

**Einfluss der KVG-Revision
Spitalfinanzierung auf das
Verhalten der Spitäler –
Erste Bestandesaufnahme und
Konzeptstudie**

Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Autor/innen:
Wolfram Kägi
Miriam Frey
Michael Lobsiger

Externe Begleitung:
Stephan Burla
Tobias Pfinninger

Basel, den 18. August 2014

Vertragsnummer: 13.007501

Laufzeit: Oktober 2013 – August 2014

Datenerhebungsperiode: März 2014 – Mai 2014

Leitung Evaluationsprojekt
im BAG: Christian Vogt, Co-Projektleiter Evaluation
KVG-Revision Spitalfinanzierung, Sektion
Tarife und Leistungserbringer

Meta-Evaluation: Der vorliegende Bericht wurde vom BAG
extern in Auftrag gegeben, um eine unab-
hängige und wissenschaftlich fundierte
Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die
Interpretation der Ergebnisse, die Schluss-
folgerungen und allfällige Empfehlungen an
das BAG und andere Akteure können somit
von der Meinung, respektive dem Stand-
punkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand
einer Meta-Evaluation durch das BAG und
die Begleitgruppe. Die Meta-Evaluation
(wissenschaftliche und ethische Qualitäts-
kontrolle einer Evaluation) stützt sich auf
die Qualitätsstandards der Schweizerischen
Evaluationsgesellschaft (SEVAL-
Standards). Das Resultat der Metaevaluation
wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und
fand Berücksichtigung im vorliegenden Be-
richt.

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F),
Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, eva-
luation@bag.admin.ch,
www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung

Originalsprache: Deutsch

Korrespondenzadresse: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG,
Steinenberg 5, CH-4051 Basel, Tel: 061-262
05 55, Fax: 061-262 05 57, E-Mail:
contact@bss-basel.ch

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	iii
Tabellenverzeichnis.....	iv
Abkürzungsverzeichnis	v
Abstract.....	vi
Executive Summary	vii
1. Einleitung.....	1
2. Konzept der Studie	3
2.1. Theorie: 10 Hypothesen.....	3
2.2. Praxis: Fachgespräche und Dokumente	5
3. Bestandesaufnahme	9
3.1. Hypothese 1: Die Prozesse werden angepasst	9
3.2. Hypothese 2: Die Anzahl Fälle steigt	13
3.3. Hypothese 3: Leistungen werden verlagert.....	19
3.4. Hypothese 4: Die Aufenthaltsdauer sinkt	24
3.5. Hypothese 5: Der Case-Mix-Index steigt	29
3.6. Hypothese 6: Es kommt zu einer Patientenselektion	32
3.7. Hypothese 7: Schwierige Fälle werden unterversorgt	34
3.8. Hypothese 8: Spitäler spezialisieren sich und kooperieren.....	37
3.9. Hypothese 9: Das Investitionsverhalten ändert sich	40
3.10. Hypothese 10: Die Qualitätsanstrengungen nehmen zu	42
3.11. Fazit zur Bestandesaufnahme	46
4. Forschungsbedarf	48
4.1. Forschungsthemen aus Sicht der Fachpersonen.....	48
4.2. Diskussion der Forschungsthemen	49
4.2.1. Bewertung der Forschungsthemen	49
4.2.2. Nicht weiter verfolgte Forschungsthemen.....	51
4.3. Konkrete Studienvorschläge	54
4.3.1. Mengenentwicklung	55
4.3.2. Leistungsverlagerung stationär – ambulant	56
4.3.3. Verlegungspraxis	57
4.3.4. Aufenthaltsdauer.....	59

4.3.5. Patientenzufriedenheit	60
4.4. Fazit zum Forschungsbedarf	61
Anhang I: Pflichtenheft zum Auftrag (Auszug)	63
Anhang II: Literaturanalyse	67
Anhang III: Ausgewählte Spitäler	70
Anhang IV: Fachgespräche	72
Anhang V: Begleitgruppe	86
Literaturverzeichnis	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Wirkungsmodell mit Hypothesen.....	4
Abbildung 2	Anzahl Austritte, 2003-2012	15
Abbildung 3	Jährliche Veränderung der Austritte, 2003-2012	15
Abbildung 4	Veränderung der Anzahl Austritte, 2011/2012	16
Abbildung 5	Jährliche Veränderung der Austritte, ausgewählte Spitäler, 2010-2013	17
Abbildung 6	Jährliche Veränderung der ambulanten Leistungen, ausgewählte Spitäler, 2010-2013	18
Abbildung 7	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Akutspitäler, 2003-2012	26
Abbildung 8	Jährliche Abnahme Aufenthaltsdauer, Akutspitäler, 2003-2012 ..	26
Abbildung 9	Aufenthaltsdauer in Tagen, ausgewählte Spitäler, 2010-2013	27
Abbildung 10	Jährliche Abnahme der Aufenthaltsdauer, Geburten, 2003-2012 ..	28
Abbildung 11	Veränderung des Anteils ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, 2011/2012	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Literaturübersicht Hypothese 1	10
Tabelle 2	Literaturübersicht Hypothese 2	14
Tabelle 3	Literaturübersicht Hypothese 3	20
Tabelle 4	Literaturübersicht Hypothese 4	24
Tabelle 5	Literaturübersicht Hypothese 5	30
Tabelle 6	Literaturübersicht Hypothese 6	32
Tabelle 7	Literaturübersicht Hypothese 7	35
Tabelle 8	Literaturübersicht Hypothese 8	37
Tabelle 9	Literaturübersicht Hypothese 10	43
Tabelle 10	Forschungsthemen aus Sicht der Fachpersonen	48
Tabelle 11	Bewertung der Forschungsthemen	49
Tabelle 12	Übersicht über die Studienvorschläge	62
Tabelle 13	Literaturübersicht zum Thema Qualität	68
Tabelle 14	Ausgewählte Spitäler	70
Tabelle 15	Interviewpersonen	72
Tabelle 16	Mitglieder der Begleitgruppe	86
Tabelle 17	Vertreter/innen des BAG in der Begleitgruppe	86

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMI	Case-Mix-Index
DRG	Diagnosis Related Groups (in der Schweiz: SwissDRG)
EOC	Ente ospedaliero cantonale
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
H+	Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
PLT	Prozess-Leistungs-Tarifierung
TARMED	tarif médical

Abstract

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird seit dem 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung umgesetzt. Die vorliegende Studie geht der Frage nach, ob die KVG-Revision den Wettbewerb zwischen den Spitalern verstärkt und in der Folge zu Struktur- und Prozessanpassungen in den Spitalern geführt hat. Im ersten Teil der Studie wird entlang von zehn Wirkungshypothesen eine Bestandesaufnahme vorgenommen. Methodisch wurden dazu Fachgespräche und eine Dokumentenanalyse durchgeführt sowie erste Daten und Studien analysiert. Das Fazit: Die Strukturen und Prozesse beginnen sich anzupassen. So wird beispielsweise der Trend zu einer (partiellen) Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich verstärkt und die Aufenthaltsdauer wird bei einzelnen Behandlungen und Patientengruppen auf die Anreize des Systems abgestimmt. Auch der Wettbewerb zwischen den Spitalern ist tendenziell gestiegen. Das vollständige Potenzial der neuen Spitalfinanzierung wird aber noch nicht realisiert. Der zweite Teil der Studie identifiziert auf Basis der Bestandesaufnahme fünf Studienzweige für die zweite Etappe der Evaluation.

Executive Summary

Ausgangslage und Ziel

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird seit dem 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung umgesetzt. Um deren Auswirkungen zu untersuchen, führt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Evaluation mit insgesamt sechs Themenbereichen durch. Die vorliegende Studie ist Teil des Themenbereichs „Verhalten der Spitäler“. In der Studie wird analysiert, ob die KVG-Revision den Wettbewerb zwischen den Spitälern verstärkt und in der Folge zu Struktur- und Prozessanpassungen geführt hat. Die Studie beinhaltet zwei Teile: Zunächst wird eine Bestandesaufnahme zu Verhaltensänderungen in den Spitälern vorgenommen, danach identifizieren wir darauf basierend den bestehenden Forschungsbedarf.

Methodik

Das Konzept der vorliegenden Studie operationalisiert mögliche Verhaltensanpassungen in zehn Hypothesen. Diese basieren auf der gesundheitsökonomischen Theorie und einer internationalen Literaturübersicht. Ob die vermuteten Effekte in der Praxis auch tatsächlich Wirkung entfalten, wird mittels 25 Fachgesprächen, einer Dokumentenanalyse bei 20 Spitälern und anhand erster Daten / Studien analysiert.

Resultate der Bestandesaufnahme

Hypothese 1: Die Prozesse werden angepasst.

Aufgrund des verstärkten Kostendrucks wurden verschiedene Projekte zur Verbesserung von Prozessen und Abläufen eingeführt. Das DRG-System erhöht die Transparenz innerhalb der Spitäler und bildet somit die Grundlage für Prozessoptimierungen. Nachteilig ist, dass die dafür notwendige Administration ebenfalls zugenommen hat. → Hypothese 1 wird durch die vorliegende Analyse gestützt.

Hypothese 2: Die Anzahl Fälle steigt.

Aus theoretischer Sicht setzt das DRG-System als Teil der neuen Spitalfinanzierung Anreize zur Mengenausweitung und zu Falltrennungen. In der Praxis zeigt sich im ersten Jahr nach Einführung von SwissDRG insgesamt betrachtet kein Effekt auf die Anzahl Fälle. Der Analysezeitraum ist aber u.E. zu kurz, um fundierte Aussagen zur Mengenentwicklung zu ermöglichen. → Hypothese 2 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

Hypothese 3: Leistungen werden verlagert.

Als Folge der Einführung des DRG-Systems wird eine Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich vermutet. Solche Verlagerungen können sowohl partiell (teilweise Auslagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich) als auch gesamthaft (komplette Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich) erfolgen. *Partielle* Leistungsverlagerungen werden sowohl in den Fachgesprächen als auch in einer aktuellen Analyse bestätigt. Ein Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf *gesamthafte* Verlagerungen wird hingegen von den Fachpersonen verneint. Auch innerhalb des stationären Bereichs kommt es gemäss Interviewaussagen zu Leistungsverschiebungen. Besondere Bedeutung kommt dabei den Versicherern zu: Im Unterschied zu den Spitälern haben sie aus finanzieller Sicht Anreize für eine möglichst späte Verlegung in nachgelagerte Institutionen. → Hypothese 3 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

Hypothese 4: Die Aufenthaltsdauer sinkt.

Die Reduktion der Aufenthaltsdauer ist ein allgemeiner Trend, welcher insbesondere mit dem medizinischen Fortschritt zusammenhängt. SwissDRG bewirkt im ersten Jahr der Einführung insgesamt betrachtet keine Verstärkung dieser Entwicklung. Für einzelne Behandlungen und Patientengruppen ist diese Aussage allerdings zu relativieren. So deuten erste Datenauswertungen sowie Aussagen in den Fachgesprächen darauf hin, dass die Aufenthaltsdauer bei Geburten relativ stark abnimmt, während diejenige bei Patientinnen und Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer tendenziell steigt. → Hypothese 4 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

Hypothese 5: Der Case-Mix-Index steigt.

Der Case-Mix-Index (CMI) bildet den Schweregrad der behandelten Fälle im DRG-System ab. Das DRG-basierte Vergütungssystem kann dazu führen, dass systematisch DRGs mit zu hohen Kostengewichten kodiert werden. Ein solches Up-Coding findet in der Schweiz gemäss unserer Analyse aktuell nicht statt. Der Case-Mix-Index hat bei den in der Studie betrachteten Spitälern zwischen 2011 und 2012 dennoch leicht zugenommen. Relevante Gründe dafür sind Verbesserungen in der Kodierung und unterschiedliche DRG-Tarifstrukturversionen. → Hypothese 5 wird bezüglich Up-Coding durch die vorliegende Analyse nicht gestützt.

Hypothese 6: Es kommt zu einer Patientenselektion.

Aus finanzieller Sicht setzt das DRG-System für die Spitäler einen Anreiz zur Selektion von Patienten, bei welchen die zu erwartenden Kosten unter der Vergütung liegen. Die befragten Fachpersonen gaben an, dass es zu einer Patientenselektion kommt, deren Beurteilung fiel allerdings unterschiedlich aus. Denn eine „Selektion“ kann auch als erwünschte Spezialisierung der einzelnen Spitäler betrachtet werden. Es gibt Hinweise darauf, dass chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten von diesem Selektionsverhalten besonders betroffen sind. → Hypothese 6 wird durch die vorliegende Analyse gestützt.

Hypothese 7: Schwierige Fälle werden unterversorgt.

Besonders komplexe resp. teure Fälle sind ungleich auf einzelne Spitäler verteilt. Da das DRG-System zu wenig differenziert ist, um diese abzubilden, besteht die Gefahr, dass schwierige Fälle zu Defiziten führen und in der Folge unterversorgt werden. Das Problem wird jedoch mit je nach Spital unterschiedlichen Baserates entschärft. In der Folge kommt es gemäss Einschätzung der Fachpersonen aktuell zu keiner Unterversorgung. → Hypothese 7 wird durch die vorliegende Analyse nicht gestützt.

Hypothese 8: Spitäler spezialisieren sich und kooperieren.

Theoretisch ist davon auszugehen, dass sich Spitäler im DRG-System auf ihre Stärken spezialisieren und Kooperationen nutzen. Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf Spezialisierungen und Kooperationen sind aktuell allerdings noch schwierig abzuschätzen. Die Mehrheit der befragten Spitalvertreter war der Meinung, dass die Heterogenität zwischen den Spitälern diesbezüglich gross ist und die Entwicklung eher noch am Anfang steht. → Hypothese 8 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

Hypothese 9: Das Investitionsverhalten ändert sich.

Die Spitäler erhalten neu Investitionskostenzuschläge im Rahmen der DRG-Fallpauschalen. Es ist davon auszugehen, dass sich das Investitionsverhalten aufgrund der veränderten Finanzierung und der teilweise gestiegenen Autonomie ändert (v.a. für öffentliche Spitäler). Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf das Investitionsverhalten sind aktuell allerdings noch schwierig abzuschätzen. Unbestritten ist, dass sich die Kantone bei Investitionen (aber auch in anderen Bereichen) sehr unterschiedlich verhalten. → Hypothese 9 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

Hypothese 10: Die Qualitätsanstrengungen nehmen zu.

Die Verschiebung der Patientenströme zwischen den Spitälern und in der Folge auch zwischen den Kantonen deutet auf einen gestiegenen (Qualitäts-)Wettbewerb hin. In die gleiche Richtung weisen Aussagen in den Fachgesprächen, dass das Konkurrenzbewusstsein bei den Spitälern zugenommen habe. Ob sich die Qualität dadurch auch tatsächlich verbessert, ist damit allerdings noch nicht gesagt. Zudem wiesen einige Fachpersonen darauf hin, dass zwischen Spitälern und Patientinnen resp. Patienten nach wie vor grosse Informationsasymmetrien herrschen, was den Qualitätswettbewerb wiederum hemmt. → Hypothese 10 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist festzuhalten, dass die Bestandesaufnahme lediglich ein Zwischenfazit darstellt. Denn die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ist erst seit 2012 in Kraft. Daten liegen teilweise erst für *ein* Jahr seit Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung vor, Entwicklungen stehen noch am Anfang. Dazu kommt: Aktuell gelten für viele Spitäler provisorische Arbeitstarife, welche zu Unsicherheiten führen und Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung verzögern können. Für robuste Aussagen wäre ein längerer Zeithorizont wichtig, weshalb die vorliegende Studie neben der Bestandesaufnahme auch Studienvorschläge für die weitere Evaluation entwickelt.

Identifikation des Forschungsbedarfs

Der bestehende Forschungsbedarf bezüglich des Einflusses der neuen Spitalfinanzierung auf die Struktur- und Prozessveränderungen wurde mittels Befragung von Fachpersonen identifiziert. Die genannten Forschungsthemen haben wir nach verschiedenen Kriterien (Versorgungsrelevanz, ökonomische Relevanz, Erkenntnisgewinn, Machbarkeit) bewertet und daraus fünf konkrete Studienvorschläge entwickelt.¹

Studienvorschlag 1: Mengentwicklung

- Forschungsfrage: Kommt es als Folge der neuen Spitalfinanzierung zu einer Mengenausdehnung (angebotsinduzierte Nachfrage)?

¹ Von den Fachpersonen mehrfach genannt wurde ein weiterer Studienvorschlag – eine Untersuchung zum Verhalten der Kantone. Obwohl aus unserer Sicht die Thematik entscheidende Relevanz für die Wirkungen der Spitalfinanzierung hat, verzichten wir auf die Entwicklung eines konkreten Studienvorschlags, da es bereits eine aktuelle Studie dazu gibt. Die Thematik ist u.E. eher eine politische, denn eine wissenschaftliche Frage.

- Vorgehen: Analyse der Mengenentwicklung differenziert nach Prozeduren oder DRGs, Dateninterpretation gemeinsam mit Expertinnen und Experten
- Auswertungsmethodik: deskriptive statistische Analyse und Regressionsanalyse, Expertengespräche
- Aufwand: 60'000 – 80'000 CHF (abhängig von der gewünschten Vertiefung)

Studienvorschlag 2: Leistungsverlagerungen stationär – ambulant

- Forschungsfrage: Führt die neue Spitalfinanzierung zu einer gesamthaften Verlagerung gewisser Leistungen in den ambulanten Bereich?
- Vorgehen: Analyse der Entwicklung ausgewählter TARMED-Positionen
- Auswertungsmethodik: deskriptive statistische Analyse / bei Individualdaten: Regressionsanalyse
- Aufwand: 30'000 – 180'000 CHF (abhängig davon, ob auch Individualdaten genutzt werden)

Studienvorschlag 3: Verlegungspraxis

- Forschungsfrage: Finden mit der neuen Spitalfinanzierung häufiger Verlegungen zwischen Akutspitälern statt? Welche Patientengruppen und welche Spitaltypen sind besonders davon betroffen?
- Vorgehen: Analyse der Anzahl Verlegungen nach DRG und Spitaltyp / Analyse des Zeitpunkts der Verlegung und der Aufenthaltsdauer bei verlegten Patientinnen und Patienten
- Auswertungsmethodik: deskriptive statistische Analyse und Regressionsanalyse
- Aufwand: 80'000 – 150'000 CHF (abhängig von der gewünschten Vertiefung)

Studienvorschlag 4: Aufenthaltsdauer

- Forschungsfrage: Wie entwickelt sich die Aufenthaltsdauer differenziert nach Prozeduren/DRG? Wie entwickeln sich Anzahl und Anteil Kurzlieger? Welche finanziellen Auswirkungen hat dies?
- Vorgehen: Analyse der Aufenthaltsdauer nach Prozeduren/DRG und differenziert nach allgemein / privat, Analyse des Anteils Kurzlieger
- Auswertungsmethodik: deskriptive statistische Analyse und Regressionsanalyse, finanzielle Auswirkungen: Fallbeispiele
- Aufwand: 80'000 – 120'000 CHF (abhängig von der gewünschten Vertiefung)

Studienvorschlag 5: Patientenzufriedenheit

- Forschungsfrage: Wie wirkt sich die neue Spitalfinanzierung auf die Patientenzufriedenheit einzelner Gruppen aus? Wie können diese Auswirkungen kontinuierlich erfasst werden (Monitoring)?
- Vorgehen: Machbarkeitsstudie zur Erweiterung der nationalen Patientenerbefragung
- Aufwand: rund 20'000 CHF

Fazit

Die vorliegende Analyse zeigt, dass die Spitäler auf die neuen Anreize im System reagieren und sich Strukturen und Prozesse anzupassen beginnen. Auch der Wettbewerb zwischen den Spitälern ist tendenziell gestiegen. Das Potenzial der neuen Spitalfinanzierung wird aber u.E. noch nicht vollständig ausgeschöpft. Denn das Verhalten der Kantone wirkt teilweise wettbewerbshemmend. Zudem schränken Informationsasymmetrien zwischen Spitälern und Patientinnen resp. Patienten den Wettbewerb ebenfalls ein.

Es gilt nun, dieses Zwischenfazit in einem längeren Zeithorizont zu überprüfen. Wir schlagen fünf Studienvorschläge vor, welche zentrale Indikatoren wie Mengenentwicklung, Verlagerungen, Verlegungspraxis, Aufenthaltsdauer sowie Patientenzufriedenheit vertieft untersuchen. Hat das betriebswirtschaftliche Denken zugenommen und der Wettbewerb sich verstärkt, wird sich dies im Verhalten der Spitäler in Bezug auf diese Indikatoren widerspiegeln.

1. Einleitung

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird seit dem 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung umgesetzt.² Um deren Auswirkungen zu untersuchen, werden im Rahmen der Evaluation des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Studien in sechs Themenbereichen durchgeführt:

1. Anteil der pauschalen Vergütungssysteme vor 2012 (Grundlagenstudie)
2. Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems
3. Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen
4. Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung
5. Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler
6. Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion³

Die vorliegende Studie ist Teil von Themenbereich 5. Es gilt zu analysieren, welche Verhaltensänderungen die KVG-Revision bei im akutsomatischen Bereich⁴ tätigen Spitalern ausgelöst hat – und wie diese Veränderungen in einer nachfolgenden Phase detailliert untersucht werden können. Den Ausgangspunkt bzw. den Fokus der vorliegenden Studie bilden spitalinterne Veränderungen infolge der Revision. Die zentrale Fragestellung ist, ob die KVG-Revision das betriebswirtschaftliche Denken und den Wettbewerb unter den Spitalern verstärkt hat und welche Verhaltensänderungen (Prozess- und Strukturveränderungen) dies zur Folge hat.

Konkret wurden im Rahmen des Mandats drei Module erarbeitet, deren Ergebnisse der vorliegende Bericht zusammenfasst: Modul 1 beinhaltet eine Literaturrecherche sowie die Erarbeitung von Wirkungshypothesen und eines Analysemodells. Als Produkt resultierte das Konzept der vorliegenden Studie, welches in Kapitel 2 vorgestellt wird. Danach folgt Modul 2 mit einer Bestandesaufnahme bezüglich

² Elemente der neuen Spitalfinanzierung:

1. Dual-fixe Leistungsfinanzierung
2. Kantonale Spitalplanung / Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit und Qualität
3. Einheitliche Fallpauschalen (SwissDRG)
4. Erweiterte Spitalwahl
5. Verbesserung der Transparenz

³ Gleichzeitig mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung wurde der Risikoausgleich revidiert. Die Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion werden ebenfalls im Rahmen der Evaluation des BAG untersucht.

⁴ Nicht berücksichtigt werden die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie. Vgl. dazu auch das Pflichtenheft zum Auftrag in Anhang I.

Verhaltensanpassungen der Spitäler, die aktuell bereits sichtbar sind (Kapitel 3). Modul 3 identifiziert schliesslich den bestehenden Forschungsbedarf für die zweite Etappe der Evaluation 2015/2016 und schliesst damit den Bericht ab (Kapitel 4).

Die vorliegende Studie wäre ohne die engagierte Mitwirkung zahlreicher Personen nicht möglich gewesen. Unser Dank gilt insbesondere allen Spitalvertreterinnen und -vertretern, die uns wichtige Einblicke in die Strukturen und Prozesse ihrer Spitäler gewährten ebenso wie den Expertinnen und Experten, die uns im Rahmen von Fachgesprächen oder als Mitglieder der Begleitgruppe wertvolle Einschätzungen und Hinweise mitgegeben haben. Schliesslich danken wir dem BAG für die Unterstützung und die konstruktive Zusammenarbeit.

2. Konzept der Studie

Die neue Spitalfinanzierung verändert Rahmenbedingungen und Anreize für die Spitäler. Ein Teil dieser neuen Anreize führt zu einem vom Gesetzgeber erwünschten Verhalten. So wird etwa erwartet, dass die Elemente der neuen Spitalfinanzierung den Wettbewerb steigern und damit Qualität und Effizienz erhöhen. Andere Anreize verursachen möglicherweise eine problematische Verhaltensänderung bei den Spitalern, die in einer Qualitätsreduktion oder Kostensteigerung resultieren können.

Unser Konzept operationalisiert solche möglichen Verhaltensanpassungen entlang von zehn Hypothesen. Diese basieren auf der gesundheitsökonomischen Theorie und einer internationalen Literaturübersicht⁵ (Abschnitt 2.1.). Ob die vermuteten Effekte in der Praxis auch tatsächlich Wirkung entfalten, wird dann mittels Fachgesprächen und einer Dokumentenanalyse analysiert (Abschnitt 2.2.).

2.1. Theorie: 10 Hypothesen

Als Grundlage der theoretischen und methodischen Überlegungen stellen wir die Zusammenhänge zwischen den gesetzlichen Vorgaben und den daraus resultierenden Effekten mittels eines Wirkungsmodells dar. Aus Gründen der Konsistenz lehnen wir uns an das im „Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung“ aufgeführte Wirkungsmodell an.⁶ Dieses ergänzen wir mit Wirkungshypothesen zu den Zusammenhängen bezüglich Struktur- und Prozessanpassungen (vgl. Abbildung 1).

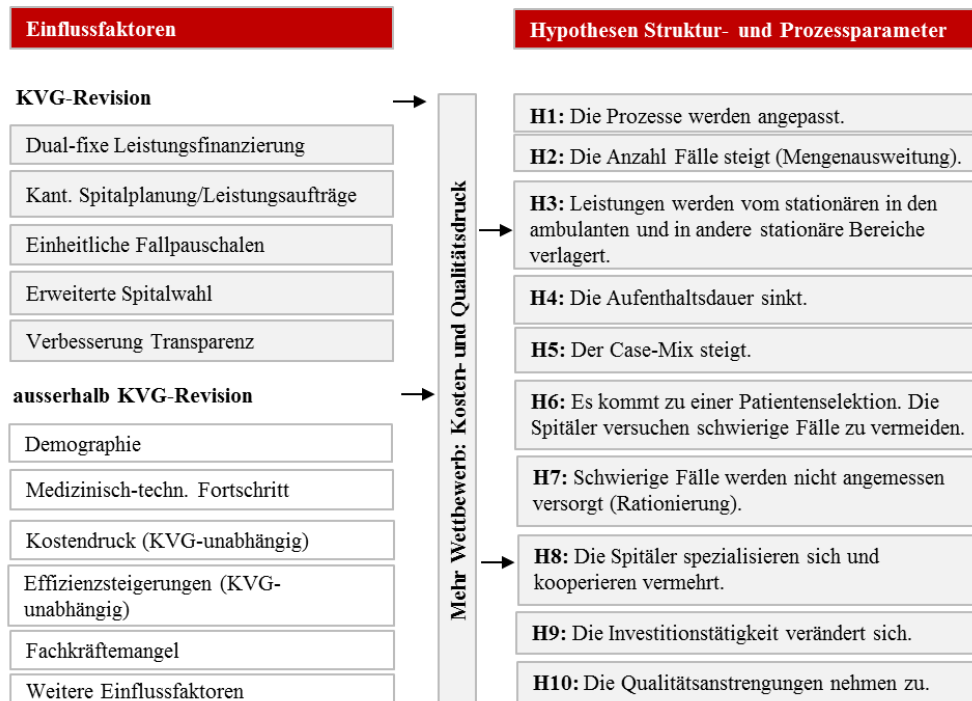
Die erste Hypothese diskutiert die direkte Auswirkung der neuen Spitalfinanzierung auf die internen Prozesse in den Spitalern: Kommt es zu Prozessoptimierungen aufgrund des verstärkten Kosten- und Qualitätsdrucks oder aufgrund von Elementen der neuen Spitalfinanzierung (z.B. SwissDRG)? Die weiteren Hypothesen beleuchten die Folgen solcher Veränderungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Beispiel: Als Folge der neuen Spitalfinanzierung wird das Entlassungsmanagement

⁵ Zur Methodik der Literaturrecherche vgl. Anhang II.

