



CH-3003 Bern. PUE

An den Bundesrat  
z.H. von Bundesrat D. Burkhalter  
Generalsekretariat EDI  
Schwanengasse 2  
3003 Bern

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: Jun / Fie

Kontakt: OM 153/09

Bern, 12. April 2010

**Empfehlung des Preisüberwachers zum Gesuch um Genehmigung des Vertrags vom 2. Juli 2009 über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP zwischen H+, Santésuisse und GDK**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 14. Juli 2009 hat uns das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gebeten, zum OKP-Tarifvertrag vom 2. Juli 2009 über die Einführung der Tarifstruktur SwissDRG zwischen H+, Santésuisse sowie der GDK Stellung zu nehmen. Seitens der Tarifpartner war dieser Vertrag (samt ergänzender Unterlagen) mit Schreiben vom 9. Juli 2009 dem Bundesrat gestützt auf Art. 46, Abs. 4 und Art. 49, Abs. 2 KVG sowie Art. 59d KVV zur Genehmigung eingereicht worden mit der Bitte, den Fallpauschalenkatalog 0.2 samt Anwendungsregeln sowie den Fallbeitrag zur Erarbeitung, Weiterentwicklung und Pflege der Tarifstruktur zu genehmigen<sup>1</sup>. Da das Genehmigungsgesuch erhebliche Lücken aufwies, musste das BAG in Rücksprache mit der Preisüberwachung seit diesem Zeitpunkt zahlreiche schriftliche Informationsbegehren stellen. Insbesondere seien diesbezüglich folgende Schreiben erwähnt: Schreiben vom 31. Juli 2009 (Auflistung fehlender Unterlagen und Konzepte), Schreiben vom 29. Oktober 2009 (Kostenmonitoring, Qualität und obligatorische Vertragsbestandteile) sowie das Schreiben vom 30. November 2009 (erforderliche Berechnungsgrundlagen). Als wichtigste nachgelieferte Unterlage wurden dem BAG seitens der SwissDRG AG mit Schreiben vom 12. März 2010 die Berechnungsgrundlagen übermittelt.

<sup>1</sup> Zum Fallbeitrag hat die Preisüberwachung dem Bundesrat bereits mit Schreiben vom 24. März 2010 und gestützt auf Art. 14 Preisüberwachungsgesetz (PüG) sowie Art. 59e KVV eine formelle Empfehlung abgegeben. Auf den Fallbeitrag wird deshalb in vorliegender Empfehlung nicht mehr weiter eingegangen.

Zudem fanden seit Oktober 2009 monatliche Reporting-Sitzungen unter der Leitung des BAG statt, an welchen neben den Tarifpartnern sowie der SwissDRG AG jeweils auch eine Vertretung der Preisüberwachung teilnahm. Diese Sitzungen dienten dazu, das anfänglich sehr unvollständige Genehmigungsgesuch voranzutreiben sowie Unklarheiten bezüglich der einzureichenden Dokumente aus dem Weg zu räumen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt fehlen seitens der Tarifpartner immer noch Unterlagen, Konzepte und Verträge (vgl. Absatz 2 ff.). Trotzdem hat uns das BAG mit Schreiben vom 16. März 2010 gebeten, vorliegende Empfehlung an den Bundesrat bis zum 12. April 2010 zu verfassen. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich deshalb auf die Datenlage, wie sie am 12. April 2010 bestanden hat.

## **1. Rechtliches**

### **1.1 Zuständigkeit**

Die Spitaltaxen sind nicht das Resultat eines wirksamen Wettbewerbs im Sinne von Art. 12 des Preisüberwachungsgesetzes (PüG).

Gemäss Art. 14 PüG hat die Legislative oder die Exekutive des Bundes, eines Kantons oder einer Gemeinde, welche für die Festsetzung oder Genehmigung einer Preiserhöhung zuständig ist, vorgängig zur Preisfestsetzung den Preisüberwacher anzuhören. Er kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken.

In der Botschaft zum KVG (vgl. BBl 1992 I 180 und 182) sowie in seiner Rechtspraxis haben der Bundesrat sowie (seit 2007) das Bundesverwaltungsgericht diese Rechtslage bestätigt. Sinn und Zweck des Empfehlungsrechts des Preisüberwachers ist es, dass der Bundesrat in Kenntnis seiner Stellungnahme entscheidet und sich mit dessen Argumenten auseinandersetzt.

Das Eidg. Departement des Innern ist vorliegend seiner Konsultationspflicht nachgekommen.

