



Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler 2022

Basierend auf Kosten des Geschäftsjahres 2021

26. August 2022



Austritte stationärer Patienten



1'202'278 Akutsomatisch
 72'723 Psychiatrie
 80'189 Rehabilitation

Anzahl Leistungserbringer



132 Akutspitäler, -kliniken
 57 Psychiatrien
 59 Rehabilitationskliniken

Leistungserbringer



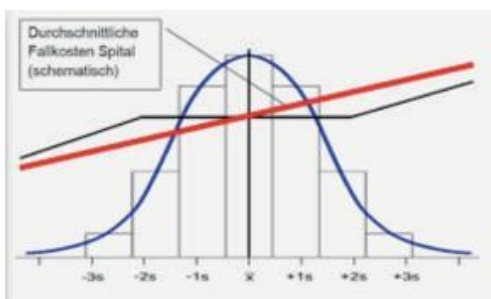
25 Kantone (AI hat kein Akutspital)

Mitarbeitende



253'880 Personen
 152'631 Stellen

Kosten alle Fälle in CHF (Durchschnitt)



11'521 Akut: pro Fall (CW 1.0)
 764 Psychiatrie pro Pflegetag (DM 1.0)
 866 Rehabilitation pro Pflegetag

Im Benchmark enthaltene Kosten



15'252'213'238 Akutsomatik
 1'885'001'443 Psychiatrie
 1'600'046'457 Rehabilitation



Inhalt

1.	Zusammenfassung – Wichtiges in Kürze	4
1.1	Im Benchmark berücksichtigte Leistungserbringer	4
1.2	Durchschnittliche Behandlungskosten pro Fall	5
1.3	Benchmark nach KVG (nur OKP-Patienten; Kosten bei Fallgewicht 1.0)	6
1.4	Resultate Akutsomatik	7
1.5	Resultate Psychiatrie	7
1.6	Resultate Rehabilitation	8
1.7	Fazit.....	9
2.	Ausgangslage	11
3.	Rechtliche Grundlagen und Anforderungen an ein Benchmarking	11
3.1	Gesetz	11
3.2	Veröffentlichung der Betriebskosten	11
3.3	Verschiedene Benchmarks	12
3.4	Bundesverwaltungsgericht	12
4.	Berücksichtigte Datengrundlage	13
5.	Angewendetes Plausibilisierungsverfahren	13
5.1	Prüfverfahren	13
5.2	Prüfschritte	15
6.	Spitäler und Kliniken im Benchmark	17
6.1	Teilnehmende Spitäler und Kliniken	17
6.2	Geografische Verteilung der Spitäler und Kliniken	18
6.3	Repräsentativität	19
7.	Berechnung der Benchmark-relevanten Betriebskosten	20
7.1	Grundsatz	20
7.2	Berechnung	20
8.	Effizienzmassstab	22
8.1	Grundsätzliches	22
8.2	Wahl der Gewichtung	23
8.3	Wahl des Perzentils	24
9.	Resultate des Benchmarks 2022 im Detail	25
9.1	Akutsomatik	25
9.2	Psychiatrie	32
9.3	Rehabilitation	34



1. Zusammenfassung – Wichtiges in Kürze

Die Tariffindung der Schweizer Spitäler hat gemäss KVG auf Basis eines nationalen Kostenbenchmarks zu erfolgen. Der Verein SpitalBenchmark stellt seit 2007 als einziger sachorientierter Anbieter der Schweiz einen umfassenden KVG-konformen Kostenbenchmark für die Spitäler und Kliniken in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation auf plausibilisierten Daten des vergangenen Geschäftsjahres zur Verfügung. Berechnet wird der Benchmark auf Basis von ITAR_K®, nachdem die detaillierten Leistungs- und Kostendaten durch Fachspezialisten mit Erfahrung in Medizin- und Finanzcontrolling nach einheitlicher Methodik geprüft und mit den Spitalern plausibilisiert wurden.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit hat swiss economics einen Bericht zur finanziellen Auswirkung der Corona-Pandemie im Jahr 2020 auf die Spitäler erstellt. Im vom BAG veröffentlichten Bericht ist festgehalten, dass «aufgrund der zeitnahen und disaggregierten Abbildung von Leistungsdaten sich die Datenquelle von SpitalBenchmark als am besten geeignet erwies». Diese Feststellung freut SpitalBenchmark und unterstreicht die erfolgreiche Umsetzung eines unabhängigen und sachorientierten Benchmarks.

1.1 Im Benchmark berücksichtigte Leistungserbringer

Als Grundlage für den Benchmark 2022 liegen die detaillierten Daten (Datenbasis Geschäftsjahr 2021) von 248 Leistungserbringern an 493 Standorten vor. Dieser beinhaltet, wie in Tabelle 1 zusammen mit weiteren Kennzahlen gezeigt, 132 Akutspitäler, 57 Psychiatrien und 59 Rehabilitationen aus der gesamten Schweiz.

Tabelle 1: Kennzahlen zu den im Benchmark berücksichtigten Spitalern

Kennzahlen	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Anzahl Spitäler/Kliniken	132	57	59
Anzahl stationäre Standorte	237	191	65
Anzahl Fälle	1'202'278	72'723	80'189
Anzahl Pflgetage	6'289'184	2'433'892	1'886'684
Case-Mix-Punkte (CM)	1'335'349	2'499'188	-
Case-Mix-Index (CMI)	1.111	1.027	-
Kosten in CHF	15'252'213'238	1'885'001'443	1'600'046'457
Durchschnittliche Verweildauer	5.2	33.5	23.5
Durchschnittsalter	52.5	43.8	71.7

Quelle: SpitalBenchmark

Damit wird in der Akutversorgung eine Repräsentativität von > 94 Prozent erreicht (Vergleich¹ mit BAG: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2019²). Für die Psychiatrie und Rehabilitation beträgt die Repräsentativität > 85 resp. ca. 76 Prozent.

¹ Das BAG (Kennzahlen Schweizer Spitäler 2020², aktuellste Fassung) veröffentlicht jährlich die Anzahl stationärer Leistungserbringer sowie deren Fallzahlen. Zu beachten ist, dass sich die Jahre 2020 BAG und 2021 SpitalBenchmark nur bedingt vergleichen lassen, weil Mutationen zwischen den Jahren noch nicht berücksichtigt sind.

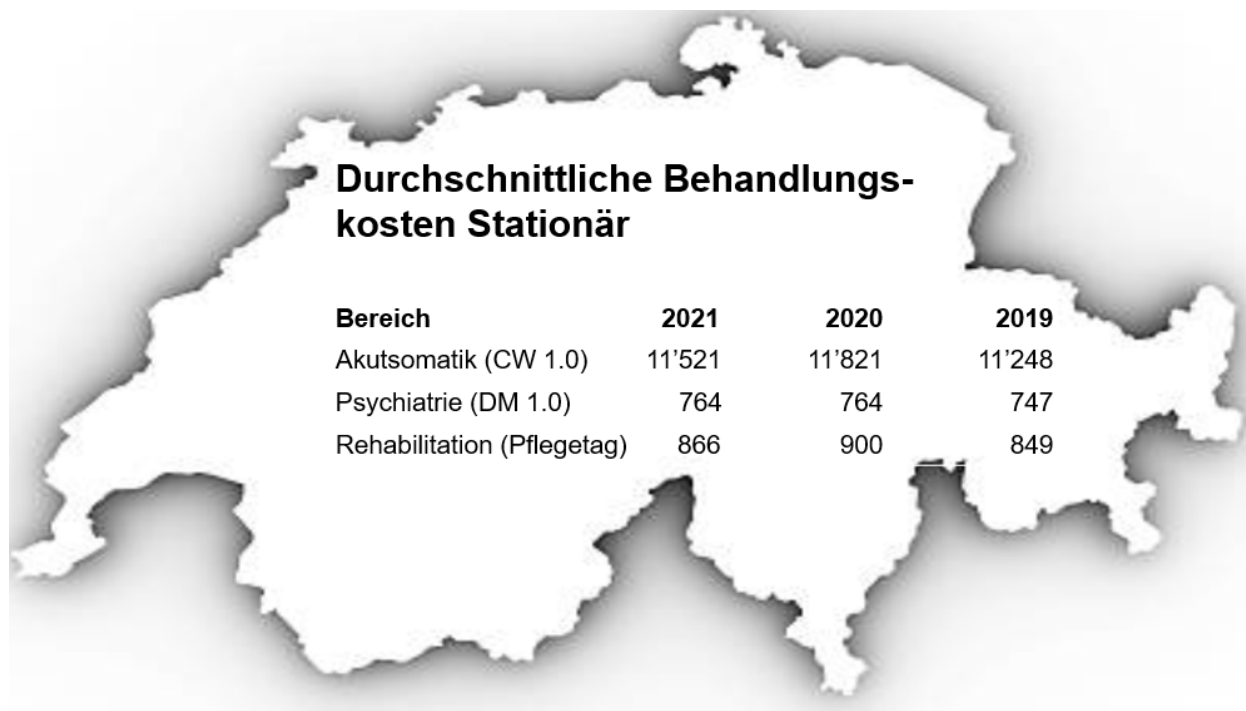
² Kennzahlen der Schweizer Spitäler (admin.ch)



1.2 Durchschnittliche Behandlungskosten pro Fall

Die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall sind 2021 gegenüber 2020 in der Akutsomatik und in der Rehabilitation gesunken, in der Psychiatrie gleichgeblieben. Abbildung 1 zeigt die Veränderung der durchschnittlichen Fallkosten gegenüber 2020. Die Reduktion der Kosten hat primär zwei Gründe. Die Spital- und Klinikverantwortlichen haben die Kostensenkungsmassnahmen in einem extrem herausfordernden Umfeld mit Corona-Behandlungen, stark zunehmendem Fachkräftemangel und massiven Preissteigerungen bei den Spitalgütern fortgeführt. Andererseits gab es keine staatlichen Eingriffe mit Behandlungsverbot mehr, was sich in Form von höheren Fallzahlen auswirkt und die Durchschnittskosten senkt. Konnten die Spitäler in der Akutsomatik 2020 aufgrund der staatlichen Eingriffe gut 56'000 Fälle weniger behandeln als 2019, so stieg deren Anzahl 2021 wieder um 53'000 Fälle. Damit entspricht das Volumen praktisch dem Stand von 2019.

Abbildung 1: Durchschnittliche Fallkosten pro Austritt berechnet nach Kostengewicht resp. Pflage-tag



Quelle: SpitalBenchmark

Exkurs

COVID-19

Bemerkenswert ist, dass im Geschäftsjahr 2021 im Vergleich zu 2020 über 12 % mehr bestätigte COVID-Fälle stationär zu behandeln waren. In absoluten Zahlen ergibt sich aufgrund der Diagnose «U07.1 COVID-19-Virus nachgewiesen» für das Jahr 2020 eine Fallzahl von 32'363, für das Jahr 2021 36'300. Es ist nicht nachvollziehbar, dass sowohl das BAG als auch die Krankenversicherer die Daten des Geschäftsjahres 2020 für die Tariffindung als nicht verwertbar taxieren, jetzt aber das Jahr 2021 schon. Es muss angenommen werden, dass die Versicherer aus tarifarischen und das BAG aus politischen Gründen auf



diese Weise die den Leistungserbringern zustehenden gerechtfertigten höheren Tarife für die Behandlungskosten verweigern wollten. Diese Vorgehensweise ist nicht KVG-konform und zeugt von wenig Sachgerechtigkeit.

Zur Vollständigkeit wird festgehalten, dass die COVID-bedingten Mehrkosten, welche nicht für die stationäre Patientenbehandlung aufgewendet werden mussten, z. B. Test- und Impfzentren, in beiden Jahren in der Betriebsbuchhaltung sachgerecht ausgeschieden wurden.

Studie der swiss economics

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit hat swiss economics einen Bericht zur finanziellen Auswirkung der Corona-Pandemie im Jahr 2020 auf die Spitäler erstellt. SpitalBenchmark hat als Grundlage Datenmaterial zur Verfügung gestellt, war aber an der inhaltlichen Bearbeitung nicht involviert.