⁶ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2014). Verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/index.html?lang=de> bzw. unter <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>

optimiert (Hypothese 1). Im Ergebnis resultiert daraus eine kürzere Aufenthaltsdauer (Hypothese 4).⁷

Abbildung 1 Wirkungsmodell mit Hypothesen



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2014), leicht angepasst und um Wirkungshypothesen ergänzt

Der hellgrau markierte Bereich ist der für die vorliegende Studie relevante Untersuchungsgegenstand. Dabei beziehen sich die in der Analyse ermittelten Ergebnisse in erster Linie auf den Einfluss der Fallpauschalen (SwissDRG). Zwar wurden auch die anderen Elemente im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Studie untersucht; es zeigte sich jedoch, dass die Fachpersonen der Einführung von SwissDRG das grösste Gewicht beimessen. Zur methodisch korrekten Analyse müssen zudem ebenfalls die Einflussfaktoren ausserhalb der KVG-Revision berücksichtigt werden.⁸

⁷ Eigentliche Ergebnisparameter wie Qualität und Kosten sind hingegen nicht Bestandteil der vorliegenden Studie. Diese werden in den Studien der Themenbereiche 2 und 3 der Evaluation des BAG untersucht.

⁸ Vgl. dazu z.B. Leu et al. (2013): 365 Tage SwissDRG – Anreize, Instrumente, Wirkungen, *hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit* (2013), Nr. 95. Im Rahmen dieser Studie wurden im Jahr 2012 Experteninterviews in 40 Schweizer Spitälern durchgeführt. Gemäss diesen Expertenaussagen sind u.a. folgende weitere Faktoren relevant: Demographie, vermehrte Polymorbidität, höherer

2.2. Praxis: Fachgespräche und Dokumente

Im Rahmen der Studie wurden 20 Spitäler ausgewählt, bei welchen eine Dokumentenanalyse durchgeführt wurde. Bei acht dieser ausgewählten Spitäler (sog. Fallbeispielspitäler) wurden zusätzlich vertiefte Interviews mit Vertretern des Spitalmanagements geführt.

Zur Auswahl der Spitäler definierten wir Kriterien, bei denen jeweils eine Mischung angestrebt wurde, um ein möglichst breites Abbild der Spitallandschaft in der Schweiz zu erreichen:

- Typ des Spitals
- Trägerschaft (öffentlich / privat resp. subventioniert / nicht-subventioniert)
- Vergütungssystem vor 2012
- Netzwerkspital
- Grösse (Anzahl Patientinnen und Patienten)
- Schweregrad der Fälle (Case-Mix-Index)
- Preisspanne (unterschiedliche Baserates)
- Regionen (zentral / peripher) / Kantone (alle Sprachregionen)

Ergänzend zu diesen hauptsächlichen Auswahlkriterien wurde die Existenz eines Notfalldienstes (ja/nein) sowie die Veränderung der Gewinn-/Verlustsituation zwischen 2011 und 2012⁹ berücksichtigt. Anhang III führt die für die vorliegende Studie ausgewählten Spitäler im Überblick auf.

Dokumentenanalyse

Im Rahmen der Dokumentenanalyse werteten wir von den im vorangegangenen Schritt ausgewählten Spitälern folgende Unterlagen aus:

- Geschäftsberichte (Jahresberichte, Finanzberichte, Leistungsberichte)
- Revisionsberichte zur Kodierung
- Qualitätsberichte

Die Analyse der Dokumente war mit grösseren Herausforderungen verbunden: Ein Vergleich zwischen einzelnen Spitälern ist nicht zulässig, da die Kennzahlen nicht harmonisiert sind. Ein Beispiel: Die Konsultationen im ambulanten Bereich sind unterschiedlich definiert. Das grössere Problem ist: Ein Vergleich vor und nach Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ist oftmals nicht möglich. Beispiel: Die

Anteil chronischer Krankheiten, technischer Fortschritt und Innovationen (minimalinvasive Eingriffe) sowie knappe personelle und finanzielle Ressourcen.

⁹ Informationen dazu stammen vom Verband Santésuisse, welcher die Geschäftsberichte von ca. 90 Spitälern im Detail analysiert hat.

Anzahl der Austritte pro Jahr ist nur ausnahmsweise nach Fallzusammenführungen bereinigt. Um für die Studie dennoch quantitative Erkenntnisse aus den Dokumenten zu erhalten, haben wir folgende Kennzahlen i.d.R. telefonisch mit den Spitalern besprochen:

- Anzahl stationäre Fälle (= Anzahl Austritte)
- Anzahl ambulante Konsultationen oder Anzahl TARMED-Punkte
- Aufenthaltsdauer

Auf die Auswertung weiterer Daten aus den Jahresberichten (insbesondere zum Case-Mix-Index) verzichteten wir.¹⁰

Ergänzend zu den Kennzahlen haben wir die Jahres-, Qualitäts- und Revisionsberichte bezüglich qualitativer Informationen (Kooperationen, Prozesse, Ergebnisse der Kodierrevision, etc.) ausgewertet.

Fachgespräche

Wir führten Fachgespräche mit folgenden Akteursgruppen durch.¹¹

- 8 Gespräche mit Spitalern
- 1 Gespräch mit H+
- 3 Gespräche mit Kantonen / der GDK
- 1 Gespräch mit einer Patientenorganisation
- 4 Gespräche mit Versicherern / Santésuisse / Tarifsuisse
- 2 Gespräche mit Spitalberatern und Spitalberaterinnen
- 1 Gespräch mit einer Ombudsstelle
- 1 Gespräch mit der FMH

Für die Fachgespräche wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden entwickelt, dessen Entwurf gemeinsam mit Vertretern des BAG, von H+ sowie der GDK diskutiert wurde. Die Fachgespräche wurden zwischen März und Mai 2014 durchgeführt. Sie wurden zur Hälfte persönlich und zur Hälfte telefonisch geführt und dauerten zwischen 30 Minuten und 1h 45min. Die Interviewpersonen sind in Anhang IV aufgeführt. Um die Anonymität zu gewährleisten, verzichten wir auf die Nennung der interviewten Spitäler.

¹⁰ Bei einem zeitlichen Vergleich des Case-Mix-Index tritt das Problem auf, dass verschiedene DRG-Tarifstrukturversionen angewandt werden. Es wäre somit eine Bereinigung nötig, was im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich war.

¹¹ Anmerkung: Mit den Vertreterinnen und Vertretern der GDK, H+, Santésuisse und zwei Patientenorganisationen wurden zudem bereits zur Erarbeitung des Studienkonzepts Gespräche geführt.

Daten

Die Ergebnisse der Fachgespräche / Dokumentenanalyse ergänzten wir mit bereits bestehenden Daten und Studien für die Schweiz. Es werden Daten der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) dargestellt – soweit sie in aufbereiteter Form zur Verfügung stehen. Des Weiteren werden bestehende Studienergebnisse für die Schweiz aufgeführt.

Gültigkeit der Ergebnisse

Bei der gesamten Analyse ist zu beachten, dass die Informationserhebung auf einer beschränkten Stichprobe beruht. Das heisst: Die Aussagen basieren jeweils auf den Informationen von rund 25 Fachpersonen (Interviews) resp. 20 Spitalern (Dokumentenanalyse). Zwar wird mit den Auswahlkriterien ein möglichst breites Abbild der Spitallandschaft erzielt, dennoch kann nicht gewährleistet werden, dass die Stichprobe repräsentativ für die Gesamtheit der Spitäler in der Schweiz ist. Die Aussagen liefern somit Hinweise, erste Tendenzen und Reaktionen einzelner Spitäler. Sie sind aber nicht generalisierbar, d.h. allgemeingültige Aussagen für alle Spitäler der Schweiz und Hochrechnungen sind nicht zulässig.

Die Datenauswertungen (z.B. Medizinische Statistik) beinhalten demgegenüber die Gesamtheit der Spitäler und sind daher repräsentativ. Wir beschränken uns allerdings auf eine deskriptive Analyse, welche zudem auf einem sehr kurzen Zeithorizont beruht. Diese kann lediglich einen Hinweis für den Einfluss der neuen Spitalfinanzierung darstellen; Beweis für eine Kausalität ist sie nicht. Eine eigene Erhebung von Primärdaten und/oder eine ökonometrische Analyse waren für die vorliegende Studie nicht vorgesehen.

Bestehender Forschungsbedarf

Die vorliegende Studie hat neben der Bestandesaufnahme zum Ziel, den bestehenden Forschungsbedarf zum Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler zu identifizieren. Methodisch wurden dafür die Fachgespräche (vgl. Abschnitt 2.2.) genutzt und ergänzend ein *Workshop* mit den Mitgliedern der Begleitgruppe durchgeführt.¹²

¹² Die Mitglieder der Begleitgruppe zu dieser Studie sind in Anhang V aufgeführt.

Der Workshop fand am 28. April 2014 in Bern statt und beinhaltete folgendes Vorgehen:

- Schritt 1: Identifikation interessanter Forschungsthemen. Mögliche Forschungsthemen wurden in Gruppen diskutiert und anschliessend im Plenum präsentiert.
- Schritt 2: Priorisierung der Forschungsthemen. Jede/r Sitzungsteilnehmende erhielt sechs Punkte und konnte diese frei auf die zuvor vorgeschlagenen Fragestellungen vergeben.
- Schritt 3: Vertiefung der priorisierten Forschungsthemen. Die priorisierten Fragestellungen wurden hinsichtlich möglicher Datenquellen, Untersuchungsmethoden und Detailfragen vertieft diskutiert.

Basierend auf diesen Informationen entwickelten wir konkrete Studienvorschläge.

3. Bestandesaufnahme

In diesem Kapitel diskutieren wir entlang der zehn Wirkungshypothesen, ob die gemäss Theorie und Empirie vermuteten Effekte in der Schweiz aktuell tatsächlich auftreten. Die jeweiligen Kapitel zu den Hypothesen sind wie folgt aufgebaut:

Im ersten Abschnitt (*Theorie und Empirie*) wird die Hypothese resp. der Wirkungszusammenhang zunächst aus theoretischer Sicht kurz erläutert. Danach werden die internationalen Erfahrungen dazu im Rahmen einer tabellarischen Übersicht dargestellt.¹³ Die Literaturanalyse diente primär der Identifikation von Wirkungszusammenhängen und zur Einbettung der Ergebnisse; sie ist daher bewusst kurz gehalten und stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Im zweiten Abschnitt des Kapitels folgt das Kernstück der Bestandesaufnahme – die aktuelle *Praxis in der Schweiz*. Die dargestellten Ergebnisse basieren auf Erkenntnissen aus den Fachgesprächen resp. der Dokumentenanalyse. Aufgeführt sind i.d.R. mehrfach gemachte Interviewaussagen; Einzelaussagen sind gekennzeichnet. Ergänzt werden diese Ergebnisse mit bestehenden Daten und Studien für die Schweiz.

3.1. Hypothese 1: Die Prozesse werden angepasst

Theorie und Empirie

Theorie: Das DRG-System (Pauschale pro Fall) beinhaltet einen Anreiz für Kostensenkungen, welche z.B. durch Prozessoptimierungen erreicht werden können. Dazu zählen z.B. Reorganisationen bei der Aufnahme oder Verbesserungen von Austrittsmanagement und Schnittstellen.

Internationale Erfahrungen: Die Befragung von Krankenhäusern im Rahmen der Einführung von DRG in Deutschland zeigte auf, dass das Entlassungsmanagement durch das neue Vergütungssystem beeinflusst wurde. Weiter wurde festgestellt, dass der Anreiz zu einer kurzen Aufenthaltsdauer dazu führt, dass die diagnostischen Prozesse beschleunigt und vermehrt parallel (anstatt sequenziell) durchgeführt werden.

¹³ Die internationale Literatur befasst sich primär mit der Einführung des DRG-Systems, die weiteren Elemente der neuen Spitalfinanzierung werden nur vereinzelt analysiert.

Tabelle 1 Literaturübersicht Hypothese 1

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Fürstenberg et al. (2013)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Deskriptive Analyse, Befragung der Krankenhäuser (n=201), dritter Forschungszyklus (2008-2010)	Das Entlassungsmanagement wurde in 74% der Krankenhäuser im Befragungszeitraum aufgebaut oder erweitert. Zwischen 56% und 63% gaben an, dass das DRG-System Einfluss darauf hatte. Zudem: Weiterentwicklung der fachübergreifenden Zusammenarbeit, vermehrter Einsatz von EDV und Controlling aufgrund der Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungserstellung (Befragungsergebnisse).
Tecklenburg in Rau et al. (2009)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Theoretische Analyse	Das DRG-System hat dazu geführt, dass neue Konzepte zur Prozessoptimierung (z.B. Diagnostik, Wartezeiten, Transfermanagement) erarbeitet wurden. Weiter wurden IT-Systeme für das Controlling entwickelt.
Bohnsack und Vogd (2006)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Qualitative Längsschnittstudie: Themenzentrierte Interviews und Feldbeobachtungen einer chirurgischen und internistischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser, zwei Befragungen: 2000 und 2004	Beschleunigung der diagnostischen Prozesse aufgrund des Anreizes für kurze Verweildauer (z.B. auch durch teure Verfahren, welche schneller als früher durchgeführt werden). Die Diagnosen werden vermehrt parallel statt sequenziell durchgeführt.
Bauer et al. (2004)	Deutschland	Theoretische Analyse: Prozessoptimierung durch betriebliche Reorganisation im Operationsbereich	DRG führen zu Kostendruck im stationären Sektor und zunehmender Prozessorientierung.

Praxis in der Schweiz

Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung wurden verschiedene Prozesse optimiert. Beispiele dafür sind (Aussagen von Spitalvertretern oder aus Jahresberichten):

- Ausbau der ambulanten Anästhesiesprechstunde
- Intensivierung des Austrittsmanagements (z.B. Austrittsplanung beginnt bereits bei Eintritt, Erneuerung des Standards zur Austrittsplanung)
- Einführung eines Wartezeitmanagements
- Optimierung des Umgangs mit Informationen und Weiterentwicklung von Informatiksystemen. Beispiele dafür sind:
 - Elektronische Pflegedokumentation
 - Elektronische Überweisungsrapporte
 - Elektronisches Zuweiserportal
 - Online-OP-Pflegedokumentation
 - vorgezogene digitale Patientenakte

- Überführung der Patientenpfade und Prozesse in ein elektronisches Tool
- Optimierung von Behandlungspfaden
- Optimierung von Patientenprozessen (vgl. nachfolgenden Exkurs)

Exkurs: Optimierter Patiententransfer und Same Day Surgery (SDS) im Kantonsspital Aarau

„SDS etabliert einen ganz neuen Patientenprozess. Eine Koordinationsstelle plant im Voraus die komplette Hospitalisation bis hin zur Nachversorgung und setzt damit personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen frei. In der chirurgischen Sprechstunde erfolgen die Indikationsstellung und die Aufklärung der Patienten. Alle präoperativen Termine beim Hausarzt, in der Sprechstunde Anästhesie oder allfällige Zusatzuntersuchungen finden dann bereits vor dem Spitaleintritt statt. Erst am Operationstag tritt der Patient ins Spital ein und spart sich somit einen Tag, den er früher noch lange wartend auf der Station verbracht hat. Es gibt aber noch weitere Vorteile: Die Kapazitäten des Spitals sind besser ausgelastet, die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Nachsorgern (z. B. Rehakliniken) steht auf einer stärkeren Basis.

Im Rahmen des Projektes OPTIMA (Optimierter Patiententransfer im Aargau) steht im Bereich Medizin seit einigen Jahren die Optimierung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Patientenbetreuung während und nach einem Spitalaufenthalt im Fokus seiner Qualitätsanstrengungen. Ziel ist, durch eine intensiviertere interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Arzt-, Pflege und Sozialdienst dafür zu sorgen, dass ein Patient zu jedem Zeitpunkt seines Behandlungsverlaufes am richtigen Ort und von den richtigen Fachspezialisten medizinisch, pflegerisch oder psychosozial betreut und im Heilungsprozess unterstützt wird. Als wichtiges Beurteilungsinstrument hat sich die Einführung des PACD-Scores erwiesen, mit dem sich bereits bei Eintritt des Patienten im Interdisziplinären Notfallzentrum das bio-psychosoziale Risiko erfassen und bewerten lässt. Der PACD-Wert gibt Hinweise darüber, ob nach einem Spitalaufenthalt Bedarf für eine Verlegung in eine post-akute Institution besteht. Das frühzeitige Erkennen und Vorbereiten einer notwendig werdenden Anschlusslösung für die Zeit nach der Entlassung aus dem KSA verhindert unnötige und teure, oft nur administrativ bedingte Wartezeiten im Spital nach Erreichen der medizinischen Stabilität – ein wichtiger Faktor, der im Zeitalter von DRG eine zentrale Rolle spielt.“

Quelle: Kantonsspital Aarau (2013): Qualitätsbericht 2012, S. 10-11

Auch wenn Prozessoptimierungen grundsätzlich positiv sind, halten einige Fachpersonen fest, dass solche Prozessänderungen nicht immer im Sinne der Patientinnen und Patienten seien. Ein Beispiel: Im Stadtspital Waid ging mit der Reduktion der Aufenthaltsdauer in der Akutgeriatrie ein sinkender Anteil Patientinnen und Patienten einher, welcher nach Hause entlassen werden konnte.¹⁴ In den Fachgesprächen wurden zudem häufigere (und teilweise auch kurzfristige) Verlegungen als belastend für die Patientinnen und Patienten genannt.

Möglicherweise ebenso wichtig wie Prozessanpassungen, welche direkt aus der neuen Spitalfinanzierung resultieren, ist zudem folgendes: In den Fachgesprächen bestand Konsens, dass die neue Spitalfinanzierung und dabei insbesondere SwissDRG die Transparenz entscheidend erhöht und somit die Grundlage für Prozessoptimierungen bildet. Mit dem Ausbau des Medizincontrollings geht in vielen Spitälern nämlich die Stärkung von Auswertungen und Informationen einher. Exemplarisch seien dafür die Aussagen in den Jahresberichten des Kantonsspitals Aarau und des Universitätsspitals Zürich zitiert:

„Da SwissDRG nicht nur ein Abrechnungssystem ist, sondern auch relevante Führungsinformationen liefert, wurde durch die Abteilung Medizincontrolling ein DRG-Online-Tool entwickelt, um diese Informationen zeitnah den Verantwortlichen des Arzt- und Pflegedienstes zugänglich zu machen.“¹⁵

„Im Rahmen des DRG-Projekts hat die ICT ein DRG-Cockpit eingerichtet, das den Behandlungsteams alle Daten zur Verfügung stellt, die notwendig sind, um die diagnosebezogenen Behandlungsprozesse zu steuern. Diese Informationsplattform hat viel zum Verständnis von DRG und den begleitenden Entwicklungen beigetragen. Damit hat jede Klinik einen Überblick über ihre Leistungszahlen und kann Schwachstellen wie zu lange Aufenthaltsdauern identifizieren und verbessern.“¹⁶

Während die Transparenz nach aussen (d.h. für die Patientinnen und Patienten) von verschiedenen Fachpersonen als ungenügend eingeschätzt wurde (vgl. Kapitel 3.10.), scheint die Transparenz nach innen (d.h. für das Spital selbst) bedeutend zugenommen zu haben.

¹⁴ Vgl. Stadt Zürich, Stadtspital Waid (2013), Jahresbericht 2012/2013.

¹⁵ Vgl. Kantonsspital Aarau (2013): Jahresbericht 2012, S. 24.

¹⁶ Vgl. Universitätsspital Zürich (2013b): Wissensbericht 2012, S. 10.

Nachteilig daran ist, dass die Administration ebenfalls zunimmt. So sagten die im Auftrag der FMH befragten Ärztinnen und Ärzte¹⁷ beispielsweise aus, dass zwischen 2011 und 2013 der Aufwand für Patientendossier und Dokumentation um beinahe 20 Minuten pro Woche zunahm.

Kurzfaszilit zu Hypothese 1 (Die Prozesse werden angepasst):

Aufgrund des verstärkten Kostendrucks wurden verschiedene Projekte zur Verbesserung von Prozessen und Abläufen eingeführt. Das DRG-System erhöht die Transparenz innerhalb der Spitäler und bildet somit die Grundlage für Prozessoptimierungen. Nachteilig ist, dass die dafür notwendige Administration ebenfalls zugenommen hat. → Hypothese 1 wird durch die vorliegende Analyse gestützt.

3.2. Hypothese 2: Die Anzahl Fälle steigt

Theorie und Empirie

Theorie: Das DRG-System (Pauschale pro Fall) und der stärkere Kostendruck (ausgelöst durch verschiedene Elemente der neuen Spitalfinanzierung) setzen Anreize zu Produktivitätsgewinnen. Diese können – wie in Hypothese 1 postuliert – zu Prozessoptimierungen führen (die gleiche Anzahl Patientinnen und Patienten wird zu tieferen Kosten behandelt) – oder aber zu einer Mengenausweitung (zu den gleichen Kosten werden mehr Patientinnen und Patienten behandelt). Solche Effizienzsteigerungen sind grundsätzlich erwünscht. Eine Erhöhung der Fallzahlen kann allerdings auch durch eine angebotsinduzierte Nachfrage oder durch das sog. Fallsplitting (Aufteilung in verschiedene Behandlungen) zustande kommen. In der Folge steigen gesamthaft betrachtet nicht nur die Fälle, sondern auch die Kosten an.

Internationale Erfahrungen: In der internationalen Literatur finden sich uneinheitliche Effekte zur Veränderung der Fallzahlen, allerdings zeigt die Mehrheit der Studien eine Zunahme der Fälle (ausser in den USA¹⁸).

¹⁷ Vgl. gfs.bern (2014): Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013.

¹⁸ Dies kann mit der unterschiedlichen Ausgangslage erklärt werden: In den USA war vor Einführung des DRG-Systems eine Einzelleistungsvergütung in Kraft, während in den anderen untersuchten Ländern die Vergütung über Globalbudgets oder Tagespauschalen erfolgte.

Tabelle 2 Literaturübersicht Hypothese 2

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Street et al. (2011)	verschiedene	Literaturübersicht	Uneinheitlich, Mehrheit der Studien zeigt Zunahme der Fälle (ausser in den USA) fest. Uneinheitliche Effekte aufgrund unterschiedlicher Ausgangslage und weiteren Reformen. Effizienz: In verschiedenen Studien positive Effekte (z.B. in Portugal, Norwegen, Schweden) aber auch keine Effekte (USA).
Browne und Rosenberg (2001)	USA (DRG seit 1983)	Literaturübersicht	Die Anzahl der Eintritte hat abgenommen.
Or et al. (2013)	Frankreich (DRG seit 2004/2005)	Entwicklung nach Einführung DRG, Untersuchungszeitraum: 2002-2009	Erhöhung Produktivität bei öffentlichen Spitälern, bei privaten Spitälern kein signifikanter Anstieg (aber Leistungsspektrum verändert)

Praxis in der Schweiz

A. Entwicklung der stationären Fälle

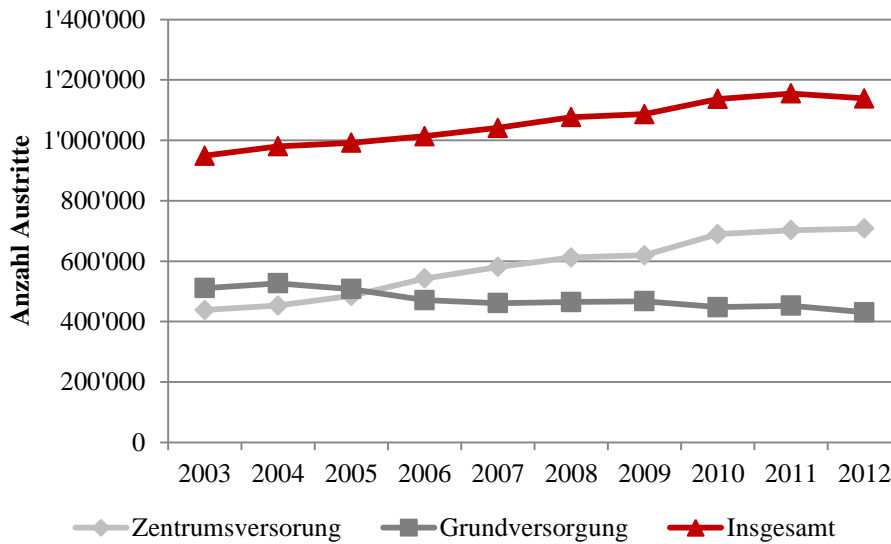
In den Fachgesprächen wurde die Auswirkung des Anreizes zur Zergliederung von Prozessen innerhalb des stationären Bereichs als gering eingestuft: Nur eine Fachperson gab an, dass es ihrer Meinung nach zu Falltrennungen der stationären Fälle kommt.

Eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Auftrag der FMH¹⁹ hat demgegenüber aufgezeigt, dass die Aufteilung von Behandlungen bei multimorbiden Patientinnen und Patienten auf mehrere Spitalaufenthalte öfter vorkommt als früher: Gesah dies 2011 im Durchschnitt rund 2-mal pro Monat, hat sich dieser Wert 2013 auf durchschnittlich 3.6-mal pro Monat erhöht.

Was bedeutet dies für die gesamte Anzahl stationärer Leistungen? Nahm diese zwischen 2011 und 2012 zu? Dies ist nicht der Fall, wie die nachfolgenden Abbildungen zeigen.

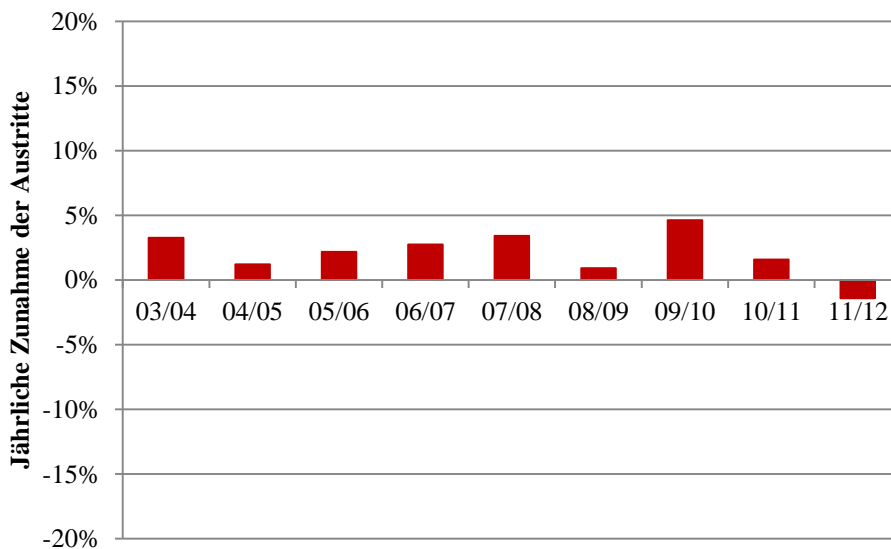
¹⁹ Vgl. gfs.bern (2014).

Abbildung 2 Anzahl Austritte, 2003-2012



Quelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Abbildung 3 Jährliche Veränderung der Austritte, 2003-2012



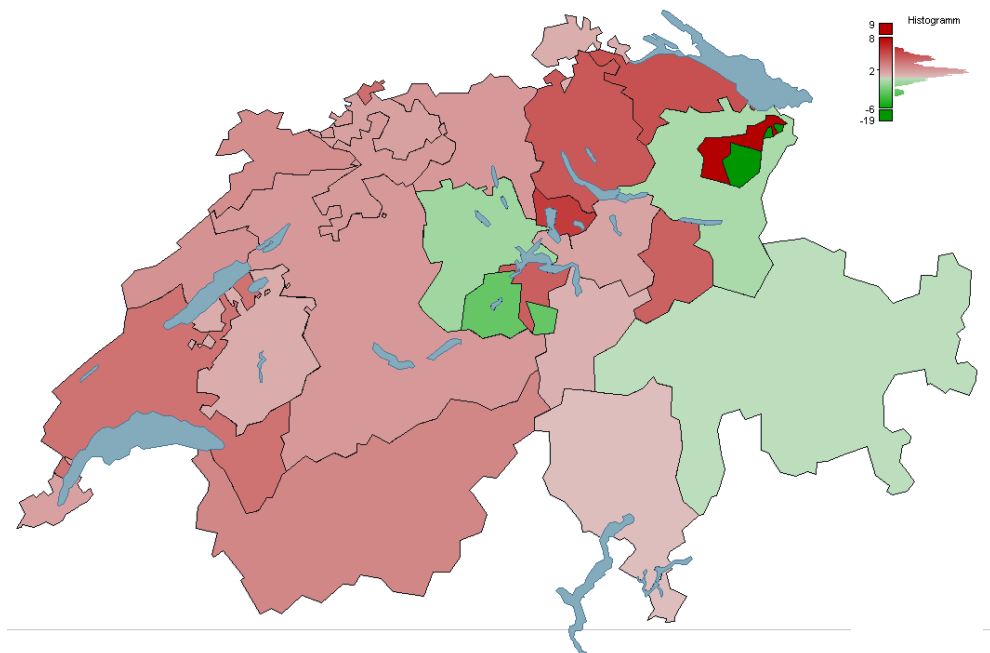
Quelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Anmerkung: Die Falldefinition hat sich zwischen 2011 und 2012 leicht verändert (neu werden Wiedereintritte unter bestimmten Bedingungen nicht als neuer Fall gezählt, sondern zusammengeführt). Gemäss Auskunft des Bundesamtes für Statistik betreffen die Fallzusammenführungen etwa 2% aller Fälle. Die Aussage bleibt somit auch nach einer Bereinigung der Werte dieselbe: Die neue Spitalfinanzie-

zung hat – zumindest im ersten Jahr nach ihrer Umsetzung – keine Erhöhung der Anzahl Fälle ausgelöst.

