



Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Zwischenresultate

Bericht des BAG an den Bundesrat

Bern, 13. Mai 2015

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Zusammenfassung.....	3
1 Einführung	11
1.1 Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich: Ziele und Massnahmen.....	11
1.2 Die Evaluation der Revision: Ziele, Konzeption und Organisation	13
2 Ergebnisse der Evaluation	17
2.1 Spitallandschaft und stationäre Versorgung	17
2.2 Verhalten der Spitäler	21
2.3 Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems	26
2.4 Qualität der stationären Spitalleistungen	36
2.5 Risikoausgleich	42
3 Ausblick auf die zweite Etappe der Evaluation	48
3.1 Zusammenfassung der wichtigsten methodischen Erkenntnisse.....	48
3.2 Offene Fragen der Evaluation.....	49
3.3 Konzeption der zweiten Etappe der Evaluation	49
4 Literaturverzeichnis.....	50
Anhang.....	54
Liste Themen und Begleitgruppen	54
Liste relevanter Studien weiterer Akteure (Stand Oktober 2014)	55

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDRG	All Patient Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
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
EFK	Eidgenössischen Finanzkontrolle
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FMH	Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
H+	Verband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
IDoC	Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice (Sinergia-Projekt)
ISGF	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin
KS	Krankenhausstatistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung (SR 833.1)
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PLT	Prozess-Leistungs-Tarifierung
RVK	Verband der kleineren und mittleren Krankenkassen
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer
SBK/ASI	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Spitex	Spitex Verband Schweiz
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
SPO	Stiftung SPO Patientenschutz
SWISS REHA	Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (Tarifstruktur Akutsomatik)
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (SR 832.20)
VORA	Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (SR 832.112.1)
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Die Revisionen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in den Bereichen Spitalfinanzierung (AS **2008 2049**) und Risikoausgleich (AS **2009 4755**) sind am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die wichtigsten Massnahmen der Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sind

- die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen,
- die kantonalen Spitalplanungen entsprechend Planungskriterien sowie die Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitalern,
- die freie Spitalwahl,
- die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen, sowie
- die Verpflichtung der Leistungserbringer zu mehr Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen.

Seit dem 1. Januar 2012 werden die Mehrheit dieser Massnahmen sowie die Verfeinerung des Risikoausgleichs, umgesetzt. Es bestehen im Bereich der Spitalfinanzierung jedoch Übergangsbestimmungen, die bis in das Jahr 2017 reichen. So müssen in den kantonalen Spitalplanungen die Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit erst nach dem 31. Dezember 2014 berücksichtigt sein und Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, haben bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil bei der dual-fixen Finanzierung auf mindestens 55 Prozent festzulegen. Zudem ist die Vergütung mittels leistungsbezogener Pauschalen erst im akutsomatischen Spitalbereich etabliert (SwissDRG). In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation sollen voraussichtlich im Jahr 2018 schweizweit einheitliche Tarifstrukturen eingeführt werden.

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zielt im Kern auf eine Eindämmung des Kostenwachstums über eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Spitalern. Gleichzeitig wurde aber auch die Steuerung der Versorgungskapazitäten über Vorgaben zu den kantonalen Spitalplanungen konkretisiert. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs soll die Risikoselektion der Versicherer verringert werden. Zur Beurteilung der Auswirkungen des Gesetzes hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Durchführung einer Evaluation von 2012 bis 2019 beauftragt.

Die vorliegende Zwischensynthese fasst die vorläufigen Erkenntnisse, basierend auf dem Wissensstand im Herbst 2014, zusammen. Methodisch basieren die bisher verfügbaren sieben Studien im Auftrag des BAG vornehmlich auf Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) und der Versicherer, zum Teil ergänzt durch spezifische Befragungen. Zusätzlich einbezogen wurden Erkenntnisse aus relevanten Studien anderer Auftraggeber. Bei der Erarbeitung aller BAG-Studien waren zentrale Stakeholder der stationären Versorgung als Mitglieder von Begleitgruppen eingebunden. Aufgrund der Datenverfügbarkeit konnten in den Studien in der Regel nur Entwicklungen bis einschliesslich 2012, dem ersten Jahr der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, untersucht werden.¹ Dieser Zeitpunkt ist für eine abschliessende Beurteilung von Wirkungen der Revision zu früh. Daher sind die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungen mit Vorsicht zu interpretieren. Unter Berücksichtigung dieses Hintergrunds werden im Folgenden Erkenntnisse zu kurzfristigen Entwicklungen nach Umsetzung der Revisionen entlang von fünf übergeordneten Fragestellungen zusammengefasst:²

- Welches sind die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sowie des verfeinerten Risikoausgleichs?
- Welche Auswirkungen hat die Revision auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems?
- Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der drei Hauptziele des KVG?
- Erweisen sich die Massnahmen der Revision als zweckmässig im Hinblick auf die Kosteneindämmung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?
- Welche Empfehlungen können aus der Evaluation abgeleitet werden?

¹ Zudem erschwerte z.B. die kürzlich durchgeführte Revision der Krankenhausstatistik des BFS die Vergleichbarkeit der Jahresdaten dieser Statistik. So sind die Daten erst für die Jahre ab 2010 auswertbar und zudem noch lückenhaft. Für zukünftige Untersuchungen ist gemäss Obsan (2015a) jedoch von einer besseren Datenqualität auszugehen.

² Gemäss dem Gesamtkonzept der Evaluation (BAG 2015)

Welches sind die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sowie des verfeinerten Risikoausgleichs?

Im Einführungsjahr 2012 finden sich auf verschiedenen Ebenen erste Hinweise auf mögliche Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

Transparenz

Die Transparenz der Kosten für stationäre Leistungen hat infolge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zugenommen. In der Akutsumatik lassen sich die Kosten der stationären Leistungen grundsätzlich zwischen einzelnen Spitälern vergleichen. Die duale Fixierung der Vergütungsanteile für stationäre Leistungen wird mittelfristig die Vergleichbarkeit der Kosten der Kantone für KVG-Leistungen verbessern. Wenig Transparenz besteht allerdings noch im Bereich der Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen durch die Kantone.

Die Transparenz der Qualität der stationären Leistungen für Patientinnen und Patienten ist nach Expertenmeinung noch ausbaufähig. Insbesondere die Informationsasymmetrie zwischen Spitälern und Versicherten sowie fehlende Informationen über die medizinische Ergebnisqualität der einzelnen Spitäler führen demnach dazu, dass die schweizweit freie Spitalwahl ihre Wirkung bislang nur beschränkt entfalten kann (B,S,S. 2014). Die geplante transparente Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren, beispielsweise des nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in den Spitälern (ANQ), sowie die Betriebsvergleiche des Bundesrates könnten die Transparenz für die Versicherten in Zukunft verbessern.

Wettbewerb

Die Rahmenbedingungen für eine effizienz- und qualitätsorientierte Spitalplanung sowie für mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern sind grundsätzlich vorhanden. Die heterogene Interpretation und Umsetzung der Revision in den Kantonen sowie anfängliche Umsetzungsprobleme respektive ungeklärte Fragen und Übergangsfristen führen allerdings dazu, dass der Wettbewerb auf nationaler Ebene nach wie vor ungleich ausgeprägt ist. Zwei ökonomische Studien und eine juristische Studie kommen zum Schluss, dass die kantonalen Regulierungen unterschiedlich stark wettbewerbsorientiert ausgerichtet sind (Credit Suisse Group AG 2013; Polynomics 2013; Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG 2014). In den nächsten Jahren werden allerdings noch einige kantonale gesetzliche Änderungen erwartet, welche möglicherweise kantonale Unterschiede reduzieren werden. Die Kantone haben die Herausforderung zu meistern, ein Gleichgewicht zu finden zwischen der vom eidgenössischen Parlament gewollten Stärkung der wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Spitäler und ihrer Aufgabe, die Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Diese Herausforderung kann nur erfolgreich gemeistert werden, wenn die Kantone eine intensive Zusammenarbeit suchen, insbesondere im Bereich der Spitalplanung. Bislang gibt es keine Erkenntnisse zur kantonalen Steuerung der Versorgungskapazitäten, da die Kantone bis Ende 2014 Zeit hatten, ihre Spitalplanungen entsprechend den Planungskriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität zu überarbeiten. Daher steht die Analyse über das Zusammenspiel von Wettbewerb und Steuerung im stationären Spitalbereich noch aus.

Effizienzsteigerung in den Spitälern

Trotz der nicht in allen Fällen wettbewerbsfreundlichen Rahmenbedingungen finden sich auf der Ebene der Spitäler Hinweise, dass sich diese mit gestiegenem Kostenbewusstsein auf einen verstärkten Wettbewerb einstellen. Die Revision scheint viele Entwicklungen, die im stationären Spitalbereich bereits vorher eingesetzt haben, zu akzentuieren. Wie eine Studie im Auftrag des BAG zeigt, reagieren die Spitäler auf den Kostendruck mit Prozessoptimierungen (B,S,S. 2014). Gleichzeitig hat die Einführung von SwissDRG allerdings auch den administrativen Aufwand für die Spitäler erhöht. Inwiefern es in den Spitälern zu einer erwünschten verstärkten Spezialisierung auf bestimmte Leistungen oder zu einer unerwünschten Patientenselektion kommt, kann derzeit nicht abschliessend beurteilt werden. Punktuell gibt es aber Vermutungen von Expertinnen und Experten und Leistungserbringern, dass chronisch Kranke oder Multimorbide schneller aus den Akutspitälern verlegt würden, da es sich dabei um finanziell weniger attraktive Patientengruppen handelt. Eine Unterversorgung schwieriger Fälle, ein Missbrauch des Codierungssystems (systematische Höhercodierung bzw. Up-Coding) oder verfrühte («blutige») Entlassungen lassen sich für das Jahr 2012 aber nicht erkennen.

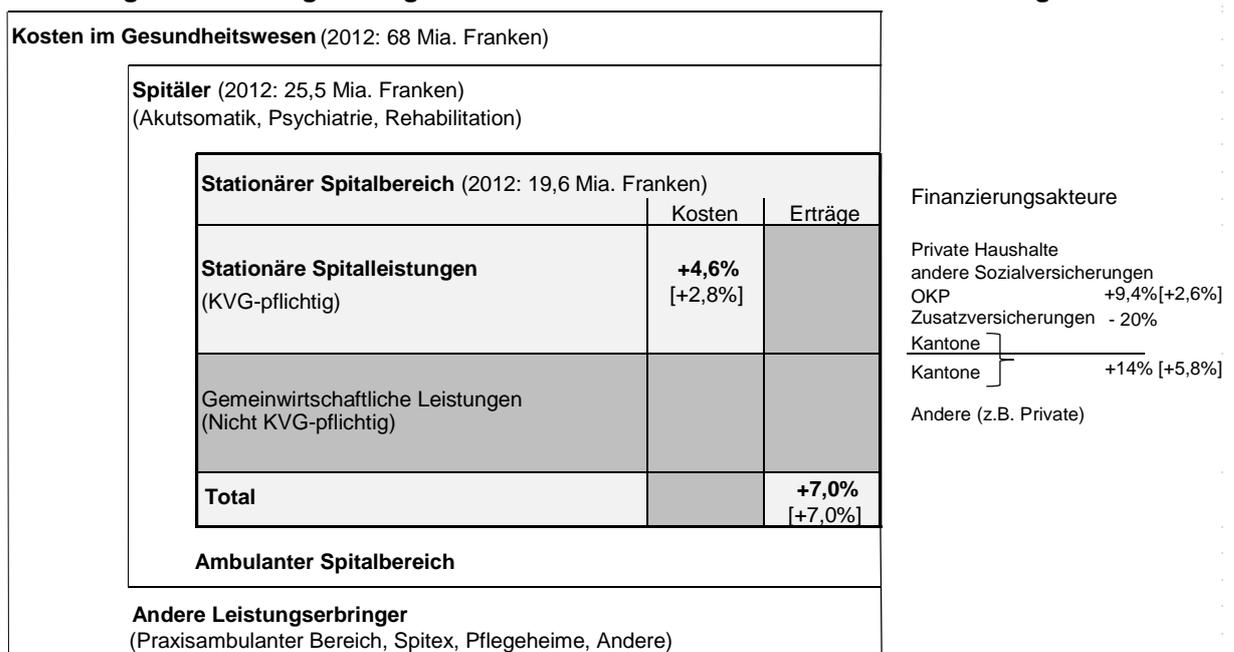
Kostenentwicklung

Im Jahr 2012 konnte das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich und zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) noch nicht gedämpft werden. Gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan 2015a) sind die Gesamterträge der Spitäler 2012 in gleichem Ausmass wie in der Vorperiode gestiegen (je +7%). Die Kosten der Spitäler für die Erbringung von stationären Spitalleistungen (Produktionskosten) haben im Vergleich zur Vorperiode progressiv zugenommen (+4,6% im Jahr 2012 gegenüber +2,8% im Jahr 2011). Dies spiegelt sich auch in einer überproportionalen Zunahme der Kosten zulasten der OKP (+9,4% für stationäre Spitalleistungen im Jahr 2012 gegenüber +2,6% im Jahr 2011). Interne Auswertungen des BAG ergeben eine ähnliche Zunahme der Kosten zulasten der OKP (pro Kopf +7,6%). Ohne Übergangsregelung zur Fixierung der Anteile der Kantone und der OKP an der Vergütung der stationären Spitalleistungen und unter Berücksichtigung, dass die OKP seit 2012 neu auch die Anlagenutzungskosten der Spitäler mitfinanziert, zeigt sich allerdings, dass die von der OKP getragenen Kosten für stationäre Spitalleistungen 2012 deutlich tiefer ausgefallen wären.

Auch die Kantone haben 2012 im stationären Spitalbereich deutlich mehr bezahlt als in den Vorjahren (+14,0% im Jahr 2012 gegenüber +5,8% im Jahr 2011, gemäss Angaben der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV). Nach Schätzung der GDK haben die Ausgaben der Kantone für die Spitalversorgung 2012 etwas stärker zugenommen (+18%). Dabei ist allerdings unklar, welcher Teil der Ausgaben der Kantone den KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen zuzuschreiben ist. Da die Zunahme der Gesamterträge der Spitäler im Jahr 2012 gleich geblieben ist, lässt sich vermuten, dass die Zahlungen der Kantone, wie vom Gesetzgeber beabsichtigt, im KVG-pflichtigen Bereich zugenommen haben. Die Zusatzversicherungen hingegen verzeichnen im Jahr 2012, wie gewünscht, eine starke Abnahme der Kosten um 20 Prozent für stationäre Spitalleistungen (-73% beim Spitalversicherungsmodell «Allgemeine Abteilung», -16% für die «halbprivate Abteilung» sowie -17% für die «private Abteilung», gemäss Angaben der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA).

Abbildung 1 zeigt eine Einbettung der Ergebnisse in den Gesamtkontext der Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz. Die Ergebnisse sind konsistent mit den Analysen anderer Akteure für das Jahr 2012, welche andere Berechnungsmethoden verwenden. Das BFS kommt auf eine ähnliche Zunahme der Gesundheitsausgaben im stationären Spitalbereich von +9,2 Prozent (gegenüber +7,0% gemäss Obsan).

Abbildung 1: Einbettung der Ergebnisse der Obsan-Studie zur Kostenentwicklung 2010-2012



Lesehilfe: Dargestellt sind im hellgrau hinterlegten Feld die Indikatoren für die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich gemäss Studie des Obsan (Entwicklung in %, 2011/2012; [2010/2011]). Dunkelgrau hinterlegt sind Bereiche, für die keine verlässlichen Daten verfügbar waren.

Quelle: Eigene Darstellung, ausgehend von Obsan 2015a: 57 und 62 f.

Es ist zu früh, um zu entscheiden ob es sich bei dem beobachteten Anstieg der Indikatoren um tatsächliche Kostensteigerungen oder aber punktuelle Anpassungs- und Verlagerungseffekte handelt. Klar ist, dass 2012 weder eine Mengenausweitung (insgesamt stabile Fallzahlen) noch eine systematische Höherkodierung der stationären Fälle (Up-Coding) vorliegt. Jedoch bestehen eine Reihe offener Fragen:

- Unklar ist, ob der Kostenanstieg im stationären Spitalbereich darauf zurückzuführen ist, dass die akutsomatischen Spitäler aufgrund der gestiegenen Relevanz für die Vergütung ihre Leistungen und *Kosten exakter und realitätsnaher dokumentieren*.
- Unklar ist auch, inwieweit der *Einbezug der Anlagenutzungskosten* in die Vergütung der stationären Spitalleistungen die gestiegenen Indikatoren für die Kostenentwicklung erklären kann.
- Dem Kostenanstieg könnte auch ein Preiseffekt zugrunde liegen, falls für das Jahr 2012 *zu hohe Tarife (Baserates)* ausgehandelt und/oder festgesetzt wurden. Die Höhe der Baserates der Jahre 2013 und 2014 weist bereits eine sinkende Tendenz auf.
- Ebenso ist derzeit offen, ob eine *Mengenausweitung von, aus Spitalsicht, rentablen Leistungen* vorliegt (z.B. im elektiven Bereich).
- Zudem können kostenrelevante *Verschiebungen* zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens (ambulant, stationär, Nachsorge) aktuell nicht beurteilt werden.

Qualitätsentwicklung

Die Qualität der stationären Leistungen scheint sich im Einführungsjahr 2012 weder deutlich verschlechtert noch verbessert zu haben. Dies zeigen erste Ergebnisse von Studien im Auftrag des BAG sowie von Studien im Auftrag anderer gesundheitspolitischer Akteure (gfs.bern 2013; gfs-zürich 2013; hcri AG/ANQ 2014; ISGF 2014; Obsan 2015b; Widmer Beratungen (2012)). Für im Vorfeld der Revision geäußerte Befürchtungen zu negativen Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Leistungen fanden sich bisher keine systematischen Belege. Die Revision scheint viele Entwicklungen im stationären Spitalbereich, die bereits vorher eingesetzt haben, zu verstärken. Es gibt Hinweise, dass die Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik weiter verkürzt wurde. Zudem gibt es punktuell Anzeichen dafür, dass insbesondere ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten früher in den Nachsorgebereich entlassen wurden, was aber keine negativen Folgen nach sich zog. Auch bei der Qualität an den Schnittstellen, bei den Patiententransfers und bei der Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation wurden bislang keine negativen Auswirkungen festgestellt. Die im Auftrag des BAG ausgewerteten Qualitätsindikatoren (Mortalitätsraten insgesamt und von vier relevanten Krankheitsbildern, Rehospitalisationsraten, Aufenthaltsdauern, Skill- und Grademix) zeigen mehrheitlich keine Veränderungen im Jahr 2012 im Vergleich zu den Vorjahren. Punktuell haben sich allerdings die Mortalität für spezifische Erkrankungen sowie die Rehospitalisierungsrate in den Spitälern erhöht, die bereits vor 2012 nach DRG abgerechnet haben. Inwiefern es sich um Einzelfälle oder beginnende Trends handelt, lässt sich erst in Zukunft beurteilen. Daher kommt der geplanten, regelmässigen Erfassung der Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der weiteren Entwicklung der Qualität der stationären Spitalleistungen grosse Bedeutung zu.

Risikoausgleich

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem zusätzlichen Morbiditätsindikator Spitalaufenthalt («Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr») hat gemäss Simulationsrechnungen im Auftrag des BAG die Anreize zur Risikoselektion reduziert (Polynomics 2014). Allerdings wird der erzielte Ausgleich als ungenügend beurteilt, insbesondere weil chronisch kranke Personen zu wenig berücksichtigt werden.

Der Einfluss der Revision auf die Prämienentwicklung kann noch nicht abschliessend beurteilt werden. Als möglichen Hinweis auf eine Angleichung der Prämien wird die Beobachtung gewertet, dass Versicherer mit einer teuren Risikostruktur im Vergleich zu allen Versicherern in den Jahren 2013 und 2014 ein geringes Prämienwachstum hatten. Der Solidaritätstransfer erfolgt hauptsächlich von Personen im erwerbsfähigen Alter, die im Vorjahr keinen Spital- und/oder Pflegeheimaufenthalt hatten, zu Personen mit Aufenthalt in einem Spital und/oder einem Pflegeheim oder zu Personen im Pensionsalter. Am

21. März 2014 hat das Parlament die gesetzliche Grundlage für eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs geschaffen. Die entsprechende Verordnungsänderung wurde am 15. Oktober 2014 verabschiedet: Der Risikoausgleich wird mit einem zusätzlichen Indikator weiter verfeinert (Arzneimittelkosten). Dabei handelt es sich aber um eine Übergangslösung. Mittelfristig wird der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen als weitere Morbiditätsindikatoren angestrebt. Dies ändert die Ausgangslage für die Evaluation.

Welche Auswirkungen hat die Revision auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems?

Zu den Hauptakteuren des Gesundheitssystems zählen die Leistungserbringer (ambulant und stationär; Spitäler und Nachsorgeinstitutionen), die Versicherten/Patientinnen und Patienten, die Versicherer sowie die Kantone, die für die Gesundheitsversorgung zuständig sind. Bedingt durch die Durchführung der Minimalvariante der Evaluation werden in erster Linie die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Spitäler vertieft untersucht. Die Effekte auf alle anderen Akteure können nur sehr beschränkt beurteilt werden.

Auswirkungen auf die Akutspitäler und andere Leistungserbringer

Für die Akutspitäler setzt die Revision theoretisch stärkere Anreize, ihre Prozesse zu optimieren und Leistungen möglichst früh in die Nachsorge zu verlagern. Die Evaluation liefert Hinweise darauf, dass die Spitäler entsprechend reagieren, ohne dass dies erkennbare negative Auswirkungen auf die Qualität der stationären Leistungen hat. Beobachtete Massnahmen zur Verbesserung der Qualität in den Akutspitälern sind beispielsweise die Intensivierung des Austrittsmanagements, die Weiterentwicklung von Informatiksystemen sowie die Optimierung von Behandlungspfaden. Der befürchtete Missbrauch des neuen Tarifsystems SwissDRG durch Höhercodierung und Fallsplitting konnte in der Evaluation für das Jahr 2012 nicht bestätigt werden. Aufgrund von Verlagerungen müssen andere Leistungserbringer zwar Teile der bisherigen Leistungen der Akutspitäler übernehmen. Es gibt aber Hinweise darauf, dass diese Herausforderung von den Nachsorgern bisher nicht negativ bewertet wird. Allerdings wird vor allem in der Langzeitpflege von notwendigen Anpassungen und einem gesteigerten Bedarf an Ressourcen und höher qualifiziertem Personal berichtet. Die erwünschte verstärkte Förderung von Spezialisierungs- und Konzentrationsprozessen der Akutspitäler durch die Revision lässt sich bislang nicht belegen. Es gibt jedoch vereinzelt Anzeichen dafür, dass diese von den Akutspitälern angestrebt werden. Ökonomische Expertinnen und Experten vermuten zudem, dass die bisherigen eher juristisch-administrativen Fusionen von Spitälern mit mehreren Standorten in Zukunft verstärkt durch tatsächliche räumliche Konzentrationen abgelöst werden.

Auswirkungen auf die Versicherer

Zwischen Versicherern und Spitälern bestanden bereits vor der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Interessenkonflikte. Auch die Revision setzt in manchen Aspekten für die Versicherer gegenläufige Anreize zu den Spitälern. Für Versicherer ist es theoretisch attraktiv, wenn Versicherte möglichst spät in die Rehabilitation verlegt und möglichst lange in Akutspitälern behandelt werden, damit die Fallpauschale für die akutsomatische Behandlung möglichst vollständig ausgeschöpft werden kann. In einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten wurde die Vermutung geäußert, dass es deshalb zu Verzögerungen von Kostengutsprachen für die Rehabilitation käme. Zudem besteht bei den Verhandlungen mit den Spitälern zur Festlegung der Baserates für die Versicherer ein Anreiz zu möglichst tiefen Beträgen, während Spitäler eher höhere Beträge möchten. Gleichzeitig ist die Operationalisierung bestimmter Elemente der neuen Spitalfinanzierung noch unklar beziehungsweise umstritten (wie beispielsweise die Höhe des Abzugs für Forschung und universitäre Lehre oder die Durchführung des Benchmarkings). Dies hat mehrfach dazu geführt, dass sich die Tarifpartner nicht über eine Base-rate einigen konnten und die Kantone eine Base-rate festsetzen mussten, welche wiederum häufig von den Tarifpartnern nicht akzeptiert wurde (Klagen vor dem Bundesverwaltungsgericht). Inwieweit die Versicherer auf die Verfeinerung des Risikoausgleichs reagieren, kann aufgrund der Evaluation noch nicht beurteilt werden.

Auswirkungen auf die Versicherten

Die Versicherten sollen über die erweiterte schweizweit freie Spitalwahl Gelegenheit erhalten, den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern zu fördern. Voraussetzung dafür ist, dass Transparenz

über die Qualität der Spitalleistungen besteht. In einer Evaluationsstudie wurde aber vermutet, dass eine weiterhin bestehende Informationsasymmetrie zwischen Spitälern sowie Patientinnen und Patienten diesen Mechanismus hemmt. Im Vorfeld der Revision wurde befürchtet, dass die Massnahmen negative Auswirkungen auf bestimmte vulnerable Gruppen wie ältere und chronisch kranke Personen haben könnten. Bisher gibt es vereinzelt Hinweise darauf, dass die Spitäler solche vulnerablen Gruppen frühzeitig in Nachsorgeinstitutionen verlegen. Im Moment zeigt sich aber nicht, dass dies von Nachteil für die betroffenen Patientinnen und Patienten ist. Die Ergebnisse weiterer Studien zu diesem Thema stehen aber noch aus.

Auswirkungen auf die Kantone

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat nichts an der verfassungsmässigen Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geändert. Gleichzeitig sollen der Wettbewerb zwischen den Spitälern und die unternehmerischen Freiheiten der Spitäler gestärkt werden. Die Kantone können in ihrer Mehrfachrolle über die Spitalplanung, über den Leistungseinkauf und über das Tarifwesen Einfluss nehmen auf die Rahmenbedingungen der Spitäler. Zudem sind sie als Akteure an der Finanzierung und zum Teil am Betrieb der Spitäler beteiligt, sodass sie Einfluss haben auf die Betriebs- und Investitionskosten, die Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sowie auf die Vergabe von Krediten. Als wichtige Finanziierer von KVG-pflichtigen Spitalleistungen haben die Kantone ein Interesse daran, die Kosten für stationäre Leistungen zu begrenzen, solange dadurch der Versorgungsauftrag nicht gefährdet wird. Den Kantonen stellt sich damit bei der Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung die schwierige Aufgabe, ihre versorgungspolitischen und finanziellen Verantwortlichkeiten wahrzunehmen und zugleich dem Leistungswettbewerb und dem unternehmerischen Handeln der Spitäler genügend Spielraum zu lassen. Wie mehrere Studien im Auftrag anderer gesundheitspolitischer Akteure ergaben, ist die Ausgestaltung der Umsetzung der Revision im Jahr 2012 sehr heterogen (Credit Suisse Group AG 2013; Polynomics 2013; Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG 2014). Dies bedeutet, dass die Auswirkungen auf die Spitäler und die Kosten zu Lasten der OKP kantonal sehr unterschiedlich sind. Aufgrund von Übergangsbestimmungen greifen die gesetzlichen Vorgaben der Revision zur Umsetzung in den Kantonen erst im Jahr 2017 vollständig. Daher wird dieser Themenbereich erst Gegenstand der Evaluation in der kommenden, zweiten Etappe sein.

Finanzielle Umverteilungswirkungen der Revision

Die verfügbaren Daten zeigen, dass aufgrund der Zunahme der Kosten auch die Finanzierungslast für die kostentragenden Akteure insgesamt gestiegen ist (Obsan 2015a). Die vom Gesetzgeber mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beabsichtigte Umverteilung der Finanzierungslasten zeichnet sich jedoch bereits ab. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Revision im Jahr 2012 zu einer Umverteilung der Kosten der stationären Spitalleistungen weg von den Zusatzversicherungen hin zu den Kantonen geführt hat. Im Spitalzusatzversicherungsbereich kam es erwartungsgemäss zu einer deutlichen Kostensenkung. Innerhalb der KVG-pflichtigen Leistungsfinanzierung ist eine erwünschte Verschiebung der Kostenanteile von der OKP hin zu den Kantonen erfolgt. Allerdings schliesst die Finanzierung der stationären Spitalleistungen nun auch Kosten der Akutspitäler ein, die früher von den Kantonen alleine und über andere Rechnungen getragen wurden (z.B. Anlagenutzungskosten). Die Beurteilung der Umverteilung der Kosten fokussiert auf den stationären Spitalbereich. Inwiefern eine Umverteilung der Kosten im gesamten Versorgungssystem stattfindet, also einschliesslich der Kosten im ambulanten Bereich sowie in nachgelagerten Bereichen, kann im Moment nicht beurteilt werden. Die Finanzierungssituation in den Kantonen ist nach wie vor heterogen. Unterschiede bestehen insbesondere bei den kantonalen Anteilen zur Vergütung der stationären KVG-Leistungen sowie bei der Finanzierung von Investitionen und von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der drei Hauptziele des KVG?

