



Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler 2021

Basierend auf Kosten des Geschäftsjahres 2020

27. August 2021



Austritte stationärer Patienten



1'149'380 Akutsomatisch
69'369 Psychiatrie
74'032 Rehabilitation

Anzahl Leistungserbringer



133 Akutspitäler, -kliniken
53 Psychiatrien
55 Rehabilitationskliniken

Leistungserbringer aus



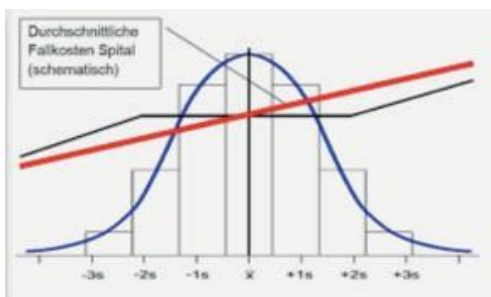
26 Kantonen

Mitarbeitende



224'632 Personen
132'882 Stellen

Kosten alle Fälle in CHF (Durchschnitt)



11'821 Akut: pro Fall (CW 1.0)
764 Psychiatrie pro Pflergetag (DM 1.0)
900 Rehabilitation pro Pflergetag

In Benchmark enthaltene Kosten



14'857'638'043 Akutsomatik
1'845'582'885 Psychiatrie
1'538'583'311 Rehabilitation



Inhalt

1.	Wichtiges in Kürze	4
1.1	Im Benchmark berücksichtigte Leistungserbringer	4
1.2	Durchschnittliche Behandlungskosten pro Fall	4
1.3	Benchmark nach KVG (nur OKP-Patienten; Kosten bei Fallgewicht 1.0)	5
1.4	Resultate Akutsomatik	6
1.5	Resultate Psychiatrie	6
1.6	Resultate Rehabilitation	7
2.	Ausgangslage	7
3.	Rechtliche Grundlagen und Anforderungen an ein Benchmarking	8
3.1	Gesetz	8
3.2	Veröffentlichung der Betriebskosten	8
3.3	Verschiedene Benchmarks	8
3.4	Bundesverwaltungsgericht	8
4.	Berücksichtigte Datengrundlage	9
5.	Angewendetes Plausibilisierungsverfahren	10
5.1	Prüfverfahren	10
5.2	Prüfschritte:	11
6.	Spitäler und Kliniken im Benchmark	13
6.1	Teilnehmende Spitäler und Kliniken	13
6.2	Geografische Verteilung der Spitäler und Kliniken	14
6.3	Repräsentativität	16
7.	Berechnung der Benchmark-relevanten Betriebskosten	16
7.1	Grundsatz	16
7.2	Berechnung	16
8.	Effizienzmassstab	19
8.1	Grundsätzliches	19
8.2	Wahl der Gewichtung	19
8.3	Wahl des Perzentils	20
9.	Resultate des Benchmarks 2021 im Detail	21
9.1	Akutsomatik	21
9.2	Psychiatrie	27
9.3	Rehabilitation	29



1. Wichtiges in Kürze

Die Tariffindung der Schweizer Spitäler hat gemäss KVG auf Basis eines nationalen Kostenbenchmarks zu erfolgen. Der Verein SpitalBenchmark stellt als einziger sachorientierter Anbieter der Schweiz einen umfassenden KVG-konformen Kostenbenchmark für die Spitäler und Kliniken der Bereiche 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 Spitälern plausibilisiert wurden.

1.1 Im Benchmark berücksichtigte Leistungserbringer

Als Grundlage für den Benchmark 2021 liegen die detaillierten Daten (Datenbasis Geschäftsjahr 2020) von 241 Leistungserbringern an 324 Standorten vor. Dies beinhaltet, wie in Tabelle 1 zusammen mit weiteren Kennzahlen gezeigt, 133 Akutspitäler, 53 Psychiatrien und 55 Rehabilitationen aus der gesamten Schweiz.

Tabelle 1: Kennzahlen zu den im Benchmark berücksichtigten Spitäler

Kennzahlen	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Anzahl Spitäler/Kliniken	133	53	55
Anzahl stationäre Standorte	167	80	77
Anzahl Fälle	1'149'380	69'369	74'032
Anzahl Pflgetage	6'120'821	2'392'667	1'747'162
Case-Mix-Punkte (CM)	1'277'329	2'456'888	-
Case-Mix-Index (CMI)	1.111	1.027	-
Kosten in CHF	14'857'638'043	1'845'582'885	1'538'583'311
Durchschnittliche Verweildauer	5.3	34.5	23.6
Durchschnittsalter	52.8	44.6	72.6

Quelle: SpitalBenchmark

Damit wird in der Akutversorgung eine Repräsentativität von > 90 Prozent erreicht (Vergleich¹ mit BAG: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2019²). Für die Psychiatrie und Rehabilitation beträgt die Repräsentativität > 80 resp. ca. 70 Prozent.

1.2 Durchschnittliche Behandlungskosten pro Fall

Die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall sind 2020 gegenüber 2019 in der Akutsomatik und in der Psychiatrie sowie pro Pflgetag in der Rehabilitation angestiegen. Abbildung 2 zeigt die Veränderung der durchschnittlichen Fallkosten gegenüber 2019. Der Kostenanstieg überrascht nicht. Einerseits entstanden COVID bedingt für alle Patienten und Patientinnen erhöhte Behandlungskosten und es

¹ Das BAG (Kennzahlen Schweizer Spitäler 2019², aktuellste Fassung) veröffentlicht jährlich die Anzahl stationärer Leistungserbringer sowie deren Fallzahlen. Zu beachten ist, dass sich die Jahre 2019 BAG und 2020 SpitalBenchmark nur bedingt vergleichen lassen, weil Mutationen noch nicht berücksichtigt sind.

² Kennzahlen [der Schweizer Spitäler \(admin.ch\)](https://www.admin.ch)



wurden 2020 gesamthaft weniger Patienten stationär behandelt. Zusätzlich waren weitere Qualitäts- und Administrationsaufgaben zu erfüllen.

Auch wenn im Jahr 2020 Corona einen grossen Einfluss auf das öffentliche Leben hatte und auch die Spitäler beeinflusste, können die vorliegenden Daten ohne Einschränkung für den Benchmark verwendet werden. Dies, weil die nicht KVG-pflichtigen Kosten, z.B. für Testzentren, in der Betriebsbuchhaltung ausgeschieden wurden.

