



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Empfehlung und Argumentarium H+ zur Wirtschaftlichkeitsprüfung unter der KVG-Revision Spitalfinanzierung

7. Dezember 2012

Tarife und Preise in der sozialen Krankenversicherung beruhen auf der **Tarifautonomie der Tarifpartner** (Art. 43 KVG), Krankenversicherungen sowie Spitälern und Kliniken. Diese Tarifautonomie ist in verschiedener Hinsicht eingeschränkt (Art. 43 bis 49a KVG).

Für H+ ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung ein zentrales Element. Sie versucht, „das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Preisen (Tarifen) zu definieren“ (GDK 2012: Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Die vorliegenden Empfehlungen beruhen auf den beiden Botschaften des Bundesrates vom 18. September 2000 und 15. September 2004, den Beratungen der Eidgenössischen Räte zum Geschäft 04.061 gemäss Amtlichen Bulletin, sowie deren Schlussabstimmungstext vom 21. Dezember 2007.

Die KVG-Revision Spitalfinanzierung hat die Regeln der Tarifbildung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die **stationären Tarife** wesentlich geändert. Hervorzuheben ist die Leistungsvergütung anstatt der bisherigen Kostenerstattung. Es geht hier darum, die neue Gesetzgebung umzusetzen. H+ ist mit den bisherigen Empfehlungen des Preisüberwachers für die Baserates 2012 in Bezug auf die Methode nicht zu frieden. Deshalb wendet sich H+ mit Empfehlungen an seine Mitglieder.

H+ sieht folgenden **Prinzipien** für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

1. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf dem geltenden Recht, namentlich auf den Änderungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung.
  - 1.1. Das heisst vorher erlassene Regeln in der Verordnung sind nichtig, wenn sie dem (neuen) Gesetz widersprechen. Dies gilt insbesondere für Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV.
  - 1.2. Das heisst, dass Abzüge nach dem Kostenerstattungsprinzip nicht mehr angewandt werden dürfen, auch wenn sie nach altem KVG rechtens waren.
2. Die Spitäler und Kliniken sowie ihr Verband H+ Die Spitäler der Schweiz sind um Transparenz, um schweizweit einheitliche Methodik und deren gute Anwendung bemüht.
3. Aufteilung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in zwei Schritte:

Erster Schritt: Die Spitäler ermitteln ihre Kosten mittels REKOLE<sup>®1</sup>. Sie werten die Kostenträgerrechnungsinformationen nach Tarif- bzw. Aktivitätstypen aus, mittels dem ITAR\_K<sup>®2</sup> Instrument und ermitteln so die Benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) und abgeleitet davon die berechneten Tarife. Basis sind in jedem Fall die effektiven, ausgewiesenen Kosten der Spitäler und Kliniken. Die effektiven Spitalkosten für die Aufrechterhaltung der Kapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die Kosten der Forschung und universitären Lehre, sowie andere gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) werden als eigenständige Aktivitäten in REKOLE<sup>®</sup> geführt und mittels ITAR\_K<sup>®</sup> separat ausgewiesen. Diese in Art. 49, Abs. 7 KVG definierten Aktivitäten sind nicht OKP-relevante Aktivitäten und werden nicht durch die Sozialversicherung finanziert.

Abzüge wegen Überkapazitäten, Intransparenz oder Ineffizienz, wie sie der Preisüberwacher weiterhin vornimmt, haben in dieser Form ausgedient.

Der zweite Schritt vergleicht die kalkulierten Tarife von vergleichbaren Spitälern und Kliniken. Hier findet die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 13 PüG statt. Für die definitiven Tarife müssen danach noch künftige Faktoren (z.B. Änderung des Leistungsauftrags) berücksichtigt werden.

4. Die Berechnung der Benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) (im KVG Bereich = OKP relevante Betriebskosten) erfolgt auf den effektiven, von den Spitälern ausgewiesenen Kosten. A contrario heisst das, dass Normkosten oder Normabzüge nur subsidiär erfolgen dürfen.
5. Es können Spitäler mit ähnlichem Leistungsspektrum verglichen werden, solange der Tarif SwissDRG eine ungenügende statistische Erklärungskraft hat. Diese liegt zurzeit bei 60%.
6. Tarife auf Realkostenbasis sind im Spitalvergleich / Benchmark nicht mit solchen auf Normkostenbasis zu vergleichen.

## 1 Empfehlung H+ an seine Mitglieder

1. Die Spitäler und Kliniken wenden REKOLE<sup>®</sup> an. Eingerechnet werden die Anlagenutzungskosten, um die künftigen Leistungen erbringen zu können.

