



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Geht an alle Spitäler und Kliniken,
welche ITAR_K® für den nationalen Benchmark
dem Verein SpitalBenchmark eingereicht haben

Ort, Datum Bern, 25. August 2022
Ansprechpartner/in Pascal Besson
Thomas Straumann

Direktwahl 031 335 11 57
E-Mail pascal.besson@hplus.ch
sbm@merianiselin.ch

Orientierung zu den KVG-Auswertungen ITAR_K® (Daten Geschäftsjahr 2021)

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben Ihre Kosten- und Leistungsdaten des Geschäftsjahrs 2021 gemäss ITAR_K® ausgefüllt und dem Verein SpitalBenchmark für die Datvalidierung und zur Bestimmung der nationalen Vergleichswerte für die Tarifverhandlungen 2023 zur Verfügung gestellt. Dafür danken wir Ihnen bestens.

SpitalBenchmark hat die von Ihnen im ITAR_K® 12.0 ermittelten Werte geprüft und bei Bedarf mit Ihren Mitarbeitenden im Finanzbereich abgestimmt. Die folgenden Benchmark-Resultate beruhen auf den Kosten von KVG-Patientinnen und Patienten.

1. Basispreis (Baserate) Akutsomatik, SwissDRG 10.0 bei Fallgewicht 1.0

Grundlage: VKL

a) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Case Mix

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

Die Gewichtung nach Case-Mix entspricht der SwissDRG-Systematik. Folgend zum Vergleich:

b) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Anzahl Fällen

Gewichtung nach Anzahl Fällen (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Spitäler	10'628	10'550	10'277	10'174	10'088	9'778
Nur Uni-Spitäler	12'074	11'562	11'244	11'244	11'244	11'005
Nur Geburtshäuser	9'170	9'203	9'096	9'096	9'096	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'323	10'299	10'174	10'079	9'966	9'640

c) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Anzahl Spitäler

Gewichtung nach Anzahl Spitälern (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Spitäler	10'276	10'138	9'958	9'865	9'702	9'480
Nur Uni-Spitäler	12'082	11'562	11'244	11'244	11'244	11'005
Nur Geburtshäuser	9'408	9'204	9'203	9'096	9'096	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'280	10'174	9'966	9'907	9'807	9'544

Grundlage: betriebswirtschaftliche Sicht (REKOLE®)

Das BVG gibt vor, dass für die Tarifiermittlung die Anlagenutzungskosten nach VKL bewertet sein müssen. Die Kostenrealität ergibt sich jedoch aufgrund der betriebswirtschaftlichen Bemessung, was REKOLE® entspricht. Zur Orientierung befinden sich nachstehend die analogen Kennzahlen mit Anlagenutzungskosten nach REKOLE®.

d) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Case Mix

Gewichtung nach Case Mix (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Spitäler	11'000	10'955	10'719	10'678	10'505	10'144
Nur Uni-Spitäler	12'397	11'945	11'821	11'821	11'821	11'249
Nur Geburtshäuser	9'188	9'203	9'158	9'158	9'158	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'584	10'686	10'649	10'371	10'295	9'899

e) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Anzahl Fällen

Gewichtung nach Anzahl Fällen (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Spitäler	10'895	10'861	10'678	10'657	10'346	10'058
Nur Uni-Spitäler	12'436	11'945	11'821	11'821	11'821	11'249
Nur Geburtshäuser	9'188	9'203	9'158	9'158	9'158	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'571	10'686	10'505	10'343	10'254	9'899

f) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Anzahl Spitäler

Gewichtung nach Anzahl Spitälern (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Spitäler	10'563	10'427	10'168	10'058	9'941	9'722
Nur Uni-Spitäler	12'453	11'945	11'821	11'821	11'821	11'249
Nur Geburtshäuser	9'433	9'204	9'203	9'158	9'158	9'077
Ohne Unis/Geb-haus	10'590	10'468	10'295	10'144	10'000	9'827

2. Basispreis (Baserate) Psychiatrie nach TARPSY 3.0

Grundlage: VKL

a) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Case Mix

Gewichtung nach Day Mix (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	722	717	709	706	704	662

Die Gewichtung nach Case-Mix entspricht der SwissDRG-Systematik. Folgend zum Vergleich:

b) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Anzahl Fällen

Gewichtung nach Anzahl Fällen (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	729	717	706	704	688	660

c) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Anzahl Kliniken

Gewichtung nach Anzahl Spitälern (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	708	706	678	662	659	640

