



Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler 2023

Basierend auf Kosten des Geschäftsjahres 2022

26. August 2023



Stationäre Austritte



1'217'237 Akutsomatisch
 72'796 Psychiatrie
 78'077 Rehabilitation

Anzahl Leistungserbringer



132 Akutspitäler, -kliniken
 55 Psychiatrien
 61 Rehabilitationskliniken

Leistungserbringer



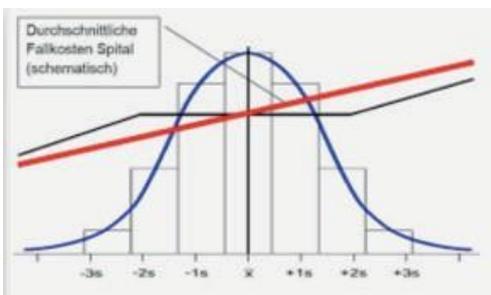
25 Kantone (AI hat kein Akutspital)

Mitarbeitende



258'700 Personen
 153'240 FTE

Kosten alle Fälle in CHF (Durchschnitt)



11'667 Akut: pro Fall (CW 1.0)
 763 Psychiatrie pro Pflege tag (DM 1.0)
 874 Rehabilitation pro Pflege tag (DM 1.0)

Im Benchmark enthaltene Kosten



15'709'881'394 Akutsomatik
 1'874'408'520 Psychiatrie
 1'525'766'216 Rehabilitation

Quelle: Datenbank SpitalBenchmark



Inhalt

1.	Zusammenfassung – Wichtiges in Kürze	4
1.1	In der Datenbank erfasste Leistungserbringer	4
1.2	Durchschnittliche Behandlungskosten pro Fall	5
1.3	Benchmark nach KVG (nur OKP-Patienten; Kosten bei Fallgewicht 1.0)	5
1.4	Resultate Akutsomatik.....	5
1.5	Resultate Psychiatrie.....	6
1.6	Resultate Rehabilitation.....	6
1.7	Fazit.....	7
2.	Ausgangslage.....	8
3.	Rechtliche Grundlagen und Anforderungen an ein Benchmarking	9
3.1	Gesetz	9
3.2	Veröffentlichung der Betriebskosten	9
3.3	Verschiedene Benchmarks	9
3.4	Bundesverwaltungsgericht.....	10
4.	Berücksichtigte Datengrundlage.....	11
5.	Angewandetes Plausibilisierungsverfahren	11
5.1	Prüfverfahren.....	11
5.2	Prüfschritte.....	12
6.	Spitäler und Kliniken im Benchmark	14
6.1	Teilnehmende Spitäler und Kliniken	14
6.2	Geografische Verteilung der Spitäler und Kliniken	15
6.3	Repräsentativität.....	16
7.	Berechnung der Benchmark-relevanten Betriebskosten.....	17
7.1	Grundsatz	17
7.2	Berechnung.....	17
8.	Effizienzmassstab.....	19
8.1	Grundsätzliches	19
8.2	Wahl der Gewichtung.....	19
8.3	Wahl des Perzentils	20
9.	Resultate des Benchmarks 2022 im Detail.....	21
9.1	Akutsomatik.....	21
9.2	Psychiatrie.....	25
9.3	Rehabilitation.....	28



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 Fachspezialistinnen und -spezialisten 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 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 In der Datenbank erfasste Leistungserbringer

Als Grundlage für den Benchmark 2023 liegen die detaillierten Daten in der Datenbank von SpitalBenchmark vor (Datenbasis Geschäftsjahr 2022). Die Datenbank umfasst, wie in Tabelle 1 zusammen mit weiteren Kennzahlen gezeigt, 132 Akutspitäler, 55 Psychiatrien und 61 Rehabilitationen aus der gesamten Schweiz.

Tabelle 1: Kennzahlen zu den in der Datenbank erfassten Spitäler

Kennzahlen	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
Anzahl Spitäler/Kliniken	132	55	61
Anzahl Fälle	1'217'237	72'796	78'077
Anzahl Pfl egetage	6'371'013	2'448'011	1'921'304
Case-Mix-Punkte (CM)	1'335'376	2'496'847	1'930'798
Case-Mix-Index (CMI)	1.116	1.020	1.005
Kosten in CHF	15'709'881'394	1'874'408'520	1'525'766'216
Durchschnittliche Verweildauer	5.2	33.6	24.6
Durchschnittsalter	53.5	43.9	72.7

Quelle: SpitalBenchmark

Damit wird in der Akutversorgung eine Repräsentativität von > 90 Prozent erreicht (Vergleich¹ mit BAG: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2021²). Für die Psychiatrie und Rehabilitation beträgt die Repräsentativität > 80 resp. > 70 Prozent.

¹ Das BAG (Kennzahlen Schweizer Spitäler 2021², aktuelle Fassung) veröffentlicht jährlich die Anzahl stationärer Leistungserbringer sowie deren Fallzahlen. Zu beachten ist, dass sich die Jahre 2021 BAG und 2022 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 2022 gegenüber 2021 in der Akutsomatik gestiegen. In der Psychiatrie sind sie leicht gesunken, und in der Rehabilitation gestiegen. Die Tabelle zeigt die Veränderung der durchschnittlichen Fallkosten (SwissDRG FK-Datei) gegenüber 2021 und 2020.

