
Einkaufsgemeinschaft HSK

Benchmark TARPSY Tarifjahr 2025



Datenjahr: 2023

Veröffentlichung: 15. November 2024, aktualisiert am 28. November 2024 (Version 2)

Executive Summary

Benchmark TARPSY – Tarifjahr 2025

Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für die Berechnung ihres Benchmarks TARPSY die ITAR_K®-Daten von insgesamt 76 psychiatrischen Kliniken erhalten. Nach der Plausibilisierung dieser Leistungs- und Kostendaten und dem Ausschluss von Kliniken mit verspäteten bzw. nicht gelieferten Daten konnten 74 Kliniken in das Benchmarking einbezogen werden.

Der Benchmarkwert TARPSY ist kostenbasiert und beruht auf schweizweiten und repräsentativen Betriebsvergleichen: er umfasst über 97 Prozent der psychiatrischen Kliniken, die Daten geliefert haben sowie über einen Leistungsauftrag nach KVG verfügen.

Für das Tarifjahr 2025 beträgt der HSK-Benchmark TARPSY beim 35. Perzentil, mit Gewichtung nach Anzahl Kliniken und ohne Teuerung 664 Franken.

Für die Preisfindung führt HSK ein zweistufiges Benchmarkverfahren durch:

- 1. Stufe: Benchmarkwert-Berechnung gemäss Betriebskostenvergleiche
- 2. Stufe: Individuelle Preisverhandlungen mit Berücksichtigung der klinikspezifischen Besonderheiten. Für diese Stufe hat HSK 5 homogene Cluster aufgrund 3 Variablen wie Kinderanteil, Anteil Fürsorgerrische Unterbringung (FU) und Schwerpunkt der Klinik gebildet.

Für die Preisdifferenzierung verwendet HSK die nachfolgenden Cluster als Basis für die Abweichung vom Benchmarkwert.

Preisdifferenzierung	Bezeichnung Cluster
↑	1) Kinderkliniken
	2) Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)
HSK-Benchmarkwert 664 Franken	
↓	3) Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)
	4) Suchtkliniken
	5) Spezialkliniken mit Schwerpunkt Depression

Mit diesem methodischen Vorgehen schafft die Einkaufsgemeinschaft HSK datengestützte Voraussetzungen für die Umsetzung der Tarifautonomie gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und kann lösungsorientiert verhandeln.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary Benchmark TARPSY – Tarifjahr 2025	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1. Leitplanken für das Benchmarkverfahren	5
2. Stufe 1 der Preisbildung: Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)	6
2.1 Methodik des HSK-Benchmarkings.....	7
2.1.1 Anforderung an die Grundgesamtheit und Ausschlusskriterien.....	7
2.1.2 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils.....	9
2.2 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens.....	11
2.2.1 Benchmarkwert	11
3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für Preisdifferenzierung	12
3.1 Rechtliche Leitplanken.....	12
3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik	12
3.3 Resultate des Clusterings	13
3.4 Ermittlung der Preisbandbreite.....	15
4. Fazit.....	16
Abbildungsverzeichnis	17
Tabellenverzeichnis	17
Literaturverzeichnis.....	18
Anhang.....	19
Auskünfte	20

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
BEBU	Betriebsbuchhaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Benchmark
BRB	Benchmarkrelevante Betriebskosten
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
DM	Day Mix
DRG	Diagnosis related groups
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HP P	halbprivat- oder privat-versicherte Patienten Fälle
ITAR_K®	Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NBK	Nettobetriebskosten
PCG	Psychiatric Cost Group
PUE	Preisüberwacher
REKOLE®	Standards des «Betrieblichen Rechnungswesen im Spital»
uLuF	Universitäre Lehre und Forschung
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZE	Zusatzentgelt
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
ZV	Zusatzversichert(e)

1. Leitplanken für das Benchmarkverfahren

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) legt fest, dass das Benchmarkverfahren idealtypisch schweizweit, kostenbasiert, im Rahmen einer Vollerhebung und mit einem nationalen Referenzwert erfolgen soll. Die wichtigsten Rahmenbedingungen des BVGers sind:

