

Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bundesrat

Schlussbericht

15. Dezember 2013

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	3
1.1 Grundlagen.....	3
1.2 Vorabklärungen, Zuschlag.....	3
1.3 Verein SpitalBenchmark.....	4
2. Management Summary.....	4
3. Ziel und Auftrag.....	5
3.1 Zielsetzungen.....	5
3.2 Modalitäten der Auftragserfüllung und Umsetzungsgrundsätze.....	5
4. Datenquellen.....	6
5. Bestehende Auswertungen.....	7
5.1 Überblick.....	7
5.2 Erläuterungen zu einzelnen Publikationen.....	9
6. Auswertungen.....	17
6.1 Darstellung der einzelnen Institutionen, abgeleitete summarische und Vergleichsdaten.....	17
6.2 Zusätzliche Indikatoren und Auswertungen zur Darstellung der einzelnen Institutionen.....	22
6.3 Qualität.....	29
7. Datenverifizierung.....	33
7.1 Verfahren Datenplausibilisierung.....	33
7.2 Verbesserungen der Vergleichbarkeit.....	35
8. Darstellungsformen.....	36
9. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	39
Anhang 1: Literatur- und Quellenverzeichnis.....	42
Anhang 2: Abkürzungen und Definitionen.....	43
Anhang 3: Bestehende Auswertungen.....	48
Anhang 4: Berichtsverfasser.....	64

1. Einleitung

1.1 Grundlagen

Im Mai 2013 erschien die siebte Ausgabe der „Kennzahlen der Schweizer Spitäler“. Der Bericht blieb, abgesehen von kleineren Anpassungen seit der Ausgabe 2008/2009 im Wesentlichen gleich. Es wurden jeweils die Angaben aller akutstationären Betriebe in den Bereichen Rehabilitation, Psychiatrie und Akutsomatik (in der Ausgabe 2013 waren es rund 300) veröffentlicht.

Die Möglichkeiten zur Gestaltung eines vollständigen Berichts haben sich seit dem 1. Januar 2009 mit in Kraft treten des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) geändert. Art. 22a des KVG in Verbindung mit Art. 31 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) stellen die gesetzliche Grundlage für eine Neugestaltung der Publikation dar. Das heisst, das BAG kann seit diesem Zeitpunkt die vollständigen beim BfS eingereichten Daten aller Institutionen (283 Spitäler und 17 Geburtshäuser im Jahr 2011) verwenden. Davor standen die Kennzahlen-Publikationen des BAG unter dem Vorbehalt, dass die Einwilligung der einbezogenen Institutionen eingeholt werden musste. Die Fassungen vor der Ausgabe 2008/2009 waren deshalb noch unvollständig und vergleichsweise einfach aufgebaut.

Das Vorgehen bei der Validierung der Daten ist im Kennzahlenhandbuch der Ausgaben 2008/2009; 2010 und 2011 dargestellt. In Kapitel 7 dieses Berichtes ist unter Datenverifizierung ein Vorschlag zur Modifikation des diesbezüglichen Vorgehens dargelegt.

Das Bundesamt für Gesundheit hat am 21. Juni 2013 das Mandat für eine Studie zur Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bundesrat ausgeschrieben. Zielsetzung des Mandates ist die Überprüfung und Ergänzung der bestehenden Kennzahlen¹ der Schweizer Spitäler. Es sollen auch Vorschläge zur besseren Aufbereitung der bestehenden sowie neuer Kennzahlen aufgezeigt werden. Damit sollen die Spitäler besser vergleichbar gemacht werden.

Die für die Umsetzung des Auftrages benötigten Fachkompetenzen beinhalten Medizin, Ökonomie sowie für die Datenaufbereitung und -interpretation fundierte Kenntnisse in Statistik. Bei Integration von Qualitätsdaten sind entsprechende Fachkenntnisse und Berufserfahrungen erforderlich.

1.2 Vorabklärungen, Zuschlag

Für die Offertstellung wurden vier Firmen durch das BAG direkt angeschrieben. Auf Nachfrage beim BAG hat Frau Marie-Thérèse Furrer, zuständig für die Ausschreibung, bestätigt, dass eine Offertstellung des Vereins Spitalbenchmark noch möglich und erwünscht sei.

Die Offerte mit Lösungsvorschlag und Kostenrahmen wurde durch den Verein Spitalbenchmark (SB) zeitgerecht beim BAG eingereicht. Der Zuschlag erfolgte anfangs September 2013. Erläuterung zu den Vorstellungen einer auftragsadäquaten Erfüllung des Auftrags erfolgte anlässlich einer Kickoffsitzung vom 4. September 2013 durch SB vor Vertretern des Auftraggebers. Offene Fragen seitens Auftraggeber und Auftragnehmer konnten besprochen und geklärt werden.

SB orientierte sich bei der vorliegenden Projektrealisierung eng an den Vorstellungen der Auftragserfüllung seitens Auftraggeber, wie sie aus der Ausschreibung, dem Vertrag zwischen BAG und SB sowie den an der Kickoffsitzung geklärten Fragen ersichtlich wurden.

¹ Statistiken zur Krankenversicherung, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2011 und Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler / <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?lang=de>

1.3 Verein SpitalBenchmark

SB verfügt über langjährige, breite Erfahrung mit der Aufbereitung von Daten, welche es erlaubt, Spitäler mit Schwergewicht Kosten und Leistungen (DRG) auf Basis von plausibilisierten, qualitativ hochwertigen Daten auf verlässliche Weise zu vergleichen. SB arbeitet mit der Firma INMED zusammen und verfügt so über eine ausserordentlich leistungsfähige Auswertungssoftware. Verbunden mit breiter Praxiserfahrung, vielfältigen fachlichen und wissenschaftlichen Qualifikationen der Vereinsmitglieder sowie der Datenaufbereitungsgeschwindigkeit und -vielfalt ergibt sich ein Benchmark, der in der Schweiz einmalig sein dürfte. Die Fachspezialisten von SB haben im Rahmen von Auftrag, verfügbaren Datengrundlagen sowie der Einschätzung, was für die beabsichtigte Publikation für wichtige Interessengruppen (Stakeholder) von Bedeutung sein dürfte, die benannten Knowhow-Kombinationen zur Erstellung des vorliegenden Berichts eingesetzt.

2. Management Summary

Kernaussagen:

- Mit den heute vom BAG verwendeten Daten sind keine wesentlichen weiteren Auswertungen möglich.
- Unter Einbezug von bestehenden Datenquellen wie ITAR_K und ANQ kann die Aussagekraft der Auswertungen stark verbessert werden
- Die bestehenden Auswertungen können in anderer Darstellungsform lesefreundlicher und informativer dargestellt werden.

Eine enge Orientierung an den durch die Zielsetzung und Auftragsdefinition gegebenen Vorgaben war wegleitend bei den Projektarbeiten. Grundsätzlich besteht – je nach Umfang der Datenquellen, die für Auswertung herangezogen werden - eine potenziell sehr grosse Auswertungsvielfalt. Es geht also zentral unter Berücksichtigung der Machbarkeit darum, Auswertungsvarianten zu wählen, welche mit Blick auf Stakeholder mit vielfältigen Erwartungen und Ansprüchen möglichst hohen Informationswert sowie Aussagerelevanz haben. Wir haben uns dabei vorwiegend von den folgenden Kriterien leiten lassen:

- Adressatenfokussierung: Orientierung an den Interessen der Adressaten (Stakeholder), wobei auf eine systematische Erhebung verzichtet wurde. Angesichts des bei den Berichtsverfassern in breitem Spektrum vorhandene Erfahrungswissen erfolgte die Identifizierung dieser Interessen Evidence-based.
- Prüfung der Machbarkeit; vor dem Hintergrund der langjährigen Erfahrung mit Datenauswertung (und der Verwendung von entsprechend spezialisierter Software) verfügen einzelne Fachspezialisten aus dem Kreis der Berichtsverfasser über das erforderliche Know-how zur Beurteilung, was mit den im Vordergrund stehenden Routedaten, wie medizinische und Krankenhausstatistik, machbar ist. Mit diesem Wissen erfolgt auch die Feststellung, dass für eine substantielle Erweiterung der Auswertungen, die Nutzung der Daten aus ITAR_K unverzichtbar ist.
- Datenplausibilisierung und Vergleichbarkeit: Neben der erwähnten Aussagerelevanz, bzw. Aussagekraft der vorgenommenen Auswertungsauswahl haben wir den Faktoren Datenplausibilisierung und Vergleichbarkeit der Auswertungen zentrale Bedeutung für die Qualität der Datenauswertung und deren laufende Verbesserung beigemessen.
- Schwerpunktbildung und Gliederungssystematik: Beim Teil Auswertungen mit Bezug zu den Einzelinstitutionen (Hauptteil der bisherigen Berichtsausgaben) wurden verschiedenen Erweiterungen sowie eine neue Gliederung entwickelt. Ein Teil „zusätzliche Indikatoren und Auswertungen“ enthält Betriebsvergleichsdaten auf verschiedenen Auswertungsebenen (aggregierte Daten wie Mehrjahresvergleich der stationären Fallzahlen, aber auch Berücksichtigung von Einzelspitaldaten, beispielsweise bei Fallkostenvergleichen). Weiter haben wir alternative Ansätze im Bereich Qualität zur weiteren Prüfung vorgeschlagen. Insgesamt wird der Umfang der neuen Publikation Kennzahlen und Betriebsvergleiche umfangreicher als bisher ausfallen. Da-

mit sich die Leser gut darin zurecht finden, empfehlen wir die Gliederungssystematik nach vorliegendem Bericht. Zudem erachten wir die Möglichkeit von online Abfragen als kundengerecht.

- Darstellungsformen: Zu einer leserfreundlichen Darstellung gehört der vermehrte Einsatz von gut interpretierten Grafiken. Diesbezüglich haben wir bei unseren Auswertungsvorschlägen jeweils Darstellungsformen vorgeschlagen und einzelne davon zur Veranschaulichung im Sinne von Beispielen eingearbeitet.

3. Ziel und Auftrag

3.1 Zielsetzungen

Grundsätzliches Ziel des Mandates (vgl. Offerte SB vom 31. Juli 2013 sowie zugrundeliegende Ausschreibung): Konzeption von Inhalt und Aufbereitung der Daten bei der Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bundesrat unter Verwendung der auf Bundesebene bereits vorhandenen Daten und Kennzahlen. Dazu zählen auch Vorschläge zur besseren Aufbereitung der bestehenden sowie neuer Kennzahlen.

Im Sinn einer kurz- und mittelfristigen Lösung soll der Auftragnehmer

- a) einen Vorschlag unterbreiten, wie die bereits nach Art. 22a KVG veröffentlichten Daten für einen Betriebsvergleich verwendet werden können;
- b) überprüfen, ob aus der Krankenhausstatistik oder der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser weitere bedeutende Kennzahlen für einen Betriebsvergleich gebildet werden können;
- c) einen Vorschlag für eine adressatengerechte Darstellung der Betriebsvergleiche machen. Die Ausschreibung fügt an: „in erster Linie in Verbindung mit den „Kennzahlen der Schweizer Spitäler“, gegebenenfalls auch der „Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler“

3.2 Modalitäten der Auftragserfüllung und Umsetzungsgrundsätze

Abgrenzung des Auftrags:

- SB kann kurzfristig konkrete Angaben zur Aufbereitung von Daten für die Veröffentlichung von Betriebsvergleichen sowie deren Darstellung machen. Die Vorschläge beziehen sich schwerpunktmässig auf die Akutspitäler und in geringerem Umfang auf Rehabilitations- und Psychiatriekliniken.
- Für die Bereiche Langzeitpflege und ambulante Leistungserbringung können mittel- oder längerfristig Lösungen entwickelt werden.

Wirkungsindikatoren, Hinweis auf Adressatenorientierung (vgl. Vertrag S.2 „Wirkungsindikatoren“):

- Die Betriebsvergleiche sollen als wesentliches Instrument zur Verbesserung der Transparenz beitragen. Sie sollen einerseits zur Information der Versicherten und andererseits den Ärztinnen und Ärzten dienen. Sie sollen weiter gesamtschweizerisch einheitliche Kennzahlen bereitstellen, die die Kantone für die Spitalplanung verwenden können.
- Grundsätzlich geht es darum, die wichtigsten Stakeholder zu identifizieren und ihren Interessen entsprechende Betriebsvergleichsindikatoren, aber auch aggregierte Daten im zeitlichen Verlauf (Entwicklungs- und Trendindikatoren) darzustellen.

Wichtige Aspekte bei der Erfüllung des Auftrages²:

- Machbarkeit prüfen:
Dabei geht es in erster Linie darum zu prüfen, welche Auswertungen mit den vorliegenden Daten der Krankenhausstatistik und medizinischen Statistik machbar sind. Es gilt aber auch zu

² Vgl. Präsentation für die Kickoffsitzung vom 4. Sept. 2013, „Schwerpunkte setzen“

prüfen, ob für die Erfüllung des Auftrags die Verwendung von weiteren, routinemässig erhobenen Daten zweckmässig ist.

→ Berücksichtigung: Im Vordergrund steht die Einbindung des Datensets ITAR_K.

- Zeitbedarf für die Realisierung (der gemachten Vorschläge): Unterscheidung zwischen kurzfristig zu realisierenden Vorschlägen und solchen mit längerfristigem Realisierungshorizont. Die Priorisierung orientiert sich an der vertraglichen Auflage³ „ein *kurzfristig* realisierbares Kennzahlenset zu machen.“
→ Berücksichtigung: Die Priorisierung und Abgrenzung beim Zeitbedarf für die Umsetzung ist eingeflossen.
- Abgrenzung von gesamtschweizerisch aggregierten Auswertungen gegenüber solchen, die auf das einzelne Spital bezogen sind.
→ Berücksichtigung: Die Abgrenzung wird im Folgenden inhaltlich und in der Gliederung deutlich.

4. Datenquellen

SB erstellt Betriebsvergleiche unter Einbezug von nachstehenden Datenquellen und bereitet diese mit dem Auswertungstool von INMED auf. SB hat die Möglichkeit, weitere Datenbestände, die in den Spitälern routinemässig erhoben werden, in ihre Datenbank zu integrieren und für den vorgesehenen Auswertungszweck zu nutzen. Im Vordergrund steht die Krankenhausstatistik.

Zurzeit eingelesene Daten:

- a) Medizinische Statistik (wie an BfS geliefert)
- b) Kostenträgerdaten (wie an SwissDRG AG geliefert)
- c) Struktur- und Leistungsdaten (nach Vorgabe SB)
- d) ITAR_K nach Vorgabe H+

Wir haben geprüft, welche Indikatoren für die Ziele des Projektes Aussagekraft beinhalten und inwieweit sie durch die Daten der Krankenhaus-, bzw. medizinischen Statistik abgedeckt sind. Dabei wurde sichtbar, dass mit den bestehenden Datengrundlagen ohne die Informationen aus ITAR_K nur wenige zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten bestehen würden (vgl. die nachfolgenden Beispiele). Um die Aussagekraft und Vergleichbarkeit von Betriebsvergleichen zu erhöhen, halten wir eine Erweiterung der eingeforderten und auszuwertenden Daten um das Datenset ITAR_K für unverzichtbar.

Mehrwert ITAR_K gegenüber den heute durch das BfS eingeforderten Daten:

Im Modell ITAR_K werden die Abzüge

- der Mehrkosten Zusatzversicherter Patienten,
 - der Anlagennutzungskosten,
 - der Zusatzentgelte,
 - gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie Lehre und Forschung, sofern nicht als Kostenträger geführt,
 - die unterschiedliche Behandlung der Zinsen des Umlaufvermögens
- nach anerkannten Grundsätzen für den Benchmark berücksichtigt.

Die in den nachstehenden Absätzen 6.2 bis 6.4 vorgeschlagenen Auswertungen zeigen, dass eine Reihe von Indikatoren mit grossem Aussagegehalt nur generierbar werden, wenn die Informationen von ITAR_K in die Datengrundlage einbezogen werden. Die Datenhoheit für ITAR_K liegt zurzeit bei H+. Für die Integration von ITAR_K spricht zudem:

³ Vertrag zwischen BAG und SB, Absatz 2, Spalte „Zielsetzung“

- ITAR_K wird heute obligatorisch von allen in die Betriebsvergleichspublikation einbezogenen Häusern erhoben, verlangt von den Versicherern als Grundlage für die Tarifverhandlungen, bei Tariffestsetzungs- und/oder –genehmigungsverfahren von der Preisüberwachung sowie von der überwiegenden Mehrheit der Kantone. Das heisst, ITAR_K ist heute auf eine Weise etabliert, dass die Datenquelle zu den Routinedaten gezählt werden muss.
- Neben den nachfolgend dargelegten Indikatoren, bzw. aggregierten Datenauswertungen stellt der ITAR_K Datengehalt ein Potenzial dar, das eine wichtige Grundlage für die kontinuierliche laufende Verbesserung der Publikation Betriebsvergleiche sicherstellt.

Beispiele von Auswertungsmöglichkeiten unter Einbezug der Datenquelle ITAR_K

Funktionsgeleitete Auswertungen	Auswertung	Selektion	Für Auswertung notwendige Datengrundlage						
			BfS	Krankenhausstat.	ITAR_K	CMO	ANO	Amb.	Übrige
Tariffbildung	Normierte Fallkosten bei CW 1 ohne ANK inkl. standardisierte Abzüge für Tarifberechnung Modell ITAR_K	nach BfS-Kategorie			x				
Entwicklung Kostenvolumen	Mehrjahresvergleich norm. Fallkosten 1.0	alle			x				
Entwicklung Kostenvolumen	Mehrjahresvergleich Normierte Fallkosten 1.0	nach BfS-Kategorie			x				
Entwicklung pro Einwohner	Mehrjahresvergleich Fallkosten stationär Total pro Einwohner	alle Spitäler			x				x
Kostenvergleich Akut	ANK nach Rekole bei CW 1	nach Bfs-Kategorie			x				
Betriebsvergleiche zu Kosten	Gesamtkosten Tageskliniken je Behandlungstag ohne ANK	Psychiatrie			x				
Betriebsvergleiche zu Kosten	Kosten ANK für Tageskliniken nach Rekole je Behandlungstag	Psychiatrie			x				

Hinweis zu den Auswertungen „Entwicklung Kostenvolumen“. Die Zusatzentgelte sind zu berücksichtigen.

5. Bestehende Auswertungen

5.1 Überblick

Das revidierte KVG weist dem Bund eine Schlüsselrolle bei der Erhebung und Veröffentlichung von „notwendigen statistischen Grundlagen zur Beurteilung von Funktions- und Wirkungsweise dieses Gesetzes“ (Art. 23 Absatz 1 KVG) zu. Es besteht eine Auskunftspflicht. Auf welche Daten sich diese bezieht wird in Art. 22 a Absatz 1 KVG ausgeführt.

Anmerkung betreffend obligatorisches Einverlangen von ITAR_K: Die in dieser Aufbereitungsform eingeschlossenen Daten entsprechen den in Art. 22 a Absatz 1 aufgezählten Angaben (vgl. Empfehlung in Kapitel 4).

Art. 49 Absatz 8 KVG hält fest, dass der Bundesrat schweizweit und in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche anordnen kann.

Übersicht der Akteure, die Betriebsdaten aufbereiten und teilweise für Vergleiche bereit stellen. Diverse Auswertungen werden zwar nicht aktiv publiziert werden, sind aber in der einen oder Form öffentlich zugänglich.

1. BAG / BfS
Veröffentlichung von „Kennzahlen der Schweizer Spitäler“ und „Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler“⁴
2. Spitalmonitor H+
Von H+ für die Nutzung einer breiten Öffentlichkeit eingerichtetes Web-Portal mit Branchen- und Mehrjahresverlaufdaten.
3. CMO / SwissDRG AG
Sammlung der für die Weiterentwicklung und Pflege der Tarifsstruktur benötigten Daten. Für die liefernden Spitäler betreibt das CMO ein Portal, welches die eigenen Daten mit dem Durchschnitt vergleichen lässt.
4. Krankenversicherer: Tarifverhandlungsgemeinschaften HSK und tarifsuisse
Betriebsvergleiche / Benchmark als zentrales Instrument (Grundlage) für die Preisbildung. Der **Vergleich der Fallkosten** erfolgt auf der Ebene anrechenbare Kosten gemäss Modell ITAR_K inkl. Anlagenutzungskosten (ANK)⁵. Diese Fallkostenvergleiche (auch als „Benchmarking“ bezeichnet) sind öffentlich nicht zugänglich, grössere Unterschiede bestehen zwischen verschiedenen Verhandlungsgemeinschaften (vgl. Detailausführungen Abschnitt 5.2)
5. MTK (Unfallversicherer, MV, IV)
Ebenfalls Betriebsvergleiche / Benchmarks als zentrales Instrument für die Preisbildung. Der Vergleich erfolgt auf der Ebene anrechenbare Kosten gemäss Modell ITAR_K zuzüglich Anlagenutzungskosten (ANK). Keine Veröffentlichung. Methodisch und vergleichsweise transparent und nachvollziehbar.
6. GDK
Keine Veröffentlichung von Betriebsvergleichen, dafür Erarbeitung von Richtlinien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die erhebliche Bedeutung einer standardisierenden Regelung in dieser Art wird in Kapitel 7 (Datenverifizierung) erläutert und hervorgehoben. Damit könnten beispielsweise die im Rahmen der Preisbildung (siehe oben Aufzählung 4 Krankenversicherer) erwähnten Unterschiede / Rechtsunsicherheiten beseitigt werden.
7. Gesundheitsdirektionen, beispielsweise Kantone Zürich und Bern
Im Fall der Kantone ZH und BE jährliche Publikation von normierten Fallkosten, wobei Unterschiede in der Datenaufbereitung und damit der Vergleichbarkeit bestehen.
8. Preisüberwacher
Erstellt sowohl selber nach eigenen Regeln Betriebsvergleiche, v.a. auf Ebene Fallkostenvergleiche, als auch Vergleiche zwischen zu prüfenden Spitälern und einem Referenzspital mit besonders tiefen Kosten oder einer tiefen (ausgehandelten) Tarifvertrags-Baserate. Gelegentlich gelangen Betriebsvergleichsinformationen der Preisüberwachung in die Presse.
9. SpitalBenchmark (SB)
Erhält von einer Vielzahl der Spitäler die Betriebsdaten nach Normvorgaben. Dank der Möglichkeit der Datenverifizierung haben die Auswertungen hohe Aussagekraft. SB verfügt über umfangreiche und detaillierte Datenbestände, bzw. deren Auswertungen. Ein Teil davon ist öffentlich zugänglich, der grössere Teil ist im geschützten Bereich für die Mitglieder bestimmt.

⁴ Statistiken zur Krankenversicherung, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2011 und Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler / <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?lang=de>

⁵ Fallkostenvergleiche in unterschiedlichen Formen sind aus verschiedenen Perspektiven von hoher Bedeutung für die meisten Stakeholder. Das wird so bleiben.

Dabei gibt es verschiedene Arten der Berechnung als Benchmarkgrundlage. Hinsichtlich der Praxis von Versicherern und Preisüberwachung bestehen vielfältige Rechtsunsicherheiten bei Verfahren und Umfang der Abzüge, um von den Bruttofallkosten auf die Ebene der sog. anrechenbaren Kosten zu gelangen. Ebenfalls umstritten ist eine richtige Bemessung der ANK. Am wenigsten solche „Verfälschungen“ dürften bei Vergleichen von normierten (d.h. CMI-adjustierten) Fallkosten als Bruttokosten ohne ANK zu erwarten sein (vgl. Abschnitt 6.2.2, lit. a,e). Besonders im Fokus wichtiger Stakeholder sind jedoch die Fallkostenvergleiche gemäss Abschnitt 6.2.2, a1, e1.

10. OBSAN

In der Schweiz werden vielerorts Daten zur Gesundheit der Bevölkerung und zum Gesundheitssystem erfasst. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) führt selbst keine Erhebungen durch, sondern verarbeitet vorhandene Gesundheitsdaten, z.B. Daten nationaler Fachgesellschaften oder von Berufsverbänden, kantonale oder regionale Daten.

Das Inventar der Datenbanken hat zum Ziel, die wichtigsten Datenbanken im Bereich Gesundheit vorzustellen. Das aktuelle Inventar umfasst 65 Datenbanken, die folgenden drei Kriterien entsprechen: Sie sind gesundheitsrelevant, ermöglichen Aussagen über die ganze Schweiz und werden mindestens alle fünf Jahre aktualisiert.

Das Inventar der Gesundheitsdatenbanken ist auch als Publikation verfügbar: Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz.

11. Weitere Benchmarkaktivitäten

Innerhalb der Spitalbranche, z.B. unter den Universitätsspitalern, zwischen den Zentrumsspitalern KSA/LUKS/KSSG oder Benchmark latin.

5.2 Erläuterungen zu einzelnen Publikationen

Die nachfolgenden Auszüge aus einzelnen Publikationen geben einen überblicksartigen Eindruck der entsprechenden Datenaufbereitungen und deren Darstellung. Eine erweiterte Zusammenstellung von Beispielen mit dazu gehörenden Links sind im Anhang 3 aufgeführt.

