



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Herr  
Stefan Meierhans  
Preisüberwacher  
Effingerstrasse 27  
3003 Bern

Ort, Datum  
Ansprechpartner

Bern, 27. November 2012  
Martin Bienlein

Direktwahl  
E-Mail

031 335 11 13  
Martin.bienlein@hplus.ch

## **H+ Positionen und Fragen zu den Empfehlungen und Verlautbarungen des Preisüberwachers über die stationären Tarife 2012 des KVG**

Sehr geehrter Herr Meierhans

Wir möchten zum Newsletter des Preisüberwachers Nr. 6/12 vom 13. November 2012 und zu diversen Empfehlungen zu den ausgehandelten oder festgesetzten Basesrates SwissDRG 2012 im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes KVG Stellung nehmen. Diese haben wir mit Erstaunen und Verärgerung zur Kenntnis genommen. Als Vertretung aller Spitäler und Kliniken, die von Ihren Empfehlungen und Verlautbarungen betroffen sind, können wir einige Positionen des Preisüberwachers so nicht stehen lassen.

**Unser Hauptkritikpunkt ist, dass der Preisüberwacher die KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht vollständig und konsequent umsetzt und damit den Willen des Gesetzgebers missachtet. Zweitens überschreitet der Preisüberwacher seinen gesetzlichen Auftrag, wenn er zu den Tarifverhandlungen der Tarifpartner Stellung nimmt. Drittens fehlen den Berechnungen und Empfehlungen des Preisüberwachers die notwendige, der Bedeutung der Empfehlung angemessene Qualität, Transparenz und fundierte Begründungen. Viertens nimmt der Preisüberwacher die Anstrengungen der Spitäler und Kliniken, die gesetzlichen Auflagen zu erfüllen, nicht zur Kenntnis. Fünftens ignoriert der Preisüberwacher die noch unzulängliche Aussagekraft der SwissDRG-Tarifstruktur.**

Nachfolgend gehen wir detailliert auf diese Punkte ein und haben dazu Fragen.

## 1 Tarifverhandlungen sind Sache der Tarifparteien

Wir bitten uns, dass sich der Preisüberwacher in die Tarifverhandlungen zwischen den Tarifparteien nach Art. 43 Abs. 4 KVG einmischt. Ob und welche Kostendaten in den Tarifverhandlungen geliefert werden und ob somit die gesetzlichen Auflagen eingehalten werden, ist alleine Sache der Tarifparteien, respektive der zuständigen KVG-Aufsichtsbehörden. Der Preisüberwacher darf erst nach Abschluss der Tarifverhandlungen im Genehmigungsverfahren oder bei deren Scheitern im Festsetzungsverfahren seine Empfehlungen der jeweiligen Kantonsregierung zu den Ergebnissen zukommen lassen. Eine Beurteilung der Tarifverhandlungen selbst ist gesetzlich nicht vorgesehen. Der Preisüberwacher nimmt aber in seinem Newsletter Nr. 6/12 zu den teilweise laufenden Verhandlungen Stellung und überschreitet damit seinen gesetzlichen Auftrag gemäss Preisüberwachungs- (in Analogie zu Art. 13 PüG) und Krankenversicherungsgesetz. Besonders der pauschale Vorwurf an die Versicherer und Spitäler, dass Baserates „auf erstaunlich hohem Niveau“ vereinbart worden seien, ist nicht akzeptierbar. **Wir gehen in guten Treuen davon aus, dass der Preisüberwacher in Zukunft solche Kompetenzüberschreitungen unterlassen wird.**

Ausserdem werfen Sie in Ihrem Newsletter den Spitälern und Kliniken vor, dem Preisüberwacher unvollständige oder gar keine Daten zu liefern, also eine behördliche Aufgabe zu boykottieren. Eine solche allgemeine Unterstellung weisen wir strikte zurück. Dass dies in Einzelfällen so sein mag, rechtfertigt nicht, die ganze Branche an den Pranger zu stellen.