Grundlage: betriebswirtschaftliche Sicht (REKOLE®)

Das BVG gibt vor, dass für die Tarifiermittlung die Anlagenutzungskosten nach VKL bewertet sein müssen. Die Kostenrealität ergibt sich jedoch aufgrund der betriebswirtschaftlichen Bemessung, was REKOLE® entspricht. Zur Orientierung befinden sich nachstehend die analogen Kennzahlen mit Anlagenutzungskosten nach REKOLE®.

d) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Day Mix

Gewichtung nach Day Mix (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	749	748	739	735	721	692

e) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Anzahl Fällen

Gewichtung nach Anzahl Fällen (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	757	747	735	726	696	686

f) Baserate inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Anzahl Kliniken

Gewichtung nach Anzahl Spitälern (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	733	726	705	686	673	662

3. Rehabilitation pro Pflage tag

Grundlage: VKL

a) Tagespauschale inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Fällen

Gewichtung nach Anzahl Fällen (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	805	723	704	691	690	671

b) Tagespauschale inkl. Anlagenutzungskosten nach VKL, gewichtet nach Kliniken

Gewichtung nach Anzahl Spitälern (ANK nach VKL)						
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	832	729	715	691	685	652

Grundlage: betriebswirtschaftliche Sicht (REKOLE®)

Das KVG gibt vor, dass für die Tarifiermittlung die Anlagenutzungskosten nach VKL bewertet sein müssen. Die Kostenrealität ergibt sich jedoch aufgrund der betriebswirtschaftlichen Bemessung, was REKOLE® entspricht. Zur Orientierung befinden sich nachstehend die analogen Kennzahlen mit Anlagenutzungskosten nach REKOLE®.

c) Tagespauschale inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Fällen

Gewichtung nach Anzahl Fällen (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	833	772	726	720	701	693

Die Gewichtung nach Case-Mix entspricht der SwissDRG-Systematik. Folgend zum Vergleich:

d) Tagespauschale inkl. Anlagenutzungskosten nach REKOLE®, gewichtet nach Kliniken

Gewichtung nach Anzahl Spitälern (ANK nach REKOLE®)						
Spitäler/Kliniken	Arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	857	772	733	720	701	653

Ausblick auf Abrechnung mit ST Reha (RCG-Tarifsystem)

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

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

Gewichtung nach Day Mix						
Spitäler/Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perz.	35. Perz.	30. Perz.	20. Perz.
Alle Kliniken	867	772	758	755	738	720

4. TARMED pro Taxpunkt nur KVG-Patienten

a) Taxpunktwert inkl. ANK nach VKL

Spitäler und Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.24	1.15	1.10	1.03	0.97
Akutspitäler	1.19	1.13	1.10	1.03	0.98
Psychiatrien	1.38	1.27	1.21	1.15	1.09
Rehabilitation	1.38	1.17	0.99	0.95	0.91

b) Taxpunktwert inkl. ANK, kalkulatorische Sicht (REKOLE®)

Spitäler und Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.29	1.20	1.15	1.09	1.02
Akutspitäler	1.24	1.19	1.13	1.09	1.03
Psychiatrien	1.40	1.29	1.24	1.18	1.09
Rehabilitation	1.43	1.17	1.00	0.95	0.93

5. Physiotherapie pro Taxpunkt nur KVG-Patienten

a) Taxpunktwert inkl. ANK nach VKL

Spitäler und Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.35	1.22	1.14	1.07	0.99

b) Taxpunktwert inkl. ANK, kalkulatorische Sicht (REKOLE®)

Spitäler und Kliniken	gew.arith. Mittel	Median	40. Perzentil	30. Perzentil	20. Perzentil
Alle	1.40	1.29	1.21	1.12	1.03

Im Anhang finden Sie Erläuterungen von H+ und vom Verein SpitalBenchmark zur Auswertungsbasis und zu den Berechnungen.

Als Beilage erhalten Sie detaillierte Auswertungen nach Spital/Klinik, gegliedert nach Tarifwerk.

Die Ergebnisse stellen den aktuellen Stand der Arbeiten (19.08.2022) dar. Sie können für Tarifverhandlungen und Tariffestsetzungsverfahren verwendet werden.

H+ empfiehlt Ihnen, für die Tarifverhandlungen in der Akutsomatik das gewichtete arithmetische Mittel nach «Case Mix bzw. in der Psychiatrie nach Day Mix» zu verwenden. In der Rehabilitation aktuell nach Anzahl Fällen.

