

Michael Waldner

Neue Spitalfinanzierung am Scheideweg

Eine neue Studie lässt Korrekturen bei der Benchmarking-Methodik dringend angezeigt erscheinen

Ob und wie weit eine Differenzierung der Tarife unter SwissDRG angezeigt ist, stellt weiterhin eine der strittigsten Fragen zur neuen Spitalfinanzierung dar. Eine Studie zeigt nun erstmals datenbasiert auf, dass und weshalb SwissDRG die erhoffte Vergleichbarkeit aller Spitäler auf der Basis ihrer Fallnormkosten nicht herstellen kann. Mit dieser Erkenntnis steht die Spitalfinanzierung an einem Scheideweg: Nur wenn nun der Weg für eine sachgerechte Preisdifferenzierung freige-macht wird, lässt sich eines der Hauptziele der neuen Spitalfinanzierung – nämlich die effizienzorientierte Vergütung von Spitalleistungen – doch noch verwirklichen.

Beitragsarten: Beiträge

Rechtsgebiete: Gesundheitsrecht; Öffentliche Finanzen; Sozialversicherungsrecht

Zitiervorschlag: Michael Waldner, Neue Spitalfinanzierung am Scheideweg, in: Jusletter 23. November 2015

Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Aktuelles Benchmarkingmodell des Bundesverwaltungsgerichts
 - A. Problemverständnis des Bundesverwaltungsgerichts
 - B. Die aktuellen Lösungsansätze des Bundesverwaltungsgerichts
- III. Gutachten Schärft Problemverständnis
 - A. Erkenntnisse des Gutachtens
 - B. Notwendigkeit einer sachgerechten Preisdifferenzierung
- IV. Sachgerechte Differenzierung der Tarife
 - A. Bisherige Benchmarking-Methode ist problematisch
- V. Alternative Lösungsansätze
 - A. Berechnung der erwarteten Fallnormkosten
 - B. Benchmarking mittels spitalindividueller Vergleichsgruppen
 - C. Kostenkontrolle und Effizienzvorgaben
- VI. Schlussbemerkungen

I. Einleitung

[Rz 1] Als die neue Spitalfinanzierung im Jahr 2012 in Kraft trat, war dies mit der Hoffnung verbunden, dass das neue Finanzierungssystem für mehr Transparenz und Wettbewerb unter den Spitälern sorgen würde. Aus heutiger Optik muss man feststellen, dass diese Hoffnungen bisher nur bedingt erfüllt wurden und dass ein weiteres Hauptziel, nämlich die Herstellung einer sachgerechten Leistungsfinanzierung, grundsätzlich zu scheitern droht.

[Rz 2] So besteht bis heute keine einheitliche Methode für die Betriebsvergleiche (Benchmarking), welche unter der neuen Spitalfinanzierung der Tarifbildung für akut-stationäre Leistungen zugrunde zu legen sind. Dementsprechend inkonsistent erscheinen im Quervergleich die von unterschiedlichen Kantonsregierungen genehmigten oder hoheitlich festgesetzten Tarife. Die Aufhebung und Rückweisung zahlreicher Festsetzungsentscheide durch das Bundesverwaltungsgericht hat zusätzlich zur Verunsicherung von Festsetzungsbehörden und Leistungserbringern beigetragen.

[Rz 3] Eine wesentliche Ursache für diese wenig befriedigende Zwischenbilanz liegt in einem fundamentalen Missverständnis über die Leistungsfähigkeit eines Fallpauschalensystems. So war die Einführung von SwissDRG mit der weit verbreiteten Erwartung verbunden, die neue Tarifstruktur werde beliebige Spitäler, vom kleinen Landspital über die private Spezialklinik bis zum Universitätsspital auf der Basis ihrer Fallnormkosten¹ vergleichbar machen. Aus dieser Erwartung folgt, dass im Grundsatz für alle Spitäler der Schweiz derselbe Basispreis² (Baserate) festgesetzt werden könne («gleicher Preis für gleiche Leistung»). Ein Blick auf die Erfahrungen mit DRG-Systemen in anderen Ländern hätte diese Erwartung von Anfang an dämpfen müssen. Denn selbst ausgereifte DRG-Systeme wie etwa jenes in Deutschland, schaffen es nicht, die ganze Vielfalt der Spitäler und

¹ Unter den Fallnormkosten eines bestimmten Spitals versteht man die Kosten, die ein Fall mit einer standardisierten Fallschwere (Kostengewicht oder *cost weight*) von 1.0 verursacht. Die Fallnormkosten eines Spitals werden berechnet, indem man die Gesamtkosten aller krankenversicherungspflichtigen Fälle durch die Summe aller vom Spital erbrachten Kostengewichte (sog. «Casemix») dividiert.

² Der Basispreis (oder *baserate*) ist der von den Tarifpartner vertraglich zu vereinbarende oder von der Kantonsregierung gestützt auf Art. 47 Abs. 1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hoheitlich festzusetzende Frankenbetrag, der mit dem *cost weight* multipliziert wird und so den Preis ergibt, den das Spital für einen bestimmten Fall von der Krankenversicherung vergütet erhält.

ihrer Leistungen in der Tarifstruktur abzubilden³. Die SwissDRG AG, welche für die Entwicklung der Tarifstruktur zuständig ist, hat bereits frühzeitig auf die Grenzen der Abbildungsfähigkeit von SwissDRG hingewiesen und klargestellt, dass es konsequenterweise nicht ihr strategisches Ziel sei, alle Spitäler auf der Basis von Fallnormkosten vergleichbar zu machen⁴.