Die Spitäler und Kliniken haben nach einheitlicher Methode ihre Betriebs- und Investitionskosten zu ermitteln (neu Art. 49, Abs. 7 KVG). Die Auflagen des KVG an die Spitäler und Kliniken sind mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung gestiegen. Unter der Führung von H+ haben Expertinnen und Experten der Spitäler und Kliniken REKOLE<sup>®</sup> erarbeitet und laufend angepasst, 3. Auflage 2008, 1. Auflage 2005. REKOLE<sup>®</sup> wird von der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK empfohlen (5. Juli 2012) und ist in einigen kantonalen Verordnungen als Mindestanforderung für Spitäler und Kliniken verankert.

---

<sup>1</sup> Pascal Besson, REKOLE<sup>®</sup> – Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Ausgabe, H+ Die Spitäler der Schweiz, 2008

<sup>2</sup> ITAR\_K<sup>®</sup> -

2. Die Spitäler und Kliniken lassen sich REKOLE<sup>®</sup>-zertifizieren.

Damit die Spitäler und Kliniken die Umsetzung der gesetzlichen Auflagen beweisen können, hat H+ ein unabhängiges Zertifizierungsverfahren aufgestellt.

3. Die Spitäler und Kliniken wehren sich gegen Abzüge aus Intransparenz, wenn sie REKOLE<sup>®</sup>-zertifiziert sind.

Mit REKOLE<sup>®</sup> und ITAR\_K<sup>®</sup> werden jene bisherigen Abzüge des Preisüberwachers für Intransparenz hinfällig, die sich auf die gesetzlichen Auflagen (KVG, VKL) beziehen.

4. Die Spitäler und Kliniken füllen ITAR\_K<sup>®</sup> aus.

H+ und die Spitäler und Kliniken sind den gesetzlichen Auflagen nach einen schweizweit einheitlichen Standard für die Spitalvergleiche (Art. 49, Abs. 7 KVG) nachgekommen und haben mit dem Kostenformular ITAR\_K<sup>®</sup> eine einheitliche Grundlage nach Art. 49, Abs. 1 KVG geschaffen. Der Preisüberwacher würdigt diese Anstrengungen der Spitäler und Kliniken nicht genügend. Der Gesetzgeber hat die Vorgaben des Gesetzes absichtlich offengehalten (BBL 2004 5580f.).

Mit ITAR\_K<sup>®</sup> und den für die Versicherer definierten Kostendaten kommen die Spitäler und Kliniken ihren gesetzlichen Auflagen nach Einheitlichkeit und Transparenz zum Betriebsvergleich nach (Art. 49 Abs. 1 und 7 KVG).

5. Die Spitäler und Kliniken geben den Auszug „Ex. KTR-Ausweis Krankenversich.“ von ITAR\_K<sup>®</sup> an die Versicherungen und den Kanton zu Händen des Preisüberwachers weiter.

Mit der Weiterleitung von ITAR\_K<sup>®</sup> an die Tarifpartner und den Preisüberwacher kommen die Spitäler und Kliniken ihren gesetzlichen Auflagen nach Transparenz nach (Art. 49 Abs. 1 KVG).

6. Die Spitäler und Kliniken wehren sich gegen Intransparenzabzuge, wenn sie ITAR\_K<sup>®</sup> gemäss den vorliegenden Empfehlungen ausgefüllt und weitergeleitet haben. Sie verlangen eine sachgerechte Begründung, wozu der Preisüberwacher noch weitere Daten benötigt.

Durch den Wegfall der Kostenerstattung und die leistungsorientierte Entschädigung verliert die Transparenz bezüglich Strukturdaten an Bedeutung. Wichtiger als die detaillierte Auflistung der Kostenstellen und Kostenarten ist die Auflistung der Benchmarking relevanten Betriebskosten (BRB). Die Versicherungen und der Preisüberwacher auf der einen und Spitäler und Kliniken auf der anderen Seite haben (noch) unterschiedliche Verständnisse über die

BRB. H+ ist der Ansicht, dass ITAR\_K<sup>o</sup> den gesetzlichen Auflagen von Art. 49 Abs. 7 i.V.m. Abs. 1 KVG genügt, wenn ein Spital oder eine Klinik ITAR\_K<sup>o</sup> vollständig ausfüllt und den Auszug für Versicherungen den Versicherungen, dem Kanton und dem Preisüberwacher zukommen lässt. Abzüge wegen Intransparenz sind im Fall eines ausgefüllten und überbrachten ITAR\_K-Formulars unzulässig.

Falls der Preisüberwacher ein Intransparenzabzug vornimmt, so hat er diesen Abzug zu begründen und offenzulegen. Falls er mehr Daten, zum Beispiel Unterkostenstellen, einfordert, so hat er zu begründen, wozu er diese benutzen will und warum diese für die Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlich sind.