Abbildung 1: Durchschnittliche Fallkosten berechnet pro Austritt



Quelle: SpitalBenchmark

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 auszuscheiden.

SpitalBenchmark erstellt einen rein kostenbasierten Benchmark unter Berücksichtigung aller methodischen Anforderungen an einen sachgerechten Benchmark. Unzulänglichkeiten im DRG-System, regional unterschiedliche Rahmenbedingungen oder weitere exogen nicht beeinflussende 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

Folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse zu den Kosten bei Fallgewicht 1.0 für alle Spitäler und für einzelne Gruppierungen. Dazu wurden verschiedenen Gewichtungen berechnet, die aufzeigen, welche Auswirkung die Wahl des Perzentils zur Folge hat.

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

Tabelle 2: Benchmark Akutsomatik 2021 bei CW 1.0, gewichtet nach Case-Mix mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'936	10'703	10'466	10'285	10'048
Nur Uni-Spitäler	12'374	11'830	11'371	11'371	11'371
Nicht Uni-Spitäler	10'510	10'461	10'285	10'149	9'940
Nur Geburtshäuser	9'380	9'326	9'136	9'071	8'961

Quelle: SpitalBenchmark

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

Tabelle 3: Benchmark Akutsomatik 2021 alle Spitäler. Die genannten Kliniken repräsentieren den entsprechenden Perzentilwert

Gewichtung	Spital	Baserate
Arith. Mittel	Spital Oberaargau AG	10'936
Median	Kantonsspital Aarau	10'703
40. Perzentil	Kantonsspital St. Gallen	10'466
30. Perzentil.	Kantonsspital Winterthur	10'285
20. Perzentil	Regionalspital Emmental AG	10'048

Quelle: SpitalBenchmark

1.5 Resultate Psychiatrie

Folgende Tabelle zeigt die Kosten bei Fallgewicht 1.0 für alle Kliniken. Die Kosten sind für verschiedene Gewichtungen berechnet. Die Kosten beinhalten die Anlagennutzungskosten nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime

Tabelle 4: Benchmark Psychiatrie 2021 bei CW 1.0, gewichtet nach Case-Mix mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	733	728	709	698	668

Quelle: SpitalBenchmark

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



Tabelle 5: Benchmark Psychiatrie 2021 alle Kliniken. Die genannten Kliniken repräsentieren den entsprechenden Perzentilwert

Gewichtung	Klinik	Baserate
Arith. Mittel	Psychiatrie Dienste Graubünden	733
Median	Clenia Schössli	728
40. Perzentil	Triaplus AG	709
30. Perzentil	Spital Affoltern	698
20. Perzentil	Psychiatrische Klinik St. Gallen Nord	668

Quelle: SpitalBenchmark

1.6 Resultate Rehabilitation

Folgende Abbildung zeigt die Kosten pro Pfl egetag 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

Tabelle 6: Benchmark Rehabilitation 2021 pro Pfl egetag mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	826	777	746	693	685

Quelle: SpitalBenchmark

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

Tabelle 7: Benchmark Rehabilitation 2021 alle Kliniken. Die genannten Kliniken repräsentieren den entsprechenden Perzentilwert

Gewichtung	Klinik	Baserate
Arith. Mittel	Spitäler Schaffhausen	826
Median	Zürcher Reha Zentren	777
40. Perzentil	Hôpital Valias	746
30. Perzentil.	Klinik Adelheid	693
20. Perzentil	Hôpital du Jura	685

Quelle: SpitalBenchmark

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 Tarifsyst em 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.

Vergütet werden sollen gemäss KVG die Kosten effizient arbeitender Spitäler. 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 Jahre 2007 erkannt und sie liefern seither dem Verein SpitalBenchmark entsprechende Daten. Der Verein Spitalbenchmark verfügt derzeit über die umfangreichste und detaillierteste Datenbank der Schweiz.

Die Zielsetzung des Vereins ist es, einen nationalen Benchmark der Spitalkosten zu etablieren, der auf validierten Daten beruht und 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 die Psychiatrie und Rehabilitation liegen 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. Folgend 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

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



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 Jahre 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 2020 kam die Version 9.0 zur Anwendung, für das Jahr 2022 liegt bereits die Version 11.0 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 9.0 zu wenig ausgereift war, um bei Wahl eines tiefen Perzentils einen sachgerechten Benchmark zu rechtfertigen. In diesem Sinne ist die Einführungsphase von SwissDRG noch 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 den Spitalbenchmark übermittelt werden. Dies sind einerseits gesetzlich vorgeschriebene Routinedaten, welche zuhanden des Bundesamtes für Statistik, 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)

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 Prüfbarkeit steht den Verifizierern ein Tool zur Verfügung, die Prüfungsergebnisse werden protokolliert und dem Mitglied zugestellt.

Verifizierungs-Team

Mit der Aufgabe der Verifizierung sind erfahrene Spezialisten aus der Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation und der Geburtshäuser 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 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 Datenqualität⁴ bei den offiziellen Statistiken des Bundes.

⁴ 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.



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 2020 konnten im Benchmark in den Auswertungen gewisse Einzelwerte von Spitälern und Kliniken nicht berücksichtigt werden: Stationär: von drei Geburtshäusern in der Akutsomatik, einer Klinik in der Psychiatrie und bei Ambulant von 10 Kliniken in der Physiotherapie (die Taxpunktwerte wurden durch die Verifizierer als zu hoch beurteilt).

Die Ausschlüsse haben stationär keinen Einfluss auf den Perzentil-Wert. Im ambulanten Bereich wird der Perzentil-Wert durch die Ausschlüsse der Taxpunktwerte gesenkt.

Einbezug von BVG-Entscheiden

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

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. Folgend 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.

Die folgende Abbildung zeigt einen Ausschnitt aus der Datenprüfungsroutine, z.B. wird geprüft, ob das 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
CLL_2020_rekole_psy.txt	930.0 KB	Abstimmungs ✖

✖ Abbrechen
➤ Daten prüfen

Benötigte Daten

Datei	Originaldatei	Datei für Korrektur
ITAR_K: H+ Gesamtübersicht Spital inkl. Benchmarking - signiert (Excel-File)		
ITAR_K: Aus Tool H+ Abweichungen (pdf.File)		

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 den Verifizierer überprüft. Folgende Abbildung zeigt die Anzahl Austritte über 3 Jahre im Vergleich aus zwei Datenquellen.