Tabelle 2: Durchschnittliche Fallkosten pro Austritt berechnet nach Kostengewicht resp. Pflage tag (SwissDRG Fallkostendatei)

Bereich	2022	2021	2020
Akutsomatik (CW 1.0)	11'667	11'521	11'821
Psychiatrie (DM 1.0)	763	764	764
Rehabilitation (ab 2022 DM 1.0 vorher Pflage tag)	874	866	900

Quelle: SpitalBenchmark

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

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 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 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 enthalten deshalb nur Resultate basierend auf KVG-Fällen.

1.4 Resultate Akutsomatik

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der im Benchmark berücksichtigten Leistungserbringer 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. und 30. Perzentil berechnet. Im Benchmark «Alle Spitäler ohne Geburtshäuser» wurden die Geburtshäuser bewusst weggelassen, da die Infrastruktur mit Akutspitälern nicht vergleichbar ist, diese sehr geringe Fallzahlen aufweisen, nur ein äusserst eingeschränktes Setting anbieten usw. Das SwissDRG-System ist noch nicht ausgereift und eine Differenzierung zwischen Uni- und nicht Uni-Spitälern rechtfertigt sich. Die ausgewiesenen anrechenbaren Kosten enthalten die Anlagenutzungskosten (ANK) nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime, kurz VKL.

Tabelle 3: Benchmark Akutsomatik 2022 bei CW 1.0, gewichtet nach Case-Mix mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Spitäler ohne Geburtshäuser	10'744	10'601	10'504	10'240	10'173
Nur Uni-Spitäler	12'038	11'670	11'567	11'567	11'567
Nur Geburtshäuser	9'495	9'311	9'311	9'099	9'099

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

Gewichtung	Spital	Baserate
Arith. Mittel		10'744
Median	St. Clara Spital	10'601
40. Perzentil	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	10'504
35. Perzentil	Kantonsspital Graubünden	10'240
30. Perzentil	Spitalzentrum Biel AG	10'173

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 Anlagennutzungskosten nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL).

Tabelle 5: Benchmark Psychiatrie 2022 bei CW 1.0, gewichtet nach Case-Mix mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	Gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	728	706	691	684	684

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

Gewichtung	Klinik	Baserate
Arith. Mittel		728
Median	Psychiatrie Baselland	706
40. Perzentil	Psychiatrie St. Gallen Nord	691
35. Perzentil	Luzerner Psychiatrie	684
30. Perzentil	Spital Thurgau AG	684

Quelle: SpitalBenchmark

1.6 Resultate Rehabilitation

Die folgende Abbildung zeigt die Kosten bei Fallgewicht 1.0 für alle Kliniken. Die Kosten sind für verschiedene Gewichtungen berechnet. Die Kosten beinhalten die Anlagennutzungskosten (ANK) nach der Ver-



ordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime (VKL).

Tabelle 7: Benchmark Rehabilitation 2022 bei CW 1.0, gewichtet nach Anzahl Austritten mit ANK nach VKL

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	817	749	715	714	714

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

Gewichtung	Klinik	Baserate
Gew. arith. Mittel		817
Median	Klinik Barmelweid AG	749
40. Perzentil	Salina Menziken	715
35. Perzentil	Hôpital du Valais	714
30. Perzentil	Reha Rheinfelden	714

Quelle: SpitalBenchmark

1.7 Fazit

Benchmark – Zahlen 2022

Die Spitäler und Kliniken behandelten 2022 für KVG weniger Patientinnen und Patienten. In der Akut-somatik wurden gegenüber 2021 knapp 14'000 «Fälle» weniger behandelt. Die Kosten sind dabei um 1.26 % gestiegen. In der Psychiatrie bedurften zusätzlich 73 Personen einer stationären Behandlung. Die Behandlungskosten bei Fallgewicht 1.0 konnten demgegenüber um 0.1 % gesenkt werden. Auch in der Rehabilitation ist das Patientenaufkommen gesunken. Die Kosten pro Pfl egetag sind dabei um 0.92 % gestiegen.

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 Akut-somatik 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.

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.»

Dank an die Leistungserbringer

SpitalBenchmark bedankt sich einerseits bei den Spitälern und Kliniken für die zur Verfügung gestellten eigenen Betriebsdaten sowie bei den Fachexpertinnen und -experten, 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 seit 2022 das Pauschalsystem nach ST Reha zur Anwendung.

Gemäss KVG sollen die Kosten effizient arbeitender Spitäler vergütet werden. Die Ermittlung dieser effi-



zienten 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 Spitalern an und veröffentlicht diese Vergleiche. Gemäss Art 49 Abs. 1 KVG orientiert sich die Höhe der Entschädigung an jenen Spitalern, welche die Leistung in notwendiger Qualität, effizient und günstig erbringen.

3.2 Veröffentlichung der Betriebskosten

Das Bundesamt für Gesundheit hat am 12. April 2023, nach dem Verzicht auf eine Veröffentlichung im Jahr 2022 wieder eine Publikation³ zu den Fallkosten der Akutsomatik (Daten Geschäftsjahr 2021) publiziert. Das BAG weist die Fallkosten pro Spital/Klinik aus, erstellt daraus aber keinen Benchmark. Zum Verzicht auf eine Publikation im Jahr 2022 stellt das BAG fest: «Das BAG hat entschieden, auf eine (...) 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 Versicherer zur Verfügung gestellt.»

3.3 Verschiedene Benchmarks

Jede Interessengruppe, insbesondere die Kranken- sowie die Unfallversicherer, die Preisüberwachung und die einzelnen Kantone erstellen separate und unterschiedlich geartete Benchmarks.

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



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 Bewandtnis.