7. Die Spitäler und Kliniken wehren sich gegen die Methode der Kostenerstattung, die in der KVG-Revision Spitalfinanzierung durch die Leistungsfinanzierung ersetzt worden ist.

Das „Herzstück“, „Schlüsselement“ oder „zentraler Punkt“ (Amtl. Bulletin) der KVG-Revision Spitalfinanzierung ist die Einführung der Leistungsfinanzierung (Fallpauschalen) statt der vorher geltenden Kostenerstattung (BBI 2004 5569, 5577 und 5579). „Nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung kann nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten bezuggenommen werden.“ Deshalb irrt sich der Preisüberwacher, wenn er schreibt, dass nur „kostendeckende Tarife zugestanden“ würden (Newsletter 6/12). Die Gesetzesrevision bedeutet, dass das bisherige Abzugssystem nicht mehr angewandt und durch einen Spitalvergleich ersetzt wird (neu Art. 49, Abs. 1 KVG).

Das Parlament hat den Begriff „anrechenbaren Kosten“ (Art. 49 Abs. 1, zweiter Satz KVG (alt)) im Gesetz ersetzt durch „effiziente und günstige Tarife“ (Art. 49, Abs. 1, letzter Satz KVG (geltend)) für den Ständerat siehe [www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4711/215755/d\\_s\\_4711\\_215755\\_215756.htm](http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4711/215755/d_s_4711_215755_215756.htm)). Basis für den Vergleich sind die leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen (Art. 49 Abs. 1, dritter Satz KVG). Es sind verschiedene leistungsbezogene Pauschalen denkbar. Die Tarifpartner haben sich zusammen mit den Kantonen bei den Leistungen der akutsomatischen Spitäler für die DRG entschieden.

Hinzu kommt, dass nicht nur getätigte Ausgaben berücksichtigt werden. Die Spitäler müssen Rückstellungen bilden können, um Investitionen zu tätigen. Leider verwechselt die Verordnung zur Kostenermittlung (VKL) die Finanzbuchhaltung und die Betriebsbuchhaltung und macht deshalb unsinnige Vorschriften zum Kostenausweis der Spitäler. Dieser Kostenausweis darf aber unter der neuen Spitalfinanzierung in jedem Fall nicht verwechselt werden mit der zukunftsorientierten Tarifiermittlung. So verlangt auch die VKL, dass ausdrücklich Investitionen, die zur Erfüllung des (künftigen) Leistungsauftrags notwendig sind, berücksichtigt werden müssen. D.h., die Tarife müssen die notwendigen Investitionen für künftige Leistungen decken, nicht die vergangenen Investitionen. In jedem Fall sind viele Abzüge der Vergangenheit, die der Preisüberwacher für seine Empfehlungen zu den Baserates 2012 wieder vorgenommen hat, seit der KVG-Revision überflüssig und entbehren jeder Rechtsgrundlage.

Die Prüfung der Baserates 2012 durch den Preisüberwacher hat die KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht vollzogen. Fährt der Preisüberwacher mit seiner bisherigen Methodik weiter, wird er bei den Spitälern zweimal für die dieselbe Sache Abzüge vornehmen oder zuvor beanstandete Spitälern anschliessend auf Grund seiner Abzüge als Vorbilder (Benchmark) hervorheben. Zum Beispiel erklärte der Preisüberwacher das Inselhospital als Orientierung für alle weiteren Universitätsspitäler, obwohl dessen Kostenrechnung nach seiner Meinung intransparent sei, „unplausibel“ zu tiefe Abzüge für die universitäre Lehre vorgenommen habe und Überkapazitäten führe. Er bereinigte deshalb die Seite effektiven Kosten eines Spitals mit hohen, nicht auf effektiven Kosten basierenden Normabzügen und postulierte danach diese künstlich abgesenkten Kosten als Benchmark für die übrigen Universitätsspitäler. Das Prinzip, das der Gesetzgeber vorsieht, ist ein anderes. Kurz und bündig geht es bei der Tarifiermittlung um die Orientierung an qualitativ guten und (effektiv) kostengünstigen Spitälern und nicht um das Absenken aller Spitaltarife auf theoretisch ermittelte Tiefstkosten.