Abbildung 3: Ausweis des Vergleichs von Kennzahlen

Kennzahl		2020	2019	2018
01. Austritte	ITAR-K	6'956	7'269	7'551
	Med.DS/Kosten	6'956	7'269	7'551
	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 erklärbaren 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 seiner Prüfung laufend. Bei Abschluss der Prüfung wird dem Mitglied das



Prüfprotokoll elektronisch zugestellt. Folgende Abbildung zeigt 2 von 47 Prüffragen.

Abbildung 4: Auszug aus dem Prüfprotokoll

Datenprüfung Protokoll 2020			
Prüfbereiche / Feststellungen	Vergleichswerte	Antwort	Kommentar
1. Abgrenzungen			
1.1	Wurden die im ITAR_K ausgewiesenen Fibu-Werte mit der Jahresrechnung geprüft?	Ja (Standard)	Der Jahresbericht 2020 ist offenbar noch nicht vorhanden. Kann bestätigt werden, dass die Fibu-Werte im ITAR_K der Jahresrechnung entsprechen?
1.2	Liegt eine Abstimmbrücke gemäss GDK-Empfehlung oder ein gleichwertiger Ausweis der Abgrenzung FIBU-BEBU vor und sind die Begründungen plausibel?	Ja (Standard)	

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. In Kapitel 9 befindet sich die Liste aller Spitäler.

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

Tabelle 8: Kennzahlen zum Leistungsvolumen im Jahr 2020

Kennzahlen	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Anzahl Spitäler/Kliniken	133	53	55
Anzahl stationäre Standorte	167	80	77
Anzahl Fälle	1'149'380	69'369	74'032
Anzahl Pflgetage	6'120'821	2'392'667	1'747'162
Case-Mix-Punkte (CM)	1'277'329	2'456'888	-
Case-Mix-Index (CMI)	1.111	1.027	-



Kosten in CHF	14'857'638'043	1'845'582'885	1'538'583'311
Durchschnittliche Verweildauer	5.3	34.5	23.6
Durchschnittsalter	52.8	44.6	72.6

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 ⁵	100%
K121	Vers. Niveau 3; > 5'999 Fälle	15	13	87%
K122	Vers. Niveau 4; > 2'999 Fälle	27	25	93%
K123	Vers. Niveau 5; bis 2'999 Fälle	16	10	63%
K211/K212	Psychiatrie Niveau 1/2	50	52	⁶
K221	Rehabilitationskliniken	54	55	⁶
K231	Spezialkliniken Chirurgie	35	15	43%
K232	Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatalogie	16	11	69%
K233	Spezialkliniken Pädiatrie	3	3	100%
K234	Spezialkliniken Geriatrie	3	1	33%
K235	Spezialkliniken Diverse	18	7	39%

Quelle: Eigene Darstellung SpitalBenchmark, Teil BAG⁷:

Der Vergleich der Zahlen des BAG 2019 und ITAR_K 2020 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 > 80% und bei der Rehabilitation mit ca. 70% eingestuft.

6.2 Geografische Verteilung der Spitäler und Kliniken

Nachstehende Abbildung gibt einen Überblick zum Standort der einzelnen Spitäler und Kliniken, farblich unterschieden in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

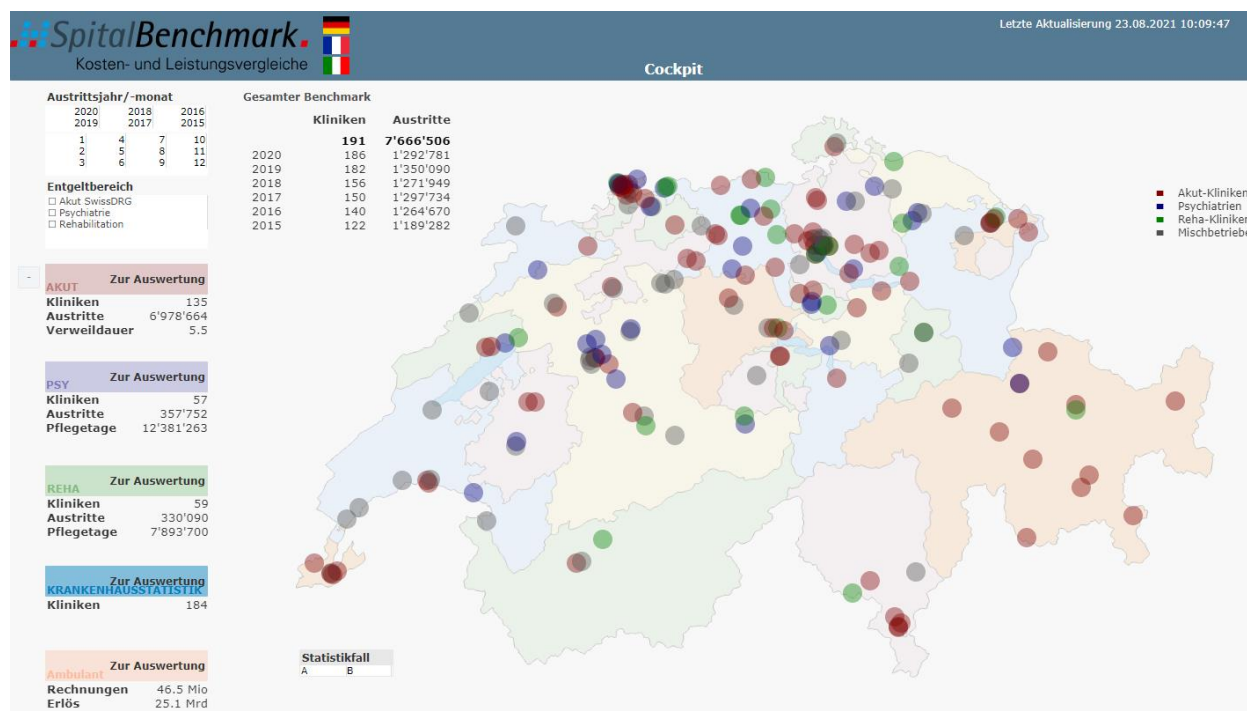
⁵ Das BAG führt das Spital Ober- und Unterwallis (K112*) je als einzelnes Spital; bei SpitalBenchmark werden beide Spitäler unter Hôpital Valais geführt (damit 100% Abdeckung)

⁶ BAG zählt nach Typologie. SBM weist die Leistungsbereiche gemäss ITAR_K aus.