Die Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ist sowohl auf gesamtschweizerischer wie auf kantonaler Ebene unterschiedlich weit fortgeschritten. Da bei einzelnen Massnahmen der Revision Übergangsfristen vorgesehen sind, ist der Zeitpunkt für eine Beurtei-

lung des Beitrags der Revision zur Erreichung der Hauptziele des KVG zu früh. Es können aber folgenden Aussagen, bezogen auf das Einführungsjahr 2012, hinsichtlich der drei Hauptziele des KVG gemacht werden:

KVG-Ziel Eindämmung des Kostenwachstums

Im Jahr 2012 zeigen die Indikatoren für die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem und in der OKP kein verringertes Wachstum. Es ist im Gegenteil verschiedentlich zu einer Akzentuierung der Entwicklung gekommen, wobei unklar bleibt, ob es sich um punktuelle Beobachtungen oder den Beginn neuer Tendenzen handelt. Zum jetzigen Zeitpunkt sind fehlende Belege für eine Eindämmung des Kostenwachstums nicht als Versagen der Wirkmechanismen zu interpretieren. Eine tiefgreifende Reform wie die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zieht eine Übergangsphase nach sich, die von Verschiebungen zwischen Bereichen, verschiedenen Anpassungsreaktionen der Akteure und einzelnen Unstimmigkeiten geprägt ist. Ähnliche Phänomene wurden auch im Jahr 2004 bei der Einführung des neuen Tarifsystems TARMED beobachtet. Um die Auswirkungen der Revision auf die Kosten des Versorgungssystems zuverlässiger beurteilen zu können, muss das neue Finanzierungssystem stabiler etabliert sein und es müssen längere Datenreihen zur Verfügung stehen.

KVG-Ziel Sicherstellung Zugang zu qualitativ hochstehender Versorgung

Eine Beeinträchtigung der Erreichung des Ziels, den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung für alle sozialen Gruppen weiter sicherzustellen, lässt sich nicht komplett ausschliessen. Zwar scheint aufgrund der verfügbaren Daten die Qualität der stationären Versorgung im Einführungsjahr 2012 nicht gelitten zu haben. Gleichzeitig gibt es punktuelle Hinweise darauf, dass das Vergütungssystem der Behandlung chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten nicht gerecht wird. Daraus könnte eine unerwünschte Patientenselektion resultieren, die solche Patientinnen und Patienten benachteiligt. Bislang hat sich in den verfügbaren Studien keine solche Benachteiligung gezeigt. Zukünftige Untersuchungen werden erweisen, inwiefern eine qualitativ hochstehende Versorgung für Alle nachhaltig, also auch nach Stabilisierung des neuen Systems, gesichert ist.

KVG-Ziel Solidarität zwischen den Versicherten

Die Solidarität zwischen den Versicherten wird hauptsächlich mittels Einheitsprämien und korrekten Rabattierungsregeln sichergestellt. Der verfeinerte Risikoausgleich soll diese Solidarität stärken oder zumindest nicht weiter strapazieren³. Versicherer sollen erfolgreich sein, wenn sie kostenbewusst arbeiten (geringe Verwaltungskosten, effiziente Kontrolle der vergüteten Leistungen) und für Ihre Versicherten qualitativ hochstehende Dienstleistungen erbringen. Eine vornehmlich auf Risikoselektion beruhende Geschäftsstrategie – und somit eine Ungleichbehandlung der Versicherten – soll dagegen künftig unattraktiv sein und nicht mehr belohnt werden.

In diesem Sinne hat sich der verfeinerte Risikoausgleich gemäss den Simulationsrechnungen bewährt. Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs (ab 2017)⁴ setzt dort an, wo sich weiterer Optimierungsbedarf wegen der zu schwachen Berücksichtigung von chronisch Kranken gezeigt hat.

Erweisen sich die Massnahmen der Revision als zweckmässig im Hinblick auf die Kosteneindämmung in der OKP?

Ob sich die im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung getroffenen Massnahmen wirklich eignen, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP zu erzielen, kann zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden. Es stehen fast nur Daten aus dem Jahr 2012 zur Verfügung, welche keine validen Aussagen über die mittel- und längerfristigen Auswirkungen der Revision ermöglichen. Es zeigt sich aber, dass sich 2012 verschiedene kostenrelevante Entwicklungen im Versorgungssystem bestätigt haben, die bereits vor der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gestartet sind und von dieser akzentuiert werden sollen. Hierzu zählen insbesondere die Verkürzung der Verweildauer in den Spitälern sowie eine Verlagerung von gewissen stationären Leistungen in andere

³ Dies gilt im Grunde auch für die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

⁴ Das Parlament hat im März 2014 eine Änderung des Risikoausgleichs beschlossen. Neu kann der Bundesrat in der Verordnung zusätzliche geeignete Indikatoren der Morbidität festlegen und beim Risikoausgleich berücksichtigen. Ab dem Ausgleichsjahr 2017 werden als weiterer Indikator für die Morbidität die Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt. Die entsprechende Änderung der VORA wurde vom Bundesrat am 15. Oktober 2014 verabschiedet (BAG 2014b). Dabei handelt es sich aber um eine Übergangslösung. Mittelfristig wird der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen als weitere Morbiditätsindikatoren angestrebt.

Bereiche. Zudem wird davon ausgegangen, dass es zu weiteren Konzentrationsprozessen in der Spitallandschaft kommt. Gleichzeitig gibt es Anzeichen von Verbesserungen der Qualität im Sinne von Prozessoptimierungen in den Spitälern. Verschlechterungen der Ergebnisqualität in der Versorgung lassen sich dagegen bisher nicht erkennen. Allerdings sind die kantonalen Rahmenbedingungen im Jahr 2012 noch sehr unterschiedlich. Das Versorgungssystem wird sich erst nach einem mehrjährigen Prozess auf die neue Spitalfinanzierung eingestellt haben. Erst dann werden sich die Wirkungen der Revision verbindlich beurteilen lassen. Mindestens bis dahin bleibt das Erfordernis einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen generell und im stationären Sektor im Besonderen bestehen. Auch zeichnet sich nicht ab, dass die verschiedenen Faktoren, welche seit Jahren einen Einfluss auf die Kosten im Gesundheitswesen haben, an Bedeutung verlieren (technischer Fortschritt, demografische Entwicklung usw.).

Welche Empfehlungen können aus der Evaluation abgeleitet werden?

Aus den bisher vorliegenden Ergebnissen der Evaluation können folgende Empfehlungen hinsichtlich Handlungsbedarf und Planung der zweiten Etappe der Evaluation abgeleitet werden.

Handlungsbedarf

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung befindet sich noch in der Umsetzungsphase und es ist kein unmittelbarer gesetzgeberischer Handlungsbedarf erkennbar. Wichtig ist, dass der Bund die Umsetzung weiterhin verfolgt und begleitet, um die Umsetzung im Sinne des Gesetzgebers sicherzustellen. Entsprechend steht das BAG im engen und regelmässigen Austausch mit den involvierten Akteuren. Aktuelle Probleme und Fragen betreffend Umsetzung der Revision (wie bspw. Tarifbeschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht, zu wenig differenzierte Tarifstruktur für den akutsomatischen Bereich, verzögerte Erarbeitung der schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen in den stationären Bereichen der Psychiatrie und Rehabilitation) verdeutlichen, dass die vollständige Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung und die entsprechende Festigung des Systems Zeit benötigen. Wichtig erscheint insbesondere die systematische Umsetzung der Massnahmen durch die Kantone. Dabei sollte auch die gewünschte Steigerung der Transparenz (z.B. beim Leistungseinkauf oder bei Subventionierungen) erwirkt werden.

Die Regulierung im Bereich des Risikoausgleichs wurde 2014 bereits angepasst. In einem ersten Schritt soll ab 2017 ein zusätzlicher Morbiditätsindikator für Arzneimittelkosten eingeführt werden, in einem zweiten Schritt folgt ein Indikator für pharmazeutische Kostengruppen. Damit wird insbesondere der Risikoausgleich für Versicherer mit chronisch kranken Personen, die mehrheitlich ambulant behandelt werden, verbessert. Das BAG ist aktuell an der Vorbereitung der Umsetzung der entsprechenden Massnahmen. Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen die Versicherer für effizientes Management (und guten Service für ihre Versicherten) belohnt werden.

Zweite Etappe der Evaluation

Für die zweite Etappe der Evaluation wird an der bestehenden Grundkonzeption festgehalten. Gestützt auf den Bundesratsentscheid vom 25. Mai 2011, soll sich auch die zweite Etappe der Evaluation von 2016 bis 2019 an der Minimalvariante gemäss der Machbarkeits- und Konzeptstudie, welche 2010 durchgeführt wurde, orientieren. Diese bedeutet eine Fortführung der bisherigen Datenanalysen in den Bereichen Kosten und Finanzierung sowie Qualität der stationären Leistungen. Das Verhalten der Spitäler soll vertieft hinsichtlich Mengenentwicklung und Verlagerungen von Leistungen untersucht werden. Zudem sollen die kantonalen Spitalplanungen sowie die Leistungsspektren und -volumina der Spitäler analysiert werden. Die Auswirkungen der im Jahr 2014 beschlossenen weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen nicht mehr im Rahmen dieser Evaluation untersucht werden.

1 Einführung

Am 21. Dezember 2007 wurde die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich von den eidgenössischen Räten verabschiedet und am 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Die Mehrheit der Massnahmen wird seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt.⁵

Zur besseren Verständlichkeit wird deshalb im Folgenden das Jahr 2012 als Einführungsjahr der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung bezeichnet. In Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) ist vorgesehen, die Auswirkungen des Gesetzes wissenschaftlich zu untersuchen. Dazu hat der Bundesrat am 25. Mai 2011 die Durchführung einer entsprechenden Evaluation gutgeheissen.⁶ Von 2012 bis 2019 sollen im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zu fünf Themen in zwei Etappen wissenschaftliche Studien durchgeführt werden. Die Ergebnisse sollen in einem Synthesebericht zusammengefasst werden.

Die vorliegende Zwischensynthese der ersten Etappe der Evaluation fasst den aktuellen Stand (Oktober 2014) der gewonnenen Erkenntnisse zur Umsetzung und Wirkung der Revision zusammen.⁷

1.1 Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich: Ziele und Massnahmen

Die drei Hauptziele des 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. Die Kosteneindämmung ist dabei das zentrale Ziel der Revision und bezieht sich hauptsächlich auf eine Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP (Bundesrat 2004).

Die KVG-Revision besteht aus zwei Vorlagen: der Neuordnung der Spitalfinanzierung und der Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern. Die vorgesehenen Massnahmen im Bereich der Spitalfinanzierung beziehen sich auf die stationäre Versorgung in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Hier sollen Anreize zu mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern, zur Steigerung der Effizienz und zur Eindämmung des Kostenwachstums geschaffen werden. Die Kantone sollen die Spitalplanungen entsprechend den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität überarbeiten.

Die wichtigsten Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sind im Folgenden kurz beschrieben:⁸

- *Einführung von leistungsbezogenen 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 Tarifsysteem SwissDRG.⁹ Dieses besteht aus schweizweit einheitlichen Kostengewichten pro Diagnosegruppe und spitalspezifischen Basisfallpreisen (so genannte Baserates). Für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation liegen erste Vorschläge für leistungsbezogene Pauschalierungsmodelle vor. 2018 sollen in diesen Bereichen schweizweit einheitliche Tarifstrukturen eingeführt werden.

⁵ Zwei Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung («Kantonale Spitalplanungen entsprechend Planungskriterien» und «Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen») werden seit dem 1.1.2009 umgesetzt. Die Umsetzung der übrigen Massnahmen erfolgt seit dem 1.1.2012 (vgl. BAG 2015: 2). Zur Einbettung der Revision in die Reform der sozialen Krankenversicherung siehe BAG 2012a.

⁶ BAG 2015: 2.

⁷ Die Beantwortung der im Gesamtkonzept der Evaluation (BAG 2015: 9) formulierten übergeordneten Fragestellungen, wird – soweit zum jetzigen Zeitpunkt möglich – in der Zusammenfassung geleistet.

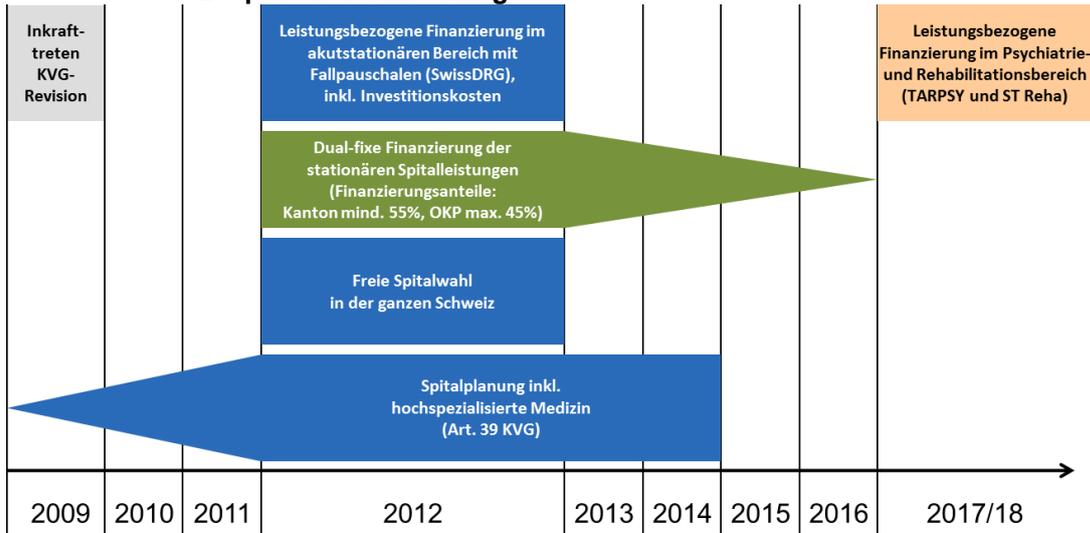
⁸ BAG 2015: 3.

⁹ DRG steht für *Diagnosis Related Groups* (diagnosebezogene Fallgruppen).

- *Dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen* (Umsetzung seit 1. Januar 2012): Mit der neuen Spitalfinanzierung gelten für Spitäler mit öffentlicher und für Spitäler 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 öffentlichen und der privaten Spitäler, die in die kantonale Planung aufgenommen sind (so genannte Listenspitäler), werden unter Einbezug der Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) nach einem fixen Finanzierungsschlüssel von den Kantonen und von den Krankenversicherern im Rahmen der OKP vergütet (Kantone mindestens 55% und OKP maximal 45%). Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 die schweizerische Durchschnittsprämie unterschritt, haben bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil auf mindestens 55 Prozent festzusetzen (vgl. Art. 49a KVG sowie Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007).
- *Freie 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. Bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung leisten der Versicherer und der Wohnkanton ihren anteilmässigen Beitrag an die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (vgl. Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Eine Ausnahme bildet die ausserkantonale stationäre Spitalbehandlung aufgrund medizinischer Indikation, bei welcher der Wohnkanton bereits vor der Revision eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif des ausserkantonalen Listenspitals und dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung galt, übernahm. Im Vergleich zu vor der Revision ist damit die finanzielle Patientenbeteiligung für ausserkantonale stationäre Spitalaufenthalte nur noch marginal und die Zusatzversicherungen werden stark entlastet.
- *Kantonale Spitalplanungen entsprechend Planungskriterien sowie Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern* (Umsetzung seit 1. Januar 2009): Grundlage für die Spitalplanung der Kantone bilden auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierte Planungskriterien. Die Kantone beteiligen sich nur an der Vergütung der Leistungen von Spitälern, die einer kantonalen Planung entsprechen (Listenspitäler). Die Krankenversicherer können mit Spitälern, welche nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind, Verträge über die Vergütung von Leistungen der OKP abschliessen (so genannte Vertragsspitäler). 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). Für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Die Kantone haben sich mit der Unterzeichnung der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) vom 1. Januar 2009 zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet.

Abbildung 2 zeigt den Zeitplan für die Umsetzung dieser vier Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung.

Abbildung 2: Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Zeitplan und Umsetzung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BAG 2014b.

Eine weitere Massnahme der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ist die *Verpflichtung der Leistungserbringer zu mehr Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen* (Umsetzung seit 1. Januar 2009): Die Leistungserbringer werden verpflichtet, medizinische Qualitätsindikatoren zu erheben und diese bekannt zu geben. Das BAG veröffentlicht diese (vgl. Art. 22a KVG). Damit sollen die Qualität der Leistungen transparent gemacht und der Wettbewerb gestärkt werden.

Mit der KVG-Revision wurde auch eine *Verfeinerung des Risikoausgleichs* beschlossen (Umsetzung seit dem Risikoausgleich 2012). Neben den bisherigen Indikatoren Alter und Geschlecht wird neu auch der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr in die Berechnung einbezogen.

1.2 Die Evaluation der Revision: Ziele, Konzeption und Organisation

In diesem Abschnitt werden die Ziele, die Konzeption und die Organisation der Evaluation kurz vorgestellt. Für eine ausführlichere Beschreibung verweisen wir auf das Gesamtkonzept der Evaluation.¹⁰

Ziele der Evaluation

Die Ziele und der Zweck der Evaluation werden in Artikel 32 KVV (Wirkungsanalyse) definiert:

«¹ Das BAG führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie mit Vertretenden der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch.

² Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.»

Die Evaluation erfolgt im Nachhinein (Ex-post-Evaluation) und soll Wirkungszusammenhänge vertieft analysieren. Die Auswirkungen der KVG-Revision sollen grundsätzlich auf nationaler Ebene untersucht werden, um gesamthafte, auf die Revision zurückzuführende Veränderungen und Tendenzen zu erkennen.

Organisation der Evaluation

Der Bundesrat ist Auftraggeber der Evaluation des BAG. Die Durchführung der Evaluation erfolgt in Form von Mandaten, die das BAG an externe Auftragnehmer vergibt.¹¹ Innerhalb des BAG ist die Steuergruppe, bestehend aus Vertretenden der Direktionsbereiche Kranken- und Unfallversicherung

¹⁰ BAG 2015.

¹¹ Gemäss Art. 32 Abs. 3 KVV.

(KUV) und Gesundheitspolitik (GP), für die Durchführung der Evaluation verantwortlich und trifft dabei die strategischen Entscheide. Die operative Co-Projektleitung des Gesamtprojekts der Evaluation liegt ebenfalls in der Verantwortung der beiden Direktionsbereiche. Zudem wurden für jeden Themenbereich (vgl. nächster Abschnitt) eine verantwortliche Leitung und eine Begleitgruppe eingesetzt.

Konzeption der Evaluation

Zur Vorbereitung der Evaluation wurde eine Machbarkeits- und Konzeptstudie erarbeitet.¹² Darin wurden Hauptfragestellungen für eine Evaluation herausgearbeitet und insgesamt neun Themenbereiche und 16 Evaluationsstudien beschrieben. Diese wurden je nach Bedeutung, Priorität und Aufwand einer Minimalvariante, einer Standardvariante und einer Kompletvariante der Evaluation zugeordnet. Die Varianten unterschieden sich sowohl in der Breite der erfassten Themen als auch in der Tiefe der Bearbeitung der einzelnen Themen.

Am 25. Mai 2011 hat der Bundesrat die Mittel zur Durchführung der Minimalvariante der Evaluation gutgeheissen. Davon ausgehend hat das BAG fünf Themen als Schwerpunkte der Evaluation konkretisiert. Vier Themenbereiche beziehen sich auf die Neuordnung der Spitalfinanzierung, ein Themenbereich auf den verfeinerten Risikoausgleich (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Die fünf Themenbereiche der Evaluation nach den zwei Vorlagen der Revision

Vorlage der Revision	Thema für die Evaluation (Einfluss der Vorlage auf ...)
<i>Neuordnung der Spitalfinanzierung</i>	• Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung
	• Verhalten der Spitäler
	• Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems
	• Qualität der stationären Leistungen
<i>Verfeinerung Risikoausgleich</i>	Risikoausgleich

Quelle: Basierend auf BAG 2015: 5 ff.

Zu den jeweiligen Themen wurden spezifische Fragestellungen für einzelne Evaluationsstudien formuliert. Ein Teil dieser Studien wurde bereits realisiert. Andere Studien werden erst in den kommenden Jahren lanciert. Methodisch basieren die bisher verfügbaren Untersuchungen vornehmlich auf Daten des BFS (insbesondere Krankenhausstatistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie die Statistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens) und der Versicherer (insbesondere Datenpool der SASIS AG). Zusätzlich wurden in einzelnen Evaluationen Gespräche mit Expertinnen und Experten durchgeführt oder weitere Daten ausgewertet. Da die Umsetzung der meisten Massnahmen am 1. Januar 2012 begonnen hat, kennzeichnet das Jahr 2012 eine wichtige Zäsur für die Beurteilung der Entwicklungen in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich.

Die vorliegende Synthese beruht zum einen auf insgesamt sieben Untersuchungen¹³, welche das BAG in den Jahren 2012 bis 2014 in Auftrag gegeben hat. Um eine möglichst breite Beurteilungsgrundlage zu erhalten, werden zum anderen auch Ergebnisse relevanter Studien anderer Auftraggeber in die Synthese einbezogen. Zu deren Identifizierung führte das BAG von August 2013 bis Juni 2014 mehrere Umfragen bei Stakeholdern und wissenschaftlichen Institutionen durch. Dabei wurde gezielt nach Studien im Zusammenhang mit Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gefragt.¹⁴

Wirkungsmodell

Basierend auf der Machbarkeits- und Konzeptstudie wurde als theoretische Grundlage für die Evaluation ein vereinfachtes Wirkungsmodell der KVG-Revision erarbeitet (vgl. Abbildung 4).

¹² Berner Fachhochschule/Université de Genève/Universität Zürich 2010.

¹³ Einschliesslich zwei Vorstudien zur Qualitätsmessung.

¹⁴ Eine Liste der resultierenden Studien findet sich unter <<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>. Aus den Ergebnissen der Umfrage wurden relevante Studien für die vorliegende Evaluation ausgewählt. Kriterien für die Auswahl der Studien waren die Referenzperiode der Daten (Daten des Jahres 2012 sowie der Vorjahre) sowie die inhaltliche Relevanz für die Fragestellungen der Evaluation (vgl. BAG 2015).

Das Wirkungsmodell zeigt auf, wie die Massnahmen der Revision idealerweise hinsichtlich der Ziele des KVG wirken sollten. Zudem werden auch mögliche andere Einflussfaktoren dargestellt. Das Wirkungsmodell geht von den zentralen Massnahmen der Revision aus. Dargestellt sind dann die Wirkungspfade über die unmittelbaren Resultate dieser Massnahmen (Output), zumeist an der Nahtstelle zu den Adressaten, über Wirkungen, welche bei den direkten Adressaten eintreten (Outcomes) bis hin zu Wirkungen im Hinblick auf die drei Hauptziele des KVG auf gesamtgesellschaftlicher Ebene (Impact).

Abbildung 4: Theoretische Grundlage der Evaluation (Wirkungsmodell)



Quelle: BAG 2015: 8.

Grenzen der Evaluation

Die vorliegende Synthese hat zum Ziel, die bisher bekannten Wirkungen der KVG-Revision in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich wissenschaftlich fundiert und möglichst umfassend darzustellen. Theoretisch waren erste Wirkungen der Revision bereits im Jahr 2012 zu erwarten. Allerdings benötigen die meisten Massnahmen einige Jahre bis zur vollständigen Implementation und Wirkungsentfaltung. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass die relevanten Daten des BFS wegen der aufwändigen Aufbereitung nur verzögert verfügbar sind.¹⁵ Deshalb konnten im Jahr 2014 vornehmlich Daten bis zum Jahr 2012 analysiert und somit die Situation in diesem Jahr dargestellt werden.

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

Schliesslich gilt es nochmals darauf hinzuweisen, dass sich der Bundesrat bei der Evaluation für die vom BAG vorgeschlagene Minimalvariante mit Fokussierung auf die Spitäler (vgl. Abschnitt «Konzeption der Evaluation») entschieden hat. Dies hat zur Folge, dass einige wichtige Fragestellungen, die in der Maximal- oder Standardvariante berücksichtigt worden wären, nicht oder nur sehr eingeschränkt beantwortet werden können. Dazu zählen vor allem ethische Fragen aus Sicht der Versicherten und Fragen zum ambulanten Bereich. Insbesondere folgende Aspekte werden nicht spezifisch untersucht:

- Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung von vulnerablen Patientengruppen (z.B. Kinder, Betagte, Multimorbide oder chronisch Kranke), auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen und zu

¹⁵ Vgl. Anhang 1 des Gesamtkonzepts Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (BAG 2015) für eine Übersicht über den Bedarf und die Verfügbarkeit der für die Evaluation benötigten Daten.

- einer qualitativ hochstehenden Versorgung (z.B. zu ausserkantonalen Spitalleistungen), auf die Risikoselektion durch Spitäler und/oder Ungleichbehandlung bestimmter Patientengruppen;
- Auswirkungen auf dem stationären Bereich vor- und nachgelagerte Leistungserbringer (wie z.B. ambulante Dienste oder Pflegeheime).

2 Ergebnisse der Evaluation

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der bisher verfügbaren Untersuchungen zusammengefasst. Zunächst werden die Entwicklungen der Spitallandschaft und der stationären Versorgung sowie die Reaktionen der Spitäler auf die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung dargestellt. Danach wird auf die berichteten Entwicklungen der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems sowie der Qualität der stationären Leistungen eingegangen. Im letzten Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich Risikoausgleich dargestellt.

2.1 Spitallandschaft und stationäre Versorgung

Der Begriff «Spitallandschaft der Schweiz» bezieht sich auf die Zahl der Spitäler und deren Zusammensetzung nach Leistungsspektrum und -volumina. Durch eine optimale Gestaltung der Spitallandschaft soll langfristig eine qualitativ hochstehende und effiziente stationäre Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden.

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beabsichtigt der Gesetzgeber eine Verbesserung der Qualität und der Effizienz der stationären Leistungserbringung über die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen. Angestrebt werden hauptsächlich eine Stärkung des Wettbewerbs und der interkantonalen Zusammenarbeit. In den zwischen 2015 und 2018 geplanten Evaluationsstudien soll untersucht werden, zu welchen Veränderungen die Revision im Bereich der Spitallandschaft und hinsichtlich der Sicherstellung der stationären Versorgung führt. Dazu soll beurteilt werden, ob die Revision einen Einfluss auf die kantonalen Spitalplanungen, auf allfällige Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft sowie auf die Wettbewerbsorientierung der Spitäler hat. Zudem interessiert der Einfluss auf das Leistungsspektrum und die Leistungsvolumen der Spitäler.

2.1.1 Ausgangslage

Gemessen an der Spitalerreichbarkeit und der Patientenzufriedenheit war die stationäre Versorgungssituation in der Schweiz 2011 sehr gut. Dies machen Berechnungen der Credit Suisse deutlich, welche aufzeigen, dass 99 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 Autominuten ein Allgemeinspital und rund 90 Prozent ein Zentrumsspital erreichen können (Credit Suisse 2013: 27). Patientenbefragungen in 80 Prozent der Allgemeinspitäler ergaben zudem eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Qualität der Behandlung und den erhaltenen Informationen (ANQ 2014).

Im Jahr 2011, also vor der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, gab es in der Schweiz rund 300 Spitäler an knapp 480 Standorten. 120 Spitäler waren Allgemeinspitäler, davon 30 Zentrumsversorger (Universitäts- und Kantonsspitäler) und 90 Grundversorger. Die knapp 200 Spezialkliniken¹⁶ fokussierten vor allem auf die Psychiatrie, Rehabilitation, Chirurgie und Geriatrie und waren im Schnitt deutlich kleiner als die Allgemeinspitäler (knapp 80 Betten versus 220 Betten) (BFS 2013). Pro Tausend Einwohnerinnen und Einwohner standen 2011 in der Schweiz rund 4,9 Betten zur Verfügung. Damit liegt die Schweiz nahe dem OECD-Mittel von 4,8 (OECD 2013). Die öffentliche Hand spielte eine wichtige Rolle als Trägerin von Spitälern. Gut die Hälfte aller Spitäler waren 2011 öffentliche oder öffentlich subventionierte Betriebe (BFS 2013). Dabei war die öffentliche Beteiligung vor allem bei den Allgemeinspitälern ausgeprägt (Credit Suisse 2013: 20).

