



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement für
Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF

Preisüberwachung PUE

Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von (akut-)stationären Spitaltarifen

Aktualisierte Version vom Dezember 2022

Aktenzeichen: PUE-212-396

Impressum

Spitaltarife – Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen, Aktualisierte Version vom Dezember 2022. Ersetzt die Version vom Oktober 2016

Autoren: Mirjam Trüb, Maira Fierri Kovács, Malgorzata Wasmer, Kaspar Engelberger, Manuel Jung

Preisüberwachung

Einsteinstrasse 2

3003 Bern

preisueberwacher@pue.admin.ch

Bern, Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Rechtliche Einordnung	5
3	Abrechnung von Spitalleistungen nach SwissDRG	6
4	Ermittlung und Prüfung akut-stationärer Spitaltarife (SwissDRG).....	6
4.1	Ermittlung der Kosten	7
4.1.1	Kosten- und Leistungsdaten.....	7
4.1.2	Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate	7
4.2	Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	12
4.2.1	Rechtsprechung	12
4.2.2	Benchmarking-Methode des Preisüberwachers.....	14
4.2.3	Bestimmung der ins Benchmarking einflussenden Spitäler.....	14
4.2.4	Benchmarkings 2020 und 2021 des Preisüberwachers	15
4.3	Plausibilisierung des Benchmarkings des Preisüberwachers	16
5	Ermittlung und Prüfung psychiatrischer Spitaltarife (TARPSY).....	17
5.1	Berechnung des benchmarking-relevanten Basispreises	17
5.2	Einführungsphase.....	17
6	Ermittlung und Prüfung der Tarife der stationären Rehabilitation (ST Reha)	18
7	Ausblick	20

1 Einleitung

Der Preisüberwacher verfasst seit der Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 Empfehlungen und Stellungnahmen zu stationären Spitaltarifen. In der vorliegenden Publikation wird der aktuelle Stand der Prüfpraxis des Preisüberwachers bei stationären Spitaltarifen umrissen. Es ist eine Aktualisierung der letzten Veröffentlichung vom Oktober 2016. Das Prüfverfahren des Preisüberwachers hat sich seither insbesondere aufgrund von Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) zu strittigen SwissDRG-Baserates weiterentwickelt.

Der Fokus der nachfolgenden Ausführungen liegt bei der Prüfmethodik der stationären Tarife der akutsomatischen Spitäler¹ (vgl. Kapitel 4). Diese rechnen seit 2012 mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG ab. In der stationären Psychiatrie ist 2018 das neue Tarifsysteem TARPSY in Kraft getreten, zuerst für die Erwachsenen und seit 2019 auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Kapitel 5). Anfang 2022 ist schliesslich die Tarifstruktur ST Reha für die Abgeltung der Leistungen der stationären Rehabilitation in Kraft getreten (vgl. Kapitel 6). Die Methodik der Prüfung der TARPSY und ST Reha Tarife ähnelt derjenigen der Akutsomatik.

In Kapitel 2 werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Prüftätigkeit des Preisüberwachers beschrieben. Da zum Verständnis der Prüfpraxis des Preisüberwachers gewisse Grundkenntnisse der SwissDRG-Tarifstruktur nötig sind, werden diese in Kapitel 3 vermittelt.

Die vorliegende Beschreibung der Prüfpraxis bei akut-stationären KVG-Spitaltarifen richtet sich an gesundheitspolitisch interessierte Personenkreise sowie an Personen aus dem Gesundheitswesen. Für die Details der Rechtspraxis sei auf die Urteile des BVGer bei stationären KVG-Spitaltarifen verwiesen.²

¹ «Akutsomatische Spitäler» und «Spitäler» werden in dieser Publikation (wenn nicht explizit anders geschrieben) als Synonyme verwendet. Wir verstehen darunter alle Spitäler inkl. Universitätsspitäler und Geburtshäuser, die nach SwissDRG abrechnen.

² Die diesbezüglichen Informationen sind abrufbar unter www.bvger.ch.

2 Rechtliche Einordnung

In diesem Kapitel wird die Tätigkeit des Preisüberwachers bei stationären KVG-Spittarifen rechtlich eingeordnet. Diese Beschreibung ist bewusst kurz gehalten, da das Schwergewicht der vorliegenden Publikation beim Kapitel 4 – der Beschreibung der Prüfpraxis – liegen soll.

In erster Linie stützt sich die Tätigkeit des Preisüberwachers (PUE) im Bereich der KVG-Spittarife auf Art. 14 Preisüberwachungsgesetz (PüG) ab. Danach sind Exekutiven von Bund und Kantonen vorgängig zur Genehmigung von Spittarifen gemäss Art. 46 KVG zur Anhörung des Preisüberwachers verpflichtet. Dasselbe gilt bei Tariffestsetzungen nach Art. 47 KVG für die dafür zuständigen Kantonsregierungen. Dieser Zusammenhang steht auch in der Botschaft zum KVG und wurde vom BVGer immer bestätigt. Die Unterlassung der Konsultation des Preisüberwachers kann insbesondere in Beschwerdefällen ausreichender Grund zur Aufhebung von bereits beschlossenen Tarifen sein. Die Konsultation des Preisüberwachers muss dann nachgeholt werden. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass der Preisüberwacher nicht nur bei Tariferhöhungen, sondern auch bei Tarifbeibehaltungen und Tarifsenkungen zuständig ist, da ein Preismissbrauch auch dann denkbar ist, wenn ein Preis nicht gesenkt oder zu wenig gesenkt wird. Die zuständigen Behörden haben dem Preisüberwacher demzufolge generell auch geplante Entscheide über Preisbeibehaltungen und Preissenkungen zur Stellungnahme zu unterbreiten.

Sofern der Preisüberwacher aufgrund einer Überprüfung gemäss Art. 14 PüG zum Schluss kommt, dass ein Spittarif überhöht ist, gibt er eine Empfehlung an die zuständige Behörde ab. Diese kann entweder auf Verzicht einer geplanten Tariferhöhung oder auf Senkung eines missbräuchlich beibehaltenen Preises lauten. In jedem Fall hat die Behörde – in der Regel eine Kantonsregierung – die Tarifempfehlung in ihrer Entscheidung anzuführen. Folgt sie ihr nicht, hat sie dies zu begründen. Im Anschluss an Tariffestsetzungen durch Kantonsregierungen gemäss Art. 47 KVG kann es zu diesbezüglichen Beschwerden durch Krankenversicherer und/oder Spitäler beim BVGer als Beschwerdeinstanz kommen. Sofern der Preisüberwacher im erstinstanzlichen Verfahren eine Empfehlung abgegeben hatte, wird er auch in diesem Beschwerdeverfahren als Fachstelle eingeladen, seinen Standpunkt zum umstrittenen Tarif darzulegen. Die Spittarifentscheide der Beschwerdeinstanz bestimmen jeweils die künftige Praxis der Tarifberechnung, da sie viele Streitfragen der Gesetzesauslegung definitiv klären. Indem der Preisüberwacher die aktuellen Urteile des BVGer zur Bestimmung akut-stationärer Spittarife unverzüglich in seine Empfehlungstätigkeit gegenüber der ersten Entscheidungsinstanz (in der Regel Kantonsregierungen) einfließen lässt, kommt ihm die Rolle eines Traktionsriemens der KVG-Rechtspraxis zu.

Beurteilungselemente gemäss PüG und KVG

Die eigentliche Tarifprüfung oder Prüfung auf Preismissbrauch basiert auf den in Art. 13 PüG festgeschriebenen Beurteilungselementen. Dabei handelt es sich um eine nicht abschliessende Aufzählung, woraus sich keine alleinige Beurteilungsmethode ableiten lässt.