- **Zweistufiger Preisfindungsmechanismus:** 1. Stufe = Benchmark (BM, Referenzwert), 2. Stufe = individuelle Preisverhandlungen. Der Benchmarkwert ist demzufolge als Richtwert für die klinikindividuellen Verhandlungen zu betrachten.
- Das Benchmarking muss grundsätzlich **kostenbasiert** erfolgen (benchmarkrelevante Betriebskosten der Spitäler). Abzüge – zum Beispiel wegen Intransparenz – dürfen nicht in das Benchmarkverfahren einfließen.
- Der BM soll **schweizweit** mit einem idealerweise auch schweizweiten Referenzwert erfolgen.
- Der BM soll eine möglichst **grosse** und für alle Spitäler **repräsentative Vergleichsmenge** umfassen, um unter anderem frei von Wettbewerbsverzerrungen zu sein und die zu vergleichenden benchmarkrelevanten Kosten- und Leistungsdaten **nach einheitlicher Methode** möglichst genau und realitätsnah zu ermitteln. Nicht zulässig ist ein Benchmarkverfahren, in dem bestimmten Spitäler bzw. Spitalgruppen vorselektiert werden.
- Anstelle von normativen Werten soll der BM möglichst auf effektiven Zahlen basieren.
- Je geringer die Anzahl Spitäler im BM, desto höher die Anforderungen an eine korrekte Ermittlung der benchmarkrelevanten Betriebskosten.
- Unzulässig ist, wenn der Benchmarkwert bei einem Spital gesetzt wird, dessen benchmarkrelevanten Betriebskosten nicht KVG-konform erhoben wurden.
- Das Bundesverwaltungsgericht gab in einem neuen Urteil (C-5102 | 2019 vom 17. August 2022)¹ zur Bestimmung des Perzentilwerts bekannt, dass es primär Aufgabe des Verordnungsgebers sei, die entsprechenden Vorgaben zu erlassen. Bis dahin seien den Tarifpartnern sowie den Behörden bei der Festlegung des Effizienzmassstabs ein weiter Ermessensspielraum zu gewähren. Das **BVGer** hält fest, dass mit dem Systemwechsel ein **zu strenger Effizienzmassstab** in der **Einführungsphase** die Finanzierung systemnotwendiger Spitäler und damit die Versorgungssicherheit gefährden würde. Ein demgegenüber **zu grosszügiger Effizienzmassstab** würde für die günstigsten Spitäler eine unangemessene Gewinnmarge bedeuten. In einem älteren BVGer Urteil heisst es, dass der Massstab streng anzusetzen sei, da die ausgehandelten Tarife nicht aus einem wirksamen Wettbewerb resultieren (BVGer 2014 | 36 E 10.2.3)²
- Gemäss BVGer-Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)³ dauert die Einführungsphase so lange an, wie der Bundesrat keine schweizweiten Betriebsvergleiche publiziert hat (Art. 49 Abs. 8 KVG).

¹ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2022)

² (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2014)

³ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2019)

2. Stufe 1 der Preisbildung: Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten (BRB)

Für eine einheitliche Erhebung der Kosten und Leistungen wenden die Kliniken REKOLE® «Betriebliches Rechnungswesen im Spital» (Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung) an. Eine konsequente Umsetzung der REKOLE® Standards erhöht die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Betriebskosten der Kliniken. Dadurch wird die Datenplausibilisierung effizienter durchgeführt, als wenn verschiedene Rechnungsstandards angewendet werden.

Die Berechnung der benchmarkrelevanten Betriebskosten erfolgt gemäss folgendem Schema:

Berechnungsschema	Bemerkungen
Total Kosten gemäss Betriebsbuchhaltung BEBU (Stückrechnung)	
./. Anlagenutzungskosten (ANK)	Angabe der Klinik (VKL)
./. Erlöse Kontogruppe 65	Angabe der Klinik, gemäss Anleitung ITAR_K®, Vorgaben BVGer
+ Aufrechnung Erlöse Kontogruppe 66	sofern kostenmindernd in Kostenstelle geführt, Angabe der Klinik
./. Arzthonorare Zusatzversicherte	Angabe der Klinik
= Nettobetriebskosten I (NBK)	
./. Subsidiärer Abzug für universitäre Lehre und Forschung (uLuF)	Abzug effektiv oder normativ.
./. Gemeinwirtschaftliche Leistungen	Angabe der Klinik. HSK kann nicht verifizieren, ob sämtliche gemeinwirtschaftlichen Leistungen deklariert werden.
= Nettobetriebskosten II (NBK)	
./. Abzug für Mehrkosten aus Leistungen für zusatzversicherte Patienten	Anwendung der GDK-Empfehlung ⁴ : pro HP P-Tag CHF 67, sofern der effektive Abzug tiefer als der normative Wert ist. Ansonsten erfolgt der Abzug gemäss Angabe der Klinik.
./. Abzug für unbewertete Zusatzentgelte (ZE) SwissDRG	Angabe der Klinik
Teuerung Projektionskosten Intransparenz-Abzüge	Nicht im Benchmark enthalten
Anlagenutzungskosten (ANK)	Es werden ausschliesslich die ANK nach VKL berücksichtigt. Auch wird geprüft, ob der in der Version ITAR_K® 14.0 neu eingeführte ANK Abzug für VVG-Leistungen (Hotellerie) zur Anwendung kommt (siehe Exkurs weiter unten). Die ausgewiesenen ANK werden von HSK mit der Anlagebuchhaltung (Datenlieferung Bundesamt für Statistik BFS) plausibilisiert.
Verzinsung Umlaufvermögen	Gemäss der Methode des PUE
= Benchmarkrelevante Betriebskosten HSK	

⁴ (GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019)

Berechnungsschema	Bemerkungen
./ Abzug für bewertete Zusatzentgelte SwissDRG, TARPSY Version 4.0	Angabe der Klinik
: Day Mix TARPSY Version 4.0	Angabe der Klinik
= Kalkulierter Basispreis HSK	

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten

Exkurs:
Gewichtung der Anlagennutzungskosten (ANK) für Hotellerie-Leistungen

Gemäss Dokument **«Zusammenfassung der Hauptänderungen für die Version ITAR_K® Version 14.0⁵»** wurde in der ITAR_K® Version 13.0 *«bei der Berechnung des Abzuges für die ZV-Hotellerie-Kosten nur die ANK gemäss REKOLE® berücksichtigt. Ausserdem wurde der ZV-Anteil der ANK für die Hotellerie auf Zeile 26 abgezogen, was nicht korrekt war.*

In der ITAR_K® Version 14.0 wurde die Berechnung angepasst, um die ANK gemäss REKOLE® und VKL zu berücksichtigen, damit der Abzug korrekt erfolgt. Zudem wird der ZV-Anteil der ANK für die Hotellerie neu für REKOLE® auf Zeile 38 bzw. für die VKL auf Zeile 42 abgezogen».