[Rz 4] Auch das Bundesverwaltungsgericht anerkennt, dass nicht alle Spitäler auf der Basis ihrer Fallnormkosten sachgerecht miteinander verglichen werden können und dass diesem Umstand mit der Differenzierung der Basispreise Rechnung zu tragen ist. Dies jedoch nur in Ausnahmefällen, in engen Grenzen und nur unter der Voraussetzung, dass ein datenbasierter Nachweis vorliegt⁵.

[Rz 5] Die verbreitete Zurückhaltung gegenüber einer Differenzierung der Tarife hat in den letzten Jahren vor allem jene Spitäler am oberen Ende der medizinischen Versorgungskette (sog. «Endversorgerspitäler») unter Druck gesetzt, die allfällige Finanzierungslücken nicht mit Subventionen decken konnten. Die Endversorgerspitäler weisen unter SwissDRG systematisch überdurchschnittliche Fallnormkosten auf, für die es bisher nur Erklärungsansätze, aber wenige datenbasierte Untersuchungen gab, so dass sich diese Spitäler bis heute mit dem Vorwurf konfrontiert sehen, ihre überdurchschnittlichen Fallnormkosten seien auf eine ineffiziente Leistungserbringung zurückzuführen.

[Rz 6] Diese Lücke in den datenbasierten Untersuchungen dürfte nun weitgehend geschlossen worden sein. Denn das Universitätsspital Zürich («USZ») hat vor Kurzem ein von ihm bei Polynomics in Auftrag gegebenes Gutachten veröffentlicht⁶, welches erstmals umfassend und wissenschaftlich fundiert aufzeigt, dass und weshalb SwissDRG nicht in der Lage ist, sämtliche Leistungsunterschiede über die Fallnormkosten der Spitäler abzubilden. Das Gutachten zeigt, dass die Fallnormkosten in Abhängigkeit bestimmter Leistungsparameter statistisch signifikant und zum Teil ganz erheblich variieren. Über die ganze Spitallandschaft hinweg resultieren aus den unterschiedlichen Leistungen der Spitäler Abweichungen der Fallnormkosten von ca. +/- 40% gegenüber einem Durchschnittswert.

[Rz 7] Das Paradigma der «idealen Tarifstruktur», welche aller Spitäler auf der Grundlage ihrer Fallnormkosten vergleichbar macht, lässt sich im Licht dieser Ergebnisse nicht aufrechterhalten. Im Hinblick auf die Festsetzung KVG-konformer, d.h. leistungs- und effizienzorientierter Tarife ist dieser Erkenntnis mit einer sachgerechten Differenzierung der Basispreise Rechnung zu tragen.

[Rz 8] Vor diesem Hintergrund sollen im vorliegenden Beitrag zunächst die derzeitige Haltung des Bundesverwaltungsgericht zur Differenzierung der Tarife für akut-stationäre Leistungen dargestellt und die Ansätze, die das Gericht für den Umgang mit Unzulänglichkeiten der Tarifstruktur verfolgt, diskutiert werden. Sodann werden die Ergebnisse des nun vorliegenden Gutachtens dargestellt. Dabei zeigt sich, dass verschiedene Grundannahmen, die der aktuellen Rechtsprechungspraxis zugrunde liegen, nicht erfüllt sind und aufgegeben oder modifiziert werden müssen. Weiter soll aufgezeigt werden, wie ein sachgerechtes Benchmarking im Licht der nun vorliegenden Erkenntnisse ausgestaltet werden könnte. Abschliessend gilt es, an alle Akteure zu appellieren, die Erkenntnis-

³ Vgl. InEK, Abschlussbericht – Weiterentwicklung des G-DRG Systems für das Jahr 2015, Teil I, Projektbericht, Siegburg 2014, S. 98 ff.

⁴ Medienmitteilung der SwissDRG AG vom 14. Dezember 2012.

⁵ Vgl. insbesondere BVGE 2014/36, E. 6.6 und 6.8.

⁶ PHILIPPE WIDMER, SIMON SPIKA, HARRY TELSER, Leistungsorientierte Vergütung mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG, 2015, Studie im Auftrag des Universitätsspitals Zürich.

se aus dem Gutachten im Interesse einer sachgerechten Spitalfinanzierung unvoreingenommen zu würdigen und die richtigen Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

II. Aktuelles Benchmarkingmodell des Bundesverwaltungsgerichts

A. Problemverständnis des Bundesverwaltungsgerichts

[Rz 9] Das Bundesverwaltungsgericht anerkennt, dass unter SwissDRG nicht alle Spitäler auf der Basis ihrer Fallnormkosten sachgerecht verglichen werden können. Ebenso anerkennt das Gericht, dass gewisse Mängel systemimmanent sind und die Differenzierung der Basispreise damit in gewissen Fällen dauerhaft geboten bleiben wird⁷.

[Rz 10] Das Gericht geht indes aufgrund des bisherigen Kenntnisstandes davon aus, dass die Notwendigkeit einer Tariffdifferenzierung auf eine kleine Zahl von Spitälern beschränkt ist, bei denen spitalindividuelle Besonderheiten eine Preisdifferenzierung unter Billigkeitsgesichtspunkten gebieten⁸. Abgesehen von diesen wenigen Ausnahmefällen sind nach Auffassung des Gerichts alle akuten somatischen Spitäler auf der Basis ihrer Fallnormkosten miteinander vergleichbar.