### **1.2 Auflagen gemäss KVG, KVV und Rechtspraxis**

Gemäss Art. 46, Abs. 4 KVG bedarf ein Tarifvertrag, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, der Genehmigung durch den Bundesrat. Dieser prüft, ob der Vertrag mit dem Gesetz und Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Was damit gemeint ist, ergibt sich in materieller Hinsicht aus Art. 32, Abs. 1 und Art. 43, Abs. 6 KVG (WZW-Kriterium und Wirtschaftlichkeitsgebot) sowie aus Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV: „Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen“<sup>2</sup>. Bezüglich der mit vorliegendem Genehmigungsgesuch einzureichenden Unterlagen findet sich eine explizite Aufzählung in Art. 59d KVG.

Daraus erhellt, dass aufgrund der langjährigen Rechtspraxis und der KVV-Artikel 59c (in Kraft seit 1. Aug. 2007) und 59d (in Kraft seit 1. Jan. 2009) bereits im Vorfeld des per Ende Juni 2009 einzureichenden Genehmigungsgesuchs ausreichende Klarheit darüber bestand, welche Unterlagen mit dem Gesuch einzureichen sind und welche gesetzlichen Anforderungen der Tarifvertrag (beinhaltend insbesondere ein Tarifmodell, Anwendungsregeln und Kontrollmechanismen) zu erfüllen hat. Nachfolgend wird zu prüfen sein, ob das vorliegende Genehmigungsgesuch diese Vorgaben erfüllt, respektive welche Aspekte allenfalls noch nachzubessern bzw. zu erfüllen sind.

---

<sup>2</sup> Hierzu existiert bereits eine umfangreiche Rechtspraxis, welche insbesondere auf die Einführung des neuen Schweizer Physiotherapeutentarifs im Jahr 1998 sowie auf diejenige des Tarmed im Jahr 2004 zurückgeht.

## 2. Überprüfung gemäss Art. 13 Preisüberwachungsgesetz sowie Art. 46 und 49 KVG

Die Preisüberwachung legte den Schwerpunkt ihrer Prüfungen auf folgende Aspekte: Qualität der Tarifstruktur, Leistungsqualität und Kostenauswirkung des neuen Tarifmodells für die akutsomatischen Spitäler.

### 2.1 Tarifstruktur

Das Ziel einer Tarifstruktur - sei dies für ambulante oder wie vorliegend für stationäre Leistungen - besteht darin, dass sie *die Kosten effizient arbeitender Leistungserbringer möglichst exakt widerspiegelt*. Nur so kann eine verursachergerechte Leistungsentschädigung etabliert werden mit richtigen ökonomischen Anreizen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Dies bedingt, dass die zur Erstellung des Tarifmodells erhobenen Daten *repräsentativ* sind, die *notwendige Qualität* aufweisen (z.B. bezüglich Abgrenzung der einzelnen Kostenkomponenten) und auf einer *effizienten Leistungserbringung* beruhen. Die Nichterfüllung eines oder mehrerer dieser Kriterien führt zu einer verzerrten Tarifstruktur und damit zu falschen Anreizen, was wiederum zu Mehrkosten zulasten der sozialen Krankenversicherung bei gleichzeitigen Einbussen bei der Leistungsqualität führt<sup>3</sup>.

#### 2.1.1 Repräsentativität der Datengrundlagen

Gemäss eingereichten Unterlagen konnten die Kostendaten von 38 der gegenwärtig 40 Netzwerkspitäler für die Ermittlung der Kostengewichte 0.2 verwendet werden. In der Schweiz gibt es gemäss Krankenhausstatistik 2008 (vgl. Tab. A1) 205 akutsomatische Spitäler (Krankenhäuser für allgemeine Pflege sowie andere Spezialkliniken), welche ab 2012 ihre Leistungen nach der SwissDRG-Tarifstruktur abrechnen müssen.

Zweitens sind die 38 Netzwerkspitäler, welche brauchbare Daten (gemäss Kriterien der SwissDRG AG) geliefert haben, *ausschliesslich öffentlich subventioniert*.

Drittens konnten diese 38 Schweizer Spitäler gemäss statistischem Bericht (vgl. Anhang 1 zum Schreiben der SwissDRG AG ans BAG vom 7. Oktober 2009) brauchbare Kosten von 166'650 sog. Inlier-Fällen beisteuern. In der Schweiz waren im Jahr 2008 gemäss Medizinischer Statistik der Krankenhäuser 2008 (vgl. Tab. T1) jedoch 1'148'056 Akutspitalfälle zu verzeichnen. Damit liegen den Berechnungen nur 14.5% aller Fälle zu Grunde, die zudem kaum als voll repräsentativ gelten können.