## 2 Qualität der Empfehlungen

Die Empfehlungen des Preisüberwachers sind ein wichtiger Bestandteil im rechtlichen Verfahren der Tariffindung unter dem Regime des KVG. Viele Schritte des Preisüberwachers in der Kalkulation der Baserate sind sachlich nicht oder nur teilweise nachvollziehbar, respektive intransparent. Dies vor allem bei den Abzügen. Zum Beispiel gibt der Preisüberwacher in der Regel keine sachlichen Begründungen, warum er die realen und korrekt ausgewiesenen Kosten der Spitäler nicht akzeptiert und durch Normabzüge ersetzt. Unbegründete Einschätzungen und Erscheinungen sollten kein Mass für eine Behörde in Rechtsverfahren sein. **Wir bitten Sie deshalb, die die Empfehlungen des Preisüberwachers konsequent auf der Basis der neuen Spitalfinanzierung gemäss KVG transparent mit entsprechenden fundierten Begründungen zu dokumentieren.**

1. Frage: Warum begründet der Preisüberwacher nicht sachlich, transparent und im Einzelfall, wenn er die einzelne Höhe eines effektiven Ist-Abzugs basierend auf den Kostenrechnungen eines Spitals oder einer Klinik verändert und durch einen Normabzug ersetzt?

### 3 Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Grundsätzlich ist uns nicht klar, ob und in wieweit der Preisüberwacher die KVG-Revision Spitalfinanzierung nachvollzogen hat (Botschaften des Bundesrates vom 18. September 2000 und vom 15. September 2004, Parlamentsgeschäft 04.061

[http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20040061](http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20040061), Schlussabstimmung vom 21. Dezember 2007, in Kraft seit dem 1.1.2009). Aufgrund diverser Aussagen in seinen Stellungnahmen müssen wir davon ausgehen, dass der Preisüberwacher die Inhalte dieser Revision teilweise nicht umsetzt.

H+ hat Verständnis für die schwierige (Rechts-) Situation des Preisüberwachers, da er in der KVG-Revision Spitalfinanzierung gar nicht genannt wird, diese aber – wie wir nachfolgend im Detail ausführen – weitreichende Auswirkung auf seine Arbeit hat. **Es drängt sich nach einer eingehenden Analyse des nun gelten Gesetzes und der Materialien eine Rollen- und Methodenüberprüfung des Preisüberwachers auf.**

2. Frage: Wie bewertet der Preisüberwacher die KVG-Revision Spitalfinanzierung bezüglich der Tariffindung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung generell und in Zusammenhang mit seinen Aufgaben bei der Prüfung der Preise?
3. Frage: Wie gedenkt der Preisüberwacher die KVG-Revision Spitalfinanzierung umzusetzen?
4. Frage: Wie gedenkt der Preisüberwacher den Übergang von der Kostenerstattung zur Leistungsfinanzierung umzusetzen?

Wir möchten den Preisüberwacher im Folgenden auf einige wesentliche Inhalte aufmerksam machen.

Vorbemerkungen:

- In den wesentlichen Punkten folgt das Parlament den beiden Botschaften des Bundesrates, weshalb sowohl diese als auch das Amtliche Bulletin als Grundlage dienen.
- Die Stossrichtung der Botschaft vom 15. September 2004 gleicht jener vom 18. September 2000 (BBI 2004 5552).

#### 3.1 Leistungsfinanzierung statt Kostenabgeltung

Ganz zentral für den Gesetzgeber war die Verschiebung von den Kosten hin zu den Leistungen: „Dabei sollen jedoch Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden.“ (BBI 2005 5569, fünfter Satz unter 2.3 Tarife). Oder: „Nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung kann nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen werden.“ (BBI 2004 5579), auch schon in der Übersicht (BBI 2004 5552) und wieder später (BBI 2004 5577). 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.

Zu dieser Verschiebung dienen die Fallpauschalen. Sie sollen mehr Transparenz bringen, den Wettbewerb, das heisst die Vergleiche, ermöglichen und so zur Effizienzsteigerung und Kosteneindämmung beitragen (BBI 2004 5569). Um seine Position zu veranschaulichen **spricht der Bundesrat in seiner Botschaft vom 15. September 2004 im Zusammenhang mit der Pauschale explizit vom Preis** (BBI 2004 5577).

Damit die Pauschale möglichst viele Kosten abgilt, hat der Gesetzgeber die Berufsbildung und die Anlagenutzungskosten neu in die Tarife aufgenommen. Die Folge ist, dass die Tarife **sämtliche zur Behandlung relevanten Kosten** beinhalten. Es gibt nur **drei explizite Ausnahmen** (Art. 49, Abs. 3 KVG): die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die Forschung und die universitäre Lehre sowie unspezifischer alle weiteren gemeinwirtschaftlichen Leistungen. 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).