[Rz 11] Hinsichtlich der Ursachen, welche einer ungenügenden Abbildungsfähigkeit von SwissDRG zugrunde liegen, macht das Bundesverwaltungsgericht eine grundlegende Unterscheidung⁹:

- **Fehlbewertungen von DRGs:** Eine Fehlbewertung einer DRG liegt vor, wenn das *cost weight*, das einer DRG zugewiesen wird, nicht den effektiv erwarteten durchschnittlichen Fallschwere der entsprechenden DRG entspricht; solche Fehlbewertungen (Über- oder Unterbewertungen) führen dazu, dass gewisse individuelle DRGs systematisch über- oder untervergütet werden. Solche Fehlbewertungen sind mit dem Fehlanreiz verbunden, sich nach Möglichkeit vermehrt auf überbewertete Fallgruppen zu konzentrieren und unterbewertete Fallgruppen zu meiden.
- **Inhomogene DRG-interne Fallverteilung:** Eine inhomogene DRG-interne Fallverteilung liegt vor, wenn das *cost weight* einer DRG im Durchschnitt zwar korrekt ist, die unterschiedlichen Schweregrade der Fälle innerhalb ein und derselben DRG jedoch nicht gleichmässig (sondern inhomogen) über die Spitallandschaft verteilt sind. Dabei besteht für Spitäler systemimmanent ein Anreiz, innerhalb einer DRG vermehrt einfache Fälle zu behandeln und die Behandlung schwerer Fälle zu vermeiden, etwa in dem diese in ein anderes Spital überwiesen werden (sog. «*cherry picking*»).

[Rz 12] Die Unterscheidung zwischen den beiden Fallgruppen ist insofern von Relevanz, als das Bundesverwaltungsgericht davon ausgeht, dass Fehlbewertungen von DRGs im Grundsatz nicht durch eine Differenzierung der Basispreise «korrigiert» werden können¹⁰; Fälle einer inhomogenen DRG-internen Fallverteilung dagegen schon¹¹. Das Gericht begründet die Unzulässigkeit einer «Korrektur» fehlerbewerteter DRGs damit, dass die Festsetzung differenzierter Basispreise einen unzulässigen Eingriff in die Tarifstruktur darstellen würde; bei entsprechenden Mängeln sei primär die

⁷ BVGE 2014/36, E. 22.7.

⁸ BVGE 2014/36, E. 6.8.

⁹ Vgl. BVGE 2014/36, E. 5.3 und 22.5.

¹⁰ BVGE 2014/36, E. 22.6.

¹¹ BVGE 2014/36, E. 22.7.

Tarifstruktur anzupassen, wozu weder das Bundesverwaltungsgericht noch die Kantonsregierungen kompetent sei¹².

[Rz 13] Ausgehend von seinem aktuellen Problemverständnis hat das Bundesverwaltungsgericht mit den Endversorgerspitälern (zu denen namentlich die Universitätsspitäler gehören)¹³ und den Kinderspitälern¹⁴ bisher zwei Spitalarten identifiziert, bei denen spitalindividuelle Besonderheiten eine Differenzierung der Basispreise geboten (und zulässig) erscheinen lassen.

[Rz 14] Weitere Differenzierungen für andere Spitäler sind gemäss Bundesverwaltungsgericht keineswegs ausgeschlossen; es macht solche Differenzierungen jedoch davon abhängig, dass Untersuchungen zu den Unterschieden in den tatsächlich erbrachten Leistungen und deren Auswirkungen bei gegebener Tarifstruktur vorgenommen werden. Solche Untersuchungen sollen neben der Verfeinerung der Tarifstruktur auch eine sachgerechte, spitalindividuelle Preisdifferenzierung ermöglichen¹⁵.

B. Die aktuellen Lösungsansätze des Bundesverwaltungsgerichts

[Rz 15] Der Notwendigkeit, in gewissen Fällen differenzierte Tarife festzulegen, ist im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsvergleichs (Benchmarking) Rechnung zu tragen¹⁶. Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinen Piloturteilen betreffend das Luzerner Kantonsspital (BVGE 2014/3) und betreffend die nicht-universitären Zürcher Spitäler (BVGE 2014/36) dargelegt, wie aus seiner Sicht mit den Mängeln der Tarifstruktur im Rahmen des Benchmarkings umzugehen ist, und die gebotenen Preisdifferenzierungen vorzunehmen sind:

- Gemäss Bundesverwaltungsgericht soll in einem ersten Schritt ein Benchmarking durchgeführt werden, welches (idealerweise) alle akut-stationären Spitäler der Schweiz einbezieht. Ein solches gesamtschweizerisches Benchmarking, bei dem beliebige Spitäler miteinander verglichen werden, führt – nach Vornahme allfälliger Korrekturen, die bei allen Spitalern gleichermaßen zu berücksichtigen sind – zum sogenannten «Referenzwert»¹⁷.

¹² Vgl. BVGE 2014/36, E. 22.6. Dieses Argument überzeugt dort, wo die Tarifparteien im Rahmen der Tarifpflege einen bewussten Entscheid getroffen haben, die relativen Kostengewichte bestimmter Leistungen in einer bestimmten Art (neu) festzulegen, wie dies etwa im Rahmen der Einführung von TARMED der Fall war, als die ambulanten ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen bewusst aufgewertet werden sollten. Diese bewusste Entscheidung der Tarifparteien könnte durch das Festlegen differenzierter (d.h. höherer) Taxpunktwerte für technische Fachdisziplinen unterlaufen werden. Wenig überzeugend ist das Argument dagegen, wenn Fehlbewertungen vorliegen, die als solche von den Tarifparteien nicht gewollt sind, sondern einen unbeabsichtigten Fehler der Tarifstruktur darstellen. Lässt man die «Korrektur» solcher Fälle mittels einer Differenzierung der Tarife nicht zu, so drohen die resultierenden Tarife mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot von Art. 43 Abs. 4 KVG als auch dem Effizienzgebot von Art. 49 Abs. 1 KVG in Konflikt zu geraten. In diesem Licht ist die vom Bundesverwaltungsgericht vorgenommene Präzisierung seiner Rechtsprechung, wonach die Korrektur von Fehlbewertungen nur dann unzulässig sei, wenn lediglich einzelne DRGs von einer Fehlbewertung betroffen sind, begrüssenswert und wichtig (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6392/2013, E. 4.6).