Das KVG unterscheidet seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr zwischen allgemein versicherten Patientinnen und Patienten und solchen mit einer Zusatzversicherung. Beide Patientengruppen haben ein Anrecht auf die volle Entschädigung des KVG-Tarifs (BBI 2004 5569). Gleiches gilt übrigens auch für inner- und ausserkantonale Patientinnen und Patienten. Ganz unerheblich für die Berechnung des stationären Tarifes gemäss KVG sind die übrigen Finanzierer und die Versicherungskategorien aller anderen Patientinnen und Patienten. In keiner Weise verlangt das geltende Recht eine detaillierte Aufschlüsselung der Personalkosten oder der einzelnen Sachkosten, umso mehr, als eine solche rein strukturorientierte Aufschlüsselung bei einer leistungsorientierten Tarifierung völlig unerheblich ist. Ohne explizite Rechtsgrundlage stellt sich deshalb die Frage, wozu die Versicherungen oder ihre Verbände, respektive die Behörden, Kantone und Preisüberwacher, diese Zusatzinformationen benötigen, um ihren gesetzlichen Auftrag in der sozialen Krankenversicherung zu erfüllen. Es ist für den Preisüberwacher unerheblich, welchen Verteilschlüssel ein Spital zwischen medizintechnischem, medizinterapeutischem, pflegerischem und ärztlichem Personal hat. Es ist an den Spitälern und Kliniken zu entscheiden, mit welchem Personal sie eine Behandlung durchführen. Der Personalschlüssel ist Teil der unternehmerischen Freiheit und des unternehmerischen Risikos, das der Gesetzgeber vermehrt den Spitälern und Kliniken übertrug (BBI 2004 5556). Allfällige Kostenfolgen fallen unter den Spitalvergleich gemäss Art. 49, Abs. 1, letzter Satz. In Deutschland, wo seit 2004 national mit Fallpauschalen abgerechnet wird, gehen die Spitälern und Kliniken vermehrt dazu über, den Personalschlüssel nicht einmal mehr intern zu erfassen, um den Spitalabteilungen mehr unternehmerische Spielräume für medizinisch sinnvolle Personalschlüssel zu eröffnen. Die vom Preisüberwacher verlangte Aufschlüsselung nach Berufsgruppen entbehrt jeglicher Rechtsgrundlage und ist zudem für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe des Preisüberwachers unerheblich. Die gesetzliche Leistungstransparenz nach Art. 49, Abs. 7 KVG erbringen die Spitälern und Kliniken durch die Lieferung der medizinischen Statistik an das Bundesamt für Statistik.

Das Parlament hat einen Vergleich mit günstigen Spitälern vorgeschrieben, nicht mit dem allerbilligsten. Ein Baseratevergleich zwischen Spitälern ist unter Einbezug der notwendigen Kategorisierung (vergleichbare Spitäler) plausibel, wenn dabei die Medianbaserate beigezogen wird. Damit gelten immer noch die Hälfte aller Spitäler als nicht günstig!

Es besteht ein Widerspruch zwischen dem Prinzip der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Benchmarking und jenem der Kostendeckung. Dass unter dem revidierten KVG ein Tarif „höchstens die transparent ausgewiesene Kosten“ eines Spitals (gemäss Art. 59c, Abs. 1 Bst. a KVV) decken darf, wird im Parlament bestritten. Dies gilt notabene auch für alle ambulanten Tarife nicht, wo ein Taxpunktwert oft für eine grosse Zahl von verschiedenen Leistungserbringern gilt. Nach H+ verstösst das Verordnungsverbot, Effizienzgewinne behalten zu dürfen (Art. 59c, Abs. 1, Bst. a KVV), gegen das Gesetz (Art. 49 KVG). Dies zeigt sich auch im Prinzip für alle anderen Tarife (z.B. TARMED) und Preise (z.B. Medikamentenpreise der Spezialitätenliste), wo eine solche Regelung nicht (!) vorgesehen ist und auch nie so gehandhabt wird. Der Taxpunktwert des ambulanten Tarifes TARMED oder ein Medikamentenpreis werden vergütet, ohne dass geprüft würde, ob der einzelne Arzt oder die Pharmafirma effektive Kosten unter diesem Taxpunktwert bzw. Preis haben. Das Verbot steht also doppelt quer in der Tariflandschaft der Schweiz.

8. Abzüge aus Überkapazitäten sind seit der KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht mehr vorgesehen.

Durch einen Spitalvergleich wird der sogenannte Intransparenzabzug obsolet. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die intransparenten und ineffizienten Spitäler und Kliniken, z.B. solche mit Überkapazitäten, auf das Baserateniveau der günstigen Spitäler und Kliniken hinunter kommen. Dies entspricht dem Grundsatz des Wechsels von der Kostenabgeltung zur Leistungsfinanzierung.