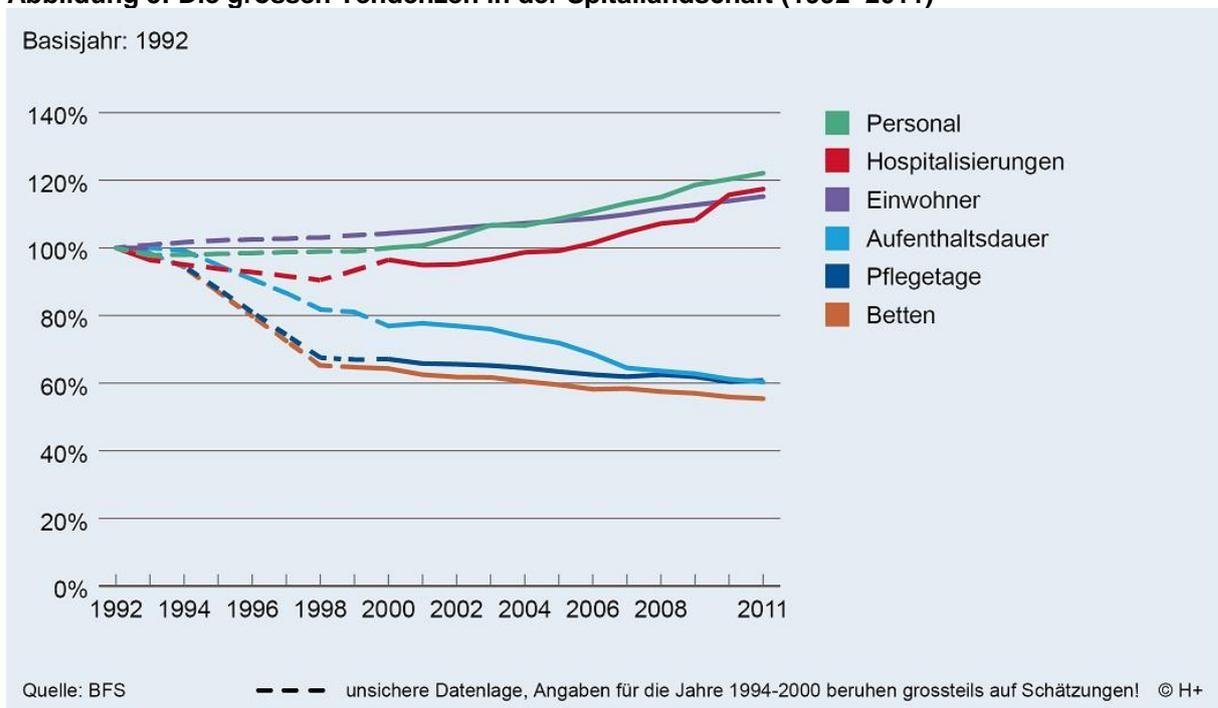
Die dargestellte Situation ist das Ergebnis eines Wandels hin zu einer stärkeren marktwirtschaftlichen Ausrichtung, der bereits vor etlichen Jahren eingesetzt hat. Wird die Spitallandschaft von 1999 mit jener von 2011 verglichen, so weisen viele Indikatoren auf einen *Konzentrations- und Spezialisierungsprozess* hin. Beispielsweise hat die Zahl der kleinen und mittleren Spitäler der Grundversorgung stark abgenommen (-50% seit 1999) bei gleichzeitiger Zunahme der Zahl der Zentrumsspitäler und Spezialkliniken (Credit Suisse 2013: 25). Ausserdem haben die Zentrumsspitäler in der Grundversorgung eine führende Rolle übernommen und behandelten 2011 rund 60 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten (Credit Suisse 2013: 25). Die Reduktion der Zahl der Spitäler wird jedoch vor allem auf Fusionen und Spitalgruppenbildungen mit mehreren Standorten und weniger auf Schliessungen von

¹⁶ BFS 2013 und H+ 2014 machen für 2011 unterschiedliche Angaben zur Zahl der Spezialkliniken (163 [BFS] und 180 [H+]). H+ unterscheidet neben den Spezialkliniken noch separat nach Psychiatrie und Rehabilitation, welche in diesem Bericht aber unter Spezialkliniken subsummiert wurden.

Spitälern zurückgeführt (Credit Suisse 2013: 27).¹⁷ Diese Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse haben vereinzelt bereits die Kantonsgrenzen überschritten. In der erwähnten Studie der Credit Suisse werden Beispiele für eine besonders intensive und langjährige interkantonale Zusammenarbeit in der Nordwest- und der Zentralschweiz genannt, wo explizit die Schaffung gemeinsamer Versorgungsregionen angestrebt wird. In der Westschweiz geht die Zusammenarbeit laut der Studie etwas weniger weit. Allerdings bestehen dort zum Teil bereits heute interkantonale Spitäler.

Mit dem Konzentrations- und Spezialisierungsprozess gingen eine *Effizienzsteigerung* sowie ein Trend in Richtung mehr *Markt* in der Spitallandschaft einher. Abbildung 5 zeigt, dass Spitäler heute mit geringeren Kapazitäten mehr Patientinnen und Patienten in vergleichsweise kürzerer Zeit behandeln als noch vor 20 Jahren (H+ 2014). Die öffentlich-rechtlichen Spitäler verzeichnen seit ein paar Jahren zudem einen Trend zu mehr Eigenständigkeit. Der Anteil an Spitälern, die Teil der öffentlichen Verwaltung oder unselbstständige Anstalten sind, ist rückläufig. Drei Viertel der öffentlich-rechtlichen Spitäler waren 2011 selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalten (34%), Aktiengesellschaften (31%) oder private Stiftungen (13%) (Credit Suisse 2013: 18 ff.).

Abbildung 5: Die grossen Tendenzen in der Spitallandschaft (1992–2011)



Lesehilfe: In den letzten 20 Jahren haben die Bettenzahl (-45%), die Aufenthaltsdauer (-40%) und die Pflgetage (-40%) abgenommen. Gleichzeitig haben die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner (+15%), die Hospitalisierungen (+18%) und das Personal (+22%) zugenommen.

Quelle: H+ 2014.

Wichtige Einflussfaktoren auf den Wandel der Spitallandschaft in Richtung Konzentration, Spezialisierung, Effizienzsteigerung und Marktorientierung sind die Veränderung der Nachfrage und gesetzliche Regelungen von Bund und Kantonen sowie knappe Ressourcen:

- Die *Nachfrage* stationärer Versorgungsleistungen hat insbesondere infolge des demografischen Wandels, zunehmender Multimorbidität und chronischer Erkrankungen sowie des technischen Fortschritts zugenommen. In der Credit Suisse-Studie wird vor allem die angebotsinduzierte Nachfrageentwicklung als bedeutsam beurteilt, beispielsweise bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt (Credit Suisse 2013: 9). Die demografische Entwicklung (Bevölkerungswachstum und -alterung) wird dagegen als deutlich weniger kostenrelevant eingestuft.¹⁸ Sie gilt

¹⁷ Die Zahl der Mitarbeitenden und der Fälle pro Allgemeinspital (Grundversorger und Zentrumsspitäler) nahm im gleichen Zeitraum zu (Credit Suisse 2013: 28).

¹⁸ Diese sei zwischen 2000 und 2010 für nur gut ein Drittel des Kostenanstiegs im Spitalwesen verantwortlich gewesen (Credit Suisse 2013: 22).

aber als bedeutsam für die unterschiedliche regionale Verteilung der Nachfrage. Vor allem im Agglomerationsraum von Zürich, in der Zentralschweiz und in der Genferseeregion ist ein demografisch bedingter Nachfragezuwachs zu erwarten (Credit Suisse 2013: 5).

- *Gesetzliche Rahmenbedingungen* auf Ebene Bund und Kantone: Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung liegt, auch nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, bei den Kantonen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass diesen eine Mehrfachrolle zukommen kann, welche den erwünschten Wandel der Spitallandschaft in Richtung Konzentration, Spezialisierung, Effizienzsteigerung und Marktorientierung hemmt. Die Mehrfachrolle besteht darin, dass die Kantone erstens eine Hoheitsfunktion wahrnehmen (Spitalplanung, Leistungseinkauf, Tarifwesen). Zweitens sind sie an der Finanzierung der Spitäler beteiligt (Betriebs-/Investitionskosten, gemeinwirtschaftliche Leistungen, Kreditvergabe) und drittens sind sie häufig auch Eigentümer oder Betreiber von Spitälern. Zudem können regionalpolitische Ziele wie der Erhalt von Arbeitsplätzen in Spitälern ein Spannungsfeld erzeugen (Polynomics 2013: 3).
- In Expertengesprächen wurden zudem die Verknappung von *finanziellen und personellen Ressourcen* als Einflussfaktor auf die Entwicklungen in der Spitallandschaft genannt (Sinergia 2013b, zitiert in B,S,S. 2014: 4).

Es ist eine Zielsetzung der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu untersuchen, inwiefern die genannten Einflussfaktoren den intendierten Wandel der Spitallandschaft beeinflussen.

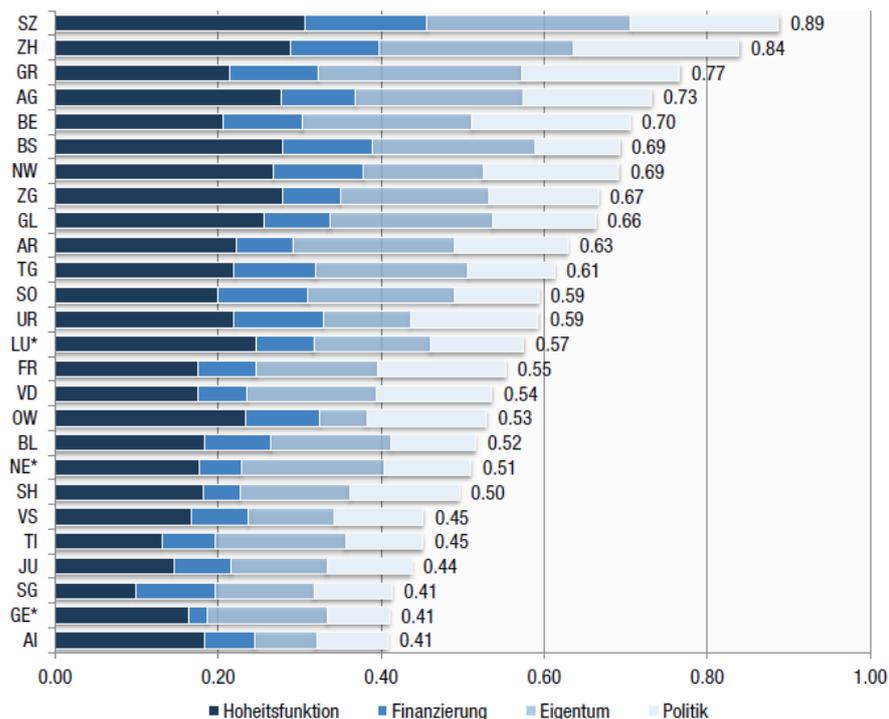
2.1.2 Ergebnisse von Wirkungsanalysen

Messbare Veränderungen der Spitallandschaft und der stationären Versorgung, welche sich auf die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zurückführen lassen, sind erst mittel- bis langfristig zu erwarten. Dies liegt erstens daran, dass gewisse Massnahmen der Revision noch nicht definitiv umgesetzt sind. So wird die Ausgestaltung des Fallpauschalensystems SwissDRG fortwährend angepasst und die kantonalen Gesetzgebungen sind diesbezüglich teilweise noch in Bearbeitung. Zweitens bestehen für die Umsetzung zum Teil Übergangsfristen, welche noch nicht abgelaufen sind. So müssen die kantonalen Spitalplanungen erst Ende 2014 den geänderten Vorgaben von Artikel 39 KVG entsprechen und der Anteil der Kantone bei der Vergütung stationärer Leistungen wird erst 2017 für alle Kantone mindestens 55 Prozent betragen.¹⁹ Drittens braucht die Entfaltung der Wirkungen der Revision wie auch die Sammlung von Daten, welche die entsprechenden Veränderungen dokumentieren, in der Regel einige Zeit. Das BAG hat daher die Durchführung einer Evaluationsstudie zur Entwicklung der Spitallandschaft ab 2015 geplant, wenn mindestens Daten aus den Jahren 2012 und 2013 zur Verfügung stehen.²⁰

Gewisse erste Hinweise, welche den Einfluss der Revision auf die Entwicklungen der Spitallandschaft und die stationäre Versorgung betreffen, lassen sich aber dennoch aus drei Studien gewinnen, welche andere gesundheitspolitische Akteure 2013 bis 2014 haben durchführen lassen. Eine Studie wurde vom Internetvergleichsdienst Comparis bei der Firma Polynomics im Auftrag gegeben. Sie vergleicht die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Spitäler in den Kantonen. Polynomics hat dazu einen Index zur Wettbewerbsfreundlichkeit der kantonalen Regulierungen erarbeitet und für das Jahr 2012 berechnet. Die Analyse ergab, dass interkantonal sehr unterschiedliche Voraussetzungen für einen Wettbewerb zwischen den Spitälern bestehen (vgl. Abbildung 6). Die Studienautoren erwarten aber vor allem in den nächsten beiden Jahren noch weitere Anpassungen der kantonalen Gesetzgebung. (Polynomics 2013: 3 ff.).

¹⁹ Vgl. Abs. 3 und Abs. 5 der Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21.12.2007 (Spitalfinanzierung).

²⁰ Krankenhausstatistik (BFS), Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG), weitere Daten zum Beispiel der Kantone (insbesondere zur Spitalplanung) und Spitäler. Vgl. BAG 2015: 14.

Abbildung 6: Wettbewerbsfreundlichkeit kantonaler Spitalregulierungen 2012

* Ergebnisse konnten nicht mit Kantonsvertretern überprüft werden

Lesehilfe: In der Abbildung sind die Ergebnisse zum Gesamtindex abgebildet. Der erste Abschnitt der Ergebnisbalken pro Kanton gibt Auskunft zum Subindex «Hoheitsfunktion» (Spitalplanung, Leistungseinkauf, Tarifwesen), der zweite zur «Finanzierung» (Betriebs-/Investitionskosten, gemeinwirtschaftliche Leistungen, Kreditvergabe), der dritte zum «Eigentum» (Rechtsform, strategische und operative Führung der Spitäler, Infrastruktur) und der vierte zur «Politik» (politische Ausgangslage, politisches Controlling, Transparenz). Ein hoher Indexwert nahe bei 1 bedeutet, dass der Kanton die Spitalversorgung wettbewerbsfreundlich ausgestaltet; ein Wert nahe bei null weist auf eine wettbewerbsfeindliche Ausgestaltung hin.

Quelle: Polynomics 2013: 6 und 51.

Die zweite Studie stammt von Juristen des rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich und der Poledna Boss Kurer AG. Gegenstand der Untersuchung, die auf der Befragung von 18 Kantonen beruht, ist die Regelung der kantonalen Investitionsbeiträge für Spitäler unter den neuen Vorgaben der KVG-Revision Spitalfinanzierung. Die Studie kommt ebenfalls zum Schluss, dass die kantonale Umsetzung auffällig heterogen ist, Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitäler nicht wie gewünscht gewährleistet sind und daher Wettbewerbsverzerrungen zu befürchten sind (Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG 2014: 15 ff.).

Die dritte für die besprochene Thematik relevante Untersuchung stammt von der Credit Suisse. Sie weist auf die uneinheitliche Umsetzung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung in den Kantonen hin. Als Beispiele werden, unter anderem, geplante Fonds zur Unterstützung defizitärer Spitäler, eine Genehmigungspflicht für Spitalinvestitionen sowie Mengengrenzungen wie vorgeschriebene Ober- und Untergrenzen für Fallzahlen für den Erhalt eines Leistungsauftrags genannt. Hervorgehoben wird insbesondere, dass der Begriff der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Spitäler, welche von den Kantonen finanziert werden, sehr uneinheitlich und unklar definiert werde. In der Studie wird vermutet, dass auf diese Weise verdeckte Subventionen verteilt werden könnten (Credit Suisse 2013: 18 f.).

2.1.3 Ausblick

Es ist gegenwärtig noch deutlich zu früh, um die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung der Bevölkerung zu beurteilen. Das Leistungsspektrum und die Leistungsvolumina der Spitäler sowie allfällige Konzentrationsprozesse sind Themen, welche im Rahmen einer vom BAG ab dem Jahr 2015 geplanten

ten Evaluationsstudie untersucht werden sollen. Ergebnisse dieser Studie sind frühestens 2017 zu erwarten. Für die Zukunft wäre es wichtig, die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen sowie der wettbewerbspolitischen Rahmenbedingungen für die Spitäler in den Kantonen im Blick zu haben.

2.2 Verhalten der Spitäler

Der Gesetzgeber beabsichtigt durch die Massnahmen der Revision unter anderem, den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu intensivieren. Der Begriff «Verhalten der Spitäler» bezieht sich in diesem Abschnitt auf die Reaktionen der Spitäler infolge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Eine zentrale Rolle nimmt in diesem Zusammenhang das schweizweit einheitliche Fallpauschalensystem für den akutsomatischen Spitalbereich (SwissDRG) ein. Dieses soll mittels verbesserter Transparenz die Vergleichbarkeit der Spitäler in der ganzen Schweiz ermöglichen (Obsan 2011: 7). Angestrebt wird, dass die Spitäler die Effizienz und die Qualität der Leistungserbringung steigern, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Erwünschte Anpassungen im Verhalten der Spitäler sind beispielsweise eine verstärkte Spezialisierung²¹ und eine Steigerung von Leistungsmengen im Sinne der Ausnutzung von Skaleneffekten sowie gesteigerte Qualitätsanstrengungen. Im Vorfeld der Revision wurde allerdings gleichzeitig befürchtet, dass die neue Spitalfinanzierung bei den Spitälern zu negativen Verhaltensanpassungen führt wie unerwünschte Mengenausweitungen, falsche Codierung im Fallpauschalensystem im Sinne einer systematischen Erhöhung der Schweregrade von Fällen («Up-Coding»), Patientenselektion²² und verfrühte («blutige») Entlassungen.

In der Evaluation wird untersucht, ob die Spitäler²³ als Folge der Revision einen erhöhten Kosten- und Qualitätsdruck wahrnehmen und wie sie gegebenenfalls darauf reagieren. Insbesondere interessiert, in welchem Umfang in den Spitälern Prozesse angepasst werden und inwiefern es zu Effizienzsteigerungen kommt.

2.2.1 Ausgangslage

Stationäre Leistungen der akutsomatischen Spitäler werden ab 2012 neu schweizweit einheitlich mittels leistungsbezogenen Fallpauschalen abgegolten. Vor der Revision erfolgte die Vergütung in den Kantonen nach unterschiedlichen Vergütungssystemen. In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie im Kanton Solothurn wurden Leistungen nach Behandlung und Aufenthaltstagen abgegolten. Im Grossteil der West-, Zentral- und Südschweizer Kantone wurden bereits seit einigen Jahren leistungsbezogene Fallpauschalen verwendet.²⁴ Oftmals wurden Mischsysteme aus Fall- und Tagespauschalen (z.B. Prozess-Leistungs-Tarifierung PLT) angewendet (B,S,S./Universität Basel 2012: 2 f.).²⁵ Tagespauschalen waren bis dahin am ehesten in Privatkliniken verbreitet (Obsan 2011: 15).²⁶

Bei Fallpauschalensystemen werden vorab Pauschalen für Leistungen festgelegt. Jeder Fallgruppe (DRG) wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Im SwissDRG-System ist dieses Kostengewicht schweizweit gleich. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, wird berechnet, indem das jeweilige Kostengewicht eines «Falls» mit dem spitalspezifischen Basisfallpreis (Baserate) multipliziert wird. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der in einem Spital für einen Behand-

²¹ Eine Spezialisierung kann zu einer Konzentration von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Merkmalen führen, was als erwünschte Patientenselektion interpretiert werden kann. In diesem Bericht wird hierfür der Begriff Spezialisierung verwendet.

²² Siehe Fussnote 21.

²³ Nicht berücksichtigt werden die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie, da hier noch keine auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen beruhenden leistungsbezogenen Fallpauschalen eingeführt worden sind. In den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie ist die Einführung von leistungsbezogenen (Fall-) Pauschalen für das Jahr 2018 geplant (SwissDRG 2014).

²⁴ 2011 rechnete die Mehrheit der Spitäler in elf Kantonen (Genf, Waadt, Wallis, Neuenburg, Bern, Tessin, Obwalden, Nidwalden, Uri, Schwyz, Zug) nach APDRG und in zwei Kantonen (Aargau, Graubünden) mit gemischten Tarifsyste men ab. Im Kantonsspital Luzern wurde ab 2010 parallel zum Tagespauschalensystem SwissDRG als Pilotprojekt eingeführt (H+ 2011: 6). APDRG basiert auf einem ähnlichen Grundprinzip wie SwissDRG, unterscheidet sich aber in einigen Aspekten davon. Beispielsweise umfasst es deutlich weniger Diagnosegruppen als SwissDRG. Weiter sind die Berechnungsmethoden und die Abrechnungsregeln verschieden. Zudem gibt es unter APDRG keine Verlegungsabschläge (SwissDRG 2014).

²⁵ Gemäss H+ wendeten neun Kantone (Freiburg, Jura, Zürich, Schaffhausen, St. Gallen, die beiden Appenzell, Glarus, Thurgau) Mischsysteme an (H+ 2011: 6).

²⁶ Die Angaben des Obsan beziehen sich auf das Jahr 2008. Eine Analyse des BAG zeigt, dass 2011 noch rund 40 Prozent der Privatkliniken der Akutsomatik nach Tagespauschalen abrechneten.

lungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Die Baserate wird pro Spital durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) verhandelt oder, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können, vom Kanton festgesetzt (SwissDRG 2014).

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde die schweizweit flächendeckende einheitliche Tarifstruktur SwissDRG für die Akutspitäler eingeführt. In den SwissDRG-Fallpauschalen ist auch die Vergütung für Anlagenutzungskosten und für Kosten der nicht-universitären Ausbildung mit eingeschlossen.²⁷ Die Vergütung der akutsomatischen Spitalleistungen mittels SwissDRG-Fallpauschalen erfolgt zudem neu dual-fix durch Krankenversicherer (OKP) und Kantone nach einem neuen Vergütungsteiler (ab 2017 in allen Kantonen maximal 45% OKP und minimal 55% Kantone). Diese Finanzierung gilt für alle Spitäler, unabhängig von ihrer Trägerschaft. Sie bedeutet eine Abkehr von der bisherigen Defizitdeckung öffentlicher Spitäler durch die Kantone.

2.2.2 Ergebnisse von Wirkungsanalysen

Zum Verhalten der Spitäler steht gegenwärtig ein Evaluationsbericht von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG zur Verfügung, der im Rahmen der Evaluation zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vom BAG veranlasst wurde. Im Zentrum dieses Berichts steht die Frage, ob die Revision, bereits kurz nach der Einführung, den Wettbewerb zwischen den Spitalern der Akutsomatik verstärkt und in der Folge bei den Spitalern zu Struktur- und Prozessanpassungen geführt hat.²⁸ Methodisch stützt sich die Studie auf die Analyse von Dokumenten aus 20 Spitalern sowie auf 25 Expertengespräche mit verschiedenen Akteuren der stationären Versorgung. Die Auswahl der Spitäler sowie der Expertinnen und Experten erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Die Studie hat weiter gesundheitsökonomische Theorien, Literatur zu internationalen und nationalen Erfahrungen sowie erste verfügbare schweizweite Daten des BFS²⁹ einbezogen. Die Ergebnisse beziehen sich in erster Linie auf die Auswirkungen der leistungsbezogenen Pauschalen SwissDRG (B,S,S. 2014: 4). Laut B,S,S. sind die Ergebnisse der Dokumentenanalyse und der Expertengespräche nicht generalisierbar, liefern aber erste Hinweise auf Reaktionen der Spitäler. Die Daten des BFS sind repräsentativ, werden aber nur deskriptiv ausgewertet, sodass sie nicht als Belege für Kausalitäten geeignet sind (B,S,S. 2014: 7). Die Studie bezieht auch Ergebnisse eines Projekts des Schweizerischen Nationalfonds ein, welches die ethischen, medizinischen und sozialen Auswirkungen von SwissDRG untersucht (Sinergia 2013b).

Die Evaluationsstudie von B,S,S. liefert Hinweise darauf, dass seit der Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung der Wettbewerb zwischen den Spitalern verstärkt wurde und diese darauf reagieren. In Abbildung 7 sind die zentralen Aussagen der Studie tabellarisch zusammengefasst.

²⁷ Forschung und universitäre Lehre werden gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG nicht über Fallpauschalen, sondern von den Kantonen via gemeinwirtschaftliche Leistungen abgegolten.

²⁸ Die Ergebnisse zu Strukturanpassungen finden sich in Abschnitt 2.1 Spitallandschaft.

²⁹ Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS.

Abbildung 7: Zentrale Aussagen zum Verhalten der Spitäler kurz nach der Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gemäss B,S,S. 2014

Effekte der Revision (v.a. des Fallpauschalensystems)		Hinweise aus Evaluationsstudie
+	Prozessoptimierungen (Effizienzsteigerung)	Ja
+	Spitalinterne Transparenz gestiegen	Ja
+	Kein Up-Coding (Codierung höherer Schweregrade)	Up-Coding nicht bestätigt
+	Keine Unterversorgung schwieriger Fälle	Unterversorgung nicht bestätigt
(+)	Verlagerung von Leistungen	Teilweise
(+)	Qualitätsanstrengungen zunehmend	Teilweise
(+)(-)	Sinkende Spitalaufenthaltsdauer	Teilweise
-	Patientenselektion	Ja
-	Administrativer Aufwand gestiegen	Ja
?	<i>Mengenausweitungen</i>	<i>Kann nicht beurteilt werden</i>
?	<i>Spezialisierung/Kooperation der Spitäler zunehmend</i>	<i>Kann nicht beurteilt werden</i>
?	<i>Investitionsverhalten ändert sich</i>	<i>Kann nicht beurteilt werden</i>

Lesehilfe: + bedeutet positive Effekte; - bedeutet negative Effekte; ? bedeutet, dass der Effekt aufgrund der Analyse nicht beurteilt werden konnte. Klammern kennzeichnen Effekte, welche teilweise bestätigt wurden.

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf den Resultaten in B,S,S. 2014: vii ff.

Positiv zu bewerten sind insbesondere Hinweise auf folgende vom Gesetzgeber erwünschte Effekte:

- In den Spitälern wurden verschiedene Anstrengungen zur *Prozessoptimierung* unternommen. Hierzu zählen beispielsweise die Intensivierung des Austrittsmanagements, die Weiterentwicklung von Informatiksystemen sowie die Optimierung von Behandlungspfaden. Den Anreiz dafür liefert vor allem das System der leistungsbezogenen Pauschalen, welches gemäss B,S,S. die Transparenz innerhalb der Spitäler erhöht hat, beispielsweise über den Ausbau des Medizincontrollings.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass zwei befürchtete unerwünschte Effekte bislang nicht eingetreten sind.

- Es gibt gemäss der Studie keine zuverlässigen Hinweise darauf, dass eine systematische, absichtliche Fehlcodierung von Fällen in einen finanziell attraktiveren Code stattgefunden hätte (so genanntes *Up-Coding* oder DRG-Creep) (B,S,S. 2014: 29). Anhand einer Analyse der Kodierrevisionsberichten³⁰ ausgewählter Spitäler stellte B,S,S. fest, dass bei 90 der rund 2'500 revidierten Fälle das Kostengewicht korrigiert wurde. Bei 45 Fällen ergab sich ein höheres, bei 45 ein niedrigeres Kostengewicht. Damit handle es sich nicht um eine systematische Verschiebung nach oben im Sinne eines Up-Codings, sondern eher um Codierungsprobleme allgemein. Eine von der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) durchgeführte Studie zum Thema DRG-Rechnungsprüfung in Spitälern kommt in diesem Zusammenhang zum Schluss, dass die Codierungsqualität in den Spitälern im Durchschnitt hoch ist und bis Anfang 2014 nur wenige Rechnungs Korrekturen vorzunehmen waren (EFK 2014).
- B,S,S. konnte auch keine Hinweise auf eine *Unterversorgung von schwierigen, finanziell unattraktiven Fällen* erkennen, wie dies im Vorfeld der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung befürchtet worden war. B,S,S. stützt sich bei dieser Beurteilung auf die Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten. Die Studie stellt aber fest, dass sich die schwierigen Fälle sehr ungleich auf die Spitäler verteilen würden. Insbesondere Universitätsspitäler würden besonders viele solche Fälle behandeln. Das Problem hänge zum Teil damit zusammen, dass die Tarifstruktur SwissDRG zu wenig differenziert sei, um schwierige Fälle ausreichend abzubilden. Es werde aber durch die spitalspezifischen Baserates entschärft. B,S,S. ist jedoch der Ansicht, dass das DRG-System längerfristig entsprechend angepasst werden müsste.³¹

³⁰ Das Bundesamt für Statistik definiert Richtlinien zur einheitlichen Codierung, die alle Spitäler beachten müssen. Die korrekte Anwendung dieser Richtlinien wird durch die Krankenversicherungen kontrolliert (Stichproben von Fällen mit erneuter Codierung durch speziell dafür ausgebildete Personen) (SwissDRG 2014).

