

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herrn Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum: Bern, 2. September 2020 Direktwahl: 031 306 93 85
Ansprechpartnerin: Agnes Nienhaus E-Mail: agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Stellungnahme unimedsuisse zur Änderung der KVV betreffend die Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie die Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit der Eröffnung der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) im Bereich der Weiterentwicklung der Planungskriterien und zur Ergänzung der Grundsätze der Tarifiermittlung vom 12. Februar haben Sie den Akteuren der Gesundheitsversorgung die Möglichkeit gegeben, sich zu dieser zentralen Vorlage zu äussern. Der Verband Universitäre Medizin Schweiz unimedsuisse möchte diese Gelegenheit wahrnehmen und Ihnen seine Anmerkungen zur oben erwähnten Vorlage zusenden.

Befürwortung der Klärung der Planungskriterien mit Nachbesserungsbedarf

unimedsuisse befürwortet eine Klärung der Planungskriterien. Es ist richtig, dass die Grundlagen für die kantonalen Planungen grundsätzlich geklärt werden. Ziel ist es, die kantonalen Planungen im stationären Bereich auf einer wissenschaftlich fundierten Methodik durchzuführen und Anforderungen zu formulieren, bei denen der Nachweis erbracht ist, dass sie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erhöhen und Fehlanreize korrigieren. Es ist dabei jedoch wichtig, die Anforderungen auf nationaler Ebene nicht zu stark zu detaillieren, denn die Planung liegt in der Verantwortung der Kantone. In einzelnen Punkten erachten wir die vorgeschlagenen Anpassungen ausserdem als noch nicht ausreichend durchdacht. Wir schlagen in beiliegendem Formular entsprechende Präzisierungen zu den Planungskriterien vor, die gewährleisten sollen, dass die Planung auf wissenschaftlichen Grundlagen beruht und nicht interessengeleiteter Einflussnahme ausgesetzt wird.

Anpassungsbedarf sehen wir besonders in den folgenden Punkten:

- Verzicht auf den Einbezug ökonomischer Faktoren in die Bedarfsprognose.
- Nationale Qualitätsmessungen müssen zwingend auf einer zwischen Bund und Kantonen abgestimmten Datenstrategie für das Gesundheitswesen beruhen, welche die medizinische Behandlung, die Qualitätssicherung, die Forschung, Abgeltung und Planung wie auch die Steuerung und Aufsicht gleichermaßen berücksichtigt (siehe Positionspapier im Anhang).
- Die vorgegebenen professionellen Standards müssen validiert und anerkannt sein.
- Anwendung von Mindestfallzahlen auf spezifische Behandlungen oder eine Gruppe von Behandlungsoptionen bei einer Krankheit, nicht aber auf ganze Leistungsgruppen.
- Der Verzicht auf die Regelung von maximalen Leistungsmengen in dieser Vorlage zugunsten einer vertieften Wirkungsanalyse dieses Steuerungsinstrumentes.
- Die Pflicht der Kantone, in den Spitallisten alle Versorgungsstufen und damit auch die Endversorgung abzubilden.

Im Hinblick auf die notwendige integrierte nationale Strategie für Gesundheitsdaten im Rahmen von Registern, Kohorten und Biobanken hat unimedsuisse ein Positionspapier erarbeitet, das wir Ihnen im Anhang zukommen lassen.

Rückweisung des vorgeschlagenen Benchmarkings zur Tarifiermittlung

Mit grosser Sorge nimmt unimedsuisse hingegen von den geplanten Ergänzungen der Grundsätze zur Tarifiermittlung nach Art 59c und Art. 59c^{bis} KVV Kenntnis.

Die Einführung eines schweizweiten Kosten-Benchmarkings über alle Leistungserbringer (vom Geburtshaus bis zum Universitätsspital) in Verbindung mit dem 25. Perzentil als Benchmarking-Massstab, stellt 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 hat sich eindrücklich gezeigt, dass die Universitätsspitäler für das schweizerische Gesundheitssystem systemrelevant sind.

Seit der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 wurden laufend Verfeinerungen am System vorgenommen, um eine bessere Differenzierung der Leistungen zu erreichen. Die Weiterentwicklung stösst jedoch zunehmend an die systemimmanente Abbildungsgrenze. Eine Tarifiermittlung, welche auf einem gesamtschweizerischen Benchmarking unter allen Spitalern basiert und die Anwendung von Zu- und Abschlägen vorsieht, bürdet den Endversorgerspitälern alleine die Verantwortung dafür auf, die Abbildungsmängel der Tarifstruktur SwissDRG datenbasiert nachzuweisen; eine Aufgabe, die selbst für die SwissDRG AG bisher unlösbar ist. Schon heute sind die Leistungen der Universitätsspitäler um mehr als 200 Mio. Franken pro Jahr unterfinanziert, mit der geplanten Revision steigt dieser Fehlbetrag auf über eine halbe Milliarde Franken pro Jahr.