Die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen ist nicht zu verwechseln mit den Überkapazitäten, wie dies der Preisüberwacher in seinen Empfehlungen und Newsletter fälschlicherweise aufführt. Überkapazitäten gehören explizit nicht mehr in die Abzüge respektive müssen a contrario eingerechnet werden, um im Spitalvergleich zu erscheinen (BBI 2004 5578 f., „Dies widerspricht dem im Gesetz enthaltenen Wettbewerbsgedanken im Bereich der Tarife.“ BBI 2004 5579).

9. Abzüge für die Leistungen an den zusatzversicherten Patientinnen und Patienten sind zusätzlich nicht mehr statthaft.

Weil die Zusatzkosten für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten im ITAR\_K<sup>©</sup> bereits ausgewiesen werden, müssen sie nicht mehr durch einen (Norm-) Abzug noch einmal abgezogen werden.

10. Generelle Intransparenzabzüge sind mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht mehr vorgesehen.

Begründung siehe oben.

11. Die Spitäler und Kliniken wehren sich gegen Qualitätsabzüge.

Der Preisüberwacher schlägt in seinen Stellungnahmen einen Qualitätsabzug vor für Spitäler und Kliniken, die nicht bei den ANQ-Messungen mitmachen. Dies ist wesensfremd und nicht akzeptierbar. Die Tarifparteien können unbestrittenermassen untereinander Abzüge vereinbaren, falls die Qualitätstransparenz nicht eingehalten wird. Dies folgt aus ihrer Doppelrolle als Tarifpartner in der Tarifautonomie (Art. 43, Abs. 4 KVG) und Qualitätspartner aufgrund der bundesrätlichen Delegation (Art. 77 KVV). Der Preisüberwacher ist in beiden Artikeln nicht erwähnt. Der Preisüberwacher hat die Aufgabe, die Preise zu überprüfen und nicht, ob die Spitäler andere Gesetzesauflagen wie z.B. jene der Qualitätssicherung einhalten. Es stellt sich nämlich sonst die Frage, warum der Preisüberwacher nur gerade diese eine zusätzliche Gesetzesauflage berücksichtigt und nicht alle anderen Auflagen der Spitäler. Der ANQ garantiert zudem nicht das Einhalten der Qualität, sondern wertet Qualitätsindikatoren aus. Das Hauptziel der ANQ-Qualitätsmessungen besteht nicht darin, die Grundlage zu schaffen für Abzüge, sondern Verbesserungsmassnahmen in den Spitälern einzuleiten und die Patientensicherheit zu erhöhen.

12. Die Spitäler und Kliniken wehren sich gegen Abzüge aus Überkapazitäten.

Begründung siehe oben.

13. Die Spitäler und Kliniken wehren sich gegen Normkosten, wenn sie reelle Kosten ausweisen können, indem sie sachliche Begründungen verlangen, warum der Preisüberwacher Normkosten erstellt hat.

Der Gesetzgeber ist nicht davon ausgegangen, dass der Preisüberwacher die Baserates der Spitäler und Kliniken normativ kalkuliert und vergleicht. Im Gegenteil ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Spitäler auf der Basis effektiver Kosten untereinander verglichen würden und sich die Spitaltarife an den Entschädigungen der günstigen Spitäler und Kliniken messen. Die Entschädigung wird gemäss der Tarifautonomie von den Tarifpartnern, also den Versicherungen oder ihren Verbände und den Leistungserbringern oder ihren Verbände vereinbart (Art. 43 Abs. 4 KVG). Eine Hegemonie des Preisüberwachers existiert im KVG nicht, auch wenn der Preisüberwacher scheinbar davon ausgeht („auf Basis selber kalkulierter Baserates sowie nötigenfalls auch aufgrund vertraglich vereinbarter Tarife“ Newsletter 6/12). Der Preisüberwacher verkennt die Art und Weise, wie der Gesetzgeber zur Kosteneindämmung kommen will. Nicht eine fiktiv kalkulierte Baserate soll das Mass sein, sondern der Vergleich unter Ist-Zahlen der Spitäler und Kliniken. Daher erfolgt neu auch die Einrechnung der Investitionskosten etc. Hätte das Parlament die vom Preisüberwacher eingeschla-

gene Vergleichsmethode einführen wollen, hätte es dies sicher getan. Dafür gibt es aber keinerlei Hinweise.

14. Die Teuerung und allfällige Anpassungen im Zusammenhang mit neuen rechtlichen Auflagen (Anpassung Leistungsauftrag, neue gesetzliche Vorgaben z.B. für Gebäude, Patientensicherheit, Sozialabgaben, etc.) müssen berücksichtigt werden.

Keine Änderung; gemäss bisheriger Handhabung.

15. Die Spitäler und Kliniken lassen sich mit anderen Spitälern vergleichen, die ein vergleichbares Leistungsspektrum haben. Die Spitäler wehren sich gegen Vergleiche mit Spitälern, die ein anderes Leistungsspektrum anbieten.

