



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kostenermittlung und Tarif-Bildung

Im stationären OKP-Bereich

Version 2.0



1	Einleitung	2
2	Management Summary	3
3	Empfehlung	5
4	Gesetzliche Grundlagen	7
5	Datengrundlage	11
6	Ermittlung DER Benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB).....	12
6.1	Intransparenzabzüge und Abzüge aus Überkapazitäten	12
6.2	Abzüge für Mehrkosten der Zusatzversicherten	13
6.3	Kalkulatorische Zinsen auf dem Umlaufvermögen	13
6.4	Abzüge für gemeinwirtschaftliche Leistungen einschliesslich universitäre Lehre und Forschung	14
6.5	Anlagenutzungskosten (ANK) und ANK-Zuschlag	14
7	Nationales Benchmarking	16
7.1	Bildung von Benchmarking-Gruppen.....	16
7.2	Benchmarkart und -niveau	17
8	Vom nationalen Benchmarking zum Basispreis pro Spital.....	20
9	Literaturverzeichnis	21
10	Kontakt.....	22

1 EINLEITUNG

Der Vorstand des nationalen Spitalverbands H+ Die Spitäler der Schweiz hat die nachfolgenden Empfehlungen zur Kostenermittlung und zur Tarif-Bildung gemäss Art. 49, Abs. 1 KVG am 26. März 2015 verabschiedet. Die vorliegenden Empfehlungen bilden somit die Position zur Kostenermittlung und Tarif-Bildung von H+ und seinen Aktiv-Mitgliedern.

Die in diesem Dokument enthaltenen Empfehlungen und die dazugehörigen Erläuterungen sollen dazu dienen Klarheit zu schaffen. Die H+ Position soll sicherstellen, dass die Schweizer Spitäler und Kliniken sich in den Diskussionen bezüglich Interpretation und Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung aktiv und gemeinsam einbringen können.

Die vorliegenden Empfehlungen beruhen auf den beiden KVG-Botschaften des Bundesrates vom 18. September 2000 und 15. September 2004, den Beratungen der Eidgenössischen Räte zum Geschäft 04.061 gemäss Amtlichem Bulletin sowie deren Schlussabstimmungstext vom 21. Dezember 2007. Weiter berücksichtigen die vorliegenden Empfehlungen ebenfalls die Feststellungen aus folgenden Bundesverwaltungsgerichts-Urteile:

- BVG Urteil vom 7. April 2014 im Fall LUKS (C-1698/2013), [Leitentscheid](#)
- BVGer Urteil vom 11. September 2014 im Fall Waid/Triemli (C-2283/2013) und 2. Urteil vom 27. April 2015 (C-3617/2013), [Leitentscheid](#)
- BVG Urteil vom 29. Oktober 2014 im Fall Hirslanden Klinik Aarau AG (C-4460/2013)
- BVG Urteil vom 19. Januar 2015 im Fall Asana Gruppe AG (C-4196/2013)
- BVG Urteil vom 26. Januar 2015 im Fall Klinik St. Anna AG (C-3497/2013)
- BVG Urteil vom 29. Januar 2015 im Fall Kantonsspital Glarus (C-3425/2013)
- BVG Urteil vom 26. Februar 2015 im Fall Universitätsklinik Balgrist und 2. Urteil vom 27. April 2015 (C-6391/2014)
- BVGer Urteil vom 26. März 2015 im Fall Kantonsspital Baselland (C-4223/2013)
- BVGer Urteil vom 20. April 2015 im Fall SPZ Nottwil (C-3454/2013)
- BVGer Urteil vom 20. April 2015 im Fall Spital Baden (C-4264/2013)
- BVGer Urteil vom 20. April 2015 im Fall Kantonsspital Aarau (C-4310/2013)
- BVGer Urteil vom 24. April 2015 im Fall USZ (C-2255/2013, C-3621/2013)
- BVGer Urteil vom 27. April im Fall KISPZH (C-6392/2014).

Die Empfehlungen halten fest, nach welchen Rahmenbedingungen, Grundsätzen und Minimalanforderungen die Kostenermittlung, Tarif-Bildung und Wirtschaftlichkeitsprüfung aus Sicht der Spitäler und Kliniken erfolgen soll. Sie beziehen sich auf die stationäre akutsomatische Spitalaktivität. Dennoch können diese Empfehlungen, bis auf die tarifstrukturbezogenen Empfehlungen, ebenfalls in der Psychiatrie und Rehabilitation Anwendung finden.

Sobald die tarifstrukturbezogenen Regeln im Bereich Psychiatrie und Rehabilitation finalisiert sind, werden die vorliegenden Empfehlungen wo notwendig angepasst. Erst ab diesem Zeitpunkt wird ein leistungsbezogenes Benchmarking in den beiden erwähnten Bereichen sachlich möglich.

Die KVG-Revision Spitalfinanzierung hat die Regeln der Tarif-Bildung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die stationären Tarife wesentlich geändert. Hervorzuheben ist die Leistungsvergütung anstatt der bisherigen Kostenerstattung und der Einbezug der Anlagenutzungskosten (ANK) in die Preise der OKP-Leistungen, die neu von Versicherer und Kantone zu finanzieren sind. Es geht darum, die seit 1. Januar 2012 geltende neue Gesetzgebung umzusetzen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert dabei auf dem geltenden Recht, namentlich auf den Änderungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung unter Berücksichtigung der, in diesem Zusammenhange laufende gefallene BundesverwaltungsgerichtsUrteile.

Datengrundlage und Ermittlung benchmarking-relevante Betriebskosten

Als Datengrundlage wird der Bezug zu den Kostenausweisen der Spitäler und Kliniken nach REKOLE[®] und ITAR_K[©] empfohlen. Spitäler und Kliniken können ihre Kostenrechnung nach REKOLE[®] von unabhängigen Prüfstellen zertifizieren lassen und beweisen damit ihre Leistungs- und Kostentransparenz. Basis im Spitalvergleich/Benchmark sind in jedem Fall die effektiven, ausgewiesenen Kosten der Spitäler und Kliniken. Die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler müssen zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) mit einheitlicher Methodik (aktuell gültige Methode von ITAR_K[©]) vergleichbar aufbereitet werden. Massgebend für diese Auswertungen sind die Kosten der Fallrechnung (Stückrechnung). Die vorliegende Empfehlung klärt die Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten und die Handhabung von Intransparenz-Abzügen, Überkapazitätsabzügen, Abzügen für Mehrkosten für zusatzversicherte Patienten, Zinsaufwand sowie Abzügen für gemeinwirtschaftliche Leistungen einschliesslich universitärer Lehre und Forschung. Um die künftigen Leistungen erbringen zu können, rechnen die Spitäler und Kliniken die Anlagenutzungskosten in die benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) gemäss Empfehlungen REKOLE[®] mit ein. Nur so ist ein Benchmarking inkl. Anlagenutzungskosten (ANK) denkbar und sachlich korrekt. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die BRB exkl. ANK ermittelt und verglichen. Die ANK werden anschliessend mittels normativen Anlagenutzungs-Vergütungssätzen in den spitalbezogenen Basispreis eingerechnet. Kalkulationsbasis für die Ermittlung der normativen Anlagenutzungskosten in Franken bildet der Basisfallwert des Fakturierungsjahrs resp. die Kosten je Leistungseinheit.