Um eine chronische KVG-Unterfinanzierung der Universitätsspitäler abzuwenden, darf an dem vom Bundesverwaltungsgericht vorgeschriebenen, gesamtschweizerischen Benchmarking unter beliebigen Spitalern 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.

Wir schlagen vor, das KVV so anzupassen, dass Betriebsvergleiche für den Zweck der Ermittlung von Spitaltarifen nach Art 49 Abs. 1 KVG zwischen Spitalern, die hinreichend vergleichbare Leistungen erbringen, durchzuführen sind. In jedem Fall sind zumindest für die Universitätsspitäler separate Betriebsvergleiche durchzuführen.

Sie erhalten unsere ausführlichen Anmerkungen zu den grundsätzlichen Punkten sowie zu den einzelnen Artikeln mit konkreten Anpassungsvorschlägen im Anhang.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Agnes Nienhaus
Geschäftsführerin Universitäre Medizin Schweiz

Beilagen

- Ausgefüllter Fragebogen zur KVV-Vorlage «Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung»
- Positionspapier unimedsuisse «Eine nationale Strategie für Register, Kohorten und Biobanken»

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Universitäre Medizin Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : unimedsuisse

Adresse : Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : Agnes Nienhaus

Telefon : 031 306 93 85

E-Mail : agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Datum : 2.9.2020

Wichtige Hinweise:

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	7
Weitere Vorschläge	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
unimedsuisse	In der Bedarfsermittlung soll neu die ökonomische Entwicklung als Faktor miteinbezogen werden. Aus wissenschaftlicher Perspektive ist dies nicht angemessen, da sich der medizinische Bedarf nicht von ökonomischen Faktoren herleitet und auch nicht herleiten darf.
unimedsuisse	Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bei stationären Fällen der Spitäler soll allein auf die schweregradbereinigten Kosten für stationäre Leistungen abstützen. Dies setzt voraus, dass der durch SwissDRG bestimmte Schweregrad die Komplexität der stationären Fälle durchgehend angemessen abbildet – oder dass allfällige Verzerrungen bei der Abbildung des Schweregrads bei allen Spitätern ähnlich sind. Dies ist nicht der Fall: Spitäler, die sich auf häufige Eingriffe und Behandlungen spezialisiert haben, können über schweregradbereinigte Fallkosten angemessen beurteilt werden. Spitäler mit vielen hochkomplexen Fällen und seltenen DRGs sind hingegen auf dieser Basis viel schwieriger zu beurteilen und kaum mit ersteren Spitätern zu vergleichen. Grund ist, dass trotz langjährigen Arbeiten zur Differenzierung SwissDRG nicht in der Lage ist, Fallgruppen mit geringen Fallzahlen angemessen abzubilden (siehe dazu auch die untenstehenden Anmerkungen zur Tarifiermittlung). Es ist deshalb wichtig, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die Art der Leistungen eines Spitals miteinzubeziehen bzw. Wirtschaftlichkeitsvergleiche unter vergleichbaren Spitätern durchzuführen. Entsprechende methodische Grundlagen liegen seit Jahren vor (z.B. Widmer, Ph., Spika, S., Telser H., «Leistungsbezogene Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG: Gleicher Preis für gleiche Leistung?» Olten 2015; http://www.usz.ch/news/medienmitteilungen/Seiten/F%C3%BCr-mehr-Chancengleichheit-in-der-Spitalfinanzierung.aspx)
	<p>Beurteilung der Qualität: unimedsuisse ist einverstanden, dass für die Beurteilung der Qualität Struktur und Prozessqualitätskriterien notwendig sind und befürwortet die Anforderungen, die im Rahmen der SPLG-Systematik und den damit verbundenen Anforderungen entwickelt wurden. Es ist richtig, dies im Rahmen der Klärung der Planungskriterien festzuhalten und damit die Qualität der Leistungserbringung zu stärken und einen wichtigen Schritt zur Harmonisierung zwischen den Kantonen zu vollziehen. In den folgenden Anmerkungen schlägt unimedsuisse jedoch Anpassungen in der Formulierung dieser Bestimmungen vor, um die Anforderungen transparenter zu machen und sicherzustellen, dass diese auf der Basis von medizinischer Evidenz beruhen und nicht willkürlich gesetzt werden.</p> <p>unimedsuisse anerkennt, dass bei der Beurteilung der Qualität das Vorhandensein einer minimale Personaldotation und einer angemessenen Expertise notwendig ist. Es ist jedoch zu beachten, dass die minimale Personaldotation auf die spezifische Situation der Betriebe Rücksicht nimmt und sich nicht an den standespolitischen Interessen der entsprechenden Fachgesellschaften und Berufsverbände, die ihren Beruf oder ihr Fachgebiet stärken wollen, orientiert. Ansonsten droht ein Wettrüsten verschiedener medizinischer Fachbereiche, welche einen effizienten Mitteleinsatz in Frage stellen kann.</p> <p>unimedsuisse befürwortet die Regelung, dass Spitäler sich an nationalen Qualitätsmessungen beteiligen müssen. Die Regelung birgt jedoch das Risiko, dass jeder Kanton andere Messungen als Anforderungen festlegt und somit unterschiedlichste Anforderungen je nach Kanton entstehen. In der Schweiz gibt es keine Einigung zwischen den Kantonen, welche Datenerhebungen von nationaler Bedeutung sind – im Gegenteil: gemäss Grundsatzentscheiden der GDK erachten sich die Kantone nicht als dafür zuständig, schweizweite Datenbanken im</p>