In der neuen Gesetzgebung nach der KVG-Revision Spitalfinanzierung gibt es kein explizites Maximum des Pauschaltarifs, konkret der Baserate SwissDRG. Die Baserates werden durch die Verhandlungen und den Spitalvergleich erreicht. „Die Spitaltarife orientieren sich an“ (Art. 49 Abs. 1, letzter Satz KVG) den günstigen Spitälern. Das heisst nicht, dass sie genauso so hoch sein müssen. Ein Maximum wird nicht postuliert.

Betriebsvergleiche sind ein gesetzlicher Auftrag (Art. 49 Abs. 1, letzter Satz und Abs. 8 KVG). Der Bundesrat ordnet in Zusammenarbeit mit den Kantonen Vergleiche zwischen den Spitälern an. Auf was sich Betriebsvergleiche genau beziehen, lässt das Gesetz offen. Zuständig für Betriebsvergleiche sind entsprechend die Kantone und nicht die Krankenversicherer.

Die Grundidee des DRG-Systems besteht in der Möglichkeit eines direkten Vergleichs von Spitälern mit unterschiedlichen Leistungsangeboten mittels der Gewichtung der Schwere jedes einzelnen Falles und dem normierten Ausweis der durchschnittlichen Fallkosten (Baserate). Dieses Ziel ist heute nicht erfüllt. Die heute ermittelten Baserates lassen es mit der aktuellen SwissDRG Version nicht zu, alle Spitäler untereinander seriös zu vergleichen, weil die unterschiedlichen Behandlungs- oder Patientenspektren zu wenig abgebildet werden. Daran ändert auch das Schweigen des Bundesrates bei der Genehmigung zur Güte der SwissDRG nichts. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat kommuniziert, dass die aktuelle Version der Tarifstruktur unterschiedliche Baserates für die Spitäler zwingend bedingt. Ein direkter Vergleich der Baserates bedingt eine erhebliche Verbesserung und Verfeinerung des Messinstruments, d.h. der Tarifstruktur SwissDRG. In einem seriösen Benchmark sind nebst der Baserate weitere Elemente zu berücksichtigen. Der Kategorisierung der Spitäler kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. Die heutige BFS-Gruppierung nach Anzahl der Fälle ist nicht aussagekräftig. Das Leistungsspektrum, die Angebotsstruktur, das Einzugsgebiet, regional verschiedene Kosten (z.B. Löhne, Mieten), etc. sind zu berücksichtigen.

16. SwissDRG muss substantiell weiterentwickelt werden, damit ein fundierter Vergleich zwischen Spitälern möglich wird.

SwissDRG ist das Messsystem zur Bewertung der Leistungen der Akutspitäler im Vergleich zu den Kosten. Das Messsystem beruht auf effektiven Kosten und Leistungszahlen jener Spitäler, die der SwissDRG AG ihre Daten liefern. D.h. das Messsystem ist maximal nur so gut, wie die datenliefernden Spitäler (zurzeit 45) die Gesamtheit aller Spitäler repräsentieren und wie ausdifferenziert die Kosten und Leistungen waren, worauf man sich basiert.

SwissDRG 1.0 basiert auf Informationen aus dem Jahr 2010 und hat deshalb entscheidende Schwächen. Insgesamt kann die SwissDRG Version 1.0 gut 60% der Kostenunterschiede der einzelnen Spitalbehandlungen erklären

([http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Infoveranstaltungen\\_2011/110628\\_Infoveranstaltung\\_Systementwicklung.pdf](http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Infoveranstaltungen_2011/110628_Infoveranstaltung_Systementwicklung.pdf), Folie 31). Die übrigen 40% basieren auf noch ungenügenden Kosten- und Leistungsdaten, methodischen Vorgehensweisen bei der Berechnung der Fallkostengewichte, statistischen Unsicherheiten, regionalen Unterschieden und effektiven Effizienzunterschieden zwischen Spitälern. Diese Faktoren sind nachfolgend erläutert.

Noch fehlende Erfassung und damit Abbildung spezialisierter Leistungen: Die Leistungserfassung beruhte im 2010 auf dem sogenannten CHOP 11. Dieser wurde seither massiv verfeinert. So können bereits heute die Leistungen mit dem Katalog CHOP 2012 zwar schon viel detaillierter erfasst werden. Das hat aber noch keinerlei Auswirkungen auf die Entschädigung. Gleiches gilt für die wichtige Versorgung in der sogenannten Intermediate Care, einer Spitalstation, die etwas weniger Ressourcen benötigt als die Intensivmedizin, aber viel ressourcenintensiver als die normale Bettenstation ist. Ob ein Patient die Behandlung in einer solchen Station benötigte, konnte im 2010 noch gar nicht erfasst werden. Entsprechend erhalten Spitäler mit solchen Stationen nicht eine bessere Entschädigung als jene, die keine solche Station haben.