- 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 Anlagennutzungskosten 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 2022 kam die Version 11.0 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 11.0 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 Tarifentwicklung 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 Routedaten, welche zuhanden 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 OKP
- 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
- Kosten und Erlöse für Lehre/Forschung und 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 die Expertinnen und Experten. Dafür stehen alle Datenquellen zur Verfügung, bei Bedarf kann die Analyse bis auf die Stufe des anonymisierten Einzelfalls erfolgen. Zur Unterstützung der Prüfarbeit steht ein Tool zur Verfügung, die Prüfungsergebnisse werden protokolliert und dem Mitglied zugestellt.

Verifizierungsteam

Mit der Aufgabe der Verifizierung sind erfahrene Spezialistinnen und Spezialisten aus der Akutsomatik,



Psychiatrie, Rehabilitation und aus den Geburtshäusern mit Fachwissen in Finanzen und Controlling be-
traut. Die Prüfungen werden nach vorgegebener Systematik und damit einheitlich vorgenommen. Das
Prüf-Team besteht aus zwölf Personen, welche nach spezifischer Schulung diese Aufgabe ausführen.

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 Verifi-
zierenden diese den Mitgliedern zur Überprüfung zu. Die Mitglieder haben die Möglichkeit, aufgrund fest-
gestellter 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 Datenqualität⁴ 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 den Mitgliedern zur Bereinigung zugestellt. Lässt sich
dies im Einzelfall nicht erreichen, wird die Institution nicht generell ausgeschlossen, sondern in der spezi-
fischen Auswertung nicht berücksichtigt.

Einbezug von BVG-Entscheiden

Wie einleitend festgehalten, beurteilt das Bundesverwaltungsgericht in Tarifverfahren auch Detailsachver-
halte. 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 Ausprä-
gung. Hier sind exemplarisch einzelne Prüfungsschritte beschrieben.

Schritt 1: Automatische Prüfung

Die Datenlieferung erfolgt durch das Mitglied elektronisch auf das Portal von SpitalBenchmark. Dabei er-
folgt eine erste automatische Kontrolle auf Datenkorrektheit und Vollständigkeit. Insbesondere wird ge-
prüft, 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 Da-
tenbank aufgenommen und müssen durch das Mitglied korrigiert geliefert werden.

Die folgende Abbildung zeigt einen Ausschnitt aus der Datenprüfungsroutine, z. B. wird geprüft, ob der

⁴ Zu beachten ist, dass einzelne Kantone die Datenlieferung von Spitälern und Kliniken terminlich so früh einfordern, dass eine Veri-
fizierung 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.



Datensatz mit dem korrekten Namen hochgeladen wurde. Danach folgt die Prüfung auf die Filestruktur.

Abbildung 1: Ausschnitt aus der Erfassungsmaske Datenlieferung

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

Uploads

Dateiname	Größe	Zuordnung
<input type="button" value="Abbrechen"/>		

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	
ITAR_K: H+ Gesamtübersicht Spital inkl. Benchmarking - signiert (Excel-File)	Gesamtüber Validiert	
ITAR_K: Aus Tool H+ Abweichungen (pdf.File)	Abweichung Validiert	

Quelle: SpitalBenchmark

Schritt 2: Ergebnis Datenverknüpfung

Durch die Verknüpfung verschiedener Datenquellen kann die Konsistenz der gelieferten Daten verglichen werden. Differenzen sind sichtbar und Korrekturen werden überprüft. Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl Austritte über vier Jahre im Vergleich aus zwei Datenquellen.

Abbildung 2: Ausweis des Vergleichs von Kennzahlen

Kennzahl		2022	2021	2020	2019
01. Austritte	ITAR-K	2'160	2'262	1'950	1'903
	Med.DS/Kosten	2'161	2'262	1'974	1'900
	Differenz	-1	0	-24	3
		100,0%	100,0%	98,8%	99,8%

Quelle: SpitalBenchmark

Schritt 3: Abstimmung

Die Verifiziererinnen und der Verifizierer prüfen 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

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

Abbildung 3: Auszug aus dem Prüfprotokoll

Datenprüfung Protokoll 2022							
Prüfbereiche / Feststellungen	Vergleichswerte	Antwort	Kommentar	Ist ok?	ITAR_K - Zeilenbeschreibung	Bemerkungen für Datenprüfer / Weiterentwicklung	
1. Abgrenzungen							
1.1	Wurden die im ITAR_K ausgewiesenen Fibu-Werte mit der Jahresrechnung geprüft?	Ja (Standard)	Das Geschäftsbericht 2022 scheint noch nicht veröffentlicht worden sein. Entsprechen die Werte von ITAR_K Gesamtsicht C8.C15 die Werte der FIBu ? Geschäftsbericht weitergeleitet, OK	<input type="checkbox"/>		Wurde das Häkchen in den Finanz-Kennzahlen gesetzt: "Fibu-Jahresrechnung stimmt mit ITAR_K Fibu-Werten überein"	

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 aus der ganzen Schweiz, wobei für die Geburtshäuser ein eigenständiger Benchmark erstellt wird. Im Kapitel 9 befindet sich die Liste aller Spitäler. 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 10: Repräsentativität der in SpitalBenchmark enthaltenen Spitäler