Schliesslich muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass von den insgesamt errechneten 1089 Cost Weights *nur deren 528 (48%) auf Schweizer Daten beruhen*. 561 Cost Weights der Tarifstruktur 0.2 basieren auf Daten deutscher Krankenhäuser.

Daraus wird klar, dass die *Repräsentativität* der zur Erarbeitung der vorliegenden Tarifstruktur (0.2) verwendeten Schweizer Daten in mehrfacher Hinsicht als *ungenügend* zu werten ist. Erstens haben viel zu wenige Häuser überhaupt brauchbare Daten geliefert (38 von 205), zweitens fehlen Daten von Privatspitalern vollständig, drittens ist der Anteil der auswertbaren Fälle am Gesamttotal der Fälle zu tief und viertens beruht mehr als die Hälfte (52%) der Kostengewichte auf Daten deutscher Spitäler, deren Qualität vorliegend nicht überprüft werden

<sup>3</sup> Weist eine Diagnosebezogene Fallgruppe (kurz DRG für „diagnosis related group“) z.B. ein zu hohes Kostengewicht auf, so haben die Spitäler den (falschen) ökonomischen Anreiz, möglichst viele Fälle über diese DRG abzuwickeln. Dies führt unter Umständen nicht nur zu medizinisch unpassenden Behandlungen und damit zu einer Senkung der Behandlungsqualität, sondern gleichzeitig auch zu überhöhten Kosten zulasten der OKP. Weist eine DRG andererseits ein zu tiefes Kostengewicht auf, so haben die Spitäler den (falschen) Anreiz, entsprechende Fälle günstiger als notwendig abzuwickeln und insbesondere zu rasch zu entlassen (man spricht in diesem Zusammenhang von der sog. blutigen Entlassung), was ebenfalls zulasten der Behandlungsqualität geht und in gewissen Fällen Zusatzkosten für Garantieleistungen nach sich zieht. Es ist somit für das richtige Funktionieren eines DRG-Systems von zentraler Bedeutung, dass die Kostengewichte sehr genau stimmen.

konnte. Nach Ansicht der Preisüberwachung leidet unter der schwachen Partizipationsquote der Schweizer Akutspitäler die Qualität der Tarifstruktur. Unseres Erachtens müssen deshalb alle von der Tarifstruktur betroffenen Schweizer Akutspitäler raschmöglichst und obligatorisch Kostendaten an die SwissDRG AG liefern<sup>4</sup>. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Spitäler Daten zur Erstellung von BFS-Statistiken (z.B. Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser) problemlos bereitstellen, der Pflicht zur Lieferung von Daten zur Erstellung, Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur, über welche in Zukunft allein in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ein Kostenvolumen von mehr als 5 Milliarden Franken abgerechnet wird, dagegen nur zögerlich nachkommen. Die erste Empfehlung lautet deshalb wie folgt:

*Empfehlung 1: Mittels einer Auflage anlässlich der Tarifgenehmigung und/oder zusätzlicher gesetzlicher Vorgaben ist sicherzustellen, dass die Lieferung von Daten an die SwissDRG AG zur Erstellung, Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur für alle akutsomatischen Spitäler obligatorisch ist.*

## 2.1.2 Datenqualität

### a. Helvetisierte DRGs

Die Swiss DRG AG räumt im Schreiben vom 12. März 2010 gegenüber dem BAG offen ein, dass die Qualität der Kostendaten zum jetzigen Zeitpunkt noch ungenügend sei und im Hinblick auf zukünftige Tarifstrukturen verbessert werden müsse. Diese Aussage trifft aus unserer Sicht vollständig zu. So beruht zum einen die Berechnung von 52% der Cost Weights (561 Stück, vgl. Abschnitt 2.1.1) auf deutschen Daten. Bei dieser Berechnung kommt dem sog. Helvetisierungsfaktor eine zentrale Bedeutung zu. Mit diesem Faktor (Multiplikator) werden die deutschen Durchschnittskosten von 561 Diagnosis Related Groups (DRGs) auf geschätzte Schweizer Kosten pro DRG hochgerechnet, *da die deutschen Spalkosten signifikant tiefer sind als diejenigen in der Schweiz.*