³¹ Der Bundesrat hat die Tarifpartner im Zusammenhang mit der Genehmigung der Tarifstruktur SwissDRG Version 4.0 aufgefordert, eine Strategie und einen Aktionsplan vorzulegen, um entweder die Tarifstruktur so weit zu differenzieren, dass eine einheitliche Baserate möglich wird oder dass unterschiedliche Baserates geordnet angewendet werden können.

Für einige positive erwartete Effekte der KVG-Revision Spitalfinanzierung fanden sich in der Studie von B,S,S. teilweise Hinweise:

- Nach Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung lässt sich weiterhin eine teilweise *Verlagerung von Leistungen* beobachten. Gemäss den in der Studie von B,S,S. befragten Fachpersonen werden zwar keine Behandlungen gesamthaft in den ambulanten Bereich verschoben. Jedoch würden gewisse ambulante Leistungen vom stationären Aufenthalt getrennt und im ambulanten Bereich erbracht. Zudem käme es auch innerhalb des stationären Bereichs tendenziell zu früheren Verlagerungen aus der Akutsomatik in die Rehabilitation. Gemäss B,S,S. stehen hier aber dem Interesse der Spitäler, Patientinnen und Patienten zu verlegen, die Interessen der Versicherer gegenüber. Aus Sicht einzelner befragter Spitalvertreter drücken sich die Interessen der Versicherer an eher längeren Spitalaufenthalten dadurch aus, dass vermehrt Verzögerungen von Kostengutsprachen durch Versicherer auftreten (B,S,S. 2014: 22 f.). In diese Richtung weisen auch Ergebnisse einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten, welche 2013 im Mittel von 5,5 verzögerten Kostengutsprachen pro Monat ausgingen (gfs.bern 2014, zitiert in B,S,S. 2014: 23). Dies spiegelt sich aber gemäss einer anderen Studie von B,S,S. nicht in einer Verlängerung des akutstationären Aufenthalts (B,S,S./Universität Basel 2014: 1444). Insgesamt ist unklar, ob dies eine neue Entwicklung ist, da die Thematik in den Vorjahren nicht untersucht wurde.
- Die Evaluationsstudie beobachtet gesamtschweizerisch eine Zunahme von Patientenströmen zwischen den Kantonen. Dies wird als Hinweis für die Zunahme des *Qualitätswettbewerbs* zwischen den Spitälern interpretiert.³² Die Studie stützt sich dabei auf Daten des BFS. Alle 20 in der Evaluationsstudie berücksichtigten Spitäler verfügten bereits vor 2012 über ein Qualitätsmanagementsystem. In den Expertengesprächen wurde jedoch ein gesteigertes Bewusstsein für eine Profilierung der Spitäler auf dem Markt nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung bestätigt. Es bestand jedoch keine Einigkeit darüber, ob sich dieses Bewusstsein in einer Steigerung der Qualitätsanstrengungen niederschlägt. Als möglicher hemmender Faktor für einen Qualitätswettbewerb hebt die Studie die weiterhin bestehende deutliche Informationsasymmetrie zwischen Spitälern und Patientinnen und Patienten hervor (B,S,S. 2014: 43 ff.). Das bedeutet, dass Spitäler einen Informationsvorsprung gegenüber den Patientinnen und Patienten besitzen und so deren Nachfrage nach Leistungen beeinflussen können. Dies ist auch das Ergebnis einer Studie der Credit Suisse, welche sich mit ähnlichen Fragen beschäftigt (Credit Suisse 2013: 9).³³
- Der seit einigen Jahren bestehende Trend zu *sinkenden Spitalaufenthaltsdauern* wurde im Einführungsjahr der Revision insgesamt nicht verstärkt. Dies hätte ein Zeichen für eine Entwicklung hin zu unerwünschten, verfrühten («blutigen») Entlassungen sein können (B,S,S. 2014: 25 ff.). Gleichzeitig werden sinkende Aufenthaltsdauern aber auch als Merkmal für Effizienz gewertet. Wird nach einzelnen Behandlungen und Patientengruppen unterschieden, zeigen sich punktuell unterschiedliche Entwicklungen. So lassen sich in der Studie von B,S,S. bei Aufenthalten für Geburten und von betagten Personen im Vergleich zum Vorjahr stark sinkende Aufenthaltsdauern beobachten. Bei Patientinnen und Patienten mit bisher kurzer Aufenthaltsdauer hingegen zeichnete sich eine Tendenz zur Zunahme der Aufenthaltsdauern ab. Grund hierfür könnten gemäss B,S,S. Abschlüsse für «Kurzlieger» im Fallpauschalensystem sein.

In der Evaluationsstudie von B,S,S. fanden sich aber auch Hinweise auf zwei negative Effekte der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung:

- Erstens gibt es Hinweise auf eine unerwünschte *Patientenselektion* in den Spitälern. Das DRG-System setzt einen theoretischen Anreiz zur Selektion von Patientinnen und Patienten, bei denen die zu erwartenden Kosten unter der Leistungsvergütung liegen (z.B. junge Patientinnen und Patienten, die sich schnell von Operationen erholen). Die Hälfte der befragten Expertinnen und Experten glauben, in der Praxis Hinweise auf Patientenselektion, vor allem in Privatspitälern, zu erkennen. Diese wurde zwar zum Teil als Zeichen der Spezialisierung gesehen und daher nicht negativ gewertet. Es wurde aber auch oft darauf hingewiesen, dass die SwissDRG-Tarifstruktur zu

³² Der Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten stieg von 0,7 Prozent im Jahr 2011 auf knapp 3 Prozent im Jahr 2012 (B,S,S. 2014: 44 f.)

³³ Die Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Behandlung werden vertieft im Abschnitt 2.4 behandelt.

wenig differenziert sei. So würde diese gewissen problematischen Fällen (z.B. multimorbiden Patientinnen und Patienten, Langliegern) finanziell nicht ausreichend gerecht.³⁴ Die Befragung von Ärztinnen und Ärzten im Auftrag der FMH liefert Hinweise darauf, dass die Selektion besonders chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten betreffen könnte. So waren im Jahr 2012 etwas mehr Befragte als im Jahr 2011 der Ansicht, dass versucht wird, solche Patientengruppen zu verlegen (33% gegenüber 27%, B,S,S. 2014: 32 ff.). In einer Nationalfondsstudie wird darauf hingewiesen, dass «umfangreiche beziehungsweise klug formulierte Leistungsaufträge» dem Anreiz zur Patientenselektion wirksam entgegensteuern können (Sinergia 2013b).

- Zweitens hat gemäss den Fachgesprächen der *administrative Aufwand* im Spital zugenommen (B,S,S. 2014: 9 ff.). Dies zeigt auch eine Befragung von Spitalärztinnen und Spitalärzten im Jahr 2013 im Auftrag der FMH. Diese ergab eine Zunahme des Dokumentationsaufwands von rund 20 Minuten pro Woche (gfs.bern 2014, zitiert in B,S,S. 2014: 13).

Drei Untersuchungsgegenstände konnten in der Evaluationsstudie nicht beurteilt werden:

- Theoretisch setzt das SwissDRG-System Anreize, damit die Spitäler die Fallzahlen steigern. So könnte es zu *Mengenausweitungen* kommen, welche sowohl erwünscht (Skaleneffekte) als auch unerwünscht (angebotsinduziert oder Fallsplitting) sein können. Die Auswertung der BFS-Daten zu Spitalaustritten in den Jahren 2003 bis 2012 zeigen keine Zunahme der Fallzahlen. B,S,S. erachtet den Analysezeitraum aber diesbezüglich als zu kurz für fundierte Aussagen (B,S,S. 2014: 13 ff.).
- *Spezialisierungen und Kooperationen* der Spitäler werden theoretisch durch die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gefördert, da diese Anreize zur effizienten Nutzung von Ressourcen setzen. Die Mehrheit der befragten Spitalvertretenden war der Ansicht, dass entsprechende Entwicklungen noch sehr am Anfang stehen.
- Schliesslich lässt die Revision eine Änderung des *Investitionsverhaltens* der Spitäler erwarten. Neu werden die Anlagenutzungskosten der Spitäler nämlich im Rahmen der Fallpauschalen abgegolten und entsprechend finanzieren die Spitäler ihre Investitionen autonom. B,S,S. hält es zum aktuellen Zeitpunkt und ausgehend von ihrer Analyse nicht für möglich, das Investitionsverhalten der Spitäler zu beurteilen. Aus ihrer Sicht ist es jedoch unbestritten, dass die kantonalen Rahmenbedingungen bezüglich Investitionen, aber auch in anderen Bereichen, sehr unterschiedlich gestaltet sind (B,S,S. 2014: 40 ff.).

2.2.3 Ausblick

B,S,S. kommt zum Schluss, dass der Wettbewerb zwischen den Spitalern nach der Revision tendenziell zugenommen hat, dass das vollständige Potenzial diesbezüglich aber noch nicht ausgeschöpft ist. Wichtige Barrieren für das Spielen des Markts sehen sie in den kantonalen Vorgaben und in der Informationsasymmetrie zwischen Patientinnen beziehungsweise Patienten und den Spitalern. Der Zeitpunkt zur verbindlichen Beurteilung der Auswirkungen der Revision auf das Verhalten der Spitäler sei jedoch noch zu früh, da die Umsetzung der Massnahmen und insbesondere die Entwicklung der Tarifstruktur SwissDRG noch am Anfang stünden. Für die zweite Etappe der Evaluation schlägt B,S,S. vor, die mögliche Mengenausweitung, die Entwicklung der Aufenthaltsdauern in den Spitalern, Verlagerungen von Leistungen in den ambulanten Bereich, die Verlegungspraxis der Spitäler sowie die Patientenzufriedenheit als Mass für Veränderungen der Versorgung systematisch zu verfolgen.

³⁴ Die Tarifstruktur SwissDRG Version 1.0 erklärt nur 60 Prozent der Kostenunterschiede zwischen den Spitalern im Gegensatz zu Deutschland, wo die Tarifstruktur G-DRG 75 Prozent der Unterschiede erklärt (B,S,S. 2014: 33). Die Abbildungsgenauigkeit der SwissDRG Version 4.0 hat sich leicht erhöht: die aktuell gültige Version kann rund 65 Prozent der Kostenunterschiede zwischen den Spitalern erklären.

2.3 Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems

Die Entwicklung der Kosten ist seit Jahren eine zentrale Thematik der Schweizer Gesundheitspolitik. Ein Hauptziel des KVG ist daher die Eindämmung des Kostenwachstums. Die Wirkungsanalyse zum KVG aus dem Jahr 2001 hat aufgezeigt, dass das KVG zwar die gesetzgeberischen Ziele hinsichtlich Solidarität zwischen den Versicherten und Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung erreicht hatte, das Kostendämpfungsziel jedoch nicht (BSV 2001). Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sollen daher stärkere Anreize zur Erreichung dieses Ziels gesetzt werden. Der Gesetzgeber beabsichtigt, über die Schaffung von wettbewerbsfreundlichen und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Spitäler, das Kostenwachstum zu bremsen (Bundesrat 2004).

In der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung soll erstens beurteilt werden, ob die Revision eine Kosteneindämmung bei den stationären Spitalleistungen und bei der OKP bewirkt hat. Der Begriff Kosten wird dabei im Sinne von Ausgaben und der Begriff Finanzierung im Sinne von Vergütung verwendet. Zweitens sollen Kostenverschiebungen zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems beurteilt werden. Dabei liegt der Fokus hinsichtlich Kostenverschiebungen auf dem stationären und insbesondere auf dem akutsomatischen Bereich.³⁵ Drittens sollen die Auswirkungen der Revision auf die Beiträge der Kantone und der Versicherer zur Vergütung der stationären Spitalleistungen untersucht werden. Viertens interessiert, ob die Revision zu einer Entlastung der Zusatzversicherung führt.

2.3.1 Ausgangslage

Seit Jahren steigen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz stärker als das Bruttoinlandprodukt (BIP). Der Anteil stieg von 9,3 Prozent des BIP im Jahr 1995 auf 11 Prozent im Jahr 2011, dem Jahr vor Beginn der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung (BFS 2014a). Insbesondere hervorgehoben wurde damals die Spitalversorgung als Ausgabenposten mit hohem Wachstum. Im Jahr 2011 entfielen zirka 36 Prozent beziehungsweise rund 23,2 Milliarden Franken der rund 64,5 Milliarden Franken Gesamtkosten im Gesundheitswesen auf die Spitäler (BFS 2014b).³⁶ Die stationären Behandlungen durch die Spitäler der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation kosteten im Jahr 2011 rund 18 Milliarden Franken (BFS 2014c). Die OKP war wichtigste Finanzierungsquelle und trug im Jahr 2011 rund 35 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen, gefolgt von den Versicherten (private Haushalte, 25%), vom Staat (rund 20%) und von anderen Sozialversicherungen (rund 11% inkl. bedarfsabhängige Sozialleistungen) (BFS 2014d).

Die hohen Gesundheitsausgaben wurden von der OECD/WHO als Folge einer nicht optimal genutzten Versorgung in Verbindung mit hohen Objektkosten und geringer Nachfragebeschränkung gesehen und kritisiert (OECD/WHO 2006: 114 ff.). Die Autoren des OECD/WHO-Berichts waren der Meinung, dass die Vielzahl der Finanzierungsquellen und Leistungseinkäufer kombiniert mit Intransparenz die Kostenkontrolle erschweren. Die dezentralisierte Regelungskompetenz und die kantonale Planung wurden als Wettbewerbshindernisse gesehen. Zudem führe die Kleinräumigkeit der Spitalplanungen zur Duplizierung von Leistungsangeboten. Es bestünden nur schwache Anreize für eine effiziente Leistungserbringung sowohl für Leistungserbringer als auch für Versicherer sowie Patientinnen und Patienten. Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung setzt an einigen der genannten Kritikpunkten an, was im OECD/WHO-Folgebericht von 2011 positiv vermerkt wird (OECD/WHO 2011). Allerdings wiesen die Experten der OECD/WHO erneut darauf hin, dass die strukturellen Eigenschaften des schweizerischen Gesundheitssystems die Effizienz beeinträchtigen und dass deshalb die von der Änderung des Finanzierungssystems zu erwartenden Auswirkungen eingeschränkt sein dürften.

2.3.2 Ergebnisse von Wirkungsanalysen

Zu den Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems liegt ein Grundlagenbericht des Obsan im Auftrag des BAG vor. Ziel

³⁵ Der Begriff Versorgungssystem bezieht sich in diesem Bericht somit auf die stationären Leistungen der Spitäler. Gemeint sind Spitäler der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation, sofern dies nicht anders bezeichnet ist. Unter Kosten für stationäre Leistungen werden aus Sicht der Spitäler die Produktionskosten verstanden, also der finanzielle Aufwand für Personal, Material und Infrastruktur, der für die Leistungserbringung notwendig ist. Davon zu unterscheiden sind die Erträge der Spitäler für stationäre Leistungen, welche den tatsächlich abgerechneten Beträgen entsprechen. Diese sind ein Mass für die Leistungsvergütung, also Kosten aus Sicht der Finanzierungsakteure (Kantone, OKP, andere Versicherungen, Versicherte).

³⁶ 1995 betragen die Gesamtkosten rund 36 Milliarden Franken. Die Kosten der Spitäler umfassen neben der Vergütung für patientenbezogene Leistungen auch die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen (von den Kantonen finanziert).

des Berichts ist, neben einer Beschreibung von Kurzzeiteffekten der neuen Spitalfinanzierung im Einführungsjahr 2012, die Erarbeitung von Grundlagen für eine regelmässige Datenanalyse in den kommenden Jahren. Im Zentrum der Beurteilung der Kurzzeiteffekte der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung stehen zwei Hauptfragen. Erstens soll die Entwicklung der Kosten im stationären Bereich beurteilt werden. Zweitens soll untersucht werden, ob und welche Kostenverschiebungen zwischen den Finanzierungsakteuren zu beobachten sind. Insbesondere interessieren allfällige Verschiebungen zwischen der OKP, den Kantonen und den Zusatzversicherern. Diese beiden Fragen werden aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Insbesondere werden Unterschiede nach Bereich (Akut-somatik gegenüber Psychiatrie und Rehabilitation) und zwischen den Kantonen betrachtet (Obsan 2015a: 11).

Die Auswertungen der Indikatoren werden rein deskriptiv beschrieben und stützen sich auf verfügbare Daten der Kostenträgerrechnung aus der Krankenhausstatistik des BFS und auf Daten der Krankenversicherer. Die kürzlich durchgeführte Revision der Krankenhausstatistik erschwert die Vergleichbarkeit der Jahresdaten dieser Statistik. So sind die Daten erst für die Jahre ab 2010 auswertbar und zudem noch lückenhaft.³⁷ Das Obsan sieht hier die Datenqualität beträchtlich eingeschränkt und rät zu sehr vorsichtiger Bewertung der Ergebnisse. Die Interpretation sollte sich nach Ansicht des Obsan auf die Betrachtung von Entwicklungstendenzen beschränken. Für zukünftige Untersuchungen sei jedoch von einer besseren Datenqualität auszugehen (Obsan 2015a: 11 f.).

Aus Sicht des BAG ist es zentral, dass die bestehenden Probleme sobald wie möglich behoben werden, insbesondere damit Parlament, Bund und Kantone über fundierte Informationen zu den Kosten und zur Finanzierung des stationären Spitalbereichs verfügen. Die mangelhafte Datenqualität der Krankenhausstatistik erschwert eine ganzheitliche Untersuchung der Auswirkungen der Revision, insbesondere betreffend die Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung des gesamten stationären Spitalbereichs. Auch die Verwendung der Statistik der öffentlichen Haushalte vermag diese Probleme nicht zu lösen, da fraglich ist, ob diese vor und nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung die kantonalen Ausgaben für die Spitalversorgung tatsächlich in allen Kantonen auf vergleichbare Weise erfasst hat.

Zur Analyse der Kostenentwicklung im Rahmen der OKP wird der SASIS-Datenpool der Schweizer Krankenversicherer verwendet (Auswertung der Jahresdaten).³⁸ Diese Daten sind grundsätzlich von guter Qualität, haben aber für das Jahr 2012 die Einschränkung, dass sie aufgrund von teils provisorischen Tarifen noch nachträglich korrigiert werden könnten (Obsan 2015a: 11). Entsprechende Änderungen werden sehr wahrscheinlich allerdings nur teilweise im SASIS-Datenpool berücksichtigt werden können. Zudem ist es mit Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen im Jahr 2012 zu Verzögerungen bei den Leistungsabrechnungen gekommen. Um Verzerrungen durch solche Fakturierungseffekte entgegenzuwirken, wurden die Daten nach Behandlungsjahr und nicht nach Abrechnungsdatum ausgewertet.

Zusammenfassung und Einbettung der wichtigsten Ergebnisse

Zum besseren Verständnis werden vorab die wichtigsten Ergebnisse der Analysen des Obsan zusammengefasst in den Gesamtkontext der Kosten im Gesundheitswesen eingebettet (Abbildung 8).

³⁷ Bei 25 Prozent der Spitäler fehlen die Angaben zu den Erträgen, bei 10 Prozent zu den Kosten; die Anzahl fehlender Werte nimmt ab seit 2012. Zudem hat 2010 rund die Hälfte der öffentlichen (subventionierten) Spitäler in der Kostenrechnung nicht zwischen den Leistungsarten unterschieden. Folglich konnte keine Berechnung der Kosten für Forschung und universitäre Lehre sowie gemeinwirtschaftliche Leistungen vorgenommen werden. Eine Studie des Universitätsspitals Zürich schätzt, dass die Kosten für Forschung und universitäre Lehre rund 9 Prozent der Gesamtkosten des Spitals ausmachen. Die Preisüberwachung wendet einen normativen Abzugssatz von 23 Prozent an und die GDK schlägt einen Abzugssatz von 12 Prozent vor. Die Probleme, die Kosten dieser Leistungen zu schätzen, sind gemäss Obsan noch ungelöst. Ein weiteres methodisches Problem ist die Bestimmung der Erträge für stationäre Leistungen. Das BFS schätzt diese über die Kombination von verschiedenen Datenquellen.

³⁸ Die SASIS AG führt als Tochtergesellschaft von santésuisse die Branchenstatistik der abgerechneten medizinischen Leistungen und fakturierten OKP-Versicherungsprämien. Der Datenpool gibt Auskunft über die schweizweite Kostenentwicklung pro Versichertengruppe und Leistungserbringergruppe bezogen auf den Kanton, die Prämienregion und das Versicherungsmodell. Es können Leistungsarten (z.B. Arztleistung, ambulant und stationär im Spital), Kostenbeteiligungen und Prämien untersucht werden (SASIS 2014).

Abbildung 8: Einbettung der Ergebnisse der Obsan-Studie zur Kostenentwicklung 2010-2012

Kosten im Gesundheitswesen (2012: 68 Mia. Franken)		
Spitäler (2012: 25,5 Mia. Franken) (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation)		
Stationärer Spitalbereich (2012: 19,6 Mia. Franken)		
	Kosten	Erträge
Stationäre Spitalleistungen (KVG-pflichtig)	+4,6% [+2,8%]	
Gemeinwirtschaftliche Leistungen (Nicht KVG-pflichtig)		
Total		+7,0% [+7,0%]
Ambulanter Spitalbereich		
Andere Leistungserbringer (Praxisambulanter Bereich, Spitex, Pflegeheime, Andere)		

Finanzierungsakteure

- Private Haushalte
- andere Sozialversicherungen
- OKP +9,4% [+2,6%]
- Zusatzversicherungen *- 20%
- Kantone } +14% [+5,8%]
- Kantone }
- Andere (z.B. Private)

Lesehilfe: Dargestellt sind im hellgrau hinterlegten Feld die Indikatoren für die Kostenentwicklung im stationären Spitalbereich gemäss Studie des Obsan (Entwicklung in %, 2011/2012; [2010/2011]). Dunkelgrau hinterlegt sind Bereiche, für die keine verlässlichen Daten verfügbar waren.

Quelle: Eigene Darstellung, ausgehend von Obsan 2015a: 57 und 62 f. Angaben zu Beträgen in Franken: BFS (2014b) und BFS (2014c).

Die Kosten im gesamten Gesundheitswesen betragen gemäss BFS im Jahr 2012 rund 68 Milliarden Franken, für die Spitäler rund 25,5 Milliarden Franken und für den stationären Spitalbereich rund 19,6 Milliarden Franken. Das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich und zulasten der OKP wurde im Jahr 2012 nicht gebremst. Die Analysen des Obsan deuten darauf hin, dass das Ziel der Revision, das Kostenwachstum im stationären Bereich und in der OKP einzudämmen, im Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung vermutlich noch nicht erreicht werden konnte.

Gemäss den Auswertungen des Obsan haben die Produktionskosten der Spitäler für die Erbringung der stationären Spitalleistungen im Vergleich zur Vorperiode progressiv zugenommen (+4,6% im Jahr 2012 gegenüber +2,8% im Jahr 2011). Die Gesamterträge der Spitäler 2012 sind in gleichem Ausmass wie in der Vorperiode gestiegen (je +7%). Diese Ergebnisse sind konsistent mit den Resultaten anderer Akteure für das Jahr 2012. Das BFS kommt auf eine ähnliche Zunahme der Gesundheitsausgaben im stationären Spitalbereich von +9,2 Prozent.

Die Zunahme der Gesamterträge der Spitäler spiegelt sich auch in einer stärkeren Zunahme der Kosten zulasten der OKP (je nach Berechnung zwischen +7,6% und +9,4% für stationäre Spitalleistungen im Jahr 2012 gegenüber +1,3% bis +2,6% im Jahr 2011). Simulationsrechnungen des BAG zeigen allerdings, dass die Übergangsregelung zur dual-fixen Finanzierung einen deutlichen Einfluss auf die Kostenentwicklung der OKP hat: Hätte der Kostenteiler zwischen OKP (maximal 45%) und den Kantonen (mindestens 55%) bereits 2012 gegolten, wäre die Kostensteigerung für die OKP deutlich tiefer ausgefallen. Ausserdem wurden mit der neuen Spitalfinanzierung neu auch die Anlagenutzungskosten in die Vergütung der stationären Spitalleistungen mit einbezogen. Dies hat nach Schätzungen des BAG im Jahr 2012 mit rund fünf Prozentpunkten zum Wachstum der OKP-Kosten für den akutstationären Bereich beigetragen.

Im Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung wurden die Kantone stärker belastet und die Zusatzversicherungen entlastet. Entsprechend haben die Kantone 2012 für die Spitalversorgung beziehungsweise den stationären Spitalbereich deutlich mehr bezahlt als in den Vorjahren (+18% gemäss

GDK bzw. +14% im Jahr 2012 gegenüber +5,8% im Jahr 2011 gemäss Angaben der EFV)³⁹. Bei den Ausgaben der Kantone ist jedoch unklar, welcher Teil den KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen zuzuschreiben ist. Da die Zunahme der Gesamterträge der Spitäler im Jahr 2012 gleich geblieben ist, lässt sich vermuten, dass die Zahlungen der Kantone – wie gewünscht – im KVG-pflichtigen Bereich zugenommen haben. Die Zusatzversicherungen hingegen verzeichnen im Jahr 2012, wie erwartet, eine starke Abnahme der Kosten um rund 20 Prozent für stationäre Spitalleistungen (-73% beim Spitalversicherungsmodell «Allgemeine Abteilung», -16% für die «halbprivate Abteilung» sowie -17% für die «private Abteilung», vgl. FINMA 2013).

Für einige Bereiche konnte das Obsan für die Untersuchungsperiode noch nicht auf verlässlichen Daten zurückgreifen, was die Analysemöglichkeiten deutlich einschränkte. Insbesondere bleibt der Kostenanteil der Kantone für die nicht KVG-pflichtigen gemeinwirtschaftlichen Leistungen⁴⁰ unklar. In Zukunft sind hier jedoch Verbesserungen der Datenqualität zu erwarten (Obsan 2015a: 11 f.).

Interpretation der Ergebnisse

Ob es sich bei dem beobachteten Anstieg der Indikatoren für die Kostenentwicklung um tatsächliche Kostensteigerungen oder aber punktuelle Anpassungs- und Verlagerungseffekte handelt, kann derzeit nicht abschliessend beurteilt werden (Obsan 2015a: 12 f.). Klar ist, dass 2012 weder eine Mengenausweitung (insgesamt stabile Fallzahlen) noch eine systematische Höherkodierung der stationären Fälle (Up-Coding) vorliegt. Jedoch besteht eine Reihe offener Fragen. Bei der Interpretation der Entwicklungen sind insbesondere folgende Überlegungen einzubeziehen:

- *Exaktere Abrechnungspraxis der Spitäler:* es ist möglich, dass die akutsomatischen Spitäler bedingt durch ein stärkeres Kostenbewusstsein die Behandlungskosten exakter und realitätsnaher dokumentieren als vorher.
- *Einbezug der Anlagenutzungskosten:* neu werden bei der Vergütung der stationären Spitalleistungen Anlagenutzungskosten mitberücksichtigt, was zu einer stärkeren Belastung der OKP führen kann (Rund die Hälfte des 2012 angewandten normativen Zuschlagssatzes zur Abgeltung der Anlagenutzungskosten akutsomatischer Spitäler von 10% ging zu Lasten der OKP). Diese Kosten wurden für öffentliche oder öffentlich subventionierte Spitäler zuvor ausserhalb der Leistungsvergütung von den Kantonen finanziert.
- *Verschiebungen zwischen den Versorgungsbereichen:* derzeit ist unklar, in welchem Ausmass Verschiebungen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen im Gesundheitswesen stattfinden. Es gibt einzelne Hinweise auf Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Es ist jedoch grundsätzlich auch umgekehrt möglich, dass aufgrund einer höheren Vergütung Leistungen stationär erbracht werden, obwohl eine ambulante Leistungserbringung möglich wäre.
- *Neue Tarifstruktur und Baserates:* das neue Vergütungssystem ist derzeit nur in der Akutso-matik etabliert und durchläuft noch einen Reifeprozess. Die Preise für die Behandlung eines Falls in der Akutso-matik ergeben sich aus der Multiplikation eines schweizweit einheitlichen Kostengewichts für die Diagnosegruppe des Falls (DRG) und des spitalspezifischen Basisfallpreises (Baserate). Diese beiden Elemente der Vergütung sind noch nicht stabil etabliert. Die Kostengewichte der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG werden jährlich neu berechnet (SwissDRG 2014). Die spitalspezifischen Baserates werden durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) ausgehandelt. Die Festlegung der Höhe der Basisfallpreise durch die Tarifpartner oder gegebenenfalls durch die Kantone hat sich mit-

³⁹ Die Angaben zu den Ausgaben der Kantone basieren auf Schätzungen der GDK (GDK 2014) bzw. auf Schätzungen des Obsan anhand der Statistik der öffentlichen Haushalte der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV; Obsan 2015a: 12, 56, 62 f.). Eine Unterscheidung der Ausgaben nach stationären Spitalleistungen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist auf dieser Datenbasis nicht möglich. Die Krankenhausstatistik konnte aufgrund von methodischen Problemen (25% fehlende Werte, Definition der Leistungen, Schätzmethode) zur Berechnung (noch) nicht genutzt werden. In Zukunft werden Verbesserungen erwartet (Obsan 2015a: 11 f.).