⁷ kzp19_publication.pdf (bagapps.ch)



Abbildung 5: Standorte der Spitäler und Kliniken



Quelle: SpitalBenchmark

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

Tabelle 10: Anzahl KVG-Fälle 2020 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation nach Wohnkanton des Patienten

Wohnkanton	Austritte Akutsomatik	Austritte Psychiatrie	Austritte Rehabilitation	Total
Total	1'053'855	67'879	70'655	1'192'389
AG	88'482	5'662	5'892	100'036
AI	1'862	61	20	1'943
AR	6'914	541	116	7'571
BE	135'822	9'696	7'866	153'384
BL	44'307	2'822	4'074	51'203
BS	31'164	3'040	3'382	37'586
FR	29'978	2'390	2'547	34'915
GE	51'795	2'530	5'712	60'037
GL	5'265	365	180	5'810
GR	24'984	1'539	587	27'110
JU	9'791	224	1'440	11'455



LU	46'183	2'923	1'990	51'096
NE	21'013	1'368	2'379	24'760
NW	4'833	203	137	5'173
OW	4'473	234	157	4'864
SG	64'951	4'089	1'313	70'353
SH	10'562	685	1'019	12'266
SO	37'790	2'826	2'341	42'957
SZ	20'544	1'003	952	22'499
TG	34'535	2'782	2'176	39'493
TI	48'600	45	2'661	51'306
UR	4'548	222	231	5'001
VD	80'377	4'903	8'265	93'545
VS	39'965	2'129	4'450	46'544
ZG	14'355	881	835	16'071
ZH	175'563	14'095	9'375	199'033
Ausland	14'969	578	525	16'072
unbekannt	230	43	33	306

6.3 Repräsentativität

Der Benchmark von SpitalBenchmark mit den Daten des Geschäftsjahres 2020 ist repräsentativ. In der Datenbank sind 1'292'781 Fälle enthalten. Zum Vergleich: Das BAG weist für 2019 total 1'447'113 Fälle aus. Aufgeteilt in Akutsomatik 1'149'380 (BAG 1'327'760), in Psychiatrie 69'369 (BAG 60'935) und in Rehabilitation 74'032 (BAG 58'418). Siehe auch Kapitel 6.1. Beim Vergleich der beiden Geschäftsjahre ist zu beachten, dass 2020 CORONA-bedingt weniger stationäre Fälle behandelt werden konnten.

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 wird die korrekte Anwendung der Vorgaben geprüft.

7.2 Berechnung

Die Berechnung wird gemäss Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K© erstellt. Auf folgende Sachverhalte wird folgend 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

Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2020			universitäre Lehre + Forschung	GWL
Stückerlös				
60 Erlös aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen				
61 Ärztliche Einzelleistungen				
62 Übrige Spitaleinzelleistungen				
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			2'000'000	
69 Beiträge und Subventionen				
Total Stückerlös			2'000'000	-
Einzelkosten				
Medizinischer Bedarf		Bezugsgrösse		
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)				
Blut und Blutprodukte				
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien		Kalk. EP, inkl. GK-Zuschläge		
Implantate				
405 Medizinische, diagn. und therap. Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)		Faktura		
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)			161'000	
Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)				
380 Arzthonorar, Spitalärzte		CHF, gemäss Vertrag	645'000	
381 Arzthonorar, Belegärzte				
Übrige Einzelkosten				
480 Patiententransporte durch Dritte		Faktura		
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen		Faktura		
486 Übrige Auslagen für Patienten		Faktura		
Total Einzelkosten			806'000	0
Gemeinkosten		Bezugsgrösse		

Quelle: H+ Die Spitäler der Schweiz

Abzug für GWL

Zu Aufträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen bestehen eigene Kostenträger. Die effektiven Kosten und Erlöse werden darauf verbucht, entsprechend sind die Kosten KVG konform aus OKP ausgeschieden. Vergleiche Abbildung 7.

Anlagenutzungskosten nach REKOLE® und VKL

Die Anlagenutzungskosten 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 Anlagenutzungskosten 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. Nachstehende Tabelle weist die unterschiedlichen Bewertungen aus. Ein Benchmark mit Verwendung der Anlagenutzungskosten nach VKL entspricht nicht der Kostenwahrheit. Der Anlagenbestand wird durch die VKL-Vorgabe zu tief bewertet.



Tabelle 11: Anteil der Anlagennutzungskosten

Anteil Anlagennutzungskosten Branche	nach REKOLE		nach VKL	
	Median	arith. Mittel	Median	arith. Mittel
Akutsomatik	9.83%	10.19%	7.42%	7.84%
Psychiatrie	11.17%	11.95%	8.76%	9.22%
Rehabilitation	11.95%	12.02%	9.86%	9.49%

Quelle: SpitalBenchmark

Abzug für Mehrkosten Hotellerie VVG

Die Mehrkosten von zusatzversicherten Patienten werden im ITAR_K© ausgeschieden und in Abzug gebracht. Dabei wird unterschieden in Arzthonorare und Mehrkosten für Hotellerie (Verpflegung, Zimmer, Service). 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 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 384 für die Halbprivat-Abteilung resp. CHF 670 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. Nachstehende Abbildung zeigt exemplarisch das Ergebnis der Berechnung auf Spitalebene. Die vollständige Auflistung befindet sich in Kapitel 9.

Abbildung 7: Auszug der Aufstellung der Mehrkosten Akutsomatik HP- und P bei Fallgewicht 1.0.



Quelle: SpitalBenchmark. Blau = Halbprivat, rot = Privat

Zinskosten

Bei REKOLE©-zertifizierten Spitälern werden die effektiven Zinskosten berechnet; bei nichtzertifizierten wird nach dem Modell des Preisüberwachers⁸ gerechnet.

⁸ Basis bildet die Durchschnittsrendite von Obligationen der Eidgenossenschaft, Laufzeit 10 Jahre sowie eine Zahlungsfrist von 40 Tagen. Auf Grund der negativen Zinsentwicklung empfiehlt der Preisüberwacher einen Zinssatz von 0%.