Dieser entscheidende Faktor, um die deutschen Kosten pro DRG auf geschätzte Schweizer Kosten pro DRG hochzurechnen, wurde nun *einzig aufgrund von Durchschnittskosten von 6 DRGs kalkuliert*, die laut Beilage 6 (S. 7) des Genehmigungsgesuchs vom 9. Juli 2009 relativ häufig vorkommen und zwischen beiden Ländern vergleichbar sind. Nach Ansicht der Preisüberwachung ist deshalb davon auszugehen, dass sowohl die äusserst schmale Datenbasis für die Berechnung des Helvetisierungsfaktors (nur 6 DRGs) als auch dessen erstaunliche Höhe (1.83) dazu beitragen, dass die Cost Weights der 561 sogenannten helvetisierten (auf Basis deutscher Daten berechneter) DRGs vermutlich ungenau und auch zu hoch ausgefallen sind. Daraus leiten wir folgende Empfehlung ab:

*Empfehlung 2: Mittels einer Auflage anlässlich der Tarifgenehmigung ist sicherzustellen, dass die Helvetisierung deutscher Daten raschmöglichst untersagt wird, da sich dadurch Ungenauigkeiten in die SwissDRG-Tarifstruktur einschleichen.*

### b. DRGs aufgrund von Schweizer Daten

Wie vorstehend erwähnt, konnten mittels Daten von 38 Schweizer Spitalern nur 48% oder 528 der insgesamt 1089 Cost Weights (Relativgewichte) berechnet werden, welche die SwissDRG Tarifstruktur ausmachen. Wie ist es nun um die Qualität dieser Schweizer Daten bestellt? Gemäss Anlage 1 (Abschnitt 4) zum Schreiben der SwissDRG AG ans BAG vom 12. März 2010 bestehen aktuell bezüglich Qualität der Schweizer Kostendaten mehrere Problemfelder, die sich nachfolgend kurz wie folgt zusammenfassen lassen:

- Anrechenbare Kosten: Die in den meisten der 38 datenliefernden Netzwerkspitäler etablierten Kostenträgerrechnungen seien (noch) nicht für die Anwendung als Daten-

<sup>4</sup> U.E. ist in Art. 49, Abs. 2 KVG (in Kraft seit 1. Jan. 2009) genau das bereits vorgeschrieben, indem hier explizit steht: „Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern“.

grundlage für ein DRG-System konzipiert. Zudem fehle eine einheitliche nationale Vorgabe zur Kostenerfassung, was dazu führe, dass einzelne Kostenkomponenten unterschiedliche Kostenzuordnungen enthielten (z.B. würden in einem Spital mangels einer Kostenstelle „Hotellerie“ einfach die Hotelkosten unter der Kostenstelle „Pflege“ verbucht).

- Anlagenutzungskosten: Gemäss Ausführungen der SwissDRG AG seien noch nicht alle Netzwerkspitäler in der Lage, die Anlagenutzungskosten (Abschreibungen und Zinsen) auf Fallebene auszuweisen. Zudem würden die Netzwerkspitäler mit unterschiedlichen Bewertungsmethoden für die Anlagenutzungskosten operieren, obschon die zu verwendende Bewertungsmethode in der VKL vorgegeben sei<sup>5</sup>. Deshalb seien die Anlagenutzungskosten in den Kostengewichten zurzeit noch nicht eingerechnet worden.
- Kosten der Ärzteschaften: Diese würden von einigen Spitälern in der Kostenkomponente gleichen Namens abgebucht, von anderen dagegen in der technischen Umgebung (z.B. Operations-Saal).
- Nicht anrechenbare Kosten: Derzeit würden die nicht anrechenbaren Kosten gemäss neuen Spitalfinanzierungsregeln (insbesondere Kosten für universitäre Lehre und Forschung sowie Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen) in den Netzwerkspitälern noch unterschiedlich abgegrenzt.
- Leistungsdaten: Zurzeit bestünde noch ein Nachhol-, Erweiterungs- und Vereinheitlichungsbedarf bei den Diagnose- und Prozedurklassifikationen, dem Datensatz der Medizinischen Statistik (des BFS), den Kodierrichtlinien sowie den Abrechnungsregeln.

Aufgrund dieser noch ungenügenden Qualität der Schweizer Kostendaten wird folgendes empfohlen:

*Empfehlung 3: Anlässlich der Tarifvertragsgenehmigung oder auf gesetzlichem Weg sind schweizweit verbindliche Vorgaben zur einheitlichen Erfassung der Kosten- und Leistungsdaten zu erlassen, welche (von allen nach SwissDRG abrechnenden Spitälern) der SwissDRG AG abzuliefern sind.*