Auf Seite 4 im Bericht schreibt swiss economics unter dem Titel Auswirkungen auf die Gewinne: «Die buchhalterischen Gewinne der Schweizer Allgemeinspitäler haben sich im Jahr 2020 von rund CHF 100 Millionen (kontrafaktischer Gewinn ohne Pandemie) auf einen tatsächlich eingetretenen Verlust von rund CHF 500 Millionen um insgesamt CHF 600 Millionen reduziert. Dies deckt sich mit den obigen Feststellungen zu Umsätzen und Kosten. In Relation zum Umsatz entspricht der Gewinnrückgang weniger als 2.5 Prozent.»

swiss economics stellt nach ihrer Berechnung einen Verlust von rund CHF 600 Mio. fest. Es erstaunt sehr, dass sie diesen Verlust ins Verhältnis zum Umsatz stellt. Ein prozentualer Vergleich mit dem Gewinn des Vorjahres würde die enorme Auswirkung des Verlustes aufzeigen. Dies umso mehr, als die E-BITDA-Marge der Spitäler 2020 im Durchschnitt gerade mal 3.26 % betrug. Aus dieser Marge müssen nach den KVG-Vorgaben die Investitionen getätigt werden. Gemäss einer Studie der PwC müsste eine Marge von rund 10 % erreicht werden, damit eine nachhaltige Finanzierung bestehen kann. Der Verlust der Spitäler besteht und ist nicht marginal, sondern substantiell.

Der Verlust der Leistungserbringer besteht. Die Versicherer sträuben sich KVG-widrig, sich an den höheren Behandlungskosten zu beteiligen.

1.3 Benchmark nach KVG (nur OKP-Patienten; Kosten bei Fallgewicht 1.0)

Der Benchmark bildet die Grundlage für die Bestimmung der OKP-Tarife. Nach den Vorgaben des KVG dürfen dafür im Benchmark nur Fälle berücksichtigt werden, welche durch die obligatorischen Krankenversicherer vergütet werden. Entsprechend sind bei der Erstellung des Benchmarks die Fälle von Unfallversicherern, IV, MV und Selbstzahlern auszuschneiden.

SpitalBenchmark erstellt einen rein kostenbasierten Benchmark unter Berücksichtigung aller methodischen Anforderungen an einen sachgerechten Benchmark. Unzulänglichkeiten im DRG-System, regional unterschiedliche Rahmenbedingungen oder weitere exogene, nicht beeinflussbare Faktoren sind nicht berücksichtigt. SpitalBenchmark macht keine Aussage über die Validität des Fallnormkostenvergleichs in Bezug auf die Frage nach der Effizienz der Spitäler.

Die folgenden Abbildungen und Auswertungen beinhalten deshalb nur Resultate basierend auf KVG-Fällen.



1.4 Resultate Akutsomatik

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse zu den Kosten bei Fallgewicht 1.0 für alle Spitäler und für einzelne Gruppierungen. Dazu wurden die Kosten im Durchschnitt, beim Median sowie für das 40., 35., 30. und 20. Perzentil berechnet.

Die ausgewiesenen anrechenbaren Kosten beinhalten die Anlagenutzungskosten (ANK) nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime, kurz VKL.

Tabelle 2: Benchmark Akutsomatik 2022 bei CW 1.0, gewichtet nach Case-Mix mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Spitäler	10'713	10'619	10'402	10'277	10'174	9'907
Nur Uni-Spitäler	12'031	11'562	11'244	11'244	11'244	11'005
Nicht Uni-Spitäler	9'169	9'203	9'096	9'096	9'096	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'320	10'299	10'174	10'107	10'040	9'702

Quelle: SpitalBenchmark

Die anrechenbaren Kosten bei Fallgewicht 1.0 sind pro Spital berechnet und transparent ausgewiesen. In der folgenden Tabelle sind die Spitäler dargestellt, die den entsprechenden Benchmarkwert repräsentieren. Die vollständige Liste mit Ausweis aller Spitäler und Kliniken befindet sich im Kapitel 9.

Tabelle 3: Benchmark Akutsomatik 2022 alle Spitäler. Die genannten Kliniken repräsentieren den entsprechenden Perzentilwert.

Gewichtung	Spital	Baserate
Arith. Mittel	Kantonsspital Aarau	10'713
Median	Kantonsspital St. Gallen	10'619
40. Perzentil	Kantonsspital Winterthur	10'402
35. Perzentil	Hirslanden Klinik Zürich	10'277
30. Perzentil	EOC	10'174
20. Perzentil	Spital Schwyz	9'907

Quelle: SpitalBenchmark

1.5 Resultate Psychiatrie

Die folgende Tabelle zeigt die anrechenbaren Kosten bei Fallgewicht 1.0 für alle Kliniken. Die Kosten sind für verschiedene Gewichtungen berechnet. Die Kosten beinhalten die Anlagenutzungskosten nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL).

Tabelle 4: Benchmark Psychiatrie 2022 bei CW 1.0, gewichtet nach Case-Mix mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	Gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	722	717	709	706	704	662

Quelle: SpitalBenchmark

Die anrechenbaren Kosten bei Fallgewicht 1.0 sind pro Klinik berechnet und transparent ausgewiesen. In



der folgenden Abbildung sind die Kliniken ausgewiesen, welche den entsprechenden Benchmarkwert repräsentieren. Die vollständige Liste mit Ausweis aller Spitäler und Kliniken befindet sich im Kapitel 9.

Tabelle 5: Benchmark Psychiatrie 2022 alle Kliniken. Die genannten Kliniken repräsentieren den entsprechenden Perzentilwert

Gewichtung	Klinik	Baserate
Arith. Mittel	Universitäre Psychiatrie Basel	722
Median	Psychiatriezentrum Münsingen	717
40. Perzentil	Psychiatrie Baselland	709
35. Perzentil	Spital Oberaargau AG	705
30. Perzentil	Klinik Meissenberg AG	698
20. Perzentil	Clenia Littenheid AG	660

Quelle: SpitalBenchmark

1.6 Resultate Rehabilitation

Die folgende Abbildung zeigt die Kosten pro Pflgetag für alle Kliniken. Die Kosten sind für verschiedene Gewichtungen berechnet. Die Kosten beinhalten die Anlagennutzungskosten (ANK) nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL).

Tabelle 6: Benchmark Rehabilitation 2022 pro Pflgetag, gewichtet nach Anzahl Austritten mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	805	723	704	691	690	671

Quelle: SpitalBenchmark

Die anrechenbaren Kosten bei Fallgewicht 1.0 sind pro Klinik berechnet und transparent ausgewiesen. In der folgenden Abbildung sind die Kliniken ausgewiesen, welche den entsprechenden Benchmarkwert repräsentieren. Die vollständige Liste mit Ausweis aller Spitäler und Kliniken befindet sich im Kapitel 9.

Tabelle 7: Benchmark Rehabilitation 2022 alle Kliniken. Die genannten Kliniken repräsentieren den entsprechenden Perzentilwert

Gewichtung	Klinik	Baserate
Gew. arith. Mittel	Rehaklinik Bellikon	832
Median	Kantonsspital Baselland	723
40. Perzentil	EOC	704
35. Perzentil	Klinik Schloss Mammern	691
30. Perzentil	Klinik Barmelweid AG	690
20. Perzentil	Klinik Adelheid AG	671

Quelle: SpitalBenchmark

Ausblick auf die Abrechnungssystematik mit ST Reha (RCG-Tarifsystem)

Im Jahr 2021 erfolgte die Abrechnung in der Rehabilitation nach Tagespauschalen. Entsprechend sind



vorstehend die Benchmark-Daten mit Kosten pro Pflage tag ausgewiesen. Seit 2022 erfolgt die Abrechnung neu über das RCG-basierte Tarifs system ST Reha. Die meisten Kliniken haben mit den Fällen des Geschäftsjahres 2021 eine Simulation mit dem neuen RCG-Katalog vorgenommen. Dazu ist zu bemerken, dass wahrscheinlich die geltenden Kodierrichtlinien noch nicht vollumfänglich angewandt werden konnten. Trotzdem ergibt die Simulation einen guten Indikator für die Baserate-Verhandlung für das Jahr 2023.

Zu beachten ist, dass die Simulation mit den Ist-Kosten, eingeschränkt auf die KVG-Fälle und nur für die Allgemeine Abteilung erfolgte und nicht im ITAR_K®. Dies sind die Baserates nach ST Reha.

Spitäler/Kliniken	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	757	747	736	711	680

1.7 Fazit

Benchmark – Zahlen 2021

Die Spitäler und Kliniken behandelten 2021 für KVG trotz COVID-19-Belastung mehr Patienten. In der Akutsomatik wurden gegenüber 2020 knapp 53'000 zusätzliche «Fälle» behandelt, dies entspricht einer Zunahme von 5.1 %. Die Kosten bei Fallgewicht 1.0 sind dagegen um 2.4 % gesunken.

In der Psychiatrie bedurften zusätzlich 2'241 Patienten einer stationären Behandlung. Dies entspricht einem Wachstum von 3.3 %. Die Behandlungskosten bei Fallgewicht 1.0 konnten demgegenüber um 0.4 % gesenkt werden.

Auch in der Rehabilitation ist ein Patientenwachstum von 5.4 % zu verzeichnen. Die Kosten pro Pflage tag hingegen wurden um 2.5 % gesenkt.

Die Behandlungskosten sind gesunken, dies zeigt sich in der Konsequenz auch in tieferen Benchmarkwerten.

Transparent, umfassend, objektiv

Die Zielsetzung des Vereins SpitalBenchmark, einen nationalen Benchmark der Spitalkosten zu etablieren, der auf validierten Daten beruht und sämtliche gesetzlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt, ist umgesetzt: Neben den transparent vorliegenden Daten ist auch die Vorgehensweise transparent. Ebenso ist die Validierung der Daten dokumentiert, auch da ist SpitalBenchmark einzigartig. Im vom BAG veröffentlichten Bericht von swiss economics ist festgehalten, dass «aufgrund der zeitnahen und disaggregierten Abbildung von Leistungsdaten sich die Datenquelle von SpitalBenchmark als am besten geeignet erwies». Diese Feststellung unterstreicht die erfolgreiche Umsetzung eines unabhängigen und sachorientierten Benchmarks. Das Bundesverwaltungsgericht hatte im Rahmen von Tariffestsetzungsverfahren die Auslegung des Gesetzes und deren Verordnungen zu klären. Dazu wurden verschiedene Grundsätze festgelegt und Vorgaben an das Benchmarking definiert. Diese wichtigen Entscheide, welche im Rahmen von Tarifverfahren der Akutsomatik gefällt wurden, erfüllt SpitalBenchmark.

Nicht gerechtfertigter Vorwurf

Der immer wieder kursierende Vorwurf der mangelnden Transparenz ist nicht haltbar. Es gibt keine anderen Unternehmen/Organisationen im Gesundheitsmarkt, welche auch nur annähernd eine Transparenz



wie jene der Spitäler und Kliniken ausweisen. Vielmehr ist es ein Zerrspiel von Partikularinteressen und politischen Zielsetzungen, welche mit dem Vorwurf mangelnder Transparenz eine KVG-konforme Finanzierung der Leistungserbringer verhindert.

Gewichtung im Benchmark

Die Spitäler erachten eine Gewichtung nach Case-Mix-Punkten aufgrund der DRG-Systematik als konform und sachgerecht. Demgegenüber setzen die Preisüberwachung und die Krankenversicherer bei der Gewichtung auf eine Reihenfolge nach Spitälern. Ein Blick auf den Benchmark von tarifsuisse für das Jahr 2020 mit den Daten 2019 (neuere Benchmarks liegen nicht vor) als Beispiel zeigt, dass die ersten 20 Spitäler nur 63'582 Fälle mit einem Kostengewicht (CM) von 63'022 Punkten erbringen. Dies entspricht nicht einmal 5 % der in den Spitälern gesamthaft geleisteten über 1.2 Mio. Case-Mix-Punkten. Die Gewichtung nach Reihenfolge der Spitäler bildet in keiner Weise das von den Spitälern Geleistete ab – ein so erstellter Benchmark ist nicht sachgerecht.

Perzentil

Das Bundesverwaltungsgericht hat das 40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix-Punkten) als angemessen akzeptiert (BVG 2014/36). Dies bedeutet, dass bei Anwendung des 40. Perzentils stipuliert wird, dass 60 % der Spitäler und Kliniken nicht effizient arbeiten. Dies trifft nicht zu und kann auch nicht mit Fakten belegt werden. Selbst das Bundesamt für Gesundheit hält auf seiner Website fest: «Zu beachten ist, dass die Vergütung mittels Pauschalen systembedingt zu Abbildungsungenauigkeiten bei gewissen Leistungen führt. Spitäler, welche einen hohen Anteil an nicht sachgerecht abgebildeten Leistungen erbringen, weisen unter Umständen Fallkosten auf, welche nicht unbedingt auf deren Effizienz schliessen lassen. So weisen weder hohe Kosten (etwa bei Endversorgerspitälern) zwingend auf eine tiefe Effizienz, noch tiefe Kosten zwingend auf eine hohe Effizienz hin. Dieser Aspekt muss bei einem Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten zwischen den einzelnen Spitälern berücksichtigt werden.»

Ausscheidung der COVID-Kosten

SpitalBenchmark weist nach, dass die Kostendaten der Geschäftsjahre 2020 und 2021 trotz Einfluss von COVID-19 valide sind und für die Preisverhandlung mit den Versicherern genutzt werden können. Dies ergibt sich allein schon dadurch, da die COVID-bedingten Mehrkosten, welche nicht für die stationäre Patientenbehandlung aufgewendet werden mussten, z.B. Test- und Impfzentren, in beiden Jahren in der Betriebsbuchhaltung sachgerecht ausgeschieden sind. Mit dem Entscheid der Versicherer und des BAG, die Daten des Geschäftsjahres 2020 nicht für die Tarifverhandlungen zu akzeptieren, wird eine Beteiligung der Versicherer an den höheren Behandlungskosten verhindert. Dies ist nicht KVG-konform.

Dank an die Leistungserbringer

SpitalBenchmark bedankt sich einerseits bei den Spitälern und Kliniken für die zur Verfügung gestellten eigenen Betriebsdaten sowie bei den Fachexperten (Verifizier) für die ausgedehnte Prüfung der Daten mit dem dazugehörigen iterativen Prozess zur Erreichung der bestmöglichen Datenqualität. Dank diesem Zusammenspiel können Dritte bestätigen, dass SpitalBenchmark über die am besten geeigneten Daten verfügt.



2. Ausgangslage

Die Politik fordert für die Schweiz eine wettbewerbsorientierte Spitalversorgung, die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen ermöglicht. Die Entschädigung der stationären Leistungen der Akutspitäler und Kliniken erfolgt mit dem Pauschalsystem nach SwissDRG. Für die psychiatrischen Kliniken wird das Tarifsysteem TARPSY seit 2018 verwendet, in der Rehabilitation kommt zurzeit noch ein Abrechnungssystem nach Tagestaxe zur Anwendung. Ab 2022 gilt bei der Rehabilitation das Pauschalsystem nach ST Reha.

Gemäss KVG sollen die Kosten effizient arbeitender Spitäler vergütet werden. Die Ermittlung dieser effizienten Kosten ist jedoch nicht abschliessend definiert. In der Praxis existieren unterschiedliche Auffassungen der Leistungserbringer, der Versicherer und der Behörden darüber, was effiziente Kosten sind und wie sie gemessen werden. Entsprechend haben sich verschiedene Vorgehensarten entwickelt.

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz haben die Notwendigkeit und die Herausforderung eines Benchmarkings bereits im Jahr 2007 erkannt und sie liefern seither dem Verein SpitalBenchmark entsprechende Daten. Der Verein SpitalBenchmark verfügt über die umfangreichste und detaillierteste Datenbank der Schweiz.

Die Zielsetzung des Vereins ist es, den nationalen Benchmark der Spitalkosten zu etablieren, der auf validierten Daten beruht und der sämtliche gesetzlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt. Dies ist umgesetzt.

3. Rechtliche Grundlagen und Anforderungen an ein Benchmarking

3.1 Gesetz

Nach Art. 49 Abs. 8 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ordnet der Bundesrat schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an und veröffentlicht diese Vergleiche. Gemäss Art 49 Abs. 1 KVG orientiert sich die Höhe der Entschädigung an jenen Spitälern, welche die Leistung in notwendiger Qualität, effizient und günstig erbringen.

3.2 Veröffentlichung der Betriebskosten

Das Bundesamt für Gesundheit hat am 23. September 2020 erstmals eine Publikation³ zu den Fallkosten der Akutsomatik (Daten Geschäftsjahr 2018) publiziert und am 7. April 2021 die Fallkosten des Geschäftsjahres 2019 veröffentlicht. Das BAG weist die Fallkosten pro Spital/Klinik aus, erstellt daraus aber keinen Benchmark. Für das Jahr 2022 verzichtet⁴ das BAG auf eine Publikation und stellt fest: «Das BAG hat entschieden, auf eine diesjährige Publikation der im Jahre 2020 erhobenen Fallkosten der Spitäler zu verzichten. Die Analyse hat ergeben, dass die Fallkosten 2020 der Spitäler zur Durchführung von Betriebsvergleichen ungeeignet sind. Aufgrund der ungewöhnlichen Entwicklung der Fallkosten 2020 im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie werden die Fallkosten in diesem Jahr somit weder als Orientierungshilfe für die Tarifbildung noch für die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung oder als Entscheidungshilfe für die Versicherten zur Verfügung gestellt.» Da das BAG die zugrunde gelegte Analyse für ihren Entscheid nicht transparent veröffentlicht hat, kann diese nicht nachvollzogen werden.

³ [Publikation der Fallkosten der Spitäler \(admin.ch\)](#)

⁴ [Publikation der Fallkosten der Spitäler \(admin.ch\)](#)



Ob für die Daten des Geschäftsjahres 2021 eine Veröffentlichung erfolgt, ist nicht bekannt. Für die Psychiatrie und die Rehabilitation liegen bisher keine Publikationen vor.

3.3 Verschiedene Benchmarks

Dies führt dazu, dass jede Interessengruppe, insbesondere die Kranken- sowie die Unfallversicherer, die Preisüberwachung und die einzelnen Kantone weiterhin separate und unterschiedlich geartete Benchmarks erstellen und für sich in Anspruch nehmen.

3.4 Bundesverwaltungsgericht

Das Bundesverwaltungsgericht hatte im Rahmen von Tariffestsetzungsverfahren die Auslegung des Gesetzes und deren Verordnungen zu klären. Dazu wurden verschiedene Grundsätze festgelegt und Vorgaben an das Benchmarking definiert. Die folgende Aufzählung zeigt wichtige Entscheide, welche im Rahmen von Tarifverfahren der Akutsomatik gefällt wurden. Diese haben für Psychiatrie und Rehabilitation die gleiche Bewandnis.

- Das Benchmark-Verfahren soll idealtypisch schweizweit nach einheitlicher Methodik und auf der Basis von Kostendaten erfolgen.
- In einer (nicht näher definierten) Einführungsphase gewährt das BVG namentlich den Universitäts-, den Kinderspitälern und den Geburtshäusern ein Benchmarking in einer jeweils separaten Vergleichsgruppe.
- Effizienzbedingte Gewinne sind zulässig.
- Der Benchmark muss auf Kostendaten und nicht auf Tarifen basieren.
- Abzüge für Intransparenz sind für die Erstellung des Benchmarks nicht zulässig.
- Die Anlagenutzungskosten sind grundsätzlich nach VKL auszuweisen.
- REKOLE® als Datenbasis und ITAR_K® als Kostenausweis sind anerkannt.
- Kosten für Forschung und erteilte universitäre Lehre (Aus- und Weiterbildung) sind auf je eigenen Kostenträgern auszuscheiden.
- Werden durch den Kanton gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) für regionalpolitische Aufgaben geleistet, sind diese als separater Auftrag (Kostenträger) auszuweisen und nicht kostenmindernd zu buchen.
- Der von den Kantonen angewendete Effizienzmassstab mit dem 40. resp. 50. Perzentil (Gewichtung nach Anzahl Fällen oder Case-Mix-Punkten) wird gestützt.

Das Bundesverwaltungsgericht hat sich weiter auch zur Dauer der Einführungsphase geäussert. Das Tarifierungssystem SwissDRG wurde im Jahr 2012 für den Akut-Bereich mit der Version 1.0 eingeführt. Das System wurde als lernendes System bezeichnet, was sich in der Folge bis heute als notwendig erwiesen hat. Für das Jahr 2021 kam die Version 10.0 zur Anwendung, für das Jahr 2023 liegt bereits die Version 12.0 vor. Es zeigt sich, dass die SwissDRG AG jährlich grössere Systemanpassungen vornehmen muss, um die Validität des Tarifwerks zu verbessern. Die SwissDRG AG stellt den auch fest, dass das System noch nicht alle Kostenunterschiede abbilden kann. Deshalb ist klar, dass die DRG-Version 10.0 zu wenig ausgereift war, um bei der Wahl eines tiefen Perzentils einen sachgerechten Benchmark zu rechtfertigen.



Das BAG stellt in einer Stellungnahme richtigerweise fest, dass für den Abschluss der Einführungsphase von SwissDRG drei Voraussetzungen erfüllt sein müssen: eine genügend ausdifferenzierte Tarifstruktur, die Publikation eines Fallkostenvergleichs sowie die bundesrätlichen Vorgaben zur schweizweit einheitlichen Tarifiermittlung. Nach Meinung des BAG sind die ersten beiden Vorgaben erfüllt – wobei das BAG keine Veröffentlichung für die Daten 2020 vorgenommen hat –, nicht jedoch der dritte Punkt. Die Verordnung zur einheitlichen Tarifiermittlung befindet sich derzeit in Revision und hat keine präjudizierende Wirkung. Die Einführungsphase ist nicht abgeschlossen.

4. Berücksichtigte Datengrundlage

SpitalBenchmark verwendet für die Erstellung des Benchmarks detaillierte Leistungs- und Kostendaten, die von den Spitälern jährlich zwischen Februar und Juni direkt an SpitalBenchmark übermittelt werden. Dies sind einerseits gesetzlich vorgeschriebene Routinedaten, welche zuhause des Bundesamtes für Statistik (BfS), für die SwissDRG AG oder die Kantone erhoben werden müssen. Weiter wird die «Kostenrechnung nach Tarifwerk» in Form des ITAR_K® eingeholt. Andererseits werden verschiedene Kennzahlen erhoben, welche für die Vollständigkeitsprüfung und Validierung der Datenqualität genutzt werden.

Im Detail sind es für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation folgende Datenquellen.

- Basisdaten mit Angaben zur Institution
- Finanz-Kennzahlen
- Kostensätze (Kosten pro Hilfskostenstelle, z. B. Technischer Dienst, Verwaltung, Anästhesie etc.)
- Tarife
- Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS-Datei), wie an das BfS und die SwissDRG AG geliefert
- Fallkosten (CC-Datei), wie an die SwissDRG AG geliefert
- Daten zu hochteuren Prozeduren, Medikamenten und Verfahren
- ITAR_K® in der aktuellen Version nach Vorgabe H+ inkl. Validierungsdateien
- BfS-Krankenhausstatistik
- Abstimmungsbrücke GDK
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Jahresbericht (bei Bedarf)

swiss economics hat im Auftrag des BAG einen Bericht zur finanziellen Auswirkung der Corona-Pandemie im Jahr 2020 auf die Spitäler erstellt. Darin ist festgehalten, dass «aufgrund der zeitnahen und disaggregierten Abbildung von Leistungsdaten sich die Datenquelle von SpitalBenchmark als am besten geeignet erwies». Diese (externe) Feststellung freut SpitalBenchmark und unterstreicht die erfolgreiche Umsetzung eines unabhängigen und sachorientierten Benchmarks.

5. Angewendetes Plausibilisierungsverfahren

5.1 Prüfverfahren

Grosses Gewicht legt SpitalBenchmark auf die Verifizierung der im Benchmark berücksichtigten Daten. Bereits bei der Datenlieferung werden durch den Vergleich verschiedener Datenquellen automatisiert



Vollständigkeitsprüfungen vorgenommen. Danach erfolgt die individuelle Prüfung jedes Spitals nach vorgegebenen Schritten durch den Verifizierer. Dafür stehen alle Datenquellen zur Verfügung, bei Bedarf kann die Analyse bis auf die Stufe des anonymisierten Einzelfalls erfolgen. Zur Unterstützung der Prüfarbeit steht den Verifizierern ein Tool zur Verfügung, die Prüfungsergebnisse werden protokolliert und dem Mitglied zugestellt.

Verifizierungsteam

Mit der Aufgabe der Verifizierung sind erfahrene Spezialisten aus der Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und aus den Geburtshäusern mit Fachwissen in Finanzen und Controlling betraut. Die Prüfungen werden nach vorgegebener Systematik und damit einheitlich vorgenommen. Das Verifizierer-Team besteht aus zwölf Personen, welche nach spezifischer Schulung die Prüfungen vornehmen.

Keine Datenanpassungen

SpitalBenchmark nimmt in der Datenbasis weder normative Zu- oder Abschläge noch andere Eingriffe oder Manipulationen in der Benchmarking-Grundlage vor. Sind gelieferte Daten unklar, stellen die Verifizierer diese den Mitgliedern zur Überprüfung zu. Die Mitglieder haben die Möglichkeit, aufgrund festgestellter Mängel Korrekturen in ihren Quelldaten vorzunehmen und SpitalBenchmark die Daten erneut zuzustellen. Mit diesem iterativen Prozess wird sichergestellt, dass die Spitäler für ihre Datenlieferungen an die Kantone, den Bund und übrige Parteien geprüfte Daten verwenden können. Damit übernimmt der Verein SpitalBenchmark eine zentrale Rolle bezüglich der verfügbaren Datenqualität⁵ bei den offiziellen Statistiken des Bundes.

Kein Ausschluss von Spitälern

SpitalBenchmark schliesst bei der Prüfung aufgrund der Ergebnisse (Höhe der Fallkosten) keine Spitäler und Kliniken aus und nimmt damit auch keine positiv selektierte Spitalwahl für den Benchmark vor. Wie vorstehend beschrieben, werden unplausible Daten durch den Verifizierer den Mitgliedern zur Bereinigung zugestellt. Lässt sich dies im Einzelfall nicht erreichen, wird die Institution nicht generell ausgeschlossen, sondern in der spezifischen Auswertung nicht berücksichtigt.

Für das Geschäftsjahr 2021 konnten im Benchmark in den Auswertungen gewisse Einzelwerte von Spitälern und Kliniken nicht berücksichtigt werden. Im Kapitel 9 sind die einzelnen Ausschlüsse in den entsprechenden Auswertungen aufgeführt.

Die Ausschlüsse haben stationär keinen Einfluss auf den Perzentil-Wert. Im ambulanten Bereich wird der Perzentil-Wert durch den Ausschluss von zu hohen, nicht plausiblen Taxpunktwerten gesenkt.

Einbezug von BVG-Entscheiden

Wie einleitend festgehalten, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht in Tarifverfahren auch Detailsachverhalte. SpitalBenchmark berücksichtigt diese Entscheide bei seinen Arbeiten fortlaufend.

⁵ Zu beachten ist, dass einzelne Kantone die Datenlieferung von Spitälern und Kliniken terminlich so früh einfordern, dass eine Verifizierung erst nach deren Auslieferung erfolgen kann. Entsprechend kann es sein, dass die an diese Kantone gelieferten Daten nach der Verifizierung nicht der definitiven Fassung entsprechen.



5.2 Prüfschritte

Die Prüfung findet strukturiert in verschiedenen Schritten statt. Dafür stehen die im vorstehenden Kapitel beschriebenen Datenquellen zur Verfügung, ergänzend die Daten der Vorjahre in identischer Ausprägung. Hier sind exemplarisch einzelne Prüfungsschritte beschrieben.

Schritt 1: Automatische Prüfung

Die Datenlieferung erfolgt durch das Mitglied elektronisch auf das Portal von SpitalBenchmark. Dabei erfolgt eine erste automatische Kontrolle auf Datenkorrektheit und Vollständigkeit. Insbesondere wird geprüft, ob die Files der geforderten Struktur entsprechen und ob die Daten miteinander verknüpft werden können. Bei den Formularen werden die Eingaben auf korrekte Erfassung und Vollständigkeit geprüft. Werden Fehler erkannt, werden die Daten zurückgewiesen und sie werden entsprechend nicht in die Datenbank aufgenommen und müssen durch das Mitglied korrigiert geliefert werden.

Die folgende Abbildung zeigt einen Ausschnitt aus der Datenprüfungsroutine, z. B. wird geprüft, ob der Datensatz mit dem korrekten Namen hochgeladen wurde. Danach folgt die Prüfung auf die Filestruktur.

Abbildung 2: Ausschnitt aus der Erfassungsmaske Datenlieferung

Hochladen möglich durch:
-Mausklick (Aufruf Explorer)
-Hineinziehen des / der Files

Uploads

Dateiname	Größe	Zuordnung
KSU_2021_H+gesamtuebersicht.xlsx	1.9 MB	ITAF

Abbrechen Daten prüfen

Daten, für die Korrekturen hochgeladen werden können

Datei	Originaldatei	Datei für Korrektur
ITAR_K: Aus Tool H+ Gesamtübersicht Spital inkl. Benchmarking - Prüfversion (Excel-File)	Gesamtüber Validiert	KSU_2021_H
ITAR_K: H+	Gesamtüber	Gesamtüber

Quelle: SpitalBenchmark

Schritt 2: Ergebnis Datenverknüpfung

Durch die Verknüpfung verschiedener Datenquellen kann die Konsistenz der gelieferten Daten verglichen werden. Differenzen sind für das Mitglied sichtbar und Korrekturen werden von den Verifizierern überprüft. Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl Austritte über drei Jahre im Vergleich aus zwei Datenquellen.



Abbildung 3: Ausweis des Vergleichs von Kennzahlen

Kennzahl		2021	2020	2019
01. Austritte	ITAR-K	3'862	3'641	3'895
	Med.DS/Kosten	3'862	3'641	3'895
	Differenz	0	0	0
		100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: SpitalBenchmark

Schritt 3: Abstimmung

Der Verifizierer prüft inhaltlich auf Kohärenz und Betragsgrössen. Zu dieser Prüfung werden auch Finanzzahlen, Entwicklungen gegenüber dem Vorjahr und der Jahresbericht beigezogen. Bei nicht erkläraren Abweichungen erhält das Mitglied eine Rückfrage. Eine Rückmeldung durch das Mitglied ist verpflichtend und kann erklärend und damit genügend sein oder es werden korrigierte Daten hochgeladen. Bei neuen Daten beginnt der Verifizierungsprozess von Neuem.

Schritt 4: Dokumentation

Der Verifizierer dokumentiert seine Prüfung laufend. Bei Abschluss der Prüfung wird dem Mitglied das Prüfprotokoll elektronisch zugestellt. Die folgende Abbildung zeigt 2 von 47 Prüffragen.

Abbildung 4: Auszug aus dem Prüfprotokoll

Datenprüfung Protokoll 2021			
Prüfbereiche / Feststellungen	Vergleichswerte	Antwort	Kommentar
1. Abgrenzungen			
1.1 Wurden die im ITAR_K ausgewiesenen Fibu-Werte mit der Jahresrechnung geprüft?		Nein	GB 2021 nicht gefunden. Der Fibu-Wert im ITAR_K Gesamtsicht (Feld C15) spricht TCHF xxx kann nicht mit Geschäftsbericht 2021 abgestimmt werden. Bitte Abstimmung aufzeigen/Geschäftsbericht mailen. -> ok. siehe Mail vom 18.3.22/TS
1.2 Liegt eine Abstimmbrücke gemäss GDK-Empfehlung oder ein gleichwertiger Ausweis der Abgrenzung FIBU-BEBU vor und sind die Begründungen plausibel?		Ja (Standard)	Bitte in Zusatzinfos Punkt 7 Zeilen 131-137 mit Zeilen 140ff abstimmen. Muss gleich viel ergeben.

Quelle: SpitalBenchmark

Schritt 5: Freigabe

Nach Abschluss der Prüfung werden die Daten für die Erstellung des Benchmarks und die Auswertungen freigegeben.



6. Spitäler und Kliniken im Benchmark

6.1 Teilnehmende Spitäler und Kliniken

SpitalBenchmark umfasst in seinem Benchmark alle wesentlichen Leistungserbringer inklusive der Geburtshäuser aus der ganzen Schweiz. Im Kapitel 9 befindet sich die Liste aller Spitäler.

In der nachstehenden Tabelle befinden sich wichtige Kennzahlen zum Leistungsvolumen in den Branchen Akut, Psychiatrie und Rehabilitation.

Tabelle 8: Kennzahlen zum Leistungsvolumen im Jahr 2021

Kennzahlen	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Anzahl Spitäler/Kliniken	132	57	59
Anzahl stationäre Standorte	237	191	65
Anzahl Austritte	1'202'278	72'723	80'189
Anzahl Pflegetage	6'289'184	2'433'892	1'886'684
Case-Mix-Punkte (CM)	1'335'349	2'499'188	-
Case-Mix-Index (CMI)	1.111	1.027	-
Kosten in CHF	15'252'213'238	1'885'001'443	1'600'046'457
Durchschnittliche Verweildauer	5.2	33.5	23.5
Durchschnittsalter	52.5	43.8	71.7

Quelle: SpitalBenchmark

In SpitalBenchmark sind Leistungsanbieter aus allen BFS-Kategorien enthalten. Die nachstehende Aufstellung zeigt die Anzahl Spitäler/Kliniken (Spalte ITAR_K®) gegenüber der Aufstellung des BAG.

Tabelle 9: Repräsentativität der in SpitalBenchmark enthaltenen Spitäler

BFS Kategorie	Bezeichnung	BAG	ITAR_K®	in %
K111	Vers. Niveau 1; > 29'999 Fälle	5	5	100
K112	Vers. Niveau 2; > 8'999 Fälle	39	38 ⁶	100
K121	Vers. Niveau 3; > 5'999 Fälle	18	18	100
K122	Vers. Niveau 4; > 2'999 Fälle	26	24	92
K123	Vers. Niveau 5; bis 2'999 Fälle	18	9	50
K211/K212	Psychiatrie Niveau 1/2	50	29	7
K221	Rehabilitationskliniken	50	28	7
K231	Spezialkliniken Chirurgie	33	16	48
K232	Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatologie	15	11	73
K233	Spezialkliniken Pädiatrie	3	3	100

⁶ Das BAG führt das Spital Ober- und Unterwallis (K112*) je als einzelnes Spital; bei SpitalBenchmark werden beide Spitäler unter Hôpital Valais geführt

⁷ BAG zählt nach Typologie. SpitalBenchmark weist die Leistungsbereiche gemäss ITAR_K® aus.



K234	Spezialkliniken Geriatrie	3	2	66
K235	Spezialkliniken Diverse	16	6	38

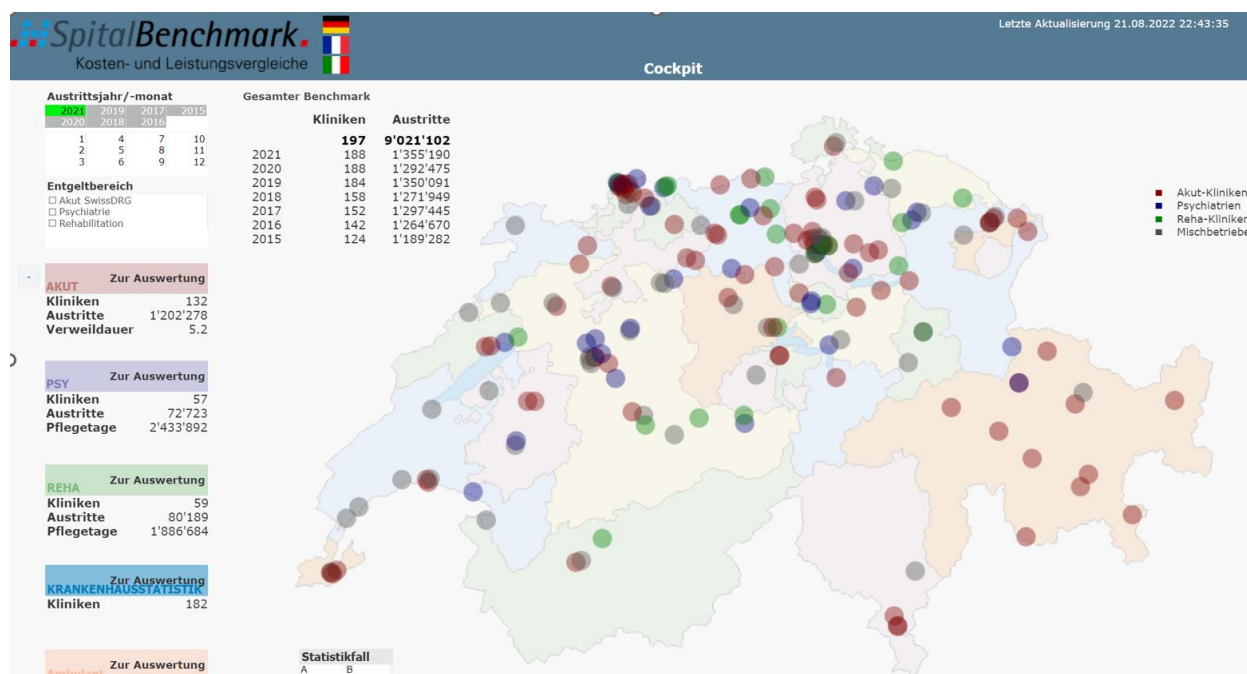
Quelle: Eigene Darstellung SpitalBenchmark, Teil BAG⁸

Der Vergleich der Zahlen des BAG 2019 und ITAR_K® 2021 bedarf Interpretationen. Ein 1:1-Vergleich ist nicht möglich. Dies aufgrund von unterschiedlichen Spitalzuordnungen sowie unterschiedlicher Zählweise. Deshalb wird der Abdeckungsgrad bei der Psychiatrie mit > 85 % und bei der Rehabilitation mit ca. 76 % eingestuft.

6.2 Geografische Verteilung der Spitäler und Kliniken

Die nachstehende Abbildung gibt einen Überblick Über die Standorte der einzelnen Spitäler und Kliniken, farblich unterschieden in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

Abbildung 5: Standorte der Spitäler und Kliniken



Quelle: SpitalBenchmark

SpitalBenchmark prüft alle Fälle, für den Benchmark werden jedoch nur KVG-Fälle (allgemein- und zusatzversichert) verwendet. Damit erfüllt SpitalBenchmark die gesetzliche Vorgabe. Die nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl KVG-Fälle nach Wohnort des Patienten für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

⁸ kzp20_data.xlsx (live.com)



Tabelle 10: Anzahl KVG-Fälle 2021 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation nach Wohnkanton des Patienten

Wohnkanton Patient Total	Austritte Akutsomatik	Austritte Psychiatrie	Austritte Rehabilitation	Total
Total	1'202'278	72'723	80'189	1'355'190
AG	100'008	5'857	7'035	112'900
AI	1'856	62	40	1'958
AR	7'375	535	180	8'090
BE	155'944	10'858	9'460	176'262
BL	50'038	2'993	4'650	57'681
BS	35'229	3'110	3'614	41'953
FR	35'036	2'681	2'756	40'473
GE	56'012	2'694	5'725	64'431
GL	6'070	358	268	6'696
GR	29'819	1'630	759	32'208
JU	12'387	516	1'527	14'430
LU	52'414	3'285	2'620	58'319
NE	24'351	1'459	2'133	27'943
NW	5'402	205	182	5'789
OW	5'062	230	210	5'502
SG	71'237	4'260	1'779	77'276
SH	12'495	784	1'243	14'522
SO	43'348	3'039	2'730	49'117
SZ	23'224	1'015	1'158	25'397
TG	39'515	2'998	2'777	45'290
TI	48'881	42	1'776	50'699
UR	5'306	197	279	5'782
VD	90'391	5'361	8'408	104'160
VS	45'478	2'119	4'848	52'445
ZG	17'113	897	955	18'965
ZH	201'441	14'488	11'860	227'789
Ausland	26'359	988	1'195	28'542
unbekannt	487	62	22	571

6.3 Repräsentativität

Der Benchmark des Vereins SpitalBenchmark mit den Daten des Geschäftsjahres 2021 ist repräsentativ. In der Datenbank sind 1'355'190 Fälle enthalten. Zum Vergleich: Das BAG weist für das Jahr 2019 total 1'447'113 Fälle aus. Aufgeteilt nach Branche: Akutsomatik 1'202'278 (BAG 1'327'760), Psychiatrie 72'723 (BAG 60'935), Rehabilitation 80'189 (BAG 58'418), siehe auch Kapitel 6.1.



7. Berechnung der Benchmark-relevanten Betriebskosten

7.1 Grundsatz

Für die Berechnung der im Benchmarking ausgewiesenen Kosten wird die jeweils aktuelle ITAR_K®-Version von H+ verwendet. In der Struktur von ITAR_K® sind die KVG-Vorgaben und BVG-Entscheide abgebildet. Es besteht eine Abstimmungsbrücke zwischen Betriebs- und Finanzbuchhaltung, nicht anrechenbare Kosten und Aufträge sind ausgeschieden und die anrechenbaren Kosten sind den einzelnen Tarifwerken zugeordnet. Die effektiven Kosten für Lehre und Forschung und die gemeinwirtschaftlichen Kosten sind auf den entsprechenden Kostenträgern verbucht. Bei der REKOLE®-Zertifizierung (in vielen Kantonen zwingend für den Erhalt eines Leistungsauftrages) wird die korrekte Anwendung der Vorgaben geprüft.

7.2 Berechnung

Die Berechnung wird gemäss Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K® erstellt. Auf diese Sachverhalte wird speziell eingegangen.

Abzug für erteilte universitäre Lehre und Forschung

Für erteilte universitäre Lehre und Forschung besteht ein eigener Kostenträger. Die effektiven Kosten und allfällige Erlöse werden darauf verbucht, entsprechend sind Lehre und Forschung KVG-konform aus OKP ausgeschieden. Die folgende Abbildung zeigt den Auszug aus dem Muster-ITAR_K® mit den entsprechenden Spalten für erteilte universitäre Lehre und für GWL.

Abbildung 6: Auszug aus Muster-ITAR_K®

Kostenträgerausweis nach REKOLE®		universitäre Lehre + Forschung	GWL
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2021			
Stückerlös			
60 Erlös aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen			
61 Ärztliche Einzelleistungen			
62 Übrige Spitzelleistungen			
65 Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten			
66 Finanzerlös			
67 Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie anverrechneten Lieferungen und Leistungen			
68 Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte		6'000	
69 Beiträge und Subventionen		1'339'000	608'000
Total Stückerlös		1'344'000	608'000
Einzelkosten			
Medizinischer Bedarf			
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)			2'868
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien	Kalk. EP, inkl. GK-Zuschläge		58'752
405 Medizinische, diagn. und therap. Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura	705	
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)		98'231	
380 Arzthonorar, Spitalärzte	CHF, gemäss Vertrag		
381 Arzthonorar, Belegärzte			
480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura		
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura		
486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura		
Total Einzelkosten		98'936	61'620
Gemeinkosten			
Kostenstellen			
10 Patientenadministration	administrativer Fall	0	15'668
20 OPS-Säle	Ist-Min.	167'612	
21 Herzkatheter-Labor	Ist-Min.	0	
23 Anästhesie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.	65'257	
24 Intensivpflege (IPS)	TP und Min.		
25 Notfall	TP und Min.		3'749
26 Bildgebende Verfahren (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.	5'128	28
27 Gebärsaal	TP und Min.		
28 Nuklearmedizin und Radioonkologie (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.		
29 Labor (inkl. Ärzteschaft)	TP und Min.	27'248	48'819

Quelle: H+ Die Spitäler der Schweiz



Abzug für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Zu Aufträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) bestehen eigene Kostenträger. Die effektiven Kosten und Erlöse werden darauf verbucht, entsprechend sind die Kosten KVG-konform aus OKP ausgeschieden. Vergleiche Abbildung 6.

Anlagennutzungskosten nach REKOLE® und VKL

Die Anlagennutzungskosten werden einerseits nach kalkulatorischer Sicht (REKOLE®) und andererseits nach VKL-Vorgaben ermittelt. SpitalBenchmark verwendet dazu keine normativen Werte.

Das KVG gibt vor, dass die Kosten auf betriebswirtschaftlicher Basis erfasst und ausgewiesen werden. Die Verordnung (VKL) schreibt vor, dass die Anlagennutzungskosten nach Finanz- und nicht nach Betriebsbuchhaltung abzuschreiben sind. Diese Vorgabe hat zur Folge, dass speziell Spitäler und Kliniken mit einer älteren Bausubstanz unterfinanziert sind. Weiter verzerrend wirkt, dass verschiedene Kantone die Immobilien nicht zum Marktwert dem «eigenständigen» Spital übergeben haben. Die nachstehende Tabelle weist die unterschiedlichen Bewertungen aus. Ein Benchmark mit Verwendung der Anlagennutzungskosten nach VKL entspricht nicht der Kostenwahrheit. Der Anlagenbestand wird durch die VKL-Vorgabe zu tief bewertet.

Tabelle 11: Anteil der Anlagennutzungskosten

Anteil Anlagennutzungskosten Branche	kalkulatorische Sicht (REKOLE®)		nach VKL	
	Median	arith. Mittel	Median	arith. Mittel
Akutsomatik	9.78 %	10.15 %	6.89 %	7.68 %
Psychiatrie	11.71 %	12.09 %	8.54 %	9.03 %
Rehabilitation	11.36 %	11.63 %	8.90 %	9.09 %

Quelle: SpitalBenchmark

Abzug für Mehrkosten Hotellerie VVG

Die Mehrkosten von zusatzversicherten Patienten werden im ITAR_K® ausgeschieden und in Abzug gebracht. Dabei wird in Arzthonorare und Mehrkosten für Hotellerie (Verpflegung, Zimmer, Service) unterschieden. Für den Ausweis der Kosten bestehen im ITAR_K® je eigene Zeilen.

Die GDK nimmt im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Tarifgenehmigungen seit 2012 unverändert für die Akutsomatik einen Pauschalabzug pro Fall von CHF 800 für die Halbprivate Abteilung (HP) und von CHF 1'000 für die Private Abteilung (P) vor.

SpitalBenchmark hat die effektiven Kosten systemkonform auf das Fallgewicht 1.0 berechnet. Die Mehrkosten betragen in der Akutsomatik CHF 396 für die Halbprivat-Abteilung resp. CHF 683 in der Privat-abteilung. Die Kosten liegen also wesentlich unter den Pauschalabzügen der GDK. Die Pauschalabzüge der GDK (und der Krankenversicherer) sind zu hoch und nicht gerechtfertigt. Die nachstehende Abbildung zeigt exemplarisch das Ergebnis der Berechnung auf Spitalebene. Die vollständige Auflistung befindet sich im Kapitel 9.



Abbildung 7: Auszug der Aufstellung der Mehrkosten Akutsomatik bei Fallgewicht 1.0 für P.



Quelle: SpitalBenchmark. Blau = Halbprivat, rot = Privat

Zinskosten/Teuerung

Bei REKOLE®-zertifizierten Spitälern werden die effektiven Zinskosten berechnet; bei nichtzertifizierten wird nach dem Modell des Preisüberwachers⁹ gerechnet. Nach KVG ist die Teuerung nach dem Benchmark aufzurechnen. War die Teuerung in den letzten Jahren nahe bei 0, ist sie nun stark gestiegen.

8. Effizienzmasstab

8.1 Grundsätzliches

Es bestehen für die Effizienzbemessung erhebliche Meinungsunterschiede zur Frage, mit welcher Methodik der Benchmark erstellt werden soll. Die Methodik setzt sich aus einer Gewichtung der Leistungserbringer und andererseits aus der Höhe des anzuwendenden Perzentils zusammen.

Die Spitäler erachten eine Gewichtung nach Case-Mix-Punkten als DRG-System-konform. Demgegenüber setzen die Preisüberwachung und die Krankenversicherer bei der Gewichtung auf eine Reihenfolge nach Spitälern. Damit werden Geburtshäuser und Spitäler mit spezifischem Leistungsspektrum oder eingeschränktem Leistungsangebot (z. B. keine Notfälle, kein Ausbildungsangebot, Öffnung während fünf Tagen) übermässig berücksichtigt. Ein Blick auf den Benchmark von tarifsuisse für das Jahr 2020 mit den Daten 2019 (neuere Benchmarks liegen nicht vor) als Beispiel zeigt, dass die ersten 20 Spitäler nur 63'582 Fälle mit einem Kostengewicht (CM) von 63'022 Punkten erbringen. Dies entspricht nicht einmal 5 % der in den Spitälern gesamthaft geleisteten Case-Mix-Punkten.

Bei der Wahl eines tiefen Perzentil-Ansatzes überbieten sich Krankenversicherer und der Preisüberwacher in ihren Forderungen. Die Spitäler erachten das 50. Perzentil bereits als einschneidend. Das Bundesverwaltungsgericht hat das 40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix-Punkten) als angemessen akzeptiert (BVGE 2014/36). Dies bedeutet, dass bei Anwendung des 40. Perzentil stipuliert wird, dass 60 % der Spitäler und Kliniken nicht effizient arbeiten. Dies trifft in keiner Weise zu. Selbst das Bundesamt für Ge-

⁹ Basis bildet die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft, Laufzeit zehn Jahre sowie eine Zahlungsfrist von 40 Tagen. Aufgrund der negativen Zinsentwicklung empfiehlt der Preisüberwacher einen Zinssatz von 0 %.



sundheit hält auf seiner Website fest: «Zu beachten ist, dass die Vergütung mittels Pauschalen systembedingt zu Abbildungsungenauigkeiten bei gewissen Leistungen führt. Spitäler, welche einen hohen Anteil an nicht sachgerecht abgebildeten Leistungen erbringen, weisen unter Umständen Fallkosten auf, welche nicht unbedingt auf deren Effizienz schliessen lassen. So weisen weder hohe Kosten (etwa bei Endversorgerspitälern) zwingend auf eine tiefe Effizienz, noch tiefe Kosten zwingend auf eine hohe Effizienz hin. Dieser Aspekt muss bei einem Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten zwischen den einzelnen Spitälern berücksichtigt werden.»

8.2 Wahl der Gewichtung

Einen entscheidenden Einfluss für das Benchmarking sowohl in der Akutsomatik, in der Psychiatrie als auch in der Rehabilitation hat die Form der Gewichtung. Dabei stehen primär drei Varianten zur Verfügung.

Erstellung nach Anzahl Spitälern

Die Kosten des einzelnen Leistungserbringers werden unbesehen der Anzahl der Fälle und des Leistungsangebotes (Kostengewicht) aufsteigend gelistet. Das gewählte Perzentil bestimmt das Benchmark-Spital und damit den Benchmarkwert.

Erstellung nach Anzahl Fällen

Die Reihenfolge in der Auflistung wird durch die Anzahl Fälle des Leistungserbringers bestimmt. Das gewählte Perzentil bestimmt das Benchmark-Spital und damit den Benchmarkwert.

Erstellung nach Kostengewicht CM (Akut) bzw. nach DM (Psychiatrie)

Pro Leistungserbringer wird das Kostengewicht des Einzelfalles summiert. Die Reihenfolge in der Auflistung wird durch das Total des Kostengewichts des Leistungserbringers bestimmt. Das gewählte Perzentil bestimmt das Benchmark-Spital und damit den Benchmarkwert.

Sachgerechte Gewichtung

Bei einer Erstellung nach Anzahl Spitäler/Kliniken erhalten Spezialkliniken und Geburtshäuser mit einem eingeschränkten oder fokussierten Leistungsangebot sehr starkes Gewicht, da jede Klinik unabhängig des Leistungsangebotes gleich gewichtet ist. Damit werden Kliniken mit Wochenstationen (Montag bis Freitag) ohne Notfallstation den Zentrumsspitälern mit breitem Leistungsauftrag gleichgestellt. Der von Zufälligkeiten abhängende Ein- oder Ausschluss einzelner Spitäler mit beschränktem Leistungsangebot hat sofort erheblichen Einfluss auf den Benchmarkwert. Dies belegen Analysen, welche auf Basis des Benchmarkings der Preisüberwachung erstellt wurden.

Die Gewichtung nach Anzahl Fälle berücksichtigt den Leistungsumfang der einzelnen Leistungserbringer, sagt jedoch nichts über die Verteilung der Schwere der Fälle aus.

Die Gewichtung nach Kostengewicht berücksichtigt sowohl die Anzahl Fälle der Leistungserbringer sowie den Schweregrad der Fälle. Das DRG-System wird damit korrekt abgebildet.



Fazit

Die Darstellung nach Kostengewicht ergibt unter den bestehenden Bedingungen den sachgerechtesten und robustesten Vergleich. Dies ergibt sich auch aus der grundsätzlichen Systematik des DRG-Systems. Für die Bestimmung der Kostengewichts 1.0 werden in Akut alle Fälle mit dem entsprechenden individuellen Kostengewicht (CW) und in der Psychiatrie mit DM summiert und dem Total der Fallkosten Akut und Psychiatrie gegenübergestellt. Das Total aller Kosten dividiert durch die Anzahl Fälle je für Akut und Psychiatrie ergibt das Kostengewicht 1.0.

8.3 Wahl des Perzentils

Der Festlegung des Perzentils kommt bei der Bestimmung des Benchmarks eine zentrale Bedeutung zu. Bei Verwendung eines tiefen Perzentils, z. B. dem 25. und unter Verwendung der Gewichtung «nach Anzahl Spitäler», erhalten Spezialkliniken mit stark eingeschränktem Leistungsangebot oder beschränkter Betriebsdauer (Fünf-Tage-Woche) übermässig Gewicht. Auf diese Weise werden bis zu 90 % der behandelten Fälle nicht berücksichtigt, was zwangsweise zur Unterfinanzierung führt.

Die Polynomics AG¹⁰ hat untersucht, wie sich die Wahl eines niedrigen Perzentils langfristig auf die Finanzen der einzelnen Spitäler und die Versorgungssicherheit auswirkt. «Wir zeigen in einer einfachen Simulation, dass die Wahl des 25. Perzentils innerhalb weniger Jahre dazu führt, dass die Mehrheit der Spitäler ihr Eigenkapital durch die anfallenden Verluste aufgebraucht hat und aus dem Markt ausscheidet, falls keine zusätzlichen Mittel (Subventionen, Spenden) oder neues Kapital von den Eigentümern an die Spitäler fliesst. Als Erste würden die Universitätsspitäler dem niedrigen Perzentil zum Opfer fallen. Nach 14 Jahren wäre bereits die Hälfte der Spitäler aus dem Markt ausgeschieden. Selbst bei der Verwendung des 50. Perzentils würde der Benchmark stetig sinken und es würden laufend Spitäler aus dem Markt ausscheiden, dann allerdings langsamer. Nach 46 Jahren würden noch knapp die Hälfte der Spitäler existieren.»

Abbildungsmängel

Auch angesichts der Abbildungsmängel in den Tarifstrukturen von SwissDRG lässt sich in einem gesamtschweizerischen Benchmarking unter beliebigen Spitälern und Kliniken ein strengerer Massstab als das 40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix- bzw. Day-Mix-Punkten, alternativ allenfalls gewichtet nach Fällen) nicht rechtfertigen.

Verzerrungen

Weiter verzerrt die zeitliche Verzögerung der Tarifierung den Perzentilwert. Die Bestimmungen des KVG geben vor, dass die Tarifverhandlung des aktuellen Jahres für die Baserate des Folgejahres auf dem Benchmarkwert des Vorjahres beruhen muss. Daraus ergibt sich, dass die anzuwendende Baserate bestenfalls dem Kostenniveau von vor zwei Jahren entspricht. Speziell ist, dass sich die Krankenversicherer nicht an die KVG-Vorgaben halten und das Datenjahr 2020 als Grundlage für die Tarife 2022 verweigerten. Begründet wurde dies, weil die Kostendaten aufgrund von Corona nicht zu verwenden seien. Dazu ist festzuhalten, dass die Daten der Spitäler die Behandlungskosten des Jahres 2020 abgebildet

¹⁰ [polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf \(vzk.ch\)](#)



haben. Corona-spezifische Aufwände, wie z. B. Testzentren, welche nicht zu den Behandlungskosten gehören, wurden buchhalterisch korrekt ausgeschieden. Mit ihrem Vorgehen haben sich die Krankenversicherer an den Behandlungsmehrkosten des Jahres 2020 «schadlos» gehalten.

Weiter belegen Nachkalkulationen zu den vergangenen Jahren, dass das für die Tarifverhandlung gewählte Perzentil regelmässig unterschritten wurde.

Ferner ist zu beachten, dass exogene – durch die Spitäler nicht beeinflussbare – Faktoren im Benchmark nicht berücksichtigt werden. SpitalBenchmark hat sich der Problematik angenommen und im Rahmen eines Innosuisse-Projektes der Universität Luzern geprüft, welche Kosten durch exogene Faktoren erklärbar sind.

Exkurs

Die Universität Luzern hat im Rahmen des gemeinsamen Innosuisse-Forschungsprojektes mit SpitalBenchmark ein optimiertes Benchmarking-Verfahren entwickelt. Dabei werden die für das Benchmarking relevanten Betriebskosten der Spitäler für bestimmte systematische, exogene Einflussfaktoren korrigiert. Diese ausgewählten Leistungs- und Standortmerkmale sind für die Spitäler weitgehend unkontrollierbar und müssen deshalb korrekterweise aus den für das Benchmarking relevanten Betriebskosten herausgerechnet werden, bevor diese für ein faires und sachgerechtes Effizienz-Benchmarking der Betriebe verwendet werden.

Dazu wird zunächst ein multiples Regressionsmodell berechnet, welches die für das Benchmarking relevanten Betriebskosten (ohne Mehrkosten aus VVG und Zusatzentgelten) über alle Spitäler hinweg unter Verwendung der gewählten exogenen Faktoren erklärt. Mittels dieses Modells können für jedes Spital basierend auf den Faktoren erwartete, respektive gerechtfertigte Kosten geschätzt werden. Dies geschieht, indem zunächst für jedes Spital das Verhältnis zwischen den unkorrigierten für das Benchmarking relevanten Kosten und den gerechtfertigten Kosten basierend auf den gewählten exogenen Faktoren berechnet wird. Dieses Verhältnis sagt aus, ob die tatsächlich beobachteten Kosten eines Spitals über oder unter den erwarteten («gerechtfertigten») Kosten basierend auf den verwendeten Einflussfaktoren liegen. Wird dieses Verhältnis anschliessend mit dem nationalen Durchschnitt der für das Benchmarking relevanten Kosten multipliziert, können für jedes Spital korrigierte Kosten berechnet werden. Diese korrigierten Kosten können nun für das Effizienz-Benchmarking der Betriebe verwendet werden.

Aus der Studie ergibt sich, dass rund 50 % der bestehenden Kostendifferenzen durch exogene Faktoren erklärbar sind. Die Studienergebnisse durch die Universität Luzern liegen vor und stehen zur Verfügung (Publikationen – Spital Benchmark). Die Auswertung mit den Daten 2021 ist in Arbeit. Anpassungen und Optimierungen werden geprüft und im Idealfall mit den Daten 2023 umgesetzt.

Durch die Verwendung des erarbeiteten Modells wird der Benchmark und damit die Entschädigung des Leistungserbringers sachgerechter.

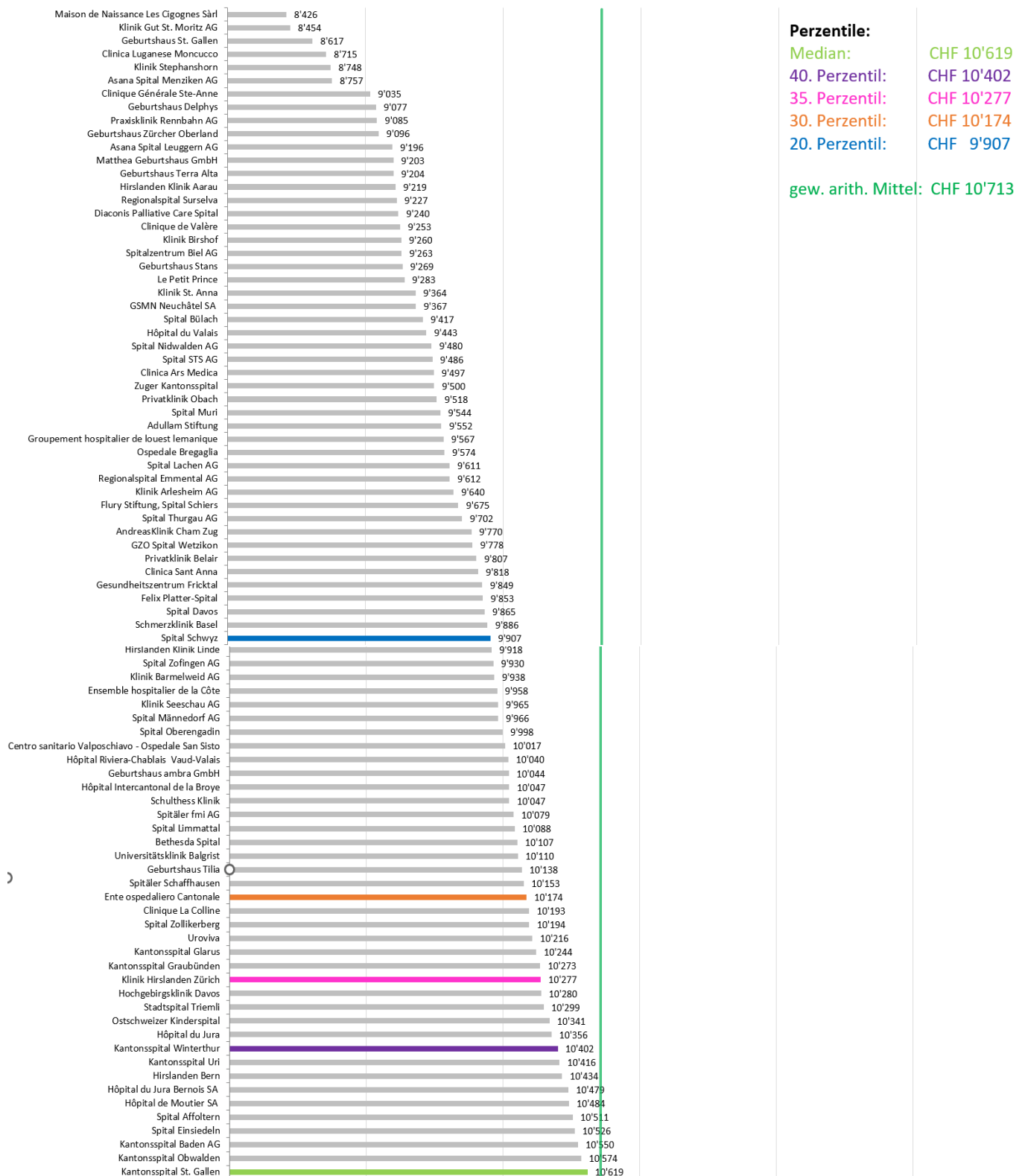
9. Resultate des Benchmarks 2022 im Detail

9.1 Akutsomatik

In den nachstehenden Abbildungen 8 und 9 werden die Kosten mit Fallgewicht 1.0 pro Spital ausgewiesen. In Abbildung 8 sind die Spitäler mit den Werten bis zum 50. Perzentil gezeigt, in Abbildung 9 diejenigen über dem 50. Perzentil.



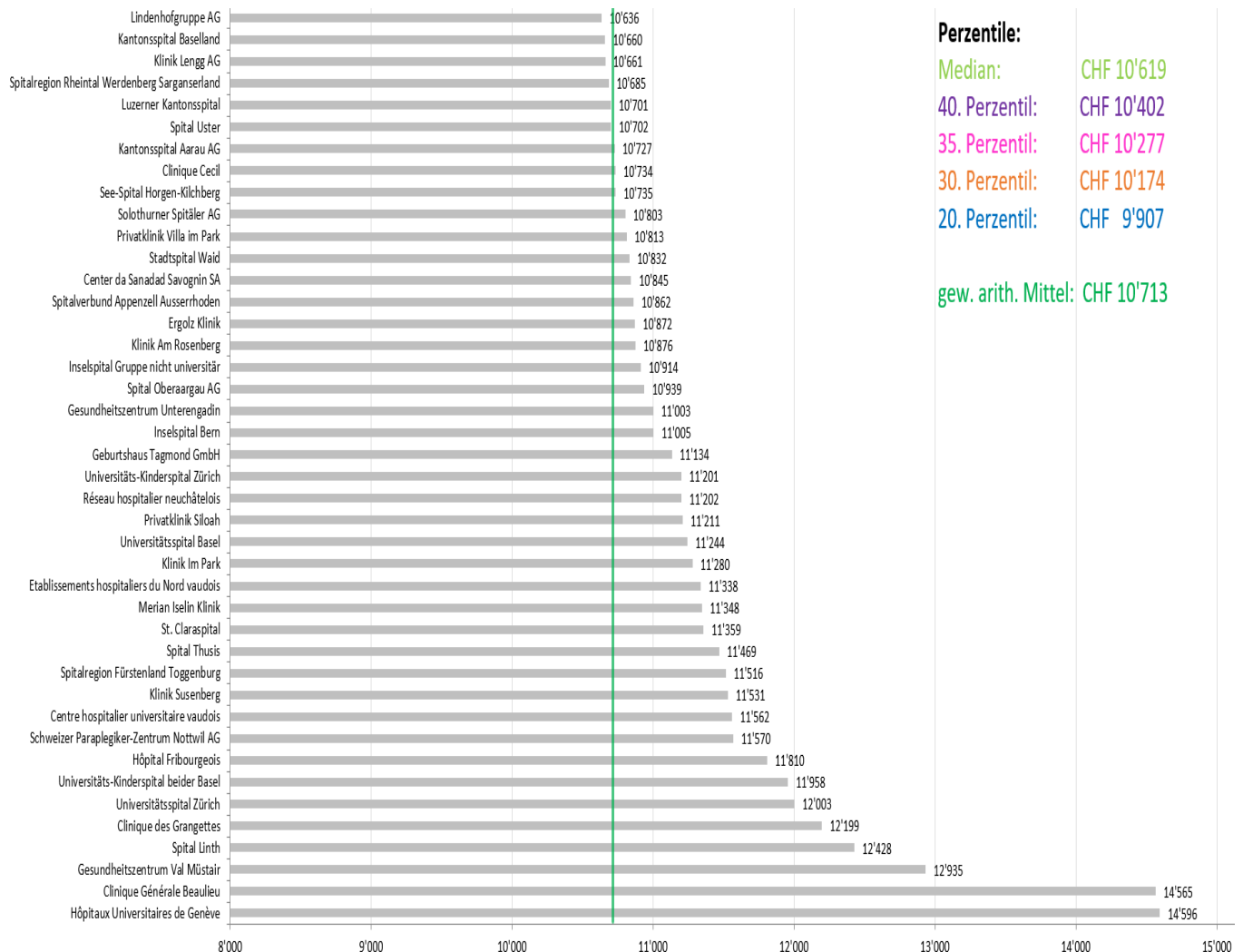
Abbildung 8: Fallkosten bei CW 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Case-Mix (bis zum 50. Perzentil)



Perzentile:
 Median: CHF 10'619
 40. Perzentil: CHF 10'402
 35. Perzentil: CHF 10'277
 30. Perzentil: CHF 10'174
 20. Perzentil: CHF 9'907
 gew. arith. Mittel: CHF 10'713



Abbildung 9: Fallkosten bei CW 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Case-Mix über dem 50. Perzentil



Quelle: SpitalBenchmark

Einfluss der Gewichtung

Die folgenden Tabellen zeigen die Benchmarkwerte bei Fallgewicht 1.0, jeweils berechnet nach VKL und nach REKOLE®. Aus den Aufstellungen wird ersichtlich, wie sich die Anwendung der Gewichtung nach Case-Mix-Punkten, nach Anzahl Fällen und nach Spitälern auswirkt.



Gewichtung nach Case-Mix-Punkten

Table 12: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Case-Mix-Punkten

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'713	10'619	10'402	10'277	10'174	9'907
Nur Uni-Spitäler	12'031	11'562	11'244	11'244	11'244	11'005
Nicht Uni-Spitäler	9'169	9'203	9'096	9'096	9'096	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'320	10'299	10'174	10'107	10'040	9'702

Table 13: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Case-Mix-Punkten

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	11'000	10'955	10'678	10'678	10'505	10'144
Nur Uni-Spitäler	12'397	11'945	11'821	11'821	11'821	11'249
Nicht Uni-Spitäler	9'188	9'203	9'158	9'158	9'158	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'584	10'686	10'649	10'371	10'295	9'899

Gewichtung nach Anzahl Fällen

Table 14: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'628	10'550	10'277	10'174	10'088	9'778
Nur Uni-Spitäler	12'074	11'562	11'244	11'244	11'244	11'005
Nicht Uni-Spitäler	9'170	9'203	9'096	9'096	9'096	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'323	10'299	10'174	10'079	9'966	9'640

Table 15: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'895	10'861	10'678	10'657	10'346	10'058
Nur Uni-Spitäler	12'436	11'945	11'821	11'821	11'821	11'249
Nicht Uni-Spitäler	9'188	9'203	9'158	9'158	9'158	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'571	10'686	10'505	10'343	10'254	9'899



Gewichtung nach Spitälern

Tabelle 16: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach VKL, gewichtet nach Spitälern

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'276	10'138	9'958	9'865	9'702	9'480
Nur Uni-Spitäler	12'082	11'562	11'244	11'244	11'244	11'005
Nicht Uni-Spitäler	9'408	9'204	9'203	9'096	9'096	9'077
Ohne Unis/Gebhaus	10'280	10'174	9'966	9'907	9'807	9'544

Tabelle 17: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach REKOLE®, gewichtet nach Spitälern

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'563	10'427	10'168	10'058	9'941	9'722
Nur Uni-Spitäler	12'453	11'945	11'821	11'821	11'821	11'249
Nicht Uni-Spitäler	9'433	9'204	9'203	9'158	9'158	9'077
Ohne Unis/Gebhaus	10'590	10'468	10'295	10'144	10'000	9'827

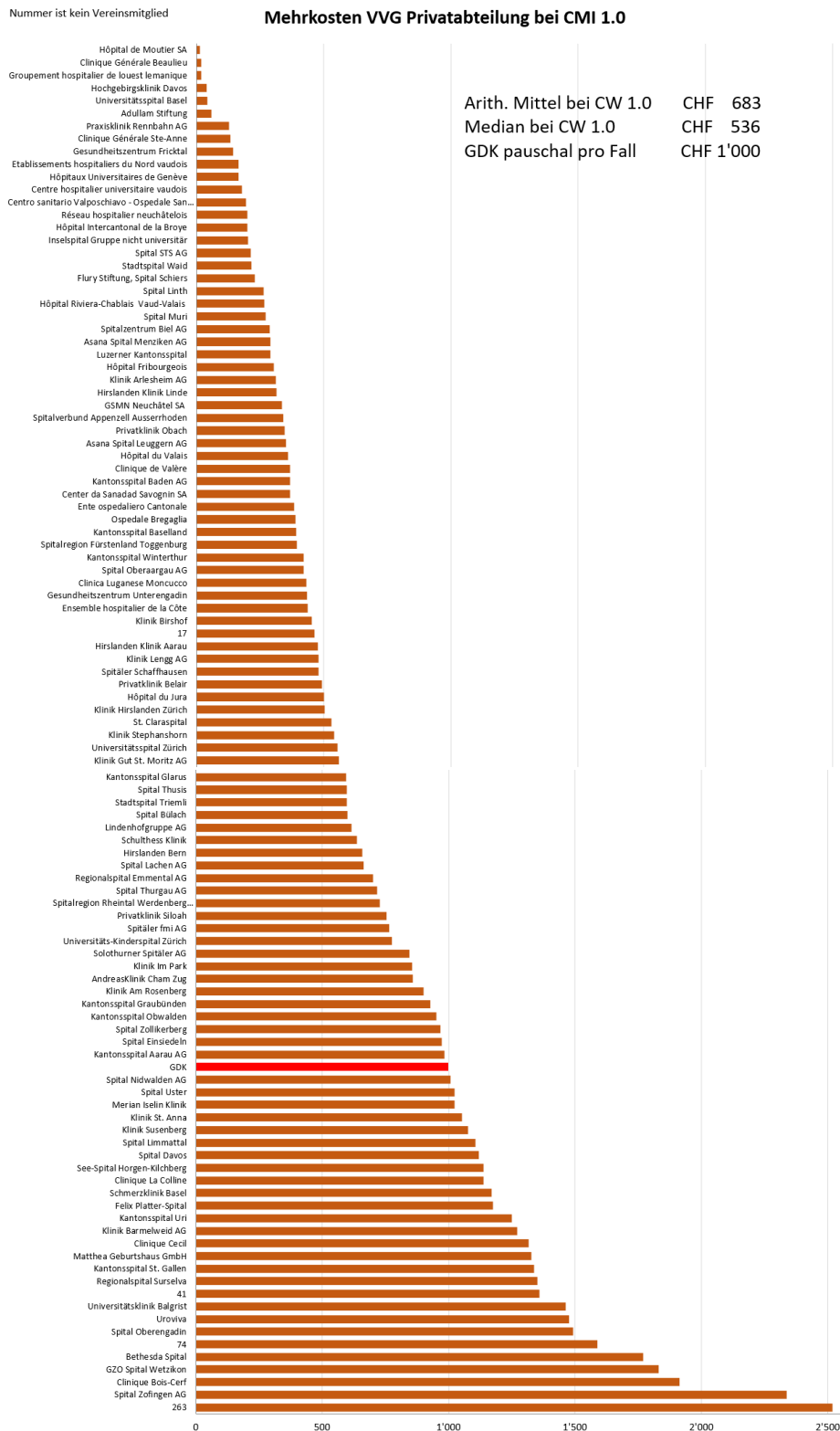
Mehrkosten Hotellerie für Halbprivat und Privat

Die folgende Abbildung zeigt die Mehrkosten für die Halbprivat- und Privatabteilung pro Spital bei Kostengewicht 1.0.

Herleitung: Die Berechnung basiert auf den Kostendaten der einzelnen Spitäler und Kliniken. Dabei wurden die Daten selektiert nach dem Jahr 2021, nur KVG-Fälle sowie nach Abteilung (Klasse). Die Kosten für Hotellerie inkl. den zugehörigen Anlagenutzungskosten wurden herausgefiltert und unterschieden nach Klasse kostengewichtsbereinigt bei CW 1.0 ausgewiesen. Der Mittelwert wurde je Klasse ermittelt. Die Differenz zwischen der Allgemeinen Abteilung und der Halbprivat-Abteilung resp. der Privatabteilung ergibt die Mehrkosten. Unplausible Werte wurden eliminiert.



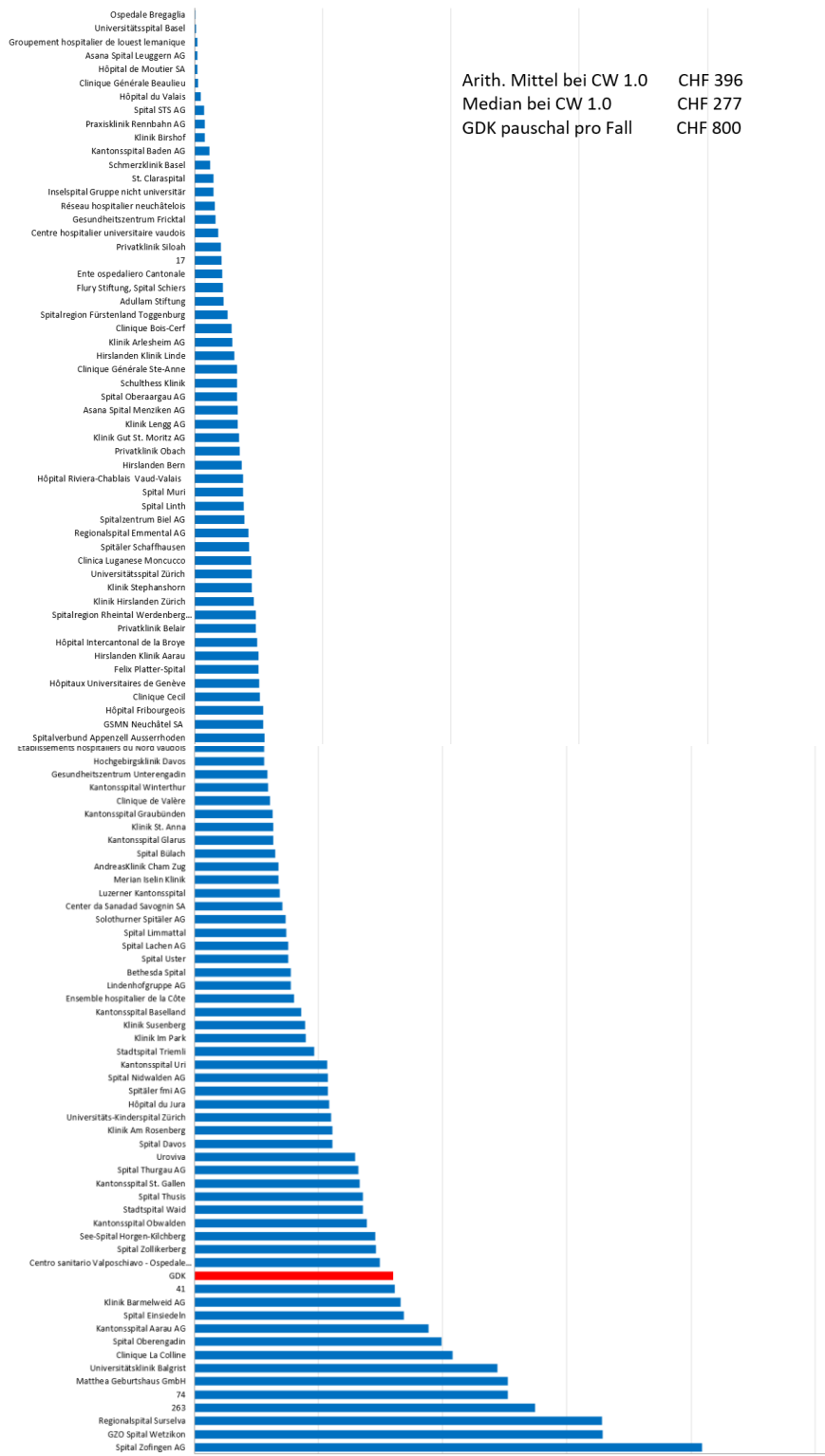
Abbildung 10: Mehrkosten Privat und Halbprivat bei CW 1.0 (Details zu Kapitel 7.2.)





Nummer ist kein Vereinsmitglied

Mehrkosten VVG Halbprivate Abteilung bei CMI 1.0

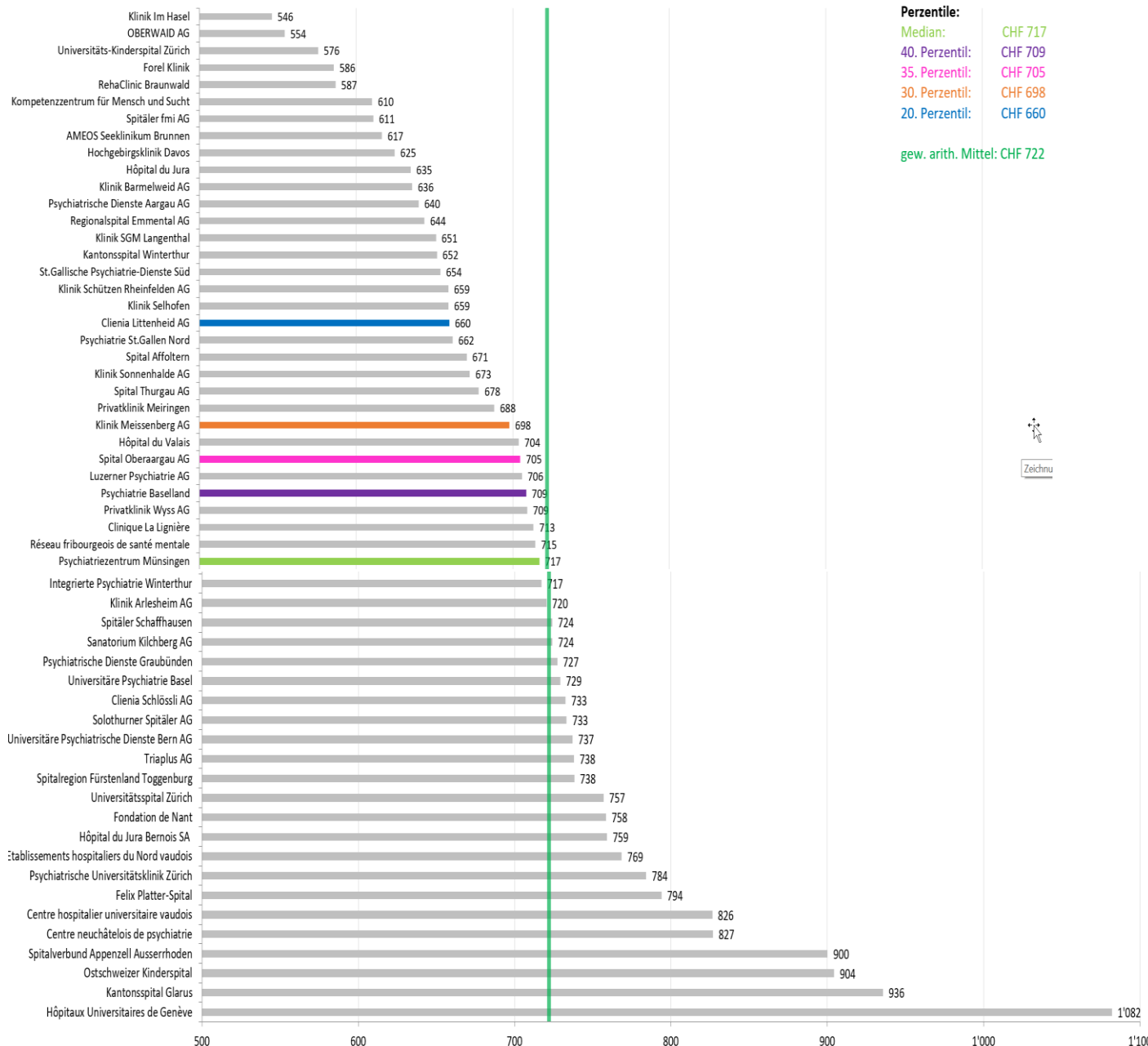




9.2 Psychiatrie

In der folgenden Abbildung werden die Kosten nach Fallgewicht 1.0 pro Spital/Klinik ausgewiesen. Die Perzentil-Werte sind farblich markiert.

Abbildung 11: Fallkosten bei DM 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Case-Mix





Einfluss der Gewichtung

Die folgenden Tabellen zeigen die Benchmark-Werte bei Fallgewicht 1.0, jeweils berechnet nach VKL und nach REKOLE®. Aus den Aufstellungen wird ersichtlich, wie sich die Anwendung der Gewichtung nach Day-Mix-Punkten, nach Anzahl Fällen und nach Spitälern auswirkt.

Gewichtung nach Day-Mix-Punkten

Table 18: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Day-Mix-Punkten

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	722	717	709	706	704	662

Table 19: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Day-Mix-Punkten

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	749	748	739	735	721	692

Gewichtung nach Anzahl Fällen

Table 20: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	729	717	706	704	688	660

Table 21: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	757	747	735	726	696	686

Gewichtung nach Kliniken

Table 22: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Kliniken

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	708	706	678	662	659	640

Table 23: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Kliniken

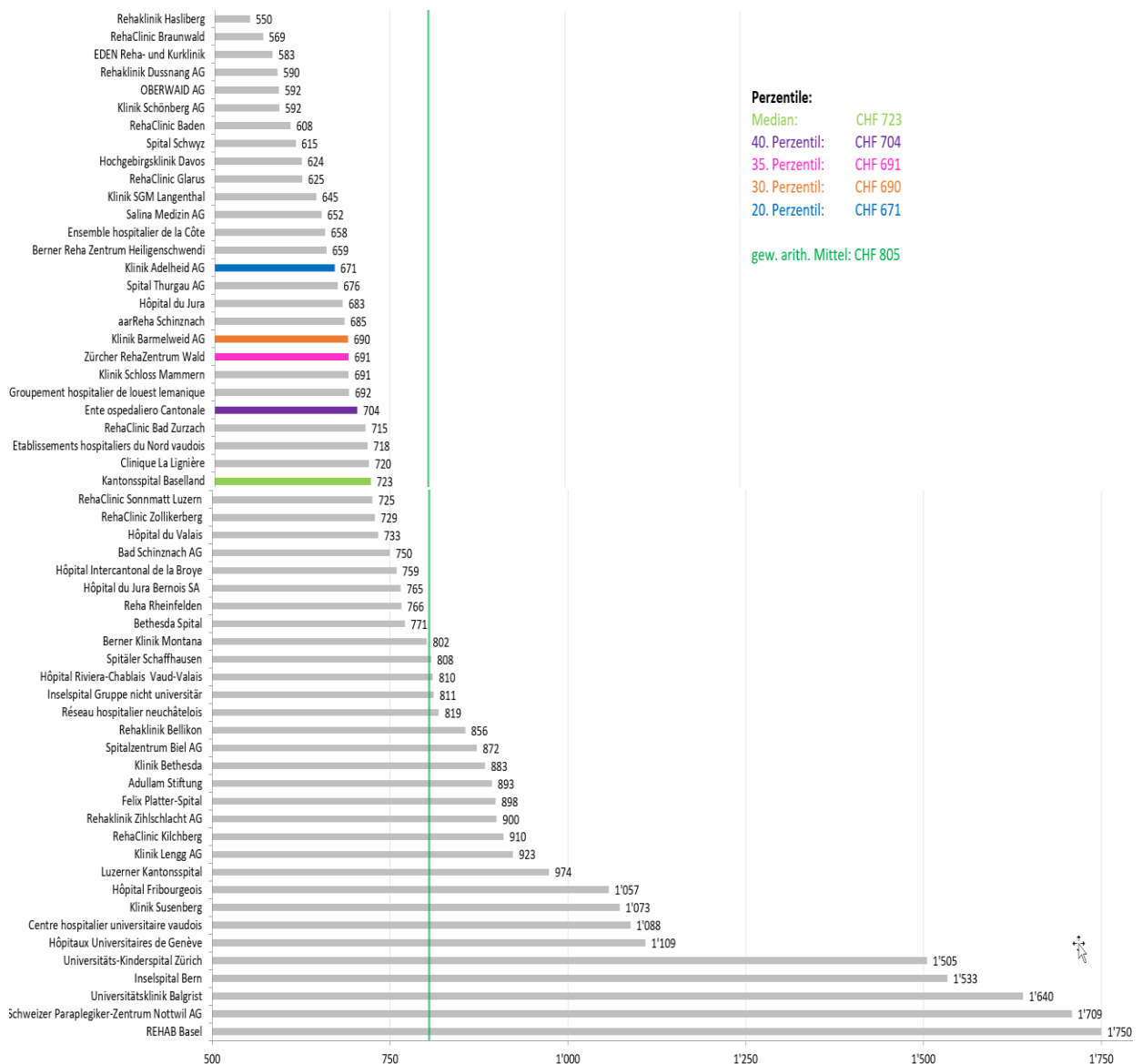
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	733	726	705	686	673	662



9.3 Rehabilitation

In der folgenden Abbildung werden die Kosten nach Pflege-tag pro Spital/Klinik ausgewiesen. Die Perzentil-Werte sind farblich markiert.

Abbildung 12: Fallkosten bei Pflege-tag, inkl. ANK nach VKL





Einfluss der Gewichtung

Die folgenden Tabellen zeigen die Benchmarkwerte pro Pflege-tag, jeweils berechnet nach VKL und nach REKOLE®. Aus den Aufstellungen wird ersichtlich, wie sich die Anwendung der Gewichtung nach Anzahl Fällen und nach Kliniken auswirkt.

Gewichtung nach Anzahl Fällen

*Tabelle 24: Kosten pro Pflege-tag, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Fällen*

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	805	723	704	691	690	671

*Tabelle 25: Kosten pro Pflege-tag, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Fällen*

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	833	772	726	720	701	693

Gewichtung nach Kliniken

*Tabelle 26: Kosten pro Pflege-tag, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Kliniken*

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	832	729	715	691	685	652

*Tabelle 27: Kosten pro Pflege-tag, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Kliniken*

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	857	772	733	720	701	653