Generell wird festgestellt, dass der Abzug für die Mehrleistungen Zusatzversicherter Patientinnen und Patienten im ITAR_K®-Modell zu tief ist. Aus diesem Grund überprüft HSK, ob die von der Klinik im ITAR_K®-Modell effektiv ausgewiesenen Kosten für Zusatzversicherte Patientinnen und Patienten höher als die mit dem normativen Ansatz berechneten Kosten sind. Für die Berechnung des normativen Abzuges stützt sich HSK auf die Empfehlungen der GDK. In diesem Normabzug sind die ANK für Hotellerie-Leistungen bereits berücksichtigt.

HSK hat festgestellt, dass bei fast der Hälfte aller Kliniken die ANK für Hotellerie-Leistungen in den ersten erhaltenen ITAR_K®-Modellen falsch ausgewiesen wurden. Auf Anfrage von HSK haben die meisten Kliniken diese Berechnung korrigiert.

2.1 Methodik des HSK-Benchmarkings

2.1.1 Anforderung an die Grundgesamtheit und Ausschlusskriterien

Die Grundgesamtheit soll die (stationäre) psychiatrische Versorgung in der Schweiz möglichst akkurat abdecken. Zu diesem Zweck ist es wichtig, dass die Grundgesamtheit sowohl die Regionalität der Versorgungslandschaft gut erfasst wie auch das gesamte Leistungsspektrum. Im Grundsatz gilt, desto mehr Kliniken ins Benchmarkingverfahren integriert werden können, umso akkurater die Resultate. Folgende Kriterien führen jedoch zum Ausschluss von Kliniken aus dem Benchmarking:

- ITAR_K®-Daten wurden nicht zugestellt
- ITAR_K®-Daten sind unplausibel
- Leistungsauftrag stationäre Psychiatrie erst im Verlaufe des Jahres 2023 erhalten
- Kliniken mit sehr eingeschränktem Behandlungsangebot und/oder besonderer Finanzierung

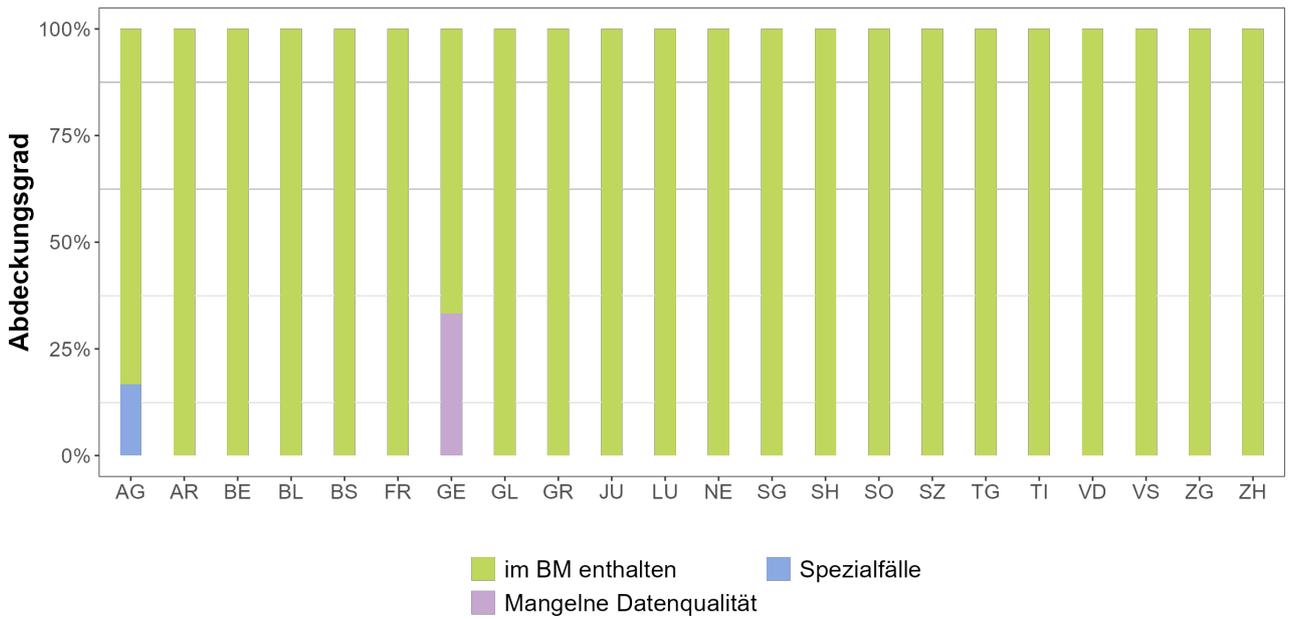
Die Einkaufsgemeinschaft HSK hat für die Berechnung ihres Benchmarks TARPSY die ITAR_K®-Daten von insgesamt 76 psychiatrischen Kliniken erhalten. Nach der Plausibilisierung dieser Leistungs- und

⁵ (H+, Die Spitäler der Schweiz, 2024)

Kostendaten und dem Ausschluss von Kliniken mit verspäteten bzw. nicht gelieferten Daten, konnten 74 Kliniken in das Benchmarking einbezogen werden (7 Kliniken mehr als letztes Jahr).