Freundliche Grüsse

H+ Die Spitäler der Schweiz



Pascal Besson
Mitglied der Geschäftsleitung
Leiter Geschäftsbereich Betriebswirtschaft

Verein SpitalBenchmark



Thomas Straumann
Datenverifizierung SpitalBenchmark

Anhang: Erläuterungen

1. Auswertungsbasis

Grundlage	Datenstand 19. August 2022
Erhebung 2022	Basiert auf den Betriebsdaten 2021
Verwendetes Modell	ITAR_K® 12.0
Verwendete SwissDRG Version	10.0 Abrechnungsversion
Verwendete TARPSY Version	3.0 Abrechnungsversion
Anzahl datenliefernde Mitglieder	194
Daten von Leistungserbringern aus	der ganzen Schweiz, alle BfS-Kategorien
Geprüfte Spitäler und Kliniken	
- Akut	139
- Psychiatrie	57
- Rehabilitation	59

2. Repräsentativität

Das BAG (Kennzahlen Schweizer Spitäler 2020¹) veröffentlicht jährlich die Anzahl stationäre Leistungserbringer sowie deren Fallzahlen. Die Tabelle zeigt, die hohe Repräsentativität des von H+ und dem Verein SpitalBenchmark durchgeführten nationalen Benchmarking.

Der Vergleich BAG 2020 zu ITAR_K® Geschäftsjahr 2021 bedarf einer gewissen Interpretation. So sind beispielsweise Klinikfusionen nicht berücksichtigt. Weiter weisen Spitäler, welche mehrere Leistungsangebote haben, z.B. Akutsomatik und Rehabilitation und/oder Psychiatrie, die Kosten im ITAR_K® pro Leistungsbereich aus. Dies führt bei K211/K212/K221 zu unterschiedlichen Aussagen.

BfS Kategorie	Bezeichnung	BAG	ITAR_K® ²	in %
K111	Vers. Niveau 1; > 29'999 Fälle	5	5	100%
K112	Vers. Niveau 2; > 8'999 Fälle	39	38 ³	97%
K121	Vers. Niveau 3; > 5'999 Fälle	18	13	72%
K122	Vers. Niveau 4; > 2'999 Fälle	26	24	92%
K123	Vers. Niveau 5; bis 2'999 Fälle	18	9	50%
K211/K212	Psychiatrie Niveau 1/2	50	57	⁴
K221	Rehabilitationskliniken	50	59	⁵
K231	Spezialkliniken Chirurgie	33	16	48%
K232	Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatalogie	15	11	73%
K233	Spezialkliniken Pädiatrie	3	3	100%
K234	Spezialkliniken Geriatrie	3	2	67%
K235	Spezialkliniken Diverse	16	6	38%

¹ https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/kzp20_publication.pdf?v=1616491353

² Teilnahme am nationalen ITAR_K® Benchmarking

³ BAG führt Spital Ober- und Unterwallis als einzelnes Spital; bei SBM sind die beiden Spitäler kumuliert im Hôpital Valais enthalten (damit 100% Abdeckung)

⁴ Ein Vergleich ist aufgrund der unterschiedlichen Zählweise nicht möglich; BAG zählt nach Typologie; SBM nach Anzahl ITAR_K's. Geschätzte Abdeckung gemäss SBM: > 80%.

⁵ Ein Vergleich ist aufgrund der unterschiedlichen Zählweise nicht möglich; BAG zählt nach Typologie; SBM nach Anzahl ITAR_K's. Geschätzte Abdeckung gemäss SBM: ca. 70%.

3. Grundlage für die Verhandlung

Zu den Benchmarking-relevanten Betriebskosten inkl. kalkulatorische Anlagennutzungskosten (Zeile 43 des Modells ITAR_K®) oder ANK nach VKL (Zeile 47 des Modells ITAR_K®) sind folgende Zuschläge vorzunehmen:

- die Teuerung der Personal- und Sachkosten für ein Jahr (Zeile 51 des Modells ITAR_K®)
- spitalbezogene Projektionsrechnungen (Zeile 52)
- allfällige Zu-/Abschläge wegen neuen gesetzlichen Auflagen (Zeile 53)
- mit Nachweis bei überdurchschnittlich vielen teuren Fällen, die in SwissDRG nicht gebührend abgebildet sind (folgend dem Billigkeitsgebot).