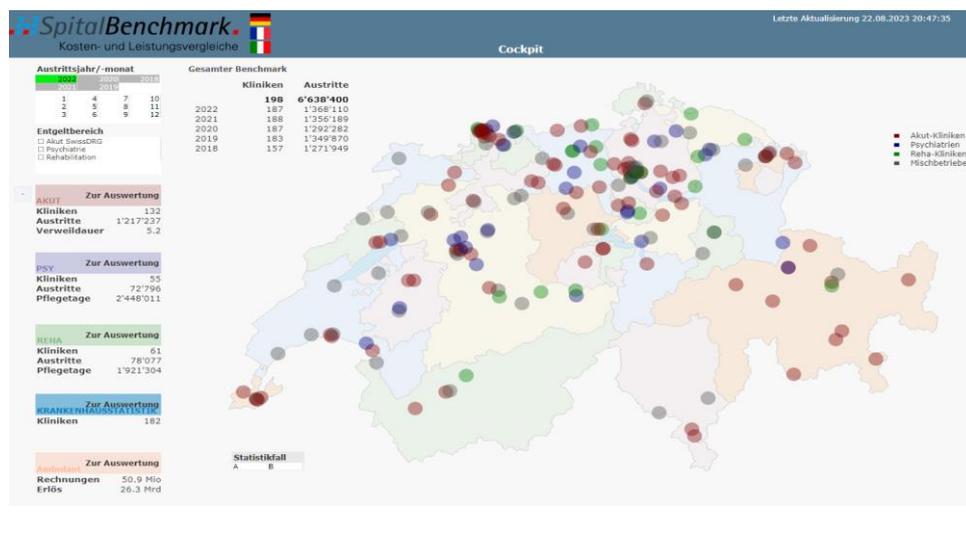
BFS Kategorie	Bezeichnung	BAG	ITAR_K®	in %
K111	Vers. Niveau 1; > 29'999 Fälle	5	5	100
K112	Vers. Niveau 2; > 8'999 Fälle	39	38 ⁵	100
K121	Vers. Niveau 3; > 5'999 Fälle	18	12	67
K122	Vers. Niveau 4; > 2'999 Fälle	25	23	92
K123	Vers. Niveau 5; bis 2'999 Fälle	17	8	47
K211/K212	Psychiatrie Niveau 1/2	49	57	6 ⁶
K221	Rehabilitationskliniken	51	64	6 ⁶
K231	Spezialkliniken Chirurgie	34	18	53
K232	Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatologie	15	10	67
K233	Spezialkliniken Pädiatrie	3	3	100
K234	Spezialkliniken Geriatrie	3	2	67
K235	Spezialkliniken Diverse	17	4	24

Der Vergleich der Zahlen des BAG 2021 und ITAR_K® 2022 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 4: Standorte der Spitäler und Kliniken in der Datenbank SpitalBenchmark (Quelle: SpitalBenchmark)



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

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



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 der Patientin und des Patienten für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

Tabelle 2: Anzahl KVG-Fälle 2021 Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten

Wohnkanton Patientin/Patient	Austritte Akutsomatik	Austritte Psychiatrie	Austritte Rehabilitation	Total
Total	1'217'237	72'796	78'077	1'368'110
AG	99'128	6'088	6'698	111'914
AI	1'968	81	42	2'091
AR	7'182	512	213	7'907
BE	155'472	11'400	8'945	175'817
BL	52'226	2'714	4'718	59'658
BS	36'355	968	3'769	41'092
FR	36'591	2'835	2'556	41'982
GE	62'651	2'780	4'986	70'417
GL	6'168	367	254	6'789
GR	30'172	1'599	819	32'590
JU	12'942	608	1'555	15'105
LU	52'598	3'283	2'417	58'298
NE	25'001	1'561	1'987	28'549
NW	5'737	234	164	6'135
OW	5'098	228	206	5'532
SG	67'040	4'344	1'877	73'261
SH	12'639	868	1'331	14'838
SO	43'992	2'997	2'760	49'749
SZ	23'513	1'032	1'083	25'628
TG	40'980	2'946	2'794	46'720
TI	49'375	42	2'793	52'210
UR	5'327	208	256	5'791
VD	88'248	5'793	8'123	102'164
VS	46'675	2'152	4'535	53'362
ZG	17'243	872	929	19'044
ZH	200'251	15'168	11'366	226'785
Ausland	31'899	1'024	878	33'801
unbekannt	766	92	23	881

6.3 Repräsentativität

Der Benchmark des Vereins SpitalBenchmark mit den Daten des Geschäftsjahres 2022 ist repräsentativ. In der Datenbank sind für das Jahr 2022 1'368'110 Fälle enthalten. Zum Vergleich: Das BAG weist für das Jahr 2021 total 1'437'524 Fälle aus. Aufgeteilt nach Branche: Akutsomatik 1'313'740, Psychiatrie 61'958 und Rehabilitation 61'826.



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 ausgeschlossen 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 ausgeschlossen. Die folgende Abbildung zeigt den Auszug aus dem Muster-ITAR_K® mit den entsprechenden Spalten für erteilte universitäre Lehre und für GWL.