■ **Regionale Abdeckung**

Der Benchmark TARPSY beinhaltet sämtliche Kantone mit Kliniken, die über einen psychiatrischen Leistungsauftrag verfügen. Gesamtschweizerisch beträgt der **Abdeckungsgrad 98 Prozent** (letztes Jahr 93 Prozent).



Datengrundlage : Kliniken mit einem psy. Leistungsauftrag

Abbildung 1: Regionale Abdeckung

- **Abdeckung nach BFS-Kategorien**

Im HSK-Benchmark sind Spitäler aller BFS-Kategorien enthalten:

BFS-Kategorie	Bezeichnung	Anzahl Kliniken
K111	Versorgungsniveau 1* (Universitätsspitäler)	3
K112	Versorgungsniveau 2	9
K121-K123	Versorgungsniveau 3-5	4
K211	Psychiatrische Klinik – Versorgungsniveau 1	16
K212	Psychiatrische Klinik – Versorgungsniveau 2	32
K221	Rehabilitationskliniken	6
K231	Chirurgie	1
K233	Pädiatrie	2
K234	Geriatric	1
Total	Kliniken	74

Tabelle 2: BFS-Kategorien

- **Beurteilung**

Der HSK-Benchmark ist repräsentativ und valide.

2.1.2 Art der Gewichtung und Wahl des Perzentils

- **Art der Gewichtung**

Um die Fragestellung der Gewichtung innerhalb des Spitalbenchmarks zu klären, hat die Einkaufsgemeinschaft HSK im Dezember 2019 dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG an der ZHAW, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben⁶.

Die per 1. April 2020 abgeschlossene Studie untersucht, welche Motive für eine Gewichtung im Rahmen des Spitalbenchmarkings existieren und ob diese zweckmässig sind. Gemäss der Studie versteht man im Allgemeinen unter «Gewichtung in der angewandten Statistik den Versuch, die Repräsentativität einer Stichprobe zu erhöhen [...]». Im Spitalbenchmarking bedeutet dies, dass eine Gewichtung nach Day Mix oder Fallzahl nützlich ist, wenn die Anzahl der Kliniken im Benchmark zu klein und nicht genug repräsentativ ist. Auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erwähnt in ihren Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung explizit: «Die Art der Gewichtung gewinnt umso mehr an Bedeutung, je weniger Spitäler in den Vergleich einbezogen werden» (27. Juni 2019)⁷.

Fazit: Eine Gewichtung ist in keinem Fall zweckmässig. Die Anzahl der im Benchmark der Einkaufsgemeinschaft HSK vertretenen Spitäler ist sehr gross. Zudem verwässert eine Gewichtung die Effizienzbeurteilung. Denn es geht um den gesamten Leistungserbringer, unabhängig von dessen Grösse.

⁶ (WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2020)

⁷ (WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2020)

So würde eine Gewichtung den Benchmark künstlich zu Gunsten der grossen Spitäler steuern, ohne eine inhaltliche Begründung dafür zu liefern, wieso die grossen Spitäler mehr Gewicht haben sollen. Auch die Abbildungsmängel und -Unsicherheiten in der Tarifstruktur SwissDRG werden durch die Gewichtung nicht behoben. All diese Schlussfolgerungen, welche die WIG-Studie für den Tarifbereich SwissDRG gezogen hat, gelten analog auch für andere Bereiche wie TARPSY.

▪ **Wahl des Perzentils**

Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG haben sich die Basispreise an der Entschädigung jener Kliniken zu orientieren, welche die tarifierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Das BVGer hat sich bisher nicht zum «richtigen» Massstab oder Perzentilwert geäussert, mit dem dieser Richtwert für die Tariffindung definiert werden soll.

