

Spitaltarife

Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von stationären Spitaltarifen

Preisüberwachung

Dezember 2006

Vorwort

Diese Broschüre will Transparenz schaffen. Sie will den interessierten Personen und gesundheitspolitischen Fachinstanzen die Methodik offen legen, mit der die Preisüberwachung die Rechtmässigkeit der Spitaltarife und die Spital-Entschädigungen der Krankenversicherer überprüft.

Das Krankenversicherungsgesetz KVG schreibt vor, dass die Krankenkassen (Santésuisse) und die Spitalbetreiber in erster Instanz die Entschädigungen durch die obligatorische Krankenversicherung selber aushandeln. Danach muss die **Kantonsregierung** die entschädigungspflichtigen stationären Spitaltarife genehmigen oder im Nichteinigungsfall festsetzen. Im Blick auf diesen Entscheid durch die Behörde hat die Preisüberwachung ein **Empfehlungsrecht**. Im Preisüberwachungsgesetz heisst es dazu: „Die Behörde führt die Stellungnahme (des Preisüberwachers) in ihrem Entscheid an. Folgt sie ihr nicht, so begründet sie dies.“ Dies ist die erste Stufe.

Wenn die Tarifpartner, also Krankenkassen und/oder Spitalbetreiber, mit dem Kantonsentscheid nicht einverstanden sind, können sie diesen mit Beschwerde an den **Bundesrat** (ab Januar 2007 ans **Bundesverwaltungsgericht**) anfechten. Im Rahmen dieses letztinstanzlichen Verfahrens hat die Preisüberwachung noch einmal ein **Recht zur Stellungnahme**.

Die Tarifempfehlung des Preisüberwachers steht also nicht am Anfang, sondern am Schluss der Tarifaushandlung. Doch seine Empfehlungspraxis hat eine vorgreifende Wirkung. Und deshalb kam das Begehren, dass die Preisüberwachung ihre Prüfmethodik transparent macht und allen offen legt. Dies ist der Anlass für diese Publikation.

Die hier vorgestellte Methodik basiert auf einer jahrelangen Prüfpraxis der Preisüberwachung und auf den Leitentscheiden des Bundesrats. Die neue Auswahl der Referenzspitäler aufgrund von Indikatoren basiert auf einem gemeinsam verfeinerten Modell, das von der Preisüberwachung, dem Bundesamt für Gesundheit BAG und dem Bundesamt für Statistik BFS mit einer Publikation im Jahr 2006 öffentlich gemacht worden ist. Die im Spitalwesen anerkannten Indikatoren, wie Case Mix Index und APDRG-Gruppen, werden hier berücksichtigt.

Wir haben diese Methodik bei den Tarifpartnern, nämlich bei Santésuisse und bei den kantonalen Spitalträgern, vertreten durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz, sowie natürlich auch beim BAG in eine informelle Vernehmlassung gegeben. Der Entscheid und die Verantwortung für die Prüfmethodik bleibt jedoch bei der Preisüberwachung.

Es versteht sich, dass wir im Rahmen des Grundkonzepts die Methodik verfeinern und weiterentwickeln wollen. Insbesondere denken wir daran, in Zukunft auch Indikatoren über die Qualität der Spitalpflege-Leistung einzubeziehen, wenn einmal genügend gesicherte Vergleichswerte vorhanden sind.

Angesichts der nach wie vor rasch steigenden Gesundheitskosten sowie der für breite Bevölkerungsschichten stark zunehmenden Belastung durch Krankenkassenprämien wäre die Preisüberwachung in der Lage, bei der KVG-Tarifprüfung eine stärkere Rolle wahrzunehmen.

Diese Fachschrift wurde von **Manuel Jung**, lic. rer. pol. und von **Maira Fierri**, lic. rer. pol., MHEM verfasst. Beide haben in der Preisüberwachung als Spezialist/Spezialistin in Gesundheitsökonomie eine langjährige Erfahrung mit der Tarifüberprüfung von Spitälern.

Bern, im Dezember 2006



Rudolf Strahm
Preisüberwacher

E-Mail-Adressen der Autoren:

manuel.jung@pue.admin.ch

maira.fierri@pue.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
2	RECHTLICHE EINORDNUNG	5
2.1	BEURTEILUNGSELEMENTE GEMÄSS PÜG	7
2.2	BEURTEILUNGSELEMENTE GEMÄSS KVG.....	8
3	ERMITTLUNG UND PRÜFUNG STATIONÄRER SPITALTARIFE.....	8
3.1	PRÜFUNG DER KOSTEN.....	9
3.1.1	<i>Inputgrössen (Buchstaben a-d)</i>	<i>10</i>
3.1.2	<i>Berechnung der Ausgangsgrössen (Buchstaben e–g).....</i>	<i>11</i>
3.1.3	<i>Berechnung der SBKo (Buchstaben h-r).....</i>	<i>12</i>
3.2	WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG.....	15
3.2.1	<i>Ermittlung der Vergleichsspitäler.....</i>	<i>15</i>
A)	BFS-Krankenhaustypologie.....	16
B)	Betriebsvergleichsmodell des Bundes	17
B.1)	Auswahl der Vergleichsindikatoren	17
B.2)	Methode der Vergleichsgruppenbildung.....	19
3.2.2	<i>Betriebsvergleiche (Benchmarking).....</i>	<i>25</i>
A)	Fallkosten-Vergleich intrakantonal	26
B)	Fallkosten-Vergleich interkantonal	27
C)	Baserate-Vergleich intra- und interkantonal.....	27
D)	Tarifvergleiche.....	28
E)	Kennzahlenvergleiche	28
3.3	WIRTSCHAFTLICHKEITSKORREKTUR	30
3.4	TARIFBERECHNUNG.....	30
3.4.1	<i>Kostendeckungsgrad</i>	<i>31</i>
3.4.2	<i>Tarifsysteme</i>	<i>32</i>
4	AUSBLICK.....	33

1 Einleitung

Die Preisüberwachung verfasst seit der Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 Empfehlungen und Stellungnahmen zu stationären Spitaltarifen. Diese erfuhren bis heute breiten Rückhalt beim Bundesrat in seiner Funktion als Rekursbehörde bei umstrittenen KVG-Tarifentscheiden der Kantone¹. In der vorliegenden Publikation wird die gegenwärtig (Herbst 2006) praktizierte Prüfpraxis des Preisüberwachers umrissen. Damit ist auch gesagt, dass sich das Prüfverfahren im Zuge neuer Erkenntnisse sowie neuer gesetzlicher Vorgaben weiterentwickeln wird.

Das Schwergewicht der nachfolgenden Ausführungen liegt dabei weniger auf den in Kapitel 2 vorgetragenen rechtlichen Rahmenbedingungen der Prüftätigkeit, als im Beschrieb der mehrstufigen Prüfmethodik, welche in Kapitel 3 vorgestellt wird. Das letzte Kapitel beinhaltet schliesslich Überlegungen zur neuen Spitalfinanzierung sowie einen Vorschlag für die Stärkung des Preisüberwachers in seiner Rolle als unabhängige Prüfinstanz bei KVG-Spitaltarifen.

Die vorliegende Beschreibung der Prüfpraxis bei stationären KVG-Spitaltarifen richtet sich an gesundheitspolitisch interessierte Personenkreise sowie an Personen aus dem Gesundheitswesen. Für die Details der Prüfpraxis sei auf die Rekursentscheide des Bundesrates bei stationären KVG-Tarifen verwiesen. Die diesbezüglichen Leitentscheide sind einsehbar in der Entscheidungssammlung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) namens "Kranken- und Unfallversicherung – Rechtssprechung und Verwaltungspraxis" (RKUV/RAMA/RAMI)².

2 Rechtliche Einordnung

In diesem Kapitel wird die Tätigkeit des Preisüberwachers bei stationären KVG-Spitaltarifen rechtlich eingeordnet. Diese Beschreibung ist bewusst kurz gehalten, da das Schwergewicht der vorliegenden Publikation beim nachfolgenden Kapitel 3 – der Beschreibung der Prüfpraxis – liegen soll.

In erster Linie stützt sich die Tätigkeit der Preisüberwachung (Pue) im Bereich der KVG-Spitaltarife auf Art. 14 Preisüberwachungsgesetz (PüG) ab. Danach sind Exekutiven von

¹ Ende 2006 tritt der Bundesrat seine Rolle als Rekursinstanz bei KVG-Tarifen ans Bundesverwaltungsgericht ab.

² Die RKUV-Entscheidungssammlung kann auf der Website des BAG abgerufen werden, vgl. www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung

Bund und Kantone vorgängig zur Genehmigung von Spitaltaxen gemäss Artikel 46 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur Anhörung der Preisüberwachung verpflichtet. Dasselbe gilt bei Tariffestsetzungen nach Artikel 47 KVG für die dafür zuständigen Kantonsregierungen. Dieser Zusammenhang steht auch in der Botschaft zum KVG. Die Unterlassung der Konsultation unserer Amtsstelle kann insbesondere in Beschwerdefällen ausreichender Grund zur Aufhebung von bereits beschlossenen Tarifen sein. Die Konsultation der Preisüberwachung muss dann nachgeholt werden. In diesem Zusammenhang gilt es zu erwähnen, dass die Preisüberwachung nicht nur bei Tarifierhöhungen, sondern auch bei Tarifbeibehaltungen und Tarifsenkungen zuständig ist, da ein Preismissbrauch auch dann denkbar ist, wenn ein Preis nicht gesenkt oder zu wenig gesenkt werden soll. Die zuständigen Behörden haben uns demzufolge generell auch geplante Entscheide über Preisbeibehaltungen und Preissenkungen zur Stellungnahme zu unterbreiten. Im Rahmen eines Beschwerdeentscheides vom September 1998 im Fall der Tagespauschalen der Berner Höhenklinik Montana hat der Bundesrat diese Lesart des diesbezüglich nicht ganz klaren Artikels 14 bestätigt.

Sofern die Preisüberwachung aufgrund einer Überprüfung gemäss Art. 14 PüG zum Schluss kommt, dass mit einem Spitaltarif etwas nicht in Ordnung ist, gibt sie eine Empfehlung an die zuständige Behörde ab. Diese kann entweder auf Verzicht einer geplanten Tarifierhöhung oder auf Senkung eines missbräuchlich beibehaltenen Preises lauten. In jedem Fall hat die Behörde – in der Regel eine Kantonsregierung – die Tarifempfehlung in ihrem Entscheid anzuführen. Folgt sie ihr nicht, hat sie dies zu begründen. Im Anschluss an Tariffestsetzungen durch Kantonsregierungen gemäss Art. 47 KVG kommt es des öfteren zu diesbezüglichen Beschwerden durch Krankenversicherer und/oder Spitäler an den Bundesrat in seiner Funktion als Rekursinstanz bei KVG-Tarifen. Sofern die Preisüberwachung im erstinstanzlichen Verfahren eine Empfehlung abgegeben hatte, wird sie auch in diesem Rekursverfahren eingeladen, ihren Standpunkt zum umstrittenen Tarif darzulegen. Den diesbezüglichen Stellungnahmen der Preisüberwachung kommt der Status von sogenannten Amtsberichten zu, die bis heute breiten Rückhalt beim Bundesrat gefunden haben. Die Spitaltarifentscheide des Bundesrates bestimmen jeweils die künftige Praxis der Tariffberechnung, da sie viele Streitfragen der Gesetzesauslegung definitiv klären. Indem die Preisüberwachung die aktuellen Bundesratsentscheide zur Bestimmung stationärer Spitaltarife unverzüglich in ihre Empfehlungstätigkeit gegenüber der ersten Entscheidungsinstanz (in der Regel Kantonsregierungen) einfließen lässt, kommt ihr quasi die Rolle eines Traktionsriemens der Bundesratspraxis zu.