4. Erläuterungen zu den Anlagennutzungskosten

Für die stationären Tarife weisen wir die Benchmark Werte inkl. kalkulatorische Anlagennutzungskosten und ANK nach VKL aus. Festzustellen ist, dass die Anlagennutzungskosten nach VKL für einen Benchmark ungeeignet sind, da diese aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage der Spitäler nicht sachgerecht ausfallen.

5. Erläuterungen zu den Kosten für universitäre Lehre und Forschung

Gemäss Vorgabe sind die Kosten für „universitäre Lehre und Forschung“ sowie „GWL“ im Datenausweis ITAR_K® in einem separaten Kostenträger auszuweisen. Alle Spitäler und Kliniken erfüllen diese Auflage.

6. Raster ITAR_K® 12.0, Gesamtansicht

Koa-Gr.	Beschreibung	
7		
8	30 - 39 Personalaufwand exkl. Honorare	
9	38 Honorare (sozialversicherungspflichtig)	
10	40 Medizinischer Bedarf	
11	41 - 49 Sachaufwand exkl. Anlagennutzungskosten	
12	44 Anlagennutzungskosten (exkl. Inv. < CHF 10'000)	
13	46 Zinsaufwand	
14	7 a.o. Aufwand	
15	Aufwand gem. Jahresrechnung	
16	66/68 ./ Erlöse 66/68 als Kostenminderung einbezogen	
17	Direkte Kosten	
18	ILV Interne Leistungsverrechnung	
19	Total Kosten gemäss BeBu	
20	38/405 ./ Arzthonorare für zusatzversicherte Patienten	
21	44 ./ Anlagennutzungskosten (ANK = kalk. Zinsen AV, kalk. Abschreibungen, Mieten für Objekte > CHF 10'000) nach REKOLE	
22	65 ./ Erlöse Kt.gr. 65, exkl. Marge	
23	66 + Erlöse Kt.gr. 66 (sofern kostenmindernd in KST geführt)	
24	Nettobetriebskosten I (NBK I)	
25	./ Subidiärer Abzug: Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen	
26	NBK II	
27	./ Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	
28	./ Abzüge für Zusatzentgelte SwissDRG (bewertete und unbewertete)	
29	+ Aufrechnung Beiträge des Kantons sofern kostenmindernd gebucht	
30	+ nicht sep. tarifierte Kosten, Anteil je Tarif	
31	Verteilung der kum. Abzüge auf die amb. Tarife	
32	Abzug der UV-Zinsen, sofern nicht nach Methode PUE	
33	Zuschlag für nicht berücksichtigte Zinsen auf dem Umlaufvermögen	
34	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB)	
35	Anzahl Leistungseinheiten (case mix, day mix, Pflegetage, fakt. Taxpunkte, Ertrag, etc.)	
36	Anzahl Fälle (exkl. unbewertete DRG-Fälle)	
37	Case Mix Index, Day Mix Index (bzw. durchschnittliche Verweildauer, wenn LE = Tag (Rehabilitation, Psychiatrie teilstationär))	
38	Basiswert (Bezug: Fall, Tag,...) pro Tarifwerk	
39	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag,...) (Zusammenzug)	
40	Anlagennutzungskosten REKOLE	
41	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. Anlagennutzungskosten REKOLE	
42	Anteil Anlagennutzung an Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. ANK	
43	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag,...) inkl. ANK REKOLE	
44	Anlagennutzungskosten VKL	
45	Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. Anlagennutzungskosten VKL	
46	Anteil Anlagennutzung an Benchmarking-relevante Betriebskosten (BRB) inkl. ANK	
47	Benchmarking-relevanter Basiswert (Bezug: Fall, Tag,...) inkl. ANK VKL	
48	Benchmarkingverfahren	
49	DRG: Basisfallwert nach Benchmarking / Übrige: Kosten je Leistungseinheit	
50	Ambulant: Kosten je Taxpunkt und Tarif, nach Abzügen/Aufrechnungen inkl. ANK REKOLE	
51	+ nationale Projektionsrechnung: Personal- und Sachteuerung auf 1 Jahr	
52	+/- institutionsbezogene Projektionsrechnung	
53	+/- Zuschlag/Abschlag wegen neuen gesetzlichen Auflagen	
54	Basisfallwert 2021 bzw. massgebende Kosten je Leist.einheit, exkl. ANK	
55	+ Anteil Anlagennutzungskosten (ANK) nach REKOLE	
56	Basisfallwerte je cw 1.0 bzw. Kosten je Leistungseinheit gesamt	
57	Summe der amb. Korrekturen exkl. ANK	