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 zusammen aus einer Gewichtung der Leistungserbringer und andererseits aus der Höhe des anzuwendenden Perzentils.

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 5-Tagen) übermässig berücksichtigt. Ein Blick auf den Benchmark von tarifsuisse (Jahr 2020) 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).

8.2 Wahl der Gewichtung

Einen entscheidenden Einfluss für das Benchmarking sowohl in der Akutsomatik, der Psychiatrie wie 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 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 (Ziffer 7.2.1) erhalten Spezialkliniken und Geburtserhäuser 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 mit Zentrumsspitalern 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 Fällen (Ziffer 7.2.2) berücksichtigt den Leistungsumfang der einzelnen Leistungserbringer, sagt jedoch nichts über die Verteilung der Schwere der Fälle aus.

Die Gewichtung nach Kostengewicht (Ziffer 7.2.3) berücksichtigt sowohl die Anzahl Fälle der Leistungserbringer sowie den Schweregrad der Fälle. Das DRG-System wird 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 AG⁹ 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 Spitalern 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

⁹ [polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf \(vzk.ch\)](#)



dem Benchmarkwert des Vorjahres beruhen muss. Daraus ergibt sich, dass die anzuwendende Baserate bestenfalls dem Kostenniveau vor zwei Jahren entspricht. Nachkalkulationen zu den vergangenen Jahren belegen, 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-Forschungsprojekts mit SpitalBenchmark ein optimiertes Benchmarking-Verfahren entwickelt. Dabei werden die benchmarking-relevanten Betriebskosten der Spitäler für bestimmte systematische, exogene Einflussfaktoren korrigiert. Diese ausgewählten Leistungs- und Standort-Merkmale sind für die Spitäler weitgehend unkontrollierbar und müssen deshalb korrekterweise aus den 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 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 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 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 Publikation der Studienergebnisse durch die Universität Luzern steht kurz bevor. Durch die Verwendung des erarbeiteten Modells wird der Benchmark und damit die Entschädigung des Leistungserbringers sachgerechter.

9. Resultate des Benchmarks 2021 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 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)

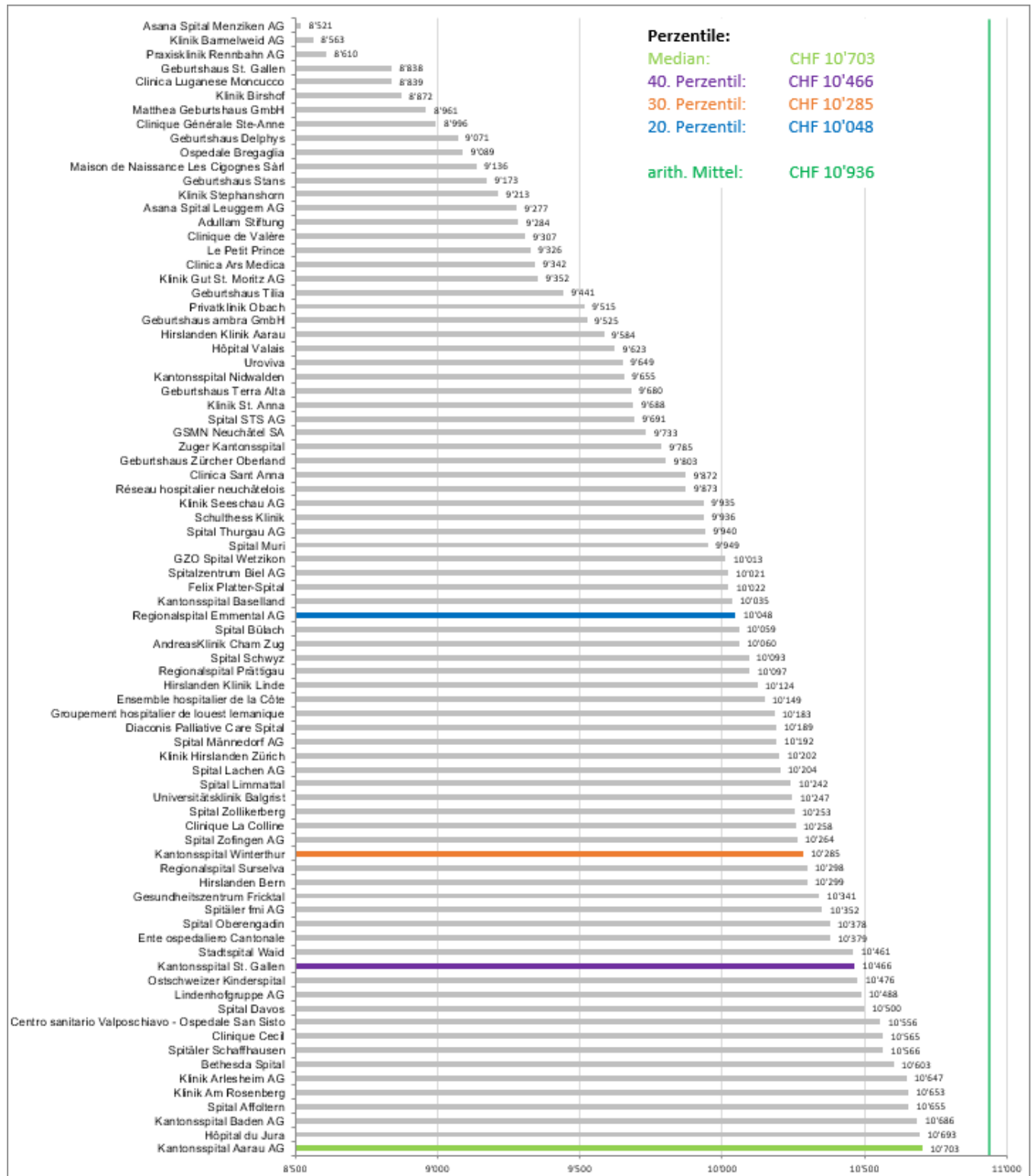
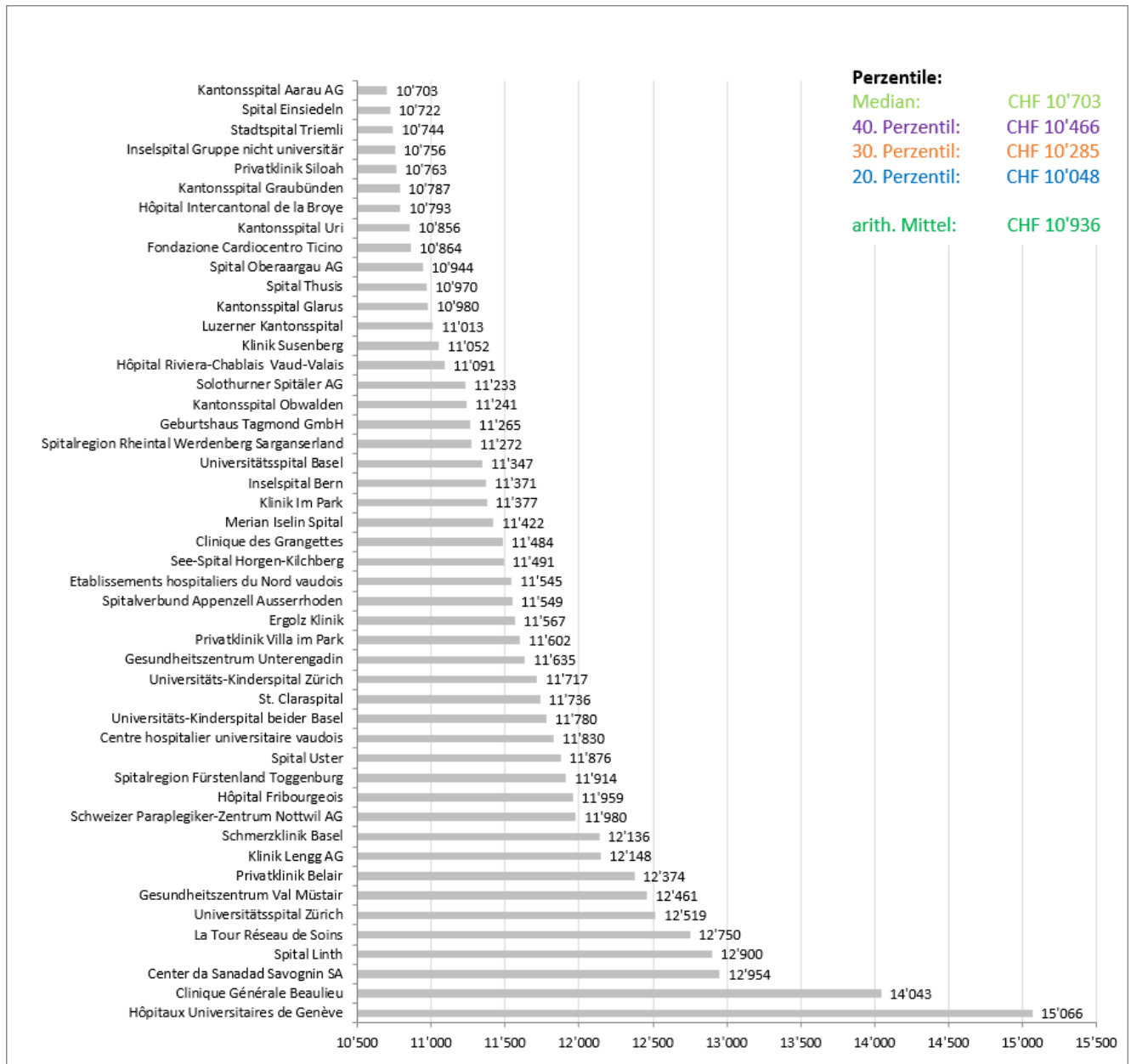