Hinzukommt, dass nicht nur **getätigte Ausgaben** zu den Kosten in die Tarife gerechnet werden, sondern **auch zukünftige Ausgaben**. Die Spitäler sollen Rückstellungen bilden können, um zukünftige Investitionen zu tätigen. Leider verwechselt die Verordnung zur Kostenermittlung (VKL) die Finanzbuchhaltung und die Betriebsbuchhaltung und macht deshalb diesbezüglich 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 erste Stufe der Prüfung der Baserates 2012 durch den Preisüberwacher hat die KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht vollzogen.** Fährt nämlich der Preisüberwacher mit seiner bisherigen Methodik weiter, wird er bei den Spitalern zweimal für die dieselbe Sache Abzüge vornehmen oder zuvor beanstandete Spitäler anschliessend auf Grund seiner Abzüge als Vorbilder (Benchmark) hervorheben. Zum Beispiel erklärte der Preisüberwacher das Inselspital 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

effektiven Kosten des Inselfspitals 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.**

Durch den Spitalvergleich nach Art. 49, Abs. 1 KVG geht der Gesetzgeber 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. **Durch diesen Spitalvergleich wird der sogenannte Intransparenzabzug obsolet.**

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.

In diesem Zusammenhang widersprechen sich übrigens auch das revidierte KVG (Art. 49, Abs. 1) und die KVV (Art. 59c), die noch den Zustand, bzw. die Rechtsprechung vor der KVG-Revision abbildet. Die KVG-Revision Spitalfinanzierung hat Vorrang vor der alten Verordnung. Art. 59c KVV ist damit hinfällig für die Fallpauschalen.

Der Preisüberwacher schlägt in seinen Stellungnahmen einen Qualitätsabzug vor. Dies ist 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 unseres Erachtens 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. Ob der Preisüberwacher hier seine Kompetenzen überschreiten, wäre von seiner Aufsichtsbehörde zu überprüfen. **Der Qualitätsabzug im Preisvergleich der Spitäler und Kliniken ist wesensfremd und hat zu unterbleiben. Dies umso mehr, als das Hauptziel der ANQ-Qualitätsmessungen nicht darin besteht, die Grundlage zu schaffen für neue Abzüge, sondern Verbesserungsmassnahmen in den Spitälern einzuleiten und die Patientensicherheit zu erhöhen.**

5. Frage: Welche Folgen der KVG-Revision Spitalfinanzierung sieht der Preisüberwacher beim Übergang von der Kostenabgeltung zur Leistungsfinanzierung für die diversen bisherigen, oft normativen Abzüge?

### 3.2 Reelle Spitalkosten statt fiktive Preisüberwachungskalkulationen, Tarifautonomie statt Preisüberwacher

Der Gesetzgeber ist unseres Erachtens nicht davon ausgegangen, dass die Baserates der Spitäler und Kliniken mit einer vom Preisüberwacher normativ kalkulierten Baserate verglichen werden. Im Gegenteil ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Spitäler 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 ermittelt (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). Ob der Preisüberwacher hier seine Kompetenzen überschreitet, wäre von seiner Aufsichtsbehörde zu überprüfen.

Der Preisüberwacher verkennt die Art und Weise, wie der Gesetzgeber zur Kosteneindämmung kommen will. **Nicht eine fiktiv kalkulierte Baserate sollt 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 eingeschlagene Vergleichsmethode einführen wollen, hätte es dies sicher getan. Dafür gibt es aber keinerlei Hinweise.

6. Frage: Welche Rechtsgrundlage unter dem revidierten KVG sieht der Preisüberwacher für seine Normabzüge, den Bezug von normativ ermittelten Kosten für den Benchmark und die ausschliessliche Orientierung am billigsten ermittelten Wert?