2.1 Beurteilungselemente gemäss PüG

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. Die aufgeführten Elemente, die es bei einer Prüfung von Spitaltarifen im Grundversicherungsbereich - und um die soll es in der Folge ausschliesslich gehen - insbesondere zu berücksichtigen gilt, sind:

- Die Preisentwicklung auf Vergleichsmärkten sowie
- die Kostenentwicklung unter Einbezug des Preissockels

Daraus lassen sich für den hier betrachteten Fall der Spitaltaxen für ausschliesslich grundversicherte Patientinnen und Patienten wiederum zwei Methoden ableiten, die zur Anwendung kommen. Es sind dies die "Kostenmethode" und die "Vergleichsmarktmethode"³.

Bei der **Kostenmethode** ist ein bestimmter Spitaltarif in seine einzelnen Kalkulationselemente zu zerlegen und zu analysieren. Preiserhöhungen, welche nicht durch entsprechende Kostensteigerungen erklärt werden können, wären demnach vermutungsweise als missbräuchlich zu bezeichnen. Analog läge eine missbräuchliche Preisbeibehaltung vor, wenn die Preise trotz gesunkener relevanter Kosten nicht reduziert würden.

Da Wettbewerb den Unternehmen aber weder Kostendeckung noch Gewinne garantiert, sollte die Kostenmethode in einer wettbewerbspolitisch orientierten Preisüberwachung eigentlich keine dominierende Rolle spielen. Weil jedoch insbesondere im Bereich der staatlich administrierten Gesundheitstarife häufig Vergleichspreise, welche sich im Wettbewerb gebildet haben, fehlen, kann auf die Kostenmethode nicht verzichtet werden. Auch bei den staatlich administrierten Preisen wird aber die Kostenmethode nicht exklusiv angewendet. Bei jeder Kostenprüfung gilt es zu fragen, ob die geltend gemachten Ist-Kosten auch unter Konkurrenzbedingungen anfallen würden und auf die Preise überwältzt werden könnten. Dies bedeutet, dass immer auch Wirtschaftlichkeits- und Effizienzüberlegungen anzustellen sind, um damit beispielsweise sicherzustellen, dass Kosten aus Überkapazitäten nicht auf die Tarife überwältzt werden⁴.

Damit ist auch gesagt, dass die geltend gemachten Kosten, respektive Preise in einem zweiten Schritt mittels der **Vergleichsmarktmethode** mit den Kosten/Preisen in einem real existie-

³ Vgl. dazu: Lanz Rudolf: Die wettbewerbspolitische Preisüberwachung, in: Schweiz. Bundesverwaltungsrecht, Helbing & Lichtenhahn, Basel 1999, S. 18 ff. (Methoden und Elemente der Preismissbrauchsprüfung).

⁴ Vgl. ebenda.

renden sachlichen, räumlichen oder zeitlichen Vergleichsmarkt zu konfrontieren sind. Idealerweise sollte es sich hier um Kosten oder Preise handeln, welche das Ergebnis wirksamen Wettbewerbs sind. Da aber in der Realität die relevanten Vergleichsmärkte im Spitalbereich nicht selten ebenfalls kartellistisch oder monopolistisch organisiert oder administriert sind, greift die Preisüberwachung in ihrer Praxis hilfsweise auf Vergleichskosten oder –preise zurück, obwohl diese den idealtypischen Anforderungen nicht entsprechen.

2.2 Beurteilungselemente gemäss KVG

Spezialgesetzliche Bestimmungen hat die Preisüberwachung gemäss Art. 14 Absatz 3 PüG bei ihren Prüfungen mitzubersichtigen. Im Bereich der stationären Spitaltarife sind dies insbesondere die Art. 43 und 49 KVG, die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) sowie die Praxis des Bundesrates in Rekursfallen. Die Kalkulationsregeln für stationäre Spitalpauschalen beruhen auf den Bestimmungen von Art. 49 KVG, der VKL sowie der einschlägigen Bundesratspraxis. Die Art. 43, Abs. 6 sowie Art. 46, Abs. 4 KVG beinhalten zudem die gesetzliche Grundlage für die Überprüfung der betriebswirtschaftlich gerechneten Spitalpauschalen auf Wirtschaftlichkeit.

3 Ermittlung und Prüfung stationärer Spitaltarife

Die Prüfung und allfällige Neuberechnung stationärer Spitaltarife durch die Preisüberwachung geschieht mittels eines vierstufigen Verfahrens. Im ersten Schritt geht es um die Ermittlung von durch den Spitalbetrieb ausgewiesenen Kosten (sogenannte Kostenmethode gemäss Art. 13 PuG). Welche Kosten anrechenbar sind und welche nicht, wird von den im vorstehenden Kapitel aufgeführten gesetzlichen Bestimmungen vorgegeben – insbesondere von Art. 49 KVG, der VKL sowie der einschlägigen Rechtssprechung des Bundesrates. Die aufgrund dieser Vorgaben bereinigten betriebswirtschaftlichen Kosten werden als Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten (SBKo) bezeichnet. Deren Berechnung wird im nachfolgenden Kapitel 3.1 erläutert. Aufgrund von PuG und KVG haben die Spitäler jedoch nicht automatisch ein Recht auf volle Übernahme ihrer SBKo. Der transparente Ausweis der SBKo ist nur eine notwendige, nicht jedoch eine hinreichende Bedingung für die Kostenübernahme. Demnach sind nur SBKo, welchen eine wirtschaftliche Betriebsführung zugrunde liegt, durch die soziale Krankenversicherung zu tragen. Die SBKo jedes Spitals sind somit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen (vgl. Kapitel 3.2). Nach Ermittlung von vergleichbaren Spitälern wird aufgrund von Kostenvergleichen (Benchmarking) und Kennzahlen geprüft, ob die

SBKo des zu prüfenden Spitals vollumfänglich oder nur in gewissem Umfang durch die soziale Krankenversicherung übernommen werden müssen (sogenannte Vergleichsmarktmethode gemäss Art. 13 PüG). Sofern sich die von einem Spital ausgewiesenen Kosten aufgrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung als zu hoch erweisen, müssen sie nach unten korrigiert werden, was in Kapitel 3.3 erläutert wird. Die eigentliche Tarifberechnung (mit oder ohne Wirtschaftlichkeitskorrektur) wird schliesslich in Kapitel 3.4 erläutert.

Die nachfolgende Abbildung enthält eine Zusammenfassung der vierstufigen Spitaltaxprüfung in grafischer Form:



Abbildung 1: Die vier Stufen der Spitaltaxprüfung

3.1 Prüfung der Kosten

Die Berechnung der Standardisierten betriebswirtschaftlichen Spitalkosten (SBKo) erfolgt weitgehend gemäss Santésuisse-Modell und/oder dem im jeweiligen Kanton verwendeten Spezialmodell (z.B. Zürcher PLT-Modell) - unter Berücksichtigung der heute gültigen Bundesratspraxis für die Berechnung von Spitalpauschalen. Aufgrund der von den Spitalern oder Kantonen ausgewiesenen Kostendaten (welche in Form von Finanzbuchhaltungs-, Kostenstellenrechnungs- oder Kostenträgerrechnungszahlen vorliegen können) werden die Standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten bestimmt. D.h. von den ausgewiesenen Kosten werden die Kosten, welche nicht von der Grundversicherung übernommen werden müssen (wie z.B. die Kosten aus Überkapazitäten), ausgeschieden. Die benötigten Korrekturen hängen vom Typ der Kostendaten und ihrem Detaillierungsgrad ab.

Der Ablauf der Kostenermittlung ist in folgender Tabelle dargestellt.

Berechnung der Standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten (SBKo) für die allgemeine Abteilung eines Spitals			
a	Bettenbelegungsgrad in %, normativer Auslastungsschwellenwert	85.00	Formeln
b	Anzahl Pflgetage	12'000	
c	Anzahl betriebene Betten	50	
d	Anzahl Austritte	2'000	
e	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	6.00	b/d
f	Durchschnittlicher Bettenbelegungsgrad, %	65.75	$b/(c*365)*100$
g	Abzugssatz aufgrund Überkapazität, %	18.11	$80-(80*f/a)$
h	Betriebskosten (netto 1, ohne Leistungen SVK)	15'000'000	
i	Kosten für Lehre und Forschung (25% auf Brutto-Au / 1-5% der Konti 30-39 ohne 38)	60'000	
k	Betriebskosten (netto 2)	14'940'000	h-i
l	Betriebskostenanteile aus Überkapazität	2'706'295	$k/100*g$
m	Abschlagsatz 0-2% (nach Zusatzversichertenanteil) für Allgemeinabteilung auf netto 2	298'800	$k/100*Satz$
n	Betriebskosten (netto 3)	11'934'905	k-l-m
o	Plus Zinsen auf Umlaufvermögen (Zins Obligationen der Eidgenossenschaft, Laufzeit 10 Jahre, für 40 Tage) auf netto 3	27'450	
p	Bereinigte Betriebskosten	11'962'355	n+o
q	Berücksichtigte Teuerung in %, normativ (Anteil PersKo * Δ NLI + Anteil Sachko * Δ LIK)	1.05	
r	Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten (SBKo)	12'087'960	$p*(1+(q/100))$

Tabelle 1: Berechnung der Standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten

3.1.1 Inputgrössen (Buchstaben a-d)

a) Bettenbelegungsgrad als Auslastungsschwellenwert

Aufgrund von Art. 49 KVG dürfen Kosten aus Überkapazitäten nicht auf die soziale Krankenversicherung überwältzt werden. Gemäss Bundesratspraxis gilt ein Akutspital mit Notfallstation als ausgelastet, d.h. frei von Überkapazitäten, sofern es mindestens einen Bettenbelegungsgrad von 85 Prozent erreicht. Bei Akutspitalern ohne Notfallstation, Psychiatrie-, Geriatrie- und Rehakliniken beträgt der Auslastungsschwellenwert (Mindestauslastung) 90 Prozent. Der für das zu prüfende Spital zutreffende Schwellenwert ist unter Punkt (a) einzutragen. Er dient in der anschliessenden Kalkulation der Berechnung von allfälligen Kosten aus Überkapazitäten, welche nicht durch die soziale Krankenversicherung zu tragen sind.

b) Anzahl Pflgetage

Es handelt sich um die gesamte Anzahl Pflgetage, welche in dem für die Kalkulation massgebenden Jahr durch das Spital für stationäre Behandlungen erbracht worden sind. Sie dienen einerseits der Bestimmung der effektiv erreichten Auslastung und andererseits als Divisor zur Berechnung von Tagespauschalen, sofern solche festgelegt werden sollen (denkbar sind auch Fallpauschalen).

c) Anzahl betriebene Betten

Hier ist die Gesamtzahl der im Basisjahr effektiv betriebenen Betten einzutragen. Es handelt sich dabei um die Bettenzahl, für deren Betrieb das Spital über die notwendige Infrastruktur verfügt, d.h. Operationssäle, Pflegepersonal, Räumlichkeiten, Küche, etc. In manchen Fällen unterscheiden sich die betriebenen Betten von den Planbetten gemäss kantonaler Spitalplanung.

d) Anzahl Austritte

Die Anzahl der Spitalaustritte dient im Verlauf der Berechnung der Ermittlung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sowie der anrechenbaren Standardisierten Kosten pro Fall, welche gegebenenfalls auch als Vergütung anstelle der Tagespauschale treten können.