Abbildung 9: Fallkosten bei CW 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Case-Mix über dem 50. Perzentil)



Quelle: SpitalBenchmark

Einfluss der Gewichtung

Die folgenden Tabellen zeigen die 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 Case-Mix Punkten / nach Anzahl Fällen / nach Spitälern auswirkt.



Gewichtung nach Case-Mix-Punkten

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'936	10'703	10'466	10'285	10'048
Nur Uni-Spitäler	12'374	11'830	11'371	11'371	11'371
Nicht Uni-Spitäler	10'510	10'461	10'285	10'149	9'940
Nur Geburtshäuser	9380	9'326	9'136	9'071	8'961

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	11'278	11'127	10'774	10'518	10'418
Nur Uni-Spitäler	12'748	11'245	11'897	11'897	11'594
Nicht Uni-Spitäler	10'841	10'774	10'520	10'455	10'138
Nur Geburtshäuser	9'404	9'326	9'136	9'071	8'961

Gewichtung nach Anzahl Fällen

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler		10'647	10'379	10'242	10'035
Nur Uni-Spitäler		11'830	11'371	11'371	11'371
Nicht Uni-Spitäler		10'461	10'285	10'124	9'940
Nur Geburtshäuser		9'326	9'136	9'071	8'961

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler		10'957	10'725	10'518	10'413
Nur Uni-Spitäler		12'245	11'897	11'897	11'594
Nicht Uni-Spitäler		10'774	10'520	10'455	10'138
Nur Geburtshäuser		9'326	9'136	9'071	8'961



Gewichtung nach Spitälern

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'535	10'352	10'192	10'013	9'655
Nur Uni-Spitäler	12'427	11'830	11'371	11'371	11'347
Nicht Uni-Spitäler	10'458	10'299	10'183	9'940	9'649
Nur Geburtshäuser	9'474	9'326	9'173	9'136	9'071

