



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Quantifizierung und Plausibilisierung der finanziellen Auswirkung von COVID-19 auf die Schweizer Spitäler

ausgehend von der Finanzbuchhaltung und der Kostenartenrechnung

Version 1.0 / Juni 2020

H+ Die Spitäler der Schweiz empfiehlt

zur Sicherstellung einer adäquaten spitalbezogenen Finanzierung des Betriebsjahres 2020 ein Modell, dass auf einer Vergleichsanalyse der spitalbezogenen EBITDAR 2020 und 2019 basiert. Dies unter Berücksichtigung ihrer entsprechenden EBITDAR-Margen als Plafonierung.

Als Plausibilisierungsmassnahme sollen sämtliche Mehr-/Minderkosten sowie Mehr-/Mindererträge spitalbezogen mittels einer nationalen Checkliste - ausgehend von der Kostenartenrechnung – einheitlich bewertet und ermittelt werden. H+ lehnt eine Plausibilisierungsmassnahme basierend auf der Kostenträgerrechnung entschieden ab.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Regelwerk des COVID-19 Finanzierungsmodell basierend auf dem EBITDAR3	
3	Plausibilisierung der absoluten Differenz des EBITDAR 2020 im Vergleich zu 2019.....	4
3.1	Erläuterungen zur nationalen Checkliste «Mehr-/Minderkosten und Mehr- / Mindererträge 2020».....	4
4	Problematik der Plausibilisierung der von COVID-19 bedingten finanziellen Auswirkung mit der Spital-Kostenträgerrechnung (und ITAR_K®).....	5
4.1	Ausblick auf die Finanzierung der Betriebsjahre 2022/23.....	6
4.2	Vorzunehmende Massnahmen in der Kostenrechnung eines Spitals um die COVID-19 bedingten finanziellen Schätzungen auf Kostenträgerebene darzustellen und zu plausibilisieren	6
4.2.1	Ebene der Kostenträgerrechnung.....	6
4.2.2	Ebene der Kostenartenrechnung	7
4.2.3	Ebene der Kostenstellenrechnung.....	7
4.2.4	Ebene der Auswertung: ITAR_K®	9
4.3	Grundsätzliche Probleme, die anzeigen, dass dieser Plausibilisierungs-Ansatz nicht zu verfolgen ist	9
5	Anhang: Nationale Checkliste	11
6	Kontakt.....	12

1 Einleitung

Der spitalbezogene finanzielle Schaden, der zu quantifizieren ist, setzt sich aus drei unterschiedlichen, zu identifizierenden, Effekten zusammen:

- Den Netto-Mindererträgen der Spitäler bedingt durch das Behandlungsverbot für elektive Eingriffe,
- der Netto-Mehrkosten aus angeordneten Bereitstellungen von spezifischen und zusätzlichen Kapazitäten zur Bewältigung der Pandemie (s.g. GWL¹ COVID-19),
- der Mehrkosten bei den Behandlungen von Patientinnen und Patienten aufgrund der verschärften Schutz-, Hygiene- und Isolationsmassnahmen.

Mit dem vorliegenden Modell möchte H+ einen Beitrag leisten zur wichtigen Frage der Sicherstellung einer raschen, adäquaten und spitalbezogenen Finanzierungsregelung des Betriebsjahrs 2020.

Das Modell bringt eine Absicherung für die Finanzierung der Netto-Mehrkosten und Ertragsausfälle der COVID-19 Pandemie auf Spitalebene. Dabei werden die spezifischen Gegebenheiten der Spitäler und ihr wirtschaftliches und politisches Umfeld berücksichtigt, was in dieser ausserordentlichen Situation zentral ist. Dieses Modell kann sowohl für die Ermittlung der Höhe der spitalbezogenen Entschädigung als auch bei der Allokation der Entschädigung verwendet werden und erfordert keine Zusatzaufwendungen.

2 Regelwerk des COVID-19 Finanzierungsmodell basierend auf dem EBITDAR

Das Regelwerk lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- a. Die COVID-19 bedingten Netto-Mehrkosten und Netto-Ertragsausfälle werden durch die **absolute Differenz des EBITDAR 2020 im Vergleich zu 2019** ermittelt. Basis bilden die geprüften Jahresabschlüsse der Spitäler.
- b. Die betriebsbezogene Entschädigung wird gekürzt, soweit sie die betriebsbezogene* EBITDAR-Marge des Vorjahrs (2019) übersteigt.
- c. Bei den Einnahmen und entsprechend bei der Berechnungsbasis für die EBITDAR-Marge sind allfällige COVID-19 bezogene Vorleistungen der Kantone (oder Dritten) abzuziehen.
- d. Der Jahresabschluss 2020 muss mit dem gleichen Rechnungslegungsstandard wie 2019 erfolgen.
- e. Mehr-/Minderkosten und Erträge aufgrund struktureller Änderungen im Leistungsangebot oder Betriebsgeschehen 2020 gegenüber 2019 (nicht COVID-19 bedingt und welche in den Betriebs- oder Projektbudgets ersichtlich sind, wie z.B. Bauvorhaben, EPD) sind für die EBITDAR-Vergleiche 2020/2019 nicht zu berücksichtigen, d.h. sie können mit den Ist-Werten 2020 zusätzlich zur EBITDAR-Veränderung geltend gemacht werden.
- f. Extra-Ausgaben für das Betriebsjahr 2020 sind zu berücksichtigen (z. B. gesetzliche Auflagen 2020 für Individuelle Lohnanpassungen, Mehrkosten 5. Ferienwoche, Mehrkosten Umkleidezeit oder die Auszahlung von Boni und 14. Monatslöhnen, wenn sie 2019 bereits angefallen ist).
- g. Kosten und Erträge von Aktivitäten 2019, die während dem Jahr 2019 in Betrieb genommen wurden (z. B. Führung einer Tagesklinik ab August, also 5 Monate Betrieb) sind aufs ganze Jahr hochzurechnen, damit sie als Vergleichsbasis für die Ermittlung der Absoluten EBITDAR Differenz 2020/2019 herangezogen werden können.

