



Bern, 25. Juni 2019

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Schlussbericht des BAG an den Bundesrat

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Executive Summary	VI
1 Die KVG-Revision Spitalfinanzierung und deren Evaluation	1
1.1 Ziele und Massnahmen der Revision	1
1.2 Konzept und Methodik der Evaluation	3
1.3 Organisation der Evaluation	5
1.4 Grenzen der Evaluation.....	6
1.5 Parlamentarische Vorstösse mit Bezug zur Evaluation.....	6
1.6 Aufbau des Berichts	7
2 Gesamtkontext der KVG-Revision Spitalfinanzierung.....	8
2.1 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.....	8
2.2 Gesellschaftliche Trends mit Einfluss auf Nachfrage oder Angebot.....	10
2.3 Gesundheitspolitische Strategien und Bundesgesetzgebung	11
2.4 Internationale Kontextfaktoren.....	12
3 Ergebnisse der Evaluation zu Umsetzung und Wirkungen der Massnahmen...	15
3.1 Dual-fixe Leistungsfinanzierung	15
3.2 Leistungsbezogene Pauschalen.....	16
3.3 Spitalplanung und Leistungsaufträge	22
3.4 Erweiterte Spitalwahl.....	26
3.5 Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität	30
3.6 Zusammenfassung von Umsetzung und Wirkungen der Massnahmen	33
4 Synthese der Ergebnisse	37
4.1 Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.....	37
4.2 Auswirkungen auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems	53
4.3 Beitrag zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG	56
4.4 Zweckmässigkeit der Revision	58
4.5 Schlussfolgerungen der Evaluation und Handlungsbedarf	58
4.6 Schlussfolgerungen des Bundes und weiteres Vorgehen.....	61
5 Literaturverzeichnis.....	64
Anhang.....	70
A1 Beschreibung der Massnahmen der Revision	70
A2 Liste Themenbereiche und Begleitgruppenmitglieder	72
A3 Parlamentarische Vorstösse zu Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung.....	73

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Einbettung der Kosten im Spitalbereich in die Gesundheitsausgaben der Schweiz	VI
Abbildung 2:	Spitäler der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2011 und 2016	XII
Abbildung 3:	Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	2
Abbildung 4:	Theoretische Grundlage der Evaluation (Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung)	4
Abbildung 5:	Einbettung der Kosten im Spitalbereich in die Gesundheitsausgaben der Schweiz	9
Abbildung 6:	Entwicklung der OKP-Kosten 2005–2017 im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt und den Nominallöhnen.....	10
Abbildung 7:	Finanzierungsanteile der Kostenträger für stationäre Spitalleistungen im KVG-Bereich 2010–2016	40
Abbildung 8:	Entwicklung der Fallzahlen in Spitälern der Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation 2009–2016	42
Abbildung 9:	Entwicklung der Spitallandschaft 2006–2016	51
Abbildung 10:	Spitäler der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2011 und 2016	52
Tabelle 1:	Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität (Akutsomatik)	XI
Tabelle 2:	Entwicklung der Indikatoren zu den Ausgaben und Kosten.....	XV
Tabelle 3:	Kantonale Kostengutsprachen und anwendbare Tarife für inner- und ausserkantonale Hospitalisationen ab 1. Januar 2012 (Empfehlung GDK)	27
Tabelle 4:	Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung	34
Tabelle 5:	Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	35
Tabelle 6:	Auswirkungen auf die Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems	37
Tabelle 7:	Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen	44
Tabelle 8:	Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität (Akutsomatik)	45
Tabelle 9:	Auswirkungen auf Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung	49
Tabelle 10:	Entwicklung der Indikatoren zu den Ausgaben und Kosten.....	57
Tabelle 11:	Übersicht über den Handlungsbedarf gemäss der Evaluation und das weitere Vorgehen in vier Bereichen	61

Abkürzungsverzeichnis

ANK	Anlagenutzungskosten
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CIRS	Critical Incidence Reporting System
Curafutura	Verband der Krankenversicherer CSS, Helsana, KPT und Sanitas
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FMH	Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
H+	Verband der Schweizer Spitäler und Kliniken
HSK	Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas und KPT
HSPM	Health Systems and Policy Monitor
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) (SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
NCD	Non-communicable diseases (Nichtübertragbare Krankheiten)
NOSO	Healthcare-assoziierte Infektionen
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
PUE	Preisüberwachung

REKOLE®	Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer
SBK/ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SMHC	Swiss Mental Healthcare
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
ST Reha	Tarifstruktur in der Rehabilitation
SW!SS REHA	Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (Tarifstruktur in der Akutsomatik)
TARPSY	Tarifstruktur in der Psychiatrie
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz (SR 221.229.1)
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Executive Summary

Ausgangslage

Hohe und steigende Kosten im Gesundheitswesen sind in der Schweiz und in anderen Ländern seit vielen Jahren ein bedeutendes Thema. Ein wichtiger Kostenfaktor ist der Spitalbereich. Er ist in der Schweiz für mehr als ein Drittel der totalen Gesundheitskosten verantwortlich. Damit ist der Spitalbereich der grösste Kostenblock unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

Abbildung 1: Einbettung der Kosten im Spitalbereich in die Gesundheitsausgaben der Schweiz

Kosten (Ausgaben für)		Gesundheitswesen gesamt		2016 2011	80,5 Mrd. Franken 66,9 Mrd. Franken
Spitalbereich gesamt (Spitäler Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation)		2016 2011	28,5 Mrd. Franken 23,0 Mrd. Franken	andere Leistungserbringer - Ärzte/-innen in freier Praxis - Spitex - Alters- und Pflegeheime - Andere	
stationärer Spitalbereich		2016 2011	17,5 Mrd. Franken 13,6 Mrd. Franken	ambulanter Spitalbereich	
stationäre Spitalleistungen		Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) (Nicht KVG-pflichtig)			
(KVG-pflichtig)	(Nicht KVG-pflichtig)				

Quelle: eigene Darstellung, ausgehend von B,S,S. 2019 basierend auf Daten des BFS (BFS 2018a).
Legende: Grau hinterlegte Bereiche stehen im Fokus der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

Wie Abbildung 1 zeigt, wurden im Jahr 2016 im gesamten Gesundheitswesen 80,5 Milliarden Franken ausgegeben. Gut ein Drittel der Kosten fiel im Spitalbereich an (28,5 Mrd. Franken), davon rund 60 Prozent im stationären Bereich (17,5 Mrd. Franken). Die Ausgaben im stationären Bereich beinhalten einerseits die Vergütung stationärer Spitalleistungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), die von den Kantonen und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) getragen werden. Andererseits zählen dazu auch die sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL). Diese sind nicht KVG-pflichtig und werden von den Kantonen alleine oder allenfalls von anderen Akteuren getragen.

Vor dem Hintergrund der starken Kostenentwicklungen verabschiedeten die eidgenössischen Räte am 21. Dezember 2007 die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, eine der massgeblichsten Anpassungen des KVG seit seiner Einführung 1996. Ziel war eine Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich bei gleichzeitigem Erhalt des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung. Kerngedanke der Revision war die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern durch erhöhte Transparenz und grössere Wahlfreiheit der Versicherten. Gleichzeitig wurde die Steuerung der Versorgungskapazitäten durch die kantonalen Spitalplanungen konkretisiert. Die Revision trat auf den 1. Januar 2009 in Kraft.

Die wichtigsten Massnahmen der Revision sind:¹

- die *dual-fixe Finanzierung* der stationären Spitalleistungen durch die Kantone und die OKP, das heisst mindestens 55 Prozent durch die Kantone und maximal 45 Prozent durch die OKP;
- die Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels *leistungsbezogener Pauschalen*, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen;
- die Ausrichtung der *kantonalen Spitalplanung an schweizweit einheitlichen Planungskriterien*, die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin und die Vergabe von Leistungsaufträgen mit Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern;
- die *erweiterte Spitalwahl* für Versicherte bei ausserkantonalen Hospitalisationen;
- die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Bereitstellung einer *erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität* stationärer Spitalleistungen.

Seit dem 1. Januar 2012 wird die Mehrheit der Massnahmen der Revision umgesetzt. Es bestehen jedoch Übergangsbestimmungen. So mussten in den kantonalen Spitalplanungen die Planungskriterien spätestens am 31. Dezember 2014 berücksichtigt sein. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, hatten bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil bei der dual-fixen Finanzierung auf mindestens 55 Prozent festzulegen. Weiter wurden die leistungsbezogenen Pauschalen ab 1. Januar 2012 in den Spitälern der Akutsomatik (Swiss DRG) eingeführt. Die Etablierung in der Psychiatrie (TARPSY) erfolgte per 1. Januar 2018. In der Rehabilitation ist die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen (ST Reha) ab 2022 geplant.

Zur Beurteilung der Umsetzung und der Auswirkungen des Gesetzes hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Durchführung einer Evaluation beauftragt. Schwerpunktmässig wurden von externen Forschungs- und Evaluationsbüros drei Themenbereiche untersucht. Die Ergebnisse sind in drei Themenberichten ausführlich dargestellt: «Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems» (B,S,S. 2019), «Qualität der stationären Spitalleistungen» (INFRAS und Zahnd 2018) und «Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung» (econcept/LENZ 2018). Diese Berichte stützen sich neben eigenen Erhebungen auch auf weitere, vom BAG in Auftrag gegebene Studien, sowie auf Studien der externen Begleitforschung.

Der vorliegende Schlussbericht fasst die Erkenntnisse aus den Themenberichten zusammen und zieht eine Gesamtbilanz. Bei der Interpretation der im Folgenden dargestellten Ergebnisse gilt es, erstens den kurzen Beobachtungszeitraum der Beurteilung im Auge zu behalten. Die beurteilte Einführungsperiode (2012–2016) war von Antizipationseffekten, Übergangsregelungen und einer teilweise heterogenen Umsetzung der Massnahmen geprägt. Zweitens lässt die Datenbasis in einigen Fällen keine abschliessende Beurteilung zu. Drittens wurde mit dem Bundesratsbeschluss vom 25. Mai 2011 für die Evaluation die Minimalvariante gewählt. Dies bedeutet eine Fokussierung auf den spitalstationären OKP-Bereich, so dass spezifische Fragestellungen zum spitalambulanten Bereich und zur Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem oder zum «zusatzversicherten» Bereich² nicht oder nur sehr eingeschränkt beantwortet werden können. Und viertens ist zu beachten, dass die Benennung des Handlungsbedarfs gemäss der Evaluation zu weiten Teilen auf der Grundlage der Situation bis 2016/2017 geschieht. Beim Ableiten von notwendigen Massnahmen zum jetzigen Zeitpunkt sind die zwischenzeitliche Entwicklung und die entsprechenden relevanten Aktivitäten von Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern einzubeziehen.

¹ Eine ausführlichere Beschreibung der Massnahmen findet sich im Anhang A1.

² Leitungen, die via Spitalzusatzversicherungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vergütet werden.

Wie ist die Umsetzung der Massnahmen der Revision zu beurteilen?

Insgesamt erfolgt die Umsetzung der Massnahmen der Revision gemäss den Erwartungen des Gesetzgebers:

- Die *dual-fixe Leistungsfinanzierung* wurde wie geplant umgesetzt. Der Wechsel von einer Objektfinanzierung der Spitäler hin zu einer Leistungsfinanzierung ist vollzogen. Der stationäre Spitalbereich wird heute zu 91 Prozent mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert.³ Die gewollte anteilige Verschiebung von der Prämienfinanzierung (OKP) zur Steuerfinanzierung (Kantone) ist zu beobachten. Der Finanzierungsanteil der OKP hat sich auf dem angestrebten niedrigeren Niveau von maximal 45 Prozent in allen Kantonen stabilisiert.
- Die Umsetzung der *leistungsbezogenen Pauschalen* erfolgte in der Akutsomatik mittels SwissDRG ebenfalls weitgehend erwartungsgemäss. Die Kantone berücksichtigen bei der Genehmigung und Festsetzung der Tarife für die Spitäler verstärkt das Kriterium der Wirtschaftlichkeit. Die Anlagenutzungskosten wurden wie beabsichtigt in die Pauschalen einbezogen und es gibt nahezu keine kantonalen Defizitdeckungen der Spitäler mehr. Die Güte der Tarifstruktur SwissDRG hat sich in den letzten Jahren verbessert.
- Die Kantone haben die Änderungen der KVG-Revision bezüglich *Spitalplanung* gesetzeskonform umgesetzt. Allerdings wurde der gesetzliche Spielraum rege genutzt. Die allermeisten Kantone gestalteten die Bedarfsermittlung nachvollziehbar mittels Prognosemodellen und stützten sich in der Versorgungsplanung in der Akutsomatik auf die Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG-Systematik) gemäss Empfehlung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Der Leistungseinkauf wird insbesondere in der Akutsomatik zunehmend wettbewerbsfreundlich ausgestaltet. Die interkantonale Koordination hat sich in der stationären Versorgung seit 2012 verbessert.
- Die Spitäler setzen die *erweiterte Spitalwahl* um und kommen ihrer Aufnahmepflicht nach. Die Kantone haben kaum Auflagen für ausserkantonale Behandlungen formuliert, die über die Empfehlungen der GDK hinausgehen. Die Datenbasis zu dieser Thematik ist allerdings begrenzt.
- Durch die Umsetzung der Massnahmen zur erweiterten *Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität* wurde eine grössere Verfügbarkeit von Spitalkennzahlen und eine insgesamt stärkere Nutzung der Kennzahlen erreicht.

Gleichwohl zeigen sich in der Evaluation einige Optimierungsmöglichkeiten der Umsetzung:

- Viele Massnahmen werden kantonal unterschiedlich umgesetzt, was den angestrebten schweizweiten Wettbewerb der Spitäler behindern kann. So berücksichtigen die Kantone das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung und der Festsetzung der Basistarife unterschiedlich. Auch hat der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen bislang keine schweizweiten Betriebsvergleiche der Spitäler zu den schwe-regradbereinigten Fallkosten durchgeführt und veröffentlicht. Die Kantone nutzen die Qualitätskennzahlen bei der Spitalplanung wenig. Der Grund liegt jeweils in der breiten Interpretation der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Kantone und der teilweise ungenügenden Datengrundlage. Zudem ist die Querfinanzierung stationärer Spitalleistungen angesichts fehlender einheitlicher Definition, Erfassung und Bewertung der GWL sowie direkter Investitionen der Kantone im Spitalbereich bzw. der Gewährung vergünstigender Konditionen für Spitalinvestitionen theoretisch möglich; es liegen jedoch nur wenige konkrete Hinweise hierfür vor.

³ Stationäre Spitalleistungen sind medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungen des Spitalaufenthalts (z.B. Hotellerie).

- Die interkantonale Zusammenarbeit und die überregionale Versorgungsplanung sind weiterhin optimierbar. Gesetzlich vorgeschrieben ist die gemeinsame Planung zwar nur im Bereich der hochspezialisierten Medizin. Mit dem Ziel des Abbaus von Überkapazitäten hat der Gesetzgeber aber die Absicht verbunden, dass eine vermehrte Koordination und Kooperation zwischen Kantonen und Regionen angestrebt wird.
- Die Versicherten haben die erweiterte Spitalwahl bislang noch wenig wahrgenommen. Eine Hürde dürften die für Patientinnen und Patienten wenig verständlichen Qualitätskennzahlen der Spitäler sein. Zudem kann die erweiterte Spitalwahl durch mögliche finanzielle Nachteile (wie z.B. niedrige Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen) und die Komplexität des Verfahrens behindert werden.

Insgesamt sind eine weitere Verbesserung der Datenbasis und die Harmonisierung der Umsetzung in den Kantonen die wichtigsten Ansatzpunkte zur Verbesserung des Vollzugs der Revision.

Welches sind die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?

Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems

Wichtige Ziele der Revision wie die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich und die Förderung des Wettbewerbs der Spitäler wurden erreicht (B,S,S. 2019, basierend auf Pellegrini & Roth 2018, Müller et al. 2019):

- Das Kostenwachstum für stationäre Spitalleistungen und den stationären Spitalbereich wurde insbesondere in der OKP gedämpft (vgl. Tabelle 2).⁴
- Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat zur gewollten Entwicklung der Finanzierungsanteile der Kostenträger für stationäre Spitalleistungen geführt. Sie trägt dazu bei, dass der Anteil der OKP den Zielwert von 45 Prozent fast erreicht hat. 2016 wurden schweizweit 48 Prozent der gesamten KVG-pflichtigen stationären Spitalausgaben durch die Prämien der OKP gedeckt, 2013 waren es noch 53 Prozent.
- Die leistungsorientierte Finanzierung von akutstationären Spitalleistungen hat zugenommen. Heute wird der stationäre Spitalbereich zu 91 Prozent mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert.
- Die Transparenz der Kosten und der Finanzierung stationärer Spitalleistungen hat zugenommen. Es sind mehr Daten öffentlich verfügbar, und die kantonalen Spitalplanungen berücksichtigen vermehrt die bundesrätlichen Planungskriterien zur Wirtschaftlichkeit.
- Der finanzielle Druck auf die Spitäler hat zugenommen und zu effizienzsteigernden Reaktionen geführt, insbesondere zu Prozessoptimierungen.
- Unerwünschte Wirkungen sind bislang weitgehend ausgeblieben: So sind keine effizienzmindernden Reaktionen der Spitäler aufgrund von leistungsbezogenen Pauschalen zu beobachten. Auch lassen sich die steigenden Fallzahlen in den Spitälern der Akutsomatik nicht auf unerwünschte Mengenausweitungen aufgrund von leistungsbezogenen Pauschalen zurückführen. Die Datenbasis, welche diese Schlüsse belegt, ist allerdings begrenzt.

⁴ Kosten für stationäre Spitalleistungen beziehen sich auf die Vergütung für die erbrachten, KVG-pflichtigen Leistungen. Kosten für den stationären Spitalbereich umfassen neben den Ausgaben für stationäre Spitalleistungen auch die GWL sowie allfällige kantonale Defizitdeckungen.

Trotz dieser grundsätzlich positiven Einschätzung ist auf einige Schwachstellen der Wirkungsentfaltung bezüglich Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems hinzuweisen:

- Über den stationären Spitalbereich hinaus konnte keine Eindämmung des Kostenwachstums erzielt werden (vgl. Tabelle 2). Gründe sind die Fokussierung der Revision auf den Bereich der stationären Spitalleistungen sowie der oben skizzierte Optimierungsbedarf in der Umsetzung. Zudem dürfte der Zeithorizont seit der Einführung der Revision noch zu kurz sein für eine vollständige Wirkungsentfaltung der Massnahmen.
- Die Nachhaltigkeit der Kostendämpfung im stationären Spitalbereich ist unklar. Es wird sich zuerst zeigen müssen, ob der sprunghafte Kostenanstieg in den Jahren 2011 und 2012 durch eine langfristige Dämpfung des jährlichen Kostenwachstums wieder ausgeglichen werden kann, zumal die verschiedenen Effekte von Übergangsfristen wegfallen.
- Die Transparenz der Kosten und der Finanzierung des stationären Spitalbereichs weist noch Lücken auf. Dies betrifft insbesondere die Bereiche GWL und Investitionen.
- Die Revision hat den Trend zu Leistungsverlagerungen aus Akutspitalern in den nachsorgenden Bereich verstärkt. Unklar bleiben aufgrund der unzureichenden Datenbasis die Kostenfolgen und allfällige Effizienzverbesserungen der Verlagerungen.

Qualität der stationären Spitalleistungen

Die Qualität der stationären Spitalleistungen wurde nach Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung erhalten und zum Teil verbessert (INFRAS und Zahnd 2018). Eine systematische Verschlechterung der Qualität, wie teilweise vor Einführung der Revision befürchtet, wird nicht bestätigt. Damit wurde ein wichtiges Ziel der Revision erreicht.

Die öffentliche Statistik verfolgt aber nur wenige Indikatoren, die Aussagen zur Entwicklung der Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen zulassen. Die nachfolgende Tabelle 1 macht deutlich, dass sich diese Indikatoren im Nachgang der Revision des KVG nicht verschlechtern, sondern tendenziell verbessert haben. So hat beispielsweise die Anzahl der Todesfälle im Zeitraum von 30 Tagen nach einem spitalstationären Eingriff (30-Tage-Mortalität) in der Akut-somatik abgenommen. Stabil geblieben sind die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zu einzelnen Aspekten der Ergebnisqualität (z.B. postoperative Wundinfektionen, Stürze usw.). Hingegen haben die Rehospitalisierungen in der Akut-somatik seit 2009 signifikant zugenommen. Inwieweit dieser Trend auf die KVG-Revision zurückzuführen ist, lässt sich nicht abschliessend beurteilen.

Tabelle 1: Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität (Akutsomatik)

Indikatoren	Ergebnis Entwicklung	Beobachtungszeitraum
Indikatoren basierend auf Auswertungen des Obsan von BFS-Statistiken (Tuch et al. 2018)*		
30-Tage-Mortalitätsrate im Spital	↓ Abnehmend	2009–2016
Rehospitalisierungen (18-Tage/30-Tage)	↑ Zunehmend	2009–2016
Indikatoren basierend auf Auswertungen/Messungen des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)		
Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen**	↓ Abnehmend (Ausnahme 2014)	2010–2015
	↑ Zunehmend	2016
Patientenzufriedenheit	Stabil	2011–2015
Postoperative Wundinfektionen bei 12 Eingriffsarten	Stabil/ ↓ Abnehmend***	2011–2015/2016
Prävalenz von Stürzen	Stabil	2011–2016
Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen)	Stabil	2011–2016

Quelle: vereinfachte Darstellung, basierend auf INFRAS und Zahnd 2018, ergänzt durch ANQ 2018.

Legende: * BFS: Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik.

** Der ANQ-Indikator basiert ebenfalls auf BFS-Statistiken, aber auf einer anderen Analyseverfahren als die Auswertungen des Obsan. Ergebnisse für das Jahr 2016 ergänzt aus ANQ 2018.

**** Seit 2011 signifikante Reduktion der Wundinfektionen bei Appendektomien, Hernien, Herzchirurgie, elektiven Hüftgelenksprothesen, Laminektomien und Magenbypassoperationen.

Zusammenfassend kommt die Evaluation zu folgenden Aussagen bezüglich der Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen:

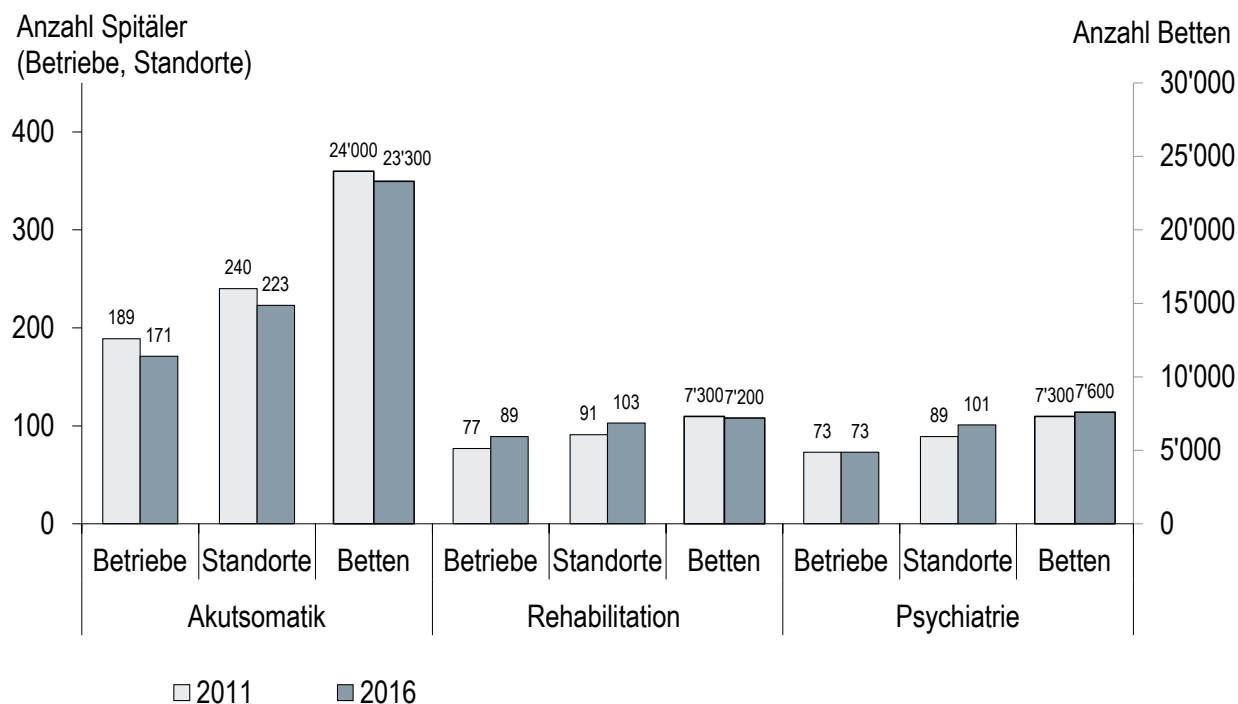
- Vor allem bei der Prozess- und der Strukturqualität der stationären Spitalleistungen lassen sich nach Einführung der KVG-Revision Fortschritte erkennen.
- Eine systematische Verschlechterung der Qualität, wie teilweise vor Einführung der Revision befürchtet, wird nicht bestätigt. Deutlich wird aber auch, dass sich die Revision nicht auffallend positiv auf die Ergebnisqualität und die Qualität an den Schnittstellen zum nachsorgenden Bereich ausgewirkt hat.
- Die Transparenz der Qualität der stationären Spitalleistungen wurde insofern verbessert, als dass vermehrt Spitalkennzahlen zur Qualität vorliegen. Im beobachteten Zeitraum waren diese jedoch noch lückenhaft, für Versicherte schwer verständlich und werden zu wenig genutzt.
- Die Massnahmen der Revision treffen auf ein vorbereitetes Feld. Wichtige Trends in Richtung Qualitätswettbewerb haben bereits vor 2012 begonnen. Dazu gehören der generelle Qualitätstrend bei vielen Akteuren, Agenda-Setting durch die Medien, vermehrtes öffentliches Interesse sowie autonome und aufgeklärtere Patientinnen und Patienten.

Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung

Der Wettbewerb zwischen den Spitälern hat sich seit der KVG-Revision 2012 verstärkt, die erhofften Auswirkungen auf die Spitallandschaft sind aber noch nicht festzustellen (econcept/LENZ 2018). Die Spitallandschaft hat sich durch die Massnahmen der Revision zwischen 2012 und 2016 kaum verändert. Die Anzahl Spitäler, die mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandeln, blieb zwischen 2011 und 2016 stabil (+/- 2%) und die Bettenzahl hat sich insgesamt wenig reduziert (- 1%). Insgesamt kann nicht von einem Abbau von Kapazitäten im stationären Spitalbereich ausgegangen werden.

Wie Abbildung 2 zeigt, sind aber Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen festzustellen. In der Akutsomatik setzte sich der bereits vor 2011 festgestellte Trend hin zu einer leichten Konzentration von Spitälern (Betriebe und Standorte) fort. In der Rehabilitation gibt es seit 2011 rund 15 Prozent mehr Spitäler, während die Bettenzahl leicht abgenommen hat. Im Bereich Psychiatrie ist die Zahl der Betriebe stabil geblieben. Allerdings haben die Zahl der Standorte (+12%) und die Bettenzahl (+4%) zwischen 2011 und 2016 zugenommen.

Abbildung 2: Spitäler der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2011 und 2016



Quelle: eigene Darstellung, basierend auf econcept/LENZ 2018 und Gruber & Lippisch 2018a.

Zusammenfassend kommt die Evaluation zu folgenden Schlüssen im Hinblick auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung:

- Die Sicherstellung der Versorgung ist weiterhin gewährleistet. Der Zugang der Bevölkerung zu Spitälern mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle hat sich seit 2010 kaum verändert.
- Der Wettbewerb zwischen den Spitälern hat sich seit der KVG-Revision 2012 verstärkt. Die erhoffte Konzentration der Spitallandschaft mit einem Abbau von Kapazitäten ist aber (noch) nicht festzustellen.
- Die Spitallandschaft hat sich durch die Massnahmen der Revision zwischen 2012 und 2016 kaum verändert. Auf aggregierter Ebene hat sich eine Konzentration von Angebot und Leistungen der Spitäler wenig manifestiert. Die detaillierten Analysen zeigen aber, dass in der Schweizer Spitallandschaft vieles in Bewegung ist und dass die Entwicklungen ansatzweise in die von der Revision gewünschte Richtung weisen. In der Akutsomatik setzt sich der bereits vor 2012 festgestellte Trend zur Konzentration des Angebots im Untersuchungszeitraum fort.
- Hauptgründe für bislang bescheidene Auswirkungen auf die Spitallandschaft sind erstens der kurze Zeitraum seit Beginn der Umsetzung der Revision und zweitens Verzögerungseffekte von notwendigen langfristigen Investitionsentscheidungen. Die Spitäler stellen sich derzeit noch auf den verstärkten Wettbewerb ein und investieren in die Infrastruktur. Bei Wettbewerbsstrategien treten öfters Investitionsphasen vor der Konsolidierung auf. Die Spitallandschaft ist noch nicht in einer Phase der Restrukturierung. Drittens werden die wettbewerblichen Rahmenbedingungen von den Kantonen zum

Teil noch wenig konsequent gefördert. Viertens fehlt der Anreiz zu Veränderungen, der von einem konsequenten und informierten Patientenverhalten ausgehen könnte.

Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems?

Die KVG-Revision hatte Auswirkungen auf alle Hauptakteure des Gesundheitssystems.

Versicherte

Insgesamt hatte die KVG-Revision verhalten positive Wirkungen für die Versicherten. So profitierten die Versicherten in den letzten Jahren insbesondere von Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität (z.B. Servicequalität, Infrastrukturen, Optimierung von Behandlungsabläufen). Es sind keine systematischen negativen Effekte wie Rationierung oder Verletzungen der Aufnahmepflicht durch die Listenspitäler zu erkennen. Empirisch lassen sich aber weder eine systematische Verbesserung, noch eine systematische Verschlechterung der Ergebnisqualität nachweisen. Es ist nicht auszuschliessen, dass es aufgrund der verkürzten Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik zu verfrühten Entlassungen kommt und dass bestehende Qualitätsmängel, vor allem beim Übertritt in den nachsorgenden Bereich, punktuell verstärkt werden. Die Versicherten nehmen die erweiterte Spitalwahl bislang wenig in Anspruch. Hauptgründe dürften die weiterhin ungenügende Transparenz hinsichtlich der Qualität der Spitalleistungen, andere Prioritäten der Versicherten sowie finanzielle Hindernisse sein.

Kantone

Mit der Revision des KVG wurden die Kantone bewusst stärker in die Verantwortung genommen, um eine Stabilisierung der Prämien- und Steuerfinanzierung zu erreichen. Gleichzeitig hat der Bund den Kantonen für die Umsetzung einen grossen gesetzlichen Spielraum gelassen.

Die Kantone übernehmen wie gewollt einen höheren Anteil an den Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen als vor Einführung der Revision. Gleichzeitig wurden die Kantone im Bereich der Investitionskosten für Spitäler gezielt entlastet. Die jährlichen Ausgaben der Kantone für den stationären Spitalbereich sind im Zeitraum 2013 bis 2016 weniger stark gewachsen als im Jahr 2011 (0,6% gegenüber 3,8%). Die Aussagekraft des Indikators ist allerdings in zweierlei Hinsicht erheblich eingeschränkt. Erstens ist durch die fehlende Abgrenzung der Ausgaben für GWL keine Aussage nur für den KVG-pflichtigen Bereich möglich. Zweitens kann die Entlastung der Kantone durch die Beteiligung der OKP an den Anlagenutzungskosten aufgrund unzureichender Daten nicht beziffert werden. Deshalb ist ein Vergleich der Ausgabenentwicklung vor und nach 2012 nur eingeschränkt möglich (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019).

Die Kantone setzen die Spitalplanung gesetzeskonform um. Viele Kantone haben dazu beigetragen, dass sich die wettbewerblichen Rahmenbedingungen zwischen 2012 und 2015 verbessert haben, indem sie einheitliche Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG-Systematik) in der Akutsomatik anwendeten und öffentliche Vergabeverfahren vornahmen. Dennoch bleibt die Umsetzung der Revision aufgrund unterschiedlicher Interpretationen kantonal sehr heterogen. Dies betrifft sowohl den Bereich Wirtschaftlichkeit (insbesondere Betriebsvergleiche und GWL) als auch den Bereich Qualität. So werden zum Beispiel kaum Qualitätsvergleiche zwischen den Spitälern durchgeführt, was auch der unzureichenden Datenbasis geschuldet ist. Eine überregionale Versorgungsplanung wird, abgesehen vom Bereich der hochspezialisierten Medizin, kaum vorangetrieben. Die interkantonale Koordination (Absprachen, Anhörungen) wurde verstärkt, die interkantonale Kooperation (d.h. Zusammenarbeit im Sinne einer gemeinsamen Versorgungsplanung) bleibt aber bescheiden. Hauptgrund dafür dürfte sein,

dass die Kantone weiterhin eine Mehrfachrolle bezüglich Spitalversorgung innehaben mit entsprechenden Governance-Konflikten. Generell liegt der Fokus der kantonalen Spitalplanungen weiterhin eher auf dem eigenen Kanton und den öffentlich-rechtlichen Spitälern.

Leistungserbringer

Die Spitäler stehen im Fokus der Wirkungsketten der Massnahmen der Revision des KVG. Am stärksten betroffen ist der Bereich der Akutsomatik, wo die leistungsbezogenen Fallpauschalen bereits seit 2012 etabliert sind.

Im Grossen und Ganzen entsprechen die Reaktionen der Spitäler den Erwartungen des Gesetzgebers. Vor allem die Akutspitäler spüren aufgrund der leistungsbezogenen Fallpauschalen einen zunehmenden finanziellen Druck. Darüber hinaus haben die Spitalplanung mit den zu berücksichtigenden bundesrätlichen Qualitätskriterien und die erweiterte Spitalwahl den Qualitätsdruck auf die Spitäler erhöht. Die Spitäler reagieren mit Qualitätsanstrengungen und verbesserter Effizienz der Leistungserbringung sowie mit verstärkten Kooperationen (v.a. Massnahmen zur Kostenreduktion). Unerwünschte Massnahmen zur Ertragssteigerung (wie z.B. medizinisch nicht indizierte Mengenausweitungen) sind selten festzustellen. Die Akutspitäler erfüllen ihre Aufnahmepflicht. Es gibt keine erhärteten Hinweise darauf, dass die Spitäler den gestiegenen finanziellen Druck mit einem Personalabbau kompensieren. Allerdings ist die Datenlage zu diesen möglichen Massnahmen begrenzt. Zudem weisen Befragungen darauf hin, dass das Personal einer höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt ist. Das Ausmass der Reaktionen der Spitäler auf die Revision und die Entwicklung der Spitallandschaft bleiben allerdings hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern ist noch nicht so ausgeprägt wie erwünscht und ein Abbau von Kapazitäten blieb bislang weitgehend aus.

Die Spitäler in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation sowie Nachsorger ausserhalb des Spitalbereichs (z.B. ambulante Krankenpflege, Pflegeheime, Hospize) erhalten gemäss den Evaluationsergebnissen aufgrund des finanziellen Drucks in der Akutsomatik mehr und frühere Überweisungen. Gemäss Aussagen von Nachsorgern in den Bereichen ambulante Krankenpflege, Pflegeheime und Hospize entstehen dadurch höhere Kosten, da diese Institutionen vermehrt qualifiziertes Personal anstellen müssen.

Versicherer

Aufgrund der Revision ist der Finanzierungsanteil der OKP bei stationären KVG-pflichtigen Spitalleistungen auf das angestrebte Niveau von 45 Prozent gesunken. Das Ausgabenwachstum der OKP für stationäre Spitalleistungen hat sich seit Einführung der Revision verringert. Das Wachstum der OKP-Ausgaben für alle Leistungsarten hingegen wurde nicht gebremst. Der Anteil der Zusatzversicherungen an den Ausgaben für stationäre Spitalleistungen hat sich reduziert. Dies dürfte an der erweiterten Spitalwahl mit finanzieller Beteiligung des Wohnkantons an ausserkantonalen Hospitalisationen liegen. Inwiefern Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP, beispielsweise zu ambulanten Leistungen, stattgefunden haben, konnte im Rahmen dieser Evaluation nicht quantifiziert werden.

Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG?

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung soll einen Beitrag zur Erreichung von zwei der drei Hauptziele des KVG leisten, nämlich zur Eindämmung des Kostenwachstums sowohl in der OKP als auch im Gesundheitssystem sowie zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung.

Eindämmung des Kostenwachstums

Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Indikatoren zu Ausgaben und Kosten im Spitalbereich und im Gesundheitswesen nach Einführung der Revision im Vergleich zur Vorperiode.

Tabelle 2: Entwicklung der Indikatoren zu den Ausgaben und Kosten

Indikatoren Ausgaben/Kosten	Durchschnittliches jährliches Wachstum (%)			Entwicklung des Wachstums
	Vorperiode	2012	2013–2016	2013–2016 versus Vorperiode
Stationäre Spitalleistungen				
Produktionskosten für Erbringung stationärer Spitalleistungen	2,8% ^{a)}	4,6%	2,9%	= stabil
OKP-Ausgaben stationäre Spitalleistungen	3,2% ^{b)}	10,1%	1,5%	↓ Wachstum gebremst
Stationärer Spitalbereich				
Ausgaben der Kantone (inkl. gemeinwirtschaftliche Leistungen, allfällige weitere kantonale Investitionen)	3,8% ^{b)}	12,1%	0,6%	↓ Wachstum gebremst
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den stationären Spitalbereich	6,6% ^{a)}	7,2%	3,0%	↓ Wachstum gebremst
Spitalbereich (ambulant und stationär)				
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich	3,6% ^{c)}		4,0%	↑ Wachstum zugenommen
Gesundheitswesen				
Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen	3,3% ^{c)}		3,9%	↑ Wachstum zugenommen

Quelle: vereinfachte Darstellung, basierend auf Angaben in B,S,S. 2019.
 Legende: Dargestellt ist das absolute Wachstum der Kosten/Ausgaben. Die Datenverfügbarkeit für die Vorperiode ist unterschiedlich: ^{a)} 2011, ^{b)} 2006–2011, ^{c)} 2009–2011.

Aus der Tabelle 2 lässt sich eine leichte Dämpfung des Ausgabenwachstums im stationären Spitalbereich erkennen. Diese ist auf effizienzsteigernde Massnahmen der Spitäler zurückzuführen, die mindestens teilweise mit der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden können. Die Kostendämpfungsziele wurden für die Ausgaben der OKP für stationäre Spitalleistungen sowie für alle Finanzierungsträger für den stationären Spitalbereich erreicht. Nicht erreicht wurden die Kostendämpfungsziele über den stationären Spitalbereich hinaus, nämlich für den Spitalbereich einschliesslich ambulanter Leistungen sowie für das gesamte Gesundheitswesen. Potentiell hat aber der verlangsamte Anstieg der Kosten im stationären Spitalbereich die Kostenentwicklung insgesamt etwas gedämpft.

Die Ergebnisse sind allerdings mit Zurückhaltung zu bewerten. Erstens liegt dies im kurzen Analysehorizont begründet. Die Entwicklung im Jahr 2012 wird separat ausgewiesen, da sich im Jahr 2012 aufgrund der Revision Schwelleneffekte bemerkbar gemacht haben, die einen Vorher-Nachher-Vergleich beeinträchtigen würden. Der initiale Anstieg der Ausgaben kann nur durch ein anschliessendes geringeres jährliches Wachstum ausgeglichen werden, wenn dieses langfristig anhält. Zweitens ist auf den Einfluss der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf mindestens 55 Prozent im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 hinzuweisen. Diese Veränderung lässt einen kostendämpfenden Einfluss auf die OKP-Ausgaben erwarten. Drittens hatte der Einbezug der Anlagenutzungskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen in der Akutsomatik ab 2012 einen kostendämpfenden Effekt auf die Ausgaben der Kantone.