5.2.1 BAG / BfS

Seit dem Berichtsjahr 2008 werden, basierend auf Artikel 22a KVG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler und Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler durch das Bundesamt für Gesundheit publiziert.

Ausschnitt aus Kennzahlen der Schweizer Spitäler

Aus- und Weiterbildung: IMST, ATZL, BGS
Anzahl Standorte: 1
Spezialausrüstung: MRI, CT

Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4) **K 122**
Akutbehandlung **A**

Angaben allgemein	2010	2011 ●	Differenz	Median *	Verteilung
Leistungen und Behandlungen					
Anzahl Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag)	29'014	30'503	5.1 %	26'219	
Austritte während des Jahres (stationär)	6'323	6'553	3.6 %	4'269	
Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	575	576	0.2 %	390	
Anzahl Operationssäle	4	4	-	4	
Anzahl Gebärsäle	2	2	-	2	
Casemix Index (CMI) brutto	0.768	0.775	0.9 %	0.792	
Casemix Index (CMI) netto	0.754	0.764	1.3 %	0.790	
Anteil ausländische Patienten (stationär)	0.2 %	0.3 %	59.8 %	1.2 %	
Anteil ausserkantonale Patienten (stationär)	5.0 %	4.9 %	-2.1 %	9.2 %	
Anteil Patienten halbrüst oder privat (stationär)	15.2 %	16.2 %	6.9 %	22.1 %	

Ausschnitt aus Qualitätsindikatoren Schweizer Spitäler

Qualitätsindikatoren (Auszug: Fallzahlen/Mortalitätsraten pro Indikator)

Krankheitsgruppen	2009-2010				2011			
	beobacht. Rate	erwart. Rate	SMR	Fallzahl	beobacht. Rate	erwart. Rate	SMR	Fallzahl
A.2.1.M HD Herzinsuffizienz (Alter >19), Mortalität	4.6%	7.6%	0.6	252	5.7%	6.5%	0.8	70
A.2.2.M HD Herzinsuffizienz, Alter 20-44, Mortalität	*	*	*	<10	*	*	*	0
A.2.3.M HD Herzinsuffizienz, Alter 45-64, Mortalität	0.0%	3.3%	0.0	35	0.0%	2.8%	0.0	14
A.2.4.M HD Herzinsuffizienz, Alter 65-84, Mortalität	4.2%	7.1%	0.6	165	6.7%	6.8%	1.0	45
A.2.5.M HD Herzinsuffizienz, Alter >84, Mortalität	9.8%	12.2%	0.8	51	9.1%	12.9%	0.7	11
A.3 Linksherzkatheter (LHK)								
A.3.1.F Fälle mit LHK mit Koronardiagnostik/-intervention insgesamt	*	*	*	4'533	*	*	*	1'408
A.3.2.M Fälle mit LHK bei Herzinfarkt (Alter >19), ohne OP am Herzen, Mortalität	2.2%	3.3%	0.7	324	2.1%	3.3%	0.6	97
A.3.3.M Fälle mit LHK ohne Herzinfarkt mit komplizierender Diagnose (Alter >19), Mortalität	1.1%	9.0%	0.1	95	1.6%	10.5%	0.2	62
A.3.4.M Fälle mit LHK ohne Herzinfarkt ohne komplizierende Diagnose (Alter >19), Mortalität	0.1%	0.5%	0.2	3'947	0.0%	0.5%	0.0	1'195
A.3.5.P Anteil therapeutische Katheter ohne Herzinfarkt ohne komplizierende Diagnose (Alter >19)	30.2%	38.0%	*	1'193	30.1%	38.7%	*	360
A.3.6.F Fälle mit LHK bei Kindern und Jugendlichen (Alter <20)	*	*	*	0	*	*	*	0
A.4 Herzrhythmusstörungen								
A.4.1.F HD Herzrhythmusstörungen	*	*	*	1'016	*	*	*	383
A.5 Messung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator								

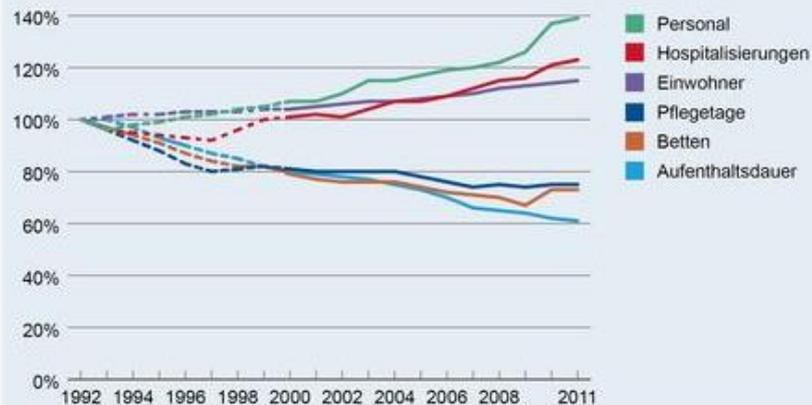
5.2.2 Spitalmonitor H+

H+ veröffentlicht diverse Brancheninformationen sowie Jahres- und Qualitätsberichte.

Ausschnitt aus Entwicklungstendenzen

Die grossen Tendenzen in der Akutsomatik

Basisjahr: 1992



5.2.3 CMO / SwissDRG AG

Die Daten sind nur den Spitälern zugänglich. Diese bekommen eine Abweichungsüberprüfung auf Stufe Einzelfall zur Kontrolle zugestellt, mit der Möglichkeit, Kommentare oder allfällige Korrekturen anzubringen.

Ausschnitt von Vergleichen auf Spitalebene

davon Fehler-DRGs in %	32.9	-	77.9	-	120.9	-
------------------------	------	---	------	---	-------	---

	Mittlere Verweildauer (in Tagen) (Hinweis zur Berechnungsmethode)		
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler
Alle Fälle	5.4	9.7	5.6
Inlier	4.9	10.1	6.3
Low Outlier	1.7	1.0	1.0
High Outlier	24.7	44,5	40,1
Verlegungsabschlagspflichtig	2.5	3.9	3.4

	Mittlere Gesamtkosten (in CHF) in CHF		
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler
Alle Fälle	18'853.2	19'315.9	9'291.1

5.2.4 Krankenversicherer und MTK

5.2.4.1 HSK (Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas und KPT)

Bei der HSK sind Übersichten über die verhandelten Pauschalen und die Referenztarife, sowie Zusatzinformationen betr. Tarifverhandlungen und Benchmarkdaten abrufbar.

Ausschnitt Tarifpauschalen

	Referenztarif HSK Tarif de référence HSC Tariffa di riferimento HSC	Tarifart Type de tarif Tipo di tariffa	Vergütungsteiler Kanton Part de rémunération des cantons Quota del cantone	Vergütungsteiler Versicherer Part de rémunération des assureurs Quota dell'assicuratore
Aargau / Argovie / Argovia			48.6%	51.4%
Akut / Aigu / Acuto				
Generell Général Generale	9'918.00	DRG-Pauschale Forfaits DRG Forfait DRG		5'097.85
Psychiatrie / Psichiatria / Psichiatria				
Postakute Psychiatrie und Langzeitpsychiatrie Psychiatrie post-aiguë et psychiatrie de longue durée Psichiatria postacuta e di lunga durata	470.00	Tagespauschale Forfaits journaliers Forfait giornaliero		241.60
Erwachsene / Adultes / Adulti				
Akutzpsychiatrie Psychiatrie aiguë Psichiatria acuta degli	650.00	Tagespauschale Forfaits journaliers Forfait giornaliero		334.10
Kinder und Jugendliche / enfants et jeunes / bambini e giovani				
Akutzpsychiatrie Psychiatrie aiguë Psichiatria acuta	775.00	Tagespauschale Forfaits journaliers Forfait giornaliero		398.35

5.2.4.2 tarifsuisse

Ausschnitt zu Allgemeinen Informationen und Statistiken zum Gesundheitswesen

Kategorien

Gesamtkosten


Ärzte


Medikamente

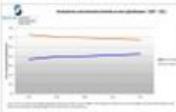

Spitäler


Pflegeheime


Prämien


Stichwort Jahr 2011

Ambulante und stationäre Anteile an den Spitalkosten 2007 - 2011



Die von der Grundversicherung getragenen Spitalkosten fielen zu über 40% in den ambulanten Bereich fast 60% in den stationären Bereich. Der Anteil der ambulanten Behandlungen nimmt seit 2007 kontinuierlich zu.

Prozentuales Wachstum der Spitalkosten 2007 - 2011



Die Leistungen wuchsen im Bereich Spital ambulant seit einigen Jahren bedeutend schneller als im stationären Bereich. Im 2011 stiegen die Kosten weniger an als noch im 2010.

5.2.4.3 MTK

Im stationären Bereich sind keine Daten wie Baserates zu finden, diese werden den Spitälern im Rahmen des Tarifverfahrens direkt bekannt gegeben. Im ambulanten Bereich ist zu den Taxpunktswerten nur eine allgemeine Informationen zu finden.

Ausschnitt aus einer Liste über die aktuellen Taxpunktswerte.

Aktuelle Taxpunktswerte (TPW) für UV/MV/IV-Patienten (Stand 01.07.2012)

Code	Tarif	Gültig ab	TPW (CHF)	Tarifziffernbereich
001	TARMED (Arztpraxis/Belegärzte) ⁴⁾	01.11.2004	0.92	00.0010 - 39.8220
001	IAP ⁵⁾	01.01.2007	Forfait in CHF	50.1000 - 50.7033
317	Analysenliste ⁵⁾	01.07.2009	1.00	1000.00 - 4708.00
324	Chiropraktoren-Tarif	01.01.1999	4.40	6001 - 6071
311	Physiotherapie-Tarif	01.01.1998	1.00	7301 - 7493
322	Zahnarzt-Tarif	01.04.1994	3.10	4000 - 4986
323	Zahntechniker-Tarif ⁶⁾	01.03.2009	1.00	0001.1 - 1101.0
325	Ergotherapie-Tarif	01.08.1993	1.10	7601 - 7634
326	SSOMV-Tarif ^{1) + 7)}	01.05.2009	1.00	100.00 - 660.10
327	SVOT-Tarif ¹⁾	01.01.2001	1.80	411 101 - 499 104

5.2.5 GDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Die GDK veröffentlicht die Übersichts-Tabelle der Kantonalen Spitallisten und -tarife sowie die Übersicht des Kostenteilers Kanton / Versicherung.

Ausschnitt aus einer Linkliste der GDK zu den kantonalen Spitallisten und Spitaltarifen

Übersicht kantonale Spitallisten und Spitaltarife 2012/2013

Inventaire des listes hospitalières cantonales et des tarifs hospitaliers 2012/2013

Stand / Etat : 4.9.2013

Die GDK übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Liste.

La CDS ne garantit pas la justesse de cette liste.

Kantonaler Finanzierungsanteil in % / la part de financement cantonale en % :

www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Tarife/Spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler.pdf

	Spitalliste liste hospitalière	(provisorische) Spitaltarife tarifs hospitaliers (provisoires)	(provisorische) Referenztarife für die ausserkantonale Hospitalisation tarifs de référence (provisoires) pour les hospitalisations extracantonales
ZH	http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html Psychiatrie/psychiatrie: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/psychiatrie.htm#a-content	www.gd.zh.ch/tarife	siehe Spitaltarife
BE	www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsversorgung/spitaeler/spitalliste.htm#middle Par_linkdownload	www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsversorgung/spitaeler/superprovisorischetarife.html	www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsversorgung/spitaeler/ausserkantonale_hospitalisationen.html
LU	www.lu.ch/index/gesundheit_soziales/gsd_spitalliste.htm	www.gesundheit.lu.ch/index/gesv_tarifuebersicht.htm	www.gesundheit.lu.ch/index/gesv_referenztarif.htm
UR	http://ur.lexspider.com/html/20-3235.htm	http://www.ur.ch/de/verwaltung/dienstleistungen/w	siehe Spitaltarife

Ausschnitt aus einer Übersichtliste der GDK zu den kantonalen Anteilen zur OKP-Finanzierung

Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012

Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aargau	47%	48.6%	49%	51%	53%	55%
Appenzell Innerrhoden	49%	49%	49%	51%	53%	55%
Appenzell Ausserrhoden	47%	47%	49%	51%	53%	55%
Bern	55%	55%	55%			
Basel-Landschaft	55%	55%	55%			
Basel-Stadt	55%	55%	55%			
Fribourg	47%	49%	49%			
Genève	55%	55%	55%			
Glarus	52%	52%	53%			
Graubünden	55%	55%	55%			
Jura	55%	55%	55%			
Luzern	50%	50%	49%	51%	53%	55%

5.2.6 Gesundheitsdirektionen der Kantone Zürich und Bern

a) Kanton Zürich:

Der Kanton Zürich stellt seit Jahren die ausführlichen Informationen der Spitäler des Kantons Zürich online als PDF- und Excel-Download zur Verfügung. Diese sogenannten Prisma-Daten stellen einen detaillierten Spitalbenchmark dar mit Finanzen, Stellen, Fällen nach SwissDRG/ Spitalleistungsgruppen/ Herkunft/ Fallkostenvergleichen - und dies für Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

Ausschnitt aus dem Fallkostenvergleich der Zürcher Spitäler



b) Kanton Bern

Auch der Kanton Bern stellt einen Spitalbenchmark über die Berner Spitäler online zur Verfügung mit seinem GRULA-Kennzahlenbuch, das unter anderem Finanzen, Stellen, Fälle, Aufenthaltsdauer, CMI pro MDC und Spital inkl. Vorjahresdaten enthält.

Ausschnitt aus dem CMI-Vergleich der Berner Spitäler

Klinik	CMI 2009	CMI 2010	CMI 2011	Veränderung 2010 / 2011 in %
Inselspital, Universitätsspital Bern	1.368	1.389	1.453	4.6
Spitäler FMI AG	0.827	0.818	0.818	-0.0
Spital STS AG	0.859	0.910	0.895	-1.6
Spital Netz Bern AG	0.957	0.950	0.949	-0.1
Spitalzentrum Biel	0.915	0.908	0.877	-3.4
Hôpital du Jura bernois SA	0.845	0.883	0.879	-0.5
SRO Spital Region Oberaargau AG	0.855	0.842	0.850	1.0
Regionalspital Emmental AG	0.843	0.841	0.865	3.0
Total öffentlicher Akutspitäler	1.047	1.054	1.072	1.7
Total privater Akutspitäler	0.840	0.875	0.906	3.5
Total Akutspitäler	0.983	0.998	1.020	2.2

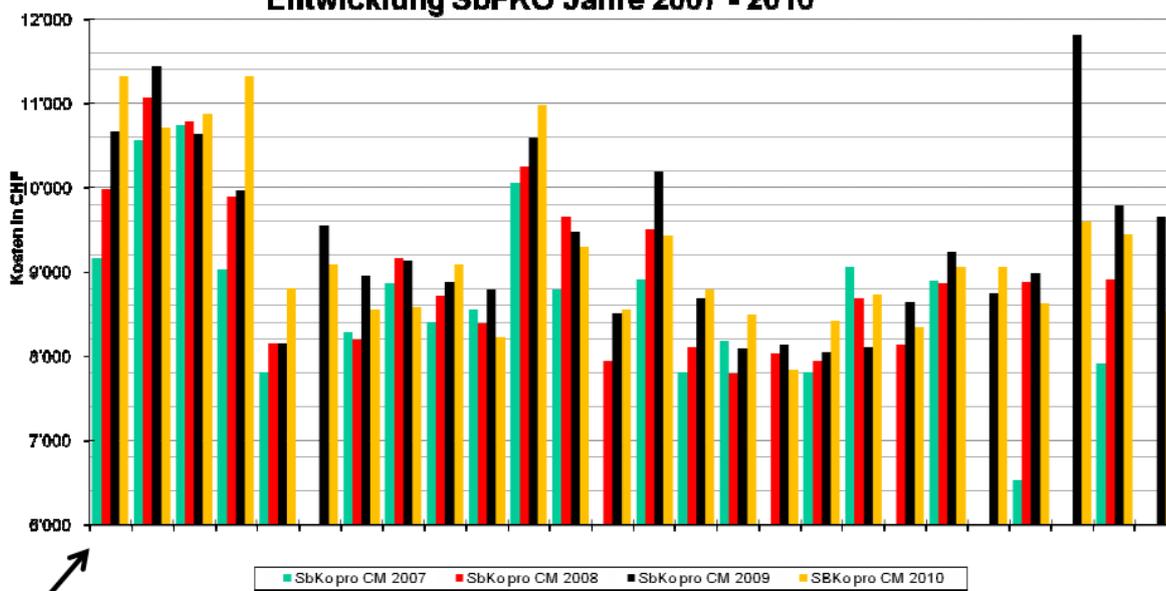
5.2.7 SpitalBenchmark

Der Verein SpitalBenchmark bietet seinen Mitgliedern einen Benchmark bis auf die Ebene einzelne DRG, Fallkosten, Vergleiche auf Kostenart. Der Öffentlichkeit sind Übersichtstabellen zugänglich

Ausschnitt Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten (öffentlich zugänglich)



Standardisierte betriebswirtschaftliche Kosten bei Fallgewicht 1.0 Entwicklung SbFKO Jahre 2007 - 2010



Ausschnitt Kostenanalyse (im Mitgliederbereich)

SpitalBenchmark		INMED GmbH					
Kosten-Analyse 1		Kosten-Analyse 2		DRG-Kosten			
Spital	<input type="checkbox"/>	Spital (anonymisiert)		33	34		
Spitalname	<input type="checkbox"/>	Fälle		25'969		10'334	
Standort	<input type="checkbox"/>	Pflegetage		114'328		53'037	
BFS-Kategorie	<input type="checkbox"/>	Casemix (CM eff)		24'813		8'872	
Bettenzahl	<input type="checkbox"/>	Casemixindex (CMI eff)		0,955		0,859	
BFS-Kostenstr.	<input type="checkbox"/>	Kostenart	Kosten bei Fallgewicht 1	Kosten pro Fall	Kosten pro Pflegeztg	Kosten bei Fallgewicht 1	
Liegeklasse	<input type="checkbox"/>	Gesamt	10'350 CHF	9'889 CHF	2'246 CHF	10'385 CHF	
Hauptkostentr.	<input type="checkbox"/>	10 Medikamente (PRISMA: inkl. Einzelmaterial)	241 CHF	230 CHF	52 CHF	1'071 CHF	
MDC	<input type="checkbox"/>	11 Blut und Blutprodukte (PRISMA in Medikar)	40 CHF	38 CHF	9 CHF		
Basis DRG	<input type="checkbox"/>	12 Implantate	800 CHF	764 CHF	174 CHF	93 CHF	
DRG	<input type="checkbox"/>	13 Medizinisches Material (PRISMA: in Medikar)	688 CHF	658 CHF	149 CHF	80 CHF	
CHOP Kapitel	<input type="checkbox"/>	14 Arzthonoraraufwand, Spitalärzte (Prisma)	0 CHF	0 CHF	0 CHF	602 CHF	
CHOP Gruppe	<input type="checkbox"/>	15 Arzthonoraraufwand, Belegärzte (sozial)				517 CHF	
CHOP	<input type="checkbox"/>	16 Arzthonoraraufwand, Belegärzte (nicht sozial)	2'232 CHF	2'133 CHF	484 CHF		
HD Kapitel	<input type="checkbox"/>	17 Aufwand für Zeugnisse und Gutachten					
HD Katalog	<input type="checkbox"/>	19 Andere Einzelkosten	338 CHF	323 CHF	73 CHF	114 CHF	
HD	<input type="checkbox"/>	19 Aufwand für Zeugnisse und Gutachten				98 CHF	
ND Kapitel	<input type="checkbox"/>	20 OP Säle (Prisma: inkl. Anästhesie)	805 CHF	769 CHF	175 CHF	1'149 CHF	
ND Gruppe	<input type="checkbox"/>	21 IPS und Intermediate Care (IC)	342 CHF	327 CHF	74 CHF	408 CHF	
ND	<input type="checkbox"/>	22 Notfall	58 CHF	56 CHF	13 CHF	218 CHF	
	<input type="checkbox"/>	23 Blügebende Verfahren und Nuklearmedizin	86 CHF	82 CHF	19 CHF	205 CHF	
	<input type="checkbox"/>	24 Internes Labor (inkl. Blutspende)	137 CHF	131 CHF	30 CHF	176 CHF	
	<input type="checkbox"/>	25 Hämodialyse (PRISMA nicht hier enthalten)	3 CHF	3 CHF	1 CHF	151 CHF	
	<input type="checkbox"/>	26 Ärzteschaften	194 CHF	185 CHF	42 CHF	1'090 CHF	
	<input type="checkbox"/>					212 CHF	

5.2.8 Obsan

Das Obsan analysiert vorhandene Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln.

Das Gesundheitsobservatorium bearbeitet sechs Kompetenzbereiche: «Kosten, Finanzierung, Wettbewerb», «Demografie und Inanspruchnahme», «Gesundheitsberufe und Versorgung», «Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung», «Gesundheitsförderung und Prävention» sowie «Gesundheitsberichte und Monitoring». Das Obsan stellt Bund, Kantone und weiteren Institutionen im Gesundheitswesen seine Resultate zur Verfügung.

Ausschnitt Grafik zur Dichte von Ärzten in Spitälern in der Schweiz, geordnet nach Kantonen

Dichte der Ärztinnen und Ärzte in Spitälern, 2011 nach Kanton



Die Dichte wurde auf der Basis von Vollzeitäquivalenten berechnet.

Quelle: BFS, Krankenhausstatistik

© Obsan 2013

6. Auswertungen

Das Kapitel enthält die Unterabschnitte

- 6.1 Darstellung der einzelnen Institutionen mit abgeleiteten summarischen und Vergleichsdaten. Er orientiert sich am Hauptteil der bisherigen Publikation „Kennzahlen der Schweizer Spitäler, Tabellenteil.
- 6.2 Zusätzliche Indikatoren und Auswertungen zur Darstellung der einzelnen Institutionen. Sie enthalten Betriebsvergleichsdaten auf verschiedenen Auswertungsebenen (aggregierte Daten wie beispielsweise Mehrjahresvergleich der stationären Fallzahlen aber auch Berücksichtigung von Einzelspitaldaten, beispielsweise bei Fallkostenvergleichen).
- 6.3 Qualität. Es werden Alternativen zum jetzigen Qualitätsbericht vorgeschlagen und erläutert

6.1 Darstellung der einzelnen Institutionen, abgeleitete summarische und Vergleichsdaten

Seit 2008 besteht das Kennzahlenhandbuch des BAG in der nachstehend abgebildeten Form.

Angaben allgemein	2010	2011 ●	Differenz	Median *	Verteilung
Leistungen und Behandlungen					
Anzahl Pflgetage (stationär, ohne Austrittstag)	97'072	92'478	-4.7 %	70'646	
Austritte während des Jahres (stationär)	2'881	3'014	4.6 %	1'763	
Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	0	0	*	0	
Anzahl Operationssäle	0	0	*	0	
Anzahl Gebärsäle	0	0	*	0	
Casemix Index (CMI) brutto	*	*	*	*	
Casemix Index (CMI) netto	*	*	*	*	
Anteil ausländische Patienten (stationär)	0.6 %	0.6 %	-3.4 %	0.8 %	

Die Überprüfung der bestehenden Parameter hat ergeben, dass die Aussagekraft optimiert werden kann. Dabei soll in einem ersten Teil des Kennzahlenhandbuchs ein Überblick geschaffen werden, im nächsten Kapitel sollen die institutionsbezogenen Informationen folgen.

Der Aufbau des Kennzahlenhandbuchs gliedert sich in

Kapitel 1: Überblick

1. Überblick Schweiz:

unterteilt nach Akut, Psychiatrie, Rehabilitation, Übergangspflege, Langzeit

Kapitel 2: pro Institution

2. Strukturdaten der Institution

3. Kenngrößen im Berichtsjahr

4. Entwicklung der zugehörigen Spitalgruppierung⁶

5. Entwicklung der Institution

⁶ Grundsätzlich können entweder die BfS-Kategorien (Versorgungsniveaus) oder die drei Spitalkategorien Universitäts-spitäler, Spezialkliniken und übrige verwendet werden. Weil das Leistungsangebot der Spitäler jedoch heterogen ist, erweist sich die Zuteilung der Spitäler in eine Gruppierung als äusserst schwierig und bietet Abgrenzungsprobleme. Beispiel: Nebst den fünf Universitätsspitalern machen Zentrumsspitäler wie KSSG, LUKS, KSA oder Triemli in Teilbereichen universitäre Leistungen geltend. Entsprechend stellen sie den Kriterienvorschlag der Berichtverfasser für eine Gruppierung in Universitätsspitäler, Übrige und Spezialkliniken in Frage. Mögliche Lösungsoptionen:

- Schaffung einer vierten Gruppierung „Spitäler mit Universitätsspitalleistungen im Angebot“
- Gruppierungsbildung über die beanspruchte Anzahl der MDC.