3.1.2 Berechnung der Ausgangsgrössen (Buchstaben e–g)

e) Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Durch Division der Anzahl Pflgetage (b) mit der Zahl der Austritte (d) errechnet sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des betrachteten Spitals (e).

f) Durchschnittlicher Bettenbelegungsgrad

Er errechnet sich mittels der in Tabelle 1 angegebenen Formel, d.h. durch Division der Anzahl effektiv erbrachten Pflgetage (b) durch die maximal möglichen Pflgetage (Anzahl betriebene Betten (c) * 365 Tage).

g) Abzugssatz aufgrund von Überkapazität

Wenn der durchschnittliche Bettenbelegungsgrad (f) unter den Auslastungsschwellenwert (a) für das jeweilige Spital zu liegen kommt (85% oder 90%), resultiert unter (g) ein Abzugssatz aufgrund von Überkapazität grösser als Null. In der Kostenberechnung von Tabelle 1 beträgt der Abzugssatz 18.11%. Die Berechnung dieses Abzugssatzes infolge Überkapazität basiert auf einer Formel, die von einem Fixkostenanteil von 80% ausgeht. Dieser Prozentsatz wird im weiteren Verlauf der Rechnung (unter (l)) dazu verwendet, die Betriebskostenanteile aufgrund von Überkapazitäten in Franken zu bestimmen. Erreicht oder übertrifft ein Spital dagegen den für seinen Spitaltyp vorgegebenen Auslastungsschwellenwert, so resultiert unter (g) ein Abzugssatz von Null, d.h. das betreffende Spital weist keine Kosten aufgrund von Überkapazitäten auf.

3.1.3 Berechnung der SBKo (Buchstaben h-r)

h) Betriebskosten, netto 1

Die Betriebskosten sind durch das Spital selber aus seiner Finanzbuchhaltung oder Kostenrechnung zu ermitteln. Der vom Spital ermittelte Wert ist durch die Preisüberwachung zu kontrollieren, allenfalls zu korrigieren und dann unter (h) einzutragen. Es handelt sich dabei um die Betriebskosten des stationären Spitalteils vor Ausscheidung der gemäss Art. 49 KVG nicht anrechenbaren Kosten für Lehre und Forschung sowie der Kosten aus Überkapazitäten. Als erstes sind diejenigen Kosten auszuscheiden, die nichts mit der Erbringung der Spitalleistungen im engeren Sinn zu tun haben, wie gewisse Leistungen an PatientInnen im Spitalzimmer (z.B. Telefon- und Fernsehbenutzung) sowie an Personal und an Dritte. Bei einer Taxermittlung aufgrund einer Finanzbuchhaltung sind sodann zur Schätzung der ambulanten Kosten die ambulanten Erträge des betroffenen Spitals (Erträge aus medizinischen Behandlungen; Teile von Konti 62 und 63 sowie Konto 64) auszuscheiden. Verfügt das Spital dagegen über eine Kostenrechnung, so ist die Kostensumme aller ambulanten Kostenstellen von den Gesamtkosten des Spitals in Abzug zu bringen. Auch die bereits von der SVK (Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer) direkt bezahlten Leistungen für komplizierte Operationen (u.a. Transplantationen) sind in (h) bereits nicht mehr enthalten, wie auch die Kosten für andere separat verrechenbare Leistungen gemäss Art. 49, Abs. 2 KVG (z.B. separat verrechnete Implantate). Gleiches gilt für Vergütungen an Beleg-, Konsiliar- und Spitalärzte für die Betreuung von PatientInnen der stationären Halbprivat- und Privatabteilung (Teil von Konto 38). Weiter sind die Investitionskosten (Abschreibungen und Zinsen sowie Miet- und Abzahlungsgeschäfte) bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern nicht mehr Teil von (h), da alle Güter mit Investitionscharakter bei diesen Spitälern bis zu einem Schwellenwert von Fr. 3'000.- von den Kantonen zu übernehmen sind. Bei den nicht öffentlich subventionierten Spitälern sind dagegen die von ihnen selber bezahlten Investitionen grundsätzlich anrechenbar (d.h. alle Abschreibungen und Zinsen aus Anschaffungen mit Investitionscharakter, die nicht vom Kanton finanziert worden sind). Der Wert der von den Privatspitälern ausgewiesenen Kapitalfolge- oder Anlagenutzungskosten (ganzes Konto 44) ist jedoch einer Plausibilisierung gemäss der normativen Berechnung im Rahmen des SVPK/MTK-Spiltaxmodells für Privatspitäler zu unterziehen. Ist der von den Privatspitälern geltend gemachte Wert höher als der Wert in diesem Tarifmodell der Eidgenössischen Sozialversicherer (UV/IV/MV), so ist der Wert des MTK-Spiltaxmodells, welches die Anlagenutzungskosten (Abschreibungen und Zinsen für Mobilien und Immobilien sowie Kapitalkosten des Grundstücks) mittels einer normativen Berechnung ermittelt, einzusetzen. Schliesslich

sind allfällige vom Spital ausgewiesene Zinsen auf dem Umlaufvermögen (Konto 46, "Aufwand für Kapitalzinsen") auszuscheiden, da im weiteren Verlauf der Berechnung (unter (o)) ein normativer Zuschlag zur Abgeltung dieser Zinskosten erfolgt.

i) Kosten für Lehre und Forschung

Die Spitäler sind in den allermeisten Fällen nicht in der Lage ihre Kosten für Lehre und Forschung, die gemäss Art. 49 KVG zu den nicht anrechenbaren Kosten gehören, selber auszuscheiden. Aus diesem Grund erfolgt unter (i) der Abzug von geschätzten Kosten für Lehre und Forschung. Die Abzugssätze der Preisüberwachung sind mittlerweile vom Bundesrat bestätigt. Bei Unispitälern erfolgt unter (i) ein Abzug im Umfang von 25% des Bruttoaufwandes. Die Abzugssätze für die übrigen Spitäler werden in Funktion der Anzahl der betriebenen Betten festgelegt und variieren zwischen 0 und 5%, angewandt auf die Personalkosten inkl. Sozialleistungen (Konti 30-39 ohne 38).

k) Betriebskosten, netto 2

Die unter (k) ausgewiesenen Betriebskosten sind das erste Zwischenresultat in der Berechnung der SBKo. Sie ergeben sich durch Subtraktion der Kosten für Lehre und Forschung von den unter (h) angeführten Betriebskosten (netto1).

l) Betriebskosten aus Überkapazität

Unter (l) werden allfällige Kosten aus Überkapazitäten in Abzug gebracht. Ein Abzug wird immer dann fällig, wenn der durchschnittliche Bettenbelegungsgrad aufgrund der betriebenen Betten⁵ (f) des Spitals unter dem Auslastungsschwellenwert (Sollauslastung) (a) der relevanten Spitalkategorie liegt, respektive der unter (g) berechnete Abzugssatz aufgrund von Überkapazitäten grösser als Null ist. Der unter (l) allenfalls abzuziehende Betrag errechnet sich durch Anwendung des unter (g) ausgewiesenen Abzugssatzes auf die unter (k) ausgewiesenen Betriebskosten (netto 2).

m) Abschlagssatz aufgrund von Minderkosten grundversicherter gegenüber zusatzversicherter Patienten

Sofern sich die Betriebskosten (netto 1) nicht bereits auf die effektiven (mittels richtiger Leistungserfassung ausgewiesenen) Kosten von ausschliesslich grundversicherten Patienten beziehen, ist unter (m) ein Abzug für vermutete Minderkosten für die Behandlung grundversicherter gegenüber zusatzversicherter Patienten vorzunehmen. Dieser Abzug ist dadurch ge-

⁵ Die Preisüberwachung ist sich der Problematik dieser Messgrösse zur Überkapazitätsberechnung bewusst. Trotzdem existiert zurzeit kein besserer Indikator zur gemäss Art. 49 KVG zwingenden Bestimmung der Auslastung der stationären Spitalangebote.

rechtfertigt, dass zusatzversicherte Patienten einen besseren Hotelkomfort geniessen und zudem aufwändiger sind in der Pflege als Grundversicherte, da sich in einem Zimmer jeweils nur eine oder zwei Personen aufhalten. Die mittels Honoraren entschädigten Kosten für zusätzliche ärztliche Leistungen sind dagegen bereits in den Betriebskosten (netto 1) ausgeschieden worden (vgl. Abschnitt h)). Bis zu einem Zusatzversichertenanteil von 10% (gemessen am Anteil der Pflégetage am Total der Pflégetage) wird kein Abzug vorgenommen. Liegt der Anteil der Zusatzversicherten zwischen 10 und 20%, beträgt der Abzug 1% auf den unter (k) ausgewiesenen Betriebskosten (netto 2). Bei über 20% Zusatzversicherten wird ein Abzug von 2% vorgenommen. Die unter (m) vorzunehmende Kostenbereinigung dient dazu, aus allen Patienten des Spitals fiktive grundversicherte Patienten zu machen (sofern das Spital die Kosten seiner grundversicherten Patienten nicht richtig - auf Basis einer Leistungserfassung - ausscheiden kann).

n) Betriebskosten, netto 3

Als weiteres Zwischenresultat in der Berechnung der SBKo werden unter (n) die Betriebskosten (netto 3) berechnet. Es handelt sich um die Betriebskosten (netto 2) abzüglich allfälliger Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten sowie Minderkosten grundversicherter gegenüber zusatzversicherter Patienten.

o) Zinsen auf dem Umlaufvermögen

Unter (o) sind die Zinsen auf dem Umlaufvermögen (zur Vorfinanzierung von Löhnen, Anschaffungen, etc.) normativ hinzuzuzählen. Es ist jedoch darauf zu achten, dass allfällige vom Spital selber ausgewiesene Kosten aus Zinsen auf dem Umlaufvermögen bei der Berechnung der Betriebskosten (netto 1) vorgängig ausgeschieden worden sind, damit es nicht zu einer Doppelverrechnung kommt. Der Zuschlag wird wie folgt berechnet: Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft mit einer Laufzeit von 10 Jahren (vgl. Statistisches Monatsheft der SNB, Tab. E3, abrufbar unter www.snb.ch) bei einer Zahlungsfrist von 40 Tagen (z.B. 2005: $0.23\% = 2.11\% * 40/365$), angewandt auf den anrechenbaren Betriebsaufwand netto 3. Es ist jeweils mit dem aktuellsten verfügbaren Jahreszinssatz zu rechnen.

p) Bereinigte Betriebskosten

Sie resultieren durch Addition der Zinsen auf dem Umlaufvermögen zu den Betriebskosten (netto 3).

q) Berücksichtigte Teuerung

Da in den meisten Fällen ein Spitaltarif des Jahres X auf Basis der effektiven Kosten des Jahres X-2 berechnet wird, hat das Spital Anrecht auf die im Jahr X-1 aufgelaufene Teuerung.