Es bleibt daher abzuwarten, wie sich die Kosten längerfristig entwickeln, wenn Effekte der Einführungsphase nachlassen und die leistungsbezogenen Pauschalen in allen Versorgungsbereichen umgesetzt sind. Zudem wird sich zeigen, ob der Kostensprung im Jahr 2011/2012 langfristig kompensiert werden kann.

Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung

Die Revision des KVG hat den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung tendenziell leicht verbessert. Die Struktur- und Prozessqualität der stationären Spitalleistungen hat sich seit vielen Jahren positiv entwickelt. Die Revision hat dazu vor allem durch den erhöhten Wettbewerbsdruck einen Beitrag geleistet. Der Zugang zur Versorgung ist weiter sichergestellt, denn die Erreichbarkeit der Spitäler im Notfall bleibt sehr gut und es gibt keine Hinweise auf eine systematische Verletzung der Aufnahmepflicht der Spitäler. Die Ergebnisqualität hat sich gemäss den verfügbaren Indikatoren nicht systematisch verschlechtert und manche Indikatoren haben sich sogar verbessert (z.B. Anzahl der Todesfälle im Zeitraum von 30 Tagen nach einem spitalstationären Eingriff, Patientenzufriedenheit, postoperative Wundinfektionen). Unklar ist aber, wie die steigenden Raten von Rehospitalisierungen zu bewerten sind. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass sich Qualitätsmängel an den Schnittstellen zum nachgelagerten Bereich (z.B. ambulante Krankenpflege, Pflegeheime, Hospize) seit der Revision verstärkt haben.

Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision im Hinblick auf die Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP zu erzielen, zu beurteilen?

Insgesamt erscheint die Revision geeignet, einen Beitrag zur Eindämmung des Ausgabenwachstums in der OKP im stationären Spitalbereich zu erzielen. Das Kostendämpfungsziel wurde für die OKP-Ausgaben der stationären Spitalleistungen erreicht. Die Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils im Rahmen der dual-fixen Finanzierung hat dabei einen wesentlichen Anteil. Die Verfehlung der Kostendämpfungsziele über den stationären Spitalbereich hinaus können zumindest teilweise damit erklärt werden, dass in diesen Ausgaben andere Leistungsbereiche (bspw. ambulante Leistungen) eingeschlossen sind, die nicht (direkt) von der Revision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung betroffen sind.

Auch aus Qualitätssicht kann die KVG-Revision als zweckmässig beurteilt werden. Die Massnahmen zur Förderung der Transparenz, der erweiterten Spitalwahl und der Spitalplanung haben dazu beigetragen, dass die Qualität der Spitalleistungen, trotz des höheren finanziellen Drucks, zumindest nicht gesunken ist. Allerdings haben sich die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität bislang kaum auf die Ergebnisqualität ausgewirkt.

In welchen Bereichen der Revision wird Handlungsbedarf gesehen?

Insgesamt zeigen die Massnahmen der Revision Auswirkungen in die gewünschte Richtung. Hinweise auf notwendige Gesetzesänderungen sind nicht zu erkennen. Das Wirkungspotenzial der Revision ist jedoch noch nicht voll ausgeschöpft. Dazu dürften der vergleichsweise kurze Zeitraum der Umsetzung und der Einfluss von Kontextfaktoren wie die heterogene Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie Governance-Konflikte der Kantone beigetragen haben. Die Ergebnisse der Evaluation machen deutlich, dass die Umsetzung der Revision in folgenden Bereichen verbessert werden könnte – wobei zu beachten ist, dass diese Benennung zu weiten Teilen auf der Grundlage der Situation bis 2016/2017 geschah. Gerade im Bereich der Qualitätsindikatoren und der Spitalplanung haben die Akteure seit 2017 weitere Aktivitäten und Massnahmen umgesetzt.

Intensivierung der interkantonalen Kooperation in der Spitalplanung und Koordination bezüglich Qualitätskriterien

Die Zusammenarbeit der Kantone ist ein wichtiges Element in der Wirkungslogik der Revision. Die Kantone koordinieren ihre Aktivitäten gesetzeskonform im Rahmen ihres relativ grossen gesetzlichen Spielraums. Mit der Revision wird aber letztlich nicht nur Koordination, sondern eine verstärkte interkantonale Kooperation angestrebt. Handlungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang vor allem bei der Spitalplanung. Dabei hat die Evaluation aufgezeigt, dass der Bund die Kantone und die Leistungserbringer bei der Definition von schweizweit gültigen und akzeptierten Qualitätskriterien für die Spitalplanung unterstützen könnte. Weiter würde die Wirksamkeit der Revision davon profitieren, wenn die Kantone die Qualitätskriterien in der Spitalplanung systematischer anwenden und vermehrt qualitätsbezogene Betriebsvergleiche durchführen würden. Zudem lässt sich aus den Evaluationen erkennen, dass sie die Einhaltung von Qualitätsvorgaben durch die Leistungserbringer systematischer überprüfen und durchsetzen könnten. Schliesslich wäre die interkantonale Zusammenarbeit zu verstärken und eine überregionale Versorgungsplanung in Angriff zu nehmen.

Wirtschaftlichkeit: Erhöhung der Transparenz durch einheitlichen Daten und Methoden

Als Folge der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung stehen heute mehr Kennzahlen zur Beurteilung der Kosten stationärer Spitalleistungen zur Verfügung. Auch hat sich die Datenqualität in den vergangenen Jahren verbessert. Insofern hat die Revision die Transparenz bezüglich Wirtschaftlichkeit vorangebracht. Handlungsbedarf besteht jedoch vor allem bezüglich folgender Aspekte: einheitliche Definition und einheitliche Erfassungs- und Bewertungsmethoden von GWL, Grundlagen für Betriebsvergleiche zu den Kosten sowie harmonisiertes Vorgehen zur Festlegung der Referenztarife. Damit steht der Bund vor der Aufgabe, schweizweite Betriebsvergleiche zu veröffentlichen. Die Kantone sollten die Definition und die Erfassungs- und Bewertungsmethoden der GWL vereinheitlichen und ihre Investitionsbeiträge an Spitäler transparent machen. Dies würde eine bessere Abgrenzung der Ausgaben für KVG-pflichtige Spitalleistungen ermöglichen. Weiter könnten die Kantone zusammen mit den Leistungserbringern durch Harmonisierung der Daten die Grundlagen für schweizweite Betriebsvergleiche verbessern. Beispielsweise könnten sich die Kantone auf eine Methode zur Erfassung der Leistungen einigen.

Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen

Die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung hat dazu beigetragen, dass mehr Kennzahlen zur Qualität stationärer Spitalleistungen öffentlich zur Verfügung stehen. Die Akteure haben zudem, auch unabhängig von der Revision, ihre Bemühungen zur Verbesserung der Beurteilung der Qualität verstärkt. Nach wie vor bestehen jedoch Lücken, was das Spektrum, die Akzeptanz und die zeitnahe Verfügbarkeit von Kennzahlen angeht. Insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität mangelt es an allgemein anerkannten Indikatoren. Bezüglich des Kriteriums Qualität besteht aus Sicht der Evaluationen Optimierungsbedarf hinsichtlich folgender Punkte: schweizweit gültige und akzeptierte Qualitätskriterien, systematische Durchführung von qualitätsbezogenen Betriebsvergleichen in der Spitalplanung, Überprüfung und Durchsetzung von Qualitätsvorgaben durch die Kantone und die Versicherer sowie patientengerechte Kommunikation von Qualitätsindikatoren. In erster Linie könnte auf Bundesebene, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und Kantonen, die Entwicklung akzeptierter Indikatoren, insbesondere für Ergebnisqualität vorangetrieben werden. Weiter bedarf es einer präziseren Beobachtung der Entwicklungen der Qualität spitalstationärer Leistungen einschliesslich der Übergänge in den nachsorgenden Bereich. Es ist davon auszugehen, dass die Revision ihre volle Wirkung erst noch entfalten wird.

Stärkung der Position der Versicherten

Die Versicherten als Nachfragende von stationären Spitalleistungen nutzen die ihnen in der Wirkungslogik der Revision zugeordnete Rolle bei der Spitalwahl noch wenig. Deshalb ist es wichtig, sie in ihrer Rolle als Akteure der Umsetzung der Revision stärker zu unterstützen. Handlungsbedarf orten die Evaluationen insbesondere bei der patientengerechten Kommunikation von Qualitätsindikatoren. Es bedarf einer Förderung der Kommunikation auf Bundesebene, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, Patientenorganisationen und Kantonen. Auf kantonaler Ebene bedarf es einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für die erweiterte Spitalwahl der Versicherten durch Vereinfachung der Verfahren und harmonisierte Festlegung der Referenztarife.

Wie geht es weiter?

Die Evaluation hat die Zweckmässigkeit der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung bestätigt. Die Umsetzung der Massnahmen geschieht insgesamt gemäss den Erwartungen des Gesetzgebers. Zudem zeigen die Auswirkungen der Massnahmen in die gewünschte Richtung.

Die Evaluation zeigt aber auch klar auf, in welchen Bereichen Optimierungsmöglichkeiten in der Umsetzung der Massnahmen bestehen, damit das Wirkungspotential der Revision vollständig ausgeschöpft werden kann.

Um auf den aufgezeigten Handlungsbedarf in den vier obenstehenden Bereichen zu reagieren und die Umsetzung der Massnahmen zu optimieren, sind alle relevanten Akteure gefordert. Wie bereits erwähnt, haben die Akteure seit Abschluss der Datenerhebung im Rahmen der Evaluation weitere Massnahmen ergriffen.

Die folgenden Ausführungen zu den vier Bereichen fokussieren auf den Beitrag, den der Bund leisten kann bzw. muss. In seiner Sitzung vom 3. Juli 2019 hat der Bundesrat dies bestätigt und das Eidgenössische Departement des Innern bzw. das BAG beauftragt, die Umsetzungsdefizite mit den betroffenen Akteuren aufzunehmen. Als zentrale Rahmenbedingung gilt dabei, dass die geltende Aufgaben- und Finanzierungsaufteilung zwischen Bund, OKP, den Patientinnen und Patienten sowie den Kantonen für die Gespräche zu beachten sind.

1. Intensivierung der interkantonalen Kooperation in der Spitalplanung und Koordination bezüglich Qualitätskriterien

Die Spitalplanung, inkl. der Umsetzung der Qualitätsvorgaben, liegt im Verantwortungsbereich der Kantone. Der Bund beabsichtigt, die Qualitätsanforderungen für die kantonalen Spitalplanung in der KVV⁵ zu präzisieren (Herbst 2019).

2. Wirtschaftlichkeit: Erhöhung der Transparenz durch einheitliche Daten und Methoden

Die Kantone, die Leistungserbringer und der Bund müssen sich gemeinsam für die Verbesserung der Grundlagen für die Spitalvergleiche einsetzen. Im Rahmen der vorgesehenen Revisionen von KVV und VKL⁶ sollen die Bestimmungen zur Tarifiermittlung und Herleitung der schweregradbereinigten Kosten weiter konkretisiert werden. Eine Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten durch den Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen ist für das Jahr 2020 (Datenjahr 2018) vorgesehen. In Bezug auf die GWL ist aus Sicht des Bundes bzw. der OKP die Abgrenzung von GWL im Rahmen der Kostenerfassung durch die Leistungserbringer zentral. In ihren Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitaltarife (Stand 1. März 2018) hat sich die GDK bereits damit befasst.

3. Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen

⁵ Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)

⁶ Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (SR 832.104)

Die Weiterentwicklung von Indikatoren für die (Ergebnis-)Qualität ist eine Daueraufgabe, primär der Leistungserbringer. Aber auch die Versicherer sowie die Kantone und der Bund haben hier ein Rolle. Viele Aktivitäten und Massnahmen sind im Gange. Neben der Umsetzung der Qualitätsstrategie fordert der Bund im Prozess der Tarifgenehmigung SwissDRG von den Tarifpartnern, die Gewährleistung der Qualität im Rahmen der Tarifanwendung zu verstärken. Dies beinhaltet neben der Qualitätsmessung verbindliche Verbesserungsprozesse und -massnahmen, die auf ihre Wirksamkeit überprüft werden sollen. Die Weiterführung der Überwachung der Qualitätsentwicklung an den Übergängen zur Nachsorge soll geprüft werden.

4. Stärkung der Position der Versicherten

Der Bund, die Kantone und die Versicherer müssen einerseits im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsstrategie und weiterer Aktivitäten bemüht sein, dies aufzunehmen. Die Frage der Referenztarife wird zudem voraussichtlich im Rahmen der Arbeiten zu einer von den eidgenössischen Räten noch nicht verabschiedeten Motion behandelt werden.⁷

⁷ Motion SGK-NR 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl»

1 Die KVG-Revision Spitalfinanzierung und deren Evaluation

1.1 Ziele und Massnahmen der Revision

Die drei Hauptziele des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind seit der Einführung des Gesetzes 1996 dieselben geblieben: *erstens* Eindämmung des Kostenwachstums, *zweitens* Zugang zu qualitativ hochstehender Versorgung und *drittens* Solidarität zwischen den Versicherten (Bundesrat 2004). Die Erwartungen betreffend die Eindämmung des Kostenwachstums wurden kaum erfüllt. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat dem Parlament 2004 eine Botschaft mit Änderungen des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet (Bundesrat 2004). Die eidgenössischen Räte verabschiedeten die Revision am 21. Dezember 2007 und sie ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Hauptziel der Revision ist die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich bei Erhalt des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung. Die Massnahmen der Revision zielen im Kern auf eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern durch wirtschaftliche Anreize, erhöhte Transparenz und grössere Wahlfreiheit der Versicherten. Gleichzeitig wurden die Vorgaben betreffend die Steuerung der Versorgungskapazitäten durch die kantonalen Spitalplannungen präzisiert.

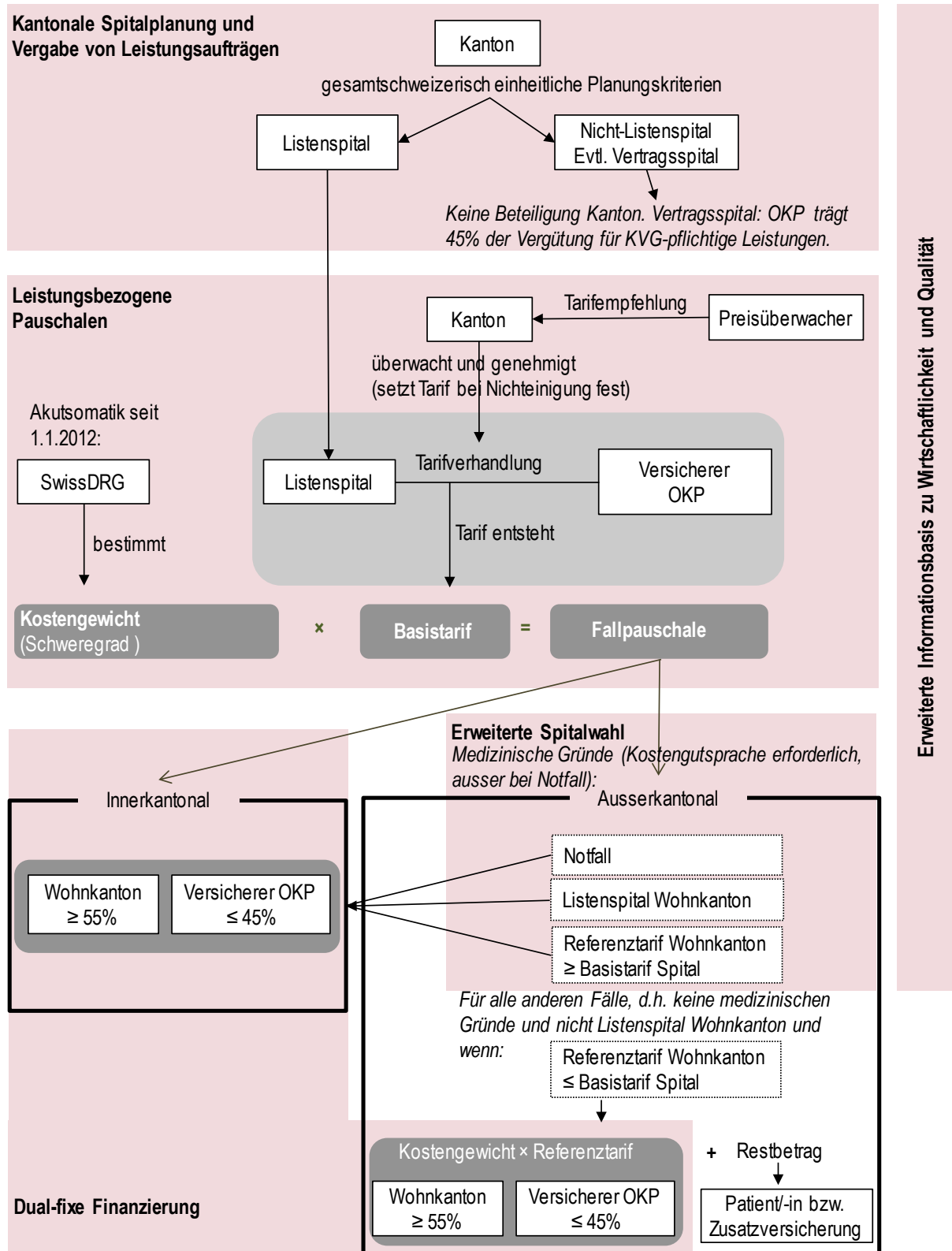
Die wichtigsten Massnahmen der Revision sind:

- die *dual-fixe Finanzierung* der Spitalleistungen durch die Kantone (mind. 55%) und die OKP (max. 45%) (Umsetzung grundsätzlich seit 1. Januar 2012, Übergangsbestimmungen für einige Kantone bis am 31. Dezember 2016);
- *leistungsbezogene Pauschalen*, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen (Umsetzung in der Akutsomatik mit SwissDRG seit 1. Januar 2012, in der Psychiatrie mit TARPSY für Erwachsene 1. Januar 2018 und in der Rehabilitation mit ST Reha geplant ab 2022);⁸
- die Ausrichtung der *kantonalen Spitalplanung an schweizweit einheitlichen Planungskriterien*, die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin und die Vergabe von Leistungsaufträgen mit Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern (Umsetzung ab 1. Januar 2009, Berücksichtigung der Planungskriterien zwingend seit 1. Januar 2015);
- die *erweiterte Spitalwahl* für Versicherte bei ausserkantonalen Hospitalisationen (Umsetzung ab 1. Januar 2012);
- die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Bereitstellung einer *erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität* stationärer Spitalleistungen (Umsetzung ab 1. Januar 2009).

Die nachfolgende Abbildung 3 stellt die Massnahmen der Revision im Zusammenhang dar. Die einzelnen Massnahmen und die damit verbundenen Erwartungen des Gesetzgebers sind in Kapitel 3 genauer beschrieben.

⁸ Bei TARPSY und ST Reha erfolgt die Ausgestaltung des Leistungsbezugs nicht in Form von Fallpauschalen sondern in Form von leistungsbezogenen Tagespauschalen mit Bezug zum Schweregrad der Erkrankung und Depression in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer.

Abbildung 3: Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung



Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität

Quelle: vereinfachte, eigene Darstellung basierend auf Cosandey et al. 2018, Abbildung 5. Die leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie (TARPSY) und in der Rehabilitation (ST Reha, noch in Planung) sind nicht dargestellt.

Aus Abbildung 3 lässt sich ablesen, dass die Revision vorsieht, dass die Kantone Spitäler vergleichen und unabhängig von ihrer Trägerschaft und Rechtsform in die kantonalen Spitallisten aufnehmen (kantonale *Spitalplanung und Vergabe von Leistungsaufträgen*).⁹ Dabei stützen sie sich auf Kriterien zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der Spitäler.

Diese sogenannten Listenspitäler verhandeln mit den Versicherern (OKP) einen Basistarif. Die Basistarife werden vom Kanton genehmigt, der dazu vom Preisüberwacher (PUE) eine Empfehlung erhält. Der Kanton muss, wenn keine Vereinbarung zustandekommt, Basistarife festsetzen. Zudem bestimmt die Organisation SwissDRG AG im Bereich Akutsomatik ein national einheitliches Kostengewicht pro Behandlungsfall, das den relativen Schweregrad eines Falls abbildet. Die *leistungsbezogene Pauschale* für den Behandlungsfall ergibt sich aus der Multiplikation von Kostengewicht und Basistarif. Sie wird innerkantonal zu mindestens 55 Prozent vom Kanton und zu maximal 45 Prozent von den Versicherern getragen (*dual-fixe Finanzierung*). Seit 2012 können die Versicherten schweizweit wählen, in welchem Listenspital sie einen Eingriff vornehmen lassen wollen (*erweiterte Spitalwahl*).¹⁰ Öffentlich zugängliche Qualitätskennzahlen der Spitäler sollen die Versicherten bei ihrer Wahl unterstützen. Die Kosten ausserkantonomer Hospitalisationen werden in der Regel vom Wohnkanton und der OKP dual-fix getragen. Ist bei einer ausserkantonomer Wahlbehandlung der Tarif des Wohnkantons niedriger als der Basistarif des gewählten Spitals, müssen die Versicherten allerdings die Differenz selbst bezahlen oder die Zusatzversicherung übernimmt die Kosten. Die *erweiterte Informationsbasis* zu Wirtschaftlichkeit und Qualität bildet die Grundlage für die Akteure bei der Umsetzung der Massnahmen.

Die geschilderten Zusammenhänge machen deutlich, dass die Revision ihre kostendämmende Wirkung vor allem durch erhöhte Transparenz der Kosten und der Qualität der Spitäler, durch die Orientierung bei der Tarifierung an effizienter Leistungserbringung sowie durch eine grössere Wahlfreiheit der Versicherten zu erzielen beabsichtigt.

1.2 Konzept und Methodik der Evaluation

Zur Beurteilung der Auswirkungen des Gesetzes hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Durchführung einer Evaluation beauftragt.¹¹ Im Herbst 2014 wurde in einer Zwischensynthese über Erkenntnisse aus der ersten Etappe der Evaluation berichtet (BAG 2015a). Der vorliegende Schlussbericht knüpft an die Ergebnisse der Zwischensynthese an. Er liefert eine vertiefte Beurteilung der Umsetzung und der Auswirkungen der Revision in der Einführungsperiode mit Fokus auf den Zeitraum von 2012 bis 2016.

Der Evaluation wurde ein Modell zugrunde gelegt, welches ausgehend von den mit der Revision verabschiedeten Massnahmen die erwartete Umsetzung und die erwünschten Wirkungen der Revision im Bereich Spitalfinanzierung darstellt (Abbildung 4).¹²

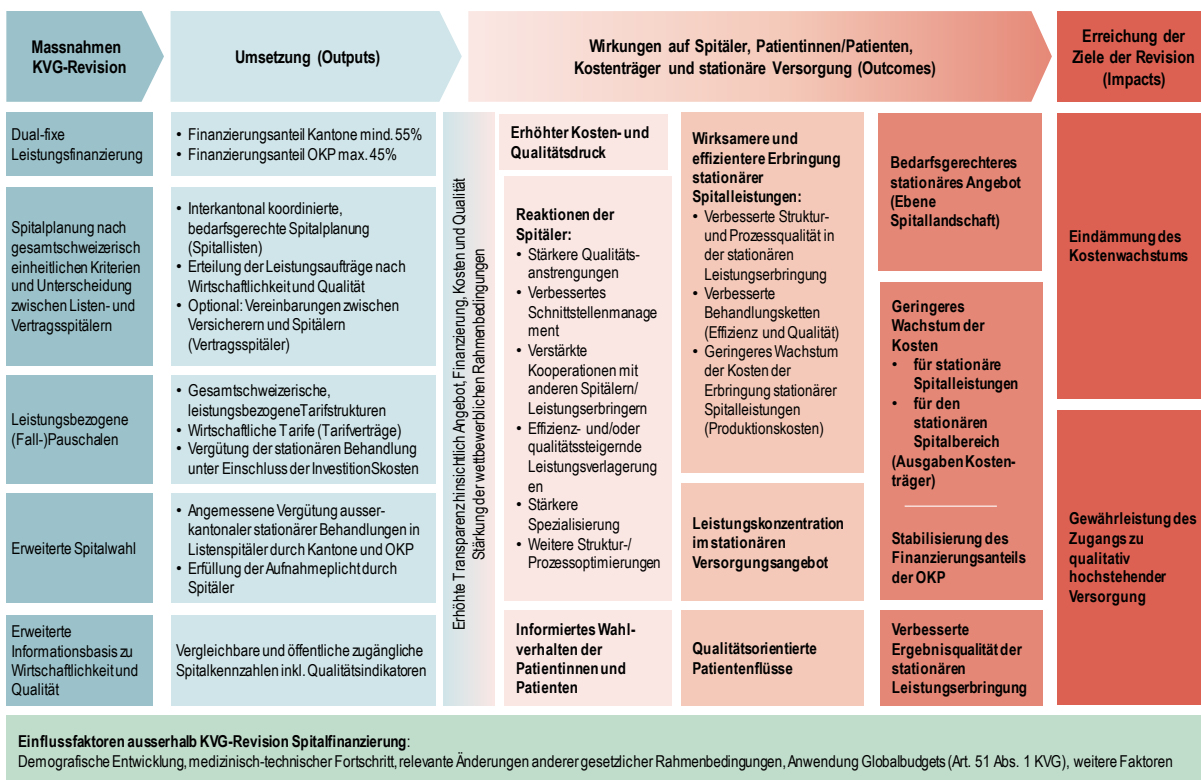
⁹ Seit 2012 sind die Spitäler nicht mehr wie zuvor zu kategorisieren. Mit der KVG-Revision wurde die Zuordnung der Spitäler zu den Kategorien private und öffentliche/öffentlich-subventionierte Spitäler durch die Unterscheidung in Listen- und Vertragsspitäler abgelöst. Zudem änderten in den letzten Jahren zahlreiche Spitäler ihre Rechtsform (z.B. Spitäler der öffentlichen Hand wurden zu Aktiengesellschaften) und die Krankenhausstatistik enthält seit 2013 keine Variable privat – öffentlich/öffentlich-subventioniert mehr (Gruber & Lippitsch 2018a).

¹⁰ Nicht eingeschlossen sind Spitäler, die auf der Liste eines Drittkantons stehen (weder auf der Liste des Standort- noch des Wohnkantons, GDK 2011).

¹¹ Ein Überblick über die vom BAG im Rahmen der Evaluation veröffentlichten Dokumente und in Auftrag gegebenen Studien findet sich auf <<https://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung>>, Zugriff am 11.12.2018.

¹² Vgl. Wirkungsmodell im Zwischenbericht (BAG 2015a). Dieses wurde inhaltlich übernommen. Im Hinblick auf die Synthesearbeiten wurden einzelne Elemente stärker differenziert und anders angeordnet.

Abbildung 4: Theoretische Grundlage der Evaluation (Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung)



Quelle: eigene Darstellung.

Die Wirkungslogik der Revision beruht auf folgenden Annahmen:

Durch die Umsetzung der Massnahmen der Revision sollen die Transparenz des Angebots, der Kosten und der Finanzierung sowie der Qualität von stationären Spitalleistungen erhöht werden. Zudem sollen die wettbewerblichen Rahmenbedingungen verbessert werden.¹³ Patientinnen und Patienten sollen informiert wählen, wo sie einen Eingriff durchführen lassen wollen. Insgesamt soll sich der finanzielle und qualitätsorientierte Druck auf die Spitäler erhöhen und zu einem stärkeren Wettbewerb führen.

Die Spitäler sollen auf diesen Druck mit Qualitätsanstrengungen und besserem Schnittstellenmanagement, stärkerer Spezialisierung und Leistungsverlagerungen sowie mit verstärkten Kooperationen reagieren. Davon erwartet der Gesetzgeber eine effektivere und effizientere Erbringung stationärer Spitalleistungen: Prozessqualität, Strukturqualität und Behandlungsketten sollen verbessert und das Wachstum der Produktionskosten gebremst werden.

Langfristig wird erwartet, dass die qualitäts- und effizienzgetriebenen Veränderungen des Angebots und der Nachfrage die Spitallandschaft in der Weise verändern, dass ein bedarfsgerechteres, effizienteres und qualitativ noch hochstehenderes Angebot etabliert wird. Die Ausgaben der Kostenträger für stationäre Spitalleistungen sowie den stationären Spitalbereich (inkl. GWL) sollen auf diese Weise weniger stark wachsen, der Finanzierungsanteil der OKP stabilisiert und die Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen verbessert werden.¹⁴ Dies soll letztlich zur angestrebten Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen und in der OKP bei Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung führen.

¹³ Erwartungen des Gesetzgebers zur Umsetzung der einzelnen Massnahmen sind in Kapitel 3 beschrieben.

¹⁴ Stationäre Spitalleistungen sind medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungen des Spitalaufenthalts (z.B. Hotellerie).

Der vorliegende Schlussbericht stützt sich massgeblich auf drei Evaluationsstudien im Auftrag des BAG zu Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Diese Studien wurden zwischen 2016 und 2018 durchgeführt. Die erste Studie beschäftigt sich vornehmlich mit den Kosten und der Finanzierung des spitalstationären Versorgungssystems (B,S,S. 2019). Die zweite Studie analysiert die durch die Revision des KVG beeinflusste Entwicklung der Qualität der stationären Spitalleistungen (INFRAS und Zahnd 2018). Die dritte Studie fokussiert auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung (econconcept/LENZ 2018).

Methodisch basieren die drei erwähnten Studien erstens auf Analysen verfügbarer Sekundärdaten des Bundesamtes für Statistik (BFS) und von Versicherern, die im Rahmen verschiedener Mandate der Evaluation vorgenommen wurden (Pellegrini & Roth 2018; Tuch et al. 2018; Lobsiger & Frey 2019; Gruber & Lippitsch 2018a und 2018b; Widmer et al. 2017a und 2017b). Zweitens haben die Studienverantwortlichen im Jahr 2017 eigene Erhebungen durchgeführt. Es handelt sich dabei um standardisierte Befragungen aller Kantone und von 118 Spitälern sowie um leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppengespräche mit insgesamt rund 45 Vertretenden von Akteuren des Gesundheitswesens.¹⁵ Drittens wurden die Erkenntnisse relevanter Studien des BAG und anderer Auftraggeber einbezogen.¹⁶

Der vorliegende Bericht beantwortet folgende fünf Leitfragen:

- Welches sind die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
- Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems?
- Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG?
- Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision im Hinblick auf die Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP zu erzielen, zu beurteilen?
- In welchen Bereichen der Revision wird Handlungsbedarf gesehen?

1.3 Organisation der Evaluation

Auftraggeber der Evaluation ist der Bundesrat. Die Durchführung der Evaluation erfolgte in Form von Mandaten, die das BAG an externe Auftragnehmer vergab.¹⁷ Innerhalb des BAG war eine Steuergruppe bestehend aus Vertretenden des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung sowie der Fachstelle Evaluation und Forschung für die strategische Leitung der Evaluation verantwortlich. Die operative Projektleitung der Evaluation lag ebenfalls in der Verantwortung der beiden Einheiten des BAG.

Bei der Erarbeitung der Studien waren themenspezifische Begleitgruppen mit zentralen Akteuren der stationären Versorgung eingebunden (insbesondere Leistungserbringer, Kantone und Versicherer, vgl. Anhang A2).

¹⁵ Methodische Details sind den einzelnen Evaluationsberichten zu entnehmen.

¹⁶ Zu deren Identifizierung führte das BAG ab August 2013 bis Januar 2019 mehrere Umfragen bei Stakeholdern und wissenschaftlichen Institutionen durch. Dabei wurde gezielt nach Studien im Zusammenhang mit Wirkungen der KVG-Revision gefragt. Eine Liste der resultierenden Studien (Übersicht Begleitforschung Dritter) findet sich unter <<https://www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung>>.

¹⁷ Gemäss Art. 32 Abs. 3 KVV.

1.4 Grenzen der Evaluation

Der vorliegende Schlussbericht hat zum Ziel, die Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wissenschaftlich fundiert und möglichst umfassend darzustellen. Die beurteilte Einführungsperiode (2012–2016) war jedoch noch von Antizipationseffekten, Übergangsregelungen und einer teilweise unvollständigen bzw. heterogenen Umsetzung der Massnahmen geprägt. Die Umsetzung der Revision erfolgte schrittweise. Beispielsweise bestand zur Einführung der dual-fixen Finanzierung der Spitalleistungen eine Übergangsbestimmung, welche es bestimmten Kantonen ermöglichte, vor 2017 einen unter 55 Prozent liegenden Vergütungsanteil zu leisten, währenddem andere Kantone bereits 2012 einen Anteil von mindestens 55 Prozent leisten mussten. Die meisten Massnahmen brauchen zudem einige Jahre Zeit bis zur Wirkungsentfaltung. Vor diesem Hintergrund ist es auch heute noch nicht möglich, die Wirksamkeit der Revision von 2007 abschliessend zu beurteilen. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass relevante Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) wegen der aufwändigen Aufbereitung nur verzögert verfügbar sind.¹⁸ So konnten für die hauptsächlich im Jahr 2018 durchgeführten Studien im besten Fall Sekundärdaten bis zum Jahr 2016 analysiert werden.

Weiter gilt es zu berücksichtigen, dass die Komplexität des Untersuchungsgegenstands den Nachweis von kausalen Abhängigkeiten im streng wissenschaftlichen Sinn nur sehr limitiert zulässt. Der vorliegende Schlussbericht muss sich daher darauf beschränken, identifizierte Wirkungszusammenhänge so transparent und so plausibel wie möglich aufzuzeigen.

Schliesslich gilt es darauf hinzuweisen, dass sich der Bundesrat bei der Evaluation unter verschiedenen Varianten, die in einer Machbarkeits- und Konzeptstudie (Pellegrini et al. 2010) entwickelt wurden, für die Minimalvariante mit Fokussierung auf die Spitäler und den OKP-bereich entschieden hat. Dies hat zur Folge, dass bestimmte Fragestellungen nicht oder nur sehr eingeschränkt beantwortet werden können. Dazu zählen vor allem spezifische Fragestellungen zu vulnerablen Patientengruppen wie chronisch kranke, multimorbide und geriatrische Menschen. Auch Fragen zum spitalambulanten Bereich und zur Schnittstelle zwischen ambulante und stationärem oder zum «zusatzversicherten» Bereich¹⁹ können nicht abschliessend beantwortet werden.

Die Benennung des Handlungsbedarfs gemäss der Evaluation beruht zudem zu weiten Teilen auf der Grundlage der Situation bis 2016 / 2017. Beim Ableiten von notwendigen Massnahmen zum jetzigen Zeitpunkt, müssen die Akteure die zwischenzeitliche Entwicklung und die entsprechenden relevanten Aktivitäten von Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern einbeziehen.

1.5 Parlamentarische Vorstösse mit Bezug zur Evaluation

Seit 2012 thematisierten zahlreiche parlamentarische Vorstösse mögliche Auswirkungen der Revision. Mehrfach wurden Themen wie die Auswirkungen der Revision auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit und die Qualitätssicherung aufgeworfen. Grosses Gewicht kommt in den Vorstössen auch den Auswirkungen auf die Kosten und auf die Mengen der erbrachten Spitalleistungen zu (Mengenausweitung). Weitere Themen, welche Gegenstand parlamentarischer Vorstösse waren, sind die Auswirkungen der Revision auf das Versorgungssystem beziehungsweise auf die Versorgungssicherheit, deren Impulse auf die Planung der hochspezialisierten Medizin sowie die Auswirkungen der Revision in Kantonen, die ein Globalbudget anwenden. Im Anhang A3 des vorliegenden Berichts findet sich ein Überblick

¹⁸ Vgl. Anhang 1 des Gesamtkonzepts Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (BAG 2015b) für eine Übersicht über den Bedarf und die Verfügbarkeit der für die Evaluation benötigten Daten.

¹⁹ Leitungen, die via Spitalzusatzversicherungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vergütet werden.

über parlamentarische Vorstösse, die einen Bezug zur Evaluation haben. Sofern die vom Parlament aufgeworfenen Fragen durch die oben genannten Leitfragen abgedeckt werden, finden sich in den nachfolgenden Kapiteln Antworten darauf.

1.6 Aufbau des Berichts

Der Bericht gliedert sich in fünf Teile. Nach der erfolgten Einführung zur KVG-Revision Spitalfinanzierung und zur Evaluation im Kapitel 1 wird im Kapitel 2 kurz auf den Gesamtkontext der Revision eingegangen. Die Ergebnisse der Evaluation zur Umsetzung und zu den Wirkungen der fünf Massnahmen der Revision werden in Kapitel 3 beschrieben. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Evaluation entlang der übergeordneten Fragestellungen der Evaluation synthetisiert. Dieses Kapitel enthält zudem die Schlussfolgerungen und den Handlungsbedarf aus Sicht der Evaluation. Abschnitt 4.6 stellt die Schlussfolgerungen des Bundes sowie das geplante weitere Vorgehen dar. Kapitel 5 schliesslich enthält das Literaturverzeichnis.

2 Gesamtkontext der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Die Umsetzung der KVG-Revision Spitalfinanzierung und ihre Wirkungen erfolgen nicht isoliert. Im Folgenden werden wichtige nationale Entwicklungen mit Einfluss auf die Kostenentwicklung und die Qualität im stationären Bereich sowie internationale Erfahrungen mit Massnahmen, welche mit der KVG-Revision vergleichbar sind, kurz erwähnt. Dies dient der Einordnung der Ergebnisse der Evaluation in den Gesamtkontext der relevanten gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen.

Die Schweiz schneidet im internationalen Vergleich bei der Beurteilung des Gesundheitssystems bei vielen Indikatoren sehr gut ab. Die Lebenswartung in der Schweiz ist in Europa die zweithöchste und die zu erwartenden gesunden Lebensjahre liegen über dem europäischen Durchschnitt. Fast die ganze Bevölkerung kann mit der OKP auf eine Grundversicherung im Krankheitsfall zurückgreifen, die Zugang zu einem breiten Spektrum von Leistungen gewährt. Das System enthält viele Wahlmöglichkeiten und direkten Zugang zu allen Versorgungsleistungen mit praktisch fehlenden Wartezeiten (HSPM 2017).

2.1 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Das hohe Versorgungsniveau der Schweiz hat seinen Preis. 2016 wurden in der Schweiz 80,5 Mrd. Franken für das Gesundheitswesen ausgegeben, davon rund ein Drittel für den Spitalbereich (28,5 Mrd. Franken, 35%).²⁰ Die Spitäler haben damit den grössten Anteil unter den Leistungserbringern. Rund 60 Prozent der Kosten im Spitalbereich entfallen auf den stationären Spitalbereich (17,5 Mrd. Franken), der Hauptanteil davon wird in Spitälern der Akutsomatik (79%, 14 Mrd. Franken) ausgegeben. Deutlich geringer sind die Ausgaben in Spitälern der Psychiatrie (11%, 1,9 Mrd. Franken) und der Rehabilitation (10%, 1,8 Mrd. Franken) (BFS 2018a). Die OKP war weiterhin die wichtigste Finanzierungsquelle und trug im Jahr 2016 rund 36 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen, gefolgt von den Versicherten (Selbstzahlungen, 29%), vom Staat (rund 17%) und von anderen Sozialversicherungen (rund 10%, inkl. bedarfsabhängige Sozialleistungen) (BFS 2018a). Von den Bruttokosten der OKP im Jahr 2016 entfielen gar 41 Prozent auf den Spitalbereich (12,8 Mrd. Franken), jeweils zur Hälfte für spitalstationäre und spitalambulante Leistungen (BAG 2018c).

Abbildung 5 zeigt die Einbettung und die Aufteilung der Kosten im Spitalbereich. Fokus der Evaluation der Revision des KVG bilden die grau hinterlegten Bereiche der Spitalfinanzierung.

²⁰ Weitere Leistungserbringer sind Arztpraxen und ambulante Zentren (16%), andere ambulante Leistungserbringer (7%), sozialmedizinische Institutionen (16%), Detailhandel wie z.B. Apotheken und Drogerien (9%), Zahnarztpraxen, Zahnkliniken (5%), Versicherer als Leistungserbringer (3%), unterstützende Leistungserbringer wie medizinische Labors und Transportdienste (2%), der Staat als Leistungserbringer (2%) und Organisationen für Prävention und Unterstützung (1%) (BFS 2018a).