Abbildung 5: Auszug aus Muster-ITAR_K®

Kostenträgerausweis nach REKOLE®		universitäre Lehre + Forschung	GWL
Kostenträgerstückrechnung 1.1.-31.12.2022			
Stückerlös			
60 Erlös aus medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen			
61 Ärztliche Einzelleistungen			
62 Übrige Spitäleinzelleistungen			
65 Übrige Erlöse aus Leistungen an Patienten			
66 Finanzerlös			
67 Bestandesänderungen an unfertigen und fertigen Erzeugnissen sowie anunerrechneten Lieferungen und Leistungen			
68 Erlös aus Leistungen an Personal und Dritte		6'000	
69 Beiträge und Subventionen		1'338'000	608'000
Total Stückerlös		1'344'000	608'000
Einzelkosten			
Bezugsgrösse			
Medizinischer Bedarf			
400 Arzneimittel (exkl. Blut und Blutprodukte)			2'868
Blut und Blutprodukte			
401 Material (exkl. Implantate), Instrumente, Utensilien, Textilien	Kalk. EP, inkl. GK-Zuschläge		58'752
Implantate			
405 Medizinische, diagn. und therap. Fremdleistungen (exkl. Arzthonorare)	Faktura	705	
Arzthonorare (nicht sozialversicherungspflichtig)		98'231	
Arzthonorarkosten (sozialversicherungspflichtig)			
380 Arzthonorar, Spitalärzte			
381 Arzthonorar, Belegärzte	CHF, gemäss Vertrag		
Übrige Einzelkosten			
480 Patiententransporte durch Dritte	Faktura		
485 Übrige patientenbezogene Fremdleistungen	Faktura		
486 Übrige Auslagen für Patienten	Faktura		
Total Einzelkosten		98'936	61'620
Gemeinkosten			
Bezugsgrösse			
Kostenstellen			
10 Patientenadministration	administrativer Fall	0	15'668
20 OPS-Säle	Ist-Min.	167'612	
21 Herz-Kreisl.-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 ausgeschrieben.

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. Die 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.

Tabella 3: Anteil der Anlagenutzungskosten

Anteil Anlagenutzungskosten Branche	kalkulatorische Sicht (REKOLE®)		nach VKL	
	Median	arith. Mittel	Median	arith. Mittel
Akutsomatik	9.71 %	10.27 %	7.15 %	7.70 %
Psychiatrie	13.44 %	13.91 %	8.57 %	8.70 %
Rehabilitation	10.79 %	10.44 %	8.83 %	8.78 %

Quelle: SpitalBenchmark

Zinskosten/Teuerung

Bei REKOLE®-zertifizierten Spitälern werden die effektiven Zinskosten berechnet; bei nichtzertifizierten wird nach dem Modell des Preisüberwachers⁷ 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.

⁷ 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 %.



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 Spitäler mit spezifischem Leistungsspektrum oder eingeschränktem Leistungsangebot (z. B. keine Notfälle, kein Ausbildungsangebot, Öffnung während fünf Tagen) übermässig berücksichtigt. Aus diesem Grund wird für die Geburtshäuser ein eigenständiger Benchmark gerechnet.

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 (BVG 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 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.»

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 Einzelfalls 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 mit einem eingeschränkten oder fokussierten Leistungsangebot sehr starkes Gewicht, da jede Klinik unabhängig des Leistungsangebotes und der Grösse gleich gewichtet ist.

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 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 AG⁸ 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 und Verzerrungen

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

⁸ [polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf \(vzk.ch\)](#)



40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix- bzw. Day-Mix-Punkten, alternativ allenfalls gewichtet nach Fällen) nicht rechtfertigen.

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. Diese Verzögerung der Tarifierung verzerrt den Perzentilwert zusätzlich.

9. Resultate des Benchmarks 2022 im Detail

9.1 Akutsomatik

In den nachstehenden Abbildungen 6 und 7 werden die Kosten mit Fallgewicht 1.0 pro Spital ausgewiesen. In Abbildung 6 sind die Spitäler mit den Werten bis zum 50. Perzentil gezeigt, in Abbildung 7 diejenigen ab dem 50. Perzentil.



Abbildung 6: Fallkosten bei CW 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Case-Mix (bis zum 50. Perzentil)