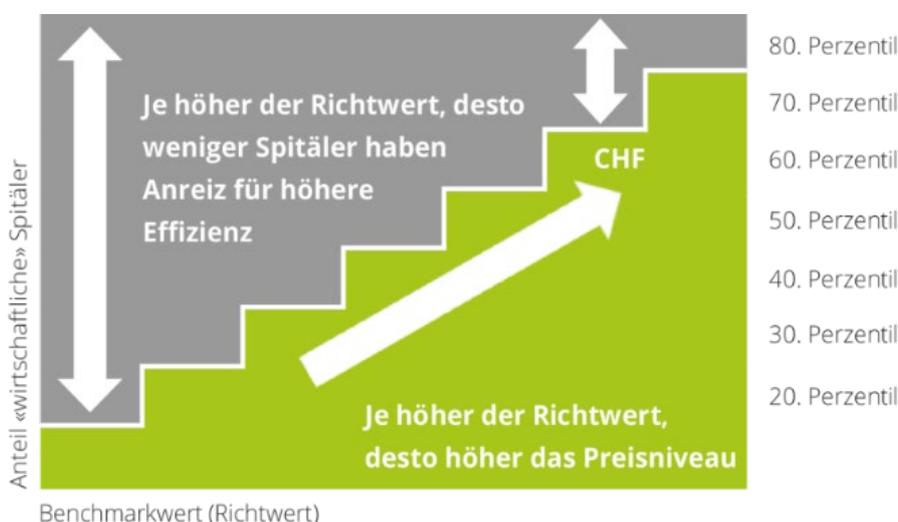


Abbildung 2: Methodik der Perzentilwahl

Die Tarifstruktur TARPSY befindet sich noch in der Einführungsphase, deshalb begründet die Einkaufsgemeinschaft HSK die Wahl ihres Effizienzmassstabes wie folgt:

- Diese Rechtsprechung und die Entwicklung der Systemgüte der Tarifstruktur TARPSY führte dazu, dass HSK den Effizienzmassstab etwas strenger angesetzt hat.
- Für den Benchmarkwert des Tarifjahres 2025 verwendet HSK daher das 35. Perzentil und setzt bei den individuellen Verhandlungen auf Preisdifferenzierung.
- Mit einem tieferen Perzentilwert als Ausgangslage der ersten Stufe der Preisfindung kommt der nachgelagerten, klinikindividuellen Tarifverhandlung, in der zweiten Stufe, eine noch grössere Bedeutung zu. Aufgrund des Clusterings ist HSK in der Lage, Kliniken detailliert zu vergleichen.
- Als Konsequenz dieses zweistufigen Verfahrens hat HSK mit zahlreichen Kliniken aufgrund ihrer Besonderheiten (Anteil Kinder- und Jugendliche, Anteil an Patientinnen und Patienten mit fürsorglicher Unterbringung, Schwerpunkt der Klinik) differenzierte Tarife vereinbart.

2.2 Resultate des HSK-Benchmarkingverfahrens

2.2.1 Benchmarkwert

Die Einkaufsgemeinschaft HSK berechnet den Benchmark mit den Anlagenutzungskosten nach VKL, jedoch ohne Teuerung. Das BVGer hat in seiner Entscheid vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)⁸ festgehalten, dass keine Pflicht besteht, die Teuerung als allgemeinen Zuschlag zum Benchmark hinzuzurechnen. Der gewählte Benchmarkwert liegt beim 35. Perzentil. Dies ergibt einen Benchmarkwert für das Tarifjahr 2025 von **664 Franken**. Dieser Wert wurde auf der Grundlage von 74 Kliniken mit Daten aus dem Jahr 2023 berechnet.

Im Vergleich zum letzten Benchmark (Datenjahr 2022) ist der Benchmark für das Tarifjahr 2025 um 5 Franken, ca. 0.7 Prozent gestiegen.

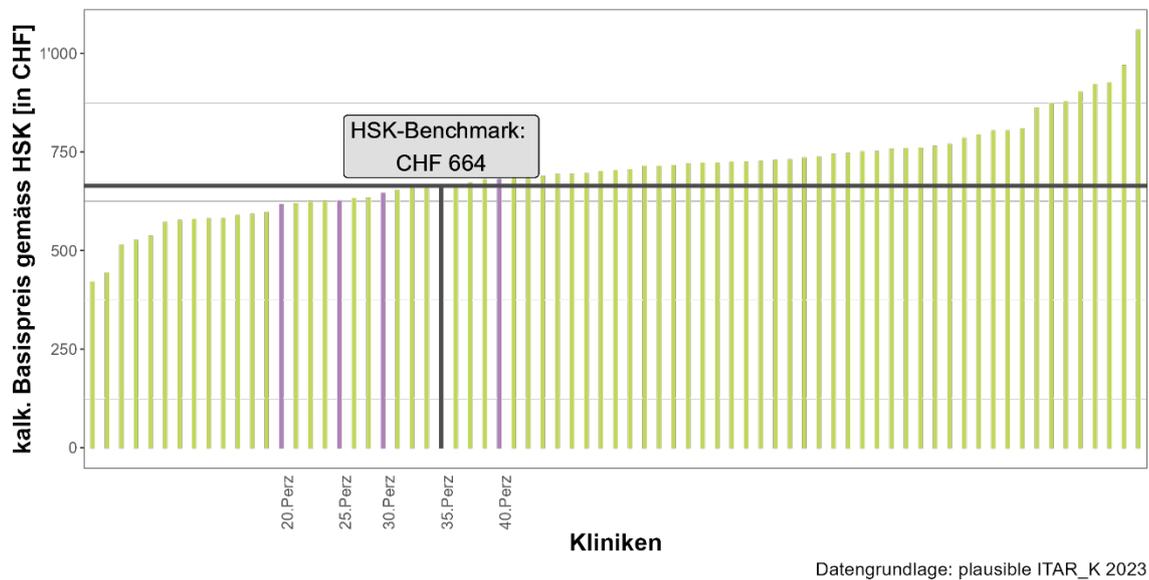


Abbildung 3: HSK Benchmarkwert

⁸ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2019)

3. Stufe 2 der Preisbildung: Clustering als Basis für Preisdifferenzierung

3.1 Rechtliche Leitplanken

Das BVGer hat in seinem Urteil vom 15. Mai 2019 (C-4374 | 2017, C-4461 | 2017)⁹ folgendes erwähnt: «Zudem ist bei der Preisgestaltung unter Umständen der spezifischen Situation der Leistungserbringer Rechnung zu tragen, so dass – ausgehend von einem Referenzwert – aus Billigkeitsgründen differenzierte Basisfallwerte verhandelt oder festgesetzt werden müssen.»