Abbildung 5: Einbettung der Kosten im Spitalbereich in die Gesundheitsausgaben der Schweiz

Kosten (Ausgaben für)		Gesundheitswesen gesamt		2016 2011	80,5 Mrd. Franken 66,9 Mrd. Franken
Spitalbereich gesamt (Spitäler Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation)		2016	28,5 Mrd. Franken		andere Leistungserbringer - Ärzte/-innen in freier Praxis - Spitex - Alters- und Pflegeheime - Andere
		2011	23,0 Mrd. Franken		
stationärer Spitalbereich		2016	17,5 Mrd. Franken	ambulanter Spitalbereich	
		2011	13,6 Mrd. Franken		
stationäre Spitalleistungen		Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) (Nicht KVG-pflichtig)			
(KVG-pflichtig)	(Nicht KVG-pflichtig)				

Quelle: eigene Darstellung, ausgehend von B,S,S. 2019 basierend auf Daten des BFS (BFS 2018a).
Legende: Grau hinterlegte Bereiche stehen im Fokus der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

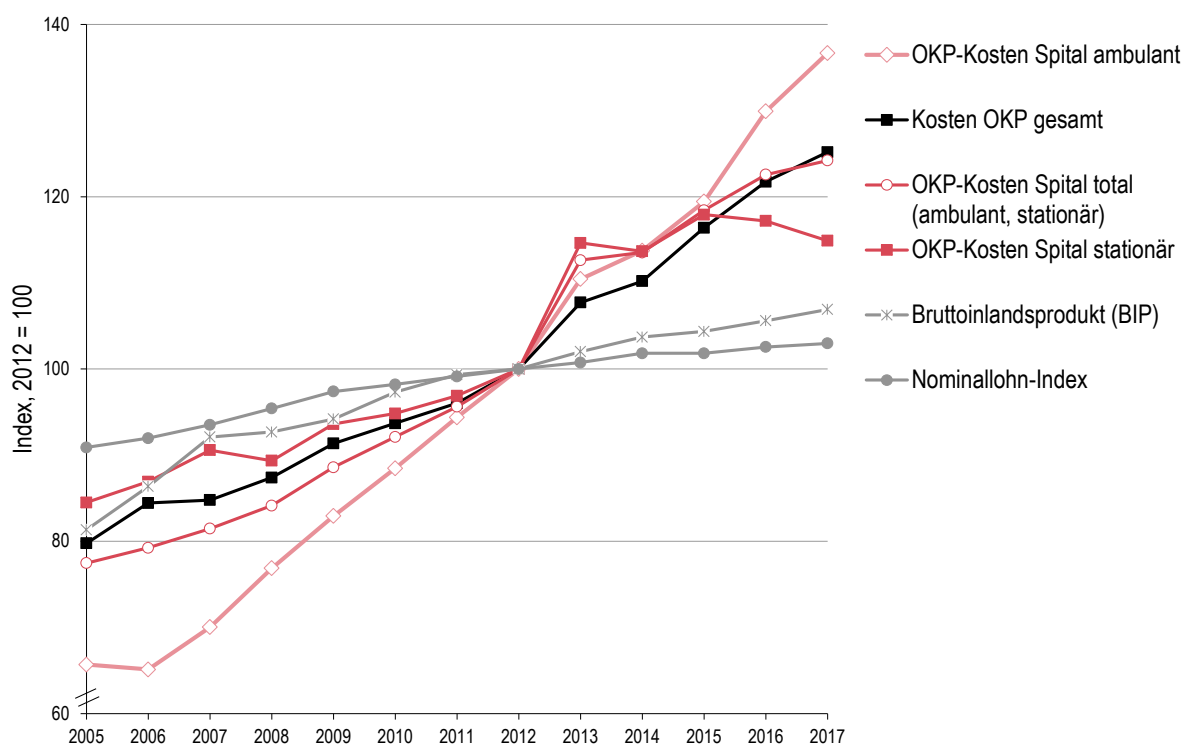
Die Schweiz hat im internationalen Vergleich einen der *höchsten prozentualen Anteile der Kosten im Gesundheitswesen am Bruttoinlandprodukt* (12,4% des BIP im Jahr 2016, 10,8% im Jahr 2011).²¹ Dieser Anteil ist in der Schweiz, verglichen mit den Nachbarländern und den Niederlanden, in den letzten Jahren besonders stark gestiegen. Zudem werden in der Schweiz die Versicherten besonders stark belastet: der Anteil Selbstzahlung beträgt rund 36 Prozent im Vergleich zu 15 bis 25 Prozent in anderen europäischen Ländern (OECD 2017a).

Das *Kostenwachstum der OKP* ist im Vergleich zur Kostenentwicklung im gesamten Gesundheitswesen noch akzentuierter. Von 2012 bis 2016 hat die OKP pro versicherte Person jedes Jahr durchschnittlich 4 Prozent mehr ausgegeben. Allerdings sind die OKP-Ausgaben für *stationäre Spitalleistungen* zwischen 2012 und 2016 mit durchschnittlich 2 Prozent unterdurchschnittlich gewachsen (BAG 2018c).

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass die gesamten Kosten der OKP seit 2005 im Verhältnis deutlich stärker gestiegen sind (Indexanstieg von 80 auf 125 Punkte) als das BIP (von 81 auf 107 Punkte) und der Nominallohn-Index (von 91 auf 103 Punkte). Ab 2012 hat sich der Anstieg der OKP-Kosten etwas verstärkt. Die Spitalkosten (ambulant und stationär) zulasten der OKP sind seit 2005 stetig gestiegen (von 77 auf 124 Punkte), wobei die ambulanten Spitalkosten seit 2005 einen steilen Anstieg verzeichnen (von 66 auf 137 Punkte), der sich ab 2015 noch etwas akzentuiert. Die Wachstumskurve der stationären Spitalkosten zulasten der OKP hingegen ist seit 2015 rückläufig.

²¹ Im Jahr 2016 zweithöchster Rang nach den USA mit 17,2 Prozent bei einem OECD-Durchschnitt von 9 Prozent (OECD 2017a).

Abbildung 6: Entwicklung der OKP-Kosten 2005–2017 im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt und den Nominallöhnen



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Grafik 2 in PUE 2016b.

Legende: OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung. BIP= Bruttoinlandsprodukt. Das Jahr der Einführung der neuen Spitalfinanzierung (2012) wurde als Referenzjahr gesetzt (Index 2012 = 100).

2.2 Gesellschaftliche Trends mit Einfluss auf Nachfrage oder Angebot

Verschiedene gesellschaftliche Trends haben die Kostenentwicklung in der OKP in den letzten Jahren, vor und seit Einführung der Revision, beeinflusst. In Bezug auf die *Nachfrage* nach stationären Spitalleistungen sind insbesondere die demografische Entwicklung und die Änderungen von Patientenbedürfnissen und Patientenansprüchen zu nennen:

- Das Bevölkerungswachstum und die Zunahme älterer und chronisch kranker Menschen führt nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich zu einer steigenden Nachfrage nach geeigneten Gesundheitsleistungen (Expertengruppe Kostendämpfung 2017; Schwendener & Sommer 2017; Bundesrat 2016a). Da die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter ansteigt und der Anteil der über 65-Jährigen zunimmt, steigen auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf (EFV 2017; EFV 2012).
- Weiter fragen breiter informierte Patientinnen und Patienten mit steigenden Ansprüchen stärker neue und potentiell teurere Leistungen nach (Schwendener & Sommer 2017).
- Zudem werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten vielfältiger, einerseits wegen des wachsenden Anteils von Einwohnerinnen und Einwohnern mit Migrationshintergrund, andererseits wegen des anhaltenden Trends zur Individualisierung in der Gesellschaft. Diese Entwicklungen sind seit einigen Jahren spürbar, werden sich jedoch erst in Zukunft voll auswirken (Bundesrat 2016a).

Weiter beeinflussen folgende Faktoren das *Angebot* von Spitalleistungen:

- Der medizinisch-technische Fortschritt (Expertengruppe Kostendämpfung 2017; Bundesrat 2016a; Kägi et al. 2014) führt laufend zu einer Erweiterung des Angebots an Spitalleistungen. Die Entwicklung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und entsprechender fachlicher Vorgaben hat zudem meistens den Effekt, dass auch die Ausgaben steigen (EFV 2017; EFV 2012).²² Dieser Prozess ist bereits seit einiger Zeit wirksam.
- Weiter haben die ändernden Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, der Wandel der Gesundheitsberufe sowie veränderte Präferenzen und Profile der Arbeitskräfte des Gesundheitswesens die Entstehung neuer Versorgungsmodelle angestossen (Schwendener & Sommer 2017). Diese Entwicklung steht noch am Anfang und hat noch keinen flächendeckenden Einfluss auf das Angebot von Spitalleistungen. Wichtige gesellschaftliche Treiber sind hier der Fachkräftemangel, die Koordination verschiedener Gesundheitsberufe sowie die Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungssektoren (Schwendener & Sommer 2017).

Ergänzend zu den Angebots- und Nachfrage-induzierten Veränderungen gilt es zu beachten, dass der öffentliche Spitalsektor unter dem Einfluss des New Public Management in den letzten Jahren stark in Bewegung geraten ist. Die *Verselbständigung öffentlicher Spitäler* ist in einigen Kantonen bereits vollzogen oder vorgesehen. Zunehmend werden öffentliche Spitäler in der Rechtsform als unabhängige Institutionen oder Aktiengesellschaften (ca. 34% respektive 31% im Jahr 2013 gegenüber ca. 32% und 26% im Jahr 2007) betrieben (Berger et al. 2015).

Schliesslich beeinflusst die *Digitalisierung* sowohl die Angebots- wie die Nachfrageseite im Gesundheitswesen. Sie hat beispielsweise dazu geführt, dass für die Patientinnen und Patienten Informationen breiter und leichter zugänglich geworden sind. Dies hat Einfluss auf die Nachfrage nach Leistungen. Gleichzeitig verändern die neuen Technologien die Möglichkeiten der Leistungserbringung. In Zukunft sind weitere und vermutlich noch stärkere Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung zu erwarten. Unklar ist jedoch wie schnell, in welcher Form, in welchem Ausmass und in welche Richtung (kostentreibend oder kostendämpfend) diese Entwicklung vorangehen wird (Expertengruppe Kostendämpfung 2017; Schwendener & Sommer 2017; Dobrev et al. 2011).

2.3 Gesundheitspolitische Strategien und Bundesgesetzgebung

Die genannten Trendthemen wurden in den letzten Jahren auf Bundesebene durch verschiedene *gesundheitspolitische Strategien* aufgegriffen, welche die Entwicklungen im Spitalbereich ebenfalls beeinflussen. Zentral ist die Strategie «Gesundheit2020» (BAG 2013). Diese Strategie zielt darauf ab, die Versorgungsqualität zu erhöhen, die Transparenz zu verbessern, die Lebensqualität zu sichern und die Chancengleichheit zu stärken. Aber auch die nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist ein wichtiges Ziel. Von «Gesundheit2020» wurden in diesem Rahmen verschiedene Ansätze gefördert, welche indirekt einen kostendämpfenden Effekt haben sollen. Zu erwähnen sind etwa die Strategie gegen healthcare-assoziierte Infektionen (Strategie NOSO), welche auf eine Verringerung der Spital- und Pflegeheiminfektionen abzielt, oder die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), welche die Krankheitslast von chronischen Krankheiten in der Schweiz verringern soll (BAG 2018a).

Neben den verschiedenen gesundheitspolitischen Strategien gibt es einige Gesetzgebungsaktivitäten, welche die Entwicklung des Spitalsektors beeinflusst haben (BAG 2018b). Zu er-

²² Dies gilt, obwohl sie grundsätzlich, durch Steigerung der Effizienz, auch einen kostensenkenden Effekt haben könnten (B,S,S. 2019).

wähnen ist beispielsweise der von 2001 bis 2011 und dann 2013 wieder eingeführte *Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte* sowohl in freier Praxis als auch im spitalambulanten Bereich (Art. 55a KVG). Die Zulassungsbeschränkung hat sich auch auf die Spitäler ausgewirkt, weil Spitäler zunehmend Behandlungen ambulant und weniger spitalstationär erbringen. Im Jahr 2011 trat zudem die *Neuordnung der Pflegefinanzierung* in Kraft. Vor Einführung von SwissDRG wurde befürchtet, dass Patientinnen und Patienten zu früh aus Akutspitälern entlassen würden da SwissDRG Anreize zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer in der Akutso-matik schafft. Das Parlament hat deswegen im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung das Instrument der Akut- und Übergangspflege eingeführt. Leistungserbringer sind Pflegeheime, Spitäler und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause bzw. selbständig tätige Pflegefachpersonen mit entsprechender Bewilligung. Allerdings beschränkt sich die Finanzierung der Übergangspflege in der Regel auf maximal zwei Wochen (Trageser et al. 2018).

Im Bereich der *hochspezialisierten Medizin (HSM)* beschliessen die Kantone seit 1. Januar 2009 gemeinsam das gesamtschweizerische Spitalangebot (Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG). Aufgrund der gemeinsamen Planung konnten bisher nebst der Verbesserung der Versorgung auch die Erweiterung des Angebots in den betroffenen Bereichen aufgehoben sowie eine moderate Konzentration des Angebots erreicht werden (Bundesrat 2016b). Die Einführung verbindlicher Listen mit Operationen, die nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen, ist eine sehr neue Entwicklung, welche mit einer Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist. In einigen Kantonen sind seit 1. Januar 2017 solche Listen eingeführt (Expertengruppe Kostendämpfung 2017).

Im Jahr 2017 wurde ein Expertenbericht im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern veröffentlicht, der nationale und internationale Erfahrungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zusammenfasst (Expertengruppe Kostendämpfung 2017). Im Bericht wird festgehalten, dass das Kostendämpfungspotenzial im stationären Bereich der Schweiz nicht ausgeschöpft ist. Die Expertinnen und Experten schlagen verschiedene Massnahmen zur Entlastung der OKP vor. Als prioritär und unmittelbar umsetzbare Massnahmen werden z.B. eine national verbindliche Liste von Eingriffen, welche primär ambulant durchgeführt werden sollen und eine regionale (statt kantonale) Spitalplanung vorgeschlagen (Expertengruppe Kostendämpfung 2017). Gestützt auf den Expertenbericht hat der Bundesrat im Oktober 2017 entschieden, die Anstrengungen zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen zu intensivieren und insbesondere die medizinisch unbegründete Mengenausweitung zu bekämpfen.

Die erwähnten gesetzgeberischen Aktivitäten, Strategien und Berichte werden seit 2012 von einer Reihe parlamentarischer Vorstösse begleitet, welche sich auf die Reduktion der Kosten im stationären Bereich beziehen (z.B. Interpellation 17.3824 Lohr «Strukturerhaltung, Überversorgung und übermässige Kosten der Krankenversicherung», Interpellation 17.3856 Kuprecht «Zukunftstrend Ambulantisierung, Operationslisten und Überversorgung in der stationären Spitalversorgung», Motion 16.3954 Estermann «Schluss mit den ausufernden Gesundheitskosten»).

2.4 Internationale Kontextfaktoren

Die Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung in der Schweiz erfolgt nicht unbeeinflusst von den Erfahrungen mit ähnlichen Massnahmen in anderen Ländern. Dabei kann hauptsächlich auf Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die das Instrument der leistungsbezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) betreffen. In fast allen europäischen Ländern, in denen leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt wurden, waren die Erhöhung der Transparenz, die Verbesserung der Effizienz und die Sicherung der Qualität der stationären Versorgung die wichtigsten Ziele der Einführung (Busse et al. 2013). Bezogen auf die Erreichung dieser Ziele wurden im Ausland folgende Erfahrungen gemacht, wobei immer auch der länderspezifische Kontext zu berücksichtigen ist:

- **Effizienz:** Insgesamt zeigen die Untersuchungen in anderen europäischen Ländern, dass leistungsbezogene Fallpauschalen einen positiven Effekt auf die Effizienz der Leistungserbringung in Spitälern haben. Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Einführung leistungsbezogener Fallpauschalen zu höherer Spitalaktivität (z.B. mehr Fälle) und sinkenden Aufenthaltsdauern geführt hat. Daher wird häufig von einer verbesserten Effizienz der Spitäler ausgegangen (Busse et al. 2013).
- **Transparenz:** In allen untersuchten Ländern hat sich mit der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen die Transparenz der Spitalleistungen und der Spitalkosten deutlich verbessert (Busse et al. 2013). Im Wesentlichen gab es dafür vier Gründe: (1) DRG verbessern die Berichterstattung zur Spitaltätigkeit («concise measure»), (2) DRG erleichtern den Leistungsvergleich zwischen den Spitälern («performance comparison»), (3) es besteht ein Anreiz für die Spitäler, ihre Prozesse und Diagnosen zu codieren und (4) zur Verbesserung ihrer Abrechnungssysteme. Allerdings ist es wichtig, dass leistungsbezogene Fallpauschalen die Patientencharakteristika gut genug abbilden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Faktoren ausserhalb der Kontrolle der Spitäler liegen und nicht im DRG-System abgebildet werden können (z.B. der Anteil sozial benachteiligter Patientinnen und Patienten oder höhere Lohnkosten).
- **Qualität der Versorgung:** Der Einfluss leistungsbezogener Fallpauschalen auf die Qualität der Versorgung ist seit jeher sehr umstritten und die Evidenzlage ist schlecht (Kägi et al. 2014). Studien aus den USA zeigen, dass das DRG-System dort den langfristigen Trend zur Verbesserung der Versorgungsqualität in den Spitälern nicht gefährdet hat (Rogers et al. 1990, Busse et al. 2013). In Europa gibt es zu wenige Studien zu Auswirkungen von DRG auf die Qualität, um belastbare Schlussfolgerungen zu ziehen. Generell scheint es, dass in den meisten europäischen Ländern keine Beeinträchtigung der Qualität belegt werden kann (Busse et al. 2013).²³ Für befürchtete unerwünschte Wirkungen wie sogenannte «blutige Entlassungen» oder «Drehtüreneffekte» sowie eine Patientenselektion findet sich in der Literatur mehrheitlich keine Bestätigung.²⁴
- Zu Auswirkungen von DRG-Systemen auf die Entwicklung der *Spitallandschaft* gibt es nur wenig und gemischte Evidenz. In früheren amerikanischen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Kostendruck und zunehmender Spezialisierung der Spitäler gesehen. In jüngeren Studien aus Österreich und aus Deutschland wurde dies nicht festgestellt. Jedoch weisen Untersuchungen darauf hin, dass in Deutschland Kooperationen der Spitäler zugenommen haben (Kägi et al. 2014).

In der Literatur finden sich vereinzelt auch Hinweise zu den Effekten einer weiteren Massnahme der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, nämlich die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität (Transparenz). Eine US-Studie konnte beispielsweise zeigen, dass die Erhöhung der *Transparenz* die *Qualitätsanstrengungen* von Spitälern zu verstärken vermag (Kägi et al. 2014). In Deutschland sind die Krankenhäuser seit 2005 gesetzlich verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Allerdings ist deren Nutzen für den Vergleich von Behandlungsqualität umstritten. Es wird bemängelt, dass Patientinnen und Patienten die Informationen schlecht interpretieren können und der Informationsaufwand gross ist (Dreves & Gebele 2015). In Frankreich werden Unterschiede bei den Spitalleistungsvolumen zwischen den Regionen und zwischen den Spitälern seit 2013 öffentlich gemacht. Seit kurzem gibt es zudem einen Atlas zu Abweichungen bei den Raten für chirurgische Eingriffe (Le Bail & Or 2016). Dadurch sollen unangemessene Behandlungen

²³ In Deutschland wurde eine Verbesserung der Qualitätsanstrengungen der Spitäler festgestellt (Kägi et al. 2014). Die Mortalität während des Spitalaufenthalts ist laut den meisten Studien nicht angestiegen. Allerdings ist die Mortalität als Indikator nur begrenzt geeignet, da es sich um ein eher seltenes Ereignis handelt (Frick et al. 2013).

²⁴ Der Begriff «blutige Entlassungen» meint verfrühte Entlassungen. Mit «Drehtüreneffekt» ist die schnelle stationäre Wiederaufnahme von Patienten und Patientinnen als neuer Fall gemeint.

verringert werden. Es liegen zwar noch keine offiziellen Wirkungsanalysen zu diesen Massnahmen vor, doch wird von ersten ermutigenden Anzeichen berichtet (Expertengruppe Kostendämpfung 2017).

3 Ergebnisse der Evaluation zu Umsetzung und Wirkungen der Massnahmen

In diesem Kapitel werden in den Abschnitten 3.1 bis 3.5 die Ergebnisse der Evaluation entlang der fünf Massnahmen der Revision zusammengefasst (vgl. Anhang A1). Abschliessend fasst Abschnitt 3.6 die Erkenntnisse mit je einer Übersicht zur Umsetzung sowie zu den Wirkungen aller Massnahmen zusammen.

3.1 Dual-fixe Leistungsfinanzierung

Seit dem 1. Januar 2012 müssen stationäre KVG-Leistungen von Listenspitälern nach einem fixen Finanzierungsschlüssel (min. 55% Kantone, max. 45% OKP) vergütet werden.²⁵ In die Leistungsvergütung eingeschlossen sind auch die Investitionskosten der Spitäler (sogenannte Anlagenutzungskosten ANK), jedoch nicht sogenannte GWL.²⁶ Letztere werden alleine durch die Kantone oder andere Kostenträger finanziert. Die vor der Revision geltende Unterscheidung hinsichtlich der Trägerschaft der Spitäler (privat, öffentlich, öffentlich-subventioniert) spielt dabei grundsätzlich keine Rolle mehr.

Mit der dual-fixen Leistungsfinanzierung waren vor allem drei Erwartungen verbunden:

- Erstens sollte die *Transparenz der Finanzierung* erhöht werden, indem die Verantwortlichkeit der Finanzierungspartner eindeutig festgeschrieben wird und die Mittelzuteilung an die verschiedenen Leistungstypen (Spitalleistungen vs. GWL) geklärt wird.
- Zweitens wurde eine *Stabilisierung des Finanzierungsanteils* der Prämien (OKP) angestrebt, auch wenn die OKP neu an den Anlagenutzungskosten beteiligt wird.²⁷
- Drittens wurde eine *Entlastung der Zusatzversicherungen* erwartet, da die Kantone neu gehalten sind, verstärkt private Spitäler auf ihre Spitallisten aufzunehmen und damit deren Leistungen mitzufinanzieren.

3.1.1 Umsetzung der Massnahme

Um den Wechsel von der Objekt- zur Leistungsfinanzierung der Spitäler transparent vollziehen zu können, mussten mehrere Aspekte der Finanzierungsstruktur der Spitäler geklärt werden. Die Umsetzung der neuen Finanzierungsregeln und die Fixierung der Finanzierungsanteile der Kantone und der OKP an KVG-pflichtigen Spitalleistungen führte daher zu erheblichen buchhalterischen Bewegungen für die Kantone und die Spitäler. Hierzu zählten erstens für die Kantone die Abgrenzung von KVG-pflichtigen Spitalleistungen (finanziert durch Kantone und OKP) von nicht-KVG-pflichtigen Leistungen (z.B. GWL, finanziert nur von den Kantonen). Zweitens musste die Buchhaltungssicht der Kantone (Beiträge für KVG-pflichtige Spitalleistungen und andere finanzielle Beiträge an Spitäler wie Investitionen, Defizitdeckungen, GWL) mit der Kostenrechnungssicht der Spitäler in Einklang gebracht werden. Ab 2012 mussten die Spitäler für die kantonalen Beiträge neu explizit ausweisen, welcher Anteil für die Finanzierung der KVG-pflichtigen Spitalleistungen und welcher für andere Leistungsaufträge aufgewendet

²⁵ Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, hatten bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil auf mindestens 55 Prozent festzulegen (vgl. Art. 49a KVG sowie Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007) (BAG 2015b).

²⁶ Dazu gehören gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG auch die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre.

²⁷ Ursprünglich war vom Bundesrat ein Kostenteiler von 50 Prozent vorgesehen. Das Parlament hat den Finanzierungsschlüssel auf 55 Prozent für die Kantone und 45 Prozent für die OKP festgelegt. Vor dem Hintergrund einer möglichen Mehrbelastung der OKP durch die neuen Finanzierungsregeln kann dies als Bemühung zur Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP interpretiert werden (B,S,S. 2019).

wird. Die Anpassung an die neuen Regeln und an die Kostenträgerrechnung dauerte zum Teil mehrere Jahre. 2015 war dieser Prozess weitgehend abgeschlossen (Pellegrini & Roth 2018).

Heute wird der stationäre Spitalbereich zu 91 Prozent mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert. Weitere 7 Prozent stammen aus Beiträgen für die universitäre Lehre und Forschung sowie die anderen GWL. Gemäss von Stokar et al. (2016), Pellegrini & Roth (2018) und Müller et al. (2019) werden die Ausgaben für GWL kantonal sehr unterschiedlich gehandhabt. Dieser Aspekt wird unter Abschnitt 3.5 vertieft.

Bezogen auf die Anpassung der Anteile der Kantone und der OKP an den KVG-pflichtigen Leistungen verlief die Umsetzung der Massnahme erwartungsgemäss. 2017 lag der effektive Finanzierungsanteil in allen Kantonen bei mindestens 55 Prozent, während er 2012 noch bei 40 Prozent und 2016 bei 51 Prozent gelegen hatte (B,S,S. 2019).

3.1.2 Wirkungen der Massnahme

Die dual-fixe Finanzierung zeigte, zum Teil in Kombination mit anderen Massnahmen, die erwarteten Auswirkungen:

- Die Vorgabe klarer Regeln zum Finanzierungsschlüssel hat die Transparenz der Finanzierung stationärer Spitalleistungen in allen Kantonen erhöht (B,S,S. 2019).
- Der Finanzierungsanteil der OKP hat sich auf einem niedrigeren Niveau als vor der Revision stabilisiert. Absolut gesehen sind die Ausgaben für die OKP aufgrund der steigenden Spitalausgaben aber weiter gestiegen (Pellegrini & Roth 2018).²⁸
- Auf das Jahr 2012 hin ist ein Rückgang des Finanzierungsanteils der Zusatzversicherungen/Out-of-Pocket ersichtlich, der sich zumindest teilweise mit der durch die Revision bewirkten Entlastung der Zusatzversicherungen erklären lässt. Die vorgesehene Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler trug vor allem im Jahr 2012 zu einem deutlichen Rückgang des Finanzierungsanteils der Zusatzversicherungen bei.²⁹ Ebenfalls einen Beitrag zur Entlastung der Zusatzversicherungen dürfte die erweiterte Spitalwahl geleistet haben, da für ausserkantonale Aufenthalte in einem Listenspital auch ohne medizinische Gründe neben der OKP nicht mehr die Zusatzversicherung, sondern der Wohnkanton aufkommt (B,S,S. 2019).

3.2 Leistungsbezogene Pauschalen

Stationäre Spitalleistungen werden neu über leistungsbezogene Pauschalen vergütet. Es werden in erster Linie Leistungen pro Fall vergütet, grundsätzlich unabhängig davon in welchem Spital die Behandlung erfolgt. Die Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen (Anlagenutzungskosten), werden über die leistungsbezogenen Pauschalen abgedeckt. Finanziert werden die Pauschalen über einen fixen Kostenteiler von den Kantonen und der OKP (dual-fixe Leistungsfinanzierung). Ein Platz auf einer kantonalen Spitalliste ist für alle Spitäler Voraussetzung für den Anspruch auf die dual-fixe Leistungsfinanzierung. Vor der Revision wurden die Kosten der sogenannten öffentlichen und öffentlich-subventionierten Spitäler von den Kantonen zum einen mittels Vergütung der Kosten für stationäre Leistungen, zum andern über Strukturbeiträge und Defizitdeckungen mitfinanziert.

Die erwarteten Wirkungen der leistungsbezogenen Pauschalen stützen sich auf folgende Annahmen: Aufgrund der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur erhöhen die Pauschalen die *Transparenz* der Leistungen und der Kosten der Spitäler und sie verbessern die Vergleichbarkeit der Spitäler. Auf diese Weise werden Spitalvergleiche durch Kantone, Versicherer und

²⁸ Siehe auch Kapitel 4.1.1 Auswirkungen Kosten und Finanzierung.

²⁹ Siehe auch Abbildung 7 in Kapitel 4.

Versicherte erleichtert, was zu einer *Steigerung des Wettbewerbs* unter den Spitälern, auch über die Kantonsgrenzen hinweg, beiträgt. Damit werden Anreize zur *Steigerung der Effizienz* der Spitäler geschaffen. Erwartet werden Prozessoptimierungen, eine stärkere Spezialisierung, ein besseres Schnittstellenmanagement und vermehrte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern. Ein wichtiger weiterer erwarteter Effekt sind effizienzsteigernde Leistungsverlagerungen in die vor- und nachgelagerten Bereiche, unter der Annahme, dass gewisse Leistungen in diesen Bereichen in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können. Längerfristig wird erwartet, dass sich vor allem wettbewerbsstarke Spitäler auf dem Markt durchsetzen und deshalb durch die Pauschalen die Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft in Richtung effiziente und qualitativ hochstehende Versorgung weiter intensiviert werden.

Mit der Einführung leistungsbezogener Pauschalen waren hohe Erwartungen in Bezug auf die *Kostendämpfung* im stationären Spitalbereich verbunden. Unter der Annahme, dass Verlagerungen in andere Versorgungssektoren kostengünstig erfolgen, wurde auch ein *Beitrag zur Dämpfung des Kostenwachstums in der OKP und im Gesundheitswesen insgesamt* erhofft. Dabei sollte jedoch der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung erhalten bleiben.³⁰

3.2.1 Umsetzung der Massnahme in der Akutsomatik (SwissDRG)

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf den akutstationären Bereich und das Tarifsysteem SwissDRG. Dies liegt daran, dass noch nicht in allen Versorgungsbereichen eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur vorliegt. Während die Revision in der Akutsomatik seit 1. Januar 2012 (SwissDRG) umgesetzt ist, wurde sie in der Psychiatrie (TARPSY) erst am 1. Januar 2018 und damit nach dem Ende des Untersuchungszeitraums der Evaluation implementiert. Für den Bereich der Rehabilitation ist die Einführung von Pauschalen ab 2022 geplant.

Seit 1. Januar 2012 erfolgt die Abgeltung im akutstationären Bereich nach dem Tarifsysteem SwissDRG. DRG steht für *Diagnosis Related Groups* und bedeutet, dass Patientinnen und Patienten basierend auf ihren Diagnosen, Alter und Geschlecht, im Spital durchgeführten Prozeduren sowie weiteren Kriterien verschiedenen Fallgruppen (DRG) zugeordnet werden. Die zu vergütenden Pauschalen pro Fallgruppe ergeben sich aus der Multiplikation eines schweizweit einheitlichen Kostengewichts pro DRG mit dem sogenannten Basistarif des jeweiligen Spitals. Die Kostengewichte spiegeln den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer Fallgruppe relativ zu den anderen Fallgruppen wieder.³¹ Sie sind in der ganzen Schweiz gleich. Der Basistarif (auch «Spitaltarif», «Basispreis» oder «Baserate») ist der Frankenbetrag, der einem Spital für einen Fall mit einem Kostengewicht von eins zusteht. Der Basistarif wird zwischen den Akutspitälern und den Versicherern ausgehandelt und vom Kanton genehmigt (Art. 46 Abs. 4 KVG). Die Basistarife müssen wirtschaftlich sein und haben sich an Akutspitälern zu orientieren, die die KVG-pflichtigen Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Kantone erhalten vom Preisüberwacher eine Tarifempfehlung. Diese basiert auf Vergleichen der Betriebskosten aller Akutspitäler.³² Einigen sich die Tarifpartner nicht auf einen Basistarif, kann der Kanton den Tarif hoheitlich festlegen (Art. 47 Abs. 1 KVG). Die Kantone haben sowohl bei der Genehmigung als auch bei der Festsetzung der Basistarife das Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen (Rütsche 2011; GDK

³⁰ Das Verhältnis der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu Art. 51 KVG (mit dem Titel «Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime») wird in einem separaten Bericht behandelt (Lobsiger & Frey 2019) Der Bericht macht insbesondere einen Vergleich zwischen jenen Kantonen, die von Art. 51 KVG Gebrauch machen, und den anderen Kantonen und gibt Auskunft darüber, ob die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele in den erstgenannten Kantonen erreicht wurden.

³¹ Die zu diesem Zweck gegründete SwissDRG AG legt die Kostengewichte im Rahmen der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur jährlich neu fest.

³² Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes (PUE 2016a).

2017). Der kantonale Entscheid kann an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden (Art. 53 KVG).

Die Umsetzung von SwissDRG im akutsomatischen Bereich erfolgte weitgehend erwartungsgemäss. Positiv werden insbesondere folgenden Punkte beurteilt:

- *Tarifstruktur grundsätzlich für Spitalvergleiche geeignet:* Die Güte der Tarifstruktur SwissDRG gemessen an der Datenqualität und der Sachgerechtigkeit der Abbildung der Behandlungsleistungen ist heute als gut zu bezeichnen. Sie hat sich gemäss Einschätzung der Evaluationen in den letzten Jahren verbessert.³³ Bei der Leistungserfassung sind die Voraussetzungen für eine einheitliche und somit vergleichbare Erhebung der Daten gegeben (B,S,S. 2019).
- *Einschluss der Anlagenutzungskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen, kaum noch Defizitdeckungen:* Heute wird der stationäre Spitalbereich zu 91 Prozent mit den Beiträgen für stationäre Spitalleistungen finanziert (Pellegrini & Roth 2018). Dies bedeutet insbesondere, dass Anlagenutzungskosten in erster Linie über die Vergütung für stationäre Spitalleistungen abgedeckt werden, wobei die Datengrundlage für diese Aussage lückhaft ist. Kantonale Defizitdeckungen haben deutlich an Bedeutung verloren. Die Erwartung, wonach keine Defizitdeckungen mehr gewährt werden, ist nahezu erfüllt.
- *Berücksichtigung des Kriteriums Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung und Festsetzung der Basistarife:* Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird von den Kantonen bei der Genehmigung und der Festsetzung der Basistarife verstärkt berücksichtigt. Bei der Tariffestsetzung stützte sich die Mehrheit der Kantone auf Leistungs- und Kostendaten nach der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) und auf Kostendaten nach der Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung (REKOLE®) ab. Gut die Hälfte der Kantone nutzten gesamtschweizerische Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Basistarife. Bei der Genehmigung der Basistarife verlangen weniger als ein Viertel der Kantone von den Tarifpartnern, dass sie einen Benchmark zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit verwenden (B,S,S. 2019).

Optimierungsmöglichkeiten bestehen in folgenden Punkten:

- *Heterogene Praxis der kantonalen Genehmigung und Festsetzung der Basistarife:* Die Kantone berücksichtigen gemäss Befragung das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung und der Festsetzung der Basistarife unterschiedlich. Das war teilweise der mangelhaften Datenqualität in der Anfangsphase geschuldet. Im Bereich der Akutsomatik verlangten sechs Kantone von den Tarifpartnern, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden. Die anderen Kantone verwiesen auf ein (eigenes) Benchmarking, auf den Preisüberwacher oder auf das Verhandlungsprimat der Vertragsparteien. Bei der Festsetzung der Tarife nutzten gut die Hälfte der 18 Kantone, die bislang eine Tariffestsetzung vorgenommen hatten, gesamtschweizerische Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Basistarife. Die restlichen Kantone verzichteten auf eine Datenauswertung oder verwendeten entweder kantonale oder regionale Daten (B,S,S. 2019).
- *Querfinanzierungen stationärer Spitalleistungen:* Querfinanzierungen der OKP-Tariffermittlungsrelevanten Kosten durch die Kantone (ebenso wie durch weitere Akteure) sind angesichts direkter Investitionen im Spitalbereich bzw. der Gewährung vergünstigender Konditionen für Investitionen sowie der uneinheitlichen Definition und unterschiedlichen Handhabung der Finanzierung GWL theoretisch weiter möglich (Müller

³³ Voraussetzung für belastbare Betriebsvergleiche ist eine sachgerechte Abbildung der Leistungen in der Tarifstruktur. Diese ist auf eine gute Datenqualität angewiesen (BVG 2014/36 E.4) (B,S,S. 2019).

et al. 2019). Konkrete Hinweise hierfür liegen jedoch nur bei den Vorhalteleistungen für den Notfall und bei den vergünstigenden Konditionen für Anlagenutzungskosten vor (Müller et al. 2019).

- *Heterogene Praxis bei den Betriebsvergleichen:* Die Durchführung und Publikation schweizweiter Betriebsvergleiche zu den Kosten durch den Bund, in Zusammenarbeit mit den Kantonen (Art. 49 Abs. 8 KVG), stehen noch aus. Konkretisierungen in Bezug auf das Vorgehen bei Betriebsvergleichen sind noch nicht vorhanden. Ein einheitlicher Effizienzmasstab beispielsweise fehlt und Tariffdifferenzierungen scheinen notwendig, um spitalindividuelle Besonderheiten abzubilden. In der Praxis haben sich daher unterschiedliche Verfahren für Betriebsvergleiche entwickelt, die sich nach Möglichkeit an den schweregradbereinigten Fallkosten orientieren. Zudem werden Abgrenzungsprobleme bei Kosten für GWL, aber auch bei Kosten aus liegeklassebedingten Mehrleistungen sowie bei der Abgrenzung von Arzthonoraren berichtet. Weiter wird von Fehlbewertungen (Überbewertung leichter Fälle und Unterbewertung komplexer Fälle) sowie inhomogenen Kostenverteilungen innerhalb von Fallgruppen berichtet (B,S,S. 2019).
- *Tariffindung teilweise erschwert:* Die Festlegung der Höhe der Basistarife durch die Tarifpartner oder gegebenenfalls durch die Kantone hat sich zumindest in der Einführungsphase mitunter als schwierig erwiesen. In zahlreichen Fällen konnten sich die Tarifpartner nicht einigen (BAG 2015a). Nur acht Kantone vermerkten in der Befragung 2017, dass sie bisher noch von keinem Festsetzungsverfahren betroffen waren (B,S,S. 2019). Verschiedene von den Kantonen festgesetzte Tarife wurden von den Tarifpartnern vor dem Bundesverwaltungsgericht angefochten. Die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts haben dazu geführt, dass die Kantone die Tarifgenehmigung und -festsetzung anhand eines kantonsübergreifenden (nationalen) Kosten-Benchmarks durchführen müssen (Widmer et al. 2016).

3.2.2 Wirkungen der Massnahme

Trotz unvollständiger Umsetzung zeigt die Einführung von SwissDRG in der Akutsomatik, teilweise in Kombination mit anderen Massnahmen der Revision, Wirkungen in die vom Gesetzgeber erwünschte Richtung:

- *Erhöhung der Transparenz der Leistungen und Kosten:* Die leistungsbezogenen Pauschalen in der Akutsomatik haben dazu beigetragen, dass die Transparenz von Kosten und Leistungen von Akutspitälern zugenommen hat. Über Vergleiche prüfen die Kantone die Wirtschaftlichkeit des Angebots und die Tarifpartner richten die Basistarife an einem effizienten Akutspital aus. Da verlässliche Daten für die Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstruktur SwissDRG eine zentrale Rolle spielen, wurde zudem bei den Akteuren das Bewusstsein für eine gute Datenqualität geschärft. Durch die Inklusion der Investitionskosten in die Pauschale wurde die Transparenz der Finanzierung der Akutspitäler erhöht (B,S,S. 2019).
- *Steigerung des Wettbewerbs und der Effizienz der Akutspitäler:*³⁴ Insgesamt ist bei den Akutspitälern seit 2012 eine Zunahme des finanziellen Drucks zu beobachten. Diese Entwicklung kann zumindest teilweise auf die leistungsbezogenen Pauschalen zurückgeführt werden. Mit den leistungsbezogenen Pauschalen wurden Anreize für Effizienzsteigerungen gesetzt. Je nachdem, ob die schweregradbereinigten Fallkosten über oder unter der Fallpauschale liegen, resultiert für das Spital ein Gewinn oder ein Verlust für den jeweiligen Fall. Die Produktionskosten pro Fall haben sich in der Akutsomatik ab 2014 stabilisiert. Im Jahr 2016 ist sogar eine leichte Abnahme zu beobachten. Die Höhe der Basistarife ist seit 2012 rückläufig und die Basistarife konvergieren (B,S,S. 2019).