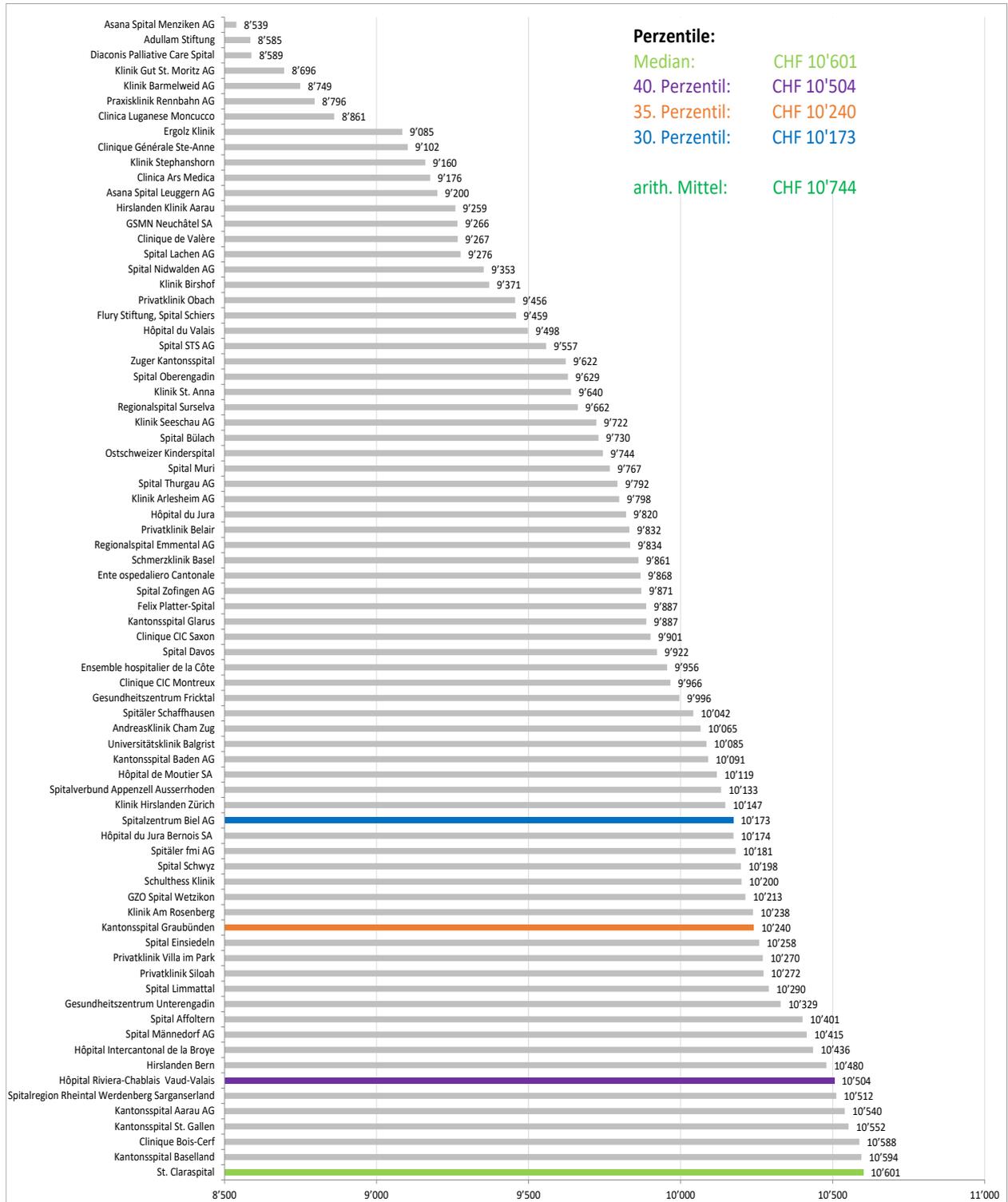
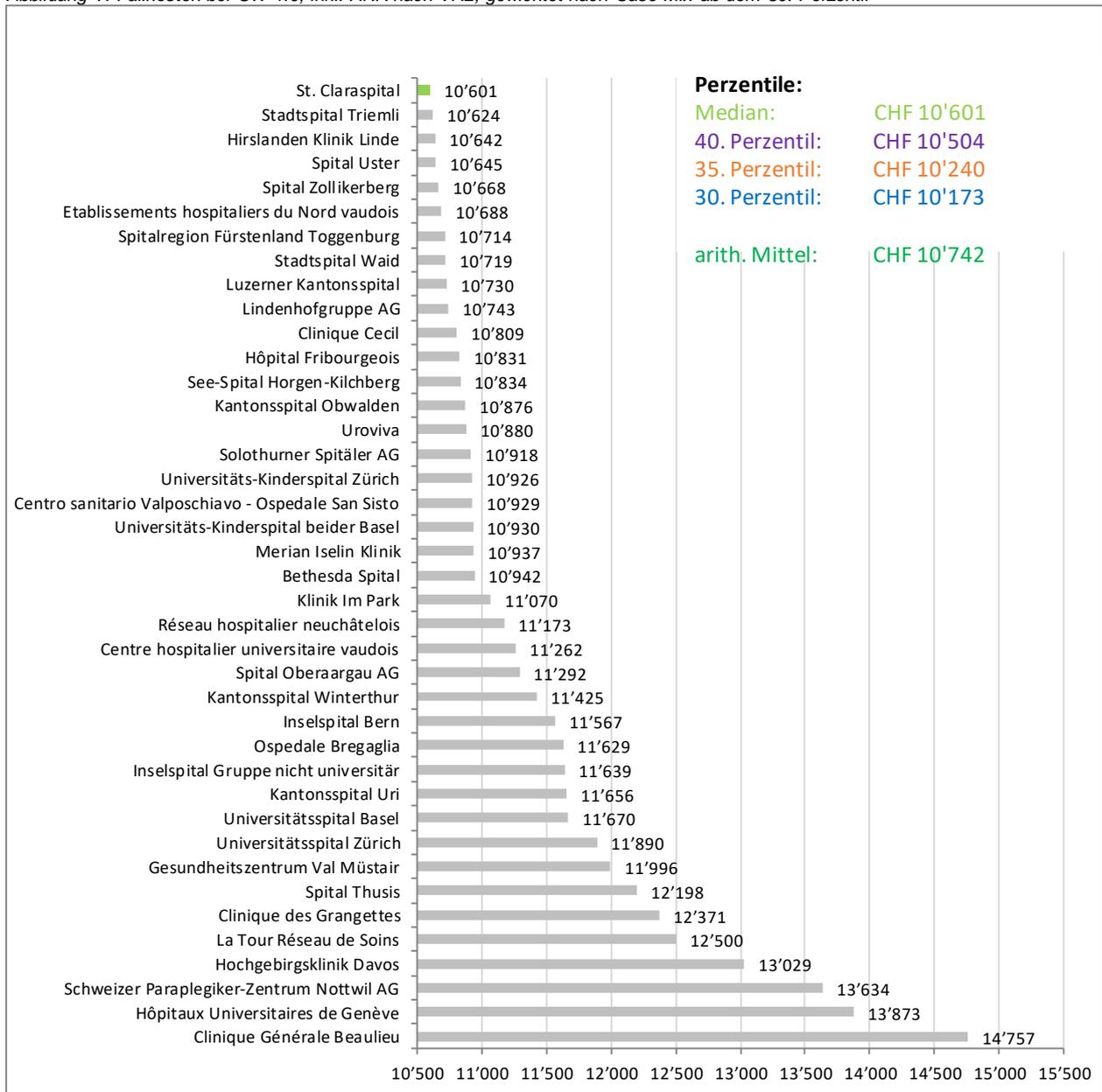




Abbildung 7: Fallkosten bei CW 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Case-Mix ab dem 50. Perzentil