** Von einer nationalen oder kantonalen Plafonierung ist abzusehen, da die Betriebsrealitäten der Spitäler unterschiedlich sind, auch innerhalb eines Kantons. Eine derartige Plafonierung birgt ausserdem die Gefahr, dass nicht adäquate betriebsbezogene Finanzmittel gesprochen werden.*

¹ Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Vorteile: einfache, klare und für alle gleiche Regeln, ausserordentliche Abschreibungen spielen keine Rolle, allfällige Soforthilfen und Entschädigungen von Bund, Kanton und Dritten sind bereits berücksichtigt. Alle Kosten und Ertragsausfälle sind als effektive Ausgaben und Mindereinnahmen berücksichtigt. Das vorliegende Modell baut auf der Finanzbuchhaltung auf und erlaubt zeitnahe Resultate (im Gegensatz zur Kostenrechnung im spezifisch vorliegenden Fall).

Nachteile: Unschärfen aufgrund von nicht-COVID-bedingten Mehr- oder Minderkosten bzw. -erlöse.

3 Plausibilisierung der absoluten Differenz des EBITDAR 2020 im Vergleich zu 2019

Zur Plausibilisierung des oben erwähnten EBITDAR Vergleichs erfolgt - ausgehend von der Kostenartenrechnung und mittels einer nationalen Checkliste – eine einheitliche Erfassung und Bewertung sämtlicher COVID-19 bedingten Mehr-/Minderkosten sowie Mehr-/Mindererträge.

Dank dieser spitalbezogenen Erfassungs- und Bewertungsarbeiten auf Ebene der Kosten- und Ertragsarten ist es möglich die COVID-19 bedingten Netto-Mehrkosten und die Netto-Ertragsausfälle zu quantifizieren. Die so gewonnenen Informationen ermöglichen:

- Auf Spitalebene eine fundierte Plausibilisierung der absoluten Differenz des EBITDAR 2020 im Vergleich zu 2019.
- Auf Branchenebene, eine robuste nationale Ausgangslage, die die Darstellung der Entwicklung der Effekte der COVID-19 Pandemie (datenbasierte Analyse durch Verein Spitalbenchmark/PWC²) im Jahr 2020 und weiteren Jahren, wenn notwendig, ermöglicht.

Die erste Schätzung (Verein Spitalbenchmark / PWC) der finanziellen Auswirkung von COVID-19 für Schweizer Spitäler und Kliniken (Stand Mai 2020) basiert auf der Kostenartenrechnung und zeigt, dass sich das Behandlungsverbot bei nicht-dringlichen Eingriffen im stationären und ambulanten Bereich mit rund 80% der finanziellen Ertragsausfälle am stärksten auswirkt, gefolgt von den Kosten für die Bereitstellung (GWL COVID-19) der Kapazitäten mit 17% und rund 3% Netto-Mehrkosten für Behandlungen infolge von COVID-19 bedingten Vorgaben bei Behandlungen von Patienten.

3.1 Erläuterungen zur nationalen Checkliste «Mehr-/Minderkosten und Mehr- / Mindererträge 2020»

Die vorliegende nationale Checkliste V1.0 Juni 2020³ ist das Ergebnis einer nationalen Umfrage von H+ bei ausgewählten H+ Fachkommissionen (REKOLE[®]-Experten Kommission REK, Fachkommission Tarife und Verträge und Arbeitsgruppe ITAR_K[®]) und kantonalen Spitalverbänden der Schweiz. In kürzester Zeit hat die Checkliste einen sehr hohen Reifegrad erreicht und ist nun bereit zur Anwendung.

Sie dient in erster Linie der Spezifizierung/Typisierung der anfallenden Mehr- und Minderkosten sowie der Ertragsausfälle aufgrund der COVID-19 Pandemie in Spitäler/Kliniken und ermöglicht deren national einheitliche Bewertung und Ermittlung.

Sie ist anhand der H+ Kontierungsrichtlinien aufgestellt und folgt der Kontengliederung des H+ Kontenrahmens⁴. Pro Kontengruppen wurden Bewertungsrichtlinien aufgestellt. Weiter konnte -Dank der Zahlreichen Rückmeldungen - jede Kontengruppe mit zahlreichen Beispielen umschrieben werden.

² P. Schwendener / Th. Brack: Whitepaper zur Berechnung des finanziellen Schadens für Schweizer Spitäler und Kliniken infolge von COVID-19, Seite 4, Stand: 22. Mai 2020

³ Vgl. Anhang

⁴ H+ Kontierungsrichtlinien inkl. Kontenrahmen 8. Ausgabe 2014

Die nationale Checkliste ermöglicht auf Branchenebene ein fortlaufendes, datenbasiertes Monitoring der Entwicklung der Effekte der Pandemie und nach Abschluss des Betriebsjahrs 2020 eine robuste Plausibilisierung des finanziellen Schadens sowohl auf Branchen- als auch auf Betriebsebene; dies unter Berücksichtigung der während dem Jahr 2020 bereits vorgenommenen Anstrengungen seitens der Spitäler, um den finanziellen Schaden zu minimieren. Zu den Kostenminderungsmassnahmen gehören z. B:

- Kompensation von Überzeit und Ferienbezug für das angestellte Personal während des Lockdowns und der langsamen Rückkehr in eine neue Normalität;
- Kurzarbeit-Anmeldung und Berücksichtigung von Kurzarbeit-Entschädigung;
- Berücksichtigung ev. Mehr-/Mindereinnahmen aus Personalausleihe an Dritte;
- Berücksichtigung von Minderkosten (nur Einzelkosten): Arzthonorare für Spitalangestellte, sämtliche Arzthonorare für Belegärzte und weitere diagnostische, therapeutische und pflegerische Drittleistungen inkl. externe Behandlungen sowie Implantate, Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte), Medikamente, Material/Instrumente, Film-/Fotomaterial, externe Laboraufträge;
- Einrichtung von Krisenstab;
- Projekteverzicht/-verschiebung auf spätere Jahre⁵.