³⁴ Für eine ausführliche Beschreibung der Auswirkungen der Revision auf die Spitäler siehe Abschnitt 4.2.3.

- *Beitrag zu Leistungsverlagerungen aus der Akutsomatik in den nachsorgenden Bereich:* Verschiedene Studien gelangen zur Erkenntnis, dass eine Teilverlagerung akutstationärer Spitalleistungen in andere Bereiche stattfindet (Tuch et al. 2018; Widmer et al. 2017a und 2017b; Felder et al. 2014). Diese Entwicklung hat schon vor Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen begonnen. Sie steht auch im Zusammenhang mit dem Trend, medizinische Leistungen vermehrt ambulant statt stationär zu erbringen (B,S,S. 2019). Die Revision soll den Trend verstärken, indem sie Anreize für effizienzsteigernde Leistungsverlagerungen setzt. Dies setzt voraus, dass die Leistungen ausserhalb des spitalstationären Bereichs in gleicher Qualität zu geringeren Kosten erbracht werden können (B,S,S. 2019). Seit 2012 ist besonders deutlich eine verstärkte Zunahme von Übertritten in die Alters- und Pflegeheime, in den Verantwortungsbereich der ambulanten Krankenpflege und in Rehabilitationsspitäler zu erkennen. Diese Verlagerungen verursachen im ambulanten Bereich sowie in den Alters- und Pflegeheimen zusätzliche Kosten, die im Rahmen der Evaluation jedoch nicht beurteilt werden konnten (Pellegrini & Roth 2018).
- *Beitrag zur Dämpfung des Kostenwachstums für die stationären Spitalleistungen:*³⁵ In der Akutsomatik sind die Ausgaben für die stationären Spitalleistungen zwischen 2013 und 2016 weniger schnell gewachsen als vor der Einführung von SwissDRG und weniger als in den ambulanten Versorgungsbereichen. Dies ist besonders gut ersichtlich bei den Kosten pro Fall (2013–2016: 1,0 % durchschnittliches jährliches Kostenwachstum gegenüber 1,8% im Jahr 2011). Diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass die Revision greift und für eine Dämpfung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich sorgt (B,S,S. 2019).

Trotz der erwähnten positiven Wirkungen der leistungsbezogenen Pauschalen ist festzuhalten, dass in verschiedenen Bereichen noch Defizite bestehen:

- *Unzureichende Transparenz in Bezug auf die Kosten und die Betriebsvergleiche:* Nach wie vor muss die Transparenz der Kosten der akutsomatischen Versorgung als verbesserungsfähig beurteilt werden. Es besteht Bedarf an einer stärkeren Harmonisierung und Aufbereitung der bestehenden Kennzahlen. Daher sind zuverlässige Betriebsvergleiche nur beschränkt möglich (siehe Abschnitt 3.5).
- *Nachhaltigkeit der Dämpfung des Kostenwachstums für stationäre Spitalleistungen unklar:* Der sprunghafte Kostenanstieg von 2011 auf 2012 (vgl. Tabelle 10) kann nur durch eine langfristige Dämpfung des jährlichen Kostenwachstums wieder ausgeglichen werden. Während 2013 bis 2015 ein reduziertes Kostenwachstum festgestellt werden konnte, zeigten sich 2016 erneut Zeichen eines Anstiegs bei den Kosten pro Fall (+ 0,7%). Derzeit kann nicht beurteilt werden, ob dieser erneute Anstieg punktuell ist oder den Beginn einer Trendwende kennzeichnet (Pellegrini & Roth 2018).
- *Keine Kostendämpfung über den akutstationären Spitalbereich hinaus:* Über den Bereich der Akutsomatik hinaus wurde seit 2012 keine Dämpfung des Kostenwachstums erzielt (siehe Kapitel 4.1.1). Das bedeutet, dass im ambulanten und im nachsorgenden stationären Bereich eine Zunahme des Kostenwachstums erfolgt sein muss. Ob die oben erwähnten Leistungsverlagerungen aus dem akutstationären Bereich in den nachgelagerten Bereich kosteneffizient waren oder ob keine Kosteneinsparungen durch die Leistungsverlagerungen erfolgt sind, lässt sich aufgrund der verfügbaren Daten nicht beurteilen.
- *Hinweise auf Zunahme der Arbeitsbelastung des Personals:* Es ist in Folge der Revision nicht zu einem Abbau von Personal gekommen. Kleinknecht-Dolf et al. (2015) weisen aber darauf hin, dass der mit leistungsbezogenen Fallpauschalen einhergehende finanzielle Druck zu moralischem Stress von Pflegefachpersonen führen kann,

³⁵ Für eine ausführliche Beschreibung der Auswirkungen der Revision auf die Kosten und Finanzierung siehe Abschnitt 4.1.1.

was in der Folge die Qualität der Pflege beeinträchtigen kann (INFRAS und Zahnd 2018). Auch Studien im Auftrag der FMH (Golder et al. 2015 und 2017) thematisieren den Faktor Stress bei der Spitalärzteschaft. Die Befragung zeigt, dass der Anteil der befragten Spitalärztinnen und Spitalärzte, der angibt, meistens oder häufig Stress ausgesetzt zu sein, tendenziell ansteigt.

- *Qualitätsmängel an den Schnittstellen kommen mehr zum Tragen:* Die leistungsbezogenen Pauschalen setzen Anreize für die Spitäler, Patientinnen und Patienten möglichst früh in den nachsorgenden Bereich zu verlegen. Analysen zur Aufenthaltsdauer und die Befragung der Spitäler zeigen, dass die Spitäler entsprechend reagieren und ihr Schnittstellenmanagement intensivieren. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Bemühungen nicht ausreichen und Qualitätsmängel vor allem beim Entlassungsmanagement bestehen (siehe Abschnitt 4.1.2).
- *Zunahme der Rehospitalisierungen in der Akutsomatik:* In der Akutsomatik haben Rehospitalisierungen seit 2009 signifikant zugenommen. Inwieweit dieser Trend auf die Revision des KVG und insbesondere die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen im Jahr 2012 zurückzuführen ist, lässt sich aufgrund der Ergebnisse der Evaluation nicht abschliessend beurteilen (siehe Abschnitt 4.1.2).
- *Hinweise auf fehlende Verbesserung der Qualitätsunterschiede zwischen den Spitälern oder der Schweiz im internationalen Vergleich:* Die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität scheinen sich (bisher) nur verhalten auf die Ergebnisqualität³⁶ auszuwirken. Als Nebenbefund fällt auf, dass grössere Qualitätsunterschiede zwischen Schweizer Spitälern (z.B. bei den Wundinfektionsraten oder Patientenzufriedenheit) nicht wesentlich reduziert werden konnten. Ein Bericht des ANQ (Kuster et al. 2016) zeigt, dass die Infektionsraten im Vergleich zum Ausland, insbesondere im Bereich der Colonchirurgie und nach Rektumoperationen, weiterhin eher hoch sind (INFRAS und Zahnd 2018).

Befürchtete unerwünschte Wirkungen der leistungsbezogenen Pauschalen sind insgesamt nicht systematisch nachzuweisen:

- *Keine effizienz mindernden Reaktionen der Spitäler:* Es liegen keine Hinweise auf systematische unerwünschte Reaktionen der Spitäler wie Höherkodierung und Rationierung vor. Unerwünschte Mengenausweitungen aufgrund der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen lassen sich ebenfalls nicht bestätigen (siehe Abschnitt 4.1.1).
- *Kein Personalabbau:* Es liegen keine Hinweise auf systematischen Abbau von Personal vor (siehe Abschnitt 4.1.2).
- *Einige Indikatoren für Ergebnisqualität stabil oder verbessert:* Wie in Abschnitt 4.1.2 ausgeführt wird, haben sich die Indikatoren bezüglich der 30-Tage-Mortalität im Spital, Patientenzufriedenheit, Prävalenz von Wundinfektionen sowie die Anzahl der Stürze entgegen der Befürchtungen im Vorfeld der Revision stabilisiert oder gar verbessert. Dagegen hat die Rate der Rehospitalisierungen zugenommen.
- *Keine Hinweise auf Verschlechterung des Zugangs zur Versorgung:* Durch die leistungsbezogenen Fallpauschalen könnte es zu unerwünschten Patientenselektionen kommen, wenn die Spitäler durch die Pauschalen bei gewissen Diagnosen ein besseres finanzielles Ergebnis erzielen als bei anderen. Dies würde dem KVG-Ziel der Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung entgegenstehen (INFRAS und Zahnd 2018). Zudem könnte eine Konzentration des stationären Versorgungsangebots zu einer geografischen Veränderung des Zugangs zu medizinischen Leistungen führen (die Versicherten müssen evtl. weitere Wege in Kauf neh-

³⁶ Die Ergebnisqualität beschreibt die Veränderung des Gesundheitszustandes der Patienten und Patientinnen und Patienten, die dem vorausgegangenen medizinischen, pflegerischen und administrativen Handeln zugeschrieben werden kann.

men) (econcept/LENZ 2018). Darüber hinaus könnten die Spitäler ihre Diagnosestellung und die Wahl der Behandlung aufgrund der DRG ändern (Indikationsqualität) und damit eine Über-, Unter und Fehlversorgung bewirken (INFRAS und Zahnd 2018). Aufgrund der verfügbaren Untersuchungen lassen sich keine dieser negativen Effekte oder die Verletzung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler erkennen (B,S,S. 2019; INFRAS und Zahnd 2018). Allerdings wird die Einhaltung der Aufnahmepflicht nur von wenigen Kantonen systematisch überprüft (econcept/LENZ 2018).

3.3 Spitalplanung und Leistungsaufträge

Mit der Revision wurde die Steuerung der Kapazitäten (Festlegung durch Bettenzahlen, Bundesrat 2013) durch eine leistungsorientierte Steuerung ersetzt. Dazu wurden einheitliche Rahmenbedingungen für alle Spitäler, unabhängig von Trägerschaft und Standortkanton, geschaffen. Vier zentrale Elemente kennzeichnen die neuen Vorgaben für die kantonale Spitalplanung:³⁷

- *Nachvollziehbare Bedarfsermittlung:* Für die kantonale Spitalplanung muss der Versorgungsbedarf in nachvollziehbaren Schritten und auf Grundlage statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche ermittelt werden (vgl. Art. 58b Abs. 1 KVV³⁸). Die Bedarfsermittlung schliesst auch Patientenströme zu und von Vertragsspitalern sowie ausserkantonalen Spitalern ein. Überkapazitäten sollen vermieden werden (siehe hierzu auch GDK-Empfehlung 2, GDK 2017).
- *Einheitliche Planungskriterien des Bundesrats:* Eine Grundlage für die Anpassung der kantonalen Spitalplanungen bilden präzisierte, national einheitliche Planungskriterien für Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 58a bis 58e KVV). Insbesondere zu beachten sind die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität sowie Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien (Art. 58b Abs. 5 Bst. a-c KVV). Diese Kriterien entsprechen weitgehend der Rechtsprechung vor der Revision. Vorausgesetzt wird, dass sich die Planung auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abstützt (Rütsche 2011). Die GDK verfasste Empfehlungen zur Prüfung der vorgegebenen Kriterien (Empfehlungen 4-7, GDK 2018; econcept/LENZ 2018).
- *Erstellung Spitallisten und Vergabe von Leistungsaufträgen:* Bei der Auswahl der Spitäler für die Spitalliste (Listenspitäler) müssen die Kantone die vorgegebenen Planungskriterien berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 Bst. a KVV). Dabei sind öffentliche und private Spitäler gleich zu behandeln.³⁹ Die GDK empfiehlt, ein Bewerbungsverfahren für alle interessierten Leistungserbringer durchzuführen. Die Aufnahme auf die Spitallisten ist für die Spitäler wichtig, denn die Kantone und die OKP beteiligen sich nur an der Finanzierung der Leistungen derjenigen Spitäler, die auf einer Spitalliste stehen (Listenspitäler). Spitäler, die auf keiner Spitalliste stehen, jedoch einen Vertrag mit einem Krankenversicherer abgeschlossen haben (Vertragsspitäler), können ihre Leistungen nur den Krankenversicherern, nicht aber den Kantonen in Rechnung stellen.⁴⁰
- *Interkantonale Koordination und Kooperation:* Bei der Planung sind die Kantone nach Art. 39 Abs. 2 KVG resp. Art. 58d KVV aufgefordert, sich interkantonal zu koordinieren. Dazu sollen sie gemäss Empfehlungen der GDK insbesondere die nötigen Informationen über Patientenströme auswerten und ihre Planung mit jenen Kantonen koordi-

³⁷ In den kantonalen Spitalplanungen müssen die Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit spätestens am 31. Dezember 2014 berücksichtigt sein (vgl. Art. 39 und 49a KVG sowie Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007).

³⁸ Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)

³⁹ Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG sieht vor, dass private Trägerschaften «angemessen» in die Planung einzubeziehen sind.

⁴⁰ Gilt nur für den Anteil nach Artikel 49a KVG, nicht für die gesamten Kosten der Leistung.

nieren, deren Spitäler aufgrund dieser Ströme wichtige Versorgungsfunktionen übernehmen (Empfehlung 2, GDK 2018; econcept/LENZ 2018). Eine gemeinsame, kantonsübergreifende Planung wird erwartet, aber, abgesehen vom Bereich der hochspezialisierten Medizin (Art. 39 Abs. 2bis KVG), nicht explizit verlangt.

Mit den Änderungen der Spitalplanung waren insbesondere vier Absichten verbunden. Erstens sollte Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden. Zweitens sollte ein Beitrag zur Erhöhung der Transparenz der Kosten im stationären Bereich geleistet werden. Drittens wurde eine Konzentration des Angebotes mittels Kooperationen und Spezialisierung erwartet. Diese Kooperationen und Spezialisierung sollten, viertens, einen positiven Einfluss auf die Ergebnisqualität der stationären Leistungserbringung nach sich ziehen (INFRAS und Zahnd 2018).

3.3.1 Umsetzung der Massnahme

Die verfügbaren Studien machen deutlich, dass die Kantone die Änderungen der KVG-Revision bezüglich Spitalplanung weitgehend gesetzeskonform umgesetzt haben (siehe insbesondere econcept/LENZ 2018). Dabei wurde der grosse Spielraum der revidierten Gesetzgebung, zum Beispiel hinsichtlich Anwendung der vorgegebenen Planungskriterien, rege genutzt.

Folgende positive Feststellungen lassen sich hinsichtlich der Umsetzung der Spitalplanung aus den verfügbaren Studien ablesen:

- *Nachvollziehbare Bedarfsermittlung:* Alle Kantone erfüllen die Vorgabe, eine Versorgungsplanung durchzuführen. 23 von 26 Kantonen stützen sich in der Akutsomatik auf die Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen gemäss Empfehlung der GDK (SPLG-Systematik). Alle Kantone verwenden ein Prognosemodell zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs, vertiefte Analysen wurden nur vereinzelt durchgeführt. Die zeitnahe Verfügbarkeit der relevanten Datengrundlagen hat sich zum Teil als schwierig erwiesen (econcept/LENZ 2018).
- *Berücksichtigung der Planungskriterien des Bundesrats:* Bei der Vergabe der Leistungsaufträge wenden die Kantone wie vorgesehen die Planungskriterien des Bundesrats an. In verschiedener Hinsicht besteht jedoch Klärungsbedarf bei der Definition der Kriterien, bei deren Operationalisierung sowie auch bei der Datenverfügbarkeit und der Datenqualität (econcept/LENZ 2018).
- *Erstellung von Spitallisten und Vergabe von Leistungsaufträgen:* Alle Kantone vergeben gesetzeskonform Leistungsaufträge und erstellen eine Spitalliste (econcept/LENZ 2018). Der Leistungseinkauf wird zunehmend wettbewerbsfreundlich ausgestaltet. Es gibt vor allem in der Akutsomatik vermehrt öffentliche und regelmässige Vergabeverfahren mittels des von der GDK empfohlenen Leistungsgruppenkonzepts (Widmer et al. 2016). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Vergabe der Leistungsaufträge im Bereich der Akutsomatik stützt sich bei rund der Hälfte der Kantone auf Leistungs- und Kostendaten nach der VKL oder auf Kostendaten gemäss der Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung (REKOLE®) (B,S,S. 2019).⁴¹ Einen Hinweis auf eine bessere Berücksichtigung privater Spitäler bei der Vergabe von Leistungsaufträgen liefert der Anteil von OKP-Versicherten, der in Privatspitälern behandelt wird. Dieser Anteil nahm zwischen 2010 und 2016 um 11,4 Prozentpunkte in der Akutsomatik, um 3,8 Prozentpunkte in der Rehabilitation und um 9,2 Prozentpunkte in der Psychiatrie zu. Diese Steigerung lässt sich mindestens teilweise auf die Integration von privaten Spitalern in die Spitallisten zurückführen. Zudem könnte der generelle Rückgang

⁴¹ Die REKOLE® liefert in Form eines Handbuchs Leitlinien für die Kosten- und Leistungserfassung in Spitälern. REKOLE® und VKL schreiben andere Abschreibungsregeln vor. Nach REKOLE® werden die Anlagen über die Lebensdauer abgeschrieben (auch wenn sie keinen Restwert mehr haben). Basis ist der Wiederbeschaffungswert. Nach VKL werden die Anlagen bis zum Restwert = 0 abgeschrieben, Basis ist der Anschaffungswert. Dies führt in der Tendenz dazu, dass die ANK nach VKL tiefer ausfallen als nach REKOLE® (B,S,S. 2019).

der Zusatzversicherten für diese Entwicklung mitverantwortlich sein (Gruber & Lippitsch 2018a).

- *Gesetzeskonforme interkantonale Koordination:* Die durchgeführten Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich die interkantonale Koordination in der stationären Versorgung seit 2012 verbessert hat (econcept/LENZ 2018). Die gesetzlichen Vorgaben werden weitgehend eingehalten. Die interkantonale Koordination beschränkt sich meist auf eine gegenseitige Anhörung beziehungsweise auf gegenseitige Absprachen. Abgesehen von der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) finden sich nur vereinzelt weitergehende Kooperationen. Beispiele dafür sind der gemeinsame Versorgungsbericht der Region Nordwestschweiz oder das Projekt LUNIS in der Zentralschweiz (Christen et al. 2013), die Kooperation des Kanton Glarus mit dem Bündner Kantonsspital in Chur sowie die Zusammenarbeit zweier interkantonalen Spitäler in der Westschweiz (Cosandey et al. 2018).

Optimierungsmöglichkeiten gibt es vor allem in folgenden Bereichen:

- *Unterschiedliche kantonale Umsetzung der Planungskriterien:* Die vergleichende Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler hat zwar an Bedeutung gewonnen. Die Vorgaben werden aber sowohl zwischen den Kantonen als auch zwischen den Bereichen Akut-somatik, Rehabilitation und Psychiatrie sehr unterschiedlich umgesetzt (econcept/LENZ 2018). Ein Grund dafür ist die eingeschränkte Datenverfügbarkeit und Datenqualität in der Vergangenheit. Rund ein Viertel der Kantone nutzte beispielsweise über einen interkantonalen Datenaustausch gesamtschweizerische Daten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. Die anderen Kantone ziehen Daten mit regionaler, kantonaler oder einer anderen Abdeckung bei oder führen keine Datenauswertung durch (B,S,S. 2019). Lücken bestehen nicht nur bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern auch bei der Anwendung von Qualitätskriterien. Auch diesbezüglich lässt sich ein Teil des Problems auf Lücken bei den verfügbaren Daten zurückführen. Allerdings nutzen die Kantone auch die verfügbaren Qualitätsindikatoren kaum für systematische Vergleiche zwischen den Spitälern (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Keine umfassenden Betriebsvergleiche:* Das Bundesverfassungsgericht rügte 2012 und 2015 die Umsetzung der Anwendung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit.⁴² Während vor der Revision ein Vergleich vergleichbarer Betriebe ausreichte, verlangt es von den Kantonen seit der Revision umfassende Betriebsvergleiche. Dies wird noch nicht immer umgesetzt (econcept/LENZ 2018).⁴³
- *Gleichbehandlung der Spitäler optimierbar:* Die Gleichbehandlung aller Spitäler, unabhängig von der Trägerschaft und dem Standort, wird nicht in allen kantonalen Planungen vollständig umgesetzt. Es gibt Hinweise, dass private Spitäler immer noch Wettbewerbsnachteile im Vergleich zu öffentlichen Spitälern haben könnten. So liegt der Anteil von OKP-Versicherten in privaten Spitälern weiterhin deutlich unter demjenigen der öffentlichen Spitäler (Gruber & Lippitsch 2018a). Zudem fungierten 2015 alle öffentlichen aber nur 80 Prozent der privaten Spitäler auf einer Spitalliste (Cosandey et al. 2018).
- *Interkantonale Kooperation gering:* Es gibt Hinweise darauf, dass sich die Spitalplanung noch wenig an den regionalen Patientenströmen orientiert und vorwiegend den kantonalen Grenzen folgt (Cosandey et al. 2018). Kantonsübergreifende Zusammenarbeit ist selten. In manchen Regionen scheint die Konkurrenz der Spitäler und damit der Kantone dagegen eher zuzunehmen (econcept/LENZ 2018).

⁴² Insbesondere BVGer-Urteile C-325/2010 vom 7. Juni 2012; auch C-2389/2012 und C-1841/2014 vom 21. August 2015.

⁴³ Im Rahmen der Betriebsvergleiche nach Artikel 49 KVG ist die Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten für das Jahr 2020 vorgesehen.

3.3.2 Wirkungen der Massnahme

Mit Blick auf die Wirkungen der Spitalplanung lässt sich feststellen, dass sich die wettbewerblichen Rahmenbedingungen für die Spitäler in den letzten Jahren verbessert haben. Die qualitativ hochstehende Versorgung ist weiterhin sichergestellt. Die Spitalplanung hat Wirkungen in der gewünschten Richtung ausgelöst:

- *Wettbewerbliche Rahmenbedingungen verbessert:* Die Kantone haben bei der Spitalplanung durch Anwendung der SPLG-Systematik (Akutsomatik), erhöhte Transparenz bei den Vergabeverfahren der Leistungsaufträge, die Berücksichtigung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie mit der Aufnahme privater Spitäler auf die Spitallisten die wettbewerblichen Rahmenbedingungen verbessert (econcept/LENZ 2018, Widmer et al. 2016).
- *Transparenz der Kosten erhöht:* Wie festgestellt wurde, hat die vergleichende Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler an Bedeutung gewonnen. Grundlage dafür sind Kennzahlen. Kennzahlen und Betriebsvergleiche haben sich positiv auf die Transparenz der Kosten ausgewirkt (B,S,S. 2019).
- *Beitrag zu Kostendämpfung im stationären Spitalbereich:* Die neue Spitalplanung dürfte einen direkten Einfluss auf die Kostendämpfung im stationären Spitalbereich gehabt haben. Ein Grund dürfte sein, dass die Kantone die Wirtschaftlichkeit der Spitäler über Vergleiche zu Kosten geprüft haben und die Spitäler, Versicherer und Kantone die Basistarife an einem effizienten Spital ausgerichtet haben (wobei kein einheitlicher Effizienzmasstab existiert) (B,S,S. 2019).
- *Finanzieller Druck und Qualitätsdruck verstärkt:* Die gesetzeskonforme Umsetzung der neuen Spitalplanung durch die Kantone hat nicht nur den finanziellen Druck auf die Spitäler verstärkt, sondern auch die Anforderungen an die Qualität erhöht (INFRAS und Zahnd 2018). Vor allem die verbreitete Nutzung der SPLG-Systematik und der Trend zu öffentlichen und regelmässigen Vergabeverfahren der Leistungsaufträge haben den Wettbewerb verstärkt. Dagegen geht der Qualitätsdruck aus Sicht der Kantone vor allem auf die Berücksichtigung des Planungskriteriums Qualität bei der Aufnahme auf Spitallisten zurück (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Konzentration des Angebots bei hochspezialisierten Leistungen:* Während interkantonale Kooperation in einzelnen Regionen festzustellen ist, finden sich Konzentrations-tendenzen ausschliesslich bei hochspezialisierten Leistungen. Diese Konzentrationsprozesse werden primär über Mindestfallzahlen oder über Beschlüsse der interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin durch die Kantone reguliert (econcept/LENZ 2018).
- *Versorgungssicherheit gewährleistet (keine Unterversorgung):* Im Zusammenhang mit der Einführung der Spitalplanung wurde die Befürchtung geäussert, dass diese die Versorgungssicherheit in Frage stellen könnte. Dafür gibt es jedoch keine Bestätigung. Die Versorgungssicherheit ist weiterhin gewährleistet (econcept/LENZ 2018). Während somit keine Hinweise auf eine Unterversorgung erkennbar sind, ist das Problem der Überversorgung nach wie vor nicht gelöst (siehe Abschnitt 4.1.3).

Trotz der beschriebenen erfreulichen Entwicklungen sind die Auswirkungen der Spitalplanung bisher hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Das Ziel einer besseren interkantonalen Koordination und die davon erwartete Vermeidung von Überkapazitäten werden erst ansatzweise erreicht. Dies dürfte zum einen daran liegen, dass die Umsetzung der neuen Spitalplanungen mehr Zeit braucht. Andererseits gibt es Hinweise, dass die verhaltene Umsetzung durch manche Kantone die erwünschten Wirkungen behindert.

- *Wettbewerbsverzerrungen möglich:* Die weiterhin eher geringe Aufnahme ausserkantonalen Spitäler auf Spitallisten und nach wie vor bestehende Überkapazitäten weisen darauf hin, dass Kantone den Wettbewerb der Spitäler stärker fördern könnten. Der

Grund dafür wird vornehmlich im zögernden (politischen) Willen der relevanten Akteure zur Reduktion von Überkapazitäten, im Verfolgen regionalpolitischer Ziele im Rahmen der Spitalplanung sowie in (befürchteten) Gerichtsprozessen gesehen (econcept/LENZ 2018).

- *Geringe Nutzung der Kennzahlen für Qualitätsvergleiche durch die Kantone:* Die Kantone legen die Qualitätskriterien des Bundesrats unterschiedlich aus. Diesbezüglich lässt sich ein Teil des Problems auf Lücken bei den verfügbaren Daten zurückführen. Allerdings nutzen die Kantone auch die verfügbaren Qualitätsindikatoren kaum für systematische Vergleiche zwischen den Spitälern (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Einfluss auf Qualitätswettbewerb optimierbar:* Die grosse Mehrheit der Kantone schöpft ihre Möglichkeiten in der Spitalplanung, den Qualitätswettbewerb über Qualitätsvergleiche anzustossen, erst wenig aus. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Spitälern ihre Qualitätsanstrengungen nicht verstärkt hätten (siehe Abschnitt 4.1.2). Allerdings scheint dies eher das Ergebnis allgemeiner Trends und der erweiterten Spitalwahl, als eine Wirkung der Spitalplanung zu sein. Nicht auszuschliessen ist allerdings, dass die Spitälern in Erwartung von kantonalen Qualitätsvergleichen aktiver wurden (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Kaum Konzentration des Angebots (Überversorgung):* Auf aggregierter Ebene hat sich die Spitallandschaft durch die Massnahmen der Revision zwischen 2012 und 2016 kaum verändert und eine Konzentration von Angebot und Leistungen der Spitälern hat sich wenig manifestiert. Detaillierte Analysen zeigen aber, dass in der Schweizer Spitallandschaft vieles in Bewegung ist und dass die Entwicklungen ansatzweise in die von der Revision gewünschte Richtung weisen. In der Akutsomatik setzt sich der bereits vor 2012 festgestellte Trend zur Konzentration des Angebots im Untersuchungszeitraum fort (econcept/LENZ 2018).

3.4 Erweiterte Spitalwahl

Mit der erweiterten Spitalwahl ab 1. Januar 2012 ermöglicht der Gesetzgeber den Versicherten eine grössere Wahlfreiheit unter den Listenspitälern in der Schweiz. Die Versicherten können für die stationäre Behandlung von Leistungen gemäss KVG unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder des Standortkantons (Listenspital) aufgeführt sind (vgl. Art. 41 Abs. 1bis KVG). Bei der Wahl eines Spitals, welches nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt wird, ist bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen, mit Ausnahme des Notfalls, eine Bewilligung des Wohnkantons (Kostengutsprache) notwendig (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG). Die Kantone und die OKP beteiligen sich bei einer Behandlung aus medizinischen Gründen⁴⁴ in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital anteilmässig an den Kosten (vgl. Art. 41 Abs. 3 KVG). Bei einer ausserkantonalen Wahlbehandlung übernehmen sie die Vergütung jedoch höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Der Wohnkanton definiert dafür zu diesem Zweck einen sogenannten Referenztarif, dies ist im KVG nicht geregelt.⁴⁵ Bei Wahlbehandlungen ist die Vergütung durch den Tarif eines geeigneten Spitals auf der Liste der Wohnkantons begrenzt (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Im Vergleich zur Situation vor der Revision ist damit die finanzielle Beteiligung von Patientinnen und Patienten für ausserkantonale Wahlbehandlungen geringer und die Zusatzversicherungen werden entlastet. Ist der Preis des behandelnden Spitals höher als der Tarif im Wohnkanton, so muss die Differenz von den Patientinnen oder den Patienten selbst respektive von ihrer Zusatzversicherung übernommen werden. Die Listenspitälern haben eine Aufnahmepflicht für alle versicherten Personen mit Wohnsitz in ihrem Standortkanton sowie für Personen mit

⁴⁴ Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht in einem Listenspital des Wohnkantons angeboten werden (vgl. Art. 41 Abs. 3bis KVG).

⁴⁵ Die GDK empfiehlt als Referenztarif einen mit Patientenströmen gewichteten Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitälern der Spitalliste des Wohnkantons (GDK 2011).

Wohnsitz ausserhalb ihres Standortkantons im Rahmen von Leistungsaufträgen und im Notfall (Art. 41a KVG). Die Kantone haben für die Einhaltung der Aufnahmepflicht zu sorgen. Die nachfolgende Tabelle 3 macht die Komplexität der Regelung deutlich.

Tabelle 3: Kantonale Kostengutsprachen und anwendbare Tarife für inner- und ausserkantonale Hospitalisationen ab 1. Januar 2012 (Empfehlung GDK)

KVG-Artikel	Behandlungsort	Kostengutsprache erforderlich	Entscheid Kostengutsprache	Anwendbarer Tarif (zulasten Kanton und OKP)
Innerkantonale Hospitalisation				
Art. 41 Abs. 1bis	Listenspital Wohnkanton	Nicht erforderlich	-	Behandelndes Spital
Ausserkantonale Hospitalisation aus medizinischen Gründen*				
Art. 41 Abs. 3	Listenspital Standortkanton	Regelfall medizinische Gründe: erforderlich (sofern Kanton nicht generell auf Kostengutsprache verzichtet)	Positiv	Behandelndes Spital
			Abgelehnt	Maximal gemäss Referenztarif Wohnkanton
Art. 41 Abs. 1bis		Notfall: nicht erforderlich	-	Behandelndes Spital
Art. 49a Abs. 4	Spital, nicht auf der Liste im Wohnkanton oder im Standortkanton**	Regelfall: nicht erforderlich	-	Kein Kantonsanteil, nur OKP-Anteil, Rest Selbstzahlung oder Zusatzversicherung
			Notfall: erforderlich	Positiv
			Abgelehnt	Kein Kantonsanteil, nur OKP-Anteil, Rest Selbstzahlung oder Zusatzversicherung

Quelle: Darstellung basierend auf Tabelle 1 in GDK (2011).

Legende: *Das heisst medizinisch indizierte Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. ** Spitäler, die zur Leistungserbringung nach KVG zugelassen sind, aber weder auf der Spitalliste des Wohnkantons noch des Standortkantons aufgeführt sind. Haben diese Spitäler einen Vertrag mit einer Krankenversicherung, werden sie Vertragsspitäler genannt (GDK 2011)

Mit der erweiterten Spitalwahl war vor allem die Erwartung eines Anstiegs der qualitätsorientierten, kantonsübergreifenden Nachfrage verbunden. Die Versicherten sollen vermehrt schweizweit Spitäler für ihre Behandlung wählen. Durch die höhere Mobilität der Versicherten soll der interkantonale Qualitätswettbewerb unter den Spitälern gefördert werden (Rütsche 2011). Der verstärkte interkantonale Wettbewerb soll (längerfristig) zu einer Angleichung der Spitaltarife führen (vgl. BVGer-Urteil C-617/2012 E.2.4.3) (B,S,S. 2019). Wichtige Voraussetzung dafür ist eine erhöhte und transparente Verfügbarkeit geeigneter Informationen zur Qualität der Spitäler.

3.4.1 Umsetzung der Massnahme

Die in den Evaluationen festgestellte Umsetzung der erweiterten Spitalwahl entspricht mehrheitlich den Vorstellungen des Gesetzgebers:

- *Keine Hinweise auf Nichterfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler:* Die Abklärungen zeigen, dass die Spitäler ihrer Aufnahmepflicht nachkommen. Es haben sich

keine systematischen Verletzungen dieser Vorgabe durch die Spitäler gefunden. Allerdings ist die Datenlage begrenzt. In Einzelfällen kann es zu Verletzungen der Aufnahmepflicht gekommen sein (B,S,S. 2019).

- *Kaum weitergehende kantonale Auflagen in Bezug auf ausserkantonale stationäre Behandlungen:* Die Angemessenheit der Vergütung ausserkantonaler stationärer Behandlungen wird gemäss B,S,S. (2019) kaum durch kantonale Auflagen, die über die Empfehlungen der GDK hinausgehen, eingeschränkt. Die Angemessenheit der Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen wird in der Literatur jedoch unterschiedlich bewertet. B,S,S. (2019) sieht diese kritisch, da 2017 rund die Hälfte der Kantone bei der Befragung im Rahmen der Evaluation angab, sich am tiefsten Basistarif im Kanton (ggf. pro Leistungsgruppe) zu orientieren. Cosandey et al. hingegen stellen für 2017 fest, dass die Referenztarife mehrheitlich bei oder über dem durchschnittlichen kantonalen Basistarif liegen. Nur in drei Kantonen lag der Referenztarif deutlich darunter (Neuenburg, Freiburg, Waadt). Dabei stützten sie sich auf Daten zu Spital- und Referenztarifen (Cosandey et al. 2018).⁴⁶

Einige Aspekte der kantonalen Umsetzung der erweiterten Spitalwahl behindern jedoch die Entwicklung des erwünschten schweizweiten Wettbewerbs der Spitäler:

- *Teilweise unattraktive Referenztarife:* Im Rahmen der Evaluation ergaben sich Hinweise darauf, dass in manchen Kantonen die Referenztarife für Versicherte unattraktiv sind. Rund die Hälfte der Kantone orientiert sich nach eigenen Angaben bei der Festlegung der Referenztarife ihrer Spitäler jeweils am tiefsten Wert im Kanton und nicht, wie von der GDK empfohlen (vgl. GDK 2011), an einem gewichteten Durchschnittswert. Niedrige Referenztarife bedingen eine Zuzahlung durch die Patientinnen und Patienten oder deren Zusatzversicherungen. Nur ein Drittel der Kantone stuft die Referenztarife nach Leistungen ab. Das bedeutet, dass Patientinnen und Patienten komplexe Behandlungen, die in der Regel in Spitälern mit hohen Basistarifen (z.B. Universitätsspitäler, Kinderspitäler) erbracht werden, nicht ausserkantonale in Anspruch nehmen können, ohne Zuzahlungen zu leisten. Diese ungünstigen Rahmenbedingungen für die Patientinnen und Patienten können die Umsetzung der erweiterten Spitalwahl behindern (Widmer et al. 2016; B,S,S. 2019).
- *Punktuell Fallkontingente für private Spitäler:* Die Kantone beschränken die erweiterte Spitalwahl teilweise durch Festlegung von Fallkontingenten. Die Kantone Genf und Waadt haben beispielsweise Fallkontingente bei den Leistungsaufträgen an Privatspitäler eingeführt. Sind die entsprechenden Fallkontingente ausgeschöpft, zahlt der Kanton seinen Anteil nicht mehr. Dies gilt auch über die Kantonsgrenze hinaus: der Wohnkanton Waadt vergütet seinen Kostenanteil bei der Behandlung in Genfer Privatspitälern nur solange die Genfer Fallkontingente nicht ausgeschöpft sind (Cosandey et al. 2018, Lobsiger & Frey 2019).
- *Bedarf an patientengerechter Kommunikation von Spitalkennzahlen zur Qualität:* Verschiedene befragte Akteure kritisierten die nach wie vor nicht patientengerechte Aufbereitung der Qualitätskennzahlen. Die fehlende Verständlichkeit der Kennzahlen dürfte ein Grund für die bislang verhaltene Nutzung der erweiterten Spitalwahl durch die Versicherten sein (siehe Abschnitt 3.5).

⁴⁶ B,S,S. (2019) erachten es als nicht möglich, auf Grundlage von Daten die Referenztarife in den Kantonen eindeutig zuzuordnen. Grund ist, dass es pro Kanton nicht nur einen Referenztarif gibt (wie bei Cosandey dargestellt) sondern dass zum Teil Differenzierungen nach Spitaltyp und Leistungsgruppen existieren und es nicht möglich sei, die Referenztarife eindeutig den jeweils relevanten Spitaltarifen zuzuordnen (persönliche Kommunikation M. Lobsiger vom 3.12.2018).

3.4.2 Wirkungen der Massnahme

Die erweiterte Spitalwahl hat Wirkungen in der gewünschten Richtung ausgelöst:

- *Ausserkantonale Hospitalisationen zunehmend:* Zwischen 2013 und 2016 sind die interkantonalen Patientenströme jährlich um knapp 5 Prozent gestiegen (4,6%).⁴⁷ Von 2006 bis 2012 lag die jährliche Zunahme noch bei rund 3 Prozent (BFS 2018b). Im Rahmen der Evaluation wurde der Zeitraum zwischen 2010 und 2015 vertieft betrachtet. Demnach betrifft die Zunahme der interkantonalen Patientenströme sowohl Spitäler der Akutsomatik als auch der Rehabilitation und der Psychiatrie. Der Zuwachs an ausserkantonalen Hospitalisationen fand vorwiegend bei planbaren medizinischen Behandlungen und bei Allgemeinversicherten statt (2015 wurden 11,7% der Leistungen des Basispakets in der akutstationären Grundversorgung ausserkantonale erbracht, entsprechend + 1,2 % gegenüber 2010). Im Jahr 2012 sind auffällig hohe Steigerungsraten ausserkantonaler Hospitalisationen zu beobachten, v.a. in der stationären Psychiatrie (+17,5%) und in der Akutsomatik (+ 5,3%).⁴⁸ Nach dem Jahr 2012 blieben die Zuwachsraten in etwa stabil aber höher als vor 2012. Dass der stärkere Anstieg ab 2012 auf die erweiterte Spitalwahl zurückzuführen ist, konnte empirisch nicht belegt werden. Zwischen den Kantonen gibt es grosse Unterschiede, die durch das Leistungsangebot der Kantone mitbestimmt sind. Während der Abfluss an Patientinnen und Patienten schweizweit betrachtet zunahm, ist diese Tendenz nur in 16 Kantonen zu beobachten. Die Heterogenität der Kantone ist sowohl bzgl. Veränderung über die Zeit wie auch bzgl. Ausgangs- und Endniveau bei Abflüssen und Zuströmen beträchtlich (Gruber & Lippitsch 2018b, econcept/LENZ 2018).
- *Beitrag zu stärkerem Qualitätswettbewerb:* Die erweiterte Spitalwahl hat vermutlich zu einem stärkeren Qualitätswettbewerb beigetragen. 25 Prozent der befragten Spitäler geben an, deswegen Massnahmen zur Verbesserung der Qualität ergriffen zu haben. Es handelt sich dabei vor allem um Verbesserungen der Servicequalität, Gebäude und Infrastrukturen (INFRAS und Zahnd 2018). Befragungen haben gezeigt, dass die Behandlungsqualität sowie die pflegerisch-therapeutische Qualität für Patientinnen und Patienten bei der Spitalwahl wichtiger sind als geografische Nähe (gfs.bern 2017). Inwiefern Patientinnen und Patienten bei der Spitalwahl tatsächlich die Qualität berücksichtigten, ist jedoch umstritten. Der Einfluss der Vergleichsportale auf die Spitalwahl im Vergleich zu Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten und Bekannten wird von den Spitalern als gering eingeschätzt (INFRAS und Zahnd 2018). Gemäss INFRAS und Zahnd (2019) ist die Entwicklung der qualitätsorientierten Patientenströme eher verhalten. Es wird argumentiert, dass die Spitäler hauptsächlich durch die Antizipation des Qualitätswettbewerbs zu Massnahmen motiviert wurden, unabhängig davon, wie stark die Patientinnen und Patienten die erweiterte Spitalwahl tatsächlich nutzten. Zudem spielt ein gewisser Wettbewerb, indem sich die Spitäler untereinander über Qualitätskennzahlen besser vergleichen können (INFRAS und Zahnd 2018).