¹³ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2255/2013, E. 3.4.

¹⁴ Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6392/2013, E. 4.6.

¹⁵ BVGE 2014/36, E. 6.6.4.

¹⁶ Art. 49 Abs. 1 KVG.

¹⁷ BVGE 2014/36, E. 4.10.

- Ausgehend vom so ermittelten Referenzwert sind gegebenenfalls spitalindividuelle Zu- oder Abschläge vorzunehmen; diese Zu- oder Abschläge sollen spitalindividuellen Besonderheiten unter dem Titel der Einzelfallgerechtigkeit (Billigkeit) Rechnung tragen¹⁸.
- Ein Benchmarking, welches auf einer positiven Selektion von Vergleichsspitälern oder auf der Bildung von Benchmarking-Kategorien beruht, widerspricht nach Ansicht des Gerichts der Grundidee eines schweizweit möglichst breit abgestützten Betriebsvergleich; die Bildung fixer Spitalkategorien im Besonderen berge zudem die Gefahr, dass sich unterschiedliche Kulturen der Spitaltarifierung herausbilden würden¹⁹.
- Nur im Sinne einer befristeten Korrekturmassnahme in der Einführungsphase der neuen Spitalfinanzierung soll die Bildung separater Vergleichsgruppen für spezielle Spitäler ein akzeptables Instrument für die Preisdifferenzierung darstellen (so z.B. für Universitäts- und Kinderspitäler)²⁰. Nach Abschluss dieser (in ihrer Dauer nicht definierten) Einführungsphase müssten nach Auffassung des Gerichts wohl auch diese Spitäler zum System «Referenzwert plus Zuschlag» übergehen.

[Rz 16] Diese Benchmarking-Methodik basiert implizit auf einer Reihe von Grundannahmen, die das Bundesverwaltungsgericht als erfüllt zu erachten scheint:

- Annahme 1: Die Tarifstruktur SwissDRG ist grundsätzlich in der Lage, die Leistungen aller Spitäler auf der Basis ihrer spitalindividuellen normierten Fallkosten sachgerecht vergleichbar zu machen;
- Annahme 2: Die Notwendigkeit einer Preisdifferenzierung betrifft höchstens eine sehr kleine Gruppe von klar identifizierbaren Spitälern; und
- Annahme 3: im Hinblick auf die Ermittlung sachgerechter Zuschläge und Abzüge lassen sich Mehr- und Minderleistungen und zugehörige Mehr- oder Minderkosten (Einsparungen) aufgrund spitalindividueller Besonderheiten gegenüber einem Referenz- oder Durchschnittswert klar abgrenzen; diese Zu- und Abschläge können für jedes betroffene Spital auf der Grundlage seiner individuellen Kosten und Leistungscharakteristiken ermittelt werden.

[Rz 17] Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, zeigen die Ergebnisse des kürzlich veröffentlichten Gutachtens, dass diese Grundannahmen nicht erfüllt sind.

III. Gutachten Schärf Problemverständnis

A. Erkenntnisse des Gutachtens

[Rz 18] Das vom USZ in Auftrag gegebene Gutachten zeigt erstmals wissenschaftlich und datenbasiert auf, dass durch SwissDRG nicht abbildbare Unterschiede in den Leistungen der Spitäler bestehen, und dass diese Leistungsunterschiede zu erheblichen Unterschieden in den Fallnormkosten führen.

[Rz 19] Methodisch basiert das Gutachten auf einer Analyse der Kostendaten 2012 aus der Fallkostenstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS). Es handelt sich dabei um dieselbe Datenbasis, die auch für die Entwicklung der Tarifstruktur SwissDRG durch die SwissDRG AG verwendet wird.

¹⁸ BVGE 2014/36, E. 6.8.

¹⁹ BVGE 2014/3, E. 10.1.6; BVGE 2014/36, E. 6.2.

²⁰ BVGE 2014/36, E. 6.6.6.

Im Rahmen der Studie wurden die Fallkostendaten auf mögliche systematische Zusammenhänge zwischen verschiedenen leistungsbezogenen Parametern und den Fallkosten analysiert. In einer «idealen» Tarifstruktur, die die Einflüsse aller leistungsbezogenen Parameter auf die Fallkosten abbilden kann, dürften keine solchen systematischen Zusammenhänge nachweisbar sein.

[Rz 20] Das Gutachten zeigt nun aber eine ganze Reihe statistisch signifikanter Zusammenhänge zwischen bestimmten Leistungsparametern und den Fallnormkosten auf. Die entsprechenden Leistungsparameter entpuppen sich je einzeln oder in Kombination als «Risikofaktoren» oder «Kostentreiber», welche in den von diesen Faktoren betroffenen Spitälern zu systematisch höheren Fallnormkosten führen.

[Rz 21] Die dadurch verursachten, leistungs- und nicht etwa durch effizienzbedingte Unterschiede in den Fallnormkosten erheblich und bewegen sich über die ganze Spitallandschaft hinweg in einem Bereich von ca. + / - 40% gegenüber einem Durchschnittswert.

[Rz 22] Diese enormen Differenzen in den Fallnormkosten sind gemäss Gutachten einerseits auf patientenbezogene und andererseits auf strukturbezogene Leistungsunterschiede zwischen den Spitälern zurückzuführen²¹. Patientenbezogene Leistungsunterschiede beziehen sich auf den jeweiligen Einzelfall; Faktoren wie das Alter des Patienten oder dessen Gesundheitszustand vor dem Eintritt oder nach der Entlassung aus dem Spital haben gemäss Gutachten einen systematischen Einfluss auf die zu erwartenden Behandlungskosten. Strukturbezogene Leistungsparameter charakterisieren dagegen die Leistungsstruktur des Spitals über die Gesamtheit aller behandelten Fälle hinweg. So misst etwa der Case-mix-Index (CMI) die durchschnittliche Komplexität der behandelten Fälle, die Anzahl behandelte DRG misst die Breite des Leistungsangebotes eines Spitals. Dabei bestätigt sich nun, dass eine Kombination struktureller Leistungsparameter, wie sie für Endversorgerspitäler charakteristisch ist (nämlich hoher CMI, breites Leistungsangebot, tiefe Überweisungsquote, komplexe Patientenfälle), systematisch zu höheren Fallnormkosten führt, wobei sich zugleich zeigt, dass auch die «Endversorgerspitäler» keine vollständig homogene Spitalgruppe bilden, sondern gewisse Leistungsunterschiede bestehen.