Eine Aufteilung in mehrere Gruppen ist nur so lange angezeigt, bis die Entwicklung des DRG-Systems eine angemessene Kostenhomogenität zulässt.

Als Referenzgrößen werden als dafür geeignete Indikatoren der Median (M) sowie das gewichtete arithmetische Mittel (gaM) beigezogen. Der Median bezeichnet eine Grenze zwischen zwei Hälften und halbiert eine Stichprobe. Das gewichtete arithmetische Mittel unterscheidet sich vom gewöhnlichen rechnerischen Durchschnittswert dadurch, dass die einzelnen Werte der Stichprobe nach einem bestimmten Kriterium gewichtet werden (z.B. eine bestimmte Anzahl Spitäler mit Fällen)

In der Umsetzung werden die folgenden Datenfelder für den stationären Bereich ausgewertet:

6.1.1 Überblick Schweiz: unterteilt nach Akut, Psychiatrie, Rehabilitation

a)	In der Übersicht wird das Total Schweiz dargestellt	Werte
	Akut	
	Anzahl Patientenaustritte Akut	
	Anzahl Pflage tage Akut	
	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	gaM
	CMI	gaM, M
	Normierte Fallkosten CM1.0 Total	gaM, M
	Normierte Fallkosten CM1.0 ohne ANK	
	Total Ertrag aus medizinischen und pflegerischen Leistungen an Patienten	
	Total angestellte Mitarbeitende (100%)	
	Werte aus Qualitätsmessungen ⁷	
	Rehospitalisationsrate SQLape	(noch offen)
	Reoperationsrate SQLape	(noch offen)
	Postoperative Wundinfektionen SwissNOSO	(noch offen)
	Prävalenzmessung Dekubitus LPZ	(noch offen)
	Prävalenzmessung Sturz LPZ	(noch offen)
	Patientenzufriedenheit	(noch offen)
	Psychiatrie	
	Anzahl Patientenaustritte Psychiatrie	
	Anzahl Pflage tage Psychiatrie	
	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	gaM
	Gesamtkosten je Pflage tag	gaM, M
	Total Ertrag aus medizinischen und pflegerischen Leistungen an Patienten	
	Total angestellte Mitarbeitende (100%)	
	Rehabilitation	
	Anzahl Patientenaustritte Rehabilitation	
	Anzahl Pflage tage Rehabilitation	
	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	gaM
	Gesamtkosten je Pflage tag	gaM, M
	Total Ertrag aus medizinischen und pflegerischen Leistungen an Patienten	
	Total angestellte Mitarbeitende (100%)	

⁷ Es sind Abklärung beim ANQ vorzunehmen, wie Abbildungen nach dem Muster Messwert des abgebildeten Spitals mit Referenzwert ganze Schweiz oder definierte Gesamtheit einer Spitalgruppe möglich, bzw. sinnvoll sind. Das Gleiche gilt für die Abschnitte 6.2.3 und 6.2.4. Die Systematik des Kennzahlenhandbuchs wird mit der Berücksichtigung von Indikatoren aus Qualitätsmessungen durchbrochen. Zudem wird es bei einigen der aufgeführten Messthemen (z.B. SQLape oder Patientenzufriedenheit) unumgänglich sein, mehrere Indikatoren aufzuführen, um Aussagekraft zu erhalten. Deshalb empfehlen wir eine Beschränkung auf zwei bis drei Messthemen des ANQ. Rot bezeichnet sind die Messungen mit (nach heutigem Kenntnisstand) höherem Aussagegehalt als die anderen. Vorbehalten bleiben andere Messungen als die aufgelisteten für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie. Die genannten Abklärungen erfolgen zwischen ANQ und BAG.

b) Auflistung der Spitäler nach Spitalkategorien (Spitalgruppierung)

Gesamterlös stationär

- davon Erlös aus Zusatzversicherungen
- davon Erlös aus Grundversicherungen
- Kostendeckungsgrad stationär OKP, nur Grundversicherte

c) Mehrjahresentwicklung pro Einwohner

- Normierte Fallkosten CMI 1.0 Total
- Erlös aus Zusatzversicherungen
- Erlös aus Grundversicherungen

6.1.2 Strukturdaten der Institution

a) Spitalname

Adresse

PLZ / Ort

Kanton

Rechtlicher / wirtschaftlicher Status

b) Versorgungsniveau

Anzahl Standorte

Spezifische Versorgungsleistung

Anzahl Operationssäle

Anzahl Gebärsäle

Versorgungsangebot: (Akut / Reha / Psych / Langzeit / Übergangspflege)

Anzahl Betten (Total)

Anzahl Betten (Akut)

Anzahl Betten (Psychiatrie)

Anzahl Betten (Reha)

Anzahl Betten (Langzeit)

Anzahl Betten (Übergangspflege)

Aus- und Weiterbildungsstätte für:

6.1.3 Kenngrößen der Institution im Berichtsjahr

a) DRG Version und Casemix Akut

b) Anzahl Patientenaustritte Akut

davon gesunde Neugeborene

Anzahl Patientenaustritte Psychiatrie

Anzahl Patientenaustritte Reha

Anzahl Patientenaustritte Langzeit

Anzahl Patientenaustritte Übergangspflege

c) Anzahl kantonale Patienten Akut

Anzahl ausserkantonale Patienten Akut

Anzahl ausländische Patienten Akut

Anzahl kantonale Patienten Psychiatrie

Anzahl ausserkantonale Patienten Psychiatrie

Anzahl kantonale Patienten Reha

Anzahl ausserkantonale Patienten Reha

Anzahl kantonale Patienten Langzeit

Anzahl ausserkantonale Patienten Langzeit

Anzahl kantonale Patienten Übergangspflege
 Anzahl ausserkantonale Patienten Übergangspflege

Anzahl Allgemein Patienten Akut
 Anzahl HP-/P-Patienten Akut
 Anzahl Allgemein Patienten Psychiatrie
 Anzahl HP-/P-Patienten Psychiatrie
 Anzahl Allgemein Patienten Reha
 Anzahl HP-/P-Patienten Reha

d) Anzahl Pflgegetage Akut
 Anzahl Pflgegetage Psychiatrie
 Anzahl Pflgegetage Reha
 Anzahl Pflgegetage Langzeit

e) Total Mitarbeitende (100%) (intern)
 - rzte
 - Pflgepersonal
 - medizin-technisches Fachpersonal
 - ubrige Bereiche

Ausgelagerte Dienstleistungen (extern)
 Belegrzte (Anzahl)

f) Total Finanzaufwand
 - Personal
 - Sachaufwand
 - Investitionen

Total Ertrag
 - Ertrag aus medizinischen und pflegerischen Leistungen an Patienten
 - Ubriger Betriebsertrag
 - Gemeinwirtschaftliche Leistungen, Beitrage, Subventionen

Betriebsergebnis

6.1.4 Entwicklung der zugehörigen Spitalgruppierung

2012

2013

Spitalgruppierung (Zugehörigkeit eigene Institution)	
Anzahl Patientenaustritte Akut	gaM
Anzahl Pflgegetage Akut	gaM
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	gaM
CMI	gaM
Normierte Fallkosten CM1.0 Total	gaM, M
Normierte Fallkosten CM1.0 ohne ANK	gaM, M
Werte aus Qualitätsmessungen (wie 6.1.1; vgl. FN 9)	

Anzahl Patientenaustritte Akut
 Anzahl Pflgegetage Akut
 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
 CMI
 Normierte Fallkosten CM1.0 Total
 Normierte Fallkosten CM1.0 ohne ANK

Werte aus Qualitätsmessungen (wie 6.1.1; vgl. FN 9)

Bettenbelegung Akut in %
 Abweichung ALOS zu LOS in % (Basis Normallieger)

Gesamtkosten stationär
 - davon Kosten zu Lasten OKP
 - davon Anlagenutzungskosten
 - davon Kosten VVG
 - davon Anlagenutzungskosten

Gesamtkosten ambulant
 - davon Kosten zu Lasten OKP

Gesamterlös stationär
 - davon Erlös aus Zusatzversicherungen
 - davon Erlös aus Grundversicherungen
 - Kostendeckungsgrad stationär OKP

Gesamterlös ambulant
 - davon Erlös aus Zusatzversicherungen / Selbstzahler
 - davon Erlös aus Grundversicherung
 - davon Erlös aus TARMED
 - Kostendeckungsgrad TARMED Taxpunktwert

Gesamtkosten Reha
 Gesamterlös Reha
 Kostendeckungsgrad Reha

Gesamtkosten Psy
 Gesamterlös Psy
 Kostendeckungsgrad Psy

Gesamtkosten Übergangspflege⁸
 Gesamterlös Übergangspflege
 Kostendeckungsgrad Übergangspflege

⁸ Im Fall der Übergangspflege sowie dem langzeitstationären Bereich wurden keine vertieften Abklärungen vorgenommen. Akutspitäler, die Leistungen in der Übergangspflege erbringen, sind in der Lage sein, diese Kosten und Erlöse zu isolieren und auszuweisen. Das Gleiche lässt sich sagen für langzeitstationäre Einrichtungen in Akutspitälern. Wir empfehlen, eine Umsetzung der Publikation von betrieblichen Vergleichsdaten in den beiden Bereichen erst mittel- bis längerfristig anzugehen, umso mehr, als sich die Übergangspflege erst noch bei Leistungserbringern und in der Versorgungsstruktur weiter gehend etablieren muss.

Gesamtkosten Langzeit ⁹
Gesamterlös Langzeit
Kostendeckungsgrad Langzeit

6.2 Zusätzliche Indikatoren und Auswertungen zur Darstellung der einzelnen Institutionen

Berücksichtigung von Stakeholder-Interessen:

Die Modalitäten der Auftragsbefreiung halten fest, dass die vorgeschlagenen Betriebsvergleichsindikatoren die Interessen der wichtigsten Stakeholder berücksichtigen sollen, im Vertrag wird spezifisch auf die Versicherten, die der Ärztinnen und Ärzte sowie die der Kantone (Fokus Spitalplanung) hingewiesen. Bei der Entwicklung der Indikatoren hat sich gezeigt, dass die meisten von ihnen häufig die Interessen verschiedener Stakeholder, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass, betreffen. Eine explizite Zuordnung zu einzelnen Adressaten, Anspruchs- und Interessenträgern ist nicht realistisch. Die Adressatengerechtigkeit war jedoch ein prioritärer Aspekt bei der Entwicklung der vorgeschlagenen Betriebsvergleiche.

6.2.1 Gliederungssystematik

Die nachfolgenden Auswertungen sind gegliedert nach Wichtigkeit sowie aufgeteilt nach Akut, Psychiatrie und Rehabilitation. Weil viele Akutspitäler mit Blick auf diese Kategorien ein gemischtes Angebot haben¹⁰, muss bei den entsprechenden Auswertungen sicher gestellt werden, dass die Leistungsanteile in den Bereichen Langzeit, Psychiatrie oder Rehabilitation korrekt zugeordnet werden. Zu diesem Zweck ist der Einbezug der Daten von ITAR_K unverzichtbar. Das heisst, ein wichtiger Teil zur Sicherstellung der Verlässlichkeit von Betriebsvergleichen und aggregierten Daten in den drei Versorgungsbereichen ist vom Einbezug von ITAR_K Daten abhängig (vgl. Kapitel 4).

Weitere Gliederungskriterien:

- Auswertung: beispielsweise Fallkosten brutto, Medianwert, Angabe Jahresvergleiche, berücksichtigte Auswertungsparameter wie ohne/mit Anlagennutzungskosten, d.h. Definition des Indikators, *angefügt sind zudem kursiv die Auswertungsvarianten*
- Erläuterungen: Vor- und Nachteile der Auswertung, Informationsgehalt und -relevanz, Möglichkeiten und Grenzen der Auswertungsinformation
- Datengrundlagen: Verweis auf erforderliche Datenquellen
- Hinweise zu Darstellungsformen: Zahlen, Tabellen, Grafiken, Kombinationen

Den aufgeführten Auswertungen wurden folgende Priorisierungen zugeordnet:

- (1) wichtig, umsetzen
- (2) Priorität sekundär, nach Möglichkeit umsetzen
- (3) „Nice to have“

Nr.: Die einzelnen Auswertungen sind nummeriert, dies soll die Übersichtlichkeit und die weitere Verarbeitung des Berichts erleichtern.

Selektionskriterien: Die Auswahl muss nach „alle Spitäler einzeln und/oder aggregiert“ nach den BfS-Kategorien oder den SpitalBenchmark-Kategorien „Universitätsspitäler, Spezialkliniken und

⁹ Siehe Fussnote 8

¹⁰ Beispiele für „gemischte“ Leistungsbereiche: Kantonsspital Obwalden mit Akut und Psychiatrie oder das Spital Affoltern mit Akut und einer Langzeitabteilung. Bei Spitalgruppen (eine Trägerschaft/Rechtsform) mit verschiedenen Betriebsstandorten, beispielsweise bei der Spital Thurgau AG

Übrige“ erfolgen können. Dies ist so lange zweckmässig, bis die Entwicklung des DRG-Systems eine solche Unterteilung obsolet macht. Die Selektion wird mit „Spitalgruppierung“ bezeichnet. Bei den Betriebsvergleichsindikatoren gemäss Abschnitt 6.1, akutstationärer Teil wird neben der Aufteilung in die drei Bereiche Akut, Rehabilitation und Psychiatrie die folgende Gliederung verwendet (Praxisorientierung, Allgemeinverständlichkeit):

- a) Wirtschaftlichkeitsprüfung
- b) Patientenherkunft
- c) Entwicklung Leistungs- und Kostenvolumen
- d) Leistungsangebot (Entwicklung)
- e) Kostenvergleich akut und Tarifbildung
- f) Entwicklung pro Einwohner
- g) Preis- und Prämienentwicklung

6.2.2 Akutspitäler

a) Wirtschaftlichkeit

Nr.	Auswertung	Selektionskriterien In (..) Priorisierung	Erläuterungen
1	Kosten ohne Anlagennutzungskosten zu Lasten OKP nur grundversicherte Patienten bei CW 1; Spitäler-Vergleich, Bezugsjahr <ul style="list-style-type: none"> - <i>Spitalvergleich mit Median und gaM, Bezugsjahr</i> - <i>Entwicklung nach Spitalgruppierung, d.h. Mehrjahresvergleiche der Mediane und der gewichteten arithmetischen Mittel (gaM)</i> 	Spitalgruppierung (1)	Stück- bzw. Zeitrechnung führt zu leichter Ungenauigkeit, die Ungenauigkeiten sind aber bedeutend geringer als bei Vergleich auf Ebene anrechenbare Kosten (vgl. lit. k Tarifbildung) Patienten nur allgemeine Abteilung - keine Patienten mit VVG Genauere Auswertung mit ITAR_K möglich
2	Belegungsgrad der Betten, <ul style="list-style-type: none"> - <i>Spitalvergleich mit gaM, Bezugsjahr</i> - <i>Entwicklung gaM nach Spitalgruppierung, Mehrjahresvergleich</i> 	Spitalgruppierung (1)	Bezugsgrösse Einschätzung durchschnittlich betriebene Betten. Spitäler mit grossen Auslastungsschwanken haben stark schwankende Anzahl Betten in Betrieb.
3	Abweichung ALOS zu LOS in Tagen und in %; <ul style="list-style-type: none"> - <i>Spitalvergleich,</i> - <i>Mehrsjahresvergleiche Median nach Spitalgruppen</i> 	Spitalgruppierung (1)	
4	Normierte Fallkosten (brutto ohne Abzüge) bei CW 1 mit und ohne ANK; <ul style="list-style-type: none"> - <i>Spitalvergleich; gaM und Median, Bezugsjahr</i> - <i>Entwicklung, Mehrjahresvergleich nach Spitalgruppen</i> 	Spitalgruppierung (3)	Stück- bzw. Zeitrechnung führt zu leichter Ungenauigkeit Hinweis: Unterschiedliche Anlagennutzungskosten beachten - historische Herleitung

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, ITAR_K

Hinweise zu Darstellungsformen:

Spitälervergleiche in Diagrammform, explizite Benennung der einzelnen Spitäler, Median und/oder gewichtetes arithmetisches Mittel am Schluss. Entwicklungen, Mehrjahresvergleiche: Tabellen und Liniendiagramme.

b) Patientenherkunft

Nr.	Auswertung	Selektion Priorisierung	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Inner- / ausserkantonale Patienten / Ausländer <i>- pro Spital, absolut und in % Mehrjahresvergleiche</i>	Spital- gruppierung (1)	Einfach generierbar, Zeitverlaufsdaten geben Auskunft über Patientenpräferenzen und -ströme

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik

Hinweise zu Darstellungsformen:

Tabelle, allenfalls Balkendiagramme, Balken unterteilt

c) Entwicklung Leistungs- und Kostenvolumen

Nr.	Auswertung	Selektion Priorisierung	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Anzahl stat. Fälle <i>Mehrfjahresvergleich</i>	Spital- gruppierung und Spitäler nach Kantonen (1)	
2	Normierte Fallkosten 1.0; <i>rechnen mit CMI brutto und netto Mehrfjahresvergleich</i>	alle Spitäler (3)	Auswirkung Versionswechsel kommentieren
3	Normierte Fallkosten 1.0; <i>rechnen mit CMI brutto und netto Mehrfjahresvergleich</i>	Spital- gruppierung (3)	Auswirkung Versionswechsel kommentieren

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, ITAR_K (für Nr. 4,5)

Hinweise zu Darstellungsformen:

Tabellen: Spitälervergleiche in Diagrammform, explizite Benennung der einzelnen Spitäler

d) Leistungsangebot (Entwicklung)

Nr.	Auswertung	Selektion	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Fallzahlen pro MDC ab 2012 System SwissDRG	alle Spitäler (2)	Potenzielle Option für Benchmark Gruppen- bildung (anstelle von BfS)
2	DRG (Anzahl beanspruchte DRG), <i>- Abbildung je pro Einzelspital - summarisch nach DRG</i>	alle Spitäler (2)	Abbildung Leistungsvolumen und –breite, al- lenfalls Entwicklung (Mehrfjahresvergleiche) einbeziehen

Datengrundlagen:
Med. Statistik (BfS)

Hinweise zu Darstellungsformen:
Spitälervergleiche in Diagrammform, explizite Benennung der einzelnen Spitäler

e) Kostenvergleich akut und Tarifbildung

Nr.	Auswertung	Selektion	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Normierte Fallkosten bei CW 1 ohne ANK inkl. standardisierte Abzüge für Tarifberechnung Modell ITAR_K - <i>Spitäler-Vergleich mit Median, Bezugsjahr ohne/mit Spitalgruppierung</i> - <i>Entwicklung nach Spitalgruppierung, d.h. Mehrjahresvergleiche der Mediane und der gewichteten arithmetischen Mittel</i>	Spitalgruppierung (1)	Kostenvergleich akut für Krankenversicherungsbereich und Tarifbildung relevant
2	Normierte Fallkosten bei CW 1 inkl. ANK (Bruttokosten, d.h. Kosten für die Normallieger ohne Abzüge) - <i>Spitäler-Vergleich mit gaM und Median, Bezugsjahr</i> - <i>Mehrfjahresvergleiche der Mediane und der gewichteten arithmetischen Mittel</i>	alle Spitäler (2)	Kostenvergleich akut; Hinsichtlich der Praxis von Versicherern und Preisüberwachung bestehen vielfältige Rechtsunsicherheiten bei Verfahren und Umfang der Abzüge, um von den Bruttofallkosten auf die Ebene der sog. anrechenbaren Kosten zu gelangen. Solche „Verfälschungen“ fallen bei diesem Indikator weg Beachte: Indikator gleich wie a4, Unterschied bei Selektion „alle Spitäler“

Datengrundlagen:
ITAR_K

Hinweise zu Darstellungsformen:
Spitälervergleiche in Diagrammform, explizite Benennung der einzelnen Spitäler, Median, bzw. gaM am Schluss. Entwicklungen, Mehrjahresvergleiche: Tabellen und Liniendiagramme

f) Entwicklung pro Einwohner

Nr.	Auswertung	Selektion	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Fallkosten stationär total brutto und netto - <i>pro Einwohner</i> - <i>Mehrfjahresvergleich</i>	alle Spitäler (1)	Kosten im Verhältnis zur Bevölkerungszahl; wird auf Basis Krankenversichererdaten bereits gemacht, Bild mit Spitaldaten wichtig Wert dürfte in den kommenden Jahren zunehmen, weil ANK genauer ermittelt werden und daher steigen dürften.
2	Fallkosten ambulant total pro Einwohner - <i>Mehrfjahresvergleich</i>	alle Spitäler (2)	Abbildung langfristige Entwicklung Beanspruchung von stat. Leistungen versus Beanspruchung von amb. Leistungen
3	Anzahl stationäre Fälle pro Einwohner - <i>Mehrfjahresvergleich für ganze CH</i> - <i>Mehrfjahresvergleich nach Kantonen</i>	alle Spitäler nach Kanton (2)	Abbildung langfristige Entwicklung, Verschiebung stationär - ambulant

4	Fallkosten stationär total (Definition siehe h1 oben) - <i>pro Einwohner</i> - <i>Mehrjahresvergleich ganze Schweiz</i>	alle Spitäler (3)	Kosten im Verhältnis zur Bevölkerungszahl, wird auf Basis Krankenkassendaten bereits gemacht, Bild mit Spitaldaten darlegen. Auswertungshinweis (PW): Es muss sichergestellt sein, dass nur SwissDRG-Kosten durch den CM geteilt werden!
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, weitere statistischen Angaben

Hinweise zu Darstellungsformen:

Tabellen, Liniendiagramme

g) Preis- und Prämienentwicklung

Nr.	Auswertung	Selektion	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Baserate CW 1.0, gemeint ist die Tarif-Baserate, nicht die Kosten-Baserate	Spitäler, sortiert nach Kt + Versicherungengruppe (2)	Übersicht Preisstruktur stationär
2	Prämienkosten pro Kanton in Fr., Veränderungen in % <i>Mehrjahresvergleiche</i>	Kantone (2)	Darstellen Verhältnis Kostensteigerung / Prämienentwicklung; Hinweis auf wichtige Adressaten: Polit. Akteure und Kantone, do. Nr. 3
3	Preisentwicklung Tarif-Baserate Mehrjahresvergleich Preise (Baserate) - <i>Spitälervergleich; Median, Bezugsjahr</i> - <i>Entwicklung, Mehrjahresvergleich</i>	alle Spitäler (2)	Darstellen Kostensteigerungen aus Sicht Finanzierer; Bei Interpretation CMI-Veränderungen berücksichtigen

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, weitere statistische Angaben

Hinweise zu Darstellungsformen:

Tabellen, Liniendiagramme (Mehrjahresvergleiche), Spitälervergleiche: Balkendiagramme

6.2.3 Psychiatrie

Im Unterschied zum akutsomatischen Bereich sind in der Psychiatrie zurzeit noch keine Auswertungen möglich, welche bei der Standardisierung der Zuordnung von Kosten zu einer Leistungsbezugsgrösse mit normierten Fallkosten vergleichbar wären. Deshalb wurde für die Reform des Tarifsystems das Projekt TARPSY initialisiert. Die SwissDRG AG hat im Juli 2013 den Bundesrat über die geplanten Schritte informiert.

Im Projekt TARPSY erfolgt die Entwicklung der Tarifstruktur datenbasiert. Unter Berücksichtigung von 20 Patient Cost Groups mit 10 Hauptdiagnosen und zwei Schweregraden erfolgt eine Kostenzuordnung, welche auf einer gesicherten Grundlage Kosten-Leistungsvergleiche erlaubt. Nach aktuellem Projektstand wird die Entschädigung eine Kombination von Fall- und Tagespauschalen beinhalten. Die Daten 2012 von 18 psychiatrischen Kliniken sind ausgewertet und bilden die Basis für die Weiterentwicklung. Im Jahr 2016 soll das neue Tarifwerk vorliegen, damit es durch den Bundesrat bewilligt und per 1.1.2018 flächendeckend eingesetzt werden kann.

In der Übergangszeit sind nur beschränkt Auswertungen möglich.