Abbildung 4 führt die Veränderung der Anzahl Austritte nach Kantonen differenziert auf. In rot markierten Kantonen nahm die Anzahl Fälle zu, in grün markierten Regionen ab. Gemäss unserer These führt die Einführung eines DRG-Systems (Pauschale pro Fall) zu einer Zunahme der Fallzahlen. Bei Kantonen mit zuvor Tagespauschalen (BS, BL, SO, LU) wären daher Zunahmen zu erwarten, in Kantonen, die bereits vor 2012 über ein DRG-System verfügten (APDRG-Regionen), hingegen nicht. Eine solche Entwicklung ist allerdings im ersten Jahr nach Einführung von SwissDRG nicht erkennbar.

Abbildung 4 Veränderung der Anzahl Austritte, 2011/2012

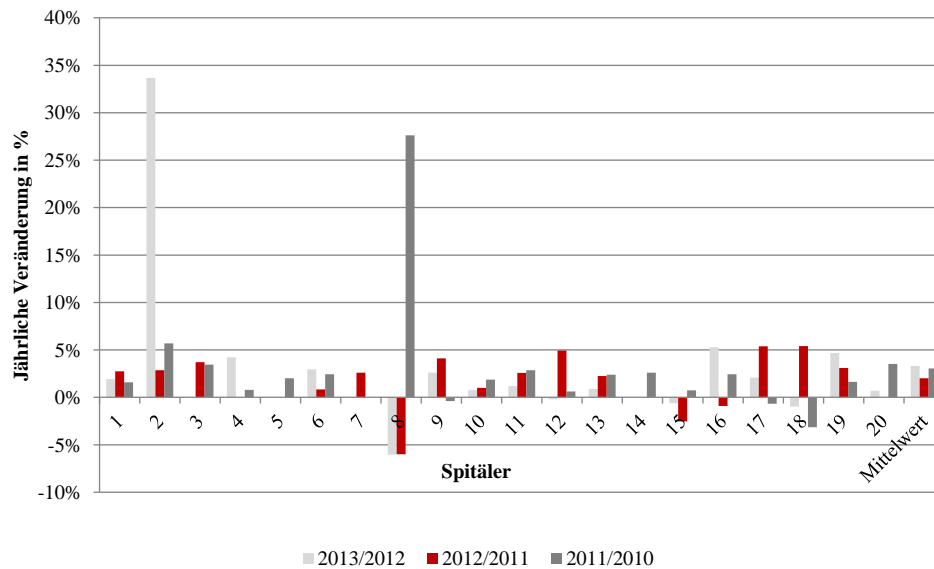


Quelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eigene Darstellung auf Basis von MAPresso

Legende: In rot markierten Kantonen nahm die Anzahl Fälle zu, in grün markierten ab. Je dunkler die Farbe, desto stärker die Zu-/Abnahme.

Auf Ebene eines einzelnen Spitals sind die Veränderungen erwartungsgemäss grösser (v.a. kleine Spitäler weisen stärkere Schwankungen auf), allerdings zeigt sich im Rahmen unserer Dokumentenanalyse keine eindeutige Zunahme zwischen 2011 und 2012.

Abbildung 5 Jährliche Veränderung der Austritte, ausgewählte Spitäler, 2010-2013



Quelle: Dokumentenanalyse und telefonische Rückfragen

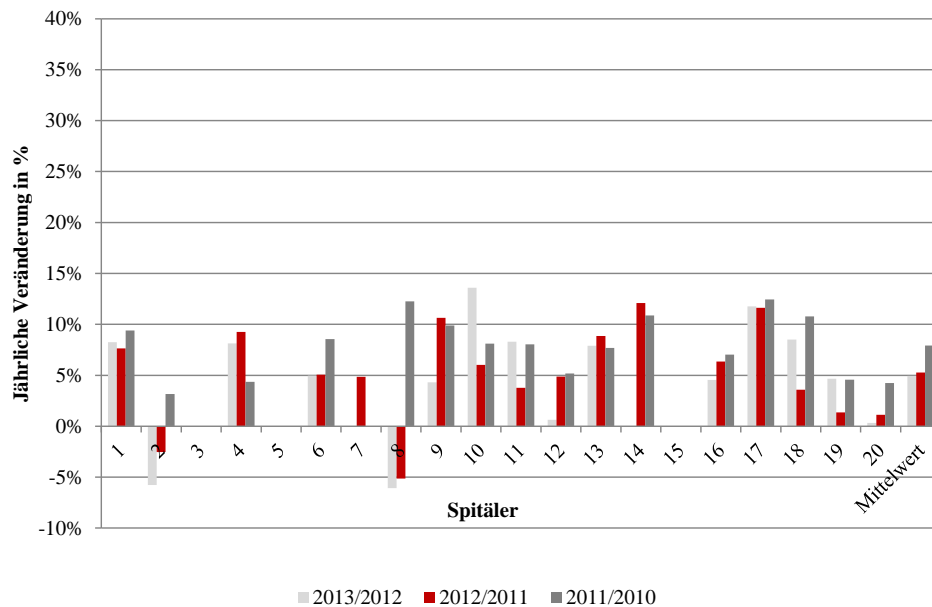
Anmerkung: Es sind nur vergleichbare, d.h. nach Fallzusammenführungen bereinigte Werte aufgeführt. Der Mittelwert entspricht dem Durchschnitt über alle ausgewählten Spitäler (ungewichtet).

B. Entwicklung der ambulanten Fälle

Mehrheitlich einig waren sich die Fachpersonen bezüglich der Wirkung auf den ambulanten Bereich: Das DRG-System führe dazu, dass Spitäler gewisse Leistungen wie z.B. Voruntersuchungen aus den DRG-Fallpauschalen herausnehmen würden, wodurch die ambulanten Leistungen ansteigen. Dazu kommt, dass der steigende Kostendruck zu einer Professionalisierung der Abrechnung führt („man versucht die Leistungen immer besser abzubilden und abzurechnen“), wodurch sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen steigen.

Im Rahmen der Dokumentenanalyse der 20 ausgewählten Spitäler zeigt sich, dass die ambulanten Leistungen (mit wenigen Ausnahmen) seit Jahren zunehmen – die Veränderung 2011/2012 weicht dabei nicht eindeutig von den Änderungen 2010/2011 resp. 2012/2013 ab.

Abbildung 6 *Jährliche Veränderung der ambulanten Leistungen, ausgewählte Spitäler, 2010-2013*



Quelle: Dokumentenanalyse und telefonische Rückfragen

Anmerkung: Die ambulanten Leistungen sind unterschiedlich definiert (z.B. Anzahl Patientinnen und Patienten, Anzahl Behandlungen, Anzahl TARMED-Punkte). Es sind nur vergleichbare Werte aufgeführt. Der Mittelwert entspricht dem Durchschnitt über alle ausgewählten Spitäler (ungewichtet).

C. Entwicklung der Kosten

Eine Mengenausweitung kann neben einer Zunahme der Fälle auch durch steigende Kosten aufgezeigt werden. Die Gesundheitsausgaben im Bereich Spitäler sind im Jahr 2012 gemäss Bundesamt für Statistik im Vergleich zum Vorjahr um 9.8% gestiegen (stationär und ambulant zusammen). Zwischen 2007 und 2012 lag die durchschnittliche jährliche Veränderung mit 5.6% deutlich tiefer. Bei der Interpretation gilt es jedoch vorsichtig zu sein. Denn das Bundesamt für Statistik schreibt dazu:²⁰ „Der Systemwechsel in der Finanzierung mit der Umstellung auf diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) erschwert im Jahr der Einführung die Dateninterpretation der Spitalkostenentwicklung.“ Insofern sollte die Kostenentwicklung der nächsten Jahre abgewartet werden, um Rückschlüsse zu ziehen.

²⁰ Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitskosten jetzt bei 11,5% des BIP, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012: Provisorische Zahlen, Medienmitteilung vom 13.5.2014 (S. 1).

Kurzfasit zu Hypothese 2 (Die Anzahl Fälle steigt):

Aus theoretischer Sicht setzt das DRG-System Anreize zur Mengenausweitung und zu Falltrennungen. In der Praxis zeigt sich im ersten Jahr nach Einführung von SwissDRG insgesamt betrachtet kein Effekt auf die Anzahl Fälle. Der Analysezeitraum ist aber u.E. zu kurz, um fundierte Aussagen zu ermöglichen. → Hypothese 2 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

3.3. Hypothese 3: Leistungen werden verlagert

Theorie und Empirie

Theorie: Als Folge der Einführung des DRG-Systems wird eine Verschiebung von leichteren Fällen in den ambulanten Bereich vermutet. Solche Verlagerungen können sowohl partiell (ein Teil der Untersuchungen findet ambulant statt) als auch gesamthaft (komplette Verlagerung der Behandlung) erfolgen. Folgende Gründe sind dafür verantwortlich:

- Partielle Verlagerung: Mit Einführung des DRG-Systems besteht ein Anreiz zur Auslagerung möglichst vieler Leistungen aus der DRG-Fallpauschale, damit diese Leistungen separat vergütet werden.
- Gesamthafte Verlagerung: Da im stationären Sektor und im ambulanten Bereich unterschiedliche Finanzierungsformen angewandt werden, ist zu erwarten, dass Behandlungen, welche sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden können, tendenziell in den für das Spital vorteilhaften Bereich verschoben werden. Da das finanzielle Risiko des Krankenhauses im TARMED-System mit Einzelleistungsvergütung möglicherweise kleiner ist als unter SwissDRG, könnte eine Leistungsverlagerung die Folge der neuen Spitalfinanzierung sein.

Internationale Erfahrungen: Leistungsverlagerungen konnten in zahlreichen Studien für verschiedene Länder mit Einführung eines DRG-Systems nachgewiesen werden.

Tabelle 3 Literaturübersicht Hypothese 3

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Brügger (2010)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht (96 Studien und Reviews zwischen 1980 und 2009)	Starke Evidenz für eine Erhöhung der ambulanten medizinischen Leistungen, aber: Kontrolle für die technologische Entwicklung ist schwierig. 12 von 14 Studien zu diesem Thema fanden Evidenz für eine Verschiebung in andere stationäre Einrichtungen, in zwei Studien keine Evidenz für eine Verschiebung.
Feinglass und Holloway (1991)	USA (DRG seit 1983)	Literaturübersicht	Verminderte Eintrittsrate in Spitäler und Zunahme der ambulanten Operationen nach Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems, Kausalität ist jedoch unklar (technologischer Fortschritt oder Vergütungssystem).
Fürstenberg et al. (2013)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Deskriptive Analyse nach Einführung von G-DRG, dritter Forschungszyklus (2008-2010)	Die Zahl ambulanter Operationen zwischen 2003 und 2010 stieg um durchschnittlich 14% pro Jahr, im ersten Jahr nach Einführung von G-DRG lag die Zunahme bei 61%; der Anteil der ambulanten Operationen an den stationären Fällen und die Zahl der ambulant operierenden Spitäler stiegen an. Anmerkung: Nach Einführung von G-DRG gab es Mengenbeschränkungen.
Bohnsack und Vogd (2006)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Qualitative Längsschnittstudie: Themenzentrierte Interviews und Feldbeobachtungen einer chirurgischen und internistischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser, zwei Befragungen: 2000 und 2004	Zergliederung der Behandlungsprozesse, schnellere Einweisung in nachsorgende Pflegeeinrichtungen.
Farrar et al. (2009)	England (DRG seit 2006)	Difference-in-Differences-Ansatz, Zeitraum: 2002-2006	Der Anteil der elektiven ambulanten Behandlungen am Total der elektiven Behandlungen stieg bei der Gruppe mit DRG-Vergütung stärker als in der Gruppe ohne DRG-Vergütung.
Eldenburger und Kallapur (1997)	USA (DRG seit 1983)	Deskriptiver Vergleich der Ertragsstruktur zwischen Medicare- und Nicht-Medicare-Patienten / Mittelwertvergleiche, Zeitraum: 1977-1991	Anteil der Erträge für spitalambulante Behandlungen an Gesamterträgen ist im Medicare-Bereich höher.

Praxis in der Schweiz

A. Stationär – ambulant

Wie bereits im vorigen Abschnitt erwähnt, spricht die Mehrheit der Fachpersonen von einer *partiellen* Leistungsverlagerung. Was sagen die Daten?

Eine Untersuchung von Busato und Below²¹ hat 2010 aufgezeigt, dass Regionen mit APDRG im Gegensatz zu Nicht-APDRG-Regionen eine Leistungsverlagerung zu Gunsten des praxisambulanten Sektors aufwiesen. Eine aktuelle Studie von B,S,S. zusammen mit der Universität Basel, welche im Auftrag der FMH und H+ durchgeführt wurde,²² vergleicht die Entwicklung der ambulanten Konsultationen in früheren APDRG-Kantonen mit der Entwicklung in Kantonen mit zuvor Tagespauschalen.²³ Die Studie analysiert alle ambulanten Behandlungen, die in einem gewissen Zeitraum (z.B. 20 Tage) vor oder nach einem stationären Aufenthalt erfolgten. Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

- In Kantonen mit (ehemals) Tagespauschalen kam es gemessen an Regionen mit (ehemals) APDRG zu einem stärkeren Anstieg von ambulanten Konsultationen.²⁴
- Die Effekte zeigten sich primär im praxisambulanten Bereich; die Unterschiede im spitalambulanten Bereich waren nicht signifikant.

Demgegenüber verneinten die Spitalvertreter eine *gesamthafte* Leistungsverlagerung aufgrund der neuen Spitalfinanzierung einheitlich. Zwar gäbe es einen Trend zum ambulanten Bereich, dieser sei jedoch unabhängig von der KVG-Revision. Allerdings nicht von der Finanzierung: Das aktuelle Vergütungssystem führe – aufgrund der nicht kostendeckenden ambulanten Tarife – dazu, dass die Spitäler gar keinen Anreiz für eine gesamthafte Leistungsverlagerung haben. Gemäss Aussage von fünf der acht befragten Spitäler sind die ambulanten Leistungen (zumin-

²¹ Vgl. Busato und Below (2010): The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Research Policy and Systems 2010*; 8:31. Busato und Below wenden eine Small Area Analysis an.

²² Vgl. B,S,S. und Universität Basel (2013): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor, Längsschnittanalyse, Studie im Auftrag von FMH und H+, Bericht vom 18. September 2013.

²³ Es wird ein Doppelvergleich (sog. Difference-in-Differences-Ansatz) verwendet. Dieser bereinigt den Effekt, dass die ambulanten Leistungen jährlich steigen. Würde demgegenüber nur eine Längsschnittanalyse angewandt, könnte das Ergebnis – steigende Konsultationen – nicht kausal auf die Einführung von SwissDRG zurückgeführt werden.

²⁴ Es wurde ein Regressionsansatz verwendet, d.h. weitere Einflussfaktoren (wie z.B. Alter der Patientinnen und Patienten) wurden berücksichtigt.

dest in gewissen Bereichen) untergedeckt und müssen quersubventioniert werden. Dazu kommt: Aufgrund der unterschiedlichen Vergütung vom ambulanten und stationären Bereich²⁵ werde von den Versicherern auch kein Druck für eine Verlagerung in den ambulanten Bereich gemacht. In der Studie von B,S,S. und der Universität Basel (2013) wurde die gesamthafte Verlagerung ebenfalls ökonomisch untersucht – allerdings konnte aufgrund der Datenverfügbarkeit nur der praxisambulante Bereich berücksichtigt werden.

B. Stationär (Akutbereich) – stationär (Rehabilitation)

Bezüglich Verlagerungen innerhalb des stationären Bereichs waren die Fachpersonen mehrheitlich der Meinung, dass diese stärker im Fokus der Spitäler stehen und tendenziell früher stattfinden. In der Folge steigen die Anforderungen an die nachgelagerten Institutionen sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich. Denn der Mix zwischen einfachen und schwierigen Fällen verändere sich und der Bedarf an Ressourcen nehme zu (nicht nur bezüglich Anzahl, sondern auch bezüglich Kompetenz). Im stationären Bereich sind davon in erster Linie Rehabilitationskliniken betroffen.

Ein Spitalvertreter meinte diesbezüglich, dass die Kapazität der Rehabilitationskliniken resp. deren Kapazität, mit komplexeren Situationen umzugehen, die Möglichkeit zu früheren Verlegungen limitieren. Zwei andere Spitalvertreter sagten hingegen aus, dass die Verlegungsmöglichkeiten durch neue Angebote resp. durch die höhere Flexibilität der Rehabilitationskliniken (z.B. bezüglich Aufnahmezeitpunkt) im Vergleich zu früher zugenommen haben.

Besondere Bedeutung im Rahmen der Verlegungspraxis kommt auch den Versicherern zu: Im Unterschied zu den Spitälern haben sie aus finanzieller Sicht Anreize für eine möglichst späte Verlegung in nachgelagerte Institutionen. In den Fachgesprächen wurde dieser Punkt kontrovers diskutiert. Dabei wiesen mehrere Spitalvertreter darauf hin, dass die Versicherer die Kostengutsprachen für eine Überweisung in die Rehabilitation verzögern würden. Ein Spitalvertreter gab zwei Beispiele an:

- Beispiel 1 (Herzchirurgie): Bei einer Verlegung nach Hause beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 9.3 Tage und liegt somit unter der mittleren Verweildauer gemäss Fallpauschalenkatalog (10.5 Tage). Bei einer

²⁵ Die unterschiedliche Vergütung vom ambulanten und stationären Bereich wurde von vielen Fachpersonen als grosses Problem genannt. Diese Thematik ist allerdings nicht Teil der in der vorliegenden Studie zu untersuchenden Struktur- und Prozessanpassungen in den Spitälern und wird daher nicht weiter thematisiert.

Verlegung in die Rehabilitation übersteigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital hingegen diejenige gemäss Fallpauschalenkatalog (14.1 Tage im Vergleich zu 13.2 Tagen).

- Beispiel 2 (Orthopädie): Während die Aufenthaltsdauer 2011 im Durchschnitt 11.6 Tage betrug (gemäss Fallpauschalenkatalog: 10.1 Tage), stieg sie bis 2013 auf 16.5 Tage an (gemäss Fallpauschalenkatalog: 11.5 Tage).

Gemäss Aussage des Spitals sind Verzögerungen der Kostengutsprachen durch Versicherer ein Grund für diese Entwicklungen. In die gleiche Richtung gehen die Ergebnisse aus der Befragung im Auftrag der FMH.²⁶ Darin gaben Ärzte und Ärztinnen der Akutsomatik an, dass im Durchschnitt 5.5-mal pro Monat eine Verzögerung der Kostengutsprachen durch die Versicherer auftreten würde – also öfters als einmal pro Woche.²⁷

Kurzfasit zu Hypothese 3 (Leistungen werden verlagert):

Als Folge der Einführung des DRG-Systems wird eine Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich vermutet. *Partielle* Leistungsverlagerungen (d.h. Trennung gewisser ambulanter Leistungen vom stationären Aufenthalt) werden sowohl in den Fachgesprächen als auch in einer aktuellen Analyse bestätigt. Ein Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf *gesamthafte* Verlagerungen (d.h. komplette Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich) wird hingegen von den Fachpersonen verneint.

Auch innerhalb des stationären Bereichs kommt es gemäss Interviewaussagen zu Leistungsverschiebungen. Besondere Bedeutung kommt dabei den Versicherern zu: Im Unterschied zu den Spitalern haben sie aus finanzieller Sicht Anreize für eine möglichst späte Verlegung in nachgelagerte Institutionen.

→ Hypothese 3 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

²⁶ Vgl. gfs.bern (2014).

²⁷ Diese Frage wurde 2013 zum ersten Mal gestellt. Aus diesem Grund kann nicht gezeigt werden, ob sich das Verhalten der Versicherer aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte verändert hat oder nicht.

3.4. Hypothese 4: Die Aufenthaltsdauer sinkt

Theorie und Empirie

Theorie: Mit Einführung des DRG-Systems besteht für die Spitäler ein finanzieller Anreiz, die Patientinnen und Patienten rascher zu entlassen resp. in eine nachgelagerte Institution zu verlegen.²⁸ Zu beachten ist allerdings, dass bei SwissDRG die Fehlanreize für verfrühte Entlassungen dadurch reduziert werden, dass bei Wiedereintritten innerhalb von 18 Tagen und gleicher Hauptdiagnose die Fälle zusammengeführt werden.

Internationale Erfahrungen: In den Studien wird mehrheitlich eine Reduktion der Aufenthaltsdauer nach Einführung eines DRG-Systems ausgewiesen. Die Kausalität ist jedoch nicht vollständig geklärt. Der technische Fortschritt hat wahrscheinlich ebenfalls eine bedeutende Wirkung auf die Reduktion der Aufenthaltsdauer. Ob eine Entlassung *zu früh* stattfindet, kann i.d.R. nicht direkt gemessen werden. Daher untersuchen die wissenschaftlichen Studien zu diesem Zweck im Sinne von Ergebnisparametern meist Mortalitätsraten oder Wiedereintritte. Die meisten Studien zeigen keine negativen Wirkungen auf die Mortalitätsrate und die Rehospitalisierungen oder falls doch nur sehr kurzfristige Effekte.²⁹

Tabelle 4 Literaturübersicht Hypothese 4

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Street et al. (2011)	USA, Australien, Norwegen, UK, etc.	Literaturübersicht	Uneinheitlich, aber Mehrheit der Studien stellt Abnahme der Aufenthaltsdauer fest. Uneinheitliche Effekte werden mit Unterschieden in der Ausgangslage und weiteren Reformen erklärt.
Brügger (2010)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht (96 Studien und Reviews zwischen 1980 und 2009)	Mehrheitlich wird eine Reduktion der Aufenthaltsdauer ausgewiesen, aber: Entwicklung wird auch durch den technischen Fortschritt beeinflusst. Zudem gibt es vereinzelt Hinweise darauf, dass die Effekte nur kurzfristiger Natur waren.
Frick et al. (2013)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht	40 von 56 Studien zeigten Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf.

²⁸ Zumindest dann, wenn die untere Grenzverweildauer erreicht ist (so dass keine Abschlüsse erfolgen).

²⁹ Anmerkung: Die Frage der Entwicklung der Qualität ist nicht Bestandteil der vorliegenden Studie. Die Ergebnisse der Literaturübersicht zu dieser Thematik sind daher an dieser Stelle nicht aufgeführt, sie sind jedoch in Anhang II zu finden.

Böcking et al. (2005)	USA, Schweden, Italien, etc.	Literaturübersicht	Mit der Einführung einer fallpauschalierten Vergütung sinkt die Aufenthaltsdauer tendenziell.
Fürstenberg et al. (2013)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Deskriptive Analyse der Aufenthaltsdauerentwicklung nach Einführung von G-DRG, dritter Forschungszyklus (2008-2010)	Zwischen 2004 und 2010 sank Aufenthaltsdauer um durchschnittlich 2.2% pro Jahr, aber: langfristiger Trend zur Reduktion der Aufenthaltsdauer, Kausalität zu G-DRG konnte nicht nachgewiesen werden.
Farrar et al. (2009)	England (DRG seit 2006)	Difference-in-Differences-Ansatz, Zeitraum: 2002-2006	Evidenz, dass die Einführung des DRG-basierten Systems zu einer signifikanten Reduktion der Aufenthaltsdauer führte.

Praxis in der Schweiz

A. Aufenthaltsdauer insgesamt

Besonders relevant bezüglich Aufenthaltsdauer ist die Befürchtung, dass Patientinnen und Patienten aus wirtschaftlichen Gründen zu früh aus dem Spital entlassen werden (sog. blutige Entlassungen). Die Fachpersonen waren jedoch übereinstimmend der Meinung, dass dies aktuell nicht der Fall sei.

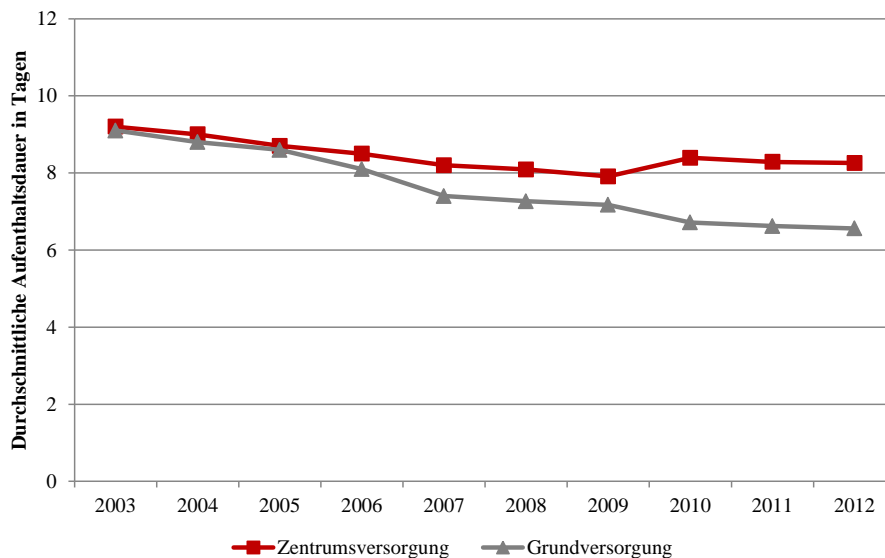
Die Studien, welche in Zusammenhang mit der Einführung von APDRG durchgeführt wurden (Widmer und Weaver, 2011, Busato und Below, 2010 und Gerritzen und Kirchgässner, 2011), finden keinen Hinweis auf einen (signifikanten) Einfluss von APDRG auf die Aufenthaltsdauer.³⁰ Gilt dieses Ergebnis auch für SwissDRG?

Auch in den Fachgesprächen bestand Konsens, dass die Reduktion der Aufenthaltsdauer ein allgemeiner Trend ist. Gründe dafür seien der medizinische Fortschritt und eine veränderte Definition der Akutspitäler („Akutspitäler werden immer akuter“, so würden Betten, welche früher zum Akutbereich zählten, teilweise neu definierten Angeboten angehören). Die neue Spitalfinanzierung würde – wenn überhaupt – nur zu einer (leichten) Verstärkung dieses Trends führen.

³⁰ Vgl. Widmer und Weaver (2011): Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und Gerritzen und Kirchgässner (2011): Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich, Gutachten z.H. des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO). Widmer und Weaver führen eine Regressions- und Varianzanalyse bei Patientendaten aus 152 Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 durch; Busato und Below eine Small Area Analyses und Gerritzen und Kirchgässner vergleichen in einer deskriptiven Analyse die Entwicklung der Aufenthaltsdauer in der Schweiz und in Deutschland zwischen 1995 und 2008.

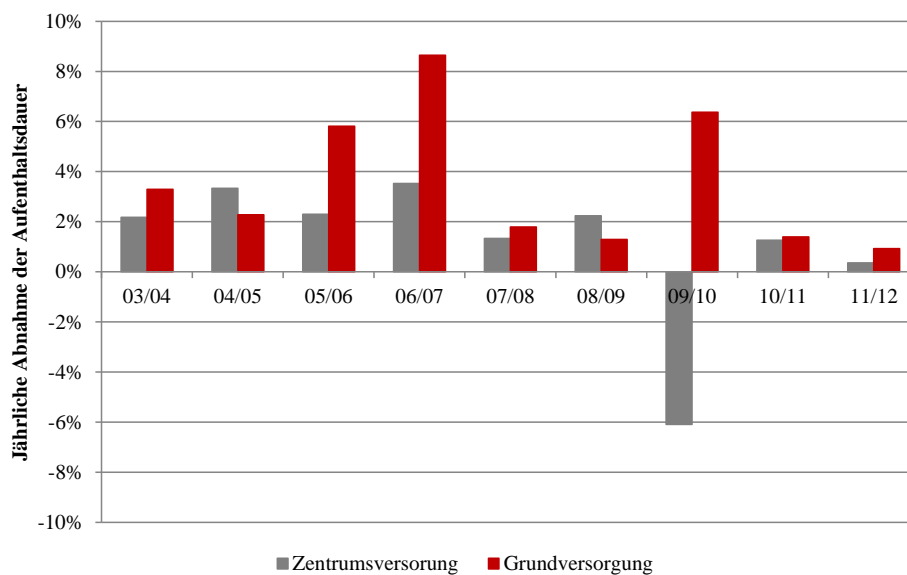
Eine Datenauswertung für die gesamte Schweiz bestätigt dieses Bild: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nahm in den letzten Jahren kontinuierlich ab, insbesondere in der Grundversorgung. Seit Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung zeigt sich keine (überdurchschnittliche) Abnahme der Aufenthaltsdauer.