Sie wird wie folgt berechnet: Anteil Personalkosten inkl. Sozialleistungen (Kt. 30-39) * (Für Spitaltaxen des Jahres X: Prognose Nominallohnindex-Veränderung für das Jahr X-1) + Anteil Sachkosten * (Für Spitaltaxen des Jahres X: Prognose LIK-Veränderung für das Jahr X-1). Sofern bereits effektive statt Prognosewerte vorliegen, sind diese zu verwenden. Werden dagegen in Folge zeitlicher Verzögerungen die Spitaltaxen des Jahres X auf Basis der effektiven Kosten des Jahres X-1 berechnet, gibt es keinen Teuerungszuschlag, da wir die Teuerung nicht künstlich vorwegnehmen wollen.

r) Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten (SBKo)

Die Addition der Teuerung zu den bereinigten Betriebskosten ergibt unter (r) die SBKo. Durch Division der SBKo durch die unter (d) ausgewiesene Anzahl der behandelten Fälle erhält man die Standardisierten betriebswirtschaftlichen Fallkosten (SBFKo) – eine wichtige Grösse für die in Kapitel 3.2 behandelte Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Mit der Ermittlung der SBKo ist die erste Stufe der Spitaltaxermittlung abgeschlossen. Es folgen jetzt die nächsten drei Stufen der Tarifüberprüfung: die Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. Kapitel 3.2), die Wirtschaftlichkeitskorrektur (vgl. Kapitel 3.3) und die Tarifberechnung (vgl. Kapitel 3.4).

3.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Dieser Teilschritt der Spitaltarifprüfung beinhaltet die Prüfung, ob die gemäss Ausführungen im vorstehenden Kapitel ermittelten SBKo des zu prüfenden Spitals auf einer wirtschaftlichen Leistungserbringung beruhen oder nicht und damit vollumfänglich oder nur in gewissem Umfang durch die soziale Krankenversicherung übernommen werden müssen (sogenannte Vergleichsmarktmethode gemäss Art. 13 PüG). Dazu müssen in einem ersten Schritt geeignete Vergleichsspitäler ermittelt werden (vgl. Kapitel 3.2.1), mit denen sodann das zu prüfende Spital verglichen werden kann (vgl. Kapitel 3.2.2).

3.2.1 Ermittlung der Vergleichsspitäler

In der Schweiz existieren zurzeit zwei Systeme zur Eruierung von möglichen Vergleichsspitalern. Es handelt sich dabei um die Krankenhaustypologie des BFS sowie das neue Betriebsvergleichsmodell des Bundes. Die beiden Spital-Typologisierungssysteme werden nachfolgend kurz vorgestellt, wobei das Schwergewicht auf das neuere und exaktere Betriebsvergleichsmodell des Bundes gelegt wird. Bei der Prüfung von Spitaltarifen arbeitet die Preisüberwachung hauptsächlich mit dem Vergleichsmodell des Bundes; die Krankenhaustypologie wird jedoch nach wie vor zu Plausibilisierungszwecken verwendet.

A) BFS-Krankenhaustypologie

Die BFS-Krankenhaustypologie verwendet für die Klassifikation von somatischen Akutspitälern (sie werden vom BFS als Allgemeine Krankenhäuser bezeichnet) neben einem quantitativen Kriterium (Anzahl behandelte stationäre Fälle) auch ein qualitatives Einteilungskriterium (Summe der gewichteten FMH-Weiterbildungskategorien als Indikator für den durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Fälle) gemäss nachstehender Formel:

$$\sum \text{FMH} = 3a + 2b + c$$

wobei: a:= Anzahl Leistungsstellen der FMH-Kategorie A

b:= Anzahl Leistungsstellen der FMH-Kategorie B

c:= Anzahl Leistungsstellen der FMH-Kategorie C oder D

Die folgende Abbildung zeigt die BFS-Krankenhaustypologie im Überblick - unter Angabe der Einteilungskriterien (Summe FMH-Kategorie und Anzahl Fälle) bei den Allgemeinen Krankenhäusern sowie der massgebenden Leistungsstellen (Mx) bei den Spezialkliniken.

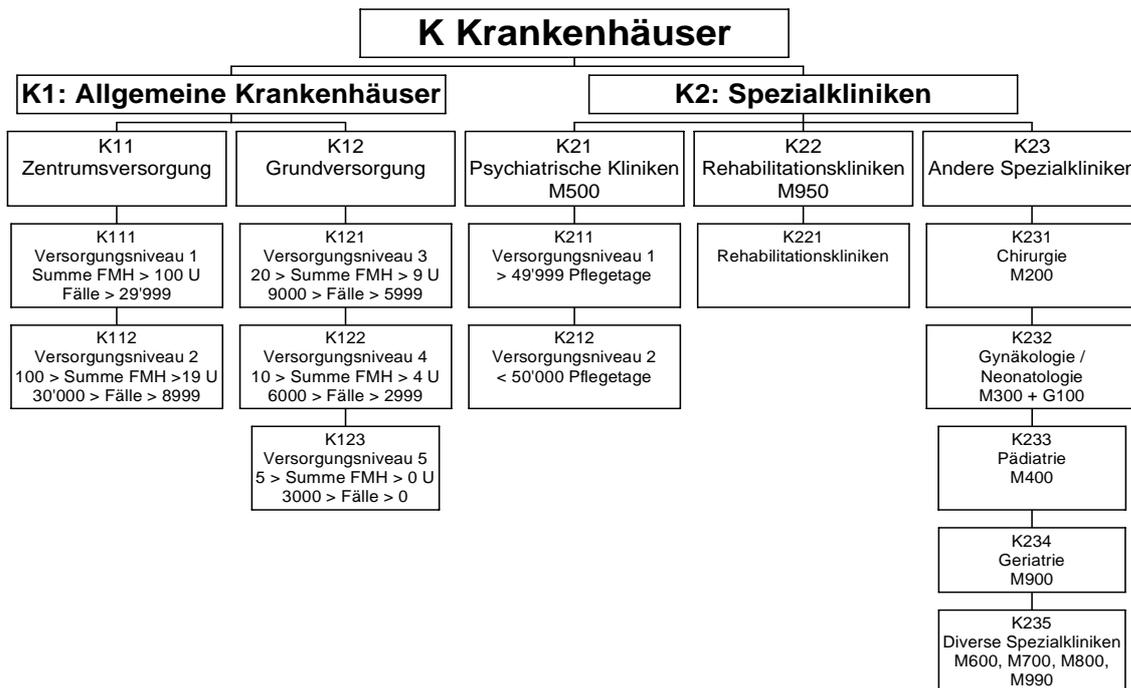


Abbildung 2: BFS-Krankenhaustypologie unter Angabe der Einteilungskriterien bei den allgemeinen Krankenhäusern (Summe FMH-Kategorie und Anzahl Fälle) sowie der massgebenden Leistungsstellen (Mx) bei den Spezialkliniken.

So wird beispielsweise ein Akutspital, dessen Summe der FMH-Kategorien 26 beträgt und in welchem im letzten Erhebungsjahr 8337 stationäre Fälle behandelt worden sind, der Katego-

rie K112 zugeordnet, da mindestens eines der beiden Kriterien für die Einteilung in die K112-Klasse (hier die FMH-Summe) erfüllt ist. Bei den Psychiatrischen Kliniken entscheiden nicht Fallzahl und FMH-Kategorie über die Zuteilung in eines der beiden Versorgungsniveaus, sondern einzig die Anzahl erbrachter Pflgetage im letzten Erhebungsjahr.

Detailliertere Angaben zur Einteilung der Krankenhäuser in die verschiedenen Kategorien (wie z.B. den Algorithmus zur Einteilung der Spitäler in die beiden Hauptkategorien "Allgemeine Krankenhäuser" und "Spezialkliniken") finden sich in der BFS-Publikation "Krankenhaustypologie", auf welcher die vorstehende Beschreibung basiert⁶.

B) Betriebsvergleichsmodell des Bundes

Im Jahr 2005 hat eine interdepartementale Arbeitsgruppe des Bundes - bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesämter für Gesundheit und Statistik sowie der Preisüberwachung - ein systematisches und transparentes Modell zur Identifikation vergleichbarer Spitäler als Grundlage für die Überprüfung von Tarifen erarbeitet⁷. Nachfolgend soll dieses Modell vorgestellt werden:

B.1) Auswahl der Vergleichsindikatoren

Die Vergleichsindikatoren dienen der Bildung von Spitalgruppen, welche primär aufgrund ihrer Produkte oder Leistungen⁸ und sekundär aufgrund von exogenen Kostendeterminanten vergleichbar sind. Bei derart gebildeten Spitalgruppen kann angenommen werden, dass deren Kosten aufgrund der erbrachten Leistungen vergleichbar sein sollten, wobei einige durch die Spitäler nicht oder kaum beeinflussbare (exogene) Kostentreiber mit zu berücksichtigen sind. Zu diesem Zweck ist es notwendig, Indikatoren zur Beschreibung der Leistungen und solche für die exogenen Kostentreiber zu berücksichtigen.

Die heutigen Bundesstatistiken erlauben es, die Spitäler mittels *Leistungs-Indikatoren* hauptsächlich auf Basis der von ihnen erbrachten Leistungen zu vergleichen. Der **Case-Mix-Index (CMI)** ist wahrscheinlich der zweckmässigste Indikator zur Durchführung derartiger Vergleiche. Tatsächlich bildet der CMI in zusammenfassender Weise die von einem Spital offerierten

⁶ Vgl. BFS, Sektion Gesundheit (Hrsg.): Krankenhaustypologie (Typologie des hôpitaux), Version 5.1, Neuchâtel, November 2001.

⁷ Das Betriebsvergleichsmodell ist auch veröffentlicht worden in der BFS-Publikationsreihe 'StatSanté', Heft 2/2006: Modell für einen Betriebsvergleich, Auswahl der Referenzspitäler.

⁸ Zur Beschreibung der Leistungen würden eigentlich auch Indikatoren zu deren Qualität gehören. Leider ist es aufgrund der verfügbaren Bundesstatistiken derzeit nicht möglich, derartige Indikatoren abzuleiten, weshalb auf diese Dimension einstweilen verzichtet werden muss. Sobald die Schweiz jedoch über ein einheitliches Qualitätssystem verfügt, wird auch diesem Aspekt beim Leistungsvergleich Rechnung zu tragen sein.

Leistungen sowie den Schweregrad der behandelten Krankheiten ab. Da der CMI nicht die gesamten Kostenunterschiede erklärt und zudem die Genauigkeit dieser Kennziffer nicht in allen Spitälern gleich gut ist (Kodierungsprobleme; die "cost weights" sind auf Basis einer Stichprobe aus wenigen Spitälern berechnet worden, wobei aber nicht gesagt ist, dass diese effizient arbeiten), ist es notwendig, die Vergleiche auch auf weitere Faktoren abzustützen. Es wurden deshalb folgende zusätzliche Indikatoren miteinbezogen: die **Anzahl stationärer Fälle**, die **Anzahl verschiedener APDRG** (Masszahl für die Breite des Behandlungsspektrums) sowie die **Weiterbildungsintensität** (Anzahl Weiterbildungsstellen pro behandeltem Fall).

Die Auswahl von vergleichbaren Spitälern muss sich zudem auch auf *Indikatoren zu Kostentreibern* abstützen. Es handelt sich hier um *strukturbezogene Indikatoren zu exogenen Kostentreibern*, welche das Spital kurzfristig nicht beeinflussen kann, welche aber zu berücksichtigen sind, wenn man Spitalkosten zu beurteilen hat⁹. Zwei effizient arbeitende Spitäler mit demselben CMI können z.B. sehr verschiedene durchschnittliche Fallkosten aufweisen. Der Kostenunterschied wäre auf ihre unterschiedliche Grösse (ein grosses Spital besitzt viele Möglichkeiten zur Realisierung von Skalenerträgen) oder das Bestehen einer Notfallstation zurückzuführen. Zwar trifft es zu, dass die Krankenversicherer keine Kosten aufgrund von Ineffizienzen zu finanzieren haben, aber da die Spitalinfrastruktur kurzfristig als gegeben zu betrachten ist, soll ihr Rechnung getragen werden, zumindest teilweise. Von daher die Notwendigkeit, die Vergleiche nicht ausschliesslich auf Leistungs-Indikatoren abzustützen, sondern auch auf einige Indikatoren zu exogenen Kostentreibern. Zu dieser Kategorie gehören die **Anzahl betriebener Betten** und die **Notfallstation**.

Zusammenfassend seien nochmals die Indikatoren genannt, aufgrund von welchen im Folgenden die Vergleichbarkeit von Spitälern bestimmt wird. In Klammer ist jeweils die Statistik genannt, welche als Basis für die Berechnung des jeweiligen Indikators dient.

Leistungs-Indikatoren

- CMI (Medizinische Statistik)
- Anzahl stationäre Fälle (Krankenhausstatistik (KHS))
- Anzahl verschiedene APDRG (Medizinische Statistik)
- Weiterbildungsintensität (Weiterbildungsstellen / stationäre Fälle) (FMH-Statistik, KHS)

⁹ Nicht zu berücksichtigen sind dagegen Indikatoren zu endogenen Kostentreibern, da sie vom Spital selber zu beeinflussen sind. Ein Beispiel dafür wäre die interne Organisationsstruktur.

Strukturbezogene Indikatoren zu exogenen Kostentreibern

- Anzahl betriebene Betten (Krankenhausstatistik)
- Notfallstation (ja/nein) (Krankenhausstatistik)

B.2) Methode der Vergleichsgruppenbildung

Damit der Vergleich der Indikatoren sinnvolle Ergebnisse liefert, müssen zunächst die Wertebereiche der sechs Indikatoren angeglichen (standardisiert) werden. Für jeden Indikator wird der minimale und maximale Wert festgelegt und darauf aufbauend für jedes Spital und jeden Indikator ein Index zwischen 0% und 100% berechnet (Rangprozente). Danach wird für jeden Index die Abweichung (Distanz) zwischen den Spitälern berechnet. Ein Gewichtungsfaktor pro Index erlaubt es, entweder den Struktur-Indizes oder den leistungsbezogenen Indizes mehr Gewicht zu geben. Die absolute Differenz wird dann über alle Indizes addiert und man erhält die so genannte Manhattan-Distanz. Anhand dieser Manhattan-Distanz können, für jedes zu beurteilende Spital, die ihm ähnlichsten Spitäler ermittelt werden.

a) Berechnung der Indices

Für jeden der im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Indikator wird mit Hilfe der Daten aus der Krankenhausstatistik und aus der Medizinischen Statistik ein minimaler und ein maximaler Wert definiert, welcher mit **0%** bzw. **100%** gleichgesetzt wird. Diese Werte werden in der folgenden Tabelle erläutert:

Indikator	Wert für 0%	Wert für 100%	Begründung
Notfall (ja / nein) [Notfall]	0	1	Für diesen Indikator gibt es nur einen Index von 0 (nein) oder 1 (ja).
Anzahl Betten [Betten]	0	700	Zwar weisen die 5 Unispitäler mehr als 700 Betten aus. Da die Differenz zwischen diesen Spitälern und den grössten nicht-universitären Spitälern sehr gross ist, wurde für 100% der Wert 700 eingesetzt. So kann die Verteilung der Werte innerhalb dieser Skalierung optimiert werden.
Case-Mix-Index, Brutto [CMI] ¹⁰	0.396	1.22	Der höchste CMI-Wert beträgt heute 1.22
Anzahl stationäre Fälle [Fälle]	0	38'175	Die höchste Anzahl Fälle liegt bei 38'175
Weiterbildungsintensität [WBI] = Anzahl Weiterbildungsstellen FMH / Anzahl stationäre Fälle	0	0.02736	Das Spital mit der höchsten Weiterbildungsintensität hat den Wert 0.02736
Anzahl APDRG [APDRG]	0	641	Der Grouper APDRG unterscheidet total 641 Gruppen.

Tabelle 2: Minimal- und Maximalwerte der ausgewählten Indikatoren

Basierend auf den oben definierten minimalen und maximalen Werten (0% und 100%) eines Indikators werden die effektiven Werte der Spitäler in Prozentpunkten (Indizes) ausgedrückt. Dies geschieht nach folgenden Formeln:

$$\text{Index} = \frac{\text{Effektiver Wert des Indikators des Spitals} * 100}{\text{Maximaler Wert des Indikators}}$$

$$\text{Index CMI} = \frac{\text{Effektiver CMI des Spitals} - \text{Minimaler Wert des CMI}}{\text{Maximaler Wert des CMI} - \text{Minimaler Wert des CMI}} * 100$$

Die Berechnung der Indizes soll anhand eines **Beispiels** (Spital 1) erläutert werden:

- Notfallstation: vorhanden
- Anzahl Betten: 400
- Case-Mix-Index, Brutto: 0.9
- Anzahl stationäre Fälle: 10'000
- Anzahl Weiterbildungsstellen FMH: 70
- Anzahl APDRG: 150

¹⁰ Die Extremwerte für den Case-Mix-Index beruhen auf den mit dem APDRG-Grouper, Version 1.5 gruppierten stationären Fällen der Akutspitäler der Medizinischen Statistik 2003 und der Version 5.1 der Kostengewichte des Vereins APDRG Suisse.

Mit diesen Angaben ergeben sich für Spital 1 die folgenden Indizes:

Spital_ID	Typologie	Index Notfall	Index Betten	Index CMI	Index Fälle	Index WBI	Index APDRG
1	K112	100	57	61	26	26	23

Tabelle 3: Indizes

Diese Indizes¹¹ wurden wie folgt berechnet:

Index Notfall: 100 (100, wenn Notfall vorhanden oder 0, wenn kein Notfall)

Index Betten: $57 = 400/700*100$

Index CMI: $61 = (0.9 - 0.396)/(1.22 - 0.396)*100$

Index Fälle: $26 = 10'000/38'175*100$

Index WBI: $26 = (70/10'000)/0.02736*100$

Index APDRG: $23 = 150/641*100$

Für alle Spitäler der Schweiz werden nach diesem Muster die Indexpunkte berechnet.

¹¹ Alle Indizes wurden auf ganze Stellen gerundet.

b) Berechnung der Manhattan-Distanz

Von den oben berechneten Indexpunkten werden nun jeweils die absoluten Differenzen zwischen den Spitälern gemessen.

Folgendes Beispiel, mit den Spitälern 1 und 2 erläutert diesen Prozess:

Spital_ID	Typologie	Index Notfall	Index Betten	Index CMI	Index Fälle	Index WBI	Index APDRG	Manhattan-Distanz
1	K112	100	57	61	26	26	23	
2	K121	0	20	67	12	25	38	
Differenz		100	37	-6	14	1	-15	
Diff. abs.		100	37	6	14	1	15	173

Tabelle 4: Manhattan-Distanz

Die Summe dieser absoluten Differenzen entspricht der so genannten Manhattan-Distanz die über die Vergleichbarkeit zweier Spitäler Auskunft gibt. Spitäler mit einer geringen Manhattan-Distanz sind sich ähnlicher als Spitäler mit einer grossen Manhattan-Distanz.

c) Gewichtung

Die einzelnen Indizes können nun noch gewichtet werden. Es resultiert dann eine gewichtete Manhattan-Distanz (siehe untenstehende Tabelle).

Spital_ID	Typologie	Index Notfall	Index Betten	Index CMI	Index Fälle	Index WBI	Index APDRG	Manhattan-Distanz
1	K112	100	57	61	26	26	23	
2	K121	0	20	67	12	25	38	
Differenz		100	37	-6	14	1	-15	
Diff. abs.		100	37	6	14	1	15	173
Gewicht		0.2	1	4	1	1	1	
Diff. abs. gewichtet		20	37	24	14	1	15	gewichtet 111

Tabelle 5: Gewichtung

Man hat sich einstweilen auf die folgenden Gewichte pro Index geeinigt:

Index Notfall: 0.2

Da es sich hier um einen ja- oder nein- Index handelt und somit die absolute Differenz zwischen zwei Spitälern entweder 0 oder 100 ist, wurde dieser Index bewusst tief gewichtet.

Index Betten, Index Fälle, Index WBI und Index APDRG: 1

All diesen Indizes wurde das gleiche Gewicht verliehen.

Index CMI: 4

Der CMI wurde bewusst stark gewichtet, da mit dem Projekt SwissDRG zukünftig eine leistungsorientierte Finanzierung der Spitäler angestrebt wird. Der Schweregrad der Fälle ist ein sehr kostenwirksamer Indikator.

Durch die vorgeschlagene Gewichtung der Indizes erreicht man ein Verhältnis zwischen Struktur- und Outputindikatoren von ca. 1:6. Damit ist das Modell, dem derzeitigen Trend folgend, sehr leistungsorientiert.

d) Auswahl der Vergleichsspitäler

Werden die im obigen Beispiel gezeigten Berechnungen für alle Spitäler durchgeführt, erhält man eine Distanzmatrix, welche die gewichteten Manhattan-Distanzen zwischen den einzelnen Spitälern zeigt. Der Einfachheit halber wird die Distanzmatrix in diesem Beispiel für 14 Spitäler dargestellt.

Spital ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	0	111	92	93	68	91	82	73	87	67	87	126	86	93
2	111	0	87	44	99	76	75	98	114	82	92	169	81	150
3	92	87	0	87	26	23	44	77	33	47	19	104	30	69
4	93	44	87	0	89	66	67	104	108	72	82	169	71	140
5	68	99	26	89	0	35	42	67	23	39	19	86	28	51
6	91	76	23	66	35	0	23	64	42	28	20	107	17	78
7	82	75	44	67	42	23	0	47	65	23	37	110	22	89
8	73	98	77	104	67	64	47	0	86	48	64	97	63	90
9	87	114	33	108	23	42	65	86	0	56	28	75	45	40
10	67	82	47	72	39	28	23	48	56	0	34	113	21	80
11	87	92	19	82	19	20	37	64	28	34	0	93	17	58
12	126	169	104	169	86	107	110	97	75	113	93	0	102	43
13	86	81	30	71	28	17	22	63	45	21	17	102	0	69
14	93	150	69	140	51	78	89	90	40	80	58	43	69	0

Tabelle 6: Distanzmatrix

Aufgrund der zweidimensionalen Anordnung kann die Distanz von jedem Spital zu jedem anderen dargestellt werden.

Die Spitäler 1 und 2 sind sich mit einer gewichteten Manhattan-Distanz von 111 nicht sehr ähnlich. Für beide Spitäler gibt es andere Spitäler, welche sich besser mit dem Spital 1 oder 2 vergleichen lassen (geringere Manhattan-Distanz).