### 3.3 Keine Anwendung der Kostenneutralität

Die erwähnte KVG-Revision Spitalfinanzierung hat viele Inhalte, von denen mehrere kosten- und tarifrelevant sind. Wir nennen die aus unserer Sicht wichtigsten: expliziter und neuer Kostenteiler zwischen sozialen Krankenversicherungen und Kantonen (neu Art. 49a KVG); Einbezug der Anlagenutzungskosten und der Berufsbildungskosten (früher „Investitionskosten“ und „Kosten für Lehre“, neu Art. 49, Abs. 1, keine Ausnahme in Art. 49, Abs. 3 KVG), Einbezug der Patientinnen und Patienten mit einer Zusatzversicherung (früher „allgemeine Abteilung“), Einbezug der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten (früher „für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen“), Einbezug aller Listenspitäler (früher „bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern“). All diese Änderungen führen zu einer Abnahme oder Zunahme der Kosten zu Lasten der sozialen Krankenversicherung. Dies war dem Par-

lament sehr wohl bewusst und wurde diskutiert. Das Einhalten der Kostenneutralität, die sich der Preisüberwacher gemäss Newsletter Nr. 6/12 zur Aufgabe gemacht hat, wurde wohlweislich nie gefordert und wäre gar nicht zu berechnen. Diese Aufgabe steht weder im Preisüberwachungsgesetz noch in der Botschaft des KVG vom 6. November 1991, die unseres Erachtens seine einzigen Rechtsgrundlagen sind. Ob der Preisüberwacher hier seine Kompetenzen überschreitet, wäre von seiner Aufsichtsbehörde zu überprüfen. **Fazit: Das revidierte Gesetz fordert angesichts der vielen politisch gewollten Änderungen für die Fallpauschalen keine Überprüfung der Kostenneutralität.**

7. Frage: Wieso beurteilt der Preisüberwacher die Kostenneutralität und nicht die Preise im Sinne der KVG-Revision?
8. Frage: Wie berechnet der Preisüberwacher angesichts der vielen Kostenverschiebungen die Vergleichsbasis für eine Kostenneutralität des Tarifwechsels?

### **3.4 Keine Vergleiche von Pauschal- und Einzelleistungstarif**

Der Preisüberwacher geht davon aus, dass der Pauschaltarif SwissDRG, der Einzelleistungstarif TARMED und der Tarifvertrag für Physiotherapie vergleichbar sind (Newsletter 6/12). Eine solche Feststellung entbehrt jeder Grundlage. Die Prinzipien der Tarifstrukturen von Pauschal- (SwissDRG) und Einzelleistungstarifen (TARMED) sind völlig anders. Dies zeigt schon alleine die Tatsache, dass in der Regel pro Patientin oder Patient im TARMED mehrere Positionen pro Konsultation in Anspruch genommen werden, bei SwissDRG aber nur eine Position (Fallgruppe) pro Behandlung. Hinzu kommt, dass die TARMED-Positionen zwar gewichtet, in ihrer Summe aber nach oben offen sind. Anders beim Tarif SwissDRG, bei dem die Durchschnittsbehandlung definitionsgemäss immer das Kostengewicht eins (1) hat. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht darin, dass TARMED eine Mischung effektiver, normativer oder geschätzter Kosten ist, die zudem seit seiner Einführung 2004 nie der Teuerung angepasst worden sind. Die Kostengewichte der einzelnen Gruppen in SwissDRG werden im Gegensatz dazu auf Grund von realen Spitalkosten ermittelt und jährlich angepasst. **SwissDRG kann somit nicht mit bestehenden anderen Tarifen verglichen werden, bzw. Schlüsse aus anderen Tarifbeurteilungen lassen sich nicht automatisch auf SwissDRG übertragen.**

## **4 Anerkennung der Anstrengungen der Spitäler und Kliniken**

Im Hinblick auf die KVG-Revision Spitalfinanzierung hat H+ zusammen mit den Spitalern und Kliniken eine standardisierte Branchenlösung entwickelt und publiziert: REKOLE® Betriebliches Rechnungswesen im Spital (aktuell 3. Auflage 2008, 1. Auflage bereits 2005). Wir haben REKOLE® dem Preisüberwacher vorgestellt. Die Spitäler und Kliniken haben diese implementiert. Damit die Güte der Implementierung gesichert wird, hat H+ zudem ein professionelles Zertifizierungsverfahren erschaffen. Renommiertere und anerkannte Prüfungsfirmen überprüfen seit bald zwei Jahren unabhängig, aber nach standardisierten Abläufen die

Umsetzung von REKOLE® in den Spitälern und Kliniken. **Mit der Zertifizierung von REKOLE® wird der Abzug bei einem Spital oder einer Klinik für Intransparenz hinfällig.**

Trotz mehrerer Anfragen von H+ zur Vorstellung zeigte der Preisüberwacher bis heute kein Interesse an diesem Zertifizierungsverfahren.