Spezialgesetzliche Bestimmungen hat der Preisüberwacher gemäss Art. 14 Abs. 3 PüG bei seinen Prüfungen mit zu berücksichtigen. Im Bereich der akut-stationären Spittarife sind dies insbesondere Art. 43, Art. 49 und Art. 49a KVG, die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) sowie die Praxis der Beschwerdeinstanz in Beschwerdefällen. Die Kalkulationsregeln für stationäre Spitalpauschalen beruhen auf den Bestimmungen von Art. 49 KVG, der VKL sowie der einschlägigen Rechtspraxis. Art. 32 Abs. 1, Art. 43 Abs. 6, Art. 46 Abs. 4 sowie Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG beinhalten zudem die gesetzliche Grundlage für die Überprüfung der betriebswirtschaftlich gerechneten Spitalpauschalen auf Wirtschaftlichkeit.

3 Abrechnung von Spitalleistungen nach SwissDRG

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 werden die akut-stationären Leistungen in Schweizer Spitälern mit Fallpauschalen abgerechnet. Dieses Abrechnungssystem ist durch eine leistungsorientierte Vergütung charakterisiert, die auf einer national einheitlichen Tarifstruktur basiert. Die Einführung von SwissDRG hätte den Wettbewerb zwischen den Spitälern verstärken, die Effizienz und Transparenz erhöhen sowie die Qualität verbessern sollen.

Das SwissDRG-System beruht auf einem Patientenklassifikationssystem, das die Patienten anhand von verschiedenen Kriterien (u.a. Diagnosen, Behandlungen und Alter) gruppiert. Eine Fallgruppe oder DRG (Diagnosis Related Group) ist per Definition eine Gruppe kostenhomogener Fälle. Verschiedene DRGs zeichnen sich somit durch unterschiedliche Behandlungskosten aus. Auf Basis der erwähnten Gruppierung der Patienten werden die Kostengewichte der einzelnen Fallgruppen (Schweregrad einer DRG) berechnet, woraus sich die Tarifstruktur ergibt.

Jedes Jahr gibt es eine neue, aktualisierte Tarifstrukturversion, bei der auch die Kostengewichte der DRGs neu berechnet werden. Diese können dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden³. Dabei sind für ein bestimmtes Abrechnungsjahr die Daten von vor drei Jahren relevant, also beispielsweise für die Tarifversion 11.0 für das Abrechnungsjahr 2022 die Daten von 2019.

Neben den Kostengewichten ist die sogenannte *Baserate* der zweite Parameter zur Berechnung der Fallpauschale zur Abrechnung akut-stationärer Spitalbehandlungen. Die Baserate gehört nicht zur Tarifstruktur, sondern stellt quasi den «Taxpunktwert» (absolutes Preisniveau) dar und wird zwischen den Tarifparteien (Spitäler und Krankenversicherer) ausgehandelt. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der in einem DRG-System für einen Fall mit dem Kostengewicht 1 vergütet wird. Da es sich bei der Baserate somit um einen normierten Wert (mit Schweregrad 1) handelt, können die Baserates verschiedener Spitäler miteinander verglichen werden. Während sich die Kostengewichte auf die (rund 1'000) Fallgruppen der SwissDRG-Tarifstruktur beziehen, wird die Baserate für ein gesamtes akut-somatisches Spital bzw. Abteilung bestimmt. Die Vergütung für einen konkreten Fall ergibt sich schliesslich aus der Multiplikation der Baserate eines Spitals mit dem Kostengewicht der durchgeführten Behandlung.

Im Rahmen des Empfehlungsprozesses gemäss Art. 14 PüG überprüft der Preisüberwacher die Baserates der Spitäler. Im nachfolgenden Kapitel wird die Ermittlung und Prüfung der akut-stationären Spitaltarife (Baserates) genauer erläutert.

4 Ermittlung und Prüfung akut-stationärer Spitaltarife (SwissDRG)

Die Überprüfung der Baserates (auch Basispreise genannt) erfolgt aufgrund von Artikel 49 Absatz 1 Satz 5 KVG⁴ in zwei Schritten. Die relevanten Betriebskosten möglichst aller Spitäler werden erhoben. Daraus lassen sich jeweils für jedes Spital individuelle Baserates herleiten, welche nötig wären, um die vollen Kosten zu decken. Da mit der heutigen Regelung nur die Kosten eines effizienten Spitals erstattet werden sollen, ist anschliessend zu bestimmen, welche dieser individuellen Baserates aus einem effizienten Betrieb resultieren. Hierzu ist ein Benchmarking durchzuführen. Daraus resultiert eine Referenz-Baserate (Benchmarkwert), an welcher sich die anderen Spitäler zu orientieren haben (vergleiche dazu insbesondere die

³ <https://www.swissdrdg.org/de/akutsomatik/swissdrdg>

⁴ Der Satz lautet wie folgt: «Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität *effizient und günstig* erbringen».

Grundsatzurteile des Bundesverwaltungsgerichts zu umstrittenen Baserates 2012 in den Kantonen Luzern (C-1698/2013 vom 07.04.2014), Zürich (C-2283/2013 vom 11.09.2014), Glarus (C-3425/2013 vom 29.01.2015) sowie Schwyz zur Baserate 2016 (C-4374/2017 vom 15.05.2019) – abrufbar unter www.bvger.ch).

4.1 Ermittlung der Kosten

In diesem Abschnitt wird die Vorgehensweise des Preisüberwachers zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten beschrieben, aus denen sich die benchmarking-relevanten Baserates herleiten lassen.

4.1.1 Kosten- und Leistungsdaten

Als Datenbasis zur Berechnung der benchmarking-relevanten Betriebskosten dient in der Regel das *ITAR_K*⁵, welches auf der Kostenträgerrechnung nach REKOLE⁶ basiert. Die Kostendaten werden für jedes Tarifwerk in Spalten (Kostenträger) separat ausgewiesen. Ein Tarifwerk zeichnet sich durch unterschiedliche Patienten-Merkmale aus – so wird z.B. zwischen Kranken- und Unfallversicherten, zwischen Grund- und Zusatzversicherten (ZV) und zwischen verschiedenen Spitalbereichen (akut-stationärer Bereich, stationäre Rehabilitation, stationäre Psychiatrie, ambulanter Bereich usw.) unterschieden. In der Regel wird die Baserate für das Tarifjahr *t* auf Basis der effektiven Kosten des Vor-Vor-Jahres (*t-2*) ermittelt.

Zur Berechnung der akut-stationären Spitaltarife zulasten der Grundversicherung sind die Spalten *rein stat. KVG Fälle akut* (kurz: «KVG») und *stat. Tarif KVG ZV akut* (kurz: «KVG ZV») des *ITAR_K*-Modells massgebend. Die Spalte «KVG» enthält die Kosten für die behandelten krankenversicherten Patienten, die nur grundversichert sind. Die Spalte «KVG ZV» enthält die Kosten für die krankenversicherten Patienten mit einer Zusatzversicherung, so dass die Kosten dieser Spalte sowohl einen Grundversicherungsanteil als auch einen Zusatzversicherungsanteil beinhalten. Der Kostenanteil für die Zusatzversicherten muss ausgeschieden werden, da die entsprechenden Kosten nicht über die KVG-Baserate finanziert werden. Die beiden Spalten «KVG» und «KVG ZV» werden in der Spalte *stat. Tarif KVG Total* summiert.

Zusätzlich zum *ITAR_K*-Modell benötigt der Preisüberwacher die Angaben zu den Anzahl Austritten der Halbprivat- sowie Privatpatienten. Diese Informationen stammen von den Kliniken bzw. den Kantonen selber oder subsidiär von der Medizinischen Statistik (MS) des Bundesamts für Statistik (BFS).

4.1.2 Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate

Die Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate erfolgt in mehreren Schritten. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick, wie die Kalkulation für jedes Spital gemacht wird, anhand der relevanten Spalten aus dem *ITAR_K* Version V12.0. Es enthält die Daten 2021, welche für das Tarifjahr 2023 relevant sind. Nachfolgend werden die einzelnen Schritte ausführlicher erläutert. Falls nicht anders erwähnt, ist das Blatt «Gesamtansicht» gemeint. Begriffe aus dem *ITAR_K*, wie Spalten- und Zeilennamen, sind kursiv geschrieben:

⁵ *ITAR_K* steht für Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung.