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

Tabella 4: 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
Alle Spitäler	10'744	10'601	10'504	10'240	10'173
Nur Uni-Spitäler	12'038	11'670	11'567	11'567	11'567
Nur Geburtshäuser	9'495	9'311	9'311	9'099	9'099

Tabella 5: 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
Alle Spitäler	11'060	10'955	10'837	10'740	10'588
Nur Uni-Spitäler	12'422	12'206	11'875	11'875	11'875
Nur Geburtshäuser	9'510	9'311	9'311	9'099	9'099

Gewichtung nach Anzahl Fällen

Tabella 6: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Spitäler	10'667	10'552	10'415	10'213	10'147
Nur Uni-Spitäler	12'066	11'670	11'567	11'567	11'567
Nur Geburtshäuser	9'493	9'311	9'311	9'099	9'099

Tabella 7: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Spitäler	10'967	10'941	10'755	10'721	10'542
Nur Uni-Spitäler	12'448	12'206	11'875	11'875	11'875
Nur Geburtshäuser	9'509	9'311	9'311	9'099	9'099



Gewichtung nach Spitälern

Tabella 8: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Spitälern

Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Spitäler	10'365	10'213	10'042	9'901	9'834
Nur Uni-Spitäler	12'052	11'670	11'567	11'567	11'567
Nur Geburtshäuser	9'426	9'311	9'099	9'099	8'713

Tabella 9: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Spitälern

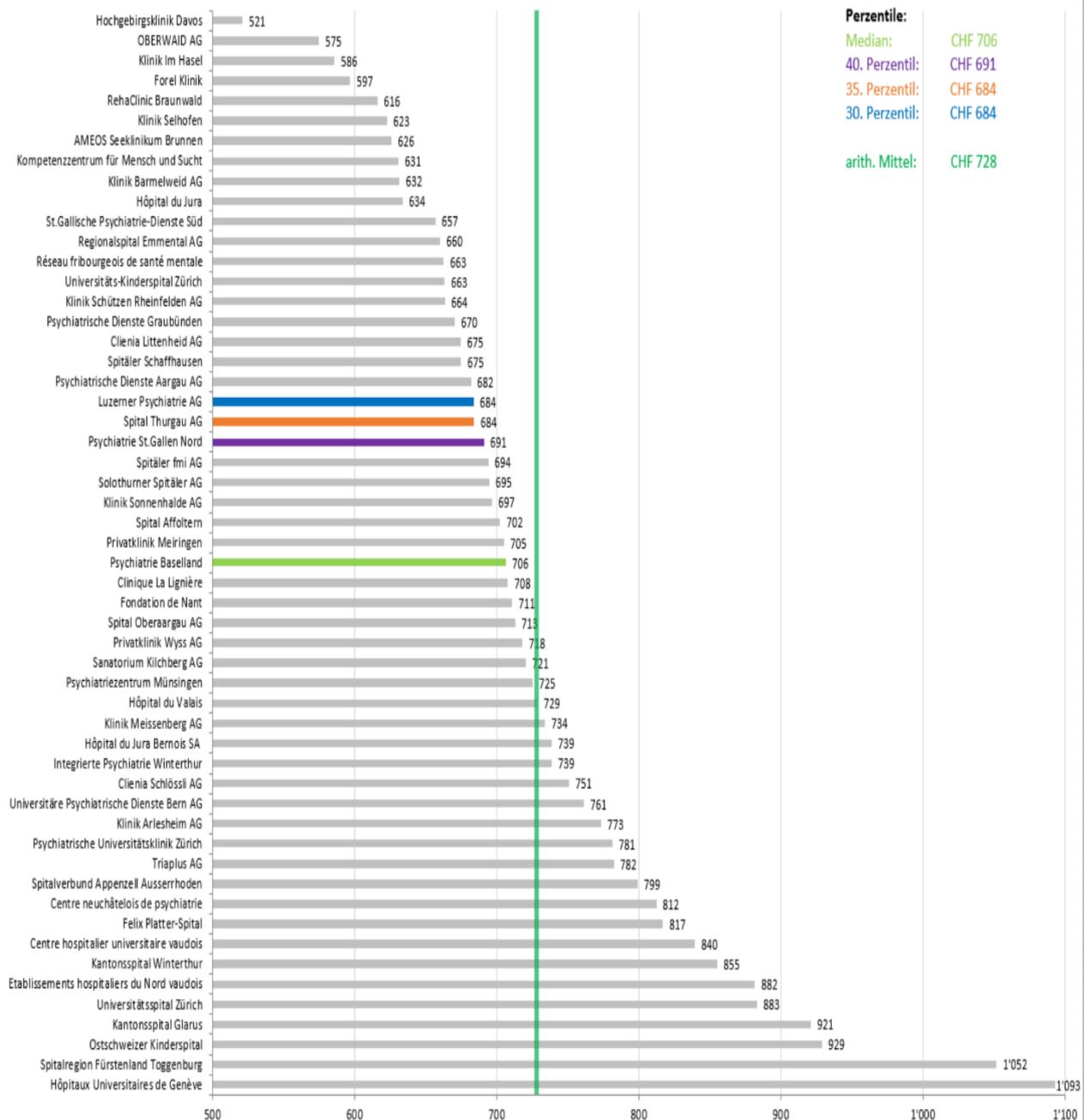
Akutspitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Spitäler	10'695	10'683	10'416	10'312	10'069
Nur Uni-Spitäler	12'440	12'206	11'875	11'875	11'875
Nur Geburtshäuser	9'444	9'311	9'099	9'099	8'713