⁴⁰ Der Begriff gemeinwirtschaftliche Leistungen ist im Gesetz nicht abschliessend definiert. Gemäss Artikel 49 Absatz 3 KVG darf die Vergütung für stationäre Spitalleistungen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und die Forschung und universitäre Lehre (d.h. insbesondere Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte). Finanziert werden die gemeinwirtschaftlichen Leistungen hauptsächlich von den Kantonen sowie Anderen (z.B. Private).

unter als schwierig erwiesen. In zahlreichen Fällen konnten sich die Tarifpartner nicht einigen. Von den Kantonen festgesetzte Tarife wurden von den Tarifpartnern vor Bundesverwaltungsgericht angefochten (Bundesverwaltungsgericht 2014). In einer Studie der Credit Suisse, welche sich auf Daten der drei Krankenversicherer Helsana, Sanitas und KPT bezieht, wurde zwar gezeigt, dass zwischen 2012 und 2013 die Baserates über 10'000 Franken eine sinkende Tendenz aufweisen. Gleichzeitig manifestiert sich jedoch ein Anreiz zur Kostensteigerung für anfänglich unter dem Benchmark liegende Spitäler, da die Baserates zwischen 8'000 und 10'000 Franken pro Spital eher gestiegen sind.⁴¹ Aus Sicht der Credit Suisse könnte es in Zukunft trotz Effizienzgewinnen bei günstigeren Spitälern sogar zu einer Steigerung der Kosten kommen (Credit Suisse 2013: 18). Dem 2012 beobachteten Kostenanstieg könnte auch ein Preiseffekt zugrunde liegen, falls für das Jahr 2012 *zu hohe Tarife (Baserates)* ausgehandelt und/oder festgesetzt wurden. Die Höhe der Baserates der Jahre 2013 und 2014 weist bereits eine sinkende Tendenz auf. Eine abschliessende Beurteilung wird jedoch erst möglich sein, wenn das Vergütungssystem stabiler etabliert ist.

- *Übergangsfrist für Kostenteiler aufgrund dual-fixer Finanzierung:* Die stationären Spitalleistungen werden dual finanziert von der OKP und den Kantonen. Angestrebt ist ein fixer Kostenteiler mit mindestens 55 Prozent Finanzierungsanteil der Kantone: Hier besteht jedoch eine Übergangsfrist bis 2017. Derzeit liegt der kantonale Finanzierungsanteil in manchen Kantonen deutlich niedriger als 55 Prozent, was sich negativ auf die Belastung der OKP auswirkt. Daher ist davon auszugehen, dass die OKP mit zunehmender Beteiligung der Kantone in Zukunft stärker entlastet wird. Simulationsrechnungen des BAG haben ergeben, dass das Kostenwachstum zulasten der OKP deutlich geringer ausgefallen wäre, wenn die Kantone bereits 2012 einen Anteil von 55 Prozent übernommen hätten (vgl. oben sowie Abschnitt «Entwicklung der Kosten für stationäre Spitalleistungen zulasten der OKP» unten).
- *Einfluss von Einmal- bzw. Sondereffekten:* In den Jahren 2011 und 2012 leisteten diverse Kantone einmalige Zahlungen sowie übertrugen Immobilien an die Spitäler. Zudem ist es wahrscheinlich, dass ab 2012 vorher in der kantonalen Buchhaltung nicht dem Spitalsektor zugewiesene Kosten (wie beispielsweise Anlagenutzungskosten oder Kosten für universitäre Lehre) neu in den Statistiken enthalten sind. Diese Effekte werden in den Statistiken jedoch nicht explizit ausgewiesen und könnten eine Ursache für eine Überschätzung der Kostenentwicklung sein.

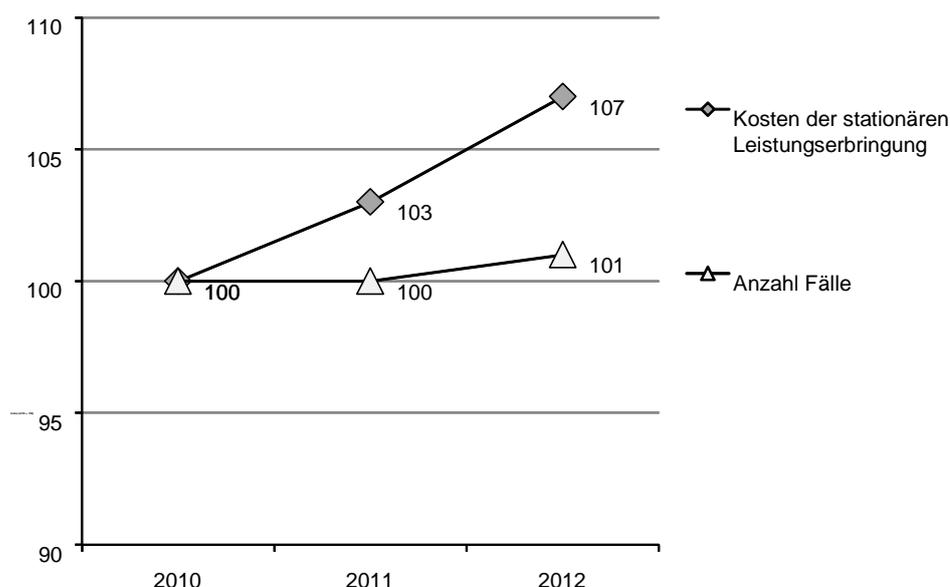
Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren aus Abbildung 8 im Detail ausgeführt.

Entwicklung der Kosten für die Erbringung stationärer Spitalleistungen (Produktionskosten)

Die Analyse des Obsan zeigt, dass die Kosten für die Erbringung von stationären Leistungen (Produktionskosten der Spitäler) durch die Spitäler der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation im Jahr 2012 deutlich stärker gestiegen sind als in den Vorjahren (Abbildung 9).⁴² Zwischen 2011 und 2012 betrug der Anstieg 4,6 Prozent gegenüber plus 2,8 Prozent zwischen 2010 und 2011.

⁴¹ Der Benchmark kennzeichnet die optimale Baserate, welche sich an der Baserate eines effizient geführten Spitals orientiert (Credit Suisse 2013: 13).

⁴² Die Kosten beziehen sich auf die Produktionskosten der Spitäler. Sie entsprechen nicht den tatsächlich abgerechneten beziehungsweise vergüteten Beträgen.

Abbildung 9: Kosten für die Erbringung der stationären Spitalleistungen und Anzahl Fälle in Spitälern der Akutsumatik, Psychiatrie und Rehabilitation 2010 bis 2012 (Index)

Lesehilfe: Dargestellt sind Kosten für stationäre Spitalleistungen (patientenbezogen, KVG-pflichtig). Die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (nicht KVG-pflichtig) sind nicht eingeschlossen.

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Figure 2.6 in Obsan 2015a: 26.

Im Jahr 2012, dem Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung, ist der Kostenanstieg im akutsomatischen Bereich am stärksten (+6%), was bei insgesamt relativ stabilen Fallzahlen (+1%) vor allem einem Anstieg der Kosten pro Fall zugeschrieben wird. In diesem Bereich ist das Wachstum der Kosten in den grossen Spitälern (Universitäts- und Zentrumsspitäler) am stärksten. Diese verzeichneten im Jahr 2012 sowohl eine deutliche Zunahme der Fälle als auch den stärksten Kostenanstieg pro Fall (zwischen +8% und +9%). In den kleinen Spitälern und in den Spezialkliniken hingegen ist die Kostenentwicklung stabil geblieben oder sogar rückläufig (Obsan 2015a: 29 f.). In den privaten Spitälern ist der Anstieg der Kosten pro Fall ausgeprägter als in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern (Obsan 2015a: 34).⁴³

Um Hinweise zu erhalten, wie die Spitäler auf das neue Vergütungssystem reagieren, hat das Obsan die Kostenentwicklung in den Spitälern getrennt nach Vergütungssystem im Jahr 2010, also vor Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung, analysiert. Es zeigt sich, dass Spitäler, die bereits mit einem Fallpauschalensystem abgerechnet hatten, einen geringeren Anstieg der Fallkosten aufweisen als die übrigen Spitäler. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass anfängliche Kostensteigerungen bei Einführung eines neuen Vergütungssystems vorübergehender Art sind und sich mit der Zeit nivellieren.⁴⁴ Während bei Spitälern, die nach APDRG abgerechnet hatten, der Kostenanstieg bei +5 Prozent lag, betrug er bei Spitälern, die nicht nach APDRG abgerechnet hatten, +9 Prozent. Allerdings war das Tarifsystem APDRG in den grossen Spitälern stärker verbreitet als in kleinen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnte.⁴⁵

Entwicklung der Gesamterträge im stationären Spitalbereich

Die Gesamterträge umfassen die Gesamteinnahmen der Spitäler sowohl aus der Vergütung von KVG-pflichtigen, stationären Spitalleistungen, als auch aus der Vergütung nicht KVG-pflichtiger, gemeinwirtschaftlicher Leistungen einschliesslich der Defizitdeckungen (Obsan 2015a: 55). Eine Unterscheidung der KVG-pflichtigen und nicht KVG-pflichtigen Kosten für alle Spitäler ist derzeit aus methodischen Gründen nicht möglich (25% fehlende Werte, unklare Definition der Leistungen, Schätzmethode). In

⁴³ Gleichzeitig hat auch der Case-Mix-Index (Mass für den kodierten Schweregrad der Fälle) in den privaten Spitälern stärker zugenommen und ihr Marktanteil ist seit 2010 um 1,7 Prozent auf 27 Prozent im Jahr 2012 gestiegen.

⁴⁴ Die Spitäler, die bereits nach APDRG abgerechnet hatten, können als eine Art Kontrollgruppe für die allgemeine Kostensteigerung gesehen werden, da sie allfällige Anpassungen an ein Fallpauschalensystem bereits vollzogen haben dürften.

⁴⁵ 2011 rechneten rund die Hälfte der Universitätsspitäler und der Spitäler der Zentrumsversorgung, rund ein Viertel der Grundversorgungsspitäler und rund ein Zehntel der Spezialkliniken nach APDRG ab.

Zukunft werden vom Obsan Verbesserungen der Datenqualität erwartet (Obsan 2015a: 11 f.). Das Obsan hat eine Teilanalyse von Spitälern mit verfügbaren Daten durchgeführt. Diese zeigt, dass die Gesamterträge der Spitäler zwischen den Jahren 2011 und 2012 analog zur Vorperiode zwischen 2010 und 2011 unverändert um 7 Prozent gestiegen sind. Die Zusammensetzung der Gesamterträge hat sich in diesen beiden Perioden jedoch deutlich verändert. Der Anteil der Vergütung von stationären Spitalleistungen an den Gesamterträgen stieg von 69 Prozent im Jahr 2011 auf 87 Prozent im Jahr 2012. Parallel dazu nahmen die Anteile der gemeinwirtschaftlichen Leistungen von 20 Prozent auf 11 Prozent und der Defizitdeckungen von 9 Prozent auf 1 Prozent ab (Obsan 2015a: 56).

Die Entwicklung der Gesamterträge des stationären Bereichs stimmt mit Auswertungen des BFS überein. Dieses gab in seiner Medienmitteilung vom 13. Mai 2014 eine Zunahme der Gesundheitsausgaben im stationären Spitalsektor von 9,2 Prozent bekannt. Das Obsan will die Resultate aber dennoch nicht verbindlich kommentieren, sondern längere Datenreihen zur Beurteilung abwarten (Obsan 2015a: 62 f.). Auch aus Sicht des BAG ist es zu früh, um bereits jetzt über die Auswirkungen der Revision auf die Kosten des stationären Bereichs urteilen zu können.

Entwicklung der Kosten für stationäre Spitalleistungen zulasten der OKP

Die Gesamtkosten zulasten der OKP nehmen seit Jahren zu. Diese Tatsache war einer der Gründe für die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Gemäss Zahlen der Krankenversicherer hat sich die Zunahme der Kosten zulasten der OKP in den beiden Jahren nach der Einführung der Revision etwas verstärkt.

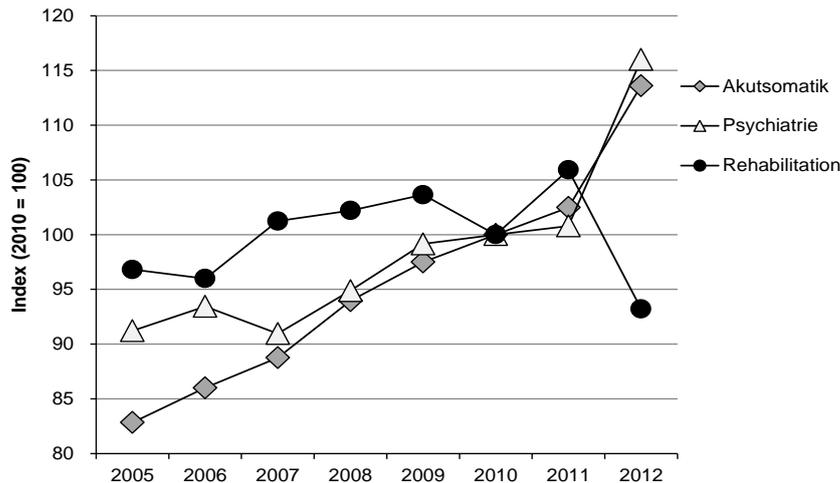
Die Kosten für stationäre Spitalleistungen zulasten der OKP haben, nach Berechnungen des BAG,⁴⁶ von 5,8 Milliarden Franken im Jahr 2011 auf 6,3 Milliarden Franken im Jahr 2012 zugenommen. Dies entspricht einem Zuwachs von +8,6 Prozent im Jahr 2012 gegenüber 2011, also deutlich mehr als in der Vorperiode von 2010 auf 2011 [+3,0%]. Gemäss Analysen des Obsan stiegen die Kosten für stationäre Spitalleistungen zulasten der OKP im Jahr 2012 um +9,4 Prozent gegenüber 2011. Zwischen 2010 und 2011 betrug das Kostenwachstum +2,6 Prozent (Obsan 2015a: 41, 63). Im Jahr 2013 liegt der Zuwachs gemäss BAG-Berechnungen allerdings bereits wieder deutlich niedriger bei +1,9 Prozent. Das Obsan verweist für das Jahr 2013 auf Zahlen von santésuisse, die ebenfalls auf ein deutlich geringeres Kostenwachstum für die stationären Spitalleistungen von ungefähr +3,5 Prozent im Vergleich zu 2012 hinweisen (Obsan 2015a: 41 f.).

Eine Berechnung der Kostenentwicklung pro versicherte Person ermöglicht es, den Effekt der Bevölkerungsentwicklung mit einzubeziehen. Die mittleren Kosten pro versicherte Person für stationäre Spitalleistungen zulasten der OKP stiegen gemäss Berechnungen des BAG von 737 Franken im Jahr 2011 auf 793 Franken im Jahr 2012. Der Kostenanstieg pro Kopf ist ebenfalls deutlich stärker zwischen 2011 und 2012 (+7,6%) als in der Vorperiode zwischen 2010 und 2011 [+1,3%]. Der Anstieg pro Kopf ist zwischen 2012 und 2013 deutlich moderater ausgefallen: er beträgt lediglich 5 Franken bzw. 0,7 Prozent.

Unklar ist, ob es sich bei der Entwicklung der OKP-Kosten für den stationären Spitalbereich um punktuelle Entwicklungen handelt. Entsprechend ist es noch nicht möglich, längerfristige Tendenzen abzuschätzen. Abbildung 10 zeigt, dass sich der Kostenanstieg 2012 vor allem auf die beiden wichtigen stationären Bereiche der Akutsomatik und Psychiatrie bezieht, auf welche über 90 Prozent der Ausgaben der OKP für stationäre Spitalleistungen entfielen (Obsan 2015a: 42).⁴⁷

⁴⁶ Analyse des SASIS-Datenpools: Absolute Bruttoleistungen nach Behandlungsjahr, unter Ausschluss der Kategorien «Sontige» und «Ausland».

⁴⁷ Im Jahr 2012 entfielen 81 Prozent der Ausgaben der OKP auf die Akutsomatik, 12 Prozent auf die Psychiatrie und die restlichen 7 Prozent auf die Rehabilitation.

Abbildung 10: Kosten zulasten der OKP für stationäre Spitalleistungen 2005-2014 nach Bereich

Quelle: Eigene Darstellung, Index auf 100 für 2010 gesetzt, basierend auf Figure 3.2 in Obsan 2015a: 43.

Für das Jahr 2012 können folgende Effekte der neuen Spitalfinanzierung auf die Kosten der OKP für den stationären Spitalbereich annähernd quantifiziert werden: Einerseits hat die neu in die Vergütung einbezogene Abgeltung für die Anlagenutzungskosten (normativer Zuschlagssatz von 10%) die Kosten der OKP für den akutsomatischen stationären Spitalbereich im Jahr 2012 um rund 5 Prozentpunkte erhöht. Andererseits haben die Kantone aufgrund von Übergangsbestimmungen zur dual-fixen Finanzierung der stationären Spitalleistungen bis 2017 Zeit, ihren Finanzierungsanteil auf mindestens 55 Prozent festzusetzen. Derzeit liegt der kantonale Finanzierungsanteil in manchen Kantonen deutlich niedriger. Simulationsrechnungen des BAG haben einen bedeutsamen Effekt des Kostenteilers auf die Kosten für stationäre Spitalleistungen zulasten der OKP ergeben. Wird bereits für 2012 in allen Kantonen ein Finanzierungsanteil von 55 Prozent simuliert, ergibt sich pro Kopf ein Kostenwachstum zulasten der OKP im Jahr 2012 von nur +1,1 Prozent und im Jahr 2013 sogar eine Kostensenkung von -4,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Ohne Übergangsregelung zur dual-fixen Finanzierung wäre die neue Spitalfinanzierung somit für die OKP bereits 2012 beinahe kostenneutral ausgefallen. Aufgrund der Berechnungen ist davon auszugehen, dass die OKP mit zunehmender Beteiligung der Kantone an der Vergütung der KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen in Zukunft stärker entlastet wird.

Entwicklung der Kosten in anderen Behandlungssektoren zulasten der OKP

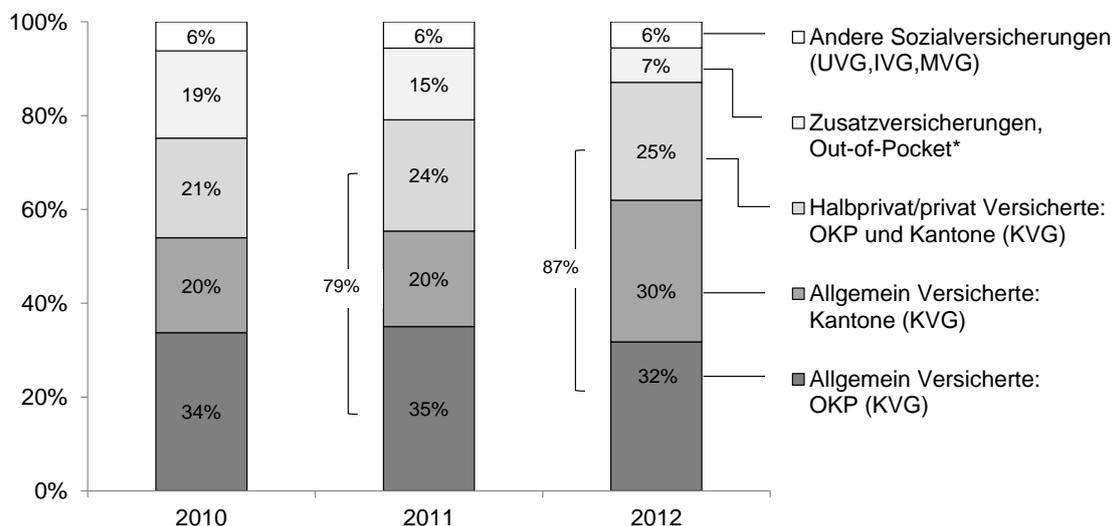
Vor der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 waren die Kosten zulasten der OKP im stationären Spitalbereich weniger stark gestiegen als in den anderen Behandlungssektoren (ambulanten Spitalbereich, praxisambulanter Bereich, Pflegeheime, Spitex). Im Jahr der Einführung der neuen Finanzierungsregelung 2012 hat sich dies gemäss Berechnungen des Obsan geändert und es war eine überproportionale Kostensteigerung bei den von der OKP vergüteten stationären Spitalleistungen zu beobachten (+9,4% gegenüber +4,8% in den anderen Behandlungssektoren) (Obsan 2015a: 48).

Eigene Berechnungen des BAG zeigen, dass die Kosten pro Kopf zulasten der OKP in den Jahren 2012 und vor allem 2013 sowohl im ambulanten Spitalbereich als auch im praxisambulantem Bereich deutlich gestiegen sind. Auch die anderen Kostengruppen (z.B. Laboratorien, Spitex, Physiotherapie) zeigen seit 2012 ein deutlicheres Kostenwachstum. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Leistungen ambulant abgerechnet werden, welche zu einem stationären Aufenthalt gehören (so genannte DRG-Plus). Die Interpretation dieser Ergebnisse ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch problematisch. Auch eine Studie von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG und der Universität Basel im Auftrag der FMH und von H+ findet einzelne Hinweise darauf, dass die Einführung von DRG-Fallpauschalensystemen zu einem Kostenanstieg im praxisambulantem Bereich führt. Insgesamt wird in dieser Studie allerdings keine Kostensteigerung festgestellt, sondern die Effekte konzentrieren sich auf Kantone, die vor 2012 kein APDRG-Fallpauschalensystem anwendeten. Im spitalambulanten Bereich ist eher eine Abnahme der Kosten zu verzeichnen, dieser Effekt ist aber ebenfalls nicht signifikant (B,S,S./Universität Basel 2013: 1 f. und 14).

Verschiebungen zwischen den Finanzierungsakteuren

Zwischen 2011 und 2012 ist es zu relevanten Verschiebungen der Kosten zwischen den Finanzierungsakteuren gekommen. Dies macht Abbildung 11 deutlich. Der KVG-Anteil hat um knapp 10 Prozent zugenommen (von rund 79% auf 87%) während der Anteil der Zusatzversicherungen deutlich gesunken ist. Die Zunahme des KVG-Anteils betrifft hauptsächlich die Vergütung für allgemein Versicherte (von 55% auf 62%). Der KVG-Anteil bei der Vergütung für halbprivat oder privat Versicherte hat sich kaum verändert.⁴⁸ Der Anteil der Kantone an der Vergütung von stationären Spitalleistungen stieg insgesamt um mindestens 10 Prozent (von 20% im Jahr 2011 auf 30% im Jahr 2012), während der OKP-Anteil leicht sank (von 35% im Jahr 2011 auf 32% im Jahr 2012). Dabei lassen sich die Finanzierungsanteile der OKP und der Kantone bei halbprivat oder privat Versicherten methodisch nicht isolieren. Für allgemein Versicherte ist die Verschiebung noch deutlicher: während die OKP im Jahr 2011 noch 63 Prozent der Kosten trug, waren es 2012 nur noch 51 Prozent. Der Anteil der Kantone stieg entsprechend von 37 auf 49 Prozent. Die Verschiebung kommt vor allem durch den Einbezug der Leistungen der privaten Spitäler zustande, wo der Anteil der Kantone an der Leistungsvergütung im Jahr 2011 bei 1 Prozent und im Jahr 2012 bei 46 Prozent lag. Bei den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalern nahm die kantonale Beteiligung von 45 auf 50 Prozent zu (Tabelle 4.5 in Obsan 2015a: 58).

Abbildung 11: Finanzierung der stationären Spitalleistungen 2010–2012



Lesehilfe: Dargestellt ist die geschätzte Finanzierung stationärer, patientenbezogener Leistungen (ohne gemeinwirtschaftliche Leistungen) basierend auf den Erträgen der Spitäler (Kostenträgerrechnung). * Der Anteil Zusatzversicherungen sowie der von den Versicherten direkt bezahlte Anteil (Out-of-Pocket) wird in der Kostenträgerrechnung der Spitäler nicht ausgewiesen, sondern als Differenz geschätzt.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf den beiden Tabellen 4.4 und 4.5 in Obsan 2015a: 57 f.

Stabil geblieben ist der geringe Kostenanteil der anderen Sozialversicherungen (UVG, IVG, MVG) an der Finanzierung der stationären Leistungen (6%).⁴⁹ Der geschätzte Finanzierungsanteil der Zusatzversicherungen und der von den Versicherten direkt bezahlten Leistungen (Out-of-Pocket) ist deutlich von 15 Prozent auf 7 Prozent gesunken. In dieselbe Richtung weisen Ergebnisse der FINMA, welche im Jahr 2012 eine starke Abnahme der Kosten bei Produkten der Spitalzusatzversicherung um 20 Prozent zeigen (Obsan 2015a: 57). Die Kostensenkungen in der Zusatzversicherung im Vergleich zum Vorjahr waren am deutlichsten für das Spitalversicherungsmodell «Allgemeine Abteilung» (-73%). Für die Produkte «halbprivate Abteilung» und «private Abteilung» war die Reduktion geringer (-16% respektive -18%) (FINMA 2013).

Nach Einschätzung des Obsan sind Verschiebungen von der Zusatzversicherung zur OKP und insbesondere hin zu den Kantonen vor allem auf zwei Mechanismen zurückzuführen. Seit 2012 werden

⁴⁸ Vgl. Tabelle 4.4. in Obsan 2015a: 57.

⁴⁹ Sozialversicherungen geregelt nach den Bundesgesetzen über die Unfallversicherung (UVG), Militärversicherung (MVG) und Invalidenversicherung (IVG).

durch die Kantone auch stationäre Leistungen von Privatspitalern (dual-fixe Finanzierung für Listenspitäler) sowie von Spitalern ausserhalb des Wohnkantons der Versicherten (freie Spitalwahl) mitfinanziert. Diese Kosten gingen zuvor zulasten der Zusatzversicherungen und der OKP.

Kantonal unterschiedliche Entwicklung der Kosten und Finanzierung

Die Obsan-Studie zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen, vor allem, was die die Variation der OKP-Kosten für stationäre Spitalleistungen von Jahr zu Jahr betrifft (vgl. Tabelle 3.3 in Obsan 2015a: 46). Die Entwicklung reicht von einer Abnahme um 18 Prozent bis zu einer Zunahme von 40 Prozent zwischen 2011 und 2012, abhängig von der finanziellen Beteiligung der Kantone. Manche Kantone haben ihre Beteiligung an der dual-fixen Finanzierung der stationären Spitalleistungen, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, bereits auf 55 Prozent angesetzt.⁵⁰ Andere Kantone haben ihren Beitrag zunächst verringert, um diesen schrittweise, wie vom Gesetz erlaubt, bis 2017 anzupassen. Dieser Umstand erklärt nach Einschätzung des Obsan einen Teil der Unterschiede zwischen den Kantonen (Obsan 2015a: 13). Mit der neuen Spitalfinanzierung beteiligen sich die Kantone neu auch an der Vergütung der stationären Leistungen von privaten Spitalern. Kantone wie beispielsweise Bern oder Tessin mit einem vergleichsweise hohen Anteil an gelisteten Privatspitalern wurden somit stärker belastet und die OKP-Kosten in diesen Kantonen deutlich entlastet.