Die 2. Stufe der HSK-Preisbildung setzt das obengenannte BVGer-Urteil um. Nach der Ermittlung des Benchmarkwerts (Referenzwert) gestaltet die Einkaufsgemeinschaft HSK die Preise differenziert, basierend auf Besonderheiten und der spezifischen Situation der einzelnen Kliniken.

Für die Implementierung dieser Stufe (individuelle Preisverhandlung) bildet HSK homogene Cluster auf der Basis von Patienten- und Strukturvariablen der Kliniken. Die homogenen Gruppen ermöglichen keine Ermittlung von Zu- und Abschlägen ausgehend vom Benchmarkwert. Die Cluster helfen HSK jedoch, Lösungen zu erarbeiten, mit dem Ziel objektive und – anhand von Preisbandbreiten pro Cluster – faire Preise zu verhandeln.

3.2 Datengrundlage und Clustering Methodik

Die Einkaufsgemeinschaft HSK wendet für die Bildung von homogenen Clustern verschiedene Faktoren und ein hierarchisches Clustering als statistisches Verfahren an. Die Cluster werden von HSK jährlich aufgrund der ITAR_K®-Daten, der medizinischen Statistik des BFS sowie gemäss den von den Kliniken im Zusatzdatenblatt deklarierte Informationen aktualisiert. Das Clustering basiert auf folgenden Faktoren.

⁹ (BVGer, Bundesverwaltungsgericht, 2019)

Kinder-Anteil ¹⁰	Bewertung
Anteil an Kinder-Fällen in der Klinik (Alter < 18 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> Klinik mit dem höchsten Kinderanteil Klinik mit dem tiefsten Kinderanteil
HSK-Schwerpunkt ¹¹	Bewertung
Die Definition des Schwerpunktes der Klinik ist von HSK vorgegeben: <ul style="list-style-type: none"> «Sucht», ≥70% der Fälle sind im PCG TP21 gruppiert «Depression», ≥ 70% der Fälle sind im PCG TP26 oder TP27 gruppiert «Andere», 70% der Fälle sind in übrigen PCGs gruppiert 	<ul style="list-style-type: none"> Klinik mit HSK-Schwerpunkt: Sucht Klinik mit HSK-Schwerpunkt: Depression Klinik mit dem HSK-Schwerpunkt: Andere
Anteil-FU (Fürsorgerische Unterbringung) ¹²	Bewertung
Anteil an FU-Fälle in der Klinik. Die Schwelle liegt bei 5%.	<ul style="list-style-type: none"> Klinik mit FU-Fälle (FU-Anteil > 5%) Klinik ohne FU-Fälle (FU-Anteil < 5%)

Tabelle 3: Faktoren für die Clusterbildung

Das Clustering wurde anhand eines sogenannten «Silhouetten-Plots» validiert. Der Silhouetten Plot misst, wie «gut» die Zuordnung der Kliniken zu den einzelnen Clustern ist.

3.3 Resultate des Clusterings

Die resultierenden Cluster sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Es sind insgesamt 5 Cluster. Die technischen Erklärungen über die Cluster-Bildung sind im Anhang erläutert.

Cluster	Anzahl Kliniken pro Cluster
<ul style="list-style-type: none"> 1. Kinderkliniken 	5
<ul style="list-style-type: none"> 2. Grundversorger-Kliniken mit FU 	30
<ul style="list-style-type: none"> 3. Grundversorger-Kliniken ohne FU (< 5%) 	20
<ul style="list-style-type: none"> 4. Suchtkliniken 	9
<ul style="list-style-type: none"> 5. Spezialkliniken (Schwerpunkt «Depression») 	9

Tabelle 4: Ergebnisse des Clusterings

Die Cluster zeigen Besonderheiten auf, welche die Kostenunterschiede zwischen den Kliniken rechtfertigen. Auffällig ist, dass Kliniken in Clustern «Kinderkliniken» und «Grundversorger-Kliniken mit FU» höhere Kosten ausweisen als die anderen.

¹⁰ (BFS, Bundesamt für Statistik,).

¹¹ (BFS, Bundesamt für Statistik,)

¹² (ITAR_K@ - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis,).