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

	<p>Gesundheitswesen mitzugestalten und mitzufinanzieren. Werden gemäss der Vorlage nun nationale Qualitätsmessungen als Mindestanforderungen für die Planung vorgegeben, so müssen die Kantone zwingend gemeinsam mit dem Bund (vor allem der Eidg. Qualitätskommission) und den Akteuren des Gesundheitswesens eine Strategie im Bereich Gesundheitsdaten erarbeiten. Diese Strategie muss festlegen, welche Qualitätsmessungen als national prioritär angesehen werden und von den Kantonen im Rahmen ihrer Planungen vorausgesetzt werden. Diese gesundheitspolitische Perspektive ist mit der Forschungsperspektive abzugleichen und so eine Gesamtstrategie für Register und Kohorten zu erstellen, die neben der gesundheitspolitischen Perspektive und der Forschung auch eine harmonisierte technische Umsetzung und eine nachhaltige Finanzierung miteinschliesst (siehe dazu das Positionspapier von unimedsuisse zu einer Registerstrategie).</p> <p>Das Kriterium der Anwendung professioneller Standards wird von unimedsuisse befürwortet unter der Voraussetzung, dass diese Standards validiert und anerkannt sind. Standespolitisch motivierte Standards, die von Fachgesellschaft einseitig herausgegeben werden, sind abzulehnen. Dabei möchte unimedsuisse auf das deutsche System der Anerkennung von Leitlinien hinweisen, welche nach einem klaren Regelwerk funktioniert und sicherstellt, dass bei der Setzung von Standards die medizinische Evidenz berücksichtigt und deren Anwendung zwischen allen beteiligten Akteuren konsolidiert ist (Prinzipien Evidenz und Konsens, siehe AWMF-Regelwerk unter: www.awmf.org).</p>
	<p>Interkantonale Koordination der Planung: Die Universitätsspitäler haben eine wichtige interkantonale Funktion, welche über die hoch spezialisierte Medizin hinaus geht und vor allem unter dem Begriff des «Endversorgers» subsumiert werden kann. Darunter fallen aber auch die Versorgung bei seltenen Krankheiten und ein grosser Teil der kindermedizinischen Versorgung. In den aktuellen kantonalen Planungen sind diese Funktionen der universitären Medizin ungenügend abgebildet. Die Lasten der universitären Versorgung, sei sie stationär oder ambulant, liegt vor allem bei den Standortkantonen, während die meisten nicht-universitären Kantone sich nur teilweise daran beteiligen. Dies wird dem Charakter der Endversorger, welche die Universitätsspitäler für die ganze Schweiz einnehmen, nicht gerecht. Entsprechend ist 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. Das in den Listen und Leistungsaufträgen festzuhaltende Leistungsspektrum muss nicht nur alle Leistungsgruppen gemäss SPLG sondern auch alle Versorgungsstufen von der Grundversorgung bis hin zur Endversorgung beinhalten.</p>
	<p>Spitalliste und Leistungsaufträge:</p> <p>Grundsätzlich liegen die Instrumente der Planung, Spitalliste und Leistungsaufträge in der Verantwortung der Kantone. Zu detaillierte Regelungen durch das KVV sind deshalb nicht angemessen. Wo die vorgeschlagenen Regelungen die bisher breit akzeptierten Anforderungen der etablierten Leistungsgruppen lediglich nachvollziehen, erscheinen uns die vorgelegten Anpassungen des KVV nachvollziehbar. Nicht angemessen ist es hingegen, in der KVV neue Anforderungen und Instrumente einzuführen, die in der Zuständigkeit der Kantone liegen. Dies betrifft vor alle die Anwendung von Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe und maximale Leistungsmengen.</p> <p>Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe verfügen über keine wissenschaftliche Grundlage. Mindestfallzahlen sind im Rahmen der Qualitätssicherung wichtig und beziehen sich dabei auf spezifische Eingriffe / Behandlungen oder die Anwendung verschiedener Behandlungsoptionen bei einer spezifischen Krankheit: Es liegt dabei aus zahlreichen Studien Evidenz vor, dass Mindestfallzahlen pro Spital zur</p>