Nr.	Auswertung	Selektion Psychiatrie	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Gesamtkosten stationär je Pflage-tag ohne ANK - <i>Klinikvergleich</i>	alle Kliniken (1)	Wenn eine solche Auswertung gemacht wird, muss auf die erheblichen Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit hingewiesen werden
2	<u>Leistungsdaten</u> Anzahl Fälle stationär nach Diagnosen-gruppen Kapitel F - <i>Spital- bzw. Klinikvergleich</i>	Alle Kliniken (1)	
3	<u>Leistungsdaten</u> Durchschnittliche Verweildauer stationär nach Leistungsgruppen <i>Ermittlung: ((Pflegetage) / (Austritte + Endbestand der Periode))</i> - <i>Spital- bzw. Klinikvergleich</i> - <i>Mehrjahresvergleiche</i>	(1)	
4	Gesamtkosten Tageskliniken je Behandlungstag ohne ANK - <i>Spital- bzw. Klinikvergleich</i>	(2)	
5	Gesamtkosten stationär nach Diagnose-gruppen Kapitel F je Pflage-tag und je Fall ohne ANK - <i>Darstellung, Gliederung nach Diagnosegruppen (aggregiert alle Kliniken)</i>	(2)	
6	Gesamtkosten stationär nach Diagnose-gruppen Kapitel F je Fall ohne ANK	(2)	Definition Anzahl Fälle = Austritte + Endbestand der Periode (Tagespau-schale /Überlieger/Lanzeitpatienten) Hinweis Zugersee: Fälle effektiv über Leistungserfassung vorhanden
8	<u>Leistungsdaten:</u> Rehospitalisierungsrate stationär je Leistungsgruppe - <i>Darstellung summarisch je Leistungsgruppe</i>	(2)	
9	Kosten ANK für Tageskliniken nach Rekole je Behandlungstag - <i>Spital- bzw. Klinikvergleich</i> - <i>Mehrjahresvergleiche</i>	(2)	Nur Rekole zertifizierte Betriebe haben die KORE-technischen Voraussetzungen; RE-KOLE muss zuerst entsprechend eingeführt werden. <u>D.h. Indikator erst nach Vorliegen dieser Voraussetzung berücksichtigen.</u>

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, ITAR_K

Darstellungsformen:

Tabellen, Liniendiagramme (Mehrjahresvergleiche), Spitälervergleiche: Balkendiagramme

6.2.4 Rehabilitation

In ähnlicher Weise wie TARPSY ist das Projekt stationäre Rehabilitation (ST Reha) in Bearbeitung. Aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen des Patienten erfolgt eine Zuteilung in eines der vier Behandlungsfelder Neurologie, Kardiologie, Pulmologie, Übrige (z.B. Geriatrie). Die dafür notwendigen Abgrenzungen zur Behandlung in der Akutsomatik sind definiert, d.h. der Beginn und das Ende der Rehabilitation aus Behandlungssicht sind geklärt. 15 Referenzkliniken unterlegen die geplante Tarifstruktur zurzeit mit Daten. Im Jahre 2016 soll die Tarifstrukturgenehmigung durch den Bundesrat erfolgen, so dass ab 1.1.2018 flächendeckend abgerechnet werden kann. Nach aktuellem Projektstand wird die Entschädigung in Form von Tagespauschalen, welche wöchentlich wechseln können, erfolgen.

Bis zum Vorliegen der einheitlichen Tarifstruktur sind Auswertungen zu Betriebsvergleichen in der Rehabilitation nur beschränkt möglich.

Nr.	Auswertung	Selektion Rehabilitation	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Gesamtkosten stationär je Pflage-tag ohne ANK - Klinikvergleich	alle Kliniken (1)	Wenn eine solche Auswertung gemacht wird, muss auf die erheblichen Einschränkungen bei der Vergleichbarkeit hingewiesen werden
2	<u>Leistungsdaten</u> Anzahl Fälle stationär - Klinikvergleich - Mehrjahresvergleiche	alle Kliniken (2)	Weitere Differenzierung in Fachbereiche wünschbar. Im Moment jedoch Aussagekraft eher gering. Keine verbindlichen Definitionen betreffend Krankheitsbildern und Schweregrad vorhanden.
3	<u>Leistungsdaten</u> Durchschnittliche Verweildauer stat. Formel: $((\text{Pflegetage}) / (\text{Austritte} + \text{Endbestand der Periode}))$ - Klinikvergleich - Mehrjahresvergleiche	(1)	Die Aussagen sind nur in denjenigen Institutionen sinnvoll, die keine Langzeit-Reha anbieten.
4	Bettenbelegung in % - Klinikvergleich, Darstellung Nr. 3 und 4 nach Möglichkeit zusammen	(1)	
7	<u>Leistungsdaten:</u> Ausweis Personal nach FTE und Berufsgruppen	(3)	Definitionen heute noch nicht einheitlich; es muss darauf hin gearbeitet werden, dass die Datenerhebung einheitlicher und damit besser wird. Vgl. auch Darstellung Einzelinstitutionen

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, ITAR_K

Darstellungsformen:

Tabellen, Liniendiagramme (Mehrwjahresvergleiche), Spitälervergleiche: Balkendiagramme

6.2.5 ambulante Leistungsdaten

Nr.	Auswertung	Selektion	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	Mehrjahresvergleich Ambulant TP-Volumen	alle Spitäler (2)	Da bisher nicht alle Spitäler ITAR_K abgeben, Ausweis auf spitalindividuellem Blatt (Empfehlung für Reha)
2	Mehrjahresvergleich Ambulant TP-Volumen	nach Kanton (2)	Leistungserbringersicht
3	Kosten pro Taxpunkt für ambulante Leistungen (Wirtschaftlichkeitsprüfungsindikator)	TARMED, Physo- / Ergotherapie, usw. (3)	
4	Deckungsbeitrag Kosten pro Taxpunkt im Vergleich zu fakturierbarem TP-Wert	alle Spitäler (1)	Hinweise Differenzen Tarifpolitik – Entwicklung TARMED - KVG

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, ITAR_K

Hinweise zu Darstellungsformen:

Tabellen, Liniendiagramme (Mehrjahresvergleiche), Spitälervergleiche: Balkendiagramme

6.3 Qualität

Einleitung:

Bereits seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) von 1994 wurden die Spitäler gesetzlich verpflichtet, die Qualität zielgerichtet und systematisch zu sichern und zu fördern. In diesem Kontext wurden seither schon viele Modelle und Methoden zur Qualitätserhebung in den Spitälern diskutiert und erarbeitet.

6.3.1 ANQ-Messungen

Die grösste Akzeptanz unter „flächendeckend“ durchgeführten Outcome-Messungen in den Schweizer Akutspitälern finden die ANQ-Messungen. Auch wenn die Risikoadjustierungen der ANQ-Messungen noch verbessert werden müssen, empfehlen wir die ANQ-Messungen zur Beurteilung der Qualität in die Betriebsvergleiche durch den Bundesrat einzubeziehen.

Folgende ANQ-Messungen stehen für die Akutsomatischen Spitäler zur Verfügung:

- Rehospitalisationsrate SQLape
- Reoperationsrate SQLape
- Postoperative Wundinfektionen SwissNOSO
- Patientenzufriedenheit
- Prävalenzmessung Dekubitus LPZ
- Prävalenzmessung Sturz LPZ
- SIRIS – Implantatregister

6.3.2 Auswertungen zu Komplikationen, Verfahrensmix

Zusätzlich zu den ANQ-Indikatoren empfehlen wir die Auswertungen der in der medizinischen Statistik kodierten Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Massnahmen (Komplikationen). Diese werden in der Schweiz einheitlich kodiert. Eine entsprechende Kodierempfehlung befindet sich im Kodierungshandbuch, Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz, Version 2012, ISBN: 978-3-303-14160-1, Seite 36-38).

Diese Codes können aus dem medizinischen Datensatz extrahiert und ausgewertet werden. Wir empfehlen, diese Codes prozentual pro Spital nach Haupt- und Nebendiagnosen auszuwerten. Komplikationscodes in der Hauptdiagnose bedeuten, dass ein Patient ausdrücklich wegen einer Komplikation ins Spital aufgenommen wurde. Eine Komplikationsdiagnose als Nebendiagnose besagt, dass die Komplikation im Spital entstanden ist. Allerdings besagt diese Auswertung nicht, wo die erste medizinische Massnahme ausgeführt wurde.

Folgende Codes können ausgewertet werden:

- E89.- Endokrine und Stoffwechselstörungen nach med. Massnahmen, andernorts nicht klassifiziert (a.n.k)
- G97.- Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen, a.n.k
- H59.- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgeb. nach med. Massnahmen, a.n.k
- H95.- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k
- I97.- Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k
- J95.- Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k
- K91.- Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k
- M96.- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen, a.n.k
- N99.- Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen, a.n.k
- Y84.9 – Zwischenfälle durch medizinische Massnahmen, n.n.b.
- Y69 – Zwischenfälle bei chirurgischen Eingriffen und medizinischen Behandlungen

Die Codes T80-T88 betreffen Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, sie sind anderenorts nicht klassifiziert.

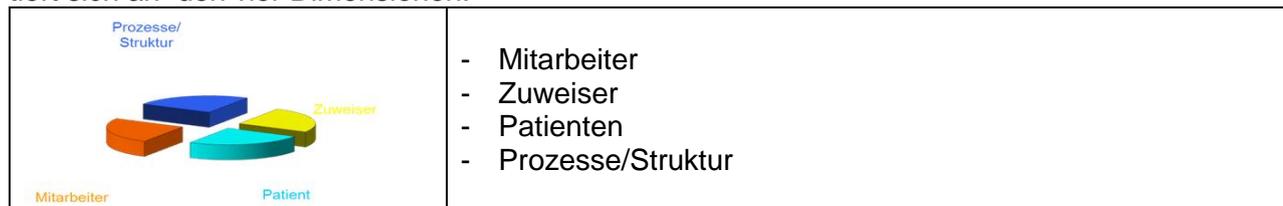
Eine Komplikation wird nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn der Patient ausdrücklich wegen dieser Komplikation hospitalisiert wird.

6.3.3 Verfahrensmix

Eine Grundlage zur Qualitätsprüfung kann im Verfahrensmix (offene Operation versus laparoskopische Operation) gesehen werden, er kann aus dem Medizinischen Datensatz berechnet werden. Bezug zur Qualität: Für einige Eingriffsformen ist das laparoskopische Verfahren state-of-the-art einer guten OP, d.h. es wird aus medizinischer Sicht eindeutig als qualitativ hochwertiger eingeschätzt, obwohl auch das offene Verfahren noch angewendet wird (vgl. Aufzählung in 6.3.4.4)

6.3.4 Kennzahlen, gegliedert gemäss BSC

Längerfristig ist eine Erweiterung der Publikation zu Qualitätsauswertungen möglich. Wenn eine Erweiterung der Publikation mit Datenauswertungen im Bereich Qualität erfolgen soll, besteht eine Möglichkeit darin, Qualitätskennzahlen nach der Balanced Scocard (BSC) zu nutzen. Sie orientiert sich an den vier Dimensionen:



Allerdings muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass bei den nachfolgend vorgeschlagen Optionen grosse Unterschiede bei Machbarkeit (Verfahren zur Datenerhebung) sowie Zweckmässigkeit (viele Indikatoren gehören in den spitalinternen Benchmark, eine

Veröffentlichung dürfte für Spitäler und externe Adressaten kontraproduktiv sein). Die grau markierten Kennzahlen dürften bezüglich Messbarkeit und Zweckmässigkeit sowie Akzeptanz besser geeignet sein, als die nicht markierten.

6.3.4.1 Mitarbeiter

- Absenzenrate
 - Kurzabsenzen
 - Absenzen lang, inkl. Burnouts (z.B. Austritte nach vorangegangener Absenz)
- Fluktuation
- Mitarbeiterzufriedenheitsumfragen (Alle Umfragen haben eine key-question: "Empfehlen Sie Freunden, in dem Unternehmen zu arbeiten?"
- Kundenorientierung (ebenfalls durch Umfrage herauszufinden)
 - Kennzahl Serviceorientierung¹¹
- Existiert eine Karriere- oder Laufbahnplanung
- Turnover von Assistenzärzten und Pflegekräften

6.3.4.2 Zuweiser

- Marktanteil (einfach über BFS-Datensatz, z.B. pro DRG)
- Wartezeiten (z.B. für key-Indikatoren: Eintritt bis Operation für Schenkelhalsfrakturen)
- Zuweiserzufriedenheit (2-jährlich)
- Abgesprungene/neu gewonnene Zuweiser

6.3.4.3 Patienten

- Zeitnahe, periodische Zufriedenheitsmessungen (ANQ-Messung)
- Wartezeiten
 - Anmeldung bis Untersuchung
 - Diagnose bis OPS, resp. Therapiebeginn
- Austrittsmanagement:
 - Verzögerung ohne med. Begründung (zusammen mit SQLape)
- Fehlerquote Medikamente
- Komplikationen:
 - AQC
 - Dauerkatheter (Anteil > 3 Tage)
 - Katheterinfekt (Medizinische Datensatz)
 - SwissNoso (ANQ-Messung)
 - Quote Überlieger (Medizinische Datensatz)
- Verbrauch von Antidoten (Medikationsfehler)
- Anästhesiekomplikationen (Überdosierungen, Falsche Platzierung Tubus)
- Erfolgreiche Reanimationen
- Iatrogenen Pneumothorax
- Postoperative:
 - Hüftfrakturen
 - Blutungen, welche Reoperation bedingen
 - Lungenembolie, tiefe Venenthrombose und Sepsis
 - Metabolische Entgleisungen

6.3.4.4 Prozesse/Strukturen

- Verfahrensmix, offene-geschlossene OP (Medizinische Datensatz):
 - Appendektomie (Medizinische Datensatz)

¹¹ Schoenfelder et al., Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany, Qual Care 2011 vol 23, 5, p 503-509

- Cholezystektomie (Medizinische Datensatz)
- Sigmaresektion (Medizinische Datensatz)
- Prostataktomie (Medizinische Datensatz)
- Anzahl FMH-Punkte (Spital/Kliniken)

Übersicht über mögliche Auswertungen / Indikatoren:

Anmerkung zu den Komplikationenmessungen: Hier besteht die Gefahr, dass die gleichen Kritiken angebracht werden wie beim Ausweis von Mortalitätsraten; Schwerpunkte: Kleine Spitäler haben zu geringe Fallzahlen (KI- Problematik) sowie Abhängigkeit der Resultate vom Patientenmix (Problem Risikoadjustierung).

Nr.	Messbereich	Auswertung	Selektion Akutspitäler Priorisierung	Vor- / Nachteil Bemerkungen
1	med. Ergebnisqualität	Rehospitalisationsrate SQLape	(1)	Einverständnis ANQ notwendig
2	med. Ergebnisqualität	Postoperative Wundinfektionen SwissNOSO	(1)	Einverständnis ANQ notwendig
3	Komplikationen	E89.- Endokrine und Stoffwechselstörungen nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	prozentual pro Spital nach Haupt- und Nebendiagnosen Die Codes T80-T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert Eine Komplikation wird nur dann als Hauptdiagnose angegeben, wenn der Patient ausdrücklich wegen dieser Komplikation hospitalisiert wird.
4	Komplikationen	G97.- Krankheiten des Nervensystems nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
5	Komplikationen	H59.- Krankheiten des Auges und der Augen anhangsgeb. nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
6	Komplikationen	H95.- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
7	Komplikationen	I97.- Kreislaufkomplikationen nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
8	Komplikationen	J95.- Krankheiten der Atemwege nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
9	Komplikationen	K91.- Krankheiten des Verdauungssystems nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3

10	Komplikationen	M96.- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
11	Komplikationen	N99.- Krankheiten des Urogenitalsystems nach med. Massnahmen, a.n.k	(1)	Siehe Messung 3
12	Fallzahlen	Eingriffshäufigkeiten und Reoperationsrate	(3)	Daten von ANQ notwendig
13	Strukturqualität	Prävalenzmessung De-kubitus LPZ	(3)	Daten von ANQ notwendig

Datengrundlagen:

Med. Statistik (BfS), KH Statistik, ANQ-Daten

Darstellungsformen:

Wird bestimmt, wenn die Entscheidung betreffend allfälliger Umsetzung getroffen ist.

7. Datenverifizierung

7.1 Verfahren Datenplausibilisierung

Mit Publikation der „Kennzahlen der Schweizer Spitäler“ 2008/2009 hat man sich auch um Datenverarbeitungsprozesse sowie die zugehörigen Erhebungs- und Plausibilisierungszyklen gekümmert, d.h. ab dem Bericht 2008/2009, S.3.

Abbildung 1: Erhebungs- und Plausibilisierungszyklus der Kennzahlen der Schweizer Spitäler



Aus Erfahrung kann SB feststellen, dass der übergreifenden Datenverifizierung der verschiedenen Datenquellen ein hoher Stellenwert zukommt. Deshalb hat SB ein breites Set von Kontrollparametern entwickelt, um Inkompatibilitäten zu finden und beheben zu lassen (Plausibilisierung). Vor diesem Hintergrund und wegen der veränderten Datenaufbereitungen sind die nachfolgenden Erläuterungen und Empfehlungen entstanden.

Prinzipien:

Die Grunddaten zur Erstellung der Betriebsvergleiche müssen vollständig und korrekt sein. Die Daten müssen den Anforderungen gemäss den entsprechenden Detailkonzepten entsprechen. Betriebe, die diese Anforderungen auch nach einer Korrekturaufforderung nicht erfüllen, werden aus den Betriebsvergleichen ausgeschlossen oder separat dargestellt (wird grundsätzlich von SB so angewendet); es wäre u.E. zu prüfen, welche verhältnismässigen „Sanktionen“ das BAG anwenden kann oder will, konkret, ob die Gesetzesgrundlagen für die Sicherstellung von wirksamen Massnahmen zur Durchsetzung einer ausreichenden Datenqualität bestehen oder allenfalls geschaffen werden müssen. Die heutigen Prüfungen durch die verschiedenen Kantone müssen auf eine einheitliche Prüfung festgelegt werden, vgl. das entsprechende Ablaufschema unten.

Prüfungsablauf:

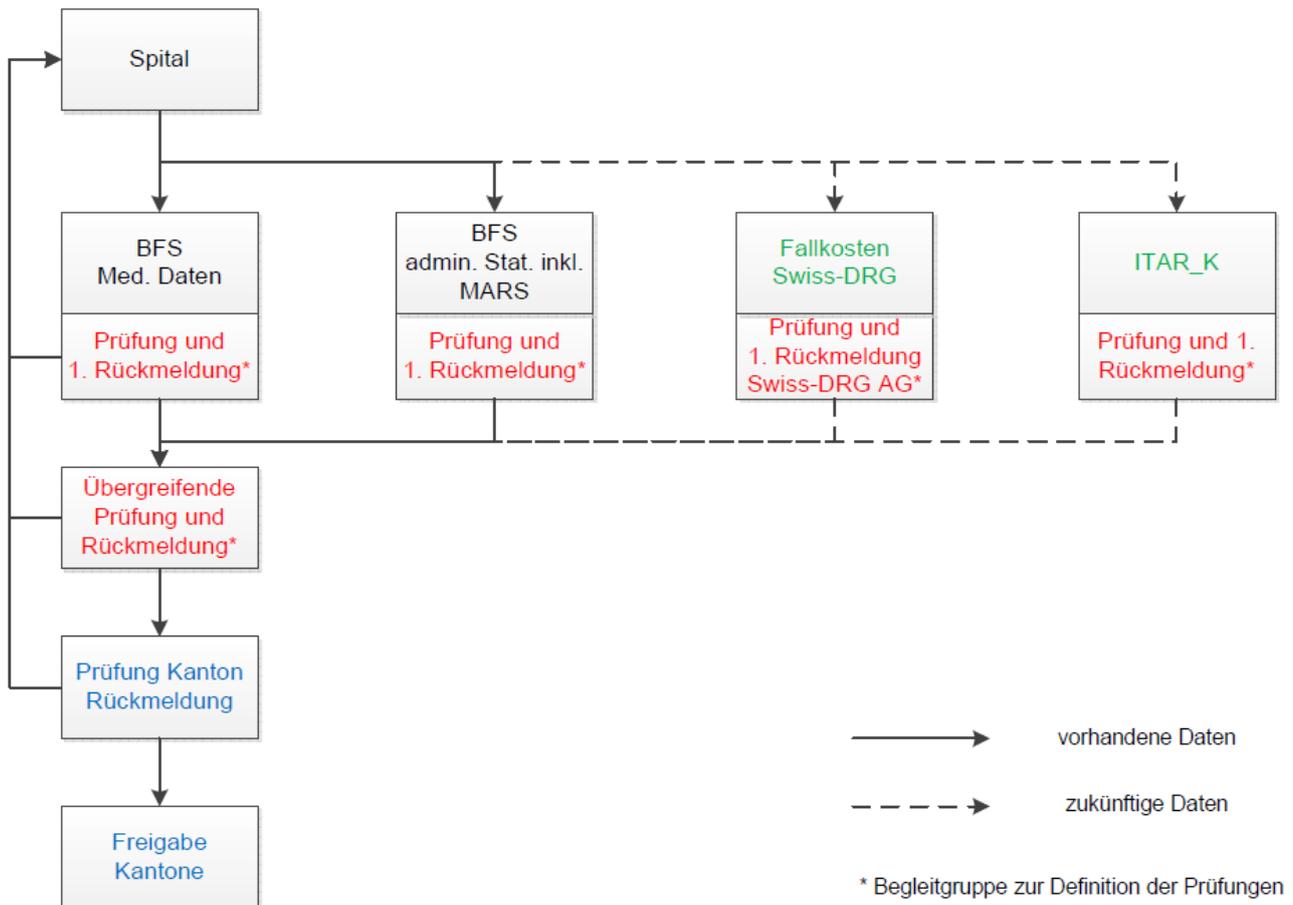
Die Daten sind direkt beim Bundesamt für Statistik hoch zu laden. Eine erste Überprüfung erfolgt direkt durch das Einleseprogramm und das Spital wird umgehend mit den Resultaten bedient. Analog funktioniert heute bereits die Datenabgabe bei der SwissDRG AG. In einem weiteren Schritt erfolgen übergreifende Prüfungen zur Sicherstellung, dass die Daten in den verschiedenen Files konsistent sind. Diese Prüfung inkl. Rückmeldung und Nachbesserung würde innerhalb von 30 Tagen erledigt werden.

Weitere Datenkontrollen durch die Kantone und die Freigabe der Daten durch die Kantone erfolgen nachgelagert. Erst nach der Datenfreigabe kann das Bundesamt die Daten verwenden. Zur Definition der Prüfungen empfehlen wir, eine entsprechende Begleitgruppe einzusetzen, in der die Spitäler paritätisch vertreten sind.

Dieses Vorgehen ermöglicht es, dass die Daten rascher für die Publikation zur Verfügung stehen, die bereits gute Grunddatenqualität zusätzlich erhöht wird und die Korrekturen zeitnahe vorgenommen werden können.

Nachfolgend unser Vorschlag:

Vorschlag für optimierten Ablauf der Datenlieferung und Datenprüfung



7.2 Verbesserungen der Vergleichbarkeit

Die Qualität der erhobenen Spitaldaten ist in letzten Jahren markant gestiegen, die Validität von betriebsvergleichenden Indikatoren ist zurzeit noch durch eine Reihe von identifizierbaren Rahmenbedingungen eingeschränkt. Ursachen und Gründe für solche Faktoren sind:

- Die Spitäler haben unterschiedliche Strukturen, Leistungsaufträge, geographische Voraussetzungen
- Das KVG richtet seinen Blick „nur“ auf die OKP-Patienten, die VKL, welche die OKP-relevanten Betriebskosten eines Spitals definiert, z.B. für die Berechnung der Anlagennutzungskosten die Restabschreibungsmethode. Es gibt zudem in der VKL weitere Regulierungspunkte, die einen Betriebsvergleich auf Kostenebene erschweren.
- Es sind noch nicht alle Betriebe REKOLE® - zertifiziert
- SwissDRG ist noch in der Entwicklung und noch nicht kostenhomogen

Es muss an dieser Stelle auf die entscheidende Bedeutung von Verbesserungen der Vergleichbarkeit von Spitalbetrieben hingewiesen werden. SB hat dieser Herausforderung seit seiner Gründung viel Gewicht beigemessen.

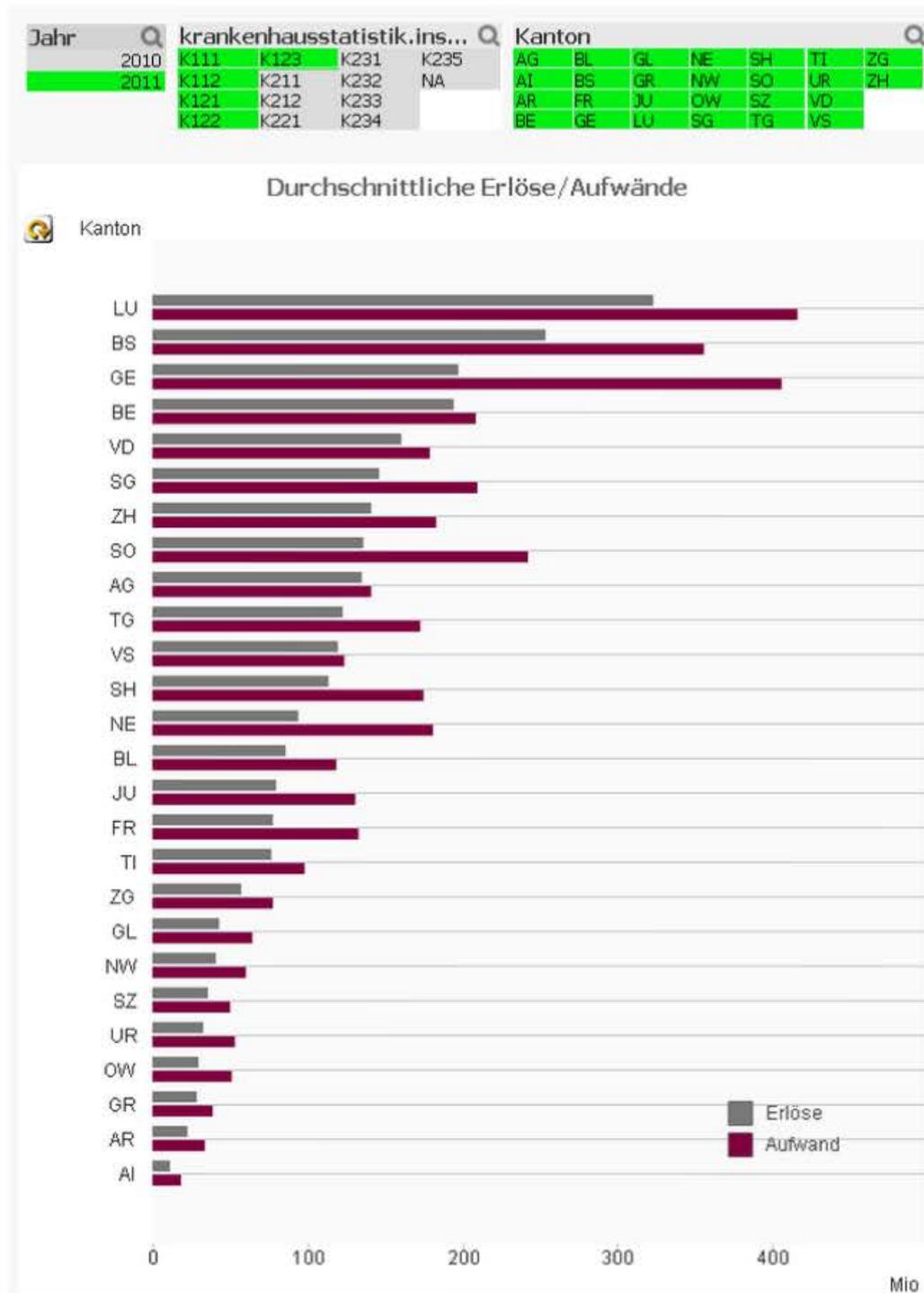
Folgende Faktoren haben den grössten Einfluss bezüglich Erschweren der Vergleichbarkeit:

- Kosten Zusatzversicherte (Kostenerfassungs- und -verrechnungsdifferenzen):
Der Abzug für Kosten zusatzversicherte Patienten kann normativ oder effektiv erfolgen. Die verschieden angewendeten normativen Abzüge wie bei Preisüberwachung oder GDK-Ost führen zu unterschiedlichen Werten. Selbst der Abzug der effektiven Kosten, wie dies das Modell ITAR_K als Vorgabe gibt, bringt grössere Kostenverzerrungen. Weiter hat der Anteil an zusatzversicherten Patienten Einfluss auf die normierten Fallkosten.
- Hochkostenfälle sowie Innovationskosten:
Einzelne Hochkostenfälle oder Spitäler mit Kosten für viele Innovationen werden systembedingt teurer. Insbesondere Innovationen werden erst in Zukunft in den SwissDRG Kostengewichten abgebildet.
- Dem Aufwand gutgeschriebene Subventionierungen über GWL:
Es gibt noch vereinzelt Spitäler, welche die GWL für Sonderleistungen nicht als Nebenbetrieb gesondert führen. Davon zu unterscheiden sind GWL für regionalpolitische Massnahmen, die als Subvention bei nicht kostendeckenden Tarifen zu verstehen sind.
- Unterschiede in Kostenausscheidung für Forschung und Lehre:
Die Universitätsspitäler nehmen diese Ausscheidung vor. Für die übrigen Spitäler muss in der Regel ein Normabzug vorgenommen werden, da hier oft noch keine Kostenausscheidung nach einheitlicher Methodik erfolgt.
- Praxis der Preisüberwachung, bzw. deren Empfehlungen:
Mit den Grundlagen REKOLE und ITAR_K sind betriebswirtschaftlich korrekte Empfehlungen zur Darstellung der Kosten und Leistungen vorhanden. Die Preisüberwachung nimmt trotzdem weitere Normabzüge vor. Diese Abzüge beziehen sich grösstenteils auf das alte KVG vor 2012 und sind dem neuen Recht anzupassen.
- die aktuelle Fassung der VKL oder Anwendung von REKOLE:
Die Grundlage der Anlagennutzungskostenberechnung ist sehr unterschiedlich. Dies hängt einerseits von der angewandten Norm VKL oder REKOLE ab. In der Version VKL ist weiter von Bedeutung, wie Kantone „ihre“ Spitäler unter dem Aspekt neue Spitalfinanzierung finanziert haben, Beispiele: Verkauf, kostenlose Übertragung, (Markt)-Miete

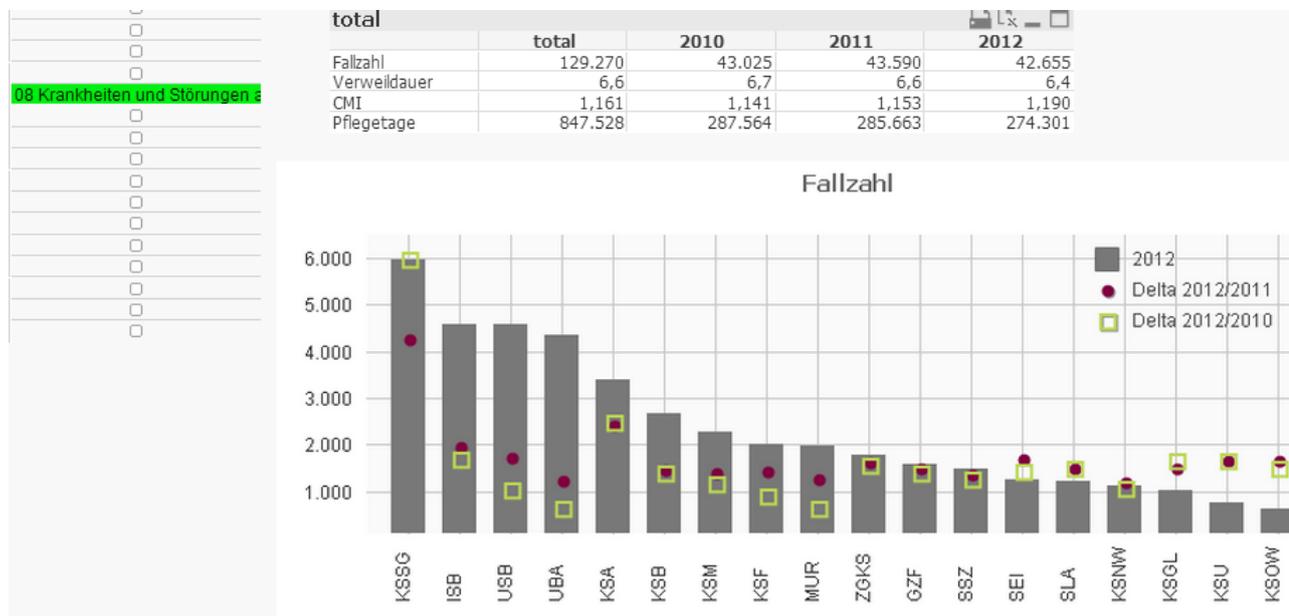
8. Darstellungsformen

In diesem Kapitel sollen einige im Kapitel 6 eingetragene Stichworte bezüglich Zuordnung von Auswertungen zu Darstellungsform in Form von beispielhaften Grafiken visualisiert werden.

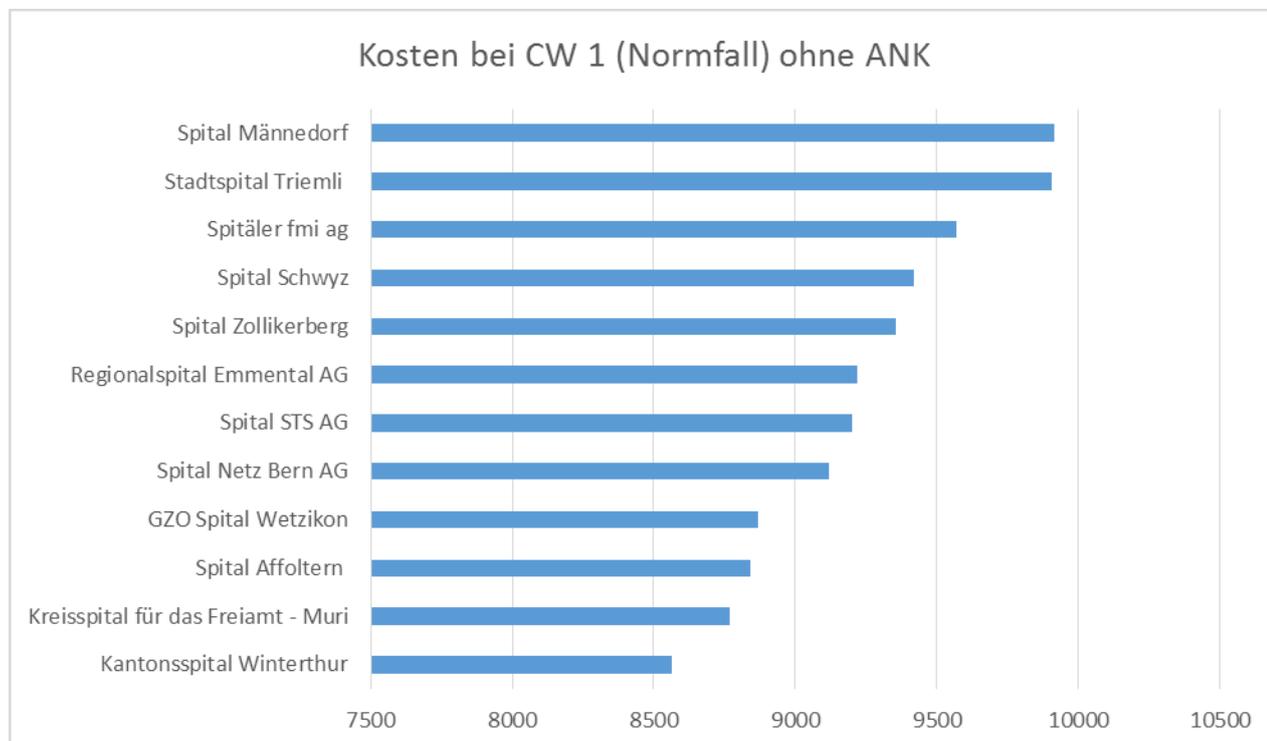
Beispiel 1: Zuordnung von Kantonen, BfS-Versorgungskategorien, Erlösen (Erträgen) für erbrachte Leistungen (ohne GWL und Defizitbeiträge der öffentlichen Hand). Zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) vgl. die Definition in Anhang 2.



Beispiel 2: Fallzahlen für MDC 08 (der am meisten beanspruchte MDC), Bezugsjahr 2011 mit Fallzahl-Differenzen (Deltas) zwischen 2010/2012 sowie 2011/2012. Tabellarisch zudem ausgewiesen Fallzahl, Verweildauer (durchschnittliche Aufenthaltsdauer), CMI und Pflegetage im Zeitverlauf (2010-2012), vgl. die Indikatoren in Abschnitt 6.1.5



Beispiel 3: Spitalvergleich der Normkosten bei CW 1 ohne ANK; Auszug von 12 Beispielspitälern, Daten 2012 (vgl. Indikator e1 in Abschnitt 6.2.2)



9. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

9.1. Diskussion der Beiträge der Begleitgruppe und Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen sind einerseits Konklusionen der Verfasser aus dem vorstehenden Schlussbericht. Andererseits sind dabei die Resultate der Besprechung des Zwischenberichts am 27. November 2013 sowie die schriftliche Stellungnahme der GDK (Mail von Stefan Leutwyler vom 2. Dezember 2013) eingeflossen.

9.1.1 Grundsätzliche Einschätzungen zum Bericht:

Seitens GDK besteht die Ansicht, der vorgelegte Zwischenbericht sei eine sehr gute Diskussionsgrundlage für das weitere Vorgehen. Er zeige übersichtlich und gut verständlich auf, welche Informationen heute bereits in verschiedenen Gefässen aufbereitet werden. Er zeige zudem konkrete mögliche Weiterentwicklungsschritte auf, die ... weiterverfolgt oder fallengelassen werden können. H+ hält fest, dass der Zwischenbericht einen sehr guten Überblick über das gibt, was heute auf nationaler Ebene im Bereich Betriebsdarstellung und -vergleichen bereits gemacht wird, sowie welche Datenquellen dafür gebraucht werden. Das BAG erachtet den Bericht als umfassend, nimmt die Anregungen bezüglich Datenlieferungs- und Validierungsprozess auf und stellt sich die Frage, ob die Auswertungsdetaillierung zu weitgehend ist. Für die Umsetzung sind die Definitionen der Indikatoren nötig. Das OBSAN überlegt, ob Kriterien wie Anzahl OP, Gebärsäle, Notfallstation etc. zur Spitalgruppierung genutzt werden könnte. Für die Patientenorganisation ist erfreulich, dass Qualitätsaspekte berücksichtigt sind.

Vor dem Hintergrund des Projektauftrags und dessen Bezeichnung „Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bundesrat“ haben wir Vorschläge gemacht, bei denen mehrheitlich die Umsetzungsfähigkeit ein wichtiges Kriterium darstellt. Es gehört unseres Erachtens darüber hinaus zur Auftragserfüllung, dass der Bericht über die Funktion einer Diskussionsgrundlage aufzeigt, wie eine Umgestaltung der jetzigen Berichtsgestalt konkret realisierbar ist und wo im Sinn von mittel- und längerfristigen Perspektiven gezielte Weiterentwicklungsschritte möglich und nötig sind (Beispiele: Die Betriebsvergleiche in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation). Die Publikation von Betriebsvergleichen findet in einem Umfeld statt, das laufend und mit zunehmender Dynamik Veränderungen unterworfen ist. Dazu sind Diskussionen nötig, insbesondere für Bereiche, wo Lösungen dringlich sind, wie beispielsweise bei den Grundsätzen und Verfahren zur Tariffindung oder bei der Ermittlung von anrechenbaren Kosten (OKP-Orientierung). In jeder neuen Publikation wird dies zu berücksichtigen sein.

9.1.2 Zielgruppenorientierung (Stakeholder):

Die Zielgruppenorientierung ist gleichermassen wichtig für die Publikation von Betriebsvergleichen, wie sie unter Einbezug der Interessen der Zielgruppen/Stakeholder kaum präzise realisierbar ist. Die Interessen der Stakeholder können teilweise erfahrungsbasiert identifiziert, oft jedoch nur vermutet werden. Was beispielsweise eine (kritische) Öffentlichkeit, bzw. die Medien interessiert, ist nicht statisch, hier ist das Agenda-Setting einem dauernden Wandel unterworfen. Vor diesem Hintergrund ist unseres Erachtens pragmatisch nach dem Grundsatz zu verfahren: so differenziert wie nötig, so einfach und allgemeinverständlich wie möglich.

H+ beurteilt die Zielgruppen und deren Interessen für definierbar. Im Vordergrund stehen Öffentlichkeit, Experten aus dem Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik, allgemein die Bevölkerung, Journalisten, die Gesundheitsdirektionen der Kantone, Ärzte/Ärztinnen und andere medizinische Berufsgruppen. Aus Sicht GDK wäre „nochmals“ zu diskutieren, welchen Zielgruppen die vom BAG veröffentlichten Betriebsvergleichen dienen sollen. Die im vorliegenden Bericht dargestellten Überlegungen und Vorschläge würden schweremwichtig auf die in Planungs- und Tarifierungsarbeiten involvierten Partner (Leistungserbringer, Kantone, Versicherer) und weniger auf Versicherte und Patientinnen /Patienten zielen. Nun liegt es „in der Natur der Sache“, dass die In-

teressenschwerpunkte von Versicherten und Patienten bei Qualitäts-bezogenen Themen liegt. Der Schwerpunkt des Projektauftrags liegt dagegen in anderen Bereichen von Betriebsvergleichen.

9.1.3 Zuständigkeiten, Abstimmungs- und Koordinationsbedarf:

Das KVG, Art. 49, Absatz 8 hält fest: „In Zusammenhang mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.“ Und Art. 21, Absatz 4 besagt: „Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.“

Der Bundesrat hat also die Kompetenz und den Auftrag zu veröffentlichen, die GDK sieht sich allerdings für die Bestimmung methodischer Grundsätze bei Betriebsvergleichen im Rahmen ihrer Aufgaben bei der Tariffindung / Wirtschaftlichkeitsprüfung als zuständig.

Unseres Erachtens sind Auswertungen, die Aussagen zur Wirtschaftlichkeit einzelner Institutionen im Vergleich mit anderen Spitälern ermöglichen, wie auch zeitreihenorientierte Daten, die Aussagen zur Entwicklung des Gesamtsystems (auch hinsichtlich Wirtschaftlichkeit) machen, für die vorgesehene Publikation unverzichtbar. Zudem hat der grösste Teil von betriebsvergleichenden Auswertungen per se auch wirtschaftlichkeitsvergleichende Aspekte. Nun ist es - wie von der GDK zu Recht erwähnt – erforderlich, dass mit solchen Publikationen auch methodische Standards angewandt werden müssen, die damit normativen Charakter erhalten könnten. Zwischen den Stakeholdern sind somit solche offenen Punkte zu bereinigen.

9.1.4 Weitere Anmerkungen

Der Auftraggeber hat Wert darauf gelegt, dass ein besonderes Schwergewicht auf die kurzfristige Umsetzbarkeit gelegt wird. Es dürfte dem pragmatischen Vorgehen entsprechen, ausgewählte Teile der Vorschläge im Bericht kurzfristig umzusetzen, d.h. bereits für die Ausgabe 2014 (Daten von 2012). Eine kontinuierliche Erweiterung sowie laufende Anpassung der durch die Publikation erfassten Bereiche, scheint zweckmässig zu sein (beispielsweise die Entwicklungen von neuen Tariffsystemen in der Psychiatrie und Rehabilitation oder die zu erwartenden Klärungen in umstrittenen Bereichen wie (Norm)abzüge und ANK).

Etwas zurückhaltender wird die für Umsetzungen erforderliche Zeit von der GDK beurteilt: „Der Bericht ist als Diskussionsgrundlage sehr nützlich. Wir sehen auf der Basis des Berichts aber kaum Ansätze für eine kurzfristige Weiterentwicklung der Betriebsvergleiche auf Bundesebene, da a) zu viele Grundlagen für Betriebsvergleiche in den Bereichen Wirtschaftlichkeit und Qualität ausserhalb des Auftrags des BAG unterwegs und noch zu wenig konsolidiert resp. breit akzeptiert sind und b) zusätzliche wichtige Datenquellen (ITAR_K, Kostendaten SwissDRG AG) nicht kurzfristig für Betriebsvergleiche zur Verfügung stehen werden.“

Von H+ wurde die Frage aufgebracht, warum beim Thema Wirtschaftlichkeit nicht auf bekannte Finanzindikatoren zugegriffen wird, eine Frage, die sich möglicherweise auch andere Interessierte stellen.

Standard-Finanzindikatoren sind begrenzt anwendbar für Spitäler, jedenfalls im Rahmen von Betriebsvergleichen, in die sehr viele oder alle Spitäler einbezogen werden. Die meist durch die Steuerung der Kantone bedingten Unterschiede in der Finanzierungsstruktur der Spitäler sind beträchtlich. Weiter machen die bestehenden Konzernstrukturen solche Vergleiche praktisch unmöglich.

GDK und die Vertretung der Patientenorganisationen haben deutlich gemacht, dass sie Betriebsvergleiche im Bereich Qualität als zwingend erachten, wobei eine enge Anlehnung an die Qualitatmessungen des ANQ anzustreben sei (GDK).

Dem Qualitätsaspekt wurde im Bericht vergleichsweise umfangreich Rechnung getragen. Es gilt zu prüfen, welche qualitätsbezogenen Indikatoren bereits in den Publikationsteil „Kennzahlenvergleiche“ einfliessen sollen (bisher ohne Q-Indikatoren) oder erst in einer (ebenfalls ergänzten) Veröffentlichung „Qualitätsindikatoren“ berücksichtigt werden sollen.

9.2 Empfehlungen

Folgend sind wichtige Schlussfolgerungen aufgelistet, die sich für die Verfasser aus der Projektarbeit ergeben haben:

- Erweiterung der Datenbasis mit ITAR_K (vgl. Kapitel 4) ist notwendig
- Der Prozess der Datenverifizierung soll durch die in Abschnitt 7.1 vorgeschlagenen Modifikationen effizienter und effektiver gemacht werden.
- Die in Abschnitt 7.2 aufgeführten Faktoren und Rahmenbedingungen, welche die Vergleichbarkeit beeinträchtigen, sind kontinuierlich zu verbessern.
- Bei der Publikation der vorgeschlagenen Indikatoren für Betriebsvergleiche ist besonders darauf zu achten, dass genaue Informationen über die für die Auswertung eingesetzten Daten sowie die Möglichkeiten und Grenzen/Einschränkungen der Aussagen beigefügt werden.
- Eine schrittweise Umsetzung von Änderungen bei der Ausgestaltung der bisherigen Publikation ist nötig und zweckmässig, damit die erforderlichen Abstimmungen – vor allem zwischen Bund/BAG/BFS und Kantonen/GDK – erfolgen können.

Abschliesslich möchten wir darauf hinweisen, dass der Verein Spitalbenchmark bei Bedarf bereit ist, das BAG bei den Umsetzungsarbeiten zu unterstützen.

Anhang 1: Literatur- und Quellenverzeichnis

ANQ-Dokumente (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken):
ANQ Messplan 2012 – 2015 sowie Nationaler Qualitätsvertrag, Version 3.1 vom 3. März 2011
(http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/20130115_QVertrag_Anhang7_Messplan_2012_2015_def_de.pdf).

Bovier Patrick, Bernard Burnand, Hervé Guillain, Fred Paccaud, John-Paul Vader, IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive) CHUV et Université de Lausanne; Locher Heinz, Heinz Locher Management & Consulting Services, Bern; Meyer Beatrice, Tarifdienst FMH; (2009); Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, Konzepterstellung im Auftrag der FMH, Olten.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juli 2013)
Spitalfinanzierung, Änderungen vom 21. Dezember 2007, SR 832.10.

Erlanger Tobias (2012); Chancen und Risiken der Neuen Spitalfinanzierung, Schriftenreihe der SGGP No. 116, Bern.

Güntert, Bernhard .J. (1988); Managementorientierte Informations- und Kennzahlensysteme für Krankenhäuser, Analysen und Konzepte, Hartung-Gorre, Konstanz.

Handbuch REKOLE® - betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Auflage 2008, Bern.

Internet-Portale der in Abschnitt 5.1 aufgezählten Organisationen, welche Datenauswertungen – teilweise öffentlich zugänglich – bereit stellen (vgl. auch Anhang 3).

Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2008/2009 sowie 2011, Statistiken zur Krankenversicherung,
<http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?lang=de>.

Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2011, Statistiken zur Krankenversicherung,
<http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html?lang=de>.

Schoenfelder et al., Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany, qual Care 2011 vol 23, 5, p 503-509

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Juni 2013), SR 832.102.

Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002 (Stand am 1. Januar 2009), SR 832.104.

Anhang 2: Abkürzungen und Definitionen

Folgend sind die wichtigsten Abkürzungen und Fachbegriffe, welche im Schlussbericht benutzt werden, aufgelistet und beschrieben.

Nr.	Abkürzung und/oder Begriff	Beschreibung
1	Abzüge (bei Fallkosten)	<p>Die <i>effektiven Kosten</i> für die Berechnung der normierten Fallkosten (vgl. Nr. 21) ohne Anlagenutzungskosten (vgl. Nr. 2), auch <i>engere Betriebskosten</i> werden bestimmte Abzüge vorgenommen, um zu den <i>anrechenbaren Kosten</i> zu gelangen, d.h. diejenigen Kosten, welche von der OKP (vgl. Nr. 23) zu tragen sind. Solche Abzüge sind z.B.</p> <p>a) Honorare für zusatzversicherte Patienten, b) Kosten für Lehre und Forschung c) Abzüge für Minderkosten von grundversicherten Patienten</p> <p>Diese Abzüge werden nach Möglichkeit aufgrund der Kostenrechnung gemacht (<i>effektive Abzüge in separaten Kostenträgern</i>), können sie nicht ausgewiesen werden, werden im Modell ITAR_K <i>Normabzüge</i> verwendet.</p>
2	ANK	Anlagenutzungskosten, die Berechnung entspricht einem industriellen Standard der Kostenrechnung, Handbuch REKOLE (vgl. Nr. 24) von H+, 3. Auflage von 2008. Die ANK entsprechen den Konten 441, 442, 444, 446 und 448 des Kostenrahmens von H+. Wichtig für eine korrekte Erfassung der ANK ist eine qualitativ einwandfreie Kostenrechnung. Mit der REKOLE® Zertifizierung ist auch eine korrekte Anlagebuchhaltung, verbunden mit einer methodisch richtigen Erfassung der ANK verbunden.
3	ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken. Die Mitglieder des Vereins ANQ sind der Spitalverband H+, die Kantone, santésuisse und die Eidgenössischen Sozialversicherer. Die Partner im Gesundheitswesen schlagen im Rahmen des ANQ paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie vor. www.anq.ch
4	ALOS	Average Length Of Stay <i>ALOS</i> = durchschnittliche Verweildauer (Vwd), auch durchschnittliche Aufenthaltsdauer. U.a. in Auswertungstools wird dafür auch die Bezeichnung durchschnittliche Katalog-Vwd verwendet.
5	BAG	Bundesamt für Gesundheit
6	Baserate	Die <i>Baserate</i> bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt, auch <i>Tarif-Baserate</i> . Der Begriff wird aber auch für die Fallkosten bei Kostengewicht 1 (vgl. Nr. 11) verwendet, auch <i>Kosten-Baserate</i>
7	BfS	Bundesamt für Statistik
8	CM	Case Mix = Summe der Kostengewichte einer bestimmten Anzahl Fälle (z.B. einer Klinik, eines Spitals oder einer Spitalgruppe). I.d.R. wird der CM verwendet i.S: der Abbildung des gesamten Schweregrades der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals.
9	CMI	Der <i>Case Mix Index (CMI)</i> , auch Fallschwere-Index im DRG-System, beschreibt die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle ausgedrückt im durchschnittlichen Kostengewicht der Behandlungsfälle.

10	SwissDRG, CMO	<p>Die Gesundheitspartner Santésuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz, die FMH und die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK haben die gemeinnutzige Aktiengesellschaft SwissDRG mit Sitz in Bern gegründet. Aufgabe der SwissDRG AG ist die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der gesamtschweizerischen Tarifstruktur eines schweizweit einheitlichen, umfassenden pauschalen Leistungsabgeltungssystems für Spitalaufenthalte im stationären akutsomatischen Bereich.</p> <p>Die Partner haben die operative Verantwortung des DRG-Vergütungssystems an das Kompetenzzentrum, Case Mix Office (CMO) übertragen</p> <p>DRG = <i>Diagnosis Related Groups</i>. Dabei handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt.</p>
11	Fallgewicht/ Kostengewicht	<p>Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler, den so genannten Netzwerkspitalern ermittelt. Hierzu werden die durchschnittlichen Kosten der Inlier einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten sämtlicher Inlier aller Netzwerkspitäler dividiert, der so genannten Bezugsgrösse. Sind die durchschnittlichen Kosten einer DRG gleich der Bezugsgrösse, ergibt sich ein Kostengewicht von 1,0. Die Kostengewichte werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Daten neu berechnet. Die berechneten Kostengewichte pro DRG sind ersichtlich aus dem sogenannten <i>Fallpauschalenkatalog</i>. (Definition SwissDRG). Bislang wird jährlich eine neue, verbesserte Version von SwissDRG erstellt, verbunden mit einem erneuerten Fallpauschalenkatalog. Für das Jahr 2014 gilt beispielsweise die Version 3.0.</p>
12	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	<p>Der Begriff "gemeinwirtschaftliche Leistungen" ist im Gesetz nicht abschliessend definiert. Damit sollen die Leistungen festgehalten werden, deren Kosten keinesfalls zulasten des KVG gehen dürfen - so die Kosten für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitaten aus regionalpolitischen Gründen und die Kosten für die Forschung und universitäre Lehre -, gleichzeitig soll aber den Kantonen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung ein gewisser Spielraum für die Finanzierung von anderen Leistungen gewährt werden. (Zitat aus: Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung, Interpellation von NR Ruth Humbel vom 15.12.2010 mit Antwort des Bundesrates vom 11.3.2011)</p>
13	Gewichtetes arithmetisches Mittel (gaM)	<p>Auch „gewogenes“ arithmetisches Mittel. Es unterscheidet sich vom gewöhnlichen rechnerischen Durchschnittswert dadurch, dass die einzelnen Werte einer Stichprobe (z.B. eine bestimmte Anzahl Spitäler) nach einem bestimmten Kriterium gewichtet werden. Im vorliegenden Bericht wird in vielen Fällen eine Gewichtung nach der Anzahl Behandlungsfälle jedes Spitals oder der Summe der Kostengewichte (CM) vorgenommen.</p>
14	GDK	<p>GDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren</p>
15	HSK	<p>Die Einkaufsgemeinschaft <i>HSK</i> ist ein Verbund der Helsana, Sanitas und KPT für den gemeinsamen Einkauf von medizinischen Leistungen.</p>
16	ITAR_K	<p>Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung. ITAR_K steht für Integriertes Tarifmodell auf Kostentragerrechnungsbasis. Die</p>

		ITAR_K Version 3.0 ist die aktualisierte Ermittlungsmethode, mit der sich die tariffrelevanten Betriebskosten national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten lassen. Aktuell gilt die Version 3.0
17	LOS	Length of Stay, effektive Aufenthaltsdauer eines Behandlungsfalles. U.a. in Auswertungstools wird dafür auch die Bezeichnung durchschnittliche Ist-Vwd verwendet.
18	MDC	Major Diagnostic Category (MDC). Kategorisierung der Fallgruppen (DRG) in 25 Kategorien (Version 1.0), nach medizinischen Homogenitätskriterien.
19	Median (M)	Median bezeichnet eine Grenze zwischen zwei Hälften. In der Statistik halbiert der Median eine Stichprobe. Gegenüber dem arithmetischen Mittel (auch Durchschnitt) und noch mehr gegenüber dem gaM (vgl. Nr. 12), ist der Median robuster gegenüber Ausreissern (extrem abweichende Werte).
20	MTK	Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlichen Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben. Ihre Entscheidungen sind für den Bereich der obligatorischen Unfallversicherung verbindlich. Um die Koordination mit den anderen Sozialversicherungszweigen zu gewährleisten, nehmen als Experten die Vertreter der Militärversicherung und Invalidenversicherung an den Sitzungen teil. Die MTK, die Militär- und Invalidenversicherung schliessen in der Regel gemeinsam Verträge ab mit den Spitälern und mit den Verbänden der Medizinalpersonen. Zur Bewältigung der verschiedenen Aufgaben steht der MTK die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) zur Verfügung. Die ZMT wird von der Suva geführt. (www.zmt.ch).
21	Normallieger (Inlier); Langlieger, Kurzlieger (Outlier)	Durch die Grenzverweildauern werden für jede DRG die normalen Aufenthaltsdauern für das gegebene Krankheitsbild definiert. Diese Werte basieren auf den Referenzdaten der Netzwerkspitäler. Jene Fälle, deren Aufenthaltsdauer mindestens bei der unteren Grenzverweildauer und maximal bei der oberen Grenzverweildauer liegt, gelten als „Normallieger/Inlier“. Patienten mit einer Aufenthaltsdauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer bezeichnet man als „Kurzlieger/Low Outlier“ und Patienten mit einer Aufenthaltsdauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer als „Langlieger/High Outlier“. Die unteren und oberen Grenzverweildauern können dem Fallpauschalenkatalog entnommen werden (Definition SwissDRG).
22	Normierte Fallkosten (bei Fallgewicht 1.0)	Die engeren Betriebskosten eines Spitals (vgl. Nr. 1) werden durch den CM (vgl. Nr. 8) geteilt. Damit ergeben sich die CMI-adjustierten oder normierten Fallkosten bei CW 1.
23	OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung; sie wird im KVG geregelt. Es wird auch die Bezeichnung (soziale) Grundversicherung verwendet. OKP Spitalversicherung bezeichnet die Behandlung in der sog. Allgemeinen Abteilung eines Spitals.
24	REKOLE®	Handbuch REKOLE® - betriebliches Rechnungswesen im Spital, 3. Auflage 2008 sowie aktuelle Version (zurzeit nur als CD-ROM REKOLE® angeboten). Die 3. Auflage des Handbuches und des Kontenrahmens der Schweizer Spitäler besteht in Print- und in elektronischer Form (Excel und PDF). Es

		ersetzt die 2. Auflage (2005) und die Broschüre „Schweizerische Grundsätze zur Anlagebuchhaltung im Spital“ (2007)
25	Spitalgruppierung	<p>Weil das Leistungsangebot der Spitäler heterogen ist, erweist sich die Zuteilung der Spitäler in eine Gruppierung als äusserst schwierig und bietet Abgrenzungsprobleme. Nebst den fünf offiziellen Universitätsspitalern machen Zentrumsspitäler wie KSSG, LUKS, KSA oder Triemli in Teilbereichen universitäre Leistungen geltend. Entsprechend stellen sie den Vorschlag der Berichtverfasser für eine Gruppierung in Universitätsspitäler, Übrige und Spezialkliniken in Frage. Mögliche Lösungsoptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung einer vierten Gruppierung „Spitäler mit Universitätsspitalleistungen im Angebot“ - Gruppierungsbildung über die beanspruchte Anzahl der MDC (vgl. Nr. 17). <p>Eine Aufteilung in mehrere Gruppen ist nur so lange angezeigt, bis die Entwicklung des DRG-Systems eine angemessene Kostenhomogenität zulässt. Vgl. auch Fussnote 6, Seite 16</p>
26	TARPSY und ST Reha	<p>Vgl. auch die Abschnitte 6.2.3 und 6.2.4. Zur Reform des Tarifsystems in der Psychiatrie wurde das Projekt TARPSY initialisiert. Die SwissDRG AG hat im Juli 2013 den Bundesrat über die geplanten Schritte informiert.</p> <p>Im Projekt TARPSY erfolgt die Entwicklung der Tarifstruktur datenbasiert. Unter Berücksichtigung von 20 Patient Cost Groups mit 10 Hauptdiagnosen und zwei Schweregraden erfolgt eine Kostenzuordnung, welche auf einer gesicherten Grundlage Kosten-Leistungsvergleiche erlaubt. Nach aktuellem Projektstand wird die Entschädigung eine Kombination von Fall- und Tagespauschalen beinhalten. Die Daten 2012 von 18 psychiatrischen Kliniken sind ausgewertet und bilden die Basis für die Weiterentwicklung. Im Jahr 2016 soll das neue Tarifwerk vorliegen, damit es durch den Bundesrat bewilligt und per 1.1.2018 flächendeckend eingesetzt werden kann.</p> <p>In ähnlicher Weise wie TARPSY ist das Projekt stationäre Rehabilitation (ST Reha) in Bearbeitung. Aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen des Patienten erfolgt eine Zuteilung in eines der vier Behandlungsfelder Neurologie, Kardiologie, Pulmologie, Übrige (z.B. Geriatrie). Die dafür notwendigen Abgrenzungen zur Behandlung in der Akutsomatik sind definiert, d.h. der Beginn und das Ende der Rehabilitation aus Behandlungssicht sind geklärt. 15 Referenzkliniken unterlegen die geplante Tarifstruktur zurzeit mit Daten. Im Jahre 2016 soll die Tarifstrukturgenehmigung durch den Bundesrat erfolgen, so dass ab 1.1.2018 flächendeckend abgerechnet werden kann. Nach aktuellem Projektstand wird die Entschädigung in Form von Tagespauschalen, welche wöchentlich wechseln können, erfolgen.</p>
27	tarifsuisse (siehe Nr. 14) und santésuisse	<p>Die tarifsuisse ag ist eine Tochtergesellschaft von santésuisse. Mit rund 50 angeschlossenen Krankenversicherern und 70% Marktanteil stellt sie die grösste Leistungseinkäuferin im KVG-Bereich dar.</p> <p>santésuisse wahrt und vertritt als repräsentativer Branchenverband die gemeinsamen Interessen seiner Mitglieder und setzt sich ein für die Erhaltung einer freiheitlichen Krankenversicherung ein. Der Branchenverband gilt als Ansprechpartner für alle Akteure im Gesundheitswesen und koordiniert die Aktivitäten der Krankenversicherer in übergeordneten Fragen.</p>

28	VVG	<p>Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG) vom 2. April 1908 (Stand am 1. Januar 2011).</p> <p>Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1) regelt das privatrechtliche Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer (sowie dem Versicherten, Anspruchsberechtigten oder Begünstigten) und dem Versicherungsunternehmen. Im Bereich der Krankenversicherung fallen die <u>Zusatzversicherungen</u> und die Krankentaggeldversicherung nach VVG unter den privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Die Krankenversicherer können bei Versicherungen nach VVG die Aufnahme eines Interessenten ablehnen (Vertragsfreiheit), die Prämien abhängig von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und weiteren Kriterien gestalten oder Kollektivverträge mit Prämienrabatten anbieten.</p>
29	VKL	<p>Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002 (Stand am 1. Januar 2009).</p>

Anhang 3: Bestehende Auswertungen

Bestehende Auswertungen: Beispiele von Datenauswertungen und -grafiken; detailliertere Erläuterungen zu Abschnitt 5.2

1. BAG / BfS

Seit dem Berichtsjahr 2008 werden, basierend auf Artikel 22a KVG, bereits „Kennzahlen der Schweizer Spitäler“ und „Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler“ veröffentlicht. Den in beiden Publikationen enthaltenen Zahlen liegen die Krankenhausstatistik (seit 1997 verfügbar) und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser zu Grunde. Die Daten werden nominal vom Bundesamt für Gesundheit unter der Seite www.bag.admin.ch/kvspi publiziert.

Unten als Beispiel die Daten des Kreisspitals für das Freiamt, Muri:

Kennzahlen (Patienten/Pflege tage/Casemixindex/Stellen/Finanzdaten u.a.)

Kreisspital für das Freiamt AG					
Rechtlich-wirtschaftlicher Status:	öffentlich oder subventioniert	Spitalstrasse 144, 5630 Muri AG			
Spezifische Leistungen:	NF	Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4) K122			
Aus- und Weiterbildung:	MSt, Arzt, BGs	Akutbehandlung A			
Anzahl Standorte:	1				
Spezialausrüstung:	MRI, CT				
Angaben allgemein	2010	2011 ●	Differenz	Median *	Verteilung
Leistungen und Behandlungen					
Anzahl Pflege tage (stationär, ohne Austrittstag)	29'014	30'503	5.1 %	26'219	
Austritte während des Jahres (stationär)	6'323	6'553	3.6 %	4'269	
Anzahl gesunde Neugeborene (stationäre Behandlung)	575	576	0.2 %	390	
Anzahl Operationssäle	4	4	-	4	
Anzahl Gebärsäle	2	2	-	2	
Casemix Index (CMI) brutto	0.768	0.775	0.9 %	0.792	
Casemix Index (CMI) netto	0.754	0.764	1.3 %	0.790	
Anteil ausländische Patienten (stationär)	0.2 %	0.3 %	59.8 %	1.2 %	
Anteil ausserkantonale Patienten (stationär)	5.0 %	4.9 %	-2.1 %	9.2 %	
Anteil Patienten halbprivat oder privat (stationär)	15.3 %	16.3 %	6.8 %	22.1 %	
Anteil Patienten mit obligatorischer KV als Hauptgarant (stationär)	90.9 %	91.1 %	0.2 %	91.6 %	
Personal					
Ärzte	51.4	54.5	6.1 %	35.5	
Pflegepersonal	182.9	193.7	5.9 %	145.4	
Übriges medizinisches Personal	38.7	41.5	7.3 %	43.8	
Gesamtes Personal	368.4	386.8	5.0 %	343.2	
Ärzte pro 100 Austritte	0.8	0.8	2.5 %	0.8	
Pflegepersonal pro 100 Austritte	2.9	3.0	2.4 %	3.2	
Übriges medizinisches Personal pro 100 Austritte	0.6	0.6	3.3 %	1.1	
Gesamtes Personal pro 100 Austritte	5.8	5.9	1.2 %	7.2	
Belegärzte	13	15	15.4 %	20	
Übriges Belegpersonal	0	0	*	0	

Angaben Akutbehandlung A	2010	2011 ●	Differenz	Median ✱	Verteilung
Leistungen und Behandlungen					
Anzahl Pflégetage (stationär, ohne Austrittstag)	29'014	30'503	5.1 %	24'978	
Austritte während des Jahres (stationär)	6'323	6'553	3.6 %	4'269	
Betten (stationär)	111.0	116.0	4.5 %	86.0	
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage, stationär)	4.6	4.7	2.2 %	5.9	
Belegungsgrad der Betten (stationär)	71.6 %	72.0 %	0.6 %	83.1 %	
Finanz- und Betriebsdaten, in 1'000 Fr.					
Gesamtkosten ambulant	12'017	13'523	12.5 %	14'531	
– davon Kosten zulasten OKP	10'601	11'770	11.0 %	9'092	
Gesamtkosten stationär	51'880	55'154	6.3 %	38'815	
– davon Kosten zulasten OKP, nur Grundversicherte KVG	38'345	39'281	2.4 %	20'169	
– davon Anlagenutzungskosten	3'849	3'435	-10.8 %	1'440	
– davon Kosten zulasten OKP, Zusatzversicherte	8'081	10'435	29.1 %	8'338	
– davon Anlagenutzungskosten	964	1'081	12.1 %	323	
Gesamtkosten Langzeitpflege	0	0	*	0	
Auftrag Lehre und Forschung	0	0	*	0	
Gesamterlös ambulant	10'653	12'188	14.4 %	11'249	
– davon Erlös OKP	9'438	10'632	12.7 %	6'313	
Gesamterlös stationär	49'566	53'046	7.0 %	40'250	
– davon Erlös OKP, nur Grundversicherte KVG	33'804	35'493	5.0 %	13'068	
– davon Anteil Versicherer	47.3 %	46.7 %	-1.3 %	100.0 %	
– davon Erlös OKP, Zusatzversicherte	6'010	7'650	27.3 %	5'450	
– davon Anteil Versicherer	52.6 %	56.3 %	7.0 %	100.0 %	
Gesamterlös Langzeitpflege	0	0	*	0	

Auszug Qualitätsindikatoren (Basis Med. BfS-Datensatz - Fallzahlen/Mortalitätsraten pro Indikator)

Krankheitsgruppen	2008–2010				2011			
	beobacht. Rate	erwart. Rate	SMR	Fallzahl	beobacht. Rate	erwart. Rate	SMR	Fallzahl
G Geburtshilfe und Frauenheilkunde								
G.1 Geburten								
G.1.1.F Stationäre Geburten	*	*	*	1'625	*	*	*	570
G.1.1.P Anteil Todesfall der Mutter bei stationären Geburten	0.0%	0.0%	*	0	0.0%	0.0%	*	0
G.1.2.P Anteil vaginale Geburten mit Dammsriss 3. und 4. Grades	3.4%	3.0%	*	44	3.4%	3.1%	*	15
G.1.3.P Anteil vaginale Geburten mit Episiotomie	38.8%	28.6%	*	498	35.1%	26.4%	*	155
G.1.4.P Anteil Kaiserschnitt (Sectio)	21.0%	32.6%	*	341	22.5%	33.0%	*	128
G.2 Neugeborene								
G.2.1.F Neugeborene <1250 g	*	*	*	<10	*	*	*	0
G.2.2.F Neugeborene <1250 g, Zuverlegungen	*	*	*	0	*	*	*	0
G.2.3.F Neugeborene <500 g	*	*	*	0	*	*	*	0
G.2.4.F Neugeborene 500–749 g	*	*	*	<10	*	*	*	0
G.2.5.F Neugeborene 750–999 g	*	*	*	<10	*	*	*	0
G.2.6.F Neugeborene 1000–1249 g	*	*	*	0	*	*	*	0
G.2.7.F Neugeborene 1250–1499 g	*	*	*	0	*	*	*	0
G.2.8.F Neugeborene 1500–2499 g	*	*	*	52	*	*	*	13
G.2.9.F Neugeborene >2499 g oder ohne Gewichtsangabe	*	*	*	1'601	*	*	*	563
G.3 Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)								
G.3.1.M Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen, Mortalität	0.0%	0.0%	0.0	176	0.0%	0.1%	0.0	47
G.3.2.P Anteil laparoskopische/vaginale OP bei Hysterektomien, ohne Plastik	94.9%	71.9%	*	166	95.7%	74.3%	*	45
G.4 Brustkrebs								
G.4.1.F Stationäre Behandlungen bei Brustkrebs	*	*	*	131	*	*	*	73

Ebenfalls verfügbar ist ein Kostenmonitoring auf Basis von Versicherungsdaten (unten):

http://www.bag.admin.ch/kmt/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLmNol2t1di9rb3N0ZW5tb25pdG9yaW5nX2xpdmUva21fZGUucGhwP25hdj1ncjMmYWw1wO21vZD0yJmFtcDtpZDE9MCZhbXA7aWQyPTAmYWw1wO2FsdGRhdGE9JmFtcDt0PTE2MCZhbXA7bGlxeWVhcj1vbG%3D%3D&lang=de

Darstellung:

Karten Kantonsvergleich **Jahresverlauf** 3-Jahresvergleich Datentabelle Kantonskommentar

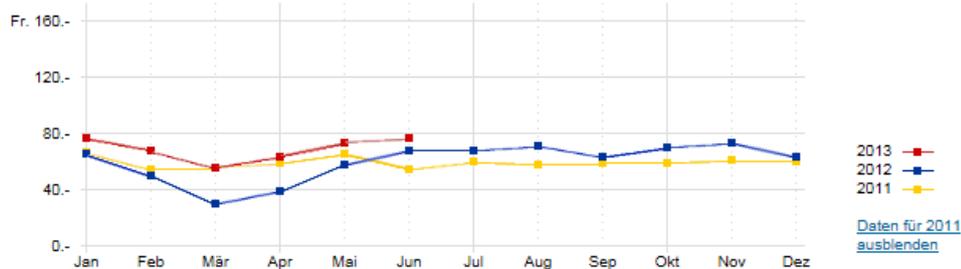
Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (2. Quartal 2013)

Bruttoleistungen (OKP) pro versicherte Person nach Wohnkanton und Kostengruppe, Monatswerte

Spital stationär, Bruttoleistungen pro Versicherten 2011, 2012 und 2013, ganze Schweiz

Bei interkantonalen Vergleichen muss der unterschiedliche Abdeckungsgrad berücksichtigt werden

nach
Abrechnungsdatum¹⁾

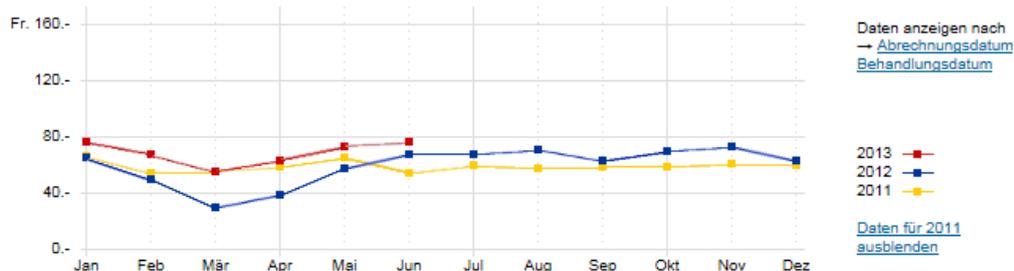


CH ZH BE LU UR SZ OW NW GL ZG FR SO BS BL SH AR AI SG GR AG TG TI VD VS NE GE JU FL

Spital stationär, Bruttoleistungen pro Versicherten 2011, 2012 und 2013, ganze Schweiz

Bei interkantonalen Vergleichen muss der unterschiedliche Abdeckungsgrad berücksichtigt werden

nach
Abrechnungsdatum¹⁾



CH ZH BE LU UR SZ OW NW GL ZG FR SO BS BL SH AR AI SG GR AG TG TI VD VS NE GE JU FL

1) nach Abrechnungsdatum

Massgebend für die Zuordnung der Leistungen ist das Abrechnungsdatum der Krankenversicherer. Die Bruttoleistungen umfassen alle von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckten Kosten, inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten. Bei den Bruttoleistungen pro Versicherten handelt es sich um die Durchschnittsleistungen pro versicherte Person nach Kanton und nicht um die effektiven Fallkosten pro erkrankte Person.