Dem Spital 10 am ähnlichsten ist das Spital 13 mit der Manhattan-Distanz 21. Danach folgen die Spitäler 7 und 6, mit einer Manhattan-Distanz von 23 bzw. 28, usw. So können alle Spitä-

ler, basierend auf ihrer Manhattan-Distanz zum Spital 10 in eine absteigende Rangfolge der Ähnlichkeit gebracht werden (siehe grün hinterlegtes Beispiel in Tabelle 7). Macht man dies für alle Spitäler, so erhält man die folgende Ähnlichkeitsmatrix:

Zu beurteilendes Spital (Spital_ID)	Absteigende Rangfolge der Ähnlichkeit der Vergleichsspitäler (Spital_ID)												
	1. Rang	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1	10	5	8	7	13	9	11	6	3	4	14	2	12
2	4	7	6	13	10	3	11	8	5	9	1	14	12
3	11	6	5	13	9	7	10	14	8	2	4	1	12
4	2	6	7	13	10	11	3	5	1	8	9	14	12
5	11	9	3	13	6	10	7	14	8	1	12	4	2
6	13	11	3	7	10	5	9	8	4	2	14	1	12
7	13	6	10	11	5	3	8	9	4	2	1	14	12
8	7	10	13	6	11	5	1	3	9	14	12	2	4
9	5	11	3	14	6	13	10	7	12	8	1	4	2
10	<i>Spital_ID 13</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>14</i>	<i>2</i>	<i>12</i>
11	13	3	5	6	9	10	7	14	8	4	1	2	12
12	14	9	5	11	8	13	3	6	7	10	1	2	4
13	6	11	10	7	5	3	9	8	14	4	2	1	12
14	9	12	5	11	3	13	6	10	7	8	1	4	2

Tabelle 7: Ähnlichkeitsmatrix

Nachdem die Vergleichsspitäler festgelegt worden sind, können dann die Kosten und/oder Tarife sowie ausgewählte Kennzahlen dieser Spitäler miteinander verglichen werden.

e) Fallbeispiel

In diesem Abschnitt wird das im vorhergehenden Abschnitt beschriebene Modell für einen Betriebsvergleich zur Illustration auf ein fiktives Fallbeispiel angewendet. Das Spital Oberwald¹² soll dabei auf seine Wirtschaftlichkeit geprüft werden.

¹² Die Namen der Spitäler wurden im Fallbeispiel geändert.

	Spitäler (fiktive Namen)	Typologie BFS	Notfallstation: JA=1, Nein=0	Anz_Betten stationär	CMI	Anzahl Fälle	Anz_APDRG	WB_Intensität
Gepprüftes Spital	Spital Oberwald	K122	1	139	0.806	6216	407	0.0042
1. Rang	Spital Unterwasser	K121	1	147	0.815	6569	422	0.0037
2. Rang	Spital Obergesteln	K121	1	149	0.812	7778	405	0.0036
3. Rang	Spital Ulrichen	K121	1	174	0.805	7295	406	0.0034
4. Rang	Spital Geschinen	K121	1	178	0.799	7020	395	0.0048
5. Rang	Spital Münster	K121	1	177	0.813	8037	394	0.0036
6. Rang	Spital Reckingen	K122	1	135	0.836	5301	416	0.0039
7. Rang	Spital Glüringen	K122	1	113	0.794	5395	417	0.0020
8. Rang	Spital Ritzingen	K122	1	153	0.826	5603	410	0.0019
9. Rang	Spital Selkingen	K122	1	143	0.837	5897	416	0.0029

Tabelle 8: Fallbeispiel

Gemäss der vorstehend erläuterten Distanzmethode resultieren aus der Ähnlichkeitsmatrix für das Spital Oberwald die oben aufgeführten Vergleichsspitäler (Rang 1 bis 9 von Tabelle 8). Es handelt sich hier um diejenigen Betriebe, welche dem Spital Oberwald am ähnlichsten sind. Das ähnlichste Spital (mit der geringsten Manhattan-Distanz zum Spital Oberwald) ist das Spital Unterwasser¹³.

In Tabelle 8 sind die Typologie gemäss BFS und die Indikatoren, welche die Basis für die Vergleichbarkeit der Spitäler darstellen, aufgeführt. Wie man der Tabelle entnehmen kann, verfügen alle Spitäler der Gruppe über eine Notfallstation. Die Anzahl Betten ist auch vergleichbar. Der CMI (der wichtigste Leistungsindikator) des Spitals Oberwald ist nur 1,5% höher als der minimale CMI der durch die neue Methode generierten Referenzgruppe und nur 3,7% tiefer als der maximale Wert dieser Gruppe. Auch die anderen Indikatoren (Anzahl Fälle, Anzahl APDRG und Weiterbildungsintensität) der vergleichbaren Spitäler sind ähnlich wie diejenigen des Spitals Oberwald. Die Gruppierungsmethode mittels Manhattan-Distanzen scheint also eine vernünftige Referenzgruppe zum geprüften Spital zu generieren. Das Spital Unterwasser bietet sich der Preisüberwachung als bestes Vergleichsspital an.

3.2.2 Betriebsvergleiche (Benchmarking)

Nach der Ermittlung von möglichen Referenzspitälern¹⁴ muss als nächstes aufgrund von verschiedenen Vergleichen festgestellt werden, ob das zu prüfende Spital wirtschaftlich arbeitet,

¹³ Bezug zur Tabelle 7: Wenn es sich beim Spital Oberwald um das Spital 10 in Tabelle 7 handeln würde, würde das Spital Unterwasser dem Spital 13, das Spital Obergesteln dem Spital 7 und das Spital Ulrichen dem Spital 6 in Tabelle 7 entsprechen.

¹⁴ Wieviele Referenzspitäler in den Vergleich einbezogen werden, kann an dieser Stelle nicht in generell-abstrakter Weise beantwortet werden, da dies von zahlreichen Faktoren wie z.B. Spitalgrösse, Art des Tari-

d.h. die von ihm ausgewiesenen Kostentarife zu Lasten der sozialen Krankenversicherung akzeptiert werden können oder ob auf diesen Tarifen ein Abzug für mangelnde Wirtschaftlichkeit gemacht werden muss. Nachstehend seien fünf Vergleichsmöglichkeiten zur Feststellung der Wirtschaftlichkeit eines Betriebes kurz umrissen. Dabei wird bei somatischen Akutspitälern vorzugsweise auf Baserate-Vergleiche (vgl. nachstehende Buchstaben C und D) abgestellt, sofern dies die Datenlage zulässt. Vergleiche ungewichteter Fallkosten (vgl. nachstehende Buchstaben A und B) werden herangezogen bei allen anderen Spitälern, für welche kein CMI vorliegt (insbesondere bei Einrichtungen der Psychiatrie, Rehabilitation und Geriatrie) oder in Fällen, die keine verlässliche (infolge von Datenqualitätsproblemen) und/oder kongruente (infolge verschiedener Kostengewichts- und/oder Grouper-Versionen) Bestimmung einer periodengerechten Baserate zulassen. Die Kennzahlenvergleiche (vgl. nachstehender Buchstabe E) können immer durchgeführt werden.

A) Fallkosten-Vergleich intrakantonal

Dividiert man die Standardisierten betriebswirtschaftliche Kosten (SBKo, vgl. Kapitel 3.1) eines Spitals durch die Anzahl der behandelten stationären Fälle (d.h. die Anzahl der Austritte) erhält man die sog. Standardisierten betriebswirtschaftliche Fallkosten (SBFKo) eines Spitals. Diese Fallkosten werden nun verglichen mit den SBFKo vergleichbarer Spitäler innerhalb desselben Kantons, sofern es solche gibt. Dieser Vergleich ist sehr aussagekräftig, da die Vergleichsspitäler derselben kantonalen Spitalpolitik unterliegen und zudem gezielte Rückfragen zur Vergleichbarkeit an die zuständige Gesundheitsdirektion möglich sind. In kleineren Kantonen ist dieser innerkantonale Vergleich von SBFKo in Ermangelung von Vergleichsspitälern leider oft nicht möglich.

Gut (wirtschaftlich) ist ein Spital dann, wenn seine SBFKo nicht mehr als 5% über denjenigen des günstigsten kantonalen Vergleichsspitals liegen. Ist dies nicht der Fall, könnte Unwirtschaftlichkeit vorliegen. Den Gründen für die vergleichsweise hohen Fallkosten muss nachgegangen werden – einerseits durch Analyse von Kennzahlenvergleichen (vgl. nachfolgenden Abschnitt E)) und andererseits durch Einbezug von weichen Faktoren (wie z.B. geographische Lage und Versorgungsauftrag des untersuchten Spitals, etc.). Werden nicht die SBFKo

fierungssystem, etc. abhängt. So gibt es z.B. in der Schweiz nur 5 Universitätsspitäler und demzufolge auch kaum Vergleichsspitäler zu einem in Prüfung befindlichen Unispital, das seine Leistungen mittels Fallpauschalen in Rechnung stellt. Andererseits kann in einem Tarifsystem mit DRG-Fallpauschalen der Kreis möglicher Referenzspitäler weiter gezogen werden, da man gegenwärtig in Kantonen mit derartigen Tarifsystemen nur je einen Basispreis (Baserate) für Unispitäler und einen für die restlichen somatischen Akutspitäler festlegt. In diesem Zusammenhang sei noch angemerkt, dass Spitäler, die sich aufgrund von Sonderfaktoren als Ausreisser erweisen, als Referenzspitäler ausser Betracht fallen. Dies ist jedoch im Einzelfall und nach Abklärung mit der zuständigen Gesundheitsdirektion zu entscheiden.

von ganzen innerkantonalen Spitälern, sondern diejenigen von einzelnen innerkantonalen Spitalabteilungen (z.B. Medizin, Chirurgie und Gynäkologie) miteinander verglichen, so gelten die SBFKo einer Abteilung als akzeptabel, wenn sie nicht mehr als 15% über denjenigen der am günstigsten arbeitenden vergleichbaren Abteilung liegen. Abteilungsvergleiche sind heikler als Gesamtspitalvergleiche. Sie können deshalb zurzeit nur auf innerkantonaler Basis durchgeführt werden und sofern aufgrund der Angaben eines betroffenen Kantons klar hervorgeht, welche Abteilungen sich miteinander vergleichen lassen.

B) Fallkosten-Vergleich interkantonal

Dieser Vergleich kann in den allermeisten Fällen durchgeführt werden, da er sich auf ähnliche Spitäler aus der ganzen Schweiz bezieht. Da die Preisüberwachung jedoch keine flächendeckenden Spitalprüfungen vornehmen kann, beschränkt sich die Grundgesamtheit möglicher Vergleichsspitäler hier jedoch auf diejenigen Spitäler, welche von der Pue geprüft worden sind und deren SBFKo somit berechnet werden können.

Gut (wirtschaftlich) ist ein Spital dann, wenn seine SBFKo nicht mehr als 10% über denjenigen des günstigsten ausserkantonalen Vergleichsspitals derselben BFS-Versorgungsstufe liegen (respektive nicht mehr als 5% über denjenigen eines um eine Stufe höher liegenden Spitals und nicht höher als diejenigen eines um zwei Versorgungsstufen höher liegenden Spitals). Ist dies nicht der Fall, könnte Unwirtschaftlichkeit vorliegen. Den Gründen für die vergleichsweise hohen Fallkosten muss nachgegangen werden – einerseits durch Analyse der Resultate der übrigen Vergleiche und andererseits durch Einbezug von weichen Faktoren (wie z.B. geographische Lage und Versorgungsauftrag des untersuchten Spitals).