9. Frage: Warum interessiert sich die Preisüberwachung nicht für REKOLE® und am Zertifizierungsverfahren zum Nachweis der Umsetzung?

Um Klarheit zu schaffen zwischen dem finanziellen und betrieblichen Rechnungswesen, erstellte H+ zwei weitere Handbücher: eines zum Swiss GAAP FER Rechnungslegungsstandard und dessen Anwendung im Spital, das zweite zu den Kontierungsrichtlinien. Informationen zur gesamten Branchenlösung der Schweizer Spitäler im finanziellen und betrieblichen Rechnungswesen finden Sie unter:

[http://www.hplus.ch/de/betriebswirtschaft/rechnungswesen\\_spital/](http://www.hplus.ch/de/betriebswirtschaft/rechnungswesen_spital/)

Schliesslich **sind H+ und die Spitäler und Kliniken den gesetzlichen Auflagen (Art. 49, Abs. 7 KVG) nachgekommen** und haben mit dem Kostenformular ITAR\_K® einen schweizweit einheitlichen Standard für die Spitalvergleiche nach Art. 49, Abs. 1 KVG geschaffen. Der Preisüberwacher würdigt diese Anstrengungen der Spitäler und Kliniken nicht genügend. **ITAR\_K® entspricht den Vorgaben des Gesetzes**, die absichtlich offengehalten worden sind (BBL 2004 5580f.). Wie oben bereits erwähnt, unterscheidet das KVG 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 Finanziierer 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 übertragen wollte (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 Spitäler 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.**

Zur Information: Die gesetzliche **Leistungstransparenz** nach Art. 49, Abs. 7 KVG erbringen die Spitäler und Kliniken durch die Lieferung der medizinischen Statistik an das Bundesamt für Statistik.

10. Frage: Welche Position hat der Preisüberwacher zu REKOLE®?
11. Frage: Welche Position hat der Preisüberwacher zur Zertifizierung von REKOLE®?
12. Frage: Welche Position hat der Preisüberwacher zu ITAR-K®?
13. Frage: Wozu benötigt der Preisüberwacher die Personalkosten nach Berufsgruppen?
14. Frage: Unter welchen konkreten Voraussetzungen wird der Preisüberwacher auf Intransparenzabzüge verzichten?

## 5 Güte der SwissDRG Version 1.0

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 Netzwerkhospitäler 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. Gemäss Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat die Tarifstruktur der SwissDRG Version 1.0 nur eine Erklärungskraft von 60%. Das heisst, dass 40% der bestehenden Fallkostenunterschiede nicht durch die Tarifstruktur erklärt werden können. Dass die aktuelle Tarifstruktur noch substantielle Unschärfen enthält, zeigt auch der Wechsel von der Version 1.0 zur Version 2.0, bei der in Spitälern mit spezialisierten Leistungsangeboten Fallkostenunterschiede von +/-10% entstehen, in besonderen Betrieben sogar mehr. Ein weiteres deutliches Zeichen ist schliesslich der Beschluss des Verwaltungsrats SwissDRG vom Oktober 2012, für die Version 3.0 viel mehr Zusatzentgelte einzuführen für spezielle und teure Behandlungen, die zurzeit nicht separat in der Tarifstruktur abgebildet sind. Unter diesen Gesichtspunkten erscheint eine Toleranzmarge von 2% realitätsfern. **Die Version SwissDRG 1.0 lässt höchstens einen Vergleich zwischen Spitälern mit gleichem Leistungsspektrum zu und ist noch zu wenig ausgereift für einen gesamtschweizerischen Spitalvergleich.**