[Rz 23] Neben der bereits vom Bundesverwaltungsgericht als Problem erkannten Häufung hochdefizitärer Fälle in Endversorgerspitälern, ist die Erklärung für diesen Befund auch in einer (weiteren) Eigenheit des Leistungsauftrages von Endversorgerspitälern zu suchen: So besteht dieser Leistungsauftrag darin, während 24 Stunden am Tag auch sehr komplexe und seltene Fälle aufnehmen und behandeln zu können. Dieser Leistungsauftrag lässt sich nur erfüllen, indem das Spital rund um die Uhr eine teure Infrastruktur und spezialisiertes Personal bereitstellt, dessen effizienter Einsatz hohe Anforderungen an die Organisation stellt. Da diese mit hohen Kosten verbundenen Bereitstellungsleistungen unerlässlich sind, um die Funktion als Endversorgerspital wahrnehmen zu können, stellen sie (analog zu den Vorhaltekosten in Bezug auf Notfälle) krankenversicherungspflichtige Leistungen dar. Diese Leistungen kommen zu einem gewissen Grad allen Patienten zugute, die sich im Endversorgerspital behandeln lassen, d.h. nicht nur den seltenen und komplexen Fällen, auf die die Infrastruktur und das Personal ausgerichtet ist, sondern auch den weniger komplexen Fällen, die sich ebenfalls im Spital behandeln lassen und dabei Personal und Infrastruktur mitnutzen. Diese «Mitnutzung» ist mit Blick auf die freie Spitalwahl unvermeidlich, aus betriebs-

²¹ Das Gutachten kann dabei lediglich die Effekte solcher leistungsbezogener Parameter analysieren, die in der Fallkostenstatistik des BFS auch erhoben werden. Es ist davon auszugehen, dass es durchaus weitere Faktoren geben könnte, die bisher als solche nicht untersucht wurden.

wirtschaftlicher Sicht unerlässlich und unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten wünschbar, da erst sie die optimale Auslastung der bereitgestellten Infrastruktur zulässt.

B. Notwendigkeit einer sachgerechten Preisdifferenzierung

[Rz 24] Indem das Gutachten die Zusammenhänge zwischen Leistungsunterschieden und den Fallnormkosten datenbasiert nachgewiesen hat, liegt nun eine Untersuchung vor, wie sie das Bundesverwaltungsgericht zur Voraussetzung für eine weitere Differenzierung der Spitaltarife erhoben hat²². Während es bisher lediglich möglich war, z.B. (hoch-)defizitäre Fälle im Sinne eines Symptoms zu messen und ausgehend davon auf eine Endversorgerstellung zu schliessen, gestatten es die Ergebnisse des Gutachtens nun, höhere bzw. auch tiefere Fallnormkosten als Folge bestimmter Leistungsfaktoren zu erklären. Damit ist die Grundlage geschaffen, um sachgerechte, spitalindividuelle Differenzierungen in den Tarifen vorzunehmen.

[Rz 25] Mit Blick auf die erheblichen Unterschiede in den erwarteten Fallnormkosten würde das Fehlen einer sachgerechten Preisdifferenzierung zu stossenden Ungerechtigkeiten und einer schädlichen, gesetzwidrigen Fehlallokation der Erlöse führen. Eine sachgerechte Preisdifferenzierung ist umso dringender, als mit einem einheitlichen Preis erhebliche Fehlanreize geschaffen bzw. aufrechterhalten würden. Spitäler, deren Leistungsauftrag es zulässt, könnten versucht sein, ihre Leistungen bei gleichbleibendem Tarif auf lukrative Leistungsbereiche und Leistungsstrukturen auszurichten. Spitäler, die dies aufgrund ihres Leistungsauftrages nicht können, werden umgekehrt die entsprechenden Mehrleistungen erbringen müssen, ohne dafür entschädigt zu werden. Die Differenzierung der Basispreise vermindert solche Fehlanreize. Die (zulässige) strategische Ausrichtung auf bestimmte Leistungen wird dadurch nicht ausgeschlossen, sie wird jedoch – zeitlich leicht verschoben – bei der Tarifierung berücksichtigt.

[Rz 26] Die Erkenntnis, dass eine sachgerechte Differenzierung geboten ist, wirft die Frage auf, ob der heutige Benchmarking-Ansatz geeignet ist, um diese Differenzierungen vorzunehmen, oder ob die Benchmarking-Methodik gegebenenfalls anzupassen ist.

IV. Sachgerechte Differenzierung der Tarife

A. Bisherige Benchmarking-Methode ist problematisch

[Rz 27] Im Hinblick auf die Zukunft des Benchmarkings erscheinen die folgenden Kernaussagen des Gutachtens besonders wichtig:

- Das Problem der mangelnden Abbildungskraft von SwissDRG ist gravierend. Die leistungsbedingten Unterschiede in den erwarteten Fallnormkosten sind über die ganze Spitallandschaft hinweg erheblich und dürften in einem Bereich von +/- 40% ausgehend von einem Durchschnittswert liegen;
- das Problem betrifft nicht nur einzelne Spitäler, die aussergewöhnliche spitalindividuelle Besonderheiten aufweisen; die leistungsbedingten Unterschiede in den Fallnormkosten der Spitäler verlaufen vielmehr graduell über die ganze Spitallandschaft hinweg;

²² Vgl. oben, Rz. 14.