Nationales Benchmarking

Mit dem heutigen Fallpauschalen-System SwissDRG im akutsomatischen Bereich können noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Spitalern sachgerecht abgebildet werden. Eine Preisdifferenzierung und eine Kategorisierung der Spitäler mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen sind deshalb stark empfohlen. Die Bildung von Benchmarking-Gruppen (Spitalkategorien) basiert auf Prinzipien wie vergleichbare Leistungsspektren, vergleichbare Angebotsstruktur, Einzugsgebiet, Weiterbildungsintensität etc. Die Wahl des Benchmarks muss so getroffen werden, dass die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt. Für die Leistungserbringer mit hohen Kosten muss schliesslich der finanzielle Druck, aber auch der Anreiz entstehen, günstiger und effizienter zu werden. Für die Leistungserbringer mit tiefen Kosten muss aber weiterhin ein Antrieb bestehen, ihre Effizienz zu erhalten oder weiter zu verbessern. Ein so gewählter Benchmark entspricht dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziel, mit verstärktem Wettbewerb die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu verbessern. Das gewichtete arithmetische Mittel der Fallkosten einer bestimmten nationalen Benchmarking-Gruppe entspricht dem Gesetzeswillen. Damit wird erstens der Benchmark so angesetzt, dass ein darauf basierender Tarif nicht mehr als die effektiven Durchschnittskosten der Leistungen vergütet. Zweitens folgt dieser Benchmark dem Prinzip der Vergütung effizienter Leistungen, da hiermit die Hälfte der Leistungen als nicht effizient taxiert wird und drittens besteht der Anreiz für jedes Spital, noch wirtschaftlicher zu werden, indem es unter den Benchmark-Kosten produziert.

Vom nationalen Benchmarking zum Basispreis pro Spital

Nationale (Teuerung) und die spitalbezogenen Projektionsrechnungen, sowie eventuelle Zu- und Abschläge infolge gesetzlicher Neuauflagen und folgend dem Billigkeitsgebot sind bei der Festlegung der einzelnen Basispreise zu berücksichtigen.

Schliesslich basiert die Tarifstruktur SwissDRG auf gesamtschweizerischen Durchschnittswerten. Regionale Kostenunterschiede sind darin ausdrücklich nicht abgebildet und sind über unterschiedliche Basispreise zu berücksichtigen.

3 EMPFEHLUNG

Gesetzliche Grundlage: Wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Tarifbemessung

Empfehlung 1: Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert auf dem geltenden Recht, namentlich auf den Änderungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Wesentliche Eckpunkte sind dabei die betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife aufgrund effizienter Leistungserbringung.

Mehr → Kapitel 4

Datengrundlage

Empfehlung 2: Als Datengrundlage wird ausschliesslich der Kostennachweis nach ITAR_K[©], aktuell gültige Version von H+, anerkannt. Die Spitäler geben ihre spitalspezifische Auszüge von ITAR_K[©] an die Versicherungen und den Kanton (ev. zuhanden der Preisüberwachung) weiter.

Empfehlung 3: Spitäler und Kliniken können ihre Kostenrechnung nach REKOLE[®] von unabhängigen Prüfstellen zertifizieren lassen und beweisen damit ihre Leistungs- und Kostentransparenz.

Es sind nur benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) auf Ist-Kostenbasis im Spitalvergleich/Benchmark zugelassen. Normkosten oder Normabzüge können die Ermittlung von effektiven Kosten nicht ersetzen.

Mehr → Kapitel 5

Ermittlung benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB)

Empfehlung 4: Die Spitäler und Kliniken ermitteln die benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) und davon ableitend die benchmarking-relevanten Basisfallwerte bei Cost Weight 1 nach den Empfehlungen von REKOLE[®] und ITAR_K[©]. Massgebend für diese Auswertungen sind die Kosten der Fallrechnung (Stückrechnung).

Empfehlung 5: Allfällige Kosten aus Überkapazitäten werden im Rahmen des Benchmarks korrigiert. Normative Abzüge hierfür (inkl. Intrasparenzabzüge) sind nicht angebracht.

Empfehlung 6: Die Zusatzkosten für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten sind im ITAR_K[©] ausgewiesen. Zusätzliche Abzüge in diesem Zusammenhang sind nicht notwendig.

Empfehlung 7: Die kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen, die effektiven Spitalkosten für die Aufrechterhaltung der Kapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, die Kosten der Forschung und universitären Lehre sowie andere gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) werden nach den REKOLE[®]-Empfehlungen berechnet und mittels ITAR_K[©] separat ausgewiesen.

Empfehlung 8: Um die künftigen Leistungen erbringen zu können, rechnen die Spitäler und Kliniken die Anlagenutzungskosten (ANK) in die benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) gemäss Empfehlungen REKOLE[®] mit ein. Dadurch wird ein Benchmarking inkl. ANK denkbar und sachlich korrekt.

Mehr → Kapitel 6

Nationales Benchmarking

Empfehlung 9: Die Spitäler und Kliniken lassen sich mit anderen Spitälern vergleichen in zu bestimmenden nationalen Benchmarking-Gruppen. Bei der Bildung dieser Benchmarking-Gruppen müssen folgende Prinzipien berücksichtigt werden:

- Vergleichbares Leistungsspektrum und vergleichbare Angebotsstruktur (Indikatoren: Anzahl angesteuerte DRG's / CMI / Anzahl und Art der HSM-Aufträge / Anteil und Höhe (CHF) der Hochdefizitfälle)
- Vergleichbare Weiterbildungsintensität (Indikator: FMH/SIWF-Register Einstufung der Spitäler nach Weiterbildungsstätten)
- Auftrag für Notfallversorgung (7/7 24/24)
- Vergleichbares Einzugsgebiet.

Empfehlung 10: Der Referenzwert (Benchmark) entspricht dem gewichteten arithmetischen Mittel der Fallkosten in der jeweiligen Benchmarking-Gruppe.

Empfehlung 11: Für Spitäler mit gewichteten Fallkosten über dem Referenzwert erfolgt eine Anpassung nach unten. Für Spitäler mit gewichteten Fallkosten unter dem Referenzwert erfolgt eine Anhebung auf den Referenzwert (Ertragsüberschuss und Erhöhung des Eigenkapitals sind möglich).

Mehr → Kapitel 7

Vom nationalen Benchmarking zum Basispreis pro Spital

Empfehlung 12: Nationale (Teuerung) und spitalbezogene Projektionsrechnungen sowie eventuelle Zu- und Abschläge infolge gesetzlicher Neuauflagen und folgend dem Billigkeitsgebot sind bei der Festlegung der einzelnen Basispreise zu berücksichtigen.

Mehr → Kapitel 8

Die KVG-Revision Spitalfinanzierung hat die Regeln der Tarifbildung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die stationären Tarife wesentlich geändert. Hervorzuheben ist die pauschalierte Leistungsvergütung anstelle der bisherigen Kostenerstattung und der Einbezug der Anlagenutzungskosten (ANK) in die Preise der OKP-Leistungen, die neu von Versicherer und Kantone zu finanzieren sind. Es geht darum, die seit 1. Januar 2012 geltende neue Gesetzgebung umzusetzen.

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

Für Tarifverträge mit Spitälern oder Geburtshäusern gelten insbesondere die in Art. 49 KVG festgelegten Grundsätze. Vorgeschrieben sind für die meisten Behandlungen leistungsbezogene Fallpauschalen. Im akutsomatischen Bereich haben sich die Tarifparteien und die Kantone gestützt auf Art. 49 Abs. 2 KVG auf ein DRG-Fallpauschalensystem geeinigt. Nach Art. 49 Abs. 1 letzter Satz KVG haben sich die Fallpauschalen sodann an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig¹ erbringen.

Die Botschaft des Bundesrates (Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Spitalfinanzierung] vom 15. September 2004, BBl 2004 5551 ff., 5569) hält fest, ein wichtiges Ziel der Vorlage sei eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im Tarifbereich. Neu sollen Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Diese Art der Finanzierung habe den Vorteil, dass die erbrachte Leistung tarifiert wird und damit das Preis-Leistungs-Verhältnis im Vordergrund steht: «Die leistungsbezogene Pauschale ist der ‹Preis›, den der Versicherer für die Leistungserbringung vergütet» (BBl 2004 5577).