15. Frage: Wie beurteilt der Preisüberwacher auf Grund der ihm zur Verfügung stehenden Kosten- und Leistungsdaten der SwissDRG AG die Güte der SwissDRG Version 1.0?
16. Frage: Welche Stellung nimmt der Preisüberwacher zur Aussage des SwissDRG AG Verwaltungsrates, dass „... die SwissDRG-Fallpauschalen nicht alle Kostenunterschiede zwischen Universitätsspitalern und anderen Kliniken, die hochkomplexe Leistungen erbringen einerseits und solchen, die einfache Grundleistungen erbringen andererseits sachgerecht abgebildet werden können, sind sich die Partner der SwissDRG AG einig, dass eine Preisdifferenzierung mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen zwingend ist.“
17. Frage: Hält der Preisüberwacher eine Tarifstruktur mit 60% Erklärungskraft als ausreichende Grundlage für einen schweizweiten Baseratevergleich über alle Spitäler?
18. Frage: Falls nein, welche Voraussetzungen setzt der Preisüberwacher an das Tarifsystem oder an vergleichbare Leistungsspektren von Spitalern, damit ein Baseratevergleich möglich ist?

## 6 H+ Vorschlag für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Preisüberwachers gemäss KVG-Revision Spitalfinanzierung

H+ sieht ein zweistufiges Verfahren vor:

Im **ersten Schritt** werden die KVG-relevanten Kosten ausgeschieden:

- a. Dabei wird unterschieden, welches die Kosten sind für Patientinnen und Patienten gemäss KVG bzw. die Kosten für andere Patientinnen und Patienten, ohne Differenzierung nach weiteren Finanzierern oder nach Grund- und Zusatzversicherten.
- b. Basis sind in jedem Fall die effektiven, ausgewiesenen Kosten der Spitäler und Kliniken. Willkürliche, normative Normabzüge und Bewertungen der nachvollziehbar ausgewiesenen Kosten werden nicht vorgenommen (keine „Erscheinungen“).
- c. Abgezogen werden die effektiven Spitalkosten für die Aufrechterhaltung der Kapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die Kosten der Forschung und die Kosten der universitären Lehre, sowie andere gemeinwirtschaftliche Leistungen, die als solche von staatlichen Behörden definiert und gezahlt werden.
- d. Eingerechnet werden die Anlagenutzungskosten, um die künftigen Leistungen gemäss Leistungsvertrag (Art. 8 Abs. 1 VKL) erbringen zu können.
- e. Eingerechnet werden am Schluss die Teuerung und allfällige Anpassungen im Zusammenhang mit neuen rechtlichen Auflagen (Anpassung Leistungsauftrag, neue gesetzliche Vorgaben z.B. für Gebäude, Patientensicherheit, Sozialabgaben, etc.).
- f. Keinen Abzug bilden ausdrücklich „Wirtschaftlichkeitsaspekte“, namentlich Überkapazitäten, Intransparenz oder Ineffizienz. Die Korrektur um diese Faktoren erfolgt ausdrücklich im zweiten Schritt

Im **zweiten Schritt** werden die KVG-relevanten Kosten leistungsgleicher Spitäler verglichen:

- a. Hier findet die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 13 PüG statt.
- b. Die Leitungsspektren zu vergleichender Spitäler müssen vergleichbar sein. Dieses Vorgehen ist mit den ersten SwissDRG-Versionen unabdingbar, da die gegenwärtige Tarifstruktur und mindestens auch jene für nächstes Jahr die Leistungen noch nicht präzise genug abbilden.
- c. Es dürfen nicht normativ kalkulierte Baserates effektiven Baserates gegenübergestellt werden.
- d. Massgabe gemäss KVG ist nicht das billigste Spital. Das Gesetz spricht 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 wäre 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.

Wir danken Ihnen für die Beantwortung unserer Fragen und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung. **Wir sind darüber hinaus bereit, im Sinne von Art. 5 PüG in einen konstruktiven Dialog mit Ihnen zu treten, der Rechtssicherheit für unsere Mitglieder bei der Tariffindung schafft.**

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor

Kopie:

- Bundesverwaltungsgericht
- Bundesrat Johann Schneider-Ammann, Vorsteher Eidgenössisches Departement für Volkswirtschaft
- Bundesrat Alain Berset, Vorsteher Eidgenössisches Departement des Inneren
- Pascal Strupler, Direktor Bundesamt für Gesundheit
- Michael Jordi, Generalsekretär Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren)
- Damen und Herren Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren der Kantone