Das Potenzial der erweiterten Spitalwahl ist jedoch noch nicht ausgeschöpft. Folgende Gründe werden dafür verantwortlich gemacht:

- *Zu geringe Ausrichtung der Spitalkennzahlen an den Bedürfnissen der Versicherten:* Insgesamt wird der Einfluss der erweiterten Spitalwahl auf die Zunahme der interkantonalen Patientenströme und den Qualitätswettbewerb als beschränkt interpretiert. Dafür werden zum einen die hohen Anforderungen der informierten Wahl an Versicherte verantwortlich gemacht. Besonders herausfordernd ist die Informationsasymmetrie zwischen Anbietern (Spitalern) und Nutzerinnen und Nutzern (Patientinnen und

⁴⁷ Jährliches Wachstum des Jahresdurchschnitts.

⁴⁸ Da der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisationen bei den Rehabilitationskliniken mehr als doppelt so hoch ist wie in der Akutsomatik beziehungsweise der Psychiatrie, sind die Zunahmen bei den Rehabilitationskliniken nicht statistisch signifikant.

Patienten). Die Qualitätskennzahlen sind für die Patientinnen und Patienten wenig aussagekräftig (INFRAS und Zahnd 2018) (siehe auch Abschnitt 3.5).

- *Prioritäten der Versicherten bei der Wahl:* Erfahrungen des Umfelds und zuweisende Ärztinnen und Ärzte sind wichtigere Gründe für die Spitalwahl als Indikatoren zu Kosten und Qualität. Gemäss einer repräsentativen Umfrage vertrauen 90 Prozent der Schweizer und Schweizerinnen den Empfehlungen des Arztes/der Ärztin oder des Spitals (Comparis 2017).
- *Finanzielle Hindernisse:* Wie oben ausgeführt (Abschnitt 3.4.1) können unattraktive Referenztarife dazu führen, dass Patientinnen und Patienten bei ausserkantonalen Hospitalisationen Zuzahlungen leisten müssen. Zudem kann die Komplexität der Finanzierung ausserkantonaler Hospitalisationen die Patientinnen und Patienten an der Nutzung der Wahlfreiheit hindern (B,S,S. 2019). Schliesslich kann das Fehlen finanzieller Anreize für die Patientinnen und Patienten dazu führen, dass diese die erweiterte Spitalwahl in geringerem Umfang wahrnehmen als erwünscht.

3.5 Erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Weitergabe bestimmter Daten gesetzlich festgeschrieben. Die Leistungserbringer müssen den zuständigen Bundesbehörden kostenlos Daten bekannt geben, welche benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.⁴⁹ Das Bundesamt für Statistik erhebt die Daten, das BAG veröffentlicht diese (Art. 59a KVG). Die Spitäler haben eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen, die auf einer einheitlichen Methode basieren und alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten enthalten (Art. 49 Abs. 7 KVG). Der Bundesrat ordnet in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität (Art. 49 Abs. 8 KVG). Auch diese Vergleiche sind zu veröffentlichen.

Die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität dient dazu, die Transparenz bezüglich Kosten und Leistungen der Spitäler zu erhöhen. Den Akteuren im Gesundheitswesen soll die Überwachung der Umsetzung der Revision der Spitalfinanzierung ermöglicht und die Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise der Revision erleichtert werden. Zudem wird erwartet, dass eine erhöhte Transparenz den Wettbewerb unter den Spitälern stärkt.

3.5.1 Umsetzung der Massnahme

Die Umsetzung der erweiterten Informationsbasis für Wirtschaftlichkeit und Qualität hat in verschiedenen Bereichen Fortschritte erzielt:

- *Kennzahlen zu Kosten und Finanzierung der spitalstationären Leistungserbringung verfügbar:* Es sind vermehrt diverse Spitalkennzahlen zu Kosten und Finanzierung vorhanden und öffentlich zugänglich. Auf dem Niveau der Spitäler sind vier Quellen⁵⁰,

⁴⁹ Art. 59a KVG in Kraft seit 1. Januar 2016, vorher Art. 22a KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009. Namentlich sind folgende Angaben zu machen: a. Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform; b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze; c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form; d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen; e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis; f. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59a Abs. 1 KVG).

⁵⁰ Kennzahlen der Spitäler des BAG, Benchmarking des Vereins SpitalBenchmark und des Preisüberwachers sowie die Veröffentlichung der Spitaltarife über die Plattform des Preisüberwachers.

auf anderen Aggregationsniveaus drei weitere Quellen⁵¹ vorliegend. Die Nachvollziehbarkeit bei Kennzahlen ist durch entsprechende Methodenberichte gegeben (B,S,S. 2019).

- *Kennzahlen zu Qualität der spitalstationären Leistungserbringung verfügbar:* Es sind auch einige Kennzahlen zur Qualität der spitalstationären Leistungserbringung vorhanden und öffentlich zugänglich. Das BAG veröffentlicht aufgrund der Revision seit 2009 jährlich medizinische Qualitätsindikatoren pro Spital in der Akutsomatik (CH-IQI Qualitätsindikatoren).⁵² Der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) konzipiert, erhebt und publiziert Qualitätsindikatoren.⁵³ Er führt zudem jährlich Patientenbefragungen in Spitälern der Akutsomatik (seit 2009), der Psychiatrie (seit 2012) und der Rehabilitation (seit 2012) durch. Von den Qualitätsindikatoren werden teilweise direkt Verbesserungsmassnahmen für die Akutspitäler abgeleitet (INFRAS und Zahnd 2018).

Die Umsetzung der erweiterten Informationsbasis für Wirtschaftlichkeit und Qualität unterliegt aber nach wie vor Einschränkungen:

- *Kennzahlen zur Tariffindung nur bedingt vergleichbar:* Die Vergleichbarkeit der Kennzahlen zur Tariffindung ist eingeschränkt, da unterschiedliche Datengrundlagen und Berechnungsmethoden angewendet werden (B,S,S. 2019).
- *Datenbasis zu den GWL unzureichend:* Im Rahmen der öffentlichen Statistik werden nur unzureichende Daten für die Schätzung der von den Spitälern erhaltenen Beiträge für GWL zur Verfügung gestellt (Pellegrini & Roth 2018, Von Stokar et al. 2016, Müller et al. 2019). Das Obsan hat wegen der unzureichenden Datenlage die GWL nicht quantifiziert. Die Ergebnisse zweier Studien der Begleitforschung (Felder et al. 2017, Cosandey et al. 2018), welche solche Berechnungen vorgenommen haben, sind umstritten, da sie auf Daten der öffentlichen Statistik basieren (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019). Müller et al. (2019) stellen umfangreiche Daten bereit. Aufgrund des unvollständigen Rücklaufs aus den durchgeführten Befragungen kann die Studie jedoch auch keine vollständige Transparenz herstellen.
- *Datenbasis zur Ergebnisqualität lückenhaft:* Es fehlen aus Sicht verschiedener Akteure Messungen und Indikatoren der Ergebnisqualität. Beispiele sind fehlende Messungen zur Patientensicherheit und zur Medikationssicherheit sowie patientenbezogene Indikatoren der Ergebnisqualität, wie sie auf internationaler Ebene zunehmend in den Fokus kommen (z.B. Patient Reported Experience Measures PREMs und Patient Reported Outcome Measures PROMs; OECD 2017b). Darüber hinaus ist die Datenlage insbesondere im ambulanten Bereich sehr lückenhaft, so dass die Qualität entlang der Behandlungspfade beziehungsweise nach der Entlassung aus dem Spital nicht verfolgt werden kann (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Datenbasis für gesamtschweizerische Betriebsvergleiche unzureichend:* Vom Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen angeordnete gesamtschweizerische Betriebsvergleiche zu den Kosten und medizinischer Ergebnisqualität (gemäss Art. 49 Abs. 8 KVG) sind noch nicht vorhanden (B,S,S. 2019). Mehrere befragte Akteure betonen methodische Schwierigkeiten bei Vergleichen von Indikatoren zur Ergebnisqualität. Die methodischen Herausforderungen betreffen insbesondere die Risikoadjustierung

⁵¹ Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS), Monitoring Obsan zu Kosten und Finanzierung der Spitäler, H+ Spital- und Klinikmonitor.

⁵² Zu den CH-IQI Qualitätsindikatoren zählen Fallzahlen, Mortalitätszahlen, Anteilswerte bestimmter Behandlungsarten z.B. Kaiserschnitt, Aufenthaltsdauern. Gemäss Art. 31 KVV, in Kraft seit 1. August 2016.

⁵³ Prävalenzen Sturz, Dekubitus; Re-Hospitalisierungen, Re-Operationen, Postoperative Wundinfektionen, Implantat-Register.

von Indikatoren wie der Mortalität in Spitälern (INFRAS und Zahnd 2018). Eine Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten durch den Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen ist für das Jahr 2020 (Datenjahr 2018) vorgesehen.

- *Bedarf an patientengerechter Kommunikation von Spitalkennzahlen zur Qualität:* Verschiedene befragte Akteure kritisierten die nach wie vor nicht patientengerechte Aufbereitung der Qualitätskennzahlen. Diese Einschätzung wird durch die nationale und die internationale Literatur bestätigt (PUE 2016b, Britnell et al. 2016). Der Vergleich mit 32 anderen Gesundheitssystemen zeigte zudem, dass die Schweiz insbesondere bei der Verfügbarkeit und der Aktualität von Gesundheitsdaten Nachholbedarf hat (Britnell et al. 2016). Die fehlende Verständlichkeit der Kennzahlen dürfte ein Grund für die bislang verhaltene Nutzung der erweiterten Spitalwahl durch die Versicherten sein.

3.5.2 Wirkungen der Massnahme

Die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität hat Wirkungen in der gewünschten Richtung ausgelöst:

- *Transparenz der Kosten und der Qualität erhöht:* Die Transparenz im stationären Spitalbereich wurde erhöht. Primär geschah dies durch eine breitere Verfügbarkeit von Kennzahlen sowie durch die Verbesserung der Datenqualität. Die Spitäler führen heute eine auf einheitlichen Vorgaben basierende Kosten- und Leistungsrechnung. Darauf basierend stehen den Akteuren des Gesundheitswesens Statistiken und Kennzahlen zu Kosten und Leistungen zur Verfügung. Im Zusammenspiel mit den anderen Massnahmen wurde dadurch der Druck auf die Spitäler zur effizienten Erbringung qualitativ hochstehender Leistungen erhöht.
- *Nutzung der Kennzahlen durch Spitäler zur Verbesserung der Qualität:* Die Ergebnisse von Qualitätsmessungen finden laut Aussagen der befragten Spitäler und Stakeholder Beachtung bei den Spitälern und den Leistungserbringern. Gemäss dem Verband Schweizer Spitäler und Kliniken H+ vergleichen die Spitäler ihre Qualitätsindikatoren aktiv mit ihren Erwartungs- und mit Vorjahreswerten. Zudem messen sie sich mit ähnlichen Institutionen. Beachtung finden vor allem die Veröffentlichungen von BAG und ANQ. Einzelne befragte Akteure stellen seit der Gesetzesrevision einen Kulturwandel bezüglich Spitalvergleiche fest. Die Spitäler haben teilweise kontinuierliche Verbesserungsprozesse eingeführt. Wertvolle Impulse kommen auch von der Initiative Qualitätsmedizin, die aufgrund von Analysen der Qualitätsindikatoren systematische Fallbesprechungen (Peer Reviews) durchführt. Das System der Peer Reviews wurde von verschiedenen Akteuren aufgenommen. So fördert zum Beispiel die Allianz Peer Review (H+, FMH, Swiss Nurse Leaders) Peer Reviews in verschiedenen Bereichen, neuerdings auch in der Psychiatrie (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Wettbewerb der Spitäler etwas verstärkt:* Da heute mehr Qualitätskennzahlen verfügbar sind, haben die Spitäler auch mehr Vergleichsmöglichkeiten untereinander, was ebenfalls zum Qualitätswettbewerb beigetragen haben mag. 15 Prozent der Spitäler gaben in einer Befragung an, dass sie deswegen nach 2012 Qualitätsmassnahmen ergriffen haben. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die vermehrte Verfügbarkeit von Qualitätskennzahlen nur teilweise als direkte Folge der Revision des KVG betrachtet werden kann. Generell gibt es seit Jahren, unabhängig von der Gesetzesrevision, eine erhöhte Dynamik im Themenbereich Qualität in Form von Aktivitäten bei den Leistungserbringern, weiteren Qualitätsmessungen (z.B. medizinische Register) und der Errichtung von Internet-Portalen für die Spitalsuche und den Spitalvergleich. Aufgrund des «Nationalen Qualitätsvertrags» wurden seit 2011 die Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

etabliert, wozu die KVG-Revision einen Beitrag geleistet hat.⁵⁴ Darin haben sich alle Spitäler und Kliniken in den Fachbereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie verpflichtet, an den ANQ-Messungen teilzunehmen. Der ANQ hat betreffend den Messungen gemeinsam mit den Partnern einen national verbindlichen Messplan mit entsprechend fachbereichsspezifischen Ergebnisqualitätsindikatoren erarbeitet (INFRAS und Zahnd 2018).

- *Keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen:* Allerdings gilt es bei der Weiterentwicklung der Informationsbasis auch mögliche unerwünschte Wirkungen im Auge zu behalten. So kann die Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen Spitäler motivieren, Patientinnen und Patienten mit komplizierten Erkrankungen zu meiden (Patientenselektion). Auch können Anreize entstehen, Patientinnen und Patienten zu früh zu entlassen oder zu verlegen (blutige Entlassungen), um die Statistik zu verbessern. Es kann jedoch festgestellt werden, dass die durchgeführten Evaluationen keine Hinweise auf eine Patientenselektion oder eine andere unerwünschte Wirkung der erweiterten Informationsbasis enthalten. Allerdings ist die Datenlage begrenzt (INFRAS und Zahnd 2018).

Trotz der geschilderten positiven Entwicklung gibt es im Hinblick auf die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität noch erhebliches Verbesserungspotential:

- *Transparenz im Hinblick auf gesamtschweizerische Betriebsvergleiche optimierbar:* Es besteht Bedarf an einer stärkeren Harmonisierung und Aufbereitung der bestehenden Kennzahlen sowie dem Schliessen relevanter Lücken. Diese bestehen insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität (siehe Abschnitt 3.5.1).
- *Transparenz der Kosten optimierbar (GWL):* Wie erwähnt, weist die Transparenz noch Lücken auf. Dies betrifft insbesondere die Bereiche GWL und Spitalinvestitionen (siehe Abschnitt 3.5.1).
- *Transparenz der Qualität für Versicherte gering (Spitalkennzahlen):* Wie erwähnt sind die verfügbaren Spitalkennzahlen zur Qualität nicht genügend patientengerecht aufbereitet und werden vermutlich auch deshalb wenig genutzt (siehe Abschnitt 3.5.1).

3.6 Zusammenfassung von Umsetzung und Wirkungen der Massnahmen

In diesem Abschnitt werden die vorgängig pro Massnahme beschriebenen Erkenntnisse in einer Übersicht über alle Massnahmen dargestellt. Dabei wird zwischen Umsetzung und Wirkungen der Massnahmen unterschieden.

3.6.1 Umsetzung der Massnahmen

Insgesamt erfolgt die Umsetzung der Massnahmen der Revision in Richtung der Erwartungen des Gesetzgebers. Die dual-fixe Leistungsfinanzierung ist am stärksten erwartungsgemäss umgesetzt. Die Umsetzung der leistungsbezogenen Pauschalen und der erweiterten Informationsbasis ist am wenigsten weit vorangeschritten. Optimierungsmöglichkeiten bestehen vor allem bezüglich der Schaffung einer einheitlichen Datenbasis für Vergleiche und der Vereinheitlichung der heterogenen kantonalen Umsetzung.

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht über die zentralen Erkenntnisse der Evaluation bezüglich Umsetzung der einzelnen Massnahmen.

⁵⁴ Der Nationale Qualitätsvertrag vom 18. Mai 2011 wurde von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) mit den Versicherern (santésuisse, MTK, IV, SUVA) und dem Verband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (H+) abgeschlossen.

Tabelle 4: Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung

Massnahme	Umsetzung wie erwartet?	Umsetzung optimierbar?
Dual-fixe Leistungsfinanzierung (Umsetzung seit 1.1.2012, Übergangsfrist für einige Kantone bis 31.12.2016)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Umsetzung gemäss Erwartungen Stabilisierung der Finanzierungsanteile Kantone und OKP (min. 55% vs. max. 45%)	
Leistungsbezogene Pauschalen (Umsetzung seit 1.1.2012)	<input checked="" type="checkbox"/> Umsetzung teilweise erfolgt - Schweizweit einheitliche Tarifstruktur in der Akutsomatik (SwissDRG) seit 2012, seit 2018 in der Psychiatrie (TARPSY) - Tarifstruktur SwissDRG grundsätzlich für Vergleiche von Betrieben geeignet - Einschluss der Anlagenutzungskosten in Pauschalen, kaum noch Defizitdeckungen - Berücksichtigung Kriterium Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung und Festsetzung der Basistarife	Optimierungsbereiche - Umsetzung ST Reha in der Rehabilitation (für 2022 geplant) - Heterogene Praxis der Spitalvergleiche - Mögliche Verzerrungen von Betriebsvergleichen angesichts möglicher Querfinanzierungen stationärer Spitalleistungen durch die Kantone (Vorhalteleistungen für den Notfall, vergünstigende Konditionen für Anlagenutzungskosten, eventuell weitere) - Heterogene Praxis der kantonalen Genehmigung und Festsetzung der Basistarife - Tariffindung teilweise erschwert, Gegenstand von juristischen Verfahren
Spitalplanung und Leistungsaufträge (Umsetzung seit 1.1.2009, Berücksichtigung der Planungskriterien zwingend seit 1.1.2015)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Umsetzung gesetzeskonform - Nachvollziehbare Bedarfsermittlung - Berücksichtigung der Planungskriterien des Bundesrats - Erstellung von Spitallisten und Vergabe von Leistungsaufträgen - Gesetzeskonforme interkantonale Koordination	Optimierungsbereiche - Unterschiedliche kantonale Umsetzung der Planungskriterien u.a. wegen eingeschränkter Datenqualität - Keine umfassenden Betriebsvergleiche - Gleichbehandlung der Spitäler - Interkantonale Kooperation gering
Erweiterte Spitalwahl (Umsetzung ab 1.1.2012)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Umsetzung gesetzeskonform - Keine Hinweise auch Nichterfüllung der Aufnahmepflicht durch die Spitäler* - Kaum kantonale Auflagen in Bezug auf ausserkantonale stationäre Behandlungen, die über GDK-Empfehlungen hinausgehen	Optimierungsbereiche - Teilweise unattraktive Referenztarife - Punktuell Fallkontingente für private Spitäler - Bedarf an patientengerechter Kommunikation von Spitalkennzahlen zur Qualität
Erweiterte Informationsbasis (Umsetzung ab 1.1.2009)	<input checked="" type="checkbox"/> Umsetzung teilweise erfolgt - Kennzahlen zu Kosten und Finanzierung der spitalstationären Leistungserbringung verfügbar	Optimierungsbereiche - Kennzahlen zur Tariffindung nur bedingt vergleichbar

Massnahme	Umsetzung wie erwartet?	Umsetzung optimierbar?
	<ul style="list-style-type: none"> - Kennzahlen zu Qualität der spitalstationären Leistungserbringung verfügbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Datenbasis zu den GWL unzureichend - Datenbasis zur Ergebnisqualität lückenhaft - Datenbasis für gesamtschweizerische Betriebsvergleiche unzureichend - Bedarf an patientengerechter Kommunikation von Spitalkennzahlen zur Qualität

Quelle: eigene Darstellung.

Legende: * Datenlage begrenzt. : Umsetzung am stärksten fortgeschritten, : Umsetzung am wenigsten fortgeschritten.

3.6.2 Wirkungen der Massnahmen

Die beobachteten Wirkungen der Massnahmen der Revision entsprechen grundsätzlich der erwarteten Richtung, haben aber das erwünschte Ausmass bislang nicht erreicht. Die dual-fixe Leistungsfinanzierung hat die Erwartungen erfüllt. Im Bereich der Akutsomatik entsprechen die Wirkungen der leistungsbezogenen Pauschalen mehrheitlich den Erwartungen des Gesetzgebers. Unerwünschte Auswirkungen auf die Qualität sind nicht systematisch nachzuweisen, jedoch auch nicht ganz auszuschliessen. Bei den anderen Massnahmen zeichnet sich die erwartete Wirkungsentfaltung ab, ist jedoch weniger ausgeprägt. Eine Schwachstelle ist weiterhin eine ungenügende Transparenz. Die nachfolgende Tabelle 5 fasst die zentralen Erkenntnisse der Evaluation bezüglich der Wirkungen der Massnahmen und von Optimierungsmöglichkeiten zusammen.

Tabelle 5: Wirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Massnahme	Erwünschte Wirkungen erreicht, unerwünschte Wirkungen nicht aufgetreten?	Erwünschte Wirkungen nicht erreicht, unerwünschte Wirkungen aufgetreten?
Dual-fixe Leistungsfinanzierung (Umsetzung seit 1.1.2012, Übergangsfrist für einige Kantone bis 31.12.2016)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Wirkungen gemäss Erwartungen <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz der Finanzierung erhöht - Finanzierungsanteil der OKP stabilisiert - Zusatzversicherungen entlastet 	
Leistungsbezogene Pauschalen (Umsetzung SwissDRG/Akutsomatik seit 1.1.2012)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Wirkungen mehrheitlich gemäss Erwartungen <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz der Leistungen und Kosten erhöht (Datenqualität, -verfügbarkeit, -nutzung) - Wettbewerb und Effizienz der Akutspitäler verstärkt - Beitrag zu Leistungsverlagerungen aus Akutsomatik in nachsorgenden Bereich - Beitrag zur Kostendämpfung im stationären Spitalbereich - Keine Hinweise auf unerwünschte effizienzmindernde Reaktionen der Spitä- 	Optimierungsbereiche <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz in Bezug auf die Kosten und die Spitalvergleiche - Nachhaltigkeit der Dämpfung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich unklar - Keine Kostendämpfung über den stationären Spitalbereich hinaus - Hinweise auf Zunahme der Arbeitsbelastung beim Personal - Qualitätsmängel an den Schnittstellen kommen mehr zum Tragen - Rehospitalisierungen in Akutsomatik haben seit 2009 zugenommen

Massnahme	Erwünschte Wirkungen erreicht, unerwünschte Wirkungen nicht aufgetreten?	Erwünschte Wirkungen nicht erreicht, unerwünschte Wirkungen aufgetreten?
	<p>ler (Höherkodierungen, Rationierungen, Mengenausweitungen)*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein Personalabbau - Einige Indikatoren für Ergebnisqualität stabil oder verbessert - Keine Hinweise auf Verschlechterung des Zugangs zur Versorgung 	<p>(Zusammenhang mit SwissDRG unklar)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiterhin bestehende Qualitätsunterschiede zwischen den Spitälern oder der Schweiz sowie dem Ausland
<p>Spitalplanung und Leistungsaufträge (Umsetzung seit 1.1.2009, Berücksichtigung der Planungskriterien bis spätestens 31.12.2014)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Wirkungen in erwartete Richtung, Potenzial nicht ausgeschöpft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wettbewerbliche Rahmenbedingungen verbessert - Transparenz der Kosten erhöht (Datenverfügbarkeit) - Beitrag zur Kostendämpfung im stationären Spitalbereich - Finanzieller Druck und Qualitätsdruck auf die Spitäler verstärkt - Konzentration des Angebots bei hochspezialisierten Leistungen - Versorgungssicherheit gewährleistet (keine Unterversorgung) 	<p>Optimierungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wettbewerbsverzerrungen möglich - Geringe Nutzung der Kennzahlen für Qualitätsvergleiche durch die Kantone - Einfluss auf Qualitätswettbewerb optimierbar - Kaum Konzentration des Angebots in der Spitallandschaft auf aggregierter Ebene (Übersorgung)
<p>Erweiterte Spitalwahl (Umsetzung seit 1.1.2012)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Wirkungen in erwartete Richtung, Potenzial nicht ausgeschöpft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausserkantonale Hospitalisationen zunehmend - Beitrag zu stärkerem Qualitätswettbewerb (Antizipationseffekt) 	<p>Optimierungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zu geringe Ausrichtung an den Bedürfnissen der Versicherten - Finanzielle Hindernisse (Referenztarife)
<p>Erweiterte Informationsbasis (Umsetzung seit 1.1.2009)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Wirkungen in erwartete Richtung, Potenzial nicht ausgeschöpft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz der Kosten und der Qualität erhöht - Nutzung der Kennzahlen durch Spitäler zur Verbesserung der Qualität - Wettbewerb der Spitäler etwas verstärkt - Keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen 	<p>Optimierungsbereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transparenz in Form gesamtschweizerischer Betriebsvergleiche - Transparenz der Kosten GWL - Transparenz zur Qualität für Versicherte (Kommunikation Spitalkennzahlen)

Quelle: eigene Darstellung.

Legende: OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung. * Datenlage begrenzt.

4 Synthese der Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung mit Fokus auf die Wirkungen im Zeitraum 2012 bis 2016 zusammengefasst und allfälliger Handlungsbedarf abgeleitet. Der Aufbau orientiert sich an den fünf Leitfragen der Evaluation (vgl. Abschnitt 1.2).

4.1 Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Kerngedanke der Revision war eine Steigerung des Wettbewerbs unter den Spitälern schweizweit, insbesondere durch verbesserte Transparenz, durch die Einführung eines Tarfsystems, das sich an effizienter Leistungserbringung ausrichtet sowie durch eine erweiterte Spitalwahl für die Versicherten. Zudem soll mittels optimierter und interkantonal koordinierter Spitalplanung Überversorgung vermieden werden. Dadurch sollen letztendlich das Kostenwachstum gebremst, die Qualität der Leistungserbringung erhalten oder verbessert und die Spitallandschaft bedarfsgerecht ausgestaltet werden, das heisst, sowohl Über- als auch Unterversorgung sollen vermieden und entsprechend der Zugang der Versicherten gewahrt werden.

4.1.1 Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems

Tabelle 6 fasst die zentralen Ergebnisse betreffend Kostenentwicklung und Finanzierung zusammen.

Tabelle 6: Auswirkungen auf die Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems

Erwünschte Wirkungen erreicht, unerwünschte Wirkungen nicht aufgetreten	Erwünschte Wirkungen nicht erreicht, unerwünschte Wirkungen aufgetreten
Das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich wurde insbesondere in der OKP bei stationären Spitalleistungen gedämpft.	Über den stationären Spitalbereich hinaus konnte keine Eindämmung des Kostenwachstums erzielt werden. ⁵⁵ Die Nachhaltigkeit der Kostendämpfung im stationären Spitalbereich ist unklar.
Das Verhältnis von Prämien- und Steuerfinanzierung stationärer Spitalleistungen wurde stabilisiert.	
Die leistungsorientierte Finanzierung von akutstationären Spitalleistungen hat zugenommen.	
Die Transparenz der Kosten und der Finanzierung stationärer Spitalleistungen hat zugenommen.	Die Transparenz der Kosten und der Finanzierung stationärer Spitalleistungen weist noch Lücken auf, insbesondere im Bereich der GWL und der Investitionen.
Der finanzielle Druck auf die Spitäler hat zugenommen und zu effizienzsteigernden Reaktionen geführt.	
Effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler aufgrund von leistungsbezogenen Pauschalen* lassen sich nicht beobachten.	

⁵⁵ Abgesehen vom Beitrag des stationären Bereichs dazu, das generelle Kostenwachstum nicht noch zu verstärken.

Erwünschte Wirkungen erreicht, unerwünschte Wirkungen nicht aufgetreten	Erwünschte Wirkungen nicht erreicht, unerwünschte Wirkungen aufgetreten
Die steigenden Fallzahlen in den Spitälern der Akutsomatik lassen sich nicht auf unerwünschte Mengenausweitungen aufgrund von leistungsbezogenen Pauschalen* zurückführen.	
Leistungsverlagerungen aus den Spitälern der Akutsomatik in den nachsorgenden Bereich finden vermehrt statt, aber die Kostenfolgen sind unklar.	

Quelle: eigene Darstellung basierend auf B,S,S. 2019.

Legende: * Leistungsbezogene Pauschalen beziehen sich im Beurteilungszeitraum 2012–2016 auf die Akutsomatik (SwissDRG).

Aus der Tabelle 6 lassen sich vornehmlich folgende positiven Effekte der Revision auf die Kostenentwicklung und Finanzierung im stationären Spitalbereich ablesen:

Das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich wurde insbesondere in der OKP bei stationären Spitalleistungen gedämpft.

Die Revision hat sich positiv auf die Kostenentwicklung der stationären Spitalleistungen und im stationären Spitalbereich ausgewirkt (siehe auch Abschnitt 4.3.1):

- Nach 2012 hat sich das Wachstum der *Produktionskosten* für die Erbringung von stationären Spitalleistungen nach einem starken Anstieg im Jahr 2012 (4,6%) von Jahr zu Jahr abgeschwächt. Das durchschnittliche jährliche Wachstum im Zeitraum 2013–2016 belief sich auf 2,9 Prozent. Das entspricht dem Niveau von 2011 (2,8%), dem einzig verfügbaren Datenpunkt vor 2012 für einen Vergleich.⁵⁶ Der Anstieg im Jahr 2012 wird vor allem durch den Einbezug von Anlagenutzungskosten in die Fallpauschalen und den Antizipationseffekt der Revision⁵⁷ erklärt. Die Dämpfung des Wachstums resultiert aus dem gebremsten Wachstum der Kosten pro Fall (zwischen 2013 und 2016 rund 1% gegenüber 1,8% im Jahr 2011) (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019).
- Für die *OKP-Ausgaben* für stationäre Spitalleistungen ist die Entwicklung noch akzentuierter. Im Zeitraum von 2013 bis 2016 haben sich diese moderater entwickelt als zwischen 2006 und 2011 (1,5% durchschnittliches jährliches Wachstum gegenüber 3,2%) (Pellegrini & Roth 2018). Die zeitlich verzögerte Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf mindestens 55 Prozent ist dafür mitverantwortlich. Aber auch unter Berücksichtigung dieses Effekts fällt das Wachstum der OKP-Ausgaben Spital stationär nach 2012 immer noch schwächer aus, wenn auch nicht mehr so deutlich (2,4%).⁵⁸ Zudem wurde die OKP ab 2012 durch die anteilmässige Abgeltung der Anlagenutzungskosten stärker belastet (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019).
- Die *Ausgaben der Kantone* im gesamten stationären Spitalbereich (inkl. GWL und kantonale Investitionen, Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) weisen ebenfalls ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum im Zeitraum 2012–2016 (0,6%) im Vergleich zum Zeitraum 2006 bis 2011 (3,8%) auf, trotz des in diesen Jahren durchschnittlich gestiegenen Finanzierungsanteils. Die Aussagekraft des Indikators ist allerdings in zweierlei Hinsicht erheblich eingeschränkt. Erstens ist durch die fehlende Abgrenzung der Ausgaben für GWL keine Aussage nur für den KVG-pflichtigen Bereich möglich. Zweitens kann die Entlastung der Kantone durch die Beteiligung der OKP an den

⁵⁶ Die Analyse basiert auf dem erst 2010 in die Krankenhausstatistik eingeführten Modul der Kostenträgerrechnung der Spitäler (Pellegrini & Roth 2018).

⁵⁷ Bestimmte Investitionen sind vermutlich 2011 noch vor der Gesetzesänderung erfolgt.

⁵⁸ Analyse von Daten aus dem Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung des BAG (B,S,S. 2019).

Anlagenutzungskosten aufgrund unzureichender Daten nicht beziffert werden. Deshalb ist ein Vergleich der Ausgabenentwicklung vor und nach 2012 nur eingeschränkt möglich (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019).

- Das Wachstum der *Ausgaben aller Finanzierungsträger* (d.h. OKP, Kantone, Zusatzversicherungen, übrige Sozialversicherungen, Out-of-Pocket) für den stationären Spitalbereich hat sich ebenfalls abgeschwächt (3,0% im Zeitraum 2013–2016 gegenüber 6,6% im Jahr 2011). Es fällt damit im Vergleich zu anderen Leistungsarten (z.B. spitalambulant, ambulante Krankenpflege) im Zeitraum 2013–2016 moderater aus. Dies kann als Hinweis auf einen direkten Einfluss der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung gedeutet werden. Allerdings können auch Leistungsverlagerungen zumindest partiell für diese Entwicklung verantwortlich sein (Pellegrini & Roth 2018, B,S,S. 2019).

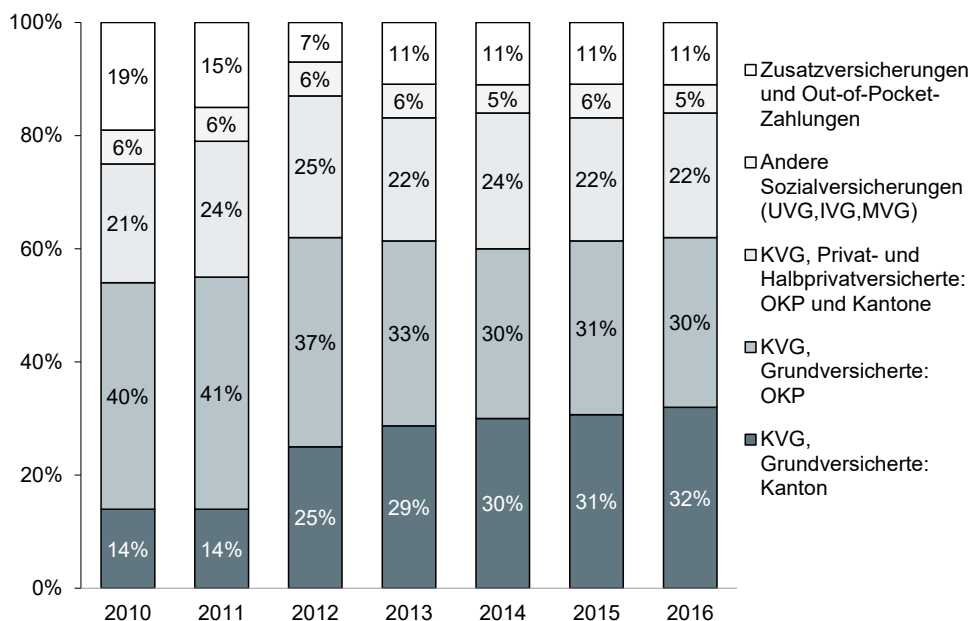
Aufgrund der Evaluationen lässt sich vermuten, dass die ab 2013 feststellbare Kostendämmung in erster Linie Folge der leistungsbezogenen Pauschalen im akutstationären Bereich, der dual-fixen Finanzierung und der Spitalplanung nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien ist.

Das Verhältnis von Prämien- und Steuerfinanzierung stationärer Spitalleistungen wurde stabilisiert.

Die KVG-Revision Spitalfinanzierung hat zu den gewollten Verschiebungen der Finanzierungsanteile der Kostenträger für stationäre Spitalleistungen geführt. 2012 wurden 53 Prozent der KVG-pflichtigen stationären Spitalausgaben durch die Prämien der OKP gedeckt, 2016 waren es 48 Prozent.⁵⁹ Diese Entlastung der OKP ist eine Folge der höheren finanziellen Beteiligung der Kantone in Form von steuerfinanzierten Beiträgen. Die Finanzierung der KVG-pflichtigen Spitalleistungen nähert sich damit dem angestrebten Verteilschlüssel von mindestens 55 Prozent zulasten der Kantone und höchstens 45 Prozent zulasten der OKP. Die Dual-fixe Leistungsfinanzierung hat damit die erwünschte Wirkung gezeigt. Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen über verschiedene Kostenträger. Im Jahr 2016 fallen rund 85 Prozent der Ausgaben in den Anwendungsbereich des KVG, getragen von den Kantonen und der OKP. Der Rest ist anderen Sozialversicherungen und den Zusatzversicherungen beziehungsweise direkt den Patientinnen und Patienten (Out-of-Pocket-Zahlungen) zuzuordnen. Über alle stationären Spitalleistungen gesehen ist zwischen 2010 und 2016 eine Kostenverschiebung von den Zusatzversicherungen hin zum KVG-Bereich zu beobachten. Der Anteil der Zusatzversicherungen (inkl. Out-of-Pocket-Zahlungen) an den Kosten der Spitalaufenthalte sank von 19 Prozent im Jahr 2011 auf 11 Prozent im Jahr 2016 (Pellegrini & Roth 2018).⁶⁰

⁵⁹ Die Frankenbeträge bzw. absoluten Ausgaben sind aufgrund der steigenden Spitalausgaben weiter gestiegen (Pellegrini & Roth 2018).

⁶⁰ Darin enthalten sind auch die Out-of-Pocket-Zahlungen. In der Krankenhausstatistik (KS) kann nicht zwischen Zusatzversicherungen und Out-of-Pocket-Zahlungen differenziert werden (Pellegrini & Roth 2018).

Abbildung 7: Finanzierungsanteile der Kostenträger für stationäre Spitalleistungen im KVG-Bereich 2010–2016

Quelle: basierend auf G3: Verteilung des Gesamtertrags im stationären Bereich (2010–2016) in Pellegrini & Roth (2018).

Die leistungsorientierte Finanzierung von akutstationären Spitalleistungen hat zugenommen.

Die finanziellen Ansprüche der Akutspitäler aus der Erbringung von KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen werden heute, wie vorgesehen, weitgehend über die leistungsbezogenen Pauschalen gedeckt (91%). Eine Defizitdeckung wird nur noch vereinzelt praktiziert. In der Psychiatrie wurden leistungsbezogene Pauschalen allerdings erst auf Anfang 2018 eingeführt, so dass im Beobachtungszeitraum bestenfalls Antizipationseffekte in der Vorbereitungsphase der neuen Tarifstruktur zum Tragen kommen. In der Rehabilitation ist der Wechsel des Vergütungssystems noch nicht vollzogen, die Einführung ist auf 2022 geplant (B,S,S. 2019).

Die Transparenz der Kosten und der Finanzierung stationärer Spitalleistungen hat zugenommen.

Die Revision hat die Transparenz der Produktionskosten der Spitäler und der allgemeinen Ausgaben verbessert. Insbesondere sind mehr Kennzahlen aus verschiedenen Datenquellen verfügbar. Die Verantwortlichkeiten der Kostenträger sind klar geregelt. Kennzahlen dazu finden sich in der öffentlichen Statistik. Die leistungsbezogenen Pauschalen im akutstationären Bereich, die Spitalplanung nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien und Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern sowie die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität sind die wichtigsten Treiber dieser Entwicklung.

Der finanzielle Druck auf die Spitäler hat zugenommen und zu effizienzsteigernden Reaktionen geführt.