Die Zahl der Spitäler mit einem Globalbudget der Kantone ist gemäss Analysen des Obsan von 69 im Jahr 2011 deutlich auf 30 im Jahr 2012 zurückgegangen. Bei Globalbudgets wird grundsätzlich nicht unterschieden, welcher Betrag für die Vergütung stationärer Spitalleistungen und welcher Betrag für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu verwenden ist. Parallel dazu sind Beiträge der Kantone für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die unter Beiträge und Subventionen sowie als Defizitdeckungen verbucht werden im Jahr 2012 rückläufig. Diese Änderungen zeigen, dass die Finanzierungspraxis angepasst und transparenter wird (Obsan 2015a: 13).

2.3.3 Ausblick

Zusammenfassend lässt sich aus den verfügbaren Unterlagen schliessen, dass die Gesamterträge der Spitäler im Jahr 2012, dem Einführungsjahr der neuen Finanzierungsregelung, in ähnlichem Ausmass wie bisher zugenommen haben. Die Kosten für die stationären Spitalleistungen sind stärker angestiegen als in den Vorjahren. Ursache dafür scheint vor allem ein Anstieg der Kosten pro Fall zu sein. Im Bereich der Finanzierung sind die Ausgaben der OKP für stationäre Spitalleistungen ebenfalls gestiegen, insbesondere in den Akutspitalern. Dieser Kostenanstieg kann allerdings primär auf die Effekte der Übergangsregelung zur dual-fixen Finanzierung der stationären Spitalleistungen sowie des Einbezugs der Anlagenutzungskosten in die Fallpauschalen des akutsomatischen Bereichs zurückgeführt werden. Der Kostenanteil der OKP variiert stark zwischen den Kantonen, abhängig von der finanziellen Beteiligung der Kantone. Es finden sich Hinweise auf eine erwartete Entlastung der Zusatzversicherungen. Gleichzeitig nehmen die Beteiligung der Kantone an der Vergütung KVG-pflichtiger Leistungen sowie die Transparenz der Finanzierungspraxis zu. Es ist allerdings zu früh, um zu entscheiden, inwiefern es sich bei den beobachteten Entwicklungen um punktuelle Phänomene aufgrund von Anpassungsreaktionen oder um eine längerfristige Entwicklung handelt. Eine tiefgreifende Reform wie die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zieht zwangsläufig eine Anpassungsphase nach sich, die von einem Abtasten der Möglichkeiten durch die Akteure, einzelnen Unstimmigkeiten und einer Vielzahl verschiedener Umsetzungspraktiken geprägt ist. Dies hat sich bereits bei der Einführung des Tariffsystems TARMED 2004 im ambulanten Bereich gezeigt. Damit die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Kosten des Versorgungssystems zuverlässiger beurteilt werden können, müssen das neue Finanzierungssystem stabiler etabliert und die Datenqualität verbessert sein. Dem Aufbau zuverlässiger Datenreihen zu Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems wird daher grosse Bedeutung zugeschrieben. Sie dienen der Beurteilung von Wirkungen und sind eine wichtige Grundlage für alle Beteiligten, um fortlaufend Handlungsbedarf erkennen zu können.

⁵⁰ Gemäss Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21.12.2007 (Spitalfinanzierung) durften nur Kantone, bei denen die Krankenversicherungsprämien für Erwachsene zum Einführungszeitpunkt unter dem schweizerischen Durchschnitt lagen, einen Anteil von unter 55 Prozent festlegen.

2.4 Qualität der stationären Spitalleistungen

Ein zentrales Ziel des KVG ist die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung für die Bevölkerung. Mehrere Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung dienen der Erreichung dieses Ziels. So ist neu festgeschrieben, dass die kantonale Spitalplanung nach auf Qualität und Wirtschaftlichkeit basierten Planungskriterien zu erfolgen hat.⁵¹ Durch die Erhebung und Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren soll zudem die Transparenz über die Qualität der Spitäler erhöht und durch die freie Spitalwahl soll ein schweizweiter Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern gefördert werden. Hier setzt auch das Prinzip «gleicher Preis für gleiche Leistung» an, welches hinter der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur für Fallpauschalen (SwissDRG) steht.

Es wurden aber auch Befürchtungen geäussert, dass sich die Reaktionen der Spitäler auf den erhöhten Kostendruck negativ auf die Qualität der stationären Versorgung auswirken könnten. So sind qualitätswirksame Einsparungen, beispielsweise beim Personal oder bei geeigneten Behandlungsmethoden (Unterversorgung schwieriger Fälle) sowie Ausweichmechanismen wie Patientenselektion nicht auszuschliessen. Zudem kann sich eine grundlegende Reform der Finanzierung des stationären Sektors auch auf die Qualität der Leistungserbringung an den Schnittstellen zur nachgelagerten Versorgung auswirken (ISGF 2014: 11 f.).

In der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung soll untersucht werden, wie sich die Qualität der stationären Spitalleistungen infolge der Revision entwickelt. Dabei sollen zeitliche und inhaltliche Zusammenhänge zwischen der Umsetzung der Massnahmen der Revision und der Qualitätsentwicklung herausgearbeitet werden. Zudem soll der Einfluss der Revision auf die Schnittstellen innerhalb des stationären Bereichs sowie zwischen dem stationären Bereich und den nachgelagerten Bereichen beurteilt werden.

2.4.1 Ausgangslage

Das Gesundheitssystem der Schweiz gilt international als qualitativ sehr hochstehend. Die OECD und die WHO messen dies an einer hohen Lebenserwartung, der guten Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste, der grossen Auswahl an Leistungserbringern und Versicherern sowie einer breiten Deckung der grundlegenden medizinischen Leistungen und Arzneimittel (OECD/WHO 2011).

Schweizweit gab es bislang kaum Daten zur Beurteilung der Qualität der stationären Versorgung, welche für die Evaluation genutzt werden konnten. Im Vorfeld der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurden auf verschiedenen Ebenen Verbesserungen in diesem Bereich angestossen. So ist seit dem 1. Januar 2009 ein neuer Artikel des KVG in Kraft, welcher die Leistungserbringer verpflichtet, den zuständigen Bundesämtern unter anderem Daten bekanntzugeben, die benötigt werden, um die Qualität der Leistungen zu überwachen (Art. 22a KVG). Diese medizinischen Qualitätsindikatoren werden vom BFS erhoben und vom BAG publiziert. So veröffentlichte das BAG anfangs 2012 erstmals drei Indikatoren der Ergebnisqualität für sämtliche akutsomatischen Spitäler der Schweiz, deren Daten bis ins Jahr 2008 zurückreichen.⁵² Ziel der Publikation ist es, Qualitätsdiskussionen unter Fachleuten zu intensivieren und den Versicherten mehr Transparenz über die Arbeit in den Spitälern zu bieten. Die Indikatoren erlauben jedoch kein abschliessendes Urteil über die Qualität der durch die Spitäler erbrachten Behandlungen (BAG 2012b: 4). Weitere Qualitätsindikatoren werden vom nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) veröffentlicht, dem Kantone, Versicherer und Spitäler angehören.⁵³ Dieses Messprogramm der Ergebnisqualität in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie dient vornehmlich der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aufgrund von selbstgesteuerten Lernprozessen in den Kliniken. Diese Datenerhebung startete erst im

⁵¹ Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. (Art. 39 KVG). Die Planungskriterien definieren das System der Spitalplanung im Sinne des KVG. Dabei handelt es sich um abstrakte Vorgaben, bei deren Umsetzung die Kantone einen grossen Spielraum haben. Die Planung muss den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit Rechnung tragen und hat das Ziel, die stationäre Behandlung für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone sicherzustellen. (Bundesrat 2013: 13 f.)

⁵² Die Qualitätsindikatoren des BAG, die Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI), umfassen die drei Typen Fallzahlen, Mortalitätszahlen und Anteilswerte. Diese werden für 40 Krankheitsbilder und Behandlungen dokumentiert. Die Zahlen stehen auf der Homepage des BAG zur Verfügung.

⁵³ Gemessen werden fünf Qualitätsindikatoren: potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen und Reoperationen, Wundinfekte, Dekubitus und Stürze sowie Patientenzufriedenheit.

Jahr 2012, sodass keine Vergleichszahlen aus den Jahren vor Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vorliegen. (ISGF 2013: 52).

2.4.2 Ergebnisse von Wirkungsanalysen

Verschiedene gesundheitspolitische Akteure verfolgen wissenschaftlich die Entwicklung der Qualität in der stationären Versorgung aus verschiedenen Perspektiven. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Studien im Auftrag des BAG dargestellt. Im zweiten Abschnitt werden dann die Ergebnisse aus Studien anderer gesundheitspolitischer Akteure zusammengefasst.

Studien im Auftrag des BAG

Im Zentrum der bisher im Rahmen der Evaluation zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vom BAG lancierten Wirkungsanalyse zum Thema Qualität stehen zwei Hauptfragen: Erstens soll untersucht werden, ob Zusammenhänge zwischen allfälligen Veränderungen der Qualität der stationären akutsomatischen Spitalleistungen mit der Revision erkennbar sind. Zweitens soll beurteilt werden, welchen Einfluss die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen der Akutspitäler hat. Diese liegen sowohl innerhalb (Psychiatrie und Rehabilitation) als auch ausserhalb des stationären Bereichs (Langzeitpflege, Spitex und ambulante ärztliche Versorgung). Gegenwärtig liegen zwei Berichte vor, deren Ergebnisse in die vorliegende Synthese einfließen können. Der Bericht des Obsan bezieht sich auf beide Fragestellungen (Obsan 2015b). Ergänzend liegt ein Bericht vom ISGF Zürich vor, der vertieft auf die Qualität an den Schnittstellen eingeht (ISGF 2014). Diese beiden Studien stützen sich im Wesentlichen auf konzeptionelle Grundlagen, die im Rahmen zweier Vorstudien erarbeitet wurden (econcept 2012, ISGF 2013).

In der Studie des Obsan wurden Qualitätsindikatoren, welche für den Zeitraum vor und nach der Einführung der Revision vorliegen, quantitativ ausgewertet. Die Auswahl der Indikatoren orientierte sich an etablierten, geprüften Merkmalen und an der Verfügbarkeit der Daten. Die ausgewählten Indikatoren beziehen sich auf alle drei Dimensionen der Qualität (Ergebnis-, Struktur-, Prozessqualität).⁵⁴ Sie bilden nicht die Qualität als solche ab, sondern geben indirekte Hinweise auf die Qualität der stationären Leistungserbringung (Obsan 2015b: 10). Grundlage bilden Daten des BFS (Krankenhausstatistik und Medizinische Statistik der Krankenhäuser) sowie der Krankenversicherer (tarifsuisse AG).⁵⁵ Es wurden rund fünf Millionen Fälle in 170 Akutspitälern aus den Jahren 2008 bis und mit 2012 analysiert.⁵⁶

Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Abbildung 12 zusammengefasst. Das Obsan ist jedoch der Meinung, dass derzeit keine Schlüsse über den Einfluss der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität gezogen werden können, auch wenn einzelne Indikatoren Unterschiede vor und nach der Einführung der Revision aufweisen, weil der Beobachtungszeitraum nach Einführung der Revision zu kurz ist (Obsan 2015b: 8). Die einzelnen Indikatoren zeigen folgende Entwicklungen:

⁵⁴ Grundlage für die Auswahl waren zwei Vorstudien, insbesondere die Übersichtstabelle in ISGF 2013: 7. Im Qualitätsmanagement werden drei Dimensionen von Qualität unterschieden. Die *Strukturqualität* umfasst beispielsweise die räumliche Infrastruktur, die technische Ausstattung und die Qualifikation des Personals. Die *Prozessqualität* bezieht sich auf Merkmale des Behandlungsablaufs. Hierzu zählen zum Beispiel die Erreichbarkeit und die Ansprechbarkeit des Personals, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Schnittstellenmanagement. Die *Ergebnisqualität* bezieht sich auf das Endergebnis für die Patientinnen und Patienten, beispielsweise die Heilungsrate und die Sterblichkeit (Mortalität). Die Struktur- und die Prozessqualität schaffen die Voraussetzungen für eine gute Ergebnisqualität (econcept 2012: 4).

⁵⁵ Die Daten der tarifsuisse AG enthalten das jeweilige Tarifsystem der Spitäler vor Einführung der KVG-Revision Spitalfinanzierung (APDRG ja oder nein).

⁵⁶ Zur Personalausstattung liegen erst ab 2010 Daten vor.

Abbildung 12: Zusammenfassung der Analyse der Qualitätsindikatoren durch das Obsan 2014

Qualitätsindikator	Ergebnisse		Interpretation: Hinweise auf Einfluss durch Revision
Mortalität insgesamt	↓	Tendenziell rückläufig seit 2008	Kein Einfluss
Bei Herzinfarkt (akute Herzerkrankung)	↓ (↓)	Insgesamt abnehmend In APDRG Spitälern Mortalität nach 2012 geringer als in anderen Spitälern	Möglicher Einfluss
Bei Herzinsuffizienz (chronische Herzerkrankung)	↓ (↑)	Insgesamt abnehmend In APDRG Spitälern Mortalität nach 2012 höher als in anderen Spitälern	Möglicher Einfluss
Nach Hirnschlag	↓	Insgesamt abnehmend, kein signifikanter Unterschied zwischen APDRG Spitälern und anderen Spitälern	Kein Einfluss
Rehospitalisierungsraten	(↑)	In APDRG Spitälern nach 2012 erhöht; kein Hinweis auf Fallsplitting.	Möglicher Einfluss
Aufenthaltsdauer (<45 Tage)	↓	2012 kontinuierlich rückläufig, wie in den Vorjahren seit 2008	Kein Einfluss
Fallzahlen nach SPLG	=	Seit 2009 unverändert (kleine Schwankungen)	Kein Einfluss
Personalsituation			Kein Einfluss
Personalbestand	↑ =	VZÄ leicht zugenommen, parallel zur Inanspruchnahme, seit 2010; Personal pro Bett konstant seit 2010	
Skill- und Grade-Mix ⁵⁷	=	Unverändert seit 2010	Kein Einfluss
Schnittstellen zur Nachversorgung (Patientenströme) Akutsomatik-Rehabilitation - Langzeitpflege - Spitex Akutsomatik-Langzeitpflege Akutsomatik-Spitex	↑	Leichte Zunahme Patientenströme Akutsomatik zu Rehabilitation, Langzeitpflege und Spitex (Fallzahl) seit 2006; Verkürzung der Aufenthaltsdauer dieser Patientinnen und Patienten in der Akutsomatik, jedoch nicht in der Rehabilitation; Unklar ob in Demografie begründet	Möglicher Einfluss
Akutsomatik-Psychiatrie	=	Fallzahlen in der Psychiatrie unverändert	Kein Einfluss

Lesehilfe: Bei der Auswertung wurde auch berücksichtigt, ob die Akutspitäler vor 2012 bereits nach DRG-Fallpauschalen (APDRG) abgerechnet haben oder nicht. Es wird davon ausgegangen, dass ehemalige APDRG-Spitäler gewisse Anpassungsprozesse an das Fallpauschalensystem bereits vollzogen haben und bereits eine stabilere Situation aufweisen. Daher könnten Ergebnisse dieser Spitäler Hinweise geben auf zukünftige Entwicklungen.

Quelle: Eigene Darstellung ausgehend von Obsan 2015b, zum Teil ergänzt.

Die *Mortalitätsraten* sind insgesamt rückläufig über den untersuchten Zeitraum von 2008 bis 2012. Es finden sich also keine Hinweise auf negative Auswirkungen der Revision auf die Spitalmortalität insgesamt. Allerdings weist der Bericht des Obsan in APDRG-Spitälern auf einen leichten, aber signifikanten Anstieg der Mortalität bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzerkrankung (Herzinsuffizienz) und eine Abnahme bei Patientinnen und Patienten mit akuter Herzerkrankung (Herzinfarkt) nach der Einführung der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung hin.

Die Wahrscheinlichkeit für eine *Rehospitalisierung* insgesamt hat sich seit dem Jahr 2008 nicht signifikant verändert. Allerdings ist bei den APDRG-erfahrenen Spitälern das Risiko für eine Rehospitalisierung nach 2012 erhöht. Dies könnte ein Hinweis auf eine Verringerung der Behandlungsqualität sein. Der Effekt ist zwar signifikant, aber sehr gering, sodass eine abschliessende Beurteilung nicht möglich ist. Er kann sowohl innerhalb von 18 als auch innerhalb von 30 Tagen nachgewiesen werden. Es ergeben sich keine Hinweise auf ein Fallsplitting, also einen Aufschub von Behandlungen, weil ab dem 19. Tag nach einem Spitalaufenthalt ein Fall neu abgerechnet werden kann.

Die *Fallzahlen* in den Spitälern haben sich proportional nach Leistungsgruppen in den Jahren 2010 bis 2012 nicht grundlegend verändert. Es zeigen sich im Einführungsjahr der Revision keine Hinweise auf Mengenausweitungen der Spitäler insgesamt. Diese Stabilität der Zahlen erscheint dem Obsan bemerkenswert, da die Fallzahlen einerseits von der Kodierqualität abhängig sind, und diese sich mit der Zeit verändert. Andererseits unterliegen die Zahlen im Prinzip auch «natürlichen Schwankungen».

⁵⁷ Der Grade-Mix beschreibt die unterschiedlichen offiziellen Ausbildungen und Zusatzausbildungen der Mitarbeitenden. Der Skill-Mix beschreibt die unterschiedlichen Berufserfahrungen und individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden.

Die *Aufenthaltsdauer* im akutsomatischen Bereich ist im Untersuchungszeitraum von 2008 bis 2012 kontinuierlich zurückgegangen, ohne einen auffälligen Bruch zwischen 2011 und 2012. Das Obsan sieht keinen Effekt der Revision auf die Aufenthaltsdauer im Spital.

Der *Bestand an Personal*, gemessen an Vollzeitäquivalenten, hat seit 2010 leicht zugenommen. Die Zunahme verläuft jedoch parallel zur Zunahme der Inanspruchnahme von Leistungen. So ist die Entwicklung der Personalausstattung pro belegtes Bett über den untersuchten Zeitraum ebenfalls leicht zunehmend und seit 2011 konstant. Auch der Skill- und Grade-Mix des Personals, gemessen am Verhältnis Ärztinnen und Ärzte zu Pflegepersonal und dem Verhältnis der Ausbildungsstufen in der Pflege, ist bis und mit 2012 konstant. Das Obsan beobachtet demnach keine Auswirkungen der Revision auf die Personalsituation in den Spitälern, weder für Ärztinnen und Ärzte, noch für das Pflegepersonal.

Die Frage, ob und wie sich die Revision auf die *Schnittstellen der Akutspitäler* auswirkt, kann anhand der Ergebnisse der Obsan-Studie nicht umfassend beurteilt werden. Insgesamt ist, bis auf die Psychiatrie, in allen Nachsorgebereichen eine leichte Zunahme der Übertritte und eine Tendenz zu früherer Verlegung aus der Akutsomatik zu verzeichnen. Die in die Rehabilitation transferierten Fälle wurden im Jahr 2012 im Schnitt zwei Tage kürzer in der Akutsomatik versorgt als im Jahr 2008, die Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation selbst blieb konstant. Dies könnten Hinweise auf eine Verlagerung von Patientinnen und Patienten aus der Akutsomatik in den nachgelagerten stationären und ambulanten Bereich sein, was vom Gesetzgeber gewünscht ist. Das Obsan vermutet aber, dass es sich eher um eine allgemeine Entwicklung als um einen spezifischen Effekt der KVG-Revision Spitalfinanzierung handelt, da die Veränderungen in allen Bereichen bereits vor Jahren eingesetzt haben. Sie weisen jedoch darauf hin, dass eine abschliessende Beurteilung erst möglich ist, wenn Zahlen über einen längeren Zeitraum nach Einführung der Revision vorliegen.

Eine aktuelle Analyse der Behandlungsketten und Schnittstellen des Obsan mit den Daten für 2013 zeigt generell eine weitere Zunahme von Patientinnen und Patienten in Nachsorgeeinrichtungen nach einem akutstationären Spitalaufenthalt (Obsan 2015c). Gemessen an der Gesamtzahl von ca. 1,1 Millionen Fällen sind die Anteile jedoch relativ gering. So wurden rund 4 Prozent in eine Rehabilitationseinrichtung überwiesen und je gut 3 Prozent in einem Pflegeheim oder durch die Spitex weiterbetreut. Beim Übergang von der Akutsomatik in die Rehabilitation wie auch die direkte Weiterversorgung durch die Spitex oder in Pflegeheimen scheinen sich die Zahlen im Vergleich zu den Vorjahren von 2012 zu 2013 zu stabilisieren. Einen relativ starken Anstieg gibt es bei der Behandlungskette Akutsomatik – Rehabilitation – Spitex. Ebenso zeigt sich eine stark ansteigende Tendenz in der Behandlungskette Akutsomatik – Rehabilitation – Akutsomatik. Direkte Rehospitalisierungen, d.h. die Wiederaufnahme in die Akutsomatik nach einer akutsomatischen Behandlung, bleiben in dem betrachteten Zeitfenster von 2008 – 2013 weitgehend stabil.

Die ergänzende Studie des ISGF Zürich im Auftrag des BAG untersucht vertieft zwei Fragen zur Qualität an den Schnittstellen. Erstens sollen wichtige Merkmale einer guten Qualität an den Schnittstellen identifiziert werden. Zweitens sollen mögliche Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf strukturelle und prozessuale Qualitätsmerkmale an den Schnittstellen von der Akutsomatik zum Nachsorgebereich untersucht werden (ISGF 2014: 3). Die Ergebnisse der Studie stützen sich auf eine Literaturanalyse, qualitative Expertengespräche⁵⁸ sowie eine quantitative Auswertung der Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie von Vertretenden von Nachsorgeinstitutionen in Deutschschweizer Kantonen zwischen 2006 und 2013 (ISGF 2014: 4 f. und 53 f.).⁵⁹ In der Studie

⁵⁸ Zehn Gespräche mit Schweizer Vertretenden der Spitäler (Kantons-, Universitätsspital, Trägerorganisation Spitäler), Krankenversicherungen und der Nachsorgeseite (Spitex, Altersheim, Rehabilitation und Hausärztin bzw. Hausarzt) sowie ein Interview mit einem Experten aus Österreich (ISGF 2014: 34).

⁵⁹ Für die Analyse liegen im Zeitraum zwischen 2006 und 2013 rund 60'000 Bogen von Patientinnen und Patienten aus 22 Spitälern und von den Nachsorgern vor. Knapp 80 Prozent der Nachsorgebogen stammen von Hausarztpraxen, rund 7 Prozent aus Spitexstellen, 4 Prozent von Rehabilitationskliniken und rund 4 Prozent aus der Langzeitpflege. Die Daten stammen ausschliesslich aus der Deutschschweiz und davon mehrheitlich aus den Kantonen Zürich (61%) und Aargau (23%). Deutlich weniger Informationen liegen aus den Kantonen Bern (9%), Solothurn (6%), Graubünden (1%) und Luzern (<1%) vor. In der Stichprobe etwas überrepräsentiert sind ältere Zusatzversicherte, die nicht im Notfall behandelt wurden, sowie Patientinnen und Patienten aus der Orthopädie. Patientinnen und Patienten aus der Inneren Medizin sind unterrepräsentiert (Datenquelle: hcri AG, ehemaliger Verein Outcome, vgl. ISGF 2014: 53 f.).

des ISGF werden bis Ende des Beobachtungszeitraums 2013 insgesamt keine negativen Auswirkungen der Revision auf die Qualität an den Schnittstellen berichtet. Unabhängig von der Revision beurteilten aber rund 40 Prozent der befragten Nachsorger (mehrheitlich Hausärztinnen und Hausärzte) den Übertritt aus der Akutsomatik als problematisch.⁶⁰ Rund 60 Prozent der Nachsorger und rund 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Nachsorgebedarf waren über die gesamte Beobachtungszeit mit dem Austrittsmanagement der Spitäler zufrieden.⁶¹ Rund 13 Prozent der Patientinnen und Patienten waren nicht zufrieden, in diesen Fällen gaben auch die betreuenden Nachsorger eine negative Bewertung ab. Über die Zeit blieben die Häufigkeitsverteilungen in den Bewertungsgruppen mehrheitlich gleich, sodass sich nach Einschätzung des ISGF keine Verschlechterung der Schnittstellenqualität durch die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zeigt. Die Studie liefert Hinweise darauf, dass sich die Qualität geringfügig verbessert haben könnte, da nach 2012 von den Nachsorgern weniger Kommunikationsprobleme ohne negative Folgen berichtet wurden (knapp statistisch signifikant ISGF 2014: 76). Bei den Zufriedenheitsmustern der Patientinnen und Patienten zeigte sich nach 2012 eine Tendenz zu weniger Extrembeurteilungen, sowohl bei positiven als auch bei negativen Bewertungen. Insgesamt konstatiert das ISGF im Bereich des Schnittstellenmanagement aber noch Optimierungspotenzial (ISGF 2014 8 f.)

Forschungen weiterer Akteure

Eine Reihe weiterer Akteure aus dem Gesundheitswesen hat Projekte zur Erforschung von Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität der Leistungserbringung lanciert, welche für die vorliegende Wirkungsanalyse relevante Informationen liefern. Dabei stehen die Rahmenbedingungen verschiedener Berufsgruppen, Verlagerungen aus dem stationären Sektor in andere Bereiche sowie ethische Aspekte wie Auswirkungen auf die Behandlung vulnerabler Gruppen im Fokus.

Die *Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte FMH* beauftragte gfs.bern mit einer Befragung der Ärzteschaft vor und nach der Einführung der Revision, um deren Auswirkungen auf die Einstellung und Situation der Ärztinnen und Ärzte zu untersuchen.⁶² Die Auswertung der Befragungen 2011 bis 2013 zeigt gemäss gfs.bern deutlich, dass der administrative Aufwand in der Medizin aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte weiter zugenommen hat, jedoch ohne negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung zu haben. Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft sei, trotz Zeitdruck, konstant hoch und die Behandlungsfreiheit sei erhalten, sodass eine optimale Versorgung gewährleistet sei. Kritische oder medizinisch fragwürdige Ereignisse (z.B. medizinisch nicht notwendige Operationen, «blutige Entlassungen») kommen aus Sicht der Ärzteschaft relativ selten vor. Etwas häufiger als im Jahr 2011 wird berichtet, dass die Entscheidungen für eine spitalambulante oder stationäre Behandlung nicht aus medizinischen Gründen gefällt werden. Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten zeigt sich zudem auf tiefem Niveau eine zunehmende Tendenz, die Behandlung auf mehrere Spitalbesuche aufzuteilen (Fallsplitting). Die Einflussnahme der Krankenversicherer oder der Spitalverwaltungen ist gemäss gfs.bern in der Akutsomatik konstant tief, anders als in der Psychiatrie und Rehabilitation. Die Befragten berichten jedoch häufiger als in den Vorjahren, dass chronisch Kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten in andere Einrichtungen verlegt werden. Die Ärztinnen und Ärzte vermuten gleichzeitig, dass die Krankenversicherungen die Kostengutsprachen für Überweisungen vom Akutspital in die Rehabilitation verzögern. Es wurden keine ärztlichen Stellen aufgrund von Sparbemühungen in den Spitälern gestrichen. Insgesamt würde unter den neuen Bedingungen der ärztliche Personalbestand eher ausgebaut. Positionierungsbemühungen der Spitäler mit Spezialisierungen und Expansionsstrategien werden von der Ärzteschaft positiv beurteilt (gfs.bern 2013: 3 ff.).

Der *Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA* beauftragte Widmer Beratungen mit einer Befragung von Pflegeinstitutionen zu Auswirkungen von SwissDRG auf die Langzeitpflege. Befragt

⁶⁰ Ein Fünftel der Nachsorger beurteilt bestimmte Aspekte des Übergangs als nicht optimal. Ein knappes Fünftel (rund 18%) berichtete von Problemen beim Übergang. Bei einem knappen Drittel von diesen (rund 6% von allen) blieben die Probleme ohne negative Folgen, bei ebenfalls einem knappen Drittel (rund 5% von allen) führte dies zu einer Gefährdung der Patientin oder des Patienten und in den restlichen Fällen (rund 7% von allen) wurde von einer breiten Problempalette berichtet.

⁶¹ Je ein knappes Fünftel der Patientinnen und Patienten bewertete ihren Austritt zurückhaltend positiv (rund 17%) oder waren indifferent (rund 19%).

