

Eidgenössisches Departement des Innern  
3003 Bern

[tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Bern, 2. April 2020

## **Vernehmlassung zur Änderung der KVV betreffend Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB nimmt dazu im Folgenden gerne Stellung.

### **Qualitätsanforderungen (Art. 58d, Abs. 3 und 4)**

Die Erweiterung der Anforderungen an die Qualität durch die Einführung eines neuen Artikels 59d ist ein wichtiger Schritt hin zu mehr Klarheit und Verbindlichkeit in diesem Bereich. Das gewichtigste Element der im Artikel aufgeführten Mindestanforderungen ist die "(leistungsgruppenbezogene) Dotation mit Fachpersonal" sowohl für die Spitäler (Abs. 3) als auch für die Pflegeheime (Abs. 4). Der kompetenzgerechte Einsatz von ausreichend Pflegepersonal ist empirisch erwiesenermassen einer der wichtigsten Qualitätsdeterminanten. Die Herausforderungen in diesem Bereich sind aber insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung riesig und lassen sich selbstverständlich nicht auf Verordnungsebene angehen. Ein unmittelbarer Fortschritt muss beispielsweise durch die parlamentarische Verabschiedung eines griffigen indirekten Gegenvorschlags zur Volksinitiative "Für eine starke Pflege" oder aber – im Falle einer Volksabstimmung und einer Annahme des Begehrens – eines der Initiative genügenden Umsetzungsgesetzes erzielt werden. Zentral dabei sind in beiden Fällen i) die klare Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege (was sowohl die durchschnittlich geleisteten Pensen als auch die Berufsverweildauer verlängern wird), ii) die Ausbildung im Inland einer hinreichenden Anzahl von Pflegefachpersonen sowie iii) die Definition von qualifikationsspezifischen Mindestzahlen zum Betreuungsverhältnis in den verschiedenen Pflegebereichen.

### **Mindestfallzahlen und Leistungsmengen (Art. 58f, Abs. 5 und 6)**

Die explizit in die Verordnung aufgenommene Möglichkeit, Mindestfallzahlen als Auflage in Leistungsverträge aufzunehmen, ist sehr zu begrüssen. Empirisch wurde hinlänglich nachgewiesen, dass zu tiefe Fallzahlen sowohl auf die Kosteneffizienz als auch auf die Qualität eines einzelnen Eingriffs negative Auswirkungen haben. Zu unterscheiden ist dabei allenfalls zwischen Fallzahlen pro Spital, pro operierende Person und pro Operationsteam. Sämtliche Definitionen können ihre

Berechtigung haben und sind 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 kann 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. **Der SGB schlägt deshalb vor, entweder Art. 58f, Abs. 5 oder Art. 58d, Abs. 3 um einen Buchstaben "h. Massnahmen zur Vermeidung medizinischer Überversorgung" zu erweitern.**

Als konzeptionelles Gegenstück zur Festschreibung verbindlicher Mindestfallzahlen ist auch die nähere Definition maximaler Leistungsmengen (für den akutsomatischen Bereich) sehr wichtig. Über die bereits gesetzlich gegebene Möglichkeit zur Festlegung von Globalbudgets (Art. 51 KVG) hinaus wird dabei zusätzlich die nötige Klarheit über die Zulässigkeit dieses Instruments geschaffen, wie der erläuternde Bericht ausführt.

### **Mengenbezogene Entschädigungen (Art. 58f, Abs. 7)**

Die vorgeschlagene Verschärfung der Anforderungen für kantonale Leistungsaufträge an Listenspitäler durch ein Verbot "unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme" ist sehr zu begrüßen. Den schon lange völlig zu Recht kritisierten mengenabhängigen Bonizahlungen (an behandelnde Ärzte) und "Kickbacks" (an überweisende Ärzte) kann bzw. muss so in Zukunft endlich ein Riegel geschoben werden.