- Fehlbewertungen einzelner DRGs existieren unter SwissDRG sehr wohl, wobei sie vor allem DRGs mit kleinen Fallzahlen betreffen; diese Fehlbewertungen sind aber nicht für die höheren normierten Fallkosten in Endversorgerspitälern verantwortlich; denn in den Endversorgerspitälern gleichen sich Profite und Verluste aufgrund über- oder unterbewerteter DRGs dank des breiten Leistungsspektrums in etwa aus. Kleine spezialisierte Spitäler können aber sehr wohl stark negativ oder positiv («*cherry picking*») von diesen Verzerrungen betroffen sein.

[Rz 28] Die Grundannahmen, die der oben dargestellten Benchmarking-Methode des Bundesverwaltungsgerichts zugrunde liegen, sind damit nicht erfüllt. Namentlich ist die Voraussetzung der «idealen Tarifstruktur», die alle Spitäler auf der Grundlage ihrer normierten Fallkosten vergleichbar macht, nicht gegeben. Diese Erkenntnis lässt das derzeitige Benchmarking-Modell aus mehreren Gründen als problematisch erscheinen:

- Wenn man anerkennt bzw. anerkennen muss, dass unter SwissDRG nicht alle Spitäler sachgerecht auf der Grundlage ihrer Fallnormkosten verglichen werden können, so nimmt man damit in Kauf, dass bei einem gemeinsamen Benchmarking zwischen allen akutsomatischen Spitälern der Schweiz «Äpfel mit Birnen» verglichen werden. Der so ermittelte Referenzwert dürfte zudem systematisch durch jene Spitäler verzerrt werden, die sich entweder auf ein «*cherry picking*» konzentrieren können, oder bei denen andere spitalindividuelle Besonderheiten zu systematisch tieferen Fallnormkosten führen. Gerade diese Spitäler werden sich systemimmanent unterhalb des Benchmarks akkumulieren und das Benchmark-Ergebnis dominieren²³. Diese Problematik wird durch die Erkenntnis, dass die Unterschiede in den erwarteten Fallnormkosten erheblich sind, und dass sie graduell verlaufen, wesentlich verschärft. Ein Referenzwert, der durch den Vergleich der Fallnormkosten aller akutsomatischen Spitäler ermittelt wird, verliert unter diesen Bedingungen jede sinnvolle Aussagekraft.
- Sachgerechte Zu- bzw. Abschläge vom Referenzwert, wie sie im Modell des Bundesverwaltungsgerichts zu ermitteln wären, lassen sich nicht allein durch eine Untersuchung spitalindividueller Besonderheiten bzw. einer Analyse der Kostensituation des zu benchmarkenden Spitals ermitteln. Der Nachweis, dass eine leistungsbezogene spitalindividuelle Besonderheit durch die Tarifstruktur SwissDRG nicht bereits abgebildet wird, kann systemimmanent nur auf der Grundlage einer Analyse der gesamten Daten in der BFS-Fallkostenstatistik erbracht werden (wie es das Gutachten nun getan hat). Die einzelnen Spitäler haben jedoch keinen Anspruch darauf, dass das BFS ihnen diese Daten für den Zweck von Tariffestsetzungsverfahren zur Verfügung stellt.
- Hinzu kommt, dass der Versuch, Zu- und Abschläge ausgehend von den individuellen Kosten- und Leistungsdaten des zu benchmarkenden Spitals ermitteln zu wollen, zu einer Einzelfallpraxis führen dürfte, die jegliche Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit vermissen lässt und damit zugleich gegen Art. 49 Abs. 1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verstösst.

[Rz 29] Im Ergebnis ist festzuhalten, dass ein Benchmarking-Modell, basierend auf einem gesamtschweizerischen Benchmarking und verbunden mit spitalindividuellen Zu- und Abschlägen, methodische Nachteile aufweist und kaum geeignet sein dürfte, die Festsetzung einheitlicher und KVG-konformer Basispreise sicherzustellen.

²³ Besonders gravierend ist dieser Effekt, wenn ein sehr strenger Benchmarking-Massstab angewendet werden soll, wie dies etwa jüngst die Preisüberwachung mit dem Abstellen auf das (nach Anzahl Spitälern gewichtete) 20. Perzentil fordert. In einem solchen Benchmarking drohen Kleinstinstitutionen mit engem Leistungsangebot oder Spitäler, deren Leistungsauftrag ein «*cherry picking*» erlaubt, den Benchmark für die systemrelevanten Spitäler zu setzen.

[Rz 30] Die Erkenntnisse des Gutachtens lassen es daher dringend angezeigt erscheinen, die bisherigen Lösungsansätze für eine sachgerechte Tariffdifferenzierung grundlegend zu hinterfragen und nach neuen, alternativen Lösungsansätzen zu suchen.

V. Alternative Lösungsansätze

A. Berechnung der erwarteten Fallnormkosten

[Rz 31] Ein erster alternativer Lösungsansatz für die sachgerechte Differenzierung der Tarife ergibt sich aus dem Gutachten selbst bzw. aus dem Analysemodell, welches dem Gutachten zugrunde liegt. So ermöglicht es das Modell, für jedes Spital, ausgehend von einem Set besonders erklärungsstarker, leistungsbezogener Parameter, die zu erwartenden Fallnormkosten zu berechnen. Diese berechneten Fallnormkosten entsprächen den Fallnormkosten, die man bei einem Spital mit der Leistungscharakteristik des jeweiligen Spitals erwarten würde. Die effektiven Kosten des zu benchmarkenden Spitals können über oder unter diesen erwarteten Fallnormkosten liegen.