⁶² Befragt wurden 2013 rund 1'500 Ärztinnen und Ärzte (947 aus Akutspitälern, 142 aus Psychiatrischen Kliniken, 78 aus Rehabilitationskliniken und 339 aus dem ambulanten Bereich).

wurden im Jahr 2012 rund 30 Pflegeheime und Verbände aus der Deutschschweiz und aus der Romandie. Über drei Viertel der befragten Vertretenden der Pflegeinstitutionen berichteten von früheren Entlassungen durch die Akutspitäler. Der frühere Übertritt in die Pflegeinstitutionen wurde nicht per se als negativ, aber als Herausforderung bewertet. Die Übergangsprozesse aus der Akutsomatik würden schon seit Jahren bearbeitet, seien aber noch weiter optimierbar. Die Personalsituation und die Vergütung der Leistungen seien zudem ungenügend angepasst worden. Die Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wird auch als Chance für die Pflegeinstitutionen wahrgenommen, da ihre Bedeutung als Partner für die Akutspitäler zugenommen habe. Zudem ergeben sich auch neue Marktfelder, welche gemäss Studienautor jedoch in einigen Kantonen durch die kantonale Gesundheitspolitik beschränkt werden. Insgesamt würde der seit Jahren bestehende Trend einer zunehmenden Komplexität der Betreuung in der Langzeitpflege durch die Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (bzw. durch das DRG-System) verstärkt (Widmer Beratungen 2012).

Der *Spitalverband H+* liess von gfs.bern im Jahr 2014 eine repräsentative Befragung von rund 1'200 Stimmberechtigten aus der ganzen Schweiz durchführen, um Entwicklungen der Einstellung des Stimmvolks gegenüber den Spitälern zu verfolgen (H+ Spital- und Klinik-Barometer). Die Qualität in den Schweizer Spitälern ist den Befragten sehr wichtig und wird von fast allen als gut oder sehr gut beurteilt. Personen, die 2013/2014 im Spital waren und Personen mit schlechter Gesundheit beurteilen die Qualität allerdings etwas negativer als Personen ohne (aktuellen) Spitalaufenthalt oder Personen mit guter Gesundheit (gfs.bern 2014: 8). Eine gute Erreichbarkeit der Spitäler sei den Befragten zwar wichtig, stärker wird jedoch die Qualität gewichtet. Bedeutsame Beurteilungsfaktoren sind für die Befragten das Leistungsangebot der Spitäler, die Zusammenarbeit mit dem vor- und nachgelagerten Bereich und eine kurze Aufenthaltsdauer. Für eine einmalige, spezialisierte Behandlung sind die Befragten durchaus bereit, eine längere Anreise in Kauf zu nehmen (gfs.bern 2014: 30).

Der *Förderverein Dialog Ethik* beauftragte gfs-zürich mit einer qualitativen Studie zu Auswirkungen der DRG auf die Behandlung und Betreuung älterer Patientinnen und Patienten vor und nach einem Spitalaufenthalt. In den Jahren 2011 und 2013, also vor und nach der Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, wurden in der Deutschschweiz⁶³ knapp 20 qualitative Interviews mit Vertretenden des vor- und nachgelagerten Bereichs (Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex, Langzeitpflege) durchgeführt. Von den Befragten wurde die Patientenversorgung auch nach der Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung als grundsätzlich adäquat erachtet. Die befürchteten «blutigen Entlassungen» und «Karussell-Effekte» wurden kaum bestätigt. Bezüglich der Schnittstellen und Übergänge werden kaum Veränderungen konstatiert. Mehrere Personen berichteten von einer Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich wegen früherer Entlassungen oder schnellerer Vermittlung an ambulante Dienste innerhalb des Spitals. Als grösste Herausforderung des neuen Systems wurden die frühen Entlassungen aus dem Spital bezeichnet. Durch die frühzeitigeren Entlassungen und Rückverlegungen stehen die Sozialdienste unter zeitlichem Druck, eine Anschlusslösung zu finden. Dieser Druck werde weitergegeben an die Heime, was die Abklärung von Alternativlösungen erschwere. Die Langzeitpflege und die Spitex-Dienste sind durch die kurzfristigeren Spitalentlassungen zusätzlich gefordert, hätten sich aber darauf eingestellt und entsprechend gehandelt (gfs-zürich 2013).

Der *Schweizerische Nationalfonds* hat von 2011 bis 2013 ein interdisziplinäres Sinergia-Projekt finanziert, welches die ethischen, medizinischen und sozialen Auswirkungen von SwissDRG untersucht.⁶⁴ Im Fokus stehen die Folgen für den Zugang zur Versorgung, für die Behandlungsqualität und für das professionelle Ethos verschiedener medizinischer Berufe. Neben der Erhebung empirischer Daten erfolgt eine kritische Analyse von ethischen und rechtlichen Aspekten. Es werden Instrumente sowie Empfehlungen für ein zukünftiges Monitoring erarbeitet. Aktuell (Oktober 2014) stehen noch keine

⁶³ In den Kantonen Zürich, Bern, Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

⁶⁴ An dem Projekt *Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups on Patient Care and Professional Practice: an Interdisciplinary Approach (IDoC)* sind Forscherteams der Universitäten Zürich, Basel, Genf und Lausanne unter der Leitung von Prof. Nikola Biller-Andorno vom Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich beteiligt. <<http://p3.snf.ch/project-132786>>, Zugriff am 15.9.2014.

publizierten Ergebnisse aus den Erhebungen nach der Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zur Verfügung.⁶⁵

Der *Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken* (ANQ) hat ein Messprogramm zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aufgrund von selbstgesteuerten Lernprozessen in den Kliniken entwickelt. Daher handelt es sich nicht um eine Wirkungsanalyse im engeren Sinne. Zudem liegen für die meisten Qualitätsindikatoren noch keine Ergebnisse für das Jahr 2012 vor. Die Ergebnisse der jährlichen, nationalen Befragung zur Patientenzufriedenheit sind jedoch bereits publiziert. Im Jahr 2012 beteiligten sich rund 34'000 Patientinnen und Patienten aus 187 Spitalstandorten an der Befragung. Alle fünf Fragen zur Beurteilung der Behandlungsqualität wurden auf einem sehr hohen Zufriedenheitsniveau beantwortet (hcri AG/ANQ 2014).⁶⁶ Die Ergebnisse sind vergleichbar mit 2011, sodass sich kein Einfluss der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Patientenzufriedenheit feststellen lässt.

Zusammenfassend finden sich derzeit auch in den Studien anderer gesundheitspolitischer Akteure keine Belege einer deutlichen Veränderung der Qualität der stationären Versorgung. Insbesondere haben sich Befürchtungen einer Verschlechterung der Behandlungsqualität bisher nicht bestätigt.

2.4.3 Ausblick

Im Jahr der Einführung der Revision finden sich keine deutlichen Hinweise auf relevante Auswirkungen auf die Qualität der stationären Leistungen. Zwar weisen verschiedene Studien darauf hin, dass die Aufenthaltsdauer in der Akutsomatik verkürzt wird und Patientinnen und Patienten früher in den Nachsorgebereich entlassen werden. Diese Entwicklungen werden aber als qualitätsneutral dargestellt. Zudem können sie nicht schlüssig auf die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zurückgeführt werden. Vielmehr entsprechen sie eher einem allgemeinen Trend, der bereits vorher eingesetzt hat, aber möglicherweise durch die Revision akzentuiert wird.

Die Indikatoren aus der Studie des Obsan sollen in den nächsten Jahren weiter regelmässig erfasst und beschrieben werden, um die Entwicklungen in Bezug auf die Qualität der stationären Versorgung und an den Schnittstellen kontinuierlich verfolgen zu können. Gegebenenfalls werden weitere Indikatoren ergänzt. In der zweiten Etappe der Evaluation des BAG werden Daten bis zum Jahr 2016 analysiert werden. Bis dahin sind auch aus den zahlreichen Studien weiterer Akteure relevante Ergebnisse zu erwarten.

2.5 Risikoausgleich

In der Vergangenheit hatten die Versicherer einen Anreiz, gezielt Personen mit geringer Erkrankungswahrscheinlichkeit (sog. «gute» Risiken) anzuwerben und Personen mit hoher Erkrankungswahrscheinlichkeit, namentlich chronisch Kranke, (sog. «schlechte» Risiken) abzuwimmeln bzw. loszuwerden (Risikoselektion). Um diesen vom Gesetzgeber nicht gewollten Fehlanreizen in der OKP entgegenzuwirken, wurden die Krankenversicherer gesetzlich verpflichtet, jeden Kunden aufzunehmen und eine risikounabhängige Einheitsprämie zu verlangen (Art. 61 KVG). Zudem wurde befristet ein Risikoausgleich mit den Indikatoren Alter und Geschlecht eingeführt. Weil sich dieser Ausgleich als ungenügend erwiesen hat, wurde im Rahmen der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 eine Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen.⁶⁷ Seit dem Ausgleichsjahr 2012 wird als zusätzlicher Indikator für ein erhöhtes Krankheitsrisiko der Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr während mindestens drei Nächten berücksichtigt.⁶⁸ Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs will der Gesetzgeber

⁶⁵ Aus dem Teilprojekt DRG und Pflege sind Teilergebnisse einer Befragung von Pflegenden aus dem Jahr 2011 publiziert. Die Befragung soll 2014/2015 wiederholt werden, um die Entwicklung unter dem neuen Tarifsysteem zu verfolgen (Sinergia 2013a).

⁶⁶ Frage 1: Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen? Frage 2: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben? Frage 3: Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? Frage 4: Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten? Frage 5: Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?

⁶⁷ Am 21. März 2014 hat das Parlament den Risikoausgleich ohne Befristung im KVG verankert und eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen. Neu kann der Bundesrat in der Verordnung weitere geeignete Indikatoren der Morbidität festlegen. Der Bundesrat hat die entsprechende Änderung der VORA am 15. Oktober 2014 verabschiedet. In Ergänzung der bisherigen Indikatoren wird für die Ausgleichsjahre ab 2017 der Indikator «Arzneimittelkosten im Vorjahr» in die Ausgleichsformel aufgenommen (BAG 2014b).

⁶⁸ Vgl. Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA).

Anreize für die Krankenversicherer setzen, die Risikoselektion zu senken und die Effizienz zu steigern. Im funktionierenden Wettbewerb zwischen den Grundversicherern würde sich die Marktstruktur der Versicherungslandschaft verändern und auf effiziente Krankenversicherer konzentrieren. Versicherer sollen erfolgreich sein, wenn sie kostenbewusst arbeiten (geringe Verwaltungskosten, effiziente Kontrolle der vergüteten Leistungen) und für Ihre Versicherten qualitativ hochstehende Dienstleistungen erbringen. Eine vornehmlich auf Risikoselektion beruhende Geschäftsstrategie soll dagegen künftig unattraktiv sein und nicht mehr belohnt werden.

In der vorliegenden Evaluation soll untersucht werden, welchen Einfluss die Verfeinerung des Risikoausgleichs auf das Selektionsverhalten der Krankenversicherer hat. Zudem soll der Einfluss des verfeinerten Risikoausgleichs auf die Entwicklung der Prämien untersucht werden und es soll dargelegt werden, wie sich die Versicherungslandschaft infolge der Revision verändert.

2.5.1 Ausgangslage

Im Jahr 2011 bestanden weiterhin grosse Anreize für die Versicherer, Risikoselektion zu betreiben. Inwiefern und auf welche Art Versicherer derartigen Strategien verfolgt haben, ist schwierig zu beurteilen. Der Evaluationsbericht zum Risikoausgleich hält in jedem Fall fest, dass die Versichertenbestände der Krankenversicherer stark unterschiedliche Risikostrukturen aufweisen (Polynomics 2014: 36).⁶⁹ Im Jahr 2011 hatte ein Viertel der Krankenversicherer eine «günstige» Risikostruktur mit rund 50 Prozent Versicherten in hohen Franchisestufen (1'000 Franken oder mehr) und 35 Prozent der Versicherten in der niedrigsten Franchisestufe (300 Franken).⁷⁰ Ebenfalls ein Viertel der Krankenversicherer hatte eine «teure» Risikostruktur mit fast umgekehrten Verhältnissen. Die unterschiedlichen Risikostrukturen erklären einen grossen Teil der unterschiedlichen Nettoleistungen der Krankenversicherer. Polynomics schätzt, dass mindestens 60 Prozent der höheren Kosten von Versicherern (Pro-Kopf-Nettoleistungen) durch den Gesundheitszustand der Versicherten («Risiko») bedingt sind (Polynomics 2014: 7 und 26 f.).

Die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherer kann ihre Ursache in der unterschiedlichen Entstehungsgeschichte der einzelnen Versicherer haben oder aber durch die unterschiedliche Wechselbereitschaft unterschiedlicher Personengruppen bedingt sein. Da jüngere und gesündere Personen im Vergleich zu chronisch Kranken eine höhere Wechselbereitschaft aufweisen, haben Versicherer, die neu in den Markt eingetreten sind und/oder stark auf Produktinnovation setzen, meist einen gesünderen Versichertenbestand (Polynomics 2014: 8 und 37 f.).

Die Risikostruktur kann daneben auch eine Folge von Risikoselektionsstrategien der Versicherer darstellen. Diese können darin bestehen, ausschliesslich gute Risiken anzuwerben (und schlechten Risiken den Beitritt zu erschweren) oder aber bestehende schlechte Risiken loszuwerden.

Wenn keine entsprechenden Transferzahlungen erfolgen, ist daher davon auszugehen, dass der Anreiz zur Risikoselektion eine wesentliche Barriere für einen effizienzorientierten Wettbewerb der Versicherer darstellt. Nach Meinung mehrerer Expertinnen und Experten werden durch die so genannte «Mehrkassenstrategie» unterschiedlichen Kundengruppen unterschiedliche Prämien angeboten, womit die gesetzlich vorgeschriebene Einheitsprämie für Einzelkassen (KVG Art. 61) umgangen wird. Gemäss einer Berner Studie aus dem Jahr 2010 offerierten Versicherer Personen mit günstigen Risikomerkmale niedrigere Prämien und beantworteten die Anfragen schneller als bei Personen mit ungünstigem Risikoprofil. Deren Anfragen wurden häufig innerhalb der Versicherungsgruppe weitergeleitet (Baumgartner und Busato 2012, zitiert in Polynomics 2014: 37). Die Patientenschutzorganisation vermutet überdies, dass einzelne Krankenversicherer absichtlich nur das Abrechnungssystem «tiers garant» im Bereich Apotheke anbieten, um Personen mit ungünstigem Risikoprofil fernzuhalten. Hier

⁶⁹ Als Indikator für die Risikostruktur werden die Anteile von Personen mit unterschiedlichen Franchisestufen verwendet. Basierend auf wissenschaftlicher Literatur wird angenommen, dass eine Person mit einer hohen Wahlfranchise ein geringes Kostenrisiko hat. Hier sind drei Faktoren relevant: Erstens bezahlen Personen mit einer hohen Franchise einen grösseren Teil ihrer Gesundheitsleistungen selbst. Dies führt zweitens zu einer vorsichtigeren Inanspruchnahme von Leistungen («Anreizeffekt»). Drittens korreliert die Wahl der Franchise stark mit dem erwarteten Leistungsbedarf («Selektionseffekt»). Ein gesunder Versicherter erwartet kaum Ausgaben und der Franchiserabatt übersteigt daher mit grosser Wahrscheinlichkeit den Betrag, welchen er an Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche zu zahlen hat. Ein gesunder Versicherter wird daher eher eine hohe Franchise wählen als ein chronisch Kranker. Diese «Selbstselektion» der gesunden Versicherten in die hohen Franchisen wird in zahlreichen empirischen Studien beschrieben (Polynomics 2014: 25).

⁷⁰ Im Bericht von Polynomics wurden die Daten von 59 Grundversicherern analysiert (Polynomics 2014: 26). Gemäss interner Aufsichtsdaten zur OKP des BAG gab es 2011 in der Schweiz 63 OKP-Versicherer (vgl. BAG 2012c).

müssen die Versicherten zunächst die Rechnung selbst bezahlen und erhalten später vom Versicherer die Rückerstattung, unter Abzug der Kostenbeteiligung. Dieses System kann für Personen mit hohen Behandlungskosten eine starke finanzielle Belastung bedeuten. Solche Personen würden daher eher einen Versicherer mit dem Abrechnungssystem «tiers payant» wählen, wo der Versicherer primär die Kosten übernimmt und gegebenenfalls die Kostenbeteiligung vom Versicherten einfordert. Als weitere Form der Risikoselektion sind besondere Vergütungen für die Vermittlung von Policen mit hohen Franchisen durch unabhängige Makler beschrieben. santésuisse hat auf diese Kritik mit der Verabschiedung eines Branchenkodex im Jahr 2011 reagiert, welcher allerdings im Jahr 2014 aufgehoben wurde.

2.5.2 Ergebnisse von Wirkungsanalysen

Zu den Auswirkungen des 2012 verfeinerten Risikoausgleichs liegt ein Bericht der Firma Polynomics vor. In dessen Zentrum steht die Frage, ob sich mit der Revision die Anreize zur Risikoselektion verringert haben. Zudem wird untersucht, zwischen welchen Risikogruppen die grössten Ausgleichzahlungen stattfinden und wie sich der Risikoausgleich auf die Entwicklung der Prämien auswirkt. Die Auswirkungen auf die Versicherungslandschaft (Konzentrationsprozesse) können erst mittel- bis langfristig beurteilt werden.

Wirkungen der Revision auf die Anreize zur Risikoselektion für die Versicherer

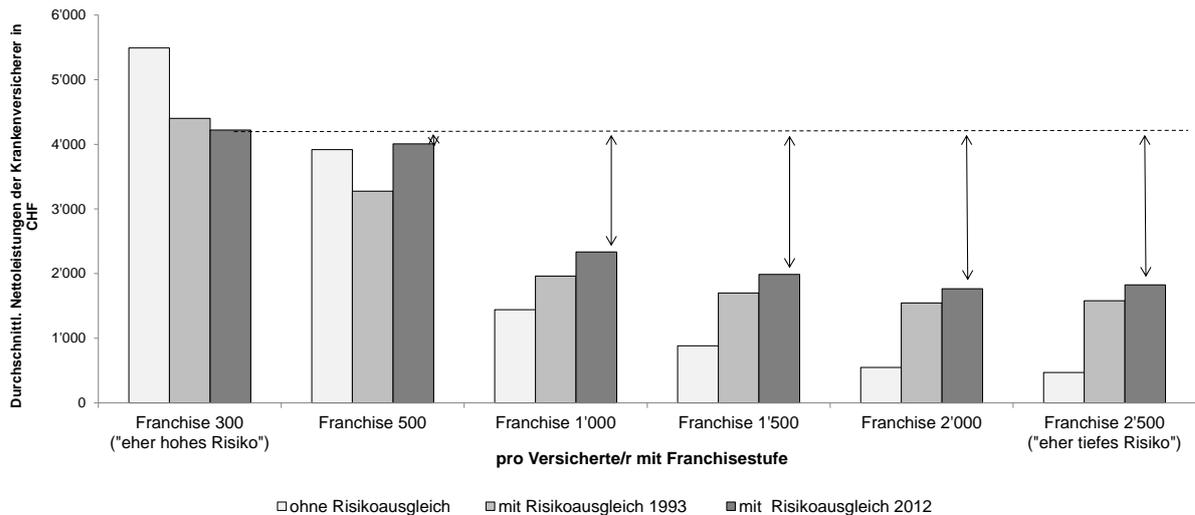
Die Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs wurden in der Studie von Polynomics hauptsächlich anhand von Simulationsrechnungen beurteilt. So wurde erstens die Entwicklung des Nettoumverteilungsvolumens analysiert. Dieses bezeichnet die Gesamtheit der Transferzahlungen im Rahmen des Risikoausgleichs und kann als Mass für unterschiedliche Risikostrukturen bei den Grundversicherern interpretiert werden. Durch den Einbezug des Risikomerkmals Aufenthalt nahm das Umverteilungsvolumen im Jahr 2012 zwischen den Versicherern um 6 Prozent zu.⁷¹ Eine wesentlich grössere Zunahme um 17 Prozent fand sich bei der Umverteilung innerhalb der Versicherer.⁷² Zweitens wurde simuliert, inwieweit die Kosten pro versicherte Person nach dem Risikoausgleich ab 2012 gedeckt sind. Polynomics kommt zu dem Schluss, dass die Anreize zur Risikoselektion durch die Verfeinerung des Risikoausgleichs im Vergleich zum alten Risikoausgleich stark reduziert wurden. Trotzdem bleiben Versicherte mit günstigem Risikoprofil deutlich attraktiver als Versicherte mit eher hohem Risiko. Der geschätzte Unterschied der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen einer Person mit ungünstigem Risikoprofil (niedrigste Franchisestufe) und einer Person mit günstigem Risikoprofil (Franchisestufe ab 1'500 Franken) betrug auch nach neuem Risikoausgleich mehr als 2'000 Franken jährlich (siehe Abbildung 13).⁷³

⁷¹ Die Zunahme bezieht sich auf Daten aus dem Risikoausgleich 2012, einmal berechnet mit neuem Kriterium, einmal ohne (Polynomics 2014: 18).

⁷² Simulationsrechnung mit alter und neuer Risikoausgleichsformel für das Jahr 2012 (Polynomics 2014: 19).

⁷³ Diese Differenz übersteigt die maximal zulässigen Rabatte deutlich (840 Franken bei Franchise 1'500 und 1'540 Franken bei Franchise 2'500). Nach KVV Art. 95 Abs. 2^{bis} darf der Prämienrabatt nicht höher sein als 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos. Bei einer zusätzlichen Übernahme von 2'200 Franken also nicht höher als 1'540 Franken (Polynomics 2014: 30 f.).

Abbildung 13: Deutlich unterschiedliche Nettoleistungen pro versicherte Person nach Franchisestufe («Risiko») pro Jahr



Lesehilfe: Kalkulatorische Nettoleistungen bezeichnen die Leistungsausgaben plus die Beiträge an den (bzw. aus dem) Risikoausgleich. Es handelt sich also um die Ausgaben der Versicherer ohne Verwaltungskosten und Reserven (Polynomics 2014: 5). Versicherte mit Franchise 300 beziehen durchschnittlich Nettoleistungen von 5'490 Franken (hellgraue Säule). Für diese Versicherten erhält der Krankenversicherer Zahlungen aus dem Risikoausgleich, sodass die kalkulatorischen Nettoleistungen mit Risikoausgleich 1993 auf 4'401 Franken sinken (mittelgraue Säule). Der verfeinerte Risikoausgleich 2012 führt zu einer nochmaligen Senkung um rund 180 Franken auf 4'220 Franken (dunkelgraue Säule). Die Personen mit Franchise 300 werden also durch den verfeinerten Risikoausgleich zu deutlich besseren Risiken im Vergleich zu den Vorjahren. Sie bleiben jedoch im Vergleich zu den Versicherten mit Franchisen ab 1'000 deutlich schlechtere Risiken (Differenzbeträge zu gestrichelter Linie). Die Kalkulationen beruhen auf Simulationsrechnungen.

Quelle: Eigene Darstellung nach Tabelle 10 in Polynomics 2014: 31.

Es ist unbestritten, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten einen hohen Leistungsbedarf haben. Dieser wird durch den Risikoausgleich ab 2012 ungenügend ausgeglichen. Gemäss einer Analyse von Daten der CSS-Versicherung sind, auch nach neuem Risikoausgleich 2012, pro versicherte Person mit einer chronischen Erkrankung monatliche Zusatzkosten zwischen rund 300 und 3'000 Franken zu erwarten.⁷⁴ Grund dafür dürfte sein, dass chronisch Kranke meist ambulant behandelt und daher vom Merkmal Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim nicht erkannt werden.⁷⁵ (Polynomics 2014: 34 f.). Polynomics folgert, dass mit chronisch kranken Versicherten weiterhin stark negative Deckungsbeiträge erzielt werden und Versicherer mit einem überproportionalen Anteil chronisch Kranker einen Wettbewerbsnachteil haben (Polynomics 2014: 36).

Wirkung der Revision auf Ausgleichszahlungen zwischen Risikogruppen

Polynomics hat die Transferzahlungen im verfeinerten Risikoausgleich zwischen den Risikogruppen für das Jahr 2012 mittels Simulationsrechnungen analysiert.⁷⁶ Insgesamt wurden demnach rund 7 Milliarden Franken umverteilt. Die Versicherer erhielten gemäss der Simulation für alle Personen, die im Vorjahr im Spital oder im Pflegeheim waren, Beiträge aus dem Risikoausgleich unabhängig von Alter und Geschlecht. Insgesamt waren dies rund 5 Milliarden Franken für rund 5,5 Millionen Versichertenmonate. Für Personen ohne Aufenthalt wurden für Frauen bis 61 Jahre und für Männer bis 66 Jahre

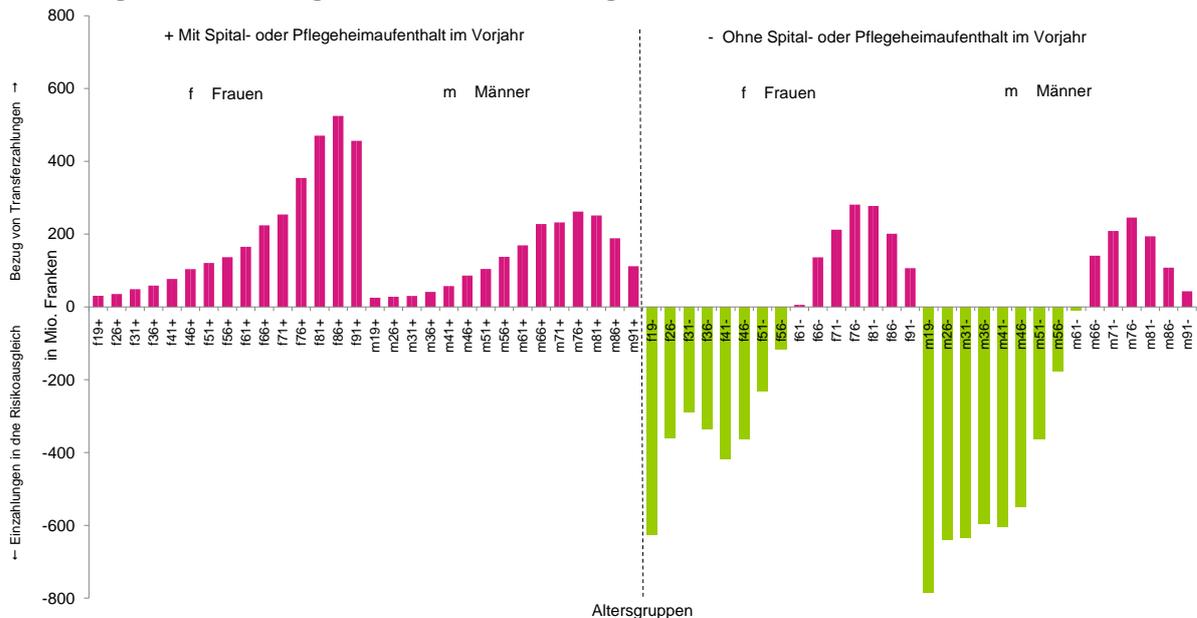
⁷⁴ Untersucht wurden folgende Erkrankungen: Nierenerkrankungen, Transplantationen, HIV/AIDS, bösartige Tumoren, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, M. Parkinson, Epilepsie, chronische Darmerkrankungen, Depression, Refluxkrankheiten, Herzkrankheiten, Osteoporose und Rheumaerkrankungen (Polynomics 2014: 33).

⁷⁵ Dies zeigt die Analyse von Hospitalisierungsraten für Personen mit Diabetes aus der Schweiz und für eine Reihe weiterer chronischer Krankheiten aus Deutschland (Polynomics 2014: 34 f.). Weitere Analysen aus Deutschland, wo der Risikoausgleich neben Alter und Geschlecht auch den Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie diagnostische und pharmazeutische Informationen berücksichtigt, zeigen ebenfalls eine ungenügende Deckung von Gesundheitsleistungen chronisch Kranker (Polynomics: 23).