Die Checkliste fokussiert in erster Linie auf eine Ermittlung und Bewertung von Primärkosten. Die Bewertung der indirekten Kosten bzw. Sekundärkosten (ILV, Umlagen, usw.) können mit diesem Ansatz bis zu einem gewissen Grad abgefangen werden; die Sekundärkosten können mit diesem Ansatz aber nicht vollkommen ermittelt werden. Die Bewertung der indirekten Kosten muss zum gegebenen Zeitpunkt auf pragmatische Art hergeleitet werden.

Bei der Definition der Granularität der Checkliste wurde ein besonderes Augenmerk gesetzt und sichergestellt, dass Sachverhalte nicht doppelt und/oder falsch erfasst werden: zum Beispiel dürfen nicht gleichzeitig die Kosten für Mitarbeiter-Fehlzeiten wegen Krankheit und die Kosten für das Ersatzpersonal der erkrankten Mitarbeiter erfasst werden. Weiter können die Ertragsausfälle der nicht durchgeführten Aktivitäten nicht berücksichtigt werden, ohne dass dabei die dadurch nicht gebundenen Kosten (zum Beispiel für Material) in Abzug gebracht werden.

H+ empfiehlt, die vorliegende nationale Checkliste rasch zu anerkennen und anzuwenden, damit nationale einheitlich hergeleitete Informationen (leistungs-, kosten- und ertragsseitig) gewonnen werden. Kurzfristig können die so gewonnenen Informationen, das bereits eingeleitete nationale Branchen-Monitoring unterstützen und mittelfristig schliesslich die Plausibilisierung der spitalbezogenen absoluten Differenz des EBITDAR 2020 im Vergleich zu 2019 sicherstellen.

4 Problematik der Plausibilisierung der von COVID-19 bedingten finanziellen Auswirkung mit der Spital-Kostenträgerrechnung (und ITAR_K[®])

Die REK-Kommission warnt davor mittels der Kostenrechnung Plausibilisierungsarbeiten anstreben zu wollen: Scheingenauigkeiten und enorme zusätzliche Ressourcenbindungen in den Spitäler ohne dabei ein brauchbares Ergebnis zu garantieren, bewegen die REK-Kommission und H+ dazu, dringendst davon abzusehen die COVID-19 bedingten Netto-Mehrkosten und Netto-Ertragsausfälle der Schweizer Spitäler auf Ebene der Kostenträgerrechnung plausibilisieren zu wollen.

Dieser Ansatz gibt keine Garantie, dass mit diesem Vorgehen die Plausibilisierung der finanziellen Auswirkung robuster ausfallen würden, als das was mit der nationalen Checkliste erreicht wird – im Gegenteil – zu gross sind die in den letzten Monaten getroffenen Änderungen in den Spitalprozessen sowie jene Änderungen, die nun anstehen (zurück in eine neue Normalität)

⁵ Wobei die Projektverschiebung nur eine punktuelle Kostenminderung und langfristig lediglich eine Kostenverschiebung darstellt.

um behaupten zu wollen, diese aussergewöhnliche Betriebssituation mit nachträglichen Eingriffen in der Kostenrechnung «korrigieren» zu können. Die Schliessung von ganzen Leistungsspektren/Abteilungen, die Neuausrichtung von gesamten Abteilungen (oder sogar ganzer Spitalstandorte), die Verschiebungen von Personal innerhalb der Betriebe, die Änderungen in den Behandlungsprozessen, der Einsatz von externem Personal, usw. führen dazu, dass die Kostenstellenkosten sich z.T. massiv verändern resp. die dort erbrachten Leistungen nicht mehr mit den Kostenstellenkosten übereinstimmen werden. Hierdurch werden sich u. a. die Kostensätze in der Kosten- und Kostenträgerrechnung 2020 gegenüber dem Vorjahr und der Planung 2020 stark verändern, nicht mehr vergleichbar sein und somit die spitalbezogene Baserate und die Fallkosten der Kostenträgerrechnung 2020 mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit verzerrt sein.

4.1 Ausblick auf die Finanzierung der Betriebsjahre 2022/23

Die REK-Kommission ist gegenwärtig der Auffassung, dass im Hinblick auf die Ermittlung der spitalbezogenen Baserate und der Tarifstrukturentwicklung SwissDRG, die Betriebsdaten 2020 leider aber höchstwahrscheinlich nicht brauchbar sein werden.

Selbstverständlich werden die Spitäler ihre Betriebsdaten 2020 aber liefern und/oder Einsicht gewähren.

Angenommen die Prognose der REK-Kommission bezüglich Anwendbarkeit der Spitaldaten 2020 würde sich im Frühling 2021 bestätigen, so sind frühzeitig (idealerweise bereits im 2020) die nötigen Vorkehrungen seitens SwissDRG AG und zwischen den Tarifpartner zu treffen, um die Finanzierungsregelung 2022/23 möglichst rasch zu sichern.