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

	<p>Qualitätssicherung in der Leistungserbringung beitragen. Mindestfallzahlen sind entsprechend ein wichtiges Instrument, doch sie müssen sich auf spezifische Leistungen beziehen. Als planerische Grösse – angewandt für eine ganze Leistungsgruppe – lehnen wir Mindestfallzahlen ab.</p> <p>Die in der Vorlage enthaltene Auflage von maximalen Leistungsmengen ist im KVG bisher nicht vorgesehen und soll nun über eine Verordnungsänderung ohne Auftrag durch das Parlament eingeführt werden, obwohl dies in der Verantwortung der Kantone liegt. Eine solche einschneidende Neuerung bedingt eine detaillierte Wirkungsanalyse, welche die Auswirkungen auf die Planungs- und Steuerungsprozesse der Kantone und die daraus resultierenden Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung vertieft evaluiert. Der im Kommentar vorhandene Hinweis darauf, dass maximale Leistungsmengen dazu genutzt werden können, dass Kantone ausserkantonale Hospitalisierungen aus finanziellen und regionalpolitischen Gründen und nicht aus bedarfsbezogenen Planungsüberlegungen einschränken, zeigt, dass die Regelung der maximalen Leistungsmengen noch nicht ausgereift ist. Erst auf der Basis einer breiten Wirkungsanalyse kann eine differenzierte Diskussion über eine Mengensteuerung mittels maximalen Leistungsmengen stattfinden.</p>
	<p>Die Einführung eines schweizweiten Kosten-Benchmarkings über alle Leistungserbringer (vom Geburtshaus bis zum Universitätsspital) in Verbindung mit dem 25. Perzentil als Benchmarking-Massstab, stellt 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 hat sich eindrücklich gezeigt, wie wichtig die Universitätsspitäler für das schweizerische Gesundheitssystem sind.</p> <p>Es ist 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 hat und insbesondere die Mehrleistungen der Universitätsspitäler als Endversorgerspitäler nicht hinreichend abbilden kann.</p> <p>Das Bundesverwaltungsgericht stellt fest (BVGE 2014/36, E. 22.7): <i>«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 Pauschalisierung 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.»</i></p> <p>Seit der Einführung von SwissDRG im Jahr 2012 wurden laufend Verfeinerungen am System vorgenommen, um eine bessere Differenzierung der Leistungen zu erreichen. Die Weiterentwicklung stösst 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.</p>

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

Eine Tarifiermittlung, welche auf einem gesamtschweizerischen Benchmarking unter allen Spitälern basiert und die Anwendung von Zu- und Abschlägen vorsieht, bürdet den Endversorgerspitälern alleine die Verantwortung dafür auf, die Abbildungsmängel der Tarifstruktur SwissDRG datenbasiert nachzuweisen (eine Aufgabe, die selbst die SwissDRG AG bisher unlösbar ist). Wohl haben die Universitätsspitäler ein datenbasiertes Modell entwickelt, welches die leistungsbegründeten Kostenunterschiede zwischen Spitälern erklären und quantifizieren kann (siehe oben genannte Studie von Widmer, Spika und Telser unter <http://www.usz.ch/news/medienmitteilungen/Seiten/F%C3%BCr-mehr-Chancengleichheit-in-der-Spitalfinanzierung.aspx>). Dieses Modell hat 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 anstellen, ist absehbar, dass ein von allen Parteien anerkanntes Modell in absehbarer Frist nicht vorliegen wird. 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 zeigen 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 sind 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. (eds), 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, darf 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.

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

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

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	58b	1		Die ökonomische Entwicklung ist kein Faktor der Bedarfsermittlung gemäss den heute angewandten Methoden der Bedarfsermittlung. Aus der Perspektive einer wissenschaftlich erarbeiteten Bedarfsprognose ist die Ergänzung ökonomischer Faktoren entsprechend falsch. Im Gegenteil bedeutet 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 können. Damit kann die Bedarfsprognose zum Spielball politischer Überlegungen werden und verliert ihre wissenschaftliche Legitimation. Wenn ökonomische Entwicklungen effektiv zu einem Anstieg oder Rückgang der Prävalenz von einzelnen Krankheiten führen (z.B. von psychischen Erkrankungen bei einer wirtschaftlichen Krise), so ist dies unter den epidemiologischen Faktoren abgebildet.	Antrag zu Änderung Art. 58b Abs. 1: der Faktor der ökonomischen Entwicklung ist zu streichen. Neu: «Die Kantone ermitteln den Bedarf [...] Sie berücksichtigen die für die Prognose des Bedarfs relevanten Faktoren, wie die demografische, die medizintechnische <u>und die epidemiologische Entwicklung</u> ».
	58d	3	b	Zustimmung unter der Voraussetzung, dass Kantone und Bundesgremien eine Koordination der prioritären Qualitätsmessungen vornehmen und bei den Mindestanforderungen zur Beteiligung an nationalen Qualitätsmessungen auf prioritäre und nutzenbringende Datenerhebungen fokussiert wird. Ein Wildwuchs an Anforderungen zu Datenerhebungen ist nicht effizient und schafft ungleiche Rahmenbedingungen zwischen den Leistungserbringern.	

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

	58d	3	e	Die professionellen Standards müssen anerkannt und validiert sein. Dafür sind geeignete Instrumente zur Sicherung der Evidenz der Standards und zur Herstellung von Konsens zwischen den beteiligten Akteuren zu schaffen.	Textanpassung: «e. Anwendung <u>anerkannter professioneller Standards</u> »
	58d	3	f	Formulierung missverständlich: Nur die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt elektronisch, die Abgabe kann auch persönlich erfolgen.	Vorschlag zur Textanpassung: «f. Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Verordnung und <u>kontrollierte Ausgabe</u> von Arzneimitteln»
	58d	5		Zustimmung unter der Voraussetzung, dass Kantone und Bundesgremien eine Koordination der national prioritären Qualitätsmessungen vornehmen und dabei auf nutzenbringende Messungen fokussieren. Ein Wildwuchs ist nicht wirtschaftlich und schafft ungleiche Rahmenbedingungen zwischen den Leistungserbringern.	
	58d	7		Auflagen führen zu Kosten. Aus Qualitätsperspektive sind solche Auflagen allenfalls notwendig, jedoch nicht in Bezug auf die planerische Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Bei der Festlegung solcher Auflagen muss ausserdem zwingend berücksichtigt werden, dass die Auflagen kostenmässig tragbar sind.	Wirtschaftlichkeit streichen
	58f	3		Die Vollständigkeit der Leistungsaufträge bedeutet auch, dass die Endversorgung durch die Universitätsspitäler mitberücksichtigt wird. Es ist entsprechend nicht nur das Leistungsspektrum im Sinne der Leistungsgruppen gemäss SPLG abzudecken, sondern es sind auch alle Versorgungsstufen abzubilden. Im Kommentar ist dies zu präzisieren.	Textanpassung: «Die Listen halten für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum fest. Es werden für das ganze Leistungsspektrum von Spitälern und Geburtshäusern <u>sowie für alle Versorgungsstufen Leistungsaufträge erteilt.</u> »

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

	58f	5	a	Das Grundangebot muss nicht zwingend die Innere Medizin <u>und</u> die Chirurgie umfassen. Es sollte auch Grundversorgungsspitäler ohne chirurgisches Angebot geben können (z.B. mit geriatrischem Angebot).	Vorschlag zur Textanpassung: «a Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und/ <u>oder</u> Chirurgie»
	58f	5	g	Die Anwendung von Mindestfallzahlen für ganze Leistungsgruppen ist neu und hat keine wissenschaftliche Grundlage. Mindestfallzahlen sind deshalb nicht als planerische Grösse für ganze Leistungsgruppen, sondern als Instrument der Qualitätssicherung für einzelne Behandlungen oder Gruppen von Behandlungsoptionen anzuwenden.	Mindestfallzahlen sind nicht auf ganze Leistungsgruppen anzuwenden. Abs. 5 g ist entsprechend umzuformulieren. «g. Mindestfallzahlen <u>für spezifische Behandlungen oder eine Gruppe von Behandlungsvarianten</u> »
	58f	6	a und b	Maximale Leistungsmengen sind im KVG bisher nicht vorgesehen und sollen nun über eine Verordnungsänderung ohne Auftrag durch das Parlament eingeführt werden. Erst auf der Basis einer breiten Wirkungsanalyse kann eine differenzierte Diskussion über eine Mengensteuerung mittels maximalen Leistungsmengen stattfinden, die vorliegende Bestimmung ist noch ungenügend.	Abs. 6 Bst. a: soll ersatzlos gestrichen werden. Abs. 6 Bst. b: soll ersatzlos gestrichen werden.
	59c ^{bis}	1		Betriebsvergleiche für den Zweck der Ermittlung von Spitaltarifen nach Art 49 Abs. 1 KVG sind zwischen Spitälern, die hinreichend vergleichbare Leistungen erbringen, durchzuführen. In jedem Fall sind zumindest für die Universitätsspitäler separate Betriebsvergleiche durchzuführen. Dazu ist in Art. 59c ^{bis} Abs. 1 ein neuer Bst. c einzufügen.	(Neu) Art. 59c^{bis} Absatz 1 Bst. c «c. Die <u>Spitäler der Spitalgruppe K111 nach BFS- Klassifikation*</u> bilden für die Ermittlung des <u>Benchmarks gemäss Lit. a und b eine eigene Benchmark-Gruppe.</u> » * BFS, Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhaustypologie, Neuenburg 2006.
	59c ^{bis}	3		Ein Benchmark soll partnerschaftlich erfolgen. Eine einseitige Ermittlung durch die Versicherer ist abzulehnen. Im schlimmsten Falle führt jeder Versicherer seinen eigenen	streichen

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

				Benchmark durch und ermittelt eigenhändig die Zu-/Abschläge pro Leistungserbringer.	
--	--	--	--	---	--

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

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	Art. 58d 3a und 58d 4a	Im Kommentar wird unter Art. 58 Abs 3a und Abs 4a auf das Vorhandensein eines Advanced Care Plannings (ACP) hingewiesen. unimedsuisse möchte darauf hinweisen, dass das Konzept der ACP <u>ein mögliches Instrument der Behandlungsplanung unter mehreren</u> darstellt und gleichzeitig stark auf eine ambulante Beratung ausgerichtet ist. Viele Universitätsspitäler haben Behandlungsplanungen und Vorausplanungen implementiert. Die Festlegung auf ein einzelnes Instrument, das von bestimmten Fachgruppen propagiert wird und nur teilweise die Abläufe des stationären Sektors betrifft, ist nicht angemessen.	Streichen des Beispiels der ACP aus dem Kommentar

Eine nationale Strategie für Register und Kohorten

August 2020

Ausgangslage

Die Situation von Registern, Kohorten und Biobanken in der Schweiz ist auf nationaler Ebene nur teilweise klar geregelt. Die Rechtsgrundlage für die Schaffung, den Betrieb und die Finanzierung dieser Art von zentralen Infrastrukturen ist unzureichend. Infolgedessen sind Register meist das Ergebnis von Initiativen einzelner Personen. Sie können sehr unterschiedliche Ziele verfolgen, sind als Projekte sehr unterschiedlich aufgebaut und abgestützt, was zu vielen parallelen Strukturen führt.

Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) weist seit 2012 medizinische Register auf ihrer Website aus. Die auf dieser Plattform erfassten Register wurden kürzlich in einer Publikation mit dem Titel «Register in Versorgungsforschung und Qualitätssicherung»¹ beschrieben.

Bei den heute in der Schweiz vorhandenen Registern kann man folgende Hauptkategorien unterscheiden:

- Register über die öffentliche Gesundheit, in denen die Teilnahme an einem Impf- oder Vorsorgeprogramm festgehalten wird
- Medizinische Aufzeichnungen, die der Entwicklung einer Krankheit, eines medizinischen Eingriffs oder einer spezifischen Behandlung folgen
- Epidemiologische Aufzeichnungen, die sich auf den Zeitpunkt der Diagnose oder die Region der Diagnose konzentrieren
- Klinische Register für eines oder mehrere Spitäler oder Pflegeeinrichtungen
- Patientenregister betr. eine bestimmte Krankheit
- Biobanken

In Bezug auf die Datenqualität sind die heute in der Schweiz vorhandenen Register äusserst variabel. Stimmt die Datenqualität nicht, kann das Register im schlimmsten Fall nicht nur nutzlos, sondern auch potenziell gefährlich sein, da es zu falschen Schlussfolgerungen oder Entscheidungen führen kann. Ebenso ist die Vollständigkeit der Datenerhebung wesentlich, aus den gleichen Gründen wie die oben genannten Qualitätskriterien. Schliesslich bildet die Kontinuität der Datenerhebung einen entscheidenden Punkt, der hauptsächlich von einer nachhaltigen Finanzierung abhängt.

Die derzeitigen Register, Kohorten und Biobanken werden auf einer Vielzahl von technischen Plattformen betrieben, was ein Risiko für den Datenschutz und die Nachhaltigkeit des Registers darstellen kann, da einige dieser Technologien veraltet sind und vom Anbieter nicht mehr unterstützt werden, was zum Verlust des Registers führen kann. Durch den Wildwuchs an technischen Lösungen und Finanzierungsformen von Registern, Kohorten und Biobanken wird das grosse Potenzial guter Datenbanken nicht effizient genutzt.

Rechtlicher Rahmen und Finanzierung

Regulatorisch werden Datenerhebungen im Gesundheitswesen in verschiedensten rechtlichen Grundlagen behandelt (KVG, KVV oder KLV, Gesetz über das eidg. Patientendossier, Krebsregistrierungsgesetz, Transplantationsgesetz, Humanforschungsgesetz, etc.). Manche werden durch regulatorische Anforderungen vorgegeben (z.B. hochspezialisierte Medizin), andere sind im Rahmen von Qualitäts- und Effizienzmessungen (z.B. ANQ) obligatorisch. Das Krebsregistrierungsgesetz führt neu eine nationale Registrierung für onkologische Fälle ein und ermöglicht Beiträge an weitere wichtige Register.

1 Nicole Steck, Stéphanie Hostettler, Esther Kraft, et al. «Register in Versorgungsforschung und Qualitätssicherung», Schweizerische Ärztezeitung 2019; 100: 108-112.