Obwohl ihr Anteil seit einigen Jahren rückläufig ist, erhielten gemäss einer FMH-Umfrage im Jahr 2019 immer noch 16 Prozent der ChefärztInnen zielbezogene Boni. Diese Vergütungsform ist ganz allgemein, aber insbesondere in der öffentlichen Grundversorgung, völlig fehl am Platz: ZugführerInnen erhalten zum Glück nicht mehr Lohn, wenn sie schneller fahren, und LehrerInnen haben kein höheres Einkommen, wenn sie mehr Prüfungen ansetzen. Solche mengenabhängigen Anreize sind nicht nur falsch und teuer, sie sind gar kontraproduktiv und doppelt kostspielig. Dies lässt sich idealtypisch für zusatzversicherte Behandlungen im stationären Bereich zeigen: Weil halbprivat- bzw. privatversicherte PatientInnen finanziell attraktiv sind – für die behandelnden ÄrztInnen unter anderem aufgrund von grosszügigen Boni – sind sie systematisch Opfer von Überversorgung. Gemäss einer BAG-Studie aus dem Jahr 2016 ist innerhalb der 15 wichtigsten DRGs statistisch jeder 13. Behandlungsfall ein "Überhang", d.h. medizinisch unnötig (und potenziell sogar schädlich) und generiert damit unnötige Kosten.

Leider wird aber gerade der zuvor beschriebene Missstand mit der vorgeschlagenen Verordnungsänderung nicht angegangen. Dies angeblich deshalb, "weil Honorare der Zusatzversicherungen unter das Privatrecht fallen und sich nicht über das Krankenversicherungsgesetz regeln lassen", wie sich das BAG medial zitieren lässt. Diese Begründung ist einerseits unverständlich und andererseits falsch. Denn 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 wird. Dieser Umstand ist längst breit anerkannt, weshalb es nicht sein kann, dass die dogmatische Unterscheidung zwischen VVG und KVG abermals als Vorwand genommen wird, um die reglementarische und gesetzliche Untätigkeit im Bereich der Zusatzversicherungen – mit Sicherheit jener Bereich des Gesundheitswesens mit den höchsten und teuersten Fehlanreizen – zu rechtfertigen.

Zur Begründung des "Boniverbots" im KVG-Bereich verweist der erläuternde Bericht auf den Expertenbericht Kostendämpfung, welcher aber seinerseits an anderer Stelle explizit auch die Verhinderung missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife fordert (Massnahme 28). Der SGB hat bereits in seiner Vernehmlassungsantwort zum ersten Kostendämpfungspaket moniert, dass hierzu keinerlei Massnahmen vorgeschlagen wurden, und dies scheint sich nun mit der vorliegenden Verordnungsänderung zu wiederholen. Die Gewerkschaften fordern 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.

Abschliessend sind im Bereich der Vergütungstransparenz über die Verordnungsebene hinaus weitere Schritte nötig. Unter anderem braucht 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.

### **Bestimmungen zur Tarifiermittlung (Art. 59c und Art. 59cbis)**

Die vorgeschlagenen Bestimmungen zur Ermittlung eines Benchmarkwerts für die fallpauschalenbasierte Tarifberechnung kann der SGB in dieser Form nicht akzeptieren. So schlägt der Bundesrat vor, dass hierzu die schweregradbereinigten Fall- bzw. Tageskosten jenes Leistungserbringers ausgewählt werden sollen, der über alle Leistungserbringer gemessen höchstens dem 25. Perzentilwert entspricht.

Die Festlegung eines Benchmarkwertes durch den Bund widerspricht per se dem tarifpartnerschaftlichen Verhandlungsprimat und wird vom SGB deshalb abgelehnt. Die Definition des 25. Perzentilwerts ist aber darüber hinaus auch in seiner Grössenordnung realitätsfern. Es kann davon ausgegangen werden, dass damit der Spielraum der Tarifverhandlungen stark eingeschränkt würde, denn die Versicherer dürften künftig wohl keinem Tarif mehr zustimmen, der über diesen Wert zu liegen käme. Die vorgeschlagene Verordnungsänderung im Bereich der Tarifiermittlung beschneidet zudem die Kompetenz der Kantone, welche heute die gesetzliche Pflicht haben (und diese auch wahrnehmen), die verhandelten Tarife auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen und – ohne starre Benchmarkregelung – zu genehmigen.

Die bezifferten OKP-Minderkosten des vorgeschlagenen Systemwechsels von bis zu 250 Millionen (Tarifjahr 2019) sind letztlich proklamierte Einsparungen "mit dem Rasenmäher", die – wie so oft – vor allem das Pflegepersonal zu spüren bekommen würden. An die Stelle einer sinnvollen Versorgungssteuerung träte damit im stationären Bereich eine reine Kostensteuerung.

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken Ihnen herzlich für die Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND**



Pierre-Yves Maillard  
Präsident



Reto Wyss  
Zentralsekretär