H+ empfiehlt – als denkbaren pragmatischen und ressourcenschonenden Lösungsansatz - die Baserate für das Abrechnungsjahr 2022 basierend auf den Betriebsdaten 2019 geltend zu machen, inkl. Teuerung. Dasselbe gilt für die nationalen Tarifstrukturen, die jährlich mit neuen Spitalinformationen aktualisiert werden: jene die zur Anwendung kommt für das Abrechnungsjahr 2022 gilt auch fürs Jahr 2023.

Die nachstehenden Erläuterungen erklären dennoch wie - theoretisch gesehen - in die Spital-Kostenrechnung am Jahresende eingegriffen werden könnte um die Ermittlung der COVID-19 bedingten Netto-Mehrkosten und -Ertragsausfälle (mittels dem EBITDAR-Modell) zu plausibilisieren.

4.2 Vorzunehmende Massnahmen in der Kostenrechnung eines Spitals um die COVID-19 bedingten finanziellen Schätzungen auf Kostenträgerebene darzustellen und zu plausibilisieren

Diese vorliegenden Anpassungen verstehen sich als ein einmaliger Eingriff in die Kostenrechnung, wenn die IST-Kostensätze ermittelt werden und der SOLL-IST Vergleich vorgenommen wird.

Durch die transparente nachfolgende Auflistung der vorzunehmenden Anpassungen soll verständlich gemacht werden, weshalb die Kostenrechnung als Plausibilisierungsinstrumente ungeeignet ist.

4.2.1 Ebene der Kostenträgerrechnung

- (1) Um jene COVID-19 bedingten Mehr- und Zusatzkosten - denen keine Leistungen gegenübergestellt werden können – zu identifizieren, wird auf Ebene der Kostenträger ein Auftrag «GWL COVID-19» gebildet und geführt. Somit und anhand der nationalen Checkliste

können die entsprechenden verschiedenen Kostenartenanteile getrennt vom Behandlungsgeschäft⁶ ausgewiesen werden.

- (2) Die behandelten COVID-19 Patienten können mittels Kodierungsrichtlinien identifiziert und - anhand der BAG Faktenblätter⁷ - abgerechnet werden. Es braucht hierfür auf Ebene der Kostenträgerdefinition keine weiteren Massnahmen.

4.2.2 Ebene der Kostenartenrechnung

- (3) Wenn immer möglich werden eindeutig auf den Auftrag «GWL COVID-19» zuweisbare Kostenarten (Mehr- und Minderkostenanteile) als direkte Kosten (inkl. Einzelkosten nach REKOLE[®]) verbucht.

4.2.3 Ebene der Kostenstellenrechnung

Die folgenden Anpassungen haben zum Ziel, die in den Gemeinkosten enthaltenen COVID-19 bedingten Mehr- und Minderkosten zu identifizieren und auf die dafür vorgesehene Kostenträger zu verrechnen. Weiter zielen die Anpassungen darauf ab, die Kosten des Ertragsausfalls zu quantifizieren (wie viel kostet der Ertragsausfall für ein Spital bzw. für die ganze Branche).

Zusammengefasst: Für die Verrechnung der effektiven Leistungen 2020 werden die Kostensätze 2019 angewandt. Die Differenz zwischen den IST-Kostensätzen 2020 und IST-Kostensätzen 2019 wird vollumfänglich auf den Auftrag «GWL-Covid-19» verbucht. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass die Kostensätze 2019 als Normalkostensätze für die Ist-Verrechnung 2020 definiert würden. Sämtliche Restkosten müssten in der Folge auf den Auftrag GWL-Covid-19 umgebucht werden. Problematisch an diesem Ansatz ist, dass die COVID-19 bedingten netto Mehrkosten⁸ zum Teil auch auf die behandelten Patienten zu verrechnen wären. Dieser Vorgang kann auch in der Kostenrechnung nur auf Schätzungen basieren.

Folgendes wäre in der Kostenstellenrechnung vorzunehmen:

- (4) Die COVID-19 bedingten netto Primär-Mehrkosten (direkte Kostenstellenmehr- / -minderkosten der KOA-Klasse 3 und 4) denen keine Leistungen gegenüberstehen, sind auf den Auftrag «GWL COVID-19» umzubuchen.
- (5) Die dienstleistenden Kostenstellen (DL-KST) erfahren keine Anpassungen in der Kostenstellenrechnung. Ihre COVID-19 bedingten netto-Mehrkosten werden auf Ebene der leistungserbringenden Kostenstellen (LE-KST) als Sekundärkosten entsprechend berücksichtigt.
- (6) Die nachgewiesenen Netto-Mehrkosten der DL-KST werden mit jenen der LE-KST auf den Auftrag «GWL COVID-19» und auf die behandelten Patienten umgebucht (keine Verrechnung). Diese Umbuchung ist nur mittels Schätzung möglich⁹.

⁶ Alle ab März 2020 behandelten Patienten (sozial- und zusatzversicherte Patienten); Sie werden auch durch die COVID-19 Pandemie – höhere Behandlungskosten aufweisen. Grund: die ab diesem Zeitpunkt einzuhaltenden Sicherheitsvorschriften (Distanzwahrung, Behandlungsschutz, Triage, Isolations- und weitere bauliche Massnahmen) um Patienten sicher behandeln zu können.

⁷ die BAG Faktenblätter sichern kein adäquates Entgelt, der während der Pandemie-Krise durchgeführten Behandlungen, da sämtliche Mehrkosten aus Schutzmassnahmen (Triage, Isolation, Masken, usw.) nicht in die gültigen Tarife 2020 eingeflossen sind.

⁸ Sowohl die sozialversicherungsrelevanten COVID-19 bedingten Mehr- und Minderkosten als auch jene COVID-19 bedingten Mehr- und Minderkosten denen keine Leistungen gegenübersteht.