Eine Gemeinsamkeit dieser rechtlichen Bestimmungen ist, dass die Finanzierung der notwendigen Registerinfrastrukturen nicht klar verankert wird und die notwendigen Datenstrukturen deshalb finanziell nicht langfristig gesichert werden. Auch beim Krebsregistrierungsgesetz wird nicht garantiert, dass die notwendigen Mittel für wichtige epidemiologische Register langfristig zur Verfügung stehen. Dasselbe gilt auch für verschiedene gesundheitspolitische Berichte zur datengestützten Steuerung im Gesundheitswesen² und zur Erhöhung der Transparenz und zur Stärkung der Qualitätsentwicklung.³ Den meisten gesundheitspolitischen Neuerungen gemeinsam ist, dass sie auf bestehende Datenbanken zugreifen oder neue Datenlieferungspflichten schaffen wollen, die Kosten von Infrastruktur und Erhebung und deren Finanzierung aber nicht thematisieren.

Im Bereich der Forschung ist die Finanzierungssituation wiederum unterschiedlich: Eine Reihe von Kohorten werden vom Nationalfonds unterstützt, wobei auch hier die langfristige Finanzierung nicht immer gegeben ist. Die aktuelle Roadmap des SBFI zur Finanzierung von Forschungsinfrastrukturen,⁴ und die BFI-Botschaft 2021–2024⁵ adressieren die damit verbundenen Fragen und enthalten Empfehlungen zur Schaffung und Unterstützung von Forschungsinfrastrukturen auch in der Medizin. National bedeutende Kohorten sollen dabei über den SNF dauerhaft mitfinanziert werden. Unklar bleibt dabei allerdings, nach welchen Kriterien die national bedeutenden Forschungskohorten identifiziert werden und ob dabei neben der Forschungsperspektive auch die gesundheitspolitischen Prioritäten eine Rolle spielen sollen.

In der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020–2030 wird das hohe Potenzial von Gesundheitsdaten und die Notwendigkeit der koordinierten Digitalisierung angesprochen und vorgesehen, günstige Rahmenbedingungen für die Nutzung von Gesundheitsdaten zu schaffen und das Vertrauen in die Datensicherheit zu stärken.⁶ Die im Umsetzungsplan skizzierte Stossrichtung genügt aus Sicht von unimed Suisse jedoch nicht aus, um alle Ansprüche an die Nutzung von Gesundheitsdaten unter einen Hut zu bringen: Neben regulatorischen Tätigkeiten sind unseres Erachtens seitens des Bundes auch strategische Richtungsentscheide notwendig.

Auf Bundesebene gibt es folglich viele sektorielle Projekte für den Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Datenbanken. Dies trägt zum gegenwärtigen Wildwuchs bei und steht einer Harmonisierung, einer konsistenten Datenstrategie bei den Leistungserbringern wie auch einer breiten Nutzung bereits vorhandener Daten für verschiedene Zwecke entgegen. Die Möglichkeiten der Digitalisierung hingegen zielen in eine andere Richtung: Datenerhebungen lösen sich zunehmend von partiellen Zwecken los – die Zukunft liegt darin, dass klinische Register, Kohorten und Biobanken sowie administrative Daten verknüpft werden und die gleichen Daten für verschiedene Zwecke genutzt werden (Behandlung, Qualitätsmanagement, Finanzierung, politische Planung und Steuerung, Forschung, Post-Marketing-Dokumentation, etc.). Eine politische Strategie im Umgang mit Daten, die sektoriell bleibt, wird dieser Entwicklung nicht gerecht.

Ziele für die Zukunft

Es liegt im Interesse der Gesundheitspolitik, das Potenzial von Registern, Kohorten und Biobanken gezielter zu nutzen. Register sind das einzige Instrument zur Beurteilung der Naturgeschichte von Krankheiten und der Auswirkungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auf diese Erkrankungen. Angesichts der begrenzten Ressourcen, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, und der Vielzahl der verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Verfahren ist eine effiziente, angemessene und wirtschaftliche Nutzung der Ressourcen des Gesundheitssystems unerlässlich, um seine Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Es bedarf deshalb einer gesamtheitlichen Politik in diesem Bereich, um der gegenwärtigen Heterogenität ein Ende zu setzen.

2 Dialog nationale Gesundheitspolitik, «Gesundheitsinformation für die Schweiz», Oktober 2014.

3 Bericht der Expertengruppe «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung», 24. August 2017, Massnahme 4.

4 Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI, «Schweizer Roadmap für Forschungsinfrastrukturen im Hinblick auf die BFI-Botschaft 2021-2024» (Roadmap Forschungsinfrastrukturen 2019), April 2019.

5 Botschaft zur Förderung von Bildung, Forschung und Innovation in den Jahren 2021–2024, 26. Februar 2020.

6 Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030, Dezember 2019.

Dabei sind folgende vier Ziele zu verfolgen:

- a) Formulierung einer nationalen Politik betr. Register, Kohorten und Biobanken
- b) Definition eines gemeinsamen technischen Standards, der langfristig gesichert wird
- c) Zusammenarbeit mit amtlichen Erhebungen
- d) Organisation eines harmonisierten Betriebs mit einer nachhaltigen Finanzierung

Formulierung einer nationalen Strategie betr. Register und Kohorten

Das erste Ziel besteht darin, dass der Bund eine nationale Politik für Register, Kohorten und Biobanken im Schweizerischen Gesundheitswesen formuliert. Diese Registerstrategie verfolgt das Ziel, die Datenerhebung in der Gesundheitsversorgung insgesamt zu strukturieren und Daten systematisch für die Forschung zugänglich zu machen.