Art. 43 Abs. 4 KVG sieht vor, dass die vertraglich vereinbarten Tarife «betriebswirtschaftlich» bemessen sind und auf einer sachgerechten Struktur beruhen müssen. Abs. 7 desselben Artikels erteilt dem Bundesrat die Kompetenz, Grundsätze für eine «wirtschaftliche» Bemessung und eine sachgerechte Struktur aufzustellen. Dabei lässt sich dem Gesetz selbst keine systematische Unterscheidung von «wirtschaftlich» und «betriebswirtschaftlich» entnehmen. Gemeint ist mit «wirtschaftlich» einerseits, dass Aufwand und Ertrag in einem angemessenen Verhältnis stehen müssen. Die medizinischen Leistungen sind effizient zu erbringen, um auf diese Weise unnötige Kosten zu vermeiden. Die Wirtschaftlichkeit wird in diesem Sinne als reines Kosten-Nutzen-Verhältnis, als Postulat effizienter Abläufe verstanden. Demgegenüber enthält die «Betriebswirtschaftlichkeit» (Art. 43 Abs. 4 KVG) noch eine klare Anlehnung an die Privatwirtschaft, die durch die genannte Definition nicht ausreichend zur Geltung kommt. Der Begriff stammt nicht vom Bundesrat, sondern wurde erst in den parlamentarischen Beratungen auf Antrag der ständerätlichen Kommission eingefügt. Aus Sicht des Leistungserbringers muss diese Anlehnung an die Privatwirtschaft heissen, dass er sich bei der Errechnung seiner Tarife auch an privatwirtschaftliche Regeln orientieren muss. Mit anderen Worten muss er wohl die Vergütung möglichst tief halten, darf aber nicht mit Verlusten rechnen. Dazu gehört, dass der Leistungserbringer in guten Jahren Reserven für schlechtere Zeiten bilden kann.

Die Anwendung von Art. 59c KVV Bst. a und b waren umstritten. Dieser Artikel wurde vom Bundesrat am 27. Juni 2007 erlassen und auf den 1. August 2007 in Kraft gesetzt, abgestützt auf das frühere

¹ Folgend dem Gebot der Billigkeit (aus dem Französisch «équitable») wonach, im Rahmen des Vertragswerk zum Beispiel, den Ausgleich der unterschiedlichen Parteiinteressen gewährleisten werden soll (Art. 46 Abs. 4 KVG). Billigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang auch Einzelfallgerechtigkeit und kann eine "Sonderbehandlung" beziehungsweise eine "Ausnahme von der Regelmässigkeit des Rechts" rechtfertigen. Das Gebot der Billigkeit kann demzufolge kein generell-abstrakter Charakter darstellen sondern ist einzig individuell-konkret zu verstehen.

Recht (Art. 49 Abs. 1 KVG), die damals gültige Objektfinanzierung und separate Tarifierung jedes einzelnen Spitals. Das Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 7. April 2014 klärt seine Auslegung und präzisiert, dass unter der neuen Spitalfinanzierung, dieser Artikel nicht mehr in Bezug auf ein einzelnes Spital zu interpretieren sei sondern in Bezug auf den Benchmark.

Aus den vorliegenden BVGer Urteile² lassen sich ausserdem weitere Präzisierungen feststellen, die die vorliegende H+ Position bestätigen, eine Erwartungshaltung in Bezug auf die Aufgaben und Pflichten einzelnen Akteuren deutlich machen sowie bestimmte Prinzipien innerhalb des KVG in Erinnerungen bringen:

- **Zur Auslegung von Art 59c Abs. 1 KVV Bst. a und b:**
 - Art. 59c Abs.1 Bst. a und b bezieht sich nicht auf die individuellen Kosten eines Spitals, sondern auf jene des Benchmaks.
 - Effizienz-Gewinne sind im OKP Bereich möglich.
 - Die Gleichbehandlung der Leistungserbringer und Versicherer in der Gewinnfrage ist nicht vorgesehen.
 - Eine Tarifgenehmigung /-festsetzung über den tarifrelevanten spitalbezogenen OKP-Kosten ist möglich.
- **Zum Verwendungszweck eines eventuellen Überschusses:**
 - Über den Verwendungszweck des Überschusses wurde im BVG-Urteil nicht entschieden.
- **Zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB):**
 - REKOLE[®] und ITAR_K[®] werden in der Gesetzesauslegung anerkannt.
 - Spitalbezogene Projektionsrechnungen (Mehr- oder Minderkosten) können in die Tariffestlegung berücksichtigt werden.
 - Erträge 65: eine Gewinnmarge kann nur geltend gemacht werden, wenn sie belegt ist.
 - Zuschläge für Debitorenverluste sind im KVG nicht vorgesehen.
 - Massgebend ist weiterhin die gewichtete Teuerung für das Jahr X-1. Die Teuerungszurechnung erfolgt nach den Benchmarking.
 - Intrasparenzabzüge (oder Überkapazitätsabzüge) haben ausgedient. Eine eventuelle Unwirtschaftlichkeit ist nur über das Benchmarking zu korrigieren. Spitäler, die keine hinreichend transparente und vollständige Kostenrechnung vorlegen, werden idealerweise nicht in das Benchmarking einbezogen.
 - Ein nach zusatzversicherte (ZV-) Patienten gewichteter Norm-Abzug für die Ausscheidung von Mehrkosten für ZV-Patienten (excl. Arzthonorar) ist subsidiär vertretbar. Die Praxis der Preisüberwachung wird hingegen nicht weiter begrüsst.
 - Notfall-Vorhalteleistungen stellen OKP-pflichtige Leistungen dar und gelten daher nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL).
- **Zur Handhabung der GWL (exkl. Forschung & universitäre Lehre):**
 - Die Definition, die Kostenermittlung und der separater Ausweis von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) sind sicherzustellen. Eine Negativ-Definition der GWL ist nicht möglich.
 - Auszuscheiden aus den gesamten Spitalkosten sind die Kosten der GWL; Einfach die vom Spital erhaltenen kantonalen Abgeltungen für GWL den gesamten Spitalkosten in Abzug zu bringen genügt nicht mehr.
 - Die Entschädigung des Kantons für GWL soll höchstens die ermittelten und ausgewiesenen Kosten decken.
 - Die Aktivitäten der patientenbezogenen Prävention, des Sozialdiensts, der Spitalseelsorge, der Epidemie-Vorsorge, der Rechtsmedizin, des Betrieb eines geschützten Spitals sowie der medizinischen Vorsorge für Notlagen und Katastrophen entsprechen gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
 - Die Palliativ-Pflege im Akutspital entspricht einer KVG-Pflichtleistung.
- **Zur Handhabung der GWL (Forschung und universitäre Lehre):**
 - Das BVGer folgt REKOLE[®] in der Kostenträger-Definition: universitäre Lehre, universitäre Weiterbildung und Forschung.
 - Die Kosten für Forschung und universitäre Lehre sind transparent mittels einer Tätigkeitserhebung zu erfassen.

² Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz: Zusammenfassung der BVGer Urteile - Effekte auf die Kostenermittlung und Tarif-Bildung im stationären OKP-Bereich, 1. Mai 2015, V1.0.