⁹ es sei denn die Spitäler hätten vor Beginn der Krise die ganze Leistungserfassung entsprechend eingerichtet und dann laufend angepasst, was unmöglich ist: Eine leistungsbezogene Verrechnung setzt nämlich voraus, dass die Mehrleistungen vorab definiert wurden; nur so liessen sich die entsprechenden Netto-Mehrkosten leistungsbezogen erfassen.

- (7) Die nachgewiesenen Ertragsausfälle resp. die entsprechenden ungedeckten Betriebskosten der Nebenbetriebe (z. B. Cafeteria) werden ebenfalls auf den Auftrag «GWL COVID-19» umgebucht.
- (8) Die Analyse der Ist-Kostensätze der LE KST 2020 und 2019 ermöglicht es schliesslich, in gewisser Masse, die Kosten des Ertragsausfalls zu kalkulieren. Mit diesem Ansatz werden gleichzeitig die COVID-19 bedingten netto Mehrkostenanteile der dienstleistenden KST berücksichtigt. Die Bewertung und Kalkulation der Kosten des Ertragsausfalls ausgehend von der KST Pflege könnte wie folgt ermittelt werden:

$$\text{Kosten des Ertragsausfalls 2020} \text{ der KST Pflege} = \Delta \text{ Kostensätze der KST Pflege 2020 \& 2019} \times \text{Leistungsmenge der KST Pflege 2020}$$

Beispiel Pflegestation

Die Umbuchung der kalkulierten «Kosten des Ertragsausfalls 2020» (Punkt 8) erfolgt gemäss folgender Kalkulation am fiktiven stark vereinfachten Beispiel einer KST Pflegestation:

Betriebsjahre	Leistungserbringende KST "Pflege"		KTR - behandelte Patienten (COVID-19 Patienten und Andere)		GWL Covid-19
	2019	2020	2019	2020	2020
Behandlung der Gemeinkosten					
Bsp. Pflegestation					
Erbrachte Leistungen: LEP-Minuten	350'000	250'000			
Kostenstellkosten (inkl. Umlagen von dienstleistenden Kostenstellen)	420'000	450'000	420'000		
davon Covid-19-bedingte direkte Kosten		50'000			50'000
"Nettokosten" Pflegestation 2020 vor Verrechnung		400'000			
Ist-Kostensatz 2019 und 2020	1.20	1.60			
Differenz Ist-Kostensätze 2020/2019 (Δ)		0.40			
Bewertung und Verrechnung der erbrachten Leistungen 2020 mittels Ist-Kostensatz 2019			1.2x250'000	300'000	
Bewertung des Ertragsausfalls					
Verrechnung der "nicht erbrachten" Leistungen 2020 (=Differenz Kostensatz x Leistung 2020)					0.40x250'000
					100'000
Total	420'000	450'000	420'000	300'000	150'000

Die Pflegestation erbringt 2020 in unserem Beispiel insgesamt 250'000 LEP-Minuten, also 100'000 Min. weniger als 2019. Kostenseitig weist die Pflegestation am Jahresende 2020 CHF 450'000 aus. Das entspricht CHF 30'000 mehr als im Jahr 2019.

Bestimmte vorgenommene COVID-19 bedingte Vorkehrungen (Aufstellen von zusätzlichen IPS-Betten) wurden 2020 nicht genutzt (Vorhalteleistungen) und können zurückgebaut werden. Die damit entstandenen Kosten 2020 können direkt auf den Auftrag GWL COVID-19 umgebucht werden (**Umbuchung von CHF 50'000**).

Für die Verrechnung der effektiven Leistungen 2020 werden die Kostensätze 2019 angewandt. In unserem Beispiel ergäbe dies: CHF 1.20 x 250'000 Min. = CHF 300'000 (**violettes Quadrat**).

Der in der KST Pflege anfallende Behandlungsausfall liesse sich kostenmässig schätzen, indem die Kostensätze der Kostenstellenrechnung 2019 und 2020 gegenübergestellt werden und die Kostensatz-Differenz (Δ) ermittelt wird. In der Pflegestation entspräche die Kostensatzdifferenz 2020/2019 Δ = CHF 0.40/LEP-Min.

Wird die Leistungsmenge 2020 (250'000 LEP Minuten) mit der Kostensatzdifferenz CHF 0.40 multipliziert, so ergibt dies für die KST Pflege kalkulierte Kosten des Ertragsausfalls in der Höhe von CHF 100'000 (CHF 0.40 x 250'000 Min.).

Diese Kosten enthalten aber auch die COVID-19 bedingten Mehrkosten von behandelten Patienten und führt dazu, dass mit diesem Ansatz und in unserem Beispiel die Fallkosten der behandelten Patienten 2020 unterbewertet ausfallen würden (**roter Kreis**). Dies ist dadurch erklärbar, dass bestimmte Kostenarten/Leistungen sich schwierig im Nachhinein auf die Kostenträger zuordnen lassen. Die Anschaffung von Schutzmasken, zum Beispiel, ist teilweise als Vorhalteleistung zu betrachten aber hauptsächlich als Behandlungsmehrkosten. Letztere wären eigentlich auch auf die Fallkosten 2020 zu verrechnen und würden den anzuwendenden Kostensatz erhöhen (**oranger Pfeil**). Diese Zuordnung könnte nur geschätzt werden (nicht verrechnet werden). Diese Kostensatz-Analyse müsste in jeder Kostenstellen eines Spitals vorgenommen werden, je nach Grösse des Betriebs bis zu mehreren Hundert!

4.2.4 Ebene der Auswertung: ITAR_K[®]

Im Excel-Blatt «KTR-Ausweis Gesamtansicht» ITAR_K Version 11.0 könnte eine neue zusätzliche Spalte «GWL COVID-19» geführt werden, um schliesslich die COVID-19 bedingten Mehr- und Zusatzkosten, denen keine Leistungen gegenüberstehen auszuweisen (ähnlich wie universitäre Lehre & Forschung).

4.3 Grundsätzliche Probleme, die anzeigen, dass der Kostenträgerrechnungsbasierte Plausibilisierungs-Ansatz nicht zu verfolgen ist

Um sich auf die COVID-19 Pandemie-Welle vorzubereiten, wurden die Spitäler ab Mitte März 2020 in einen Krise-Modus versetzt. Sämtliche Behandlungsprozesse, Strukturen und vor allem die Personaleinsatzplanung wurden komplett umgestellt. Die Änderung der Personaleinsätze insbesondere, hat zur Folge, dass letztendlich die Betriebsrealität in der Kostenrechnung nicht mehr abgebildet wird (insbesondere in der Kostenstellenrechnung entsprechen die budgetierten Kosten nicht mehr den budgetierten Leistungen; ergo stimmen auch die Kostensätze nicht mehr!). Und diese Tatsache lässt sich leider nicht ändern. In der Krisensituation ist schnelles, situationsgerechtes Handeln erforderlich. Dabei ist es unmöglich, alle meist sehr kurzfristigen Änderungen der Prozesse, des Personaleinsatzes und der Nutzung der Infrastrukturen in den Systemen zu erfassen. Folglich lassen sich alle diese Massnahmen nicht abbilden da die Personalinformations- sowie Rechnungslegungs- und Kostenrechnungssysteme und -prozesse für solche Anforderungen nicht ausgerichtet sind.

Die einmalige Anpassung des Kalkulationsverfahrens ist mit erheblichem Zusatzaufwand verbunden. Man denke nur an die Ermittlung der Kostensatz-basierten Kostenumbuchungen der leistungserbringenden KST auf den Auftrag «GWL COVID-19»! Insbesondere verlangt dieses Vorgehen die Einführung einer Normalkostenrechnung, was mit einer grundsätzlichen Neuparametrierung der ganzen Betriebsbuchhaltung verbunden ist und einen enormen finanziellen und personellen Mehraufwand ohne zusätzlichen Nutzen verursacht. REKOLE ist eine IST-Vollkostenrechnung, keine Normalkostenrechnung. Solche Eingriffe stellen zudem ein grosses Risiko dar, weil dabei Fehler vorkommen können, die in der Regel durch ein iteratives Vorgehen zu eliminieren sind. Zudem käme dieses Verfahren nur für ein einziges Jahr zur Anwendung und müsste für 2021 ff wieder auf den alten Zustand zurückgeführt werden.

Ein weiteres Risiko besteht in der Tatsache, dass diese Anpassungen mehrheitlich auf Schätzungen und nicht auf einer leistungsbezogenen Erfassung des Ressourcenverbrauchs basieren. Daher kann nicht im Voraus sichergestellt werden, dass letztendlich die Ergebnisse (z.B. OKP-relevante Fallkosten, benchmarking-relevante OKP-Betriebskosten, Total GWL COVID-19, usw.) plausibel resp. korrekt sein werden.

Für bestimmte Kostenarten dürfte es schwierig sein, zu definieren welcher Anteil als sozialversicherungsrelevante COVID-19 bedingten Mehr- und Zusatzkosten gilt und welcher Anteil als

COVID-19 bedingte Mehr- und Zusatzkosten, dem keine Leistungen gegenüberstehen (s. g. GWL COVID-19 Kosten), gilt.

Bei der Bewertung der Überstunden der Mitarbeiter ist man mit der Problematik konfrontiert, dass nicht alle Überstunden als s.g. «GWL COVID-19» Kosten zu betrachten sind, sondern auch z.T. sozialversicherungs-relevante COVID-19 bedingten Mehr- und Zusatzkosten darstellen.

Die erste Schätzung (Verein Spitalbenchmark / PWC) der Folgeschäden von COVID-19 für Schweizer Spitäler und Kliniken liegen vor (vgl. Kapitel 3). Ausgehend davon und im Wissen, dass mit den oben erläuterten Eingriffen in die Kostenrechnung in erster Linie auf die Mehr-/Minderkosten fokussiert wird (20% des gesamten finanziellen Schadens!) und die Quantifizierung der Ertragsausfälle lediglich auf einer Schätzung beruht, ist die Sinnhaftigkeit dieser Übung im Hinblick auf die Plausibilisierung der absoluten Differenz des EBITDAR 2020 im Vergleich zu 2019 nicht nur fraglich, sondern keinesfalls gegeben.

H+ lehnt eine Plausibilisierungsmassnahme basierend auf der Kostenträgerrechnung entschieden ab.

Nationale Checkliste

COVID-19: Schätzung der Mehr-/Minderkosten 2020 (gegenüber 2019)

Name Spital

V 1.0 Juni 2020

H+ Kostenarten Plan	Mehr-/Minderkosten Covid-19		Bewertungsregeln	Umschreibung
	Bezeichnung	in CHF		
30	Zusatzkosten Personal		Die Ermittlung und die Bewertung erfolgt auf Grund der Lohnbuchhaltung und/oder Kreditorenrechnungen. Inkl. Personal Ausfall und unter Berücksichtigung der Versicherungsleistungsentschädigung	Geleistete Mehrstunden (inkl. COVID-bedingte Überstunden und Schichtzuschläge) aller MA (Ärzte, Pflegenden, Therapeuten, Hebammen, administratives und weiteres Personal (z.B. HR, Oekonomie, FRW&Controlling, Reinigung, Materialeinkauf, Hygiene, QM)). Mit anderen Worten, die Summe der Zuschläge für Mehrstunden. Inkl. Ersatz- und Zusatzpersonal (Ärzte, Pflegenden, Therapeuten, Hebammen, administratives und weiteres Personal (z.B. HR, Oekonomie, FRW&Controlling, Reinigung, Materialeinkauf, Hygiene, QM)) Inkl. Zusätzliches Temporärpersonal Inkl. Zusatzpersonal für die Durchführung von COVID-19 Tests Inkl. Zivildienstleistenden und/oder Militär-/Zivilschutzinsatz (exkl. Sicherheitstätigkeit -> KOA 497)
30	Kostenminderung Personal			Kurzarbeitsentschädigung sind abzuziehen. Einnahmen aus Personalausleihe an Dritte sind abzuziehen (sofern die Einnahmen Aufwand gleich sind). Überstundenkompensation (Abbau von Überstunden) und gesamte Ferien sind zu berücksichtigen (Veränderung der Saldo über das ganze Jahr), unter Berücksichtigung der ev. Streichung der angeordneten Minusstunden, folgend aus der Tatsache das Personal nach Hause geschickt wurden Minderkosten (nur Einzelkosten): Arzthonorare (KOA 380)
39	Übrige Mehrkosten Personal		Die Bewertung erfolgt durch verschiedene Instrumente: Kreditorenrechnungen, interne Reglemente und Bewertung der "Incentives" (Naturalleistung) über Excel. Für Schulungen: Kreditorenbuchhaltung	Mehrkosten für Kinderbetreuung Inkl. Parkkarten für MA, Rabatte auf Mietautos, Mehrkosten für grösseren Arbeitsweg der MA, Unterkünfte (z.B. für Grenzgänger), Mehrkosten für zusätzliche Grenzgängerbescheinigungen, Mehrkosten für zusätzliche Personalrekrutierung. Für Schulungen: nur externe von Dritten erbrachten Schulungen
40	COVID-bedingte Mehrkosten für Schutzmaterial und -massnahmen (inkl. Einkauf)		Die produktbezogene Mehrkosten 2020 werden mittels Ermittlung (auf Kreditoren- / Produktebene) sichergestellt. Zu berücksichtigen sind die Mehrkosten auf grund Höheren Preisen & Mengenverbrauch.	Masken, Desinfektionsmittel, Medikamente, COVID-19 Testkits, medizinisches Verbrauchsmaterial. Inkl. Aufbereitung der Schutzmasken, Kosten für Miete von Kühllager. Inkl. Zusätzlicher Sauerstoffbedarf inkl. zusätzliche Tankanlage, Flaschen Vacuum Inkl. Umluftgeräte mit Hepafilter
40	Minderkosten für medizinische Sachaufwand		Die Minderkosten 2020 entsprechen der Differenz der KOA-Kontengruppe nach REKOLE des Jahres 2020/2019, unter Berücksichtigung (+/-) der produktbezogene Mehrkosten aus Konto 40 (Zeile 12)	Leistungsbezogene Minderkosten (nur Einzelkosten): Implantate, Arzneimittel (inkl. Blut und Blutprodukte), Medikamente, Material/Instrumente, Film-/Fotomaterial unter Berücksichtigung der produktbezogenen Mehrkosten.
405	Mehrkosten für medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen		Die Mehrkosten 2020 entsprechen der Differenz der KOA-Kontengruppe nach REKOLE des Jahres 2020/2019 unter Berücksichtigung (durch Aufwandsminderung) der im 2020 angefallenen Minderkosten aufgrund des Leistungsausfall.	COVID-bedingte Laborleistungen und weitere medizinische Drittleistungen
405	Minderkosten für medizinische, diagnostische und therapeutische Fremdleistungen		Die Minderkosten 2020 entsprechen der Differenz der KOA-Kontengruppe nach REKOLE des Jahres 2020/2019	Ev. Minderkosten: Arzthonorare und weitere therapeutische und pflegerische Drittleistungen
41-42	Mehrkosten Hotellerie (Lebensmittel,-Reinigung, Desinfektion, ...), exkl. Personalkosten und inkl. Drittleistungen		Die Mehrkosten entsprechen der Differenz der KOA-Kontengruppe nach REKOLE des Jahres 2020/2019. (Kreditorenrechnungen)	inkl. Drittleistung wie z.B.: Wäscherei, Reinigung, Mahlzeitlieferungen, Inkl. Mahlzeiten für Testcentren und "CovidHotel". Lebensmittelkosten, inkl. Verfall von Lebensmitteln durch Schliessung von Kantine und Restaurant
43/44/49	Mehrkosten bauliche Massnahmen		Kreditorenrechnungen <u>Bemerkung:</u> Sofern die Anschaffung (> CHF 10'000) einzig für COVID 19 Bewältigung (Betriebsnutzung < 12 Monate) oder als Vorhalteleistung getätigt wurde, so wird eine ausserordentliche (kalte) Abschreibung vorgenommen. Wenn aber bei der Anschaffung einer Anlage (> CHF 10'000) eine Betriebsnotwendigkeit geschaffen wird, die länger als 12 Monate dauert (z.B. Behaltung eines Provisorium), so gilt das übliche REKOLE und VKL Abschreibungsverfahren.	Raumanpassungen für das Bereitstellen von neuen Isolationszimmer. Raumanpassungen aufgrund Sicherheit (z.B. technisches Material für Schutzsysteme wie Plexiglasscheiben) in allen Spitalbereichen (z.B. in der Notfallstation, IPS/IMC, im Bettenhaus, in der Kantine, usw.). Aufstellen und Einrichten von Triagestellen. Aufstellen von Provisorien für Ausdehnung bestimmter Bereiche, wie z.B. IPS oder Drive-in für COVID-19 Test-Verfahren. Kauf von Einrichtungen für OKP-Zimmer für Patienten. Miete für zusätzliche Flächen (Testcentren, Lagerfläche). Externe Zügelkosten (wegen temporären Verschiebungen von Disziplinen zwischen den Standorten).
44	Kauf zusätzliche Beatmungsgeräte und weitere zusätzliche medizinische Geräte			Inkl. übrige Medtechgeräte und übrige Mobilen zum Ausbau der IPS und Isolations-Bettenkapazitäten (z. B. Sauerstoff-konzentratoren, Hygienecenter, Infusionsständer, Instrumentenboys, mobiles Röntgengerät, etc). Inkl. zusätzliche Leihgeräte.
46	Finanzmehrkosten		Gemäss vertraglichen Bedingungen des Darlehens/Kredits	Zusätzliche Kosten für Kreditaufnahme wegen Liquiditätsbedarf
47	Mehrkosten Verwaltung und Informatik, exkl. Personalkosten und inkl. Drittleistungen		Kreditorenrechnungen	Inkl. ICT Sachmehrkosten (z.B. Einrichten externer Notfallaufnahme, Labor, etc). Inkl. Mehrkosten für Tests und Aufbau von COVID-Einsatzplanungssystemen und -Plattformen. Inkl. Lizenzen, Home Office Arbeitszubehör MA. Inkl. Kommunikation, Video-Conferencing, Telemedizin, Hotline Inkl. Druck- und Informationsmehrkosten (z.B. Signaleitkaufwand, Drucksachen, Kommunikationsmassnahmen intern und extern, externe Beratung, PR-Kosten). Softwareanpassungen in div. IT-Systemen für Abwicklung (bestätigte und verdächtigte) COVID-Patienten und Prozesse.
48	Übrige patientenbezogene Mehrkosten		Die Mehrkosten entsprechen der Differenz der KOA-Kontengruppe nach REKOLE des Jahres 2020/2019. (Kreditorenrechnungen)	Mehrkosten aus Patienten- und Materialtransport Inkl. Transport zwischen Testcenter, Covidhotel, Zusatzlager und Campus
497	Mehrkosten wegen Betriebssicherheit und Bewachung		Kreditorenrechnungen	Inkl. Vermehrter Schutz durch Bewachungsfirmen (z.B. Securitas) Inkl. Zivildienstleistenden und/oder Militär-/Zivilschutzinsatz (nur Sicherheitstätigkeit)
	Total Netto-Mehrkosten*			

* Mehrkosten unter Berücksichtigung der Minderkosten

Nationale Checkliste

COVID-19: Schätzung der Ertragsausfälle 2020 (gegenüber 2019)

Name Spital

V1.0 Juni 2020

H+ Erlösarten-Plan	Mehr-/Mindererträge Covid-19		Bewertungsregeln	Umschreibung	
	Bezeichnung	in CHF			
60	Ertragsausfall stationär OKP (inkl. UVG und IV) inkl. sozialversicherungsanteil von ZV		Für den Ertragsausfall ist die Basis die Tarife 2020 (Leistungsveränderung 2019 zu 2020* Tarife 2020)	Abgesagte Sprechstunden, Therapien, Operationen sowie die nachgelagerten vorgesehenen weiteren Behandlungen. * Die Angaben in Zellen B16 bis B20 dienen einzig als Information; sie werden nicht genutzt um Rahmen der Ermittlung der Netto-Ertragsausfälle.	
60	Ertragsausfall stationär ZV (nur VVG Anteil)		Zelle B12 und B15: Die COVID-bedingten Erträge (aus Behandlungen von Patienten mit COVID Diagnose) gemäss der BAG Faktenblätter.		
60	Ertragsausfall Selbstzahler stationär				
60	COVID-bedingte stationäre Einnahmen				
61/62	Ertragsausfall ZV stationär				
61/62	Ertragsausfall ambulant Total				
61/62	COVID-bedingte ambulante Einnahmen				
61/62	Davon (Zelle B14) TARMED*				
62	Davon (Zelle B14) Physio, Ergo, Logo*				
62	Davon (Zelle B14) Medikamente, Material*				
62	Davon (Zelle B14) Labor*				
62	Davon (Zelle B14) Weitere ambulante Tarife (Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Dialyse) und weitere Entgeltarten (ambulante Fallpauschalen, Tagespauschalen für Tageskliniken)*				
65-66	Übrige Ertragsausfälle				
67	Überliegerkorrektur				
68	Personalausleihe		Die Mehr- oder Mindereinnahme entspricht der Differenz des Ertrags-Konto des Jahres 2020/2019.	(sowohl Mehr- und Mindereinnahme). Aufwändige Einnahmen werden kostenmindernd geführt (vgl. KOA 30 Kostenminderung Personal)	
68	Übrige Ertragsausfälle aus Leistungen an Personal und Dritte (inkl. Ertragsausfälle in den Nebenbetrieben)		Die Mehr- oder Mindereinnahme entspricht der Differenz des Ertrags-Kontogruppe des Jahres 2020/2019 unter Berücksichtigung der Ertragsdifferenz Differenz 2020/2019 aus Personalausleihe.	Wegen dem Teilbehandlungsverbot und Besucherverbot kam es zu Total- oder Teilschliessungen der Nebenbetriebe (z.B. Restaurant, Cafeteria, Coiffeur, Parking etc.) was zu einem Ertragsausfall führte.	
69	Beiträge und Subventionen			inkl. Drittmittel für Forschung	
	Total Netto-Ertragsausfälle*				

* Ertragsausfälle unter Berücksichtigung der Mehreinnahmen

6 Kontakt

Michael Rolle

Verantwortlicher Rechnungswesen und Controlling, H+, Bern

michael.rolle@hplus.ch

Pascal Besson

Mitglied Geschäftsleitung H+, Bern

Pascal.besson@hplus.ch