Die Registerstrategie soll folgende Punkte umfassen:

- Eine gesundheitspolitische Priorisierung und Nennung der wichtigen gesundheitspolitischen Herausforderungen, auf die der Aufbau von Datenbanken und Forschungsinfrastrukturen ausgerichtet werden kann.
- Eine integrierte Sicht auf Gesundheitsdaten, welche die medizinische Behandlung, die Qualitätssicherung, Forschung, Abgeltung und staatliche Planung, Aufsicht und Steuerung gleichermassen berücksichtigt.
- In der Strategie sind die Bereiche anzugeben, in denen ein Register obligatorisch ist, und diejenigen zu nennen, in denen Registerdaten wünschenswert sind. Für obligatorische Daten sollte ein verbindlicher Mindestdatensatz definiert werden, der möglichst allen Registern gemeinsam ist. Für die wünschenswerten Bereiche können Datenerhebungen mit optionalen Variablen ergänzt werden.
- Register, Kohorten und Biobanken müssen grundsätzlichen Anforderungen an die Registerführung folgen, wie sie in den Empfehlungen zu Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern von ANQ, FMH, H+, SAMW und unimeduisse entwickelt wurden.⁷ Diese sollen die Qualität der Erhebung und Auswertung gewährleisten und sicherstellen, dass die Bedingungen für den Betrieb des Registers den gesetzlichen und regulatorischen Anforderungen entsprechen.

Definition eines gemeinsamen technischen Standards, der langfristig gesichert wird

Die IT-Plattformen, auf denen sich Register, Kohorten und Biobanken befinden, sollten auf einheitlichen Grundsätzen und Normen aufbauen, die ihre Interoperabilität ermöglichen.

In diesem Zusammenhang sollten die bestehenden grossen biomedizinischen IT-Plattformen (Basel, Zürich, Lausanne) gefördert und die mit dem Swiss Personalized Health Network (SPHN) verbundenen Möglichkeiten systematisch genutzt werden.

Nach Abschluss dieser Homogenisierungsarbeiten sollten die wenigen ausgewählten technischen Lösungen Gegenstand von Empfehlungen werden. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit der Swiss Clinical Trial Organisation SCTO und den Clinical Trial Units zu suchen.

Zusammenarbeit mit amtlichen Erhebungen

Durch Bund, Kantone und Gemeinden wird eine Vielzahl von Daten erhoben, die für die Gesundheitspolitik eine wichtige Grundlage liefern und in Kombination mit Registern einen zusätzlichen Nutzen generieren können. Es ist deshalb sinnvoll, die amtlich erhobenen Daten für die Zusammenarbeit mit Registern zugänglich zu machen. Dies betrifft etwa die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat) die Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS) und Daten der Zivilstandsämter der Gemeinden.

Mittels solcher Kooperationen können nicht nur zusätzliche Daten mit den klinischen Daten verknüpft werden. Ein grosser Gewinn liegt darin, dass dadurch Doppelerhebungen reduziert werden können und die Plausibilisierung von Daten wie auch die Auditierung der Datenqualität vereinfacht wird.

⁷ ANQ, FMH, H+, SAMW, unimeduisse «Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen Registern, Bern 2016.

Gleichzeitig ist eine Vereinfachung von Erhebungsprozessen möglich, etwa bei «Follow up-Befragungen»: Mit Angaben der Zivilstandsämter ist es möglich, Personen nach einem Wohnungswechsel zu kontaktieren und Verstorbene nicht mehr anzuschreiben.

Dem Schutz der Individuen ist bei einer Zusammenarbeit von amtlichen Erhebungen und Registern eine hohe Bedeutung beizumessen. Internationale Beispiele zeigen, dass dies möglich ist.

Organisation eines harmonisierten Betriebs mit einer nachhaltigen Finanzierung

Register und Biobanken sollen die Ausgaben des Gesundheitswesens nicht erhöhen. Die Zusammenlegung von Registern in grossen biomedizinischen IT-Plattformen sollte es ermöglichen, einen kostengünstigen Betrieb zu gewährleisten, indem die erforderlichen Ressourcen und das erforderliche Fachwissen gebündelt werden.

Die Kosten für die Infrastruktur, aber auch für die Datenerhebung bei den Leistungserbringern, sind transparent zu machen. Die Finanzierungsgrundsätze sollten einheitlich festgelegt werden und die verschiedenen Zwecke und Nutzer miteinschliessen: Die Erhebung und Verwendung von Pflichtdaten sollte vom Bund oder den Kantonen finanziert werden, während die von optionalen Daten im Zusammenhang mit Forschungsprojekten extern finanziert werden sollten.