- Normative Abzüge für Forschung und universitäre Lehre bleiben möglich, müssen aber möglichst realitätsnahe sein (kein Wahlrecht). Die Praxis der Preisüberwachung wird nicht weiter begrüsst.
- Die von der GDK definierte Mindestpauschale (CHF 15'000) deckt nicht die Weiterbildungskosten.
- Die Definition der universitären Lehre umfasst die erteilte & erhaltene Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte + die erteilte Weiterbildung der Assistenzärztinnen und –Ärzte. Die erhaltene Weiterbildung der Assistenzärztinnen und –Ärzte sind hingegen OKP-relevante Kosten.
- Die Definition der Forschung umfasst sowohl universitäre als auch die nicht-universitäre Aktivitäten.
- Nebst den Kosten der Aus- und Weiterbildung der Assistenzärzte sind auch jene für die Aus- und Weiterbildung der Studierenden und Lernenden in weiteren universitären Medizinallberufen aus den OKP-Kosten auszuscheiden.
- Die Aktivitäten der universitären (erteilten) Lehre im nicht-strukturierte Umfeld sind als GWL zu betrachten. Sie sind zu quantifizieren (inkl. kuppelproduktiven Aspekte) und dürfen nicht in die OKP-relevanten Kosten einfließen.
- **Zum Benchmarking und Tarif-Bildung:**
 - Das BVGer gewährt am Anfang grosser Spielraum in Sache Benchmarking und Preisbildung.
 - Der Betriebsvergleich ist gesamtschweizerisch vorzunehmen. Die Bildung von Spital-Kategorien ist im Benchmarking –Verfahren nicht vorgesehen, ist aber im Rahmen der Einführungsphase, für spezielle Spitäler (z.B. Universitätsspitäler oder Kinderspitäler & spezialisierte pädiatrische Abteilungen von Universitätsspitäler), vertretbar.
 - Je kleiner die Vergleichsgruppe ist, desto höher sind die Anforderungen an die Genauigkeit der Ermittlung der Benchmarking-relevanten Betriebskosten.
 - Die neue OKP-Spitalfinanzierung basiert auf einem kostenbasierten Preissystem.
 - Es kann keine Tariffdifferenzierung in der OKP aufgrund der Qualität stattfinden.
 - Die Ermittlung des Effizienzmasstabs (Benchmarks) erfolgt Kostenbasiert.
 - Der Effizienzmasstab soll einer guten Effizienz entsprechen, nicht der Bestleistung.
 - Die Festsetzung eines bestimmten Benchmarks (Perzentils) darf nicht zum Ziel haben, den Tarif eines einzelnen Spitals zu erhöhen, um dessen Kosten zu decken.
 - Eine höhere (bzw. differenzierte und spitalbezogene) Vergütung ist vielmehr auf spitalspezifische Besonderheiten zurückzuführen (vgl. Gebot der Billigkeit, Kapitel 9).
 - Unterschiedliche Basisfallwerte zwischen Spitäler sind naheliegend.
 - Der Hinweis auf eine hohe Komplexität der Fälle oder auf einen hohen CMI als Begründung für eine höhere Baserate genügt nicht.
 - Das 40. oder 50. Perzentil ist als Effizienzmasstab vertretbar.
 - Das KVG schreibt keinen einheitlichen Basisfallpreis für alle Spitäler vor und mehrere Tarifverträge pro Leistungserbringer sind möglich.
 - Preis-Benchmarking ist möglich in einer Anfangsphase, ist aber an weiteren Auflagen gebunden.
- **Zur Vertragsautonomie der Tarifpartner und Rolle der Kantone:**
 - Die Vertragsautonomie (Vertragsfreiheit und Vertragsprimat) wird sehr hoch bewertet und soll geschützt werden.
 - Im System des KVG sollen Tarifverträge die Regel und hoheitliche Tariffestsetzungen die Ausnahme bilden.
 - Das Genehmigung- und Festsetzungsverfahren sind klar voneinander zu trennen und mit der entsprechenden unterschiedlichen Optik sicherzustellen.
 - Tarife sind von der Regierung zu genehmigen wenn ihre Ermittlung den Geboten der Rechtsmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit gerecht sind; auch wenn diese Tarife, die von der Regierung in einer Festsetzung für richtig befundenen Referenzwerten übersteigen.
 - Eine Kantonsregierung kann nur die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler vornehmen denen sie einen Leistungsauftrag erteilt hat.
 - Um die Wirtschaftlichkeit eines Spitals zu prüfen dem eine Kantonsregierung keinen Leistungsauftrag erteilt hat, muss diese Kantonsregierung sich jeweils auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung der zuständigen Kantonsregierung stützen.

- Das Bundesverwaltungsgericht gewährt der Kantonsregierung als Festsetzungsbehörde und in der Anfangsphase einen bestimmten Ermessensspielraum bei der Durchführung des Benchmarkings.
- **Zum Gebot der Billigkeit im KVG:**
 - Billigkeit bedeutet Einzelfallgerechtigkeit für die unterschiedlichen Parteiinteressen und kann eine "Ausnahme von der Regelhaftigkeit des Rechts" rechtfertigen (individuell-konkreter Charakter).
 - Billigkeit hat im KVG kein generell-abstrakter Charakter.
 - Unter der neuen Spitalfinanzierungsregelung sind, aus Billigkeitsgründen, spitalindividuelle Basisfallwerte möglich und unter Umständen sogar geboten.

Zur Beurteilung der Tarife wird der Bezug zu den Kostenausweisen der Spitäler und Kliniken nach REKOLE[®] und ITAR_K[®] empfohlen. Basis sind in jedem Fall die effektiven, ausgewiesenen Kosten der Spitäler und Kliniken.

Nur Spitäler mit benchmarking-relevanten Betriebskosten, die auf effektiven Kostendaten beruhen (sogenannte Ist-Kostenbasis), lassen sich untereinander vergleichen. Nicht in Vergleiche einbezogen werden, sollten auf Spitalebene bezogene Durchschnittskosten oder Basispreise von Spitälern und Kliniken, welche:

- Normkosten/Normkostenabzuge³ im Datenbereinigungsprozess aufweisen;
- deren Kosten vorher als intransparent, überbewertet oder nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechend taxiert worden sind;
- Entschädigungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen erhalten, denen nicht transparent ausgewiesene effektive Kosten in gleicher Höhe gegenüberstehen.

Ein Preis-Benchmarking kann nur in Ausnahmefällen und unter besonderen Voraussetzungen sachgerecht sein. Die Verlässlichkeit der verwendeten Vergleichsdaten ist abhängig davon, wie sehr die gesetzlichen Vorgaben anlässlich der Genehmigung beachtet wurden. Im Rahmen eines solchen Preis-Benchmarkings müsste jedoch geprüft werden:

- wie weit bei der Gestaltung der Vergleichstarife Verhandlungsspielräume beansprucht wurden,
- ob spitalindividuelle Besonderheiten berücksichtigt wurden,
- ob diese auch für das zu beurteilende Spital gleichermassen zutreffen und,
- ob eine bundesrechtskonforme Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vergleichstarife vorliege.

Bei Preisvergleichen besteht die Gefahr, dass sich der Vergleich auf überhöhte oder unwirtschaftliche Verhandlungsergebnisse bezieht. Andererseits könnte ein Spital bereit sein, günstige Tarife der OKP zu akzeptieren, wenn sein Tragerkanton bereit ist, entsprechende Lücken durch Subventionen zu schliessen. Die Orientierung an solchen Tarifen wäre nicht sachgerecht⁴.

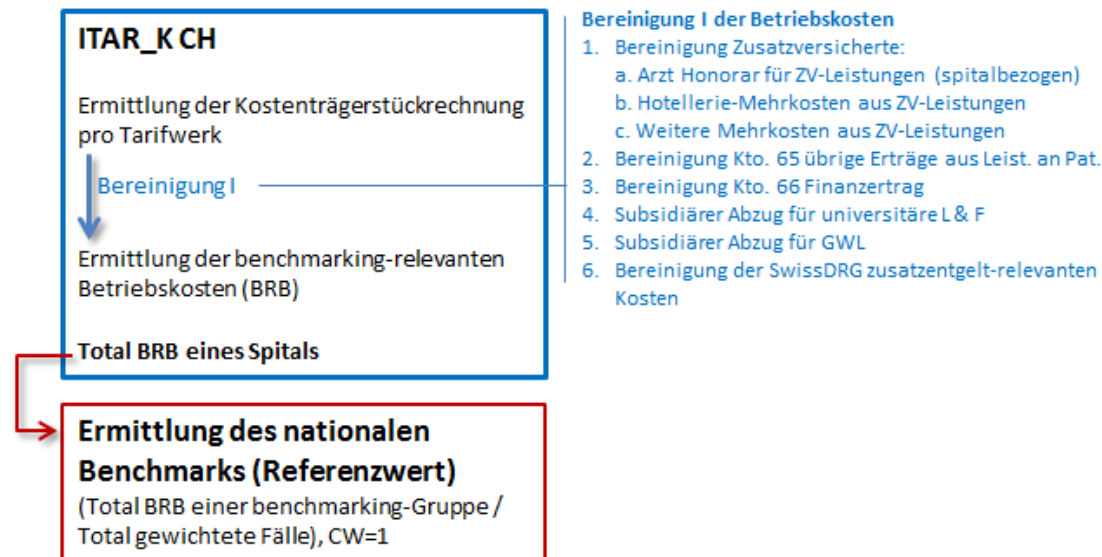
³ Normkosten/Normkostenabzuge sind mit Normalkostenansatzen der Kostenrechnung nicht gleich zustellen. Letztere sind spitalbezogen und bilden eine spezifische Spitalrealitat ab. Sie werden regelmässig überprüft. Mehr Information im REKOLE[®] Handbuch.