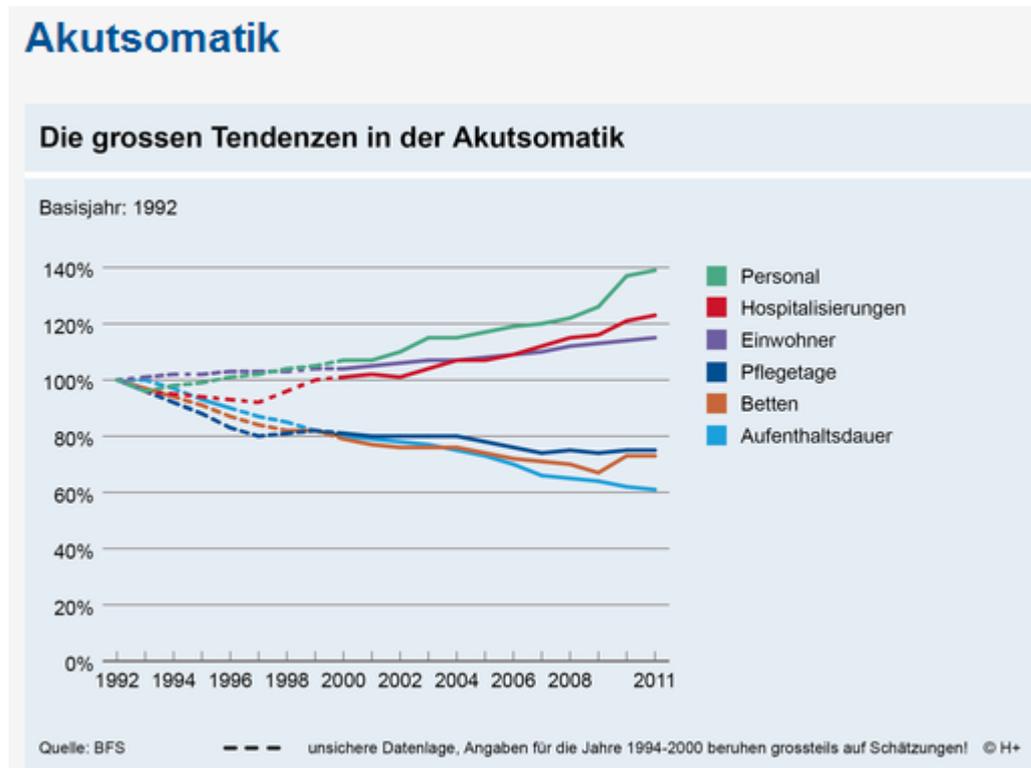
2) nach Behandlungsdatum

Massgebend für die Zuordnung der Leistungen ist der Behandlungsbeginn (Jahr und Monat des Behandlungsbeginns). Da Leistungen gesetzlich bis zu fünf Jahre nach Behandlungsdatum bei den Versicherern abgerechnet werden dürfen, ist die Statistik nach Behandlungsbeginn fünf Jahre lang provisorisch. Ein halbes Jahr nach Behandlungsbeginn sind jedoch so viele Rechnungen bei den Versicherern abgerechnet, dass damit das Kostenniveau annähernd bestimmt werden kann. Deshalb werden die Bruttoleistungen nach Behandlungsbeginn gegenüber den Leistungen nach Abrechnungsdatum mit einer Verzögerung von sechs Monaten dargestellt. Mit jeder Quartalsaufschaltung werden die Leistungen nach Behandlungsbeginn nachgeführt. Da auch sechs Monate nach Behandlungsbeginn immer noch Rechnungen bei den Versicherern abgerechnet werden, ist vor allem bei den jüngsten dargestellten Zahlen mit einer leichten Zunahme der Kosten zu rechnen. Aus der obigen Grafik kann folglich keine Aussage zum Kostenwachstum gemacht werden. Die Bruttoleistungen umfassen alle von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckten Leistungen, inklusive Kostenbeteiligung der Versicherten.

Quelle: SASIS Datenpool. Fürstentum Liechtenstein: LKV (Liechtensteinischer Krankenkassenverband).

2. Spitalmonitor H+

Öffentlich via Homepage sind Übersichtsgrafiken zu finden



Angaben pro Spital (Beispiel zu Kreisspital Muri)



Spitalsuche
Über spitalinformation.ch

Sie sind hier: Spitalsuche > Ergebnisse Ihrer Suche > Leistungen

Kreisspital für das Freiamt

Zugang zum geschützten Bereich ▶

Kontakt
Qualitätsberichte
Leistungen
Verbesserungsaktivitäten
Bildergalerie
Anfahrt

☰
Leistungsgruppen Akutsomatik

☰
Apparative Ausstattung

Bezeichnung
Belastungs-EKG/ Ergometrie
Computertomograph (CT)
Endoskop
Geräte für Nierenersatzverfahren (Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse)
Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)
Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät
Uroflow/ Blasendruckmessung

<http://www.spitalinformation.ch/spitalsuche/ergebnisse-ihrer-suche/leistungen/spital/76/#>

3. CMO / SwissDRG AG

Beispiel des Webfeedbacks:

https://webapps.swissdr.org/webfeedback/user_sessions/new?locale=de

Demo Spital (K111+K233)

Datenerosion für die Auswertung

	Anzahl Fälle		
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler
Gesamt gelieferte Fälle	38'255	273'400	623'403
- Psychiatrie / Rehabilitation	0	140	2'611
- Austritt ausserhalb der Erhebungsperiode oder Aufenthaltsdauer nicht berechenbar	0	496	2'504
- Fälle privat/halbprivat	7'126	21'321	126'283
Verwendete Fälle für Feedback	28'793	179'701	651'628

Vergleich auf Spitalebene

	Anzahl Fälle					
	Ihr Spital	in %	K111+K233	in %	Netzwerkspitäler	in %
Inlier	17'380	99.1	101'887	99.0	259'565	86.5
Low Outlier	3'068	15.2	23'613	17.9	133'111	29.2
High Outlier	2'805	12.1	7'678	7.7	25'250	9.7
Verlegungsabschlagspflichtig	2'495	12.1	20'221	10.9	25'817	5.9
unbewertet	152	0.6	2'354	1.2	17'115	6.6
davon Fehler-DRGs in %	48.0	-	115.9	-	85.3	-

	Mittlere Verweildauer (in Tagen) (Hinweis zur Berechnungsmethode)		
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler
Alle Fälle	7.8	10.6	10.0
Inlier	6.7	8.7	5.6
Low Outlier	1.5	1.5	1.0
High Outlier	25.9	33.5	34.7
Verlegungsabschlagspflichtig	3.3	5.3	4.2

	Mittlere Gesamtkosten (in CHF) in CHF		
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler
Alle Fälle	14'586.6	17'808.7	10'206.6
Inlier	17'899.9	16'749.7	15'848.8
Low Outlier	7'520.0	4'981.8	3'373.3
High Outlier	28'443.1	43'191.2	49'016.7
Verlegungsabschlagspflichtig	9'601.7	10'409.5	13'936.0

	Mittlere Kosten pro Tag (in CHF)		
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler
Alle Fälle	2'842.6	2'788.7	1'485.3
Inlier	1'728.3	1'243.4	1'488.0

[<< Zurück zur Auswahl](#)

Daten gesamt		Inlier bereinigt		
Total verwendete Fälle (siehe Datenerosion)				
Übersicht	Kosten	Kostenkomponenten	Verweildauer	Medizinische Kodierung
Fallpauschalenkatalog V0.3				
Erster Tag mit Abschlag	2			
Erster Tag mit Zuschlag	17			
Kostengewicht	1.794			
Zuschlag (pro Tag)	0.068			
Abschlag (pro Tag)	0.314			
Abschlag für externe Verlegung	0.088			
	Ihr Spital	K111+K233	Netzwerkspitäler	
Anzahl Fälle	205	1'329	6'073	
Durchschnittliche Anzahl Diagnosen	10.476	4.258	3.632	
Durchschnittliche Anzahl Behandlungen	1.290	1.678	2.286	
Mittlere Gesamtkosten (in CHF)	26'530.7	14'439.5	19'616.6	
Mittlere Kosten pro Tag (in CHF)	1'645.6	1'263.6	2'495.1	
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	15.0	16.1	12.4	
Mittlere PCCL	1.1	1.5	1.4	
Anteil Low Outlier (in %)	0.9	0.2	0.1	
Anteil High Outlier (in %)	13.2	8.6	10.8	

4. Krankenversicherer (Tarifverhandlungsgemeinschaften) HSK und tarifsuisse sowie MTK

4.1 HSK (Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas und KPT)

Bei der HSK sind Übersichten über die verhandelten Pauschalen und die Referenztarife, sowie Zusatzinformationen betr. Tarifverhandlungen und Benchmarkdaten abrufbar.

http://www.ecc-hsk.info/fileadmin/files/Dokumente/Verhandelte_Baserates_2013.pdf

Kantonale Übersicht über verhandelte Fallpauschalen SwissDRG im Bereich Akutsomatik.

Vue d'ensemble par canton des forfaits par cas SwissDRG négociés dans le domaine somatique aigu.

Panoramica dei forfait per caso SwissDRG negoziati nel settore somatico acuto per cantone.

Stand 21.06.2013. Änderungen dieser Liste während des Jahres sind möglich. Sie bleiben ausdrücklich vorbehalten.

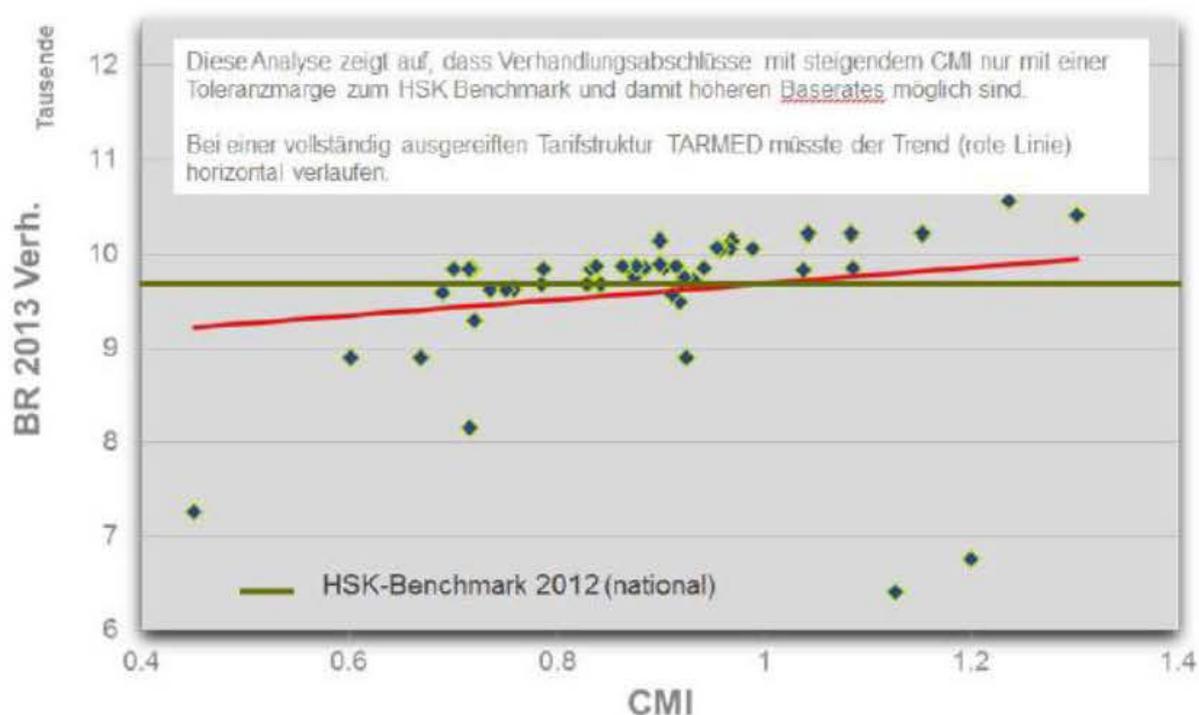
État au 21.06.2013. Des modifications de cette liste sont possibles en cours d'année. Elles restent expressément réservées.

Stato al 21.06.2013. Durante il corso dell'anno tale lista può subire delle modifiche. Si riservano dunque eventuali cambiamenti.

	PLZ/ Code postal/ NPA	Ort / Localité / Luogo	Verhandelte Baserate / Baserates négociés / Base rate negoziati
Aargau / Argovie / Argovia			
Gesundheitszentrum Frick. Spital Laufenburg - ASA Gruppe	5080	Laufenburg	9'550.00
Hirslanden Klinik Aarau	5000	Aarau	10'060.00
Kantonsspital Aarau	5001	Aarau	10'210.00
Kantonsspital Baden	5405	Dättwil	10'140.00
Klinik Barmelweid	5017	Barmelweid	9'750.00
Klinik Villa im Park AG	4852	Rothrist	9'200.00
Kreisspital für das Freiamt	5630	Muri	9'550.00
Spital Leuggern	5316	Leuggern	9'300.00
Spital Menziken	5737	Menziken	9'300.00
Spital Zofingen - ASA Gruppe	4800	Zofingen	9'550.00

	Referenztarif HSK Tarif de référence HSC Tariffa di riferimento HSC	Tarifart Type de tarif Tipo di tariffa	Vergütungsteiler Kanton Part de rémunération des cantons Quota del cantone	Vergütungsteiler Versicherer Part de rémunération des assureurs Quota dell'assicuratore
Aargau / Argovie / Argovia			48.6%	51.4%
Akut / Aigu / Acuto				
Generell Général Generale	9'918.00	DRG-Pauschale Forfaits DRG Forfait DRG		5'097.85
Psychiatrie / Psichiatria / Psichiatria				
Postakute Psychiatrie und Langzeitpsychiatrie Psichiatria post-acutè et psichiatria de longue durée Psichiatria postacuta e di lunga durata	470.00	Tagespauschale Forfaits journaliers Forfait giornaliero		241.60
Erwachsene / Adultes / Adulti				
Akupsychiatrie Psichiatria aiguë Psichiatria acuta degli	650.00	Tagespauschale Forfaits journaliers Forfait giornaliero		334.10
Kinder und Jugendliche / enfants et jeunes / bambini e giovani				
Akupsychiatrie Psichiatria aiguë Psichiatria acuta	775.00	Tagespauschale Forfaits journaliers Forfait giornaliero		398.35

Verhandelte Baserate im Verhältnis zum CMI (Akutspitäler, ohne Spezialkliniken)



Bemerkung zu Abbildung oben:

Verantwortlich für Abweichungen zum Trend (Kosten/Baserate) können nicht nur Mängel in der Tarifstruktur sein, sondern auch Unterschiede die sich aus Effizienz, Grösste und Struktur eines Spitals ergeben.

4.2 tarifsuisse

Ausser allgemeinen Spitalinformationen und -Statistiken keine Daten online.

Kategorien

Gesamtkosten



Ärzte



Medikamente



Spitäler



Pflegeheime

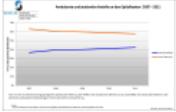


Prämien



Stichwort Jahr 2011 Suche

Ambulante und stationäre Anteile an den Spitalkosten 2007 - 2011



Die von der Grundversicherung getragenen Spitalkosten fielen zu über 40% in den ambulanten Bereich fast 60% in den stationären Bereich. Der Anteil der ambulanten Behandlungen nimmt seit 2007 kontinuierlich zu.

Prozentuales Wachstum der Spitalkosten 2007 - 2011



Die Leistungen wuchsen im Bereich Spital ambulant seit einigen Jahren bedeutend schneller als im stationären Bereich. Im 2011 stiegen die Kosten weniger an als noch im 2010.

Wachstum Spitalkosten pro Versicherten 2007 - 2011



Die von der Grundversicherung getragenen Spitalkosten pro Versicherten sind in den letzten fünf Jahren von 1'130 Franken im Jahr 2007 auf 1'330 Franken im Jahr 2011 gestiegen. Im Jahr 2011 fielen 760 Franken davon im stationären Sektor und 559 Franken im ambulanten Sektor an.

4.3 Unfallversicherer (MTK)

Neben den ambulanten Taxpunktswerten sind nur allgemeine Informationen zu finden.

Im stationären Bereich sind keine Daten wie Baserates zu finden, diese werden den Spitälern im Rahmen des Tarifverfahrens direkt bekannt gegeben

Aktuelle Taxpunktswerte (TPW) für UV/MV/IV-Patienten (Stand 01.07.2012)

Code	Tarif	Gültig ab	TPW (CHF)	Tarifziffernbereich
001	TARMED (Arztpraxis/Belegärzte) ⁴⁾	01.11.2004	0.92	00.0010 - 39.8220
001	IAP ⁵⁾	01.01.2007	Forfait in CHF	50.1000 - 50.7033
317	Analysenliste ³⁾	01.07.2009	1.00	1000.00 - 4708.00
324	Chiropraktoren-Tarif	01.01.1999	4.40	6001 - 6071
311	Physiotherapie-Tarif	01.01.1998	1.00	7301 - 7493
322	Zahnarzt-Tarif	01.04.1994	3.10	4000 - 4986
323	Zahntechniker-Tarif ⁶⁾	01.03.2009	1.00	0001.1 - 1101.0
325	Ergotherapie-Tarif	01.08.1993	1.10	7601 - 7634
326	SSOMV-Tarif ^{1) + 7)}	01.05.2009	1.00	100.00 - 660.10
327	SVOT-Tarif ¹⁾	01.01.2001	1.80	411 101 - 499 104
510	SVDE (SVERB)/ASDD ²⁾	01.01.2000	1.00	7811 - 7814
570	SAV/SSPh ^{1) + 8)}	01.09.2010	1.20	1000.00 - 2090.00
Tarife Spital (H+)				
001	TARMED (vom Spital besoldete Ärzte)	01.01.2004	1.00	00.0010 - 39.8220
001	TARMED (Belegärzte) ⁴⁾	01.01.2004	0.92	00.0010 - 39.8220
001	IAP (nur Privatspitäler) ⁵⁾	01.01.2007	Forfait in CHF	50.1000 - 50.7033
553	Physiotherapie ³⁾	01.04.2004	0.95	7301 - 7493
554	Ergotherapie	01.01.2002	1.10	7601 - 7634
555	Logopädie	01.01.2002	1.00	7501 - 7504
330	Neuropsychologische Leistungen	01.01.2004	1.00	100.001 - 100.011
514	Ernährungsberatung	01.10.2002	1.00	7821 - 7824
515	Diabetesberatung	01.10.2002	1.00	7921 - 7924
513	Nichtärztliche Pflegeleistungen ambulant	01.01.2004	1.00	51.0210 - 51.1310
552	Stomaberatung / -behandlung Hebammen: Geburt / Wochenbett			
556	TarReha	01.01.2007	1.00	7800 - 7810

5. GDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Übersichts-Tabelle der Kantonalen Spitallisten und -tarife inklusive der zugehörigen Links

http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spaltarife.pdf

	Spitalliste liste hospitalière	(provisorische) Spitaltarife tarifs hospitaliers (provisoires)	(provisorische) Referenztarife für die ausserkantonale Hospitalisation tarifs de référence (provisoires) pour les hospitalisations extracantonales
ZH	http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/a/kutsomatik.html Psychiatrie/psychiatrie: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/psychiatrie.html#a-content	www.gd.zh.ch/tarife	siehe Spitaltarife
BE	www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/spitalliste.html#middle Par linkdownload	www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/superprovisorischetarife.html	www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/ausserkantonale_hospitalisationen.html
LU	www.lu.ch/index/gesundheits/soziales/gsd_spitalliste.htm	www.gesundheit.lu.ch/index/gesv_tarifuebersicht.htm	www.gesundheit.lu.ch/index/gesv_referenztarif.htm

Übersicht des Kostenteilers Kanton / Versicherung.

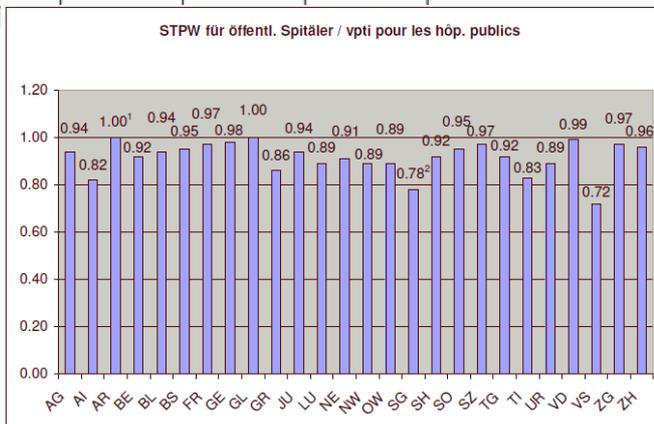
www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Tarife/Spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler.pdf

Stand vom / état au : 2.4.2013

UZ 43.371

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aargau	47%	48.6%	49%	51%	53%	55%
Appenzell Innerrhoden	49%	49%	49%	51%	53%	55%
Appenzell Ausserrhoden	47%	47%				
Bern	55%	55%				
Basel-Landschaft	55%	55%				
Basel-Stadt	55%	55%				
Fribourg	47%	49%	49%			
Genève	55%	55%				
Glarus	52%	52%	53%			
Graubünden	55%	55%				
Jura	55%	55%				
Luzern	50%	50%	49%	51%	53%	55%
Neuchâtel	55%	55%				
Nidwalden	45%	47%	49%	51%	53%	55%
Obwalden	47%	47%	49%	51%	53%	55%
St. Gallen	50%	52%	54%	55%	55%	55%
Schaffhausen	53%	53%				
Solothurn	50%	51%	51%	51%	53%	55%
Schwyz	50%	51%	52%	53%	54%	55%
Thurgau	48%	48%	49%	51%	53%	55%
Ticino	55%	55%				
Uri	52%	50%	50%	51%	53%	55%
Vaud	55%	55%				
Valais	52.5%	53%	53.5%	54%	54.5%	55%
Zug	47%	49%				
Zürich	51%	51%	51%			

Weiter sind keine nennenswerten Daten zu finden. Es existiert zwar noch eine Übersicht der TARMED Start-Taxpunktwerte, aber diese datiert aus dem Jahre 2004.



¹ Für die psychiatrische Klinik gilt ein TPW von 0.76 / vpt pour la clinique psychiatrique : 1.00

² Für das Kinderspital gilt ein TPW von 0.89 / vpt pour l'hôpital pédiatrique : 0.89

6. Gesundheitsdirektionen, Beispiele Kantone ZH und BE

Der Kanton Zürich

stellt seit Jahren die ausführlichen Informationen seiner Spitäler online als PDF- und Excel-Download zur Verfügung. Diese sogenannten Prisma-Daten stellen einen detaillierten Spitalbenchmark dar mit Finanzen, Stellen, Fällen nach SwissDRG/Spitalleistungsgruppen/Herkunft/etc., Fallkostenvergleichen - dies für Akut-somatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/veroeffentlichungen/akutsomatik_kenndaten.html#a-content

Weiter publiziert ist eine Übersicht der stationären Tarife pro Spital und Einkaufsgemeinschaft (inkl. RR-Entscheiden und -Beschlüssen).

www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalfinanzierung.html#subtitle-content-internet-gesundheitsdirektion-de-themen-behoerden-spitalfinanzierung-jcr-content-contentPar-textimage_6

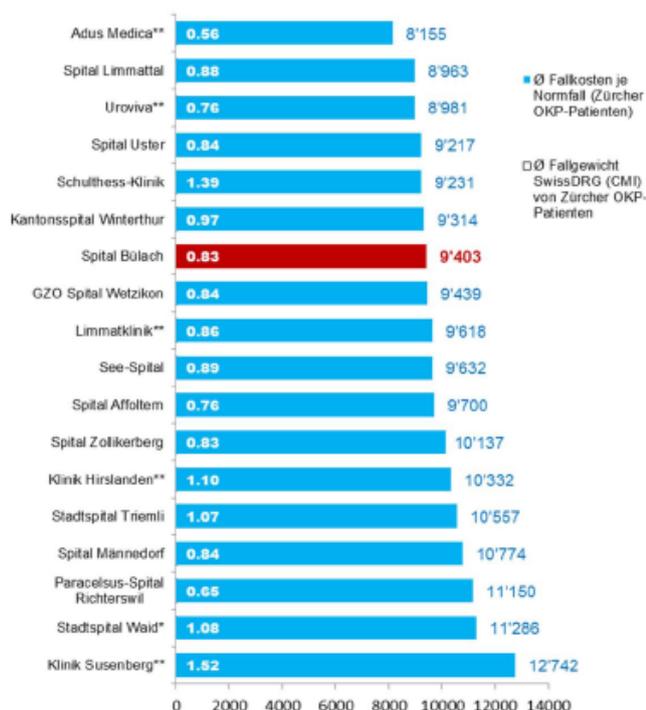
1. Pauschalen 2013 für Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser gemäss Zürcher Spitalliste 2012 Akut-somatik mit Standort im Kanton Zürich

1.1 Akut-somatik SwissDRG-Fallpauschalen (für Schweregrad 1.0, einschliesslich Investitionsanteil) ¹

SwissDRG Fallpauschalen (in Franken)

	tarifsuisse	Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana/Sanitas/KPT)	Assura/Supra
UniversitätsSpital Zürich ²	11 400	11 400	11 300
Kantonsspital Winterthur	9 500	9 480	9 480
Stadtspital Triemli	9 500	9 500	9 500
Klinik Hirslanden	9 500	9 500	9 500
GZO AG Spital Wetzikon	9 500	9 480	9 480
Spital Uster	9 500	9 480	9 480
Spital Limmattal	9 500	9 480	9 480
Spital Bülach	9 500	9 480	9 480
Spital Zollikerberg ²	9 500		
Stadtspital Waid	9 500		
Spital Männedorf ²	9 500		
Schulthess-Klinik	9 500		
Kinderspital Zürich ²	12 800		
See-Spital Standort Horgen	9 500		
See-Spital Standort Kilchberg	9 500		
Universitätsklinik Balgrist	11 400		
Spital Affoltern	9 500		

Fallkostenvergleich 2012 (Vollkosten inkl. Investitionskosten)



Der Kanton Bern

stellt einen detaillierten Spitalbenchmark online zur Verfügung mit seinem GRULA-Kennzahlenbuch, das unter anderem Finanzen, Stellen, Fälle, Aufenthaltsdauer, CMI pro MDC und Spital enthält, inkl. Vorjahresdaten.

www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/gs/wissenschaftlicheberichte.assetref/content/dam/documents/GEF/GS/de/GRULA_Kennzahlenbuch_2011_D.pdf

Klinik	CMI 2009	CMI 2010	CMI 2011	Veränderung 2010 / 2011 in %
Inselspital, Universitätsspital Bern	1.368	1.389	1.453	4.6
Spitäler FMI AG	0.827	0.818	0.818	-0.0
Spital STS AG	0.859	0.910	0.895	-1.6
Spital Netz Bern AG	0.957	0.950	0.949	-0.1
Spitalzentrum Biel	0.915	0.908	0.877	-3.4
Hôpital du Jura bernois SA	0.845	0.883	0.879	-0.5
SRO Spital Region Oberaargau AG	0.855	0.842	0.850	1.0
Regionalspital Emmental AG	0.843	0.841	0.865	3.0
Total öffentlicher Akutspitäler	1.047	1.054	1.072	1.7
Total privater Akutspitäler	0.840	0.875	0.906	3.5
Total Akutspitäler	0.983	0.998	1.020	2.2

Weiter ist eine Übersicht der stationären Tarife pro Spital und Einkaufsgemeinschaft publiziert.

www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/spitalversorgung/spitaeler/superprovisorischetarife.assetref/content/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Uebersicht_Tarife2013_ge_130412.pdf

12. April 2013

Akutsomatik: SwissDRG-Baserate (Kostengewicht 1.0) zu 100% inkl. Anlagenutzungskosten	tarifsuisse ag	Helsana/KPT/Sanitas	assura/Supra
Inselspital	CHF 11'200 provisorischer Tarif	CHF 11'200 provisorischer Tarif	CHF 11'200 provisorischer Tarif
spitäler fmi ag Spitalzentrum Biel AG Spital STS AG Spital Netz Bern AG SRO AG Regionalspital Emmental AG Hôpital du Jura bernois SA	CHF 9'870 provisorischer Tarif (exkl. Visana)	CHF 9'870 Vertragsabschluss (inkl. Visana)	CHF 9'870 Vertragsabschluss
Lindenhof-Sonnenhof Gruppe	CHF 9'850 Vertragsabschluss (exkl. CSS Gruppe CHF 9'870 provisorischer Tarif)	CHF 9'850 Vertragsabschluss	CHF 9'850 Vertragsabschluss
Klinik Linde AG	CHF 9'850 Vertragsabschluss (exkl. CSS Gruppe CHF 9'870 provisorischer Tarif, exkl. Groupe mutuel CHF 9'745 Vertragsabschluss)		
Klinik Siloah	CHF 9'850 Vertragsabschluss (exkl. CSS Gruppe CHF 9'870 provisorischer Tarif, exkl. Groupe mutuel CHF 9'750 Vertragsabschluss)		
Hirslanden Kliniken Bern (Beau-Site AG inkl. Klinik Permanence, Salemspital)	CHF 9'870 provisorischer Tarif	CHF 9'850 Vertragsabschluss	CHF 9'870 provisorischer Tarif
Hohmad Privatklinik Thun	CHF 9'050 Vertragsabschluss	CHF 9'000 Vertragsabschluss	CHF 9'870 provisorischer Tarif
Klinik Piano	CHF 7'220 Vertragsabschluss	CHF 7'258 Vertragsabschluss	CHF 7'258 Vertragsabschluss
Geburtshaus Luna AG	CHF 9'870 provisorischer Tarif	CHF 9'870 provisorischer Tarif	CHF 9'870 provisorischer Tarif

7. Preisüberwacher

Auf der Homepage Publiziert sind nur Studien und Empfehlungen publiziert, Spital- oder Benchmarkdaten sind keine zu finden.

- Publiziert ist die Einführung und Umsetzung zu SwissDRG und die Berechnungsmethodik der stationären Spitaltarife (vor SwissDRG)
- Im Newsletter 06/12 und im Jahresbericht 2013 ist die Baserate-Empfehlung zu finden. Sie beträgt für ein Regionalspital CHF 8'974.

3. Empfehlung der Preisüberwachung

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen und in Anwendung von Art. 2, 13 und 14 PÜG gibt Ihnen der Preisüberwacher folgende Empfehlungen ab:

1. Mittels einer Auflage anlässlich der Tarifgenehmigung und/oder zusätzlicher gesetzlicher Vorgaben ist sicherzustellen, dass die Lieferung von Daten an die SwissDRG AG zur Erstellung, Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur für alle akutsomatischen Spitäler obligatorisch ist.
2. Mittels einer Auflage anlässlich der Tarifgenehmigung ist sicherzustellen, dass die Helvetisierung deutscher Daten raschmöglichst untersagt wird, da sich dadurch Ungenauigkeiten in die SwissDRG-Tarifstruktur einschleichen.
3. Anlässlich der Tarifvertragsgenehmigung oder auf gesetzlichem Weg sind schweizweit verbindliche Vorgaben zur einheitlichen Erfassung der Kosten- und Leistungsdaten zu erlassen, welche (von allen nach SwissDRG abrechnenden Spitälern) der SwissDRG AG abzuliefern sind.
4. Es ist eine Auflage dahingehend zu erlassen, dass die Relativgewichte auch künftiger Tarifstrukturen sämtliche Kosten der einzelnen DRGs enthalten müssen, d.h. Zusatzentgelte unzulässig sind.
5. Mittels einer Auflage ist sicherzustellen, dass vor der Bildung der Relativgewichte zukünftiger Tarifstrukturen die oberen Ausreisser der Fallkosten mittels der 2-Sigma-Methode zu eliminieren sind.
6. Solange nicht alle akutsomatischen Spitäler zuhanden der SwissDRG AG Kosten- und Leistungsdaten abliefern (wie gemäss Art. 49, Abs. 2 KVG vorgeschrieben), ist mittels einer Auflage sicherzustellen, dass sich alle für die Konstruktion der Tarifstruktur verwendeten Schweizer Spitaldaten mit den Namen der liefernden Spitäler verknüpfen lassen, d.h. eine Anonymisierung der Daten gegenüber der Preisüberwachung einstweilen unzulässig ist.
7. Die Tarifpartner sind mittels einer Auflage anzuhalten, bis spätestens Ende 2010 ein gemeinsames Qualitätskonzept zu verabschieden und dieses in den SwissDRG-Tarifvertrag zu integrieren.
8. Die Tarifpartner sind mittels einer Auflage anzuhalten, bis spätestens Ende 2010 ein gemeinsames Konzept als Teil des Tarifvertrages zu verabschieden, das in Erfüllung von Art. 59c, Abs. 1, lit. c KVV gewährleistet, dass das neue Tarifmodell zur Abgeltung stationärer Spitalleistungen ceteris paribus keine Mehrkosten im Vergleich zu den Jahren 2010 und 2011 verursacht.

Trotzdem hat sich die Preisüberwachung dazu entschlossen, in der Anfangsphase des SwissDRG-Systems die Universitätsspitäler vorerst nur unter sich und noch nicht mit den Nicht-Universitätsspitalern zu benchmarken. Die Preisüberwachung erachtet dies als ein Entgegenkommen in der Einführungsphase gegenüber den Universitätskliniken. Es kann daraus aber kein Anspruch bezüglich der zukünftigen Prüfpraxis der Preisüberwachung abgeleitet werden. Das günstigste Universitätsspital ist aktuell (auf Basis der Kosten 2010) das Berner Inselspital mit einer von der Preisüberwachung kalkulierten SwissDRG-Baserate 2012 (100 Prozent, inkl. Anlagenutzungskosten) von CHF 9'484.-. An diesem Betrag haben sich die anderen Universitätsspitäler zu messen. Der nationale Benchmarkwert für die Universitätsspitäler errechnet sich ausgehend vom Wert des Inselspitals zuzüglich einer Toleranzmarge von 2 Prozent² und beträgt damit CHF 9'674.- (100 Prozent, inkl. Anlagenutzungskosten). Universitätsspitäler mit kostenbasierten Baserates bis und mit diesem Wert halten der Wirtschaftlichkeitsprüfung stand. Höhere Baserates als CHF 9'674.- erachtet die Preisüberwachung dagegen als unwirtschaftlich. Sie werden auf den nationalen Benchmarkwert herunterkorrigiert.

Die Nicht-Universitätsspitäler weisen wie die Universitätsspitäler bei den kalkulierten Baserates eine grosse Streuung auf. Die Preisüberwachung hat für das Tarifjahr 2012 auf Basis wirtschaftlich arbeitender öffentlicher Spitäler mit breitem Behandlungsspektrum auch für diese Spitalategorie einen nationalen Benchmarkwert ermittelt. Er beträgt CHF 8'974.- (100 Prozent, inkl. Anlagenutzungskosten), wobei darin analog zum Wert für die Universitätsspitäler bereits eine Toleranzmarge von 2 Prozent eingerechnet ist. Teurere Spitäler werden auf den Benchmarkwert herunterkorrigiert, günstigere erhalten die auf ihren Kosten basierende Baserate.

8. Das OBSAN - Unterstützung für Kantone und Bund

Das Obsan analysiert vorhandene Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln.

Das Gesundheitsobservatorium bearbeitet sechs Kompetenzbereiche: «Kosten, Finanzierung, Wettbewerb», «Demografie und Inanspruchnahme», «Gesundheitsberufe und Versorgung», «Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung», «Gesundheitsförderung und Prävention» sowie «Gesundheitsberichte und Monitoring». Das Obsan stellt Bund, Kantone und weiteren Institutionen im Gesundheitswesen seine Resultate zur Verfügung. Es führt aber für diese Partner auch massgeschneiderte Analysen und Beratungen auf Anfrage durch.

Aufgaben des Obsan:

- Vorhandene Daten und Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung und über das Gesundheitswesen werden aufbereitet und evaluiert.
- Wissenschaftlich zuverlässige und relevante Gesundheitsdaten und -informationen werden benutzerfreundlich verfügbar gemacht.
- Die Gesundheitsdaten und -informationen werden verknüpft, analysiert und präsentiert, um gesundheitspolitische Planung und Entscheidungen zu unterstützen, um Massnahmen, Gesundheitsdienste und Versorgungsstrukturen evaluieren zu können und um Gesundheitsprobleme der Bevölkerung aufzuzeigen.
- Bei Lücken und Mängeln der vorhandenen Gesundheitsdaten werden Verbesserungen und Neuerungen der Datenerhebungen und -register vorgeschlagen.

Das Gesundheitsobservatorium führt selber keine Erhebungen durch. Es konzentriert sich auf die Nutzung bereits vorhandener Daten.

Gesundheitsindikatoren des Obsan

Allgemeiner Gesundheitszustand

[Selbst wahrgenommene Gesundheit](#)

[Starke körperliche Beschwerden](#)

[Rücken- oder Kreuzschmerzen](#)

[Einschlaf- oder Durchschlafstörungen](#)

[Lang andauernde Gesundheitsprobleme](#)

[Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Leben](#)

Lebenserwartung und Mortalität

[Lebenserwartung](#)

[Spezifische Mortalität](#)

[Altersstandardisierte Mortalität](#)

[Verlorene potenzielle Lebensjahre](#)

Spezifische Diagnosen

[Suizid](#)

[Myokardinfarkt](#)

[Herzinsuffizienz](#)

[Hirnschlag](#)

[Hospitalisierungsrate bei Hüftfrakturen](#)

Psychiatrische Diagnosen

[Häufigste F-Diagnosen in der stationären Psychiatrie](#)

[Hospitalisierungsrate bei psychischen Störungen](#)

[Dauer der Spitalaufenthalte bei psychiatrischen Störungen](#)

[Behandlungstypen in der stationären Psychiatrie](#)

Risikofaktoren

- [Body Mass Index \(BMI\)](#)
- [Bluthochdruck](#)
- [Tabakkonsum](#)
- [Alkoholkonsum](#)
- [Cannabiskonsum](#)
- [Konsum von harten Drogen](#)
- [Körperliche Aktivität](#)

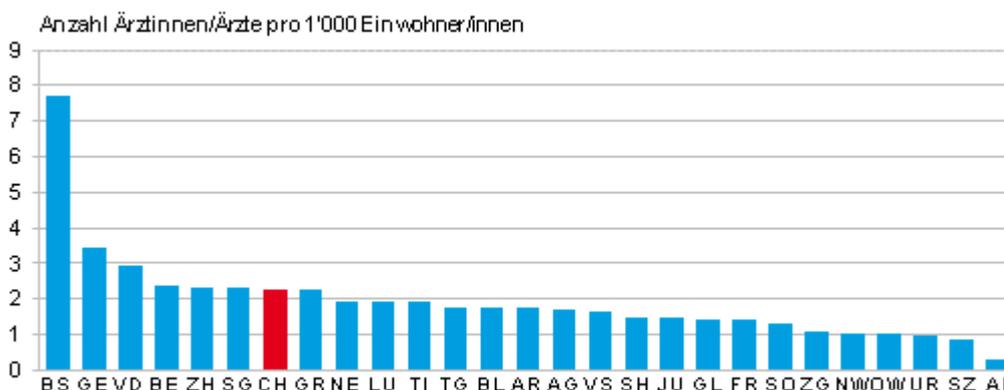
Umwelteinflüsse

- [Störungen durch Verkehrslärm](#)
- [Luftverschmutzungen durch Verkehrsabgase](#)
- [Störungen durch Lärm in der Nachbarschaft](#)

Ressourcen Gesundheitspersonal

- [Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis](#)
- [Spitex-Personal](#)
- [Ärztinnen und Ärzte in Spitälern](#)

Dichte der Ärztinnen und Ärzte in Spitälern, 2011 nach Kanton



Die Dichte wurde auf der Basis von Vollzeitäquivalenten berechnet.

Quelle: BFS, Krankenhausstatistik

© Obsan 2013

- [Personal in sozialmedizinischen Institutionen](#)
- [Ausländisches Gesundheitspersonal](#)

Stationäres Angebot

- [Rate der belegten Spitalbetten](#)
- [Plätze in sozialmedizinischen Institutionen](#)

Inanspruchnahme Ambulante Versorgung

- [Konsultationen in der Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxis](#)
- [Facharztkonsultationen](#)
- [Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der Spitex](#)

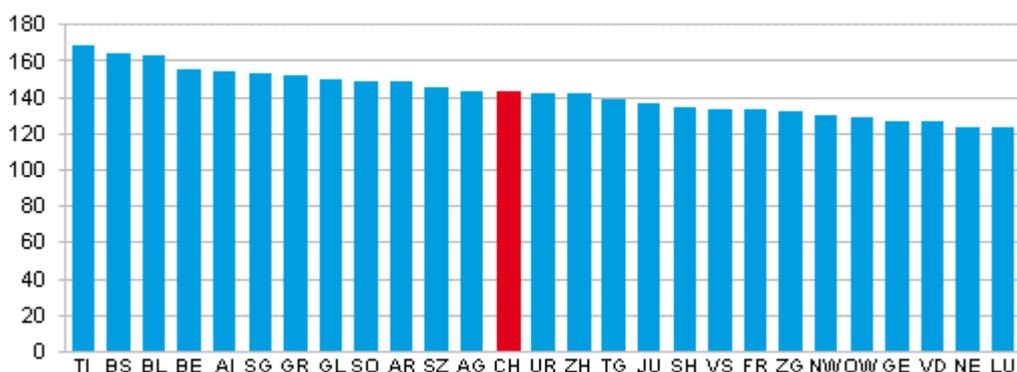
Stationäre Versorgung

- [Hospitalisierungsrate in Akutspitälern](#)
- [Hospitalisierungsrate in psychiatrischen Kliniken](#)
- [Hospitalisierungsrate in Rehabilitationseinrichtungen](#)
- [Aufenthaltsdauer in Akutspitälern](#)
- [Aufenthaltsdauer in Rehabilitationseinrichtungen](#)
- [Betreuungsrate sozialmedizinische Institutionen](#)

Beispiele

Hospitalisationsrate in Akutspitälern, 2011 nach Kanton

Anzahl Hospitalisierungsfälle pro 1'000 Einwohner/innen



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) © Obsan 2013

Hospitalisationsrate in Akutspitälern Entwicklung nach Kanton 037-EvK-d-2011

	Hospitalisierungsfälle in Akutspitälern pro 1'000 Einwohner/innen											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CH	117.89	123.94	130.64	131.73	134.71	134.68	137.29	140.23	142.25	142.33	142.73	142.94
ZH	131.04	128.55	126.95	130.49	133.68	132.16	140.68	141.03	144.06	143.53	144.35	142.07
BE	118.80	122.44	133.67	130.91	138.76	138.46	139.26	149.26	153.07	153.53	155.44	155.60
LU	113.01	113.74	111.53	113.42	117.59	116.19	119.05	118.15	120.74	120.31	121.61	123.18
UR	125.26	124.23	122.81	126.35	127.93	116.11	129.05	137.59	137.36	137.23	144.88	142.08
SZ	128.50	123.41	122.50	129.29	136.70	137.63	142.46	143.23	145.86	148.49	146.36	146.16
OW	132.75	132.72	133.58	118.52	121.28	124.56	128.78	129.16	134.33	134.16	125.98	129.61
NW	109.21	108.44	113.93	117.28	117.93	117.25	120.11	122.84	127.82	130.48	126.71	129.97
GL	51.76	117.96	121.50	96.64	129.92	132.92	120.97	135.60	146.36	148.60	150.67	149.83
ZG	112.10	107.74	111.55	116.51	114.28	116.79	119.85	125.33	126.46	130.62	133.10	132.53
FR	98.41	139.98	140.22	151.35	140.47	136.82	134.81	140.45	136.93	137.63	133.39	133.05
SO	141.00	149.77	147.21	148.82	147.82	148.86	148.07	154.91	156.63	153.73	148.52	149.43
BS	61.81	148.46	154.19	152.93	151.84	156.06	156.73	158.12	159.47	158.86	164.06	163.98
BL	111.73	145.70	147.06	147.64	149.68	151.88	153.44	158.28	159.15	159.86	160.31	163.18
SH	107.95	101.48	102.09	106.82	112.88	109.69	112.79	110.08	109.78	110.67	131.33	134.26
AR	106.05	114.32	130.12	142.54	130.41	131.62	135.60	140.31	158.16	147.16	146.41	149.14
AI	108.78	115.84	131.80	120.59	132.01	133.38	124.97	138.58	214.10	148.59	150.43	154.74
SG	58.55	71.17	139.69	138.49	137.10	138.07	139.51	145.71	149.08	154.61	154.23	153.26
GR	133.47	144.62	151.99	159.81	151.11	152.44	152.66	153.78	154.70	154.50	153.17	152.83
AG	111.20	116.33	127.71	127.93	130.29	126.42	129.29	136.28	140.55	141.49	141.44	143.87
TG	80.70	105.37	114.74	117.92	119.80	119.91	129.13	128.15	129.40	134.25	136.78	138.69
TI	171.32	165.89	162.82	155.08	157.00	154.61	156.87	156.39	158.31	159.13	159.40	168.69
VD	126.59	123.91	122.89	123.83	130.51	129.76	129.57	128.76	126.59	128.92	127.66	127.07
VS	127.03	128.17	127.43	127.25	132.46	132.96	131.99	132.73	133.52	132.50	132.52	133.65
NE	146.18	138.03	142.83	141.65	157.41	147.04	131.98	132.42	128.59	125.62	125.32	123.30
GE	132.15	111.74	107.35	112.44	114.91	128.70	136.63	135.48	136.15	128.83	128.96	127.36
JU	112.58	129.23	133.12	129.76	128.79	133.32	131.31	130.26	131.98	134.41	143.99	136.87

© 2013 OBSAN

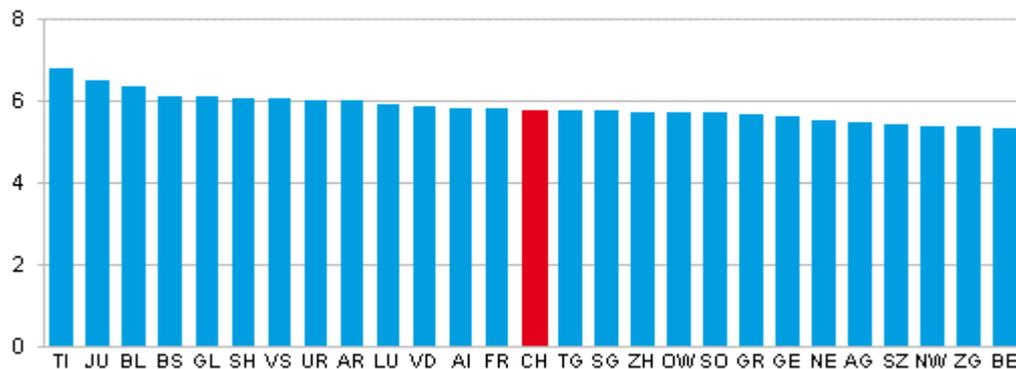
Auskunft: +41 32 713 60 45, obsan@bfs.admin.ch

Letzte Änderung: 02/07/2013

Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Mittlere Aufenthaltsdauer, Akutspitäler, 2011 nach Kanton

Mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

© Obsan 2013

Gesundheitsversorgung

[Krankenhäuser \(BFS\)](#) ⇄: Anzahl und Dichte der Krankenhäuser und Betten

[Sozialmedizinische Institutionen \(BFS\)](#) ⇄: Betagte Personen / Behinderte Personen / Institutionen für Suchtkranke und Institutionen für Personen mit psychosozialen Problemen

Ausgaben und Kosten

[Kosten nach Leistungserbringern und nach Leistungen \(BFS\)](#) ⇄

[Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes \(BFS\)](#) ⇄

[Anteil am BIP und internationaler Vergleich \(BFS\)](#) ⇄

[Kosten nach Alter und Geschlecht \(BFS\)](#) ⇄

[Kosten, Finanzierung: OKP-Kosten \(BAG\)](#) ⇄

[Berechnung der KVG anrechenbaren stationären Behandlungskosten \(BFS\)](#)

Datenbanken: Inventar der Gesundheitsdatenbanken

Das Inventar der Datenbanken hat zum Ziel, die wichtigsten Datenbanken im Bereich Gesundheit vorzustellen. Das aktuelle Inventar umfasst 65 Datenbanken, die in Form von Steckbriefen präsentiert werden. Die ausgewählten Datenbanken entsprechen folgenden drei Kriterien: sind gesundheitsrelevant, ermöglichen Aussagen über die ganze Schweiz und werden mindestens alle fünf Jahre aktualisiert.

Das Inventar der Gesundheitsdatenbanken ist auch als Publikation verfügbar: Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz. Aktualisierung und Erweiterung 2010 (Obsan Bericht 38 unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/04.html>)

Anhang 4: Berichtsverfasser

Name	Kompetenzen, Erfahrungen	aktuelle Funktion, Titel
Ernst Frank	Präsident SB, breiter Erfahrungshintergrund in Auftragsthematik, gesundheitspolitische Implikationen, gute Kenntnis Interessen Stakeholder	Beratungen im Gesundheitswesen, diverse Mandate in Spitälern und Spitalverbänden
Martin Patzen	mehrjährige Erfahrung in Spitalführung und in Projekten im Bereich Gesundheitsökonomie und angewandter Forschung, methodisch-konzeptioneller Input	Freier Mitarbeiter bei INFINAG und MTS GmbH
Peter Wyss	langjähriger, erfahrender Datenverarbeitungsspezialist von SB, Bezüge zu verschiedensten Arbeitsschritten, Machbarkeitsbeurteilungen	Leiter Finanzen und Controlling, Spitäler fmi ag
Frank Wendt	Spezialist für digitale Datenaufbereitung, Simulationsrechnungen, Machbarkeitsprüfungen	Systemspezialist INMED
Marco Beng	Operative Spitalführung, Schwerpunkt Abgrenzung von nationalen gegenüber spitalbezogenen Auswertungen von Spital-Benchmark	CEO Kreisspital Muri
Thomas Holler	Medizincontrolling, Kenntnis Controllingprozess, Möglichkeiten Grenzen Kodierdatensätze	Leiter Medizin Controlling KSA
Mark Hebeisen	Ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter KUV BSV (heute BAG); langjähriger Projektleiter/Senior Consultant Bereich Tarife/ Verträge Inselspital Bern, heute selbständiger Berater im Gesundheitswesen	Ökonomische und juristische Beratungen im Gesundheitswesen (HEP & Partner GmbH)