⁶ Das Handbuch REKOLE (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) beschreibt das betriebliche Rechnungswesen der Spitäler.

Berechnung	ITAR-K (V12.0) Zelle	Bemerkungen
Total Kosten gemäss BeBu	K19	Für die Spalte <i>stat. Tarif KVG Total</i> , BeBu=Betriebsbuchhaltung
Abzug anteiliger Zinsaufwand (Konto 46)	- E13*K19/(EB19-DX19-DY19-DZ19)	Die Zinsen werden später normativ addiert. Weil die Zinsen nur für das gesamte Spital ausgewiesen werden, wird der relevante Anteil der grund- und zusatzversicherten KVG-Patienten berechnet.
Abzug Erlöse Konto 65	- K22	Abzug der kostenmindernden Erlöse
Abzug Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten	- J20	Die Arzthonorare bei ZV-Patienten müssen zu 100% abgezogen werden.
Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	- J27	Die ausgewiesenen Mehrkosten für die ZV-Patienten werden abgezogen. Werden trotz ZV-Patienten keine Mehrkosten ausgewiesen, wird ein normativer Abzug analog zur GDK vorgenommen.
Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)	- K28	Zusatzentgelte werden separat vergütet.
Allenfalls Abzug Kosten für universitäre Lehre + Forschung		Die Kosten der universitären Lehre und Forschung sollten in einem separaten Kostenträger ausgewiesen sein (Spalte DX). Bei den Spitälern, welche keine Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausgewiesen haben, wird ein normativer Abzug vorgenommen.
Subsidiärer Abzug: Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen	- K25	
Zuschlag Erlöse Konto 66	+ K23	
Weitere Zuschläge/Abzüge		Spitalspezifische Korrekturen
Allenfalls Korrektur der ANK	- K40 + K44	Falls die ANK nach Rekole angegeben sind, werden diese abgezogen und diejenigen nach VKL addiert.
= Betriebskosten ohne Zinsen		
Zuschlag Zinsen		Normativer Zuschlag
= Kalkulierte benchmarking-relevante Betriebskosten vor Teuerung		
dividiert durch die Kostengewichte (Case Mix netto)		aller stationären krankenversicherten Patienten
= Kalkulierte benchmarking-relevante Baserate vor Teuerung		
Zuschlag Teuerung		Normative Addition
= Benchmarking-relevante Baserate		

Tabelle 1: Vorgehensweise des Preisüberwachers zur Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate bei akut-stationären Spitälern

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte zur Berechnung der benchmarking-relevanten Baserate detaillierter erläutert:

Total Kosten gemäss BeBu:

Ausgangspunkt der Berechnung bilden die *Total Kosten gemäss BeBu* der Spalte *stat. Tarif KVG Total*, welche die Summe der beiden Spalten *rein stat. KVG Fälle akut* und *stat. Tarif KVG ZV akut* darstellt. Für die Berechnung der benchmarking-relevanten Basispreise müssen folgende Korrekturen gemacht werden:

Abzug anteiliger Zinsen (Konto 46):

Beim ausgewiesenen *Zinsaufwand* aus Konto 46 handelt es sich um die Verzinsung des Umlaufvermögens. Er wird abgezogen, da er in der weiteren Kalkulation durch einen normativen Wert ersetzt wird. Der abzuziehende Betrag muss anteilmässig für die Spalte *stat. Tarif KVG Total* bestimmt werden, da sich der ausgewiesene Zinsaufwand auf das gesamte Spital bezieht. Dazu werden die *Totalkosten gemäss BeBu* der Spalte *stat. Tarif KVG Total* zu den Gesamtkosten des Spitals (*Total*, abzüglich der drei Kostenträger *universitäre Lehre + Forschung, GWL* und *übrige Aufträge von Dritten*) ins Verhältnis gesetzt und mit dem *Zinsaufwand* des gesamten Spitals multipliziert.

Abzug kostenmindernde Erlöse (Konto 65):

Die Erlöse aus Konto 65 ergeben sich aus Leistungen, welche vom Patienten selbst bezahlt werden (z.B. Bezüge im Spitalrestaurant). Abzuziehen ist der gesamte Betrag. Positive (statt negative) Werte sind unplausibel und werden deshalb in der Berechnung des Preisüberwachers jeweils nicht berücksichtigt.

Abzug Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten:

Die Arzthonorare bei zusatzversicherten Patienten müssen zu 100% abgezogen werden, da in den Kosten zulasten der Grundversicherung keine Kosten enthalten sein dürfen, welche von der Zusatzversicherung getragen werden müssen. Bisher fehlt eine transparente und nachvollziehbare (und nicht normative) Aufteilung der Kosten der Arzthonorare der zusatzversicherten Patienten. Falls der Betrag in der Zeile 20 nicht dem 100%-Wert entspricht (das ist der Fall, wenn in der Zelle J67 ein Prozentsatz ausgewiesen ist), dann werden die Zellen E30, E32 und E33 des Blattes «KTR-Ausweis Versicherer» zusammengezählt und abgezogen.

Abzug Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten:

Die zusatzversicherten Patienten verursachen Mehrkosten in der Hotellerie (Zimmer, Küche, Service), welche nicht von der Grundversicherung übernommen werden und deshalb abgezogen werden müssen. Der ausgewiesene Betrag wird akzeptiert (sofern es sich um Mehrkosten und nicht um Minderkosten handelt). Falls keine Mehrkosten ausgewiesen werden, obwohl ein Spital zusatzversicherte Patienten hat, wird der normative Abzug analog der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK, Fr. 800.- pro Halbprivat-Fall und Fr. 1'000.- pro Privat-Fall) vorgenommen. Ausgewiesene Minderkosten (d.h. Grundversicherte verursachen mehr Kosten in der Hotellerie als Zusatzversicherte) sind unplausibel. In diesen Fällen wird ebenfalls der Abzug analog zur GDK vorgenommen. Die berücksichtigte Anzahl Fälle von Halbprivat- und Privatpatienten (bewertete Fälle) stammt entweder vom Spital bzw. vom Kanton oder subsidiär von der Medizinischen Statistik des Bundesamts für Statistik.

Abzug für Zusatzentgelte SwissDRG:

Die Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete) werden nicht via Baserate finanziert, sondern können separat verrechnet werden.

Abzug Kosten für universitäre Lehre und Forschung (falls nicht auf separatem Kostenträger ausgewiesen):

Die Kosten der universitären Lehre und Forschung sollten in einem separaten Kostenträger ausgewiesen sein (Spalte DX). Wenn dem so ist, dann sind die Kosten der universitären Lehre und Forschung bereits aus den anrechenbaren Kosten ausgeschieden. Bei den Spitälern, welche überhaupt keine Kosten für universitäre Lehre und Forschung ausgewiesen haben, wird ein normativer Abzug vorgenommen. Der normative Abzug bei Nicht-Universitätsspitaler hängt von der Grösse des Spitals ab, gemessen an der Bettenanzahl: Bei Spitälern mit 1-74 Betten beträgt der Wert 0.8%, bei Spitälern mit 75-124 Betten 1.5% und bei Spitälern mit 125 und mehr Betten 3.5%⁷. Die genannten Prozentsätze werden dann mit den anteiligen Personalkosten (Konto 30-39 exkl. Konto 38) multipliziert zur Ermittlung des Abzugs. Da sich die Personalkosten auf das gesamte Spital beziehen, muss der abziehende Betrag anteilmässig für die Spalte *stat. Tarif KVG Total* bestimmt werden. Dazu werden die *Totalkosten gemäss BeBu des stat. Tarif KVG Total* zu den Gesamtkosten des Spitals (*Total*, abzüglich der drei Kostenträger *universitäre Lehre + Forschung, GWL* und *übrige Aufträge von Dritten*) ins Verhältnis gesetzt und mit den Personalkosten exkl. Arzthonorare (Konto 30-39 ohne Konto 38) multipliziert.

Die Universitätsspitäler haben in den letzten Jahren ihre Kosten für universitäre Lehre und Forschung immer ausgewiesen, so dass bei ihnen der normative Wert nicht mehr zur Anwendung kam.

Subsidiärer Abzug: Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen:

Ausgeschieden werden müssen gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Dazu gehören neben den in Art. 49 Abs. 3 KVG explizit erwähnten Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und für universitäre Lehre und Forschung auch die übrigen Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Die übrigen Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sind gesetzlich nicht klar definiert, was bei der Deklaration dieser Kosten zu Ungenauigkeiten führen kann.

In der Regel sollten die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen in einem separaten Kostenträger ausgewiesen sein (Spalte DY). Sie sind dann bereits aus den anrechenbaren Kosten ausgeschieden. Vereinzelt werden die Kosten für GWL nicht auf einem separaten Kostenträger ausgewiesen. Dann müssen sie von den anrechenbaren Kosten subtrahiert werden.

Zuschlag Erlöse Konto 66:

Die Erlöse aus Konto 66 werden zugeschlagen, sofern sie auf Ebene Kostenstellenrechnung kostenmindernd abgezogen wurden, was in der Regel der Fall ist.⁸ Negative (statt positive) Werte sind unplausibel und werden deshalb in der Berechnung des Preisüberwachers nicht berücksichtigt.

Weitere spitalspezifische Zuschläge/Abzüge (optional):

Es können zusätzliche nachweisbare spitalspezifische Zu- und Abschläge in die Kalkulation einfließen. Die Zuschläge, falls berechtigt, werden nur berücksichtigt, wenn sie bewiesen sind.

⁷ Vor der Einführung der aktuellen Spitalfinanzierung 2012 wurden gemäss Bundesratspraxis bei Nicht-Universitätsspitalern 1% (1-74 Betten), 2% (75-124 Betten) oder 5% (125 und mehr Betten) der Personalkosten ausgeschieden. Die heutigen Prozentwerte sind tiefer, da nur noch die Kosten für universitäre Lehre und Forschung und nicht mehr die gesamten Kosten für Lehre und Forschung abzuziehen sind.

⁸ Vgl. ITAR_K Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung, Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K, Version 12.0, S.9.

Korrektur der Anlagenutzungskosten (ANK) falls sie nach REKOLE ausgewiesen wurden:

Die Anlagenutzungskosten müssen gemäss den Vorgaben nach VKL ausgewiesen werden. Falls die ANK nach REKOLE enthalten sind, was in der Regel der Fall ist, werden diese abgezogen und diejenigen nach VKL addiert.

Betriebskosten ohne Zinsen

Nach all diesen Korrekturen auf den *Total Kosten gemäss BeBu* erhält man die Betriebskosten ohne Zinsen.

Zuschlag Zinsen auf dem Umlaufvermögen; normativer Wert:

Zur Ermittlung der benchmarking-relevanten Betriebskosten vor Teuerung werden die Zinskosten mittels eines normativen Werts dazugerechnet. Die normativen Zinskosten basieren auf der Jahresdurchschnittsrendite von eidgenössischen Obligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren und einer Zahlungsfrist von 40 Tagen:

Zinskosten = Jahresdurchschnittsrendite eidg. Obligationen, Laufzeit 10 Jahre*40/365.

Dabei ist jeweils mit dem aktuellsten verfügbaren Jahreszinssatz des Jahres zwischen Daten- und Tarifjahr (Jahr t-1) zu rechnen, der auf der Webseite der Schweizerischen Nationalbank (SNB) abrufbar ist. Negative Zinsen werden in der Berechnung des Preisüberwachers zugunsten der Spitäler nicht berücksichtigt.

Kalkulierte benchmarking-relevante Betriebskosten und Baserate vor Teuerung:

Die so ermittelten benchmarking-relevante Betriebskosten vor Teuerung werden dividiert durch die Kostengewichte (Case Mix netto⁹) aller stationären krankenversicherten Patienten (KVG + KVG ZV), woraus die benchmarking-relevante Baserate vor Teuerung resultiert.

Zuschlag Teuerung:

Im letzten Schritt der Kalkulation wird noch die aufgelaufene Teuerung addiert. Dazu wird die Teuerung des Jahres t-1 bestimmt. Die aufgelaufene Teuerung ergibt sich aus einem gewichteten Durchschnitt der Veränderungen des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) und des Nominallohnindex (NLI) mit den Werten für das Jahr t-1. Als Gewichte dienen die Sachkosten mit einem Anteil von 30% und die Personalkosten mit einem Anteil von 70%. Die Teuerung wird somit folgendermassen berechnet:

Teuerung (t-1) = 30% * Δ LIK (t-1) + 70% * Δ NLI (t-1).

Benchmarking-relevante Baserate

Schliesslich resultiert die kalkulierte **benchmarking-relevante Baserate** eines Spitals. Die Kalkulation wird für alle Spitäler mit qualitativ guten und vollständigen Daten durchgeführt.

⁹ Der Case Mix netto entspricht dem effektiven Schweregrad der Behandlungen aller krankenversicherten Patienten (Grund- und Zusatzversicherte) eines Spitals. Wird der Case Mix durch die Anzahl Fälle dividiert, ergibt sich der Case Mix-Index resp. die durchschnittliche Fallschwere.

4.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wie einleitend in Kapitel 4 beschrieben wurde, ist basierend auf den ermittelten benchmarking-relevanten Baserates möglichst vieler Spitäler in einem zweiten Schritt ein Benchmarking durchzuführen. Dieser Abschnitt beschreibt die Anforderungen der Rechtsprechung an das Benchmarking und erläutert die praktische Umsetzung des Preisüberwachers.

4.2.1 Rechtsprechung

In seinen Urteilen, insbesondere zu den Fällen Zürich und Glarus, hat das BVGer das idealtypische Benchmarking erörtert (vgl. vorerwähnte Urteile C-2283/2013 vom 11.09.2014 sowie C-3425/2013 vom 29.01.2015). Es muss insbesondere die folgenden acht Kriterien erfüllen:

1. Das Benchmarking sollte im Prinzip alle akutsomatischen Spitäler der Schweiz umfassen und auch ineffiziente Häuser beinhalten.
2. Das Benchmarking muss repräsentativ sein.
3. In einem DRG-System braucht es für das Benchmarking keine Spital-Kategorien mehr; Ausnahmen waren in einer Übergangszeit möglich.¹⁰
4. Das Benchmarking sollte auf Kosten und nicht auf Tarifen beruhen (Tarif-Benchmarking als Ausnahme).
5. Es ist zulässig, dass Spitäler, deren Kosten unter dem aus dem Benchmarking hervorgegangenen Referenz- oder Benchmarkwert liegen, einen effizienzbedingten Gewinn erzielen.
6. Der nationale Referenz- oder Benchmarkwert muss die Baserate effizienter Spitäler reflektieren.
7. Es gibt verschiedene Methoden, wie ein Benchmarking durchgeführt und ein Referenzwert bestimmt werden kann: Gemäss Zürcher und Glarner Grundsatzurteilen ist die Perzentil-Methode ein akzeptables Benchmarkingverfahren. Offen blieb, welcher Perzentilwert zur Festlegung des Referenzwerts massgebend ist (10., 20., 40. Perzentil?) und nach welcher Kalkulationsmethode die Daten zur Berechnung dieses Perzentilwerts auszuwerten sind (mit Bezug auf die Anzahl Spitäler, die Anzahl Fälle oder den Case Mix). Dem Kanton kommt hierbei ein Ermessensspielraum zu.
8. Der nationale Benchmarkwert führt bei ineffizienten Spitälern zu ungedeckten Kosten. Dadurch entstehen Anreize zur Effizienzsteigerung.

Das BVGer bestätigt damit den 2012 eingeleiteten Paradigmenwechsel bei der Spitalfinanzierung. Etwa so: «Ein Spital hat nun die Möglichkeit, die Differenz (oder einen Teil davon) zwischen seinen Kosten und dem aus dem Benchmarking hervorgegangenen Referenzwert zu behalten. Dies führte zum Übergang von einem Modell, das primär reale KVG-Kosten erstattete, zu einem Anreizmodell mit einem «Festpreis» oder «Höchstpreis» in Form eines (im Idealfall) nationalen Benchmarkwerts. Solche Modelle sind auch in den Regulierungsmodellen an-

¹⁰ Nur in begründeten Einzelfällen ist unter Umständen der spezifischen Situation eines Leistungserbringers Rechnung zu tragen, so dass ausgehend vom Referenzwert differenzierte Baserates festgesetzt oder verhandelt werden dürften (vgl. Zürcher Grundsatzurteil des BVGer C-2283/2013 vom 11.09.2014, E. 6.8).

In der Einführungsphase war es sinnvoll, für die Universitätsspitäler ein separates Benchmarking durchzuführen. Diese Phase ist seit 2016 für beendet zu erachten. Zum einen war die SwissDRG-Version 5.0, welche zur Abrechnung der 2016er-Fälle zur Anwendung kam, bezüglich ihrer Abbildungsgüte ausgereift, da insbesondere das R² der Inlier-Fälle mit einem Wert von 0.808 bereits sehr hoch war. Zudem enthielt sie eine relativ grosse Zahl von (58) Zusatzentgelten für besonders teure Medikamente, Implantate und Verfahren. Somit kann ab 2016 aus Sicht der PUE nur noch ein einziges Benchmarking sowohl für Universitätsspitäler wie auch für Nicht-Universitätsspitäler und Geburtshäuser gemacht werden. Begründete Kostenunterschiede sind in der Tarifstruktur samt Zusatzentgelten abgebildet.

derer Industrien mit natürlichen Monopoleigenschaften wiederzufinden (Strom, städtischer Verkehr, Medikamente und medizinische Hilfsmittel usw.). Ein solches System sorgt für stärkere Anreize zur Verbesserung der wirtschaftlichen Effizienz, erfordert im Gegenzug jedoch eine sehr hohe Kostentransparenz für die Regulierungsbehörden, damit der verrechenbare Tarif auf einer geeigneten Höhe (d.h. insbesondere niedrig genug) festgelegt werden kann.

Das BVGer anerkennt mit seinen Ausführungen, dass das Fehlen des natürlichen Wettbewerbs, das für unser Gesundheitssystem als Wirtschaftssektor von Natur aus kennzeichnend ist, das Eingreifen des Staates und insbesondere einer Regulierungsbehörde rechtfertigt. Das gewählte Vorgehen, das in diesem Bereich auch in den meisten anderen europäischen Ländern praktiziert wird, besteht darin, künstlich ein gewisses Wettbewerbsniveau im Bereich der Akutpflege einzuführen, um so von den positiven langfristigen Wirkungen dieses Wettbewerbs zu profitieren. Die Möglichkeit für ein effizienteres Spital, einen Gewinn zu erzielen sowie das Prinzip, dass der für ein bestimmtes Spital angewandte Tarif nicht direkt auf den Kosten dieses Spitals gründet, sondern auf einem landesweiten Benchmarking, führt explizit wettbewerbsanaloge Anreize ins System der Spitalfinanzierung ein. Der zugrundeliegende theoretische Mechanismus ist der Vergleichswettbewerb, in der Literatur meist als «yardstick competition» bezeichnet. Der Vergleichswettbewerb soll die Produzenten dazu veranlassen, in einem Umfeld, in dem sie an sich nur einem beschränkten Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind, ihre Produktionskosten zu senken. Sind Produzenten leistungsfähiger als andere, profitieren sie direkt, indem sie einen finanziellen Überschuss erzielen und behalten dürfen. Die vergleichsweise weniger leistungsfähigen Produzenten erleiden dagegen einen finanziellen Verlust und, wenn sie nichts unternehmen, droht ihnen mittelfristig der Konkurs. Produzenten haben somit einen starken Anreiz, ihre Kosten zu senken - unabhängig davon, ob sie sich auf, unter oder über dem Benchmark befinden. Idealerweise sollten die Preise (Baserates) die Produktionskosten der effizienten Produzenten widerspiegeln, die auf Basis der Kosten aller Produzenten eines Sektors bzw. einer repräsentativen Stichprobe davon bestimmt werden.

Effizienzbedingte Gewinne sollten somit die Frucht der durch das eingeführte Regulierungssystem geschaffenen Anreize sein. Das Konzept der Anreize ist daher vorliegend von grosser Bedeutung und soll somit im Zentrum der Überlegungen für die Gestaltung eines Systems zur Ermittlung von Referenzwerten ausgehend von einem Benchmarking sein.

Im Urteil C-4374/2017 vom 15.05.2019 (E. 8.7) hat das BVGer festgestellt, dass die Geburtshäuser sowie Kleinstspitäler und Spitäler mit einem kleinen Leistungsangebot im Benchmarking des Preisüberwachers gehäuft unterhalb des Benchmarks vorkämen, was zu einer Verzerrung des Benchmarks von Grund- und Zentrumsspitalern führen könne. Der Preisüberwacher hingegen gibt zu bedenken, dass vom Wesen eines DRG-Systems her grundsätzlich alle Spitalkategorien in einem Wirtschaftlichkeitsvergleich gleichwertig berücksichtigt werden müssen: In einem DRG-System spielen verschiedene Spitalkategorien keine Rolle mehr, da begründete Kostenunterschiede via unterschiedliche Kostengewichte abgedeckt sind. Im Benchmarking sind deshalb alle Spitäler, welche mit SwissDRG abrechnen, zu integrieren, da es Sinn und Zweck dieses Systems ist, unterschiedliche Spitäler dank verschiedenen Kostengewichten vergleichbar zu machen. Dies mag bei der Festlegung der Preise für 2016 unter SwissDRG 5.0 noch nicht ganz gelungen sein. Damals kamen 10 Geburtshäuser in den ersten zwanzig Perzentilen vor, für das Tarifjahr 2021 sind es unter der verbesserten Version SwissDRG 10.0 weniger als die Hälfte. Vorliegend kann zudem festgestellt werden, dass es auch Geburtshäuser gibt, welche überdurchschnittlich teuer sind. Folglich müssen in einem repräsentativen Benchmarking auch Geburtshäuser vertreten sein.

4.2.2 Benchmarking-Methode des Preisüberwachers

In Bezug auf die Durchführung des Benchmarkings und die Bestimmung des Referenzwertes hat das BVGer die Perzentil-Methode als zulässig beurteilt (Urteile des BVGer C-2283/2013 vom 11.09.2014 sowie C-3425/2013 vom 29.01.2015). In der Rechtsprechung wurde aber (noch) nicht festgelegt, welcher Perzentilwert zur Festlegung des Referenzwertes massgebend ist und nach welcher Methode dieser Perzentilwert definiert werden soll. Im Glarner Urteil (Urteil des BVGer C-3425/2013 vom 29.01.2015, E. 4.3.1 – 4.4.6) legt das BVGer dar, wie stark die Wahl der Kalkulationsmethode («Anzahl Spitäler», «Anzahl Fälle» und «Case Mix») das Ergebnis des Benchmarkings beeinflusst.

Wenn die Kalkulation des nationalen Benchmarkwerts anhand der Kalkulationsmethoden «Anzahl Fälle» oder «Case Mix» erfolgt, spielt die Grösse der im Benchmarking verwendeten Spitäler (gemessen an der Anzahl der Fälle oder dem Case Mix pro Spital) eine potenziell bedeutende Rolle, da sie die Höhe des resultierenden Benchmarkwerts beeinflusst, sofern z.B. relativ viele grosse und teure Spitäler im Benchmarking vertreten sind. Dies ist nicht erwünscht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die wirtschaftliche Effizienz eines Spitals im Wesentlichen von den Managemententscheidungen der Spitalleitung für das eigene Spital abhängt und damit unabhängig ist von dessen Fallmenge oder Case Mix. Die neue Spitalfinanzierung hat u.a. das Ziel, Anreize zur Effizienzsteigerung für jedes einzelne Spital zu setzen. Daher ist es zielführend, jedes Spital bei der Benchmarking-Kalkulation gleichgewichtet (gemäss der Kalkulationsmethode «Anzahl Spitäler») in die Benchmarking-Kalkulation einfließen zu lassen. Ein nach Anzahl der Patienten oder nach Case Mix gewichtetes Benchmarking-Verfahren lässt den Bestrebungen einzelner Spitäler für mehr betriebliche Effizienz weit weniger Bedeutung zukommen und übt folglich eine viel schwächere Anreizwirkung aus.

Das Benchmarking des Preisüberwachers bezieht sich somit auf die Spitäler als gleichwertige Entscheidungs-Einheiten, womit der nationale Benchmark- oder Referenzwert mittels der Kalkulationsmethode «Anzahl Spitäler» zu bestimmen ist.

Was das Effizienzkriterium angeht, ist maximal die Verwendung des 20. Perzentils zur Kalkulation des nationalen Benchmarkwerts angezeigt¹¹. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung hat die Nachfrageseite ein Interesse an guter Qualität und Innovation, aber nicht an einem günstigen Preis (da die Gemeinschaft der Prämienzahler dafür aufkommt und nicht das betroffene Individuum). Umso wichtiger ist es, dass die Regulierung dieses fehlende Wettbewerbs-element einbringt. Das KVG verlangt nicht das effizienteste, aber ein effizientes Spital als Massstab für die anderen Spitäler auszuwählen. Die Spitäler, die nahe am Durchschnitt liegen, vermögen dem Wirtschaftlichkeitskriterium gemäss KVG (Art. 32 Abs. 1, Art. 43 Abs. 6, Art. 46 Abs. 4 und Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG) hingegen nicht zu genügen: Immerhin jedes fünfte Spital schafft es ja offensichtlich, zu günstigeren Kosten zu arbeiten als das Spital am 20. Perzentil. Es würde in keiner Weise dem Effizienzkriterium entsprechen, noch über diese Ineffizienzen hinaus zu gehen durch die Festlegung eines höheren Benchmarks.

4.2.3 Bestimmung der ins Benchmarking einflussenden Spitäler

Die Grundgesamtheit der akutsomatischen Spitäler und Geburtshäuser für das Benchmarking des Preisüberwachers wird ausgehend von den in der Krankenhausstatistik (KS) aufgelisteten

¹¹ Das BVGer hatte zwar das 40. Perzentil vorübergehend akzeptiert (Urteil des BVGer C-2283/2013 vom 11.09.2014); das war jedoch noch nicht auf Basis des vom Gericht im Prinzip geforderten nationalen und repräsentativen Benchmarkings. Inzwischen hat der Preisüberwacher ein solches berechnet, so dass äusserst verlässliche Daten zur Verfügung stehen, was die Reduktion auf das 20. Perzentil rechtfertigt. Aus der Sicht des Preisüberwachers sollte sich deshalb der Ermessensspielraum der Kantone maximal bis zum 20. Perzentil erstrecken.

Einrichtungen definiert. Für die Bestimmung der Grundgesamtheit müssen folgende Anpassungen vorgenommen werden:

- Addition von Spitälern, welche auch Akutbehandlungen erbringen, obwohl diese in der KS nicht ausgewiesen sind.
- Korrektur, wenn Standorte einzeln in der Krankenhausstatistik vorkommen, jedoch nur eine Kostenrechnung für alle Standorte vorliegt.
- Ausschluss, wenn Kliniken keine Akutbehandlungen anbieten, obwohl sie in der KS als Akutspitäler vorkommen.
- Ausschluss wegen Beendigung der Tätigkeit.
- Ausschluss, falls sie nicht auf einer kantonalen Spitalliste stehen.

Von der Grundgesamtheit müssen Kliniken aus folgenden Gründen ausgeschlossen werden:

- Daten sind nicht verfügbar.
- Es liegen nur unvollständige oder qualitativ ungenügende Daten vor.
- Die Datenlieferung wird in Verletzung der gesetzlichen Auskunftspflicht verweigert.

Für alle verbliebenen Spitäler wird eine benchmarking-relevante Baserate berechnet, welche ins Benchmarking einfließt.

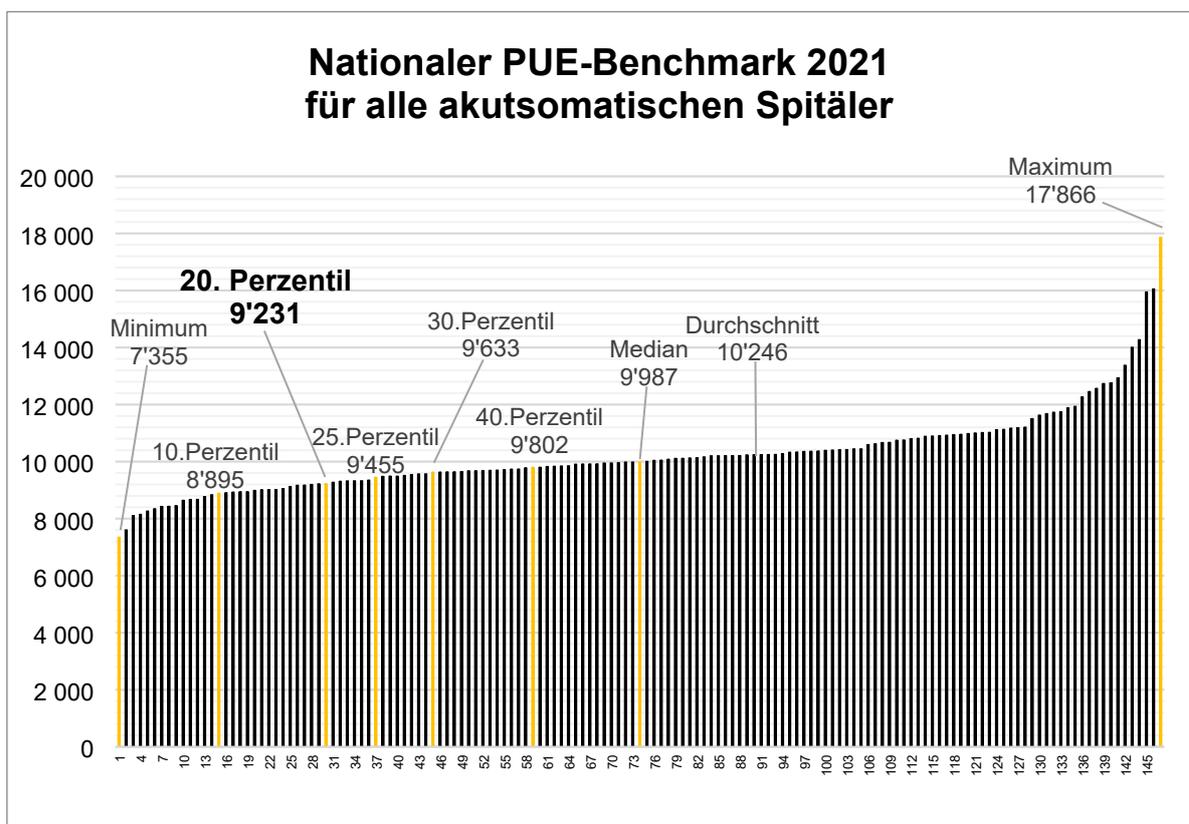
4.2.4 Benchmarkings 2020 und 2021 des Preisüberwachers

Die untenstehende Tabelle 2 gibt im Sinne eines Beispiels einen Überblick über die Benchmarkings 2020 und 2021 des Preisüberwachers, die gemäss der Beschreibung in den vorhergehenden Kapiteln berechnet wurden.

	Benchmarking 2020	Benchmarking 2021
Datenjahr	2018	2019
Anzahl Spitäler gemäss KS	180 (165 Akutspitäler und 15 Geburtshäuser)	183 (166 Akutspitäler und 17 Geburtshäuser)
Korrekturen für die Bestimmung der Grundgesamtheit (Ausschlüsse)	29	23
Grundgesamtheit	151	160
Kosten- und Leistungsdaten nicht verfügbar (Anzahl Spitäler)	-	5
Unvollständige oder qualitativ ungenügende Daten (Anzahl Spitäler)	9	7
Datenlieferung verweigert (Anzahl Spitäler)	8	1
Im Benchmarking enthaltene Spitäler	134	147
10. Perzentil:	9'029	8'895
20. Perzentil:	9'349	9'231
25. Perzentil:	9'562	9'455
30. Perzentil:	9'678	9'633
40. Perzentil:	9'820	9'802
Median:	9'957	9'987
Mittelwert:	10'121	10'246
Sehr teure Spitäler mit Baserate > Fr. 11'000.-	17	27

Tabelle 2: Überblick über die SwissDRG Benchmarkings 2021 und 2020 des Preisüberwachers

Der Benchmarkwert des Preisüberwachers beträgt Fr. 9'231.- für das Jahr 2021 und Fr. 9'349.- für das Jahr 2020. Das Benchmarking 2021 sieht bildhaft ausgedrückt wie Folgt aus:



Grafik: Verteilung der für das nationale Benchmarking 2021 des Preisüberwachers verwendeten kostenbasierten benchmarking-relevanten Baserates von 147 akutsomatischen Spitälern.

4.3 Plausibilisierung des Benchmarkings des Preisüberwachers

Wenn das Benchmarking 2020 und 2021¹² einer Plausibilitätsprüfung unterzogen wird, lautet das Fazit daraus, dass die Methode alle acht vorgenannten Spital-Benchmarking-Kriterien des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Kap. 4.2.1) erfüllt, da es insbesondere sehr repräsentativ ist, auf kalkulatorischen Kosten basiert, günstige aber auch sehr teure Spitäler enthält und insgesamt ein effizientes Spital zu ermitteln imstande ist, was zu den vom Gesetzgeber gewollten Anreizen zur Effizienzsteigerung führt.

Wenn die Höhe der ermittelten Benchmarkingwerte 2020 und 2021 einer Plausibilitätsprüfung unterzogen werden sollen, bietet sich der Vergleich mit dem gestützt auf Art. 49 Abs. 8 KVG vom BAG in Zusammenarbeit mit den Kantonen bzw. der GDK erstellten Betriebsvergleich des Bundes an. Die Baserateberechnungen sowie deren Plausibilisierungen erfolgen dabei durch die Kantone. Ein Vergleich zeigt, dass die Werte für das 20. und für das 25. Perzentil 2020 und 2021 sehr nahe an den entsprechenden Werten des Preisüberwachers liegen:

	PUE	BAG, GDK und Kantone
20. Perzentil 2021	9'231	9'259
25. Perzentil 2021	9'455	9'492
20. Perzentil 2020	9'349	9'409
25. Perzentil 2020	9'562	9'519

Tabelle 3: Vergleich der Baserateberechnungen des Preisüberwachers und von BAG, GDK und Kantonen gestützt auf Art. 49 Abs. 8 KVG, 20. und 25. Perzentil

¹² Dies gilt gleichzeitig für das Benchmarking 2019 bzw. 2022 des Preisüberwachers, da es auf derselben Datenbasis beruht wie das Benchmarking 2020 (ITAR_K Daten 2018) bzw. 2021 (ITAR_K Daten 2019).

5 Ermittlung und Prüfung psychiatrischer Spitaltarife (TARPSY)

Per 1. Januar 2018 ist im stationären Leistungsbereich der Erwachsenenpsychiatrie das neue Tarifsystem TARPSY in Kraft getreten. Seither gibt es eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur für alle stationären psychiatrischen Behandlungen. Die Patienten werden anhand von Hauptdiagnose, Schweregrad der Erkrankung, Nebendiagnosen und Alter in verschiedene psychiatrische Kostengruppen (PCG) eingeteilt. Die Vergütung erfolgt mittels leistungsbezogenen Tagespauschalen, welche mit der Verweildauer abnehmen. Der sogenannte Basisentgeltwert pro Tag (auch Basispreis genannt) wird zwischen Klinik und Versicherern ausgehandelt. Seit dem 1. Januar 2019 gilt TARPSY auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Bei der Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen bei den stationären akut-somatischen Spitalleistungen konnte auf verschiedene Erfahrungen im In- und Ausland aufgebaut werden. Dagegen stellt die Einführung der Tarifstruktur TARPSY eine Schweizer Neuentwicklung dar. Die Tarifstruktur TARPSY gilt als lernendes System mit laufender Weiterentwicklung.

5.1 Berechnung des benchmarking-relevanten Basispreises

Analog zur Kalkulation der SwissDRG-Baserate (siehe 4.1.2) berechnet der Preisüberwacher auch bei den psychiatrischen Kliniken anhand von spitalindividuellen, für jede Klinik einzeln angeforderten Kosten- und Leistungsdaten jeweils einen spitalindividuellen benchmarking-relevanten Basispreis. Dabei gilt analog zum akut-stationären Bereich grundsätzlich jeweils das ITAR_K als Grundlage. Ergänzende Informationen, wie beispielsweise der Day Mix Index (DMI), die Anzahl Pflgetage nach TARPSY sowie die Anzahl Pflgetage der Halbprivat- und Privatpatienten werden zusätzlich einverlangt.

Die Berechnung der *benchmarking-relevanten Betriebskosten vor Teuerung* erfolgt analog zur SwissDRG Berechnung (siehe Tabelle 1), wobei anstatt die Spalte für die Akutsomatik (*rein stat. KVG Fälle akut, stat. Tarif KVG ZV akut bzw. stat. Tarif KVG Total*) die Spalten für die stationäre Psychiatrie nach TARPSY relevant sind (*rein stat. KVG Fälle Psychi* sowie *stat. Tarif KVG ZV Psychi* bzw. analoge Spalten, im ITAR-K V 12.0 sind es die Spalten CG und CH). Wie im akut-somatischen Bereich wird in psychiatrischen Kliniken, welche keine Mehrkosten für zusatzversicherte Patienten ausweisen, der normative Abzug analog zur GDK vorgenommen. Dieser beträgt in der Psychiatrie Fr. 67.- pro Pflgetag für Halbprivat- und Privatpatienten. Dieser Abzug nimmt der Preisüberwacher auch vor, wenn Minderkosten ausgewiesen sind, da diese unplausibel sind.

Die *benchmarking-relevanten Betriebskosten vor Teuerung* werden dann durch die *Anzahl Pflgetage aller krankenversicherten Patienten (KVG + KVG ZV) (gemäss TARPSY)* sowie durch den *Day Mix Index (DMI) aller krankenversicherten Patienten (KVG + KVG ZV) (gemäss TARPSY)* geteilt. Mit der Addition der Teuerung erhält man dann den benchmarking-relevanten Basispreis.

5.2 Einführungsphase

Die Qualität der Daten war bisher noch wenig zufriedenstellend. Grösstes Problem stellte die Ermittlung der korrekten Anzahl Pflgetage dar. In den Betriebsjahren 2018 und 2019, welche die Datengrundlage für die Berechnung der Benchmarkings 2020 und 2021 liefern, wurde die Fallabrechnung gemäss der Definition der «*TARPSY-Übergangsregelung*»¹³ vorgenommen. In den Tarifjahren 2020 und 2021 wird hingegen mit Pflgetagen gemäss der Definition «*TARPSY*» abgerechnet. Für eine korrekte Berechnung der kostenbasierten Basispreise für

¹³ Gemäss Tarifstrukturvertrag TARPSY vom 1. Januar 2018 galten in den Jahren 2018 und 2019 die Übergangsbestimmungen, wonach in Ergänzung zu den Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter TARPSY für jede einzelne Abwesenheit >24h je ein zusätzlicher Pflgetag in Rechnung gestellt wird.

das Benchmarking 2020 bzw. 2021 wäre folglich die Angabe der Pflage tage 2018 bzw. 2019 nach «*TARPSY*» erforderlich. Trotz diversen Rückfragen bei den Leistungserbringern und Kantonen bestehen gewisse Unsicherheiten, ob die vom Preisüberwacher erhobenen Pflage tage tatsächlich in jedem Fall nach «*TARPSY*» und nicht nach «*TARPSY Übergangsregelung*» ermittelt wurden.

Des Weiteren fällt auf, dass bei den von uns berechneten kostenbasierten Werten grosse Unterschiede zwischen den Kliniken bestehen (im Umfang von Faktor 3). Begründete Kostenunterschiede müssten jedoch in einer praxisgerechten Tarifstruktur des Typs DRG in erster Linie via die Kostengewichte pro Tag der verschiedenen Kostengruppen (im *TARPSY*-System PCGs genannt für «*Psychiatric Cost Groups*») bzw. die durchschnittlichen Day Mix Indices (DMI) der verschiedenen Kliniken abgebildet werden und nicht über unterschiedliche Basispreise. Die Unterschiede bei den kostenbasierten kalkulatorischen Basispreisen sollten einzig noch Unterschiede in der Effizienz der Leistungserbringung widerspiegeln. Es darf selbstredend nicht sein, dass allfällige Unzulänglichkeiten einer Tarifstruktur über die Tarife abgefangen werden. Insbesondere für Kliniken mit einem eingeschränkten Leistungsangebot (wie z.B. Suchtkliniken) wie auch für solche mit einem komplexen Leistungsangebot (wie z.B. Universitätskliniken) ist es entscheidend, dass die Tarifstruktur möglichst ausgereift ist, da sonst die Entschädigung mittels kostenbasiertem Benchmarking nicht die gewünschten effizienzsteigernden Anreize entfalten kann. Sollte sich die *TARPSY*-Tarifstruktur jedoch trotz Weiterentwicklung nicht als praxistauglich zu Abrechnungszwecken erweisen, muss aus Sicht der Preisüberwachers der Gesetzgeber eingreifen und die stationären psychiatrischen Leistungen von der Pflicht der Verrechnung via leistungsbezogene Tarife wieder ausnehmen.

Trotz der vorstehend ausgeführten Zweifel an der Qualität und Tauglichkeit der *TARPSY*-Tarifstruktur als solcher gelten auch für die Psychiatriespitäler die Bestimmungen im KVG (u.a. Art. 49 Abs. 1 Satz 5) und die Rechtspraxis, wonach sich die Spitäler an effizienten und günstigen Spitälern zu orientieren haben. Der Gesetzgeber verlangt also ein Benchmarking und sieht auch nicht vor, darauf in den ersten Jahren zu verzichten. Deshalb führt der Preisüberwacher bereits ab Einführung der neuen Tarifstruktur (seit 2018) ein kostenbasiertes Benchmarking durch, das so weit wie möglich die Anforderungen der Rechtspraxis bei SwissDRG-Basispreisen mit den Eigenheiten der *TARPSY*-Tarifstruktur in Einklang bringt.

Aufgrund der vorgenannten Herausforderungen mit der Einführung von *TARPSY* und der noch nicht optimalen Datenqualität und Tarifstruktur hat sich der Preisüberwacher entschlossen, in der Einführungsphase den Benchmarkwert beim 20. Perzentil plus einer Toleranzmarge von 10% festzulegen, wobei Letztere nach Abschluss der Einführungsphase wieder wegfallen wird.

6 Ermittlung und Prüfung der Tarife der stationären Rehabilitation (ST Reha)

Seit Anfang 2022 gibt es auch für die stationäre Rehabilitation eine national einheitliche Tarifstruktur (ST Reha, stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation). Die Vergütung eines Reha-Aufenthalts ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen Kostengewichts mit der Aufenthaltsdauer und mit dem Basispreis pro Tag der Klinik. Vor der Genehmigung bzw. Festsetzung des Basispreises durch den Kanton wird der Preisüberwacher zur Stellungnahme eingeladen.

Da im Gegensatz zur Akutsomatik und Psychiatrie kein Vorjahresbenchmarking zur Verfügung steht, hat der Preisüberwacher ein erstes ST Reha Benchmarking trotzdem basierend auf den durch Covid-19 beeinflussten Daten 2020 durchgeführt.

Analog zur Kalkulation der SwissDRG-Baserate (siehe 4.1.2) berechnet der Preisüberwacher auch bei den Reha-Kliniken anhand von spitalindividuellen, für jede Klinik einzeln angeforderten Kosten- und Leistungsdaten jeweils einen spitalindividuellen benchmarking-relevanten Ba-

sispreis. Dabei gilt analog zum akut-stationären Bereich grundsätzlich jeweils das ITAR_K als Grundlage. Ergänzende Informationen, wie beispielsweise der Day Mix Index (DMI) werden zusätzlich einverlangt.

Die Berechnung der benchmarking-relevanten Betriebskosten vor Teuerung erfolgt analog zur SwissDRG Berechnung (siehe Tabelle 1), wobei statt der Spalte für die Akutsomatik (*rein stat. KVG Fälle akut, stat. Tarif KVG ZV akut* bzw. *stat. Tarif KVG Total*) die Spalten für die Rehabilitation relevant sind (*Geriatrische Rehab. rein stat. KVG, Geriatrische Rehab. ZV KVG* bzw. analoge Spalten für die weiteren Reha-Bereiche, welche neu mit ST Reha abrechnen).

Analog zum akut-somatischen sowie psychiatrischen Bereich werden in Rehakliniken bzw. Reha-Abteilungen, welche keine Mehrkosten für zusatzversicherte Patienten ausweisen, der normative Abzug analog zur GDK vorgenommen. Dieser beträgt in der Rehabilitation 9.8% der tarifrelevanten Betriebskosten der halbprivat und privat versicherten Patienten. Dieser Abzug nimmt der Preisüberwacher auch vor, wenn Minderkosten ausgewiesen sind, da diese unplausibel sind.

Die benchmarking-relevanten Betriebskosten vor Teuerung werden dann durch die Anzahl Pflgetage aller krankenversicherten Patienten (KVG + KVG ZV) (gemäss ST Reha) sowie durch den Day Mix Index (DMI) aller krankenversicherten Patienten (KVG + KVG ZV) (gemäss ST Reha) geteilt. Mit der Addition der Teuerung erhält man dann den benchmarking-relevanten Basispreis.

7 Ausblick

Die vorliegende Darstellung zur Prüfpraxis des Preisüberwachers ist eine Momentaufnahme. Die Ermittlung der Spitaltarife hängt bei unveränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen insbesondere von den Entscheidungen des BVGer ab, die die Prüfpraxis des Preisüberwachers massgebend prägen. Ein Beispiel dafür sind die in diesem Bericht erwähnten Ausführungen des BVGer in Bezug auf das Benchmarking. Zudem gilt es zu beachten, dass sich ein Vergütungssystem mit DRG-Fallpauschalen stets weiterentwickelt, da die Kostengewichte und Zusatzentgelte jedes Jahr neu berechnet werden und sich die Abrechnungsregeln ändern, was die Ermittlung der Baserates und das Benchmarking beeinflussen kann.

Zurzeit sind die gesetzlichen Vorgaben in Überarbeitung. Im 2020 wurde die Anpassung der KVV und VKL in die Vernehmlassung geschickt. Darin hat der Bundesrat u.a. vorgeschlagen, den Benchmarkwert gemessen an der Anzahl Leistungserbringer höchstens beim 25. Perzentilwert festzulegen. Sobald diese Verordnungsanpassungen in Kraft treten, wird der Preisüberwacher selbstverständlich seine Praxis gegebenenfalls anpassen. Analog gelten diese Ausführungen auch für die Benchmarkings für TARPSY und ST Reha.