⁷⁶ Basierend auf der Statistik des definitiven Risikoausgleichs 2012, ohne Herstellung eines Nullsummenspiels, das heisst die Einzahlungen und Auszahlungen addieren sich nicht zwingend auf null. Der Risikoausgleichsansatz pro Risikogruppe wurde als gewichteter Durchschnitt der kantonalen Risikoausgleichsansätze berechnet. Zur Berechnung der Monate und Transferzahlungen wurden die kantonalen Werte aufsummiert. (Polynomics 2014: 19)

Abgaben in den Risikoausgleich geleistet (Frauen: rund 2,7 Mrd. Franken für 26,5 Mio. Versichertenmonate und Männer rund 4,4 Mrd. Franken für 29,7 Mio. Versichertenmonate). Für Männer im erwerbsfähigen Alter wurden also etwas mehr Abgaben geleistet als für Frauen im erwerbsfähigen Alter. Für Personen im höheren Alter ohne Aufenthalt wurden wiederum Beiträge aus dem Risikoausgleich bezogen (Frauen 1,2 Mrd. Franken für 9,7 Mio. Versichertenmonate und Männer 0,9 Mrd. Franken für 5,7 Mio. Versichertenmonate).⁷⁷ Abbildung 14: Risikoausgleichs-Transferzahlungen der Versicherer

Abbildung 14: Risikoausgleichs-Transferzahlungen der Versicherer



Lesehilfe: Für Gruppen mit negativem Ansatz haben die Versicherer einen Transfer in den Risikoausgleich zu leisten (Einzahlungen), für Gruppen mit positivem Ansatz beziehen sie Transferzahlungen. Grundlage bildet die Statistik des definitiven Risikoausgleichs 2012 ohne Nullsummenspiel, das heisst Einzahlungen (insgesamt 7'094 Mio. Franken) und Auszahlungen (insgesamt 7'142 Mio. Franken) addieren sich nicht zwingend auf null.

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Tabelle 5 in Polynomics 2014: 20.

Empfängerinnen und Empfänger des Solidaritätstransfers sind gemäss diesen Simulationsrechnungen Versicherer die Personen versichern, die im Vorjahr eine Spital- und/oder Pflegeheimaufenthalt hatten («Aufenthalt») sowie ältere Personen im Pensionsalter. Einzahlungen in den Solidaritätstransfer werden vor allem von Versicherern geleistet, die Personen im erwerbsfähigen Alter ohne Aufenthalt versichern. Versicherer, die junge Männer versichern, werden von Polynomics besonders als Einzahler hervorgehoben. Wie Abbildung 14 zeigt, leisten Versicherer, die junge Frauen versichern, ebenfalls Einzahlungen, wenn auch weniger ausgeprägt. Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern wurden mit dem alten Risikoausgleich bereits vollständig ausgeglichen. Eine weitere Spaltung jeder Altersgruppe nach dem Risikomerkmal «Aufenthalt» ändert daran nichts (Polynomics 2014: 19 f.).

Wirkungen der Revision auf die Entwicklung der Prämien

Für eine Analyse der Prämienentwicklung ist der Zeitpunkt der Evaluation sehr früh. Wenn der verfeinerte Risikoausgleich wie gewünscht wirkt, ist eine Angleichung der Prämien unterschiedlicher Krankenversicherer über die Jahre zu erwarten. Für Polynomics ist derzeit kein klarer Trend zur Angleichung der Prämien sichtbar. Zwar beobachten sie, im Gegensatz zu den Jahren vor 2009, keine extrem starken Abweichungen der Prämien für Standardverträge vom Kantonsdurchschnitt mehr. Trotzdem gibt es immer noch deutliche interkantonale Unterschiede zwischen den Prämien vieler Kranken-

⁷⁷ Die genannten Summen beruhen auf eigenen Berechnungen basierend auf Tabelle 5 in Polynomics 2014: 20.

versicherer. Als Hinweise auf mögliche Angleichungen der Prämien beobachtet Polynomics, dass Versicherer mit einer teuren Risikostruktur im Vergleich zu allen Versicherern in den Jahren 2013 und 2014 ein geringes Prämienwachstum hatten (Polynomics 2014: 9).

Der Gesetzgeber berechtigt aus sozialpolitischen Gründen die Versicherer, jungen Erwachsenen bis 25 Jahren einen Prämienrabatt zu gewähren (Nach Art. 61 Abs. 3 KVG). Wie bereits unter der alten Risikoausgleichsberechnung werden die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Altersgruppen vollständig ausgeglichen. Daher besteht für die Krankenversicherer kein Anreiz zur Gewährung von Rabatten für junge Erwachsene. Diese werden daher gekürzt oder gar nicht mehr angeboten (Polynomics 2014: 9).

2.5.3 Ausblick

Die Anreize zur Risikoselektion wurden durch den neuen Risikoausgleich 2012 gesenkt. Die Solidarität zwischen jungen und alten sowie männlichen und weiblichen Versicherten wird weiterhin sichergestellt.⁷⁸ Neu wurde die Solidarität zwischen den Gesunden und Kranken optimiert. Allerdings werden Kosten chronisch kranker, ambulant behandelter Personen noch nicht optimal berücksichtigt, was zu einem Wettbewerbsnachteil für bestimmte Versicherer führt. Für eine Analyse der Auswirkungen der Revision auf die Prämienentwicklung ist der Zeitpunkt der Evaluation sehr früh. Gemäss Polynomics sollte dieser Punkt im Rahmen späterer Untersuchungen vertieft analysiert werden (Polynomics 2014: 65).

Während der Erarbeitung der Evaluation zum verfeinerten Risikoausgleich 2012 hat das Parlament im März 2014 eine weitere Änderung des Risikoausgleichs beschlossen. Neu kann der Bundesrat in der Verordnung zusätzliche geeignete Indikatoren der Morbidität festlegen und beim Risikoausgleich berücksichtigen. Ab dem Ausgleichsjahr 2017 werden als weiterer Indikator für die Morbidität die Arzneimittelkosten im Vorjahr berücksichtigt. Die entsprechende Änderung der VORA wurde vom Bundesrat am 15. Oktober 2014 verabschiedet (BAG 2014a). Dabei handelt es sich aber um eine Übergangslösung. Mittelfristig wird der Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen als weitere Morbiditätsindikatoren angestrebt. Dies ändert die Ausgangslage für die Evaluation.

⁷⁸ Diese wurde bereits durch den vorherigen Risikoausgleich sichergestellt.

3 Ausblick auf die zweite Etappe der Evaluation

In diesem Kapitel werden die methodischen Erkenntnisse der ersten Etappe der Evaluation zusammengefasst, offene Fragen benannt und die Konzeption der zweiten Etappe der Evaluation, welche ab 2016 geplant ist, entwickelt.

3.1 Zusammenfassung der wichtigsten methodischen Erkenntnisse

Im vorliegenden Zwischenbericht werden verfügbare Informationen zu den Auswirkungen der Revision im Einführungsjahr 2012 entlang von fünf vordefinierten Themen und fünf übergeordneten Fragestellungen zusammengefasst. Wichtigste Datenquellen sind die Evaluationsberichte, die vom BAG dafür in Auftrag gegeben wurden. Ergänzend dazu wurden Untersuchungen im Auftrag anderer gesundheitspolitischer Akteure hinzugezogen. Abbildung 15 macht deutlich, dass mit den verfügbaren Studien nicht alle Themen gleich gut abgedeckt werden konnten.

Abbildung 15: Beiträge der Teilstudien und der Forschung anderer Akteure zur Beantwortung der übergeordneten Fragen der Wirkungsanalyse im vorliegenden Bericht

Studien zu den Themen	Übergeordnete Fragestellungen				
	Auswirkungen	Zielerreichung KVG	Akteure, Auswirkungen, Umverteilung	Zweckmässigkeit Kostendämpfung	Empfehlungen
Spitallandschaft, Versorgung	○*		○*	○*	●*
Verhalten der Spitäler	●*	○*	○*	○*	●*
Kosten und Finanzierung	●*	●*	○*	○*	●*
Qualität	●**	●**	○**	○**	●**
Risikoausgleich	●*	●*	○*		●*

Lesehilfe: ● vertiefte Informationen, ○ einzelne Ansatzpunkte; Informationen aus: * Evaluationen der Wirkungsanalyse zur Revision des KVG im Auftrag des BAG sowie * Studien im Auftrag anderer gesundheitspolitischer Akteure.

Grundsätzlich hat es sich bewährt, dass die Evaluation auf einer umfassenden Konzeptstudie im Vorfeld der Evaluation aufbaut (Berner Fachhochschule/Universität de Genève/Universität Zürich 2010) und in Teilstudien gegliedert ist. Dies ermöglichte es erstens, dass ausgehend von bereits verfügbaren Routinedaten mit den durchgeführten Studien Grundlagen für eine systematische Beobachtung der Wirkungsentwicklung gelegt wurden. Zweitens konnten auf diese Weise spezifische Fragestellungen, zu denen bereits Beurteilungen möglich waren (z.B. aus dem Bereich des Risikoausgleichs), ausgewählt und beantwortet werden. Drittens hat sich die Tatsache bewährt, dass in allen Teilstudien eine klare Beantwortung spezifischer Fragestellungen eingefordert wurde.

Es ist aber unbestritten, dass der Zeitraum für die Beurteilung sehr kurz ist. Dies gilt insbesondere, da noch Übergangsfristen für die Umsetzung der Revision bestehen, der Umsetzungsprozess unabhängig davon aufgrund der Komplexität notwendigerweise eine erhebliche Dauer beansprucht und die relevanten Daten des BFS üblicherweise erst zwei Jahre nach der Erhebung vorliegen. In aller Regel standen daher für die Evaluation ausschliesslich Daten zur Verfügung, welche das Einführungsjahr 2012 betreffen.

Folgt die Beurteilung der Auswirkungen dem Wirkungsmodell (vgl. Abbildung 4, S. 15), so zeigt sich, dass einige Massnahmen aufgrund von Übergangsfristen und Umsetzungsproblemen noch nicht umgesetzt sind. So werden beispielsweise erst Anfang 2017 sämtliche Kantone ihren Finanzierungsanteil an den stationären KVG-Leistungen auf mindestens 55 Prozent zu erhöhen haben, die Tarifstruktur SwissDRG wird weiterhin jährlich angepasst und die Verhandlungen der Tarifpartner zur Festlegung der Baserates sind konfliktreich, weshalb etliche Tarife noch provisorisch sind. Relevante Auswirkungen sind daher erst in den kommenden Jahren zu erwarten. Am ehesten zeichnen sich bereits heute Effekte auf der Mikroebene ab, das heisst auf der Ebene des Verhaltens der Akteure. Auf der Meso- oder Makroebene (Spitallandschaft, Qualität und Kosten) und hinsichtlich Zielerreichung wird noch

mehr Zeit benötigt. Entsprechend limitiert ist die Aussagekraft aller Studienergebnisse, entsprechend wichtig ist aber auch die konsequente Weiterführung der Evaluation.

3.2 Offene Fragen der Evaluation

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen hinsichtlich des Zeitplans sowie der Verfügbarkeit von Daten und Studien ist zu erwarten, dass in Zukunft ausgehend von der bisher vom Bundesrat be-
willigten Minimalvariante folgende Themen ungenügend beurteilt werden können:

- Die Entwicklung der kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Steuerung der Kapazitäten (Spitalplanung)
- Die Entwicklung möglicher Patientenselektion durch die Spitäler
- Die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Gesamtheit der Versorgungsstrukturen (Koordination, Kooperation und Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern)
- Die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Kosten im gesamten Gesundheitssystem (ganzheitliche Kostenanalyse)

Der Schwerpunkt der Evaluation liegt auf einer Analyse der Akutsomatik. Dennoch sollten in der nächsten Etappe auch Eckdaten zu den Spitälern der Psychiatrie und der Rehabilitation erhoben werden. Diese können nach der geplanten Einführung von Fallpauschalen in der Psychiatrie und Rehabilitation im Jahr 2018 wichtige Vergleichsdaten liefern.

3.3 Konzeption der zweiten Etappe der Evaluation

Für die zweite Etappe der Evaluation soll an der bestehenden Grundkonzeption festgehalten werden. Gestützt auf den Bundesratsentscheid vom 25. Mai 2011, wird sich auch die zweite Etappe der Evaluation von 2016 bis 2019 weitgehend an der Minimalvariante gemäss der Machbarkeits- und Konzeptstudie orientieren. Diese bedeutet eine Fortführung der bisherigen Datenanalysen in den Bereichen Kosten und Finanzierung sowie Qualität der stationären Leistungserbringung. Zudem soll das Verhalten der Spitäler vertieft hinsichtlich Mengenentwicklung und Verlagerungen von Leistungen untersucht werden. Erstmals werden die kantonalen Spitalplanungen sowie die Leistungsspektren und -volumina analysiert. Die Auswirkungen der im Jahr 2014 beschlossenen weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs⁷⁹ sollen dagegen nicht mehr im Rahmen dieser Evaluation untersucht werden. Somit werden in der zweiten Etappe der Evaluation ausschliesslich die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung und nicht mehr im Bereich Risikoausgleich untersucht.

Die Resultate der Teilstudien sowie der relevanten Begleitforschung Dritter werden in einem Synthesebericht zusammengefasst, welcher die übergeordneten Fragestellungen zu den Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung beantwortet. Alle Teilstudien werden neben einer Beantwortung der spezifischen Fragestellungen auch einen Beitrag zur Beantwortung übergeordneter Fragestellungen leisten. Der Synthesebericht wird im Jahr 2019 veröffentlicht.

⁷⁹ Anpassung VORA, Aufnahme eines zusätzlichen Risikomerkmals für Morbidität (Arzneimittelkosten).

4 Literaturverzeichnis

- ANQ (2014): Medienmitteilung vom 31.8.2012: Anhaltend grosse Patientenzufriedenheit. <<http://www.anq.ch>>, Zugriff am 29.10.2014.
- Baumgartner, Christian/Busato, André (2012): Risikoselektion in der Grundversicherung. In: Schweizerische Ärztezeitung (93: 13), 510–513.
- B,S,S. (2014): Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Verfasst von: Kägi, Wolfram/Frey, Miriam/Lobsiger, Michael. Basel.
- B,S,S./Universität Basel (2012): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor (Querschnittsanalyse). Studie im Auftrag von FMH und H+. Verfasst von: Felder, Stefan/Kägi, Wolfram/Lobsiger, Michael/Pfinninger, Tobias/Tondelli, Timo/Meyer, Stefan. Basel.
- B,S,S./Universität Basel (2013): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor (Längsschnittanalyse). Studie im Auftrag von FMH und H+. Verfasst von: Felder, Stefan/Kägi, Wolfram/Lobsiger, Michael/Tondelli, Timo. Basel.
- B,S,S./Universität Basel (2014): Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung. Studie im Auftrag von FMH und H+. Verfasst von: Lobsiger, Michael/Tondelli, Timo/Kägi, Wolfram/Felder, Stefan/ Pfinninger, Tobia. In: Schweizerische Ärztezeitung (95:39), 1443–1444.
- BAG (2012a): Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG). <<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung>>, Zugriff am 15.9.2014.
- BAG (2012b): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler. Verfasst von: Langenegger, Manfred/Schneider, Theres. In: Soziale Sicherheit CHSS 5/2012, 313–314.
- BAG (2012c): Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. T5.01. Aufsichtsdaten OKP 2011. <<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/07339/index.html?lang=de>>, Zugriff am 29.10.2014.
- BAG (2014a): Verfeinerung des Risikoausgleichs. <<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/15048/index.html?lang=de>>, Zugriff am 29.10.2014.
- BAG (2014b): Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Foliensatz 28.3.2014. <<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>, Zugriff am 18.12.2014.
- BAG (2015): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom 13. Mai 2015). Verfasst von: Weber, Markus/Vogt, Christian. Bern. <<http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>>, Zugriff am 13.5.2015.
- Berner Fachhochschule/Université de Genève/Universität Zürich (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Pellegrini, Sonia/Widmer, Thomas/Weaver, France/Fritschi, Tobias/Bennett, Jonathan. Bern, Genf und Zürich.
- BFS (2013): Spitallandschaft Schweiz 2011, korrigierte Version vom Juli 2013. BFS, Neuenburg. <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.171318.pdf>>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014a): Verhältnis der Gesundheitskosten zum Bruttoninlandprodukt in ausgewählten OECD-Ländern, 2012. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/internationaler_vergleich.html>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014b): T 14.5.2.1, Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern, Stand: 2.5.2014. <<http://www.bfs.admin.ch>>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014c): T 14.5.2.2, Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen, Stand: 2.5.2014. <<http://www.bfs.admin.ch>>, Zugriff am 8.9.2014.
- BFS (2014d): T 14.5.3.1, Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes, Stand: 2.5.2014. <<http://www.bfs.admin.ch>>, Zugriff am 8.9.2014.

Bundesrat (2004): Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551–5598.
<<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04104/06668/index.html?lang=de>>,
Zugriff am 3.6.2014.

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. Bern.
<<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>>,
Zugriff am 15.9.2014.

Bundesverwaltungsgericht (2014): Medienmitteilung vom 24.4.2014: Effizienzgewinne von Spitälern sind nicht KVG-widrig, zum Urteil C-1698/2013 vom 7. April 2014.
<<http://www.bvger.ch>>, Zugriff am 3.6.2014.

BSV (2001): Wirkungsanalyse KVG, Synthesebericht. Bern.

Credit Suisse Group AG (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. Verfasst von Christen, Andreas/Hänggi, Philipp/Kraft, Christian/Künzi, Damian/Merki, Manuela/Ruffner, Jan. Zürich.
<<https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/ge-sundheitsstudie-de.pdf>>, Zugriff am 3.6.2014.

econcept (2012): Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär). Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Grütter, Max/Karlegger, Annelies/Haering, Barbara/Bock, Simon. Zürich.

EFK (2014): Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen. Bestandesanalyse bei der Umstellungsphase auf die neue Spitalfinanzierung. Bern.

FINMA (2013): Neue Spitalfinanzierung führt zu Prämiensenkungen in der Spitalzusatzversicherung. Medienmitteilung vom 7. November 2013. Bern.
<<http://www.finma.ch/d/aktuell/seiten/mm-neue-spitalfinanzierung-praemiensenkungen-spitalzusatzversicherung-20131107.aspx>>, Zugriff am 21.1.2015.

GDK (2014): Spitalfinanzierung: Entwicklung der Kantonsausgaben. Medienmitteilung vom 3. September 2014. Bern.
<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=766&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=463&cHash=e7afe5ffd136956b44bd4ab254fea75c>, Zugriff am 21.1.2015.

gfs.bern (2013): Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand – punktuelle Probleme. Schlussbericht 2013, Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG im Auftrag der FMH, 3. Befragung 2013. Verfasst von: Golder, Lukas/Longchamp, Claude/Beer, Cindy/Tschöpe, Stephan/Rochat, Philippe/Gauch, Carole/Schwab, Johanna. Bern.
<http://www.fmh.ch/stationaere_tarife/begleitforschung/rahmenbedingungen_aerzteschaft.html>,
Zugriff am 3.6.2014.

gfs.bern (2014): Qualität und Wahlfreiheit zentral. Schlussbericht H+ Spital- und Klinik-Barometer. Studie im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz, August 2014. Verfasst von: Longchamp, Claude/ Kocher, Jonas P./Tschöpe, Stephan/Rochat, Philippe. Bern.

gfs-zürich (2013): Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen im Auftrag vom Institut Dialog Ethik. Verfasst von: Abele, Martin/Blumenfeld, Nina. Zürich.

H+ (2011): Swiss DRG: Was wird wirklich neu für die Spitäler? Vortrag von Dr. Bernhard Wegmüller, Direktor H+ am MediData EDI-Podium 17. Juni 2011.
<https://www.medidata.ch/md/cms/web_ueber_uns/veranstaltungen/edi_podium/rueckblick2011>,
Zugriff am 28.8.2014.

H+ (2014): H+ Spital- und Klinik-Monitor.
<http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten>, Zugriff am 11.6.2014.

hcri AG/ANQ (2014): Nationale Patientenbefragung 2012. Kurzfassung – Nationaler Vergleichsbericht. März 2014, Version 1.0. Bern.

ISGF (2013): Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Im Auftrag des

Bundesamts für Gesundheit (BAG), Forschungsbericht No. 330. Verfasst von: Frick, Ulrich/Krischker, Stefan/Gmel Gerhard. Zürich.

ISGF (2014): Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Verfasst von: Frick, Ulrich/Dickson-Spillmann, Maria/Krischker, Stefan/Wiedermann, Wolfgang/Wiedenhöfer, Dirk/Schaub, Michael. Zürich.

Obsan (2011): Der Einfluss von APDRG auf Aufenthaltsdauer und Rehospitalisierungen. Auswirkungen von Fallpauschalen in Schweizer Spitälern zwischen 2001 und 2008 (Obsan Bericht 49). Verfasst von: Widmer, Marcel/Weaver, France. Neuchâtel.

Obsan (2015a): Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. Rapport final. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Verfasst von: Pellegrini, Sonia/Roth, Sacha. Neuchâtel.

Obsan (2015b): Les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations des hôpitaux dans le domaine stationnaire. Étude principale. 1^e étape. 2008–2012. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Verfasst von: Kohler, Dimitri/Widmer, Marcel/Weaver, France. Neuchâtel.

Obsan (2015c): Behandlungsketten und ihre Schnittstellen (Obsan-Bulletin 1/2015). Verfasst von: Kohler, Dimitri/Widmer, Marcel. Neuchâtel.

OECD (2013): OECD Health Data 2013 How Does Switzerland Compare 2. <<http://www.oecd.org/switzerland/Briefing-Note-SWITZERLAND-2013.pdf>>, Zugriff am 2.6.2014.

OECD/WHO (2006): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2006. <<http://www.oecd-ilibrary.org>>, Zugriff am 8.9.2014.

OECD/WHO (2011): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Zusammenfassung (Übersetzt aus der englischen Originalversion). <<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11287/11326/13099/index.html?lang=de>>, Zugriff am 15.9.2014.

Polynomics (2013): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik, Studie im Auftrag von comparis.ch. Verfasst von: Widmer, Philippe/Telser, Harry. Olten. <http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Spitalregulierung_Schlussbericht.pdf>, Zugriff am 15.9.2014.

Polynomics (2014): Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zwischenbericht zur ersten Etappe. Verfasst von: Trottmann, Maria/Telser, Harry. Olten. <<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/13697/index.html?lang=def>>, Zugriff am 15.9.2014.

santésuisse (2014): SASIS-Datenpool. Gesamtkosten in der Grundversicherung 2009–2013. <<https://www.sasis.ch/de/document/10383>>, Zugriff am 21.10.2014.

SASIS (2014): <<http://www.sasis.ch>>, Zugriff am 25.9.2014.

Sinergia (2013a): Erste Resultate aus der DRG-Begleitforschung Pflege: Das Motto für die Pflege unter DRG: Risiken erkennen – rechtzeitig handeln. Verfasst von: Staudacher, Diana/Kleinknecht, Michael/Spirig, Rebecca. In: Competence 2013 Volume 4, 24–25.

Sinergia (2013b): 365 Tage SwissDRG – Anreize, Instrumente, Wirkungen. Verfasst von: Leu, Agnes/Gächter, Thomas/Elger, Bernice. In: Hill Zeitschrift für Recht und Gesundheit (online) Nr. 95. <https://hill.swisslex.ch/JournalPortal.mvc/AssetDetail?assetGuid=d05fe182-0dcc-4857-b555-68d6cb9cc487#doc_top>, Zugriff am 2.9.2014.

SwissDRG (2014): <<http://www.swissdrg.org>> Zugriff am 2.9.2014.

Universität Zürich/Poledna Boss Kurer AG (2014). Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung – Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonomer Autonomie. Verfasst von: Poledna, Tomas/Vokinger, Kerstin Noëlle. In: Jusletter vom 18. August 2014.

Widmer Beratungen (2012): Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus, Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. Verfasst von: Widmer, Roland. Basel.

Gesetzliche Grundlagen/Erläuterungen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10).
(Stand 1. März 2014), Änderung vom 21. Dezember 2007.
<<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>>, Zugriff am 3.6.2014.

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102).
(Stand 1. März 2014).
<<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/201403010000/832.102.pdf>>,
Zugriff am 3.6.2014.

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) vom
12. April 1995 (Stand 1. Januar 2014).
<<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950096/index.html>>, Zugriff am 3.6.2014.

Anhang

Liste Themen und Begleitgruppen

Themen	Mitglieder Begleitgruppe
Spitallandschaft und stationäre Versorgung <i>(Voraussichtliche Mitglieder)</i>	curafutura DVSP GDK H+ santésuisse (vertreten durch tarifsuisse ag)
Verhalten der Spitäler	curafutura DVSP EFK EFV FMH GDK H+ santésuisse (vertreten durch tarifsuisse ag) SBK/ASI SPO
Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems	BFS curafutura DVSP EFV FINMA FMH GDK H+ santésuisse (vertreten durch tarifsuisse ag)
Qualität der stationären Spitalleistungen	ANQ curafutura DVSP FMH GDK H+ Santésuisse (vertreten durch tarifsuisse ag) SBK/ASI SPO
<i>Zusätzliche Mitglieder der Begleitgruppe zur Schnittstellenstudie:</i>	Curaviva Spitex SW!SS REHA
Risikoausgleich	curafutura Gemeinsame Einrichtung KVG RVK (vertreten durch Agrisano) santésuisse

Quelle: Eigene Darstellung.

Liste relevanter Studien weiterer Akteure (Stand Oktober 2014)

Hauptthema	Auftraggeber	Titel	Projektleitung	Ende	Publikation
Spitallandschaft und stationäre Versorgung	comparis.ch	Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik	Widmer/ Telser Polynomics	2013	http://www.comparis.ch/~media/files/mediencorner/mediemittelungen/2013/krankenkasse/polynomics_spitalregulierung_13-08-20.pdf
	Credit Suisse	Gesundheitswesen Schweiz 2013: Der Spitalmarkt im Wandel	Credit Suisse	2013	https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmgrossunternehmen/gesundheitsstudie-de.pdf
Verhalten der Spitäler	EFK	Rechnungskontrollen im stationären Bereich durch die Krankenversicherungen	Luginbühl/Crémieux/ Courbat	Publikation voraussichtlich Ende 2014	
Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems	FMH/H+	Leistungs- und Kostenverschiebung zwischen akutstationärem Sektor und ambulantem Sektor (Querschnittsanalyse)	Stefan Felder WWZ Universität Basel und B,S,S.	2012	http://www.fmh.ch/files/pdf8/2013_01_16_Wirkungen_Fallpauschalen_Querschnittsanalyse_Bericht_d.pdf
	FMH/H+	Leistungs- und Kostenverschiebung zwischen akutstationärem Sektor und ambulantem Sektor (Längsschnittanalyse)	Stefan Felder WWZ Universität Basel und B,S,S.	2013	http://www.fmh.ch/files/pdf12/20130918_Begleitstudie_FMH_H_Verschiebung_statamb_Lngsschnitt_D.pdf
	FMH/H+	Leistungs- und Kostenverschiebung zwischen akutstationärem Sektor und ambulantem Sektor (Schlussbericht)	Stefan Felder WWZ Universität Basel und B,S,S.	2014	http://www.fmh.ch/files/pdf15/2014_09_22_Schlussbericht_Studie_Verschiebungen_stationr_-_ambulant.pdf
	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit	Analyse Spitalzusatzversicherung	FINMA	2013	Vertraulich
Qualität der stationären Spitalleistungen	CURAVIVA	Auswirkungen der Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege	Widmer Beratungen	2012	http://www.curaviva.ch/index.cfm/324ECAAD-DAD7-4790-5F4B2A5A6AC7609C/?&lang=de
	SNF Sinergia	Assessing the impact of DRGs on patient care and professional practice (IDoC)	Universitäten Zürich, Basel, Genf und Lausanne. Koordination: Prof. Nikola Biller-Andorno, Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich.	2013	
	FMH	Gute Patientenversorgung trotz administrativem Aufwand. Ergebnisse der Befragung 2011 bis 2013 der Ärzteschaft	gfs.bern: Lukas Golder, Claude Longchamp, Cindy Beer, Stephan Tschöpe, Philippe Rochat, Carole Gauch, Johanna Schwab	2013	http://www.fmh.ch/files/pdf14/2013_12_20_FMH-Begleitstudie_Spitalfinanzierung_Schlussbericht_2013_D.pdf
	Institut Dialog Ethik	Vulnerable Gruppen und DRGs	Dr. Andrea Abraham und Dr. Ruth Baumann-Hölzle, (Institut Dialog Ethik); Martin Abele und Nina Blumenfeld (gfs-Zürich)	2013	Breuer M. et al. (2012): Mögliche Auswirkungen der Einführung von DRGs auf vulnerable Patientengruppen. Schweizerische Ärztezeitung 93(1/2), 32–35. Breuer, M. et al. (2011): Vulnerable Gruppen und DRGs. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zur Situation von vulnerablen Patienten und den Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen. Zürich: Dialog Ethik und gfs-zürich
Risikoausgleich			<i>Institute of Health Economics and Management der Universität Lausanne</i>	2010	<i>In Polynomics 2014 integriert</i>
			<i>Studie des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie</i>		<i>In Polynomics 2014 integriert</i>

Quelle: Eigene Darstellung.

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 Christian Vogt, Sektion Tarife und Leistungserbringer I (TARLE I)

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