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 1: Fallkosten bei DM 1.0, inkl. ANK nach VKL, gewichtet nach Day-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

Tabella 10: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Day-Mix-Punkten

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	728	706	691	684	684

Tabella 20: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Day-Mix-Punkten

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	757	740	730	725	716

Gewichtung nach Anzahl Fällen

Tabella 11: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	734	718	697	691	684

Tabella 12: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	764	744	730	727	725

Gewichtung nach Kliniken

Tabella 13: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Kliniken

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	727	705	691	682	675

Tabella 14: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Kliniken

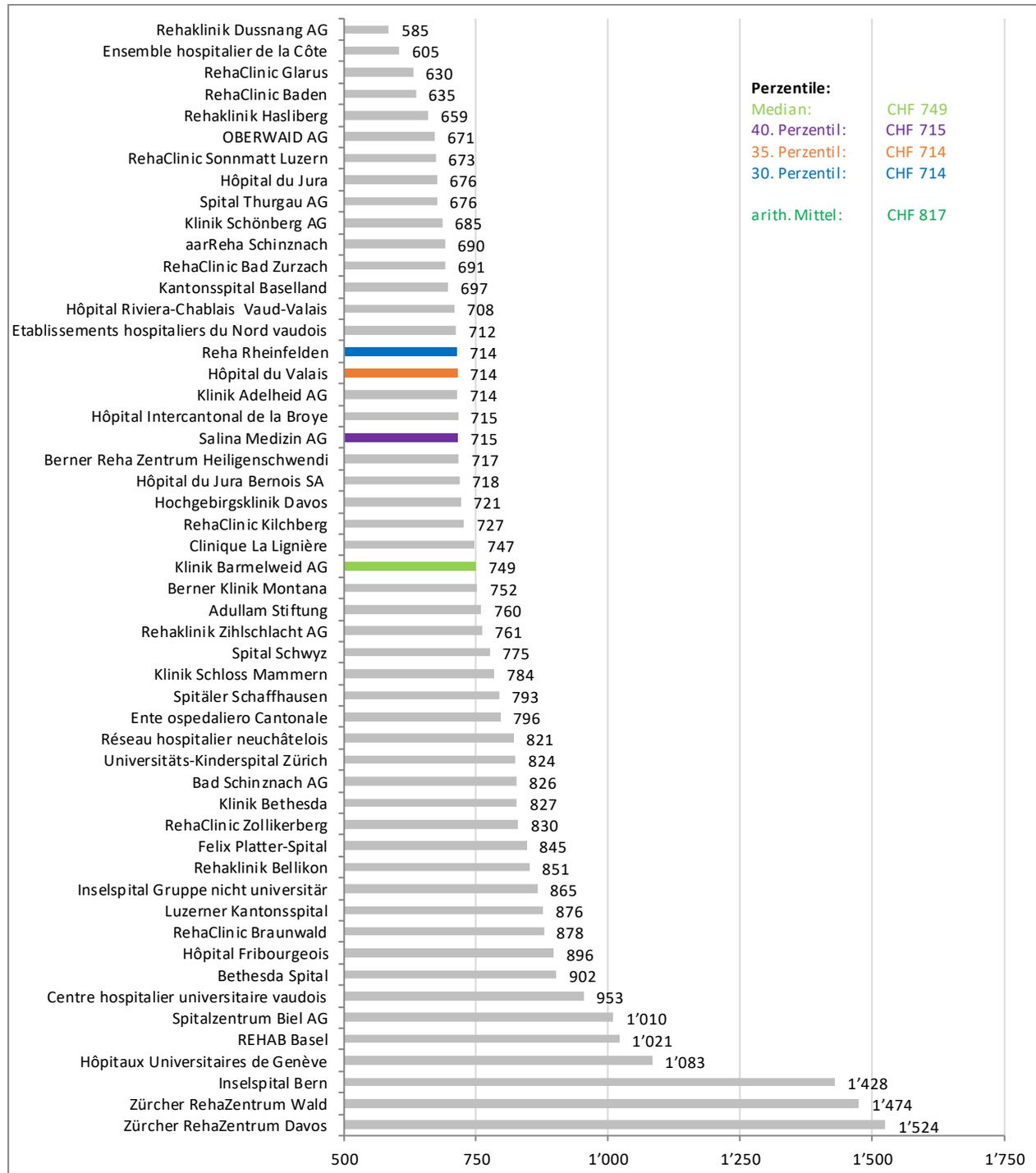
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	757	730	721	713	696



9.3 Rehabilitation

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

Abbildung 2: Fallkosten bei Pflege-tag, inkl. ANK nach VKL gewichtet nach Day-Mix





Einfluss der Gewichtung

Die folgenden Tabellen zeigen die Benchmarkwerte 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 Anzahl Fällen und nach Kliniken auswirkt.

Gewichtung nach Day-Mix-Punkten

Tabella 15: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Day-Mix-Punkten

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	817	749	715	714	714

Tabella 16: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Day-Mix-Punkten

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	847	759	745	744	733

Gewichtung nach Anzahl Fällen

Tabella 17 Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	810	747	714	714	714

Tabella 18: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Fällen

Spitäler/Kliniken	gew. arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	840	755	744	743	733

Gewichtung nach Kliniken

Tabella 15: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **VKL**, gewichtet nach Anzahl Kliniken

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	810	749	717	715	714

Tabella 2016: Baserate bei Fallgewicht 1.0, ANK nach **REKOLE®**, gewichtet nach Anzahl Kliniken

Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perzentil	35. Perzentil	30. Perzentil
Alle Kliniken	839	764	745	743	733