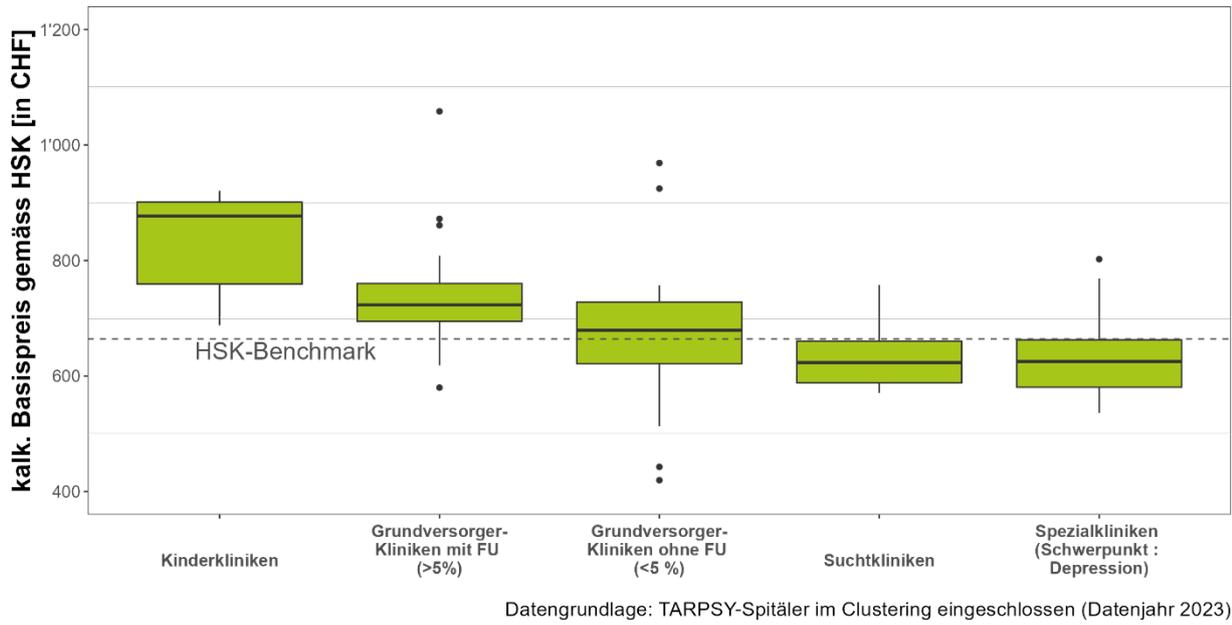


Abbildung 4: Kalkulatorischer Basispreis gemäss HSK-Cluster

3.4 Ermittlung der Preisbandbreite

Nach der Bildung der homogenen Cluster werden Preisbandbreiten pro Cluster definiert. Die Logik dieses Preissystems ist folgende:

- Die Tarife sollen mit den Clustern korrelieren. Das heisst, die Kinderkliniken (Cluster 1) haben die höchsten verhandelten Tarife. Die Spezialkliniken (Cluster 5) haben die tiefsten Tarife.
- Da es sich um homogene Gruppen handelt, darf der Preisunterschied innerhalb desselben Clusters nicht hoch sein.
- Auch andere Besonderheiten oder Merkmale der Kliniken, die im Clustering nicht berücksichtigt wurden, können bei der Preisfindung einbezogen werden.
- Effizienzgewinne sind von der Einkaufsgemeinschaft HSK anerkannt, wenn die Klinik ihre Leistungen günstig erbringt. Kliniken, die aufgrund von Patientenselektion oder durch den Fokus auf rentable Psychiatric Cost Groups (PCGs) kostengünstig sind, werden von HSK nicht als effiziente Leistungserbringer betrachtet, sondern betreiben «Rosinenpickerei» («Cherry-Picking»).

Preisdifferenzierung	Bezeichnung Cluster
↑	1) Kinderkliniken
	2) Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)
HSK-Benchmarkwert 664 Franken	
↓	3) Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)
	4) Suchtkliniken
	5) Spezialkliniken mit Schwerpunkt Depression

Tabelle 5: Cluster als Basis für die Preisdifferenzierung, ausgehend vom Benchmarkwert

4. Fazit

In den letzten Jahren hat die Einkaufsgemeinschaft HSK einen aussagekräftigen, datenbasierten und fairen Preisgestaltungsprozess entwickelt, der klinikspezifische Faktoren berücksichtigt. Der Preisbildungsprozess ist zweistufig: (1) Der erste Schritt beinhaltet die Berechnung eines Benchmarkwerts. Bei TARPSY entspricht dies einem Tagespreis, mittels dem ein «Basisfall» (schweregradbereinigter Fall) in angemessener Qualität und zu vertretbaren Kosten behandelt werden kann. (2) Der zweite Schritt umfasst die Bildung von homogenen Gruppen von Leistungserbringern («Cluster») auf der Basis von drei Kriterien – (i) angesteuerte PCGs, (ii) Kinderanteil und (iii) Anteil von Fällen mit fürsorgerischer Unterbringung (FU). Die gebildeten Cluster ermöglichen, ausgehend vom Benchmarkwert, Preisdifferenzierungen gegenüber den Leistungserbringern plausibel zu begründen. Bei HSK orientieren sich die Tarife also nicht nur am Benchmarkwert, sondern auch an den Durchschnittskosten in den verschiedenen Clustern.

