochen, welche dem Bund ebenfalls eine grössere Verantwortung in der Qualitätssicherung zuweist. Wir unterbreiten Ihnen nachfolgenden Regelungsvorschlag unter dem expliziten Hinweis, dass es sich dabei um die einheitlich und minimal anwendbaren Qualitätsanforderungen geht. Indes soll es den Kantonen unbenommen sein, über den Mindeststandard hinaus weitere Massnahmen vorzusehen, um die Qualität sicherzustellen. Dies ist insbesondere zentral, um weiteren Verzögerungen in der Qualitätssicherung vorzubeugen. Wir bitten Sie, neben den nachstehenden Änderungen auch diesen Grundsatz im Kommentar aufzunehmen.

~~1 Zusammen mit dem Bund und den Kantonen erarbeiten die Leistungserbringer und den Versicherern oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die gesamtschweizerisch anwendbaren Anforderungen an die Qualität der Leistungen, ihre Messung und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.~~

~~2 Können sie sich nicht einigen, beschliesst der Bund zusammen mit den Kantonen über die durchzuführenden Massnahmen zur Ermittlung der medizinischen Ergebnisqualität gemäss Art. 49 Abs. 8 des Gesetzes.~~

~~3 Bund und Kantone regeln die Verwendung der Qualitätsindikatoren und -messungen in Funktion ihrer Verlässlichkeit und Aussagekraft. Wird die Qualitätsmessung in Verträgen vereinbart, so sind die Vertragsparteien verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.~~

~~3 In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.~~

~~4 Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.~~

Übergangsbestimmungen: Zustimmung zu Abs. 1 und 2

~~1 Die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 des Gesetzes muss ihre Tätigkeit spätestens am 31. Januar 2009 aufnehmen. Die Tarifpartner und die Kantone müssen den Bundesrat über das Datum des Beginns der Tätigkeit der Organisation in Kenntnis setzen und ihm die Statuten der Organisation übermitteln.~~

~~2 Beschliessen die Tarifpartner und die Kantone das Einsetzen von mehr als einer Organisation für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen in sämtlichen stationären Spitalbereichen sowie im Bereich der Geburtshäuser, so haben sie den Bundesrat darüber zu informieren. Die eingesetzten Organisationen müssen ihre Tätigkeiten koordinieren. Namentlich sorgen die Tarifpartner für die Koordination der Begleitmassnahmen nach Absatz 3. Absatz 1 gilt sinngemäss.~~

Abs. 3: Analoge Anmerkung wie zu Art. 59d Abs. 1: Der Bundesrat genehmigt die Tarifstrukturen (Art 49 Abs. 2 letzter Satz). Der Termin vom 30. Juni 2009 ist für den akut-somatischen Bereich zu früh, für alle anderen Bereiche illusorisch.

~~3 Das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags der Tarifstruktur nach Artikel 59d für den akut-somatischen Bereich muss dem Bundesrat spätestens am 30. Juni 31. Dezember~~



2009 vorgelegt werden. ~~Der Tarifvertrag~~ Die Tarifstruktur muss (zusätzlich zur ~~einheitlichen Tarifstruktur~~ und zu den Anwendungsmodalitäten des Tarifs) einen gemeinsamen Vorschlag der Tarifpartner über die zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen enthalten, namentlich Massnahmen zur Kostenkontrolle und -steuerung.

Abs. 4: Analoge Anmerkung wie zu Art. 59e

~~4 Die Tarifpartner müssen dem~~ den Bundesrat über den Betrag des Fallbeitrags nach Artikel 59e spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch nach Absatz 3 informieren. ~~zur Genehmigung vorlegen.~~

Abs. 5: Neu zur Einführung der revidierten Bestimmung zur Qualitätssicherung (Art. 77):

5 Bis zur Umsetzung von Art. 77 können die Kantone in Erfüllung der Anforderungen nach Art. 39 Abs. 2ter des Gesetzes die Qualität nach den verfügbaren Kriterien beurteilen.

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Anmerkung zum Kommentar: Im Kommentar wird richtigerweise festgestellt, dass die Einführung der neuen Finanzierungsregelung auf den 31.12.2011 abgeschlossen sein muss. Wir stellen fest, dass aufgrund von Abs. 4 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Revision Spitalfinanzierung bis dann die heutige Finanzierungsregelung gilt.



2 Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL)

2.1 Anmerkungen zu den allgemeinen Erläuterungen: II Revision der Verordnung

ad 2. Investitionen:

1) Auf Verordnungsstufe sollten nicht nur die Anforderungen an die Anlagebuchhaltung beschrieben, sondern auch die Anrechenbarkeit der Aufwendungen im Rahmen der Tarifberechnungen festgelegt werden. Als anrechenbare Anlagekosten gelten Abschreibungen und kalkulatorische Zinsen für das gebundene Anlagevermögen. Dieser Grundsatz sollte in der KVV festgehalten werden.

2) Die vorgeschlagenen Regelungen sind zwar dicht, doch lassen sie wesentliche Fragen offen, so etwa die Höhe der kalkulatorischen Zinsen, Bewertung der Anlagen und das Abschreibungsverfahren, so dass die Vergleichbarkeit der Investitionskosten nicht gewährleistet ist. Auch sind nicht alle vorgeschlagenen Bestimmungen umsetzbar oder sinnvoll (z.B. Anschaffungs- und Wiederbeschaffungswert für jede Anlage, Anlagekategorien nach Amortisationsdauer statt nach Art der Anlage).

3) Wir sprechen uns deshalb dafür aus, die VKL an die Empfehlungen von H+ mit den entsprechenden Kategorien und Regeln anzulehnen.

Jedoch sind die Empfehlungen von H+ nicht in allen Fällen für tarifliche Zwecke anwendbar. Insbesondere sind unter anderen folgende Vorbehalte anzubringen und im Rahmen der unten vorgeschlagenen Norminvestitionskostenkalkulation zu korrigieren:

- Gemäss Rekole sind die Abschreibungssätze entsprechend dem Vorsichtsprinzip hoch (kurze Abschreibungsdauer), und Abschreibungen unter null vorgesehen. Dies würde zu einer zu hohen Vergütung führen.
- Die Bewertung des Grundstücks zwecks Abgeltung der Kapitalkosten mittels kalkulatorischen Zinsen könnte aufgrund von Bewertungsschwierigkeiten zu einer ungerechtfertigt hohen Abgeltung führen und ist für tarifliche Zwecke vertieft zu prüfen.
- In den Empfehlungen zur Anlagebuchhaltung fehlt die Regelung zur Umlage auf die Kostenträger und damit die separate Ausscheidung der Investitionskosten für stationäre Leistungen, welche zulasten des KVG erbracht werden.

Angesichts der offenen tarifrelevanten Fragen regen wir an, die Richtlinien von H+ noch von einem Experten auf ihre Kompatibilität mit den Fachempfehlungen zur Rechnungslegung von SwissGAAP FER zu beurteilen sind.

4) Wenn alle Investitionen anrechenbar sind, befürchten wir sowohl zu hohe als auch zu tiefe Abgeltungen über das KVG:

- a) zu hohe Abgeltungen, wenn jede beliebige Investition als Kosten zulasten des KVG geltend gemacht werden kann.
- b) zu tiefe Abgeltungen, wenn die Abschreibungen per 1.1.2012 nicht vollständig ermittelt werden können, weil entsprechende Empfehlungen nicht umgesetzt oder nicht umsetzbar sind (fehlende Datenaufbewahrungspflicht).

Auch deshalb erachten wir eine Kalkulation der Norminvestitionskosten als angezeigt. Zu diesem Zweck ist es notwendig, ein Projekt von BAG und GDK zusammen mit den Leistungserbringern und den Versicherern zu initiieren.



5) Wir stimmen mit dem BAG überein, dass Miet- und Abzahlungsgeschäfte als Betriebskosten zu erfassen und daher nicht Teil der Anlagebuchhaltung sind¹. Werden diese Kosten jedoch nicht mehr als Investitions-, sondern als **Anlagenutzungskosten** verbucht, sollte sichergestellt sein, dass im Rahmen von Betriebsvergleichen die Betriebskosten keine Anlagenutzungskosten enthalten und diese zusammen mit den Investitionen betrachtet werden, damit die Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

6) Das Parlament hat den Bundesrat beauftragt, das Verfahren zu bestimmen, nach dem die vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung getätigten Investitionen in die Tarifberechnung einbezogen werden.

Dazu sind die Ausführungen von NR Humbel-Näf vom 22.3.2007 relevant (Hervorhebungen GDK):

Humbel Näf Ruth (C, AG), für die Kommission: "Ich bitte Sie, bei Artikel 49 Absätze 2 und 3 der Kommissionsmehrheit zu folgen. Es ist eine Frage des Konzepts. Die Kommissionsmehrheit will, dass Investitionen in den Fallpauschalen einberechnet sind und dass **Kostenvergleiche auf der Grundlage der Vollkosten angestellt werden können**. Dass es keine einfache Sache ist, **die Investitionskosten zu kapitalisieren**, das wissen wir. Deshalb hat der Bundesrat den Auftrag, hiezu Bestimmungen zu erlassen. Ich möchte Sie aber darauf hinweisen, dass das heute in Privatkliniken auf den Spitalisten schon der Fall ist. Privatkliniken, die auf den kantonalen Spitalisten figurieren, verrechnen ihre vollen Kosten inklusive Investitionen zulasten der Krankenversicherer; das muss also heute schon bezahlt werden. Es ist deshalb eine Frage der Systemgerechtigkeit, dass alle Patienten in den Spitälern, die auf den Spitalisten aufgeführt sind, gleiche Bedingungen haben und gleichermassen von der öffentlichen Hand, von den Kantonen und von den Versicherern mitfinanziert werden."

Es geht also nicht um eine unterschiedliche Berücksichtigung je nach Stand der Anlagen, wie dies aus der Übergangsbestimmung geschlossen werden könnte, sondern um eine Kapitalisierung der Investitionskosten. Aus unternehmerischer Sicht kann diese Kapitalisierung nicht auf dem jeweiligen Zeitwert bzw. Buchwert erfolgen, sondern muss auf dem **indexierten Anschaffungs- oder dem Wiederbeschaffungswert basieren**. Nur dieses Vorgehen ermöglicht eine Investitionspolitik auf Basis der vollständig kapitalisierten Investitionskosten.

7) In der VKL sollte auch festgehalten werden, so dass nur der Investitionskostenanteil berücksichtigt wird, welcher für **stationäre Leistungen zulasten des KVG** anrechenbar ist.

8) Die Firma Keller Unternehmensberatung hat festgestellt, dass der Stand der Anlagebuchhaltungen höchst unterschiedlich ist und diese nicht vergleichbar sind. Es ist zu bezweifeln, dass bis zur Einführung der neuen Finanzierungsregelung in allen Spitälern und Kliniken einheitliche und vergleichbare Anlagebuchhaltungen vorliegen, die als Basis für die Vergütung der Investitionskosten herangezogen werden können. Auch dieser Umstand spricht für die unter 4) vorgeschlagene Kalkulation von Norminvestitionskosten.

Wir beantragen Ihnen somit, die Bestimmungen zur VKL eng an die Empfehlungen von H+ zur Anlagebuchhaltung im Spital, welche Bestandteil von REKOLE sind, anzulehnen bzw. explizit auf diese zu verweisen.

Während des Übergangs zur neuen Regelung sind höchst unterschiedliche Ausweise über die Investitionskosten zu erwarten.

Um eine realistische Bewertung der Investitionskosten zu ermöglichen, halten wir zumindest während der Einführungsphase eine Kalkulation von Norminvestitionskosten auf Basis geeigneter Referenzbetriebe für unabdingbar.

¹ In den Empfehlungen von H+ wird nur mit Blick auf die heute geltende VKL empfohlen, die Miet- und Leasinggeschäfte ebenfalls in die Anlagebuchhaltung aufzunehmen.



ad 4. Gemeinwirtschaftliche Leistungen:

Aufnahmepflichten der Spitäler werden in den Erläuterungen als gemeinwirtschaftliche Leistungen aufgeführt. Sie sind aber als solche nicht unter Art. 49 Abs. 3 KVG-r erwähnt, sondern wurden im Lauf der Beratung an dieser Stelle gestrichen. Deshalb dürfen sie auch im Kommentar zur VKL nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen erwähnt werden. Die Aufnahmepflicht soll jedoch Teil des kantonalen Leistungsauftrags sein und ist richtigerweise in der KVV geregelt.

ad 5. Lehre und Forschung

Wir sind mit dem Passus in den Erläuterungen einverstanden, wonach die universitäre Lehre mit dem eidgenössischen Diplom endet. Bei der Weiterbildung handelt es sich somit nicht um universitäre Lehre.

Hingegen sind wir mit den Erläuterungen und der darin enthaltenen Interpretation des Willens des Gesetzgebers nicht einverstanden. Diese Interpretation legt den irrigen Schluss nahe, dass die Kosten für nicht universitäre Lehre aus den anrechenbaren Kosten ausgeschieden werden müssten. Darüber hinaus öffnet folgender Satz in Ziffer III (Kommentar zu Art. 7) Tür und Tor für Missverständnisse und Streitigkeiten: *"Je nach Art der Weiterbildung sind diese letzten Kosten für den Betrieb des Spitals erforderlich und können die leistungsbezogenen Pauschalen einfließen."* Natürlich kann immer behauptet werden, dass es für den Spitalbetrieb nicht erforderlich sei, Personal weiterzubilden. Auf Basis dieses Kommentars könnten jegliche Kosten aus der Weiterbildung als nicht anrechenbar bestritten werden.

Aus dem Wortlaut des Gesetzes selber ergibt sich jedoch folgende Sicht:

- Heute sind Betriebskosten aus Lehre und Forschung gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG nicht anrechenbar.
- Gemäss revidiertem KVG sind nur noch universitäre Lehre und Forschung nicht anrechenbar (Art. 49 Abs. 3 KVG-r).
- Daraus folgt ex contrario, dass die Betriebskosten für die nicht-universitäre Lehre neu anrechenbare Kosten sind.

Zur Motivation für den weiterhin bestehenden Ausschluss universitärer Lehre hat die Kommissionssprecherin im Ständerat am 8.3.06 erklärt, dass es darum gehe, die Vergleichbarkeit der Kosten und Leistungen zu garantieren:

Brunner Christiane (S, GE), pour la commission: (...) "Quant à la recherche et à la formation universitaire, elles sont déjà maintenant souvent comptabilisées séparément et personne ne semble contester le fait que ces domaines ne doivent pas entrer dans le calcul du forfait lié aux prestations. C'est pourquoi, par 9 voix contre 2, la commission vous propose d'exclure ces prestations d'intérêt général du calcul du coût du tarif hospitalier, de telle manière à ce que les comparaisons puissent être effectuées avec des prestations comparables."

Die im Kommentar zur VKL-Änderung nahegelegte Schlussfolgerung, dass es deshalb genauso der Wille des Gesetzgebers sei, die nicht universitäre Lehre von der Anrechenbarkeit auszuschliessen und Abgeltung der Vollkosten für die Weiterbildung von einem betrieblichen Bedarf abhängig zu machen, ist u.E. aus drei Gründen nicht zulässig:

1. In den Materialien haben wir keinen solchen Hinweis gefunden. Wir können uns nicht vorstellen, dass das Parlament immer von universitärer Lehre gesprochen haben sollte, wenn genauso die nicht universitäre Lehre und Weiterbildung gemeint gewesen sein sollte.
2. Wenn während der Debatte, wie in den Erläuterungen festgehalten, erwähnt wurde, dass die Kosten der nicht universitären Aus- und Weiterbildung Sache der Spitäler und Schulen sei und die Kosten wie in anderen Bereichen üblich in die Kosten der betroffenen Spitäler einfließen sollten, dann heisst dies gerade, dass diese Kosten



anrechenbar sein sollen. Daher ist es zwingend, dass das "Einfließen in die Kosten" bedeutet, dass diese über das KVG abgerechnet werden können.

3. Die nicht-universitäre Ausbildung gereicht den Spitälern nur dann zum Wettbewerbsnachteil, wenn die entsprechenden Kosten nicht anrechenbar sind. Gemäss VKL müssen die Vollkosten die Aus- und Weiterbildung separat ausgewiesen werden (direkte und indirekte Kosten). Der Betriebsvergleich muss auf den relevanten und vergleichbaren Vollkosten basieren. Weitere Kostenkomponenten können ohne Weiteres zugeschlagen werden.

Wir bitten Sie, auf die verwirrende und unseres Erachtens nicht zulässige Interpretation des Willens des Gesetzgebers in den Erläuterungen zu verzichten.

Darüber hinaus ist eine entsprechende Klärung in oben genanntem Sinn vorzunehmen.

2.2 Anmerkungen zu den einzelnen Artikeln

Gewünschte Anpassungen sind im kursiv gesetzten Wortlaut unterstrichen (Ergänzung) bzw. durchgestrichen.

Die nachfolgenden Anmerkungen beziehen sich auf die einzelnen Artikel. Wir verzichten jedoch auf eine Kommentierung der Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln. Diese müssten nach Massgabe der aufgenommenen Anträge ebenfalls überarbeitet werden.

Art. 1 Abs. 2: einverstanden

Sie gilt für die nach Artikel 39 des Gesetzes zugelassenen Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime.

Art. 2 Abs. 1 Bst. a, c und g: (Bst. b, d, e und f unverändert) einverstanden mit redaktionellen Anpassungen.

1 Die Ermittlung der Kosten und die Erfassung der Leistungen muss so erfolgen, dass damit die Grundlagen geschaffen werden für:

- a. die Unterscheidung der Leistungen und der Kosten zwischen der stationären, der ambulanten und der Langzeitbehandlung;*
- c. die Bestimmung der Leistungen und der Kosten im Geburtshaus zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ~~im Geburtshaus~~;*
- g. die Ausscheidung der nicht zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbrachten Kosten und Leistungen.*

Art. 3 Stationäre Behandlung: Die Regelung ist zu vereinfachen. Bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden braucht es nicht noch den Zusatz betreffend Bettenbenützung. Die Regelung ist auch nicht im Pflegeheim anwendbar.

Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes gelten Aufenthalte:

- a. im Spital, im Geburtshaus ~~und im Pflegeheim~~ von mindestens 24 Stunden, ~~bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird~~;*
- b. im Spital und im Geburtshaus von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;*
- c. im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;*
- d. im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;*
- e. bei Todesfällen.*



Art. 3bis (neu) Falldefinition: Des Weiteren ist vorzusehen, dass im akut-stationären Bereich die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes, d.h. das Case Mix Office, ergänzend zu Art. 3 eine detailliertere Falldefinition vornehmen kann.

3^{bis} Die Organisation nach Art. 49 Abs. 2 des Gesetzes kann für die akut-stationäre Versorgung eine Falldefinition vornehmen, welche im Rahmen der massgeblichen Tarifverträge anwendbar ist.

Art. 4: einverstanden (Aufhebung des Artikels zur teilstationären Behandlung)

Aufgehoben

Art. 5 Ambulante Behandlung: einverstanden

Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 6 des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

Art. 6 Langzeitbehandlung: einverstanden

Als Langzeitbehandlung nach den Artikeln 49 Absatz 4 und 50 des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital oder im Pflegeheim, ohne dass nach medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege oder eine medizinische Rehabilitation im Spital erforderlich ist.

Art. 7 Kosten für Forschung und universitäre Lehre und Forschung: In der VKL sind auf Basis der neuen Gesetzesgrundlage nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG-r nur noch die Kosten für Forschung und universitäre Lehre zu regeln. Der Titel (oben) ist entsprechend anzupassen und die Absätze 2 und 3 zu streichen.

¹ Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden der universitären Medizinalberufe bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms.

² Als Kosten für die im Spital erbrachten Leistungen der nicht universitären Lehre gelten Aufwendungen für:

a. die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals;

b. die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung des Personals medizinisch-technischer und medizinisch-therapeutischer Fachbereiche sowie der übrigen Spitalberufe.

³ Als Kosten für die im Spital erbrachten Leistungen der nachuniversitären Lehre gelten Aufwendungen für

a. die Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen bis zum Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels;

b. die Weiterbildung des übrigen medizinischen akademischen Personals.

⁴ Als Kosten für die Forschung nach Artikel 49 Absatz 3 des Gesetzes gelten Aufwendungen für systematische schöpferische Arbeiten und experimentelle Entwicklung zwecks Erweiterung des Kenntnisstandes sowie deren Verwendung mit dem Ziel, neue Anwendungsmöglichkeiten zu finden, namentlich Projekte, die zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

⁵ Als Kosten für Forschung und universitäre Lehre und Forschung gelten auch indirekte Kosten sowie Aufwendungen, die durch von Dritten finanzierte Lehr- und Forschungstätigkeiten verursacht werden.

Art. 8 Investitionen:

Einverstanden mit der Aktivierungsgrenze bei 10'000 CHF. Ergänzung gemäss heutiger Regelung. Die Berücksichtigung von Miet- und Abzahlungsgeschäften ist Voraussetzung dafür, dass die Vergleichbarkeit der Anlagekostengewährleistet ist. Zumindest sollte in der KLV gewährleistet sein, dass diese Aufwendungen separat ausgewiesen werden.



Als Investitionen im Sinne von Artikel 49 Absatz 7 des Gesetzes gelten Mobilien, Immobilien und sonstige Anlagen, die zur Erfüllung des Leistungsauftrages nach Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e des Gesetzes notwendig sind und einen Anschaffungswert von mehr als 10 000 Franken haben. Dazu gehören neben den Kaufgeschäften sämtliche Miet- und Abzahlungsgeschäfte, welche als Anlagenutzungskosten separat ausgewiesen werden.

Art. 9 Abs. 1: einverstanden (neu: Geburtshäuser)

¹ *Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime müssen eine Kostenrechnung führen, in der die Kosten nach dem Leistungsort und dem Leistungsbezug sachgerecht ausgewiesen werden.*

Art. 10 Sachüberschrift sowie Abs. 1 und 3: In Abs. 3 ist zu präzisieren, inwiefern die Grundsätze zur Anlagebuchhaltung im Spital von H+, welche Bestandteil von REKOLE sind, verbindliche Grundlage für die Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzen sind. Ohne diese klare Empfehlung sind die Anlagebuchhaltungen nicht vergleichbar und für die Ermittlung der anrechenbaren Investitionskosten nicht nutzbar. Dennoch wird es auf dieser Basis manueller Anpassungen bedürfen, um Korrekturen für tarifliche Zwecke vorzunehmen. Dies erfolgt im Rahmen der vorgeschlagenen Norminvestitionskostenrechnung.

Anforderungen an Spitäler und Geburtshäuser

¹ *Die Spitäler und die Geburtshäuser müssen eine Finanzbuchhaltung führen. Grundlage ist die Nomenklatur des Kontenrahmens von H+ Die Spitäler der Schweiz. Das Departement legt die gültige Version fest und sieht eine Einführungsfrist von zwei Jahren vor.*

³ *Zur Ermittlung der Kosten für die Anlagenutzung müssen die Spitäler und Geburtshäuser eine Anlagebuchhaltung führen. Grundlage sind die Empfehlungen von H+ zur den Grundsätzen zur Anlagebuchhaltung im Spital. Das Departement legt die gültige Version fest und sieht eine Einführungsfrist von zwei Jahren vor.*

Art. 10a Erfassung der Anlagen in der Anlagebuchhaltung von Spitälern und Geburtshäusern: Die Anlagekategorien sollten mit den Empfehlungen von H+ übereinstimmen. In diesem Sinne ist es sinnvoll, auf die nachstehenden Bestimmungen zu verzichten.

⁴ *~~Die Anlagen werden in der Anlagebuchhaltung erfasst in den Anlagekategorien:~~*

- ~~a. Grundstücke, Bauten und Bauteile;~~*
- ~~b. technische Anlagen, Maschinen und Geräte.~~*

² *~~Die Anlagekategorien werden weiter unterteilt, wenn die unterschiedliche Nutzungsdauer der Anlagegegenstände dies erfordert.~~*

³ *~~Bezüglich Nutzungsdauer der Grundstücke, Bauten und Bauteile sowie der Maschinen und Geräte wird unterschieden zwischen:~~*

- ~~a. Daueranlagen;~~*
- ~~b. langfristigen Anlagen und Anlageteilen (mehr als 30 Jahre);~~*
- ~~c. mittelfristigen Anlagen und Anlageteilen (15–30 Jahre);~~*
- ~~d. kurzfristigen Anlagen und Anlageteilen (3–15 Jahre).~~*

⁴ *~~Die Einteilung der Nutzungsdauer von medizinisch-technischen und elektronischen Anlagen in die Kategorien nach Absatz 3 richtet sich nach der vorgesehenen Nutzungsdauer in Jahren.~~*

Art. 10b Angaben der Spitäler und Geburtshäuser:

Zu Bst. c und d: Die kumulative Anforderung, den Anschaffungswert und den Wiederbeschaffungswert auszuweisen, ist nicht sinnvoll bzw. unmöglich. Eine Anlehnung an die Empfehlungen von H+ scheint uns sinnvoll. Gemäss H+ gilt:

- Wiederbeschaffungswert = Brandversicherungswert für Gebäude und allgemeine Betriebsinstallationen, mit dem Produzenten- und Importpreisindex indexierter Anschaffungswert für anlagenspezifische Installationen
- Anschaffungswert für alle übrigen Anlagekategorien.



Im Rahmen der unten beantragten Norminvestitionskostenrechnung wäre allenfalls noch zu prüfen, ob der Brandversicherungswert genügend aktuell, eine Indexierung anlagespezifischer Installationen sinnvoll und deren Anschaffungswerte verfügbar sind.

Zu Bst. e.: Es ist die jährliche Abschreibung als Basis für die anrechenbaren Investitionskosten zu verlangen.

Zu Bst. f: Wenn gemäss unserem Antrag auf die Empfehlungen von H+ abgestellt wird, erfolgt jede Abschreibung linear.

Zu Bst. g: Der kalkulatorische Zinsfuss sollte für alle Spitäler gleich hoch gesetzt werden, da das KVG keine Kreditrisikozuschläge der Banken finanzieren sollte. Der Bundesrat sollte eine einheitliche Referenzgrösse, jedoch keinen über die Zeit fixen Satz, festlegen. H+ empfiehlt den durchschnittlichen Hypothekarzinssatz des abgelaufenen Jahres für Althypotheken im 1. Rang der Kantonalbanken, wie sie im Monatsheft der SNB publiziert werden. Dies ist der tiefste Wert, der in Betracht kommen kann. Damit ist Bst. g zugunsten eines neuen Absatzes zu streichen.

1 Die Anlagebuchhaltung muss für jede Anlage mindestens die Angaben enthalten über:

- a. das Anschaffungsjahr;
- b. die geplante Nutzungsdauer in Jahren;
- c. den Anschaffungswert oder den Wiederbeschaffungswert;
- ~~d. den Wiederbeschaffungswert;~~
- e. die jährliche Abschreibung als Basis für die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu berücksichtigenden Investitionskosten für stationäre Leistungen;
- f den Stand des betriebsnotwendigen Anlagevermögens im Sinne der Betriebsbuchhaltung die Abschreibungsmodalität, falls die Abschreibung nicht linear vom Anschaffungswert erfolgt;
- ~~g. den kalkulatorischen Zinsfuss.~~

2 Das Departement legt Anfang Jahr den kalkulatorischen Zinssatz fest, der für die Dauer des ganzen Kalenderjahres anwendbar ist.

Art. 11 Sachüberschrift: einverstanden (neu: "Anforderungen an")

Anforderungen an Pflegeheime

Art. 12 Abs. 1: einverstanden (neu: Geburtshäuser)

¹ *Die Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime müssen eine Leistungsstatistik führen.*

Art. 13 Spitäler und Geburtshäuser: einverstanden (neu: Geburtshäuser)

¹ *Die Leistungsstatistik der Spitäler muss in Abstimmung mit der nach dem Anhang zur Verordnung vom 30. Juni 19932 über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes erstellten Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erstellt werden. Diese Bestimmung gilt sinngemäss für die Geburtshäuser*

² *Die Leistungsstatistik muss namentlich die Elemente Leistungsbezeichnung, Patientenbewegung, Pflegetage, Aufenthaltsdauer und geleistete Taxpunkte umfassen.*

Art. 15: einverstanden (neu: Geburtshäuser)

Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime sind verpflichtet, die Unterlagen eines Jahres ab dem 1. Mai des Folgejahres zur Einsichtnahme bereit zu halten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Genehmigungsbehörden, die fachlich zuständigen Stellen des Bundes sowie die Tarifpartner.

Übergangsbestimmung: Die vorgeschlagene Bestimmung erfüllt den Auftrag des Gesetzgebers gemäss Übergangsbestimmung Abs. 2 Bst. b nicht (Begründung s. Punkt 2.1). Sie enthält keinen regulatorischen Mehrwert, während insbesondere der Hinweis auf die aktuelle Bewer-



tung zum jeweiligen Zeitwert falsch und unbedingt zu streichen ist. Die Bestimmung wird durch den nachfolgenden Vorschlag zur Norminvestitionskostenrechnung ersetzt.

Die vor dem Übergang zur Vergütung der Spitäler mittels leistungsbezogenen Pauschalen getätigten Investitionen können in die Kostenermittlung einbezogen werden, wenn im Zeitpunkt des Übergangs die Anlage aufgrund einer aktuellen Bewertung in der Anlagebuchhaltung des Spitals erfasst ist.

Während der Einführung sind unbedingt die Leitplanken für die zu berücksichtigenden Investitionskosten über die Ermittlung der Norminvestitionskosten aufzustellen. Dazu unterbreiten wir Ihnen folgenden Antrag auf Ergänzung der Übergangsbestimmung:

Regelungsvorschlag zu den Übergangsbestimmungen:

- ¹ Das Departement des Innern (Departement) ermittelt anhand von Referenzbetrieben die Norminvestitionskosten, welche als Richtwerte den Tarifverhandlungen unterlegt werden. Es bezieht dazu die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer ein.
- ² Für akut-somatische Spitäler, akut-somatische Universitätsspitäler, Geriatrie-Spitäler, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken werden die Norminvestitionskosten je gesondert berechnet. Die Norminvestitionskosten werden als Zuschlagsatz auf den Betriebskosten ohne Anlagenutzungskosten für stationäre Leistungen nach dem Gesetz berechnet.
- ³ Die Kalkulation der Norminvestitionskosten kann einen Innovationszuschlag oder -abschlag enthalten.
- ⁴ Liegen die Resultate der Norminvestitionskostenrechnung nicht rechtzeitig vor, legt der Bundesrat spätestens Ende 2010 die befristet anwendbaren Zuschlagsätze fest.
- ⁵ Als Referenzspitäler kommen Spitäler in Frage, welche gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e auf der Spitalliste aufgeführt sind. Die Kantone, die Spitäler und die Versicherer werden bei der Auswahl der Referenzspitäler angehört.
- ⁶ Weisen die Anlagebuchhaltungen nach 4 Jahren nach erstmaliger Anwendung der Finanzierungsregelung nach Art. 49a KVG weiterhin grosse Unterschiede auf, wird die Kalkulation der Norminvestitionskosten regelmässig mindestens alle 4 Jahre wiederholt. Das Departement bestimmt, wann keine weitere Wiederholung mehr notwendig ist.

Zu Abs. 4: Diese Regelung ist wichtig, damit bei Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen sicher ein Wert, z.B. von 12% angewendet werden kann. Wenn die Investitionskosten aufgrund fehlender Grundlagen bei Einführung nicht abgegolten werden, besteht die Gefahr einer Finanzierungslücke und eines Investitionsstaus. Dieser Gefahr kann so vorgebeugt werden.

III: Zum Inkrafttreten: Es braucht eine Übergangsfrist für die Anpassung der Anlagebuchhaltungen.

Diese Änderung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die Bestimmungen zu Art. 8 bis 10b müssen bis 1.1.2012 erfüllt sein.

3 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

Wir stimmen der vorgesehenen Änderung von Art. 16 Abs. 2 KLV zu.