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

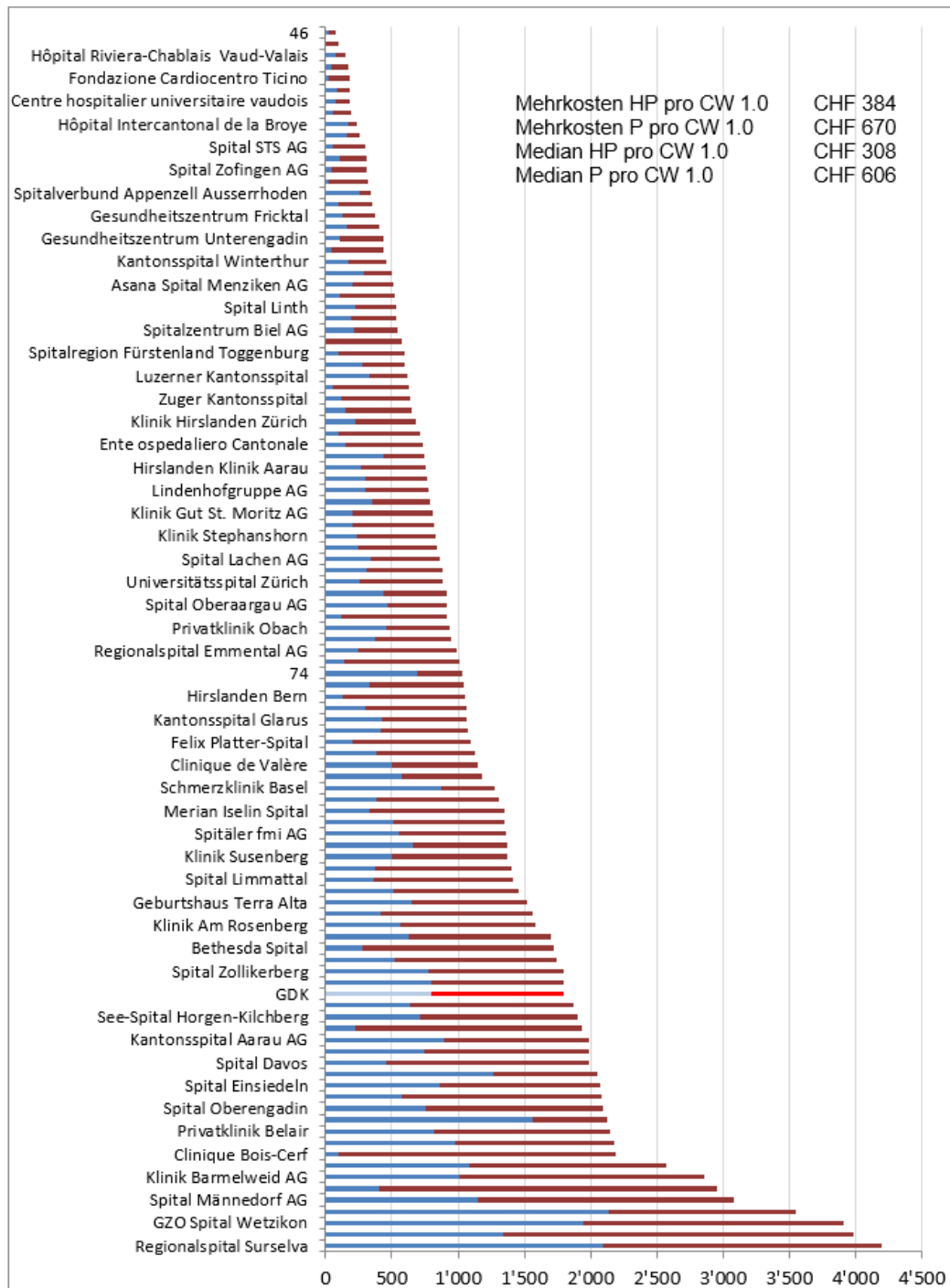
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Spitäler	10'828	10'725	10'437	10'189	9'778
Nur Uni-Spitäler	12'804	11'245	11'897	11'897	11'594
Nicht Uni-Spitäler	10'747	10'655	10'426	10'138	9'747
Nur Geburtshäuser	9'514	9'326	9'239	9'136	9'071



Mehrkosten Hotellerie für Halbprivat und Privat

Die folgende Abbildung zeigt das Ergebnis der Mehrkosten für Halbprivat und Privat pro Spital bei Kostengewicht 1.0.

Abbildung 10: Mehrkosten Halbprivat und Privat bei CW 1.0 (Details zu Kapitel 7.2.4)