[Rz 32] Ein solches Benchmarking weicht vom herkömmlichen Verständnis des Benchmarkings insofern ab, als nicht die Fallnormkosten bestimmter, individualisierter Spitäler zum Vergleich herangezogen werden. Da die erwarteten Fallnormkosten jedoch mittels einer Analyse sämtlicher Fallkosten aller Spitäler ermittelt werden, ist ein gesamtschweizerisches Benchmarking in dieser Berechnung quasi mitenthalten. Die Berechnung der erwarteten Fallnormkosten eines Spitals entspricht damit im Ergebnis dem vom Bundesverwaltungsgericht geforderten gesamtschweizerischen Benchmarking. Im Unterschied zum herkömmlichen Vergleich normierter Fallkosten berücksichtigt dieses Benchmarking jedoch eine Reihe weiterer kostenrelevanter Leistungsparameter, die durch die Tarifstruktur und damit die spitalindividuellen normierten Fallkosten nicht abgebildet werden.

[Rz 33] Ein solches Benchmarking erscheint insofern optimal, als es mit den analytisch ermittelten Fallnormkosten zu einem maximal akkuraten und maximal sachgerechten Ergebnis führt, das – wenn es nicht direkt als Tarif übernommen wird – als geeignete Ausgangsgrösse für Tarifverhandlungen oder hoheitliche Tariffestsetzungen dienen kann. Zudem können die Einflüsse bestimmter Parameter jährlich datenbasiert aktualisiert werden. Damit erfolgt eine dynamische Korrektur, so dass jeweils nur nachweislich unzureichend abgebildete Leistungsparameter einbezogen werden und nur das ausgeglichen wird, was die (laufend weiterentwickelte) Tarifstruktur SwissDRG nicht selbst ausreichend abbilden kann.

B. Benchmarking mittels spitalindividueller Vergleichsgruppen

[Rz 34] Ein analytisches Benchmarking-Modell mit berechneten erwarteten Fallnormkosten mag auf Vorbehalte stossen, weil es den herkömmlichen Vorstellungen eines Benchmarkings im KVG-Bereich zuwider läuft. Ausgehend von den Erkenntnissen des Gutachtens wäre jedoch auch ein Lösungsansatz denkbar, der sich stärker an diesen herkömmlichen Vorstellungen orientiert:

1. Hierzu gälte es zunächst, basierend auf den Ergebnissen des Gutachtens (einmalig) ein geeignetes Set von leistungsbezogenen Parametern («Risikofaktoren» bzw. «Kostentreiber») zu bestimmen, die in Kombination eine möglichst hohe Erklärungskraft in Bezug auf die erwarteten Fallnormkosten eines Spitals haben (dieser Schritt ist mit dem Modell der erwarteten Fallnormkosten identisch).

2. Basierend auf diesen Parametern können jedes Jahr und für jedes Spital jene (Vergleichs-)Spitäler identifiziert werden, deren Leistungen mit dem zu benchmarkenden Spital am vergleichbarsten, d.h. am ähnlichsten sind. Dabei gilt es sicherzustellen, dass die Vergleichsgruppen ein hohes, aufgrund sachlicher Kriterien festzulegendes Homogenitätsniveau aufweisen. Die so ermittelten Spitäler bilden für das zu benchmarkende Spital die im betreffenden Tarifjahr die spitalindividuelle Vergleichsgruppe.
3. Der Tarif für das zu benchmarkende Spital wird ermittelt, indem die effektiven Fallnormkosten der individuellen Vergleichsgruppe miteinander verglichen und der Benchmark bei einem geeignet erscheinenden Perzentil gesetzt wird (sog. «Peeranalyse»). Wo dieser Benchmark gesetzt wird, verbleibt wie heute im pflichtgemässen Ermessen der Festsetzungsbehörde.

[Rz 35] In einem solchen System bestehen keinerlei Spitalkategorien oder fixe Spitalgruppen. Das System ist dynamisch und trägt den ständigen Veränderungen in der Spitallandschaft Rechnung, indem die Vergleichsspitäler, für jedes Spital jedes Jahr neu ermittelt werden. Jedes Spital erhält auf diese Weise jedes Jahr eine spitalindividuelle Vergleichsgruppe. Zwei Spitäler können je wechselseitig in die Vergleichsgruppe des jeweils anderen Spitals gehören, ohne dass die individuellen Vergleichsgruppen dieser Spitäler identisch sein müssen.

[Rz 36] Ein solches Benchmarking-Modell hat gegenüber einem System mit fixen Benchmarking-Kategorien oder einem System mit einem «Referenzwert» und Zu- oder Abschlägen erhebliche Vorteile:

- So werden nur Spitäler verglichen, deren Leistungen tatsächlich miteinander vergleichbar (d.h. ähnlich) sind. Im Hinblick darauf wird zwar eine «positive Selektion» vorgenommen, die jedoch auf objektiven, weder vom Spital noch von der Festsetzungsbehörde manipulierbaren, sachgerechten Kriterien beruht.
- Da nur vergleichbare (ähnliche) Spitäler miteinander verglichen werden, lässt sich aus dem Vergleich der normierten Fallkosten direkt ein aussagekräftiger Benchmark ableiten; es müssen keine Zuschläge oder Abzüge ermittelt werden.
- Da es keine fixen Kategorien oder keine fixen Grenzwerte für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Vergleichsgruppe gibt, entfallen auch die negativen Nebenwirkungen, die mit der Bildung fixer Spitalgruppen verbunden sind: So werden einerseits die Ungerechtigkeiten und die Willkür, die mit der Bildung fixer Kategorien oder fixer Grenzwerte verbunden sind, vermieden. Jedes Spital wird stets nur mit jenen Spitälern verglichen, die mit ihm am vergleichbarsten sind.
- Spitäler haben zudem in diesem System keinen falschen Anreiz, gewisse Grenzwerte durch Anpassung ihres Verhaltens gerade noch zu erreichen, um in eine andere Kategorie vorzudringen. Ändern sie ihr Verhalten, so verändert sich ihre Vergleichsgruppe. In der Folge werden sie mit anderen Spitälern verglichen, die ihr Verhalten gleich ausgerichtet haben.
- Die Gefahr «*separater Kostenfestsetzungspraxen- und -kulturen*», die das Bundesverwaltungsgericht im Urteil betreffend die nicht-universitären Zürcher Spitäler geortet hat²⁴, besteht mangels der Bildung separater Benchmarking-Kategorien ebenfalls nicht.

[Rz 37] Das Problem der mangelhaften Vergleichbarkeit verschiedener Spitäler kann durch die Bildung spitalindividueller Vergleichsgruppen zwar nicht absolut behoben, aber doch erheblich

²⁴ BVGE 2014/36, E. 6.6.2.

reduziert werden. Ein solches Modell hat u.U. das Potential, auf allseitige Akzeptanz zu stossen, weil es den spitalindividuellen Gegebenheiten jedes Spitals so weit wie möglich Rechnung trägt.

C. **Kostenkontrolle und Effizienzvorgaben**

[Rz 38] Der Klarheit halber gilt es festzuhalten, dass mit keinem der beiden Benchmarking-Modelle ein Verlust über die Kontrolle der Kostenentwicklung oder ein Verzicht auf strikte Effizienzvorgaben verbunden ist. In beiden Modellen ist es möglich, dass die Festsetzungsbehörde im Rahmen ihres Ermessens dem jeweiligen Spital Effizienzvorgaben macht. Im Modell der erwarteten normierten Fallkosten kann dies etwa dadurch erfolgen, dass ein leicht unter den erwarteten Fallnormkosten liegender Basispreis festgesetzt wird. Im Modell mit den spitalindividuellen Vergleichsgruppen kann das Effizienzniveau durch die Wahl des Effizienzmasstabes (Perzentil) beeinflusst werden.

[Rz 39] Dabei stellen beide Benchmarking-Methoden sicher, dass die Ausgangswerte für allfällige Effizienzvorgaben für *alle* Spitäler sachgerecht sind und den tatsächlich erbrachten Leistungen des jeweiligen Spitals gerecht werden. Ist sichergestellt, dass die Ausgangswerte sachgerecht sind, so ist es auch möglich, Ziele zu setzen, die real erreichbar sind. Die Erreichbarkeit von Effizienzvorgaben dürfte zentral sein, wenn diese auch eine Anreizfunktion haben sollen. Unerreichbar tiefe, den Leistungen des Spitals nicht Rechnung tragende Preise dürften die Spitäler dagegen einzig dazu zwingen, sich anstatt auf Kosteneinsparungen vor allem auf die Sicherung von Subventionen zu konzentrieren. Weder dem Effizienz- noch dem Wettbewerbsgedanken wäre dadurch gedient; die Qualität und die Versorgungssicherheit würden dadurch jedoch gefährdet.

VI. **Schlussbemerkungen**

[Rz 40] Mit dem Gutachten liegt erstmals eine datenbasierte und wissenschaftlich fundierte Studie vor, welche die namentlich von den Endversorgerspitälern schon lange monierten leistungsbedingten Unterschiede in den Fallnormkosten umfassend aufzeigt und plausibel erklärt. Mit diesem datenbasierten Nachweis ist zugleich eine Kernforderung erfüllt, die das Bundesverwaltungsgericht als Voraussetzung für die weitere Differenzierung der Tarife genannt hat.

[Rz 41] Damit steht die neue Spitalfinanzierung am Scheideweg: Die Verwerfungen innerhalb des DRG-Systems sind gravierend. Wird diesen Verwerfungen nicht durch eine sachgerechte Preisdifferenzierung Rechnung getragen, droht eine grosse Zahl von Spitälern ungerechtfertigt massiv unter- oder überfinanziert zu werden, wobei sich dieser Effekt mit der zunehmenden strategischen Ausrichtung der Spitäler verstärken dürfte.

[Rz 42] Es ist im Interesse einer sachgerechten Spitalfinanzierung zu hoffen, dass die beteiligten Akteure – bei aller Detailkritik, die sie im Einzelnen am Gutachten üben mögen – dessen Kernaussagen unvoreingenommen und offen würdigen und die richtigen Schlussfolgerungen daraus ziehen, selbst wenn dies bedeutet, alte Paradigmen in Frage zu stellen bzw. über Bord zu werfen.

[Rz 43] Die wichtigste Schlussfolgerung ist dabei zweifellos, dass das Paradigma der «idealen Tarifstruktur», die grundsätzlich alle Spitäler miteinander vergleichbar machen kann, aufzugeben ist. Dieses Paradigma aufzugeben bedeutet indes nicht, die Kontrolle über die Kostenentwicklung aus der Hand zu geben oder willkürlichen Tariffestsetzungen Tür und Tor zu öffnen. Vielmehr macht erst die Aufgabe dieses Paradigmas den Weg frei, um in einer transparenten und fairen Weise leis-

tungsgerechte Tarife festzusetzen. Nur so kann im Interesse aller Beteiligten einem der Hauptziele der neuen Spitalfinanzierung doch noch zum Durchbruch verholfen werden.

MICHAEL WALDNER, lic. iur. et Dipl. Natw. ETH, LL.M., Rechtsanwalt VISCHER AG. Der Autor vertritt im Rahmen seiner anwaltlichen Tätigkeit Spitäler u.a. in tarifrechtlichen Streitigkeiten.