Abbildung 7 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Akutspitäler, 2003-2012



Quelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser

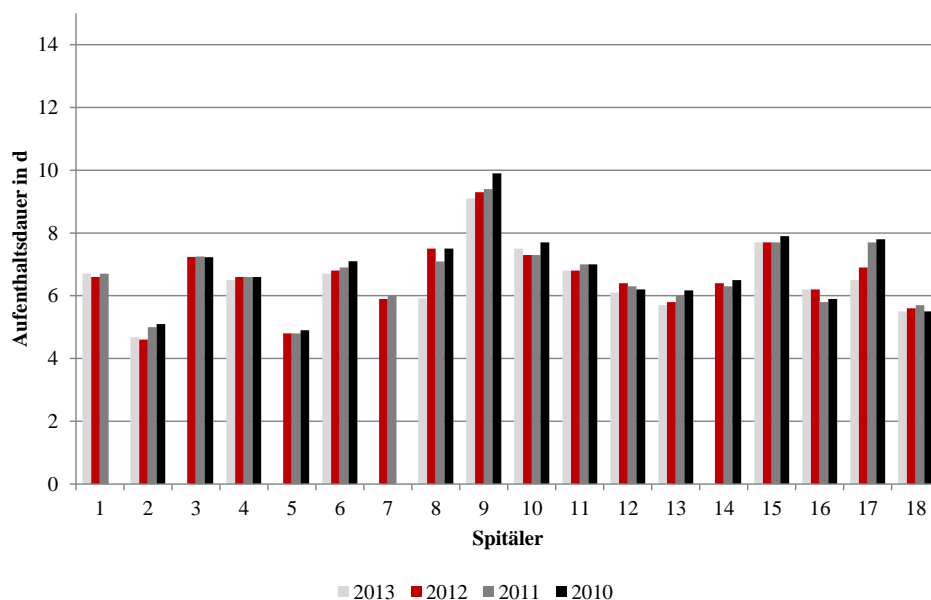
Abbildung 8 Jährliche Abnahme Aufenthaltsdauer, Akutspitäler, 2003-2012



Quelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Zu beachten ist, dass die Darstellung der Aufenthaltsdauer nur deskriptiv erfolgt. Insbesondere ist sie nicht nach Schweregrad bereinigt. Steigt nämlich der Case-Mix-Index an, könnte eine konstante Aufenthaltsdauer – bereinigt um die Patientenstruktur – einer Abnahme entsprechen. Auf Ebene einzelner Spitäler gilt dies umso mehr, weshalb die Analyse der ausgewählten Spitäler zur Aufenthaltsdauer mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten ist (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9 Aufenthaltsdauer in Tagen, ausgewählte Spitäler, 2010-2013



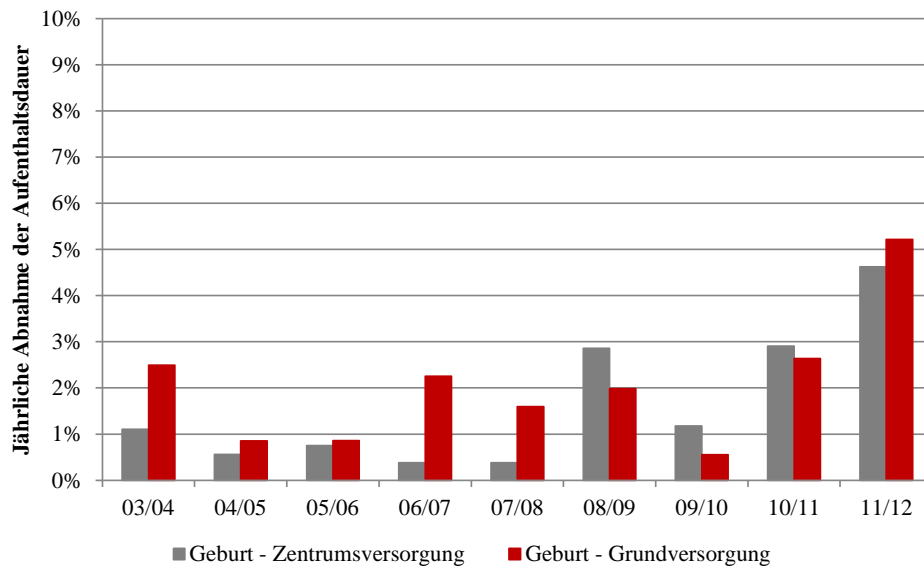
Quelle: Dokumentenanalyse und telefonische Rückfragen

Anmerkungen: Es sind nur vergleichbare, d.h. nach Zählweise SwissDRG berechnete Werte aufgeführt (bei zwei Spitalern war die Vergleichbarkeit nicht gegeben, sie sind daher nicht aufgeführt). Für die Spitäler 6 und 8 ist die Aufenthaltsdauer jeweils nur für die Chirurgie aufgeführt. Zu beachten ist, dass sich die Spitäler bezüglich Leistungsangebot / Fachgebiete wie auch bezüglich Patientenstruktur unterscheiden, was die unterschiedlichen Aufenthaltsdauern erklärt.

B. Aufenthaltsdauer nach Behandlungen

Die Aussage, dass sich zwischen 2011 und 2012 keine Veränderung der Aufenthaltsdauer gezeigt hat, gilt nicht für alle Behandlungen. So zeigt sich bei Geburten – der häufigsten Behandlung in Spitalern – zwischen 2011 und 2012 eine Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, welche über der Entwicklung der letzten Jahre liegt.

Abbildung 10 Jährliche Abnahme der Aufenthaltsdauer, Geburten, 2003-2012



Quelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser

C. Aufenthaltsdauer nach Patientengruppen

Kurzlieger: Eine Besonderheit des DRG-Systems liegt darin, dass bei Patientinnen und Patienten, welche unterhalb einer bestimmten Aufenthaltsdauer liegen (sog. Kurzlieger), Abschläge erfolgen. Mit diesem Instrument möchte man dem Anreiz entgegenwirken, dass Patientinnen und Patienten zu früh entlassen werden. Dieser Mechanismus könnte aus theoretischer Sicht zwei Auswirkungen haben:

- Die Aufenthaltsdauer der früheren Kurzlieger wird erhöht, so dass es keine Abschläge gibt.
- Die einfacheren Fälle werden ambulant behandelt.

In den Gesprächen sagten fünf der acht befragten Spitalvertreter aus, dass tendenziell die Aufenthaltsdauer erhöht wird; Verlagerungen in den ambulanten Bereich finden weniger statt. Der Grund liegt – wie bereits in Kapitel 3.3. erwähnt – darin, dass für das Spital die ambulante Vergütung insgesamt wenig attraktiv ist. Die Auswirkung im Einzelfall hängt allerdings mit dem Belegungsgrad des Spitals und der konkreten Finanzierung der ambulanten Leistung zusammen.

Im Jahresbericht eines Fallbeispielspitals ist die Entwicklung des Anteils Kurzliegers an allen Patientinnen und Patienten im zeitlichen Vergleich dargestellt. So hat sich dieser Anteil zwischen 2009 und 2013 von 17% auf 14% reduziert (Abnahme

um rund 20%). Im Rahmen des Fachgesprächs sagte der Spitalvertreter aus, dass einige Abteilungen noch stärkere Abnahmen aufweisen würden.

In den für die vorliegende Studie betrachteten Spitälern, bei denen Daten dazu vorlagen (n=11), schwankte der Anteil Kurzlieger im Jahr 2012 zwischen 11% und 29% mit einem Median bei 15%.

Betagte Personen: Von verschiedenen Interviewpersonen wurde darauf hingewiesen, dass betagte Personen besonders von den Prozessveränderungen betroffen seien. Im Jahresbericht des Stadtspitals Waid wird diesbezüglich beispielsweise aufgezeigt, dass die Aufenthaltsdauer in der akuteriatriischen Klinik zwischen 2010 und 2012 substantiell abnahm (um ein Drittel von 34.1 auf 22.9 Tage). Für das Gesamtspital war die Abnahme mit 6% deutlich moderater.³¹

Kurzfasit zu Hypothese 4 (Die Aufenthaltsdauer sinkt):

Die Reduktion der Aufenthaltsdauer ist ein allgemeiner Trend, welcher insbesondere mit dem medizinischen Fortschritt zusammenhängt. SwissDRG bewirkt im ersten Jahr der Einführung insgesamt betrachtet keine Verstärkung dieser Entwicklung. Für einzelne Behandlungen und Patientengruppen ist diese Aussage allerdings zu relativieren. So deuten erste Datenauswertungen sowie Aussagen in den Fachgesprächen darauf hin, dass die Aufenthaltsdauer bei Geburten relativ stark abnimmt, während sie bei Patientinnen und Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer tendenziell steigt. → Hypothese 4 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

3.5. Hypothese 5: Der Case-Mix-Index steigt

Theorie und Empirie

Theorie: Der Case-Mix-Index (CMI)³² bildet den Schweregrad der behandelten Fälle im DRG-System ab. Das DRG-basierte Vergütungssystem kann dazu führen, dass systematisch DRGs mit zu hohen Kostengewichten kodiert werden. Ein solches (unerwünschtes) Verhalten wird DRG-Creep oder Up-Coding genannt. Unabhängig davon kann es auch zu Anpassungen in der Kodierung kommen, weil die Personen besser vertraut werden mit dem System. Schliesslich haben auch die

³¹ Vgl. Vgl. Stadt Zürich, Stadtspital Waid (2013).

³² Multiplikation der relativen Kostengewichte pro DRG mit der Anzahl der behandelten Fälle und Division durch die gesamthafte Anzahl Behandlungen.

unterschiedlichen DRG-Tarifstrukturversionen einen Einfluss auf den Vergleich des CMI. Eine Erhöhung des CMI kann aber auch einer realen Zunahme des Schweregrads entsprechen (Auslagerung von leichten Fällen in den ambulanten Bereich, vgl. Hypothese 3).

Zu beachten ist, dass diese Effekte i.d.R. einmalig oder zumindest temporär sind; die Erhöhung des CMI wird daher voraussichtlich abflachen. Beispiel: Die Kodierung kann nur für eine gewisse Zeit verbessert werden, irgendwann ist die Kodierung professionalisiert und der CMI wird sich aus diesem Grund nicht mehr weiter erhöhen.

Internationale Erfahrungen: Verschiedene Studien stellen nach Einführung eines DRG-basierten Vergütungssystems eine Erhöhung des CMI fest; die Gründe für diesen Anstieg sind in den Studien jedoch nicht geklärt.

Tabelle 5 Literaturübersicht Hypothese 5

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Brügger (2010)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht (96 Studien und Reviews zwischen 1980 und 2009)	Evidenz für eine Erhöhung des CMI, aber: Kausalität unklar, neben Up-Coding können auch Verbesserungen in der Kodierung und die Zusammensetzung der Patienten eine Rolle spielen.
Böcking et al. (2005)	USA, Schweden, Italien, etc.	Literaturübersicht	Hinweis auf Up-Coding, aber Effekt ist nur kurzfristig.
Feinglass und Holloway (1991)	USA (DRG seit 1983)	Literaturübersicht	Anstieg des CMI nach Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems, Kausalität ist jedoch unklar (s.o.).
Fürstenberg et al. (2013)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Deskriptive Analyse, dritter Forschungszyklus (2008-2010)	Anstieg des CMI, zu einem grossen Teil durch Strukturveränderungen bedingt (zwischen den DRGs).

Praxis in der Schweiz

Bei den in der Studie betrachteten Fallbeispielspitälern ist – ausser in einem Fall – eine leichte Erhöhung des Case-Mix-Index zwischen 2011 und 2012 festzustellen. Die Spitalvertreter bezeichneten folgende Ursachen als die wichtigsten:

- Verbesserung in der Kodierung
- Unterschiede in den DRG-Tarifstrukturversionen. Gemäss Aussage eines Spitalvertreters können „für einzelne Abteilungen alleine aufgrund der unterschiedlichen Versionen Zu- oder Abnahmen von 20% resultieren“. Die

Schwankungen der einzelnen Kostengewichte zwischen den Versionen 3.0 und 2.0 betragen beispielsweise zwischen -74% bis +160%.³³

Auf Ebene eines Spitals spielt die Schwerpunktsetzung / Spezialisierung des eigenen Spitals sowie der umliegenden Spitäler zudem ebenfalls eine Rolle.

Die Verbesserung der Kodierung ist im Sinne einer möglichst realistischen und transparenten Abbildung der Fälle erwünscht. Davon zu unterscheiden ist das unerwünschte Up-Coding, bei welchem *systematisch* falsch kodiert wird. Um dies zu überprüfen, haben wir bei den in der vorliegenden Studie betrachteten Spitälern eine Analyse der Revisionsberichte zur Kodierung vorgenommen.³⁴ Das Fazit: Es sind zwar gewisse Abweichungen bei der Überprüfung festgestellt worden, aber erstens nicht in grossem Umfang und zweitens – dies ist im Hinblick auf ein mögliches Up-Coding noch entscheidender – nicht systematisch:

- Bei insgesamt 90 der rund 2'500 revidierten Fälle (alle Spitäler zusammen) ergab sich ein verändertes Kostengewicht durch die Revision: bei 45 ein höheres, bei 45 ein tieferes.
- Die DRG-Änderungsquote lag bei durchschnittlich 3.6%. Zwischen den Spitälern schwankte sie zwischen 1% und 8%.
- Bei etwa der Hälfte der analysierten Spitäler sank der CMI durch die Revision, bei der anderen Hälfte stieg er an.

Die Revisionsberichte zeigen auf, dass es bei einigen Spitälern noch Verbesserungsbedarf bei der Kodierung gibt. Beispiele: Die Austrittsberichte sind teilweise nicht ausreichend dokumentiert, zu wenig exakt oder uneinheitlich; einzelne Kodierregeln wurden nicht von allen Spitälern beachtet; die Dokumentationsverantwortlichen sind z.T. noch besser zu schulen. Zu einem systematischen Up-Coding kommt es aktuell jedoch nicht.

Eine Untersuchung des Verbands Santésuisse bestätigt diese Aussage: In einer Überprüfung der Kodierrevisionen bei einer Stichprobe von 50 Spitälern wurde die Kodierung in der Schweiz insgesamt als gut beurteilt.

³³ Vgl. Meyer, B. und Ingenpass, P. (2013): SwissDRG-Version 3.0 – ein Schritt in die richtige Richtung, Schweizerische Ärztezeitung, 2013;94: 26.

³⁴ Die Analyse beruht auf 12 Revisionsberichten zur Kodierung, welche uns vorlagen. In den Revisionsberichten wird jeweils eine Stichprobe geprüft, welche 180 Fälle bei nichtuniversitären Spitälern und 300 Fälle bei Universitätsspitalern umfasst. Vgl. SwissDRG (2011): Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG vom 3.12.2010.

Kurzfasit zu Hypothese 5 (Der Case-Mix-Index steigt):

Ein Up-Coding – d.h. eine systematisch zu hohe Kodierung – findet in der Schweiz gemäss unserer Analyse aktuell nicht statt. Der Case-Mix-Index hat bei den in der Studie betrachteten Spitälern zwischen 2011 und 2012 dennoch leicht zugenommen. Relevante Gründe dafür sind Verbesserungen in der Kodierung und unterschiedliche DRG-Tarifstrukturversionen. → Hypothese 5 wird bezüglich Up-Coding durch die vorliegende Analyse nicht gestützt.

3.6. Hypothese 6: Es kommt zu einer Patientenselektion

Theorie und Empirie

Theorie: Aus finanzieller Sicht setzt das DRG-System für die Spitäler einen Anreiz zur Selektion von Patientinnen und Patienten, bei welchen die zu erwartenden Kosten unter der Leistungsvergütung liegen (z.B. junge und widerstandsfähige Patientinnen und Patienten, welche sich rasch von einer Operation erholen).

Internationale Erfahrungen: Die Literaturergebnisse zu dieser Frage sind uneinheitlich. Eine grosse Literaturstudie zeigt allerdings keine eindeutige Evidenz für eine Patientenselektion.

Tabelle 6 Literaturübersicht Hypothese 6

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Brügger (2010)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht (96 Studien und Reviews zwischen 1980 und 2009)	Keine eindeutige Evidenz bezüglich Folgen des DRG-Vergütungssystems auf Patientenselektion.
Byrne und Newhouse (1988)	USA (DRG seit 1983)	Deskriptive Analyse, Zeitraum: 1981-1985	Selektionseffekt: Teil des Rückgangs der Aufenthaltsdauer nach der Einführung des DRG-Vergütungssystems ist damit zu erklären, dass schwerere Fälle in andere Institutionen ausgelagert wurden Anmerkung: Widerspricht der Beobachtung, dass CMI i.d.R. zunimmt.

Praxis in der Schweiz

Die Tatsache, dass eine Selektion von Patientinnen und Patienten mit geringen Kosten finanziell attraktiv ist, ist im DRG-System selbst begründet. Oder wie es eine Fachperson ausdrückte: „Das DRG ist ein „Durchschnitts-System“, Fälle

*müssen oberhalb und unterhalb der durchschnittlichen Kosten liegen, ansonsten funktioniert das DRG-System nicht“.*³⁵ Jedes Spital hat in der Folge einen Anreiz, diejenigen Patientinnen und Patienten zu behandeln, deren (erwartete) Kosten unterhalb den durchschnittlichen (d.h. der Vergütung) liegen. Besonders prekär ist die Situation deshalb, weil SwissDRG (zumindest in der Version 1.0) nur 60% der Kostenunterschiede zu erklären vermag.³⁶ Oder anders ausgedrückt: Die System ist zu wenig differenziert. Die Differenzierung hängt einerseits mit der Anzahl Fälle zusammen, aber auch mit der Datenqualität, welche zurzeit als teilweise ungenügend eingeschätzt wird.³⁷ Ein Spital, welches früher Netzwerkspital war, sagte z.B. aus, dass sie rund zwei Jahre gebraucht hätten, bis ihre Datenqualität gut gewesen sei. Insofern habe der Einbezug aller Spitäler – obwohl richtig – die Datenqualität vermindert.

Die ungenügende Differenzierung des DRG-Systems wurde auch in den Fachgesprächen mehrfach kritisiert, insbesondere bezüglich folgender Punkte:

- ungenügende Abgeltung der Hochkostenfälle
- keine ausreichende Vergütung für ältere, mehrfach erkrankte Personen. Eindrücklich sind in diesem Zusammenhang die Zahlen aus dem Jahresbericht des Stadtspitals Waid: Der Anteil Langlieger liegt in der Akutgeriatrie bei 45%; im gesamten Spital sind es nur 9%.³⁸
- keine Unterscheidung bezüglich Notfall und elektiver Behandlungen
- keine kostengerechte Abgeltung von Innovationen

Die Kritik ist insofern zu relativieren, als das DRG-System ein „lernendes System“ ist und Anpassungen erfolgen werden. Allerdings wurde deren Dauer in einigen Fachgesprächen ebenfalls bemängelt: Das DRG-System sei zu träge. Dadurch würden Innovationen gehemmt und falsch bewertete DRG zementiert.

Die Befragung im Auftrag der FMH bei akutsomatischen Ärztinnen und Ärzten³⁹ zeigt folgendes Bild: Zwar stimmten 2013 rund 84% der Aussage „Mein Spital nimmt alle Patienten auf, auch wenn sie wahrscheinlich mehr Kosten verursachen werden, als vergütet wird“ (eher) zu, was beinahe gleich viel ist wie 2011 (85%). Gleichzeitig betrug aber die Zustimmungsrate für die Aussage „Es wird versucht,

³⁵ Aussage eines Mitglieds der Begleitgruppe (vgl. Anhang V) an der Sitzung vom 28. April 2014.

³⁶ Zum Vergleich: Der Erklärungsgehalt des DRG-Systems in Deutschland (G-DRG) beträgt 75%.

³⁷ Quelle: Aussagen aus den Interviews und Meyer, B. und Ingenpass, P. (2013).

³⁸ Vgl. Stadt Zürich, Stadtspital Waid (2013).

³⁹ Vgl. gfs.bern (2014).

chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen“ rund 33%, was über dem Wert von 2011 liegt (27%).

Rund die Hälfte der Fachpersonen war der Meinung, dass eine Patientenselektion v.a. bei Privatspitälern durchaus stattfindet. Auch zwei Spitäler berichteten von einer eindeutigen Entwicklung, dass sie von anderen Spitälern vermehrt komplexe Fälle (bei denen sie hohe Kosten erwarten) zugewiesen erhalten. Im Jahresbericht 2012/2013 des Stadtspitals Waid wird dies ebenfalls explizit erwähnt (Klinik für Akutgeriatrie):

„Während die direkt von Hausärztinnen und -ärzten zugewiesenen Patienten nur 18 Tage bei uns blieben, behandelten wir die von anderen Kliniken zugewiesenen während knapp 26 Tagen: ein klarer Hinweis, dass die sekundär überwiesenen Patientinnen und Patienten kränker und behandlungsbedürftiger waren – «schlechte Risiken» aus ökonomischer Sicht, aus unserer Sicht Patienten, die eine gute medizinischgeriatrische Behandlung benötigen.“⁴⁰

Die Bewertung dieses Verhaltens erfolgte demgegenüber unterschiedlich. So wurde beispielsweise darauf hingewiesen, dass eine Spezialisierung ja auch erwünscht sei: *„Maximalversorger sollen komplexe Fälle versorgen.“* Problematisch sei es allerdings dann, wenn die Vergütung nicht adäquat ist.

Kurzfasit zu Hypothese 6 (Es kommt zu einer Patientenselektion):

Die befragten Fachpersonen gaben an, dass es zu einer Patientenselektion kommt, deren Beurteilung fiel allerdings unterschiedlich aus. Denn eine „Selektion“ kann auch als erwünschte Spezialisierung der einzelnen Spitäler betrachtet werden. Es gibt Hinweise darauf, dass chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten von diesem Selektionsverhalten besonders betroffen sind. → Hypothese 6 wird durch die vorliegende Analyse gestützt.

3.7. Hypothese 7: Schwierige Fälle werden unterversorgt

Theorie und Empirie

Theorie: Als Folge der Patientenselektion kann es sein, dass die Leistungen für gewisse Patienten eingeschränkt werden (Unterversorgung von schwierigen Fällen, Rationierung). Während bei der Patientenselektion noch diskutiert werden kann,

⁴⁰ Vgl. Stadt Zürich, Stadtspital Waid (2013), S. 12.

ob dieser Effekt erwünscht ist oder nicht, ist es die Unterversorgung sicherlich nicht.

Internationale Erfahrungen: Die Literaturergebnisse zu dieser Frage sind uneinheitlich. Insbesondere bleibt offen, ob allfällige Effekte kausal zu verstehen sind.⁴¹

Tabelle 7 Literaturübersicht Hypothese 7

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Frick et al. (2013)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht	Keine Verschlechterung der Indikationsstellung (stationäre Behandlung: ja/nein).
Meltzer et al. (2002)	USA: Medicare-Patienten (DRG seit 1983)	a. Entwicklung der Ausgaben für schwere / leichte Fälle im Vergleich zu Nicht-Medicare-Patienten b. Literaturübersicht	a. Kosten für schwere Fälle im Vergleich zu den Kosten für leichte Fälle sanken nach Einführung der prospektiven Vergütung über Fallpauschalen. Allerdings ist dies auch für die Kontrollgruppe (Nicht-Medicare-Patienten) zu beobachten. b. Literaturübersicht weist auf eine Verlagerung der Ressourcen zuungunsten von schweren Fällen hin.
Bohnsack und Vogd (2006)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Qualitative Längsschnittstudie: Themenzentrierte Interviews und Feldbeobachtungen einer chirurgischen und internistischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser, zwei Befragungen: 2000 und 2004	Knappe Ressourcen hindern die Ärzte nicht daran, komplizierten Fällen die höchste Aufmerksamkeit zu widmen. Komplikationen und Notfälle haben insb. bei den Internisten Vorrang, Patienten mit leichteren Problemen werden hingegen teilweise weniger rasch versorgt, was zu einer (unnötigen) Verlängerung der Verweildauer führt. Patienten werden seltener aus „sozialer Indikation“ noch für ein paar Tage im Spital behalten.

Praxis in der Schweiz

Wie in Kapitel 3.6. erwähnt ist es systembedingt, dass es überdurchschnittlich teure und besonders günstige Fälle gibt. Verteilen sich diese überdurchschnittlich teuren Fälle sehr ungleich auf die Spitäler und verursachen sie grössere Defizite, ist dies problematisch – sowohl für die Spitäler wie in der Folge auch für die Patientinnen und Patienten. Dies betrifft Spitäler mit vielen komplexen Fällen, insbesondere die Universitätsspitäler. Das Universitätsspital Zürich behandelt beispielsweise rund die Hälfte aller hochdefizitären Fälle des Kantons (hochdefizitär: Defizit von über 30'000 CHF). Dies ist im Vergleich zum Anteil des Universitätsspitals Zürich an allen Fällen im Kanton (knapp 17%) viel.

⁴¹ Zu beachten ist, dass die Hypothesen 6 und 7 eng zusammenhängen (vgl. daher auch Tabelle 6).

Dennoch kommt es gemäss Meinung der überwiegenden Mehrheit der Fachpersonen aktuell zu keiner Unterversorgung. Der Grund liegt darin, dass die Vergütung der stationären Leistung nicht nur vom (einheitlichen) DRG-Kostengewicht abhängt, sondern auch von den (nach Spital differenzierten) Baserates. Die Baserates von Spitälern mit besonders teuren / komplexen Fällen (insbesondere von Universitätsspitälern) sind dementsprechend deutlich höher als bei anderen Spitälern.⁴² Diese Lösung ist gemäss Interviewaussagen allerdings nicht optimal, längerfristig ist die Tarifstruktur zu verbessern. Dies aus Gründen der Transparenz, aber auch aufgrund weiterer Befürchtungen, welche das Universitätsspital Zürich beschreibt:

„Kurzfristig können höhere Preise als Ausgleich für die überdurchschnittlich hohe Anzahl von komplexen Hochkostenfällen als Lösung der Problematik dienen. Längerfristig sind hier aber entsprechenden Anpassungen am SwissDRG-System unabdingbar. Denn die hohen Preise haben eine abschreckende Wirkung bei den ausserkantonalen Zuweisern. Die Kantone scheuen die Übernahme von Kosten für ausserkantonale Behandlungen. Die Universitätsspitäler werden dadurch nur für ganz spezifische, hochspezialisierte Leistungen auf die Spitallisten genommen.“⁴³

Eine Fachperson sprach des Weiteren von einer Unterversorgung in einem ganz spezifischen Bereich: Unterversorgt seien (insbesondere ältere) Patientinnen und Patienten, die medizinisch gesehen nicht länger im Spital bleiben müssen, aber noch nicht selbständig genug sind, um heimzugehen. Hier gibt es zwar die Übergangspflege, dort können die Patientinnen und Patienten heute aber nur für zwei Wochen bleiben, was zu wenig sei.

Kurzfasit zu Hypothese 7 (Schwierige Fälle werden unterversorgt):

Besonders komplexe resp. teure Fälle sind ungleich auf einzelne Spitäler verteilt und das DRG-System ist zu wenig differenziert, um diese abzubilden. Es besteht daher die Gefahr, dass schwierige Fälle zu Defiziten führen und in der Folge unterversorgt werden. Das Problem wird jedoch mit je nach Spital unterschiedlichen Baserates entschärft. In der Folge kommt es gemäss Einschätzung der Fachpersonen aktuell zu keiner Unterversorgung.

⁴² Beispiel der vom Regierungsrat des Kantons Zürich festgesetzten Baserates für das Jahr 2012: Universitätsspital (Erwachsene): 11'300 CHF, universitäre Kinderspitäler: 12'800 CHF, nicht-universitäre Spitäler: 9'480 CHF (mit Notfallstation) resp. 9'280 CHF (ohne Notfallstation). Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013): Gesundheitsversorgung 2013 – Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie. Zu beachten ist, dass gegen zahlreiche der vom Kanton Zürich festgesetzten Baserates aktuell Beschwerdeverfahren beim Bundesverwaltungsgericht laufen.

⁴³ Vgl. Universitätsspital Zürich (2013a): Geschäftsbericht 2012, S. 16.

→ Hypothese 7 wird durch die vorliegende Analyse nicht gestützt.

3.8. Hypothese 8: Spitäler spezialisieren sich und kooperieren

Theorie und Empirie

Theorie: Die Hypothese ist, dass sich Spitäler im DRG-System auf ihre Stärken spezialisieren (komparative Vorteile) und bestehende Ressourcen durch Kooperationen nutzen. Zu beachten ist, dass Kooperationen im Sinne einer besseren Nutzung der bestehenden Ressourcen grundsätzlich erwünscht sind. Dienen sie jedoch primär der Beeinflussung der Marktstruktur (Verringerung der Konkurrenzsituation), sind sie skeptischer zu hinterfragen.

Internationale Erfahrungen: Eine empirische Trennung der oben genannten Effekte ist schwierig. Bezüglich Spezialisierung zeigten sich in früheren US-Studien Evidenz für einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Kostendruck (resp. Anreize zur Kostenreduktion) und der Spezialisierung der Spitäler. In jüngeren Studien in Österreich und Deutschland konnte dies nicht festgestellt werden (in Deutschland nahmen allerdings die Kooperationen zu).

Tabelle 8 Literaturübersicht Hypothese 8

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Eastaugh (2001)	USA (DRG seit 1983)	Regressionsanalysen, Zeitraum: 1991-2000	Die Spezialisierung nahm zu. Spezialisierte Spitäler weisen tiefere Kosten auf als nicht-spezialisierte (bereinigt um Fallgruppen). In den kompetitiven Staaten war die Spezialisierung höher als in den stark regulierten.
Farley und Hogan (1990)	USA (DRG seit 1983)	Messung anhand des Information Theory Index of specialization, ökonomische Analyse, Zeitraum: 1980-1985	Die Spezialisierung nahm zu. Die Spezialisierung war in jenen Spitälern am grössten, bei denen die meisten Anreize zur Kostenreduktion gesetzt wurden.
Kobel und Theurl (2013)	Österreich (DRG seit 1997)	Deskriptive Analyse, statistische Tests (z.B. HHI), Zeitraum: 2002-2010	Keine Evidenz für eine Spezialisierung.
Fürstenberg et al. (2013)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Deskriptive Analyse, dritter Forschungszyklus (2008-2010)	Generelle Leistungsspezialisierung oder -diversifizierung ist nicht beobachtbar. Aber: Es wurde eine Zunahme der Kooperationen zwischen Krankenhäusern bei medizinischen Kernleistungen beobachtet.

Praxis in der Schweiz

A. Kooperationen

Die Fachgespräche zeigten eine relativ grosse Heterogenität zwischen den Spitalern auf. Alle befragten Spitäler sind Kooperationen eingegangen oder planen dies zumindest. Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung wurde hingegen sehr unterschiedlich bewertet: Während die einen Zusammenhang verneinten, sprachen die anderen von einem sehr grossen Einfluss (z.B. können gewisse Anforderungen der Leistungsaufträge mit Kooperationen einfacher erfüllt werden). Bei folgenden exemplarischen Beispielen wird in den Jahresberichten zur Zusammenhang zur neuen Spitalfinanzierung explizit dargestellt:

Inselspital Bern: *„Der Beschluss der Berner Regierung und des Grossen Rates, das Inselspital und die Spital Netz Bern AG zu fusionieren und so beide Spitäler auf die Herausforderungen der Zukunft – insbesondere auf die neue Spitalfinanzierung – vorzubereiten, war der Startschuss zu einer der grössten Herausforderungen für die beiden Spitäler.“*⁴⁴

Kantonsspital Winterthur: *„Die neue kantonale Spitalliste mit leicht geänderten Leistungsaufträgen bietet Akutspitalern die Chance zu Kooperationen. So haben das KSW und das GZO Spital Wetzikon ihre medizinische Zusammenarbeit dort verstärkt, wo sie sich ergänzen.“*⁴⁵

Felix Platter-Spital: *„Schon im Vorfeld der Volksabstimmung über die Verselbstständigung der drei staatlichen Basler Spitäler (Universitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken sowie Felix Platter-Spital) wurde auf einen Vorteil der Neuregelung der Spitalfinanzierung speziell hingewiesen: Dank der neu gewonnenen Eigenständigkeit könnten die Spitäler in eigener Regie inskünftig sinnvolle Kooperationen untereinander eingehen. Es dauerte auch nicht sehr lange bis die Zusammenführung der Akutgeriatrie des Universitätsspitals Basel per 1.1.2013 mit dem Felix Platter-Spital in eine weitere strategische Kooperation beschlossen worden ist.“*⁴⁶

Unbestritten ist, dass die Spitäler bezüglich Kooperationsverhalten unterschiedlich weit sind und dass die Entwicklung Zeit braucht. So sagte ein Spitalvertreter beispielsweise, dass die Kooperationen bei ihnen angelaufen seien, sie aber immer noch am Anfang der Möglichkeiten stehen.

⁴⁴ Vgl. Inselspital Universitätsspital Bern (2013): Jahresbericht 2012, S. 5.

⁴⁵ Vgl. Kantonsspital Winterthur (2013): Jahresbericht 2012, S. 5.

⁴⁶ Vgl. Felix Platter-Spital (2013): Jahresbericht 2012, S. 10.

Kooperationen finden gemäss Interviewaussagen vermehrt mit vor- und nachgelagerten Bereichen statt. So werden beispielsweise Kooperationen mit Rehabilitationskliniken vereinbart, um Bettenkontingente zu sichern⁴⁷ oder es wird ein aktives Zuweisermanagement betrieben. Auch mit Krankenversicherern, Alters- und Pflegeheimen, Spitex, Hausärzten und Hausärztinnen sowie mit anderen Akutspitälern finden Kooperationen statt. Bezüglich Kooperationen zwischen Akutspitälern wurde von einem Interviewpartner die These geäussert, dass er von einer Zunahme an Spitalgruppen ausgehe. Grund: „*Mit verschiedenen, eigenständigen Spitälern kann der Erlös maximiert werden.*“

B. Spezialisierung

Auch bezüglich Spezialisierungen gilt die Aussage zur Heterogenität der Spitäler. Ein Vertreter eines Privatspitals schätzte den Einfluss der neuen Spitalfinanzierung für sein Spital beispielsweise hoch ein: Die neue Spitalfinanzierung, mit welcher auch Privatspitäler auf der Spitalliste stehen und Patientinnen und Patienten der Grundversicherung behandeln können, generiert höhere Fallzahlen, wodurch eine Spezialisierung verstärkt möglich sei.⁴⁸

Andere Spitäler verneinten hingegen einen Effekt. Zwei Spitalvertreter wiesen in diesem Zusammenhang beispielsweise auf ihre Funktion als Spital der Zentrums-/Grundversorgung hin, bei welchem eine Schwerpunktsetzung nur in engen Grenzen möglich resp. vom Kanton nicht gewünscht sei. Denn für eine Spezialisierung, die mit einem Abbau an Leistungen an einem Standort verbunden ist, müsse auch die Akzeptanz bei Politik und Bevölkerung vorhanden sein.

Abgesehen von der hochspezialisierten Medizin ist nur in einem der analysierten Jahresberichte (Solothurner Spitäler AG) von einer Schwerpunktsetzung aufgrund der neuen Spitalfinanzierung die Rede:

„Die bisherige Verteilung eines breiten medizinischen Grundangebotes auf fünf Standorte ist kostentreibend und kann in der bisherigen Form im Hinblick auf die Fallkostenpauschalen nicht aufrechterhalten werden. Darum setzt die soH in ihrem medizinischen Leistungsprogramm 2010 bis 2014 Schwerpunkte.“⁴⁹

⁴⁷ Zwei andere Spitalvertreter erwähnten zudem die Kooperation mit Rehabilitationskliniken, deren Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten bereits im Akutspital besuchen.

⁴⁸ Einige Privatspitäler standen allerdings bereits vor 2012 auf der Spitalliste.

⁴⁹ Vgl. Solothurner Spitäler AG (soH) (2011): Geschäftsbericht 2010, S. 6.

Kurzfasit zu Hypothese 8 (Spitäler spezialisieren sich und kooperieren):

Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf Spezialisierungen und Kooperationen sind aktuell schwierig abzuschätzen. Die Mehrheit der befragten Spitalvertreter war der Meinung, dass die Heterogenität zwischen den Spitälern diesbezüglich gross ist und die Entwicklung eher noch am Anfang steht. → Hypothese 8 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

3.9. Hypothese 9: Das Investitionsverhalten ändert sich

Theorie und Empirie

Theorie: Die Spitäler erhalten Investitionskostenzuschläge im Rahmen der DRG-Fallpauschalen und finanzieren ihre Investitionen autonom. Dies stellt eine Änderung im Vergleich zur früheren Finanzierung dar: Investitionen werden neu von der obligatorischen Krankenversicherung zu einem fixen Anteil mitfinanziert. Vor Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung haben die Kantone die Investitionen von öffentlichen Spitälern separat vergütet, private Spitäler erhielten keine Beiträge. Es ist davon auszugehen, dass das Investitionsverhalten der Spitäler durch die veränderte Finanzierung beeinflusst wird.

Internationale Erfahrungen: Die Hypothese zum Investitionsverhalten wurde erst im Laufe des Projekts – nach Durchführung der Literaturrecherche – entwickelt. Es liegen uns daher keine Ergebnisse aus internationalen Studien zur Thematik vor.

Praxis in der Schweiz

Die Finanzierung der Investitionen hat sich verändert. Gleichzeitig hat sich die Autonomie einiger öffentlicher Spitäler erhöht (beispielsweise wurden aufgrund der neuen Spitalfinanzierung Verselbstständigungen durchgeführt). Welche Folgen haben dieser neue Gestaltungsspielraum und die neue Finanzierung auf die Investitionen?

Ein Spitalvertreter sagte aus, dass sich ihre Investitionsstrategie zwar nicht verändert habe, dass die Finanzierung jedoch viel schwieriger geworden sei. Das Ostschweizer Kinderspital erwähnt diese Problematik ebenfalls in seinem Jahresbericht: „Zentrales Problem ist die Finanzierung des Neubaus. Sie lässt sich mit dem für bauliche Investitionen vorgesehenen Anteil der Fallpauschalen aus der neuen Spitalfinanzierung allein nicht bewerkstelligen. Dies ist beim Neubau eines Kinderspitals, das im Gegensatz zu Erwachsenenspitälern keine zusätzlichen Erträge

*aus der Behandlung von Privatpatienten generieren kann, schlicht nicht möglich.*⁵⁰

Insgesamt waren die Aussagen in den Fachgesprächen heterogen. Einige Interviewpartner/innen gehen von einem vorsichtigeren resp. überlegteren Investitionsverhalten aus, andere sagten, dass mehr (oder sogar zu viel) investiert wird. Unklar ist auch, ob das Investitionsverhalten aus Perspektive des Gesamtsystems optimiert wird (Grund: Die betriebswirtschaftliche Sicht entspricht nicht zwingend der volkswirtschaftlichen). Unbestritten sind hingegen folgende Punkte:

- Die teilweise noch provisorischen Tarife, welche für die Spitäler gelten, können hemmend auf die Investitionen wirken (da Rückstellungen getätigt werden müssen). Explizit erwähnt dies das Kinderspital Zürich: *„Dem schweizerischen Gesundheitswesen stehen eine Prozesslawine bevor sowie eine lang andauernde Unsicherheit, was nun wirklich gilt. Diese Ungewissheiten lähmen auch in hohem Masse die Arbeiten an dem an und für sich unbestrittenen Neubauprojekt des Kinderspitals.*⁵¹
- Die Kantone verhalten sich sehr unterschiedlich und finanzieren die Investitionen – zusätzlich zu den Investitionskostenzuschlägen – teilweise mit. Beispiel: Am 17. Juni 2012 hat die Stimmbevölkerung des Kantons Solothurn 340 Mio. CHF für den Neubau des Bürgerspitals bewilligt. Aber nicht nur das jetzige Verhalten, sondern auch der Übergang zur neuen Spitalfinanzierung war kantonal unterschiedlich. So zeigt z.B. PwC (2013)⁵² auf, dass die Kantone den öffentlichen Spitälern die Immobilien mit unterschiedlichen Konditionen übertrugen.

Einschub: Rolle der Kantone

In den Fachgesprächen herrschte Konsens, dass das Verhalten der Kantone sehr unterschiedlich sei und das dieses Verhalten zwischen wettbewerbshemmend und wettbewerbsfördernd variere. Dies gelte nicht nur für Investitionen / Baubeiträge, sondern auch in anderen Bereichen. Diese Aussage bestätigt eine im Jahr 2013 publizierte Studie von Polynomics⁵³, welche beispielsweise folgende Eingrenzungen des Wettbewerbs beschreiben:

⁵⁰ Vgl. Stiftung Ostschweizer Kinderspital (2012): Geschäftsbericht 2011, S. 4.

⁵¹ Vgl. Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (2013): 140. Jahresbericht 2012, S. 5.

⁵² Vgl. PwC (2013): Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen

⁵³ Vgl. Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, Studie im Auftrag von comparis.ch

- Gemeinwirtschaftliche Leistungen, bei denen die Studie nicht nur grosse kantonale Unterschiede, sondern auch eine hohe Intransparenz feststellt (S.4): „Die verbreitete Intransparenz lässt vermuten, dass das Instrument auch tatsächlich zur verdeckten Subventionierung und damit Strukturhaltung verwendet wird.“
- Ein Leistungseinkauf, welcher nicht immer nach transparenten und objektiven Kriterien erfolgt und teilweise Vorgaben zur Patientenzusammensetzung und Mengenbeschränkungen macht
- Die Bildung von monopolistischen Spitalgruppen
- Eine Subventionierung der Spitalinfrastruktur von eigenen Spitalern (z.B. unentgeltliche Zurverfügungstellung der Spitalliegenschaften)

Als Grund für die kantonalen Unterschiede wurde in den Fachgesprächen einerseits ein unterschiedliches Rollenverständnis der öffentlichen Hand genannt, andererseits aber auch die Unterschiede bezüglich der finanziellen Möglichkeiten erwähnt. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Kantone durch den Systemwechsel eine Mehrbelastung zu tragen haben (Grund: Mitfinanzierung der Patienten in Privatspitalern auf Spitalliste und ausserkantonale Spitäler).

Kurzfasit zu Hypothese 9 (Das Investitionsverhalten ändert sich):

Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf das Investitionsverhalten sind aktuell schwierig abzuschätzen. Unbestritten ist, dass sich die Kantone bei Investitionen (aber auch in anderen Bereichen) sehr unterschiedlich verhalten. → Hypothese 9 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

3.10. Hypothese 10: Die Qualitätsanstrengungen nehmen zu

Theorie und Empirie

Theorie: Die erweiterte Spitalwahl, die höhere Transparenz sowie die Vergabe der Leistungsaufträge nach Qualitätskriterien führen aus Sicht der Theorie zu einem Qualitätswettbewerb. Es ist davon auszugehen, dass die Qualitätsanstrengungen der Spitäler zunehmen.

Internationale Erfahrungen: Gemäss der gross angelegten Begleitforschung in Deutschland scheint das DRG-basierte Vergütungssystem einen Einfluss auf das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung (z.B. Qualitätsmanagement oder Zertifizierungen) zu haben. Ein direkter Zusammenhang zwischen dem neuen Ver-

gütungssystem und der Qualität konnte hingegen nicht hergestellt werden (u.a. auch aufgrund der nur deskriptiv erfolgten Analyse).

Eine US-Studie zeigte zudem, dass die Erhöhung der Transparenz – ebenfalls ein Element der neuen Spitalfinanzierung – die Qualitätsanstrengungen der Spitäler zu verstärken vermag.

Tabelle 9 Literaturübersicht Hypothese 10

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Hibbard et al. (2003)	USA: Wisconsin (DRG seit 1983)	Deskriptive Analyse: Fallstudie über den Einfluss von veröffentlichten Informationen zur Krankenhausqualität auf Qualitätsbemühungen in 11 Krankenhäusern, Zeitraum: 2002	Schlecht bewertete öffentliche Krankenhäuser zeigten die grössten Zuwächse bei Massnahmen zur Qualitätsverbesserung.
Fürstenberg et al. (2013)	Deutschland (DRG seit 2003 optional, seit 2004 verbindlich)	Deskriptive Analyse, Befragung der Krankenhäuser, dritter Forschungszyklus (2008-2010)	Das Qualitätsmanagement wurde in knapp zwei Dritteln der Krankenhäuser im Befragungszeitraum aufgebaut oder erweitert. Zwischen 18% und 25% der Spitäler gaben an, dass das DRG-System Einfluss darauf hatte. Die Anzahl Personen, die im Qualitätsmanagement tätig sind, nahm zu. Die Anzahl Zertifizierungen nahm zu. Ein direkter Zusammenhang zwischen DRG-System und Qualität konnte nicht hergestellt werden.

Praxis in der Schweiz

Die in der vorliegenden Studie betrachteten Spitäler haben alle eine eigenständige Qualitätsmanagementabteilung – allerdings war dies bereits vor 2012 der Fall. Drei Spitäler gaben einen Ausbau der Abteilung aufgrund der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung an.

In den Fachgesprächen wurde ausgesagt, dass die Profilierung und das Marketing wichtiger geworden seien, auch das Konkurrenzbewusstsein sei gestiegen. Ob dies allerdings tatsächlich zu einer Qualitätssteigerung führt, wurde unterschiedlich beurteilt.⁵⁴ Die höhere Transparenz und Vergleichbarkeit wurden zwar mehrfach als wichtige Grundlage für einen Qualitätswettbewerb angesprochen. Allerdings wurde teilweise auch betont, dass zwischen Spitalern und Patientinnen resp. Pati-

⁵⁴ Anmerkung: Die Frage der Entwicklung der Qualität ist nicht Bestandteil der vorliegenden Studie.

enten nach wie vor grosse Informationsasymmetrien herrschen, was den Qualitätswettbewerb wiederum hemmt.

Als Indikator dafür wie stark Transparenz und erweiterte Spitalwahl⁵⁵ den (Qualitäts-)Wettbewerb tatsächlich erhöhen, kann die Entwicklung des Anteils ausserkantonaler Patientinnen und Patienten betrachtet werden. Geht man nämlich davon aus, dass die Spitäler in stärkerem Wettbewerb zueinander stehen, sollte dies in Verschiebungen der stationären (und auch ambulanten) Leistungen sichtbar werden – zunächst zwischen Spitälern und in der Folge auch zwischen Kantonen.

Die in der vorliegenden Studie befragten Spitäler zeigten denn auch unterschiedliche Entwicklungen in Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung: Zwei Spitäler vermerkten explizit eine substanzielle Zunahme der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten, bei einem Spital stieg der Anteil der Zuweisungen aus dem Nachbarkanton im Vergleich zum Vorjahr um über 10%.⁵⁶

Ein Fallbeispielspital geht von einer künftigen Abwanderung der Patientinnen und Patienten aus (allerdings ist aktuell noch kein Effekt sichtbar). Gemäss Interviewaussage sind dabei auch kleine Verschiebungen für die Spitäler entscheidend: Denn mit diesen Patientinnen und Patienten lässt sich der Gewinn erwirtschaften (Grenzkosten).

Eine Studie des Obsan⁵⁷ analysierte die ausserkantonalen Spitalaufenthalte im Detail. Vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung erfolgten im Durchschnitt rund 12% der Hospitalisierungen ausserkantonal, wobei die regionalen Unterschiede sehr gross waren. Durchschnittlich wurden rund 30% der im alten System erforderlichen Kostengutsprachegehalte abgelehnt. Nach Ansicht der Autor/innen könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass die ausserkantonalen Behandlungen mit der neuen Spitalfinanzierung (leicht) zunehmen.

Gesamtschweizerisch nahm der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zwischen 2011 und 2012 tatsächlich um knapp 3% zu (2010/2011: Zunahme

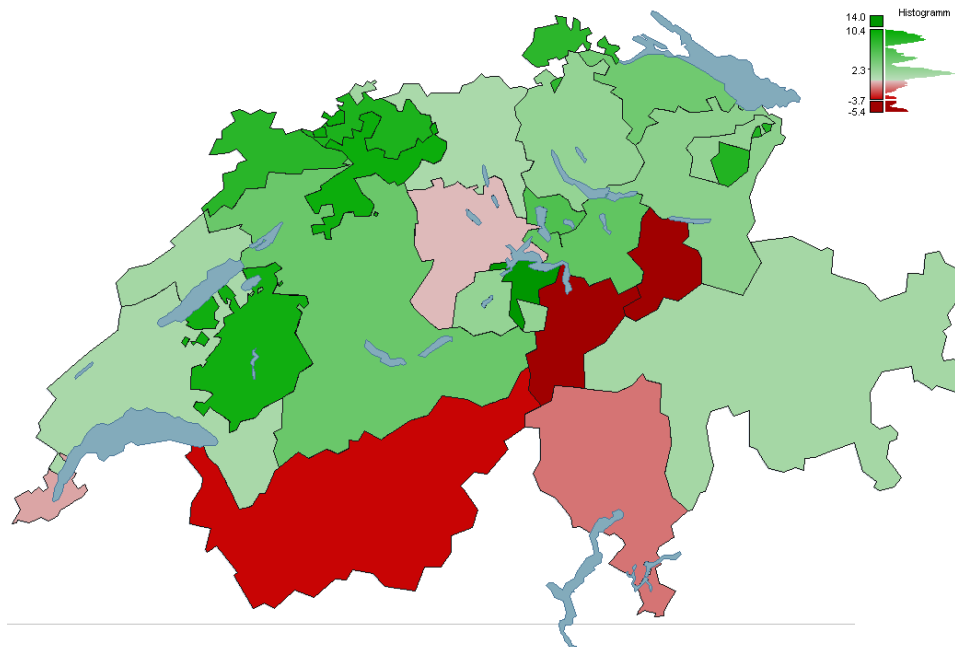
⁵⁵ Zu beachten: Die ausserkantonale Spitalwahl ist insofern eingeschränkt, als nur derjenige Tarif bezahlt wird, welcher in einem Listenspital des Wohnkantons gilt (falls keine medizinischen Gründe für die Wahl des ausserkantonalen Spitals vorliegen). Eine allfällige Kostendifferenz muss die versicherte Person bzw. deren Spitalzusatzversicherung tragen.

⁵⁶ Der Anteil der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten schwankte bei den in der vorliegenden Studie betrachteten Spitälern zwischen 3% und 68% (n=11).

⁵⁷ Vgl. Pellegrini und Luyet (2012): Pellegrini, S. und Luyet, S. (2012): Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

um 0.7%). In einzelnen Kantonen sind die Effekte noch ausgeprägter wie nachfolgende Darstellung zeigt.

Abbildung 11 Veränderung des Anteils ausserkantonaler Patientinnen und Patienten, 2011/2012



Quelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eigene Darstellung auf Basis von MAPresso

Legende: In rot markierten Kantonen nahm der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten (Austritte) ab, in grün markierten zu. Je dunkler die Farbe, desto stärker die Zu-/Abnahme.

Kurzfasit zu Hypothese 10 (Die Qualitätsanstrengungen nehmen zu):

Die Verschiebung der Patientenströme zwischen den Spitälern und in der Folge auch zwischen den Kantonen deutet auf einen gestiegenen (Qualitäts-)Wettbewerb hin. In die gleiche Richtung weisen Aussagen in den Fachgesprächen, dass das Konkurrenzbewusstsein bei den Spitälern zugenommen habe. Ob sich die Qualität dadurch auch tatsächlich verbessert, ist damit allerdings noch nicht gesagt. Zudem wiesen einige Fachpersonen darauf hin, dass zwischen Spitälern und Patientinnen resp. Patienten nach wie vor grosse Informationsasymmetrien herrschen, was den Qualitätswettbewerb wiederum hemmt. → Hypothese 10 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

3.11. Fazit zur Bestandesaufnahme

Den Hauptfokus unserer Analyse haben wir in der Einleitung folgendermassen beschrieben:

Die zentrale Fragestellung ist, ob die KVG-Revision das betriebswirtschaftliche Denken und den Wettbewerb unter den Spitälern verstärkt hat und welche Verhaltensänderungen (Prozess- und Strukturveränderungen) dies zur Folge hat.

Wir haben nun die konkrete Veränderung von Prozessen untersucht (Hypothese 1) und die Folgen dieser Struktur- und Prozessveränderungen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet (Hypothesen 2-10). Welches Fazit lässt sich daraus ziehen – gibt es gesamthaft betrachtet Veränderungen im Verhalten der Spitäler? Inwieweit lassen sich diese auf eine Erhöhung des Wettbewerbs zurückführen? Zu diesen Fragen zieht das vorliegende Kapitel Schlussfolgerungen aus den bisherigen Erkenntnissen.⁵⁸

Verhaltensänderungen

Die Analysen zeigen, dass sich Strukturen und Prozesse anzupassen beginnen. So wird beispielsweise der Trend zu einer (partiellen) Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich verstärkt, Prozesse werden optimiert und die Aufenthaltsdauer wird bei einzelnen Behandlungen und Patientengruppen auf die Anreize des Systems abgestimmt. Andere Entwicklungen wie die künftige Mengenentwicklung im stationären Bereich, die Investitionstätigkeit und die möglichen Spezialisierungen sind aktuell schwierig abzuschätzen.

Unser Fazit: Die Spitäler reagieren auf die neuen Anreize im System. Dies führt gleichzeitig zu einem Spannungsfeld erwünschter Anpassungen und unerwünschter Entwicklungen, welches auch zukünftig eine Herausforderung darstellen wird.

Wettbewerb

Die neue Spitalfinanzierung hat die Rahmenbedingungen für einen erhöhten Wettbewerb geschaffen. In der (subjektiven) Wahrnehmung der betroffenen Institutionen ist dies angekommen: In über der Hälfte der für das vorliegende Projekt analysierten Jahresberichte wird von verstärktem Wettbewerb und steigendem Kostendruck durch die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung gesprochen.

⁵⁸ Das Kapitel basiert auf den Fachgesprächen und den Datenauswertungen, stellt aber letztlich die Sicht des Evaluationsteams dar.

Das Potenzial der neuen Spitalfinanzierung wird aber u.E. noch nicht vollständig ausgeschöpft. Denn das Verhalten der Kantone wirkt teilweise wettbewerbshemmend – sei es über Beschränkungen von Fallzahlen oder Investitionszuschüsse an die eigenen Spitäler. Dies kann zukünftig sogar zu einer Verringerung des Wettbewerbs führen (vgl. Polynomics, 2013, S. 5).⁵⁹

„Je mehr nun andere Kantone, ihre eigenen Spitäler subventionieren und deren Infrastruktur mit Steuergeldern finanzieren, desto stärker werden die Spitäler in den wettbewerbsfreundlichen Kantonen benachteiligt. Das kann diese in ihrer Existenz bedrohen und die Kantone zum Handeln zwingen, da die Spiesse auf dem Markt nicht für alle gleich lang sind.“

Auch die zum Teil noch bestehenden Informationsasymmetrien zwischen Spitalern und Patientinnen resp. Patienten hemmen den Wettbewerb.

Unser Fazit: Der Wettbewerb zwischen den Spitalern ist tendenziell gestiegen, das vollständige Potenzial wird aber noch nicht realisiert.

Bei allen Aussagen ist festzuhalten, dass die Bestandesaufnahme lediglich ein Zwischenfazit darstellt. Denn die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung ist erst seit 2012 in Kraft. Daten liegen teilweise erst für *ein* Jahr seit Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung vor, Entwicklungen stehen erst am Anfang. Dazu kommt: Aktuell gelten für viele Spitäler provisorische Arbeitstarife, welche zu Unsicherheiten führen und Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung verzögern können. Für robuste Aussagen wäre ein längerer Zeithorizont wichtig, weshalb die vorliegende Studie im nachfolgenden Kapitel Studienvorschläge für die weitere Evaluation entwickelt.

⁵⁹ Wie sehr der Wettbewerb tatsächlich spielt, hängt des Weiteren von der Gewinnfrage ab: In den Fachgesprächen wurde mehrfach kritisiert, dass besonders effiziente Spitäler mit tieferen Kosten als der Benchmark „bestraft“ würden. Insofern stehe Art. 59c KVV („Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken“) in Widerspruch zum KVG. Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Entscheid bezüglich Baserate des Kantonsspital Luzern Effizienzgewinne allerdings als zulässig erklärt: *„Der altrechtliche Grundsatz, wonach ein KVG-Tarif höchstens die anrechenbaren Kosten eines Spitals decken darf, gilt im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung nicht mehr.“* Vgl. Bundesverwaltungsgericht (2014): Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014. Die in den Fachgesprächen diskutierte Gewinnfrage ist damit gelöst.

4. Forschungsbedarf

Zur Identifikation des bestehenden Forschungsbedarfs haben wir die befragten Fachpersonen gebeten, uns die aus ihrer Sicht prioritären Forschungsthemen zum Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Struktur- und Prozessveränderungen in den Spitälern zu nennen (vgl. Abschnitt 4.1.). Die genannten Forschungsthemen bewerteten wir danach nach verschiedenen Kriterien (Abschnitt 4.2.) und erarbeiteten daraus konkrete Studienvorschläge (Abschnitt 4.3.).

4.1. Forschungsthemen aus Sicht der Fachpersonen

Von den Fachpersonen wurden 11 Forschungsthemen mehrfach genannt (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10 Forschungsthemen aus Sicht der Fachpersonen

Nr.	Forschungsthema (Reihenfolge nach Hypothesen)
1	Analyse zu Hypothese 2: Mengenentwicklung: Wie entwickeln sich die Fallzahlen ausgewählter Eingriffe? Kommt es zu unnötigen Eingriffen? Welche Eingriffe sind wirksam?
2	Analyse zu Hypothese 3: Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich
3	Analyse zu den Hypothesen 3 und 6: Verlegungspraxis: Wann finden Verlegungen statt? Wie entwickelt sich die Anzahl Ambulanztransporte? Wird mit den Verlegungen eine Patientenselektion betrieben? Fokus auf multimorbide Patientinnen und Patienten
4	Analyse zu Hypothese 4: Aufenthaltsdauer mit speziellem Fokus auf die Entwicklung der Aufenthaltsdauer bei „einfacheren“ Fällen einer DRG (Kurzlieger)
5	Analyse zu Hypothese 5: Wie entwickelt sich der CMI in den Spitälern? Kommt es mittelfristig zu einem Up-Coding?
6	Analyse zu Hypothese 8: Spezialisierung: Wer wird sich wie spezialisieren? Entsprechen diese Spezialisierungen auch einem längerfristigen Optimum?
7	Analyse zu Hypothese 9 und hypothesenübergreifend: Verhalten der Kantone: Wie setzen die Kantone die neue Spitalfinanzierung um? Werden durch unterschiedliche Umsetzungen Wettbewerb und Vergleichbarkeit eingeschränkt? Besonderer Fokus auf das Investitionsverhalten: Unterscheidet sich dieses kantonal? Wie entwickelt es sich?
8	Hypothesenübergreifende Analyse: Wie entwickelt sich die Patientenzufriedenheit?
9	Neue Fragestellung: Welche (Fehl-)Anreize gibt es im Gesamtsystem der Finanzierung?
10	Neue Fragestellung: Welchen Einfluss hat die neue Spitalfinanzierung auf die Kosten im Gesundheitswesen?
11	Neue Fragestellung: Welche Auswirkungen hat die neue Spitalfinanzierung auf das Personal? Wie entwickeln sich die Arbeitsbelastung und die Zeit für Patientinnen und Patienten? Sind verschiedene Personalkategorien unterschiedlich betroffen?

Anmerkung: Aufgeführt sind nur mehrfach genannte Studienvorschläge.

Quelle: Fachgespräche und Workshop mit der Begleitgruppe vom 28. April 2014

4.2. Diskussion der Forschungsthemen

4.2.1. Bewertung der Forschungsthemen

Es gilt nun, die 11 Forschungsthemen zu bewerten und zu priorisieren. Dazu wenden wir folgende Bewertungskriterien an:

- Ist das Forschungsthema relevant für die Gesundheitsversorgung⁶⁰ (Versorgungsrelevanz)?
- Ist das Forschungsthema ökonomisch relevant?
- Liefert das Forschungsthema einen Erkenntnisgewinn?
- Ist das Forschungsthema durchführbar (Machbarkeit)?

Tabelle 11 stellt unsere Einschätzung dar. Diese basiert auf der gesundheitsökonomischen Theorie, Aussagen aus den Fachgesprächen und dem Workshop sowie der Expertise des Evaluationsteams. Ebenfalls aufgeführt sind die Anzahl Nennungen durch die Fachpersonen resp. die Punkte, welche das Forschungsthema von den Mitgliedern der Begleitgruppe erhielt. (Im Workshop mit der Begleitgruppe wurde die Priorisierung der Studienvorschläge mittels eines Punktesystems vorgenommen: Jede/r Teilnehmende erhielt sechs Punkte und konnte diese frei auf die zuvor vorgeschlagenen Forschungsthemen verteilen, vgl. Abschnitt 2.2.).

Tabelle 11 Bewertung der Forschungsthemen

Nr.	Forschungsthema	Bewertung B,S,S.				Bewertung Fachpersonen
		Versorgung	Ökonomie	Erkenntnisgewinn	Machbarkeit	Anzahl Nennungen / Punkte
1	Hypothese 2: Mengenentwicklung	●●●	●●●	●●●	●●●	Fachgespräche (7 Nennungen)
2	Hypothese 3: Verlagerungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich	●●●	●●●	●● Studie FMH/H+ zu Teilverlagerungen	●●●	Fachgespräche (3 Nennungen) / Workshop (4 Punkte)
3	Hypothesen 3 und 6: Verlegungspraxis	●●●	●●●	●● Studie BAG zu Schnittstellen, Evaluation Pflegefinanzierung geplant	●●●	Fachgespräche (7 Nennungen) / Workshop (5 Punkte)

⁶⁰ Unter Gesundheitsversorgung verstehen wir den Zugang aller Bürgerinnen und Bürger zu einem hochwertigen Gesundheitswesen.

4	Hypothese 4: Aufenthaltsdauer	●●●	●●●	●●●	●●●	Fachgespräche (2 Nennungen)
5	Hypothese 5: CMI / Up-Coding	●	●●●	● Revision nimmt Beurteilung der Kodierqualität vor	●● Vergleich- barkeit bei versch. Versionen eingeschränkt	Fachgespräche (2 Nennungen)
6	Hypothese 8: Spezialisierung	●●●	●●	●●●	● Kausalität schwierig, da langer Prozess und versch. Einfluss- faktoren	Fachgespräche (2 Nennungen)
7	Hypothesenüber- greifend: Verhal- ten der Kantone	●●●	●●●	● Studie Polyno- mics, primär politische Frage	●● evtl. strategi- sche Antworten	Fachgespräche (5 Nennungen) / Workshop (11 Punkte)
8	Hypothesenüber- greifend: Patien- tenzufriedenheit	●●●	●	●● Patientenbefra- gung ANQ	●●●	Workshop (8 Punkte)
9	Neue Fragestel- lung: (Fehl-)Anreize im Ge- samtsystem*	●●●	●●●	● Anreize aus theoretischer Sicht bekannt, primär politi- sche Frage	●●●	Fachgespräche (4 Nennungen)
10	Neue Fragestel- lung: Auswirkun- gen auf die Kos- ten*	●	●●●	●●●	● Kausalität schwierig, da versch. Einfluss- faktoren	Fachgespräche (3 Nennungen)
11	Neue Fragestel- lung: Auswirkun- gen auf das Per- sonal*	●●●	●	● Ärztinnen und Ärzte über FMH befragt / Projekt Univer- sität ZH / SNF zu Pflegekon- textfaktoren	●● Trennung Kosten- druck von System- wechsel schwierig	Fachgespräche (1 Nennung) / Workshop (4 Punkte)

●●● hoch / ●● mittel / ● gering

* Die Forschungsthemen sind nicht Teil der in der vorliegenden Studie zu untersuchenden Struktur- und Prozessanpassungen in den Spitälern. Die Auswirkungen der Revision auf die Kosten werden gemäss BAG im Themenbereich „Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems“ der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung untersucht.

Quelle: Fachgespräche, Workshop mit der Begleitgruppe, eigene Expertise

Forschungsthemen, welche in den Kriterien Versorgung und Ökonomie zusammen mindestens vier Punkte erreichen und bei Erkenntnis und Machbarkeit je mindes-

tens zwei Punkte aufweisen, sind in Tabelle 11 markiert und werden in Abschnitt 4.3. als konkrete Studienvorschläge ausgearbeitet. Die nicht weiter verfolgten Forschungsthemen werden in Abschnitt 4.2.2. kurz erläutert.

Zu den Hypothesen 1, 7 und 10 wurden von den Fachpersonen keine Forschungsthemen genannt. Auch aus unserer Sicht drängen sich keine konkreten Studienvorschläge dazu auf:

Hypothese 1 (Prozesse werden angepasst): Die vorliegende Studie zeigt, dass sich die internen Prozesse aufgrund der neuen Spitalfinanzierung ändern. Aus Versorgungssicht sowie aus ökonomischer Perspektive erscheinen uns allerdings die Folgen und Auswirkungen dieser Prozessveränderungen (Hypothesen 2-10) relevanter als die vertiefte Analyse der Prozesse selbst (Hypothese 1). Weiter wäre es u.E. schwierig, längerfristige Veränderungen der Prozesse auf die neue Spitalfinanzierung zurückzuführen – umso mehr wenn die Studie erst in einigen Jahren durchgeführt wird (und die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung somit schon etwas zurückliegt).

Hypothese 7 (schwierige Fälle werden nicht angemessen versorgt): Die Hypothese ist aus Versorgungssicht von zentraler Bedeutung. Sie kann allerdings mit den Forschungsthemen 3 (Verlegungspraxis) und 8 (Patientenzufriedenheit) u.E. abgedeckt werden.

Hypothese 10 (Qualitätsanstrengungen nehmen zu): Aus Versorgungssicht sind die Qualitätsanstrengungen weniger entscheidend als die Qualität selbst. Diese wird im Rahmen der Evaluation des BAG im Themenbereich „Qualität der stationären Spitalleistungen“ untersucht.

4.2.2. Nicht weiter verfolgte Forschungsthemen

CMI / Up-Coding (Hypothese 5)

Für eine Studie zur Veränderung des CMI müssten die Daten nach den verschiedenen DRG-Tarifstrukturversionen bereinigt werden, was grundsätzlich möglich ist. Der Erkenntnisgewinn ist allerdings u.E. gering. Denn mit den Revisionsberichten wird die Kodierung für jedes Spital detailliert untersucht; allfällige systematische Abweichungen (Up-Coding) würden dort deutlich besser erkannt als in einer Studie dazu. Wir erachten daher das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer solchen Studie als gering und erarbeiten keinen Studienvorschlag dazu.

Spezialisierung (Hypothese 8)

Die Frage der Spezialisierung ist von Interesse – sowohl aus Sicht der Versorgung als auch ökonomisch. Wir erachten allerdings die Machbarkeit einer solchen Studie als relativ schwierig. Denn die Frage, ob und wie sich Spitäler spezialisieren, beinhaltet einen längeren Prozess, der von verschiedenen Einflussfaktoren abhängt. Die Kausalität ist daher schwierig zu ermitteln. Eine Möglichkeit wäre, die Spitalisten und das Bewerbungsverfahren dazu zu analysieren: Für welche Leistungen bewerben sich die Spitäler? Dennoch erachten wir das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Studie zur Spezialisierung als eher gering und sehen daher keinen Studienvorschlag dazu vor.

Verhalten der Kantone (hypothesenübergreifend)

Von den Fachpersonen mehrfach genannt wurde der Studienvorschlag zum Verhalten der Kantone. Die Thematik hat auch aus unserer Sicht entscheidende Relevanz für die Wirkungen der Spitalfinanzierung: Mit dem KVG soll der Wettbewerb zwischen den Spitälern gestärkt werden. Sollten die Kantone sich wettbewerbshemmend verhalten, kann das Potenzial nicht ausgeschöpft werden. Es ist wichtig, diese Entwicklung möglichst früh zu erkennen, denn das wettbewerbshemmende Verhalten einiger Kantone kann dazu führen, dass andere Kantone nachziehen (müssen). Dennoch verzichten wir auf die Entwicklung eines konkreten Studienvorschlags. Denn mit der Studie von Polynomics (2013) sind aktuelle Grundlagen zum Wettbewerbsverhalten der Kantone vorhanden.⁶¹ So wird die Wettbewerbsfreundlichkeit aller Kantone anhand von vier Bereichen (der Kanton in seiner Hoheitsfunktion, als Mitfinanzierer und Eigentümer von Spitälern sowie die politische Ausgestaltung) und 40 Indikatoren analysiert. Die Thematik ist u.E. eher eine politische, denn eine wissenschaftliche Frage.

Allenfalls könnte man konkret die Investitionen analysieren, welche sich – teilweise als Folge der unterschiedlichen Kantonsbeiträge – unterschiedlich entwickeln. Dafür könnte auf Daten der SwissDRG AG zurückgegriffen werden.⁶² Alternativ kann eine Stichprobe von Spitälern – mit Unterstützung von H+ – befragt werden.

⁶¹ Möglicherweise ist es allerdings sinnvoll, die Studie in einigen Jahren zu aktualisieren.

⁶² Die SwissDRG AG erhebt jährliche Daten zu den Anlagenutzungskosten der Spitäler. Diese Daten werden von der SwissDRG AG selbst zwar nicht an Forschungsteams herausgegeben, aber sie werden an das BFS für die „Statistik diagnosebezogener Fallkosten“ weitergeleitet. Gemäss Aussage von Mathieu Vuilleumier (SwissDRG AG) könnte das BFS die Daten für einen Studienauftrag zur Verfügung stellen (Auskunftsperson: Giovanni Teotino). Die Daten sind aber erst ab dem Jahr 2012 nutzbar (zuvor war die Datenqualität ungenügend).

(Fehl-)Anreize (neue Fragestellung)

Das Forschungsthema ist nicht Teil der in der vorliegenden Studie zu untersuchenden Struktur- und Prozessanpassungen in den Spitälern, weshalb kein konkreter Studienvorschlag dazu erarbeitet wird. Zu beachten ist zudem, dass die Anreize des Systems aus theoretischer Sicht bekannt sind. Die Thematik ist u.E. eher eine politische, denn eine wissenschaftliche Frage.

Kostenfolgen (neue Fragestellung)

Das Forschungsthema ist nicht Teil der in der vorliegenden Studie zu untersuchenden Struktur- und Prozessanpassungen in den Spitälern, weshalb kein konkreter Studienvorschlag dazu erarbeitet wird. Eine Untersuchung dazu wäre aus ökonomischer Sicht von grossem Interesse; gewisse Schwierigkeiten sehen wir allerdings in der Frage der Kausalität. Wichtig wäre in jedem Fall, den gesamten Prozess zu analysieren, so dass allfällige Verschiebungseffekte zwischen den Leistungserbringern (z.B. vom Akutspital zu nachgelagerten Institutionen) sichtbar würden.

Auswirkungen auf das Personal (neue Fragestellung)

Das Forschungsthema ist nicht Teil der in der vorliegenden Studie zu untersuchenden Struktur- und Prozessanpassungen in den Spitälern, weshalb kein konkreter Studienvorschlag dazu erarbeitet wird. Zu beachten wäre, dass die verschiedenen Einflussfaktoren Auswirkungen auf das Personal haben:

- Neue Spitalfinanzierung mit veränderten Anreizen
- Gestiegener Kostendruck
- Systemwechsel / Umstellungsphase

Weiter sind bereits bestehende Studien zu berücksichtigen (insbesondere die Befragung der Ärztinnen und Ärzte durch die FMH⁶³ sowie das Monitoring zu den Pflegekontextfaktoren⁶⁴).

⁶³ Vgl. gfs.bern (2014).

⁶⁴ Vgl. Spirig, R. et al. (2014): Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol, GMS German Medical Science 2014, Vol. 12.

4.3. Konkrete Studienvorschläge

Der Fokus des BAG Themenbereichs „Verhalten der Spitäler“ beinhaltet zwei Hauptfragestellungen:⁶⁵

- Spüren die Spitäler die vom Gesetzgeber mit der Revision angestrebte Verstärkung des Wettbewerbs? Hat also die KVG-Revision Spitalfinanzierung den Kosten- und Qualitätsdruck in den Spitälern und das betriebswirtschaftliche Denken verstärkt?
- Welche Anpassungen von Prozessen und Strukturen der Spitäler sind zu beobachten, die zum Ziel haben, entweder die Kosteneffizienz zu verbessern und/oder die Qualität zu steigern oder mindestens beizubehalten?

In der vorliegenden Studie gingen wir von der Annahme aus, dass eine Veränderung des betriebswirtschaftlichen Denkens oder des Wettbewerbs kaum direkt gemessen werden kann; eine Veränderung des Verhaltens hingegen schon. Oder anders ausgedrückt: Wenn die Anreize der neuen Spitalfinanzierung wirken, ist dies im Verhalten der Spitäler sichtbar. Diesen Ansatz schlagen wir auch für die künftige Forschung vor. Wir orientieren uns daher bei den Studienvorschlägen an den bisher verwendeten Hypothesen zu den möglichen Verhaltensanpassungen der Spitäler.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Studienvorschläge vertiefen einzelne dieser Hypothesen und weisen gemäss der Bewertung in Kapitel 4.2. ein besonders gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis auf. Die Fokussierung auf gewisse Themen beinhaltet aber immer auch den Verzicht auf andere. Dies bedeutet, dass zu den nicht weiter verfolgten Forschungsthemen und Hypothesen keine Aussagen über die vorliegende Bestandesaufnahme hinaus gemacht werden können. Entscheidend ist aus unserer Sicht jedoch nicht, dass alle Hypothesen vertieft untersucht werden, sondern dass die Hauptfragestellungen des Themenbereichs beantwortet werden können.

Dies ist mit den vorgeschlagenen Forschungsthemen der Fall. Denn es werden zentrale Indikatoren wie die Fallzahlen, die Verlagerungen, die Verlegungspraxis, die Aufenthaltsdauer sowie die Patientenzufriedenheit vertieft untersucht. Hat das betriebswirtschaftliche Denken zugenommen und der Wettbewerb sich verstärkt, wird sich dies im Verhalten der Spitäler in Bezug auf diese Indikatoren zeigen. Aber auch der Umkehrschluss gilt: Sind keine Veränderungen sichtbar, sind die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf den Wettbewerb als gering einzuschätzen.

⁶⁵ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2014).

Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung werden dabei i.d.R. gesamthaft untersucht. Das heisst: Eine Trennung nach den einzelnen Elementen ist nur bei Fragestellungen mit eindeutigen Wirkungszusammenhängen möglich. Dies ist bei den Analysen zur Leistungsverlagerung, Verlegungspraxis und Aufenthaltsdauer der Fall, bei welchen in erster Linie der Einfluss des DRG-Systems untersucht wird.

4.3.1. Mengementwicklung

Grund der Auswahl: Das DRG-System setzt klare Anreize zur Mengenausdehnung und auch die internationalen Forschungsergebnisse deuten mehrheitlich auf eine Zunahme der Fallzahlen. Wenngleich diese im ersten Jahr seit Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in der Schweiz gesamthaft betrachtet (noch) nicht sichtbar sind, ist es u.E. wichtig, die zukünftige Entwicklung zu analysieren. Denn eine Mengenausdehnung beeinflusst sowohl den Nutzen der Patientinnen und Patienten (Stichwort unnötige Eingriffe) als auch die Kosten stark (die Kostenentwicklung der vergangenen Jahre resultierte hauptsächlich aus einer Mengensteigerung). Aus diesen Gründen konkretisieren wir das Forschungsthema als Studienvorschlag.

Fragestellung: Kommt es als Folge der neuen Spitalfinanzierung zu einer Mengenausdehnung (angebotsinduzierte Nachfrage)?

Methodik: Wir schlagen vor, die Entwicklung der Fallzahlen ab 2000 differenziert nach Prozeduren (CHOP) oder evtl. auch nach DRGs zu analysieren: Bei welchen Prozeduren zeigen sich mit der Einführung von SwissDRG Sprünge (Steigerung, aber auch Reduktionen der Fallzahlen)?⁶⁶ Sind diese Entwicklungen für alle Spitaltypen / Regionen feststellbar? Der Vorteil der Analyse von Prozeduren ist, dass die Daten im zeitlichen Verlauf – im Unterschied zur Analyse von DRGs – direkt vergleichbar sind. Allerdings ist auch hier zu beachten, dass die Prozeduren im Laufe der Zeit verändert wurden. Als Datenbasis kann die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik) genutzt werden. Die Analyse erfolgt zunächst deskriptiv. Danach empfiehlt es sich, die Mengementwicklung nach weiteren Einflussfaktoren zu bereinigen. Dies kann z.B. über Alters- und Geschlechtsstandardisierungen oder auch mit einer weitergehenden ökonometrischen Auswertung (Regressionsanalyse) erfolgen.

Die Dateninterpretation erfolgt zusammen mit Expertinnen und Experten. Beispielsweise können Behandlungen, welche auf klar definierten Kriterien beruhen,

⁶⁶ Ggf. können auch die Auswirkungen der Einführung von APDRG betrachtet werden.

von Behandlungen mit einem grösseren Spielraum differenziert werden.⁶⁷ Auch die Profitabilität der Leistungen (d.h. die Vergütung) spielt eine Rolle.

Optional könnten in einem weiteren Schritt Behandlungen, welche starke Brüche aufweisen, vertieft untersucht werden. Insbesondere wäre zu prüfen, ob diese Eingriffe die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten auch tatsächlich verbessern. Methodisch könnten dazu beispielsweise Patientinnen und Patienten in ausgewählten Spitälern, bei denen diese Behandlungen durchgeführt wurden, ein Jahr später zu den Ergebnissen der Operation befragt werden (mittels etablierter Score-Systeme). Die Ergebnisse würden mit Daten verknüpft, die dem Spital vorliegen (z.B. Diagnose). Eine solche Patientenbefragung weist allerdings grössere Schwierigkeiten auf. Insbesondere ist kein Vorher-Nachher-Vergleich möglich, d.h. der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung kann nicht untersucht werden. Auch weitere methodische Herausforderungen (z.B. Umgang mit verstorbenen Patientinnen und Patienten) erschweren das Vorgehen. Bei Interesse des BAG an diesem Forschungsansatz wäre daher zunächst ein detailliertes Studienkonzept auszuarbeiten.

Aufwand: 60'000 – 80'000 CHF (ohne Patientenbefragung)

4.3.2. Leistungsverlagerung stationär – ambulant

Grund der Auswahl: Teilverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich und der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung wurden in einer aktuellen Studie bereits detailliert untersucht (vgl. Kapitel 3.3.). Auch die Gesamtverlagerungen wurden analysiert, allerdings konnten – aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten – nur praxisambulante Arztbesuche einbezogen werden.⁶⁸ Gerade bei den Verlagerungen von früher stationär durchgeführten Operationen in den ambulanten Bereich kann allerdings vermutet werden, dass diese insbesondere im spitalambulantem Bereich durchgeführt werden. Insofern ist ein Studienvorschlag zur gesamthaften Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich u.E. von Interesse.

Fragestellung: Führt die neue Spitalfinanzierung zu einer gesamthaften Verlagerung gewisser Leistungen in den ambulanten Bereich?

Methodik: Zunächst sind diejenigen Behandlungen zu definieren, bei welchen ein gewisses Potenzial zur ambulanten Durchführung vermutet wird. Eine solche Zuordnung ist im Rahmen von B,S,S. und Universität Basel (2013) bereits vorge-

⁶⁷ Vgl. dazu z.B. das Vorgehen von Or et al. (2013).

⁶⁸ Die Stichprobe der verwendeten Daten von Helsana umfasste nur Personen mit einem Spitalaufenthalt in einem bestimmten Zeitraum. Für den vorliegenden Studienvorschlag wäre zusätzlich eine Stichprobe von Personen ohne Spitalaufenthalt nötig.

nommen worden. Es bietet sich daher an, auf dieser Grundlage aufzubauen, ggf. mit einer Weiterentwicklung mittels Expertengesprächen. Zu beachten ist dabei, dass nicht nur das Potenzial der Leistungsverlagerung relevant ist, sondern auch die konkrete Vergütung im ambulanten resp. stationären Bereich (z.B. ergeben sich voraussichtlich grössere Effekte, wenn die ambulante Vergütung für die Leistungserbringer relativ attraktiv ist). Als Datenquelle sind Daten von Krankenversicherern nötig, sei es in aggregierter Form oder als Stichprobe von Individualdaten. Denn in den Statistiken des BFS sind entsprechende Daten für den ambulanten Bereich und für den relevanten Zeitraum nicht verfügbar. Als Auswertungsmethodik können deskriptive statistische Auswertungen und/oder eine ökonomische Längsschnittanalyse durchgeführt werden. Werden nur Daten in aggregierter Form verwendet, ist eine ökonomische Analyse allerdings nicht möglich.

Herausforderung: Die Studie ist auf die Mitwirkung von Krankenversicherern angewiesen. Die Helsana, welche bereits für die oben genannte Studie Daten zur Verfügung gestellt hat, hat im Rahmen der Begleitgruppensitzung vom 28. April 2014 grundsätzliche Bereitschaft bekundet, weitere Daten zu liefern.

Aufwand: Der Aufwand ist abhängig davon, ob nur aggregierte Daten oder auch Individualdaten verwendet werden.

- Analyse von aggregierten Daten: rund 30'000 CHF
- Analyse von Individualdaten: 80'000 – 150'000 CHF
- Insgesamt: 30'000 – 180'000 CHF

4.3.3. Verlegungspraxis

Grund der Auswahl: In der Bestandesaufnahme gab es Hinweise darauf, dass sich die Verlegungspraxis verändert hat und dass damit auch eine Patientenselektion betrieben wird. Eine fundierte Datengrundlage fehlt jedoch. Wir schlagen daher vor, eine solche zu schaffen. Die Studie würde eine Gesamtsicht über alle Spitäler ermöglichen, welche die Erfahrungen einzelner Spitäler zu bestärken oder auch zu relativieren vermag. Dabei fokussieren wir auf Verlegungen zwischen Akutspitälern. Grund: Die Schnittstelle zum nachgelagerten Bereich wird bereits durch eine andere Studie im Rahmen der Begleitforschung des BAG (Schnittstellenstudie) resp. durch die Evaluation der Pflegefinanzierung (Übergangspflege) behandelt.

Fragestellung: Finden mit der neuen Spitalfinanzierung häufiger Verlegungen zwischen Akutspitalern statt?⁶⁹ Welche Patientengruppen und welche Spitaltypen sind besonders davon betroffen?

Methodik: Mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS kann die Entwicklung der Verlegungen im Rahmen eines Vorher-Nachher-Vergleichs analysiert werden. Dafür sind insbesondere zwei Variablen relevant:

- Aufenthaltsort vor dem Eintritt (1.2.V02)⁷⁰
- Aufenthalt nach Austritt (1.5.V03)⁷¹

Die Anzahl Verlegungen *aus* anderen Spitalern resp. *in* andere Spitäler (und deren Anteil) kann im zeitlichen Verlauf und differenziert nach Spitaltyp und/oder nach einzelnen DRG analysiert werden. Auch der Zeitpunkt der Verlegung ist von Interesse: Fand diese vor oder nach Erreichen der mittleren Verweildauer statt? Letzterer Punkt kann ein Hinweis darauf sein, ob Verlegungen – wie oftmals behauptet – besonders bei potenziell schwierigeren / teuren Fällen stattfinden. Negativ ausgedrückt wäre dies eine Patientenselektion, positiv betrachtet eine Spezialisierung der Spitäler. Für die Analyse könnte die Aufenthaltsdauer der verlegten Patientinnen und Patienten zudem mit der Aufenthaltsdauer von Personen, die von zuhause eintreten, verglichen werden (differenziert nach DRG).

Als Auswertungsmethodik können deskriptive statistische Auswertungen und/oder eine ökonometrische Längsschnittanalyse durchgeführt werden (Regression verschiedener Einflussfaktoren wie z.B. das Vergütungssystem vor 2012 auf die Wahrscheinlichkeit einer Verlegung).

Anmerkung: Sollte im Rahmen der Schnittstellenstudie des BAG das Verlegungsverhalten zwischen Akutspitalern und dem nachgelagerten Bereich (Rehabilitationskliniken) noch nicht genügend abgedeckt sein, könnte ebenfalls eine Auswertung der Medizinischen Statistik erfolgen.

Herausforderung: Es ist zu beachten, dass die Antwortkategorien der Variablen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser mit Einführung von SwissDRG

⁶⁹ Verlegungen *innerhalb* eines Akutspitals können mit der vorgeschlagenen Methodik nicht untersucht werden, da die Daten dazu nicht vorliegen.

⁷⁰ Antwortmöglichkeiten: 1 = Zuhause, 2 = Zuhause mit SPITEX Versorgung, 3 = Krankenhaus, Pflegeheim, 4 = Altersheim, andere sozialmed. Institutionen, 5 = Psychiatrische Klinik, 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus, 7 = Strafvollzugsanstalt, 8 = andere, 9 = unbekannt

⁷¹ Antwortmöglichkeiten: 1 = Zuhause, 2 = Krankenhaus, Pflegeheim, 3 = Altersheim, andere sozialmed. Institution, 4 = Psychiatrische Klinik, 5 = Rehabilitationsklinik, 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus, 7 = Strafvollzugsanstalt, 8 = andere, 9 = unbekannt, 0 = Todesfall

leicht modifiziert wurden.⁷² Weiter ist es möglich, dass die Daten vor 2012 eine schlechtere Datenqualität aufweisen (da sie noch nicht relevant für die Vergütung waren).

Gemäss Interviewaussage entsprechen die Daten zudem nicht den tatsächlichen Verlegungen. Der Grund liegt darin, dass Patientinnen und Patienten teilweise nicht direkt in ein anderes Spital überwiesen werden, sondern nur aufgefordert werden, sich an ein anderes Spital zu wenden. Insofern würden Daten von Krankenversicherern ein vollständigeres Bild abgeben (allerdings mit dem Nachteil, dass die Daten keiner Vollerhebung entsprechen und die Mitwirkung der Krankenversicherer erfordern).

Aufwand: 80'000 – 150'000 CHF

4.3.4. Aufenthaltsdauer

Grund der Auswahl: Bei der Analyse der Aufenthaltsdauer hat sich *insgesamt* kein Effekt durch die neue Spitalfinanzierung gezeigt und der Einfluss wurde auch von den Fachpersonen – im Vergleich zu anderen Einflussfaktoren – als eher schwach bezeichnet. Erste Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Aufenthaltsdauer bei gewissen Behandlungen resp. Personengruppen ändert (Reduktion bei Geburten, Zunahme bei Kurzliegern). Änderungen der Aufenthaltsdauer haben potenziell grosse Auswirkungen auf Kosten und Nutzen. Wir schlagen daher eine diesbezügliche Studie vor.

Fragestellung: Wie entwickelt sich die Aufenthaltsdauer differenziert nach Prozeduren/DRG? Wie entwickeln sich Anzahl und Anteil Kurzlieger? Welche finanziellen Auswirkungen hat dies?

Methodik: Mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser kann die Aufenthaltsdauer differenziert nach Prozeduren/DRG analysiert werden. Interessant ist auch ein Vergleich zwischen der Entwicklung der Aufenthaltsdauer von allgemein versicherten Patientinnen und Patienten und derjenigen von privat resp. halbprivat versicherten Personen, da hier unterschiedliche Vergütungen und somit auch unterschiedliche Anreize auftreten. Mit derselben Datenquelle können Kurzlieger im zeitlichen Verlauf, differenziert nach Spitaltyp und nach Prozedur/DRG, analysiert werden. Falls die Spitäler die Aufenthaltsdauer aufgrund der Regelung bezüglich Kurzlieger tendenziell erhöhen, würde dies im abnehmenden Anteil der Kurzlieger an allen Fällen eines Spitals resp. einer DRG sichtbar werden.

⁷² Antwortkategorie 6 „anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus“ wurde früher mit „anderes Spital“ beschrieben.

Als Auswertungsmethodik können deskriptive statistische Auswertungen und/oder eine ökonometrische Längsschnittanalyse durchgeführt werden (Regression verschiedener Einflussfaktoren wie z.B. das Vergütungssystem vor 2012 auf die Aufenthaltsdauer).

Wenngleich die Analyse der finanziellen Auswirkungen kein Fokus des vorliegenden Themenbereichs darstellt, wäre eine Verknüpfung zwischen Verhaltensänderung (Aufenthaltsdauer) und Kostenfolgen in diesem Fall interessant. So könnte der Einfluss der veränderten Aufenthaltsdauer auf die Gesamtkosten für ausgewählte *Fallbeispiele* betrachtet werden. Dazu wären Daten von Krankenversicherern nötig.

Herausforderung: Als Herausforderung erachten wir die Kausalität: Eine Abnahme des Anteils Kurzlieger kann beispielsweise auch daraus resultieren, dass einfachere Fälle vermehrt ambulant behandelt werden. Insofern sind Expertengespräche, die Differenzierung nach Prozeduren/DRG sowie ggf. die Analyse der Entwicklung der Kostengewichte notwendig.

Aufwand: 80'000 – 120'000 CHF

4.3.5. Patientenzufriedenheit

Grund der Auswahl: In der Forschungsfrage enthalten sind die Auswirkungen allfälliger Struktur- und Prozessanpassungen auf die Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Aus Versorgungssicht ist dies eine der zentralsten Fragen. Der Studienvorschlag ist hypothesenübergreifend angesiedelt, denn er bezieht sich z.B. auf die Auswirkungen allfälliger Anpassungen bezüglich Aufenthaltsdauer und Verlegungen, aber auch auf jene von Abläufen und Prozessen.

Fragestellung: Wie wirkt sich die neue Spitalfinanzierung auf die Patientenzufriedenheit einzelner Gruppen aus? Wie können diese Auswirkungen *kontinuierlich* erfasst werden (Monitoring)?

Methodik: Eine nationale Patientenbefragung ist Bestandteil des ANQ-Messplans.⁷³ Der ANQ hat dazu einen Fragebogen mit fünf Kernfragen entwickelt:⁷⁴

- Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?
- Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
- Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?

⁷³ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken

⁷⁴ Vgl. ANQ (2011): Konzept Nationale Patientinnen- und Patientenbefragung

- Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
- Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?

Aufgrund der Ergebnisse unserer Bestandesaufnahme müsste u.E. ein Fokus der weiteren Forschung auf ältere und multimorbide Personen gelegt werden. Hier scheint die Gefahr eine Verschlechterung der Versorgung am grössten. Eine Möglichkeit wäre, die Auswertungen der nationalen Patientenbefragung gemäss ANQ differenziert nach Altersgruppen auszuweisen. Denn die Variable „Geburtsjahr der Patientinnen und Patienten“ ist als eine der soziodemografischen Variablen vorhanden. Zu klären wäre, ob die Fallzahlen genügend hoch sind, um nach Altersgruppen differenzierte Auswertungen zu ermöglichen. Denkbar ist auch, die Erhebung auszubauen. Dazu könnten weitere Daten erfasst werden (z.B. Behandlung, Aufenthaltsdauer, Verlegungen, Aufenthaltsort nach Spitalaustritt).⁷⁵ Die Möglichkeit, die nationale Patientenbefragung mit einem spezifischen Fokus auf ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten zu ergänzen, wäre u.E. in einer Machbarkeitsstudie in der zweiten Etappe der Evaluation (2015 / 2016) zu prüfen. Die Erhebungen selbst würden dann im Rahmen der Patientenbefragungen der einzelnen Spitäler durchgeführt. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass bei einer Erweiterung der Befragung kein Vorher-Nachher-Vergleich möglich ist.

Herausforderung: Die Möglichkeiten der Datennutzung müssen mit dem Verein ANQ abgeklärt werden. Dies gilt insbesondere auch für eine allfällige Weiterentwicklung des Fragenkatalogs. Alternativ könnte auch eine Metaanalyse der bestehenden, spitalspezifischen Patientenbefragungen durchgeführt werden. Möglicherweise verwenden einzelne Spitäler detailliertere und stärker differenzierte Patientenbefragungen. Diese könnten ggf. gleichzeitig für einen Vorher-Nachher-Vergleich genutzt werden. Ob das vorhandene Datenmaterial dafür ausreicht, wäre im Rahmen der Machbarkeitsstudie zu überprüfen.

Aufwand: Rund 20'000 CHF (nur Machbarkeitsstudie, keine Metaanalyse)

4.4. Fazit zum Forschungsbedarf

Hinsichtlich des bestehenden Forschungsbedarfs haben wir fünf Studienvorschläge erarbeitet, bei welchen wir das Kosten-Nutzen-Verhältnis als besonders gut erachten. Diese sind in Tabelle 12 im Überblick aufgeführt. Die Studienvorschläge be-

⁷⁵ Anmerkung: Eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragungen mit weiteren Daten des Spitals ist nicht möglich, da die Befragungen anonym erfolgen (Auskunft von Regula Heller, ANQ).

inhalten im Grundsatz jeweils einen Vorher-Nachher-Vergleich. Um Verzerrungen anderer Einflussfaktoren zu vermeiden, kann eine ökonometrische Analyse die deskriptiven Auswertungen ergänzen.

Den Aufwand geben wir i.d.R. in einer Bandbreite an. Dies liegt daran, dass die meisten Studienvorschläge vertiefter (z.B. mehr analysierte Behandlungen, Einbezug von mehr Spitälern) oder etwas weniger vertieft untersucht werden können – abhängig von der Gewichtung der einzelnen Forschungsthemen und den Budgetmöglichkeiten.

Tabelle 12 Übersicht über die Studienvorschläge

Studienvorschlag	Vorgehen	Datenquelle	Auswertung	Aufwand
Kommt es als Folge der neuen Spitalfinanzierung zu einer Mengenausdehnung (angebotsinduzierte Nachfrage)? (1)	Mengenentwicklung von Prozeduren oder DRGs / Dateninterpretation mit Expertinnen und Experten	Med. Statistik der Krankenhäuser / Expertengespräche	Deskriptive statistische Analyse / Regressionsanalyse	60'000 – 80'000 CHF
Führt die neue Spitalfinanzierung zu einer gesamthaften Verlagerung gewisser Leistungen in den ambulanten Bereich? (2)	Entwicklung ausgewählter TARMED-Positionen in Regionen mit zuvor Tagespauschalen im Vergleich zu Regionen mit zuvor APDRG	Daten von Krankenversicherern / Expertengespräche	Deskriptive statistische Analyse / Regressionsanalyse (Individualdaten)	30'000 – 180'000 CHF
Finden mit der neuen Spitalfinanzierung häufiger Verlegungen zwischen Akutspitälern statt? Wer ist besonders davon betroffen? (3)	Anzahl Verlegungen nach DRG und Spitaltyp / Zeitpunkt der Verlegung und Aufenthaltsdauer bei verlegten Patientinnen und Patienten	Med. Statistik der Krankenhäuser / evtl. Daten von Krankenversicherern	Deskriptive statistische Analyse / Regressionsanalyse	80'000 – 150'000 CHF
Wie entwickelt sich die Aufenthaltsdauer differenziert nach Prozeduren/DRG? Wie entwickelt sich die Anzahl Kurzlieger? (4)	Aufenthaltsdauer nach Prozeduren / DRG und differenziert nach allgemein / privat, Analyse des Anteils Kurzlieger Auswirkungen auf die Gesamtkosten eines Falls: Fallbeispiele	Med. Statistik der Krankenhäuser / Expertengespräche, Daten von Krankenversicherern	Deskriptive statistische Analyse / Regressionsanalyse / Fallbeispiele	80'000 – 120'000 CHF
Wie wirkt sich die neue Spitalfinanzierung auf die Patientenzufriedenheit einzelner Gruppen aus? Wie kann dies kontinuierlich erfasst werden (Monitoring)? (8)	Machbarkeitsstudie zur Erweiterung der nationalen Patientenbefragung	ANQ, Interviews mit Spitälern	Machbarkeitsstudie	Rund 20'000 CHF

Anmerkung: In Klammern ist die Nr. des Studienvorschlags aus Tabelle 10 und Tabelle 11 aufgeführt.

Anhang I: Pflichtenheft zum Auftrag (Auszug)

1 Einführung

Das Parlament hat am 21. Dezember 2007 der Revision des KVG sowohl im Bereich der Spitalfinanzierung als auch im Bereich des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherten zugestimmt. Die Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten und die neuen Bestimmungen über die Finanzierung werden seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt.

Um die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu untersuchen, hat der Bundesrat am 25. Mai 2011 die Durchführung einer Evaluation in den Jahren 2012 bis 2018 gutgeheissen und deren Finanzierung von 2012 bis 2015 gesprochen. In sechs Themenbereichen sollen wissenschaftliche Studien zu den Auswirkungen der Gesetzesrevision durchgeführt werden:¹

- Themenbereich 1: Anteil der pauschalen Vergütungssysteme vor 2012 (Grundlagenstudie)
- Themenbereich 2: Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems
- Themenbereich 3: Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen
- Themenbereich 4: Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung
- Themenbereich 5: Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler**
- Themenbereich 6: Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Risikoselektion

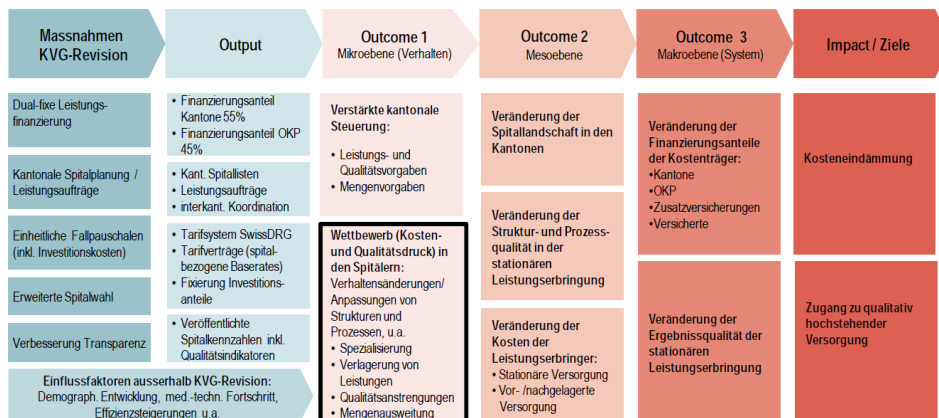
2 Gegenstand der Evaluation

Die Massnahmen der Revision, welche einen postulierten Einfluss auf das Verhalten der Spitäler haben, werden im Gesamtkonzept beschrieben und sind aus dem Wirkungsmodell in der nachfolgenden Darstellung ersichtlich. Das Wirkungsmodell bildet die theoretische Grundlage für die Evaluation. Es wird ein kausaler Zusammenhang zwischen den gesetzlichen Vorgaben und Massnahmen und den daraus folgenden Effekten postuliert.

Im Zusammenhang mit der vorliegend ausgeschriebenen Evaluation soll insbesondere untersucht werden, ob die KVG-Revision den Kosten- und Qualitätsdruck in den Spitälern verstärkt hat, ob also die Spitäler dem Wettbewerb stärker ausgesetzt sind. Trifft dies zu, sind bei den Spitälern Verhaltensänderungen zu erwarten. Dazu gehören insbesondere Anpassungen von Prozessen und Strukturen der Spitäler, die entweder zum Ziel haben, die Kosteneffizienz zu steigern und/oder die Qualität zu steigern/beizubehalten. Solche Optimierungen sind vom Gesetzgeber grundsätzlich erwünscht, wie z.B. Spezialisierungen oder das Ausschöpfen von Skaleneffekten sowie eine teilweise Verlagerung der Leistungen in vor- und nachgelagerte Bereiche. Es sind aber auch unerwünschte Effekte oder Umgehungsmechanismen denkbar, wie z.B. verfrühte Spitalentlassungen oder die Umgehung der Aufnahmepflicht von PatientInnen.

Neben den beschriebenen Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung wirken andere Einflussfaktoren auf das System ein, welche weitgehend unabhängig von der Revision zu betrachten sind. Dazu gehören insbesondere die demographische Entwicklung, der Lohn- und Preisdruck (aufgrund Personaldrucks im Gesundheitswesen), der medizinisch-technische Fortschritt und diverse Effizienzsteigerungen.

¹ Das Gesamtkonzept (s. Kapitel 12) gibt einen detaillierten Überblick über die Inhalte der KVG-Revision Spitalfinanzierung, die Evaluation und ihre Themenbereiche.



3 Ziel und Zweck der Studie

Ziel der Evaluation zum Einfluss der KVG-Revision auf das Verhalten der Spitäler (Themenbereich 5) ist es, durch die KVG-Revision Spitalfinanzierung hervorgerufene Verhaltensänderungen, also Anpassungen von Prozessen und Strukturen der Spitäler, zu analysieren und zu bewerten. Dazu sollen in der ersten Etappe 2013/2014 drei Module erarbeitet werden:

1. Entwicklung eines detaillierten Studienkonzepts
2. Durchführung und Auswertung einer Befragung zentraler Akteure sowie Analyse relevanter Dokumente
3. Erarbeitung von Studienvorschlägen für die zweite Etappe 2015/2016

Eine darauf aufbauende, nachfolgende zweite Etappe zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision auf das Verhalten der Spitäler soll ab Mitte 2015 umgesetzt werden und ist nicht Teil dieses Pflichtenhefts. Die Inhalte des vorliegenden Auftrags beziehen sich nur auf die stationäre Akutsomatik, die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie sind nicht zu untersuchen.

Zweck dieser Studie ist die Beurteilung ob bzw. inwiefern sich die im akutsomatischen Bereich tätigen Spitäler dem mit der Revision intendierten verstärkten Wettbewerb anpassen.

4 Fragestellungen der Evaluation

- a) Spüren die Spitäler die vom Gesetzgeber mit der Revision angestrebte Verstärkung des Wettbewerbs? Hat also die KVG-Revision Spitalfinanzierung den Kosten- und Qualitätsdruck in den Spitälern verstärkt und das betriebswirtschaftliche Denken verstärkt? Welche Anpassungen von Prozessen und Strukturen der Spitäler, die entweder zum Ziel haben, die Kosteneffizienz zu steigern und/oder die Qualität zu steigern/beizubehalten, sind zu beobachten?
- a1) Welches sind beobachtete Effizienzsteigerungen im Sinne von Kosten- und Ertragsoptimierungen (z.B. Optimierung der internen Organisation und von Prozessen, Nutzung von Einsparpotentialen in den Bereichen Energie, Hotellerie, Personal [inkl. Outsourcing])?
- a2) Inwiefern haben sich mit der Einführung von SwissDRG die Anreize bei der Kodierung medizinischer Leistungen verändert? Welche Effekte hat dies auf die Kodierung durch die Spitäler (z.B. Kodierqualität, Aufkodierung/Upcoding)?
- a3) Sind seit 2012 Veränderungen des Case-Mix Index (CMI) erkennbar? Falls ja, wie äussern sich diese und welches sind mögliche Ursachen?
- a4) Inwiefern zeigen sich mögliche Veränderungen der Spitäler bezüglich der Aufnahmepflicht für Listenspitäler/Patientenselektion (z.B. Gleichbehandlung aller Patientengruppen, Aufnahme ausserkantonaler Patienten, Umgang mit nicht kostendeckenden Fällen)?
- a5) Inwiefern zeigen sich Veränderungen in Bezug auf die Spezialisierung der Spitäler (auf einzelne Leistungsbereiche, Neuausrichtung des Leistungsspektrums)? Sind die Spitäler selbst oder der Leistungsauftrag des Kantons Auslöser dieser Veränderungen? Welche Auswirkungen hat dies auf den Personalbestand (skill-/grade mix)?
- a6) Inwiefern zeigen sich Veränderungen in der Qualitätssicherung (Systeme und Instrumente zur Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement)?
- a7) Handelt es sich bei den Veränderungen um vom Gesetzgeber erwünschte Anpassungen wie z.B. Spezialisierungen oder das Ausschöpfen von Skaleneffekten sowie eine teilweise Verlagerung der Leistungen in den vor- und nachgelagerten Bereich? Sind auch unerwünschte Effekte oder Umgehungsmechanismen beobachtbar, wie z.B. verfrühte Spitalentlassungen oder die Umgehung der Aufnahmepflicht von PatientInnen?
- b) Haben die Spitäler/Spitalleitungen im Zusammenhang mit der Revision mehr Entscheidungskompetenzen erhalten bzw. hat ihre Autonomie zugenommen? Welche Rolle spielen diesbezüglich die Kantone (z.B. bei Leistungsaufträgen, Investitionen)? Wie stark steuern die Kantone?

Übergeordnete Fragestellungen:

c) Welche Faktoren beeinflussen das Verhalten der Spitäler generell (Stellenwert der KVG-Revision Spitalfinanzierung im Vergleich zu von der Revision weitgehend unabhängigen Faktoren wie Vorgaben der Kantone, Personalmangel und Lohndruck, medizinisch-technischer Fortschritt, Effizienzsteigerungen)?

d) Zeigen sich bezüglich der obenstehenden Fragestellungen Unterschiede bezüglich Kanton/Region und Spitaltyp (Universitätsspitäler/Zentrumsspitäler versus Regionalspitäler)? Hat die Abrechnungsart vor der Einführung SwissDRG (APDRG versus andere Abrechnungsarten) einen Einfluss auf das Verhalten der Spitäler?

e) In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf geortet? Welche Empfehlungen können aus der Evaluation abgeleitet werden?

f) Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, in vorliegendem Zusammenhang insbesondere zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung und zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?

Quelle: Auszug aus dem Pflichtenheft des BAG „Evaluation zum Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler (Konzeptstudie und erste Bestandsaufnahme)“ vom 19. August 2013 – Kapitel 1-4. Das gesamte Pflichtenheft ist auf der Website des BAG verfügbar:

<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/14710/index.html?lang=de>

Anhang II: Literaturanalyse

Die Auswahl der Literatur beinhaltete wissenschaftliche Studien auf nationaler und internationaler Ebene. Zu deren Auswahl führten wir folgende Schritte durch:⁷⁶

- Recherche von Übersichtsartikeln
- Nutzung der Übersichtsartikel zur Identifikation weiterer relevanter Literatur (welche Quellen werden zitiert? Welche anderen, später erschienenen Artikel zitieren die genannte Literatur?)
- Recherche über verschiedene Journaldatenbanken (Elsevier, JStor, SpringerLink, etc.)
- Internetrecherche bei nationalen und internationalen Stellen
- Allgemeine Internetrecherche (Google Scholar) zu den aufgeführten Fragestellungen anhand von Stichwortsuchen (z.B. quality assessment DRG, assurance qualité DRG, Qualitätssicherung DRG)

Die Literaturrecherche wurde in den Sprachen Deutsch, Französisch und Englisch durchgeführt. Bezüglich Güte der Studien wurden keine einzelnen Beurteilungen vorgenommen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass alle Studien, welche ausschliesslich deskriptive Analysen durchführen, weitere Einflussfaktoren nicht kontrollieren können und daher etwas weniger robust sind.

⁷⁶ Die Literaturanalyse basiert z.T. auf Arbeiten, welche B,S,S. im Rahmen der DRG-Begleitstudie zuhanden von FMH und H+ durchgeführt hat.

Tabelle 13 Literaturübersicht zum Thema Qualität

Studie	Land	Methodik	Ergebnisse
Brügger (2010)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht (96 Studien und Reviews zwischen 1980 und 2009)	Fallpauschalierte Vergütung führt zu keinen oder nur geringen negativen Effekten auf die Qualität (häufigste Indikatoren: Mortalitäts- und Wiedereintrittsrate), es gibt allerdings auch Studien, die höhere Mortalitätsraten (v.a. kurzfristig) dokumentieren.
Or und Häkkinen (2011)	Verschiedene	Literaturübersicht	Wenig Evidenz, dass sich die Wiedereintrittsrate nach der Einführung des neuen Vergütungssystems signifikant erhöht hätte.
Frick et al. (2013)	Verschiedene (v.a. USA)	Literaturübersicht	Die Studien zeigen, dass es zu keinem Anstieg der Mortalitätsrate durch prospektive Fallpauschalensysteme kommt / Mehrheit der Studien (23 von 32) zeigt keinen Anstieg der Rehospitalisierungszahlen.
Widmer und Weaver (2011)	Schweiz (APDRG ab 2002 schrittweise eingeführt)	Regressions- und Varianzanalyse; Untersuchung von Patientendaten aus 152 Schweizer Spitälern, Zeitraum: 2001-2008	Einführung von APDRG zwischen 2001 und 2008 hatte keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Rehospitalisierung.
Busato und Below (2010)	Schweiz (APDRG ab 2002 schrittweise eingeführt)	Analyse aller Hospitalisierungen und Konsultationen bei niedergelassenen Ärzten, Zeitraum: 2003-2007	Spitäler mit DRGs zeigen kürzere Spitalaufenthalte (-10%) und eine höhere Wiederhospitalisierung innerhalb von 90 Tagen (13.5%).
Bloom et al. (2010)	England (DRG seit 2006)	Ökonometrische Analyse, Zeitraum: 2006	Höherer Wettbewerb (gemessen als grössere Anzahl benachbarter Spitäler) ist positiv korreliert mit Managementqualität (= Mix verschiedener Qualitätsaspekte wie z.B. Förderung von Mitarbeitenden, Messung der Performance oder Management bezüglich Patientenfluss, basierend auf einer Interviewerhebung). Diese wiederum beeinflusst die klinischen Ergebnisse von Krankenhäusern wie z.B. die Überlebensrate nach Aufnahmen in die Notfallaufnahme von Herzinfarktpatienten positiv.
Farrar et al. (2009)	England (DRG seit 2006)	Difference-in-Differences-Ansatz, Zeitraum: 2002-2006	Keine Hinweise, dass durch die Einführung der prospektiven Vergütung die Qualität der Behandlungen (Mortalität während des Spitalaufenthalts, Mortalität innerhalb von 30 Tagen nach der Operation sowie Notfalleinweisungen nach Behandlungen von Hüftfrakturen) negativ beeinträchtigt worden wäre.
Gaynor (2006)	USA (DRG seit 1983)	Literaturübersicht	Die Ergebnisse von ökonometrischen Studien sind nicht einheitlich. Die meisten Studien zeigen aber einen positiven Einfluss von Wettbewerb auf die Qualität. In Märkten, in denen Preise nicht reguliert sind (z.B. bei privat versicherten Patienten) sind die Ergebnisse variabler.

Kahn et al. (1990)	USA (DRG seit 1983)	Retrospektiver Vorher-Nachher- Vergleich (Medi- care ⁷⁷ Patienten), Zeitraum: 1981/1982 (vor DRG) und 1985/1986 (DRG)	Mortalitätsrate innerhalb 30 und 180 Tagen nach dem Spitalaustritt wurde durch die Einführung des neuen Vergütungssystems nicht beeinflusst.
-----------------------	------------------------	---	--

⁷⁷ Medicare = Vergütung mittels Fallpauschalen

Anhang III: Ausgewählte Spitäler

Für die vorliegende Analyse wurden 20 Spitäler unterschiedlicher Typen ausgewählt:⁷⁸

- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (K111)
- Hôpitaux universitaires de Genève HUG (K111)
- Inselspital Bern (K111)
- Universitätsspital Basel (K111)
- Universitätsspital Zürich (K111)
- EOC Ente ospedaliero cantonale (K112)
- Hirslanden-Gruppe (verschiedene Typen, ZH: K112)
- Hôpital du Valais (K112)
- Kantonsspital Aarau (K112)
- Kantonsspital Baden (K112)
- Kantonsspital St. Gallen (K112)
- Kantonsspital Winterthur (K112)
- Solothurner Spitäler AG (K112)
- Stadtspital Waid (K112)
- Regionalspital Emmental AG (K121)
- Bethesda Spital AG (K122)
- Hôpital du Pays d'Enhaut (K123)
- Schulthess-Klinik (K231)
- Kinderspital Zürich (K233)
- Ostschweizer Kinderspital (K233)

Tabelle 14 führt die Charakteristika der ausgewählten Spitäler im Vergleich zu allen Spitalern auf.

Tabelle 14 *Ausgewählte Spitäler*

Kriterium	Ausprägungen (falls nicht anders angegeben: Werte für das Jahr 2011)
Typ des Spitals	
K111: Zentrumsversorgung, Niveau 1	Schweiz: 5 Spitäler Unsere Auswahl: 5 Spitäler (Vollerhebung)
K112: Zentrumsversorgung, Niveau 2	Schweiz: 25 Spitäler Unsere Auswahl: 9 Spitäler

⁷⁸ Anmerkung: Die Spitäler sind nach Spitaltyp und innerhalb des Typs in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt. Diese Reihenfolge entspricht *nicht* derjenigen in den Abbildungen in Kapitel 3.

K121: Grundversorgung, Niveau 3	Schweiz: 21 Spitäler Unsere Auswahl: 1 Spital
K122: Grundversorgung, Niveau 4	Schweiz: 35 Spitäler Unsere Auswahl: 1 Spital
K123: Grundversorgung, Niveau 5	Schweiz: 34 Spitäler Unsere Auswahl: 1 Spital
K231: Chirurgie	Schweiz: 31 Spitäler Unsere Auswahl: 1 Spital
K232: Gynäkologie / Neantologie	Schweiz: 19 Spitäler Unsere Auswahl: 0 Spitäler
K233: Pädiatrie	Schweiz: 3 Spitäler Unsere Auswahl: 2 Spitäler
K234: Geriatrie	Schweiz: 5 Spitäler Unsere Auswahl: 0 Spitäler
K235: diverse	Schweiz: 30 Spitäler Unsere Auswahl: 0 Spitäler
Trägerschaft	
Öffentlich	Schweiz: 104 Spitäler (1 Mio. Patienten) Unsere Auswahl: 17 Spitäler
Privat	Schweiz: 104 Spitäler (200'000 Patienten) Unsere Auswahl: 3 Spitäler (davon war eines zuvor nicht subventioniert)
Vergütungssystem vor 2012	
DRG	Schweiz: 43 Spitäler Unsere Auswahl: 7 Spitäler
Andere Fallpauschalen	Schweiz: 19 Spitäler Unsere Auswahl: 3 Spitäler
Tagespauschalen	Schweiz: 46 Spitäler (v.a. BL, BS, SO) Unsere Auswahl: 3 Spitäler
Andere + Kombinationen	Schweiz: 61 Spitäler Unsere Auswahl: 7 Spitäler
Netzwerkspital (2011)	Schweiz: 50 Spitäler Unsere Auswahl: 16 Spitäler
Grösse	Schweiz: 6 – 61'859 Patienten Unsere Auswahl: 630 – 61'859 Patienten
Case-Mix-Index	Schweiz: 0.20 – 2.26 Unsere Auswahl: 0.64 – 1.89
Preisspanne (Base Rates 2013)	Schweiz: 6'400 CHF – 12'700 CHF Unsere Auswahl: 6'400 CHF – 12'700 CHF
Regionen	Unsere Auswahl: Alle Sprachregionen der Schweiz

Quelle: Grundlagentabelle des BAG zu Themenbereich 1 (Tarifsysteme und CMI der einzelnen Spitäler 2008-2012), Einkaufsgemeinschaft HSK: Kantonale Übersicht über verhandelte Fallpauschalen SwissDRG im Bereich Akutsomatik (Helsana, Sanitas, KPT)

Anhang IV: Fachgespräche

Interviewpersonen

Mit acht Spitalvertretern führten wir persönliche oder telefonische Gespräche durch (K111: 2 Spitäler, K112: 4 Spitäler, übrige Typen: 2 Spitäler). Um die Anonymität zu gewährleisten, verzichten wir auf die Nennung dieser Spitäler und Interviewpersonen.

Tabelle 15 Interviewpersonen

	Institution	Interviewperson / Funktion	Gespräch
1	Spital	Keine Nennung	20. März 2014 persönlich
2	Spital	Keine Nennung	8. April 2014 persönlich
3	Spital	Keine Nennung	11. April 2014 persönlich
4	Spital	Keine Nennung	1. April 2014 telefonisch
5	Spital	Keine Nennung	16. Mai 2014 telefonisch
6	Spital	Keine Nennung	27. Mai 2014 telefonisch
7	Spital	Keine Nennung	13. März 2014 persönlich
8	Spital	Keine Nennung	25. März 2014 telefonisch
9	H+ Die Spitäler der Schweiz	Bernhard Wegmüller / Direktor	25. März 2014 persönlich sowie bei der Konzepterarbeitung
10	GDK	Georg Schielke / Projektleiter SwissDRG / eHealth / Tariffragen	31. März 2014 telefonisch sowie bei der Konzepterarbeitung
11	Kanton Basel-Stadt	Thomas von Allmen / Abteilungsleiter Spitalversorgung	25. März 2014 persönlich
12	Kanton Zürich	Hansjörg Lehmann / Gesundheitsdirektion, Abteilung Gesundheitsversorgung	13. März 2014 telefonisch
13	Stiftung SPO Patientenschutz	Barbara Züst / Co-Geschäftsführerin und fachliche Leiterin	20. März 2014 telefonisch sowie bei der Konzepterarbeitung
14	Santésuisse	Stephan Colombo / Stationäre Tarifstrukturen (gemeinsames Interview mit Tarifsuisse, Nr. 15)	28. März 2014 persönlich sowie bei der Konzepterarbeitung
15	Tarifsuisse	Marc Hofer / Leiter Spital stationär Region Ost (gemeinsames Interview mit Santésuisse, Nr. 14)	28. März 2014 persönlich

16	Helsana	Wolfram Strüwe / Abteilung Gesundheitspolitik	11. März 2014 telefonisch
17	CSS	Gerd Marschall / Fachspezialist Tarifstrukturen	11. März 2014 telefonisch
18	Gsponer AG	Dr. med Konrad Widmer / Partner	2. April 2014 telefonisch
19	Trovacon AG	Monika Merki Frey / Geschäftsführerin	27. März 2014 persönlich
20	Ombudsstelle für das Spi- talwesen des Kantons Bern	Roman Manser / Ombudsmann	26. März 2014 telefonisch
21	FMH	Beatrix Meyer / Leiterin Tarife und Gesund- heitsökonomie	20. März 2014 telefonisch
22	Dachverband Schweizeri- scher Patien- tenstellen (DVSP)	Erika Ziltener / Präsidentin DVSP	Bei der Konzepterarbe- itung

*Interviewleitfaden Spitäler***Evaluation zum Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler****Interviewleitfaden für die persönlichen / telefonischen Gespräche****Hintergrund und Projektbeschreibung**

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird seit dem 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung umgesetzt. Die KVG-Revision Spitalfinanzierung besteht aus fünf Elementen:

1. Dual-fixe Leistungsfinanzierung (Vergütungsanteil Kantone / Krankenversicherer)
2. Kantonale Spitalplanung / Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit und Qualität
3. Einheitliche Fallpauschalen (SwissDRG)
4. Erweiterte Spitalwahl
5. Verbesserung Transparenz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führt B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung zusammen mit Stephan Burla (burla management) und Tobias Pfinninger (PwC) eine Studie zu den Auswirkungen der KVG-Revision durch. Die zentrale Fragestellung ist, ob die KVG-Revision das betriebswirtschaftliche Denken und den Wettbewerb unter den im akutsomatischen Bereich tätigen Spitalern verstärkt hat und welche Verhaltensänderungen (Prozess- und Strukturveränderungen) dies zur Folge hat.

Ziel des Interviews

Wir möchten anhand des vorliegenden Interviewleitfadens die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf Ihr Spital diskutieren. Das Interview verfolgt zwei Ziele:

1. **Bestandesaufnahme:** Das Interview soll aufzeigen, wie sich verschiedene Indikatoren (z.B. Aufenthaltsdauer, Verlegungspraxis) in Ihrem Spital in den letzten Jahren entwickelt haben und welche Rolle die neue Spitalfinanzierung dabei gespielt hat.
2. **Entwicklung von Forschungsfragen:** Das Interview soll Hinweise, Ideen und Prioritäten für die zweite Etappe der Evaluation (2015/2016) liefern, für welche wir Studienvorschläge entwickeln werden.

Hinweis: Sofern nicht anders erwähnt, geht es immer um die stationären Leistungen im akutsomatischen Bereich in Ihrem Spital.

Ansprechpersonen

Ansprechpartner seitens BAG:
Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer, 031 325 36 37, christian.vogt@bag.admin.ch

Ansprechpartner seitens B,S,S.:
Dr. Wolfram Kägi, Projektleitung, 061 262 05 56, wolfram.kaegi@bss-basel.ch
Miriam Frey, Projektmitarbeit, 061 262 05 51, miriam.frey@bss-basel.ch

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung.

1. Allgemeine Angaben

Name der Interviewperson	
Funktion	
Institution	
Datum des Gesprächs	

1.1. Gab es seit 2010 wichtige Veränderungen in Ihrem Spital (z.B. Änderung der Trägerschaft, Veränderung des Leistungsauftrags)? Falls ja: Wann fanden diese Veränderungen statt und was waren die Gründe dafür?

1.2. Hat Ihr Spital im Zuge der neuen Spitalfinanzierung mehr Entscheidungskompetenzen / mehr Autonomie erhalten? Falls ja: Was waren die Gründe dafür?

1.3. Hatte Ihr Spital bereits vor Einführung von SwissDRG ein Fallpauschalensystem? Falls ja: Wann wurde dieses eingeführt?

2. Stationäre und ambulante Leistungen

	2010	2011	2012	2013
Anzahl Eintritte stationär (oder Austritte)				
Anzahl Operationen stationär				
Anzahl Konsultationen ambulant				
Verhältnis Eintritte stationär / Konsultationen ambulant				
Bruttoerlös stationär				
Bruttoerlös ambulant				
Verhältnis Bruttoerlös stationär / ambulant				

[Anmerkung: zu prüfen, ob die Daten von 2012/2013 direkt mit den früheren Jahren vergleichbar sind oder zunächst bereinigt werden müssen.]

2.1. Welches sind die zentralen Gründe für diese Entwicklung? Welche Rolle spielte die neue Spitalfinanzierung dabei (ggf. bereits vor deren Einführung)?

2.2. Gibt es einzelne Diagnosen / Patientengruppen, bei denen Sie eine besonders starke Veränderung bezüglich stationärer und/oder ambulanter Leistungen feststellen (Zunahme oder Abnahme)? Falls ja, welche? Was könnten die Gründe dafür sein?

3. Aufenthaltsdauer

	2010	2011	2012	2013
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer – Chirurgie				
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer – Medizin (= alle Bereiche ausserhalb der Chirurgie)				

[Anmerkung: zu prüfen, ob die Daten von 2012/2013 direkt mit den früheren Jahren vergleichbar sind oder zunächst bereinigt werden müssen.]

3.1. Welches sind die zentralen Gründe für diese Entwicklung? Welche Rolle spielte die neue Spitalfinanzierung dabei (ggf. bereits vor deren Einführung)?

3.2. Gibt es einzelne Diagnosen / Patientengruppen, bei denen Sie eine besonders starke Veränderung bezüglich Aufenthaltsdauer feststellen (Zunahme oder Abnahme)? Falls ja, welche? Was könnten die Gründe dafür sein?

3.3. Wie hat sich die Anzahl Kurzlieger entwickelt (2012/2013)? Was waren die Gründe für diese Entwicklung?

4. Schweregrad (Case-Mix Index)

	2010	2011	2012	2013
CMI				

[Anmerkung: zu prüfen, ob die Daten von 2012/2013 direkt mit den früheren Jahren vergleichbar sind oder zunächst bereinigt werden müssen.]

4.1. Welches sind die zentralen Gründe für diese Entwicklung? Welche Rolle spielte die neue Spitalfinanzierung dabei (ggf. bereits vor deren Einführung)?

4.2. Gibt es einzelne Diagnosen / Patientengruppen, bei denen Sie eine besonders starke Veränderung bezüglich Schweregrad feststellen (Zunahme oder Abnahme)? Falls ja, welche? Was könnten die Gründe dafür sein?

5. Verlegungen

Hat sich die Verlegungspraxis / haben sich die Anzahl Verlegungen *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert? Was waren die Gründe dafür?

Bitte differenzieren Sie nach Verlegungen in:

- Andere Akutspitäler: Veränderung in % von 2013 im Vergleich zu 2011: _____
- Rehabilitationskliniken: Veränderung in % von 2013 im Vergleich zu 2011: _____
- Psychiatrische Kliniken: Veränderung in % von 2013 im Vergleich zu 2011: _____
- Pflegeheime: Veränderung in % von 2013 im Vergleich zu 2011: _____

6. Wiedereintritte

6.1. Haben sich die Wiedereintritte in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert? Falls ja, weshalb, in welche Richtung und in welcher Grössenordnung?

6.2. Gibt es einzelne Diagnosen / Patientengruppen, bei denen Sie eine besonders starke Veränderung bezüglich Wiedereintritte feststellen (Zunahme oder Abnahme)? Falls ja, welche? Was könnten die Gründe dafür sein?

7. Kooperationen

7.1. Hat sich die Kooperationsstrategie in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert (ggf. bereits vor deren Einführung)? Falls ja: Bitte geben Sie an, welche Kooperationen Ihr Spital neu eingegangen ist / verstärkt hat. Bitte charakterisieren Sie die Kooperationen nach:

- Kooperationsfeld (medizinischer Kernbereich, anderer medizinischer Bereich wie z.B. Labor, Nicht-medizinischer Bereich wie z.B. Einkauf)
- Kooperationspartner (gleiche Ebene, vor- oder nachgelagert?)
- Grund der Einführung

7.2. Werden sich die Kooperationen aufgrund der neuen Spitalfinanzierung *zukünftig* verstärken? Falls ja, in welchen Bereichen und in welchem Zeithorizont?

8. Spezialisierung

8.1. Hat sich das Leistungsspektrum in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert (ggf. bereits vor deren Einführung)? Falls ja, inwiefern (z.B. Aufbau neuer Leistungsbereiche)? Welchen Einfluss übt der Kanton aus?

8.2. Hat sich Ihr Leistungsumfang *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung konzentriert (ggf. bereits vor deren Einführung)? (Beispiel: Sie decken heute mit 20 DRG 80% der Fälle ab, früher nur 60%). Falls ja, weshalb?

8.3. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung in Ihrem Spital ein?

9. Prozesse

9.1. Haben sich die Prozesse in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert (ggf. bereits vor deren Einführung)? Bitte differenzieren Sie nach:

- Einführung / Ausbau klinischer Pfade
- Prozesse bei der Diagnosestellung (vermehrt parallel?)
- Zusammenarbeit (intern, fächerübergreifend)
- Einsatz EDV / IT
- Controlling
- Entlassungsmanagement (z.B. informelle Netzwerke)
- Schnittstellenmanagement
- Anderes: _____

9.2. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?

10. Personal

10.1. Hat sich das Personal in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert (ggf. bereits vor deren Einführung)? Haben gewisse Gruppen (Ärzte, Pflege, Therapie, Administration) zu- oder abgenommen? Weshalb?

10.2. Hat sich in Ihrem Spital der Skill- und Grade Mix *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert (ggf. bereits vor deren Einführung)?

10.3. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?

11. Qualitätsmanagement

11.1. Haben Sie eine eigenständige Qualitätsmanagementabteilung?

Ja Nein k.A.

11.2. Falls ja: Wo ist diese angehängt? Gab es *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung Veränderungen (ggf. bereits vor deren Einführung, z.B. Aufstockung)?

11.3. Falls nein: Gibt es andere Funktionen, welche das Qualitätsmanagement wahrnehmen? Welche? Gab es *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung Veränderungen (ggf. bereits vor deren Einführung)?

12. Investitionen

12.1. Hat sich die Investitionsstrategie in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung verändert (ggf. bereits vor deren Einführung)? Falls ja, in welchen Bereichen (IT, Geräte, etc.) und wie?

12.2. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?

13. Weitere Veränderungen

Gab es in Ihrem Spital *aufgrund* der neuen Spitalfinanzierung weitere Veränderungen (ggf. bereits vor deren Einführung)? Welche?

14. Studienvorschläge für die 2. Etappe der Evaluation

Haben Sie Hypothesen bezüglich des Einflusses der neuen Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler, welche analysiert werden sollten? Welche sind das?

15. Bemerkungen

*Interviewleitfaden weitere Fachpersonen***Evaluation zum Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler****Interviewleitfaden für die persönlichen / telefonischen Gespräche****Hintergrund und Projektbeschreibung**

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird seit dem 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung umgesetzt. Die KVG-Revision Spitalfinanzierung besteht aus fünf Elementen:

1. Dual-fixe Leistungsfinanzierung (Vergütungsanteil Kantone / Krankenversicherer)
2. Kantonale Spitalplanung / Leistungsaufträge nach Wirtschaftlichkeit und Qualität
3. Einheitliche Fallpauschalen (SwissDRG)
4. Erweiterte Spitalwahl
5. Verbesserung Transparenz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führt B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung zusammen mit Stephan Burla (burla management) und Tobias Pfinninger (PwC) eine Studie zu den Auswirkungen der KVG-Revision durch. Die zentrale Fragestellung ist, ob die KVG-Revision das betriebswirtschaftliche Denken und den Wettbewerb unter den im akutsomatischen Bereich tätigen Spitalern verstärkt hat und welche Verhaltensänderungen (Prozess- und Strukturveränderungen) dies zur Folge hat.

Ziel des Interviews

Wir möchten anhand des vorliegenden Interviewleitfadens die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler diskutieren. Das Interview verfolgt zwei Ziele:

1. **Bestandesaufnahme:** Das Interview soll Ihre Einschätzung abholen, wie sich das Verhalten der Spitäler aufgrund der neuen Spitalfinanzierung verändert hat (z.B. bezüglich Aufenthaltsdauer, Verlegungspraxis).
2. **Entwicklung von Forschungsfragen:** Das Interview soll Hinweise, Ideen und Prioritäten für die zweite Etappe der Evaluation (2015/2016) liefern, für welche wir Studienvorschläge entwickeln werden.

Ansprechpersonen

Ansprechpartner seitens BAG:
Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer, 031 325 36 37, christian.vogt@bag.admin.ch

Ansprechpartner seitens B,S,S.:
Dr. Wolfram Kägi, Projektleitung, 061 262 05 56, wolfram.kaegi@bss-basel.ch
Miriam Frey, Projektmitarbeit, 061 262 05 51, miriam.frey@bss-basel.ch

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung.

Allgemeine Angaben

Name der Interviewperson	
Funktion	
Institution	
Datum des Gesprächs	

1. Welche Verhaltensänderungen (Prozess- und Strukturveränderungen) nahmen aus Ihrer Sicht die Spitäler aufgrund der neuen Spitalfinanzierung vor (ggf. bereits vor deren Einführung)? Weshalb?

Beispiele: Veränderungen bezüglich...

- Anzahl behandelter Fälle (stationär / ambulant), ggf. Verlagerungen von Leistungen
- Durchschnittlicher Aufenthaltsdauer der Patienten
- Schweregrad der behandelten Fälle (Case-Mix)
- Verlegungspraxis
- Kooperationen
- Spezialisierung
- Prozessen (z.B. bezüglich Schnittstellen, Personal)
- Qualitätsmanagement / personeller Verstärkung des Qualitätsmanagements
- Investitionsverhalten

2. Wie stark beeinflusst die KVG-Revision Spitalfinanzierung aus Ihrer Sicht das Verhalten der Spitäler bezüglich der oben genannten Faktoren im Vergleich zu anderen Einflüssen (z.B. Fachkräftemangel, medizinisch-technischer Fortschritt)?

3. Welche *zukünftigen* Veränderungen bezüglich der oben genannten Faktoren erwarten Sie aufgrund der neuen Spitalfinanzierung? In welchem Zeithorizont?

4. Haben die Spitäler im Zuge der neuen Spitalfinanzierung aus Ihrer Sicht mehr Entscheidungskompetenzen / mehr Autonomie erhalten?

5. Haben Sie Hypothesen bezüglich des Einflusses der neuen Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler, welche analysiert werden sollten? Welche sind das und wie könnten diese untersucht werden?

6. In welchen Bereichen sehen Sie Handlungsbedarf auf gesetzgeberischer Ebene bezüglich der neuen Spitalfinanzierung?

7. Welches sind aus Ihrer Sicht die Vor- und Nachteile eines Fallpauschalensystems?

7.1. Wie schätzen Sie die teilweise genannten Befürchtungen bezüglich des Fallpauschalensystems ein?

a. „Blutige Entlassungen“

b. Unterversorgung gewisser Patientengruppen (Rationierung) / Patientenselektion

c. Weitere?

7.2. Wie schätzen Sie die erhofften Chancen bezüglich des Fallpauschalensystems ein?

a. Effizienzsteigerungen

b. Qualitätssteigerungen

c. Weitere?

8. Bemerkungen

Anhang V: Begleitgruppe

Tabelle 16 Mitglieder der Begleitgruppe

	Institution	Name
1	H+ Die Spitäler der Schweiz	Martin Bienlein
2	Eidgenössische Finanzverwaltung	Carsten Colombier
3	Stiftung SPO Patientenschutz	Margrit Kessler
4	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Stefan Leutwyler
5	Eidgenössische Finanzkontrolle	Ueli Luginbühl
6	FMH	Beatrix Meyer
7	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI	Lucien Portenier
8	Tarifsuisse	Christin Probst
9	Helsana	Wolfram Strüwe
10	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen	Erika Ziltener

Tabelle 17 Vertreter/innen des BAG in der Begleitgruppe

	Institution	Name und Funktion
1	Bundesamt für Gesundheit BAG	Marie-Thérèse Furrer, Sektion Tarife und Leistungserbringer
2	Bundesamt für Gesundheit BAG	Christian Vogt, Co-Projektleiter Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung, Sektion Tarife und Leistungserbringer
3	Bundesamt für Gesundheit BAG	Markus Weber, Co-Projektleiter Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung, Fachstelle Evaluation und Forschung

Literaturverzeichnis

ANQ (2011): Konzept Nationale Patientinnen- und Patientenbefragung.

Bauer, M., Hanß, R., Schleppers, A., Steinfath, M., Tonner, P. H. und Martin, J. (2004): Prozessoptimierung im „kranken Haus“, *Anaesthesist* 2004 53:414–425, Springer Verlag.

Bloom, N., Propper, C., Seiler, S., van Reenen, J. (2010): The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals, Working Paper 16032, *NBER Working Paper Series*.

Bohnsack, R., Vogd, W. (2006): „Ärztliches Handeln und Entscheiden im Krankenhaus unter veränderten organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen“, Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft, BO-890/6.

Böcking, W., Ahrens, U., Krich, W., und Milakovic, M. (2005): First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experiences from other DRG countries, *Journal of Public Health*, 13: 128-137.

Browne, M.J. und Rosenberg, M.A. (2001): The Impact of the Inpatient Prospective Payment System and Diagnosis-Related Groups: A Survey of the Literature, *North American Actuarial Journal*, 4: 84-94.

Brügger, U. (2010): Impact of DRGs: Introducing a DRG Reimbursement System. A Literature Review, *Schriftenreihe der SGGP*, Vol. 98, Zürich.

B,S,S. und Universität Basel (2013): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor, Längsschnittsanalyse, Studie im Auftrag von FMH und H+, Bericht vom 18. September 2013.

Bundesamt für Gesundheit (2014): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung, Version vom 1. April 2014.

Bundesamt für Statistik (2014): Gesundheitskosten jetzt bei 11,5% des BIP, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012: Provisorische Zahlen, Medienmitteilung vom 13.5.2014.

Bundesverwaltungsgericht (2014): Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014.

Busato A. und G. von Below (2010): The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Research Policy and Systems* 2010;8:31.

- Byrne, D. J. und Newhouse, J. P. (1988): Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall?, *Journal of Health Economics*, 7:413-416.
- Eastaugh, SR (2001): Hospital costs and specialization: benefits of trimming product lines, *J Health Care Finance*, 2001 Fall;28(1):61-71.
- Eldenburger, L. und Kallapur, S. (1997): Changes in hospital service mix and cost allocations in response to changes in Medicare reimbursement schemes, *Journal of Accounting and Economics*, 23(1): 31-51.
- Farley, D.E. und Hogan, C. (1990): Case-Mix Specialization in the Market for Hospital Services, HSR: *Health Services Research* 25:5 (December 1990).
- Farrar, S., Yi, D. und Sutton, M. (2009): Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis, *British Medical Journal*, 339.
- Feinglass, J. und Holloway, J. J. (1991): The initial impact of the Medicare prospective payment system on United States health care: a review of the literature, *Medical Care Review*, 48(1): 91-115.
- Felix Platter-Spital (2013): Jahresbericht 2012.
- Frick, U., Krischker, S. und Gmel, G. (2013): Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.
- Fürstenberg T., K. Zich, H-D. Nolting, M. Laschat, S. Klein und B. Häussler (2013): G- DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des dritten Forschungszyklus. Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Gaynor, M. (2006): What do we know about competition and Quality in Health care Markets? Working Paper 12301, *NBER Working Paper Series*.
- Gerritzen, B. und Kirchgässner, G. (2011): Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich, Gutachten z.H. des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO), überarbeitete Fassung vom 5. April 2011.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013): Gesundheitsversorgung 2013 – Akut-somatik, Rehabilitation, Psychiatrie.

- gfs.bern (2014): Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013.
- Hibbard, J., Stockard, J., Tusler, M. (2003): Does Publicizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? *Health Affairs*, 22, no.2 (2003):84-94.
- Inselsspital Universitätsspital Bern (2013): Jahresbericht 2012.
- Kahn, K. L., Rubenstein, L. V., Draper, D., Kosecoff, J., Rogers, W. H., Keeler, E. B. und Brook, R. H. (1990): The effects of the DRG-based prospective payment system on quality of care for hospitalized Medicare patients: An introduction to the series, *JAMA* 264(15): 1953-1955.
- Kantonsspital Aarau (2013): Jahresbericht 2012.
- Kantonsspital Winterthur (2013): Jahresbericht 2012.
- Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung (2013): 140. Jahresbericht 2012.
- Kobel, C., Theurl, E. (2013): Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian Case, *Working Papers in Economics and Statistics*, No. 2013-06.
- Leu, A., Gaechter, T. und Elger, B. (2013): 365 Tage SwissDRG – Anreize, Instrumente, Wirkungen, *hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit* (2013), Nr. 95.
- Meltzer, D., Chung, J. und Basu, A. (2002): Does Competition under Medicare Prospective Payment Selectively Reduce Expenditures on High-Cost Patients?, *The RAND Journal of Economics*, 33(3): 447-468.
- Meyer, B. und Ingenpass, P. (2013): SwissDRG-Version 3.0 – ein Schritt in die richtige Richtung, *Schweizerische Ärztezeitung*, 2013;94: 26.
- Or, Z. und Häkkinen, U. in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. und Wiley, M. (2011): *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F. und Nestrigue, C. (2013): Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A, Document de travail, n° 56, IRDES.
- Pellegrini, S. und Luyet, S. (2012): Séjours hospitaliers hors du canton de domicile. Description des flux de patients et analyse des déterminants (Obsan Rapport 55). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, Studie im Auftrag von comparis.ch.

PwC (2013): Spitalimmobilien: neue Perspektiven, neue Chancen.

Rüefli, C., Anderegg, C., Boggio, Y. (2005): Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Forschungsprogramm KVG II.

Solothurner Spitäler AG (soH) (2011): Geschäftsbericht 2010.

Spirig, R., Spichiger, E., Martin, J. S., Frei, I. A., Müller, M. und Kleinknecht, M. (2014): Monitoring the impact of the DRG payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals: Study protocol, GMS German Medical Science 2014, Vol. 12.

Stadt Zürich, Stadtspital Waid (2013): Jahresbericht 2012/2013.

Stiftung Ostschweizer Kinderspital (2012): Geschäftsbericht 2011.

Street, A., O'Reilly, J., Ward, P. und Mason, A. in Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. und Wiley, M. (2011): *Diagnosis-Related Groups in Europe – Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

SwissDRG (2011): Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG vom 3.12.2010.

Tecklenburg, A. (2009): „Neue Konzepte und Maßnahmen im Überblick“ in Rau, Roeder, Hensen (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland, Standortbestimmung und Perspektiven*, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

Universitätsspital Zürich (2013a): Geschäftsbericht 2012.

Universitätsspital Zürich (2013b): Wissensbericht 2012.

Universitätsspital Zürich (2013c): Qualitätsbericht 2012.

Widmer M. und F. Weaver (2011): Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.