⁴ Vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz: Zusammenfassung der BVGer Urteile - Effekte auf die Kostenermittlung und Tarif-Bildung im stationären OKP-Bereich, 1. Mai 2015, V1.0.

6 ERMITTLUNG DER BENCHMARKING-RELEVANTEN BETRIEBSKOSTEN (BRB)

Die Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler müssen zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) mit einheitlicher Methodik vergleichbar aufbereitet werden.

Die BRB werden nach der aktuell gültigen Methode von ITAR_K[©] auf Basis der Kostenträgerfallrechnung REKOLE[®] nach Tarifwerk ermittelt⁵.



Bisher bestanden unterschiedliche Auffassungen zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) bezüglich Intransparenz-Abzügen, Überkapazitätsabzügen, Abzügen für Mehrkosten für zusatzversicherte Patienten, Zinsaufwand sowie Abzügen für gemeinwirtschaftliche Leistungen einschliesslich universitäre Lehre und Forschung. Diese Punkte werden nachfolgend geklärt und wurden vom BVGer bestätigt

6.1 INTRANSPARENZABZÜGE UND ABZÜGE AUS ÜBERKAPAZITÄTEN

Generelle Intransparenzabzüge und Abzüge aus Überkapazitäten sind mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht mehr angebracht. Die Praxis der Preisüberwachung wird vom BVGer nicht weiter begrüsst.

Im wettbewerblich ausgerichteten System der neuen Spitalfinanzierung und der Festlegung von Tarifen auf Grundlage eines Benchmarks ist es nicht mehr sachgerecht, vor dem Benchmarking Abzüge für Überkapazitäten und Intransparenz vorzunehmen. Diese Normabzüge würden im Benchmark letztlich zu einem tieferen Tarif und damit zu einer Bestrafung auch der transparenten und

⁵ Die Abbildung geht davon aus, dass die Anlagenutzungskosten (ANK) in die Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten (BRB) im Hinblick auf das nationale Benchmarking einfließen, folgend den kalkulatorischen Vorgaben von REKOLE[®], dass das nationale Benchmarking inkl. ANK erfolgt und, dass die VKL Vorschriften angepasst sind (im Sinne von REKOLE[®] kompatibel). Werden a) der im Jahr 2012 in Kraft gesetzte ANK-Normzuschlag (vgl. KVV Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008, Abs. 4) in der Preisbildung über die Jahre weitergezogen oder kommen b) die VKL-Bewertungskriterien unverändert zum Tragen, dann können die kalkulatorischen ANK nach REKOLE[®] nicht in die BRB einfließen (Grund: Ordnungsprimat). Die Berücksichtigung der ANK nach VKL kann aber auch nicht in die BRB einfließen, weil die BRB dadurch eine unerwünschte Verzerrung erfahren und nicht mehr vergleichbar sind. Sowohl im Fall a) und b) erfolgt das nationale Benchmarking ohne ANK. Im Anschluss kommt im Fall a) der ANK-Normzuschlag zum Tragen (gemäss Praxis des Jahres 2012). Im Fall b) würden die gewichteten (bei CW=1) ANK nach VKL ermittelt (Frankenwerte) und zum Basispreis pro Spital addiert.

effizienten Spitäler führen. Vielmehr ist in einem Preissystem die Unwirtschaftlichkeit über das Benchmarking zu korrigieren. Dies entspricht dem Grundsatz des Wechsels von der Kostenabgeltung zur Leistungsfinanzierung.

Überkapazitäten gehören explizit nicht mehr in die Abzüge respektive müssen a contrario eingerechnet werden, um im Spitalvergleich zu erscheinen. Eine andere Handhabung widerspricht dem im Gesetz enthaltenen Wettbewerbsgedanken im Bereich der Tarife (BBI 2004 5578-79 f.⁶)

6.2 ABZÜGE FÜR MEHRKOSTEN DER ZUSATZVERSICHERTEN

Abzüge für Leistungen der zusatzversicherten Patientinnen und Patienten sind nicht mehr notwendig. Die Praxis der Preisüberwachung wird vom BVGer nicht weiter begrüsst.

Weil die Zusatzkosten für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten im ITAR_K[©] bereits ausgewiesen werden, müssen sie nicht durch einen Normabzug noch einmal abgezogen werden (vgl. die entsprechenden Tabellen, Zeilen und Spalten im ITAR_K[©]).

Für Arzthonoraraufwand erfolgt kein Abzug, da die OKP-Bereinigung im ITAR_K[©] Modell auf Kostenseite erfolgt.

6.3 KALKULATORISCHE ZINSEN AUF DEM UMLAUFVERMÖGEN

Die kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen werden nach den REKOLE[®]-Empfehlungen berechnet.

Als Kalkulationsbasis ist die Aktivseite der Bilanz heranzuziehen. Als Zinssatz dient der aktuell verordnete VKL-Wert von 3.7 % (WACC-Methode).

Weitere Details sind der Anleitung «ITAR_K[©] - Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung/Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K[©]» der gültigen Version zu entnehmen sowie in REKOLE[®].

Die Methodologischen Inkongruenzen in der VKL zu diesem Punkt (nämlich das Heranziehen der Aktivseite und die Beschränkung auf das einzige Anlagevermögen zwecks Ermittlung der kalk. Zinsen auf dem Anlagevermögen) ist auf die Praxis der Preisüberwachung in Sache Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen auf dem Umlaufvermögen zurückzuführen. Diese Inkongruenz wird von H+ mit den betroffenen Akteuren (Preisüberwachung und Bundesamt für Gesundheit) behandelt.

⁶ Die unter Artikel 49 Abs. 1 (Präzisierung von H+: hier ist der alte Art 49. Abs. 1 gemeint) erwähnte heutige Regelung führt dazu, dass sowohl Spitäler wie Versicherer wenig Spielraum haben, sich über die Entschädigung der Spitalbehandlung zu einigen, da die für die Tarifierung anrechenbaren Kosten umschrieben sind. Lediglich in Bezug auf die genaue Abgrenzung der anrechenbaren Kosten und der Überkapazitäten sowie der Höhe des Kostendeckungsgrades besteht Verhandlungsspielraum.. Dadurch wird eine Garantie der Kostendeckung ungeachtet des Preis-Leistungsverhältnisses statuiert. Dies widerspricht dem im Gesetz enthaltenen Wettbewerbsgedanken im Bereich der Tarife. Nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung kann nicht mehr Bezug auf die anrechenbaren Kosten genommen werden. Massgebend ist die Vergütung der jeweiligen Leistung. Diese soll je zur Hälfte von den Versicherern und vom Wohnkanton der versicherten Person übernommen werden. Aus sozialpolitischen Erwägungen soll es den Kantonen jedoch freigestellt werden, gewisse Bereiche auszuscheiden und deren Kosten gesondert zu übernehmen. Dabei handelt es sich vornehmlich um öffentliche Aufgaben, mit denen die Versorgung sichergestellt wird wie Vorhalteleistungen und Notfalldienste. Einbezogen in die Finanzierung sollen zukünftig auch die Investitionskosten werden, dies vor allem deshalb, weil die strikte Trennung von Betriebs- und Investitionskosten im Rahmen der Spitalfinanzierung ein Bild vermittelt, welches der betrieblichen Praxis nicht entspricht.

6.4 ABZÜGE FÜR GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN EINSCHLIESSLICH UNIVERSITÄRE LEHRE UND FORSCHUNG

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 nach den REKOLE[®]-Empfehlungen geführt und mittels ITAR_K[©] separat ausgewiesen.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind Leistungen, an denen festgehalten wird, obwohl sie teilweise in Widerspruch zu den Geboten des KVG stehen oder deren Erbringung nicht zu den Aufgaben der OKP zählen⁷. Diese in Art. 49, Abs. 7, KVG definierten Aktivitäten sind nicht OKP-relevante Aktivitäten und werden nicht durch die Sozialversicherung finanziert.