Nach Aussagen der befragten Spitäler hat die Revision den finanziellen Druck auf ihre Institutionen erhöht. Es können diverse effizienzsteigernde Reaktionen beobachtet werden. Vermehrte Qualitätsanstrengungen der Spitäler lassen sich zwar schon vor 2012 beobachten. Seit 2012 haben sich diese jedoch intensiviert. Vermehrte Struktur- und Prozessoptimierungen sowie Kooperationen zwischen Spitalern sind zu beobachten. Das Schnittstellenmanagement hat sich seit 2012 ebenfalls verbessert. Dies geht einerseits auf den Druck, die Kosteneffizienz

zu erhöhen, andererseits auf die stärkere Beanspruchung der Schnittstellen aufgrund von Leistungsverlagerungen zurück (B,S,S. 2019).

Effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler aufgrund von leistungsbezogenen Pauschalen lassen sich nicht beobachten.

Es liegen keine Hinweise auf systematische effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler aufgrund der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vor. Aufgrund einer Analyse einer Auswahl von Kodierrevisionsberichten liessen sich nur bei 69 von rund 2'000 Fällen notwendige Anpassungen des Kostengewichts (d.h. der Zuordnung zu den Fallgruppen) feststellen.⁶¹ Anpassungen sind somit selten. Zudem finden sich Anpassungen in beide Richtungen (43 Fälle in ein höheres, 26 Fälle in ein tieferes Kostengewicht). Der Befund, dass effizienzmindernde Reaktionen der Spitäler aufgrund der leistungsbezogenen Pauschalen selten sind, wird auch durch Angaben der Spitäler und durch Einschätzungen der Kantone im Rahmen der Befragungen gestützt (B,S,S. 2019).

Die steigenden Fallzahlen in den Spitälern der Akutsomatik lassen sich nicht auf unerwünschte Mengenausweitungen aufgrund von leistungsbezogenen Pauschalen zurückführen.

Das langjährige Kostenwachstum im Spitalbereich wird hauptsächlich auf steigende Fallzahlen zurückgeführt (jährlich + 2,1% zwischen 2012 und 2016), da die Kosten pro Fall weitgehend stabil geblieben sind (jährlich + 0,6% zwischen 2012 und 2016). Weil die Fallpauschalen auch die Anlagenutzungskosten decken, wurde befürchtet, dass sie Anreize für medizinisch ungerechtfertigte Mengenausweitungen kreieren.⁶² Diese Überlegungen werden durch die Befragungen der Kantone und Spitäler im Rahmen der Evaluation unterstützt. So schätzt die Mehrheit der Kantone (78%) und der Spitäler (56%), dass es aufgrund der KVG-Revision zu einer Mengenausweitung gekommen ist (B,S,S. 2019). Empirisch lassen sich diese Aussagen nicht belegen. Eine Studie im Auftrag des BAG, die diese Thematik vertieft untersuchte (Widmer et al. 2017a) findet keine klaren Belege dafür, dass die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen zu einer Mengenausweitung geführt hat. Dies wird auch durch eine Untersuchung des Obsan bestätigt. Diese zeigt, dass sich das Wachstum der Fallzahlen in der Akutsomatik seit Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen nicht verstärkt hat und hauptsächlich mit demografischen Effekten zu erklären ist (Pellegrini & Roth 2018).⁶³ Aus Abbildung 8 ist ersichtlich, dass in den Spitälern der Rehabilitation und der Psychiatrie hingegen die behandelten Fälle leicht zunahmten, zusätzlich zum Anstieg aufgrund des Bevölkerungswachstums und der demografischen Alterung.⁶⁴

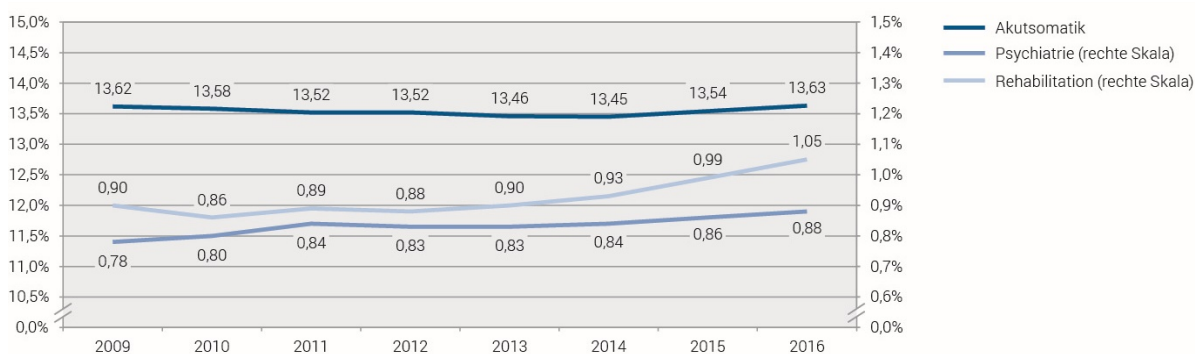
⁶¹ Die Auswahl der Berichte ist nicht repräsentativ.

⁶² Da die variablen Kosten und die Fixkosten zusammen über die Fallpauschale pro Patientenfall vergütet werden, liefert jeder zusätzliche Fall einen Beitrag zur Finanzierung der Fixkosten (Pellegrini & Roth 2018).

⁶³ Der Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Entwicklung der Fallzahlen ist gering (B,S,S. 2019).

⁶⁴ Ein Grund für die häufigeren Aufenthalte in der Rehabilitation ist die von Tuch et al. (2018) beobachtete Zunahme der Verlagerungen von der Akutsomatik in die Rehabilitation. In der Psychiatrie hingegen sind die Verlagerungen aus der Akutsomatik nicht angestiegen, wobei nicht klar ist, ob der Anstieg der Hospitalisierungsrate mit der Revision der Spitalfinanzierung zusammenhängt (Tuch et al. 2018; Pellegrini & Roth 2018).

Abbildung 8: Entwicklung der Fallzahlen in Spitälern der Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation 2009–2016



Quelle: Abbildung G2: Entwicklung der Hospitalisierungsrate in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation, nach Alter und Geschlecht standardisiert, 2009–2016 aus Pellegrini & Roth (2018).

Neben den beschriebenen positiven Wirkungen der Revision auf die Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems gilt es aber auch auf Schwächen hinzuweisen.

Über den stationären Spitalbereich hinaus konnte keine Eindämmung des Kostenwachstums erzielt werden.

Das Kostenwachstum im gesamten Spitalbereich und im gesamten Gesundheitswesen, inklusive ambulanter Versorgung, sowie in der OKP generell konnte seit 2012 nicht gebremst werden (vgl. Tabelle 6). Die Revision betrifft nur einen Teil des sehr komplexen Gesundheitssystems, nämlich den Bereich der spitalstationären Leistungserbringung. Sekundärdatenanalysen und Angaben in Interviews lassen einen Effekt der Revision in Form der Teilverlagerungen von Leistungen aus dem akutstationären Spitalbereich in nachgelagerte Bereiche vermuten. Allerdings sind hier auch andere Kontextfaktoren, insbesondere der Trend «ambulant vor stationär» wirksam. Inwiefern diese Verlagerungen Kostenwirkungen im gesamten Gesundheitswesen haben, kann gegenwärtig nicht beantwortet werden. Für eine abschliessende Beurteilung ist es noch zu früh, da die Umsetzung sämtlicher Massnahmen der Revision noch nicht komplett vollzogen ist. Leistungsbezogene Pauschalen sind noch nicht in allen drei Versorgungsbereichen etabliert und die Kantone haben erst eine Runde der neuen Spitalplanung bearbeitet. Auswirkungen auf die Spitallandschaft im Sinne eines Abbaus von Überkapazitäten sind bislang kaum feststellbar.

Die Nachhaltigkeit der Dämpfung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich ist unklar.

Die Erhöhung der Ausgaben der Akutspitäler durch den Einbezug der Anlagenutzungskosten beziehungsweise der sprunghafte Kostenanstieg vom Jahr 2011 auf das Jahr 2012 kann nur durch eine langfristige Dämpfung des jährlichen Kostenwachstums wieder ausgeglichen werden. Während 2013 bis 2015 ein reduziertes Kostenwachstum festgestellt werden konnte, zeigten sich 2016 erneut Zeichen eines Anstiegs bei den Kosten pro Fall (+ 0,7%). Derzeit kann nicht beurteilt werden, ob dieser erneute Anstieg punktuell ist oder den Beginn einer Trendwende kennzeichnet (Pellegrini & Roth 2018).

Die Transparenz der Kosten und der Finanzierung stationärer Spitalleistungen weist noch Lücken auf.

Insgesamt hat sich die Transparenz von Kosten und Finanzierung aufgrund der Revision erhöht. Allerdings gibt es noch Lücken. Eine dieser Lücken betrifft die GWL, die uneinheitlich definiert und intransparent erfasst werden. Auch aus diesem Grund sind aussagekräftige

schweizweite Betriebsvergleiche bislang nicht möglich. Auch fehlt ein nationaler Konsens hinsichtlich der Methode, nach welcher Betriebsvergleiche für die Festlegung der Basistarife durchgeführt werden sollen.

Leistungsverlagerungen aus den Spitälern der Akutsomatik in den nachsorgenden Bereich finden vermehrt statt, aber die Kostenfolgen sind unklar.

Durch die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sollten effizienz- und qualitätssteigernde Verlagerungen von stationären Spitalleistungen bewirkt werden. Die Studie von Widmer et al. (2017b) und die Analyse des Obsan zeigen auf, dass Teilverlagerungen von Leistungen der Akutsomatik in den nachsorgenden Bereich erfolgen (Tuch et al. 2018). Widmer et al. (2017b) zeigen für 2014, dass infolge der Einführung von SwissDRG Leistungen besonders in den spitalambulanten Bereich verlagert werden. Tuch et al. (2018) beschreiben für den Zeitraum 2011 bis 2016 mehr Übertritte von Patienten aus Akutspitälern in Pflegeheime und vor allem häufigere Nachbetreuung durch die ambulante Krankenpflege. Zudem wurden vermehrt Übertritte aus Spitälern der Akutsomatik in Spitäler der Rehabilitation verzeichnet. Inwiefern diese Entwicklungen mit der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung in Verbindung stehen oder durch andere Faktoren, wie z.B. die 2011 neugeordnete Pflegefinanzierung oder den Trend «ambulant vor stationär» bedingt sind, konnte anhand der verfügbaren Datengrundlagen nicht kausal überprüft werden. Wie von B,S,S. (2019) ausgeführt, erfordert die Beurteilung der Effizienz der Verlagerungen einen Vergleich der jeweiligen Kosten der Leistungserbringung im stationären Spitalbereich und im nachgelagerten Versorgungsbereich. Die entsprechenden Daten lagen für den Themenbericht jedoch nicht vor, so dass nicht beurteilt werden kann, ob es sich um erwünschte oder unerwünschte Entwicklungen handelt.

Zusammenfassend kommt die Evaluation zu folgenden Schlüssen bezüglich der Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems:

- In direkt steuerbaren Bereichen kann die Revision als grundsätzlich erfolgreich eingestuft werden: wichtige Ziele, wie zum Beispiel die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich und die Förderung des Wettbewerbs der Spitäler wurden erreicht oder es zeichnet sich deren Erreichung ab. Unerwünschte Wirkungen sind bislang weitgehend ausgeblieben.
- Dennoch wurden die Erwartungen des Gesetzgebers bisher nur teilweise erfüllt. So ist insbesondere eine umfassende Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen nicht erreicht. Die Gründe dafür liegen erstens in der Tatsache, dass sich die Revision auf den verhältnismässig engen Bereich der stationären Spitalleistungen beschränken musste. Während die Kostenentwicklung dort zwar gebremst worden ist, ist sie in den anderen Bereichen weiter vorangeschritten. Zweitens sind die Veränderungen, welche die Revision angestossen hat, zum Teil längerfristiger Natur und einzelne Anpassungen sind aufgrund von Übergangsfristen erst vor kurzem oder noch gar nicht umgesetzt. Es braucht also noch Zeit, bis eine abschliessende Beurteilung der Wirkungen möglich ist. Drittens hat die Evaluation aber auch Defizite bei der Umsetzung der Massnahmen festgestellt, auf welche weiter unten eingegangen wird (siehe Abschnitt 4.5).

4.1.2 Qualität der stationären Spitalleistungen

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über die zentralen Ergebnisse zu den beobachteten Wirkungen im Bereich der Qualitätsentwicklung in den vier Jahren nach Beginn der Umsetzung der Massnahmen (2012–2016).

Tabelle 7: Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen

Erwünschte Wirkungen erreicht, unerwünschte Wirkungen nicht aufgetreten	Erwünschte Wirkungen nicht erreicht, unerwünschte Wirkungen aufgetreten
Der Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern hat zugenommen und in bestimmten Bereichen zu höherer Prozess- und Strukturqualität geführt.	Gewisse Einbussen der Prozess- und Strukturqualität aufgrund des finanziellen Drucks können nicht ausgeschlossen werden.
Ein Personalabbau lässt sich nicht nachweisen.	
Einzelne Indikatoren betreffend die Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen haben sich leicht verbessert.	Insgesamt ist die Entwicklung der Ergebnisqualität nur verhalten.
Das Schnittstellenmanagement für die Zusammenarbeit mit dem nachsorgenden Bereich wird in den Spitälern vorangetrieben.	Bestehende Qualitätsmängel an den Schnittstellen zu nachgelagerten Leistungserbringern werden akzentuiert.
Qualitätskriterien werden in der Spitalplanung vermehrt angewandt.	Die Qualitätskennzahlen für stationäre Spitalleistungen sind lückenhaft und werden von den Akteuren wenig genutzt.
Die vermehrte Erhebung und Publikation von Qualitätskennzahlen hat die Transparenz betreffend Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen erhöht.	
Unklarer Einfluss der leistungsbezogenen Pauschalen* auf die Zunahme der Rehospitalisierungen in den Spitälern der Akutsomatik seit 2009.	

Quelle: eigene Darstellung basierend auf INFRAS und Zahnd 2018.

Legende: * Leistungsbezogene Pauschalen beziehen sich im Beurteilungszeitraum 2012 bis 2016 nur auf die Akutsomatik.

Folgende positive Wirkungen lassen sich, mindestens teilweise, der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung zuschreiben:

Der Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern hat zugenommen und in bestimmten Bereichen zu höherer Prozess- und Strukturqualität geführt.

Die Spitäler haben seit 2012 ihre Qualitätsanstrengungen verstärkt. Diese zielen vor allem auf eine Verbesserung der Strukturqualität und der Prozessqualität ab. Verbesserungen finden sich einerseits in Bereichen, die für die Patientinnen und Patienten sichtbar sind, wie zum Beispiel in der Servicequalität sowie bei Gebäuden und Infrastrukturen. Andererseits nahmen die Spitäler qualitätssteigernde Prozessoptimierungen vor (v.a. Standardisierung von Behandlungsprozessen, Organisationsprinzipien, Zertifizierungen und Fehlermanagementsysteme, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement). Nach Einschätzung der befragten Verantwortlichen von Spitälern und Kantonen hat die Revision insbesondere auch durch die Spitalplanung einen Beitrag zu Qualitätsverbesserungen geleistet. Rund ein Viertel der befragten Spitäler gibt an, wegen der revidierten Spitalplanung Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der Qualität umzusetzen. Dabei sprechen die Spitalverantwortlichen vor allem dem erhöhten finanziellen Druck (38%), der erweiterten Spitalwahl (28%), den kantonalen Qualitätsanforderungen (25%) sowie den ausgebauten Vergleichsmöglichkeiten für Spitäler (15%) einen Einfluss zu. Daneben sind nach Ansicht der befragten Spitalverantwortlichen vor allem aber auch die eigenen Ansprüche an die Qualität Grund für Qualitätsverbesserungen (über 80%).

Ein Personalabbau lässt sich nicht nachweisen.

Es wurde befürchtet, dass der finanzielle Druck, mit welchem die Revision die Spitäler konfrontiert werden, dazu führen könnte, dass Spitäler ihre Strukturen qualitätsmindernd verschlanken und Personal abbauen.⁶⁵ Tatsächlich gibt ein Drittel der befragten Spitäler (30%) an, einen grösseren Personalabbau (≥ 10 Vollzeitstellen) nach der Revision vorgenommen zu haben. Der Personalabbau geht aber weitgehend einher mit Schliessungen von Abteilungen (22% der befragten Spitäler) und einem Bettenabbau (25%) (INFRAS und Zahnd 2018). Allerdings lässt sich ein systematischer Abbau von Personal durch die Datenanalysen nicht bestätigen. So sind sowohl das Betreuungsverhältnis nach Berufsgruppe (Vollzeitäquivalente pro 1'000 Fälle und pro Pfl egetage) sowie der Skill-Mix (Anteil Vollzeitäquivalente nach Berufsgruppe) in der Akutsomatik, in der Rehabilitation und in der Psychiatrie zwischen 2010 und 2016 weitgehend stabil geblieben. Das Pflegepersonal mit Abschluss auf Sekundarstufe II hat in allen stationären Versorgungsbereichen an Bedeutung gewonnen. Diese Entwicklung lässt sich primär auf die steigende Beliebtheit der Ausbildung Fachfrau/Fachmann Gesundheit zurückführen (Tuch et al. 2018).

Einzelne Indikatoren betreffend die Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen haben sich leicht verbessert.

Die öffentliche Statistik verfolgt nur wenige Indikatoren, welche Aussagen zur Entwicklung Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen zulassen. Die nachfolgende Tabelle 8 macht deutlich, dass sich diese Indikatoren im Nachgang der Revision des KVG nicht verschlechtert, sondern tendenziell eher verbessert haben. So hat beispielsweise die Anzahl der Todesfälle im Zeitraum von 30 Tagen nach einem spitalstationären Eingriff (30-Tage-Mortalität im Spital) in der Akutsomatik abgenommen. Stabil geblieben sind die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zu einzelnen weiteren Aspekten der Ergebnisqualität (z.B. postoperative Wundinfektionen, Stürze usw.). Hingegen haben die Rehospitalisierungen in der Akutsomatik seit 2009 signifikant zugenommen. Inwieweit dieser Trend auf die KVG-Revision zurückzuführen ist, lässt sich auch aufgrund weiterer Ergebnisse aus der Evaluation nicht abschliessend beurteilen.

Tabelle 8: Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität (Akutsomatik)

Indikatoren	Ergebnis Entwicklung	Beobachtungszeitraum
Indikatoren basierend auf Auswertungen des Obsan von BFS-Statistiken (Tuch et al. 2018)*		
30-Tage-Mortalitätsrate im Spital	↓ Abnehmend	2009–2016
Rehospitalisierungen (18-Tage/30-Tage)	↑ Zunehmend	2009–2016
Indikatoren basierend auf Auswertungen/Messungen des ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken)		
Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen**	↓ Abnehmend (Ausnahme 2014) ↑ Zunehmend	2010–2015 2016
Patientenzufriedenheit	Stabil	2011–2015
Postoperative Wundinfektionen bei 12 Eingriffsarten	Stabil/ ↓ Abnehmend***	2011–2015/2016
Prävalenz von Stürzen	Stabil	2011–2016
Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen)	Stabil	2011–2016

Quelle: vereinfachte Darstellung, basierend auf INFRAS und Zahnd 2018, ergänzt durch ANQ 2018.

Legende: * BFS: Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik.

⁶⁵ Auf mögliche Reaktionen der Spitäler, die sich negativ auf den Zugang zur Versorgung auswirken (Patientenselektion und Rationierung) wird unter 4.1.3 eingegangen.

** Der ANQ-Indikator basiert ebenfalls auf BFS-Statistiken, aber auf einer anderen Analyseverfahren als die Auswertungen des Obsan. Ergebnisse für das Jahr 2016 ergänzt aus ANQ 2018.

*** Seit 2011 signifikante Reduktion der Wundinfektionen bei Appendektomien, Hernien, Herzchirurgie, elektiven Hüftgelenksprothesen, Laminektomien und Magenbypassoperationen.

Das Schnittstellenmanagement für die Zusammenarbeit mit dem nachsorgenden Bereich wird in den Spitälern vorangetrieben.

Die KVG-Revision schuf durch die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen Anreize, die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten im Bereich der akutsomatischen stationären Versorgung kurz zu halten und Leistungen in den Bereich der Nachversorgung zu verschieben (vgl. Hedinger et al. 2017). Die Analysen zur Aufenthaltsdauer und die Befragung der Spitälern zeigen, dass die Akutspitäler die Patientinnen und Patienten heute gegenüber vor der Revision vermehrt und früher in die nachsorgenden Bereiche (v.a. Rehabilitation, Pflegeheime und ambulante Krankenpflege) verlegen. Dadurch werden die Schnittstellen vermehrt beansprucht. Entsprechend haben die Spitälern gemäss eigenen Angaben das Schnittstellenmanagement seit der Revision des KVG intensiviert und beispielsweise das Entlassungsmanagement optimiert (z.B. Einbezug des Case-Managements in interdisziplinäre Besprechungen bei der Visite, Verbesserung Klinikinformationssystem). In welchem Ausmass diese Entwicklung auf die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung oder auf andere Effekte zurückgeführt werden kann, zum Beispiel auf die Tendenz, Leistungen ambulant durchzuführen, kann nicht abschliessend beurteilt werden (B,S,S. 2019).

Qualitätskriterien werden in der Spitalplanung vermehrt angewandt.

Die Revision verpflichtet die Kantone, in der Spitalplanung die bundesrätlichen Kriterien zu Wirtschaftlichkeit und Qualität zu berücksichtigen. Gut die Hälfte der Kantone (13 von 20 Antworten) hat gemäss eigenen Angaben die Qualitätsanforderungen an die Spitälern zur Aufnahme auf die Spitalliste aufgrund der Revision verschärft. Insgesamt stellen 24 Kantone den Spitälern in mindestens einem Versorgungsbereich Qualitätsanforderungen.⁶⁶ Im Bereich der Akutsomatik sind die angewandten Qualitätskriterien zwischen den Kantonen besser vergleichbar als in den Bereichen der Psychiatrie und Rehabilitation, da sich die meisten Kantone im Bereich der Akutsomatik an das Vorgehen der Gesundheitsdirektion Zürich anlehnen. In allen drei Versorgungsbereichen werden am häufigsten Qualitätssicherungskonzepte, Hygienekonzepte, Fehlermanagementsysteme und die Teilnahme an Qualitätsmessungen umgesetzt (INFRAS und Zahnd 2018).⁶⁷ Die leistungsspezifischen Anforderungen betreffen am häufigsten die Qualifikation des Personals sowie die Verfügbarkeit von Infrastruktur (z.B. Notfall- und Intensivstation). In der Akutsomatik geben 24 Kantone Mindestfallzahlen vor.

Die vermehrte Erhebung und Publikation von Qualitätskennzahlen hat die Transparenz betreffend Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen erhöht.

Die Transparenz über die Qualität der stationären Spitalleistungen ist in den letzten Jahren, insbesondere in der Akutsomatik, deutlich gestiegen. Dies hängt vor allem mit der vermehrten Erhebung und Publikation von Qualitätskennzahlen zusammen. Viele Entwicklungen in diesem Bereich, wie zum Beispiel die Vergleichsplattformen im Internet, gehen zwar nicht direkt von der Revision des KVG aus. Sie können beispielsweise durch Marketing-Interessen motiviert sein. Der Auftrag zur Qualitätsmessung ist jedoch ein wichtiger Teil der Revision und der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) hat von den Tarifpartnern den Auftrag, die nationalen Qualitätsmessungen in den Fachbereichen Akutsomatik,

⁶⁶ 24 Kantone stellen 2017 im Bereich der Akutsomatik Qualitätsanforderungen (INFRAS und Zahnd 2018). Im Jahr 2016 hatten, gemäss einer Auswertung von Planungsdokumenten, neun Kantone im Bereich der Rehabilitation und zwölf Kantone im Bereich der Psychiatrie Qualitätsanforderungen gestellt (INFRAS und Zahnd 2018).

⁶⁷ Zum Beispiel Critical Incidence Reporting System (CIRS).

Psychiatrie und Rehabilitation zu koordinieren und einheitlich umzusetzen sowie national vergleichend transparent zu publizieren. Es gibt daher gute Gründe anzunehmen, dass die Revision des KVG einen Beitrag zur Verbesserung der Transparenz betreffend die Ergebnisqualität stationärer Spitalleistungen geleistet hat (INFRAS und Zahnd 2018). Rund die Hälfte der Kantone greift bei ihrer Spitalplanung auf Qualitätskennzahlen zurück und stellt Vergleiche zwischen den Spitälern an (econcept/LENZ 2018). Dafür verwenden die Kantone überwiegend einzelne oder mehrere Kennzahlen des ANQ sowie die Kennzahlen des BAG. Vereinzelt werden auch Informationen aus dem Beschwerdemanagementsystem, Fallzahlen oder weitere Informationen aus den Qualitätsberichten des Verbands der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (H+) genutzt. Gemäss H+ vergleichen die Spitäler ihre Qualitätsindikatoren aktiv mit ihren Erwartungs- und Vorjahreswerten und mit jenen ähnlicher Institutionen. Einzelne befragte Akteure stellen einen positiven Kulturwandel bezüglich der Akzeptanz von Spitalvergleichen fest (INFRAS und Zahnd 2018).

Folgende angestrebte Wirkungen wurden bislang nicht erreicht, beziehungsweise folgende negative Wirkungen können nicht ausgeschlossen werden:

Gewisse Einbussen der Prozess- und Strukturqualität aufgrund des finanziellen Drucks können nicht ausgeschlossen werden.

Rund die Hälfte der befragten Spitäler gibt in der Befragung an, seit der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung Investitionen aufgeschoben beziehungsweise reduziert zu haben. Ob dies auf Kosten der Qualität erfolgte, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Möglich ist zudem, dass die Prozessoptimierungen der Spitäler zu vermehrtem Stress beim Personal führten. Dafür gibt es Hinweise aus mehreren Studien. So haben Kleinknecht-Dolf et al. (2015) darauf hingewiesen, dass leistungsbezogenen Fallpauschalen die Belastung von Pflegefachpersonen erhöht habe, was in der Folge die Qualität der Pflege beeinträchtigen könne. Auch Studien im Auftrag der Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH) zeigen, dass der Anteil der befragten Spitalärztinnen und Spitalärzte, der angibt, meistens oder häufig Stress ausgesetzt zu sein, tendenziell angestiegen ist (Golder et al. 2015 und 2017).

Insgesamt ist die Entwicklung der Ergebnisqualität nur verhalten.

Wie wir oben festgestellt haben, haben sich einzelne Indikatoren der Ergebnisqualität positiv entwickelt. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die sinkenden Mortalitätsraten (30-Tage-Mortalität innerhalb des Spitals) auf nationaler Ebene, die sich bei den wichtigsten Krankheitsgruppen zeigen. Es fällt auf, dass bei gewissen Qualitätsindikatoren keine Fortschritte erzielt werden konnten. Es handelt sich dabei um Indikatoren, bei denen einzelne Spitäler (z.B. Herzinfarktmortalität, Patientenzufriedenheit) oder die Schweizer Spitäler insgesamt im internationalen Vergleich vergleichsweise schlecht dastehen. Dies gilt beispielsweise für Wundinfektionen im Bereich der Kolonchirurgie und nach Rektumoperationen (Kuster et al. 2016). Die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität scheinen sich somit (bisher) wenig auf die Ergebnisqualität ausgewirkt zu haben (INFRAS und Zahnd 2018).

Bestehende Qualitätsmängel an den Schnittstellen zu nachgelagerten Leistungserbringern werden akzentuiert.

Die Analysen zur Aufenthaltsdauer und die Befragung der Spitäler zeigen, dass die Spitäler die Patientinnen und Patienten heute gegenüber vor der Revision vermehrt und früher in die nachsorgenden Bereiche verlegen. Entsprechend haben die Spitäler gemäss eigenen Angaben das Schnittstellenmanagement seit der KVG-Revision intensiviert. Es gibt aber Hinweise darauf, dass diese Bemühungen nicht ausreichen. Einzelne Vertretende befragter nachsorgender Institutionen berichten von grossen Unterschieden beim Schnittstellenmanagement der Spitäler. Sie stellen bedeutende Qualitätsmängel insbesondere beim Entlassungsmanagement (z.B. Übertritte sehr kurzfristig, Überweisungsberichte und Medikamentenverordnungen

sowie Material unvollständig) fest. Aufgrund der vermehrten und früheren Verlegungen scheinen sich bereits bestehende Qualitätsmängel an den Schnittstellen zu den nachgelagerten Leistungserbringern akzentuiert zu haben.

Die Qualitätskennzahlen für stationäre Spitalleistungen sind lückenhaft und werden von den Akteuren wenig genutzt.

In den letzten Jahren wurden vermehrt Qualitätskennzahlen zu stationären Spitalleistungen veröffentlicht. Diese beziehen sich vor allem auf den Bereich der Akutsomatik, sie sind in ihrer Aussagekraft teilweise umstritten und für die Patientinnen und Patienten schwer verständlich. Die Evaluationen machen deutlich, dass diese Kennzahlen von Versicherten, Leistungserbringern, Kantonen und Versicherern insgesamt wenig genutzt werden. Defizite bestehen bei der Definition und Akzeptanz valider Indikatoren, bei der zielgruppengerechten Aufbereitung und Vermittlung der Kennzahlen sowie bei der Vollständigkeit der Daten. Die Vielfalt der Vergleichsportale im Internet kann zudem die Versicherten verwirren, zumal die Portale nicht immer neutral sind und den Spitälern auch zu Marketingzwecken dienen können (INFRAS und Zahnd 2018). Die Antworten der im Rahmen der Evaluation befragten Kantonsvertretenden zeigen, dass für Qualitätsvergleiche und für die Auswahl von Listenspitälern noch immer valide Kennzahlen zur Ergebnisqualität fehlen.

Unklarer Einfluss der leistungsbezogenen Pauschalen auf die Zunahme der Rehospitalisierungen in den Spitälern der Akutsomatik seit 2009.

In der Akutsomatik haben Rehospitalisierungen seit 2009 signifikant zugenommen. Der durchschnittliche jährliche Anstieg beträgt zwischen 1,1 und 3,3 Prozent (Tuch et al. 2018). Inwieweit dieser Trend auf die Revision des KVG zurückzuführen ist, lässt sich aufgrund der Ergebnisse der Evaluation nicht abschliessend beurteilen. Während die Rehospitalisierungen im Allgemeinen gegenüber 2011 gestiegen sind, sind die potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen zunächst gesunken.⁶⁸ Aktuelle Zahlen zeigen aber, dass sich diese Entwicklung für 2016 nicht fortsetzt. Im Vergleich zu 2015 sind die potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen gestiegen (ANQ 2018). Eine frühere Studie weist höhere Rehospitalisierungsraten in Kantonen mit leistungsbezogenen Fallpauschalen aus (Busato & von Below 2010). Hingegen bestätigt sich die Hypothese, dass gesunkene Aufenthaltsdauern zu vermehrten «Drehtüreffekten» geführt haben beziehungsweise als «blutige Entlassungen» zu werten sind, aufgrund von vertieften Datenanalysen nicht. Eher gegen einen Einfluss der leistungsbezogenen Fallpauschalen auf die vermehrten Rehospitalisierungen spricht die Tatsache, dass Spitalaufenthalte, die später zu einer Rehospitalisierung geführt haben, einen geringeren Rückgang der Aufenthaltsdauer verzeichnen als Spitalaufenthalte ohne spätere Rehospitalisierung (Tuch et al. 2018).

Zusammenfassend kommt die Evaluation zu folgenden Aussagen bezüglich der Auswirkungen der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Spitalleistungen:

- Vor allem bei der Prozess- und der Strukturqualität der stationären Spitalleistungen lassen sich nach Einführung der KVG-Revision Fortschritte erkennen.

⁶⁸ Eine Rehospitalisierung wird als potenziell vermeidbar angesehen, wenn sie zum Zeitpunkt der letzten Entlassung nicht voraussehbar war, wenn sie verursacht wird von mindestens einer Erkrankung, die bei der Entlassung schon bekannt war, und wenn sie innert 30 Tagen erfolgt. Als vorhergesehen betrachtet werden zum Beispiel Transplantationen, Entbindungen, Chemo- oder Strahlentherapien sowie mit chirurgischen Eingriffen verbundene Rehospitalisationen, die einem Untersuchungsaufenthalt folgen. Rehospitalisationen für eine neue Erkrankung, die während des letzten Aufenthaltes nicht aufgetreten war, werden als unvermeidbar eingestuft (INFRAS und Zahnd 2018).

- Eine systematische Verschlechterung der Qualität, wie teilweise vor Einführung der Revision befürchtet, wird nicht bestätigt. Deutlich wird aber auch, dass sich die Revision nicht auffallend positiv auf die Ergebnisqualität und die Qualität an den Schnittstellen zum nachsorgenden Bereich ausgewirkt hat.
- Die Transparenz der Qualität der stationären Spitalleistungen wurde insofern verbessert, als vermehrt Spitalkennzahlen zur Qualität vorliegen. Im beobachteten Zeitraum waren diese jedoch noch lückenhaft, für Versicherte schwer verständlich und werden zu wenig genutzt.
- Die Massnahmen der Revision treffen auf ein vorbereitetes Feld. Wichtige Trends in Richtung Qualitätswettbewerb haben bereits vor 2012 begonnen. Dazu gehören der generelle Qualitätstrend bei vielen Akteuren, Bewirtschaftung des Themas Qualität durch die Medien, vermehrtes öffentliches Interesse sowie autonomere und aufgeklärtere Patientinnen und Patienten.

4.1.3 Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung

Tabelle 9 zeigt eine Übersicht über die zentralen Ergebnisse betreffend die Wirkungen der Revision des KVG auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung.

Tabelle 9: Auswirkungen auf Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung

Erwünschte Wirkungen erreicht, unerwünschte Wirkungen nicht aufgetreten	Erwünschte Wirkungen nicht erreicht, unerwünschte Wirkungen aufgetreten
Die Versorgungssicherheit bleibt gut.	
In der Akutsomatik setzt sich der leichte Trend zur Konzentration des Versorgungsangebots fort.	Die Spitallandschaft insgesamt hat sich kaum verändert und es gibt keine Hinweise auf den Abbau von Überkapazitäten.
Leichte Spezialisierungstendenzen sind im Bereich der hochspezialisierten Leistungen erkennbar.	Es ist kein genereller Trend zur verstärkten Spezialisierung der Spitäler festzustellen.
Die neue Spitalplanung hat die wettbewerblichen Rahmenbedingungen gestärkt.	Die Kantone schöpfen das Potenzial zur Förderung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen nicht aus.
Unerwünschte Einschränkungen des Zugangs zur Versorgung lassen sich nicht nachweisen.	

Quelle: eigene Darstellung basierend auf econcept/LENZ 2018.

Folgende positive Wirkungen sind im Zusammenhang mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu beobachten:

Die Versorgungssicherheit bleibt gut.

Die verfügbaren Indikatoren machen deutlich, dass die Versorgungssicherheit in der Schweiz weiterhin gewährleistet ist. Der Zugang der Bevölkerung zu Spitälern mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle hat sich seit 2010 kaum verändert. Die Anzahl Spitäler mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen hat in urbanen Gebieten sogar zugenommen. In ländlichen Gebieten wurden zwar vereinzelt 24h-Notfallaufnahmen geschlossen, aber 99,7 Prozent der Bevölkerung erreichte auch 2016 eine 24h-Notfallstation innerhalb von 30 Minuten (Gruber & Lippitsch 2018a und 2018b).

In der Akutsomatik setzt sich der leichte Trend zur Konzentration des Versorgungsangebots fort.

In der Akutsomatik setzt sich nach der Revision des KVG der Trend hin zu einer leichten Konzentration von Betrieben und Standorten fort. Die Anzahl der Akutspitäler reduzierte sich im

Vergleich zum Zeitraum vor der Revision bis 2016 um rund 10 Prozent auf 171 Betriebe und 223 Standorte. Die Anzahl der Betten nahm im gleichen Zeitraum um 3 Prozent ab.⁶⁹ In der Psychiatrie und in der Rehabilitation hat die Anzahl der Spitäler zugenommen.⁷⁰ Zu beachten ist, dass sich die Effekte diverser Bewegungen (Fusionen, Schliessungen, Neugründungen und Neuausrichtungen) auf der aggregierten Ebene der Anzahl Betriebe und Standorte in etwa ausgleichen. Der leichte Trend in der Akutsomatik zur Konzentration des Versorgungsangebots wird in der Evaluation in erster Linie mit dem stärkeren finanziellen Druck aufgrund der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erklärt. Diese ansatzweise vorhandenen Entwicklungen der Spitallandschaft gehen in die von der Revision intendierte Richtung (econcept/LENZ 2018).

Leichte Spezialisierungstendenzen sind vor allem im Bereich der hochspezialisierten Leistungen erkennbar.

Für einzelne Versorgungsbereiche sind leichte Spezialisierungstendenzen erkennbar. In der Akutsomatik zeigt sich beispielsweise, dass Nebenstandorte in Zentrumsspitalverbänden ihr Leistungsangebot tendenziell konzentrieren. Die Veränderungen in der Akutsomatik zeigen sich vor allem in der hochspezialisierten Medizin (z.B. Herztransplantation, spezialisierte Viszeralchirurgie), bei Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen (z.B. Gefässchirurgie, radikale Prostataektomie, Epileptologie, Tumore am Bewegungsapparat) sowie bei anderen, sehr spezialisierten Leistungen (z.B. Neonatologie). Zugleich gewinnen Spitäler der Psychiatrie und Rehabilitation Marktanteile und der Anteil der allgemeinen Liegeklasse nimmt insbesondere in den Privatspitälern leicht zu (econcept/LENZ 2018). Die Entwicklungen in der hochspezialisierten Medizin gehen auf die von der Revision des KVG initiierte Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) zurück.⁷¹ Insgesamt zeigen sich auf Ebene der Spitaltypen bislang wenig Veränderungen der Marktanteile und Leistungsspektren der Spitäler und die Potenziale des verstärkten Wettbewerbs sind noch nicht vollständig realisiert (econcept/LENZ 2018).

Die neue Spitalplanung hat die wettbewerblichen Rahmenbedingungen gestärkt.

Die Kantonsbefragung zeigt auf, dass die im revidierten KVG vorgesehenen Massnahmen zur Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen von den Kantonen respektive den Kantonsverwaltungen weitgehend umgesetzt werden (econcept/LENZ 2018). Die Evaluation findet Hinweise dafür, dass die Änderungen der Spitalplanung den Wettbewerb zwischen Spitalern verstärkt und die stationäre Versorgung positiv beeinflusst haben. So wird die verbesserte Qualität von Spitalleistungen von den Kantonsvertretenden vor allem auf die Berücksichtigung des Planungskriteriums Qualität bei der Aufnahme von Spitalern in die Listen zurückgeführt (INFRAS und Zahnd 2018). Weiter führten die neue Spitalplanung, die verbreitete Nutzung der von der GKD empfohlenen Systematik der Spitalplanungs-Leistungsgruppen sowie der Trend zu öffentlichen und regelmässigen Vergabeverfahren der Leistungsaufträge zu besseren Rahmenbedingungen für den Wettbewerb (Widmer et al. 2016).

Unerwünschte Einschränkungen des Zugangs zur Versorgung lassen sich nicht nachweisen.

Im Vorfeld der Revision wurde befürchtet, dass der zunehmende finanzielle Druck die Spitäler veranlassen könnte, aus Kostengründen den Zugang zur Versorgung für Patientinnen und Patienten mit aufwändigen Behandlungen einzuschränken. Aus den Kantonsbefragungen ergeben sich keine Hinweise auf eine derartige Entwicklung. Weder systematische Verletzungen

⁶⁹ Gemäss «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016» gab es 2016 in Allgemeinspitälern 24'320 Betten und in Spezialkliniken einschliesslich Psychiatrie und Rehabilitation 13'739 Betten (BAG 2018d).

⁷⁰ In der Psychiatrie ist die Anzahl der Betriebe gleichgeblieben, die Anzahl der Standorte hat zugenommen.

⁷¹ Art. 39 Abs. 2bis KVG.