Fehlende Ausdifferenzierung besonderer, extrem teurer Kostenfaktoren: Im 2010 bestand noch kein Leistungserfassungskatalog für extrem teure Produkte, die in Einzelfällen zu Extremkosten führen. Z.B. Blutprodukte oder spezielle Krebsmedikamente konnten noch gar nicht separat ausgewiesen werden. Entsprechend sind die Kosten dieser sehr teuren Präparate über alle Fälle „verstrichen“. Diejenigen Spitäler, die konkret mit solchen Behandlungen konfrontiert sind, fahren damit viel schlechter. Die SwissDRG AG hat dieses Problem erkannt und erfasst sein diesem Jahr viel detaillierter solche Spezialkosten. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat bereits entschieden, dass ab 2014 18 neue Kategorien von Zusatzentgelten bezahlt werden, um diese Spezialfälle besser abzubilden. Dies ist aber immer noch sehr wenig zu der Anzahl in Deutschland, wo im 2012 total 150 verschiedene Zusatzentgelte bezahlt werden.

Fehlende Ausdifferenzierung wegen statistisch zu weniger Fälle: Die Schweiz hat für eine sehr verfeinerte Tarifstruktur, vergleichbar mit jener in Deutschland, statistisch schlicht zu

wenig Behandlungen pro Jahr. Dies führt dazu, dass gewisse Fallgruppen in der Schweiz aus statistischen Gründen gar nicht berechnet werden können. Aufgrund von ungenügend differenzierten oder statistisch schlicht zu wenigen Daten übernahm man für 232 (22.4%) von 1'036 DRG Bewertungen aus Deutschland. 16 DRG sind wegen zu wenigen Daten ganz unbewertet. Der Umstand, dass in der Schweiz pro Jahr „nur“ rund eine Million Patientinnen und Patienten akutstationär behandelt werden, lässt sich nicht ändern. Entsprechend wird in der Schweiz eine stark verfeinerte Tarifstruktur wie in Deutschland kaum je möglich sein, die gute Direktvergleiche zwischen allen Spitälern zulässt.

Systematische Verzerrungen bei der Berechnung der einzelnen Fallgruppen: Bei der Art, wie die Tarifstruktur SwissDRG berechnet wird, können systematische Verzerrungen entstehen. Erstens werden zu kleine Gruppen von speziellen Fällen, die statistisch allein nicht aussagekräftig sind, mit anderen Gruppen zusammengefasst. Zweitens wurden zur Berechnung der mittleren Fallkosten nur jene Fälle berücksichtigt, die sogenannte Inliers sind. Das sind Fälle, die innerhalb einer statistisch bestimmten Aufenthaltsdauer liegen. Die Kosten von Patienten, die kürzer oder länger im Spital liegen, wurden bei der Berechnung der mittleren Fallkosten nicht berücksichtigt. Das sind rund  $\frac{1}{4}$  aller Fälle. Bei Langliegern (High Outlier) werden für die zusätzlichen Spitaltage in der Regel nur noch ein Teil der Mehrkosten entschädigt, ca. 70%. Für Spitäler mit überdurchschnittlich vielen, medizinisch begründeten Langliegern führt diese berechnungstechnische Methode zu Problemen, konkret zu einer Kostenunterdeckung. Dies kann bei Spitalern, die in besonderem Masse von solchen Patienten betroffen sind (z.B. Kinderspitäler, Maximalversorger, Kliniken mit engem, hochspezialisiertem Angebot) zu massiven Kostenunterdeckungen führen im Vergleich zu den „Durchschnittsspitälern“.

Regionale Kostenunterschiede (z.B. Lohnkosten, Mietkosten): Die Tarifstruktur SwissDRG 1.0 basiert auf gesamtschweizerischen Durchschnittswerten. Regionale Kostenunterschiede sind darin ausdrücklich nicht abgebildet und müssen über unterschiedliche Baserates berücksichtigt werden. Dies gilt nicht nur für die Tarifstruktur 1.0, sondern auch in Zukunft.

Effektive Unterschiede in der Effizienz von Spitalern: Effektive Effizienzunterschiede in den Kosten und Leistungen der Spitäler sind somit in der SwissDRG Version 1.0 nur einer von vielen verschiedenen Faktoren, die zu einer unterschiedlichen Baserate führen können. Es ist weder möglich, alle Spitäler zurzeit direkt miteinander zu vergleichen, noch kann gesagt werden, wie hoch die Preisunterschiede sind, die durch die noch bestehenden Mängel in der Version 1.0 entstehen können. Zahlen von Spitalern mit sehr speziellen Patienten (z.B. Kinderspitäler, Palliativmedizin), sehr spezialisiertem Leistungsangebot (z.B. Paraplegie, Epilepsie, Geburtshäuser), überdurchschnittlich vielen hochkomplexen Patienten (Universitäts-spitäler und Zentrumsspitäler mit Maximalversorgerstatus) lassen vermuten, dass zurzeit diese durch SwissDRG nicht erklärbaren Unterschiede noch erheblich sind.

Dass die aktuelle Tarifstruktur noch substantielle Unschärfen enthält, zeigt sich schliesslich auch beim Wechsel von der Version 1.0 zur Version 2.0, bei der in Spitalern mit spezialisier-

ten Leistungsangeboten Fallkostenunterschiede von +/-10% entstehen, in besonderen Betrieben sogar mehr.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat die ungenügende Güte erkannt und im November 2012 eine Strategie zur Verbesserung der Tarifstruktur verabschiedet. Er wird u.a. vermehrt Zusatzentgelte ermöglichen. Eine erste erhebliche Erweiterung der Zusatzentgelte wird mit der SwissDRG Version 3.0 im 2014 erfolgen. Eine differenzierte Betrachtung beim Benchmarking wird wohl aber auch in Zukunft nötig bleiben, da insbesondere die aus statistischen Gründen vorliegende Datenmenge in der Schweiz immer beschränkt ist. Dies zeigt auch die weit differenziertere Struktur der Fallpauschalen in Deutschland, wo dank rund 200 zusätzlichen Fallpauschalgruppen und 150 Zusatzentgelten zwar die Kostenerklärung von G-DRG heute weit höher liegt als in der Schweiz, aber immer noch keine Einheitsbaserates angewendet werden.

Der Preisüberwacher ist neben dem BAG die einzige Behörde respektive Drittpartei, die Einsicht in sämtliche Daten der SwissDRG AG hat, d.h. in die detaillierte Ermittlung der Tarifstruktur und in die zugrundeliegenden Kosten- und Leistungsdatendaten der Netzwerkitäler und -kliniken. Er hat dadurch eine privilegierte Stellung erhalten. H+ ist erstaunt, dass der Preisüberwacher basierend auf einem Schweigen des Bundesrates bei der Tarifgenehmigung und entgegen dem Verwaltungsrat der SwissDRG AG die Güte der Version 1.0 als ausreichend bezeichnet und einen gesamtschweizerischen Vergleich durchführen will. Ein gesamtschweizerischer Vergleich über alle Spitäler mit einer Toleranzmarge von 2% ist schlicht realitätsfern.

17. Nur Spitäler mit Baserates, die auf effektiven Kostendaten beruhen, lassen sich untereinander vergleichen. Spitäler mit normativ berechneten Baserates sind nicht vergleichbar. Spitäler und Kliniken wehren sich, dass normativ kalkulierte Baserates effektiven Baserates gegenübergestellt werden.

Das Schema zur Ermittlung der spitalindividuellen Baserate darf ausschliesslich auf Tarifgrundlagen resp. Tarifen beruhen, welche auf effektiven Daten basieren und von einer Behörde genehmigt worden sind. Nicht in Vergleiche einbezogen und den Spitalern mit reellen, transparent ausgewiesenen Spitaldaten gegenübergestellt werden dürfen Baserates von Spitalern und Kliniken, welche:

- a) Normkostenabzüge aufweisen;
- b) deren Kosten vorher als intransparent, überbewertet oder nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechend taxiert worden sind;
- c) noch nicht behördlich genehmigt worden sind.
- d) Entschädigungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen erhalten, denen nicht transparent ausgewiesene effektive Kosten in gleicher Höhe gegenüberstehen.

18. Die Tarifpartner legen das Benchmarkniveau zurzeit beim 3. Quartil fest. Massgabe gemäss KVG ist nicht das billigste Spital.

Das Gesetz spricht in Art. 49, Abs. 1, letzter Satz KVG von Spitälern, die „effizient und günstig“ Leistungen erbringen. In der Anfangsphase mit dem unscharfen DRG-System muss mit einer Effizienzgrenze sehr sorgfältig umgegangen werden und das 3. Quartil ist unseres Erachtens angemessen. Mittelfristig ist der Median von vergleichbaren Spitälern eine mögliche Lösung. Damit wird immer noch die Hälfte der Leistungserbringung in den Spitälern und Kliniken als nicht effizient taxiert.