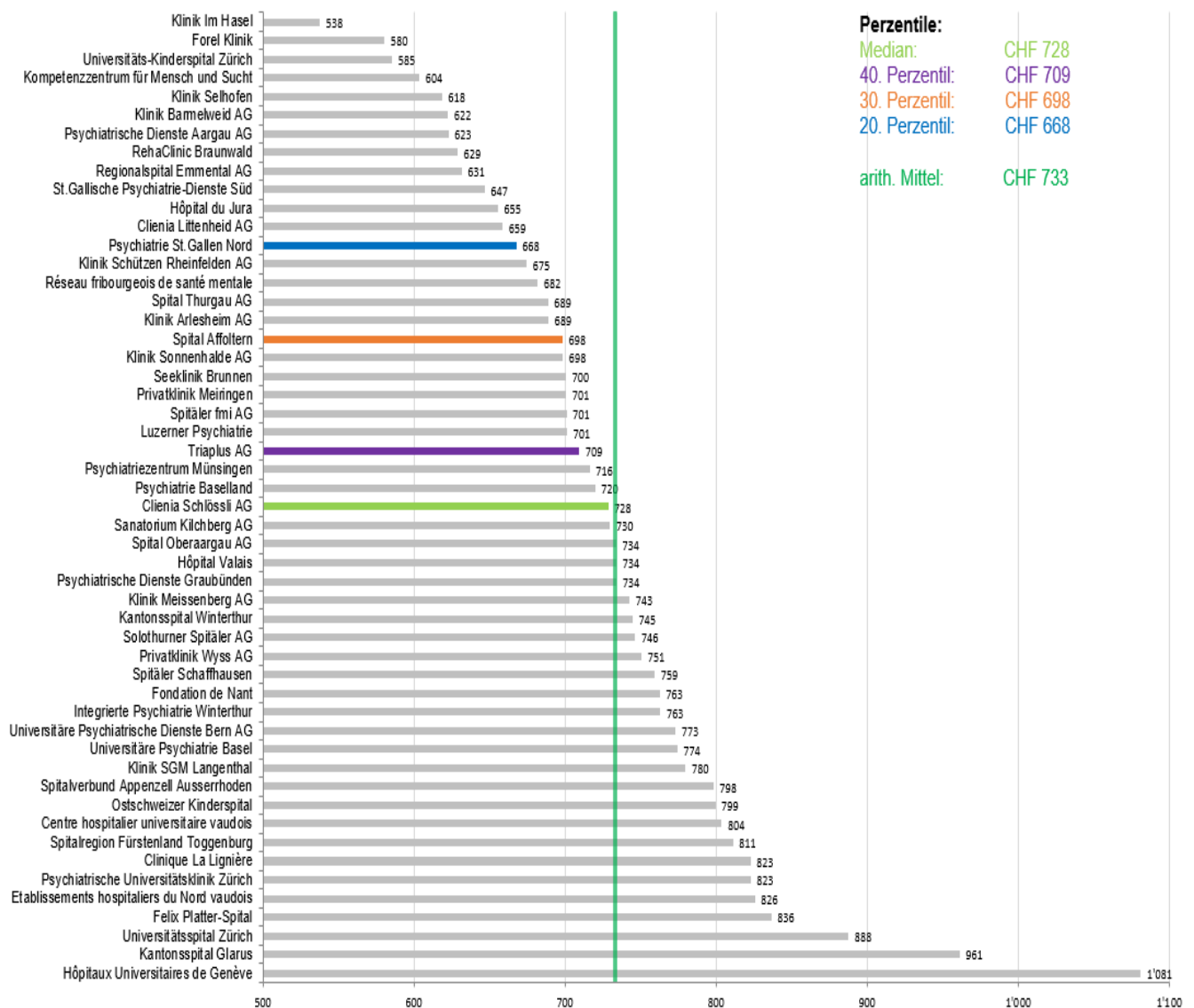




9.2 Psychiatrie

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 / nach Spitälern auswirkt.



Gewichtung nach Day-Mix-Punkten

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	733	728	709	698	668

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	757	747	740	711	680

Gewichtung nach Anzahl Fällen

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	730	716	701	701	675

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	755	740	740	734	698

Gewichtung nach Kliniken

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	728	720	701	689	655

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

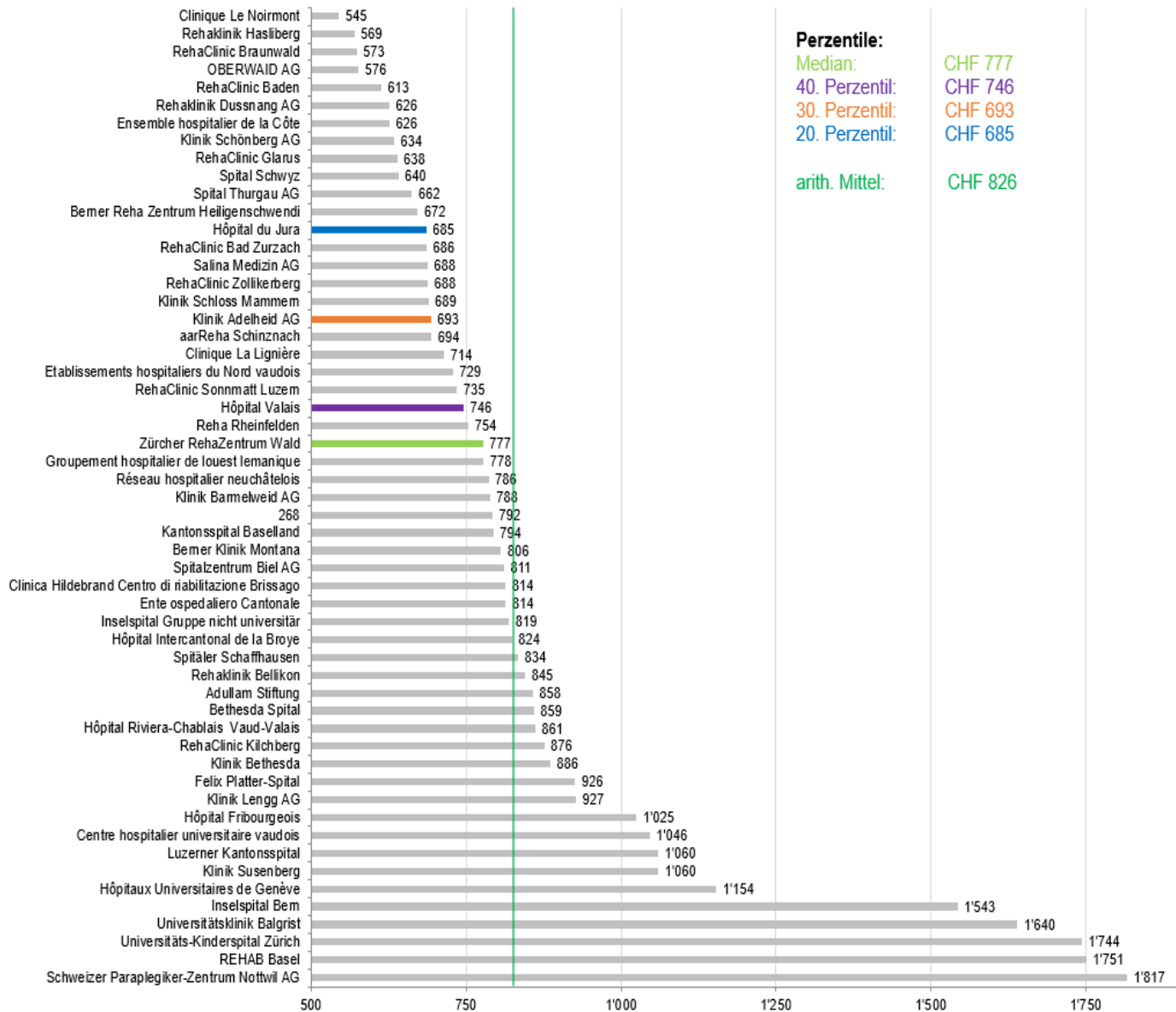
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	751	746	734	708	672



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



Perzentile:
 Median: CHF 777
 40. Perzentil: CHF 746
 30. Perzentil: CHF 693
 20. Perzentil: CHF 685
 arith. Mittel: CHF 826

Einfluss der Gewichtung

Die folgenden Tabellen zeigen die Benchmark-Werte 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

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken		777	746	693	693

Table 25: Kosten pro Pflege tag, ANK nach **REKOLE**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken		801	783	721	693

Gewichtung nach Kliniken

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

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	858	788	735	689	662

Table 27: Kosten pro Pflege tag, ANK nach **REKOLE**, gewichtet nach Anzahl Kliniken

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle Kliniken	882	830	772	730	676