Positiv ist zu vermerken, dass in der vorliegenden Version 0.2 der Kostengewichte grundsätzlich *alle Kosten* (mit Ausnahme der Investitionskosten sowie der Kosten für universitäre Lehre und Forschung, deren Einbezug noch nachzuholen ist) – d.h. z.B. auch diejenigen von Implantaten, medizinischem Verbrauchsmaterial sowie Medikamenten – in die Relativgewichte eingerechnet wurden. Dies ist nach Ansicht der Preisüberwachung eine wichtige Voraussetzung, damit im neuen System ein wirksames Benchmarking von Baserates (d.h. der zwischen Spitälern und Versicherern auszuhandelnden durchschnittlichen Fallkosten pro Spital mit einem Kostengewicht von 1.0; eine Baserate entspricht damit dem Taxpunktwert bei einem ambulanten Einzelleistungstarif wie z.B. dem TARMED) erfolgen kann. Die Vermeidung von Zusatzentgelten ist auch deshalb wichtig, um den Spitälern Anreize zu geben, Material und Medikamente viel stärker als heute im Verbund (z.B. mittels Einkaufsgenossen-

---

<sup>5</sup> Konkret würden manche Spitäler die Abschreibungskosten gemäss REKOLE-Vorgaben (REKOLE ist das betriebliche Rechnungswesen von H+, welches in vielen Spitälern angewendet wird) berechnen, welche für die wichtigsten Investitionsgüter (insbesondere Spitalgebäude und allgemeine Betriebsinstallationen) einen Wiederbeschaffungsansatz (Abschreibung aufgrund des Brandversicherungswertes) vorschlägt. Dagegen schreibt Art. 10a VKL die Berechnung der Abschreibungskosten aufgrund von Anschaffungszeitwerten (d.h. die lineare Abschreibung vom Anschaffungswert über die geplante Nutzungsdauer auf den Restwert 0) vor. Bei Verwendung des Wiederbeschaffungsansatzes droht einerseits, dass zu hohe Abschreibungskosten in die Kostengewichte einfließen und andererseits, dass bereits abgeschriebene Spital-Investitionen im Rahmen der ab 2012 gültigen neuen Spitalfinanzierung ein zweites mal zulasten der sozialen Krankenversicherung abgeschrieben werden.

schaften) zu beschaffen, um dadurch bessere Einkaufskonditionen zu erwirken<sup>6</sup>. Könnten teure Implantate und Medikamente nämlich den Patienten oder Versicherern separat verrechnet werden, würde der Anreiz der Spitäler deutlich geschwächt, gute Einkaufskonditionen zu erwirken und damit die Kosten zulasten der OKP zu reduzieren. Somit wird folgendes empfohlen:

*Empfehlung 4: Es ist eine Auflage dahingehend zu erlassen, dass die Relativgewichte auch künftiger Tarifstrukturen sämtliche Kosten der einzelnen DRGs enthalten müssen, d.h. Zusatzentgelte unzulässig sind.*

### 2.1.3 Berücksichtigung effizienter Leistungserbringer

Die Swiss DRG AG hat die Schweizer Kostendaten vor deren Verwendung einer Plausibilitätsprüfung unterzogen und dabei unplausible Daten aufgrund mehrerer Kriterien<sup>7</sup> ausgeschieden, was grundsätzlich zu begrüssen ist. Aufgrund der Vorgaben im KVG sollte die neue Tarifstruktur jedoch auf Basis von *wirtschaftlich arbeitenden Leistungserbringern kalkuliert werden*. Dies bedingt, dass nicht nur unplausible Kostendaten ausgeschieden werden, sondern zusätzlich auch solche, die als Ausreisser nach oben zu bezeichnen sind. Die Elimination von oberen Ausreissern (d.h. von Fallkosten, die auf einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen) ist nach Ansicht der Preisüberwachung zwingend und wird gemäss gängiger Praxis bei der Prüfung von Tarifmodellen im Bereich der sozialen Krankenversicherung und der Eidgenössischen Sozialversicherer jeweils empfohlen. Ansonsten droht, dass eine Tarifstruktur durch ineffiziente, unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer verfälscht wird. Als konkretes Verfahren zur Elimination der oberen Kosten-Ausreisser empfehlen wir (wie bereits bei anderen Tarifmodellen - als Beispiel sei die Empfehlung vom 20. Juni 1997 zur Gesamtrevision des gesamtschweizerischen Physiotherapietarifs erwähnt) die sogenannte 2-Sigma-Methode. D.h. u.E. muss ein (Kosten-)Wert dann als Ausreisser betrachtet werden, wenn er (bei einer unterstellten Normalverteilung) ausserhalb des 2-Sigma-Bereichs zu liegen kommt, der seinerseits 95.5% der Werte umfasst. Einseitig, d.h. ausschliesslich zur Elimination zu hoher Werte angewendet, umfasst der 2-Sigma-Bereich gar 97.75% der Werte. Die einseitige Anwendung des 2-Sigma-Tests garantiert, dass bei der Bildung der neuen Tarifstruktur nicht bloss die Kosten bestehender Spitäler einfließen, sondern nur die Kosten von effizient und wirtschaftlich arbeitenden Betrieben. Daten, welche sich kostendämpfend auswirken, sind jedoch angesichts der Abwesenheit von preissenkendem Wettbewerb unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen *nicht* zu eliminieren. Darauf basierend empfehlen wir folgendes:

*Empfehlung 5: Mittels einer Auflage ist sicherzustellen, dass vor der Bildung der Relativgewichte zukünftiger Tarifstrukturen die oberen Ausreisser der Fallkosten mittels der 2-Sigma-Methode zu eliminieren sind.*

Zudem waren bis dato 17 der 38 Netzwerkspitäler mit verwertbaren Daten nicht bereit, der Preisüberwachung ihre Identität zu offenbaren. Das bedeutet, dass im Berechnungstableau mit den mittleren Kosten der Kostenkomponenten je DRG und Spital sowie in den zugehörigen Grafiken sind die Daten von 17 Spitalern nur in anonymisierter Form eingereicht worden. Dies wäre nicht weiter schlimm, wenn die anonymisierten Spitäler wenigstens durchnummeriert worden wären (mit gleich bleibender Identifikationsnummer über alle zukünftigen Tarifstruktur-Versionen) und *gleichzeitig* die vorliegende Tarifstruktur mittels Kosten- und Leistungsdaten *aller* Schweizer Spitäler, die nach SwissDRG abrechnen werden, berechnet wor-

<sup>6</sup> Der gebündelte Einkauf von Implantaten, medizinischem Material und Medikamenten wird leider zurzeit in der Schweiz (etwa im Vergleich zu Deutschland) noch viel zuwenig praktiziert, wie eine Studie des Preisüberwachers vom April 2008 zu den Preisen medizintechnischer Implantate ergeben hatte (abrufbar unter: <http://www.preisueberwacher.admin.ch/dokumentation/00073/00074/00075/index.html?lang=de>).

<sup>7</sup> Die beiden Hauptbedingungen lauten gemäss Beilage 6 (Dokument „Berechnungsmethode und Datenerhebung“) des Genehmigungsantrags vom 9. Juli 2009 an den Bundesrat wie folgt: „Die Fälle der DRG stammen aus mindestens 3 Spitalern“ und „die DRG enthält mindestens 25 Inlier-Fälle“. Zudem gibt es noch weitere Nebenbedingungen zur Herkunft und Homogenität der Daten.

den wäre. Wie vorstehend aufgezeigt, ist die Stichprobe der mitarbeitenden Schweizer Spitäler jedoch viel zu klein, um eine robuste Tarifstruktur mit Schweizer Daten zu bauen. Zur Beurteilung der Qualität der Tarifstruktur ist es nach Ansicht der Preisüberwachung deshalb nötig, angesichts der aktuell schlechten Datenlage wenigstens die Namen aller datenliefernden Spitäler zu kennen. Wenn die Grosszahl der Spitäler nicht partizipieren (obschon gemäss Art. 49, Abs. 2 KVG eigentlich dazu verpflichtet) besteht die Gefahr, dass vor allem unwirtschaftlich arbeitende Betriebe einen Anreiz zur Lieferung von Kosten- und Leistungsdaten haben, da sie dadurch sicherstellen können, dass ihre unwirtschaftliche Kostenstruktur in der SwissDRG-Tarifstruktur abgebildet wird, was KVG-widrig wäre. Zu empfehlen ist deshalb folgendes:

*Empfehlung 6: Solange nicht alle akutsomatischen Spitäler zuhanden der SwissDRG AG Kosten- und Leistungsdaten abliefern (wie gemäss Art. 49, Abs. 2 KVG vorgeschrieben), ist mittels einer Auflage sicherzustellen, dass sich alle für die Konstruktion der Tarifstruktur verwendeten Schweizer Spitaldaten mit den Namen der liefernden Spitäler verknüpfen lassen, d.h. eine Anonymisierung der Daten gegenüber der Preisüberwachung einstweilen unzulässig ist.*

## **2.2 Qualität der Leistungen**

Gemäss Art. 49, Abs. 8 KVG (in Kraft seit 1. Januar 2009) ist die medizinische Ergebnisqualität obligatorisch zu messen. Nach Art. 59d, Abs. 1, lit. b KVV muss der vorliegend zu prüfende Tarifvertrag „Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung“ beinhalten. Bis dato ist diese Auflage noch nicht erfüllt. Wohl enthält der am 9. Juli 2009 dem Bundesrat eingereichte Tarifvertrag einen knapp dreizeiligen Artikel zur Qualität. Es fehlt jedoch im Tarifierungsinhalt ein verbindliches und von allen Vertragspartnern unterzeichnetes Konzept (auf welches sodann in den kantonalen Tarifverträgen Bezug genommen werden kann), welches insbesondere darüber Auskunft gibt, mit welchen Instrumenten die Ergebnisqualität zu messen ist, wer für das Messprogramm und dessen Durchführung verantwortlich zeichnet, was eine ausreichende Ergebnisqualität darstellt, wie die obligatorische Teilnahme an den Messungen sichergestellt wird und was ein Betrieb für Sanktionen zu gewärtigen hat, der keine oder keine termingerechten Qualitätsdaten liefert oder die zur Abrechnung von Leistungen zulasten der OKP erforderliche Mindestqualität nicht erfüllt. Das am 1. April 2010 von H+ beim BAG eingereichte Qualitätskonzept vom 28. Februar 2010 (welches vom ANQ erstellt worden ist) enthält zwar erste Ansätze zur Beantwortung vorstehender Fragen, wurde aber bisher erst von der Direktion von H+ freigegeben. Notwendig ist jedoch ein von allen Tarifpartnern unterzeichnetes Konzept als verbindlicher Teil des SwissDRG-Tarifvertrags, welches insbesondere Antworten auf vorstehende Fragen liefert. Es ist deshalb folgendes zu empfehlen:

*Empfehlung 7: Die Tarifpartner sind mittels einer Auflage anzuhalten, bis spätestens Ende 2010 ein gemeinsames Qualitätskonzept zu verabschieden und dieses in den SwissDRG-Tarifvertrag zu integrieren.*

## **2.3 Kostenauswirkung des neuen Tarifmodells**

Nach Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV sowie nach geltender Rechtspraxis darf ein Wechsel eines Tarifmodells keine *Mehrkosten* verursachen. Diese Regel ist den Tarifpartnern hinlänglich bekannt, auch weil seit der Inkraftsetzung des neuen KVGs im Jahr 1996 zahlreiche neue Tarifmodelle eingeführt wurden, namentlich zur Abgeltung ambulanter Leistungen. Die stationären Spitalkosten sind der wichtigste einzelne Kostenblock der OKP<sup>8</sup>. Zudem tritt gleichzeitig mit der Einführung des SwissDRG-Tarifmodells die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Die Sicherstellung, dass das neue Tarifmodell als solches *ceteris paribus* (d.h. aufgrund der heute geltenden Spitalfinanzierungsregeln und ohne die Effekte der neuen Spitalfinanzierung) keine Mehrkosten verursacht, ist deshalb von zentraler Bedeutung. Das Konzept, wel-

<sup>8</sup> Im Jahr 2008 betragen die stationären Spitalkosten zulasten der OKP 5.48 Milliarden Franken (Quelle: Santé-suisse-Rechnungsstellerstatistik 2008 nach Abrechnungsdatum).

ches definiert, wie die Tarifpartner dieser Auflage nachkommen wollen, sollte deshalb nach Ansicht der Preisüberwachung fester Bestandteil des vorliegend zu prüfenden Vertragswerks sein und damit selbstredend von allen Tarifpartnern mitgetragen werden. Diese „Sicherheitsbarriere“ zur Verhinderung von Mehrkosten (wobei Minderkosten gemäss KVG durchaus möglich und natürlich auch erwünscht wären) ist umso wichtiger, da bereits die neue Spitalfinanzierung die OKP mit grosser Wahrscheinlichkeit zusätzlich belasten wird. Es versteht sich von selbst, dass dieses noch zu erstellende Konzept nicht die kantonalen Tarifverhandlungen zwischen Spitälern und Versicherern ersetzen soll und kann. Das Konzept soll aber für diese spitalindividuellen Verhandlungen eine obere Grenze vorgeben, welche eine SwissDRG-Baserate nicht überschreiten darf, damit im Vergleich zu 2010 und 2011 keine Mehrkosten zulasten der OKP entstehen, sofern im Jahr 2012 noch die gleichen Spitalfinanzierungsregeln gelten würden wie in den Jahren 2010 und 2011 (die Berücksichtigung einer Zweijahresperiode ist deshalb wichtig, damit sich die Spitäler nicht strategisch verhalten können – z.B. durch Verlagerung von Fällen aus dem ambulanten in den stationären Sektor – und weil aktuell viele Tarifverträge für stationäre Leistungen für die Zweijahresperiode 2010/2011) abgeschlossen wurden.

In Art. 10 des Tarifvertrags mit dem Titel „Kostenneutraler Systemwechsel“ wird die Problematik der Kostenauswirkung des neuen Tarifmodells zwar knapp erwähnt. Der Artikel enthält jedoch keine brauchbaren Handlungsanweisungen an die Tarifpartner und ein Konzept zur Erfüllung von Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV fehlt vollständig. Damit empfiehlt die Preisüberwachung folgendes:

*Empfehlung 8: Die Tarifpartner sind mittels einer Auflage anzuhalten, bis spätestens Ende 2010 ein gemeinsames Konzept als Teil des Tarifvertrages zu verabschieden, das in Erfüllung von Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV gewährleistet, dass das neue Tarifmodell zur Abgeltung stationärer Spitalleistungen ceteris paribus keine Mehrkosten im Vergleich zu den Jahren 2010 und 2011 verursacht.*



### 3. Empfehlung der Preisüberwachung

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen und in Anwendung von Art. 2, 13 und 14 PüG gibt Ihnen der Preisüberwacher folgende Empfehlungen ab:

1. Mittels einer Auflage anlässlich der Tarifgenehmigung und/oder zusätzlicher gesetzlicher Vorgaben ist sicherzustellen, dass die Lieferung von Daten an die SwissDRG AG zur Erstellung, Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur für alle akutsomatischen Spitäler obligatorisch ist.
2. Mittels einer Auflage anlässlich der Tarifgenehmigung ist sicherzustellen, dass die Helvetisierung deutscher Daten raschmöglichst untersagt wird, da sich dadurch Ungenauigkeiten in die SwissDRG-Tarifstruktur einschleichen.
3. Anlässlich der Tarifvertragsgenehmigung oder auf gesetzlichem Weg sind schweizweit verbindliche Vorgaben zur einheitlichen Erfassung der Kosten- und Leistungsdaten zu erlassen, welche (von allen nach SwissDRG abrechnenden Spitalern) der SwissDRG AG abzuliefern sind.
4. Es ist eine Auflage dahingehend zu erlassen, dass die Relativgewichte auch künftiger Tarifstrukturen sämtliche Kosten der einzelnen DRGs enthalten müssen, d.h. Zusatzentgelte unzulässig sind.
5. Mittels einer Auflage ist sicherzustellen, dass vor der Bildung der Relativgewichte zukünftiger Tarifstrukturen die oberen Ausreisser der Fallkosten mittels der 2-Sigma-Methode zu eliminieren sind.
6. Solange nicht alle akutsomatischen Spitäler zuhanden der SwissDRG AG Kosten- und Leistungsdaten abliefern (wie gemäss Art. 49, Abs. 2 KVG vorgeschrieben), ist mittels einer Auflage sicherzustellen, dass sich alle für die Konstruktion der Tarifstruktur verwendeten Schweizer Spitaldaten mit den Namen der liefernden Spitäler verknüpfen lassen, d.h. eine Anonymisierung der Daten gegenüber der Preisüberwachung einstweilen unzulässig ist.
7. Die Tarifpartner sind mittels einer Auflage anzuhalten, bis spätestens Ende 2010 ein gemeinsames Qualitätskonzept zu verabschieden und dieses in den SwissDRG-Tarifvertrag zu integrieren.
8. Die Tarifpartner sind mittels einer Auflage anzuhalten, bis spätestens Ende 2010 ein gemeinsames Konzept als Teil des Tarifvertrages zu verabschieden, das in Erfüllung von Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV gewährleistet, dass das neue Tarifmodell zur Abgeltung stationärer Spitalleistungen ceteris paribus keine Mehrkosten im Vergleich zu den Jahren 2010 und 2011 verursacht.

Wir möchten Sie abschliessend darauf hinweisen, dass die zuständige Behörde die Stellungnahme des Preisüberwachers in ihrem Entscheid anzuführen, und falls sie der Empfehlung nicht folgt, in der Veröffentlichung ihren abweichenden Entscheid zu begründen hat (Art. 14 Abs. 2 PüG). Wir wären Ihnen somit dankbar für die Übermittlung eines Entscheidexemplars.

Mit freundlichen Grüssen



Stefan Meierhans  
Preisüberwacher

#### Kopien an:

- Schweizerische Bundeskanzlei, Bundeshaus West, 3003 Bern
- Bundesamt für Gesundheit, Sektion Tarife und Leistungserbringer, 3003 Bern
- GS EVD, Bundeshaus Ost, 3003 Bern