Im Bereich TARPSY beträgt der HSK-Benchmarkwert für das Tarifjahr 2025 664 Franken. Dies entspricht einer Erhöhung von ca. 0.7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Zu diesem Zweck wurden 76 ITAR_K[®] kritisch geprüft und diversen Plausibilitätschecks unterzogen. Die finalen 74 ITAR_K[®], die ins Benchmarking einfließen, entsprechen einer regionalen Abdeckung der stationären Schweizer Psychiatrie von ca. 98 Prozent. Das anschliessende Clustering resultierte in 5 homogenen Clustern: (1) Kinderkliniken, (2) Grundversorger mit FU, (3) Grundversorger ohne FU, (4) Suchtkliniken, (5) Spezialkliniken (Depression). Die Kostenprofile der Cluster unterscheiden sich auffällig voneinander. Dies bildet die Basis für die individuellen Preisverhandlungen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Regionale Abdeckung.....	8
Abbildung 2: Methodik der Perzentilwahl	10
Abbildung 3: HSK Benchmarkwert.....	11
Abbildung 4: Kalkulatorischer Basispreis gemäss HSK-Cluster	14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnungsschema Betriebskosten.....	7
Tabelle 2: BFS-Kategorien	9
Tabelle 3: Faktoren für die Clusterbildung	13
Tabelle 4: Ergebnisse des Clusterings	13
Tabelle 5: Cluster als Basis für die Preisdifferenzierung, ausgehend vom Benchmarkwert	15
Tabelle 6: Bereinigte, kalkulatorische Basispreise der psychiatrischen Kliniken	20

Literaturverzeichnis

- BFS, Bundesamt für Statistik. *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (11.09.2014). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE 2014 | 36 E 10.2.3.: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (15.05.2019). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-4374 | 2017, C-4461 | 2017: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- BVGer, Bundesverwaltungsgericht. (17.08.2022). *Entscheiddatenbank BVGer*. Von BVGE C-5102/2019 - 17.08.2022: <https://bvger.weblaw.ch/dashboard> abgerufen
- GDK, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (27.06.2019). *Wirtschaftlichkeitsprüfung*. Von <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/finanzierung/wirtschaftlichkeitspruefung> abgerufen
- H+, Die Spitäler der Schweiz. (25.10.2024). *Zusammenfassung der Hauptänderungen für die Version ITAR_K® 14.0*. Von https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Rechnungswesen/ITAR_K/2024/Anpassungen_V13-V14_V2.pdf abgerufen
- ITAR_K® - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis. ITAR_K® - Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis.
- WIG, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. (01.04.2020). *Gewichtung im Rahmen des Spital Benchmarkings*. Von https://ecc-hsk.info/application/files/1416/0024/6582/ZHAW-WIG_Wissenschaftliche_Studie_Gewichtung_im_Spital_Benchmarking.pdf abgerufen

Anhang

Im HSK-Benchmark TARPSY sind 74 psychiatrische Kliniken mit den folgenden Day Mix (DM) bereinigten Basispreisen gemäss HSK-Berechnungsschema enthalten (inkl. ANK gemäss VKL) und dem Cluster gemäss Bezeichnung zugeteilt worden¹³.

Klinik-ID	HSK-Basispreis	Cluster Nr.	Cluster Bezeichnung	Im Bench enthalten
K1	901	1	Kinderspitäler	ja
K2	759	1	Kinderspitäler	ja
K3	688	1	Kinderspitäler	ja
K4	877	1	Kinderspitäler	ja
K5	921	1	Kinderspitäler	ja
K6	721	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K7	580	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K8	668	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K9	808	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K10	692	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K11	1058	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K12	749	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K13	729	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K14	687	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K15	734	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K16	712	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K17	692	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K18	802	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K19	764	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K20	728	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K21	721	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K22	723	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K23	750	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K24	872	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K25	861	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K26	702	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K27	704	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K28	784	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K29	684	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K30	743	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K31	715	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K32	662	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K33	723	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K34	618	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K35	793	2	Grundversorger-Kliniken mit FU (>5%)	ja
K36	420	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K37	513	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja

¹³ Aus Datenschutzgründen werden die Kliniken nicht namentlich aufgeführt, sondern mit einer internen Identifikations-Nummer.

Klinik-ID	HSK-Basispreis	Cluster Nr.	Cluster Bezeichnung	Im Bench enthalten
K38	525	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K39	634	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K40	969	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K41	672	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K42	644	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K43	679	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K44	591	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K45	443	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K46	720	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K47	713	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K48	700	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K49	925	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K50	632	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K51	736	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K52	725	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K53	745	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K54	680	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K55	757	3	Grundversorger-Kliniken ohne FU (<5%)	ja
K56	660	4	Suchtkliniken	ja
K57	694	4	Suchtkliniken	ja
K58	571	4	Suchtkliniken	ja
K59	588	4	Suchtkliniken	ja
K60	579	4	Suchtkliniken	ja
K61	623	4	Suchtkliniken	ja
K62	616	4	Suchtkliniken	ja
K63	624	4	Suchtkliniken	ja
K64	758	4	Suchtkliniken	ja
K65	597	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K66	769	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja
K67	625	5	Spezialkliniken (Schwerpunkt: Depression)	ja

Tabelle 6: Bereinigte, kalkulatorische Basispreise der psychiatrischen Kliniken

Auskünfte

Genehmigungsbehörden können sich für Rückfragen zum HSK-Benchmark TARPSY an die Tarifmanager «Psychiatrie» wenden:

- Lukas Schönenberger, T +41 58 340 56 99, lukas.schoenenberger@ecc-hsk.info
- Marco Migliarese, T +41 43 340 80 10, marco.migliarese@ecc-hsk.info