Das vorliegende Papier definiert die Rahmenbedingungen der Kalkulation dieser Aktivitäten (Kostenermittlungsverfahren, eindeutige Identifikation und Präsentation), nicht aber die Definition dieser Aktivitäten und ihre Abstimmung auf nationale Ebene (mit Ausnahme der Forschung und universitären Lehre⁸).

6.5 ANLAGENUTZUNGSKOSTEN (ANK) UND ANK-ZUSCHLAG

Investitionen, die zur Erfüllung des (künftigen) Leistungsauftrags notwendig sind, müssen berücksichtigt werden.

Die VKL verlangt ausdrücklich, dass Investitionen, die zur Erfüllung des (künftigen) Leistungsauftrags notwendig sind, berücksichtigt werden müssen (Art. 8, Abs. 1, VKL).

Die Ermittlung der Anlagenutzungskosten (ANK) zwecks Berechnung der Relativkosten-Gewichte (Ermittlung der Tarifstruktur SwissDRG) erfolgt gemäss den Bestimmungen und Entscheiden der SwissDRG AG. Die Abgeltung der ANK erfolgt gemäss Verordnung (VKL) des Bundesrates (Ermittlung des Basispreises).

Der Einbezug der ANK in die **Tarifstruktur** erfolgt mittels kalkulatorischer Werte (REKOLE[®]) und führt zu einer potenziell korrekteren Tarifstruktur (Dekompressionseffekt): Die Intensitätsnutzung der notwendigen DRG-bezogenen Ressourcen kann in den Kostengewichten genauer abgebildet werden (Art. 59d, Abs. 4 KVV). Die Tarifstruktur SwissDRG wird ab der Version 4.0 (erstmalig gültig im 2015) die ANK enthalten.

Der Einbezug der ANK in den **Basispreis** stellt sicher, dass der Gesetzeswille (Einrechnung der Investitionen in die Preise) vollzogen wird. Nach wie vor offen bleibt die Frage der Bewertung der ANK im Rahmen der Ermittlung des Basispreises: VKL (objektbezogene Bewertung) oder REKOLE[®] (leistungsbezogene Bewertung).

Die VKL erlässt Vorgaben (Art. 10a und Schlussbestimmungen VKL) zur ANK Bewertung, die finanzbuchhalterischen und objektbezogenen Charakter haben und den eigentlichen Zielen des KVGs und der VKL⁹ widersprechen. Sie verzerren das Tarif-Benchmarking der OKP-benchmarking-relevanten Betriebskosten (inkl. ANK) da z.B. bei der Bewertung der Anlagen nur das Alter einer Anlage und nicht deren Nutzung berücksichtigt wird; abgeleitet davon werden die Abschreibungen und Zinsen einer Anlage ermittelt und in die Preisbildung integriert (abgeschriebene Anlagen werden mit CHF 0 bewertet, selbst wenn sie noch genutzt werden/Ermittlung der kalkulatorischen Zinsen basieren auf dem Restwert und nicht auf dem halben Anschaffungswert). Mit einem Schweizer Spital-Immobilienpark, der zum grossen Teil in den 1970^{er} erstellt wurde und heute finanziell abgeschrieben

⁷ Eugster Gebhard, 2010, Art. 49 KVG N. 7

⁸ Besson Pascal, 2013, Kapitel 9.11 Forschung und universitäre Lehre

⁹ Z.B.: VKL Art. 8, Abs. 1 die Berücksichtigung von Investitionen die zur Erfüllung des Leistungsauftrags notwendig sind.

ist, führt dies zu einer Unterbewertung der Eingangsdaten womit die ANK ermittelt werden und, worauf das ganze kostenbasierte Preisbildungsverfahren aufgebaut ist. Dem Sinn und Zweck des in der Botschaft ausgedrückten Gesetzeswillens (leistungsbezogene Finanzierung über die Preise, inkl. Investitionen) wird in dieser Form keine Rechnung getragen.

Die REKOLE® Empfehlungen dagegen setzt diesen Gesetzeswillen (KVG-Revision Spitalfinanzierung) vollständig um.

7 NATIONALES BENCHMARKING

Es ist idealtypisch ein schweizweites Benchmarking aufzustellen und ein schweizweit einheitlicher Benchmark zu ermitteln.

Weil eine (idealtypische) Vollerhebung der Kostendaten aller Spitäler für das Benchmarking derzeit nicht möglich ist, ist hilfsweise die Auswahl einer repräsentativen Teilmenge (Stichprobe) vertretbar. Die Stichprobe muss möglichst exakt und sicher auf die Verhältnisse der Grundgesamtheit schliessen lassen. Die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der Benchmarking-relevanten Betriebskosten (und des darauf beruhenden Benchmarking-relevanten Basiswerts) sind umso höher, je geringer die Anzahl der in den Betriebsvergleich einbezogenen Spitäler ist.

7.1 BILDUNG VON BENCHMARKING-GRUPPEN

Mit den heutigen Pauschalen können noch nicht alle Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Kategorien von Spitälern sachgerecht abgebildet werden. Eine Preisdifferenzierung und eine Spitalkategorisierung (Benchmarking-Gruppen) mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen sind deshalb stark empfohlen.

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 (Basispreis). Dieses Ziel ist heute noch nicht erfüllt. Die heute ermittelten Basispreise lassen es mit der aktuellen SwissDRG-Version nicht zu, alle Spitäler untereinander seriös zu vergleichen, weil die unterschiedlichen Behandlungs- oder Patientenspektren zu wenig differenziert abgebildet werden.

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 so gut, wie die datenliefernden Spitäler die Gesamtheit aller Spitäler repräsentieren und wie ausdifferenziert die Kosten und Leistungen waren, worauf man sich basiert.

Heute können durch SwissDRG gut 60% der Kostenunterschiede der einzelnen Spitalbehandlungen erklärt werden. Die übrigen 40% basieren auf noch ungenügend differenzierten Kosten- und Leistungsdaten, methodischen Vorgehensweisen bei der Berechnung der Fallkostengewichte, statistischen Unsicherheiten, regionalen Unterschieden und effektiven Effizienzunterschieden zwischen Spitälern. Eine Preisdifferenzierung und eine Kategorisierung mindestens in den ersten Jahren nach Einführung der Fallpauschalen sind deshalb stark empfohlen. Bei der Bildung von Benchmarking-Gruppen ist auf vergleichbare Leistungsspektren, die Angebotsstruktur, die Weiterbildungsintensität, das Einzugsgebiet, etc. zu achten.

Es gibt zurzeit keine gebräuchliche, anerkannte Spitalkategorisierung, die mit dem DRG-System, bzw. mit dem Anliegen einer «gerechten» (betriebstyp-gerechten) Baserate kompatibel ist. Tarifbildung (inkl. Kostenbenchmark) und Preisdifferenzen innerhalb, bzw. zwischen verschiedenen Spitalkategorien sind vorläufig zweckmässig und erforderlich. Somit können Kostendifferenzen zwischen bestimmten Leistungen/Aktivitäten, die die Tarifstruktur SwissDRG nicht abzubilden vermag, berücksichtigt werden.

Diese Haltung wird vom BVGer in einer Anfangsphase als vertretbar eingeschätzt, wenn auch klargestellt wird, dass grundsätzlich die Bildung von Benchmarking-Gruppen im Widerspruch zur Grundidee eines schweizweiten, möglichst breit abgestützten Betriebsvergleichs stehe. Falls ein von der Spitalart unabhängiger nationaler Betriebsvergleich der individuellen Situation einzelner Spitäler zu wenig Rechnung trage, wäre allenfalls in begründeten Fällen ein Korrektiv mit individuell bestimmten Basisfallwerten zu prüfen. Weiter stellt das BVGer fest, dass ein Benchmarking in verschiedenen Kategorien ausserdem die Problematik der Kategorieneinteilung beinhalte und zu Rechtsunsicherheiten führen würde.