C) Baserate-Vergleich intra- und interkantonal

Dieser Vergleich kann in der Regel nur durchgeführt werden, sofern die Leistungen eines Spitals auf Basis eines DRG-Systems (z.B. APDRG) entschädigt werden. Es wird somit hier die Baserate (d.h. die case-mix-bereinigten Fallkosten (100%) bei einem Kostengewicht von 1.0) eines Spitals oder einer Spitalgruppe mit Baserates von vergleichbaren inner- und ausserkantonalen Spitälern verglichen. Gut (wirtschaftlich) arbeitet ein zu prüfendes Spital oder eine zu prüfende Spitalgruppe dann, wenn die Baserate nicht mehr als maximal 5%¹⁵ höher als die tiefste Baserate einer vergleichbaren inner- oder ausserkantonalen Spitalgruppe liegt. Ist dies nicht der Fall, könnte Unwirtschaftlichkeit vorliegen. Den Gründen für die vergleichsweise

¹⁵ Im Zuge der Verfeinerung des Modells behält sich die Preisüberwachung vor, diese Toleranzmarge zu verengen.

hohe Baserate muss nachgegangen werden – einerseits durch Analyse der Resultate der übrigen Vergleiche und andererseits durch Einbezug von weichen Faktoren (wie z.B. geographische Lage und Versorgungsauftrag des untersuchten Spitals).

D) Tarifvergleiche

Schweizweite Vergleiche von KVG-Tarifen pro Behandlungsfall erlauben den Einbezug einer grösseren Zahl von Vergleichsspitälern als Vergleiche von Standardisierten betriebswirtschaftlichen Fallkosten, da letztere der Pue immer nur von einer beschränkten Zahl von Betrieben bekannt sind. Dabei sind Vergleiche von Baserates (hochgerechnet auf 100%) Vergleichen von normalen Tarifen pro Fall vorzuziehen, da sie bereits eine Bereinigung um die Fallschwere beinhalten.

E) Kennzahlenvergleiche

Aus den Daten der Krankenhausstatistik sowie der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser können für das zu untersuchende Spital sowie für vergleichbare Spitäler aus der ganzen Schweiz Kennziffern errechnet werden, mittels welchen mögliche Ursachen für gesamthaft überhöhte Fallkosten näher lokalisiert werden können. Folgende 50 Kennzahlen werden zurzeit berechnet (die Wertespalte von Tabelle 9 ist als Beispiel zu lesen). Mittels dieser Indikatoren kann z.B. erkannt werden, ob ein allfälliges Problem eher bei den Personal- oder den Sachkosten zu suchen ist oder ob ein Spital die Zahl der betriebenen Betten zu tief angegeben hat (normale Aufwendungen pro Fall und Pfl egetag, aber sehr hohe Aufwendungen pro Bett).

Nr.	Kennzahlen	Werte (fiktive Zahlen)	Formeln
1	Casemix-Index	0.90	Casemix/Anz. Fälle (stat.)
2	Durchschnittlicher Bettenbelegungsgrad	92%	tot. Pflegeetage/365*Anz. betriebene Betten
3	Anteil Personalaufwand am Gesamtaufwand	63%	Personalaufwand/Betriebsaufwand
4	Anteil Privatversicherte	18%	Pflegeetage Privat/tot. Pflegeetage
5	Anteil Ertrag ambulant am Gesamtaufwand	24%	Ertrag ambulant/Gesamtaufwand
6	Anteil Arztstellen	15%	Anz. Arztstellen (inkl. Belegärzte)/tot. Stellen (inkl. Belegärzte)
7	Anteil Besoldung der Ärzte am gesamten Personalaufwand	19%	Kt. 30/Kt.3
8	Anteil der Belegärzte	3%	100*Anz. Belegärzte/tot. Ärzte (inkl. Belegärzte)
9	Anteil Pflegestellen	49%	Anz. Pflegestellen/tot. Stellen
10	Anteil Besoldung Pflegepersonal am gesamten Personalaufwand	27%	Kt. 31/Kt.3
11	Anteil Fälle Fachgebiete (allgemein)	0%	Anz. Fälle Fachgebiete (allgemein)/ tot. Fälle (stat.)
12	Anteil Fälle Intensivpflege	2%	Anz. Fälle Intensivpflege/tot. Fälle (stat.)
13	Anteil Fälle Innere Medizin	36%	Anz. Fälle Innere Medizin/tot. Fälle (stat.)
14	Anteil Fälle Chirurgie	30%	Anz. Fälle Chirurgie/tot. Fälle (stat.)
15	Anteil Fälle Gynäkologie und Geburtshilfe	13%	Anz. Fälle Gynäkologie und Geburtshilfe/tot. Fälle (stat.)
16	Anteil Fälle Pädiatrie	9%	Anz. Fälle Pädiatrie/tot. Fälle (stat.)
17	Anteil Fälle Psychiatrie und Psychotherapie	0%	Anz. Fälle Psychiatrie und Psychotherapie/tot. Fälle (stat.)
18	Anteil Fälle Ophthalmologie	1%	Anz. Fälle Ophthalmologie/tot. Fälle (stat.)
19	Anteil Fälle Oto-Rhino-Laryngologie	2%	Anz. Fälle Oto-Rhino-Laryngologie/tot. Fälle (stat.)
20	Anteil Fälle Dermatologie und Venereologie	3%	Anz. Fälle Dermatologie und Venereologie/tot. Fälle (stat.)
21	Anteil Fälle Medizinische Radiologie	5%	Anz. Fälle Medizinische Radiologie/tot. Fälle (stat.)
22	Anteil Fälle Geriatrie	0%	Anz. Fälle Geriatrie/tot. Fälle (stat.)
23	Anteil Fälle Physikalische Medizin und Rehabilitation	0%	Anz. Fälle Physikalische Med. und Reha/tot. Fälle (stat.)
24	Anteil Fälle Andere Tätigkeitsbereiche	0%	Anz. Fälle Andere/tot. Fälle (stat.)
25	Bruttoaufwand pro Fall (stat.)	CHF 13'125	Bruttoaufwand/tot. Austritte (stat.)
26	Bruttoaufwand pro Pflegeetage (stat.)	CHF 1'567	Bruttoaufwand/tot. Pflegeetage (stat.)
27	Bruttoaufwand pro Bett	CHF 525'000	Bruttoaufwand/Anz. betriebene Betten
28	Personalaufwand pro Fall (stat.)	CHF 8'264	Kt. 3/tot. Austritte (stat.)
29	Personalaufwand pro Pflegeetage (stat.)	CHF 987	Kt. 3/tot. Pflegeetage (stat.)
30	Personalaufwand pro Bett	CHF 330'550	Kt. 3/Anz. betriebene Betten
31	Sachaufwand pro Fall (stat.)	CHF 4'861	Kt. 4/tot. Austritte (stat.)
32	Sachaufwand pro Pflegeetage (stat.)	CHF 580	Kt. 4/tot. Pflegeetage (stat.)
33	Sachaufwand pro Bett	CHF 194'450	Kt. 4/Anz. betriebene Betten
34	Durchschnittlicher Personalaufwand	CHF 82'638	Kt. 3/tot. Stellen
35	Besoldung pro Arzt (exkl. Sozialleistungen)	CHF 108'696	Kt. 30/Anz. Ärzte
36	Besoldung pro Pflegepersonalstelle	CHF 45'385	Kt. 31/Anz. Pflegepersonalstellen
37	Bruttoaufwand pro DRG-Punkt	CHF 14'583	Bruttoaufwand/Casemix
38	DRG-Punkte pro Arzt	61	Casemix/Anz. Ärzte
39	DRG-Punkte pro Pflegepersonalstelle	18	Casemix/Anz. Pflegepersonalstellen
40	DRG-Punkte pro Mitarbeiter	9	Casemix/tot. Stellen
41	Fälle pro Arzt	68	tot. Fälle (stat.)/tot. Ärzte (inkl. Belegärzte)
42	Fälle pro Pflegepersonalstelle	21	tot. Fälle (stat.)/Anz. Pflegepersonalstellen
43	Fälle pro Mitarbeiter	10	tot. Fälle (stat.)/tot. Stellen
44	Pflegeetage pro Arzt	568	tot. Pflegeetage (stat.)/tot. Ärzte (inkl. Belegärzte)
45	Pflegeetage pro Pflegepersonalstelle	172	tot. Pflegeetage (stat.)/Anz. Pflegepersonalstellen
46	Pflegeetage pro Mitarbeiter	84	tot. Pflegeetage (stat.)/tot. Personal
47	Pflegeetage pro Bett	335	tot. Pflegeetage (stat.)/ Anz. betriebene Betten
48	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	8.375	tot. Pflegeetage/tot. Austritte (stat.)
49	Ärzte pro Bett (inkl. Belegärzte)	0.59	Anz. Ärzte/Anz. betriebene Betten
50	Pflegepersonalstellen pro Bett	1.95	Anz. Pflegepersonal/Anz. betriebene Betten

Tabelle 9: 50 Kennzahlen zur Analyse möglicher Gründe für überhöhte Kosten

Zur Erleichterung der Vergleichbarkeit der Kennzahlen eines zu prüfenden Spitals mit denjenigen einer Vergleichsgruppe wird zudem mit Grafiken gearbeitet. In diesen werden die Kennzahlen des zu prüfenden Spitals dem Mittelwert und Median sowie den Maximal- und Minimalwerten der entsprechenden Kennzahlen vergleichbarer Spitäler gegenübergestellt, wie nachfolgende Abbildung beispielhaft zeigt.

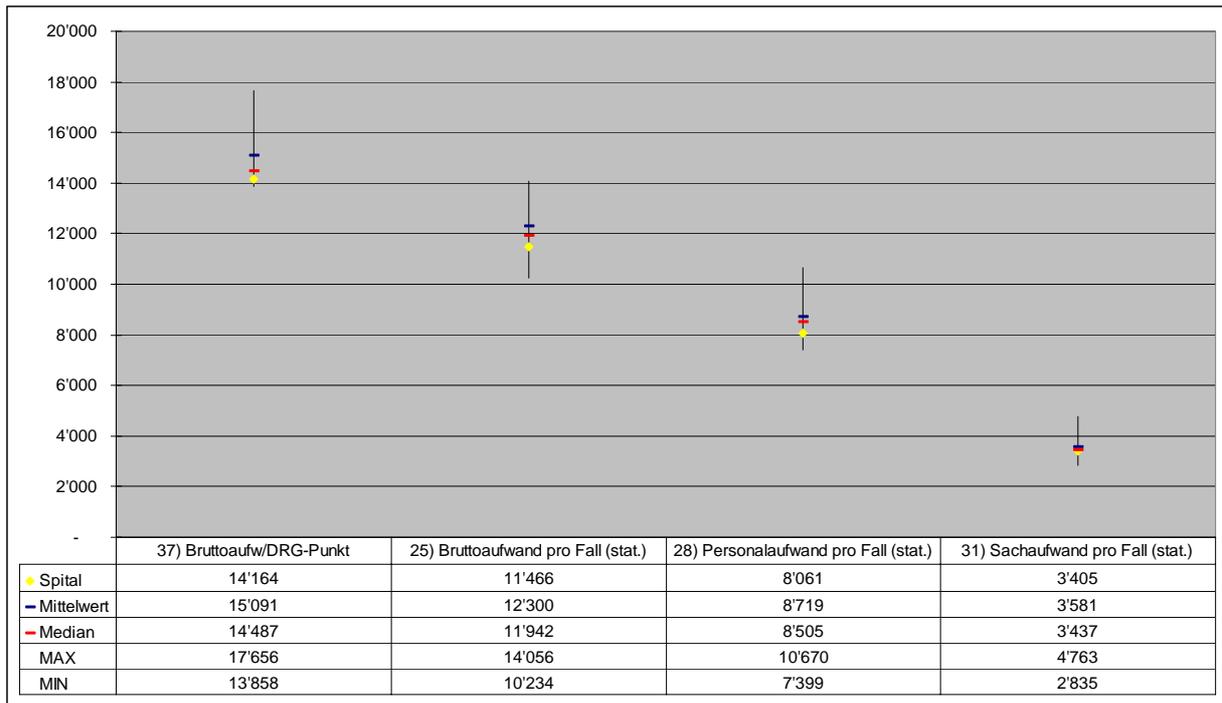


Abbildung 3: Beispiel für einen graphischen Kennzahlenvergleich.