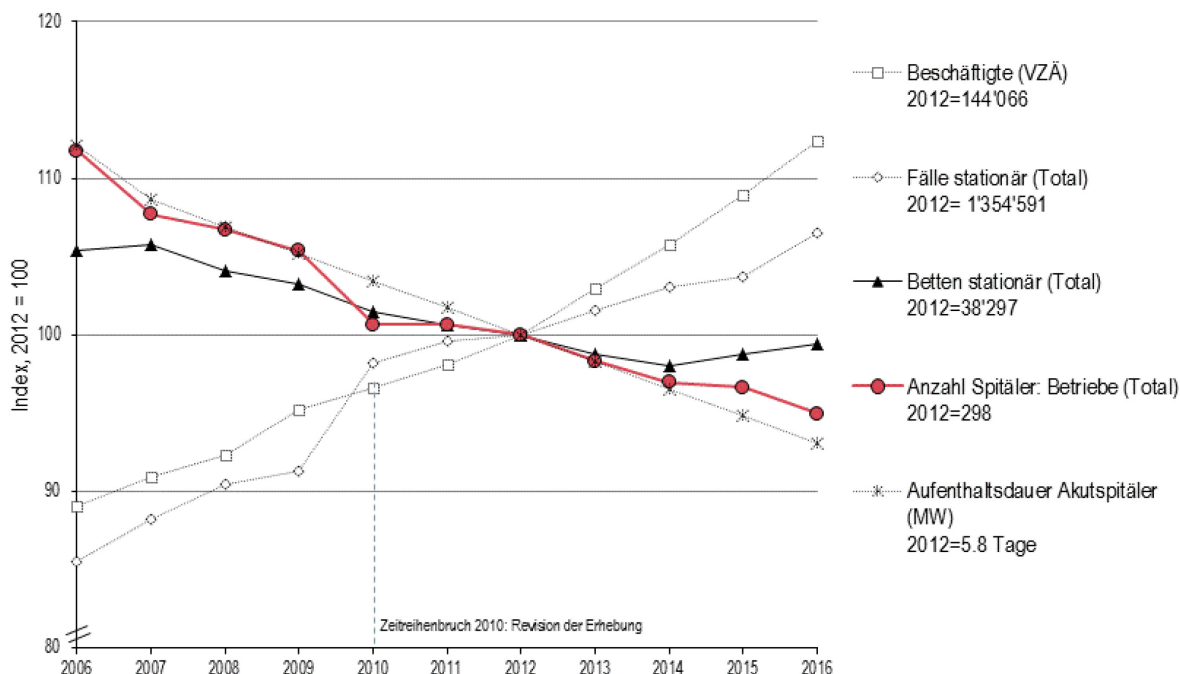
der Aufnahmepflicht der Spitäler (Patientenselektion) noch nicht angemessene Versorgung von komplexen Fällen (Rationierung) werden berichtet. Allerdings erfolgt die Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht durch die Kantone eher passiv, bei Beschwerden oder Meldungen. Das Ergebnis schliesst daher nicht aus, dass einzelne Patientinnen und Patienten davon betroffen sein können. Rationierung kann sehr subtil erfolgen, zum Beispiel über Wartelisten oder über Empfehlungen von vermeintlich besseren Behandlungsmöglichkeiten in anderen Spitätern. Eine systematische Überprüfung der Aufnahmepflicht wurde nur in wenigen Kantonen vorgenommen (econcept/LENZ 2018, B,S,S. 2019). Eine Rationierung wird von den Evaluatoren als unwahrscheinlich eingestuft. Basierend auf Expertenmeinungen wurde 2014 eine Rationierung verneint, weil differenzierte Basistarife allfällige Probleme bei der Abbildung von komplexen Fällen in der Tarifstruktur SwissDRG auffangen helfen und damit kein Anreiz zur Rationierung besteht. Da es weiterhin Tariffdifferenzierungen gibt, wird in der aktuellen Evaluation die Beurteilung aus dem Jahr 2014 übernommen (B,S,S. 2019).

Folgende angestrebte Wirkungen bezüglich Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung blieben bislang hinter den Erwartungen zurück:

Die Spitallandschaft insgesamt hat sich kaum verändert und es gibt keine Hinweise auf den Abbau von Überkapazitäten.

Seit 2006 nimmt die Anzahl der Spitalbetriebe und der Betten stetig ab. Wie Abbildung 9 zeigt, hat sich dieser Trend ohne Bruch seit 2012 fortgesetzt. Die Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat daher bislang keinen Einfluss auf die Entwicklung des Angebots von Spitätern gehabt. Die Evaluation führt dies darauf zurück, dass die Spitäler sich zunächst auf den Wettbewerb einstellen müssen (z.B. mit Investitionen) bevor die Phase der Konsolidierung und/oder Restrukturierung beginnt (econcept/LENZ 2018).

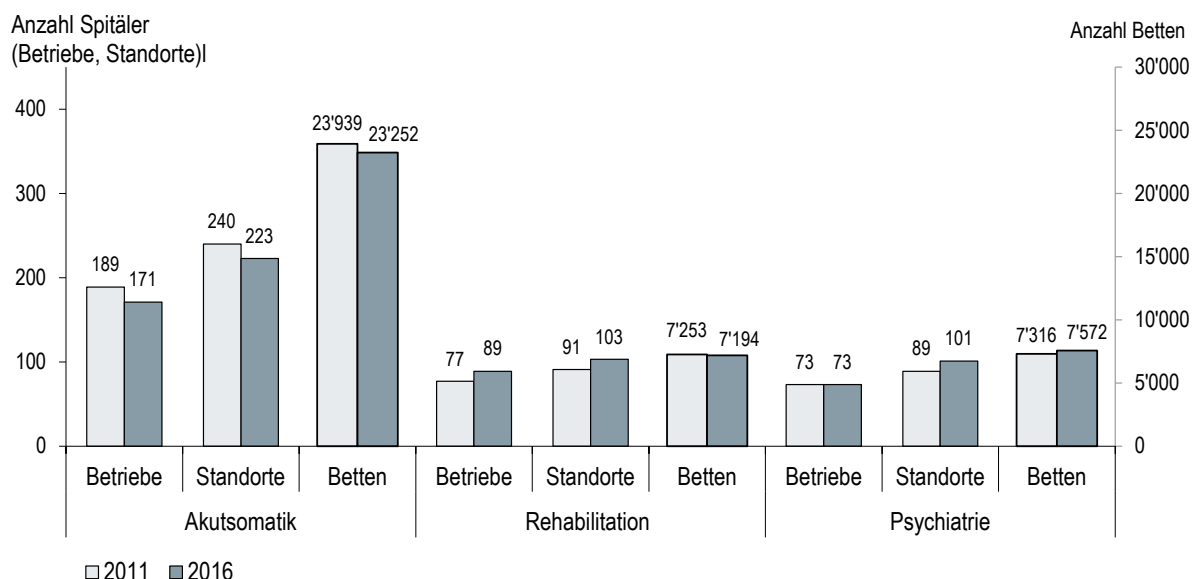
Abbildung 9: Entwicklung der Spitallandschaft 2006–2016



Quelle: BFS: Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie BAG: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012 und Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016. Im Jahr 2010 fand eine Änderung der Erhebungsmethode statt.

Im Rahmen der Evaluation wurde die Entwicklung der Spitallandschaft vertieft analysiert (econcept/LENZ 2018; Gruber & Lippitsch 2018a).⁷² Die Anzahl Spitäler, die mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandeln, blieb zwischen 2011 und 2016 stabil (+/- 2%) und die Bettenzahl hat sich insgesamt wenig verändert (- 1%).⁷³ Daher kann nicht von einem Abbau von Überkapazitäten im stationären Spitalbereich ausgegangen werden. Wie Abbildung 10 zeigt, sind aber Unterschiede in den Versorgungsbereichen festzustellen. In der Akutsomatik setzte sich der bereits vor 2011 festgestellte Trend hin zu einer leichten Konzentration von Betrieben und Standorten fort. In der Rehabilitation gibt es seit 2011 rund 15 Prozent mehr Spitäler⁷⁴ während die Bettenzahl leicht abgenommen hat (- 1%). Im Bereich Psychiatrie gibt es seit 2011 stabil 73 Betriebe. Allerdings sind diese neu an mehreren Standorten aktiv und die Bettenzahl ist zwischen 2011 und 2016 um 4 Prozent gestiegen. Die Unterschiede zwischen der Akutsomatik und den anderen Versorgungsbereichen werden mit stärkerem finanziellem Druck aufgrund der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen in der Akutsomatik 2012 erklärt. In den anderen beiden Bereichen wurden bis 2016 noch keine leistungsbezogenen Pauschalen umgesetzt. Die Zuwächse in der Rehabilitation werden mit Marktpotenzialen für wohnort- oder akutspitalnahe Rehabilitation sowie mit der Verlagerung von akutstationären Leistungen erklärt (econcept/LENZ 2018).

Abbildung 10: Spitäler der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2011 und 2016



Quelle: eigene Darstellung, basierend auf econcept/LENZ 2018 und Gruber & Lippitsch 2018a.

Es ist kein genereller Trend zur verstärkten Spezialisierung der Spitäler festzustellen.

Der erhöhte finanzielle und qualitätsorientierte Druck hat sich bislang nicht in einem Trend in Richtung verstärkter Spezialisierung der Spitäler manifestiert. Auf der aggregierten Ebene der Spitaltypen sind 2012 bis 2016 nur marginale Veränderungen der Marktanteile und Leistungsspektren zu verzeichnen. Dies gilt sowohl für die Akutsomatik als auch für die Rehabilitation und die Psychiatrie (Gruber & Lippitsch 2018a). Die Resultate decken sich weitgehend mit Ergebnissen einer Studie zu Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen (Friedl 2017, S. 9). Die Daten der Medizinischen Statistik des BFS von 2012 bis 2015 weisen zwar auf einen

⁷² Der Begriff Spitallandschaft bezieht sich auf die Zahl der Spitäler und deren Zusammensetzung gemäss spezifischen Kriterien (Econcept/LENZ 2018).

⁷³ Mit der Einschränkung auf Spitäler, die mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandeln, wurde der Fokus auf Spitäler gelegt, die effektiv Leistungen im stationären Bereich erbringen.

⁷⁴ Betriebe: + 14 %, Standorte: +13 %.

intensiven Wettbewerb der Spitäler bei geplanten Spitalaufenthalten hin. Aus den Daten lassen sich jedoch keine Hinweise auf Anpassungen des Leistungsangebots der Spitäler ableiten, welche mit der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung zusammenhängen könnten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit Ergebnissen jüngerer Studien aus Österreich (Kobel & Theurl 2013) und aus Deutschland (Fürstenberg et al. 2013), welche ebenfalls nicht bestätigen können, dass ein erhöhter finanzieller Druck zu verstärkter Spezialisierung der Spitäler führt (econcept/LENZ 2018).

Die Kantone schöpfen das Potenzial zur Förderung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen nicht aus.

Die weiterhin eher seltene Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf die Spitallisten und die nach wie vor bestehenden Überkapazitäten weisen darauf hin, dass Kantone den Wettbewerb der Spitäler stärker fördern könnten. Gründe für die diesbezügliche Zurückhaltung der Kantone werden im mangelnden politischen Willen zur Reduktion von Überkapazitäten, in regionalpolitischen Zielsetzungen sowie in möglichen Gerichtsprozessen gesehen. Allerdings ist unklar welches Mindestmass an Überkapazitäten für den Wettbewerb notwendig ist, damit Patienten/-innen und Kantone zwischen den Angeboten der verschiedenen Spitäler auswählen können (econcept/LENZ 2018).

Zusammenfassend kommen die Evaluationen zu folgenden Schlüssen bezüglich der Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung:

- Die Sicherstellung der Versorgung ist weiterhin gewährleistet.
- Der Wettbewerb zwischen den Spitälern hat sich seit der KVG-Revision 2012 verstärkt, die erhofften Auswirkungen auf die Spitallandschaft sind aber (noch) nicht festzustellen.
- Die Spitallandschaft hat sich durch die Massnahmen der Revision zwischen 2012 und 2016 auf aggregierter Ebene kaum verändert. Die angestrebte Konzentration des Angebots und der Leistungen hat sich noch kaum manifestiert. In der Akutsomatik setzt sich der bereits vor 2012 festgestellte Trend zur Konzentration des Angebots im Untersuchungszeitraum fort.
- Hauptgründe für bislang fehlende Auswirkungen auf die Spitallandschaft sind einerseits der kurze Zeitraum seit Beginn der Umsetzung und Verzögerungseffekte im Zusammenhang mit den dafür notwendigen langfristigen Investitionsentscheidungen. Andererseits werden die wettbewerblichen Rahmenbedingungen von den Kantonen zum Teil noch wenig konsequent gefördert. Zudem fehlt der Anreiz zu Veränderungen, der von einem konsequenten und informierten Patientenverhalten ausgehen könnte.

4.2 Auswirkungen auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems

Die KVG-Revision hatte Auswirkungen auf alle Hauptakteure des Gesundheitssystems. Dazu gehören sowohl Akteure der Umsetzung (v.a. Kantone, Versicherte, am Rande Versicherer) als auch Betroffene (v.a. Spitäler, Versicherte, Versicherer).

4.2.1 Auswirkungen auf die Versicherten

Insgesamt hatte die KVG-Revision verhalten positive Wirkungen für die Versicherten. So gab es in den letzten Jahren, verstärkt durch die neue Spitalplanung, Verbesserungen in für Patientinnen und Patienten wahrnehmbaren Bereichen der stationären Versorgung, wie der Servicequalität, Gebäuden und Infrastrukturen. Zudem haben die Spitäler aufgrund des zunehmenden finanziellen Drucks ihre Qualitätsanstrengungen verstärkt und Prozesse optimiert.

Dies hat sich bislang allerdings nicht messbar ausgewirkt. Empirisch lassen sich weder eine systematische Verbesserung noch eine systematische Verschlechterung der Ergebnisqualität nachweisen. Es sind aber auch keine systematischen negativen Effekte wie Rationierung oder Verletzungen der Aufnahmepflicht der Listenspitäler zu erkennen. Die Datenbasis ist jedoch begrenzt.

Trotz dieser grundsätzlich positiven Einschätzung muss auf zwei für die Versicherten relevante Schwachstellen der Entwicklung hingewiesen werden:

Es ist nicht auszuschliessen, dass es aufgrund der verkürzten Aufenthaltsdauer in der Akut-somatik zu verfrühten Entlassungen kommt. Ob sich die früheren Entlassungen negativ auf die Patientinnen und Patienten ausgewirkt haben, zum Beispiel in Form von zunehmenden Rehospitalisierungen oder schlechterer Ergebnisqualität, lässt sich nicht abschliessend beurteilen. Die empirische Datenlage ist hier unklar. Tendenziell weisen die verfügbaren Indikatoren nicht auf systematische Defizite hin. Aus Sicht der nachsorgenden Leistungserbringer gibt es aber einzelne Hinweise auf vermehrte «Drehtüreneffekte», das heisst auf rasche Rückverlegungen, nachdem die Patientinnen und Patienten aus dem Spital entlassen wurden (INFRAS und Zahnd 2018).

Die Versicherten sind insofern wichtige Umsetzungsakteure der Revision, als sie neu schweizweit zwischen Spitälern wählen können. Die Wahlmöglichkeiten werden bislang aber nur wenig in Anspruch genommen. Hauptgründe für die bislang geringe Nutzung der erweiterten Spitalwahl dürften die weiterhin ungenügende Transparenz hinsichtlich Qualität der Spitalleistungen, andere Prioritäten der Versicherten sowie finanzielle Hindernisse sein. Den Patientinnen und Patienten stehen zwar als indirekte Folge der Revision vermehrt Vergleichsplattformen zur Verfügung. Die Qualitätsindikatoren sind für Patientinnen und Patienten aber nach wie vor schwer interpretierbar. Zudem behindern relativ tief festgelegte Referenztarife ausserkantonale Hospitalisationen, weil die Patientinnen und Patienten teilweise für ausserkantonale Spitalaufenthalte einen finanziellen Beitrag leisten müssen. Schliesslich weisen Befragungen darauf hin, dass Empfehlungen aus dem Umfeld der Patientinnen und Patienten sowie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte einen stärkeren Einfluss auf die Wahl eines Spitals haben als Qualitätsindikatoren (INFRAS und Zahnd 2018).

4.2.2 Auswirkungen auf die Kantone

Mit der Revision des KVG wurden die Kantone bewusst stärker in die Verantwortung genommen, um eine Stabilisierung der Finanzierungsanteile zu erreichen. Gleichzeitig hat ihnen der Gesetzgeber für die Umsetzung einen grossen Spielraum gelassen.

Die Evaluationen machen deutlich, dass die Kantone wie gewollt einen höheren Anteil an den Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen übernehmen als vor Einführung der Revision. Dies ist vornehmlich auf die dual-fixe Leistungsfinanzierung zurückzuführen. Die Ausgaben der Kantone für den stationären Spitalbereich weisen aber im Zeitraum 2013–2016 ein tieferes durchschnittliches jährliches Wachstum auf (0,6%) als 2011 (3,8%). Dies könnte allerdings auch mit dem starken Anstieg des Kostenwachstums zwischen 2011 und 2012 zusammenhängen (vgl. Tabelle 10). Aufgrund unzureichender Datengrundlagen muss unklar bleiben, inwieweit diese Entwicklung auf einen Rückgang von Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen oder auf eine Reduktion von Investitionsbeiträgen zurückzuführen ist. Denn es kann nicht beurteilt werden, in welchem Ausmass die Kantone durch die neue Beteiligung der OKP an den Anlagenutzungskosten entlastet wurden. Zudem ist für die Beurteilung der GWL die Datenbasis ungenügend (B,S,S. 2019, Müller et al. 2019).

Insgesamt ist aufgrund der Evaluationen festzuhalten, dass die Kantone die neue Spitalplanung gesetzeskonform umsetzen. Sie haben die Spitalplanung weitgehend an die Vorgaben angepasst und bei der Versorgungsplanung im Bereich der Akut-somatik ist eine weitgehende Harmonisierung erreicht worden. Die Einhaltung der Vorgaben an die Spitäler gemäss Leistungsauftrag wird von den Kantonen oft systematisch, vereinzelt nur beim Bewilligungsverfahren oder bei Schwierigkeiten überprüft. Der Einhaltung der Aufnahmepflicht wird meistens bei

Beschwerden/Meldungen nachgegangen (econcept/LENZ 2018). Da verschiedene Konzepte (wie Wirtschaftlichkeit und Effizienz) zu Beginn der neuen Spitalfinanzierung nicht näher konkretisiert waren, gestalteten sich die Umsetzung der neuen Spitalplanung sowie die Festsetzung von Tarifen für die Kantone teilweise schwierig. Darauf weist auch die Tatsache hin, dass sich das Bundesverwaltungsgericht verschiedentlich mit Fragen der Tariffestsetzung befassen musste. Die Qualität der Datengrundlagen zur Bewertung der Tarife scheint sich jedoch seit 2012 verbessert zu haben (B,S,S. 2019).

Dennoch bleibt die Umsetzung der Revision aufgrund unterschiedlicher Interpretationen kantonal sehr heterogen. Die Kantone könnten ihre Qualitätsvorgaben im Rahmen der Leistungsaufträge aus Sicht der Evaluation noch ausbauen (INFRAS und Zahnd 2018). Defizite bestehen aus Sicht der Evaluation auch bei der Überprüfung der Qualitätsanforderungen. Nicht bekannt ist, inwieweit die Kantone Sanktionen ergreifen, wenn die Spitäler die Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Zudem wird eine überregionale Versorgungsplanung, abgesehen vom Bereich der hochspezialisierten Medizin, kaum vorangetrieben. Die interkantonale Koordination (Absprachen, Anhörungen) wurde verstärkt, die interkantonale Zusammenarbeit (Kooperation) bleibt aber bescheiden (econcept/LENZ 2018). Hauptgrund dürfte sein, dass die Kantone weiterhin eine Mehrfachrolle bezüglich Spitalversorgung innehaben mit entsprechenden Governance-Konflikten. Generell liegt der Fokus der kantonalen Spitalplanungen weiterhin eher auf dem eigenen Kanton und den öffentlich-rechtlichen Spitälern. Ein Indikator dafür ist, dass ausserkantonale Spitäler seltener auf die Spitallisten kommen als innerkantonale Spitäler (Cosandey et al. 2018).

4.2.3 Auswirkungen auf die Leistungserbringer

Die Spitäler stehen im Fokus der Wirkungsketten der Massnahmen der Revision des KVG. Am stärksten betroffen ist der Bereich der Akutsomatik, wo leistungsbezogene Fallpauschalen 2012 eingeführt wurden. Im Grossen und Ganzen entsprechen die Reaktionen der Spitäler den Erwartungen des Gesetzgebers.

Vor allem die Akutspitäler nehmen aufgrund der leistungsbezogenen Fallpauschalen einen zunehmenden finanziellen Druck wahr. Darüber hinaus hat die Spitalplanung mit den zu berücksichtigten Qualitätskriterien den Qualitätsdruck auf die Spitäler erhöht. Viele Kantone haben auch dazu beigetragen, dass sich die wettbewerblichen Rahmenbedingungen zwischen 2012 und 2015 verbessert haben, indem sie die Planung an einheitlichen Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG-Systematik) orientierten und öffentliche Vergabeverfahren durchführten. Die Spitäler reagieren auf den erhöhten finanziellen Druck im stationären Bereich mit stärkeren Qualitätsanstrengungen und verbesserter Effizienz der Leistungserbringung sowie verstärkten Kooperationen (v.a. Massnahmen zur Kostenreduktion). Unerwünschte Massnahmen zur Ertragssteigerung (wie z.B. Mengenausweitungen) sind selten festzustellen. Die Akutspitäler erfüllen ihre Aufnahmepflicht, soweit dies aufgrund der verfügbaren Daten beurteilt werden kann. Es gibt keine erhärteten Hinweise, dass die Spitäler den gestiegenen finanziellen Druck mit einem Personalabbau kompensieren. Allerdings gibt es Hinweise, dass das Personal einer höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt ist.

Das Ausmass der Reaktionen der Spitäler und die Entwicklung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen bleiben allerdings hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern ist noch nicht so ausgeprägt wie gewünscht denn eine Konzentration des Versorgungsangebots (Abbau von Kapazitäten) blieb bislang aus. Es zeigt sich zwar ein Trend zu intrakantonalen Zusammenschlüssen, meistens führen diese Entwicklungen aber nicht zu einer Reduktion von Standorten. In bestimmten Versorgungsbereichen zeichnen sich Spezialisierungstendenzen ab (Nebenstandorte, Grundversorgung, hochspezialisierte Leistungen).

Akutspitäler verlegen früher und häufiger Patientinnen und Patienten in nachgelagerte Versorgungsbereiche. Diese Entwicklung begann schon vor 2012. Sie wurde aber durch die leis-

tungsbezogenen Fallpauschalen verstärkt. Die Spitäler im Bereich Psychiatrie und Rehabilitation sowie Nachsorger ausserhalb des Spitalbereichs (z.B. ambulante Krankenpflege, Pflegeheime, Hospize) erhalten gemäss den Evaluationsergebnissen aufgrund des finanziellen Drucks in der Akutsomatik mehr und frühere Überweisungen. Gemäss Aussagen von Nachversorgern entstehen dadurch vor allem im Bereich ambulante Krankenpflege, Pflegeheime und Hospize höhere Kosten, da diese Institutionen vermehrt qualifizierteres Personal anstellen müssen. Es liegen keine Daten vor, um diese Aussage zu verifizieren. Die befragten Nachsorger berichten aber zum Teil von gravierenden Qualitätsdefiziten einzelner Spitäler im Zusammenhang mit den Übertritten (INFRAS und Zahnd 2018).

4.2.4 Auswirkungen auf die Versicherer

Aufgrund der Revision ist der Finanzierungsanteil der Versicherer bei stationären KVG-pflichtigen Spitalleistungen auf das angestrebte Niveau von 45 Prozent gesunken. Das Ausgabenwachstum für stationäre Spitalleistungen hat sich seit Einführung der Revision verringert. Das Wachstum der OKP-Ausgaben für alle Leistungsarten hingegen wurde nicht gebremst. Das Monitoring der Kosten und Finanzierung zeigt weiter auch, dass sich der Anteil der Zusatzversicherungen an den Ausgaben für stationäre Spitalleistungen verringert hat. Dies dürfte an der erweiterten Spitalwahl mit finanzieller Beteiligung des Wohnkantons an ausserkantonalen Hospitalisationen liegen. Inwiefern Ausgabenverlagerungen innerhalb der OKP stattgefunden haben, konnte im Rahmen dieser Evaluation nicht quantifiziert werden (vgl. Pellegrini & Roth 2018; B,S,S. 2019).

4.3 Beitrag zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung soll einen Beitrag zur Erreichung von zwei der drei Hauptziele des KVG leisten: nämlich zur Eindämmung des Kostenwachstums sowohl in der OKP als auch im Gesundheitssystem sowie zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung.⁷⁵ Es stellt sich die Frage, inwiefern die Revision einen Beitrag zur Erreichung dieser Ziele geleistet hat.

4.3.1 Beitrag der Revision zur Eindämmung des Kostenwachstums

Gemessen am Ausgabenwachstum wurde das Kostendämpfungsziel für den stationären Spitalbereich erreicht. Aus der Tabelle 10 lässt sich eine leichte Dämpfung des Ausgabenwachstums im stationären Spitalbereich erkennen. Es ist zu vermuten, dass die Revision einen Beitrag zu dieser Zielerreichung geleistet hat. Denn während das Ausgabenwachstum im stationären Spitalbereich zu Lasten der OKP gedämpft wurde, sind die Ausgaben in den anderen Bereichen der OKP (z.B. spitalambulante Leistungen oder ambulante Leistungen) weiter stark angestiegen. Grund dürften vor allem effizienzsteigernde Massnahmen der Spitäler sein, die mindestens teilweise mit der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden können. Die Studie von B,S,S. (2019) macht jedoch auch deutlich, dass die Aussage betreffend die Erreichung des Kostendämpfungsziels relativiert werden muss, wenn ein Vergleich zum BIP und zum Nettolohnwachstum gezogen wird.

Nicht erreicht wurden die Kostendämpfungsziele über den stationären Spitalbereich hinaus, nämlich für den Spitalbereich einschliesslich ambulanter Leistungen sowie für das gesamte Gesundheitswesen, wie die nachfolgende Tabelle 10 zeigt. Potentiell hat aber der verlangsamte Anstieg der Kosten im stationären Spitalbereich die Kostenentwicklung insgesamt etwas gedämpft.

⁷⁵ Vgl. Bundesrat 2004

Tabelle 10: Entwicklung der Indikatoren zu den Ausgaben und Kosten

Indikatoren Ausgaben/Kosten	Durchschnittliches jährliches Wachstum (%)			Entwicklung des Wachstums
	Vorperiode	2012	2013–2016	2013–2016 versus Vorperiode
Stationäre Spitalleistungen				
Produktionskosten für Erbringung stationärer Spitalleistungen	2,8% ^{a)}	4,6%	2,9%	= stabil
OKP-Ausgaben stationäre Spitalleistungen	3,2% ^{b)}	10,1%	1,5%	↓ Wachstum gebremst ⁷⁶
Stationärer Spitalbereich				
Ausgaben der Kantone (inkl. GWL, allfällige weitere kantonale Investitionen)	3,8% ^{b)}	12,1%	0,6%	↓ Wachstum gebremst
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den stationären Spitalbereich	6,6% ^{a)}	7,2%	3,0%	↓ Wachstum gebremst
Spitalbereich (ambulant und stationär)				
Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich	3,6% ^{c)}		4,0%	↑ Wachstum zugenommen
Gesundheitswesen				
Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen	3,3% ^{c)}		3,9%	↑ Wachstum zugenommen

Quelle: Vereinfachte Darstellung, basierend auf Angaben in B,S,S. 2019.
 Legende: Dargestellt ist das absolute Wachstum der Kosten/Ausgaben. Die Datenverfügbarkeit für die Vorperiode ist unterschiedlich: ^{a)} 2011, ^{b)} 2006–2011, ^{c)} 2009–2011.

Die Ergebnisse sind allerdings mit Zurückhaltung zu bewerten. Dies liegt erstens im kurzen Analysehorizont begründet. Die Entwicklung im Jahr 2012 wird separat ausgewiesen, da sich im Jahr 2012 aufgrund der Revision Schwelleneffekte bemerkbar gemacht haben, die einen Vorher-Nachher-Vergleich beeinträchtigen würden. Der initiale Anstieg der Ausgaben kann nur durch ein anschliessendes geringeres jährliches Wachstum ausgeglichen werden, wenn dieses langfristig anhält. Zweitens ist auf den Einfluss der zeitlich verzögerten Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf mindestens 55 Prozent im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist bis 2017 hinzuweisen. Diese Veränderung lässt einen kostendämpfenden Einfluss auf die OKP-Ausgaben erwarten. Drittens hatte der Einbezug der Anlagenutzungskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen in der Akutsomatik ab 2012 einen kostendämpfenden Effekt auf die Ausgaben der Kantone.

Es bleibt daher abzuwarten, wie sich die Kosten längerfristig entwickeln, wenn Effekte der Einführungsphase nachlassen und die leistungsbezogenen Pauschalen in allen Versorgungsbereichen umgesetzt sind. Zudem wird sich zeigen, ob der Kostensprung im Jahr 2011/2012 langfristig kompensiert werden kann.

4.3.2 Beitrag der Revision zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung

Die Revision des KVG hat gemäss den Ergebnissen der Evaluation den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung tendenziell leicht verbessert. Der Zugang zur Versorgung

⁷⁶ Die zeitlich verzögerte Anhebung des kantonalen Finanzierungsanteils auf mindestens 55 Prozent ist dafür mitverantwortlich. Aber auch unter Berücksichtigung dieses Effekts fällt das Wachstum der OKP-Ausgaben Spital stationär nach 2012 immer noch schwächer aus, wenn auch nicht mehr so deutlich (2,4%) (B,S,S. 2019).

ist weiter sichergestellt. Die Spitäler nehmen ihre Aufnahmepflicht wahr und die Erreichbarkeit der Spitäler (auch in Notfällen) bleibt praktisch unverändert hoch. Die Struktur- und Prozessqualität der stationären Spitalleistungen hat sich positiv entwickelt (v.a. Gebäude, Infrastruktur, Personal/Skill-Grade-Mix, Servicequalität, Qualitätsmessungen). Die Revision hat vor allem durch den erhöhten Wettbewerbsdruck einen Beitrag dazu geleistet. Der Einfluss der Spitalplanung auf diese Entwicklung ist dagegen (noch) gering. Aus den verfügbaren Indikatoren lassen sich keine Hinweise auf negative Effekte in Bezug auf die Ergebnisqualität ableiten. Im Gegenteil, es lässt sich eine verhalten positive Entwicklung erkennen. So hat beispielsweise die Anzahl der Todesfälle im Zeitraum von 30 Tagen nach einem spitalstationären Eingriff (30-Tage-Mortalität im Spital) in der Akutsomatik abgenommen. Stabil geblieben sind die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zu einzelnen weiteren Aspekten der Ergebnisqualität (z.B. postoperative Wundinfektionen, Stürze usw.). Unklar ist, wie die erhöhten Raten von Rehospitalisierungen zu bewerten sind, und die Qualität an den Schnittstellen wird von einigen Nachsorgern kritisch beurteilt.

4.4 Zweckmässigkeit der Revision

Insgesamt erscheint die Revision gemäss den Ergebnissen der Evaluation geeignet, einen Beitrag zur Eindämmung des Ausgabenwachstums in der OKP im stationären Spitalbereich zu leisten. Die Kostendämpfungsziele wurden für die Ausgaben im stationären Spitalbereich erreicht.

Die OKP-Ausgaben insgesamt (alle Leistungsarten), die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich einschliesslich ambulante Leistungserbringung und die Ausgaben aller Finanzierungsträger für das Gesundheitswesen sind weiterhin stärker gewachsen. Dies kann damit erklärt werden, dass in diesen Ausgaben andere Leistungsbereiche (bspw. ambulante Leistungen) eingeschlossen sind, die nicht (direkt) von der Revision des KVG im Bereich Spitalfinanzierung betroffen waren.

Auch aus Qualitätssicht kann die KVG-Revision als zweckmässig beurteilt werden. Die Massnahmen zur Förderung der Transparenz, der erweiterten Spitalwahl und der Spitalplanung haben dazu beigetragen, dass die Qualität der Spitalleistungen, trotz des höheren finanziellen Drucks, nicht gesunken, sondern tendenziell eher gestiegen ist. Die qualitätsorientierten Massnahmen der Revision des KVG waren zweckmässige und notwendige Elemente, damit der verstärkte Wettbewerb bei den Spitälern nicht zu Lasten der Qualität der Spitalleistungen gegangen ist. Die erweiterte Spitalwahl und die erweiterte Informationsbasis haben den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern erhöht und sie mit zu Verbesserungen der Qualität ihrer Strukturen und Prozesse veranlasst. Auch die Leistungsaufträge in der Spitalplanung bilden ein zweckmässiges Instrument, Qualität bei den Spitalleistungen einzufordern. Allerdings haben sich die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität bislang kaum auf die Ergebnisqualität ausgewirkt.

4.5 Schlussfolgerungen der Evaluation und Handlungsbedarf

Insgesamt zeigen die Massnahmen der Revision Auswirkungen in die gewünschte Richtung. Hinweise auf notwendige Gesetzesänderungen sind nicht zu erkennen. Das Wirkungspotenzial der Revision ist jedoch noch nicht voll ausgeschöpft. Dies kann zum Teil erklärt werden durch den kurzen Beobachtungszeitraum seit Beginn der Umsetzung der Revision, durch die verzögerte Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie und Rehabilitation und durch die Tatsache, dass Änderungen in der Spitallandschaft erst langfristig zu erwarten sind. Auch Kontextfaktoren, wie die heterogene Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie Governance-Konflikte der Kantone sind wichtige Elemente, welche die Wirksamkeit der Revision hemmen. Die Evaluation liefert dazu jedoch keine vertieften Er-

kenntnisse, da der Fokus der Evaluation auf dem Spitalbereich lag. Die Ergebnisse der Evaluation machen deutlich, dass die Umsetzung der Revision in folgenden Bereichen verbessert werden könnte:

1. Intensivierung der interkantonalen Kooperation in der Spitalplanung und Koordination bezüglich Qualitätskriterien
2. Wirtschaftlichkeit: Erhöhung der Transparenz durch einheitlichen Daten und Methoden
3. Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen
4. Stärkung der Position der Versicherten

Im Folgenden werden die vier Punkte zur Verbesserung der Umsetzung der Revision erläutert.

Handlungsbedarf 1 «Spitalplanung»: Intensivierung der interkantonalen Kooperation und Koordination bezüglich Qualitätskriterien

Die Zusammenarbeit der Kantone ist ein wichtiges Element in der Wirkungslogik der Revision. Die Kantone koordinieren ihre Aktivitäten gesetzeskonform im Rahmen ihres grossen gesetzlichen Spielraums. Mit der Revision wird aber letztlich nicht nur Koordination, sondern eine verstärkte interkantonale Kooperation angestrebt. Handlungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang vor allem bei der Spitalplanung:

- *Verstärkte interkantonale Kooperation und überregionale Versorgungsplanung:* Optimierungspotenzial besteht insbesondere bei der interkantonalen Kooperation. Das Gesetz regt eine stärkere interkantonale Zusammenarbeit an, schreibt diese aber nur im Bereich der Hochspezialisierten Medizin vor (IVHSM). Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Überkapazitäten für die Kantone eher eine politische als eine regulatorische Herausforderung darstellen. Die bestehende Kantonsbezogenheit der Spitalplanungen sollte überwunden werden, um Überkapazitäten zu reduzieren und Spezialisierung sowie die Qualitätsentwicklung zu fördern. Dazu wäre von den Kantonen eine Regionalisierung der Versorgungsplanung anzustreben. Eine zeitliche Harmonisierung der Spitalplanungen würde die interkantonale Koordination weiter erleichtern (econcept/LENZ 2018; B,S,S. 2019).
- *Koordination der Umsetzung von Qualitätskriterien in der Spitalplanung:* Die Auflagen der Verordnung über die Krankenversicherung zur Berücksichtigung der Qualitätskriterien in der Spitalplanung lassen den Kantonen viel Spielraum. Entsprechend kommt es unter den Kantonen im Rahmen der Spitalplanung zu erheblichen Unterschieden im Hinblick auf die Frage, ob und in welchem Umfang Qualitätskriterien berücksichtigt und eingefordert werden. Einige Kantone gaben als Grund für ihre Zurückhaltung in diesem Zusammenhang auch inhaltliche Unklarheiten bezüglich der Auswahl und Interpretation geeigneter Qualitätskriterien an. Notwendig sind deshalb eine einheitliche Definition und eine Vereinheitlichung der Anwendung von validen Qualitätsindikatoren für die Spitalplanung. Darüber hinaus sollten Überprüfungen und Sanktionierungen bei Nichterfüllung der Vorgaben durch die Spitäler vorgesehen werden. Subsidiär wären Vorgaben von einheitlichen Qualitätsstandards durch den Bund denkbar, falls die Umsetzung durch die Kantone ungenügend bleibt (INFRAS und Zahnd 2018).

Handlungsbedarf 2 «Wirtschaftlichkeit»: Erhöhung der Transparenz durch einheitliche Daten und Methoden

Als Folge der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung stehen heute mehr Kennzahlen zur Beurteilung der Kosten stationärer Spitalleistungen zur Verfügung. Auch hat sich die Datenqualität in den vergangenen Jahren verbessert. Insofern hat die Revision die Transparenz bezüglich Wirtschaftlichkeit vorgebracht. Nach wie vor bestehen jedoch Lücken, was

den Umfang, die Qualität und die zeitnahe Verfügbarkeit von Kennzahlen betrifft. Handlungsbedarf besteht insbesondere im Hinblick auf die einheitliche Operationalisierung des Kriteriums Wirtschaftlichkeit. Ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation besteht Handlungsbedarf vor allem in folgenden Punkten:

- *Einheitliche Definition und einheitliche Erfassungs- und Bewertungsmethoden von GWL:* Die Abgrenzung der Kosten für GWL dient einer besseren Vergleichbarkeit der Spitäler. Diese Form der Finanzierung geht über die leistungsorientierte Vergütung KVG-pflichtiger Leistungen hinaus, beeinflusst aber die finanzielle Situation der Spitäler und kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Für den Bund ist klar, dass KVG-pflichtige Leistungen von GWL klar zu trennen sind. Die Kantone sollten die Definition und die Erfassungs- und Bewertungsmethoden der GWL soweit als möglich vereinheitlichen und ihre Investitionsbeiträge an Spitäler transparent machen. Dies würde zu unverzerrten Betriebsvergleichen bei der Tarifbildung beitragen.
- *Vereinheitlichung der Grundlagen für Betriebsvergleiche:* Die Kantone führen für die Erstellung der Spitalisten, für die Vergabe der Leistungsverträge sowie für die Genehmigung der Tarife Betriebsvergleiche durch. Auch die Tarifpartner und der Preisüberwacher nutzen Betriebsvergleiche im Zusammenhang mit der Festlegung der Basistarife. Die angewandten Betriebsvergleiche beruhen aber auf unterschiedlichen Effizienzmassstäben und Verfahren. Kantone, Versicherer, Spitäler und der Preisüberwacher sollten dieses Vorgehen vereinheitlichen. Beispielsweise könnten sich die Kantone auf eine Methode zur Erfassung der Leistungen einigen (B,S,S. 2019).
- *Veröffentlichung schweizweiter Betriebsvergleiche:* Die Umsetzung der Aufgabe des Bundes, in Zusammenarbeit mit den Kantonen einen schweizweiten Betriebsvergleich zu den Kosten anzuordnen und diesen zu publizieren, steht noch aus (Art. 49 Abs. 8 KVG). Dies bedingt die Mitwirkung der Spitäler, Kantone und somit die Verfügbarkeit entsprechender Daten (B,S,S. 2019).
- *Harmonisierung des Vorgehens zur Festlegung der Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen:* Die Evaluation liefert Hinweise, dass zumindest einzelne Kantone unattraktive Referenztarife für die Versicherten festlegen und dadurch die erweiterte Spitalwahl einschränken. Durch eine Orientierung am tiefsten Spitaltarif eines Spitals auf der kantonalen Spitalliste für die Festsetzung der Referenztarife erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Zuzahlungen der Versicherten bei ausserkantonalen Hospitalisationen. Dadurch wird die Nutzung der erweiterten Spitalwahl behindert. Die Kantone sollten ihr Vorgehen diesbezüglich vereinheitlichen und sich alle an den Empfehlungen der GDK orientieren (B,S,S. 2019).