Insbesondere aber ist die laufende Verbesserung der Kostenabbildungszuverlässigkeit von SwissDRG zu überwachen (Messkriterien festlegen). Ab einer zu bestimmenden Kostenabbildungsgenauigkeit (Güte der Tarifstruktur) sollen die nationalen Benchmarking-Gruppen überprüft werden.

Die Bildung von nationalen Benchmarking-Gruppen hat in der Anfangsphase nach bestimmten Prinzipien zu erfolgen, die nachfolgend aufgeführt sind:

- Vergleichbares Leistungsspektrum und vergleichbare Angebotsstruktur (Indikatoren: Anzahl angesteuerte DRG's/CM/Anzahl und Art der HSM-Aufträge/Anteil und Höhe (CHF) der Hochdefizitfälle)
- Vergleichbare Weiterbildungsintensität (Indikator: FMH/SIWF-Register der Einstufung der Spitäler nach Weiterbildungsstätten)
- Auftrag für Notfallversorgung (7/7 24/24)
- Vergleichbares Einzugsgebiet.

7.2 BENCHMARKART UND -NIVEAU

Die Wahl des Referenzwerts (Benchmark) muss so getroffen werden, dass die Versorgungssicherheit der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen gewährleistet bleibt. Der Referenzwert soll schliesslich einer guten Effizienz entsprechen, nicht aber der Bestleistung.

Das KVG spricht in Art. 49, Abs. 1, letzter Satz von Spitälern, die «effizient und günstig» Leistungen erbringen. Tarife sollen sowohl für Versicherer als auch für Leistungserbringer wirtschaftlich tragbar sein. Das Prinzip der Billigkeit (wirtschaftliche Tragbarkeit) ist vom Gesetzgeber als neutrales Instrument ausgestaltet worden¹⁰. Mit anderen Worten soll im KVG gemäss Gesetzgeber die Effizienzsteigerung der Versicherer und der Leistungserbringer unter dem Prinzip der Billigkeit erfolgen. Die Effizienzsteigerung der Versicherer wird hier nicht näher behandelt.

Für die Leistungserbringer mit hohen Kosten muss der finanzielle Druck und Anreiz entstehen, günstiger und effizienter zu werden. Für die Leistungserbringer mit tiefen Kosten muss weiterhin ein Antrieb bestehen, ihre Effizienz zu halten oder weiter zu verbessern. Ein so gewählter Benchmark entspricht dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziel, mit verstärktem Wettbewerb die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu verbessern.

Schliesslich ist zu erinnern, dass die Botschaft sich zum Effizienzmassstab nicht äussert, da der letzte Satz von Art. 49 Abs. 1 KVG erst auf Vorschlag der ständerätlichen Gesundheitskommission (SGK) eingefügt wurde. Nach der SGK haben sich die Preise an diejenigen Spitäler zu orientieren, welche einigermassen effizient und günstig arbeiten¹¹. Die Formulierung «einigermassen effizient und günstig» lässt den Schluss zu, dass die SGK zwar eine gute Effizienz, nicht jedoch die Bestleistung als Massstab betrachtete.

In der Anfangsphase des DRG-Systems muss mit einer Effizienzgrenze sehr sorgfältig umgegangen werden.

Berücksichtigung der Fallgewichtung

Die Berücksichtigung der Fallgewichtung (Menge und Behandlungs-Komplexität der Fälle) ist ein wesentlicher Bestandteil zur Bestimmung des Benchmarkniveaus.

Der Referenzwert (Benchmark) entspricht dem gewichteten arithmetischen Mittel der Fallkosten einer nationalen Benchmarking-Gruppe

Das gewichtete arithmetische Mittel entspricht dem Gesetzeswillen. Damit wird erstens der Benchmark so angesetzt, dass ein darauf basierender Tarif nicht mehr als die effektiven Durchschnittskosten der Leistungen vergütet. Zweitens folgt dieser Benchmark dem Prinzip der Vergütung effizienter Leistungen, da hiermit die Hälfte der Leistungen als nicht effizient taxiert wird. In

¹⁰ Druey Just Eva, S.3, 2013

¹¹ Protokoll SGK Ständerat vom 21. November 2005, S. 22, und vom 23./24./25. Januar 2006, S. 53

diesem Sinn dient der Referenzwert als Effizienzgrenze. Drittens besteht der Anreiz für jedes Spital, noch wirtschaftlicher zu werden, indem es unter den Benchmark-Kosten (Referenzwert) produziert.

Das gewichtete arithmetische Mittel der Fallkosten bringt zudem folgende Vorteile mit sich:

- Bei der Festlegung des Benchmarks werden alle Leistungen in allen Spitälern statistisch gleich berücksichtigt. Eine hochstehende und zweckmässige medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungsversorgung (Versorgungspflicht) wird gewahrt.
- Medizinische Leistungen werden effizient erbracht, da alle Leistungen über den mittleren Kosten angepasst werden (Wirtschaftlichkeit der Leistung).
- Es erfolgt kein Ranking von Spitälern und Kliniken, sondern es wird ein gewichteter Basispreis (Referenzwert) für die in allen Schweizer Spitälern und Kliniken einer bestimmten Benchmarking-Gruppe erbrachten Leistungen ermittelt.
- Die so ermittelten Entschädigungen sind in jedem Fall nicht höher als die ausgewiesenen Kosten für die Leistungen dieser Spitäler.

Der Median (50. Perzentil, bzw. 0.5 Quantil), bezogen auf Durchschnittsfallkosten pro Spital oder Klinik, entspricht nur teilweise dem Gesetzeswillen. Die Hauptprobleme aus Sicht von H+ sind:

- Mit dem Median bezogen auf die Durchschnittsfallkosten der einzelnen Spitäler und Kliniken: Sehr kleine Institutionen erhalten damit, statistisch gesehen, genau das gleiche Gewicht wie Grossspitäler. Anders ausgedrückt ist der Median robust gegenüber Extremwerte: Beispielsweise könnte mit diesem statistischen Verfahren das Kostenniveau von zehn sehr kleinen spezialisierten Kliniken den Preis von fünf Universitätsspitälern bestimmen. Die wirtschaftliche Gleichbehandlung der Spitäler und die Wahrung des Prinzips der Billigkeit sind somit nicht sichergestellt. Diese, mit der Methodenwahl (Perzentil-Berechnung) verbundene „statistische Ungleichbehandlung“ kann relativiert werden indem, im Rahmen des Benchmarking-Verfahrens, die Durchschnittsfallkosten eines Spitals mit seiner Fallzahl gewichtet werden. Eine derartige Gewichtung ist daher im Hinblick auf das Benchmarking zwingend. Zu bemängeln bleibt, dass damit unnötige und einfach manipulierbare tarifpolitische Rankings gefördert werden, da die dafür benutzten Kosten einzelne Spitäler/Kliniken repräsentieren.
- Mit dem Median, bezogen auf die einzelnen Leistungen aller Spitäler und Kliniken, werden diesmal die Leistungskosten der Spitäler statistisch gesehen nicht gleich berücksichtigt: sehr teure und sehr günstig behandelte Fälle fallen in der Ermittlung des Referenzwertes weniger ins Gewicht als der Rest der behandelten Fälle. Im Rahmen von Entschädigungsfragen ist ein solcher Ansatz inakzeptabel: medizinisch, pflegerisch und therapeutisch erbrachte Leistungen an Patienten können nicht einfach weniger ins Gewicht fallen bei der Ermittlung des Referenzwertes nur weil sie extrem teuer oder günstig sind.

Das BVGer hat sich zur Methodenwahl zur Ermittlung des Referenzwertes bis Heute nicht geäussert, stellt aber fest, dass verschiedene Methoden vorliegen und, dass schliesslich nur eine Methode national zur Anwendung kommen kann. Ausgehend davon wird die Abstützung auf das 40. und 50. Perzentil vom BVGer als vertretbar eingestuft.

Bei der Anwendung von anderen Perzentil-Werten (z.B. 25., 40. oder 75. Perzentil), kommen zusätzlich zu den oben erwähnten unerwünschten Effekten folgende Probleme hinzu:

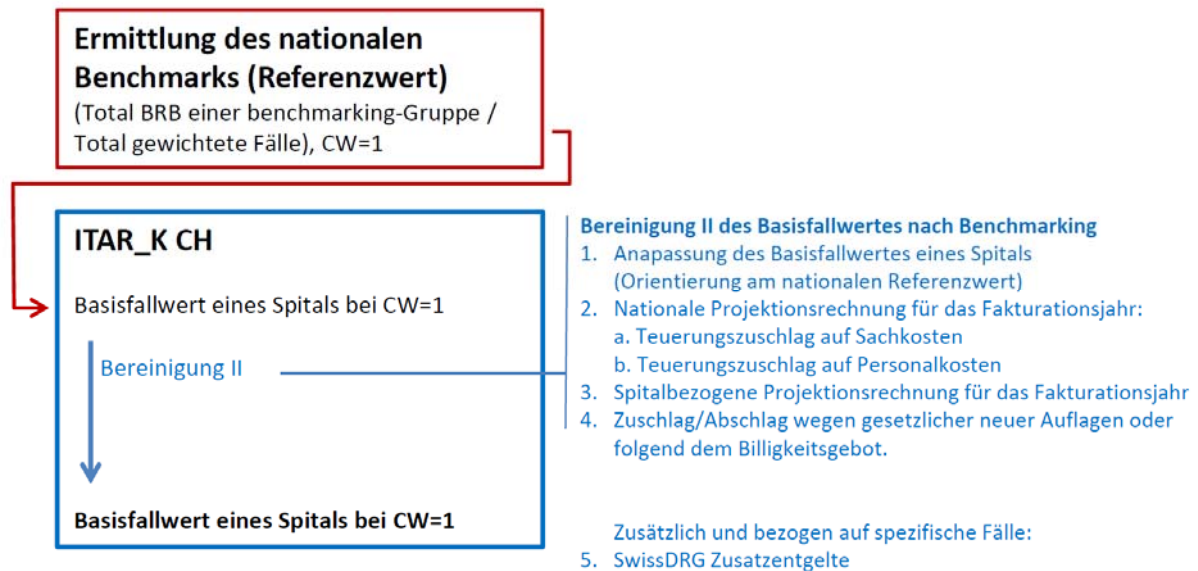
- Bei Werten unter dem Median wird dem Prinzip der Billigkeit keine Rechnung getragen. Je tiefer das Perzentil, desto weniger wird die wirtschaftliche Tragbarkeit für die einzelnen Spitäler und Kliniken berücksichtigt.
- Bei Werten über dem Median rückt das Prinzip der Effizienz in den Hintergrund. Je höher das Perzentil, desto weniger kommt das Wirtschaftlichkeitsprinzip zum Tragen.

Geltungsbereich des ermittelten gewichteten arithmetischen Mittels

Spitäler mit gewichteten Fallkosten über dem Referenzwert werden nach unten angepasst.

Spitäler und Kliniken mit gewichteten Fallkosten unter dem Referenzwert werden auf den Referenzwert angehoben. Ertragsüberschuss und die Erhöhung des Eigenkapitals sind möglich.

Da der Referenzwert einer Benchmarking-Gruppe auf den Fallkosten des Basisjahrs (Betriebsjahr der Spitaldaten) basiert, sind für die Ermittlung des Basispreises des Vertragsjahres (Fakturierungsjahr) eines Spitals verschiedene Zu- oder Abschläge aufzurechnen.



Die Ermittlung der nationalen Referenzwerte pro Benchmarking-Gruppe erfolgen auf Grund von t-2 Spitalbetriebsdaten, wobei t=Fakturierungsjahr ist. Regionale bzw. spitalbezogene Ereignisse, die zwischen dem Basisjahr und dem Fakturierungsjahr vorkommen und Kosten verursachen, sind in der Tarif-Bildung zusätzlich mittels spitalbezogenen Projektionsrechnungen, zu berücksichtigen da diese Ereignisse in den Spitalbetriebsdaten des Basisjahres nicht enthalten sind. Mögliche Ereignisse sind (nicht abschliessende Liste):

- Hygienevorschriften: Neue Deklarations- & Dokumentationsauflagen
- Unfalldokumentationen
- Geforderte Zufriedenheitsumfragen und -messungen
- Teure und aufwendige Umsetzung neuer gesetzlicher Vorschriften/Auflagen
- Gesamtarbeitsverträge mit automatischen Lohnanpassungen
- Zusätzliche Teuerungsanpassungen und ausserordentliche Lohnerhöhungen für das Personal, die aufgrund kantonaler bzw. BR-Entscheide, über die jährliche Teuerungsanpassung bzw. Lohnindexierung hinausgehen (rückwirkende Lohnausgleichszahlungen).

Nebst der spitalbezogenen Projektionsrechnung sind auch die nationale Projektionsrechnung (Teuerungsanpassungen) sowie die eventuellen Auswirkungen von neuen bundesgesetzlichen Anforderungen zu berücksichtigen.

Schliesslich basiert die Tarifstruktur SwissDRG auf gesamtschweizerischen Durchschnittswerten. Regionale Kostenunterschiede sind darin ausdrücklich nicht abgebildet und sind über unterschiedliche Basispreise zu berücksichtigen. Ein national einheitlicher Basispreis ist gemäss KVG nicht vorgesehen und wäre insbesondere auch abhängig von der Güte der Tarifstruktur SwissDRG (im akutsomatischen Bereich¹²) und von unterschiedlichen regionalpolitischen Ausgangslagen der Spitäler. Das BVGer bestätigt, dass unterschiedliche Basisfallwerte zwischen Spitäler, unter Berücksichtigung des Gebotes der Billigkeit, naheliegend sind.

¹² In der Rehabilitation und in der Psychiatrie kommen andere Tarifstrukturen zum Tragen.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Änderungen und Kommentar im Wortlaut per 1. Januar 2009 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 22. Oktober 2008.
- Besson, Pascal: REKOLE[®], Betriebliches Rechnungswesen im Spital, 2013, Bern
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10
- Druey Just Eva: Das Prinzip betriebswirtschaftlicher Tarifbemessung im KVG, in: Jusletter 19. August 2013
- Eugster Gebhard: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zürich 2010
- Gesundheitsdirektion Zürich: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, 278 Krankenversicherung (Genehmigung von Tarifverträgen und Festsetzung der Tarife ab 2012 im stationären Bereich der Akutsomatik) inkl. Beilage 1 und 2, Zürich, Sitzung vom 13. März 2013
- Gesundheitsdirektion Zürich: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, 279. Subventionen 2013 für versorgungsnotwendige Sonderleistungen von Listenspitälern gemäss § 11 Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz, Zürich, Sitzung vom 13. März 2013
- Gesundheitsdirektion Zürich: Medienmitteilung «Definitive Tarife und Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen der Spitäler festgelegt», Zürich, 21. März 2013
- Gesundheitsdirektorenkonferenz Zentralsekretariat: Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, 05. Juli 2012
- H+ Die Spitäler der Schweiz: Empfehlungen und Argumentarium H+ zur Wirtschaftlichkeitsprüfung unter der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung, Bern, 07. Dezember 2012
- H+ Die Spitäler der Schweiz: Zusammenfassung der BVGer Urteile - Effekte auf die Kostenermittlung und Tarif-Bildung im stationären OKP-Bereich, 1. Mai 2015, V1.0.
- H+ Die Spitäler der Schweiz: Integriertes Tarifmodell Kostenträgerrechnung ITAR_K[®], aktuelle und gültige Version.
- Protokoll SGK Ständerat vom 21. November 2005, S. 22, und vom 23./24./25. Januar 2006, S. 53
- Salzmann, Karin Alexandra; Besson, Pascal: Kontierungsrichtlinien inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe 2014, Version 1.0, 2013, Bern
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002, SR 832.104
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. März 2014)

10 KONTAKT

Karin Alexandra Salzmann, karin.salzmann@hplus.ch

Pascal Besson, pascal.besson@hplus.ch