3.3 Wirtschaftlichkeitskorrektur

Erweisen sich die Fallkosten, respektive die beantragten Tarife pro Fall eines zu prüfenden Spitals aufgrund von Betriebsvergleichen als zu hoch, müssen Sie nach unten korrigiert werden. Die Korrektur erfolgt zurzeit auf Basis der Fallkosten (hochgerechnet auf 100%) einer Gruppe von Referenzspitälern zuzüglich einer Toleranzmarge, welche dem Grad der in einem Vergleich verbleibenden Unsicherheit Rechnung trägt (vgl. dazu Kapitel 3.2). Beantragt z.B. ein Regionalspital eine Baserate, die im Vergleich zu einer vergleichbaren Gruppe von Regionalspitälern eindeutig zu hoch liegt, so wird die Baserate des zu prüfenden Spitals zurzeit maximal 5% über derjenigen der Referenzgruppe festgesetzt.

3.4 Tarifberechnung

Im letzten Schritt der Tarifprüfung wird der von der Preisüberwachung z.H. des Regierungsrats empfohlene Spitaltarif bestimmt. Diese Berechnung erfolgt aufgrund der anrechenbaren betriebswirtschaftlichen Kosten (welche den Standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten entsprechen, falls das Spital wirtschaftlich arbeitet) und des Kostendeckungsgrads (d.h. des Anteils der Kosten zu Lasten der sozialen Krankenversicherung). In den nächsten beiden Abschnitten wird erläutert, wie der Kostendeckungsgrad zu bestimmen ist und wie die konkret empfohlenen Tarife je nach angewandtem Tarifsystem berechnet werden.

3.4.1 Kostendeckungsgrad

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1 KVG) Pauschalen. Diese decken für Kantonseinwohner und -einwohnerinnen bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten (höchstens 100 Prozent für die Privatkliniken) je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe in der allgemeinen Abteilung. In jedem Fall kommt eine 50% (bzw. 100%) Beteiligung der Krankenversicherer erst in Frage, wenn die volle Transparenz vorhanden ist. Die Transparenz ist deshalb wichtig, weil verhindert werden soll, dass die soziale Krankenversicherung mehr als 50% (oder 100%) der anrechenbaren Kosten bezahlen muss.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die volle Transparenz herzustellen und die nötigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Nur so können die Krankenversicherer und Leistungserbringer Taxen festlegen, die auch den gesetzlichen Anforderungen genügen¹⁶. Die Verpflichtung zur Bereitstellung der erforderlichen Informationen lässt sich sowohl aus der VKL als auch aus der allgemeinen Beweislastregel herleiten, wonach die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wer aus den unbewiesenen gebliebenen (behaupteten) Tatsachen hätte Rechte ableiten können¹⁷.

Ein Deckungsgrad von 50% (bzw. 100%) könnte somit nur jenen Spitälern zugestanden werden, die über eine Kostenträgerrechnung mit vollständiger Leistungserfassung verfügen, aus welcher die Kosten für ausschliesslich grundversicherte Patienten hervorgehen.

Der Kostendeckungsgrad hängt von der Transparenz der Kosten sowie der Qualität und Nachvollziehbarkeit der Unterlagen ab. Die Preisüberwachung prüft diese Elemente fallweise. So empfiehlt sie z.B. für ein Spital, das lediglich über eine Finanzbuchhaltung verfügt, einen maximalen Kostendeckungsgrad von 44% (88% für eine Privatklinik). Bis heute hat die Preisüberwachung nie einen Kostendeckungsgrad höher als 48% beantragt, da bisher in keinem Fall die volle Transparenz der Kosten festgestellt werden konnte. Nachfolgende Tabelle

¹⁶ Im BR-Entscheid vom 3.2.1999 in Sachen Thurgauer Spitaltaxen 1998 schreibt der Bundesrat dazu: "Eine transparente und nachvollziehbare Tarifgestaltung setzt aussagekräftige Unterlagen voraus; nur so lässt sich die vom KVG angestrebte Kostendämpfung verwirklichen. ... Entsprechend dem französischen und italienischen Wortlaut, wonach zur Ermittlung der Spitalkosten nebst der Leistungsstatistik "une comptabilité analytique" beziehungsweise "una contabilità analitica" geführt werden muss, sind die Spitälern gemäss Artikel 49 Absatz 6 KVG gehalten, nebst der Leistungsstatistik eine *Betriebsabrechnung* vorzulegen, welche die Kostenrechnung (bestehend aus der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung) sowie die Ermittlung des Betriebserfolges umfasst."

¹⁷ Vgl. Fritz Gygi: Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 282.

10 gibt eine Übersicht über den Kostendeckungsgrad zu Lasten der sozialen Krankenversicherung in Abhängigkeit von der Kostentransparenz der eingereichten Unterlagen:

Kostendeckungsgrade (in Klammer: Prozentwerte für Privatspitäler)	Kostentransparenz der eingereichten Unterlagen
43% (86%)	Finanzbuchhaltung, Kalkulation. Widersprüchliche, schwer verständliche Daten.
44% (88%)	Finanzbuchhaltung, Kalkulation. Gute Datenqualität.
45% (90%)	Finanzbuchhaltung, Kalkulation, Kostenstellenrechnung. Letztere ist undetailliert und/oder schlecht verständlich.
46% (92%)	Finanzbuchhaltung, Kalkulation, Kostenstellenrechnung. Gute Kostenstellenrechnung und Verständlichkeit der Unterlagen.
47% - 50% (94-100%)	Finanzbuchhaltung, Kalkulation, Kostenstellenrechnung, Kostenträgerrechnung (z.B. nach dem Rekole-System): Je nach Qualität und Nachvollziehbarkeit der Unterlagen sowie der Vollständigkeit der Leistungserfassung.

Tabelle 10: Kostendeckungsgrade als Funktion der Kostentransparenz

3.4.2 Tarifsysteme

In der Regel hält sich die Preisüberwachung in ihren Empfehlungen an das Tarifsystem, welches der Kanton oder das Spital vorschlägt. D.h. wenn die Kantonsregierung z.B. eine Tagespauschale festsetzen will, so berechnet die Preisüberwachung eine solche.

Die Berechnung des Tarifs basiert auf den anrechenbaren Kosten und dem Kostendeckungsgrad.

Die empfohlene **Tagespauschale** resultiert aus der Division der anrechenbaren Kosten durch die Anzahl erbrachter Pflgetage mal den Kostendeckungsgrad.

Die Berechnung einer **Fallpauschale** verläuft ähnlich, ausser dass die anrechenbaren Kosten durch die Anzahl stationärer Fälle zu dividieren sind. Das Resultat wird mit dem Kostendeckungsgrad multipliziert.

Die Berechnung einer **Mischpauschale**, d.h. einer Pauschale mit Tages- und Fallelement verläuft dagegen bereits in der ersten Phase der Tarifiermittlung (Kostenmethode) anders als die Kalkulation einer Tages- oder einer Fallpauschale: Bei der Berechnung der Standardisierten betriebswirtschaftlichen Kosten werden die durch das Tageselement abzudeckenden Kosten (z.B. Kosten für Hotellerie und Pflege) von denen, die vom Fallelement getragen werden, getrennt. Um das Tageselement zu berechnen dividiert man sodann die Kosten mit Tagesbe-

zug durch die Anzahl erbrachter Pflgetage und multipliziert das Resultat mit dem Kostendeckungsgrad. Das Fallelement resultiert andererseits aus der Division der Kosten mit Fallbezug durch die Anzahl stationärer Fälle, multipliziert mit dem Kostendeckungsgrad.

In immer mehr Spitälern werden **diagnosebezogene Fallpauschalen** (sog. **DRG-Pauschalen**¹⁸) eingeführt. Dieses Tarifsystem sieht in der Schweiz derzeit mehr als 600 Tarifpositionen vor und rechnet ausgehend von einem Basispreis (Baserate) den einzelnen behandelten Fällen, respektive Fallgruppen je eine diagnosebezogene Fallentschädigung zu. Die Preisüberwachung berechnet bei DRG-Tarifen jeweils die Baserate, vergleichbar einem Taxpunktwert bei ambulanten Tarifen. Für diese Kalkulation ist die Kenntnis des CMI nötig. Die Baserate ergibt sich aus der Division der anrechenbaren Gesamtkosten eines Spitals durch die gewichteten Fälle (=Anzahl Fälle mal CMI) mal den Kostendeckungsgrad.

4 Ausblick

Die vorliegende Darstellung der Prüfpraxis der Preisüberwachung bei stationären KVG-Spittalarifen ist eine Momentaufnahme. Die Spitalfinanzierung ist zurzeit ein grosses Thema im Rahmen der laufenden KVG-Revision. Die Prüfpraxis der Preisüberwachung wird sich selbstredend mit neuen Regeln zur Spitalfinanzierung verändern. Sollten z.B. die Investitionskosten bei öffentlichen Spitälern neu teilweise von den Krankenversicherern zu finanzieren sein, wird die Preisüberwachung nach Wegen suchen müssen, um eine Überbewertung bereits getätigter Investitionen in der Tarifberechnung zu verhindern.

Auch das derzeitige Projekt zur Einführung einer national einheitlichen Tarifstruktur für stationäre Spitalleistungen namens SwissDRG wird – sofern erfolgreich – eine Anpassung der Prüfmethodik nach sich ziehen. Unabhängig von der Art der Spitalfinanzierung und dem zur Anwendung gelangenden Tarifsystem wird die Preisüberwachung jedoch auch in Zukunft bestrebt sein, die geltend gemachten Spittalarife aufgrund der Bestimmungen in PüG und KVG kritisch zu hinterfragen, um tarifliche Übertreibungen nach Möglichkeit zu beseitigen.

Zudem wird die Qualität der Leistungen immer mehr zum Thema. Die Preisüberwachung ist bereit, in ihren Spittalarifanalysen auch Qualitätsindikatoren mitzubersichtigen, sobald solche im Rahmen eines für alle schweizerischen Spitäler einheitlichen und verbindlichen Qualitätssicherungssystems verfügbar werden.

¹⁸ Dabei steht DRG für "Diagnosis Related Groups". DRG-Systeme sind Patientenklassifikationssysteme, welche die Spitalfälle aufgrund von medizinischen Haupt- und Nebendiagnosen in eine Vielzahl von Fallgruppen einteilen.

Im Bereich der Prüfung stationärer KVG-Spittarife sieht sich die Preisüberwachung als einziger wirklich unabhängiger Akteur. Angesichts der nach wie vor rasch steigenden Gesundheitskosten sowie der für breite Bevölkerungsschichten stark zunehmenden Belastung durch Krankenkassenprämien wäre die Preisüberwachung in der Lage, bei der KVG-Tarifprüfung eine stärkere Rolle wahrzunehmen. Eine derartige Stärkung könnte mittels Erteilung von Entscheidungskompetenzen sowie dem Ausbau der Prüfkapazitäten erfolgen.