Handlungsbedarf 3 «Qualität»: Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen

Die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung hat dazu beigetragen, dass mehr Kennzahlen zur Qualität stationärer Spitalleistungen öffentlich zur Verfügung stehen. Die Akteure haben zudem, auch unabhängig von der Revision, ihre Bemühungen zur Verbesserung der Beurteilung der Qualität verstärkt. Nach wie vor bestehen jedoch Lücken, was das Spektrum, die Akzeptanz und die zeitnahe Verfügbarkeit von Kennzahlen angeht. Insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität mangelt es an allgemein anerkannten Indikatoren. Bezüglich des Kriteriums Qualität besteht Optimierungsbedarf hinsichtlich folgender Punkte: schweizweit gültige und akzeptierte Qualitätskriterien, systematische Durchführung von qualitätsbezogenen Betriebsvergleichen in der Spitalplanung, Überprüfung und Durchsetzung von Qualitätsvorgaben durch die Kantone und die Versicherer sowie patientengerechte Kommunikation von Qualitätsindikatoren. In erster Linie könnte auf Bundesebene, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und Kantonen, die Entwicklung akzeptierter Indikatoren, insbesondere für Ergebnisqualität vorangetrieben werden. Weiter bedarf es einer präziseren Beobachtung der Entwicklungen der Qualität spitalstationärer Leistungen einschliesslich der Übergänge in den nachsorgenden Bereich. Es ist davon auszugehen, dass die Revision ihre volle Wirkung erst

noch entfalten wird. Möglicherweise werden daher allfällige Qualitätseinbussen in Zukunft stärker zum Tragen kommen.

Handlungsbedarf 4 «Versicherte»: Stärkung der Position der Versicherten

Die Versicherten als Nachfragende von stationären Spitalleistungen nutzen die ihnen in der Wirkungslogik der Revision zugedachte Rolle bei der Spitalwahl noch wenig. Deshalb ist es wichtig, sie in ihrer Rolle als Akteure der Umsetzung der Revision stärker zu unterstützen. Insbesondere sollten die verfügbaren Informationen zur Qualität der Spitalleistungen besser den Bedürfnissen der Versicherten bzw. den Patientinnen und Patienten angepasst und die kantonalen Rahmenbedingungen für die erweiterte Spitalwahl optimiert werden:

- *patientengerechte Kommunikation von Qualitätsindikatoren*: Um die Nutzung der Wahlfreiheit weiter zu stärken, braucht es nicht nur bessere Qualitätsvergleiche der Spitäler. Auch müssen diese patientengerechter aufbereitet und kommuniziert werden. Die aktuell verfügbaren Qualitätsinformationen auf den Vergleichsportalen sind für Patientinnen und Patienten wenig verständlich. Es bedarf einer Förderung der Kommunikation auf Bundesebene, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern, Patientenorganisationen und Kantonen (INFRAS und Zahnd 2018).
- *Beseitigung von Hürden bei der erweiterten Spitalwahl*: Die im Zuge der erweiterten Spitalwahl von den Kantonen festgelegten Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen beeinträchtigen die Wahl insofern, als diese Tarife nach unterschiedlichen Kriterien festgelegt werden. Problematisch ist die Orientierung am tiefsten Spitaltarif eines Spitals auf der kantonalen Spitalliste für die Festsetzung der Referenztarife. Auf kantonomer Ebene bedarf es einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für die erweiterte Spitalwahl der Versicherten durch Vereinfachung der Verfahren und harmonisierte Festlegung der Referenztarife. Möglich wäre auch die Verstärkung von finanziellen Anreizen für Versicherte im Rahmen der erweiterten Spitalwahl. Wer sich bei gleichwertiger Qualität in einem günstigeren Spital behandeln lässt, könnte dafür finanziell belohnt werden.

4.6 Schlussfolgerungen des Bundes und weiteres Vorgehen

Ziel der Revision war eine Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich bei gleichzeitigem Erhalt des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung. Das gebremste Kostenwachstum im stationären Spitalbereich sollte auch zur Eindämmung des Wachstums der OKP-Gesamtkosten beitragen.

Das BAG schliesst sich den Schlussfolgerungen der Evaluationen an. Insgesamt zeigen die Massnahmen der Revision Auswirkungen in die gewünschte Richtung. Es gibt keine Hinweise auf notwendige Gesetzesänderungen. Das Wirkungspotenzial der Revision ist jedoch noch nicht voll ausgeschöpft.

Zu beachten ist, dass sich die Benennung des Handlungsbedarfs gemäss den Evaluationen zu weiten Teilen auf die Situation bis 2016/2017 bezieht. Beim Ableiten von notwendigen Massnahmen bezieht das BAG die zwischenzeitliche Entwicklung und die entsprechenden relevanten Aktivitäten von Bund, Kantonen, Leistungserbringern und Versicherer ein.

Tabelle 11: Übersicht über den Handlungsbedarf gemäss der Evaluation und das weitere Vorgehen in vier Bereichen

Handlungsbedarf 1 «Spitalplanung»: Intensivierung der interkantonalen Kooperation und Koordination bezüglich Qualitätskriterien

Die Kantone koordinieren ihre Aktivitäten gesetzeskonform im Rahmen ihres relativ grossen gesetzlichen Spielraums. Dennoch: Mit der Revision wird letztlich eine Versorgung über die Kantonsgrenzen hinaus angestrebt. Handlungsbedarf besteht vor allem bei der Spitalplanung:

<ul style="list-style-type: none"> • verstärkte überregionale Versorgungsplanung (Kooperation) • Definition schweizweit akzeptierter Qualitätskriterien für die Spitalplanung • Koordination der Umsetzung von Qualitätskriterien, Betriebsvergleichen, Durchsetzung von Qualitätsvorgaben
<p>Weiteres Vorgehen</p>
<p>Der primäre Akteur in diesem Feld sind die Kantone, z.T. der Bund.</p> <p>Massnahmen/Beiträge Bund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präzisierung von Qualitätsanforderungen für die kantonale Spitalplanung: Dies ist Teil der vorgesehenen Revision von KVV/VKL bezüglich der Spitalplanungskriterien
<p>Handlungsbedarf 2 «Wirtschaftlichkeit»: Erhöhung der Transparenz durch einheitliche Daten und Methoden</p>
<p>Heute stehen deutlich mehr Kennzahlen zur Beurteilung der Kosten stationärer Spitalleistungen zur Verfügung. Die Datenqualität hat sich verbessert.</p> <p>Handlungsbedarf besteht vor allem bezüglich Vereinheitlichung der:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definition, Erfassung und Bewertung GWL • Grundlagen für Spitalvergleiche • schweizweiten Betriebsvergleiche
<p>Weiteres Vorgehen</p>
<p>Primäre Akteure in diesem Feld sind die Kantone, die Leistungserbringer und der Bund.</p> <p>Massnahmen/Beiträge Bund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GWL: Aus Sicht OKP/Bund ist die Abgrenzung von GWL im Rahmen der Kostenerfassung zentral. Basierend auf den Ergebnissen der Studie ECOPLAN und Überlegungen zur föderalen Kompetenzordnung gelangt der Bundesrat zu der Schlussfolgerung, dass kein Handlungsbedarf auf Bundesebene besteht. In ihren Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitaltarife (Stand 1. März 2018) hat sich die GDK bereits damit befasst. • Verbesserung der Grundlagen für Spitalvergleiche: Im Rahmen der vorgesehenen Revision von KVV/VKL werden die Bestimmungen zur Tarifiermittlung und Herleitung der schweregradbereinigten Kosten weiter konkretisiert. Diese Arbeiten stehen auch in Zusammenhang mit der Erfüllung der angenommenen Motion Humbel 12.3245 «Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung». • Veröffentlichung schweizweiter Betriebsvergleiche zu den Kosten: Bund und Kantone sind an der Vorbereitung. Die Publikation ist für 2020 geplant.

Handlungsbedarf 3 «Qualität»: Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen

Es stehen mehr Kennzahlen zur Qualität stationärer Spitalleistungen öffentlich zur Verfügung. Zudem haben die Akteure die Beurteilung der Qualität vorangetrieben.

Handlungsbedarf besteht insbesondere bei zwei Punkten:

- Entwicklung geeigneter Indikatoren für die Ergebnisqualität
- Weitere, vertiefte Überwachung der Qualitätsentwicklungen einschliesslich der Übergänge zur Nachsorge

Weiteres Vorgehen

Primäre Akteure in diesem Feld sind die Leistungserbringer und die Versicherer, gemeinsam mit Kantonen und Bund.

Bezüglich Massnahmen/Beiträge des Bundes sind folgende Punkte zu nennen:

- Im Prozess der Tarifgenehmigung SwissDRG fordert der Bund von den Tarifpartnern, die Gewährleistung der Qualität im Rahmen der Tarifierung zu verstärken. Dies beinhaltet neben der Qualitätsmessung verbindliche Verbesserungsprozesse und -massnahmen, die auf ihre Wirksamkeit überprüft werden sollen.
- Die Umsetzung der Qualitätsstrategie und der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Die Qualitätsentwicklung an den Übergängen zur Nachsorge soll weiter beobachtet und analysiert werden. Die Frage der Versorgung nach einem akutsomatischen/stationären Spitalaufenthalt, inklusive der Akut- und Übergangspflege, soll im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung aufgenommen werden.
- Zu prüfen ist zudem die Weiterführung und -entwicklung von Indikatoren in den Bereichen der Qualität und der Kosten, z.B. in Bezug auf die Auswirkungen der Einführung von TARPSY und ST Reha (vgl. auch die Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha → [Internet BAG](#))⁷⁷

Handlungsbedarf 4 «Versicherte»: Stärkung der Position der Versicherten

Die Versicherten als Nachfragende von stationären Spitalleistungen nutzen die ihnen in der Wirkungslogik der Revision zugedachte Rolle bei der Spitalwahl noch wenig.

Handlungsbedarf besteht insbesondere bei zwei Punkten:

- patientengerechter Kommunikation der verfügbaren Qualitätskennzahlen zu Spitalleistungen
- kantonalen Rahmenbedingungen für die erweiterte Spitalwahl: Vereinfachung des Verfahrens, Harmonisierung des Vorgehens zur Festlegung der Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen (so dass die erweiterte Spitalwahl nicht behindert wird)

Weiteres Vorgehen

Die primären Akteure in diesem Feld sind der Bund, die Kantone und die Versicherer.

Relevante Beiträge zur Stärkung der Position der Versicherten sollen von Seiten Bund in folgenden Bereichen einfließen:

- Referenztarife: Die Motion 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» der SGK-NR (noch vom Zweitrat zu behandeln) wird voraussichtlich die Grundlage für entsprechende Arbeiten bilden.
- Umsetzung der Qualitätsstrategie und der KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (vgl. Handlungsbedarf 3)

⁷⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-kranken-unfallversicherung.html>

5 Literaturverzeichnis

- ANQ (2018): Neuste Zahlen zu Rehospitalisationen verfügbar. Medienmitteilung, 11. Dezember 2018. ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern.
<<https://www.anq.ch/de/medienmitteilungen/neuste-zahlen-zu-rehospitalisationen-verfuegbar/>>, Zugriff am 12.12.2018.
- BAG (2009): Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009, Änderungen und Kommentar im Wortlaut.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte1.html>> > Spitalfinanzierung > Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV und VKL > Kommentar KVV, Zugriff am 25.6.2019.
- BAG (2013): Eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>>, Zugriff am 11.12.2018.
- BAG (2015a): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate. Bericht des Bundesamts für Gesundheit BAG an den Bundesrat. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- BAG (2015b): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung. Version vom 13. Mai 2015. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- BAG (2018a): Nationale Gesundheitsstrategien.
<<https://www.bag.admin.ch>>; Zugriff am 19.1.2018.
- BAG (2018b): Abgeschlossene Neuerungen und Revisionen sowie laufende Revisionsprojekte.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html>>, Zugriff am 25.6.2019.
- BAG (2018c): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
<<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>>, Zugriff am 7.1.2019
- BAG (2018d): Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Berger, S./Bienlein, M./Wegmüller, B. (2015): Spitäler. In: Kocher, G./Oggier, W. (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017: Eine aktuelle Übersicht. Verlag Hans Huber, Bern.
- BFS (2018a): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2016: Definitive Daten.
<<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/kosten-finanzierung.gnpdetail.2018-0391.html>>, Zugriff am 4.12.2018.
- BFS (2018b): Ausserkantonale Hospitalisierungen 2006–2016. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- Britnell, M./Scher, M./Friedrich, S./Kocot, L./Wilson, P./Thomas, N. et al. (2017): Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. Publication number 133989-G. March 2017. KPMG International, Amstelveen.
- B,S,S. (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Schlussbericht. Verfasst von Lobsiger, M. und Frey, M. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Bundesrat (2004): Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004. BBl 2004 5551.

- Bundesrat (2013): Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllung des Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, und des Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010.
- Bundesrat (2016a): Demografischer Wandel in der Schweiz: Handlungsfelder auf Bundesebene. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 13.3697 Schneider-Schneiter, 9. Dezember 2016.
- Bundesrat (2016b): Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013 vom 25. Mai 2016.
- Busato, A./von Below, G. (2010): The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population based perspective. In: Health Research and Policy Systems 8, 31.
- Busse, R./Geissler, A./Quentin, W./Wiley M. (2013): EuroDRG: Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, Maidenhead.
- Christen, A./Hänggi, P./Kraft, C./Künzi, D./Merki, M./Ruffner, J (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. Credit Suisse, Zürich.
- Comparis (2017): Spitalwahl: Schweizer wollen von der Todesrate nichts wissen. Comparis Spital-Umfrage. Medienmitteilung, 12. April 2017. Comparis.ch, Zürich.
<<https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2017/spitalvergleich/spital-vergleich/spitalumfrage>>, Zugriff am 26.4.2018.
- Cosandey, J./Roten, N./Rutz, S. (2018): Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligkeit». Avenir Suisse, Zürich.
<www.avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/>, Zugriff am 26.2.2018.
- Dobrev, A./Rissi, C./Marti, M./Stroetmann, K. (2011): Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG und des Staatssekretariates für Wirtschaft SECO. EcoPlan/empirica, Bern und Bonn.
- Dreves, F./Gebele, C. (2015): Bevor der Patient ins Krankenhaus kommt. Informations- und Entscheidungswege des Patienten. In: Fischer, A. (Hrsg.): Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- econcept/LENZ (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Schlussbericht. Verfasst von: Fontana, M./Bock, S./Haering, B./Gruber, J./Lippitsch, S. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. econcept/LENZ AG, Zürich.
- EFV (2012): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 18, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.
<https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html>, Zugriff am 22.8.2018.
- EFV (2017): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2045. Working Paper der EFV Nr. 21, Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern.
<https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html>, Zugriff am 22.8.2018.

- Expertengruppe Kostendämpfung (2017). Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017. Bern.
- Felder, S./Kägi, W./Lobsiger, M./Tondelli, T./Pfinninger, T. (2014): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Studie im Auftrag von FMH und H+. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Felder, S./Meyer, S./Selcik, F. (2017): Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013–2015. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Universität Basel, Basel.
- Frick, U./Krischker, S./Gmel, G. (2013): Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.
- Frick, U./Dickson-Spillmann, M./Krischker, S./Wiedermann, W./Wiedenhöfer, D./Schaub, M. (2014): Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Forschungsbericht No. 341 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.
- Friedl, A. J. (2017): Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen in der stationären akutso-matischen Versorgung seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Masterarbeit im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Fürstenberg, T./Laschat, M./Zich, K./Klein, S./Gierling, P./Nolting, H. D./Schmidt, T. (2013): G-DRG-Begleitforschung gemäss § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des dritten Forschungszyklus. Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.
- GDK (2011): Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG (Revidierte Fassung vom 2.9.2011, gültig ab 1.1.2012. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Bern.
<https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/kogu-empf_2012_v4.3_d.pdf>, Zugriff am 12.12.2018.
- GDK (2017): Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Bern.
<https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/em_wirtschaftlichkeitspruefung_v3.0_20170406_def_d.pdf>, Zugriff am 27.2.2018.
- GDK (2018): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 31.1.2017. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25.5.2018. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Bern.
<https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf>, Zugriff am 20.12.2018.
- gfs.bern (2017): H+ Spital- und Klinik-Barometer.gfs,Bern. <http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_barometer/das_wichtigste_in_kuerze/>, Zugriff am 26.4.2018.

- Golder, L./Longchamp, C./Jans, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Hagemann, M./Schwab, J. (2015): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Schlussbericht 2015, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015. gfs, Bern. <<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/begleitforschung.cfm#i111856>>, Zugriff am 16.5.2019.
- Golder, L./Jans, C./Tschöpe, S./Venetz, A./Herzog, N. (2017): Verändertes Arbeitsumfeld und Einstellung zu neuen Finanzierungsmodellen. Schlussbericht 2017, Begleitstudie im Auftrag der FMH, 7. Befragung 2017. gfs, Bern. <<https://www.fmh.ch/themen/stationaere-tarife/begleitforschung.cfm#i111856>>, Zugriff am 16.5.2019.
- Gruber, J./Lippitsch, S. (2018a): Sekundärdaten-Analyse zur «Veränderung in der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung». Teilbericht im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung: «Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). LENZ AG, Zürich.
- Gruber, J./Lippitsch, S. (2018b): Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010–2015 im stationären Bereich (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie). Schlussbericht. Studie innerhalb der Evaluation «Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). LENZ AG, Zürich.
- Hedinger, D./Tuch, A./Widmer, M. (2017): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2015. (Obsan Bulletin 2/2017). Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- HSPM (2017): The Health System Policy Monitor > Countrypage Switzerland. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <<http://www.hspm.org/countries/switzerland25062016/countrypage.aspx>>, Zugriff am 19.1.2018.
- INFRAS/Zahnd (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen auf die Qualität der stationären Versorgung. Verfasst von: Trageser, J./Spycher, A./Gschwend, E./von Stokar, T./Zahnd, D. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Infrac/InfoNavigation, Zürich und Bern.
- Kägi, W./Frey, M./Lobsiger, M. (2014): Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandaufnahme und Konzeptstudie. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Kleinknecht-Dolf, M./Haubner, S./Wild, V./Spirig, R. (2015): Wie erleben Pflegefachpersonen Moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? In: Pflege & Gesellschaft, 2015, 20(2), 115–132.
- Kobel C./Theurl, E. (2013): Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian Case. In: Working Papers in Economics and Statistics, No. 2013-06. University of Innsbruck, Innsbruck.
- Kuster, S./Eisenring, M.-C./Troillet, N. (2016): Nationaler Vergleichsbericht Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Bern.
- Le Bail, M./Or, Z. (2016): Atlas des variations de pratiques médicales en France. IRDES, Paris. <www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>, Zugriff am 11.12.2018.
- Leu, A./Gaechter, T./Elger, B. (2013): 365 Tage SwissDRG – Anreize, Instrumente, Wirkungen, hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit (2013), Nr. 95.

- Lobsiger, M./Frey, M. (2019): Globalbudgets in den Kantonen im stationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- Müller, A./Iseli, S./ Bücher, S. (2019): Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Ecoplan AG, Bern.
- OECD (2017a): Health at a Glance 2017. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
<http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en>, Zugriff am 19.1.2018.
- OECD (2017b): Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
- Pellegrini, S./Widmer, T./Weaver, F./Fritschi, T./Bennett, J. (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Berner Fachhochschule/Universität Genf/Universität Zürich, Bern, Genf und Zürich.
- Pellegrini, S./Roth, S. (2018): Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 73). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- PUE (2016a): Spitaltarife. Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen. Preisüberwachung – Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, Bern.
- PUE (2016b): Bericht zu Behandlungsqualität und Kostenniveau von Schweizer Spitälern im Ländervergleich. August 2016. Preisüberwachung – Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, Bern.
- Rogers, W. H./Draper, D./Kahn, K. L./Keeler, E. B./Rubenstein, L. V./Kosecoff J./Brook R. H. (1990): Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. A summary of effects. In: Journal of the American Medical Association, 264(15), 1989–1994.
- Rütsche, B. (2011): Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung. Insbesondere zur Steuerung der Leistungsmenge im stationären Bereich, im Auftrag des Kantons Bern, handelnd durch das Generalsekretariat der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF), Bern.
- Schwendener, P./Sommer, P. (2016): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015. PricewaterhouseCoopers AG, Bern.
- Schwendener, P./Sommer, P. (2017): Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2016. Die Versorgungslandschaft Schweiz im Umbruch. PricewaterhouseCoopers AG, Bern.
- Trageser, J./Gschwend, E./von Stokar, T./Landolt, H./Otto, U./Hegedüs, A. (2018): Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Infracareum Forschung/Landolt Rechtsanwälte, Zürich und Glarus.
- Tuch, A./Jörg, R./Hedinger, D./Widmer, M. (2018): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 65). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

- Von Stokar, T./Vettori, A./Gschwend, E./Boos, L. (2016): Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Infrac/H Focus, Zürich und Baar.
- Widmer, P./Telser, H. (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie im Auftrag von comparis.ch. Polynomics, Olten.
- Widmer, P./Telser, H./Uebelhart, T. (2016): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von comparis.ch. Polynomics, Olten.
- Widmer, P./Trottmann, M./Napierala, C./Hochuli, P./Telser, H./Reich, O./Früh, M (2017a): Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 1. Teilstudie: Mengenausweitung unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Polynomis, Olten.
- Widmer, P./Hochuli, P./Telser, H./Reich, O./Früh, M. (2017b): Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Polynomics, Olten.

Anhang

A1 Beschreibung der Massnahmen der Revision

Mit den unten beschriebenen Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sollen Anreize zu mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern, zur Steigerung der Effizienz und zur Eindämmung des Kostenwachstums geschaffen werden. Die Kantone sollen ihre Spitalplanungen entsprechend den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität erstellen. Die Massnahmen betreffen die stationäre Spitalversorgung in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation.

- *Dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen* (Umsetzung seit 1. Januar 2012): Mit der neuen Spitalfinanzierung gelten für Spitälern mit öffentlicher und für Spitälern mit privater Trägerschaft die gleichen Rahmenbedingungen. Damit gibt es mit der neuen Spitalfinanzierung grundsätzlich keinen Unterschied mehr zwischen öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten Spitälern. Die Leistungen der Spitälern, die in die kantonale Planung aufgenommen sind (so genannte Listenspitälern), werden unter Einbezug der Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) nach einem fixen Finanzierungsschlüssel von den Kantonen und von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet (Kantone mindestens 55% und OKP maximal 45%). Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, hatten bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil auf mindestens 55 Prozent festzulegen (vgl. Art. 49a KVG sowie Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007).
- *Leistungsbezogene Pauschalen*, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen (Umsetzung seit 1. Januar 2012): Neu erfolgt in der ganzen Schweiz die Abgeltung der stationären Leistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen. Die leistungsbezogene Pauschalvergütung umfasst auch die Anlagenutzungskosten (vgl. Art. 49 und 49a KVG sowie Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007). Im akutstationären Bereich erfolgt die Abgeltung nach dem zwischen den Tarifpartnern vereinbarten Tarifsystem SwissDRG. Dieses besteht aus schweizweit einheitlichen Kostengewichten pro Diagnosegruppe und spitalspezifischen Basistarifen. Die Etablierung in der Psychiatrie (TARPSY) erfolgte per 1. Januar 2018. In der Rehabilitation ist die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen (ST Reha) ab 2022 geplant.
- *Ausrichtung der kantonalen Spitalplanung an schweizweit einheitlichen Planungskriterien, die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin und die Vergabe von Leistungsaufträgen mit Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern* (Umsetzung ab 1. Januar 2009, Berücksichtigung der Planungskriterien zwingend seit 1. Januar 2015): Grundlage für die Spitalplanung der Kantone bilden schweizweit einheitliche, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierte Planungskriterien. Die Kantone beteiligen sich nur an der Vergütung der Leistungen von Spitälern, die einer kantonalen Planung entsprechen (Listenspitälern). Die Krankenversicherer können mit Spitälern, welche nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind, Verträge über die Vergütung von Leistungen der OKP abschliessen (so genannte Vertragsspitälern). In den kantonalen Spitalplanungen müssen die Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit spätestens am 31. Dezember 2014 berücksichtigt sein. Für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) beschliessen die Kantone eine gesamtschweizerische Planung (vgl. Art. 39 und 49a KVG sowie Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007). Die Kantone haben sich mit der Unterzeichnung der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet.

- *Erweiterte Spitalwahl* (Umsetzung seit 1. Januar 2012): Die versicherten Personen können wie bisher für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Liste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die Vergütung des Wohnkantons ist jedoch nicht mehr nur auf Leistungen von Spitälern beschränkt, die sich im Wohnkanton der Versicherten befinden. Vielmehr leisten bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung der Versicherer und neu der Wohnkanton ihren Beitrag an die Vergütung, und zwar höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (vgl. Art. 41 Abs. 1bis KVG). Eine Ausnahme bildet die ausserkantonale stationäre Spitalbehandlung aufgrund medizinischer Gründe, bei welcher der Wohnkanton bereits vor der Revision die Behandlung nach dem Tarif des behandelnden Spitals mitfinanziert hat. Im Vergleich zur Situation vor der Revision sollen die finanzielle Patientenbeteiligung für ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen damit nur noch marginal sein und die Zusatzversicherungen entlastet werden.
- Verpflichtung der Leistungserbringer zur Bereitstellung *einer erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität stationärer Spitalleistungen* (Umsetzung seit 1. Januar 2009): Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Weitergabe bestimmter Daten gesetzlich festgeschrieben. Die Leistungserbringer müssen den zuständigen Bundesbehörden kostenlos Daten bekannt geben, welche benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.⁷⁸ Das Bundesamt für Statistik erhebt und veröffentlicht die Daten (Art. 59a KVG). Die Spitäler haben eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen, die auf einer einheitlichen Methode basieren und alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten enthalten (Art. 49 Abs. 7 KVG). Der Bund ordnet in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität (Art. 49 Abs. 8 KVG). Auch diese Vergleiche sind zu veröffentlichen. Die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität dient dazu, die Transparenz bezüglich Kosten und Leistungen der Spitäler zu erhöhen. Den Akteuren im Gesundheitswesen soll die Überwachung der Umsetzung der Revision der Spitalfinanzierung ermöglicht und die Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise der Revision erleichtert werden. Zudem wird erwartet, dass eine erhöhte Transparenz den Wettbewerb unter den Spitälern stärkt.

Quelle: BAG 2015b, aktualisiert.

⁷⁸ Art. 59a KVG in Kraft seit 1. Januar 2016, vorher Art. 22a KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009. Namentlich sind folgende Angaben zu machen: a. Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform; b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze; c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form; d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen; e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis; f. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59a Abs. 1 KVG).

A2 Liste Themenbereiche und Begleitgruppenmitglieder

Themenbereich	Mitglieder Begleitgruppe
Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems	GDK H+ FMH DVSP curafutura santésuisse BFS EFV FINMA PUE SWISS REHA SMHC
Qualität der stationären Spitalleistungen	GDK H+ FMH DVSP Stiftung für Patientensicherheit Schweiz ANQ curafutura santésuisse SBK/ASI SWISS REHA SMHC
Zusätzliche Mitglieder der Begleitgruppe zur Schnittstellenstudie:	CURAVIVA Spitex SWISS REHA
Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung	GDK Kanton Wallis, Kanton Bern H+ FMH DVSP curafutura santésuisse BFS Obsan SMHC SWISS REHA

Quelle: eigene Darstellung.

A3 Parlamentarische Vorstösse zu Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Angenommen

Vorstoss	Stand der Beratung	Text / Frage	Relevante Studien im Auftrag des BAG – Umsetzung durch den Bundesrat
16.3623 Motion SGK-SR «Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone»	Angenommen 21.9.2016: Zustimmung SR 8.12.2016 Geänderter Text NR, Zustimmung 14.3.2017 Zustimmung NR	«Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen der laufenden Wirkungsanalyse der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung aufzuzeigen, welche Kantone ihre Leistungserbringer in welchem Ausmass bei Kosten direkt oder indirekt subventionieren, die OKP-berechtigt wären.» Ersetzt Standesinitiative des Kantons Bern ähnlichen Inhalts, der nicht Folge gegeben wurde. ⁷⁹	Müller et al. 2019 B,S,S. 2019 Pellegrini & Roth 2018 Von Stokar et al. 2016 Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion SGK-SR 16.3623 «Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone»
14.3385 Postulat SGK-NR «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen»	Angenommen 10.9.2014 Annahme NR	«Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht über die Anwendung des DRG-Systems zu erarbeiten. Dieser Bericht enthält insbesondere einen Vergleich zwischen jenen Kantonen, die von Artikel 51 KVG Gebrauch machen, und jenen, die dies nicht tun, und gibt Auskunft darüber, ob die mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Ziele in den erstgenannten Kantonen erreicht wurden oder nicht.»	Lobsiger & Frey 2019 Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates SGK-NR 14.3385 «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen»
12.3245 Motion Humbel «Gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung».	Angenommen 11.9.2013 Zustimmung NR 13.6.2014: Geänderter Text SR, Zustimmung 10.9.2014 Zustimmung NR	«Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit effiziente Spitäler mit einer guten Qualität im Rahmen der OKP Gewinne (Differenz zwischen den effektiven Kosten und dem Benchmark) planen und gezielt weiter verwenden können.»	Revision von KVV/VKL in Vorbereitung (Vernehmlassungseröffnung geplant für Herbst 2019)

Eingereicht und noch nicht abschliessend behandelt

Vorstoss	Stand der Beratung	Text / Frage	Relevante Studien im Auftrag des BAG
18.3388 Motion SGK-NR «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl»	Motion an 2. Rat 19.09.2018 Zustimmung NR	«Der Bundesrat wird beauftragt, dafür zu sorgen, dass für eine ausserkantonale stationäre Wahlbehandlung bei demselben Spitaltyp der maximale Tarif der Spitalliste des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals.»	B,S,S. 2019 econcept/LENZ 2018

⁷⁹ «Evaluation von KVG-widrigen Wettbewerbsverzerrungen»; <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20150312>

Vorstoss	Stand der Beratung	Text / Frage	Relevante Studien im Auftrag des BAG
18.3149 Postulat Frehner «Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen bestimmen»	Im Rat noch nicht behandelt	«Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht zum Thema der GWL gemäss Artikel 49 KVG zu verfassen. Insbesondere sollten die folgenden Elemente in diesem Bericht behandelt werden: 1. Wie hoch sind die jeweiligen Beträge an GWL, die von den Kantonen an die Spitäler fliessen (schweizweit und pro Kanton - absolut und pro Einwohner - und pro Spital)? 2. Unter welchen Titeln wird dieses Geld überwiesen (abschliessende Liste pro Kanton)? 3. Welche Massnahmen könnten vorgeschlagen werden, damit die Kantone alle Spitäler und Kliniken auf ihrem Gebiet bezüglich der Abgeltungen von GWL gleich behandeln? 4. Welche Effekte hätten diese Massnahmen auf die Gesundheitskosten, die Spitalstrukturen und insbesondere für den Prämienzahler?»	Müller et al. 2019

Abgeschrieben, abgelehnt, erledigt

(meist da in der Evaluation bereits abgedeckt oder zumindest teilweise behandelt)

Vorstoss	Stand der Beratung	Text / Frage	Relevante Studien im Auftrag des BAG
13.4264 Postulat Kessler «Patientensicherheit nach Einführung der Fallpauschalen»	Abgeschrieben 21.3.2014 Annahme NR 7.6.2016 Abgeschrieben NR (16.006)	«Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht über die Auswirkungen der DRG nach dem Spitalaufenthalt und den Schnittstellen bei den nachfolgenden Institutionen wie Rehabilitation, Übergangspflege, Pflegeheime, Spitex und Ambulatorien vorzulegen. Es sei zu prüfen, ob die Versorgungskontinuität, die hohe Qualität und Patientensicherheit gewährleistet und ob Massnahmen zur Patientensicherheit notwendig sind.» Postulat mit Bericht MoPo 2015 abgeschrieben. ⁸⁰	INFRAS und Zahnd 2018 Tuch et al. 2018
15.3718 Postulat Hess «Neue Spitalfinanzierung. Voraussetzungen schaffen für eine vollständige Analyse»	Abgelehnt 25.9.2015 NR	«Der Bundesrat wird beauftragt, eine Wirkungsanalyse zur Einflussnahme der Kantone bei der Spitalplanung und -finanzierung vorzulegen.»	econcept/LENZ 2018 Gruber & Lippitsch 2018a und 2018b
13.3207 Postulat Hardegger «Mengenausweitung bei medizinischen Eingriffen unter dem DRG-System»	Abgelehnt 21.6.2013 NR	«Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht darzulegen, inwiefern das DRG-System die unnötige Mengenausweitung bei medizinischen Eingriffen provoziert und wie er darauf zu reagieren gedenkt.»	Widmer et al. 2017a B,S,S. 2019 Pellegrini & Roth 2018

⁸⁰ «Motionen und Postulate der gesetzgebenden Räte im Jahre 2015. Bericht»;
<https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2016/2893.pdf>

Vorstoss	Stand der Beratung	Text / Frage	Relevante Studien im Auftrag des BAG
<p>16.3757</p> <p>Interpellation Lohr</p> <p>«Mengenausweitung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»</p>	<p>Erledigt</p> <p>16.12.2016 NR</p>	<p>«Aus dem am 2. September 2016 veröffentlichten Communiqué des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) geht hervor, dass die Kostenentwicklung der letzten Jahre auch darauf zurückzuführen ist, dass die Menge an OKP-Leistungen in einem Masse zunimmt, welches sich medizinisch kaum begründen lässt. [...] In diesem Zusammenhang bitte ich den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten: [...] 4. Werden neben den vorgeschlagenen staatlichen Eingriffen auch wettbewerbliche Instrumente, mit denen das Problem der Mengenausweitung gezielt angegangen werden kann, geprüft?»</p>	<p>B,S,S. 2019</p> <p>NFRAS und Zahnd 2018</p> <p>econcept/LENZ 2018</p>
<p>16.3194</p> <p>Interpellation Hess</p> <p>«Freie Spitalwahl nur auf dem Papier?»</p>	<p>Erledigt</p> <p>17.6.2016 NR</p>	<p>«In einigen Kantonen scheint es geradezu zum Sport zu werden, die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz zu behindern. [...] 3. Kann er bestätigen, dass auch die Problematik von Referenztarifen, die geeignet sind, den Willen dieses Parlamentes nach freier Spitalwahl in der ganzen Schweiz zu unterlaufen, in die laufende Evaluation der Spitalfinanzierung (Antwort des Bundesrates auf mein Postulat 15.3718) mit einbezogen wird?»</p>	<p>B,S,S. 2019</p> <p>econcept/LENZ 2018</p>
<p>16.3070</p> <p>Interpellation Amaudruz</p> <p>«Patientenfreizügigkeit im stationären Bereich. Kontingentierung des Zugangs zu ausserkantonalen Spitälern»</p>	<p>Erledigt</p> <p>17.6.2016 NR</p>	<p>«Mehrere Kantone, namentlich in der Westschweiz, kontingentieren den Zugang zu ausserkantonalen Spitälern für ihre Einwohnerinnen und Einwohner. Sie berücksichtigen dabei die vom Standortkanton des Spitals festgelegten Quoten, um die Kostenübernahme zu verweigern, wenn diese Quoten überschritten werden. Dadurch wird die freie Wahl der Versicherten durch diese Kantone aufgrund einer kontingentierten Spitalplanung eingeschränkt. Ich bitte den Bundesrat daher, auf die folgenden Fragen zu antworten: [...] 2. Ist er damit einverstanden, diese Frage im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu untersuchen? [...]»</p>	<p>econcept/LENZ 2018</p>

Vorstoss	Stand der Beratung	Text / Frage	Relevante Studien im Auftrag des BAG
<p>15.3608</p> <p>Interpellation Gilli</p> <p>«Auswirkungen der Vergütung nach Fallpauschalen auf die Arbeitsbedingungen des nichtärztlichen Gesundheitspersonals»</p>	<p>Erledigt</p> <p>25.9.2015 NR</p>	<p>«[...] Durch den zunehmenden Wettbewerb und Kostendruck entsteht aber auch Druck auf die Arbeitsbedingungen, da im Gesundheitswesen die Personalkosten typischerweise einen sehr grossen Kostenblock ausmachen. Von den Arbeitnehmenden wird eine grosse Flexibilität in Bezug auf die Arbeitseinsätze erwartet, Ruhezeiten und Löhne - insbesondere von langjährigen Mitarbeitenden - geraten unter Druck, und Überstunden werden zwar geleistet, aber nicht kompensiert. Ich bitte den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten: 1. Wie steht es um den Zwischenstand der mit der Einführung von Swiss DRG beschlossenen Begleitforschung? 2. Werden in der Begleitforschung die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen des nichtärztlichen Gesundheitspersonals in Spitälern seit der Einführung von Swiss DRG mitberücksichtigt? 3. Teilt er die Einschätzung, dass die Arbeitsbedingungen des nichtärztlichen Gesundheitspersonals in den Spitälern durch die Einführung von Swiss DRG verstärkt unter Druck geraten sind? 4. Wie hat sich mit der Einführung von Swiss DRG das Verhältnis von pflegerischen Tätigkeiten zu bürokratischen/protokollarischen Tätigkeiten für das nichtärztliche Personal verändert?»</p>	<p>INFRAS und Zahnd 2018</p>
<p>15.3429</p> <p>Interpellation Munz</p> <p>«Veränderung der Staatsbeiträge für Privatspitäler im Vergleich zu öffentlich-rechtlichen Spitälern»</p>	<p>Erledigt</p> <p>25.9.2015 NR</p> <p>Diskussion verschoben;</p> <p>16.6. 2017 NR</p> <p>Abgeschrieben, weil nicht innert 2 Jahren behandelt</p>	<p>«1. Wie haben sich die Kantonsbeiträge an stationäre Spitalleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) seit 2010 entwickelt, aufgeteilt nach öffentlich-rechtlichen Spitälern und Spitälern mit privater Trägerschaft? Dabei wären pro Jahr für jeden Kanton vier Zahlen zu erfassen: Kantonsbeiträge für die kantonalen und die ausserkantonalen stationären Spitalleistungen und diese je für die öffentlich-rechtlichen Spitäler und die Privatspitäler. [...]»</p>	<p>B,S,S. 2019</p> <p>Pellegrini & Roth 2018</p>
<p>13.3995</p> <p>Interpellation Bischof</p> <p>«Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Immer mehr unnötige Operationen?»</p>	<p>Erledigt</p> <p>9.12.2013 SR</p>	<p>«[...] 5. Teilt er die Prognose des Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, Dr. Bernhard Christen, wonach mit der Einführung der Fallpauschalen wie in Deutschland die Anzahl der Operationen wegen falscher Anreize nochmals um etwa ein Viertel zunehmen wird (NZZ am Sonntag vom 25. August 2013)? [...]»</p>	<p>B,S,S. 2019</p> <p>Pellegrini & Roth 2018</p> <p>Widmer et al. 2017a</p>

Quelle: eigene Darstellung. Stand 29. April 2019.

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit

Steuergruppe

Sandra Schneider (Vorsitz), Bruno Fuhrer, Vincent Koch, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (KUV) und Herbert Brunold, Direktionsbereich Gesundheitspolitik (GP).

Leitung Evaluationsprojekt im BAG

Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) und Cornelia Stadter, Sektion Tarife und Leistungserbringer stationär (TLS)

Weitere Informationen und Bezugsquelle

Bundesamt für Gesundheit

Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

3003 Bern

evaluation@bag.admin.ch

www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

Der Bericht steht auch in französischer Sprache zur Verfügung. Er kann als PDF-Datei unter folgendem Link heruntergeladen werden:

www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier