



Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spital- landschaft und die Sicherstel- lung der stationären Versorgung

Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive
einer Bestandesaufnahme

Schlussbericht

Reto Jörg
Regula Ruffin

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(BAG)

15. Juni 2016

Impressum

Vertragsnummer:	15.017019
Laufzeit:	Juli 2015 – Mai 2016
Datenerhebungsperiode:	Statistische Erhebungen Dritter: Januar 2010 – Dezember 2014 Eigene Erhebungen: August 2015 bis Februar 2016
Leitung Evaluationsprojekt im BAG	Gabriele Wiedenmayer / Markus Weber Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts wurde vom BAG und der Begleitgruppe kommentiert und die Kommentare fanden im vorliegenden Bericht Berücksichtigung.</p>
Bezug:	Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung
Übersetzung:	Executive Summary aus der Originalsprache durch Sonja Funk-Schuler
Korrespondenzadresse:	socialdesign ag Thunstrasse 7, 3005 Bern
Zitiervorschlag:	Jörg R., Ruffin R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandaufnahme – Schlussbericht. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Mai 2016, Bern.
Geschlechtergerechte Sprache:	Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.

Abstract:

Die vorliegende Konzept- und Machbarkeitsstudie ist Bestandteil der Evaluation KVG-Revision Spitallfinanzierung. Ziel der Studie war es ein umsetzbares Konzept für die Evaluationsarbeiten innerhalb des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ zu erarbeiten und eine erste Bestandesaufnahme in Bezug auf die themenbereichsspezifischen Evaluationsfragestellungen vorzunehmen.

Im Rahmen der Bestandesaufnahme wird einerseits die kantonale Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf (a) den verwendeten Leistungsgruppensystematiken als Basis einer leistungsorientierten Planung, der Bedarfsermittlung und der Leistungsspektren, (b) den Datengrundlagen und Methoden der Bedarfsermittlung als Instrumente für die qualitative und quantitative Beschreibung des Versorgungsbedarfs, (c) dem Einbezug privater Trägerschaften vor dem Hintergrund der aufgehobenen Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern, (d) den Formen interkantonalen Koordination und Kooperation und (e) der konkreten Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien (Wirtschaftlichkeit, Qualität und Erreichbarkeit). Andererseits analysiert die Bestandesaufnahme die Entwicklungstendenzen in der Spitallandschaft. Betrachtet werden dabei die Zahl der Leistungserbringer, deren Leistungsspektrum, die interkantonalen Patientenströme, die Marktanteile einschliesslich mögliche Konzentrationstendenzen sowie allfällige Spezialisierungstendenzen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer.

Basierend auf der Bestandesaufnahme wird anschliessend das Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten formuliert. Im Hinblick auf die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen werden dazu folgende Module formuliert: (i) die Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik, eine Befragung der Kantone (ii) und der Leistungserbringer (iii), (iv) die Aktualisierung einer bestehenden Studie zu den kantonalen Rahmenbedingungen zwischen Wettbewerb und Planung, (v) die Analyse der Patientenströme anhand der Medizinischen Statistik sowie (vi) eine Erreichbarkeitsanalyse zur Beurteilung des Einflusses der KVG-Revision auf den Zugang zur medizinischen Versorgung. Die Priorisierung der erwähnten Module durch die Begleitgruppe dient dabei als Grundlage für die Planung der weiteren Evaluationsarbeiten durch das Bundesamt für Gesundheit.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	6
1 Einleitung	13
1.1 Gegenstand und Zweck der Studie.....	13
1.2 Aufbau des Berichts	15
2 Einfluss der Revision auf die kantonalen Spitalplanungen	16
2.1 Einleitung	16
2.2 Methodik	18
2.3 Bestandesaufnahme.....	19
2.3.1 Leistungsgruppensystematik.....	19
2.3.2 Bedarfsermittlung.....	20
2.3.3 Einbezug privater Trägerschaften	29
2.3.4 Interkantonale Koordination	30
2.3.5 Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien.....	32
2.4 Fazit	46
3 Kantonale Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Planung	49
3.1 Einleitung	49
3.2 Methodik	49
3.3 Bestandesaufnahme.....	49
3.4 Fazit	52
4 Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft	53
4.1 Einleitung	53
4.2 Methodik	53
4.3 Bestandesaufnahme.....	54
4.3.1 Leistungserbringer	57
4.3.2 Leistungsspektrum	58
4.3.3 Marktanteile	63
4.3.4 Patientenströme (ausserkantonale Hospitalisationen)	68
4.3.5 Spezialisierung und Konzentration	69
4.4 Fazit	77
5 Einfluss der Revision auf die Sicherstellung der Versorgung	81
5.1 Fazit	82
6 Konzept für die weitere Evaluationsarbeiten	83
6.1 Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft	83
6.2 Modul 2: Befragung der Kantone	85
6.3 Modul 3: Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken	87
6.4 Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen	89
6.5 Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme	90
6.6 Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung	91
6.7 Modul 7: Synthese.....	91
6.8 Priorisierung	92
6.9 Provisorischer Zeitplan	92
7 Literatur- und Materialienverzeichnis	94
8 Anhang	97
8.1 Interviews, Fokusgruppen und Begleitgruppe	97
8.2 Dokumentenanalyse: Berücksichtigte kantonale Planungsgrundlagen	98
8.3 Detailergebnisse Dokumentenanalyse	100
8.3.1 Leistungsgruppen	100
8.3.2 Bewerbungsverfahren	102
8.3.3 Qualitätskriterien	103
8.3.4 Zugänglichkeit / Erreichbarkeit	108
8.4 Übersicht der SPLG-Versionen.....	110
8.5 Detailergebnisse zur Konzentration auf Ebene der Leistungsgruppen	111
8.6 Beispiel Erreichbarkeitsanalyse	112

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Prognosemodelle zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs in der Akutsomatik	20
Tabelle 2: Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien gemäss Prognosemodell GD ZH.....	23
Tabelle 3: Bedarfsprognose in Anzahl Betten für 2015-2020 gemäss Modell Kanton Waadt.....	23
Tabelle 4: Vertragsspitäler gemäss Art. 49a KVG	30
Tabelle 5: Formen der interkantonalen Kooperation.....	31
Tabelle 6: Übersicht Prognosemodelle.....	47
Tabelle 7: Zusammensetzung Regulierungsindex zur kantonalen Spitalversorgung	50
Tabelle 8: Anzahl Betriebe nach Versorgungsbereich und Spitaltyp, 2010-2014.....	58
Tabelle 9: Akutsomatik - Konzentration nach Leistungsbereich (SPLG) 2012-2014	72
Tabelle 10: Rehabilitation - Konzentration nach Leistungsbereich (SPLG) 2012-2014	76
Tabelle 11: Psychiatrie - Konzentration nach Leistungsbereich (ICD), 2012-2014.....	77
Tabelle 12: Kurzbeschreibung Modul 1.....	83
Tabelle 13: Skizze Historisierungstabelle.....	84
Tabelle 14: Kurzbeschreibung Modul 2.....	86
Tabelle 15: Kurzbeschreibung Modul 3.....	87
Tabelle 16: Kurzbeschreibung Modul 4.....	89
Tabelle 17: Kurzbeschreibung Modul 5.....	90
Tabelle 18: Kurzbeschreibung Modul 6.....	91
Tabelle 19: Kurzbeschreibung Modul 7.....	91
Tabelle 20: Priorisierung der Module	92
Tabelle 21: Provisorischer Zeitplan für die Umsetzung der weiteren Evaluationsarbeiten	93
Tabelle 22: Interviewpartner und Teilnehmende Fokusgruppen	97
Tabelle 23: Teilnehmende Begleitgruppensitzung.....	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung	14
Abbildung 2: Kantonaler Planungsprozess und gesetzliche Grundlagen	18
Abbildung 3: Herleitung der Patientenzahlen und der Pflagetage 2020	21
Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen	22
Abbildung 5: Prognosemodell Akutsomatik gemäss GD ZH.....	22
Abbildung 6: Szenarien gemäss Modell Obsan/STATVD	24
Abbildung 7: Prognosemodell gemäss Obsan/STATVD.....	25
Abbildung 8: Prognosemodell Rehabilitation gemäss GD ZH.....	26
Abbildung 9: Prognosemodell Psychiatrie gemäss GD ZH.....	27
Abbildung 10: Evaluationsverfahren Akutsomatik am Beispiel des Kantons Zürich	33
Abbildung 11: Evaluationsverfahren Rehabilitation am Beispiel des Kantons St.Gallen	34
Abbildung 12: Evaluationsverfahren Psychiatrie am Beispiel des Kantons Zürich	34
Abbildung 13: Wettbewerbsfreundlichkeit der kantonalen Spitalregulierung 2012	51
Abbildung 14: Tendenzen in der Spitallandschaft 2000-2014.....	55
Abbildung 15: Anzahl Betriebe nach Spitaltyp, 2000-2014	56
Abbildung 16: Anzahl Betriebe nach Versorgungsbereich und Spitaltyp, 2010-2014.....	57
Abbildung 17: Akutsomatik - Leistungsspektren nach Spitaltyp, 2012 und 2014	60
Abbildung 18: Rehabilitation - Leistungsspektren nach Spitaltyp, 2012 und 2014	62
Abbildung 19: Psychiatrie - Leistungsspektren nach Spitaltyp, 2012 und 2014	63
Abbildung 20: Akutsomatik - Marktanteile nach Spitaltyp, 2010-2014	64
Abbildung 21: Akutsomatik - Marktanteile 2012 und 2014 nach Spitaltyp und Leistungsbereichen.....	65
Abbildung 22: Rehabilitation - Marktanteile nach Spitaltyp, 2010-2014	66
Abbildung 23: Rehabilitation - Marktanteile nach Spitaltyp und Leistungsbereich, 2012 und 2014	66
Abbildung 24: Psychiatrie - Marktanteile nach Spitaltyp, 2010-2014	67
Abbildung 25: Psychiatrie - Marktanteile nach Spitaltyp und Leistungsbereich, 2010 und 2014	68
Abbildung 26: Akutsomatik - Spezialisierung auf Ebene der Betriebe nach Spitaltyp	71
Abbildung 27: Akutsomatik - Anteil der Fälle in Spitälern mit Fallzahlen unterhalb der MFZ.....	74
Abbildung 28: Rehabilitation - Spezialisierung auf Ebene der Betriebe nach Spitaltyp	75
Abbildung 29: Psychiatrie - Spezialisierung auf Ebene der Betriebe nach Spitaltyp	76

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister des BFS
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DRG	Diagnosis Related Groups (in der Schweiz: SwissDRG)
GD ZH	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
H+	Nationaler Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HHI	Herfindahl-Hirschmann-Index
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ITI	Information Theory Index
KS	Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OVS	Observatoire valaisan de la santé
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich in der Akutsomatik
STATVD	Statistique Vaud
ST Reha	Tarifsystem stationäre Rehabilitation
TARPSY	Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie

Executive Summary

Einleitung

Die vorliegende Konzept- und Machbarkeitsstudie ist Bestandteil der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung¹ und stellt den Startpunkt innerhalb des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ dar. Ziel der Studie war es in erster Linie ein umsetzbares Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten innerhalb des Themenbereichs in den Jahren 2016-2018/19 zu erarbeiten und dabei die Verfügbarkeit der notwendigen Daten sowie allfällige Datenlücken aufzuzeigen. Insofern sinnvoll und möglich, beinhaltet die Konzept- und Machbarkeitsstudie bereits eine erste Bestandesaufnahme.

Fragestellungen

Die übergeordneten Fragestellungen des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ lauten wie folgt:

- F1 Hat die Revision einen Einfluss auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen?
- F2 Wie entwickeln sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung (Steuerung der Kapazitäten)?
- F3 Wie entwickelt sich die Spitallandschaft? Welchen Einfluss hat die Revision auf das Leistungsspektrum und die entsprechenden Leistungsvolumina der Spitäler? Wie verändern sich diese und die effektiv erbrachten Leistungen? Hat die Revision einen Einfluss auf allfällige Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft?
- F4 Zu welchen Veränderungen führt die Revision im Bereich der Sicherstellung der Versorgung?

Die vorliegende Konzeptstudie orientiert sich an diesen übergeordneten Fragestellungen des Themenbereichs bzw. an deren Konkretisierung in den zugrundeliegenden Pflichtenheften. Die Bestandesaufnahme fokussiert dabei massgeblich auf die Fragestellungen 1 und 3, umfasst dabei jeweils sämtliche Versorgungsbereiche, namentlich die Akutsomatik sowie die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie.

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden im Rahmen der Konzept- und Machbarkeitsstudie verschiedene Methoden und Datenquellen herangezogen. Dazu gehören die deskriptive Analyse der Daten aus der Medizinischen Statistik für die Jahre 2010 bis 2014, eine umfassende Dokumentenanalyse der verfügbaren kantonalen Planungsdokumente sowie diverse Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews. Zusätzlich wurden bereits bestehende Studien berücksichtigt, so dass die vorgesehenen Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ optimal in die übrigen Aktivitäten der KVG-Evaluation Spitalfinanzierung sowie der Begleitforschung Dritter eingebettet sind.

Ergebnisse der Bestandesaufnahme

Einfluss der Revision auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen

In Bezug auf den Einfluss der Revision auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen (F1) wurde die kantonale Umsetzung ausgewählter Aspekte der im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) formulierten Vorgaben analysiert. Zentrale Grundlage bildeten dabei die verfügbaren kantonalen Planungsdokumente.

Leistungsgruppensystematik

Mit Ausnahme der Kantone Obwalden und Genf stützen sich alle Kantone für die akutstationäre Versorgungsplanung auf die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) oder sind im Begriff, ihre

¹ Vgl. www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung.

Planung dahingehend anzupassen. Betreffend die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie ist ebenso für die grosse Mehrheit der Kantone eine Differenzierung der Spitallisten nach Leistungsgruppen anzutreffen, was die konkreten Leistungsgruppen betrifft, unterschieden sich die zugrundeliegenden Systematiken stärker als in der Akutsomatik. Im Hinblick auf die Einführung der neuen, schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen (ST Reha bzw. TARPSY) ist es wahrscheinlich, dass auch in diesen Versorgungsbereichen Konvergenz in den kommenden Jahren zu beobachten sein wird.

Ermittlung des Versorgungsbedarfs

Für 24 Kantone konnte das Verfahren zur Bedarfsermittlung in der Akutsomatik anhand der verfügbaren Planungsdokumente nachvollzogen werden. Die Kantone stützen sich dabei entweder auf das Modell des Kantons Zürich (15 Kantone), auf das Modell des Obsan bzw. des Statistischen Amtes des Kantons Waadt (6) oder das Modell des Observatoire Valaisane de la Santé (3). Die Bedarfsermittlung und -prognose in der Rehabilitation und Psychiatrie erfolgt weitgehend in Anlehnung an die jeweils in der Akutsomatik verwendeten Modelle, jedoch erschweren die nicht einheitlichen Leistungsdefinitionen oder Datengrundlagen die Umsetzung. Somit zeigen die Planungsdokumente denn auch, dass neben statistischen Datengrundlagen in der Psychiatrie und der Rehabilitation vermehrt auch qualitative Bewertungen miteinbezogen werden.

Einbezug privater Trägerschaften

Die grosse Mehrheit der Spitäler mit privater Trägerschaft wird auf den Spitallisten der jeweiligen Standortkantone geführt. (Reine) Vertragsspitäler im Sinne von Art. 49a KVG sind von untergeordneter Bedeutung in der Spitallandschaft. Im Zusammenhang mit dem Einbezug privater Trägerschaften wurde zudem analysiert, in welchen Kantonen der Leistungseinkauf anhand eines öffentlichen Ausschreibungsverfahrens erfolgte. Anhand der verfügbaren Planungsdokumente wurde ein solches Verfahren in 13 (Akutsomatik) bzw. 9 (Rehabilitation und Psychiatrie) Kantonen ausgemacht.

Interkantonale Koordination

Im Kontext der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV kooperieren die Kantone in unterschiedlicher Form. Das Spektrum reicht von Absprachen und Austausch (insbesondere über Gefässe der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK), gemeinsamer Bedarfsplanung (vgl. als Beispiel dafür die Versorgungsberichte der Nordwestschweizer Kantone) und der Anwendung von gemeinsamen Empfehlungen (vgl. GDK-Ost) über formelle Verpflichtungen wie der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) bis hin zur Schaffung überkantonomer Versorgungsregionen (vgl. dazu die vollständige Freizügigkeit betreffend die Spitäler auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft).

Umsetzung der Planungskriterien

Im Zusammenhang der KVG-Revision Spitalfinanzierung sind die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung (inkl. Mindestfallzahlen) sowie des Zugangs der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist von besonderer Bedeutung. In der Bestandesaufnahme ist die kantonale Berücksichtigung dieser Kriterien innerhalb der Spitalplanung beschrieben, insofern dies anhand der verfügbaren Planungsdokumente möglich war. In Ergänzung zu den genannten Kriterien wurde ausserdem auf die Versorgungsrelevanz eingegangen, ein Kriterium, welches insbesondere in kleineren Kantonen in Bezug auf die Berücksichtigung ausserkantonomer Spitäler eine wesentliche Rolle spielt. Mit Bezug auf die Versorgungsrelevanz werden dabei Grenzwerte hinsichtlich des Marktanteils von Leistungserbringern – gemessen am Anteil der Patienten mit Wohnsitz im entsprechenden Kanton – definiert, welche für die Berücksichtigung des Leistungserbringers auf der kantonalen Spitalliste erreicht werden müssen. Die Versorgungsrelevanz wird in der Regel pro Leistungsgruppe bzw. Leistungsbereich überprüft.

Grenzen der Bestandesaufnahme und Implikationen für die weiteren Evaluationsarbeiten

Die Bestandesaufnahme im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie basierte auf den verfügbaren kantonalen Planungsdokumenten. Zwar eignen sich die Dokumente für eine Auslegeordnung, von einem Vollständigkeitsanspruch muss jedoch aus mehreren Gründen Abstand genommen werden. Zum einen bilden die Resultate jeweils eine Momentaufnahme und können die dynamische Weiterentwicklung in den Kantonen nur bedingt erfassen. Ausserdem ist die konkrete Um-

setzung aus diesen Dokumenten nicht für alle Kantone abschliessend nachvollziehbar. Schliesslich gibt es verschiedene Aspekte, die anhand der Planungsdokumente nicht beurteilt werden können, jedoch für die zweckmässige Beantwortung der Evaluationsfragestellungen relevant sind. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte.

Die *praktische Relevanz der allgemeinen und spezifischen Beurteilungskriterien* bei der Erarbeitung und Überarbeitung der kantonalen Spitalisten. Damit soll auf die Frage eingegangen werden, welche Kriterien sich (oftmals) im Rahmen der Spitalplanung als ausschlaggebend für die (Nicht-)Erteilung von Leistungsaufträgen erweisen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Kriterien im Rahmen eines Qualitäts- bzw. Kostenmonitorings laufend überprüft werden und basierend auf welchen Datengrundlagen dies erfolgt. Ergänzend hinzu kommt hier die Frage, ob und anhand welcher Datengrundlagen bzw. Informationen die Einhaltung der Aufnahmepflicht in Listenspitälern überprüft wird. Ein weiterer Aspekt, betrifft die *Motive für die Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler* innerhalb der Spitalliste, d.h. welche Überlegungen sind ausschlaggebend für die Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf der Spitalliste. Mögliche Motive umfassen dabei insbesondere die verbesserte Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten für spezifische Bevölkerungsgruppen, die Schliessung spezifischer Angebotslücken, die Sicherstellung der notwendigen Kapazitäten und die Förderung des Wettbewerbs, wenn ausserkantonale Spitäler in Leistungsgruppen berücksichtigt werden, in denen auch innerkantonale Angebote mit ausreichenden Kapazitäten verfügbar sind. Des Weiteren von Interesse ist die Auslegung des Begriffs des Vertragsspitals, wobei zwischen einer institutionen- und leistungsbezogenen Definition zu unterscheiden ist. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern es im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen vorgesehen ist, dass *Listenspitäler* ausserhalb ihres Leistungsauftrags Verträge mit Krankenversicherern betreffend die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen können. Mit Ausnahme des Kantons Waadt konnte dies aufgrund der Planungsdokumente nicht abschliessend beurteilt werden. Schliesslich soll ausserdem der Einbezug der *Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen* in den kantonalen Planungsprozess und die damit verbundenen Herausforderungen untersucht werden.

Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft

In Bezug auf den Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft (F3) basiert die Bestandesaufnahme hauptsächlich auf der Analyse der Daten gemäss der Medizinischen Statistik für die Jahre 2010 bis 2014. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden diverse Indikatoren untersucht.

Akutsomatik

In Bezug auf die Zahl der Leistungserbringer ist für die Akutsomatik eine Reduktion von 203 Betrieben auf 187 zwischen 2011 und 2014 festzustellen. Für die Grundversorgungsspitäler ist zwischen 2012 und 2014 ein Anstieg des Marktanteils innerhalb der akutstationären Versorgung erkennbar. Diese Tendenz beschränkt sich nicht auf einzelne Leistungsbereiche, sondern widerspiegelt sich in der Mehrheit der Leistungsbereiche. Mit Bezug auf Pellegrini und Roth (2016, S.3) ist ausserdem von einem Anstieg des Marktanteils der Privatspitäler auszugehen. Basierend auf der Studie von Huber (2015) ist ein Anstieg der interkantonalen Patientenströme auszumachen. Im schweizweiten Mittel wuchs der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 13% im Jahr 2010 auf 14.9% im Jahr 2013. Anhand des Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) kann keine systematische Spezialisierung der Leistungserbringer zwischen 2012 und 2014 ausgemacht werden. In zwei Drittel der Leistungsbereiche ist eine geringfügige Tendenz zur Konzentration auf Ebene der Betriebe identifizierbar, diese ist jedoch massgeblich auf die Reduktion der Anzahl Betriebe insgesamt zurückzuführen und nicht auf die Verlagerung der Marktanteile zugunsten von Leistungserbringern mit hohen Fallzahlen in den entsprechenden Leistungsgruppen. In Bezug auf die Leistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen ist zwischen 2012 und 2014 eine rückläufige Tendenz des Anteils der Eingriffe in Spitälern mit Fallzahlen unterhalb der MFZ zu beobachten.

Rehabilitation

Innerhalb der stationären Rehabilitation blieb die Zahl der Betriebe zwischen 2010 und 2014 weitgehend konstant. Die Leistungsspektren wurden in der Rehabilitation anhand der Hauptkostenstelle und Hauptdiagnose analysiert, wobei die Zuordnung der Hauptdiagnosen basierend auf der Systematik der GD Zürich erfolgte. Anhand der Marktanteile und Leistungsspektren werden die unterschiedlichen Schwerpunkte nach Spitaltyp ersichtlich. In den Rehabilitationskliniken entfal-

len die meisten Austritte auf die muskuloskeletale Rehabilitation, gefolgt von der Neurorehabilitation. In Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitalern sowie in geriatrischen Spezialkliniken machen die Patienten in der Geriatrie den Grossteil der erbrachten Leistungen aus. In den übrigen Spezialkliniken sind insbesondere Fälle in den Leistungsbereichen der pulmonalen und kardiovaskulären Rehabilitation, der Neurorehabilitation und der übrigen Rehabilitation überproportional vertreten. Gleichwohl verzeichnen 64% der Leistungserbringer jeweils Patienten in sieben und mehr Leistungsbereichen. Auf Ebene der einzelnen Betriebe lässt sich für Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitaler sowie die geriatrischen Spezialkliniken eine der Spezialisierung zuwiderlaufende Tendenz ausmachen. Ebenso deutet der HHI insgesamt auf eine Tendenz zunehmender Streuung der Austritte auf verschiedene Leistungsbereiche hin. Mit Ausnahme der Geriatrie weist der HHI für sämtliche Leistungsbereiche auf eine Dekonzentration zwischen 2012 und 2014 hin. Diese ist entweder auf einen Anstieg der Zahl der Leistungserbringer oder auf eine Verschiebung der Marktanteile zugunsten von Leistungserbringern mit kleineren Marktanteilen zurückzuführen.

Psychiatrie

Die Zahl der Betriebe innerhalb der stationären Psychiatrie blieb zwischen 2010 und 2012 weitgehend stabil. Der relative Anteil der Fälle in Psychiatrischen Kliniken stieg im selben Zeitraum von 73.7% auf 77%, wohingegen der relative Anteil der in Universitätsspitalern behandelten Patienten eine rückläufige Tendenz in vergleichbarem Ausmass aufweist. Aus der Bestandesaufnahme lässt sich weder eine Spezialisierung der Leistungserbringer noch eine Konzentration innerhalb bestimmter Leistungsbereiche feststellen.

Grenzen der Bestandesaufnahme und Implikationen für die weiteren Evaluationsarbeiten

Ein Hauptziel der Bestandesaufnahme lag darin, die Limitationen der existierenden Datengrundlagen und die damit einhergehenden Herausforderungen aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere folgende Aspekte zu nennen:

Insgesamt handelt es sich bei den beobachteten Tendenzen, vielmehr um kontinuierliche Veränderungen als sprunghafte Entwicklungen. Infolgedessen ist eine Aussage zur Kausalität zwischen der KVG-Revision und den beobachteten Tendenzen zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Anhand der Medizinischen Statistik lassen sich die Entwicklungen in der Spitallandschaft grundsätzlich ab dem Jahr 2010 zweckmässig nachvollziehen. Auswertungen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind erst ab 2012 sinnvoll möglich. Dieser Umstand erschwert es zusätzlich, eine Aussage zur Kausalität zwischen der KVG-Revision und den beobachteten Tendenzen zu machen.

Aufgrund der Erhebungspraxis innerhalb der KS und MS lassen sich Effekte auf Ebene der juristischen Einheiten und der Standorte nicht eindeutig differenzieren. Ohne die Variablen zum Standort lassen sich zudem die geografischen Implikationen allfälliger Konzentrationsprozesse nicht beurteilen. Entwicklungen auf Ebene einzelner Leistungserbringer, dazu gehören insbesondere allfällige Spezialisierungstendenzen, lassen sich anhand der MS trotz Verknüpfung der Datensätze über die Jahre nur bedingt nachverfolgen. Zwar ist eine Verknüpfung anhand der BUR-Nummer jeweils für über 80% der Betriebe möglich, jedoch ist davon auszugehen, dass mitunter gerade Betriebe, die Gegenstand struktureller Veränderungen waren, von der Analyse ausgeschlossen sind. Grund dafür ist, dass strukturelle Veränderungen oftmals mit der Vergabe einer neuen BUR-Nummer einhergehen.

Eine Analyse der Marktanteile zwischen privaten und öffentlichen Spitalern und deren Entwicklung im Zuge der KVG-Revision ist anhand der Medizinischen Statistik alleine nicht möglich. Auch bei einer Verknüpfung mit den Daten der Krankenhausstatistik wäre dies nicht ohne weiteres machbar, da die Variable zum *rechtlich-wirtschaftlichen Status* nicht länger Bestandteil der Krankenhausstatistik ist. Grund dafür ist, dass die für die Ermittlung des *rechtlich-wirtschaftlichen Status* benötigten Elemente (Subventionen bzw. finanzielle Garantien durch den Staat) infolge der Neuregelung der Finanzierung im Zuge der KVG-Revision obsolet sind.

In der Bestandesaufnahme wurde der Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) als Kennzahl im Zusammenhang mit der Spezialisierung von Leistungserbringern gewählt. Der HHI bot sich an, weil anhand davon sowohl Spezialisierungstendenzen auf Ebene einzelner Spitaler, als auch Konzentrationstendenzen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen untersucht werden können. Ein Nachteil des HHI liegt darin, dass die Veränderung des nationalen Patientenmix

nicht berücksichtigt wird. Mit dem nationalen Patientenmix ist dabei die relative Verteilung aller Patientenaustritte auf die Leistungsbereiche und deren Veränderung gemeint. Durch diese Eigenschaft wird die Interpretation von Veränderungen im Zeitverlauf erschwert. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich für die weiteren Evaluationsarbeiten anstelle des HHI den Information Theory Index (ITI) zu verwenden, der seinerseits Veränderungen im nationalen Patientenmix mitberücksichtigt.

In Bezug auf die Grenzen der Bestandesaufnahme sind ausserdem, jene Fragestellungen zu nennen, die anhand der vorliegenden Konzeptstudie nicht abgedeckt wurden. Es sind dies:

- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, innerhalb der Kantone und über Kantonsgrenzen hinweg?
- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit innerhalb der psychiatrischen Versorgung zwischen den Spitälern und den Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen (ambulant, stationär, z.B. Langzeitunterbringung)?
- Bereiten sich die Spitäler auf die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie und der Rehabilitation vor? Was sind mögliche Auswirkungen von leistungsbezogenen Pauschalen auf das künftige stationäre und auch ambulante Angebot und auf die Spitallandschaft im Bereich Psychiatrie?

Diese Fragestellungen können anhand der zur Verfügung stehenden Routedaten nicht beantwortet werden. Im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten ist in diesem Zusammenhang eine Onlinebefragung bei den Spitälern und Kliniken vorgesehen.

Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten

Das Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ ist in Form von grundsätzlich unabhängigen Modulen formuliert. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Module inkl. Priorisierung durch die Begleitgruppe sowie das geschätzte Budget für deren Realisierung.

Modul	Start	Priorisierung	Budget
	Quart./Jahr	% der Pkt.	CHF
Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft (Variante 2)	Q4/2016	27%	105'000-115'000
Modul 2: Befragung der Kantone	Q4/2016	24%	80'000-90'000
Modul 3: Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken	Q4/2016	9%	50'000-60'000
Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen	Q4/2016	12%	---
Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme (Variante 2)	Q1/2018	16%	40'000-50'000
Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung	Q1/2018	11%	50'000-70'000
Modul 7: Synthese	Q3/2018	---	15'000-25'000

Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft

Modul 1 beinhaltet die Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft anhand der in der Bestandesaufnahme hergeleiteten Indikatoren (Anzahl Leistungserbringer, Leistungsspektren, Marktanteile, Spezialisierung, Konzentration). Zentrale Datengrundlage bilden die Datensätze der Medizinischen Statistik für den Zeitraum zwischen 2010 bis 2016. Damit eine Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern möglich ist, werden die Daten mit der Krankenhausstatistik verknüpft. Zwecks Analyse auf Ebene des Standorts bedarf es der entsprechenden Variablen aus der Medizinischen Statistik. Damit die Veränderungen in der Spitallandschaft zweck-

mässig nachvollzogen werden können, ist zusätzlich eine Historisierung auf Ebene der juristischen Einheiten und der Standorte vorgesehen. Für Modul 1 sind zwei Varianten formuliert, in Variante 1 sind die Auswertungen beschränkt auf die akutstationäre Versorgung, Variante 2 umfasst sämtliche stationären Versorgungsbereiche.

Modul 2: Befragung der Kantone

Aufbauend auf der Dokumentenanalyse der kantonalen Planungsdokumente im Rahmen der Bestandesaufnahme sieht die Konzeptstudie für die weiteren Evaluationsarbeiten eine schriftliche Befragung der Kantone vor. Ziel dieser Erhebung ist es einerseits die Ergebnisse aus der Bestandesaufnahme zu validieren und zu aktualisieren sowie andererseits die in der Bestandesaufnahme bearbeiteten qualitativen Inhalte systematisch bei den Kantonen zu erheben. Schliesslich sollen mit der Befragung zusätzliche Aspekte erfasst werden, die aufgrund der Planungsdokumente in der Bestandesaufnahme nicht nachvollziehbar waren. Letzteres betrifft insbesondere die nachfolgenden Themen:

- Relevanz der Auswahlkriterien bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Spitalliste
- Monitoring der relevanten Planungskriterien: Kosten- und Qualitätsmonitoring sowie Compliance bzgl. der (leistungsgruppenspezifischen) Qualitätsanforderungen bzw. anderer Anforderungen inkl. Einhaltung der Aufnahmepflicht
- Überarbeitung der Planung: Periodizität und Tragweite der Überarbeitung
- Motive für die Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler
- Einbezug der die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen in den Planungsprozess inkl. beobachtbare Auswirkungen der Revision auf das ambulante Versorgungsangebot im Kanton
- Explizite und implizite Rahmenbedingungen für Listenspitäler Verträge mit Krankenversicherern betreffend die Vergütung von OKP-Leistungen ausserhalb des Leistungsauftrags gemäss Spitalliste abzuschliessen

Modul 3: Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken

Als Ergänzung zu Modul 1 sieht die vorliegende Konzeptstudie eine Onlinebefragung bei den Spitälern und Kliniken sämtlicher Versorgungsbereiche vor. Mit der Onlinebefragung können Aspekte untersucht werden, die im Zuge der Analyse der statistischen Routinedaten nicht möglich sind. Ausserdem erlaubt die zusätzliche Perspektive auch eine bessere Beurteilung der Kausalität zwischen der Revision und allfälligen Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen. Im Vordergrund stehen im Modul 3 Fragen nach möglichen Spezialisierungstendenzen innerhalb der Spitäler, Formen und Bereiche von Kooperationen zwischen den Leistungserbringern sowie deren Zusammenhang mit der KVG-Revision.

Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen

In Bezug auf die übergeordnete Fragestellung, inwiefern sich die Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und kantonomer Steuerung für die Spitäler infolge der Revision verändern (F2), verweist die vorliegende Konzeptstudie auf die Studie „Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik“ (Polynomics 2013). Anhand eines Regulierungsindex werden darin eine Vielzahl von relevanten Aspekten der *Wettbewerbsfreundlichkeit* operationalisiert, welche die kantonale Ausgestaltung der Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Mehrfachrolle des Kantons als Spitalplaner, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger und Spitalbetreiber beschreiben. Im Hinblick auf die weiteren Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ sieht die vorliegende Konzeptstudie eine Replikation des Regulierungsindex mit aktuellen Daten vor.

Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme

Für die Fragestellung zur Entwicklung der interkantonalen Patientenströme wurde in der vorliegenden Konzeptstudie der Bezug zur Studie von Huber (2015) hergestellt, in welcher eine umfassende Analyse der interkantonalen Patientenströme innerhalb der Akutsomatik erfolgte. Für

den Kontext des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ sind ausgewählte Indikatoren (Abfluss, Market Share Index) aus der erwähnten Studie ausreichend. Gleichwohl wurden für Modul 5 zwei Varianten formuliert. Variante 1 sieht lediglich die Analyse der zentralen Indikatoren für alle stationären Versorgungsbereiche vor, währenddessen Variante 2 eine umfassende Replikation der Originalstudie Replikation für alle Versorgungsbereiche beinhaltet. Zusätzlich ist in Variante 2 die Analyse der Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung anhand des Zusatzdatensatz Psychiatrie vorgesehen.

Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung

Auf die übergeordnete Fragestellung, inwiefern sich die Revision auf die Sicherstellung der Versorgung auswirkt, wird im Rahmen der Bestandaufnahme nicht eingegangen. Hinsichtlich der möglichen Veränderungen der Revision auf die Sicherstellung der Versorgung kann im Wesentlichen auf drei Hypothesen fokussiert werden:

- 1) Die Veränderung der Spitallandschaft führt einerseits zu einer Veränderung der Kosten im stationären Spitalbereich. Z.B. durch eine Bereinigung der Spitallandschaft sollte hier eine Senkung der Kosten eintreten;
- 2) Zudem führt die Veränderung der Spitallandschaft in Bezug auf die Spezialisierung der Spitäler zu einer Veränderung der Qualität der Spitalleistungen;
- 3) Ausserdem bringt die Veränderung der Spitallandschaft auch eine Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen mit sich, dies sowohl geografisch (in Bezug auf die Nähe eines Spitals bzw. Erreichbarkeit) als auch medizinisch (im Sinn der Versorgungsqualität).

In den ersten beiden Hypothesen werden allfällige Konzentrations- bzw. Spezialisierungstendenzen als Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Kosten und Qualität herangezogen. Die KVG-Evaluation Spitalfinanzierung beinhaltet eigens je einen Themenbereich, welcher sich mit den Kosten und der Finanzierung der Spitäler bzw. mit der Qualität der medizinischen Leistungen befasst. Infolgedessen ist es innerhalb der betroffenen Themenbereiche zu prüfen, inwiefern die Veränderungen in der Spitallandschaft als Erklärungsfaktoren in den geplanten Studien berücksichtigt werden sollen. Die dritte Hypothese nimmt Bezug auf den Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen. Zum einen geht es dabei um geografische Erreichbarkeit und eine allfällige Minderung des Zugangs zu medizinischen Versorgungsleistungen aufgrund der Konzentration von Angeboten. Andererseits wird in Hypothese 3 auf allfällige Auswirkungen einer veränderten Spitallandschaft auf die Versorgungsqualität verwiesen, wobei darunter, vor dem Hintergrund allfälliger Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen, der Zugang zu spezifischen Versorgungsleistungen zu verstehen ist (regionale Verfügbarkeit von Angeboten in spezifischen Leistungsgruppen). Zur Untersuchung dieser Hypothese ist im Modul 6 eine Erreichbarkeitsanalyse betreffend regionale Verfügbarkeit bestimmter Versorgungsangebote skizziert. Dabei wird die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten anhand der durchschnittlichen Fahrzeit zum nächstgelegenen Spital operationalisiert. Zur Berücksichtigung der qualitativen Dimension können dabei entweder verschiedene Spitaltypen unterschieden oder spezifische Auswertungen für ausgewählte Leistungsgruppen vorgenommen werden.

Modul 7: Synthese

Modul 7 beschreibt die Synthese aus den vorangehend beschriebenen Modulen sowie den Einbezug der Begleitforschung Dritter im Hinblick auf die übergeordneten Fragestellungen der KVG-Evaluation Spitalfinanzierung. Idealerweise erfolgt die Synthese im Gesamtkontext der KVG-Revision Spitalfinanzierung und in Koordination mit den Evaluationsarbeiten innerhalb der übrigen Themenbereiche (Kosten und Finanzierung, Qualität und Verhalten der Spitäler).

1 Einleitung

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)² im Bereich der Spitalfinanzierung³ ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die wichtigsten Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sind:⁴

- die dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen;
- die kantonale Spitalplanung entsprechend Planungskriterien;
- die freie Spitalwahl;
- die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen.

Die Massnahmen betreffen die stationäre Versorgung in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zielt im Kern auf eine Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich und in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Eindämmung des Kostenwachstums soll primär über eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern und eine Effizienzerhöhung bei der Leistungserbringung erreicht werden. Gleichzeitig soll die Qualität der stationären Spitalleistungen mindestens gleich bleiben. Die kantonalen Spitalplanungen sollen qualitäts- und effizienzorientiert ausgestaltet werden und die interkantonale Zusammenarbeit soll gefördert werden.

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat nichts an der verfassungsmässigen Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geändert. Die Mehrzahl der Massnahmen soll die Wettbewerbselemente im Spitalbereich stärken. Die Regulierungsanpassungen zur „kantonalen Spitalplanung entsprechend Planungskriterien“ setzen demgegenüber wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Spitallandschaft in einem Spannungsfeld von Steuerung und Wettbewerb. Die Kantone haben die Herausforderung zu meistern, ein Gleichgewicht zu finden zwischen der vom eidgenössischen Parlament gewollten Stärkung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen für die Spitäler und ihrer Aufgabe, die Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen.

1.1 Gegenstand und Zweck der Studie

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt im Auftrag des Bundesrates in den Jahren 2012 bis 2019 eine Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung durch, basierend auf Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).⁵ Im Gesamtkonzept der Evaluation sind die Massnahmen der Revision beschrieben und deren Wirkungslogik in einem Wirkungsmodell dargestellt.

Im Rahmen der Evaluation werden seit 2012 in mehreren Themenbereichen wissenschaftliche Studien durchgeführt.⁶ Die vorliegende „Konzept- und Machbarkeitsstudie inkl. erste Bestandaufnahme“ (nachfolgend: Konzeptstudie) markiert den Startpunkt der Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“.⁷

² Vgl. systematische Sammlung des Bundesrechts (SR, <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrecht/systematische-sammlung.html>).

³ Vgl. amtliche Sammlung des Bundesrechts (AS, <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrecht/amtliche-sammlung.html>), AS 2008 2049.

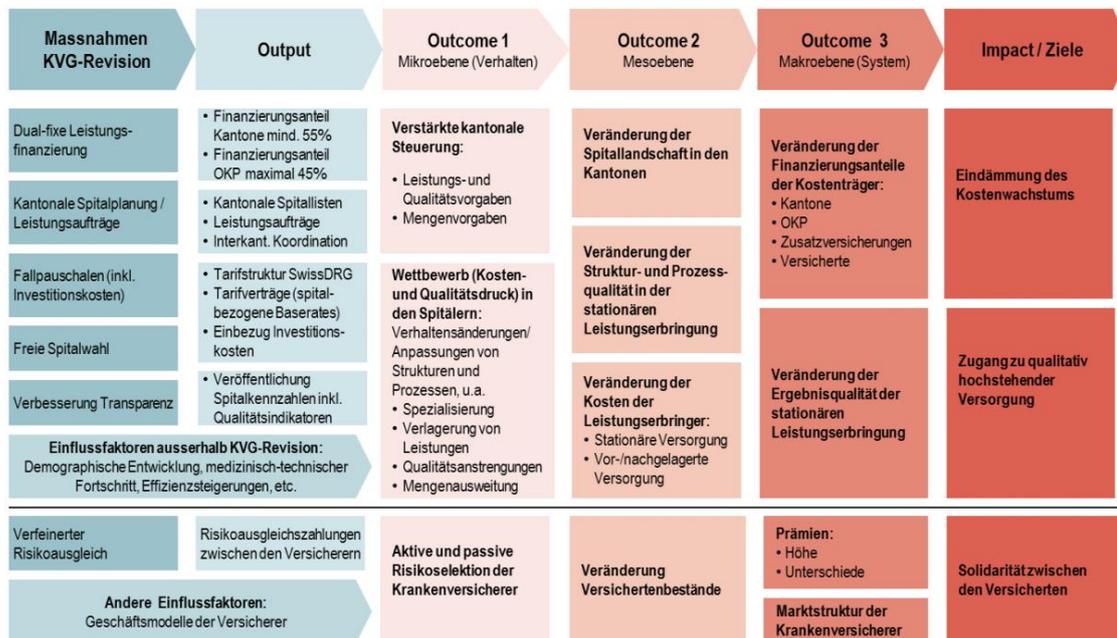
⁴ Vgl. BAG (2015a, S.2f.).

⁵ Vgl. SR 832.102.

⁶ Vgl. BAG (2015a, S.11).

⁷ Der Begriff «Spitallandschaft der Schweiz» bezieht sich dabei auf die Zahl der Spitäler und deren Zusammensetzung gemäss verschiedener Kriterien, z.B. Spitalgrösse, Spitaltyp, Art der Trägerschaft, regionale Verteilung, Leistungsspektrum und -volumina, Marktanteile (vgl. dazu BAG 2015c, S.2).

Abbildung 1: Wirkungsmodell der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung



Quelle: BAG (2015a, S.8)

Die langfristig zu beantwortenden Fragen der Evaluation im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ lauten wie folgt:⁸

- F1 Hat die Revision einen Einfluss auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen?
- F2 Wie entwickeln sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung (Steuerung der Kapazitäten)?
- F3 Wie entwickelt sich die Spitallandschaft? Welchen Einfluss hat die Revision auf das Leistungsspektrum und die entsprechenden Leistungsvolumina der Spitäler? Wie verändern sich diese und die effektiv erbrachten Leistungen? Hat die Revision einen Einfluss auf allfällige Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft?
- F4 Zu welchen Veränderungen führt die Revision im Bereich der Sicherstellung der Versorgung?

Gleichzeitig soll mit der Evaluation im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ ein Beitrag zur zukünftigen Beantwortung der übergeordneten Evaluationsfragestellungen des gesamten Evaluationsprojekts geleistet werden:⁹

- I.) Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
- II.) Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, das heisst auf die Kantone, die Versicherer, die Leistungserbringer und die Versicherten?
- III.) Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbpolitischen Hauptziele des KVG, das heisst zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung und zur Solidarität zwischen den Versicherten?

⁸ Vgl. BAG (2015a, S.6).

⁹ Vgl. BAG (2015a, S.9).

IV.) Wie ist die Zweckmässigkeit, also das Ausmass der Eignung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?

V.) In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf geortet?

Das Ziel der Konzeptstudie besteht in erster Linie darin, ein umsetzbares Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten in den Jahren 2016 bis 2018/2019 zu erarbeiten, wobei die zeitliche und finanzielle Machbarkeit und die inhaltliche Umsetzbarkeit zu gewährleisten sind. Dabei sind die Verfügbarkeit der notwendigen Datengrundlagen zu prüfen, wichtige Datenlücken aufzuzeigen und realistische Umsetzungsvorschläge für die Erhebung fehlender Daten darzulegen. Geeignete Indikatoren für die künftige Beantwortung der Fragestellungen im Themenbereich „Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung“ sind in Form eines Indikatorensets zu definieren. Des Weiteren sollen in der vorliegenden Konzeptstudie – insofern sinnvoll und möglich – bereits „Nullmessungen“ und erste Bestandesaufnahmen durchgeführt werden.¹⁰

1.2 Aufbau des Berichts

Die Konzeptstudie ist nachfolgend in **vier Hauptkapitel** unterteilt, die sich an den übergeordneten Fragestellungen zum Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ orientieren:

- F1** Einfluss der Revision auf die kantonalen Spitalplanungen
- F2** Kantonale Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Planung
- F3** Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft
- F4** Einfluss der Revision auf die Sicherstellung der Versorgung

Die Hauptkapitel folgen jeweils einer identischen Struktur. In der **Einleitung** werden für jedes Hauptkapitel zuerst die Fragestellungen aus dem Pflichtenheft zur vorliegenden Konzeptstudie dargestellt.

Unter **Methodik** wird pro Kapitel jeweils das Vorgehen im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie dargestellt. Das Pflichtenheft zur Konzeptstudie sah vor, dass die Bestandesaufnahme grundsätzlich anhand von veröffentlichten Studien, den zugänglichen kantonalen Planungsdokumenten sowie bereits publizierten Datenmaterialien (Kennzahlen der Spitäler des BAG, Standardtabellen zur KS und MS des BFS) erfolgen soll. Von diesem Grundsatz wurde einzig in Bezug auf die Frage zum Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft abgewichen. Eine Bestandesaufnahme anhand zuverlässiger Indikatoren erschien diesbezüglich basierend auf bereits publizierten Datenmaterialien nicht möglich. Deshalb erfolgte die Bestandesaufnahme im Hauptkapitel zum Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft massgeblich anhand der Auswertung der Daten der Medizinischen Statistik für die Jahre 2010 bis 2014.

Im darauffolgenden Abschnitt sind jeweils die Ergebnisse aus der **Bestandesaufnahme** im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie dargestellt. Im **Fazit** sind pro Hauptkapitel nochmals die wichtigsten Resultate zusammengefasst, sowie die Grenzen der Bestandesaufnahme aufgeführt und erste Empfehlungen im Hinblick auf die weiteren Evaluationsarbeiten formuliert.

Im abschliessenden Kapitel 6 wird – ausgehend von der Bestandesaufnahme – das **Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten** im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ formuliert sowie ein provisorischer Zeitplan dargelegt.

¹⁰ Vgl. BAG (2015c, 2015d).

2 Einfluss der Revision auf die kantonalen Spitalplanungen

2.1 Einleitung

Das vorliegende Kapitel widmet sich der übergeordneten Fragestellung, inwiefern von den Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung ein Einfluss auf die kantonalen Spitalplanungen auszumachen ist. Im Pflichtenheft zur vorliegenden Konzeptstudie wird der Untersuchungsgegenstand diesbezüglich anhand der folgenden Fragestellungen konkretisiert:¹¹

- Was heisst Versorgungssicherheit bzw. wie kann Versorgungssicherheit definiert werden? Welche Rolle spielt dabei die kantonale Planung?
- Wie gestaltet sich die Umsetzung der Aufträge gemäss Bundesverfassung und KVG (Sicherstellung der Versorgung, Spitalplanung) durch die zuständigen Akteure (Bund und Kantone)? Wie haben sich die Akteure darauf vorbereitet? Wie setzen die Kantone die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Planungskriterien (insbesondere Art. 39 KVG und Art. 58a-e KVV) um, beispielsweise die Begriffe „bedarfsgerechte Versorgungsplanung“ oder „angemessene Berücksichtigung von Privatspitälern“? Wie werden die Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigt?
- Mit welchen konkreten Kriterien und Instrumenten arbeiten die einzelnen Kantone für die Spitalplanung und zur Erteilung von Leistungsaufträgen (bspw. Mindestfallzahlen etc.), auf welchen Grundlagen (bspw. statistische Angaben etc.)? Welche weiteren Grundlagen wären für die Kantone hilfreich?
- Inwiefern findet zwischen den Kantonen eine Kooperation im Bereich der Spitalplanung und deren Umsetzung statt, bspw. bei der Vergabe von Leistungsaufträgen?

Der Begriff *Spitalplanung* umfasst hierbei sowohl den Planungsprozess, die Spitalplanungen im Sinne kantonalen Aktionspläne sowie deren Implementation als Erlass und die daraus resultierende Spitalliste einschliesslich der dabei angewendeten Kriterien, gemäss denen die auf der Liste aufgeführten Spitäler bestimmt werden.¹² Es gilt dabei festzuhalten, dass die kantonalen Spitalplanungen per se kein neues Instrument darstellen, sondern bereits seit 1996 angewendet werden. Die Änderungen in der Spitalplanung werden hauptsächlich durch die Änderung von Art. 39 KVG getrieben.¹³ Darin wird einerseits festgehalten, dass die Kantone ihre Planungen koordinieren müssen (Absatz 2) und dass der Bundesrat einheitliche Kriterien für die Spitalplanung festlegt, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität (Absatz 2^{ter}).¹⁴ In Art. 58 KVV werden die erwähnten Kriterien für die Spitalplanung konkretisiert. Art. 58a KVV hält den Grundsatz fest, dass die Planung der stationären Behandlung in Spitälern, Geburtshäusern oder Pflegeheimen betroffen ist. Art. 58b KVV legt das Vorgehen für die Versorgungsplanung der stationären Leistungen fest. Der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen soll in nachvollziehbaren Schritten ermittelt werden und sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Für die Auswahl der Spitäler, welche auf die Liste kommen, sollen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, insbesondere: Effizienz der Leistungserbringung, Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und Nutzung von Synergien;
- Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist;

¹¹ Für die psychiatrische Versorgung enthält das Pflichtenheft zusätzlich die Frage, inwiefern die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen allgemein in den Planungsprozess einbezogen werden (vgl. dazu BAG 2015d, S.6). In der nachfolgenden Bestandesaufnahme wird auf diese Frage nicht eingegangen. Für die Evaluationsarbeiten im Rahmen der Hauptstudie wurde die Frage im Modul 2 (vgl. Kapitel 6.2) berücksichtigt.

¹² Vgl. dazu auch Rüefli et al. (2005, S.22ff.).

¹³ Vgl. Pellegrini et al. (2010, S.35f.).

¹⁴ Zudem wird in Artikel 39 KVG im Bereich der hochspezialisierten Medizin explizit eine gesamtschweizerische Planung durch die Kantone vorgesehen, mit subsidiärer Regelungskompetenz des Bundesrats (Absatz 2^{bis}). Auf den Bereich der hochspezialisierten Medizin wird in der vorliegenden Konzeptstudie nicht weiter eingegangen, da zu diesem Thema ein ausführlicher Bericht des Bundesrates vorliegt (vgl. Bundesrat 2016).

- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

In Art. 58c KVV wird festgehalten, dass die Versorgungsplanung im akutsomatischen Bereich leistungsbezogen zu erfolgen hat, während in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie eine kapazitäts- oder leistungsbezogene Planung möglich ist. Art. 58d KVV konkretisiert die Form der interkantonalen Koordination der Planungen. Dabei müssen die Kantone einerseits Informationen über Patientenströme auswerten und mit anderen Kantonen austauschen sowie bei Leistungsaufträgen an ausserkantonale Spitäler die Versorgungssituation mit den betroffenen Kantonen koordinieren. Art. 58e KVV schliesslich legt die Form der zu führenden Listen fest. Dabei ist das Leistungsspektrum des Listenspitals jeweils konkret zu beschreiben. Es ist also möglich, einem Spital einen Leistungsauftrag nur in bestimmten Tätigkeitsfeldern zu erteilen.

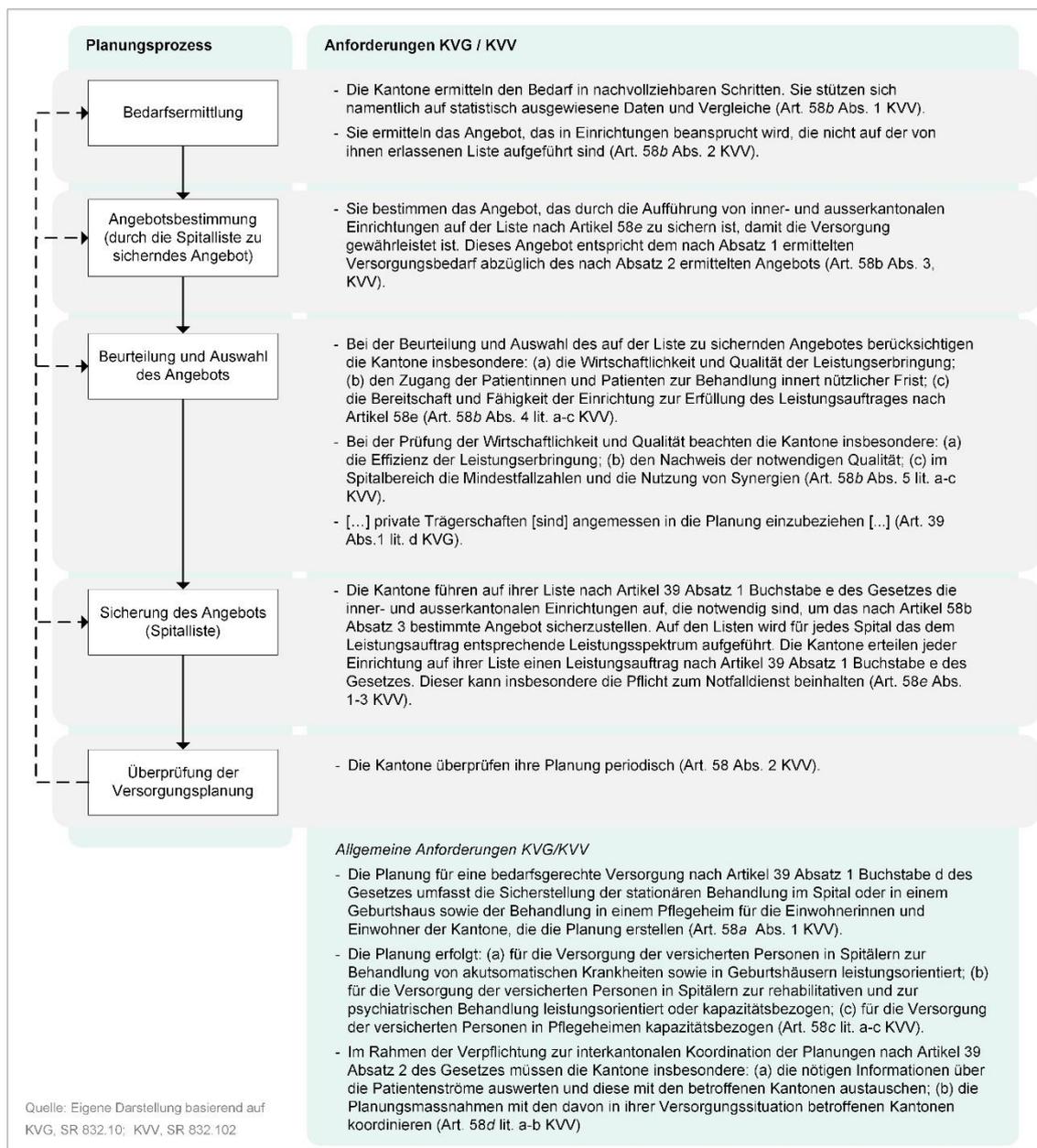
Das Ziel der neuen Kriterien in der Spitalplanung ist die Erhaltung der Versorgungssicherheit sowie die Koordination der Angebote. Zudem soll der neu verstärkte Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern in geordneten Bahnen verlaufen, die öffentliche Hand soll hier weiterhin eine Steuerungsfunktion übernehmen. Massnahmen, die die neu zu erstellenden Spitallisten ebenfalls beeinflussen, sind einerseits die Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitäler durch die Einführung der neuen Aufteilung der Finanzierung der Leistungen für beide Spitaltypen. Neu erfolgt die Unterscheidung der Spitäler nicht mehr entlang der Linie privat – öffentlich, sondern es wird unterschieden zwischen Listenspitälern und Vertragsspitälern. Die Leistungen der Listenspitäler werden nach dem dual-fixen Modus finanziert, während bei den Vertragsspitälern der kantonale Anteil der Finanzierung wegfällt und diese um einen Vertrag mit den Krankenversicherern selbst besorgt sein müssen. Einen weiteren Einfluss übt die verstärkte freie Spitalwahl aus, da diese die Patientenflüsse insbesondere zwischen den Kantonen beeinflussen kann.

In Abbildung 2 sind die zentralen Vorgaben des KVG und KVV zusammengefasst und entlang der Logik des kantonalen Spitalplanungsprozesses strukturiert. Zur Beschreibung der kantonalen Umsetzung der in KVG und KVV formulierten Vorgaben orientiert sich die Bestandesaufnahme an den zentralen Schritten des Planungsprozesses gemäss Abbildung 2. Mit Bezug zu den eingangs aufgeführten Fragestellungen aus dem Pflichtenheft werden folgende Aspekte untersucht:

- Die zugrundeliegende **Leistungsgruppensystematik** als Basis einer leistungsorientierten Planung, der Bedarfsermittlung sowie zur Bestimmung der spitalspezifischen Leistungsspektren in der Spitalliste;
- die Datengrundlagen und Methoden der **Bedarfsermittlung** als Instrumente für die qualitative und quantitative Beschreibung des Versorgungsbedarfs der kantonalen Wohnbevölkerung;
- der **Einbezug privater Trägerschaften** gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG vor dem Hintergrund der aufgehobenen Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern;
- Kooperationen zwischen Kantonen als Ausprägung der **interkantonalen Koordination** gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV.

In einem weiteren Schritt wird die konkrete Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien genauer betrachtet. Der Fokus gilt dabei den explizit genannten Beurteilungskriterien in Bezug auf die Auswahl des auf der kantonalen Spitalliste zu sichernden Angebotes. Dazu gehören gemäss Art. 58b KVV insbesondere die **Wirtschaftlichkeit**, **Qualität** und **Erreichbarkeit** (Zugang zur Behandlung innert nützlicher Frist). Ein separater Abschnitt wird dabei dem Thema der **Mindestfallzahlen** (MFZ) gewidmet. Grund dafür ist die besondere Relevanz der MFZ im Kontext allfälliger Konzentrationstendenzen, auf welche in Kapitel 4 vertieft eingegangen wird. Ebenfalls ergänzend zu den in Art. 58b KVV explizit genannten Beurteilungskriterien wird zusätzlich auf die **Versorgungsrelevanz** als Beurteilungskriterium eingegangen. Grund dafür ist die zentrale Rolle des Kriteriums in mehreren Kantonen für die Bestimmung des über die Spitalliste zu sichernden Angebots.

Abbildung 2: Kantonaler Planungsprozess und gesetzliche Grundlagen



2.2 Methodik

Die Ergebnisse im Rahmen der Bestandsaufnahme zu den kantonalen Spitalplanungen basieren auf der Dokumentenanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Berücksichtigt wurden in einem ersten Schritt die kantonalen Planungsdokumente, welche bis Ende Juli 2015 über die kantonalen Webseiten öffentlich zugänglich waren. Um sicherzustellen, dass im Verlauf der Analyse veröffentlichte Dokumente ebenfalls Eingang in die Bestandsaufnahme finden, wurde im Januar 2016 eine erneute Online-Recherche durchgeführt, so dass der 1. Februar 2016 als Stichtag für die vorliegende Bestandsaufnahme gilt. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die verfügbaren Planungsdokumente je nach Kanton um einiges älter sind und jeweils eine Momentaufnahme zum gegebenen Zeitpunkt abbilden. Insgesamt beziehen sich die herangezogenen Publikationen auf einen Zeitraum zwischen Januar 2010 bis Dezember 2015. In Anhang 8.1 sind die berücksichtigten Planungsdokumente inkl. Publikationszeitpunkt sowie die verwendeten Abkürzungen für die Quellennachweise im Text aufgelistet. Es sei an dieser Stelle zudem darauf hingewiesen,

dass die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse für die Bestandesaufnahme im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie nicht mit den jeweiligen Kantonen validiert wurden und die Ergebnisse unter dem entsprechenden Vorbehalt zu interpretieren sind. Da einzelne Aspekte innerhalb der kantonalen Dokumentationen nicht im Detail nachvollziehbar sind, ist eine solches Validierungsvorgehen für die Hauptstudie vorgesehen.¹⁵ Des Weiteren gestaltete sich die Datenlage der in den Kantonen verfügbaren Spitalplanungsdokumente zum Erhebungszeitpunkt unterschiedlich. Während in einigen Kantonen¹⁶ neben der Spitalliste keine Planungsdokumente verfügbar waren, fanden sich in anderen Kantonen¹⁷ Dokumente, welche die Analyse der Nachfrage und des Leistungsangebots sowie die Ermittlung des zukünftigen Leistungsbedarfs beschreiben (meist als „Versorgungsbericht“ bezeichnet). Darüber hinaus ist in manchen Kantonen¹⁸ ausserdem die Evaluation der für die Deckung des ermittelten Bedarfs in Frage kommenden Spitäler dokumentiert (meist als „Strukturbericht“ bezeichnet). Für den Kanton Bern bezieht sich die Bestandesaufnahme massgeblich auf das „Rahmenkonzept Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG)“, welches die geplante Überarbeitung der bestehenden Versorgungsplanung bis im Herbst 2016 beschreibt. Nebst der Dokumentenanalyse wurden zwei Fokusgruppen mit Vertretern der kantonalen Gesundheitsdirektionen sowie weitere ergänzende Interviews durchgeführt.¹⁹

2.3 Bestandesaufnahme

2.3.1 Leistungsgruppensystematik

Die zugrundeliegenden Leistungsgruppensystematiken sind elementare Instrumente der kantonalen Versorgungsplanungen. Anhand der Leistungsgruppen wird das Spektrum medizinischer Versorgungsleistungen im Sinne einer leistungsorientierten Planung gemäss Art. 58c KVV definiert. Ausserdem bildet die jeweilige Leistungsgruppensystematik in der Regel die Ausgangslage für die Bedarfsermittlung gemäss Art. 58c Abs. 1-2 KVV und dient ebenso für die Strukturierung der Spitallisten bzw. zur Bestimmung des spitalspezifischen Leistungsspektrums gemäss Art. 58e KVV.

Der Einfluss der Revision zeigt sich mitunter anhand der verwendeten quantitativen Zielgrössen und Parameter der Spitalplanungen. Gemäss der Kantonsbefragung von Rüefli et al. (2005, S.37) orientierten sich im Jahr 2004 18 kantonale Spitalplanungen im Bereich der *Akutsomatik* an medizinischen Leistungen/Leistungsbereichen und/oder Diagnosegruppen. Im Jahr 2015 unterscheiden grundsätzlich alle Spitalplanungen die akutsomatischen Leistungen anhand einer Kategorisierung nach Leistungsbereichen bzw. Leistungs- oder Diagnosegruppen.²⁰ Mit Ausnahme der Kantone Genf und Obwalden basieren sämtliche Spitallisten bzw. Spitalplanungen auf den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) oder die Kantone dabei, diese darauf auszurichten. Es ist plausibel, dies als direkte Auswirkung der in Art. 58c KVV geforderten, leistungsorientierten Planung für die akutstationäre Versorgung zu interpretieren.

Auch in den Bereichen *Rehabilitation* und *Psychiatrie* sind die Leistungsaufträge in den Spitallisten in der Regel anhand von Leistungsgruppen konkretisiert, wobei sich die zugrundeliegenden Leistungsgruppensystematiken stärker unterscheiden als in der Akutsomatik. In der *Rehabilitation* finden sich einzig für die Kantone Genf, Obwalden und Waadt keine Angaben zu Leistungsgruppen bzw. keine differenzierte Unterteilung in solche. In allen übrigen Kantonen werden organ- bzw. organsystemspezifische Leistungsgruppen unterschieden, zu welchen die muskuloskelettale, die neurologische, die pulmonale und die kardiovaskuläre Rehabilitation gehören. Daneben finden sich in den meisten Kantonen die Leistungsbereiche psychosomatische bzw. psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation, internistische bzw. internistisch-onkologische Rehabilitation und paraplegiologische Rehabilitation. Mehr als die Hälfte der Kantone führen zudem

¹⁵ Vgl. Kapitel 6.2.

¹⁶ Kantone GR, NW und OW.

¹⁷ Kantone AG, BL, BS, GE, LU, SH, SO, VD, ZG.

¹⁸ Kantone AI, AR, FR, GL, JU, NE, SG, SZ, TG, TI, UR, VS, ZH.

¹⁹ Eine Liste der Interviewpartner und Fokusgruppenteilnehmenden befindet sich in Anhang 8.1.

²⁰ Einzige Ausnahme bildet der Kanton Obwalden, für welchen eine Unterscheidung nach Leistungsbereichen/-gruppen weder anhand der Spitalliste noch aufgrund verfügbarer Planungsdokumente verifizierbar war.

neben der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen²¹ auch die Geriatrische Rehabilitation und die Frührehabilitation auf. Eine detaillierte Darstellung, welche Leistungsgruppen in welchen Kantonen angewendet werden, befindet sich im Anhang 8.3.

In der *Psychiatrie* richten sich zehn Kantone bei der Kategorisierung von Leistungsbereichen nach der "Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10), welche in Kapitel V die psychiatrischen und Verhaltensstörungen unter dem Buchstaben „F“ zusammenfasst.²² Zudem wird in mehreren Kantonen eine Differenzierung nach Altersgruppen vorgenommen. Während bis auf die Kantone Genf, Obwalden, Tessin²³ und Waadt, für welche keine Differenzierung nach Leistungsgruppen vorgenommen wird, in allen Kantonen die Kinder- und Jugendpsychiatrie – getrennt oder zusammen – als separate Leistungsgruppe aufgeführt wird, ist dies bei der Alterspsychiatrie in 14 Kantonen der Fall. In neun Kantonen gilt zudem die Forensik als separater Leistungsbereich. Beispiele für weitere vereinzelt aufgeführte Leistungsbereiche sind psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten oder weitere spezialisierte Angebote wie z.B. Eltern-Kind-Behandlung, schwere Essstörungen, Rehabilitationspsychiatrie. Eine detaillierte Darstellung, welche Leistungsgruppen in welchen Kantonen angewendet werden, befindet sich im Anhang 8.3.

2.3.2 Bedarfsermittlung

Die Ermittlung des Versorgungsbedarfs bildet die Basis für die Beurteilung, welches Angebot für die Bevölkerung zur Sicherstellung der stationären Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung notwendig ist. Die dazu verwendeten Datengrundlagen und Methoden legen somit massgeblich fest, was unter einer *bedarfsgerechten* Planung gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG verstanden wird.

In Art. 58b Abs.1 KVV ist konkretisiert, dass die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten, gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche zu ermitteln haben. Wie untenstehende Tabelle zeigt, stützen sich die Kantone für die Umsetzung der Bedarfsermittlung entweder auf das Prognosemodell der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD ZH), das vom Obsan und dem statistischen Amt des Kantons Waadt (STATVD) entwickelten Modell gemäss Weaver et al. (2009) oder auf das Modell des Observatoire Valaisan de la Santé (OVS), welches im Wesentlichen eine Kombination der zuvor genannten Modelle darstellt. Die Zuordnung in Tabelle 1 basiert auf dem Vorgehen für die Bedarfsermittlung innerhalb der akutstationären Versorgung. In der Regel korrespondiert dies mit dem Vorgehen in den übrigen Versorgungsbereichen.²⁴

Tabelle 1: Verwendete Prognosemodelle zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs in der Akutsomatik

Modell	Kantone**
GD ZH	AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, ZG, ZH
Obsan / STATVD	LU, TG, GE*, NE*, VD*
OVS	FR, JU, VS

* Bevölkerungsprognosen basierend auf Daten von STATVD

** Für die Kantone Ob- und Nidwalden konnte das Verfahren für die Bedarfsermittlung anhand der verfügbaren Planungsdokumente nicht nachvollzogen werden

Quelle: Dokumentenanalyse und Interviews

²¹ Meist inkl. allgemeine pädiatrische Rehabilitation, neurologische inkl. neuro-orthopädische Rehabilitation und Frührehabilitation. Es sind dies die Kantone AR, BL, BS, GL, GR, LU, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH.

²² F0 Organische Störungen, F2 Schizophrenie, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische Störungen, F5 Verhaltensauffälligkeiten, F6 Persönlichkeitsstörungen, F7 Intelligenzminderung, F8 Entwicklungsstörungen, F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, F10 Alkohol, F11-19 Drogen, F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

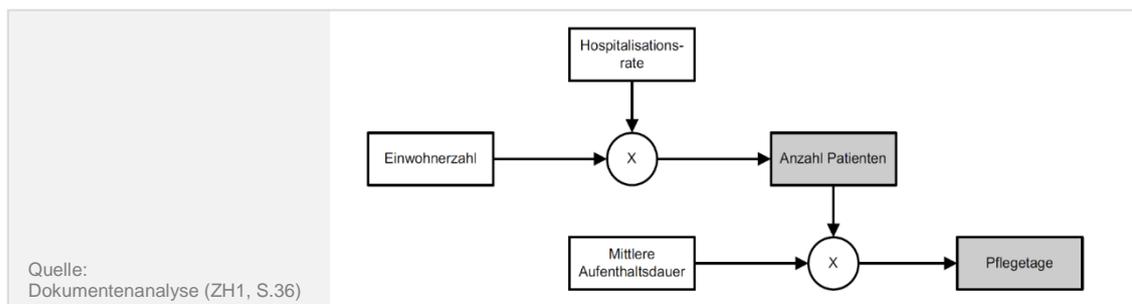
²³ Separat aufgeführt werden im Kanton TI Institutionen, bei welchen die Aufnahme von per Fürsorgerische Unterbringung-eingewiesenen Patienten (psichiatria coatta) möglich ist.

²⁴ Die Psychiatrie-Bedarfsplanung erfolgt in den Kantonen AR und AI gemeinsam. Im Versorgungs- und Strukturbericht AR wird darauf hingewiesen, dass die Bedarfsermittlung in der Psychiatrie separat und zu späterem Zeitpunkt erfolgt (vgl. AR1, S.12; AR2, S.5). Im Grundlagenpapier zur Psychiatrieversorgung Appenzell Ausserrhoden wird ein qualitativer Bedarf ermittelt (vgl. AR3, S.48ff.). Der Kanton Uri verweist zwar für die Bedarfsermittlung in allen drei Versorgungsbereichen auf die Einflussfaktoren gemäss GD ZH, hält jedoch explizit fest, dass die beschriebenen Einflussfaktoren nicht abschliessend geklärt werden können und er daher diese bei der Spitalplanung nicht explizit berücksichtigt (vgl. UR1, S.20).

Nachfolgend wird das Vorgehen bei der Bedarfsermittlung getrennt nach Versorgungsbereich (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) anhand ausgewählter Beispiele beschrieben.

Bei der Erstellung der Bedarfsanalyse im Bereich **Akutsomatik** haben sich die meisten Kantone inhaltlich und methodisch am untenstehend beschriebenen Prognosemodell der GD ZH orientiert. In einem ersten Schritt wurde die bisherige Nachfrageentwicklung der kantonalen Wohnbevölkerung nach akutsomatischen Spitalleistungen abgebildet und daraufhin untersucht, welche Faktoren den medizinischen Leistungsbedarf beeinflussen und wie sich diese in den nächsten Jahren entwickeln. Darauf basierend wurde schliesslich der zukünftige Leistungsbedarf mit Prognosehorizont bis ins Jahr 2020 ermittelt. Als Datengrundlage dienten für die Analyse der demografischen Daten die Bevölkerungsstatistik und -prognose des Statistischen Amtes des jeweiligen Kantons, für die Untersuchung der stationären Behandlungen in der Akutsomatik die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS. Im Vordergrund der Prognose standen neben den Fallzahlen die Pflegetage pro medizinischer Leistung²⁵ im Jahr 2020, welche anhand der Einwohnerzahl, der Hospitalisationsrate sowie der mittleren Aufenthaltsdauer bestimmt wurden, wie untenstehende Abbildung zeigt.

Abbildung 3: Herleitung der Patientenzahlen und der Pflegetage 2020



Für die Berechnung der Patientenzahlen und Pflegetage pro medizinischer Leistung im Jahr 2020 werden dabei zudem folgende gesellschaftliche und medizinische Einflussfaktoren berücksichtigt:²⁶

- demografische Entwicklung (Wachstum und Alterung der Bevölkerung)
- medizintechnische Entwicklung (neue Therapie- und Diagnosetechniken)²⁷
- epidemiologische Entwicklung (Krankheitsinzidenz)²⁸
- ökonomische Entwicklungen (Substitutionspotential stationär-ambulant und die Entwicklung²⁹ der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer)³⁰

²⁵ Der Kanton Schaffhausen weist die Prognose für zusammengefasste Leistungsbereiche aus, mit der Begründung, dass aufgrund der im Vergleich zum Kanton Zürich kleineren Fallzahlen, die statistisch weniger stabil sind, allzu detaillierte Prognosen wenig sinnvoll wären (vgl. SH1, S.30).

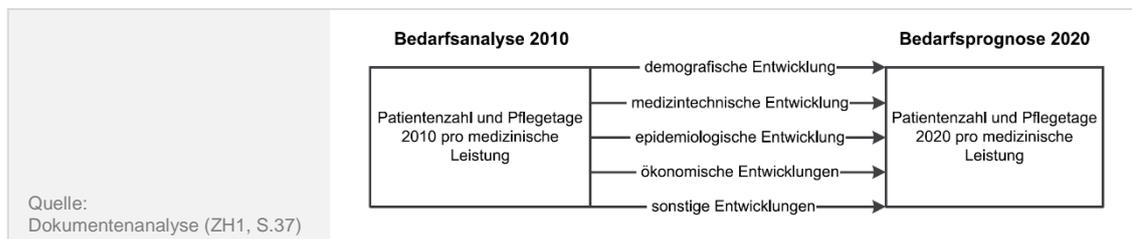
²⁶ Vgl. ZH1, S.36f.

²⁷ Die Berücksichtigung der medizintechnischen Entwicklung erfolgte basierend auf einem Gutachten des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (vgl. dazu Hess et al. 2009).

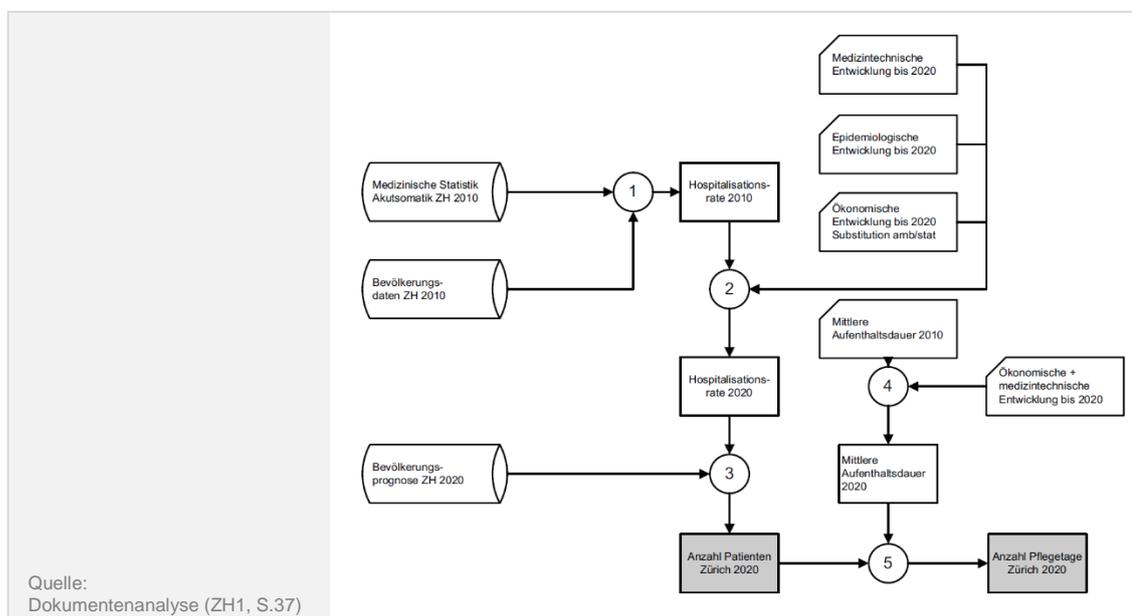
²⁸ Die epidemiologischen Entwicklungen wurden anhand des Gutachtens des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern ins Prognosemodell einbezogen (vgl. dazu ISPM 2009).

²⁹ Für die Beurteilung des Substitutionspotenzials wählte die GD ZH ein zweistufiges Verfahren. In einem ersten Schritt wurde geprüft, welche Behandlungen aus medizinischer Sicht im Regelfall ambulant erbracht werden können. In einem zweiten Schritt wurde angenommen, dass die ambulanten Behandlungen finanziell attraktiver werden gegenüber den stationären Behandlungen und deshalb bei den zuvor identifizierten «potenziell ambulanten Behandlungen» ein gewisser Prozentsatz der bisher stationären Patienten zukünftig ambulant behandelt wird. Vor allem die Leistungsbereiche Ophthalmologie, (Radio-)Onkologie und Herz-&Gefässchirurgie weisen demnach ein grosses Substitutionspotenzial auf. Bei der Ophthalmologie stehen vor allem intraokuläre Eingriffe wie zum Beispiel Katarakt-Operationen und in der Herz- und Gefässchirurgie insbesondere die Eingriffe Venenligatur und Stripping im Zentrum (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2009, S.37).

³⁰ Im Rahmenkonzept des Kantons Bern wird darauf hingewiesen, dass die Berechnung des Verlagerungspotentials von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor durch den Wegfall der Kategorie „teilstationär“ verunmöglicht wird, weshalb auf diese quantitative Entwicklung auf Ebene der Bedarfsanalyse künftig verzichtet wird. Eine qualitative Einschätzung des Verlagerungspotentials soll stattdessen auf Ebene der Angebotsanalyse erfolgen (vgl. BE1, S.20).

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen

Das gesamte Prognosemodell für den Versorgungsbereich der Akutsomatik ist untenstehend am Beispiel von Zürich abgebildet:

Abbildung 5: Prognosemodell Akutsomatik gemäss GD ZH

Die Prognose der Patientenzahlen und Pflegetage 2020 erfolgte für die Akutsomatik in folgenden fünf Schritten:³¹

- 1) Die Hospitalisationsraten der Zürcher Patienten des Jahres 2010 wurden aus den Daten der Medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Behandlung stark unterscheiden, wurde die Hospitalisationsrate pro DRG berechnet. Bei den meisten Behandlungen hat zudem das Alter des Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate. Daher wurden zusätzlich die fünf Altersgruppen berücksichtigt;
- 2) Basierend auf diesen DRG- und altersspezifischen Hospitalisationsraten 2010 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklung sowie der erwarteten Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen prognostiziert;³²

³¹ Vgl. ZH1, S.38.

³² - Medizintechnisches Gutachten basierend auf Literaturrecherche und Expertenbefragung
- Epidemiologisches Gutachten basierend auf Literaturrecherche
- Analyse potentiell substituierbarer Leistungen

- 3) Für die Prognose der Patientenzahlen im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Zürich multipliziert. Die Patientenzahl wird dabei nicht nur durch Veränderungen der Bevölkerungsgrösse, sondern auch durch Verschiebungen zwischen den Altersgruppen beeinflusst;
- 4) Basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2010 wurden die mittleren Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizintechnischen und ökonomischen Entwicklungen geschätzt. Da die Aufenthaltsdauer je nach Behandlung und Alter des Patienten stark variiert, wurden die Aufenthaltsdauern pro DRG und mit Berücksichtigung des Alters prognostiziert;
- 5) Für die Berechnung der Pflergetage im Jahr 2020 wurden die alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen 2020 mit den entsprechenden Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 multipliziert.

Die Prognose wurde in Form untenstehender drei Szenarien³³ erstellt, wobei sich die Berechnungen grösstenteils auf das Hauptszenario beziehen.

Tabelle 2: Überblick über die Annahmen in den drei Szenarien gemäss Prognosemodell GD ZH

	Hauptszenario	Maximalszenario	Minimalszenario
Demografie	Szenario Trend des kantonalen Amtes für Statistik	Szenario Trend des kantonalen Amtes für Statistik	Szenario Trend des kantonalen Amtes für Statistik
Medizintechnik	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Epidemiologie	Studien mit einer mittleren prognost. Leistungszunahme	Studien mit der höchsten prognost. Leistungszunahme	Studien mit der niedrigsten prognost. Leistungszunahme
Substitution	50% der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG	Keine Substitution	90% der Kurzlieger der potenziell ambulant zu erbringenden DRG
Verkürzung MAHD	40. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in der CH	45. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in der CH	35. Perzentil der MAHD aller Behandlungen in der CH

Quelle: Dokumentenanalyse (ZH1, S.47), Bemerkung: MAHD = Mittlere Aufenthaltsdauer

Im Modell des Kanton Waadt³⁴ wurden dieselben Einflussfaktoren wie im Modell der GD ZH berücksichtigt, nämlich die demografische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklung sowie die Entwicklung der mittleren Aufenthaltsdauer und das Substitutionspotential stationär-ambulant. Als zusätzliche Faktoren fanden die Stärkung der Grundversorgung und der vernetzten Zusammenarbeit und die Bemühungen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisationen Eingang in die Bedarfsermittlung. Deren Einfluss auf die notwendige Anzahl Betten wurde vom „Institut universitaire de médecine sociale et préventive“ (IUMSP) analysiert. Dabei wurden für alle drei Versorgungsbereiche (und pro Region) die Prognosen pro Leistungsgruppe ermittelt, welche im Anschluss in Anzahl Betten umgerechnet werden, wie nachfolgende Abbildung zeigt:³⁵

Tabelle 3: Bedarfsprognose in Anzahl Betten für 2015-2020 gemäss Modell Kanton Waadt

Bemerkungen: A = soins aigus somatiques B = réadaptation somatique et soins palliatifs Psy = psychiatrie somatique et réadaptation LAMal = Loi fédérale sur l'assurance-maladie		2012	2015	2020	2012-2015	2012-2020
	A	2'330	2'412	2'576	+ 83 3.5%	+ 246 10.6%
	B	720	766	855	+ 46 6.4%	+ 135 18.8%
	Psy	549	570	602	+ 21 3.8%	+ 53 9.6%
	TOTAL LAMal A, B, psy	3'599	3'748	4'033	+ 149 4.2%	+ 434 12.1%
Quelle: Dokumentenanalyse (VD1, S.8)	TOTAL non LAMal clin. priv.		195			
	TOTAL tous régimes confondus		3'794			

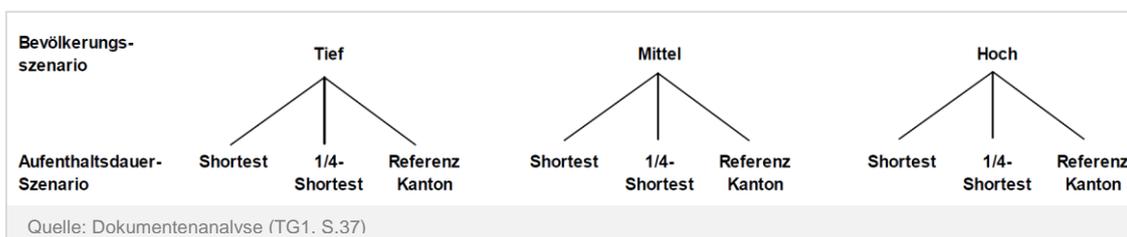
³³ Einige Kantone haben für die Prognose lediglich ein Szenario (Hauptszenario der GD ZH) herangezogen, so etwa BL, BS, FR, SO.

³⁴ Es wird nicht explizit benannt, um welches Modell es sich handelt.

³⁵ Vgl. VD1, S.8.

Die Kantone Luzern und Thurgau stützen sich bei der Bedarfsanalyse auf das „Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung“ von Weaver et al. (2009)³⁶, welches für einen Kanton oder eine Gruppe von Kantonen ermöglicht, die zukünftige Entwicklung der Anzahl Fälle und Anzahl Hospitalisationstage nach DRG im Sinne einer Prognose vorauszusagen. Dabei werden neben verschiedenen Szenarien zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer auch die Patientenströme zwischen den Kantonen berücksichtigt. Die möglichen Entwicklungen der Aufenthaltsdauer und der demografischen Veränderungen werden ebenfalls mittels verschiedener Szenarien dargestellt. Der Kanton hat die Möglichkeit, gewissen Elemente, die in die Analyse einfließen, vorab zu definieren, und so bis zu einem bestimmten Grad seinen spezifischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Die Prognose der Anzahl Fälle erfolgt ausschliesslich über die drei Bevölkerungsszenarien. Für die Prognosen der Aufenthaltstage werden zusätzliche Szenarien betreffend einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer berücksichtigt, woraus sich insgesamt folgende Szenarien ergeben:³⁷

Abbildung 6: Szenarien gemäss Modell Obsan/STATVD



Im Kanton Luzern wird dabei das Jahr 2023 als Planungshorizont verwendet. Hinsichtlich der Entwicklung der Aufenthaltsdauer werden im Gegensatz zum Kanton Thurgau vier Szenarien unterschieden, wobei für die Prognose in der Akutsomatik das Szenario „1/4 Best“ berücksichtigt wird:³⁸

- Szenario „Best“: Die Aufenthaltsdauer für jede einzelne DRG (Diagnosis Related Group) im Kanton verkürzt sich bis ins Zieljahr 2023 so, dass sie der Dauer jener DRG in demjenigen Spital entspricht, welches im Referenzjahr (2013) die kürzesten Aufenthalte für diese DRG in der Schweiz aufweist;
- Szenario „2nd Best“: Die Aufenthaltsdauer verkürzt sich so, dass sie der Dauer in demjenigen Spital entspricht, welches im Referenzjahr die zweitkürzesten Aufenthalte für diese DRG in der Schweiz aufweist;
- Szenario „1/4 Best“: Die Luzerner Spitäler weisen im Jahr 2023 diejenige verkürzte Aufenthaltsdauer auf, welche im Referenzjahr 25 Prozent der Schweizer Spitäler erreichen;
- „Referenzszenario“: Es kommt zu keiner Verkürzung der Aufenthaltsdauer.

In den Kantonen Neuenburg und Genf wurde zur Bedarfsermittlung ebenfalls das Modell des Obsan und STATVD herangezogen. Das in untenstehender Abbildung dargestellte Modell³⁹ erlaubt die Abschätzung der Entwicklung der Fallzahlen und der Pflergetage pro DRG. Nicht berücksichtigt werden in diesem Modell die epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen und das Substitutionspotential stationär-ambulant. Während von den ersten beiden angenommen wird, dass diese implizit in der demografischen Entwicklung und derjenigen der Aufenthaltsdauer enthalten sind, wurde für die Prognose des Substitutionspotentials das Modell der GD ZH einbezogen.⁴⁰

³⁶ Weaver et al. (2009).

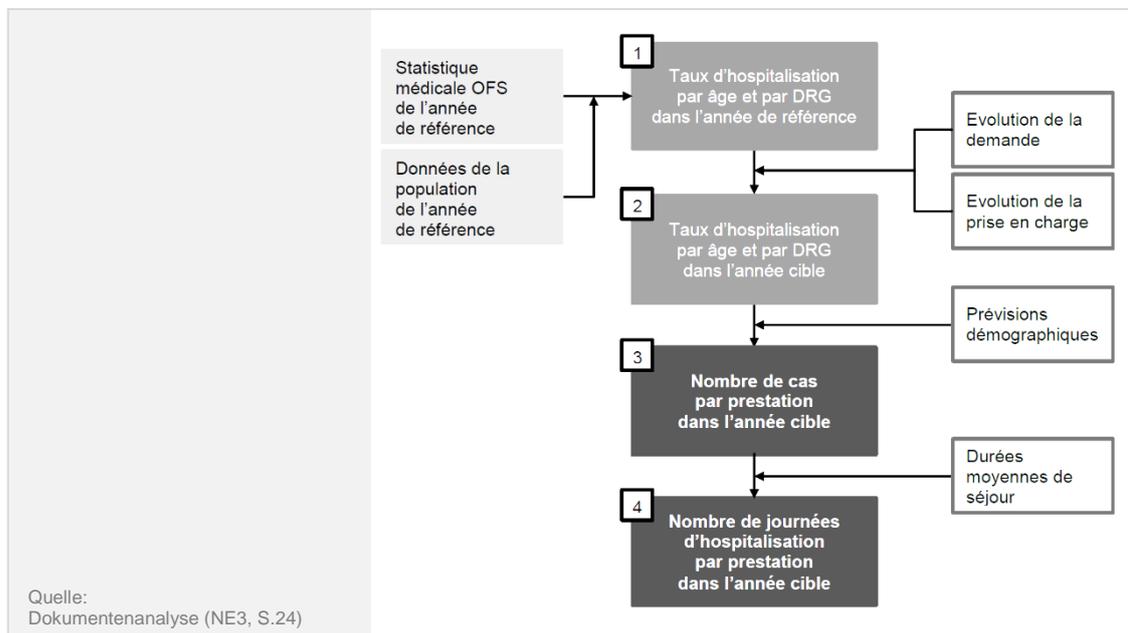
³⁷ Vgl. TG1, S.37.

³⁸ Vgl. LU1, S.45.

³⁹ Vgl. NE3, S.24.

⁴⁰ Vgl. GE1, S.35f; NE1, S.11f.

Abbildung 7: Prognosemodell gemäss Obsan/STATVD



Wie obenstehende Abbildung zeigt, erfolgt das Vorgehen entlang folgender vier Etappen:⁴¹

- 1) Berechnung der Hospitalisationsrate nach Alter und DRG (bzw. fiktiven DRG für die Rehabilitation und die Psychiatrie), indem die effektiven Fallzahlen im Referenzjahr (aus der MS des BFS) durch die Einwohnerzahl (aus der Bevölkerungsstatistik des jeweiligen Kantons) für jede Kombination von DRG und Altersklasse dividiert werden;
- 2) Die Hospitalisationsrate wird entsprechend den Hypothesen über die Entwicklung von Angebot und Nachfrage angepasst;
- 3) Die Hospitalisationsrate wird anschliessend mit der im Zieljahr erwarteten Bevölkerungszahl multipliziert, woraus die Fallzahlen pro Leistungsgruppe resultieren;
- 4) Schliesslich werden die erwarteten Fallzahlen mit der mittleren Aufenthaltsdauer multipliziert, um so die Aufenthaltsdauer pro Leistungsgruppe zu erhalten.

Ähnlich wie im Bereich der Akutsomatik stützen sich verschiedene Kantone⁴² für die Bedarfsermittlung im Versorgungsbereich der **Rehabilitation** auf das Vorgehen des Kantons Zürich, welches grundsätzlich dem Vorgehen der Bedarfsprognose im Bereich der Akutsomatik entspricht. Als Datenbasis für die Analyse der demografischen Daten dienen wiederum die Bevölkerungsstatistik und -prognose des Statistischen Amtes des jeweiligen Kantons, für die Analyse der stationären Behandlungen die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik. Die Prognose des Rehabilitationsbedarfs erfolgt leistungsgruppenspezifisch und wird wie in der Akutsomatik anhand der Patientenzahlen und Pflergetage dargestellt. Neben der Entwicklung der Einwohnerzahl wird die künftige Nachfrage nach stationären rehabilitativen Leistungen in den einzelnen Altersgruppen und Leistungsgruppen auch von der Entwicklung der Hospitalisationsrate in der stationären Rehabilitation und der mittleren Aufenthaltsdauer bestimmt, wobei wiederum folgende Faktoren die Entwicklung der Hospitalisationsrate und der Aufenthaltsdauer beeinflussen:⁴³

⁴¹ Vgl. NE3, S.25.

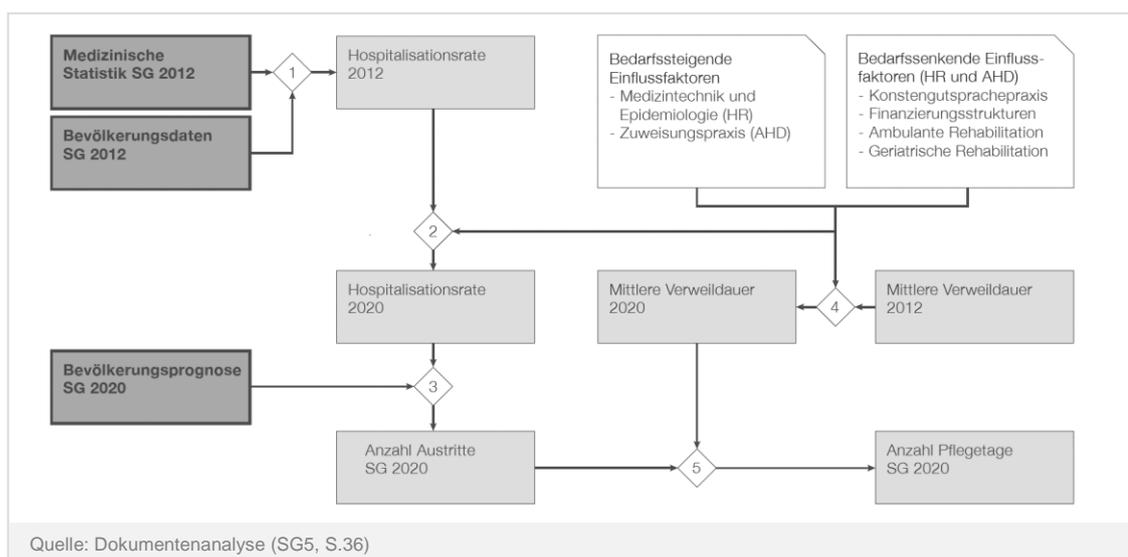
⁴² AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, SG, SH, SO, SZ, TI, VS, ZG.

⁴³ Die Berücksichtigung der bestehenden Angebote in der Rehabilitation (inkl. Akutgeriatrie) beruht auf der Annahme, dass der Aufbau spezifischer Leistungsangebote für diese Patientengruppe zu einer Veränderung der

- die medizintechnische und epidemiologische Entwicklung
- die Zuweisungspraxis der vorbehandelnden Spitäler und freipraktizierenden Ärzte
- die Kostengutsprachepraxis der Kranken- und Unfallversicherer
- die bestehenden Finanzierungsstrukturen
- das bestehende Angebot an ambulanter Rehabilitation
- das bestehende Angebot an geriatrischer Rehabilitation (inkl. Akutgeriatrie)

Das Vorgehen der Bedarfsermittlung unter Berücksichtigung der genannten Einflussfaktoren ist in untenstehender Abbildung am Beispiel des Kantons St.Gallen abgebildet:

Abbildung 8: Prognosemodell Rehabilitation gemäss GD ZH



Die Prognose wurde wiederum für drei Szenarien erstellt, wobei in der Folge meist das Hauptszenario fokussiert wurde. Einige Kantone haben gewisse Anpassungen am Zürcher Modell vorgenommen.⁴⁴

In den Kantonen Luzern und Thurgau erfolgte die Bedarfsprognose für die Rehabilitation analog derjenigen in der Akutsomatik, gestützt auf das Modell von Weaver et al. (2009).⁴⁵ Genauso gilt dies für die Kantone Genf und Neuenburg, wobei im Kanton Neuenburg fiktive DRG verwendet wurden.⁴⁶ Im Kanton Genf wurde zur Prognoseerstellung auf mittlere Bevölkerungsentwicklungsmodelle abgestützt.⁴⁷

Hospitalisationsraten in den übrigen Leistungsgruppen führen würde, was wiederum in der Prognose zu beachten wäre (vgl. auch ZH1, S.127).

⁴⁴ So wurden z.B. in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn für die Prognose der Anzahl Hospitalisationen neben der Veränderung der Hospitalisationsrate gemäss den Berechnungen der GD ZH auch die auf Expertenmeinungen basierenden Wachstumstrends der Rehabilitationskonzeption des Kantons Aargau vom 10.3.2010 beigezogen und der Mittelwert dieser beiden Prognosen verwendet (vgl. AG1, S.63, BL1, S.63.; BS1, S.63, SO1, S.59). Im Kanton Jura wurde für die Bedarfsprognose der geriatrischen und der psychosomatischen Rehabilitation nicht auf die Hypothesen des Hauptszenarios des Kantons Zürich abgestützt, sondern es werden eigene Hypothesen entwickelt (vgl. JU1, S, 37).

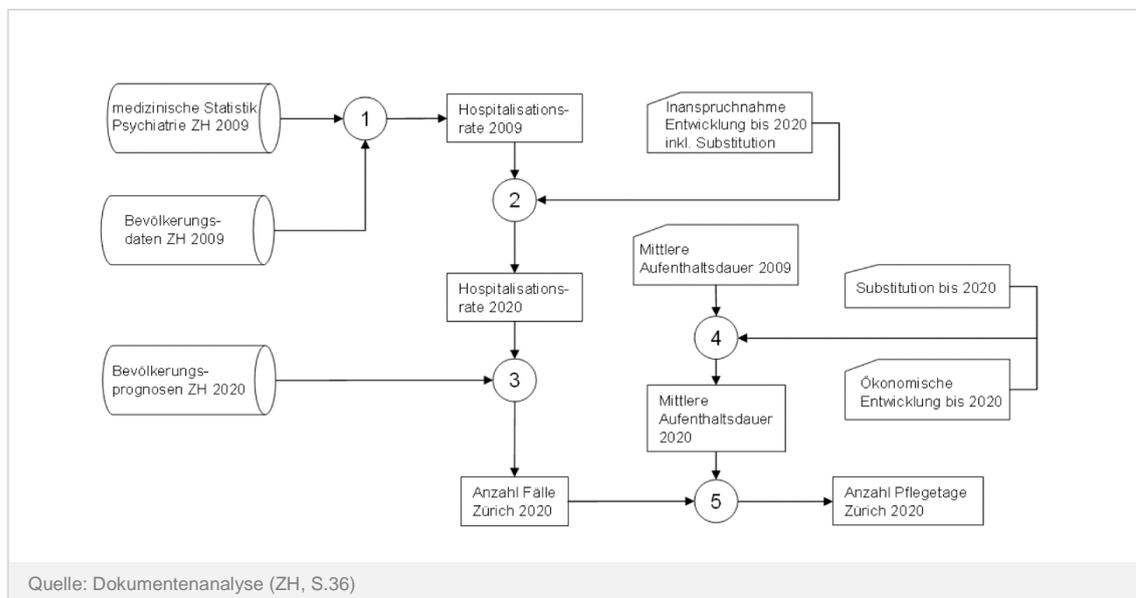
⁴⁵ Vgl. LU1, S.59, TG1, S.37. Im Kanton Thurgau wurde für die Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken zusätzlich zum kantonalen Szenario ein Szenario entwickelt, das auf der mittleren schweizerischen Aufenthaltsdauer basiert (vgl. TG1, S.31).

⁴⁶ Vgl. GE1, S.38ff; NE3, S.18.

⁴⁷ Vgl. GE1, S.38.

Auch für die Bedarfsermittlung in der **Psychiatrie** haben sich verschiedene Kantone⁴⁸ am Modell der GD ZH orientiert, wobei teilweise gewisse Anpassungen vorgenommen wurden.⁴⁹ Das Zürcher Vorgehen Psychiatrie ist demjenigen in der Akutsomatik sehr ähnlich, wie nachfolgende Abbildung zeigt.

Abbildung 9: Prognosemodell Psychiatrie gemäss GD ZH



Aus Abbildung 9 wird ersichtlich, dass als Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf neben der demografischen und ökonomischen Entwicklung sowie dem Substitutionspotential auch die Entwicklung der Inanspruchnahme einbezogen wurde. Anders als in der Akutsomatik wurden die Faktoren Epidemiologie und medizinischer Fortschritt im Prognosezeitraum als konstant angenommen. Die Prognose der Patientenzahlen und Pflegetage 2020 für den Bereich der Psychiatrie erfolgt in folgenden fünf Schritten:⁵⁰

- 1) Die Hospitalisationsraten des Jahres 2009 wurden aus den Daten der Psychiatrischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Art der psychischen Erkrankung stark unterscheiden, wurden die Hospitalisationsraten pro Hauptdiagnosegruppe berechnet. Bei vielen psychischen Erkrankungen haben zudem das Alter und das Geschlecht der Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate. Daher wurden diese weiter in drei Altersgruppen und nach Geschlecht unterteilt;
- 2) Basierend auf den Hospitalisationsraten 2009 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten Entwicklungen der Inanspruchnahme, inklusive der erwarteten Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen, prognostiziert;

⁴⁸ AG, BL, BS, FR, JU, SG, TI, VS.

⁴⁹ So wurde bspw. in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn für die Psychiatrie nur der Faktor Demografie berücksichtigt, da die Prognose der Faktoren Epidemiologie, Medizintechnik, Substitution oder mittlere Aufenthaltsdauer als zu unsicher betrachtet und zudem davon ausgegangen wurde, dass sich verschiedene Einflussfaktoren – zumindest teilweise – gegenseitig aufheben werden (vgl. BL1, S.72; BS, S.73; SO1, S.67). In den Kantonen Jura und Tessin wurden die Einflussfaktoren – bspw. die mittlere Aufenthaltsdauer – ebenfalls den kantonalen Bedingungen angepasst (vgl. JU1, S.45, TI1, S.60). Für den Kanton Freiburg wurde die Bedarfsprognose für die Psychiatrie auf der Grundlage des eigenen demografischen Szenarios und unter Berücksichtigung der Hypothesen des Zürcher Berichts über die Entwicklung der Anzahl Fälle und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zwischen 2010, 2020 und 2025 erstellt (vgl. FR1, S.61). Für das Wallis wurden die Prognosen für die Entwicklung der Anzahl Hospitalisierungen und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer für die Jahre 2010 und 2020 auf der Grundlage von den zwei demografischen Szenarien und den vom Kanton Zürich aufgestellten Hypothesen erstellt (vgl. VS1, S.24).

⁵⁰ Vgl. ZH2, S.22.

- 3) Für die Prognose der Patientenzahlen bzw. Anzahl Fälle im Jahr 2020 wurden die Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Zürich multipliziert;
- 4) Auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2009 basierend, wurden unter Berücksichtigung der erwarteten ökonomischen Entwicklungen und der potentiellen Substitution von stationären durch ambulante Leistungen die mittleren Aufenthaltsdauern bis 2020 geschätzt;
- 5) Für die Berechnung der Pflagetage bis 2020 wurden die Patientenzahlen 2020 mit den Aufenthaltsdauern 2020 multipliziert.

Der prognostizierte Bedarf an psychiatrischen Leistungen für das Jahr 2020 wird nach den Merkmalen Hauptdiagnosegruppe, Altersgruppe und Geschlecht aufgeführt.⁵¹

In den Kantonen Luzern und Thurgau erfolgte die Bedarfsprognose für die Psychiatrie analog derjenigen in der Akutsomatik und der Rehabilitation nach dem Modell von Weaver et al. (2009), wobei im Kanton Luzern das Referenz-Szenario 2013 (gemessene Aufenthaltsdauern bleiben bis ins Zieljahr 2023 konstant) verwendet wird.⁵² Da im Kanton Thurgau allerdings die Indikatoren teilweise die Referenzwerte deutlich überschritten, wurden für die Psychiatrieentwicklung anstelle von Prognosen Zielwerte des Regierungsrates normativ vorgegeben.⁵³

Der Kanton Glarus stützt sich bei der Bedarfsprognose für das Jahr 2020 im Bereich der Psychiatrie anders als in den beiden anderen Versorgungsbereichen auf das Vorgehen des Obsan. Ausgangspunkt ist eine konstante Hospitalisationsrate pro Leistungsbereich und Alterskategorie. Für die Fallzahlen 2020 werden die einzelnen Hospitalisationsraten mit der kantonalen demografischen Veränderung multipliziert, womit die Patientenzahl im Hauptszenario im Jahr 2020 bestimmt wird. Bezüglich der Aufenthaltsdauer werden folgende zwei Varianten berücksichtigt:⁵⁴

- Variante 1: Schweizer Benchmark der Mittleren Aufenthaltsdauer aller psychiatrischen Kliniken in der Schweiz;
- Variante 2: Kantonaler Benchmark der Mittleren Aufenthaltsdauer aller psychiatrischen Kliniken des eigenen Kantons (für den Kanton Glarus sind diese Zahlen kaum berücksichtigt, da die Daten der psychiatrischen Behandlungen in der Regel in den akutsomatischen Daten integriert wurden).

Zusätzlich wurden pro Variante je drei Szenarien gewählt. Während im Maximalszenario jeweils die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verwendet wird, ist dies im Minimalszenario der Median und im Hauptszenario entspricht die Aufenthaltsdauer dem Mittelwert aus den Aufenthaltsdauern des Minimal- und Maximalszenarios.

Die Kantone Uri, Schwyz und Zug haben im Rahmen des Psychiatriekordats eine gemeinsame Berechnung der Bedarfsprognose vorgenommen. Dabei wurden basierend auf dem Modell der GD ZH drei Szenarien berechnet. Für die Fallzahlen 2020 wurden die einzelnen Hospitalisationsraten mit der demografischen Veränderung im Konkordat multipliziert. Es wurden folgende Annahmen getroffen:⁵⁵

- Szenario 1: Die Hospitalisationsrate (HR) und Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) bleiben auf heutigem Niveau bei wachsender Bevölkerung: MAHD: 49.1 / HR: 47.5;
- Szenario 2: Die MAHD sinkt auf das heutige Schweizer Niveau, die HR steigt auf das heutige Schweizer Niveau bei wachsender Bevölkerung: MAHD: 35 / HR: 78.6;
- Szenario 3: Die MAHD sinkt auf 45 und die HR steigt auf den Mittelwert der Szenarien 1 und 2: MAHD: 45 / HR: 63.

⁵¹ Vgl. ZH2, S.47ff.

⁵² Vgl. LU1, S.73.

⁵³ Vgl. TG1, S.37.

⁵⁴ Vgl. GL1, S.33.

⁵⁵ Vgl. UR/SZ/ZG1, S.30.

In verschiedenen Kantonen erfolgte zusätzlich eine gesonderte Bedarfsanalyse spezifischer Versorgungsbereiche. So etwa für die Pädiatrie (z.B. Kantone AG, BL, BS, GL, SO), die Akutgeriatrie (z.B. Kantone AG, BL, BS, GL, SO, SZ), die Palliativpflege (z.B. Kantone BE, FR, JU, SZ, VS), die Bereiche Geburten bzw. Neugeborene (z.B. Kantone GL, SG), Langlieger und forensische Psychiatrie (z.B. Kanton ZH) sowie die Notfallversorgung und das Rettungswesen (z.B. Kanton Bern).

2.3.3 Einbezug privater Trägerschaften

Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG fordert explizit, dass in die Versorgungsplanung private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. Diese Bestimmung existierte bereits vor der Revision, ist für die Evaluation aber trotzdem von Bedeutung und zwar vor dem Hintergrund, dass mit der KVG-Revision die Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern aufgehoben und gleichzeitig die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern eingeführt wurde. Es stellt sich dabei die Frage, inwiefern private Trägerschaften auf den kantonalen Spitallisten berücksichtigt wurden und somit als Listenspitäler über die anteilmässige Kostenübernahme durch den Wohnkanton des Patienten finanziert werden.

In der vorliegenden Bestandesaufnahme wurde hinsichtlich des Einbezugs privater Trägerschaften einerseits der Auswahlprozess, sowie andererseits die Berücksichtigung privater Trägerschaften auf den kantonalen Spitallisten untersucht.

Hinsichtlich eines gleichberechtigten Einbezugs privater Trägerschaften kommt dem Verfahren des Leistungseinkaufs eine wichtige Bedeutung zu. Davon ausgehend, dass ein öffentliches Ausschreibungsverfahren den gleichberechtigten Einbezug sowohl privater Trägerschaften als auch ausserkantonaler Spitäler begünstigt,⁵⁶ wurden in einem ersten Schritt die kantonalen Planungsdokumente dahingehend analysiert. Basierend auf den zur Verfügung stehenden Dokumenten erfolgte der Leistungseinkauf für die Akutsomatik und die Rehabilitation in 13 Kantonen anhand eines Ausschreibungsverfahrens, für die Psychiatrie ist dies in neun Kantonen der Fall.⁵⁷ Wiederrum orientierten sich verschiedene Kantone am Vorgehen und den Unterlagen des Kantons Zürich.⁵⁸ Im Rahmen dieses Bewerbungsverfahrens wurde allen an einem Listenplatz interessierten Spitälern die Gelegenheit eingeräumt, sich für ein Leistungsspektrum zu bewerben. Im Strukturbericht des Kantons Zürich⁵⁹ wird festgehalten, dass sich dem Gleichbehandlungsgebot folgend jeder Standort eines Leistungserbringers separat bewerben muss, und dies unabhängig allfälliger Kooperationen, Verbundzugehörigkeiten oder anderweitiger vertraglicher Verpflichtungen. Mit diesem Vorgehen werden allen interessierten Leistungserbringern – so auch denjenigen mit privater Trägerschaft – dieselben Chancen eingeräumt und den Prinzipien Transparenz, Gleichbehandlung und Wettbewerb Rechnung getragen.⁶⁰ Teilweise wurden neben der Ausschreibung des Bewerbungsverfahrens bisherige Listenspitäler explizit eingeladen, ihre Bewerbung einzureichen.⁶¹

Zwar erscheint es plausibel, dass ein öffentliches Ausschreibungsverfahren für einen gleichberechtigten Einbezug privater Trägerschaften begünstigend wirkt, das Fehlen eines Ausschreibungsverfahrens ist aber kein hinreichender Hinweis für einen mangelnden Einbezug privater Trägerschaften. Wie bereits eingangs erwähnt, brachte die KVG-Revision die Aufhebung der Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern mit sich, wobei gleichzeitig eine neue Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern etabliert wurde. Als Vertragsspitäler im Sinne von Art. 49a KVG kommen Spitäler in Frage, die nicht auf der Spitalliste des Standortkantons figurieren und somit keine anteilmässige Kostenübernahme durch den Wohnkanton des Patienten erfolgt. Mit diesen Spitälern können die Versicherer Verträge gemäss Art. 49a Abs. 4 KVG betreffend die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Vertragsspitäler, die anhand der Dokumentenanalyse, den ergänzenden Interviews

⁵⁶ Vgl. Polynomics (2013, S.18).

⁵⁷ Akutsomatik und Rehabilitation: AG, AR, BE, FR, GL, JU, NE, SG, SZ, TI, VD, VS, ZH; Psychiatrie: AG, BE, FR, GL, JU, NE, VD, VS, ZH.

⁵⁸ Vgl. z.B. AR2, S.23.

⁵⁹ ZH1, S.85.

⁶⁰ Vgl. FR1, S.32; ZH1, S.85.

⁶¹ Vgl. z.B. GL1, S.30f.; SZ2, S.9.

sowie einer Internetrecherche eruiert werden konnten. Es wird deutlich, dass schweizweit kaum Leistungserbringer existieren, die ausschliesslich als Vertragsspitaler im Sinne von Art. 49a KVG tätig sind. Daraus lässt sich mit relativ grosser Sicherheit schliessen, dass die überwiegende Mehrheit der Leistungserbringer mit privater Trägerschaft auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt ist. Eine abschliessende Beurteilung der *Angemessenheit* des Einbezugs, kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden.⁶²

Tabelle 4: Vertragsspitaler gemäss Art. 49a KVG

Kanton	Spital / Klinik	Versorgungsbereich
ZH	Klinik Pyramide am See	Akut
ZH	Privatklinik Bethanien	Akut
ZH	Privatklinik Hohenegg AG	Psychiatrie
ZH	Privatklinik Lindberg	Akut
VD	Clinique Montchoisi	Akut
VD	Clinique La Longeraie	Akut
VD	Clinique Bois-Bougy	Reha
VD	Clinique Genolier, site de Genolier	Akut
VD	Clinique Genolier, site de Valmont	Reha
VD	Clinique La Prairie	Akut
VD	Clinique Bon-port Biotonus	Akut
VD	Clinique MV SANTE Beaumont SA	Akut

Quelle: Dokumentenanalyse, Internetrecherche und Interviews (Stand 01.01.2016)

In einem erst kürzlich publizierten Gutachten geht Rüttsche (2016) mitunter der Frage nach, inwiefern der Begriff des Vertragsspitals im KVG institutionenbezogen oder leistungsbezogen aufzufassen ist. Die vorangehenden Ausführungen gingen dabei jeweils von einer institutionenbezogenen Definition aus. Im Kern geht es um die Frage, ob Spitaler gleichzeitig Listen- und Vertragsspitaler sein können, d.h. ob Listenspitaler Leistungen ausserhalb des Spektrums, mit welchem sie auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind, im Sinne eines Vertragsspital anbieten können. Ein leistungsbezogenes Verständnis des Vertragsspitals würde im Gegensatz zu einem institutionenbezogenen beinhalten, dass Listenspitaler für Leistungsgruppen, in welchen sie gemäss der kantonalen Spitalliste über keinen Leistungsauftrag verfügen, Verträge mit Krankenversicherern über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen können.⁶³ Aus den Planungsdokumenten der Kantone geht in der Regel nicht explizit hervor, wie sie mit dieser Frage umgehen. Einzig auf der Spitalliste des Kantons Waadt sind explizit Spitaler aufgeführt, die lediglich mit einem Teil ihres Leistungsangebots auf der Spitalliste aufgeführt sind. Die Auslegung des Begriffs Vertragsspital in der kantonalen Planung ist von Bedeutsamkeit, weil dadurch die Rahmenbedingungen für die Listenspitaler massgeblich beeinflusst werden.⁶⁴

2.3.4 Interkantonale Koordination

Gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV sind die Kantone verpflichtet, ihre Planung zu koordinieren. Es sind insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auszuwerten und diese mit den betroffenen Kantonen auszutauschen sowie geeignete Planungsmassnahmen mit den betroffenen Kantonen zu koordinieren. In verschiedenen Fällen reicht die Zusammenarbeit der Kantone über die reine Koordination bzw. den Austausch der Informationen

⁶² Als Hinweis, inwiefern die Berücksichtigung privater Trägerschaften durch die Kantone angemessen erfolgte, könnte wohl am ehesten anhand der Entscheide des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts in konkreten Konfliktsituationen zwischen Kantonen und Spitalern mit privaten Trägerschaften abgeleitet werden. Auf eine Analyse dieser Entscheide wurde im Rahmen der Bestandesaufnahme verzichtet. Eine Übersicht der relevanten Entscheide ist auf der Seite der GDK abrufbar unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=972&L=0> [Zugriff am 6.3.2016].

⁶³ Rüttsche (2016, S.55ff.) kommt dabei mit Bezug auf historische, teleologische und systematische Argumenten zum Schluss, dass unter Vertragsspitalern – über den Wortlaut von Art. 49a Abs. 4 KVG hinaus – auch Spitaler zu verstehen sind, die auf einer Spitalliste aufgeführt sind, jedoch ausserhalb ihrer Leistungsaufträge mit Krankenversicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen. Für eine detaillierte Diskussion der Argumente und deren Implikationen sei auf die erwähnte Publikation verwiesen.

⁶⁴ Vgl. „Etablissements vaudois avec participation financière de l'Etat, inscrits sur la liste LAMal vaudoise pour une part de leurs missions médicales“ auf der Spitalliste des Kantons Waadt, www.vd.ch/themes/sante/organisation/hopitaux-et-cliniques/liste-lamal/ (Zugriff : 20.3.2016).

betreffend die interkantonalen Patientenströme hinaus. Infolgedessen sind nachfolgend die zentralen Kooperationen zwischen den Kantonen dargestellt.

Oft sind die Massnahmen zur interkantonalen Kooperation in den gesichteten Planungsdokumenten in separaten Kapiteln ausgewiesen. Weitere Hinweise liefern auch gemeinsame Planungsdokumente, wie bspw. im Fall der Kantone der Nordwestschweiz (AG, BL, BS, SO). Die nachfolgende Zusammenstellung interkantonomer Kooperationen stützt sich einerseits auf die Studie von Huber (2015, S.67) und andererseits auf die Resultate aus der Dokumentenanalyse (ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Neben den genannten Kooperationsformen geben verschiedenen Kantone an, sich bei der Erarbeitung der Spitalplanung auf die Vorarbeiten anderer Kantone abzustützen.

Tabelle 5: Formen der interkantonalen Kooperation

Kantone / Region	Art der Kooperation	Quelle
Alle Kantone	Berücksichtigung der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung von 2009 (wobei nicht alle Kantone allen Empfehlungen folgen)	
Alle Kantone (Vereinbarungskantone)	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), gültig seit 2009	
Alle Kantone (ausser GE und OW)	Spätestens ab 2015 Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts zur Gruppierung der akutsomatischen Leistungen und zur Formulierung von leistungsspezifischen Anforderungen (mit Abweichungen in Einzelfällen)	
GDK und regionale Konferenzen	Austausch über inhaltliches und methodisches Vorgehen bei der Spitalplanung in verschiedenen Gremien (z.B. GDK-Kommission Vollzug KVG, GDK-Arbeitsgruppe Spitalplanung, Commission hôpitaux du GRSP, Arbeitsgruppe der GDK-Ost)	z.B. AG1, S.16, AR1, S.10, GL1, S.13, SG4, S.13, SZ1, S.4, TG1, S.73f.
GDK-Ost (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 <ul style="list-style-type: none"> - Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonomer Hospitalisationen - Koordination der Spitalisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonomer Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt - Weitere Regelungen 	Huber (2015)
Nordwestschweiz (AG, BS, BL, SO)	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung - Gemeinsamer Kriterienkatalog für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste - Gemeinsames Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz 	z.B. AG1, S16
AI, AR	- Zusammenarbeit in der Psychiatrieversorgung	AR3
FR, VD	Interkantonales Spital Hôpital Intercantonal de la Broye mit Standorten in Estavayer-le-Lac (FR) und Payerne (VD)	
VD, VS	<ul style="list-style-type: none"> - Interkantonales Spital Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais mit neuem Standort in Rennaz - Zusammenarbeit zwischen dem CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) und der Klinik SUVA in Sion 	VD1, S.3, S.8
BL, BS	<ul style="list-style-type: none"> - Absicht für die Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe (Universitätsspital Basel und Kantonsspital Baselland) - Gemeinsamer Bericht betreffend Prüfung einer vertieften Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den drei Ebenen Versorgung, Aufsicht / Regulation sowie Beteiligungen vom 23.06.2015. - Volle Freizügigkeit betreffend die Spitäler auf den Spitalisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie der beiden Kantone per 1.1.2014 	
FR, ZH FR, VS	Unterstützungsvereinbarung GD ZH und GesA (Amt für Gesundheit des Kantons Freiburg) <ul style="list-style-type: none"> - Ordnung der Freiburger Daten nach dem Modell der SPLG - Bereitstellung zu Gunsten des GesA der Referenztabelle für die Berechnung der Leistungsgruppenentwicklung in den drei Versorgungsbereichen Zusammenarbeitsmandat GesA und WGO (Walliser Gesundheitsobservatorium) für die Supervision dieser Arbeiten	FR2, S.12
AG, BL, LU	Freizügigkeitsabkommen zwischen den Kantonsspitalern Bruderholz, Liestal und dem kantonalen Spital Sursee-Wolhusen	AG1, S.19
LU, AG LU, NW	Kooperation zwischen Lups (Luzerner Psychiatrie) und... <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG) 	LU1, S.61, 65, 76

Kantone / Region	Art der Kooperation	Quelle
LU, OW LU, VD LU, BE	<ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung- und Strafgefängnis Stans - Nische (Wohn- und Arbeitsraum, Zofingen) - Kanton Aargau (Spitalliste) - Kanton Nidwalden (Spitalliste) - AZB (Arbeitszentrum für Behinderte, Strengelbach) - Borna (Arbeits- und Wohngemeinschaft, Rothrist) Projekt LUNIS (Spitalregion Luzern/Nidwalden) Geplantes Projekt Lups-ON (Obwalden-Nidwalden) Geplante Zusammenarbeit mit der Spitalregion Oberraargau Etablierung einer Partnerschaft mit der Institution de Lavigny (VD)	
AI, AR, SG, TG	Rundtischgespräche des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen	TG1, S.74, SG3, S.18
UR, SZ, ZG	Psychiatriekonkordat Uri, Schwyz, Zug <ul style="list-style-type: none"> - Versorgungsbericht (Beschreibung des Ist-Zustandes) durch eine interne Projektgruppe unter Beizug einer Expertengruppe der massgebenden Leistungserbringer - Strukturbericht (Stärken/Schwächen, Lösungsvorschläge) durch zwei externe Experten - Vorlage für eine koordinierte Spitalliste Psychiatrie durch eine Delegation der Konkordatskantone 	UR/SZ/ZG1, UR/SZ/ZG2
SG, AR	Gespräche zwischen dem Psychiatrieverbund Nord und dem Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden bzgl. einer vertieften Zusammenarbeit im Bereich der psychiatrischen Angebote für die Bevölkerungen beider Kantone	SG3, S.18
ZH und Nachbar-kantone	Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme.	ZH2, S.28

Quellen: Dokumentenanalyse, Huber (2015, S.67)

Es wird deutlich, dass die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung in unterschiedlicher Form erfolgt. Sie reicht von Absprachen und Austausch (insbesondere über Gefässe der GDK), gemeinsamer Bedarfsplanung (vgl. als Beispiel dafür die Versorgungsberichte der Nordwestschweizer Kantone) und der Anwendung von gemeinsamen Empfehlungen (vgl. GDK-Ost) über formelle Verpflichtungen wie die interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) bis hin zur Schaffung überkantonaler Versorgungsregionen (vgl. dazu die vollständige Freizügigkeit betreffend die Spitäler auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft).⁶⁵ Die Herausforderungen bzw. die Grenzen der bestehenden Zusammenarbeit und der Koordination zwischen den Kantonen wird anhand der aktuellen Bundesgerichtsentscheide im Zusammenhang mit den Beschwerden des Kantons Zürich betreffend die Versorgungsplanungen der Kantone Graubünden⁶⁶ und Thurgau⁶⁷ im Bereich der Psychiatrie. In beiden Fällen wurden die Beschwerden aufgrund der mangelnden interkantonalen Koordination in Bezug auf geplante Bettenkapazitäten gutgeheissen.

2.3.5 Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien

In Artikel 58b Absatz 4 und 5 KVV ist vorgesehen, bei der Beurteilung der Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots insbesondere die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags zu berücksichtigen. Bei der Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität sind besonders die Effizienz der Leistungserbringung, der Qualitätsnachweis sowie im Spitalbereich Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten. In den meisten Kantonen, in denen Informationen zur Umsetzung der vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien zugänglich sind, wird in allen drei Versorgungsbereichen zwischen generellen und leistungsspezifischen Evaluationskriterien⁶⁸ unterschieden. Ers-

⁶⁵ Vgl. auch Huber (2015, S.67).

⁶⁶ Vgl. BVGer C-6266/2013, Kanton Zürich gegen Clinica Holistica Engiadina SA; Regierung des Kantons Graubünden. Link: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=972>.

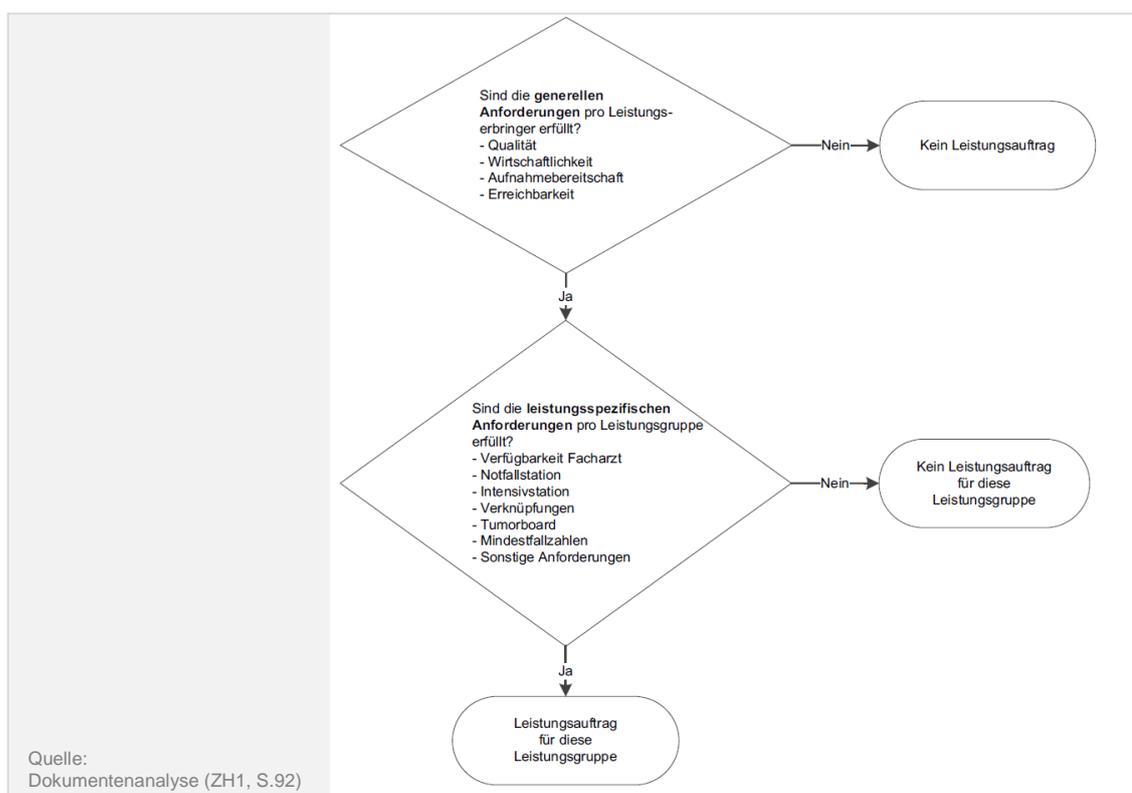
⁶⁷ Vgl. BVGer C-1966/2014, Kanton Zürich gegen Klinik Aadorf AG; Regierung des Kantons Thurgau. Link: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=972>.

⁶⁸ Der Begriff Evaluationskriterien ist im Kontext der Bewerbungsverfahren zu verstehen, im Rahmen derer diese Kriterien als Grundlage für die Bewertung der Bewerbungen herangezogen werden.

tere bezeichnen Kriterien, welche von allen Listenspitälern unabhängig von ihrem Leistungsspektrum erfüllt werden müssen. Die leistungsspezifischen (Qualitäts-)Anforderungen⁶⁹, beschreiben spezifische Kriterien, die für die Vergabe von Leistungsaufträgen in einzelnen Leistungsgruppen massgeblich sind.

Für die Überprüfung der genannten Evaluationskriterien im Rahmen der Auswahl eines Leistungserbringers für die Spitalliste verweisen verschiedenen Kantone auf ein mehrstufiges Verfahren. Zur Illustration soll für jeden Versorgungsbereich ein Beispiel des Evaluationsverfahrens aufgeführt werden. Im Kanton Zürich wird für die Akutsomatik zunächst die Erfüllung der generellen Anforderungen geprüft. Bewerber, welche diese Kriterien nicht erfüllen, scheidern aus dem Evaluationsverfahren aus. Diejenigen, welche die generellen Anforderungen erfüllen, werden in einem zweiten Schritt hinsichtlich der leistungsspezifischen Anforderungen derjenigen Leistungsgruppen geprüft, für welche sie sich beworben haben. Untenstehende Abbildung illustriert dieses Vorgehen für den Bereich der Akutsomatik.

Abbildung 10: Evaluationsverfahren Akutsomatik am Beispiel des Kantons Zürich

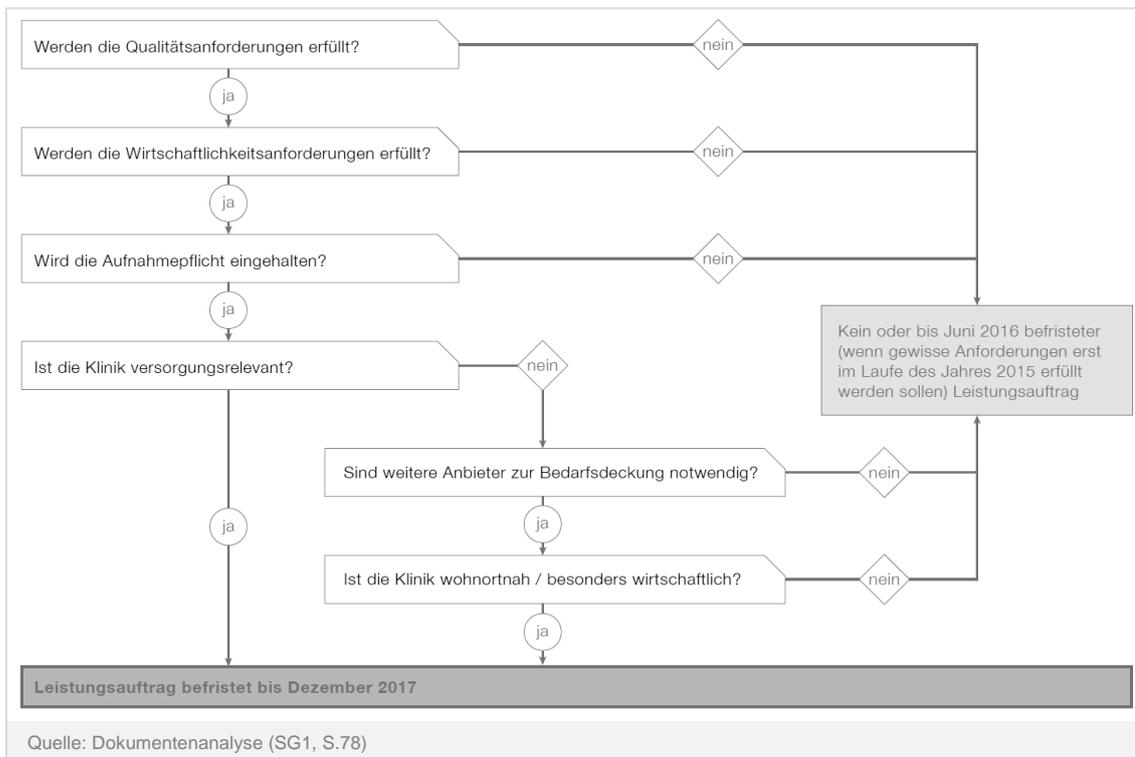


Als Beispiel für das Evaluationsverfahren im Bereich der Rehabilitation sei auf untenstehende Abbildung des Kantons St.Gallen verwiesen.⁷⁰ Auch hier erfolgt die Auswahl aufgrund der Prüfung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen sowie der Einhaltung der Aufnahmepflicht und der Versorgungsrelevanz.

⁶⁹ Während in der Akutsomatik in der Regel von leistungsspezifischen Anforderungen gesprochen wird, ist in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie sowohl von leistungsspezifischen Anforderungen als auch von leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen die Rede.

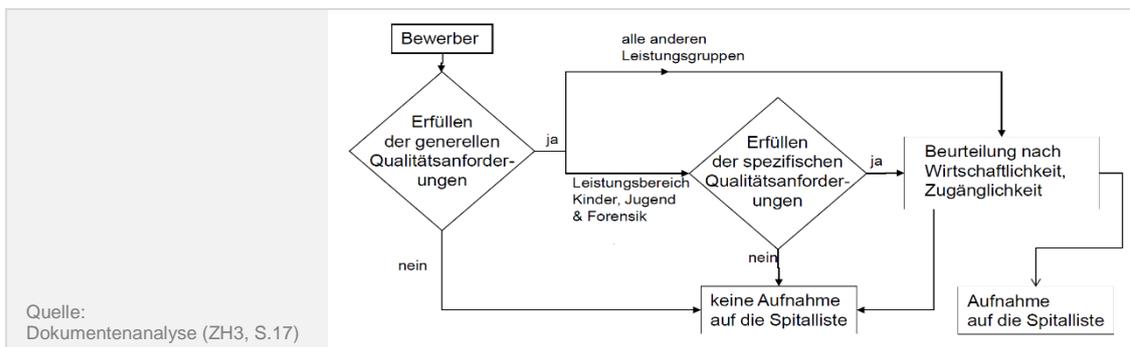
⁷⁰ Vgl. SG2, S.38.

Abbildung 11: Evaluationsverfahren Rehabilitation am Beispiel des Kantons St.Gallen



Auch im Bereich der Psychiatrie wird verschiedentlich auf ein mehrstufiges Auswahlverfahren für die Aufnahme auf die Spitalliste hingewiesen. Im Beispiel des Kantons Zürich ist dies ein zwei- bzw. dreistufiges Verfahren. Wie nachfolgende Abbildung illustriert, wird in einem ersten Schritt geprüft, ob die Bewerber die generellen Qualitätsanforderungen für die Aufnahme auf die Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie erfüllen. Für die Leistungsbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Forensische Psychiatrie wird zusätzlich untersucht, ob auch die spezifischen Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Im letzten Schritt werden die verbleibenden Bewerber nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit beurteilt und verglichen.

Abbildung 12: Evaluationsverfahren Psychiatrie am Beispiel des Kantons Zürich



Nachfolgend werden verschiedene Ansätze der Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien, welche sich in den kantonalen Planungsdokumenten explizit wiedergegeben finden, dargestellt. Dabei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, zumal die konkrete Anwendung genannter Kriterien aus den verfügbaren Planungsdokumenten⁷¹ nicht stets nachvollziehbar ist, was im Folgenden auch die Nennung von Beispielen beeinflusst. Gleichwohl sollen die dargestellten

⁷¹ Die vollständige Liste der gesichteten Planungsdokumente ist im Anhang 8.2 aufgeführt.

Beispiele ein grundsätzliches Verständnis betreffend die konkrete Anwendung der bundesrätlichen Planungskriterien in den Kantonen vermitteln und gegebenenfalls als Grundlage für eine strukturierte Erhebung im Rahmen der Hauptstudie dienen.

2.3.5.1 Wirtschaftlichkeit

Die kantonale Spitalplanung muss unter anderem die Wirtschaftlichkeit der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen berücksichtigen. Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV verpflichtet die Kantone, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten.

In der *Akutsomatik* wird zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in mehreren Kantonen⁷² ein Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten unter Berücksichtigung des DRG-Casemix vorgenommen. Als Grundlage für den Kostenvergleich dienen dabei Daten aus der analytischen Buchhaltung (KTR⁷³, ITAR-K⁷⁴ oder andere anerkannte Modelle). Um eine optimale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden Kosten, die bei KVG-relevanten stationären Leistungen nicht anrechenbar sind, die separat vergütet werden oder die zu Verzerrungen führen würden, abgezogen.⁷⁵ Die verbleibenden Kosten werden durch die schweregradgewichtete Anzahl stationärer Fälle dividiert. Damit können für jedes Spital die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten berechnet werden. Neben dem Fallkostenvergleich werden zudem die Unterlagen geprüft, welche die Anbieter für den Nachweis der Erfüllung der Wirtschaftlichkeitsanforderungen eingereicht haben.⁷⁶

Im Kanton Thurgau wird darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Spitals nur integral für alle Standorte und Leistungsverträge erfolgen kann. Als Basis dienen auch hier die eingereichten Kostenträgerrechnungen und die gültigen Tarifverträge. Ein Vergleich zwischen den Leistungserbringern ist aufgrund der teilweise sehr spezialisierten Leistungsspektren zudem nur beschränkt möglich. Zur groben Einschätzung wird dennoch teilweise ein Vergleich mit vergleichbaren ausserkantonalen Kliniken in den Kantonen Zürich und St.Gallen vorgenommen.⁷⁷ In den Kantonen Freiburg und Wallis wird als zusätzlicher Indikator für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Vergleich der Fallkostenentwicklung über mehrere Jahre analysiert. Dazu mussten die Anbieter eine Darstellung der Entwicklung ihrer Kosten (Kosten pro KVG-Fall) in den vergangenen fünf Jahren und der entsprechenden Prognosen für die kommenden fünf Jahre, d.h. insgesamt von 2009 bis 2018 (FR) bzw. von 2008 bis 2017 (VS) einreichen. Da bei Neubewerbern, die bisher keine bzw. wenige stationäre Patienten behandelten, kein Fallkostenvergleich vorgenommen werden konnte, hatten diese im Kanton Zürich einen Businessplan vorzulegen.

⁷² Kantone AR, FR, GL, VS, ZH. Im Planungsdokument des Kantons Jura wird ein Vergleich der durchschnittlichen Fallkosten vorgenommen, ob eine Bereinigung der Fallkosten aufgrund des Schweregrades vorgenommen wird, ist nicht ersichtlich.

⁷³ Die Kostenträgerrechnung KTR muss im Kanton Zürich zum einen fallbezogen und mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser verknüpft sein, zum anderen muss sie die folgenden acht Kostenarten unterscheiden: Kosten Arztdienst, Arzthonorare, Pflegekosten, Sachkosten, Hotellerie, medizintechnische Leistungen, Administration und sonstige Kosten sowie Anlagenutzungskosten (vgl. ZH1, S.73).

⁷⁴ ITAR-K steht für Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung. Damit lassen sich die tarifrelevanten Betriebskosten national einheitlich, gesetzeskonform und nachvollziehbar herleiten (vgl. http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/itar_k/ (16.03.2016).

⁷⁵ Dazu gehören etwa die Anlagenutzungskosten; die Kosten der Leistungen an Dritte und der ambulanten Leistungen; die Kosten der zusätzlichen Vergütungen (Dialysen, Koagulationsfaktoren usw.); die Kosten der Notfallstation; die Kosten der universitären Lehre und Forschung; die Honorare der Ärzte in der Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung); die Kosten für die Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung).

⁷⁶ Es sind dies: Genügende Garantien für die Beständigkeit und die Bonität liefern; die vom Kanton anerkannten Buchhaltungsprinzipien einhalten; dem Amt für Gesundheit jährlich Bericht über die eigene finanzielle Situation erstatten; jährlich die Wirtschaftlichkeit der eigenen Leistungen nachweisen; jährlich das Investitionsbudget liefern; eine gute Codierqualität bieten und innert einer Frist abrechnen, die ein Umlaufvermögen gewährleistet; Bericht über die Entwicklung der eigenen KVG-Leistungskosten in den letzten 5 Jahren und über die diesbezüglichen Prognosen für die kommenden 5 Jahre erstatten; die Vorschriften über das öffentliche Beschaffungswesen für die Vergabe von Liefer-, Dienstleistungs- und Bauaufträgen einhalten.

⁷⁷ Vgl. TG1, S.92f.

Neben dem Fallkostenvergleich, der Prüfung der eingereichten Unterlagen und dem Vergleich der Fallkostenentwicklung wird von einigen Kantonen⁷⁸ zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit auch die von den Krankenversicherern mit den Spitälern ausgehandelten Tarife bzw. die aktuell gültigen Tarifverträge berücksichtigt. Im Kanton St.Gallen wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass man sich eine Wirtschaftlichkeitsbeurteilung aufgrund eines schweregradbereinigten Kostenvergleichs wünschen würde (auf Basis Daten SwissDRG), da diese Kostendaten jedoch noch nicht umfassend vorliegen, wird als Behelfsmodell ein Preisvergleich mit den Baserates der Spitäler vorgenommen.

Hinsichtlich der Einstufung eines Spitals als unwirtschaftlich orientieren sich verschiedene Kantone am Vorgehen des Kantons Zürich, welcher ein Spital nur dann als unwirtschaftlich bewertet, wenn seine Kosten pro gewichteter Fall deutlich über den Durchschnittskosten aller ausgewerteten Spitäler liegen, d.h. über einer Sicherheitsmarge von 15%. Vereinzelt wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass noch kein endgültiger Entscheid zur Wirtschaftlichkeit gefällt werden konnte, da die Tarifgenehmigungs- und -festlegungsverfahren oder auch die Genehmigungsverfahren für die Baserates⁷⁹ zum jeweiligen Zeitpunkt noch nicht für alle Listenspitäler abgeschlossen waren.

80

In der **Rehabilitation** steht bis zur Einführung eines einheitlichen Tarifsystems (die Einführung von ST Reha ist für 2018 geplant) kein Indikator wie der DRG-Casemix zur Verfügung, der einen schweregradbereinigte Kostenvergleich ermöglichen würde. Daher wird bspw. in den Kantonen Appenzell Ausserrhoden und Zürich ein leistungsgruppenspezifischer Kostenvergleich vorgenommen. Als Datengrundlage dienen die Gesamtkosten und die leistungsgruppenspezifischen Kosten der Jahre 2008 und 2009 (ZH) bzw. 2009 und 2010 (AR).⁸¹ In den Kantonen Freiburg und Wallis werden neben der Prüfung eingereicherter Unterlagen⁸² einerseits die Pfl egetageskosten, andererseits die Entwicklung der Pfl egetageskosten über mehrere Jahre verglichen. Als Basis dienen die Kostenträgerrechnungen (ITAR-K oder andere anerkannte Modelle) sowie die Kostenentwicklung (Tageskosten KVG) der vergangenen und kommenden fünf Jahre, d.h. von 2009 bis 2018 (FR) bzw. von 2008 bis 2017 (VS).⁸³ Im Planungsdokument des Kantons Wallis wird explizit hervorgehoben, dass die gewichteten Fallkosten nicht den verrechneten Tarifen einer

⁷⁸ Kantone AI, LU, SZ, TG, TI. Im Kanton Neuenburg wurden Informationen betreffend die Tarife eingeholt, ob dann ein Tarifvergleich vorgenommen wurde, ist nicht direkt ersichtlich. Die Kantone Appenzell Innerrhoden und Uri führen Tarife (gemäss tarifsuisse) auf, für die Auswahl der ausserkantonalen Listenspitäler werden diese jedoch nicht in die Beurteilung einbezogen (AI2, S.19ff; UR1; S.22ff.).

⁷⁹ Baserate/Basispreis: Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, wird berechnet, indem das Kostengewicht der DRG, welcher der betreffende Fall zugeteilt ist, mit dem Basispreis (Baserate) multipliziert wird. Die Baserate bezeichnet den Betrag, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1,0 beträgt. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt (vgl. www.swissdr.org, 27.01.16).

⁸⁰ Zwar bezieht sich die vorliegende Bestandesaufnahme vornehmlich auf die kantonalen Planungsdokumente, es sei in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit jedoch gleichwohl auf zwei BVG-Urteile verwiesen (BVGer C-5647/2011, BVGer C-6088/2011). Darin hielt das Bundesverwaltungsgericht einerseits fest, dass die im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung entwickelten bzw. zu entwickelnden Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch im Rahmen der Erstellung von Spitallisten unter neuem Recht zu berücksichtigen sind. Dabei sind die Kantone verpflichtet, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, welche zwingend durch Betriebsvergleiche vorgenommen werden muss. Ausserdem hat das Bundesverwaltungsgericht spezifiziert, dass Tarifvergleiche als Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung zulässig sind, wenn Kosten einander gegenübergestellt werden, die auf vergleichbaren Leistungen entfallen. In einem ersten Schritt sind die Leistungen eines Spitals und die darauf entfallenden Kosten zu bestimmen. In einem zweiten Schritt sind diese den Leistungen und Kosten eines oder mehrerer anderer Spitäler (Referenzspitäler) gegenüberzustellen (Benchmark). Das zu beurteilende Spital und die Referenzspitäler müssen über dieselben rechnerischen Grundlagen in Form von Kostenrechnungen verfügen. Zudem müssen die Leistungen anhand wesentlicher Kriterien, d.h. je nach Art der Leistung nach Versorgungsstufe, Leistungsangebot, Fallzahlen, Schweregrad der Fälle, etc. vergleichbar sein.

⁸¹ Abgezogen werden die Anlagenutzungskosten, die Kosten für ambulante Leistungen, die Kosten für übrige in der Klinik behandelte stationäre Patienten (Akutsomatik, Langzeitpflege) sowie sonstige Kosten (betriebsfremder Aufwand wie Cafeteria, Kinderkrippe etc.).

⁸² Vgl. Fussnote 76.

⁸³ Abgezogen wurden die Anlagenutzungskosten; die Kosten der Leistungen an Dritte und der ambulanten Leistungen; die Kosten der zusätzlichen Vergütungen (Dialysen, Koagulationsfaktoren usw.); die Kosten der universitären Lehre und Forschung; die Honorare der Ärzte in der Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung); die Kosten für die Halbprivat- und Privatabteilung (Zusatzversicherung).

Hospitalisierung entsprechen. Die Tarife seien Inhalt von Verhandlungen zwischen den Versicherern und den Spitälern und die Entwicklung der Wirtschaftlichkeit werde nicht von Tarifen, sondern von den Kosten getragen. Dennoch wird wie in der Akutsomatik auch in der Rehabilitation teilweise ein grober Tarifvergleiche vorgenommen, wobei auch hier verschiedentlich darauf hingewiesen wird, dass die Tarife noch nicht für alle Kliniken definitiv ausgehandelt wurden, weshalb noch keine abschliessenden Aussagen zur Wirtschaftlichkeit gemacht werden konnten.

Ein Vergleich der Wirtschaftlichkeit zwischen den Leistungserbringern in der Rehabilitation wurde teilweise dadurch erschwert, dass die Datenbasis der Kliniken äusserst unterschiedlich ist oder verschiedene Anbieter die Fallkosten nicht separat für die rehabilitativen Leistungsgruppen ausweisen konnten. In einigen Kantonen⁸⁴ wird ausserdem darauf hingewiesen, dass ein Wirtschaftlichkeitsvergleich aufgrund der Monopolstellung eines Leistungserbringers oder fehlender Konkurrenz nicht möglich bzw. nicht sinnvoll ist.

Am schwierigsten scheint gemäss der vorgenommenen Dokumentenanalyse die Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Bereich der **Psychiatrie**, was u.a. damit zusammenhängt, dass die Einführung einer nationalen Tarifstruktur noch bevorsteht (die Einführung von TARPSY ist für 2018 geplant). In den gesichteten Dokumenten wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die Kostenstruktur der psychiatrischen Kliniken nur schwer vergleichbar ist, da sie vom leistungsspezifischen Angebot der jeweiligen Klinik abhängt.⁸⁵ Im Kanton Jura müssen die Anbieter Unterlagen zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit einreichen, aufgrund methodischer Schwierigkeiten wird jedoch auf einen Wirtschaftlichkeitsvergleich zwischen den Institutionen verzichtet. Teilweise war eine vergleichende Analyse auch aufgrund der Monopolstellung eines Anbieters nicht durchführbar.⁸⁶

Im Kanton Zürich wurde die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer anhand eines Kostenvergleichs aufgrund der durchschnittlichen Tageskosten und der durchschnittlichen Fallkosten des Referenzjahres 2009 vorgenommen, welche zu gleichen Teilen in die Bewertung einbezogen wurden.⁸⁷ Dazu wurden von den Bewerbern die Merkmale zur Einschätzung der durchschnittlichen Fallschwere (Schweregrad) der Patientenpopulation eingefordert. Darauf basierend wurde ein Kostenkorrekturfaktor erarbeitet und für jede Klinik eine Schweregradeinschätzung vorgenommen sowie ein Kostenkorrekturfaktor errechnet. Dieser fand in einem weiteren Schritt sowohl auf die Tages- als auch Fallkosten Anwendung. Für die abschliessende Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wurde die Spanne der Tages- und Fallkosten auf eine Skala von 0 bis 100 umgelegt, worauf die Werte für Tages- und Fallkosten zu gleichen Gewichten miteinander verrechnet wurden. Bei der Wirtschaftlichkeit fielen Bewerber mit Werten unter 40 für einen Spitalistenplatz grundsätzlich ausser Betracht.⁸⁸ Da im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bedarf so jedoch nicht hinreichend gedeckt hätte werden können, wurden hier Kliniken mit geringeren Wirtschaftlichkeitswerten zugelassen. Diese erhielten jedoch nur befristete Leistungsaufträge und Auflagen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.⁸⁹

Im Kanton Freiburg hat nur eine Einrichtung ein Angebot für Psychiatrieleistungen eingereicht. Neben der Prüfung der eingereichten Unterlagen wurde auch hier eine Analyse und Plausibilisierung der Kosten durchgeführt, wobei darauf hingewiesen wird, dass es angesichts der 2018 vorgesehenen Einführung der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur verfrüht wäre, aufgrund eines

⁸⁴ Beispielsweise die Kantone AR (Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen), TI, ZH (Kinder-Rehabilitationszentrum).

⁸⁵ Faktoren, die für tiefere Kostenstrukturen sprechen, sind: Kliniken ohne umfassende institutionelle Grundversorgung; Keine externe Notfallversorgung; Keine permanente Aufnahmebereitschaft und Behandlungspflicht; Keine Aufnahmen von Patienten, welche mittels Fürsorgerischer Unterbringung (FU) eingewiesen werden; keine forensisch-psychiatrischen Angebote; Wenig/keine geschlossene Abteilung(en); Keine Krisenintervention; Patienten mit leichterem Schweregrad resp. Behandlungsbedürftigkeit und Vorhandensein der Krankheitseinsicht; Patienten mit geringerem Pflegebedarf; Eingeschränkte Rollstuhl- und Bettengängigkeit der Infrastruktur; Keine/wenige Isolierzimmer; Eingeschränkte medizinische Notrufanlage/geringere Sicherheitsanforderungen; Keine geschlossene Abteilung(en) mit Demenzgarten resp. Aussenhof. Kliniken weisen je nach Ausprägung oben genannter Einschränkungen signifikant tiefere Kosten aus (vgl. TG1, S.143).

⁸⁶ z.B. Kantone FR, VS.

⁸⁷ Vgl. ZH3, S.24f.

⁸⁸ Vgl. ZH3, S.36f.

⁸⁹ Vgl. ZH3, S.40.

Kostenvergleichs Schlussfolgerungen über die Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer zu ziehen. Als Grundlage diente die analytische Buchhaltung (ITAR-K oder andere anerkannten Modelle). Abgezogen wurden Kosten, die bei KVG-relevanten stationären Leistungen nicht anrechenbar sind, die separat vergütet werden oder zu Verzerrungen führen.⁹⁰ Die verbleibenden, d.h. für die Planung anerkannten Kosten, wurden durch die Anzahl Pflage tage geteilt, und ergaben auf diese Weise die Kosten pro Pflage tag.⁹¹

Vereinzelt wurden auch in der Psychiatrie die Tarife für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich beigezogen. Eine ausführliche Beschreibung der Analyse anhand der Tarife findet sich im Planungsdokument des Kantons St.Gallen.⁹² Für den Wirtschaftlichkeitsvergleich wurden die Tarife aller Leistungserbringer berücksichtigt, die im Jahr 2013 psychisch kranke St.Galler im Erwachsenenalter stationär betreut haben. Bei abweichenden Tarifen zwischen den Einkaufsgemeinschaften der Krankenversicherer wurde der jeweils tiefste Tarif verwendet. Wies ein Leistungserbringer verschiedene Tarifstufen je nach Aufenthaltsdauer oder mehrere leistungsspezifische Tarife auf (z.B. Psychotherapie, Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie), wurde ein gewichteter Durchschnittstarif ermittelt. Als Benchmark wurde das 40. Perzentil gewählt. Ein Benchmark am 40. Perzentil bedeutet, dass bei 40 Prozent der in den Wirtschaftlichkeitsvergleich mit einbezogenen Spitälern die Tarife unter dem Benchmark liegen und bei 60 Prozent darüber. Bis zur Einführung eines gesamtschweizerisch einheitlichen und leistungsbezogenen Tarifsystems dürfen Tarife jedoch bis zu zehn Prozent über dem Benchmark liegen. Höhere Tarife werden als unwirtschaftlich erachtet. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden für Leistungserbringer mit Fallpauschalen die Abgeltungen auf den einzelnen Pflage tag umgerechnet, auf Basis der effektiven Inanspruchnahme von St.Galler Kindern und Jugendlichen.

Auch im Kanton Glarus werden die vereinbarten und (provisorisch) festgelegten Tarife für einen groben Vergleich beigezogen, wobei aber keine Entscheidungen für oder gegen einen Spitalanbieter ausschliesslich gestützt auf die Kosten- resp. Tarifdaten getroffen wurde.⁹³

Im Planungsdokument des Kantons Schaffhausen wird auf einige problematische Punkte bei der Analyse der Wirtschaftlichkeit hingewiesen.⁹⁴ Für die Evaluationsentscheide hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit werden zwei Leistungsbereiche unterschieden: Zum einen solche, für die interdisziplinäre Notfallversorgung von grosser Bedeutung und in denen entsprechend hohe Vorhalte-, Infrastruktur- und Personalkosten anfallen. Hier ist eine gezielte Konzentration auf wenige Leistungsanbieter, die zudem zu einer engen Kooperation verpflichtet werden, vorgesehen. Zum anderen solche, die vorwiegend auf planbare Behandlungen mit geringen Bezügen zur Notfallversorgung ausgerichtet sind. Hier wird erwartet, dass eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit unter den neuen verstärkt wettbewerbsorientierten Finanzierungsregeln des KVG primär über den Preis (Tarife) und die qualitative Akzeptanz bei den Patient/en bzw. der zuweisenden Ärzteschaft erfolgen wird.

In allen drei Versorgungsbereichen stützen sich insbesondere die kleineren Kantone für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von ausserkantonalen Leistungserbringern auf die Evaluationsverfahren der jeweiligen Standortkantone.⁹⁵

⁹⁰ Vgl. Fussnote 83.

⁹¹ Vgl. FR1, S.66f.

⁹² Vgl. SG3, S.27 (Erwachsenenpsychiatrie), S.46f. (Kinder- und Jugendpsychiatrie).

⁹³ Vgl. GL2, S.64.

⁹⁴ Vgl. SH1, S.20: Zu beachten gelte, dass alle verfügbaren Modelle der Kostenrechnung, welche auf eine Analyse der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sind, erhebliche kalkulatorische Umlagen beinhalten, weshalb eine verbindliche Bewertung der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Teilbereiche insbesondere bei Institutionen, die in mehreren verschiedenen Leistungsbereichen aktiv sind, nur mit grössten Vorbehalten möglich sei (Zuordnung von übergeordneten Kosten auf Akutomatik / Psychiatrie / Langzeitpflege, auf stationäre / ambulante Leistungsbereiche, auf Privatabteilung / allgemeine Abteilung etc.). Eine weitere planungsrelevante Einschränkung bestehe darin, dass die Auswertung statistischer Durchschnittswerte aufgrund der Grenzkosten-Problematik keine Rückschlüsse zulässt, wie die Wirtschaftlichkeit eines Spitals durch eine engere Eingrenzung bzw. eine Ausweitung des Leistungsspektrums im konkreten Einzelfall verändert würde.

⁹⁵ Vgl. z.B. AI2, S.19; FR1, S.34; SZ2, S.11; UR1, S.22.

2.3.5.2 Qualitätskriterien

Anhand der verfügbaren Dokumente konnten etwa für die Hälfte der Kantone konkrete Aussagen zu angewendeten Qualitätskriterien gefunden werden, wobei sich die kantonale Umsetzung innerhalb der Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie im Vergleich zur Akutsomatik stärker unterscheidet.⁹⁶ Meist wird zudem darauf hingewiesen, dass die Struktur- und Prozessqualität, nicht aber die Ergebnisqualität berücksichtigt wird, da für letztere noch keine standardisierten Messmethoden zur Verfügung stehen. Der Kanton Bern behält sich beim Vorliegen eines Überangebots explizit vor, für die Auswahl von Leistungserbringern weitere Qualitätskriterien herbeizuziehen, insbesondere Indikatoren für die Ergebnisqualität (z.B. gemäss den schweizweiten Ergebnisqualitätsmessungen des ANQ) sowie die Indikationsqualität.⁹⁷

Die Definition der generellen Qualitätskriterien in der *Akutsomatik* gestaltet sich in den meisten Kantonen in enger Anlehnung an das Vorgehen der GD ZH, welche neben der Erarbeitung eines Qualitätssicherungskonzepts, der Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen⁹⁸ und der spitalweiten Führung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) auch die Etablierung eines oder mehrerer multiprofessioneller Entlassungspfade, die Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen sowie Reanimationsübungen und Massnahmen im Bereich der Spitalhygiene und Infektiologie aufführt. Die leistungsspezifischen Anforderungen im Bereich der Akutsomatik sind durch die SPLG-Systematik vorgegeben. Geregelt werden die Bereiche Facharzt und Verfügbarkeit, Notfall- und Intensivstation, verknüpfte Leistungen, Tumorboard, Mindestfallzahlen sowie Anforderungen, welche bei bestimmten Behandlungen zusätzlich erbracht werden müssen (z.B. Diabetesberatung), und solche an die Querschnittleistungsgruppen.⁹⁹

In der *Rehabilitation* fällt die Definition genereller Qualitätskriterien in den Kantonen im Vergleich zur Akutsomatik heterogener aus. Während Aspekte wie das Erarbeiten konzeptioneller Grundlagen (Qualitäts-, Notfall- und Hygienekonzept, Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzept), Kriterien bezüglich der Gestaltung und Dokumentation des Behandlungsprozesses, das Führen eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) und einer Komplikationsstatistik, die Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen sowie eine funktionsspezifische Stellenbeschreibung in mindestens fünf Kantonen als allgemeine Qualitätskriterien aufgeführt sind, werden andere Kriterien nur vereinzelt genannt. Dazu gehören etwa das Durchführen von Reanimationsübungen oder eine barrierefreie Infrastruktur. Der Kanton Tessin verweist zudem auf die Kriterien von Swiss Reha und Reha Ticino sowie nicht näher spezifizierte nationale Qualitätskriterien, welche im Rahmen des Auswahlverfahrens angewandt wurden. Ein vergleichbares Bild zeigt sich auch bei den leistungsspezifischen Qualitätskriterien. Hier sind es Kriterien im Bereich der Personalqualifikation und -verfügbarkeit, der Anforderungen an den Notfalldienst, der leistungsgruppenspezifischen Diagnostik und Therapie sowie der baulichen und infrastrukturellen Ausstattung, welche in mindestens fünf Kantonen aufgeführt werden. Beispiele für Kriterien, welche vereinzelt genannt werden, sind das Einhalten von Mindestfallzahlen oder die Bereitstellung eines Konsiliardienstes.

Am wenigsten einheitlich geregelt ist die kantonale Umsetzung der Qualitätskriterien im Bereich der *Psychiatrie*. Auch hier sind es das Erarbeiten eines Qualitätssicherungskonzepts (inkl. Bestimmung eines Qualitätsverantwortlichen und Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen (z.B. ANQ), Kriterien bezüglich der Gestaltung und Dokumentation des Behandlungsprozesses, die Führung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS), die Durchführung von Reanima-

⁹⁶ Vgl. dazu auch *Detailltabellen zur Dokumentenanalyse* im Anhang 8.3.

⁹⁷ Vgl. BE1, S.24.

⁹⁸ Hierbei wird in den Planungsdokumenten oft auf die Qualitätsmessungen verwiesen, wie sie z.B. vom Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) definiert werden (Kantone AR, FR, GL, JU, NE, SG, SH, TI, VS, ZH). Dieser Hinweis findet sich in den Planungsdokumenten der genannten Kantone oft für alle drei Versorgungsbereiche.

⁹⁹ Dabei handelt es sich um Leistungsgruppen für medizinische Leistungen, welche nicht organspezifisch definiert und gruppiert werden können, da sie quer zu den organspezifischen Behandlungen stehen. Es sind dies: Basispaket (für Leistungserbringer mit Notfallstation), Basispaket Elektiv (für Leistungserbringer ohne Notfallstation), Pädiatrie, Kinderchirurgie, Basiskinderchirurgie, Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie, Kompetenzzentrum für Palliative Care und Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker.

tionsübungen und Massnahmen im Bereich der Spitalhygiene bzw. Infektiologie, welche in mindestens fünf Kantonen als generelle Qualitätskriterien genannt werden. Daneben wird bspw. der Nachweis einer angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungen oder das Durchführen von Patientenbefragungen unter den generellen Qualitätsanforderungen aufgeführt. Hinsichtlich der leistungsgruppenspezifischen Qualitätsanforderungen sind es einzig die Anforderungen an die Personalstruktur, welche etwas häufiger genannt werden (in fünf Kantonen). Die Verfügbarkeit des Fachpersonals oder Anforderungen an die räumliche Infrastruktur sind Beispiele für weitere von einzelnen Kantonen genannte leistungsspezifische Qualitätskriterien.

In Ergänzung zu den Bestimmungen von KVG und KVV wird im Strukturbericht der GD ZH auf das am 2. Mai 2011 vom Kantonsrat verabschiedete kantonale Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) hingewiesen, welches eine weitere, die Aus- und Weiterbildung betreffende Anforderung für Listenspitäler enthält. In § 5 lit. F SPFG wird ein Nachweis betreffend Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessene Anzahl an Gesundheitsfachpersonen gefordert. Potentielle Listenspitäler werden dazu verpflichtet oder haben entsprechende finanzielle Ausgleichsleistungen zu erbringen und müssen sich bereit erklären, den gesetzlichen Anforderungen des SPFG Folge zu leisten.¹⁰⁰

2.3.5.3 Mindestfallzahlen

Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV sieht vor, dass die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten haben. Der Kanton Zürich weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Grundlagen für die Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vollumfänglich erarbeitet sind und in diversen Leistungsbereichen erst wenig oder keine empirische Evidenz vorliegt. Zudem gibt es zwar viele Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität zeigen, hingegen lässt sich bei vielen Behandlungen kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird. Auch in der Praxis zeigt der Vergleich der Mindestfallzahlen in verschiedenen Ländern, dass die Höhe der Mindestfallzahlen bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variiert.¹⁰¹

Vor diesem Hintergrund hat sich die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entschieden, mit eher niedrigen Mindestfallzahlen erste Erfahrungen zu sammeln. So wurde in der SPLG-Systematik bei rund 30 Leistungsgruppen eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital vorgeschrieben, wobei spezialisierte und hochspezialisierte¹⁰² Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden, im Vordergrund stehen. Zusätzlich wurden für je eine Leistungsgruppe in der Viszeralchirurgie, in der Herzchirurgie und in der Thoraxchirurgie höhere Mindestfallzahlen vorgeschrieben, da bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispielen im Ausland existieren. Auf die Einführung einer Mindestfallzahl pro Arzt wird jedoch verzichtet.

Da sich bei der Überprüfung der Mindestfallzahlen verschiedene Anwendungsfragen ergeben, hat die GD ZH im Rahmen der Spitalplanung 2012 gewisse Grundsätze bei der Anwendung der Mindestfallzahlen formuliert. So wurden die Fallzahlen des Jahres 2010 zur Überprüfung der Mindestfallzahlen verwendet¹⁰³, wobei ein Leistungsauftrag grundsätzlich nur Spitälern vergeben wird, die im Jahr 2010 die Mindestfallzahl gemäss der Zählweise der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich erreicht haben. Anders als in den meisten offiziellen Statistiken, in denen ein Patient während eines Spitalaufenthaltes unabhängig von der Anzahl Eingriffe als ein Fall gezählt wird, wurden in der für die Mindestfallzahlen relevanten Fallzählung Mehrfacheingriffe am gleichen Patienten, die verschiedene Leistungsgruppen betreffen, pro Leistungsgruppe je einmal gezählt. Die verschiedenen Eingriffe innerhalb einer Leistungsgruppe werden hingegen lediglich einmal gezählt.¹⁰⁴

¹⁰⁰ ZH1, S.73.

¹⁰¹ Vgl. z.B. AR2; FR1, S.28; ZH1, S.7; ZH5, S.17.

¹⁰² Bei hochspezialisierten Leistungen, die bereits durch die interkantonale Spitalplanung in der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) geregelt werden, übernimmt die Gesundheitsdirektion deren Mindestfallzahlen (vgl. ZH5, S.21).

¹⁰³ Bei den ausserkantonalen Bewerbern werden die Fallzahlen des Jahres 2009 verwendet, da der Gesundheitsdirektion deren 2010er Zahlen erst im Verlauf des Jahres 2011 zur Verfügung standen (vgl. ZH1, S.102).

¹⁰⁴ Vgl. ZH1, S.102; ZH5, S.21.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat die Erfahrungen mit der Anwendung von Mindestfallzahlen auf Grundlage der Medizinischen Statistik des Jahres 2014 analysiert und stellt fest, dass die Einführung der Mindestfallzahlen per 1. Januar 2102 zu einer Konzentration der spezialisierten Leistungen auf weniger Spitäler geführt hat, ohne dass eine Versorgungslücke für die Zürcher Bevölkerung entstanden wäre. Daneben haben sich die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen gemäss den Analysen auch günstig auf Aspekte der Qualität (Mortalität) und der Wirtschaftlichkeit (mittlere Aufenthaltsdauer, Fallkosten) ausgewirkt. Aufgrund dieses positiven Fazits und auf Basis zweier durch die Gesundheitsdirektion in Auftrag gegebener Studien wird aktuell geprüft, welche der folgenden vier Handlungsoptionen bei welchen SPLG im Vordergrund steht:

- Erhöhung von bisherigen Mindestfallzahlen
- Einführung neuer Mindestfallzahlen
- Mindestfallzahlen für Operateure
- Einführung von Zertifikaten zur Qualitatssicherung¹⁰⁵

Die meisten Kantone nehmen in ihren Planungsdokumenten Bezug auf die oben genannten, durch die SPLG-Systematik im Jahre 2012 festgelegten Mindestfallzahlen, wobei das Erreichen derselben nicht immer eine zwingende Voraussetzung für die Erteilung eines Leistungsauftrags darstellt. Wie nachfolgende Beispiele zeigen, beziehen sich die meisten Aussagen zu Mindestfallzahlen zudem auf den Bereich der Akutsomatik und in wenigen Fällen auf die Rehabilitation. Dagegen finden sich keine Beispiele dafür, dass Mindestfallzahlen auch im Bereich der Psychiatrie als Evaluationskriterium berücksichtigt werden.

Das Departement Gesundheit von Appenzell Ausserrhoden sieht wie der Kanton Zürich ebenfalls vor, die Fallzahlen aller Listenspitäler pro Leistungsgruppe zu publizieren. Um den Leistungserbringern die durch den Wettbewerb bedingte Neuausrichtung des Leistungsangebotes zu ermöglichen, erteilt das Departement Gesundheit in einer Übergangsfrist den Leistungserbringern Leistungsaufträge mit der Vorgabe von ungefähren Mindestfallzahlen. Spätestens bei der Ablösung der Spitalliste Appenzell Ausserrhoden 2012 durch eine neue Spitalliste sollen die Mindestfallzahlen verbindlich vorgegeben werden.¹⁰⁶

Auch im Kanton St.Gallen erfolgt die Erteilung des Leistungsauftrages provisorisch bis Ende 2015, wenn Leistungserbringer die durch die SPLG-Systematik vorgeschriebenen Mindestfallzahlen in den Jahren 2009 bis 2012 nur knapp nicht erreichten. Sollten die Mindestfallzahlen bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfüllt werden, laufen die entsprechenden Leistungsaufträge aus.¹⁰⁷

Die Vorgaben der SPLG-Systematik hinsichtlich der Mindestfallzahlen sind auch im Kanton Glarus in die Überlegungen des Departements eingeflossen, derweilen wird jedoch innerhalb der Glarner Spitalliste 2012 im Bereich der Akutsomatik darauf verzichtet, den Leistungserbringern Vorgaben zu den Mindestfallzahlen zu machen. Zudem wird analog zum Kanton Zürich darauf hingewiesen, dass das Kriterium der Mindestfallzahlen im Bereich der Psychiatrie aufgrund der spezifischen Eigenschaften dieses Versorgungsbereichs für die Evaluation vergleichsweise in den Hintergrund treten.¹⁰⁸

Im Kanton Schwyz müssen die Spitaler im Bereich der Akutsomatik zwar bei bestimmten spezialisierten Behandlungen im Interesse der Qualität ebenfalls Mindestfallzahlen erreichen, um die leistungsspezifischen Anforderungen zu erfüllen. Es wurde aber darauf geachtet, dass trotz teils knapper Fallzahlen eine umfassende innerkantonale Grundversorgung angeboten werden kann.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Vgl. ZH5, S.17ff.

¹⁰⁶ Vgl. AR2, S.30f.; S.47.

¹⁰⁷ Vgl. SG, S.31.

¹⁰⁸ Vgl. GL1, S.27; S.61; ZH3, S.17.

¹⁰⁹ Vgl. SZ2, S.10.

Der Kanton Bern hält fest, dass es neben den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen (beispielsweise des SPLG in der Akutsomatik) grundsätzlich möglich ist, dass künftig weitere Leistungen aufgrund ihrer kritischen Masse zentralisiert werden können. Dies müsste jedoch frühzeitig, etwa im Rahmen der Angebotserhebung für die Spitallisten 2017, durch den Kanton bekannt gegeben werden. Weiter wird angemerkt, dass der Auswahlentscheidung betreffend die Aufnahme und Nichtaufnahme eines Spitals auf die Spitalliste insbesondere bei Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen eine grosse Bedeutung beizumessen ist. Ist der Bedarf durch eine Auswahl an Listenspitälern gedeckt, würde die Vergabe von zusätzlichen Leistungsaufträgen dazu führen, dass die bereits vorhandenen Listenspitäler die Mindestfallzahlen nicht mehr erreichen können. Das hieraus abgeleitete Argument der Konzentration einer Leistungsgruppe basiert grundsätzlich auf einem qualitätssichernden Aspekt für die Leistungserbringung. Im Einzelfall kann das Argument zusätzlich auch auf Wirtschaftlichkeitsaspekte für Listenspitäler erweitert werden, welche eine kritische Masse an Fallzahlen benötigen, um die betreffende Leistung wirtschaftlich anbieten zu können.¹¹⁰

Der Kanton Neuenburg verweist ebenfalls auf Mindestfallzahlen, hat aber bspw. bei der Leistung URO 1.1.2 aus Versorgungssicherheitsgründen trotz Nichterreichens der Mindestfallzahl ein Spital auf die Spitalliste genommen und zwar dasjenige, welches der jährlichen Mindestfallzahl am nächsten kommt.¹¹¹

Auch im Kanton Luzern müssen die Spitäler im Bereich der Akutsomatik die durch die SPLG-Systematik bei rund 30 Leistungsgruppen vorgegebenen jährlichen Mindestfallzahlen von zehn Fällen pro Spital erfüllen. Im Bereich Rehabilitation kommen die Mindestfallzahlen der Qualitätskriterien der Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz (Swiss Reha) zur Anwendung. In der Psychiatrie wurden dagegen noch keine Mindestfallzahlen definiert, wobei darauf hingewiesen wird, dass auch in der wissenschaftlichen Literatur kaum entsprechende Untersuchungen zu finden sind.¹¹²

Die Kantone Freiburg, Neuenburg und Wallis schreiben für bestimmte Formen der Rehabilitation Mindestfallzahlen vor, um die Qualität der Leistungen zu gewährleisten. Für die polyvalente geriatrische, die muskuloskelettale, die kardiovaskuläre und die pulmonale Rehabilitation sind es 250 Fälle, für die neurologische Rehabilitation 200.¹¹³ Im Kanton Freiburg wird zudem festgehalten, dass der Staat die Einhaltung der Anforderungen, die bei der Zuteilung des Leistungsauftrags festgelegt werden – namentlich hinsichtlich der Mindestfallzahlen – kontrollieren wird.¹¹⁴

2.3.5.4 Erreichbarkeit

Gemäss Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV haben die Kantone bei ihrer Spitalplanung neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit auch den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu berücksichtigen. In der vorliegenden Bestandesaufnahme wird der Zugang innert nützlicher Frist jeweils auf die Patienten bezogen im Sinne der räumlichen und zeitlichen Erreichbarkeit bestimmter Versorgungsangebote verstanden. Die zeitliche Verfügbarkeit von Fachärzten, die innerhalb der leistungsgruppenspezifischen Anforderung der SPLG-Systematik teilweise definiert ist, wird demzufolge an dieser Stelle nicht berücksichtigt, sondern ist im Kapitel zu den Qualitätskriterien subsumiert.

Aus den im Rahmen der Dokumentenanalyse gesichteten Planungsdokumenten geht hervor, dass für den Bereich der *Akutsomatik* in einigen Fällen räumliche und zeitliche Erreichbarkeitsanalysen zur Prüfung des Zugangs innert nützlicher Frist vorgenommen wurden. So sieht der Kanton Bern vor, dass ein Spital der Grundversorgung (Basispaket des SPLG) für 80% der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar sein muss und nicht weiter als 50 Kilometer entfernt sein darf. Auch im Kanton Thurgau müssen die Angebote aller Fachgebiete der stationären und erweiterten Grundversorgung innert 30 Minuten erreichbar sein. Für die Kantone Zürich und

¹¹⁰ Vgl. BE1, S.25.

¹¹¹ Vgl. NE5, S.21f.

¹¹² Vgl. LU1, S.26.

¹¹³ Vgl. FR1, S.54; NE4, S.56; VS3, S.15.

¹¹⁴ Vgl. FR1, S.69; VS3, S.15.

Schaffhausen gilt, dass 95% der Bevölkerung innert höchstens 20 Minuten ein Spital mit Notfallversorgung erreichen müssen.¹¹⁵ Wegen der deutlich kürzeren Fahrzeiten der Bevölkerung der Gemeinden Rüdlingen und Buchberg zum Spital Bülach und dem Kantonsspital Winterthur, hat der Kanton Schaffhausen diese Spitäler aus dem Kanton Zürich auf seine Spitalliste aufgenommen und den Zugang der beiden Gemeinden zu diesen Spitälern mit dem Kanton Zürich vertraglich abgesichert. Umgekehrt hat der Kanton Zürich das Kantonsspital Schaffhausen als einziges ausserkantonaies Spital mit einem umfassenden Leistungsauftrag der erweiterten Grundversorgung auf seine Spitalliste Akutsomatik aufgenommen. Damit ermöglicht der Kanton Zürich insbesondere der Bevölkerung des Zürcher Weinlandes einen freien Zugang zum Kantonsspital und Psychiatriezentrum Schaffhausen.¹¹⁶ Im Kanton St.Gallen wird davon ausgegangen, dass bei Wahlbehandlungen ein innerkantonaies Leistungsangebot immer zugänglicher ist, als ein Angebot in einem anderen Kanton. Eine Ausnahme bildet die Behandlung von Kindern und Jugendlichen der Wahlkreise Sarganserland (inklusive Gemeinden Wartau und Sevelen) und See-Gaster. Für diese gilt die volle Freizügigkeit für die Kinderklinik des Kantonsspitals Graubünden respektive das Kinderspital Zürich, da die geografische Nähe in diesem Bereich für Angehörige (Eltern) eine besondere Bedeutung hat. Im Kanton Wallis zeigte sich, dass die Bewohner bestimmter Regionen in den Alpen (z.B. Obergoms) mehr als 40 Minuten benötigen, um in ein Akutspital mit einer Notfallstation zu gelangen. Deshalb hat der Kanton das Rettungswesen mit professionellen und nicht-professionellen Ersthelfenden ausgestattet, da diese die optimale Betreuung vor der Übergabe an ein Spital sicherstellen und die Interventionszeiten einhalten. Zu ersteren gehören 15 Tagesambulanzen und 10 Nachtambulanzen, die den gesamten Bedarf im Kanton decken. Dazu kommen 4 mobile Notarztendienste und ein Netzwerk ortsnaher Ärzte in Randregionen. Zu letzteren gehören die First Responders, die ausgebildet wurden, den Patienten auf die Ankunft der professionellen Ersthelfenden vorzubereiten.

Etwas anders gestaltet sich die Umsetzung des Kriteriums des Zugangs innert nützlicher Frist im Versorgungsbereich der *Rehabilitation*. Hier wird bspw. in den Kantonen Bern und Glarus darauf hingewiesen, dass es keine Vorgaben zur geographischen Erreichbarkeit und kein räumliches Planungskriterium gibt bzw. dass das Kriterium in der Rehabilitation zugunsten einer qualitativ guten medizinischen Behandlung etwas zurückfällt.¹¹⁷ In den Kantonen Zürich oder St.Gallen wird darauf hingewiesen, dass das Kriterium weniger auf die zeitliche Erreichbarkeit der potentiellen Listenspitäler vom Wohnort des Patienten zu beziehen ist, sondern auf die Vernetzung, also die Gewährleistung eines möglichst nahtlosen und frühzeitigen Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation durch Zuweisende und Versicherer. Bei gleichem medizinischem Angebot bevorzugt der Kanton Zürich jedoch innerkantonale und insbesondere für die Zürcher Bevölkerung schneller und besser zu erreichende Leistungserbringer. Im Kanton St.Gallen wird vom Grundsatz, innerkantonale gegenüber ausserkantonalen oder bestehende gegenüber neuen Leistungsangeboten zu bevorzugen, abgewichen, wenn damit bezüglich Wohnortnähe ein Mehrwert für die Versorgung kantonaler Patienten verbunden ist. Dies betrifft v.a. zusätzliche stationäre und ambulante Angebote in den bis anhin im Kanton St.Gallen nicht angebotenen Leistungsgruppen der kardiovaskulären und der psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitation sowie zusätzliche Strukturen im nördlichen Kantonsteil, sofern der Wirtschaftlichkeitsvergleich positiv ausfällt. Ebenso werden Anbieter bevorzugt, die zusätzlich zu den stationären auch ambulante, wohnortnahe Rehabilitationsmöglichkeiten anbieten.¹¹⁸ Im Kanton Schaffhausen erwartet der Regierungsrat, dass die Spitäler Schaffhausen neben zunehmenden ambulanten Leistungen auch in Zukunft rund die Hälfte des stationären Rehabilitationsbedarfs der Schaffhauser Kantonsbevölkerung abdecken werden. Daneben werden jedoch die wohnortfernen Rehabilitationskliniken weiterhin einen wesentlich Teil der Versorgung abzudecken haben. Im Vordergrund stehen dabei insbesondere hoch spezialisierte Fachbereiche (z.B. die neurologische Früh- und Intensiv-rehabilitation von Menschen mit Hirnschlag / Hirnverletzungen oder die Rehabilitation von Querschnittgelähmten) oder Rehabilitationsaufenthalte, bei denen eine klare Abgrenzung gegenüber

¹¹⁵ Bei der Berechnung für den Kanton Zürich wird vom Transport mittels motorisiertem Privatverkehr und mittlerem Verkehrsfluss ausgegangen.

¹¹⁶ Vgl. SH, S.18; ZH1, S.98.

¹¹⁷ Vgl. BE1, S.9; GL2, S.50.

¹¹⁸ Vgl. SG2, S.33; ZH1, S.141.

der vorhergehenden Akutspital-Behandlung und / oder eine räumliche Distanznahme zum „normalen“ Wohnumfeld aus psychologischen Gründen vorteilhaft ist (z.B. psychosomatische Rehabilitation).¹¹⁹

Auch hinsichtlich des Versorgungsbereichs *Psychiatrie* wird in den untersuchten Planungsdokumenten verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die rasche Erreichbarkeit eines Spitals im Notfall eine wesentlich geringere Bedeutung hat als in der akutsomatischen Medizin.¹²⁰ Wichtiger sei – ähnlich wie in der Rehabilitation – die Vernetzung, also die Erreichbarkeit hinsichtlich der raschen Integration psychiatrischer Patienten nach einer akuten Krise, der in den Behandlungsprozess einbezogenen Bezugspersonen sowie des angemessenen Austauschs der involvierten Institutionen und Stellen. Diese Vernetzung kann nur gewährleistet werden, wenn die sich gegenseitig ergänzenden Institutionen auch in örtlicher Hinsicht in der Lage sind, einen angemessenen Austausch zu fördern. Dennoch wurden auch für die Psychiatrie Erreichbarkeitsanalysen vorgenommen: So sieht der Kanton Bern für die Versorgungsplanung 2016 die Umsetzung der Vorgaben für den Bereich der Grundversorgung entsprechend der Vorgaben für die Akutsomatik vor, wonach mindestens ein Spital der Grundversorgung für 80% der Bevölkerung in maximal 30 Minuten erreichbar sein soll.¹²¹ Auch im Kanton Thurgau gelten für die Psychiatrie dieselben Anforderungen an die Erreichbarkeit wie für die Akutsomatik (30 Minuten für alle Fachgebiete der stationären und erweiterten Grundversorgung).¹²² Im Kanton Zürich muss der jeweilige Klinikstandort innerhalb von 45 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr¹²³ erreichbar sein (inkl. Wegzeit zu den Haltestellen), wobei die Zugänglichkeit bei Kliniken mit einer Erreichbarkeit innert 45 Minuten für weniger als 100'000 Einwohner (ca. 7% der Bevölkerung des Kantons ZH) als problematisch eingestuft wurde. Der Kanton St.Gallen schreibt für die Erwachsenenpsychiatrie fest, dass es für 90% der Kantonsbevölkerung möglich sein muss, ein stationäres Angebot innert 40 Minuten in Anspruch zu nehmen, während dies für die Kinder- und Jugendpsychiatrie innert 60 Minuten möglich sein muss. Neben der wohnortnahen Versorgung werden im Kanton St.Gallen zudem die Triage gemäss dem Prinzip ambulant vor stationär, die Einhaltung der Aufnahmepflicht für die St. Galler Bevölkerung sowie die Länge der Wartelisten im stationären Bereich als Faktoren zur Beeinflussung des Zugangs zu den psychiatrischen Angeboten innert nützlicher Frist aufgeführt.¹²⁴

In den erwähnten Erreichbarkeitsanalysen wird meist der ganze Kanton als Versorgungsregion betrachtet. Eine andere Operationalisierung des Zugangs innert nützlicher Frist erfolgt in den Kantonen Bern und Waadt, indem der Kanton in mehrere Versorgungsregionen unterteilt wird, wobei durch die Spitalliste sichergestellt werden soll, dass bestimmte Versorgungsleistungen¹²⁵ in jeder Region zur Verfügung stehen sollen.¹²⁶ Das Rahmenkonzept des Kantons Bern sieht in diesem Zusammenhang – mit Verweis auf die geographische und kulturelle Heterogenität des Kantons – vor, das räumliche Planungskriterium der 6-Plus-Spitalregionen, welches in die Versorgungsplanung 2011 bis 2014 einbezogen wurde, auch für die Erarbeitung der Versorgungsplanung 2016 im Bereich der Akutsomatik auf ihre aktuelle Funktionalität und Angemessenheit zu überprüfen. Für die Psychiatrie werden die 6-Plus-Spitalregionen der Versorgungsplanung

¹¹⁹ Vgl. SH1, S.61.

¹²⁰ Vgl. z.B. ZH3, S.25.

¹²¹ Vgl. BE1, S.23.

¹²² Vgl. TG1, 138.

¹²³ Die Abstützung auf den öffentlichen Verkehr wird dadurch begründet, dass in der psychiatrischen Versorgung – anders als in der Akutsomatik – der medizinische Notfall weniger prioritär sei, weshalb die Erreichbarkeit mit dem motorisierten Privatverkehr nicht im gleichen Masse im Vordergrund stehe. In der Psychiatrie würden Hospitalisationen in der Regel länger dauern als in der Akutsomatik. Die Patienten hätten deshalb je nach Akutheitsgrad der Erkrankung und auch als therapeutisches Mittel die Möglichkeit stunden- oder tageweise ihre Freizeit ausserhalb der Klinik zu verbringen. In diesem Zusammenhang sei zudem der Umstand zu beachten, dass bei psychiatrischen Patienten die Fahrtauglichkeit aufgrund einer allfälligen Medikation eingeschränkt sein könne (vgl. ZH3, S.25).

¹²⁴ Vgl. SG3, S.30f.; S.49f.

¹²⁵ Der Kanton Bern zielt mit Bezug auf die Spitalregionen insbesondere auf die dezentrale Konzentration der Grundversorgungsleistungen in der Akutsomatik und der stationären Psychiatrie ab (BE1, S.7f.). Im Kanton Waadt ist die Unterscheidung nach Regionen geknüpft an die Verfügbarkeit von Grundversorgungsleistungen (VD1, S.4).

¹²⁶ Vgl. VD1, S.5; S.12; S.22 bzw. BE1, S.8.

2011 bis 2014 nicht weitergeführt, sondern es erfolgt eine Prüfung von neu vier Versorgungsräumen unter verkehrs- und versorgungstechnischen Aspekten. Auch im Fall des Kantons Waadt wird auf vier Versorgungsregionen verwiesen.

2.3.5.5 Versorgungsrelevanz

Ergänzend zu den in Art. 58b KVV explizit genannten Beurteilungskriterien wird nachfolgend auf die **Versorgungsrelevanz** als zusätzliches Beurteilungskriterium eingegangen. Grund dafür ist einerseits die zentrale praktische Relevanz des Kriteriums in verschiedenen Kantonen für die Bestimmung des mit der Spitalliste zu sichernden Angebots. Andererseits wird damit auch der Frage gemäss Pflichtenheft zur vorliegenden Konzeptstudie nach der Definition der Versorgungssicherheit Rechnung getragen.¹²⁷

Der Begriff der Versorgungssicherheit wird einzig in den Planungsdokumenten des Kantons St.Gallen explizit definiert. Die Versorgungssicherheit wird hierbei als allgemeines Evaluationskriterium bei der Vergabe von Leistungsaufträgen aufgeführt und beinhaltet in der Akutsomatik die Aspekte der kontinuierlichen und langfristigen Bereitschaft zum Angebot der jeweiligen Leistungsbereiche einerseits und die Nachwuchssicherung andererseits.¹²⁸ Somit wird die Versorgungssicherheit im Kanton St.Gallen auf die einzelnen Leistungserbringer bezogen. Mit Bezug zur Gesetzesgrundlage erscheint es jedoch im Allgemeinen naheliegend, die Versorgungssicherheit eher auf den durch die Versorgungsplanung angestrebten Zielzustand zu beziehen. Gemäss Abs. 3 Art. 58b KVV bestimmen die Kantone im Rahmen der Versorgungsplanung und konkret auf der Spitalliste dasjenige Angebot, „das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVV zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist.“

Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, wird das Spektrum abzudeckender Versorgungsleistungen massgeblich durch die zugrundeliegende Leistungsgruppensystematik gegeben. Insbesondere für kleinere Kantone, in welche nicht alle Leistungsgruppen durch innerkantonale Angebote abgedeckt sind, stellt sich dabei die Frage, in welchem Masse ausserkantonale Spitäler auf der Spitalliste zu berücksichtigen sind, damit die bedarfsgerechte Versorgung ihrer Kantonsbevölkerung gemäss Art.41 BV gewährleistet ist. In diesem Kontext kommt in verschiedenen Kantonen das Kriterium der Versorgungsrelevanz zur Anwendung. So wird zum Beispiel im Kanton Uri die Versorgungsrelevanz eines Leistungserbringers wie folgt definiert (UR1, S.21):

„Ein Spital im Bereich Spezialversorgung ist für den Kanton Uri im Sinne der Versorgungsplanung und zur Erteilung eines Leistungsauftrages versorgungsrelevant, wenn es in einem Leistungsbereich mehr als 0.5 % des Durchschnitts aus allen Urner Patientenaustritten der beiden Jahren 2010 und 2011 aufweist (min. 27 stationäre Austritte in mindestens einem Beurteilungsjahr).“

Dasselbe Prinzip findet auch in der Versorgungsplanung der Kantone Appenzell Innerrhoden, Luzern sowie im Kanton St.Gallen für die Psychiatrie und Rehabilitation Anwendung.¹²⁹ Mit dieser Betrachtungsweise wird der quantitativen Dimension betreffend die Sicherstellung der Versorgung Rechnung getragen. Zwar sieht Art. 58c KVV zumindest für die akutstationäre Versorgung keine kapazitäts-, sondern eine leistungsorientierte Planung vor. Nichtsdestotrotz stellt sich für die Kantone vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten Planung, die Frage nach dem Umfang des Versorgungsangebots, mit welchem die Sicherstellung der Versorgung gewährleistet ist. Mit dem Kriterium der Versorgungsrelevanz wird der Umfang der abzudeckenden Leistungen innerhalb der Spitalliste berücksichtigt, ohne dass dabei Kapazitäten geplant werden.

¹²⁷ Vgl. BAG (2015c, S.5).

¹²⁸ Mit Nachwuchssicherung ist die Bereitstellung von ausreichenden Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachleute in Berufen des Gesundheitswesens gemeint (vgl. SG1, S.25; SG2, S.34).

¹²⁹ Vgl. LU1, S.27; SG2, S.7; AI2, S.18.

2.4 Fazit

Nachfolgend sind zuerst die zentralen Ergebnisse aus der Bestandesaufnahme zusammengefasst. Anschliessend sind die Limitation der Bestandesaufnahme sowie erste Empfehlungen im Hinblick auf die weiteren Evaluationsarbeiten dargelegt.

- *Leistungsgruppensystematik*
Mit Ausnahme der Kantone Obwalden und Genf stützen sich alle Kantone für die akutstationäre Versorgungsplanung auf die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) oder sind im Begriff, ihre Planung dahingehend anzupassen. Betreffend die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie ist zwar auch für die grosse Mehrheit der Kantone eine Differenzierung der Spitalisten nach Leistungsgruppen anzutreffen, was die konkreten Leistungsgruppen betrifft, unterschieden sich die zugrundeliegenden Systematiken. Im Hinblick auf die Einführung der neuen, schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen (ST Reha bzw. TARPSY) ist es wahrscheinlich, dass auch in diesen Versorgungsbereichen Konvergenz in den kommenden Jahren zu beobachten sein wird.
- *Ermittlung des Versorgungsbedarfs*
Für 24 Kantone konnte das Verfahren zur Bedarfsermittlung anhand der verfügbaren Planungsdokumente nachvollzogen werden. Die Kantone stützen sich dabei entweder auf das Modell des Kantons Zürich (15 Kantone), auf das Modell des Obsan bzw. des Statistischen Amtes des Kantons Waadt (6) oder das Modell des Observatoire Valaisane de la Santé (3). Letzteres stellt eine Mischung der beiden vorangehenden Modelle dar. Sowohl das Modell der GD ZH als auch das des Obsan basieren jeweils massgeblich auf den Daten der Medizinischen Statistik des aktuellsten, verfügbaren Datenjahres sowie auf den Bevölkerungsprognosen für den betreffenden Kanton. Die Hauptunterschiede zwischen den beiden Modellen sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Nebst den bevölkerungsstrukturellen Entwicklungen werden im Modell des Obsan potentielle Effizienzsteigerungen über die mittlere Aufenthaltsdauer der Patienten pro Leistungsgruppe operationalisiert. Dabei stehen unterschiedliche Szenarien zur Verfügung, die im Spektrum zwischen stabilen Aufenthaltsdauern (Referenzszenario) bis zur Orientierung am Spital mit den kürzesten Aufenthaltsdauern reichen. Im Modell der GD ZH werden nebst der Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ebenso die medizinotechnologische und die epidemiologische Entwicklung sowie die zu erwartende Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen explizit berücksichtigt. Im Obsan-Modell sind die medizinotechnologische und die epidemiologische Entwicklung nur indirekt über die Verkürzung der Aufenthaltsdauern einbezogen.¹³⁰ Die erwähnten Faktoren werden je nachdem in Bezug auf die Hospitalisationsrate und/oder auf die mittlere zu erwartende Aufenthaltsdauer angewendet.

¹³⁰ Vgl. auch Weaver et al. (2009, S.37).

Tabelle 6: Übersicht Prognosemodelle

	Prognosemodell	
	GD ZH	Obsan / STATVD
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> - Daten der Medizinischen Statistik zum Referenzjahr - Bevölkerungsdaten Referenzjahr des BFS oder des jeweiligen Kantons - Bevölkerungsprognosen für den Prognosezeitraum des BFS oder des jeweiligen Kantons - Medizintechnisches Gutachten basierend auf Literaturrecherche und Expertenbefragung - Epidemiologisches Gutachten basierend auf Literaturrecherche - Analyse potentiell substituierbarer Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Daten der Medizinischen Statistik zum Referenzjahr - Bevölkerungsdaten Referenzjahr des BFS oder des jeweiligen Kantons - Bevölkerungsprognosen für den Prognosezeitraum des BFS oder des jeweiligen Kantons
Referenz für die Prognose der MAHD	Patient: 35. / 40. / 45. Perzentil der MAHD in der Schweiz pro Leistungsgruppe	Spital: MAHD des Spitals mit der kürzesten Aufenthaltsdauer bzw. MAHD, welche von einem Viertel der Spitäler in der Schweiz erreicht wird
Patientenströme		Werden explizit und kantonsspezifisch berücksichtigt

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Weaver et al. (2009) und Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2009)

Die Vorgehen in der Rehabilitation und Psychiatrie erfolgen weitgehend in Anlehnung an die jeweils in der Akutsomatik verwendeten Modelle, jedoch erschweren die nicht einheitlichen Leistungsdefinitionen oder Datengrundlagen die Umsetzung. Somit zeigen die Planungsdokumente denn auch, dass neben statistischen Datengrundlagen in der Psychiatrie und der Rehabilitation vermehrt auch qualitative Bewertungen miteinbezogen werden.

- *Einbezug privater Trägerschaften*

Die grosse Mehrheit der Spitäler mit privater Trägerschaft wird auf den Spitallisten der jeweiligen Standortkantone geführt. Vertragsspitäler im Sinne von Art. 49a KVG sind von untergeordneter Bedeutung in der Spitallandschaft. Im Zusammenhang mit dem Einbezug privater Trägerschaften wurde zudem analysiert, in welchen Kantonen der Leistungseinkauf anhand eines öffentlichen Ausschreibungsverfahrens erfolgte. Anhand der verfügbaren Planungsdokumente wurde ein solches Verfahren in 13 (Akutsomatik) bzw. 9 (Rehabilitation und Psychiatrie) Kantonen ausgemacht.

- *Interkantonale Koordination*

Im Kontext der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV kooperieren die Kantone in unterschiedlicher Form. Das Spektrum reicht von Absprachen und Austausch (insbesondere über Gefässe der GDK), gemeinsamer Bedarfsplanung (vgl. als Beispiel dafür die Versorgungsberichte der Nordwestschweizer Kantone) und der Anwendung von gemeinsamen Empfehlungen (vgl. GDK-Ost) über formelle Verpflichtungen wie der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) bis hin zur Schaffung überkantonaler Versorgungsregionen (vgl. dazu die vollständige Freizügigkeit betreffend die Spitäler auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft).¹³¹

- *Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien*

Im Zusammenhang der KVG-Revision Spitalfinanzierung sind die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung (inkl. Mindestfallzahlen) sowie des Zugangs der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist von besonderer Bedeutung. In der Bestandaufnahme wurde die Umsetzung dieser Kriterien beschrieben, insofern dies anhand

¹³¹ Vgl. auch Huber (2015, S.67).

der verfügbaren Planungsdokumente möglich war. In Ergänzung zu den genannten Kriterien wurde auf die Versorgungsrelevanz eingegangen, ein Kriterium, welches insbesondere in kleineren Kantonen in Bezug auf die Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler eine wesentliche Rolle spielt.

Die Bestandesaufnahme im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie basierte auf den verfügbaren kantonalen Planungsdokumenten. Zwar eignen sich die Dokumente für eine Auslegeordnung, von einem Vollständigkeitsanspruch muss jedoch aus mehreren Gründen Abstand genommen werden. Zum einen bilden die Resultate jeweils eine Momentaufnahme und können die dynamische Weiterentwicklung in den Kantonen nur bedingt erfassen. Ausserdem ist die konkrete Umsetzung aus diesen Dokumenten nicht bei allen Kantonen abschliessend nachvollziehbar. Schliesslich gibt es verschiedene Aspekte, die anhand der Planungsdokumente nicht beurteilt werden können, jedoch für die zweckmässige Beantwortung der Evaluationsfragestellungen relevant sind. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte.

Die *praktische Relevanz der allgemeinen und spezifischen Beurteilungskriterien* bei der Erarbeitung und Überarbeitung der kantonalen Spitalisten. Damit soll auf die Frage eingegangen werden, welche Kriterien sich (oftmals) im Rahmen der Spitalplanung als ausschlaggebend für die (Nicht-)Erteilung von Leistungsaufträgen erweisen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Kriterien im Rahmen eines Qualitäts- bzw. Kostenmonitorings laufend überprüft werden und basierend auf welchen Datengrundlagen dies erfolgt.¹³² Ergänzend hinzu kommt hier die Frage, ob und anhand welcher Datengrundlagen bzw. Informationen die Einhaltung der Aufnahmepflicht in Listenspitälern überprüft wird.

Ein weiterer Aspekt, betrifft die *Motive für die Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler* innerhalb der Spitalliste,¹³³ d.h. welche Überlegungen sind ausschlaggebend für die Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf der Spitalliste. Mögliche Motive umfassen insbesondere:

- die Verbesserung des Zugangs für die Versicherten, wenn ausserkantonale Angebote für bestimmte Regionen näher gelegen sind;
- die Sicherstellung der Versorgung, wenn bestimmte Angebote innerkantonale nicht vorhanden sind;
- die Sicherstellung der notwendigen Kapazitäten, wenn ausserkantonale Spitäler in Leistungsgruppen berücksichtigt werden, in denen zwar innerkantonale Angebote zur Verfügung stehen, deren Kapazitäten für die Versorgung der Wohnbevölkerung jedoch nicht ausreichend sind;
- die Förderung des Wettbewerbs, wenn ausserkantonale Spitäler in Leistungsgruppen berücksichtigt werden, in denen auch innerkantonale Angebote mit ausreichenden Kapazitäten verfügbar sind.

In Kapitel 2.3.3 wurde ausserdem auf die Auslegung des Begriffs des Vertragsspitals eingegangen, wobei in Anlehnung an Rüttsche (2016) zwischen einer institutionen- und leistungsbezogenen Definition unterschieden wurde. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern es im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen vorgesehen ist, dass *Listenspitäler* ausserhalb ihres Leistungsauftrags Verträge mit Krankenversicherern betreffend die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen können. Mit Ausnahme des Kantons Waadt konnte dies aufgrund der Planungsdokumente nicht abschliessend beurteilt werden.

Schliesslich soll ausserdem der Einbezug der *Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen* in den kantonalen Planungsprozess und die damit verbundenen Herausforderungen untersucht werden.

Infolgedessen sieht die vorliegende Konzeptstudie für die weiteren Evaluationsarbeiten eine Befragung der Kantone vor. Das Vorgehen und die Inhalte dieser Befragung sind in Modul 2 Kapitel 6.2 näher beschrieben.

¹³² Gestützt auf die Wirkungshypothese gemäss Pellegrini et al. (2010, S.133), dass die neuen Kriterien des Bundes zur Spitalplanung sowohl ein Qualitäts- als auch ein Kostenmonitoring ermöglichen.

¹³³ Vgl. dazu auch Huber (2015, S.64).

3 Kantonale Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Planung

3.1 Einleitung

Das vorangehende Kapitel fokussierte auf eine beschreibende Darstellung zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur kantonalen und interkantonalen Spitalplanung im Kontext der KVG-Revision Spitalfinanzierung. In diesem Kapitel geht es um die Frage, wie sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung entwickeln. Die Stärkung des Wettbewerbs ist ein zentrales Element der KVG-Revision und soll über verschiedene Massnahmen erreicht werden. Nebst der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sind für eine Beurteilung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen insbesondere die unterschiedlichen Voraussetzungen und Ausgangssituationen in den Kantonen zu berücksichtigen. Das Pflichtenheft zur vorliegenden Konzeptstudie enthielt diesbezüglich die Frage, wie eine Analyse über das Zusammenspiel von Wettbewerb und Steuerung im stationären Spitalbereich vorgenommen werden kann.¹³⁴

3.2 Methodik

Die Bestandesaufnahme zu obenstehender Evaluationsfrage basiert auf der Studie von Polynomics (2013). In dieser Studie wurden erstmals die kantonalen Rahmenbedingungen in Bezug auf das Spannungsfeld zwischen Planung und Wettbewerb systematisch analysiert. Dazu wurde ein Regulierungsindex erarbeitet, der eine Vielzahl von Aspekten der *Wettbewerbsfreundlichkeit* operationalisiert. Im nachfolgenden Kapitel sind der Regulierungsindex sowie die Resultate der Studie aus dem Jahr 2013 kurz beschrieben.

3.3 Bestandesaufnahme

Der entwickelte Regulierungsindex zielt darauf ab, eine qualitative und quantitative Beurteilung der kantonalen Spitalregulierungen zu ermöglichen. Als wichtige Regulierungsthemen werden diejenigen betrachtet, welche im Zusammenhang mit der Mehrfachrolle des Kantons als Spitalplaner, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger und Spitalbetreiber stehen. Es sind dies:

- die Hoheitsfunktion
- die Finanzierung
- die Eigentumsstruktur sowie
- die kantonale Politik im weiteren Sinn

Diese vier Regulierungsthemen mit entsprechenden Einzelregulierungen werden zu vier Subindizes sowie zu einem Gesamtindex zusammengefasst. Die Beurteilung erfolgt anhand von 40 Indikatoren, welche Einzelregulierungen erfassen, die sich positiv oder negativ auf eine wettbewerbsfreundliche Spitalversorgung auswirken. Die Datenerhebung und Auswertung erfolgte pro Kanton und pro Regulierungsthema und berücksichtigte alle im Kanton ansässigen akutsomatischen Spitäler. Somit waren auch private Leistungserbringer, die über einen kantonalen Leistungsauftrag verfügen, eingeschlossen. Im Rahmen der Studie nicht einbezogen waren allerdings die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Psychiatrie. Für den Vergleich zwischen den Kantonen wurden die genannten Einzelregulierungen im Hinblick auf ihre Wettbewerbsfreundlichkeit beurteilt und zu einem Gesamtindex zusammengefasst. Im Index wurden nur jene kantonalen Regulierungen berücksichtigt, welche zum Untersuchungszeitpunkt bereits umgesetzt waren.

Zur Indexbildung wurden Einzelregulierungen zuerst auf einer Skala zwischen null und eins normiert und anschliessend zu den vier Subindizes (Eigentum, Finanzierung, Hoheitsfunktion und

¹³⁴ Vgl. BAG (2015c, S.5).

Politik) und schliesslich zum Gesamtindex aggregiert.¹³⁵ Untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Regulierungsthemen, Einzelregulierungen, Indikatoren sowie deren Gewichtung.

Tabelle 7: Zusammensetzung Regulierungsindex zur kantonalen Spitalversorgung

Einzelregulierung	Gewichte	Indikator	Gewichte
1. Regulierungsthema: Kanton in seiner Hoheitsfunktion (Gewicht 0.35)			
– Spitalplanung	0.35	– Besitzt der Kanton keine eigenen Spitäler?	0.30
		– Existiert keine kantonal dominierte Spitalgruppe?	0.35
		– Deckt die Spitalliste alle medizinisch notwendigen Behandlungen ab?	0.35
– Leistungseinkauf	0.45	– Wird der Leistungsauftrag nach transparenten Ausschreibungsverfahren vergeben?	0.40
		– Ist die Patientenzusammensetzung frei wählbar?	0.10
		– Gibt es keine Mengenbeschränkung?	0.25
		– Müssen alle Spitäler die gleichen Auflagen für Aus- und Weiterbildung erfüllen?	0.15
		– Kann das Spital die Vergütung für das Kader (Verwaltung und Ärzte) selber wählen?	0.10
– Tarifwesen	0.20	– Gibt es keine Vorschriften zu kantonsweit einheitlicher Tarifierung?	0.25
		– Werden ausserkantonale Spitalaufenthalte nach Referenztarifen verrechnet?	0.75
		– <i>Ist der Referenztarif nach Leistung abgestuft?</i>	0.40
		– <i>Entspricht der Referenztarif den kantonalen Tarifen?</i>	0.45
		– <i>Werden die Referenztarife und die freie Spitalwahl klar kommuniziert?</i>	0.15
2. Regulierungsthema: Kanton als Mitfinanzierer (Gewicht 0.15)			
– Betriebskosten	0.15	– Wird ein prospektives Vergütungssystem angewendet?	0.40
		– Kommt dazu ein DRG-System zum Einsatz?	0.20
		– Müssen Defizite gänzlich vom Spital getragen werden?	0.40
– Investitionen	0.15	– Wird ein prospektives Vergütungssystem angewendet?	0.50
		– Dürfen Investitionen ohne kantonale Bewilligungen getätigt werden?	0.50
– GWL	0.35	– Werden gemeinwirtschaftliche Leistungen vergütet?	1.00
		– <i>Wird die Anzahl vergüteter Leistungen transparent ausgewiesen?</i>	0.50
		– <i>Publizieren die Kantone die Höhe der geleisteten Beiträge?</i>	0.50
– Kreditvergabe	0.35	– Müssen Kreditaufnahmen über den Kapitalmarkt ohne kantonale Hilfe passieren?	1.00
3. Regulierungsthema: Kanton als Eigentümer von Spitälern (Gewicht 0.25)			
– Rechtsform	0.20	– Haben die Spitäler eine eigenständige Rechtspersönlichkeit?	1.00
– Strategische Führung	0.30	– Existiert ein unabhängiger Aufsichtsrat für die strategische Führung?	1.00
		– <i>Wird der Aufsichtsrat ohne Einwirkung der Regierung bestimmt?</i>	0.33
		– <i>Wird der Aufsichtsrat ohne Regierungsvertreter besetzt?</i>	0.33
– <i>Kann das Präsidium unabhängig bestimmt werden?</i>	0.33		
– Operative Führung	0.20	– Werden die Vertreter ohne Regierungseinfluss bestimmt?	0.40
		– Kann das Führungsmodell selbständig ausgestaltet werden?	0.20
		– Ist das Spital in seiner Gewinnverwendung frei?	0.20
		– Gibt es existenzsichernde Vorgaben zur Kapitalstruktur?	0.20

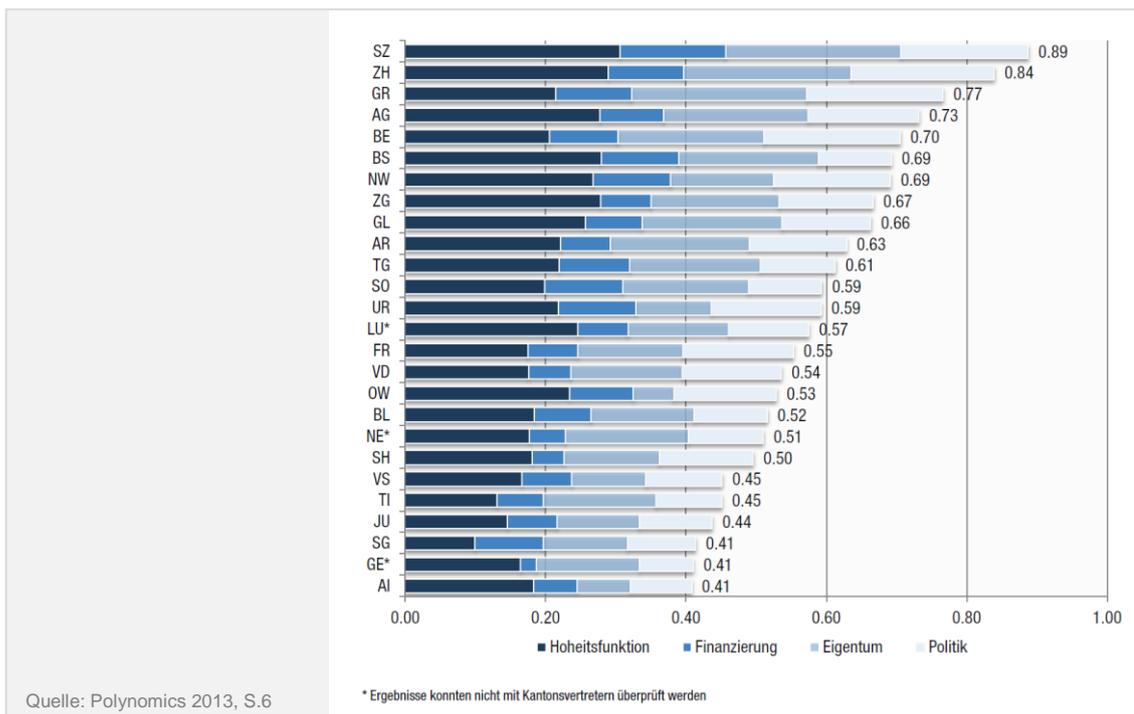
¹³⁵ Der Subindex Finanzierung wurde unterdurchschnittlich gewichtet, da mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung bzw. der Fallpauschalen der diesbezügliche Handlungsspielraum stark eingeschränkt wurde. Um abzuschätzen, welchen Einfluss das verwendete Gewichtungsschema auf die Resultate hat, wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, in der in fünf Szenarien jeweils einzelne Regulierungsthemen höher gewichtet wurden. Somit konnte systematisch geprüft werden, wie stark der Gesamtindex auf das Gewichtungsschema reagiert und welches die kritischen Regulierungsthemen sind. Die Resultate zeigten, dass die Wahl des Gewichtungsschemas keinen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse hatte (vgl. auch Polynomics 2013, S.54f.).

Einzelregulierung	Gewichte	Indikator	Gewichte
– Infrastruktur	0.30	– Ist die Infrastruktur im Eigentum des Spitals?	1.00
		- Falls nein, wird ein Zins verrechnet?	1.00
		- Falls ja, werden frühere Strukturbeiträge marktgerecht verzinst?	1.00
4. Regulierungsthema: Kanton in seiner politischen Ausgestaltung (Gewicht 0.25)			
– politische Ausgangslage	0.10	– Existiert eine Schuldenbremse?	1.00
– Spitalcontrolling	0.50	– Wird zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ein Betriebsvergleich durchgeführt?	0.40
		– Existieren gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung (ANQ)?	0.20
		– Wird der Rechnungslegungsstandard vorgegeben?	0.40
– Transparenz zu den politischen Regulierungen	0.40	– Ist die Gesetzeslage zu den einzelnen Spitalregulierungen transparent?	1.00

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Polynomics (2013)

Die Ergebnisse des Vergleichs der kantonalen Wettbewerbsfreundlichkeit für das Jahr 2012 sind nachfolgend abgebildet. Ein hoher Indexwert nahe bei eins weist auf eine wettbewerbsfreundliche Ausgestaltung der Spitalversorgung hin, während ein Wert nahe bei null als Hinweis für eine wettbewerbsfeindliche Spitalversorgung darstellt.

Abbildung 13: Wettbewerbsfreundlichkeit der kantonalen Spitalregulierung 2012



Anhand des Regulierungsindex wird ersichtlich, dass für das Jahr 2012 sehr unterschiedliche Voraussetzungen für einen Wettbewerb zwischen den Spitälern bestanden. Der Gesamtindex reichte von 0.41 bis 0.89, wobei ein Grossteil der Kantone zwischen 0.50 und 0.60 lag. Am wettbewerbsfreundlichsten erweist sich gemäss Index die Spitalregulierung in den Kantonen Schwyz und Zürich, während sich die Kantone St.Gallen, Gené und Appenzell Innerrhoden am anderen Ende des Spektrums befinden.¹³⁶

¹³⁶ Vgl. Polynomics (2013, S.50f.).

3.4 Fazit

Vorausgesetzt eine Replikation der Studie von Polynomics (2013) wird im Rahmen der Begleitforschungsaktivitäten realisiert, schlägt die vorliegende Konzeptstudie vor, dass sich die Evaluation zur KVG-Revision in Bezug auf die Frage, wie sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung entwickeln, auf diese bezieht. Dadurch kann einerseits auf das bestehende Indikatorenset zurückgegriffen werden und andererseits ermöglicht eine Replikation der Studie, Veränderungen zwischen 2012 und 2016 anhand des Regulierungsindex nachzuvollziehen. Zwar wurde bereits in der Originalstudie ergänzend zum Jahr 2012 auch die Regulierungssituation von 2007 erfasst. Da sich die Voraussetzungen mit der Einführung der Fallpauschalen aber grundlegend geändert haben, eignen sich die Ergebnisse von 2007 nicht als Referenz.

Im Rahmen der Studie von Polynomics (2013) wurde ein Indikatorenset zur Analyse der kantonalen Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Steuerung und Wettbewerb entwickelt. Der resultierende Regulierungsindex erlaubt eine weitreichende Analyse der komplexen Rahmenbedingungen, welche sich aufgrund der kantonalen Regulierungsmassnahmen ergeben. Zu beachten gilt, dass die Studie eine Momentaufnahme der Situation im Jahr 2012 darstellt. Zu diesem Zeitpunkt war keine Beurteilung sämtlicher kantonalen Umsetzungsmassnahmen möglich, da sich einzelne Reformvorschläge erst in der Planung befanden.¹³⁷ Zusätzlich ist zu beachten, dass die Studie ausschliesslich auf die Regulierungssituation in der akutstationären Versorgung fokussiert.

¹³⁷ Vgl. Polynomics (2013, S.12).

4 Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft

4.1 Einleitung

Das vorliegende Kapitel widmet sich den übergeordneten Fragestellungen nach dem Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Leistungsspektrum und die Marktanteile der Spitäler sowie inwiefern durch die KVG-Revision Spitalfinanzierung ein Einfluss auf allfällige Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft auszumachen ist (F3 gemäss Kapitel 1.1). Die konkreten Fragestellungen sind im Pflichtenheft zur vorliegenden Konzeptstudie wie folgt präzisiert (wenn nicht anderweitig deklariert, beziehen sich die Fragestellungen jeweils auf alle Versorgungsbereiche, namentlich die Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie):¹³⁸

- Wie stellt sich die Spitallandschaft in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie dar?
- Wie können das Leistungsspektrum und das Leistungsvolumen von Spitälern beschrieben werden? Wie sind die Leistungsspektren (Leistungsangebot) und Leistungsvolumina der einzelnen Spitäler? Wie haben sie sich verändert?
- Gibt es eine Zunahme der Spezialisierung? Zeichnen sich Konzentrationsprozesse ab?
- Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen Kantonen, Regionen, Spitälern?
- Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung?
- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, innerhalb der Kantone und über Kantonsgrenzen hinweg?
- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit innerhalb der psychiatrischen Versorgung zwischen den Spitälern und den Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen (ambulant, stationär, z.B. Langzeitunterbringung)?
- Inwiefern nutzen die Krankenversicherer die Möglichkeit, mit nicht auf einer Spitalliste verzeichneten Spitälern Verträge abzuschliessen (Vertragsspitäler)? In welchen Bereichen? Was sind die Gründe für allfällig unterschiedliches Verhalten?
- Bereiten sich die Spitäler auf die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie (TARPSY) vor? Was sind mögliche Auswirkungen von leistungsbezogenen Pauschalen auf das künftige stationäre und auch ambulante Angebot und auf die Spitallandschaft im Bereich Psychiatrie?

4.2 Methodik

Die nachfolgenden Auswertungen basieren auf bereits publizierten Datenmaterial (Kennzahlen der Spitäler des BAG, Standardtabellen zur KS und MS des BFS) bzw. auf bereits veröffentlichten Studien. Ergänzt wird dies durch Auswertungen der Medizinischen Statistik für die Jahre 2010 bis 2014. Die Auswertungen erfolgten mit SPSS, R und Excel. Für die Berechnung des Herfindahl-Hirschmann-Index wurde das R-Package *ineq* verwendet. Das Hauptziel der Konzeptstudie liegt in der Herleitung geeigneter Indikatoren im Hinblick auf die weiteren Evaluationsarbeiten innerhalb des Themenbereichs. Infolgedessen beschränkt sich die Bestandesaufnahme auf eine deskriptiv-statistische Analyse im Sinne einer Auslegeordnung. Im Zuge der Beschreibung der Ergebnisse gilt ein besonderer Fokus auch den Datengrundlagen bzw. deren Verfügbarkeit. Es werden so die aktuell bestehenden Herausforderungen und allfällige Datenlücken aufgezeigt, so

¹³⁸ Für die psychiatrische Versorgung enthält das Pflichtenheft zusätzlich die Frage, wie das gegenwärtige Angebot im ambulanten Bereich einzuschätzen ist, welche Veränderungen im ambulanten Angebot zu beobachten sind und inwiefern diese auf die Revision zurückzuführen sind (vgl. dazu BAG 2015d, S.5). Im Rahmen der Bestandesaufnahme in der vorliegenden Konzeptstudie wurde auf diese Frage nicht eingegangen. Die Bestandesaufnahme beruht massgeblich auf den Daten der Medizinischen Statistik, welche keine Informationen zu ambulanten Leistungen enthält. Für die Evaluationsarbeiten in der Hauptstudie wurde die Frage im Modul 2 (vgl. Kapitel 6.2) berücksichtigt.

dass im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten die notwendigen Strategien abgeleitet werden können, um diese Herausforderungen zu adressieren.

Für die Analyse der Medizinischen Statistik wurden die Datensätze für die Jahre 2010 bis 2014 auf Ebene der Betriebe verknüpft. Die Verknüpfung erfolgte durch das BFS und war ausschliesslich für jene Betriebe möglich, deren BUR-Nr. im entsprechenden Zeitraum unverändert blieb. Die Auswertungen beschränken sich auf die Fälle mit Austritt im jeweiligen Datenjahr (Statistikfall A), die übrigen Fälle wurden entfernt. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Wartepatienten gemäss Definition des BFS.¹³⁹ Im Anschluss daran wurden die Fälle in drei separate Datensätze nach Versorgungsbereichen aufgeteilt. Die Differenzierung erfolgte anhand der Hauptkostenstelle, wobei Fälle der Hauptkostenstelle M500 dem Datensatz Psychiatrie und Fälle der Hauptkostenstellen M900 und M950 dem Datensatz Rehabilitation zugeordnet wurden.¹⁴⁰ Die verbleibenden Fälle bilden schliesslich den Datensatz Akutsomatik.

Die Auswertungen im Rahmen der vorliegenden Bestandesaufnahme erfolgen jeweils aggregiert nach *Spitaltyp*:¹⁴¹

- Universitätsspitäler (K111)
- Zentrumsspitäler (K112)
- Grundversorgungsspitäler (K121, K122, K123)
- Psychiatrische Kliniken (K211, K212)
- Rehabilitationskliniken (K221)
- Geriatrische Spezialkliniken (K234)
- Andere Spezialkliniken (K231, K232, K235)

Je nach Gegenstand und Versorgungsbereich werden jeweils mehrere der genannten Kategorien unter *Übrige* zusammengefasst.

Eine Analyse auf Ebene des *rechtlich-wirtschaftlichen Status* ist in der vorliegenden Bestandesaufnahme aus zweierlei Gründen nicht machbar. Zum einen weil keine Daten der Krankenhausstatistik zur Verfügung standen. Zum andern weil die Variable „privat – öffentlich/subventioniert“ nicht länger Bestandteil der Krankenhausstatistik ist, da die für ihre Ermittlung benötigten Elemente nicht mehr verfügbar sind, namentlich die Angabe, ob Subventionen oder finanzielle Garantien durch den Staat vorliegen. Diese sind infolge der Neuregelung der Finanzierung im Zuge der KVG-Revision nicht mehr vorgesehen.¹⁴²

Aus Datenschutzgründen standen ebenfalls die Variablen *Kanton des Spitalstandorts*,¹⁴³ und *Standort des Spitals*¹⁴⁴ nicht zur Verfügung. Infolgedessen waren keine Auswertungen auf Ebene der *Kantone* bzw. auf Ebene der *Standorte* möglich.

4.3 Bestandesaufnahme

Bevor auf einzelne Indikatoren und Versorgungsbereiche eingegangen wird, sollen vorab einige langfristige Tendenzen der Spitallandschaft aufgezeigt werden. In Abbildung 14 ist die Zahl der

¹³⁹ Fälle mit Eintrittsart (Variable 1.2.V03) „Interner Übertritt“ (4) und Hauptdiagnose (Variable 4.2.V010) „Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung: Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung“ (Z75.8), vgl. dazu auch BFS (2008b, S.16f.).

¹⁴⁰ Vgl. Pellegrini & Roth (2015, S.24).

¹⁴¹ Vgl. dazu die Krankenhaustypologie des BFS (2006). Bei Auswertungen basierend auf den Standardtabellen zur Krankenhausstatistik beinhaltet die Kategorie „andere Spezialkliniken“ ebenfalls Leistungserbringer des Typs K234 (Geriatric). Falls dies zutrifft, ist dies jeweils in den Abbildungen und Tabellen gekennzeichnet.

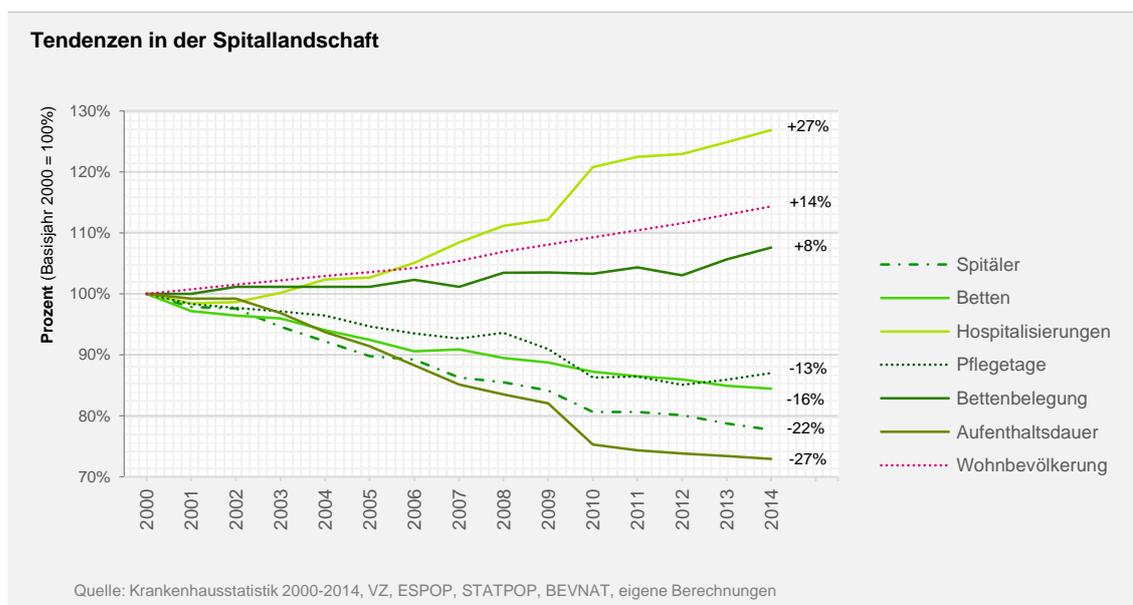
¹⁴² Vgl. auch Pellegrini & Roth (2016, S.8).

¹⁴³ Variable (vgl. BFS 2008, S.6): gemäss den Voraussetzungen und Bedingungen des BFS für die Lieferung von Einzeldaten ohne Personenbezeichnung aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser umfasst der Lieferumfang entweder die Variable zum Spitaltyp oder die Variable zum Kanton des Spitalstandorts (0.1.V04 gemäss BFS 2008, S.6).

¹⁴⁴ Rangnummer des Standorts innerhalb desselben Betriebs (Variable 0.1.V03 gemäss BFS 2008, S.6).

Spitäler (Betriebe), Betten, Hospitalisationen (Fälle) und Pflēgetage sowie die mittleren Aufenthaltsdauer¹⁴⁵ und die Bettenbelegung¹⁴⁶ für den Zeitraum zwischen 2000 und 2014 dargestellt.¹⁴⁷ Zwischen 2000 und 2014 haben die Bettenzahl (-16%), die Aufenthaltsdauer (-27%) und die Pflēgetage (-13%) abgenommen. Gleichzeitig haben die ständige Wohnbevölkerung (+14%), die Zahl der Hospitalisationen (+27%) und die Bettenbelegung (+8%) zugenommen.

Abbildung 14: Tendenzen in der Spitallandschaft 2000-2014



Es wird in diesem Zusammenhang bewusst jeweils von der Anzahl Betriebe gesprochen. Aus dem Detailkonzept der Krankenhausstatistik geht hervor, dass unter dem Begriff Betrieb grundsätzlich eine juristische Einheit verstanden wird. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind dann möglich, wenn die kantonale Gesetzgebung eine Erfassung nach geografischem Standort vorsieht, bzw. sich Kanton und Betrieb im öffentlichen Interesse einvernehmlich auf eine detailliertere Erfassung einigen. In diesen Fällen erscheint eine juristische Einheit als mehrere Betriebe in der Statistik. Diese Regelung ist in vielerlei Hinsicht – insbesondere aus Perspektive der kantonalen Spitalplanungen – sinnvoll, für die Analyse allfälliger Konzentrationstendenzen in der Spitallandschaft jedoch erschwerend. Es bleibt unklar, ob anhand der rückläufigen Tendenz der Betriebe in der Akutsomatik sämtliche Entwicklungen in der Spitallandschaft abgebildet werden. Aufgrund der genannten Regelung ist nicht eindeutig, ob z.B. bei einer Fusion von zwei juristischen Einheiten beide weiterhin als eigenständige Betriebe in der Statistik erscheinen. Ausserdem zu erwähnen ist, dass für die vorliegende Bestandesaufnahme die Variable Standort nicht zur Verfügung stand, anhand derer – mit Ausnahme der oben erwähnten Fälle – in der Regel die Differenzierung nach geografischem Standort in der Medizinischen Statistik hergestellt wird. Infolge der genannten Gründe kann im Rahmen der Bestandesaufnahme keine Aussage dazu gemacht werden, inwiefern beobachtete Konzentrationstendenzen lediglich die Ebene der juristischen Einheiten betreffen oder ebenso von geografischer Relevanz sind. Die genannten Einschränkungen haben analoge Implikationen für die Auswertungen in den nachfolgenden Kapiteln 4.3.1 bis 4.3.5.

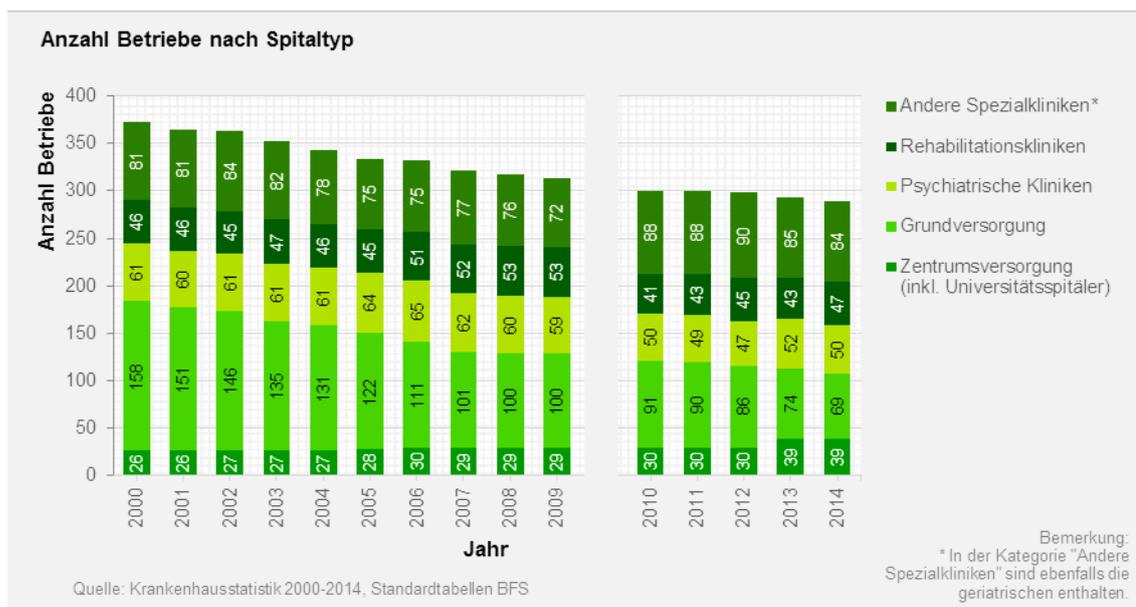
¹⁴⁵ Es wurden nur Fälle berücksichtigt, deren Eintritts- und Austrittsdatum eine Berechnung der Aufenthaltsdauer ermöglichten. Die Aufenthaltsdauer entspricht der Differenz zwischen dem Eintrittsdatum und Austrittsdatum plus eins. Von diesem Total werden administrative Urlaube subtrahiert. Langzeitfälle (Aufenthaltsdauer > 365 Tage) werden nicht berücksichtigt. Vgl. BFS (2015).

¹⁴⁶ Die Bettenbelegung ist definiert durch das Verhältnis der Pflēgetage zu den Bettenbetriebstagen. Bettenbetriebstage sind definiert als Tage, an welchen ein Bett zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht. Diese Angaben stammen aus der Krankenhausstatistik des BFS. Die Quelle für die Pflēgetage ist die Medizinische Statistik (vgl. dazu Definition Pflēgetage BFS 2015).

¹⁴⁷ Vgl. dazu auch H+ (2014).

In Abbildung 15 sind ergänzend die Spitäler (Betriebe) aufgegliedert nach Spitaltyp dargestellt. Die Gesamtzahl der Betriebe sinkt von 372 im Jahr 2000 auf 289 im Jahr 2014, was der in Abbildung 14 dargestellten Tendenz entspricht (-22%). Betrachtet man nur die Entwicklung zwischen den Jahren 2010 bis 2014, so ist insgesamt ein Rückgang der Anzahl Betriebe von 300 auf 289 auszumachen.

Abbildung 15: Anzahl Betriebe nach Spitaltyp, 2000-2014



Die in Abbildung 14 und Abbildung 15 dargestellten Indikatoren basieren auf den öffentlich publizierten Daten zur Krankenhausstatistik (Standardtabellen der Krankenhausstatistik). Zwar lassen sich anhand dieser Daten die langfristigen Tendenzen anschaulich darstellen, als Grundlage für die Beantwortung der detaillierten Fragestellungen sind sie aber in der Regel ungeeignet. Grund dafür sind Inkonsistenzen in der Datenerhebung, die sich aufgrund der periodischen Anpassungen der Erhebungspraxis ergeben. Diese Anpassungen erfolgen häufig in Anlehnung an die sich verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die wohl massgeblichste Überarbeitung erfolgte durch die Revision der Krankenhausstatistik im Jahr 2010.¹⁴⁸ Das führt dazu, dass die Vergleichbarkeit der Daten ab 2010 mit den Daten aus den Vorjahren nicht in jedem Fall gegeben ist. Davon betroffen ist mitunter die Zahl der Betriebe. Bis 2009 hatten zahlreiche Spitäler in den Statistiken des BFS ihre Fachgebiete als eigenständige juristische Einheiten erfasst (z.B. als HUG – Soins aigus, HUG – Soins psychiatriques, HUG – Soins continus, HUG – Soins subaigus). Diese Praxis wurde mit den Daten 2010 aufgegeben, virtuelle Einheiten wurden wieder zusammengeführt und die Statistiken für den Gesamtbetrieb ausgefüllt (z.B. als Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG). Ausserdem wurden im Jahr 2010 die Geburtshäuser in der Krankenhausstatistik integriert.¹⁴⁹ Infolgedessen fokussieren die nachfolgenden Auswertungen auf den Zeitraum zwischen 2010 und 2014.

Eine weitere Herausforderung, die aus Abbildung 15 nicht direkt offensichtlich ist, betrifft die Unterscheidung der Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zwar sind die Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken separat abgebildet, es ist aber so, dass z.B. auch in Rehabilitationskliniken Fälle hospitalisiert sind, welche der akutstationären Versorgung zuzuordnen sind. Gemäss Pflichtenheft zur Konzeptstudie sollen die Fragestellungen separat für die jeweiligen Versorgungsbereiche bearbeitet werden – im Bewusstsein, dass die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen von zentraler Bedeutung sind. Für eine zweckmässige Unterscheidung der Versorgungsbereiche basieren die nachfolgenden Auswertungen auf den Daten

¹⁴⁸ Vgl. BFS (2010, S.4ff.).

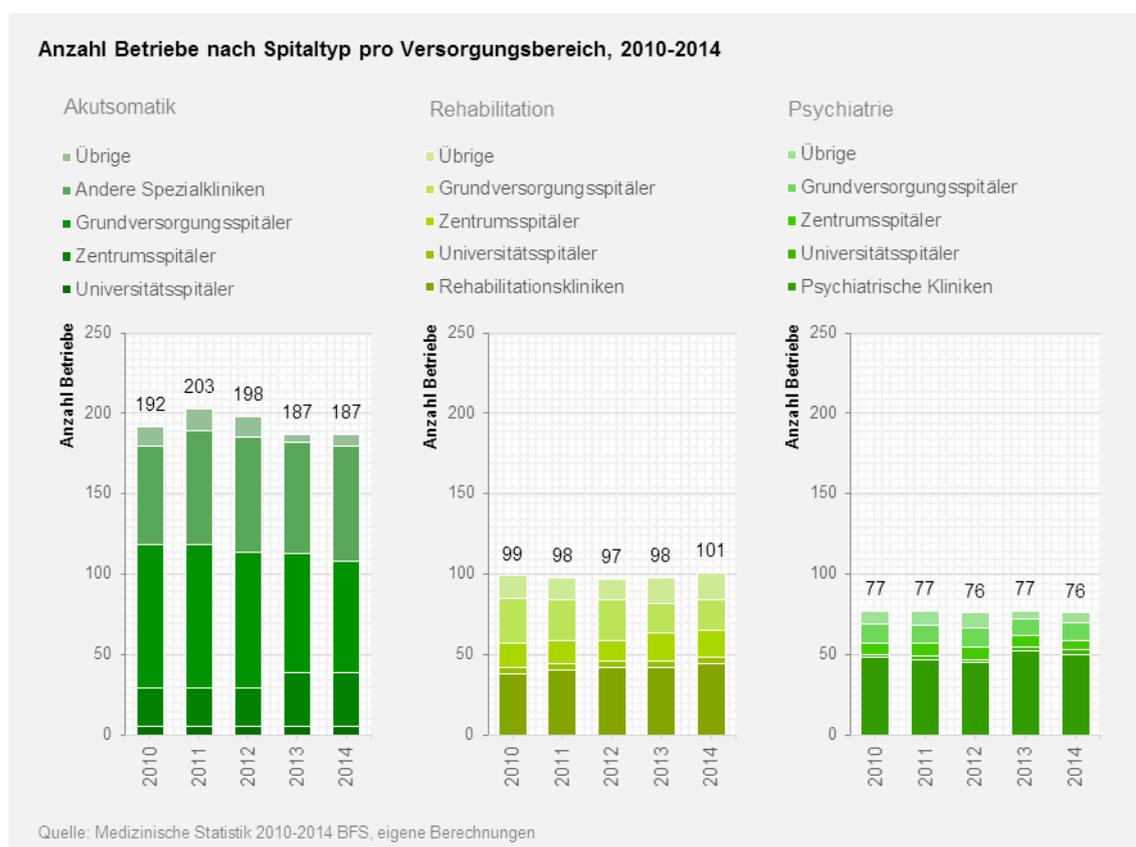
¹⁴⁹ Vgl. BAG (2012, S.5f.).

der Medizinischen Statistik, wobei die Abgrenzung der Versorgungsbereiche über die Hauptkostenstelle und auf Basis der einzelnen Fälle hergeleitet wurde.¹⁵⁰

4.3.1 Leistungserbringer

Zur Beschreibung der Spitallandschaft sowie zur Beschreibung der Entwicklungen in der Spitallandschaft infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung ist die Zahl der Leistungserbringer ein erster zentraler Indikator. Zugrunde liegt dabei die Hypothese, dass durch die Massnahmen der KVG-Revision der Wettbewerb zwischen den Spitälern gestärkt wird und der Wettbewerb wiederum zu einer Veränderung der Spitallandschaft führt. Weniger wettbewerbsfähige Spitäler werden tendenziell vom Markt verschwinden, während sich die wettbewerbsfähigeren Spitäler auf dem Markt durchsetzen.¹⁵¹ Abbildung 16 und Tabelle 8 zeigen die Entwicklung der Anzahl Betriebe nach Versorgungsbereich und Spitaltyp für die Jahre 2010 bis 2014 basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik des BFS. Ausgewiesen wird jeweils die Anzahl Betriebe mit stationären Fällen in den jeweiligen Hauptkostenstellen.

Abbildung 16: Anzahl Betriebe nach Versorgungsbereich und Spitaltyp, 2010-2014



In der Akutsomatik sinkt die Anzahl der Betriebe zwischen 2011 und 2014 von 203 auf 187. Der Anstieg zwischen 2010 und 2011 kommt zustande, weil die Teilnahme an der Erhebung zur Medizinischen Statistik im Jahr 2010 für Geburtshäuser noch freiwillig war. Korrigiert man für diesen Effekt, würde sich die Zahl der Betriebe im Jahr 2010 auf 201 belaufen und somit beinahe dem Bestand im Folgejahr entsprechen. Im Gegensatz zur Akutsomatik erweist sich die Zahl der Betriebe in der stationären Rehabilitation und Psychiatrie im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 als weitgehend stabil.

¹⁵⁰ Vgl. Kapitel 4.2.

¹⁵¹ Vgl. dazu Pellegrini et al. (2010, S.134).

Tabelle 8: Anzahl Betriebe nach Versorgungsbereich und Spitaltyp, 2010-2014

Spitaltyp	Akutsomatik					Rehabilitation					Psychiatrie				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Universitätsspitäler	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3
Zentrumsspitäler	24	24	24	34	34	15	15	13	17	17	7	8	8	7	6
Grundversorgungsspitäler	89	89	85	74	69	28	25	25	19	19	12	11	12	10	11
Psychiatrische Kliniken	3	3	3	1	2	3	2	2	3	3	48	47	45	52	50
Rehabilitationskliniken	7	9	8	3	4	38	40	42	42	44	2	2	2	2	2
Geriatrische Spezialkliniken	2	2	2	1	1	4	4	4	5	4	0	0	0	0	0
Andere Spezialkliniken	62 ^a	71	71	69	72	7	8	7	8	10	6	7	7	3	4
Total	192^a	203	198	187	187	99	98	97	98	101	77	77	76	77	76

Quelle: Medizinische Statistik 2010-2014, eigene Berechnungen

^a Die Geburtshäuser zählten ab dem Datenjahr 2010 zur Grundgesamtheit der Betriebe, die Datenlieferung war aber für das Jahr 2010 noch freiwillig

In Bezug auf die Verteilung der Betriebe nach Spitaltyp ist insbesondere die Verschiebung von Grundversorgungs- zu Zentrumsspitalern in der Akutsomatik auffallend. Infolge der alle drei Jahre durchgeführten Neubeurteilung der Krankenhaustypologie wurden mitunter zwölf Betriebe, die der Kategorie „Grundversorgung“ angehörten, neu der Kategorie „Zentrumsversorgung“ zugeordnet.¹⁵²

Mit der KVG-Revision wurde mitunter auch die Unterscheidung von privaten und öffentlichen Spitälern durch die Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitalern abgelöst. Daraus leitet sich die Hypothese ab, dass sich die Marktanteile von privaten, öffentlichen und Vertragsspitalern verändern werden. Zur Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern wird im Kontext der stationären Gesundheitsversorgung in der Regel auf den rechtlich-wirtschaftlichen Status abgestellt. Die Unterscheidung erfolgt dabei massgeblich anhand der Rechtsform des Betriebs sowie der Existenz einer Betriebsbeitrags- bzw. einer Defizitdeckungsgarantie.¹⁵³ Eine Analyse auf Ebene des rechtlich-wirtschaftlichen Status ist in der vorliegenden Bestandesaufnahme aus den in Kapitel 4.2 beschriebenen Gründen nicht machbar. Aufgrund der oben formulierten Hypothese wäre aber gerade diese Unterscheidung von zentraler Bedeutung. Dies gilt analog für die Auswertungen in den Kapiteln 4.3.2 bis 4.3.5. Im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten in Kapitel 6.1 wird im Hinblick auf die Hauptstudie ein Vorschlag formuliert, wie trotz dieses Umstands eine Analyse der Entwicklungen nach rechtlich-wirtschaftlichen Status der Betriebe realisiert werden kann.

Bereits zu beobachten ist jedoch eine deutliche Entwicklung, was die Rechtsform der Betriebe anbelangt. Die meisten öffentlich-rechtlichen Spitäler sind heute entweder selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten (34%), Aktiengesellschaften (31%) oder private Stiftungen (13%). Der Anteil der Spitäler, die Teil der öffentlichen Verwaltung sind, ist im Zeitraum zwischen 2007 und 2013 von 7% auf 2% gesunken, der Anteil der unselbständigen Anstalten von 13% auf 7%. Diese Verschiebung zu selbstständigen Rechtsformen wird mit mehr strategischer Flexibilität und Eigenständigkeit assoziiert, was als wichtige Voraussetzung für die Spitäler im Kontext eines verstärkten Wettbewerbs im Spitalwesen betrachtet wird.¹⁵⁴

4.3.2 Leistungsspektrum

Im Hinblick auf eine allfällige Spezialisierung in der Spitallandschaft stellt sich in einem ersten Schritt die Frage, wie sich das Leistungsspektrum eines Spitals zweckmässig beschreiben lässt. Dazu geeignet ist die Unterscheidung der hospitalisierten Patienten nach Leistungsbereichen bzw. Leistungsgruppen.

¹⁵² Vgl. auch Pellegrini & Roth (2016, S.8), die Kriterien, welche für die Unterscheidung zwischen Zentrums- und Grundversorgern dienen, sind in BFS (2006) beschrieben.

¹⁵³ Vgl. auch BFS (2001).

¹⁵⁴ Vgl. Credit Suisse (2013, S.18ff.).

4.3.2.1 Akutsomatik

Für die Akutsomatik erfolgte die Kategorisierung gemäss der Spitalleistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Die SPLG wurden von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Rahmen der Spitalplanung 2012 unter Beizug von über 100 Fachexperten entwickelt. Ziel war es, eine medizinisch sinnvolle Systematisierung von Versorgungsleistungen herzustellen, die kompatibel mit einer zweckmässigen Spitalorganisation ist. Die SPLG wurden den Kantonen von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Übernahme empfohlen und werden mittlerweile in vielen Kantonen als Grundlage für die Bedarfsermittlung und der Spitallisten verwendet.¹⁵⁵ Die SPLG werden seit 2010 vom BFS auf Basis der Medizinischen Statistik und des Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gruppiert. Jede SPLG ist eindeutig anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) definiert. Eine Übersicht der SPLG bzw. der verschiedenen Versionen nach Datenjahr befindet sich im Anhang 8.4.¹⁵⁶ Auswertungen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen beschränken sich auf die Datenjahre ab 2012. Für einen Vergleich mit den Jahren 2010 und 2011 ist die Datenkonsistenz nicht ausreichend. Als Indiz dafür dient der relative Anteil der Grundversorgungsleistungen (Leistungsgruppe Basispaket), der sich erst ab 2012 auf einem stabilen Niveau einpendelte. Plausible Ursachen dafür sind die laufende Weiterentwicklung der SPLG-Systematik wie auch der zugrundeliegenden Diagnose- und Behandlungskataloge sowie die zunehmende Präzision der Codierung von Diagnosen und Behandlungen durch die Einführung der Fallpauschalen, infolgedessen die Zuordnung eines Falles in einen fachspezifischen Leistungsbereich wahrscheinlicher wird.¹⁵⁷

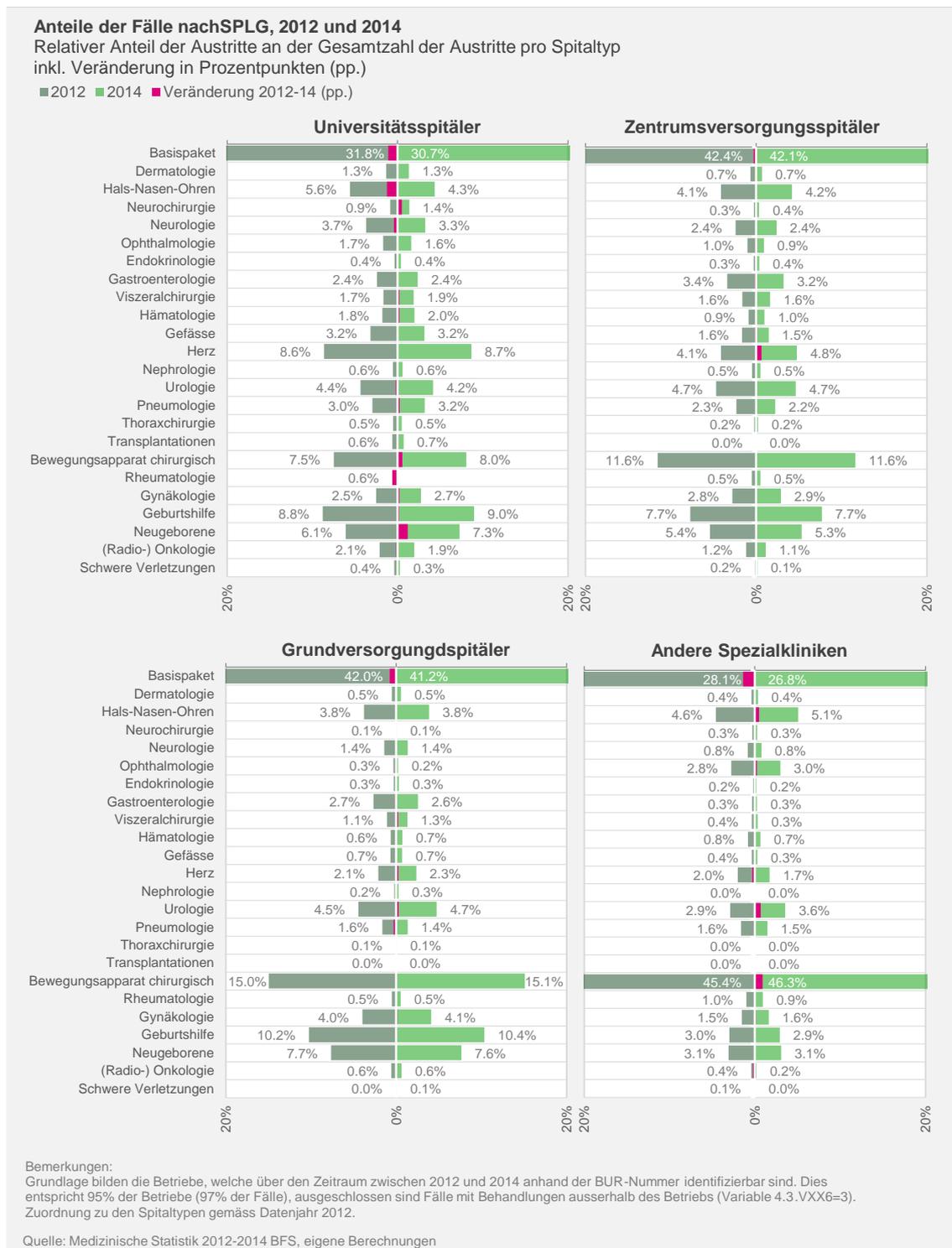
Abbildung 17 zeigt die relative Verteilung der Fälle auf die Leistungsbereiche nach Spitaltyp für die Jahre 2012 und 2014. Insgesamt erweisen sich die Leistungsspektren auf Ebene der Spitaltypen als weitgehend stabil. Der geringfügige Rückgang des relativen Anteils des Basispakets über alle Spitaltypen hinweg ist wahrscheinlich auf eine allgemeine Zunahme der Codierqualität zurückzuführen, wodurch eine Zuordnung in eine spezifische Leistungsgruppe wahrscheinlicher wird. Der Vergleich der Leistungsspektren zwischen den Spitaltypen zeigt die überproportionale Bedeutung der Grundversorgungsleistungen (Basispaket) sowie orthopädischen Leistungen (Bewegungsapparat chirurgisch) in Spitälern der Grund- und Zentrumsversorgung gegenüber Universitätsspitälern. Der hohe Anteil der Leistungen innerhalb des Bereichs Bewegungsapparat chirurgisch in den anderen Spezialkliniken ist auf den hohen Anteil der chirurgischen Spezialkliniken in dieser Kategorie zurückzuführen.

¹⁵⁵ Vgl. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2009, S.27ff.) sowie Kapitel 2.3.

¹⁵⁶ Vgl. auch Huber (2015, S.28)

¹⁵⁷ Letztere Ursache könnte anhand eines Vergleichs des relativen Anteils des Basispakets zwischen Kantonen, die bereits vor 2012 basierend auf Fallpauschalen abgerechnet haben, mit anderen Kantonen, überprüft werden. Da die Variablen *Kanton* des Spitalstandorts nicht verfügbar war, konnte diese Überprüfung im Rahmen der vorliegenden Bestandaufnahme nicht erfolgen.

Abbildung 17: Akutsomatik - Leistungsspektren nach Spitaltyp, 2012 und 2014



4.3.2.2 Rehabilitation

Zur Beschreibung der Leistungsspektren in der Rehabilitation werden in einem ersten Schritt die geriatrischen Hospitalisationen anhand der Hauptkostenstelle (M900) abgegrenzt. Zu beachten gilt es dabei, dass im daraus hergeleiteten Leistungsbereich *Geriatric* nicht ausschliesslich Fälle der geriatrischen Rehabilitation enthalten sind, sondern auch Fälle der Akutgeriatrie und der Gerontopsychiatrie. Im Idealfall würde eine Unterscheidung dieser Leistungen anhand der angewendeten Tarife erfolgen. Die Medizinische Statistik beinhaltet jedoch keine Variable, anhand derer eine solche Unterscheidung möglich wäre. Vor diesem Hintergrund wurden in der vorliegenden Studie sämtliche Fälle der Hauptkostenstelle Geriatrie dem Versorgungsbereich Rehabilitation zugeordnet,¹⁵⁸ da davon ausgegangen werden kann, dass eine Mehrheit der Hospitalisationen der Hauptkostenstelle Geriatrie der geriatrischen Rehabilitation zuzuschreiben sind.

In einem zweiten Schritt wurden die Fälle der Hauptkostenstelle Rehabilitation (M950) nach organspezifischen Gesichtspunkten zu rehabilitativen Leistungsbereichen zusammengefasst. Die Zuteilung erfolgte basierend auf der Gruppierungssystematik der Gesundheitsdirektion Zürich anhand der Hauptdiagnose.¹⁵⁹ Daraus ergeben sich folgende Leistungsbereiche:

- Neurorehabilitation inkl. Paraplegiologie
- Muskuloskeletale Rehabilitation
- Kardiovaskuläre Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Internistisch-onkologische Rehabilitation
- Psychiatrische und sozialmedizinische Rehabilitation
- Übrige Rehabilitation
- Geriatrie
- Nicht klassifizierbare Fälle

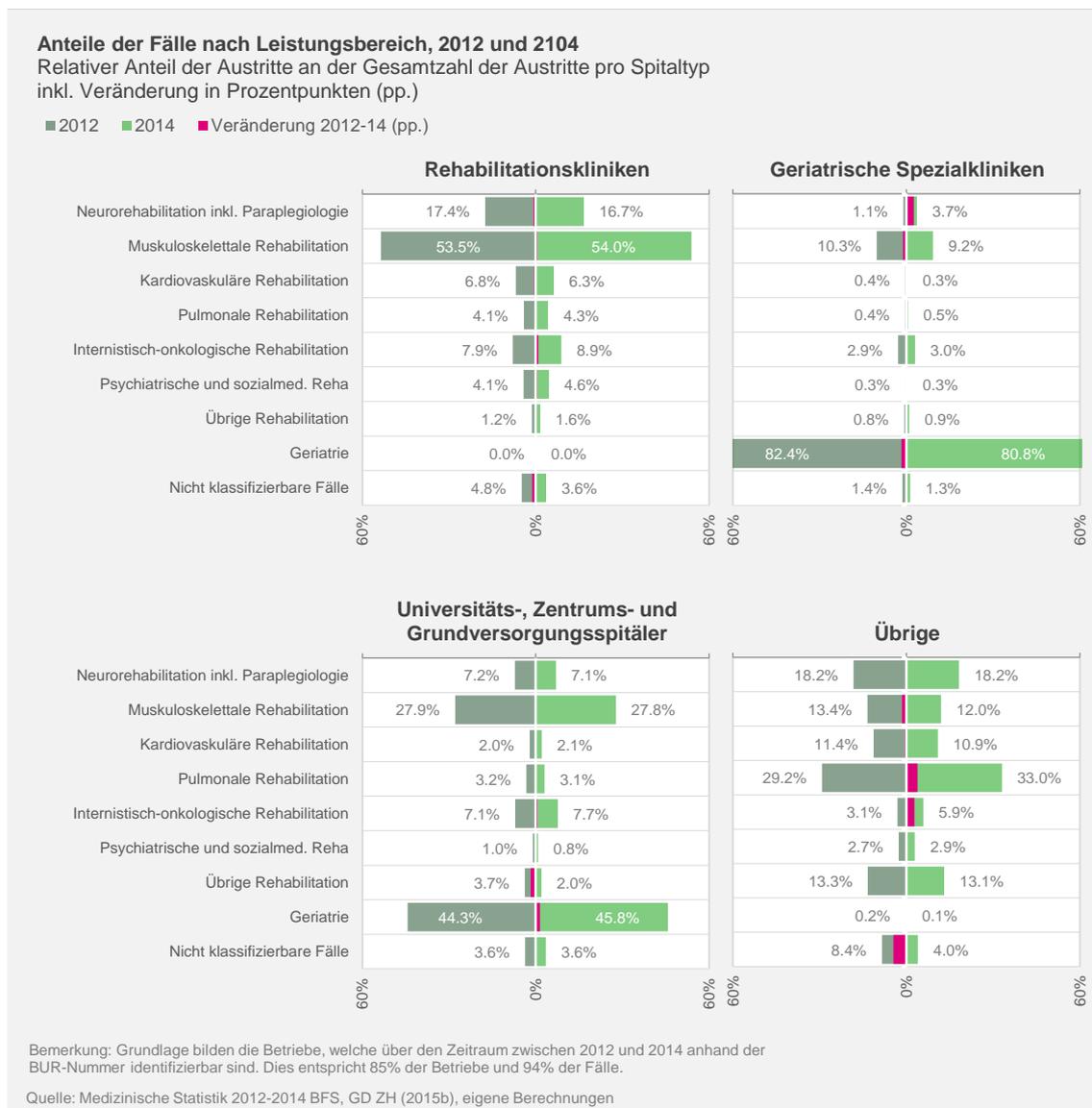
Fälle, die anhand der Hauptdiagnose nicht eindeutig als rehabilitative Hospitalisationen identifizierbar sind, wurden in der Sammelkategorie „nicht klassifizierbare Fälle“ zusammengefasst. Der relative Anteil dieser Sammelkategorie beläuft sich im Jahr 2010 noch auf 12.5%, sinkt aber im Jahr 2012 auf unter 5% und bleibt im Zeitraum zwischen 2012 und 2014 weitgehend stabil auf einem Niveau zwischen 3.3% und 4.5%. Vor diesem Hintergrund beschränken sich die nachfolgenden Auswertungen auf Ebene der Leistungsbereiche auf den Zeitraum zwischen 2012 und 2014.

In Abbildung 18 sind die Leistungsspektren innerhalb der stationären Rehabilitation für die Jahre 2012 und 2014 dargestellt. Wie bereits für die Akutsomatik, erweisen sich auch hier die Leistungsspektren als weitgehend stabil. Über die Hälfte der Fälle in Rehabilitationskliniken fällt dem Leistungsbereich der muskuloskelettalen Rehabilitation zu. An zweiter Stelle folgen Leistungen der Neurorehabilitation. In geriatrischen Spezialkliniken überwiegen logischerweise die Hospitalisationen im Leistungsbereich Geriatrie. Auch in Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitälern machen geriatrische Fälle den grössten Anteil aus, gefolgt von der muskuloskelettalen Rehabilitation. Die Kategorie Übrige umfasst in Abbildung 18 die Psychiatriekliniken sowie die anderen Spezialkliniken.

¹⁵⁸ Vgl. dazu auch Kapitel 4.2.

¹⁵⁹ Im Gegensatz zur zugrundeliegenden Gruppierungssystematik wurden die Fälle der Paraplegiologie nicht separat ausgewiesen, sondern im Leistungsbereich Neurorehabilitation subsumiert (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2015b).

Abbildung 18: Rehabilitation - Leistungsspektren nach Spitaltyp, 2012 und 2014



4.3.2.3 Psychiatrie

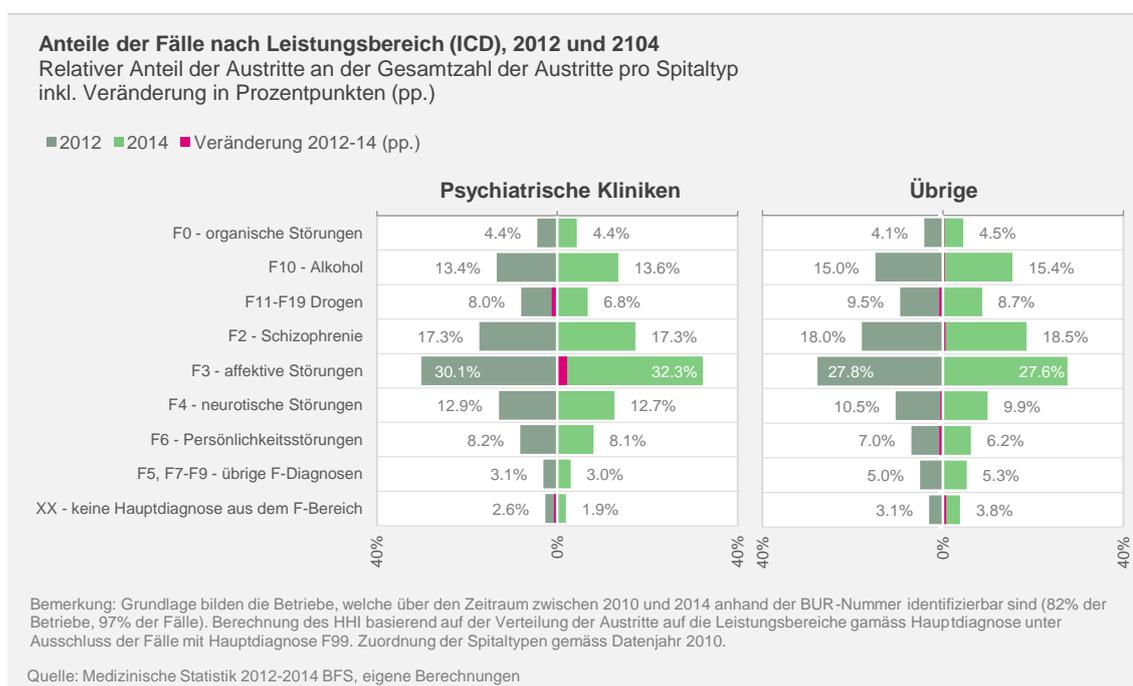
Für die stationäre Psychiatrie lassen sich folgende Leistungsbereiche basierend auf den Diagnosegruppen psychischer Störungen nach ICD-10 unterscheiden. Die Zuordnung erfolgte dabei anhand der Hauptdiagnose.

- F0 - organische Störungen
- F10 - Alkohol
- F11-F19 - Drogen
- F2 - Schizophrenie
- F3 - affektive Störungen
- F4 - neurotische Störungen
- F6 - Persönlichkeitsstörungen
- F5, F7-F9 - übrige F-Diagnosen¹⁶⁰
- XX - keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich

¹⁶⁰ Die Gruppe „F5, F7-F9 übrige F-Diagnosen“ beinhaltet: F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F7 Intelligenzminderung, F8 Entwicklungsstörungen und F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

In Abbildung 19 sind die Leistungsspektren für die Jahre 2012 und 2014 dargestellt, wobei zwischen Psychiatrischen Kliniken und den übrigen Leistungserbringern mit Fällen in der Hauptkostenstelle M500 unterschieden wird. Analog zur Akutsomatik und zur Rehabilitation erweisen sich auch hier die Leistungsspektren als weitgehend stabil. Der beobachtbare Anstieg des relativen Anteils im Bereich der affektiven Störungen innerhalb der psychiatrischen Kliniken ist auf einen überproportionalen Anstieg der gesamthaften Fallzahlen in diesem Leistungsbereich zurückzuführen. Die Zahl der Hospitalisationen im Bereich der affektiven Störungen stieg zwischen 2012 und 2014 um +8.3%, währenddessen in Bezug auf die Zahl der psychiatrischen Hospitalisationen insgesamt im gleichen Zeitraum lediglich ein Anstieg um +3.5% zu verzeichnen ist.

Abbildung 19: Psychiatrie - Leistungsspektren nach Spitaltyp, 2012 und 2014



4.3.3 Marktanteile

Aufgrund der Verstärkung der freien Spitalwahl stellt sich die Frage, inwiefern bei den Versicherten ein verändertes Wahlverhalten zu beobachten ist. Zugrunde liegt dabei die Wirkungshypothese, dass es durch die Verstärkung der freien Spitalwahl bei den Versicherten zu einem veränderten Wahlverhalten bezüglich der Leistungserbringer im stationären Spitalbereich kommt. Dies betrifft insbesondere die verstärkte Möglichkeit zur Auswahl von Privatspitälern¹⁶¹ und ausserkantonalen Spitälern, welche sich auf einer Spitalliste eines Kantons befinden (vgl. das nachfolgende Kapitel). Von Interesse ist zusätzlich die Entwicklung auf Ebene der Spitaltypen, beispielsweise im Hinblick auf die Frage, ob sich infolge der Revision eine Verschiebung von Regionalspitälern zu Spezialkliniken einstellt.¹⁶²

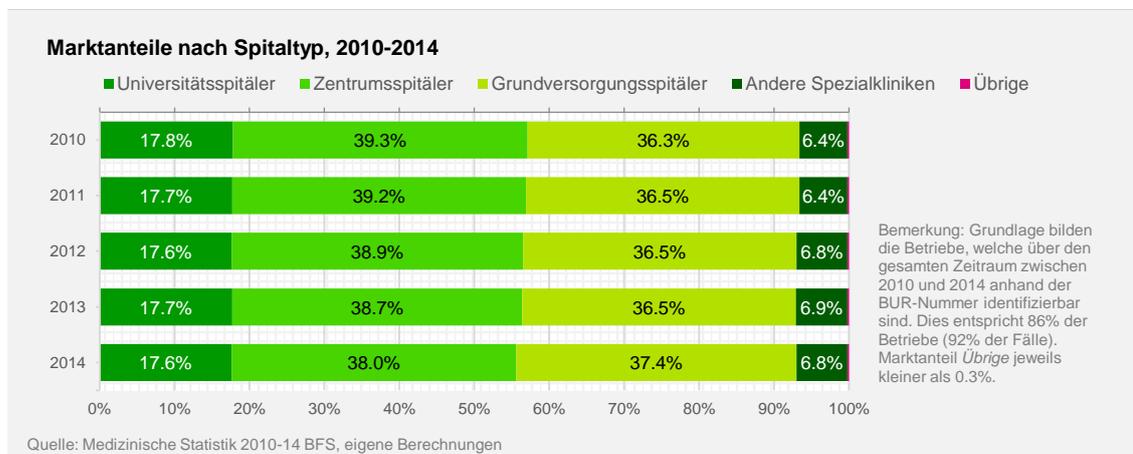
4.3.3.1 Akutsomatik

In Abbildung 20 sind die Marktanteile nach Spitaltyp für die Jahre 2010 bis 2014 dargestellt. Die Zuteilung der Spitäler zu den Spitaltypen erfolgte anhand des Spitaltyps im Datenjahr 2012 des jeweiligen Betriebs, so wurde sichergestellt, dass jeweils immer dieselben Leistungserbringer verglichen werden.

¹⁶¹ Hierbei sind Privatspitäler im Sinne des rechtlich-wirtschaftlichen Status vor Einführung der KVG-Revision Spitalfinanzierung zu verstehen.

¹⁶² Vgl. Pellegrini et al. (2010, S.90; S.132ff.).

Abbildung 20: Akutsomatik - Marktanteile nach Spitaltyp, 2010-2014



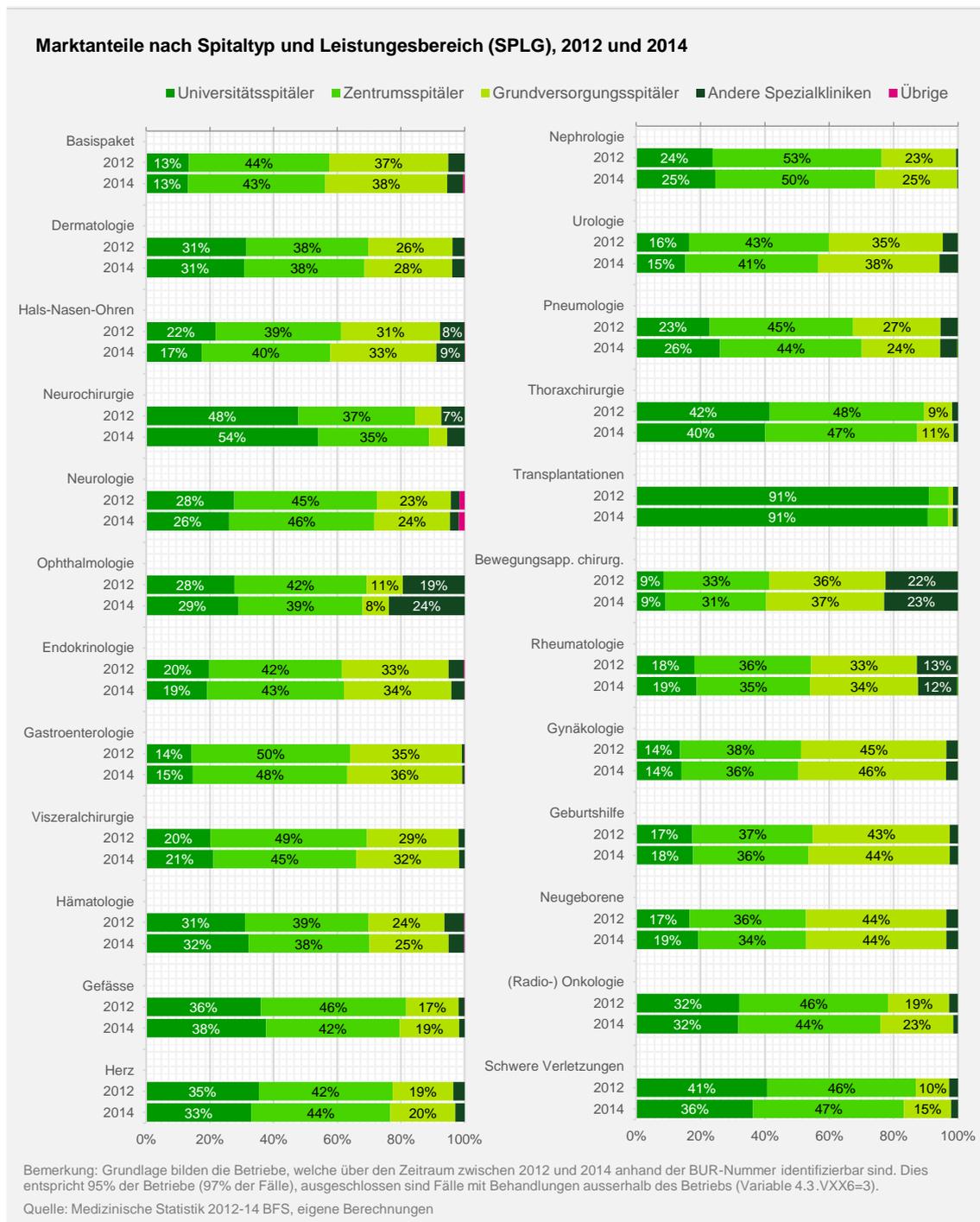
Grundsätzlich erweisen sich die Marktanteile nach Spitaltypen als weitgehend stabil. Zu erwähnen ist der Anstieg bei den Spitälern der Grundversorgung um 1.1%, was rund 12'000 stationären Hospitalisationen entspricht, währenddessen bei den Zentrumsspitälern gerade der gegenläufige Trend bemerkbar ist. Dieser Zuwachs bei den Grundversorgungsspitälern ist sicherlich mit ein Grund, weshalb per 2013 zwölf Grundversorgungsspitäler neu der Kategorie Zentrumsspitäler zugeordnet wurden, da die Gesamtzahl der Fälle mitunter eines der Kriterien für die Zuteilung in die Spitaltypen darstellt.¹⁶³

In Abbildung 21 sind die Veränderungen der Marktanteile zwischen 2012 und 2014 zusätzlich nach Leistungsbereich differenziert. Wie bereits beim Total der Marktanteile, zeigt sich auch hier in der grossen Mehrheit der Leistungsbereiche eine Verschiebung zugunsten der Spitälern der Grundversorgung. Die Universitätsspitäler verlieren insbesondere in den Bereichen Hals-Nasen-Ohren (-4.4%), Schwere Verletzungen (-4.4%) und Herz (-2.4%) an Marktanteilen, verzeichnen hingegen einen Anstieg in den Bereichen Pneumologie (+3.2%) und Neugeborene (+2.7%). Für die Zentrumsspitäler ist ein Rückgang des Marktanteils in den Bereichen Viszeralchirurgie (-4.3%) und Gefässe (-3.6%) zu verzeichnen, in beiden Bereichen ist eine Verlagerung in die Universitäts- und Grundversorgungsspitäler zu beobachten. Schliesslich fällt insbesondere der Anstieg des Marktanteils der Spezialkliniken im Bereich Ophthalmologie (+4.4%) auf.

Eine Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern ist anhand der zugrundeliegenden Datengrundlagen im Rahmen der Bestandesaufnahme nicht möglich. Gemäss Pellegrini und Roth (2016, S.3) weisen die Privatspitäler einen überdurchschnittlichen Anstieg der Spitalaufenthalte zwischen 2012 und 2013 auf (+4.9% im Gegensatz zu +0.8% in den öffentlichen Spitälern). Infolgedessen ist grundsätzlich von einer steigenden Tendenz des Marktanteils der Privatspitäler auszugehen.

¹⁶³ Vgl. BFS (2006).

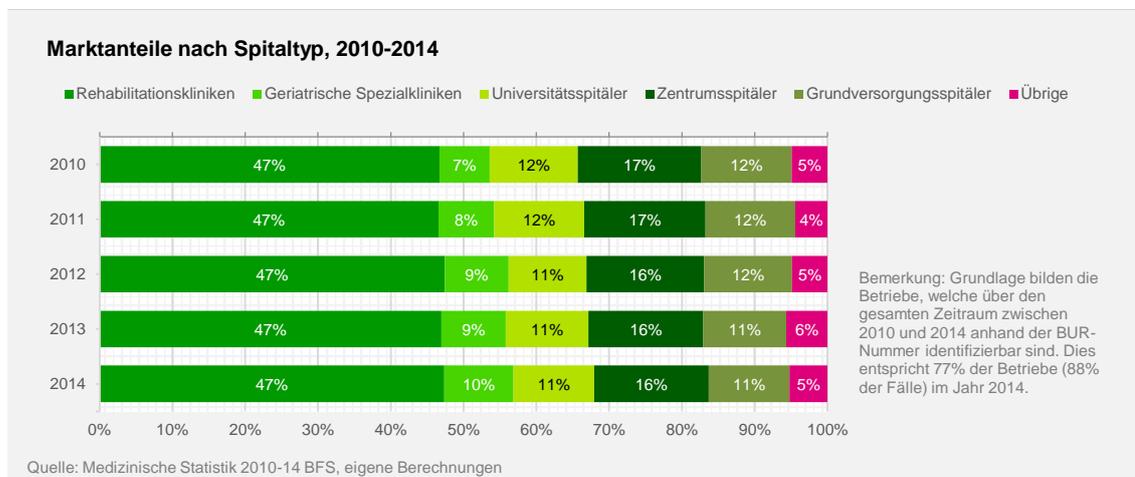
Abbildung 21: Akutsomatik - Marktanteile 2012 und 2014 nach Spitaltyp und Leistungsbereichen



4.3.3.2 Rehabilitation

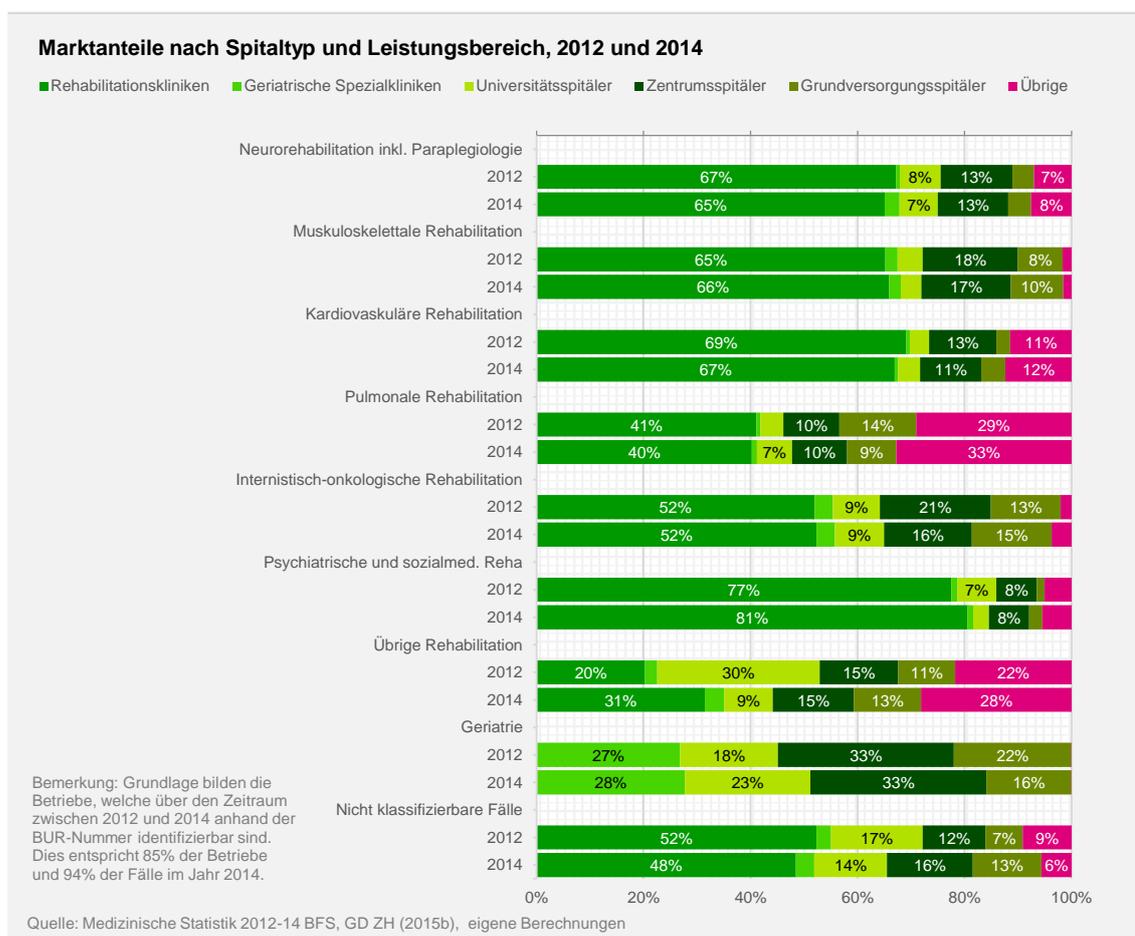
In Abbildung 22 sind die Marktanteile für die stationäre Rehabilitation nach Spitaltyp für den Zeitraum zwischen 2010 und 2014 dargestellt. Grundsätzlich blieben die Marktanteile äusserst stabil. Eine leicht steigende Tendenz ist hinsichtlich des Marktanteils der geriatrischen Spezialkliniken auszumachen.

Abbildung 22: Rehabilitation - Marktanteile nach Spitaltyp, 2010-2014



In Abbildung 23 sind die Marktanteile der Rehabilitation für die Jahre 2012 und 2014 zusätzlich nach Leistungsbereichen abgebildet. Erwähnenswert erscheint der Anstieg des Marktanteils der Universitätsspitäler innerhalb der Geriatrie. Im Jahr 2012 waren 18% der Austritte mit Hauptkostenstelle Geriatrie in Universitätsspitalern zu verzeichnen, im Jahr 2014 waren es 25%.

Abbildung 23: Rehabilitation - Marktanteile nach Spitaltyp und Leistungsbereich, 2012 und 2014

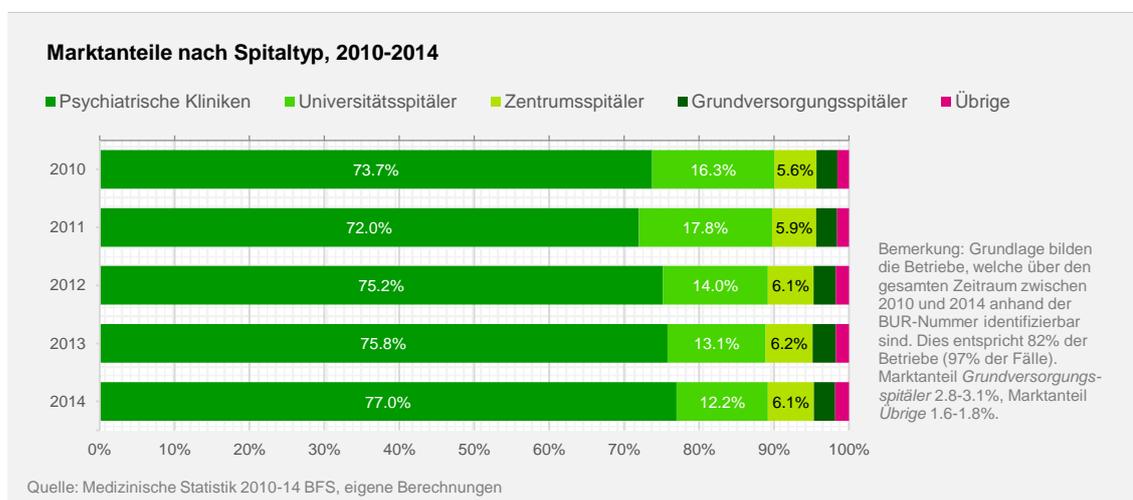


Für die pulmonale Rehabilitation wird anhand von Abbildung 23 die Bedeutung der Spezialkliniken in diesem Leistungsbereich offensichtlich (33% der Austritte im Jahr 2014). Die Veränderungen in den Leistungsbereichen psychiatrisch-sozialmedizinische und übrige Rehabilitation sowie innerhalb der nicht klassifizierbaren Fälle sind aufgrund des vergleichsweise geringen Fallzahlen mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren (weniger als 4% der Austritte im Jahr 2014 entfielen jeweils auf die genannten Leistungsbereiche).

4.3.3.3 Psychiatrie

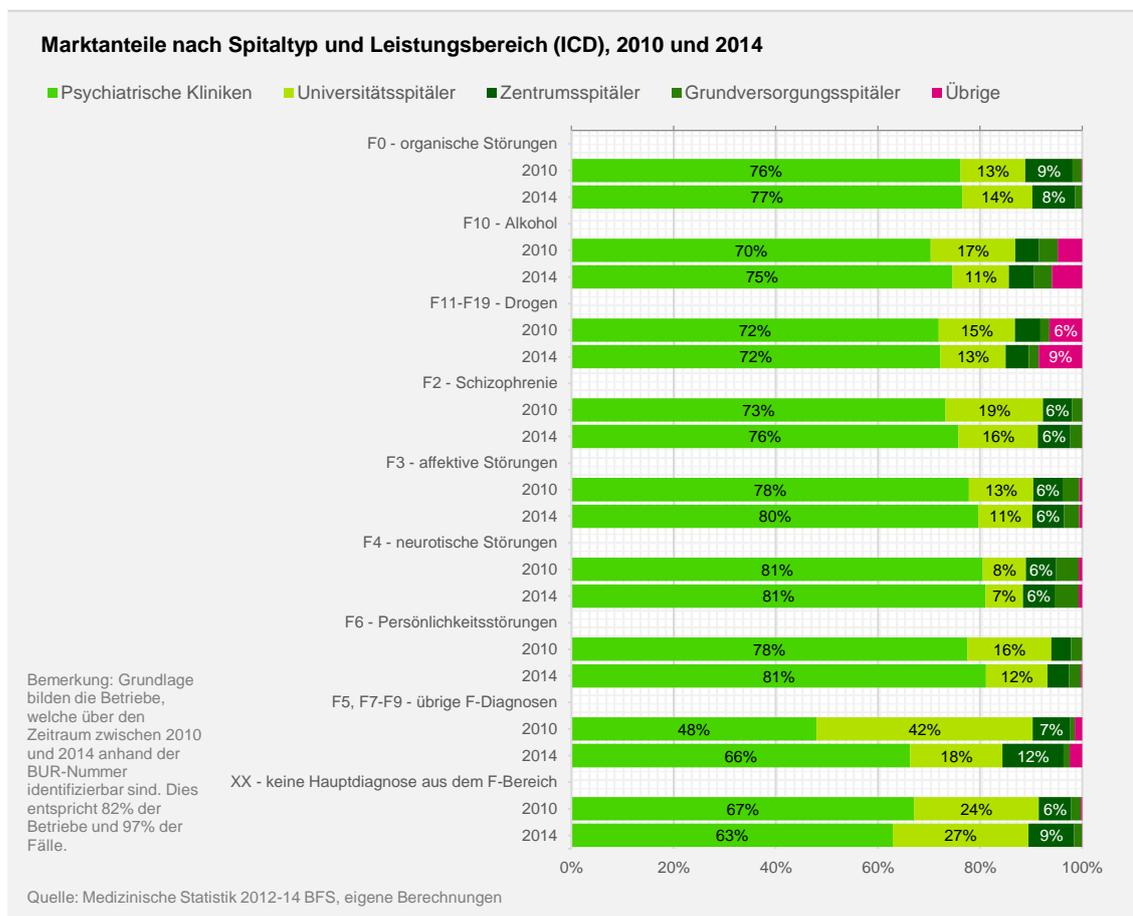
In Abbildung 24 sind die Marktanteile für die stationäre Psychiatrie nach Spitaltyp dargestellt. Rund drei Viertel der Leistungen werden durch die psychiatrischen Spezialkliniken erbracht. Im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 ist insbesondere der Anstieg des Marktanteils der psychiatrischen Spezialkliniken von 73.7% auf 77% auffallend, wobei gleichzeitig ein rückläufiger Trend bei den Universitätsspitalern zu beobachten ist.

Abbildung 24: Psychiatrie - Marktanteile nach Spitaltyp, 2010-2014



In Abbildung 25 sind die Marktanteile zusätzlich nach Hauptdiagnosen differenziert. Daraus ersichtlich wird die spezifische Relevanz der spezialisierten Suchtkliniken in den suchtkliniken Leistungsbereichen. Die massgeblichen Veränderungen zwischen 2010 und 2014 im Bereich der übrigen F-Diagnosen sind darauf zurückzuführen, dass ab dem Jahr 2012 kaum noch Fälle in der Sammelkategorie „Nicht näher bezeichnete psychische Störungen“ (F99) codiert wurden und ist in diesem Sinne vor allem als Zeichen der zunehmenden Codierqualität zu interpretieren. Bis 2011 war gerade in den Universitätsspitalern der Anteil der nicht näher spezifizierten Fälle hoch. Infolgedessen beschränken sich die Auswertungen auf Ebene der Hauptdiagnosen in den nachfolgenden Kapiteln auf die Jahre 2012 bis 2014.

Abbildung 25: Psychiatrie - Marktanteile nach Spitaltyp und Leistungsbereich, 2010 und 2014



4.3.4 Patientenströme (ausserkantonale Hospitalisationen)

Gemäss Abschnitt 4.1 wird durch die Verstärkung der freien Spitalwahl im Rahmen der KVG-Revision mit einem veränderten Wahlverhalten der Versicherten ausgegangen. Dies betrifft mitunter die verstärkte Möglichkeit zur Auswahl ausserkantonaler Spitäler, welche sich auf einer Spitalliste eines Kantons befinden. Mit Bezug auf Art. 58d lit. a des KVV ist in diesem Zusammenhang in der Regel von *interkantonalen Patientenströmen* die Rede.

Für die Bestandesaufnahme hinsichtlich der Patientenströme stützt sich die vorliegende Konzeptstudie auf die Ergebnisse aus der Studie von Huber (2015) ab. In dieser Studie wird die Hypothese betreffend das veränderte Wahlverhalten der Versicherten dahingehend konkretisiert, dass im Übergang zur freien Spitalwahl (1) zum einen ein Anstieg der Patientenströme zwischen den Kantonen allgemein und (2) zum andern ein Anstieg der Patientenströme in der akutsomatischen Grundversorgung im Speziellen zu beobachten sein sollte. Letztere Hypothese stützt sich auf die Tatsache, dass in medizinisch begründeten Fällen bereits vor der Einführung der freien Spitalwahl oftmals Behandlungen ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen wurden, wenn im Wohnkanton kein entsprechendes Leistungsangebot zur Verfügung stand. Der Gesetzgeber musste also davon ausgegangen sein, dass mit der freien Spitalwahl andere, nicht-medizinische Gründe für eine ausserkantonale Hospitalisation bestehen und die Hindernisse für eine ausserkantonale Inanspruchnahme daher abgebaut werden sollten. Wenn diese Annahme stimmt, müsste sich das auch in einer Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisationen bei nichtspezialisierten Spitalleistungen zeigen.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Vgl. Huber (2015, S.24ff.).

Die Annahme, dass die interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl zunehmen müssten, wird aufgrund der Ergebnisse von Huber (2015, S.34) bestätigt. Im schweizerischen Mittel wuchs der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen von 13% im Jahr 2010 auf 14.9% im Jahr 2013. Ebenso in Bezug auf die interkantonalen Patientenströme innerhalb der Grundversorgung zeigt sich ein Anstieg der ausserkantonomer Hospitalisationen. Bezogen sich im Jahr 2010 noch 10.3% der Basisleistungen auf ausserkantonale Hospitalisationen, waren es im Jahr 2013 11.7%. Darüber hinaus wird in der Studie von Huber auf die unterschiedlichen (Ausgangs-)Situationen und Entwicklungen in den Kantonen anhand verschiedener Kennzahlen eingegangen. Auf eine detaillierte Darstellung der diesbezüglichen Resultate wird an dieser Stelle verzichtet und auf die Originalstudie verwiesen. Aufgrund ihrer Ergebnisse identifiziert Huber (2015, S.10) einen kontinuierlichen Anstieg der interkantonalen Patientenströme. In welchem Ausmass diese Entwicklung durch die Einführung der freien Spitalwahl hervorgerufen wurde, sei anhand der Ergebnisse – mitunter aufgrund des noch eingeschränkten Beobachtungszeitraums – nicht abschliessend beurteilbar.

Im Zusammenhang mit den Fragestellungen der vorliegenden Konzeptstudie sind die interkantonalen Patientenströme deshalb von Bedeutung, weil dadurch Veränderungen in der Spitallandschaft im Sinne eines Anstiegs des Marktanteils ausserkantonomer Leistungserbringer resultieren können. Da ein grosser Teil der Bevölkerung schon vor der Einführung der freien Spitalwahl über eine Zusatzversicherung „allgemeine Abteilung ganze Schweiz“ oder (halb-)private Zusatzversicherungen verfügte, die eine ausserkantonale Hospitalisation ohne Zusatzkosten ermöglichen, sind die zu erwartenden Auswirkungen der freien Spitalwahl auf das Verhalten der Versicherten zu relativieren.¹⁶⁵ Ein Anstieg der ausserkantonomer Behandlungen kann aber nichtsdestotrotz als Indiz für einen zunehmend über die Kantonsgrenzen reichenden Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern betrachtet werden. In diesem Sinne stellt ein Anstieg der ausserkantonomer Hospitalisationen einen Anstieg des Marktanteils ausserkantonomer Leistungserbringer innerhalb eines kantonalen Spitalmarktes dar.

Im Gegensatz zur akutstationären Versorgung liegen für die Rehabilitation und Psychiatrie keine gesamtschweizerischen Analysen bezüglich des Anteils der ausserkantonomer Hospitalisationen vor. Im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten sind analoge Auswertungen auch für die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie vorgesehen.¹⁶⁶

4.3.5 Spezialisierung und Konzentration

Grundsätzlich wird im Zusammenhang mit der KVG-Revision davon ausgegangen, dass durch die Stärkung der Wettbewerbselemente im Spitalbereich eine Konzentration bzw. eine Spezialisierung herbeigeführt wird. Die Begriffe Konzentration und Spezialisierung sind dabei wie folgt zu unterscheiden. Die **Spezialisierung** legt den Fokus auf die Perspektive der Leistungserbringer und beschreibt die Fokussierung einzelner Leistungserbringer auf bestimmte Leistungsbereiche. Die **Konzentration** entspricht der Perspektive des Versorgungssystems und beschreibt die Reduktion der Zahl der Leistungserbringer in bestimmten Leistungsbereichen bzw. die Verschiebung der Marktanteile zugunsten grösserer Leistungserbringer.

Pellegrini et al. (2010, S.132ff.) identifizierten in diesem Zusammenhang folgende Wirkungszusammenhänge im Kontext der KVG-Revision Spitalfinanzierung:

- Der Wettbewerb unter den Spitälern in der stationären Leistungserbringung führt auch zu einer Veränderung der Spitallandschaft. Weniger wettbewerbsfähige Spitäler werden tendenziell vom Markt verschwinden, während sich die wettbewerbsfähigeren Spitäler auf dem Markt durchsetzen werden. Es wird zudem teilweise zu Spezialisierungen der Spitäler kommen, indem sie sich im Bereich der stationären Leistungserbringung auf ihre Kernkompetenzen besinnen werden;
- Das veränderte Wahlverhalten der Versicherten führt ebenfalls zu einer Veränderung der Spitallandschaft, indem weniger stark frequentierte Spitäler bzw. Teile von Spitälern geschlossen werden können, während stärker frequentierte ausgebaut werden;

¹⁶⁵ Vgl. Huber (2015, S.70).

¹⁶⁶ Vgl. Kapitel 6.5.

- Die neuen Spitalisten setzen dem Wettbewerb der Spitäler in der stationären Leistungserbringung klare Grenzen. Der Wettbewerb findet hauptsächlich zwischen den Leistungserbringern auf den Spitalisten statt.

Als Kennzahl für die Auswertungen zur Konzentration bzw. Spezialisierung in der Bestandaufnahme dient der Herfindahl-Hirschmann Index (HHI). Ursprünglich wurde der HHI als Kennzahl zur Messung der Marktkonzentration in der Industrie entwickelt, fand jedoch bereits in diversen Studien zur Spezialisierung von Spitälern Anwendung.¹⁶⁷ Der HHI misst den Anteil der Austritte innerhalb eines Spitals und berechnet sich wie folgt:

$$HHI_h = \sum_{i=1}^N p_{ih}^2$$

p_{ih} bezeichnet den Anteil der Austritte im Leistungsbereich i an der Gesamtzahl der Austritte in Spital h . Der HHI_h ist demnach die Summe aller quadrierten Anteile der Austritte p_{ih} für ein bestimmtes Spital. N bezeichnet hier die Anzahl der Leistungsgruppen. Der Wertebereich des HHI umfasst $\frac{1}{N} \leq HHI_h \leq 1$. Oftmals werden die Anteilswerte vorab mit dem Faktor 100 multipliziert, so dass der so berechnete HHI im Wertebereich $\frac{10'000}{N} \leq HHI_h \leq 10'000$ liegt.¹⁶⁸ Aus Gründen der Anschaulichkeit wird in dieser Konzeptstudie nachfolgend letztere Methode verwendet. Ein HHI_h nahe bei 10'000 bedeutet, eine hohe Spezialisierung eines Leistungserbringers auf wenige Leistungsgruppen. Ein kleiner HHI bedeutet eine gleichmässige Verteilung der Austritte auf viele Leistungsgruppen.

Ein besonderer Vorteil des HHI liegt darin, dass er nicht nur – wie oben beschrieben – als Mass für die Spezialisierung eines einzelnen Spitals geeignet ist, sondern in analoger Weise für die Betrachtung der Konzentration pro Leistungsgruppe (bzw. Leistungsbereich) angewendet werden kann. In diesem Fall misst der HHI die Verteilung der Austritte pro Spital (Marktanteile) innerhalb einer bestimmten Leistungsgruppe:

$$HHI_i = \sum_{h=1}^H p_{ih}^2$$

Im Vergleich zur Formel zuvor ändert sich einzig der Laufindex. Mit anderen Worten werden hierbei die quadrierten Marktanteile der Spitäler h innerhalb einer bestimmten Leistungsgruppe i aufsummiert. Ein hoher HHI spricht für eine hohe Konzentration innerhalb einer Leistungsgruppe, wohingegen ein tiefer HHI auf eine geringe Konzentration hinweist.

Weitere Vorteile des HHI liegen in der einfachen Konstruktion und in der anschaulichen Interpretation als gewichtete durchschnittliche Steigung der Konzentrationskurve, wobei die Gewichtung über die einzelnen Anteile der Merkmalsträger erfolgt. Da jeder einzelne Merkmalsträger berücksichtigt wird, können auch kleine Veränderungen wahrgenommen werden, die beispielsweise von der Konzentrationsrate nicht erkannt werden.¹⁶⁹

4.3.5.1 Akutsomatik

In Bezug auf die Spezialisierung der Spitäler lautet die Hypothese, dass sich Spitäler im DRG-System auf ihre Stärken, ihre Kernkompetenzen konzentrieren (komparative Vorteile). Als Indikator für die Spezialisierung dient die Verteilung der stationären Fälle auf die Leistungsbereiche. Als zentrale Kennzahl wird dabei der Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) pro Betrieb, basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik für die Jahre 2012 bis 2014 betrachtet.

In Abbildung 26 ist der HHI (Median) nach Spitaltyp für die akutstationären Leistungserbringer dargestellt. Ein hoher HHI korrespondiert mit einer hohen Spezialisierung, d.h. ein Grossteil der

¹⁶⁷ Vgl. u.a. Kobel & Theurl (2013), Zwanziger et al. (1996), Dayhoff & Cromwell (1993).

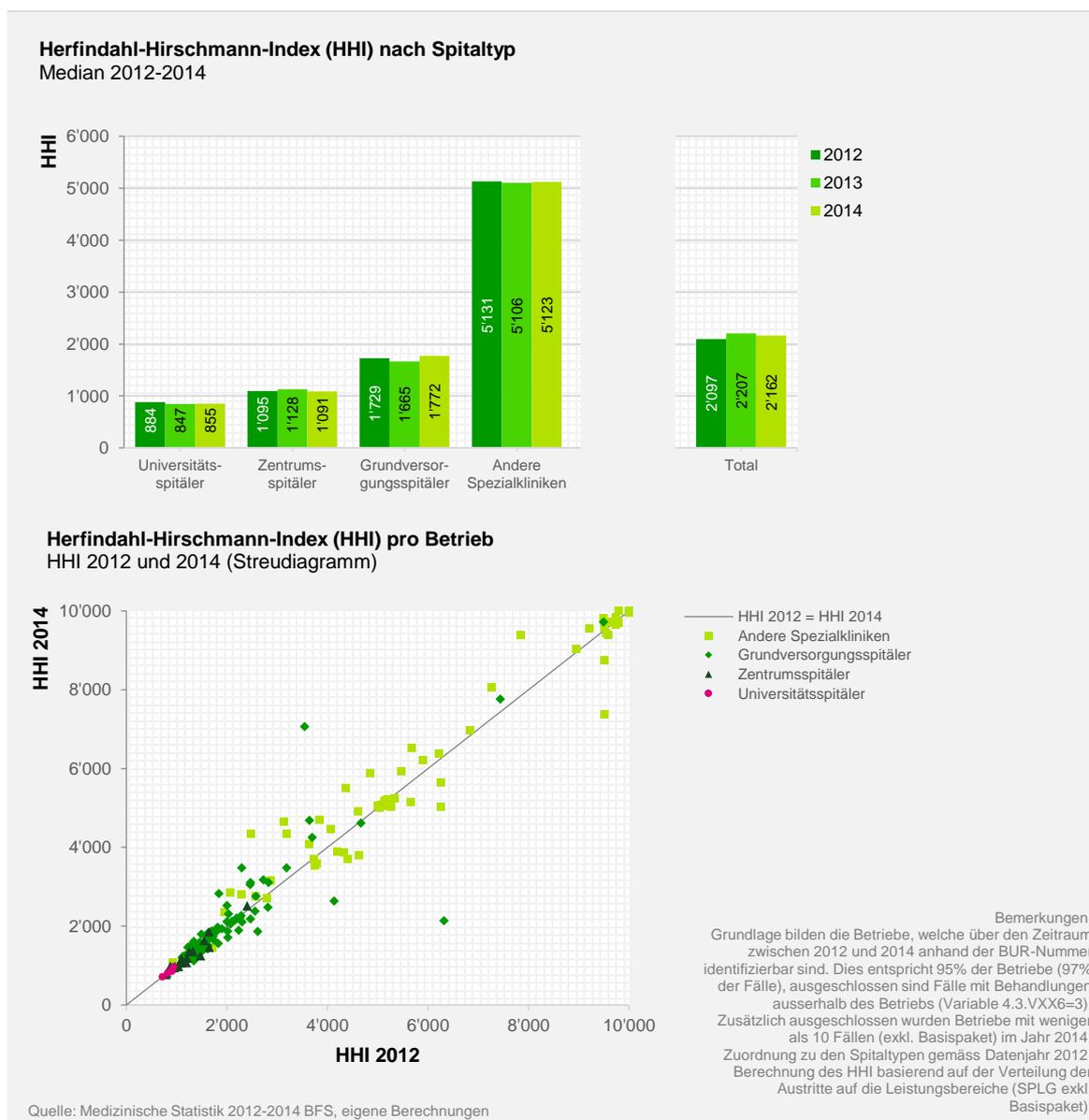
¹⁶⁸ Vgl. z.B. IOM (2010).

¹⁶⁹ Vgl. Duller (2005).

Austritte konzentriert sich auf wenige Leistungsbereiche. Den niedrigsten HHI weisen die Universitätsspitäler auf, was nicht weiter überraschend ist. Sämtliche Universitätsspitäler verzeichnen jeweils Austritte in sämtlichen Leistungsbereichen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die Spezialkliniken. Bei 50% der Spezialkliniken konzentrieren sich die Austritte im Jahr 2014 auf 6 oder weniger Leistungsbereiche.

Aus Abbildung 26 wird ebenfalls ersichtlich, dass der HHI für alle Spitalkategorien im Zeitraum zwischen 2012 und 2014 weitgehend stabil bleibt. Insgesamt ist ein unwesentlicher Anstieg des HHI von 2'097 im Jahr 2012 auf 2'162 im Jahr 2014 feststellbar (+3.1%), der vollumfänglich durch die Veränderung des nationalen Patientenmix zu erklären ist. Mit dem nationalen Patientenmix ist in diesem Zusammenhang die relative Verteilung aller Patientenaustritte auf die Leistungsbereiche gemeint. Aufgrund der Veränderung des nationalen Patientenmix, wäre ein Anstieg des HHI um +4.6% zu erwarten.

Abbildung 26: Akutsomatik - Spezialisierung auf Ebene der Betriebe nach Spitaltyp



Im Streudiagramm ist ausserdem pro Betrieb der HHI 2014 in Abhängigkeit des HHI aus dem Jahr 2012 abgebildet. Ein Wert oberhalb der Diagonale korrespondiert dabei mit einer Zunahme

der Spezialisierung. Augenscheinlich wird die höhere Streuung bei Grundversorgungsspitalern und Spezialkliniken, was sicherlich mitunter auf die geringeren Fallzahlen in diesen Kategorien zurückzuführen ist, wodurch sich geringfügige Veränderungen bzw. Verschiebungen der absoluten Fallzahlen stärker auf den HHI auswirken.

In Tabelle 9 ist die Konzentration nach Leistungsbereichen für den Zeitraum zwischen 2012 und 2014 dargestellt. Wiederum dient dabei der HHI als Kennzahl für die Konzentration, zusätzlich wird die absolute Zahl der Leistungserbringer pro Leistungsbereich ausgewiesen.¹⁷⁰

Mit Ausnahme der Nephrologie ist in sämtlichen Leistungsbereichen eine Reduktion der Anzahl der Leistungserbringer festzustellen. Nicht in jedem Fall korrespondiert dies jedoch mit einer zunehmenden Konzentration gemäss des HHI. Insgesamt ist in 16 von 24 Leistungsbereichen eine Tendenz zur Konzentration anhand des HHI feststellbar. Dies hängt damit zusammen, dass der HHI nebst der Zahl der Spitäler ebenfalls die Verteilung der Marktanteile zwischen den Spitälern berücksichtigt. Wenn also eine Verschiebung der Marktanteile von grösseren zu kleineren Spitälern stattfindet, kann anhand des HHI trotz einer Reduktion der effektiven Anzahl Leistungserbringer eine Dekonzentration identifiziert werden. Beispielsweise in den Leistungsbereichen Hals-Nasen-Ohren, Transplantationen und Schwere Verletzungen ist dies der Fall. Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass der verzeichnete Anstieg der Konzentration in der Mehrheit der Leistungsbereiche massgeblich auf die Reduktion der Anzahl Leistungserbringer zurückzuführen ist, zumal – wie in Abbildung 26 dargestellt – keine wesentlichen Spezialisierungstendenzen auf Ebene der einzelnen Betriebe ausgemacht werden kann.

Tabelle 9: Akutsomatik - Konzentration nach Leistungsbereich (SPLG) 2012-2014

SPLG Leistungsbereich	HHI				Anzahl Leistungserbringer (LE)				
	2012	2013	2014	Δ HHI in % 2012/14	2012	2013	2014	Δ Anz. LE 2012/14	
Basispaket	161	163	165	2%	189	180	179	-10	
Dermatologie	341	338	346	2%	147	146	144	-3	
Hals-Nasen-Ohren	258	238	241	-6%	139	134	135	-4	
Neurochirurgie	705	838	846	20%	103	85	91	-12	
Neurologie	285	278	277	-3%	140	134	130	-10	
Ophthalmologie	576	587	628	9%	112	107	85	-27	
Endokrinologie	197	213	236	20%	136	128	122	-14	
Gastroenterologie	209	209	207	-1%	122	116	114	-8	
Viszeralchirurgie	253	257	260	3%	123	124	121	-2	
Hämatologie	315	327	316	0%	137	131	132	-5	
Gefässe	425	421	448	5%	118	110	108	-10	
Herz	475	469	468	-2%	94	91	90	-4	
Nephrologie	349	347	338	-3%	77	73	77	+0	
Urologie	187	185	185	-1%	137	133	130	-7	
Pneumologie	241	276	271	13%	143	135	131	-12	
Thoraxchirurgie	507	498	507	0%	68	63	63	-5	
Transplantationen	2547	2401	2352	-8%	39	34	37	-2	
Bewegungsapparat chirur.	147	155	154	4%	158	156	153	-5	
Rheumatologie	173	190	188	8%	157	147	149	-8	
Gynäkologie	159	171	179	13%	144	143	139	-5	
Geburtshilfe	169	176	180	6%	130	126	123	-7	
Neugeborene	183	191	197	8%	114	109	107	-7	
(Radio-)Onkologie	396	403	399	1%	107	104	98	-9	
Schwere Verletzungen	545	452	465	-15%	84	89	74	-10	

Quelle: Medizinische Statistik 2012-2014 BFS, eigene Berechnungen

¹⁷⁰ Eine analoge Auswertung auf Ebene der Leistungsgruppen befindet sich im Anhang 8.5.

Die Ergebnisse sind aufgrund des eingeschränkten Beobachtungszeitraums mit der nötigen Vorsicht zu interpretieren. Zu beachten gilt es einerseits, dass Konzentrationsprozesse teilweise bereits vor 2012 stattgefunden haben und folglich aus der vorliegenden Analyse nicht hervorgehen. In diesem Zusammenhang ist mitunter die Ausgangssituation in den Leistungsbereichen zu berücksichtigen, so wird aus Tabelle 9 beispielsweise ersichtlich, dass der Leistungsbereich Transplantationen bereits im Jahr 2012 als äusserst konzentriert einzustufen ist. Andererseits sind unter Berücksichtigung der Entwicklungen zwischen den einzelnen Jahren, teilweise keine eindeutigen Trends auszumachen, so ist beispielsweise im Leistungsbereich Pneumologie zwischen 2012 und 2013 ein Anstieg des HHI feststellbar, zwischen 2013 und 2014 jedoch eine rückläufige Tendenz.

Von besonderer Relevanz in Bezug auf die Frage nach einer allfälligen Konzentration innerhalb der akutstationären Versorgung sind die Leistungsgruppen, für welche seitens der Gesundheitsdirektion Zürich Mindestfallzahlen (MFZ) definiert wurden.¹⁷¹ Die MFZ sind ein konkretes Steuerungsinstrument bei der Vergabe von Leistungsaufträgen und zielen explizit auf die Fokussierung von spezialisierten Eingriffen auf wenige Leistungserbringer zugunsten der Qualitätssteigerung ab. Aus Abbildung 27 wird ersichtlich, dass der Anteil der Fälle in Spitälern mit Fallzahlen unterhalb der MFZ von 8.7% im Jahr 2012 bis auf 8.2% im Jahr 2014 sinkt. Unter Ausschluss der Leistungsgruppen, welche im selben Zeitraum einen massgeblichen Rückgang der Fallzahlen verzeichnen (BEW9, BEW10, NEU4.1 und GEF1), ist der rückläufige Trend noch etwas deutlicher (von 8.8% im Jahr 2012 auf 7.6% im Jahr 2014).¹⁷²

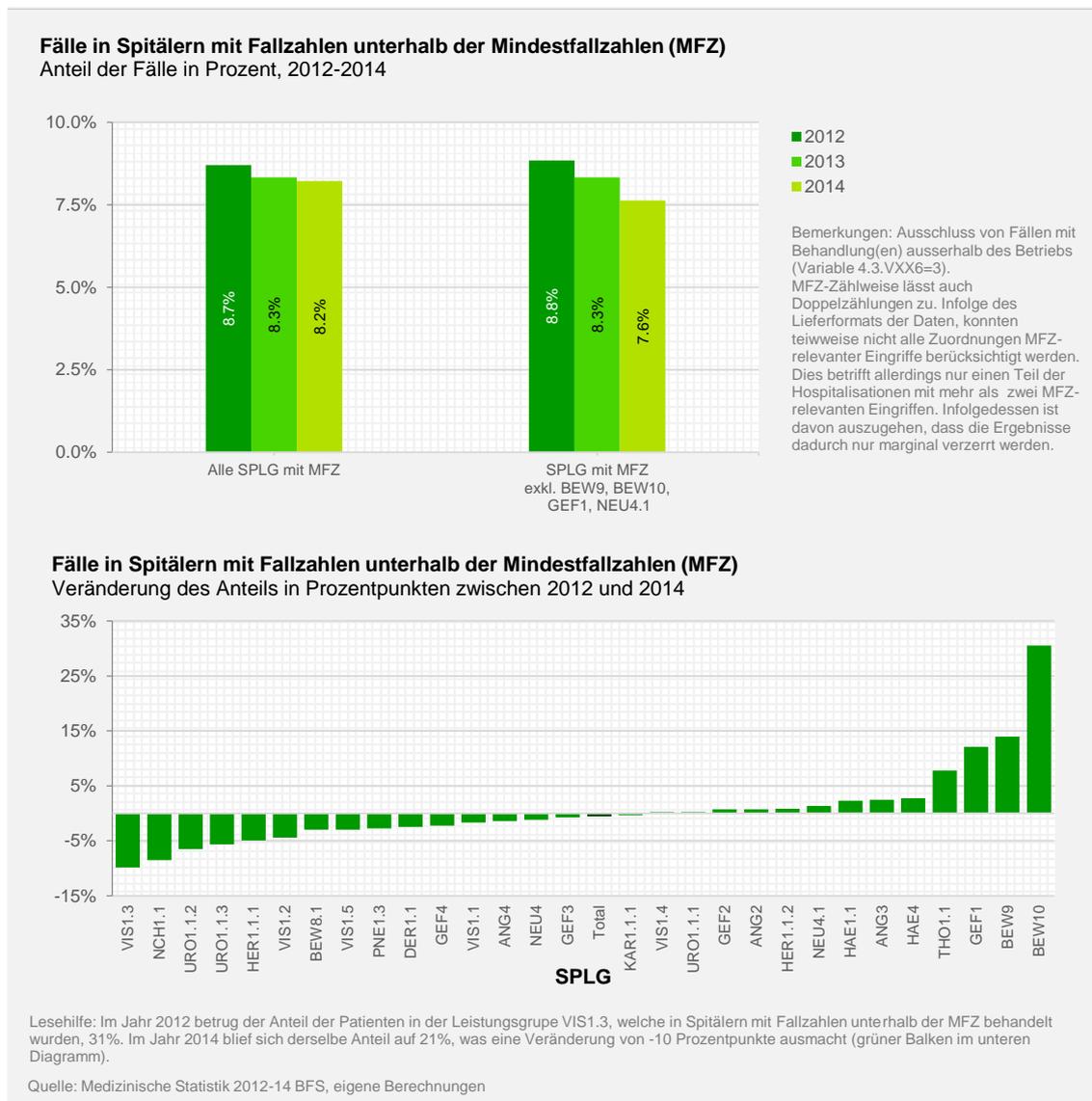
Mit Bezug zum Gesundheitsversorgungsbericht des Kantons Zürich ist davon auszugehen, dass sowohl die Ausgangssituation als auch die Entwicklung je nach Kanton stark variiert, zumal auch nicht in allen Kantonen die MFZ konsequent als Ausschlusskriterium Anwendung findet.¹⁷³ Da der Standortkanton im zugrundeliegenden Datensatz aus Datenschutzgründen nicht zur Verfügung stand, können die Unterschiede auf Ebene der Kantone in der Bestandesaufnahme nicht dargestellt werden.

¹⁷¹ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2015, S.17).

¹⁷² In den genannten Leistungsgruppen ist zwischen den Jahren 2012 und 2014 ein Rückgang der MFZ-relevanten Fälle zwischen 41% und 75% zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung des HHI schwierig zu interpretieren, weshalb zusätzlich der Trend unter Ausschluss dieser Leistungsgruppen ausgewiesen wird. Eine Übersicht zur Bedeutung der Abkürzungen für sämtliche SPLG befindet sich im Anhang 8.4.

¹⁷³ Vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2015, S.19) bzw. Kapitel 2.3.5.3.

Abbildung 27: Akutsomatik - Anteil der Fälle in Spitälern mit Fallzahlen unterhalb der MFZ



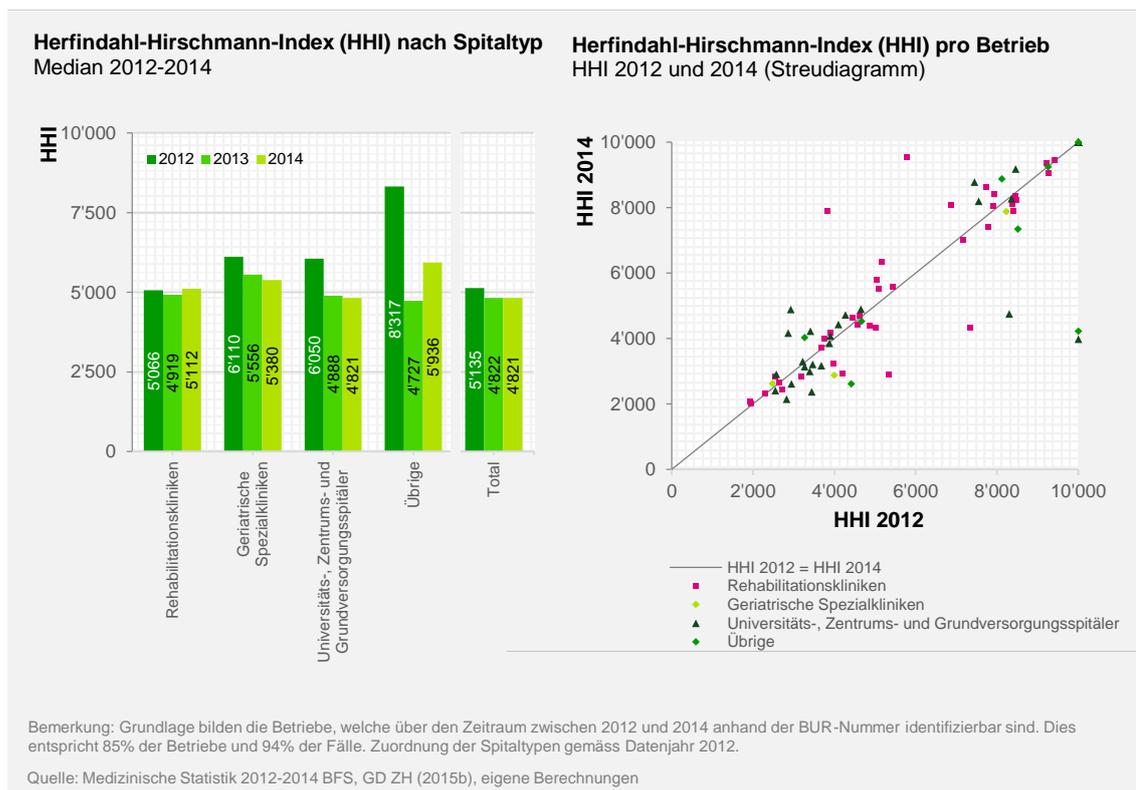
4.3.5.2 Rehabilitation

In Abbildung 26 ist der HHI (Median) nach Spitaltyp für die Leistungserbringer der stationären Rehabilitation dargestellt. Ein hoher HHI korrespondiert mit einer hohen Spezialisierung, d.h. ein Grossteil der Austritte konzentriert sich auf wenige Leistungsbereiche. Für die Gesamtheit der Leistungserbringer innerhalb der stationären Rehabilitation ist eine rückläufige Tendenz der Spezialisierung auszumachen. Der HHI (Median) sinkt von 5'135 im Jahr 2012 auf 4'821 im Jahr 2015 (-6.1%).¹⁷⁴ Im Vergleich nach Spitaltyp sind keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Grads der Spezialisierung auszumachen. Insgesamt wiesen 64% der Leistungserbringer im Jahr 2014 Austritte in sieben und mehr Leistungsbereichen auf (von insgesamt neun Leistungsbereichen, die gemäss Kapitel 4.3.2.2 unterschieden werden). 19% der Leistungserbringer verzeichneten Austritte in lediglich einem oder zwei Leistungsbereichen.

¹⁷⁴ Teilweise ist dies auf die Veränderung des nationalen Patientenmix (relativer Anteil der Austritte nach Leistungsbereichen) zurückführbar. Infolge der Veränderung des nationalen Patientenmix ist zwischen 2012 und 2014 eine rückläufige Tendenz des HHI im Umfang von -1.34% zu erwarten. Somit erklärt die Veränderung des nationalen Patientenmix rund einen Fünftel der rückläufigen Tendenz des HHI auf Ebene der Betriebe.

Für die Rehabilitationskliniken kann zwischen 2012 und 2014 keine eindeutige Tendenz festgestellt werden. Für die geriatrischen Spezialkliniken wie auch für die Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitäler ist eine rückläufige Tendenz des HHI auszumachen. Zu beachten gilt es, dass die Veränderungen in Bezug auf die geriatrischen Spezialkliniken und die übrigen Kliniken („Übrige“) mit Vorsicht zu interpretieren sind, weil sie sich jeweils auf weniger als 10 Leistungserbringer beziehen.

Abbildung 28: Rehabilitation - Spezialisierung auf Ebene der Betriebe nach Spitaltyp



In Tabelle 10 ist die Konzentration nach Leistungsbereichen für den Zeitraum zwischen 2012 und 2014 dargestellt. Wiederum dient dabei der HHI als Kennzahl für die Konzentration, zusätzlich wird die absolute Zahl der Leistungserbringer pro Leistungsbereich ausgewiesen. In den Leistungsbereichen der muskuloskelettalen Rehabilitation und der Geriatrie blieb die Zahl der Leistungserbringer stabil, in den übrigen Leistungsbereichen ist ein Anstieg der Anzahl Leistungserbringer zwischen 2012 und 2014 zu verzeichnen. Der HHI zeigt für sämtliche Leistungsbereiche, mit Ausnahme der Geriatrie, eine Dekonzentration. Grundsätzlich ist die Konzentration in der psychiatrischen und sozialmedizinischen Rehabilitation, in der Geriatrie, sowie in der pulmonalen und kardiovaskulären Rehabilitation vergleichsweise hoch (HHI im Jahr 2014 grösser als 750). Eher gering ist die Konzentration in der muskuloskelettalen und der internistisch-onkologischen Rehabilitation (HHI 2014 kleiner als 300).

Tabelle 10: Rehabilitation - Konzentration nach Leistungsbereich (SPLG) 2012-2014

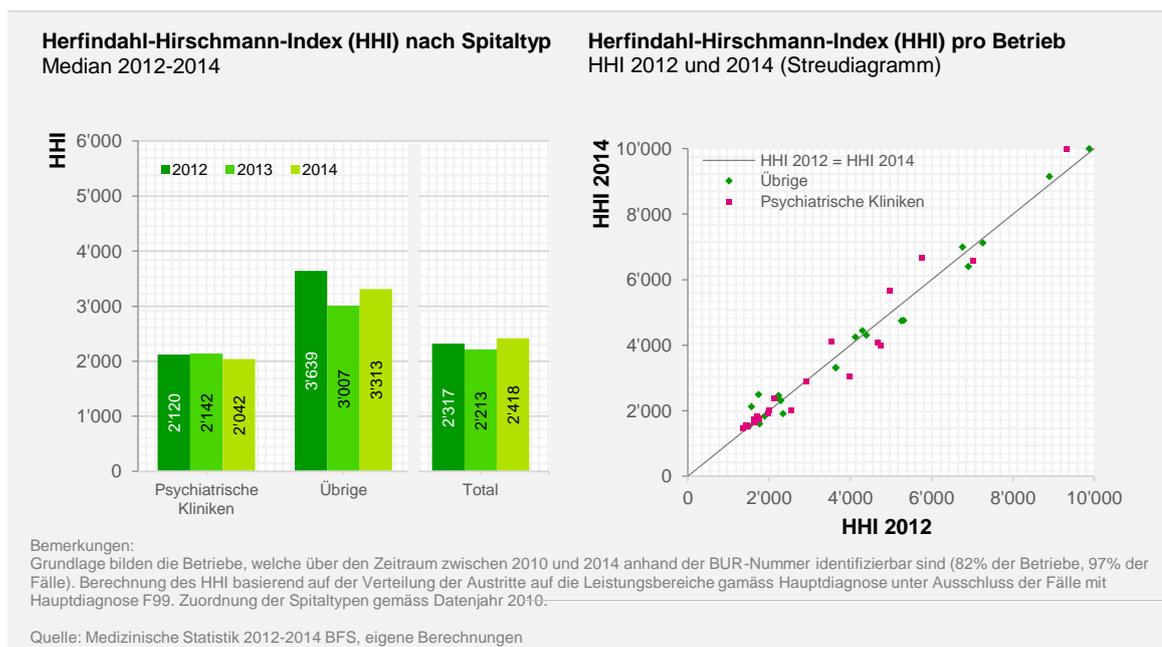
Leistungsbereich (Zuordnung nach Hauptdiagnose und Hauptkostenstelle)	HHI				Anzahl Leistungserbringer (LE)			
	2012	2013	2014	Δ HHI in % 2012/14	2012	2013	2014	Δ Anz. LE 2012/14
Neurorehabilitation inkl. Paraplegiologie	424	406	375	-12%	71	68	74	+3
Muskuloskeletale Rehabilitation	253	255	230	-9%	76	78	76	0
Kardiovaskuläre Rehabilitation	987	817	779	-21%	53	59	62	+9
Pulmonale Rehabilitation	1'666	948	836	-28%	56	59	63	+7
Internistisch-onkologische Rehabilitation	325	325	299	-8%	74	73	77	+3
Psychiatrische und sozialmed. Reha	1'669	1'366	1'281	-23%	54	55	60	+6
Übrige Rehabilitation	1'301	661	632	-51%	58	61	67	+9
Geriatric	712	870	903	27%	30	32	33	+3
Nicht klassifizierbare Fälle	315	446	302	-4%	76	74	76	0
Total	206	211	204	-1%	97	98	101	+4

Quelle: Medizinische Statistik 2012-2014 BFS, GD ZH (2015b), eigene Berechnungen

4.3.5.3 Psychiatrie

In Analogie zum Vorgehen in der Akutsomatik ist für die Psychiatrie in Abbildung 29 die Spezialisierung auf Ebene der Betriebe anhand des HHI dargestellt. Für die Psychiatrie wurde der HHI anhand der spitalspezifischen Verteilung der Austritte auf die Leistungsbereiche gemäss Hauptdiagnose berechnet. Ein hoher HHI korrespondiert mit einer hohen Spezialisierung, d.h. ein Grossteil der Austritte konzentriert sich auf wenige Leistungsbereiche. Zwar steigt der durchschnittliche (Median) HHI aller Spitäler von 2'317 auf 2'418 (+4.3%), weicht aber damit nur unwesentlich von der Tendenz ab, die alleine aufgrund des veränderten Patientenmix über die Jahre ab (+3.6%).¹⁷⁵ Anschaulich wird dies auch aus dem Streudiagramm ersichtlich. Die Punkte oberhalb der Diagonalen beschreiben Leistungserbringer mit einem Anstieg des HHI zwischen 2012 und 2014, Punkte unterhalb korrespondieren mit einer negativen Veränderung. Sowohl die Psychiatrischen Kliniken als auch die übrigen Leistungserbringer streuen um die Diagonale, was darauf hindeutet, dass es keine wesentliche Veränderung gibt.

Abbildung 29: Psychiatrie - Spezialisierung auf Ebene der Betriebe nach Spitaltyp



¹⁷⁵ Mit dem „veränderten Patientenmix“ ist die gesamtschweizerische Veränderung der relativen Verteilung der Fälle auf die Leistungsbereiche gemeint.

In Tabelle 11 ist die Konzentration innerhalb der psychiatrischen Leistungsbereiche anhand des HHI sowie die absolute Anzahl der Leistungserbringer, welche Hospitalisationen in den jeweiligen Leistungsbereichen verzeichneten, dargestellt. Letztere erweist sich in allen Leistungsbereichen zwischen 2012 und 2014 als weitgehend stabil. Anhand des HHI ist eine Konzentration in den Leistungsbereichen der organischen und neurotischen Störungen festzustellen. In den übrigen Leistungsbereichen ist eine Tendenz der Dekonzentration identifizierbar, am deutlichsten im Leistungsbereich Drogen (HHI -11%).

Tabelle 11: Psychiatrie - Konzentration nach Leistungsbereich (ICD), 2012-2014

Hauptdiagnose (ICD)	HHI				Anzahl Leistungserbringer (LE)			
	2012	2013	2014	Δ HHI in % 2012/14	2012	2013	2014	Δ Anz. LE 2012/14
F0 - organische Störungen	427	414	438	3%	48	51	50	+2
F10 - Alkohol	385	373	368	-4%	60	57	57	-3
F11-F19 Drogen	389	378	346	-11%	57	59	56	-1
F2 - Schizophrenie	447	430	425	-5%	57	58	59	+2
F3 - affektive Störungen	293	303	288	-2%	66	67	67	+1
F4 - neurotische Störungen	312	314	343	10%	64	66	63	-1
F6 - Persönlichkeitsstörungen	397	383	367	-7%	58	62	61	+3
F5, F7-F9 - übrige F-Diagnosen	-	-	-	-	62	66	62	+0
XX - keine Hauptdiagnose aus dem F-Bereich	595	619	614	3%	46	43	47	+1
Total	324	318	311	-4%	76	77	76	+0

Quelle: Medizinische Statistik 2012-2014 BFS, eigene Berechnungen

4.4 Fazit

In Bezug auf die Zahl der Leistungserbringer ist für die **Akutsomatik** eine Reduktion von 203 Betrieben auf 187 zwischen 2011 und 2014 festzustellen. Für die Grundversorgungsspitäler ist zwischen 2012 und 2014 ein Anstieg des Marktanteils innerhalb der akutstationären Versorgung erkennbar. Diese Tendenz beschränkt sich nicht auf einzelne Leistungsbereiche, sondern widerspiegelt sich in der Mehrheit der Leistungsbereiche. Mit Bezug auf Pellegrini und Roth (2016, S.3) ist ausserdem von einem Anstieg des Marktanteils der Privatspitäler auszugehen. Basierend auf der Studie von Huber (2015) ist ein Anstieg der interkantonalen Patientenströme auszumachen. Im schweizweiten Mittel wuchs der Anteil ausserkantonaler Hospitalisationen von 13% im Jahr 2010 auf 14.9% im Jahr 2013. Anhand des HHI kann keine systematische Spezialisierung der Leistungserbringer zwischen 2012 und 2014 ausgemacht werden. In zwei Drittel der Leistungsbereiche ist eine geringfügige Tendenz zur Konzentration auf Ebene der Betriebe identifizierbar, diese ist jedoch massgeblich auf die Reduktion der Anzahl Betriebe insgesamt zurückzuführen und nicht auf die Verlagerung der Marktanteile zugunsten von Leistungserbringern mit hohen Fallzahlen in den entsprechenden Leistungsgruppen. In Bezug auf die Leistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen ist zwischen 2012 und 2014 eine rückläufige Tendenz des Anteils der Eingriffe in Spitälern unterhalb der MFZ zu beobachten.

Innerhalb der stationären **Rehabilitation** blieb die Zahl der Betriebe zwischen 2010 und 2014 weitgehend konstant. Die Leistungsspektren wurden in der Rehabilitation anhand der Hauptkostenstelle und Hauptdiagnose analysiert, wobei die Zuordnung der Hauptdiagnosen basierend auf der Systematik der GD Zürich erfolgte. Anhand der Marktanteile und Leistungsspektren werden die unterschiedlichen Schwerpunkte nach Spitaltyp ersichtlich. In den Rehabilitationskliniken entfallen die meisten Austritte auf die muskuloskeletale Rehabilitation, gefolgt von der Neurorehabilitation. In Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitalern sowie in geriatrischen Spezialkliniken machen die Patienten in der Geriatrie den Grossteil der erbrachten Leistungen aus. In den übrigen Spezialkliniken sind insbesondere Fälle in den Leistungsbereichen der pulmonalen und kardiovaskulären Rehabilitation, der Neurorehabilitation und der übrigen Rehabilitation überproportional vertreten. Gleichwohl verzeichnen 64% der Leistungserbringer jeweils Patienten in

sieben und mehr Leistungsbereichen. Auf Ebene der einzelnen Betriebe lässt sich für Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitäler sowie die geriatrischen Spezialkliniken eine der Spezialisierung zuwiderlaufende Tendenz ausmachen. Ebenso deutet der HHI insgesamt auf eine Tendenz zunehmender Streuung der Austritte auf verschiedene Leistungsbereiche hin. Mit Ausnahme der Geriatrie weist der HHI für sämtliche Leistungsbereiche auf eine Dekonzentration zwischen 2012 und 2014 hin. Diese ist entweder auf einen Anstieg der Zahl der Leistungserbringer oder auf eine Verschiebung der Marktanteile zugunsten von Leistungserbringern mit kleineren Marktanteilen zurückzuführen.

Die Zahl der Betriebe innerhalb der stationären **Psychiatrie** blieb zwischen 2010 und 2012 weitgehend stabil. Der relative Anteil der Fälle in Psychiatrischen Kliniken stieg im selben Zeitraum von 73.7% auf 77%, wohingegen der relative Anteil der in Universitätsspitalern behandelten Patienten eine rückläufige Tendenz in vergleichbarem Ausmass aufweist. Aus der Bestandesaufnahme lässt sich weder eine Spezialisierung der Leistungserbringer noch eine Konzentration innerhalb bestimmter Leistungsbereiche feststellen.

Ein Hauptziel der Bestandesaufnahme lag darin, die Limitationen der existierenden Datengrundlagen und die damit einhergehenden Herausforderungen aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere zu nennen:

- Anhand der Medizinischen Statistik lassen sich die Entwicklungen in der Spitallandschaft grundsätzlich ab dem Jahr 2010 zweckmässig nachvollziehen. Auswertungen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind erst ab 2012 sinnvoll möglich. Dieser Umstand erschwert es zusätzlich, eine Aussage zur Kausalität zwischen der KVG-Revision und den beobachteten Tendenzen zu machen;
- Aufgrund der Erhebungspraxis innerhalb der KS und MS lassen sich Effekte auf Ebene der juristischen Einheiten und der Standorte nicht eindeutig differenzieren;
- Ohne die Variablen zum Standort lassen sich die geografischen Implikationen allfälliger Konzentrationsprozesse nicht beurteilen;
- Entwicklungen auf Ebene einzelner Leistungserbringer, dazu gehören insbesondere allfällige Spezialisierungstendenzen, lassen sich anhand der MS trotz Verknüpfung der Datensätze über die Jahre nur bedingt nachverfolgen. Zwar ist eine Verknüpfung anhand der BUR-Nummer jeweils für über 80% der Betriebe möglich, jedoch ist davon auszugehen, dass mitunter gerade Betriebe, die Gegenstand struktureller Veränderungen waren, von der Analyse ausgeschlossen sind. Grund dafür ist, dass strukturelle Veränderungen oftmals mit der Vergabe einer neuen BUR-Nummer einhergehen;
- Eine Analyse der Marktanteile zwischen privaten und öffentlichen Spitälern und deren Entwicklung im Zuge der KVG-Revision ist anhand der Medizinischen Statistik alleine nicht möglich. Auch bei einer Verknüpfung mit den Daten der Krankenhausstatistik wäre dies nicht ohne weiteres machbar, da die Variable zum *rechtlich-wirtschaftlichen Status* nicht länger Bestandteil der Krankenhausstatistik ist. Grund dafür ist, dass die für die Ermittlung des *rechtlich-wirtschaftlichen Status* benötigten Elemente (Subventionen bzw. finanzielle Garantien durch den Staat) infolge der Neuregelung der Finanzierung im Zuge der KVG-Revision obsolet sind;¹⁷⁶
- In der Bestandesaufnahme wurde der Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) als Kennzahl im Zusammenhang mit der Spezialisierung von Leistungserbringern gewählt. Der HHI bot sich an, weil anhand davon sowohl Spezialisierungstendenzen auf Ebene einzelner Spitäler, als auch Konzentrationstendenzen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen untersucht werden können. Ein Nachteil des HHI liegt darin, dass die Veränderung des nationalen Patientenmix nicht berücksichtigt wird. Mit dem nationalen Patientenmix ist dabei die relative Verteilung aller Patientenaustritte auf die Leistungsbereiche und deren Veränderung gemeint. Durch diese Eigenschaft wird die Interpretation von Veränderungen im Zeitverlauf erschwert. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich für die Evaluationsarbeiten im Rahmen

¹⁷⁶ Vgl. auch Pellegrini & Roth (2016, S.8).

der Hauptstudie anstelle des HHI den Information Theory Index (ITI) zu verwenden, der seinerseits Veränderungen im nationalen Patientenmix mitberücksichtigt.¹⁷⁷

Im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten ist innerhalb des Moduls 1 ein Umsetzungsvorschlag formuliert, um den genannten Herausforderungen zu begegnen (vgl. dazu Kapitel 6.1). Die Analyse der interkantonalen Patientenströme ist ergänzend dazu in einem separaten Modul beschrieben (vgl. Modul 5 in Kapitel 6.5).

Darüber hinaus sind in Bezug auf die Grenzen der Bestandesaufnahme, jene Fragestellungen zu nennen, die anhand der vorliegenden Konzeptstudie nicht abgedeckt wurden. Es sind dies:

- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, innerhalb der Kantone und über Kantons Grenzen hinweg?
- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit innerhalb der psychiatrischen Versorgung zwischen den Spitälern und den Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen (ambulant, stationär, z.B. Langzeitunterbringung)?
- Bereiten sich die Spitäler auf die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie (TARPSY) vor? Was sind mögliche Auswirkungen von leistungsbezogenen Pauschalen auf das künftige stationäre und auch ambulante Angebot und auf die Spitallandschaft im Bereich Psychiatrie?

Diese Fragestellungen können anhand der zur Verfügung stehenden Routinedaten nicht beantwortet werden. Bereits in der Konzeptstudie im Themenbereich zum Verhalten der Spitäler wurde die Frage der Kooperationen aufgegriffen.¹⁷⁸ In diesem Zusammenhang wurden Fachgespräche und Interviews mit ausgewählten Vertretern seitens der Spitäler geführt (B,S,S 2014, S.38f.):

„Die Fachgespräche zeigten eine relativ grosse Heterogenität zwischen den Spitälern auf. Alle befragten Spitäler sind Kooperationen eingegangen oder planen dies zumindest. Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung wurde hingegen sehr unterschiedlich bewertet: Während die einen Zusammenhang verneinten, sprachen die anderen von einem sehr grossen Einfluss (z.B. können gewisse Anforderungen der Leistungsaufträge mit Kooperationen einfacher erfüllt werden). [...] Kooperationen finden gemäss Interviewaussagen vermehrt mit vor- und nachgelagerten Bereichen statt. So werden beispielsweise Kooperationen mit Rehabilitationskliniken vereinbart, um Bettenkontingente zu sichern oder es wird ein aktives Zuweisermanagement betrieben. Auch mit Krankenversicherern, Alters- und Pflegeheimen, Spitex, Hausärzten und Hausärztinnen sowie mit anderen Akutspitälern finden Kooperationen statt.“

Im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten ist innerhalb des Moduls 3 eine Onlinebefragung bei den Spitälern und Kliniken vorgesehen, um mitunter die Frage der Kooperationen zwischen Leistungserbringern anzugehen. Damit soll mitunter auch der Forderung aus der Begleitgruppe im Zusammenhang mit der oben genannten Studie nach einer repräsentativen Befragung der Spitäler Rechnung getragen werden.¹⁷⁹

Insgesamt lassen die beobachteten Tendenzen zum aktuellen Zeitpunkt keine Aussage zum kausalen Einfluss der KVG-Revision zu. Im Rahmen von Modul 1 (vgl. dazu Kapitel 6.1) des Konzepts für die weiteren Evaluationsarbeiten ist vorgesehen, dass die in der Bestandesaufnahme untersuchten Indikatoren um die Datenjahre 2015 und 2016 ergänzt werden. Dadurch lassen sich die Entwicklungstendenzen besser abschätzen. Gleichwohl ist damit aus Sicht der vorliegenden Konzeptstudie keine hinreichende Grundlage vorhanden, um den kausalen Wirkungszusammenhang zwischen der KVG-Revision Spitalfinanzierungen und allfälligen Tendenzen in der Spitallandschaft zu beurteilen. Wie bereits erwähnt, ist dies einerseits darauf zurückzuführen, dass Auswertungen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen anhand der Medizinischen Statistik erst ab 2012 sinnvoll möglich sind. Somit ist ein Vorher-Nachher-Vergleich, um Rückschlüsse auf die Kausalität zu machen, nicht zweckmässig umsetzbar. Andererseits existieren auch keine Kontrollbedingungen, im Sinne eines experimentellen Paradigmas mit randomisierter

¹⁷⁷ Für eine detaillierte Beschreibung vgl. Kobel und Theurl (2013, S.6f.) sowie Dayhoff und Cromwell (1993, S.297).

¹⁷⁸ Vgl. B,S,S (2014).

¹⁷⁹ Vgl. BAG (2015f, S.2).

Zuweisung der Beobachtungsobjekte (hier z.B. Spitäler) zu einem Treatment (KVG-Revision) bzw. zu einer Kontrollbedingung (Rahmenbedingungen vor der Revision). Zwar waren einzelne Elemente, namentlich die Vergütung über Pauschalen, bereits vor der Revision in einigen Kantonen etabliert. Ein entsprechendes Untersuchungsdesign wurde zum Beispiel in der Studie zu den Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor (B.S.S. 2014) angewendet, wobei jene Kantone, die bereits vor der Einführung der SwissDRG nach einem DRG-basierten Vergütungssystem (AP-DRG) abgerechnet haben, als Kontrollgruppe herangezogen wurden. Weil dabei der Einfluss der SwissDRG auf die erwähnten Verschiebungen untersucht wurde, war dieser Ansatz in diesem Zusammenhang angemessen. Im Kontext der vorliegenden Fragestellungen wäre es jedoch unzureichend, den erwarteten Wirkungsmechanismus auf die Einführung der Fallpauschalen zu reduzieren. Betrachtet man die potentiellen Auswirkungen der Revision auf die Spitallandschaft erscheint es plausibel, die Gesamtheit der Massnahmen zu berücksichtigen, d.h. nicht eingeschränkt auf die Einführung der Fallpauschalen, sondern einschliesslich der dual-fixen Finanzierung, der freien Spitalwahl sowie der begleitenden Anpassungen hinsichtlich der kantonalen Spitalplanungen. Erst die Kombination dieser Massnahmen hat die Rahmenbedingungen innerhalb der kantonalen und nationalen Spitallandschaft massgeblich verändert. Somit sind die AP-DRG Kantone als Vergleichsgruppe in diesem Kontext ungeeignet.

Aufgrund der vorangehenden Ausführungen lässt sich schliessen, dass auch durch eine Ausweitung des Untersuchungszeitraums – wie es in Modul 1 (vgl. dazu Kapitel 6.1) vorgesehen ist – keine schlüssige Beurteilung zum kausalen Zusammenhang zwischen der Revision und den beobachteten Entwicklungen in der Spitallandschaft möglich sein wird. Infolgedessen gewinnt die Befragung der Spitäler und Kliniken (Modul 3) zusätzlich an Bedeutung, weil dadurch eine zusätzliche Perspektive erschlossen wird. Demnach soll die Befragung ebenfalls Items enthalten, die ausgewählte Zusammenhänge zwischen der Revision und allfälligen Entwicklungen innerhalb der Spitallandschaft direkt adressieren.

Auf die Frage inwiefern die Krankenversicherer die Möglichkeit nutzen, mit nicht auf einer Spitalliste verzeichneten Spitälern Verträge abzuschliessen (Vertragsspitäler), wurde im Kapitel 4 nicht weiter eingegangen. Bereits aus Kapitel 2.3.3 ging die verhältnismässig geringfügige Relevanz der ausschliesslich als Vertragsspitäler im Sinne von Art. 49a KVG tätigen Leistungserbringer hervor. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls auf die unterschiedlichen Auslegungen des Begriffs Vertragsspital eingegangen (institutionen- vs. leistungsbezogen). Für die weiteren Evaluationsarbeiten werden die Vertragsspitäler im Rahmen des Moduls 2 aufgegriffen. Detaillierte Auswertungen zu den Vertragsspitälern anhand der Medizinischen Statistik erscheinen nicht zweckmässig und sind deshalb nicht vorgesehen, zumal hinsichtlich einem leistungsbezogenen Verständnis der Vertragsspitäler die notwendigen Informationen in den Routinestatistiken fehlen, um auf Ebene des einzelnen Betriebs zu unterscheiden, welche Leistungen als Listen- und welche Leistungen als Vertragsspital erbracht wurden.

5 Einfluss der Revision auf die Sicherstellung der Versorgung

Die letzte der langfristig zu beantwortenden Fragen der Evaluation im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ betrifft allfällige, durch die Revision herbeigeführte Veränderungen im Bereich der Sicherstellung der Versorgung. Das Pflichtenheft zur vorliegenden Konzeptstudie enthielt in Bezug auf diese Fragestellung keine Konkretisierung anhand von konkreten Fragestellungen, weshalb diesbezüglich auch keine Bestandesaufnahme erfolgt.

Mit Bezug zu Pellegrini et al. (2010, S.136) lassen sich die in diesem Zusammenhang interessierenden Wirkungszusammenhänge wie folgt herleiten:

- 1) Die Veränderung der Spitallandschaft führt einerseits zu einer Veränderung der Kosten im stationären Spitalbereich. Z.B. durch eine Bereinigung der Spitallandschaft sollte hier eine Senkung der Kosten eintreten;
- 2) Zudem führt die Veränderung der Spitallandschaft in Bezug auf die Spezialisierung der Spitäler zu einer Veränderung der Qualität der Spitalleistungen;
- 3) Ausserdem bringt die Veränderung der Spitallandschaft auch eine Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen mit sich, dies sowohl geografisch (in Bezug auf die Nähe eines Spitals bzw. Erreichbarkeit) als auch medizinisch (im Sinn der Versorgungsqualität).

Währenddessen es im vorangehenden Kapitel noch darum ging, die Spitallandschaft im Allgemeinen und allfällige Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen im Speziellen zu beschreiben, fungiert die Spitallandschaft hier als erklärende Variable. Zum einen geht es um die Auswirkungen allfälliger Konzentrationstendenzen auf die Kosten und andererseits um die Auswirkungen einer allfälligen Spezialisierung auf die Qualität der Leistungserbringung. Es ist dabei zu erwähnen, dass in Bezug auf die Kosten und die Qualität separate Themenbereiche innerhalb der Gesamtevaluation der KVG-Revision bestehen.¹⁸⁰ In beiden Bereichen wurden bereits umfassende Studien erstellt und sind ebenso weitere Studien sowie die Aufdatierung der bestehenden Indikatoren geplant. Es wäre demnach nicht sinnvoll, im Themenbereich zur Spitallandschaft und zur Sicherstellung der Versorgung parallel weitere Studien zu initiieren, die sich ebenfalls mit den Kosten bzw. der Qualität befassen. Vielmehr ist zu überprüfen, inwiefern die in der vorliegenden Konzeptstudie hergeleiteten Indikatoren für die Konzentration und Spezialisierung als Einflussgrössen in den geplanten Studien innerhalb der Themenbereiche der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung zur Qualität und zu den Kosten einzubeziehen sind.

Die dritte Hypothese nimmt Bezug auf den Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen. Zum einen geht es dabei um die geografische Erreichbarkeit und eine allfällige Minderung des Zugangs zu medizinischen Versorgungsleistungen aufgrund der Konzentration von Angeboten. Wie im Rahmen der Bestandesaufnahme der kantonalen Planungsdokumente bereits aufgezeigt wurde, operationalisierten verschiedene Kantone die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten anhand der Fahrzeit zum nächstgelegenen Spital.¹⁸¹ Ein Beispiel einer solchen Erreichbarkeitsanalyse ist im Anhang 8.6 dargestellt. Andererseits wird in Hypothese 3 auf allfällige Auswirkungen einer veränderten Spitallandschaft auf die Versorgungsqualität verwiesen, wobei nicht näher definiert ist, was in diesem Kontext unter Versorgungsqualität zu verstehen ist. Vor dem Hintergrund allfälliger Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen erscheint es zweckmässig, darunter den Zugang zu spezifischen Versorgungsleistungen zu verstehen. Konkret ginge es also um die Frage nach der regionalen Verfügbarkeit von Angeboten in spezifischen Leistungsgruppen bzw. die Frage nach der Verfügbarkeit zum gesamten Spektrum von medizinischen Leistungen.

¹⁸⁰ Vgl. auch BAG (2015).

¹⁸¹ Vgl. dazu Kapitel 2.3.5.4 oder beispielsweise auch Jörg et al. (2015, S70ff.).

5.1 Fazit

In Bezug auf die Auswirkungen der Konzentration und Spezialisierung der Versorgungsangebote auf die Kosten und die Qualität der Versorgungsleistungen, sieht die vorliegende Konzeptstudie keine weiteren Evaluationsarbeiten im Rahmen des Themenbereichs Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung vor. Allerdings soll die Berücksichtigung der Indikatoren gemäss Kapitel 4.3.5 im Rahmen der weiteren Studien innerhalb der Themenbereiche zur Qualität und zu den Kosten durch das BAG bzw. die entsprechenden Mandatsnehmer geprüft werden.

Für die Analyse der Auswirkungen der Revision auf den Zugang zu stationären Leistungen sieht die Konzeptstudie eine gesamtschweizerische Erreichbarkeitsanalyse betreffend die Standorte der stationären Versorgung vor. Der Zugang wird dabei operationalisiert als die Fahrzeit zum nächstgelegenen Spital. Als Indikator dient jeweils der Anteil der Wohnbevölkerung, welche das nächstgelegene Spital in bis zu 10, 20 bzw. 30 Minuten oder mehr erreicht und zwar auf Ebene der einzelnen Kantone. Die Resultate werden als Karte visualisiert. Im Hinblick auf die Versorgungsqualität soll dabei unterschieden werden nach Spitaltyp, d.h. Zentrums- und Grundversorgung, psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken, sowie anderer Spezialkliniken.¹⁸² Eine entsprechende Analyse ist sowohl für das Jahr 2010 als auch für das Jahr 2016 vorgesehen, so dass Veränderungen des regionalen Zugangs zu stationären Leistungen identifiziert werden können. Alternativ wäre zur Berücksichtigung der qualitativen Dimension auch eine Analyse auf Ebene der einzelnen Leistungsgruppen denkbar. In diesem Falle, müsste in einem ersten Schritt eine Auswahl interessierender Leistungsgruppen bzw. Tracer-Behandlungen definiert werden. Zu bedenken ist dabei, wenn man sich auf die Leistungsaufträge in bestimmten Leistungsgruppen bezieht, dass lediglich ein Vergleich mit dem Jahr 2012 möglich ist, weil vor der Revision die Vergabe der Leistungsaufträge nicht anhand derselben Systematik erfolgte. Weitere Details sind in Modul 6 in Kapitel 6.6 beschrieben.¹⁸³

¹⁸² Denkbar wäre an dieser Stelle ebenfalls eine Analyse auf Ebene einzelnen Leistungsgruppen. Da aber vor der Revision die Vergabe der Leistungsaufträge noch nicht anhand derselben Systematik wie heute erfolgte, wäre ein Vergleich mit der Situation vor der Revision so nicht möglich.

¹⁸³ Für eine detaillierte Beschreibung zum Vorgehen für eine Erreichbarkeitsanalyse nach dem skizzierten Muster vgl. u.a. Jörg et al. (2015, S.17ff.).

6 Konzept für die weitere Evaluationsarbeiten

Die Kapitel 2 bis 5 enthalten jeweils erste Empfehlungen, wie die Fragestellungen der Evaluation in der Hauptstudie bearbeitet werden können. Im vorliegenden Kapitel wird basierend auf diesen Empfehlungen, das mögliche Vorgehen konkretisiert. Dazu werden verschiedene Module gebildet, die ihrerseits mehrere Varianten beinhalten können. Die Module dienen als Grundlage für die Priorisierung im Rahmen der Begleitgruppensitzung. Es wird bewusst von Modulen und nicht einzelnen Studien gesprochen, da es durchaus sinnvoll sein kann, mehrere Module in einer Studie zusammenzufassen (Synergien bzw. Kosteneinsparungen). Wenn nicht anders definiert, gelten die Module jeweils für sämtliche Versorgungsbereiche.

6.1 Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft

Eines der Kernstücke der weiteren Evaluationsarbeiten bildet die Aktualisierung der Indikatoren in den Kapiteln 4.3.1 bis 4.3.5 unter Berücksichtigung der Empfehlungen in Kapitel 4.4. Datengrundlage für dieses Modul bildet die Verknüpfung der Datensätze der Medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik, ergänzt um eine Historisierung der juristischen Einheiten und Standorte. Die Eckdaten zu Modul 1 sind in Tabelle 12 zusammengefasst, eine Skizze zum Vorgehen betreffend die Historisierung der juristischen Einheiten und Standorte folgt im Anschluss daran.

Tabelle 12: Kurzbeschreibung Modul 1

Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie stellt sich die Spitallandschaft in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie dar? ▪ Wie können das Leistungsspektrum und das Leistungsvolumen von Spitälern beschrieben werden? ▪ Wie sind die Leistungsspektren (Leistungsangebot) und Leistungsvolumina der einzelnen Spitäler? Wie haben sie sich verändert? ▪ Gibt es eine Zunahme der Spezialisierung? Zeichnen sich Konzentrationsprozesse ab?
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungserbringer (Kapitel 4.3.1) - Leistungsspektrum (Kapitel 4.3.2) inkl. Anteil der grundversicherten Patienten (in Bezug auf die Psychiatrie wäre eine zusätzliche Unterscheidung hinsichtlich der Spitaltypen zwischen der Akut-Grundversorgung mit 24h-Aufnahmepflicht gegenüber Spezialkliniken zu prüfen). - Marktanteile (Kapitel 4.3.3) - Spezialisierung (Kapitel 4.3.5) - Konzentration (Kapitel 4.3.5) inkl. Analyse des Indikators zu den MFZ auf Ebene der Kantone <p><u>Bemerkung:</u> Anhand des vorgesehenen Vorgehens können die genannten Indikatoren im Vergleich zur vorliegenden Bestandesaufnahme zusätzlich im Hinblick auf unterschiedliche Entwicklungen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwischen privaten und öffentlich/subventionierten Leistungserbringern, - nach Standortkanton des Spitals und Wohnkanton des Patienten, - sowie auf Ebene der Spitalstandorte <p>... untersucht werden.</p>
Datengrundlage	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik inkl. der Variable Standort und Kanton - Krankenhausstatistik inklusive Historisierung (vgl. weiter unten) - Verknüpfung von Krankenhausstatistik und Medizinischer Statistik - Datenjahre 2010-2016 - Leistungsgruppierungen: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Akutsomatik</u>: SPLG Vergleichbarkeit der Versionen bzw. allfälliger Katalogeffekt zu prüfen (vgl. dazu auch Anhang 8.4). - <u>Rehabilitation</u>: Leistungsgruppensystematik GD Zürich, Geriatrie gemäss HKST Zum Zeitpunkt der Umsetzung zu überprüfen, inwiefern die Gruppierung gemäss STReha bzw. DefReha (H+, 2013) besser geeignet ist. Zu beachten dabei ist die Rückwärtskompatibilität, d.h. dass die Daten für den gesamten Zeitraum zwischen 2012 bis 2016 in vergleichbarer Weise anhand der Routinedaten der Medizinischen Statistik gruppierbar sind.

	- <u>Psychiatrie</u> : Gruppierung gemäss Hauptdiagnosen aus dem F-Bereich Zum Zeitpunkt der Umsetzung zu überprüfen, inwiefern die Kohärenz mit TARPSY gegeben ist. Allenfalls Delir (F.05) separat ausweisen. Wiederum ist die Rückwärtskompatibilität sicherzustellen.
Zeitpunkt (Start)	Datenbeschaffung: Q1/2018 Datenauswertung: Q4/2016
Variante 1	Analyse eingeschränkt auf die akutstationäre Versorgung, da Effekte aufgrund der neuen Tarifsysteme in der Rehabilitation und Psychiatrie anhand der zugrundeliegenden Datenjahre noch nicht analysiert werden können. Die entsprechenden Auswertungen für die Rehabilitation und die Psychiatrie wären zu einem späteren Zeitpunkt vorzusehen.
Variante 2	Analyse der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.
Geschätzte Kosten	Variante 1: CHF 80'000 - 90'000 Variante 2: CHF 105'000 - 115'000

Wie in Kapitel 4 aufgezeigt, sind strukturelle Mutationen anhand der Medizinischen Statistik über die Jahre nicht in jedem Fall nachvollziehbar. Damit jedoch zwischen administrativer Konzentration (Ebene der juristischen Einheit) und geografischer Konzentration (auf Ebene der Standorte) unterschieden werden kann, wäre dies notwendig. Wie ebenfalls in Kapitel 4 dargelegt, ist aufgrund der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahre 2012 der rechtlich-wirtschaftliche Status seines Leistungserbringers in der KS nicht mehr erfasst. Zur Beschreibung der rechtlich-wirtschaftlichen Orientierung der Unternehmen wird in der KS seit dem Datenjahr 2013 lediglich die Rechtsform aus dem Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) verwendet.¹⁸⁴ Somit kann alleine aufgrund einer Verknüpfung zwischen KS und MS keine Unterscheidung zwischen ehemals privaten und öffentlich-subventionierten Leistungserbringern gemacht werden. Eine solche Unterscheidung wäre jedoch wichtig, um Veränderungen im Wahlverhalten der Versicherten bei der Wahl zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern nachzuvollziehen.¹⁸⁵ Mithilfe der Historisierung ist eine Unterscheidung zwischen privaten und öffentlich-subventionierten Leistungserbringern möglich, indem der rechtlich-wirtschaftliche Status eines Betriebes im Jahr 2011 als Grundlage herangezogen wird. Somit könnte nachvollzogen werden, inwiefern sich das Leistungsspektrum sowie die Marktanteile privater Spitäler nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Verhältnis zu den öffentlich subventionierten Spitälern entwickelt haben.

Damit die oben genannten Fragestellungen bearbeitet werden können, ist einerseits die Verfügbarkeit der Variable Standort notwendig.¹⁸⁶ Andererseits soll eine Historisierung der juristischen Einheiten und Standorte erarbeitet werden, anhand welcher strukturelle Mutationen in der Spitallandschaft über die Zeit nachvollziehbar sind und somit eine Längsschnittverknüpfung der Datensätze auf Ebene der juristischen Einheiten sowie der Standorte möglich ist. Mit Historisierung ist konkret eine Tabelle gemeint, welche die Standorte eindeutig identifiziert und sie jeweils den juristischen Einheiten zuordnet.

Tabelle 13: Skizze Historisierungstabelle

Variable	Jahr	Standort (ID)	Name Standort	Standort Nummer	Juristische Einheit (ID)	BUR	Name Betrieb	Rechtlich-wirtschaftlicher Status 2011
Quelle	MS, KS	Neu	KS	MS	Neu	MS, KS	KS	KS 2011 ¹⁸⁷
Beispiel-daten	2014	100011	Name Standort 1	X	1	A	Name Spital 1	Öffentlich/subventioniert
	2013	100011	Name Standort 1	X	1	A	Name Spital 1	Öffentlich/subventioniert
	2012	100011	Name Standort 1	X	1	A	Name Spital 1	Öffentlich/subventioniert
	2011	100011	Name Standort 1	X	1	A	Name Spital 1	Öffentlich/subventioniert
	2014	100012	Name Standort 2	X	1	A	Name Spital 1	Öffentlich/subventioniert
	2013	100012	Name Standort 2	X	1	A	Name Spital 1	Öffentlich/subventioniert
	2012	100012	Name Standort 2	X	2	B	Name Spital 2	privat
	2011	100012	Name Standort 2	X	2	B	Name Spital 2	privat

¹⁸⁴ Vgl. BAG (2015e, S.4).

¹⁸⁵ Vgl. Pellegrini et al. (2010, S.134).

¹⁸⁶ Gemäss der bisherigen Praxis wurde die Variable Standort ausschliesslich den Kantonen „zu administrativen Zwecken“ durch das BFS zur Verfügung gestellt.

¹⁸⁷ Ausschlaggebend ist der Status des Betriebs im Jahr 2011.

Variable	Jahr	Standort (ID)	Name Standort	Standort Nummer	Juristische Einheit (ID)	BUR	Name Betrieb	Rechtlich-wirtschaftlicher Status 2011
Quelle	MS, KS	Neu	KS	MS	Neu	MS, KS	KS	KS 2011 ¹⁸⁷
	2014	100021	Name Standort 3	X	2	C	Name Spital 2	privat
	2013	100021	Name Standort 3	X	2	C	Name Spital 2	privat
	2012	100021	Name Standort 3	X	2	C	Name Spital 2	privat
	2011	100021	Name Standort 3	X	2	C	Name Spital 2	privat

Tabelle 13 enthält eine Skizze einer solchen Tabelle. Bereits heute werden die Mutationen auf Ebene der Betriebe im Zusammenhang mit den Kennzahlen der Spitäler des BAG überprüft und dokumentiert.¹⁸⁸ Diese Dokumentation kann für die Historisierung genutzt werden. In wenigen Fällen wird eine Rücksprache mit den betreffenden Spitälern und Kliniken notwendig sein.

Inwiefern die Historisierung auf Ebene der Standorte vollständig möglich ist, kann aktuell nicht abschliessend eingeschätzt werden. Gemäss den Abklärungen im Rahmen der Konzeptstudie sind die Standortkodierungen in der MS ab dem Datenjahr 2013 zuverlässig (im Sinne der Kohärenz mit den Daten der KS). In den früheren Datenjahren ist diese Kohärenz nicht durchgehend gegeben, weil die Überprüfung der entsprechenden Variablen nicht Teil des standardisierten Plausibilisierungsprozesses war. Insofern jedoch in den vorangehenden Datenjahren die Standorte überhaupt erfasst sind – ungeachtet ob diese mit der KS kohärent sind oder nicht – sollte eine entsprechende Historisierung der Standorte mit verhältnismässigem Aufwand zuverlässig möglich sein, indem man die Konsistenz der Standortnummern anhand verschiedener Merkmale (z.B. Hauptkostenstellen, Fallzahlen) in der Medizinischen Statistik über die Jahre plausibilisiert und bei Auffälligkeiten Abklärungen bei den jeweiligen Spitälern vornimmt.

Zu beachten ist, dass für die erwähnte Historisierung die Verfügbarkeit nominaler Daten eine zwingende Voraussetzung darstellt. Infolgedessen müsste dieser Arbeitsschritt durch eine Verwaltungseinheit mit Zugriff auf die entsprechenden Daten erfolgen (z.B. BAG, BFS, Obsan).¹⁸⁹

Insgesamt sei darauf hingewiesen, dass die beschriebene Historisierung ressourcenintensiv ist und eine Herausforderung darstellen wird. Für eine zweckmässige Beantwortung der Fragestellungen hinsichtlich der Veränderungen innerhalb der Spitallandschaft ist die Historisierung jedoch aufgrund der in der vorliegenden Konzeptstudie dargelegten Einschränkungen der verfügbaren Datengrundlagen zwingend notwendig. Darüber hinaus birgt die Historisierung ebenso enormes Potential für Studien in anderen Zusammenhängen, eine Einschätzung, welche nicht nur durch die Autoren der vorliegenden Konzeptstudie vertreten wird, sondern im Rahmen der Begleitgruppensitzung bestätigt wurde.

6.2 Modul 2: Befragung der Kantone

Aufbauend auf den Ergebnissen der Dokumentenanalyse im Rahmen der Bestandesaufnahme sieht die Konzeptstudie eine schriftliche Befragung der Kantone vor. Ziel dieser Erhebung ist es:

- 1) ausgehend von der Bestandesaufnahme die vorliegenden Ergebnisse zu validieren;
- 2) die in dieser Bestandesaufnahme bearbeiteten qualitativen Inhalte systematisch bei den Kantonen zu erfassen, wobei die Ergebnisse aus der Dokumentenanalyse als Grundlage für die Strukturierung der Erhebungsinstrumente dienen;
- 3) die im Rahmen der Bestandesaufnahme noch nicht behandelten Aspekte gemäss Kapitel 2.4 zu erheben.

¹⁸⁸ Vgl. BAG (2015g, S.5).

¹⁸⁹ Die Auswertungen können wiederum durch einen externen Auftragnehmer erfolgen, indem die Daten anhand der neu geschaffenen Variablen anonymisiert werden (Variablen Standort (ID), Juristische Einheit (ID), Rechtlich-wirtschaftlicher Status 2011 gemäss Tabelle 13)

Tabelle 14: Kurzbeschreibung Modul 2

Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wurde die kantonale Spitalplanung durch die KVG-Revision verändert? ▪ Wie gestaltet sich die Umsetzung der Aufträge gemäss Bundesverfassung und KVG durch die Kantone? ▪ Mit welchen konkreten Kriterien und Instrumenten arbeiten die einzelnen Kantone für die Spitalplanung und zur Erteilung von Leistungsaufträgen? Welche weiteren Grundlagen wären für die Kantone hilfreich? ▪ Inwiefern findet zwischen den Kantonen eine Kooperation im Bereich der Spitalplanung und deren Umsetzung statt, bspw. bei der Vergabe von Leistungsaufträgen?
Methode	<p><u>Schriftliche Befragung</u> Form der Erhebung: Schriftlicher Fragebogen in elektronischer Form oder Onlinebefragung Adressaten: Zuständige Mitarbeitende in den kantonalen Gesundheitsdirektionen, je nach Organisation sind dies für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie unterschiedliche Ansprechpartner (entsprechend ist in Bezug auf die Erhebungsform zu berücksichtigen, dass die Befragung pro Kanton und je Versorgungsbereich evtl. durch unterschiedliche Ansprechpersonen erfolgt). Stichprobe: Vollerhebung</p> <p><u>Telefoninterviews</u> Die Resultate aus der Erhebung sind in einem ersten Schritt auf Vollständigkeit zu überprüfen sowie anhand der Resultate aus der Bestandesaufnahme zu plausibilisieren. Bei Bedarf dienen zusätzliche Telefoninterviews dazu, Unklarheiten zu beseitigen.</p>
Zeitpunkt (Start)	Q4/2016
Indikatoren (nicht abschliessend)	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsgruppensystematik (vgl. Kapitel 2.3) - Verfahren des Leistungseinkaufs (vgl. Kapitel 2.3.3) - Parameter bzw. Zielgrössen der Planung (vgl. Rüefli et al. 2005, S.37) - Auswahlkriterien bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Spitalliste (vgl. Kapitel 2.3.5.2; Rüefli et al. 2005, S.55) - Relevanz der Auswahlkriterien bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Spitalliste (z.B. anhand der Anzahl Spitäler, denen ein Leistungsauftrag aufgrund eines bestimmten Kriteriums verweigert bzw. nicht verlängert wurde) - Wirtschaftlichkeitsvergleich: Verfahren, Indikatoren und Datengrundlagen (vgl. Kapitel 2.3.5.1) - Motive für die Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler (vgl. Huber 2015, S.64ff.; Rüefli et al. 2005, S.44f.) - Mengenbeschränkungen (vgl. Polynomics 2013) - Ausgestaltung der Referenztarife (vgl. Polynomics 2013) - Interkantonale Koordination <ul style="list-style-type: none"> - Form der Kooperation: koordinierte Planung, gemeinsame Planung, gemeinsame Spitallisten - Konkrete Kooperationsprojekte (vgl. Kapitel 2.3.5.5) - evtl.: subjektiv wahrgenommener Erfolg der Kooperationsprojekte aus Sicht der Kantone - Überarbeitung der Planung (vgl. Rüefli et al. 2005, S.189) <ul style="list-style-type: none"> - Periodizität - Tragweite der Überarbeitung (Anpassung der Spitallisten infolge struktureller Änderungen, Anpassung der Kriterien, Erneutes Bewerbungs- bzw. Antragsverfahren, neue Bedarfsermittlung) - Monitoring der relevanten Planungskriterien inkl. Überprüfung der Compliance bzgl. der Anforderungen (Stichworte Kosten- und Qualitätsmonitoring, Einhaltung der Aufnahme-pflicht) sowie allfällige Sanktionsmassnahmen. - Einbezug der die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen in den Planungsprozess (mit Fokus auf die psychiatrische Versorgung) - Beobachtbare Auswirkungen der Revision auf das ambulante Versorgungsangebot im Kanton (mit Fokus auf die psychiatrische Versorgung) - Handlungsspielraum der Kantone (vgl. Rüefli et al. 2005, S.31) - Explizite und implizite Rahmenbedingungen für Listenspitäler Verträge mit Krankenversicherern betreffend die Vergütung von OKP-Leistungen ausserhalb des Leistungsauftrags gemäss Spitalliste abzuschliessen (Rütsche 2015, S.55ff.)

	<ul style="list-style-type: none"> - Kanton als Eigentümer von Spitälern in der Psychiatrie und Rehabilitation (vgl. insbesondere die Einzelregulierungen Spitalplanung, Rechtsform, Strategische Führung, Operative Führung und Infrastruktur (vgl. Kapitel 3.3, Polynomics 2013, Rüefli et al. 2005, S.195) - Herausforderungen für die Kantone in der Umsetzung (z.B. fehlende Datengrundlagen, Instrumente, etc.) - Zentrale Änderungen in Bezug auf die kantonale Spitalplanung infolge der KVG-Revision Spitalfinanzierung (positiv vs. negative bewertete Aspekte).
Bemerkungen	Synergien mit Modul 4 sind zu prüfen.
Geschätzte Kosten	CHF 80'000 – 90'000

Die Referenzen zu den einzelnen Indikatoren in Tabelle 14 beziehen sich jeweils entweder auf die entsprechenden Kapitel in der Bestandesaufnahme oder auf andere Studien, in denen die entsprechenden Indikatoren operationalisiert sind. Mehrfach wird dabei auch auf die Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen von Rüefli et al. (2005) verwiesen. Diese beinhaltet eine umfassende Bestandesaufnahme zur Konzeption und Umsetzung der kantonalen Spitalplanungen in sämtlichen Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) zum Jahr 2004. Insofern dies möglich und sinnvoll ist, empfiehlt es sich, die Fragestellungen für die Erhebung bei den Kantonen an jenen der Studie von Rüefli et al. auszurichten, so dass ein Vergleich hergestellt werden kann. Auch wenn teilweise ein Vergleich mit früheren Erhebungen möglich ist, kann daraus nur bedingt ein kausaler Schluss zwischen der Revision und den beobachteten Veränderungen gemacht werden. Rüefli et al. (2005, S.139ff.) stellten beispielsweise bereits im Jahr 2005 fest, dass in zahlreichen Kantonen Bestrebungen zur Einführung integrierter (bereichsübergreifender), überkantonaler oder leistungsorientierter Planungen oder zur Weiterentwicklung der Spitalplanungen allgemein bestehen. Vor diesem Hintergrund enthält die vorgesehene Befragung bei den Kantonen auch direkte Fragestellungen zu den Veränderungen hinsichtlich der kantonalen Spitalplanungen, die konkret auf die KVG-Revision Spitalfinanzierung zurückzuführen sind.

6.3 Modul 3: Onlinebefragung der Spitälern und Kliniken

Als ergänzendes Modul sieht die vorliegende Konzeptstudie eine Onlinebefragung bei den Spitälern und Kliniken sämtlicher Versorgungsbereiche vor. Im Vordergrund stehen dabei Fragen nach möglichen Spezialisierungstendenzen innerhalb der Spitälern, Formen und Bereiche von Kooperationen zwischen den Leistungserbringern sowie deren Zusammenhang mit der KVG-Revision. Die Eckdaten dazu sind in Tabelle 15 zusammengefasst, weitere Erwägungen folgen danach.

Tabelle 15: Kurzbeschrieb Modul 3

Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, innerhalb der Kantone und über Kantonsgrenzen hinweg sowie zwischen den Spitälern und den Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen (ambulant, stationär, z.B. Langzeitunterbringung)? ▪ Gibt es eine Zunahme der Spezialisierung? ▪ Bereiten sich die Spitälern auf die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie (TARPSY) und der Rehabilitation (STReha) vor? Was sind mögliche Auswirkungen von leistungsbezogenen Pauschalen auf das künftige stationäre und auch ambulante Angebot und auf die Spitallandschaft im Bereich Psychiatrie und der Rehabilitation?
Methode	<p><u>Onlinebefragung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adressaten: stationäre Leistungserbringer Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (auf Ebene Betrieb) - Stichprobe: Ein repräsentatives Sampling erscheint schwierig, wenn die unterschiedlichen Charakteristika der Leistungserbringer (Spitaltyp, privat/öffentlich, Versorgungsbereich, etc.) sowie der kantonalen Rahmenbedingungen (Finanzierungssystem vor der Revision, Konkurrenzsituation, etc.) angemessen berücksichtigt werden sollen. Deshalb wird grundsätzlich von einer Vollerhebung ausgegangen. Eine Aussage zur erwarteten Response-Rate ist schwierig zu machen. Vorzusehen sind jedoch ausgewählte Merkmale anhand derer die Repräsentativität der realisierten Stichprobe beurteilt werden kann (Spitaltyp, privat/öffentlich, Versorgungsbereich, Grossregion), wobei eine anonyme Teil-

	<p>nahme gleichwohl gewährleistet werden soll. Gleichzeitig sollen Massnahmen vorgesehen werden, um die Response-Bereitschaft zu erhöhen (z.B. Begleitkommunikation durch die Kantone und H+)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprache: dreisprachig (d, f, i) - Validierung des Fragebogens: Begleitgruppe - Zugang zu den Adressaten: Idealerweise wird der Zugang zu den Spitälern über die Kontaktpersonen der Kantone hergestellt (Zugang zur Grundgesamtheit der Spitäler, Sicherstellung einer hohen Rücklaufquote).
Zeitpunkt (Start)	Q4/2016
Indikatoren (nicht abschliessend)	<p><u>Konzentration</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfolgte Fusion - Beweggründe bzw. Zusammenhang mit der KVG-Revision <p><u>Spezialisierung</u> (in Verbindung mit einem Abbau von Leistungen an einem Standort)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betroffene Leistungsbereiche/-gruppen - Beweggründe bzw. Zusammenhang mit der KVG-Revision <p><u>Institutionalisierte Kooperationen</u> (vgl. dazu auch Fürstenberg et al. 2013, S.104)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kooperationsfelder: medizinische Kernleistung, sekundär-medizinischer Bereich, nicht-medizinischer Bereich - Kooperationspartner: Stationäre Leistungserbringer (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation), ambulante Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen, Stationäre Nachsorgeeinrichtungen (Langzeitunterbringung) - Form der Kooperation (Institutionalisierung): vertragliche Vereinbarungen, Holdingstrukturen, Fusionen bzw. Übernahme von Betrieben/Standorten - Konkrete Inhalte der Kooperation - Zusammenhang mit der KVG-Revision <p><u>Schnittstellen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt der Überweisungen nach dem Akutspitalaufenthalt: Veränderungen infolge Revision, Angemessenheit, Herausforderungen <p><u>Vorbereitung auf leistungsbezogene Pauschalen in der Psychiatrie/Rehabilitation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tageskliniken in der Psychiatrie: (erwartete) Anreize durch TARPSY
Bemerkungen	<p>Alleine für die Fragestellungen im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ erscheint das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen für eine Onlinebefragung hoch. Dabei mitberücksichtigt ist der Aufwand für die Umsetzung aber auch der Aufwand auf Seiten der Spitäler für die Teilnahme sowie bei den Kantonen zur Unterstützung. Geeignet erscheint die Methode, wenn in anderen Themenbereichen der Evaluation ebenfalls Befragungen bei den Spitälern vorgesehen bzw. einen wichtigen Beitrag leisten könnten und somit Synergien genutzt werden können.</p>
Geschätzte Kosten	CHF 50'000 - 60'000

Bereits in der Konzeptstudie innerhalb des Themenbereichs „Verhalten der Spitäler“ wurde darauf hingewiesen, dass die Frage der Spezialisierung sowohl aus versorgungsplanerischer wie auch ökonomischer Perspektive von Interesse sei, die Kausalität zwischen der KVG-Revision und all-fälligen Spezialisierungstendenzen aber schwierig zu ermitteln ist.¹⁹⁰ Zwar sind die Indikatoren in Kapitel 4.3 geeignet, um Spezialisierung- und Konzentrationstendenzen in der Spitallandschaft abzubilden, Aussagen zum kausalen Zusammenhang zwischen den Massnahmen der KVG-Revision und diesen Entwicklungen sind allerdings nur bedingt möglich. Bereits in Kapitel 4.4 wurden die diesbezüglichen Herausforderungen diskutiert, die sich aus der Untersuchungsanlage ergeben. Zudem ist zu bedenken, dass Teilaspekte der KVG-Revision bereits vor 2012 eingeführt wurden bzw. ist ebenfalls denkbar, dass die Spitäler und Kliniken bestimmte Restrukturierungsmassnahmen bereits im Vorfeld initiiert haben. Insofern z.B. Massnahmen zur Spezialisierung bereits vor dem Untersuchungszeitraum der Sekundärdatenanalyse etabliert wurden, können sie anhand des zeitlichen Trends nicht identifiziert werden. Ausserdem ist festzuhalten, dass der Prozess einer Spezialisierung über die Vorbereitung zum strategischen Entscheid bis zur Umsetzung mehrere Jahre dauern kann, und deshalb nicht alle Bestrebungen bereits in den vorliegenden Routinedaten identifizierbar sind.¹⁹¹ Die Onlinebefragung der Leistungserbringer eröffnet einen zusätzlichen Zugang in Bezug auf die Fragen der Spezialisierung und

¹⁹⁰ Vgl. B,S,S. (2014, S.52).

¹⁹¹ Vgl. B,S,S. (2014, S.52).

kann dazu beitragen, ein umfassenderes Bild der Entwicklungen im Zuge der KVG-Revision zu gewinnen. Analog gilt dies für die Analyse der Beweggründe allfälliger Fusionen (Konzentration). Des Weiteren können mithilfe dieses Zugangs auch die Fragen zur Kooperation zwischen Leistungserbringern beantwortet werden, die innerhalb dieser Bestandesaufnahme unbeantwortet blieben.

6.4 Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen

Im Zusammenhang mit der Fragestellung, wie sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung entwickeln, schlägt die Konzeptstudie eine Aktualisierung des Regulierungsindex gemäss der Studie „Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik“ vor (Polynomics 2013). Anhand dieses Indexes kann ein Vergleich mit den Resultaten im Jahr 2012 hergestellt werden.

Tabelle 16: Kurzbeschreibung Modul 4

Frage	▪ Wie entwickeln sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung (Steuerung der Kapazitäten)?
Datengrundlagen Methoden, Indikatoren	Vgl. Kapitel 3.3 bzw. Polynomics (2013).
Zeitpunkt (Start)	Q4/2016
Bemerkungen	Synergien mit der Erhebung bei den Kantonen wären zu überprüfen (Modul 2). Ggf. Validierung der Ergebnisse über die Kantonsbefragung in Modul 2.
Geschätzte Kosten	In Bezug auf die Replikation der Studie zum Regulierungsindex wird in der vorliegenden Konzeptstudie davon ausgegangen, dass eine solche im Rahmen der Begleitforschung realisiert wird. Infolgedessen wird auch keine Aufwandschätzung für das betreffende Modul vorgenommen.

Wie bereits in Kapitel 3.4 erwähnt, bietet der Regulierungsindex den Vorteil, dass die komplexen Rahmenbedingungen in sinnvoller Weise zusammengefasst werden, so dass die Frage nach den Rahmenbedingungen zwischen Steuerung und Wettbewerb zweckmässig beantwortet werden kann. Der Nachteil liegt dabei darin, dass die kantonalen Unterschiede betreffend einzelner Regulierungen nicht im Detail nachvollziehbar sind. Konkret heisst das, dass die einzelnen Indikatoren gemäss Tabelle 7 für die einzelnen Kantone aus der Studie nicht ersichtlich sind. Im Zusammenhang mit der Frage nach der kantonalen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, die massgeblich im Kapitel 2 behandelt wurde, wären die einzelnen Indikatoren jedoch ebenfalls von Interesse. Es erscheint jedoch nicht sinnvoll, diese doppelt zu erheben. Die vorliegende Konzeptstudie schlägt in diesem Zusammenhang vor, einerseits zu prüfen, ob die Ergebnisse aus einer allfälligen Aktualisierung der Studie für die Verwendung im Rahmen der Evaluation zugänglich wären. Dies betrifft insbesondere das Thema der Mengenbeschränkungen und somit den Indikator *Leistungseinkauf* gemäss Tabelle 7. Andererseits stellt sich die Frage, ob einzelne Indikatoren zusätzlich noch detaillierter betrachtet werden sollen, als es die Systematik des Regulierungsindex vorsieht. Im Rahmen des Regulierungsindex wird in Bezug auf die Referenztarife hauptsächlich die kantonale Ausgestaltung der Referenztarife betrachtet. Konkret wird untersucht, ob die Referenztarife nach Leistung abgestuft sind, ob der Referenztarif den kantonalen Tarifen entspricht und ob die Referenztarife und die freie Spitalwahl klar kommuniziert werden (vgl. Einzelregulierung Tarifwesen in Tabelle 7). Daraus lässt sich jedoch nur bedingt eine Aussage dazu machen, in welchem Ausmass durch unterschiedliche Referenztarife Hürden in Bezug auf die freie Spitalwahl geschaffen werden. Dazu müssten die konkreten Differenzen zwischen den Spitaltarifen und den Referenztarifen nach Leistungsgruppen und Kantonen untersucht werden. Das Problem dabei ist, dass diese Informationen aktuell nicht in einer systematischen Form verfügbar sind.

Da zum Zeitpunkt des Schlussberichts die entsprechenden Abklärungen noch laufend sind, in welcher Form die Informationen zu den Referenztarifen verfügbar gemacht werden können, wird an dieser Stelle noch nicht abschliessend beschrieben, anhand welcher Datengrundlagen das

Thema in den weiteren Evaluationsarbeiten angegangen wird. Nichtsdestotrotz wurden die Referenztarife als zusätzlicher Indikator im Modul 2 aufgenommen. Analog wurden ebenso die Mengenbeschränkungen als zusätzlicher Indikator im Modul 2 integriert.

Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass eine Replikation der Studie ausschliesslich die akutstationäre Versorgung umfassen würde. Die spezifischen Charakteristika betreffend die Regulierungssituation innerhalb der stationären Versorgung in der Rehabilitation und der Psychiatrie würden dabei nicht erfasst. In Anbetracht des erheblichen Aufwands für die Datenerhebung bei einer Ausweitung auf diese Versorgungsbereiche sowie der noch nicht abschliessend geregelten Finanzierung in der Psychiatrie (TARPSY) und Rehabilitation (ST Reha) ist aus Sicht der vorliegenden Konzeptstudie davon abzusehen. Einzelne Aspekte des Regulierungsindex sollen aber für die Bereiche der Rehabilitation und der Psychiatrie in der Kantonsbefragung (Modul 2) aufgenommen werden. Gemäss den Aussagen im Rahmen der Fokusgruppen mit Vertretern der kantonalen Gesundheitsdirektionen sind in diesem Zusammenhang insbesondere allfällige Ver selbstständigungen von ehemals öffentlichen Leistungserbringern von einschlägiger Relevanz.

6.5 Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme

Für die Fragestellung zur Entwicklung der interkantonalen Patientenströme wurde in der vorliegenden Konzeptstudie der Bezug zur Studie von Huber (2015) hergestellt, in welcher eine umfassende Analyse der interkantonalen Patientenströme innerhalb der Akutsomatik erfolgte. Für den Kontext des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ sind ausgewählte Indikatoren aus dieser Studie ausreichend. Aufgrund der besonderen Relevanz der interkantonalen Patientenströme – insbesondere für die Kantone – wird dieses Modul separat und mit zwei Varianten dargestellt.

Tabelle 17: Kurzbeschreibung Modul 5

Frage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen Kantonen? ▪ Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung?
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Abfluss (Variante 1 und 2) - Market Share Index (Variante 1 und 2) - Zustrom (Variante 2) - Absolut-Saldo (Variante 2) - Exportindex (Variante 2) - Lokalisationsindex (Variante 2)
Datengrundlage	Medizinische Statistik 2010-2016 inkl. Psychiatrie-Zusatzdatensatz
Zeitpunkt (Start)	Variante 1: Q1/ 2018 Variante 2 : Q2/2017
Variante 1	Analyse im Rahmen von Modul 1 mit Beschränkung auf die zentralen Indikatoren für die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.
Variante 2	Aktualisierung der Studie in umfassender Form, d.h. analog zu den Indikatoren in der Originalstudie inkl. Ergänzung um die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Psychiatrie sowie die Analyse der Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung anhand des Zusatzdatensatz Psychiatrie. Publikation in einer eigenständigen Studie zeitnah nach Verfügbarkeit der Daten aus der Medizinischen Statistik für das Jahr 2015, so dass der Bericht als Grundlage für die kantonalen Spitalplanungen ein nützliches Hilfsmittel darstellt.
Geschätzte Kosten	Variante 1: CHF 8'000 - 10'000 Variante 2: CHF 40'000 - 50'000

6.6 Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung

Für die Analyse der Auswirkungen der Revision auf den Zugang zu stationären Leistungen gemäss Kapitel 5 sieht die Konzeptstudie eine gesamtschweizerische Erreichbarkeitsanalyse betreffend die Standorte der stationären Versorgung vor.

Tabelle 18: Kurzbeschreibung Modul 6

Frage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inwiefern verändert sich der Zugang zu stationären Leistungen infolge der Konzentration in der Spitallandschaft?
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> - Anteil der kantonalen Bevölkerung, welche das nächstgelegene Spital in 10, 20, 30 Minuten bzw. mehr erreicht.
Datengrundlage	<ul style="list-style-type: none"> - Krankenhausstatistik 2010 und 2016: Daten zum Spitaltyp sowie Lokalisierung der Standorte - STATPOP: Daten zur Bevölkerungsstruktur - z.B. ESRI: Daten zum Verkehrsnetz
Methodik	Vgl. Anhang 8.6.
Zeitpunkt (Start)	Q1/2018
Variante 1	Zur Berücksichtigung der qualitativen Dimension des verfügbaren Versorgungsangebots wird in der Analyse nach den verschiedenen Spitaltypen unterschieden.
Variante 2	Zur Berücksichtigung der qualitativen Dimension werden spezifische Leistungsgruppen für die Analyse ausgewählt. Grundlage für die Auswahl der Leistungsgruppen bilden entweder die Leistungsaufträge gemäss Spitalliste oder bestimmte Tracer-Behandlungen, basierend auf welchen bestimmt wird, welche Betriebe und Standorte über Versorgungsangebote in den jeweiligen Leistungsgruppen verfügen.
Geschätzte Kosten	Variante 1: CHF 50'000 - 60'000 Variante 2: CHF 60'000 - 70'000

6.7 Modul 7: Synthese

Mit dem Modul 7 weist die vorliegende Konzeptstudie explizit auf die Notwendigkeit hin, die Ergebnisse aus den vorangehenden Modulen sowie der Begleitforschung Dritter zusammenzutragen und daraus eine Synthese mit Bezug auf die Fragestellungen der KVG-Evaluation Spitalfinanzierung zu formulieren. Zusätzlich sind die Ergebnisse auch über die Themenbereiche KVG-Evaluation Spitalfinanzierung hinweg zu koordinieren (Kosten und Finanzierung, Qualität, Verhalten der Spitäler und Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung). Nur so kann die Beantwortung der übergeordneten Evaluationsfragestellungen im Gesamtkontext der Revision sichergestellt werden. Dazu empfiehlt es sich ein übergreifendes Gefäss für den Austausch zwischen den Mandatnehmern in den einzelnen Themenbereichen sowie der Auftraggeberschaft zu etablieren.

Tabelle 19: Kurzbeschreibung Modul 7

Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung? ▪ Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, das heisst auf die Kantone, die Versicherer, die Leistungserbringer und die Versicherten? ▪ Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, das heisst zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hoch-stehenden Versorgung und zur Solidarität zwischen den Versicherten? ▪ Wie ist die Zweckmässigkeit, also das Ausmass der Eignung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen? ▪ In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf geortet?
---------------	---

Datengrundlagen	- Module 1-6 - Evaluationsarbeiten aus den übrigen Themenbereichen - Studien aus der Begleitforschung Dritter
Methodik	- Literaturanalyse - Gefäss zur themenbereichsübergreifenden Koordination innerhalb der KVG-Evaluation Spitalfinanzierung
Zeitpunkt (Start)	CHF 15'000-25'000
Geschätzte Kosten	Q4/2016

6.8 Priorisierung

Im Rahmen der Begleitgruppensitzung vom 5.4.2016 wurden die Teilnehmenden gebeten, eine Priorisierung der Module vorzunehmen, mit dem Zweck die relative Relevanz der einzelnen Module zu beurteilen.¹⁹² Dabei konnten die Begleitgruppenmitglieder insgesamt 24 Punkte auf die sechs Module verteilen. Insgesamt wurden also durch die acht teilnehmenden Begleitgruppenmitglieder 192 Punkte vergeben. In den Modulen eins und fünf wurden jeweils zwei Varianten hinsichtlich des Vorgehens und/oder des Umfangs formuliert.¹⁹³ In Tabelle 20 ist die Priorisierung der Module und Varianten durch die Begleitgruppenmitglieder dargestellt. Die Begleitgruppenmitglieder wurden ebenfalls gebeten anzugeben welche Variante sie jeweils bevorzugen würden. Das Ergebnis ist ebenfalls in Tabelle 20 wiedergegeben, wobei jeweils der Anteil der Personen ausgewiesen ist, die sich (eher) für eine der Varianten ausgesprochen haben.

Tabelle 20: Priorisierung der Module

Modul	Priorisierung Module		Priorisierung Varianten	
	Punkte	% der Punkte	% (eher) Variante 1	% (eher) Variante 2
Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft	52	27%	13%	88%
Modul 2: Befragung der Kantone	47	24%		
Modul 3: Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken	18	9%		
Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen	23	12%		
Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme	30	16%	25%	75%
Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung ^a	22	11%		
Total	192	100%		

^a Die Varianten im Moduls 6 wurden erst infolge der Begleitgruppensitzung formuliert und waren demgemäss nicht Gegenstand der Priorisierung

Quelle: Einschätzung durch die Mitglieder der Begleitgruppe

6.9 Provisorischer Zeitplan

Tabelle 21 gibt einen Überblick über den provisorischen Zeitplan zur Umsetzung der im vorliegenden Konzept definierten Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“. Die Planung erfolgte ausgehend von der Verfügbarkeit der Daten aus der Medizinischen Statistik. Normalerweise stehen die provisorischen Daten aus der Medizinischen Statistik jeweils im November des Folgejahres zur Verfügung. Infolgedessen wurde die Auswertung im Rahmen der Sekundärdatenanalyse auf den Anfang des Jahres

¹⁹² Die Teilnehmenden der Begleitgruppensitzung können dem Anhang 8.1 entnommen werden.

¹⁹³ Auch in Modul sechs sind zwei Varianten formuliert. Die Ausdifferenzierung der Varianten erfolgte jedoch erst infolge der Begleitgruppensitzung. Die Priorisierung von Modul sechs in Tabelle 20 ist infolgedessen auf beide Varianten zu beziehen, wobei in einem ersten Schritt noch zu klären wäre, welche Variante besser geeignet ist, um die Fragestellung zu beantworten.

2018 festgelegt, so dass die Daten bis und mit dem Datenjahr 2016 berücksichtigt werden können. Von da aus wurde anschliessend rückwärts gerechnet und so der provisorische Zeitplan hergeleitet.

Tabelle 21: Provisorischer Zeitplan für die Umsetzung der weiteren Evaluationsarbeiten

Module	2016	2017	2018
Modul 1: Sekundärdatenanalyse			
Datenbeschaffung (Datenantrag)			
Historisierungstabelle			
Datenauswertung			
Modul 2: Erhebung bei den Kantonen			
Erfassungsraster			
Übersetzung (zweisprachig)			
Pretest			
Erhebung			
Plausibilisierung und Auswertung			
Validierung (Telefoninterviews)			
Modul 3: Befragung der Spitäler u. Kliniken			
Entwurf des Onlinefragebogens			
Übersetzung (dreisprachig)			
Programmierung			
Pretest			
Befragung			
Auswertung			
Validierung mit Experten			
Modul 4: Aktualisierung Studie Polynomics			
Modul 5: Interkantonale Patientenströme			
Variante 1			
Variante 2			
Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse			
Modul 7: Synthese			
Themenbereichsübergreifende Koordination			
Literaturanalyse Begleitforschung			
Synthesebericht			

7 Literatur- und Materialienverzeichnis

- BAG (2012): Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2010. Bundesamt für Gesundheit, Bern. <http://www.bag.admin.ch/kzss>
- BAG (2015a): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom April 2015). Verfasst von: Weber, Markus/Vogt, Christian. Bern. <http://www.bag.admin.ch/Eval-Spitalfinanzierung>
- BAG (2015b): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat. Bern. <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>
- BAG (2015c): Pflichtenheft Spitallandschaft Akutsomatik und Rehabilitation: Konzept- und Machbarkeitsstudie inkl. einer ersten Bestandesaufnahme: Einzelstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Bern. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/15388/index.html?lang=de>
- BAG (2015d): Pflichtenheft Spitallandschaft Psychiatrie: Konzept- und Machbarkeitsstudie inkl. einer ersten Bestandesaufnahme: Einzelstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Bern. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/15388/index.html?lang=de>
- BAG (2015e): Statistiken zur Krankenversicherung: Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2013. Bundesamt für Gesundheit. www.bag.admin.ch.
- BAG (2015f): Konsolidierte Stellungnahme der Begleitgruppe und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zum Bericht „Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie“ (Verfasst von B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG). Bern, 28. Januar 2015. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/12642/14710/index.html?lang=de>
- BAG (2015g): Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2013. Bundesamt für Gesundheit, Bern. <http://www.bag.admin.ch/kzss>
- BFS (1997). Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Detailkonzept 1997 (Version: 12. Dezember 2005), Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Neuenburg: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit.
- BFS (2001). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Rechtlich-wirtschaftlicher Status der Betriebe. Neuchâtel, Version 4.0. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/kh/06.Document.90769.pdf
- BFS (2006). Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens: Krankenhaustypologie. Neuchâtel, November 2006, Version 5.2, Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch (8.6.2014).
- BFS (2008a). Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2012, Anhang D des Dokuments "Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG). Änderungen im Detail", Bundesamt für Statistik (Letzte Aktualisierung: Juli 2011).
- BFS (2008b). Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG). Änderungen im Detail, Bundesamt für Statistik, Version 1.0.

- BFS (2015). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2014 – Standardtabellen: Provisorische Resultate. Neuchâtel, November 2015, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6827>.
- 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. <http://www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung>
- Bundesrat (2016). Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 13.4012, Bern, 25. Mai 2016. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>
- 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/gesundheitsstudie-de.pdf>
- Dayhoff, D.A., Cromwell, J. (1993). Measuring differences and similarities in hospital caseloads: a conceptual and empirical analysis. *Health Services Research* 28(3), 292-312.
- Duller, C. (2005). Die österreichische private Krankenversicherung - Ein Monopol?, in: *Austrian Journal of Statistics*, Volume 34, Number 4, Pages 345-359.
- Fürstenberg T., K. Zich, H-D. Nolting, M. Laschat, S. Klein und B. Häussler (2013). G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des dritten Forschungszyklus. Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2009). Zürcher Spitalplanung 2012 Teil 1: Versorgungsbericht, Vernehmlassungsversion Dezember 2009. www.gd.zh.ch
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2015). Gesundheitsversorgung 2015 Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie. Dezember 2015. www.gd.zh.ch
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2015b). Zuteilung Fälle MedStat zu Reha-Leistungsgruppen, unveröffentlicht.
- H+ (2013). Grundlagenpapier DefReha© Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 1.0.
- H+ (2014): H+ Spital- und Klinik-Monitor. http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten, Zugriff am 11.11.2015
- Hess, S.; Eichler, K.; Brügger, U. (2009). Gutachten zur zukünftigen medizinischen Entwicklung für die somatische Akutversorgung. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. www.gd.zh.ch
- Huber, K. (2015). Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013 (Obsan Dossier 48). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_48_3.pdf
- IOM (Institute of Medicine). 2010. *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Washington, DC: The National Academies Press, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53920/>.

- ISPM (2009). Epidemiologische Expertise zur Spitalplanung Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern. www.gd.zh.ch
- Jörg R., Ettl R., Ruffin R., Dvorak A., Megert M. (2015). Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz: Schlussbericht. socialdesign ag. Im Auftrag der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn. www.socialdesign.ch.
- Kobel, C., Theurl, E. (2013). Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian Case, Working Papers in Economics and Statistics, No. 2013-06.
- Kohler, D., Widmer, M. & Weaver, F. (2015). Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Etude principale, 1re étape, 2008–2012. (Obsan Rapport 62). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_62_rapport.pdf
- Pellegrini S, Widmer T, Weaver F, Fritschi T, Bennett J (2010): KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation, Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Berner Fachhochschule und Universität Zürich, Bern und Zürich. <http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07350/07641/index.html?lang=de>
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2015). Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Etude de base 2010–2012. (Obsan Rapport 61). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_61_rapport.pdf
- Pellegrini, S. & Roth, S. (2016). Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2013 (Obsan Bulletin 1/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- 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
- Rüefli, Christian; Anderegg, Céline; Boggio, Yann (2005): Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Forschungsprogramm KVG II. Bern, März 2005 Büro Vatter. <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06392/06517/index.html?lang=de>
- Rütsche, Bernhard (2016). Spitalplanung und Privatspitäler: Aktuelle Rechtsfragen zur Umsetzung des KVG. Zürich: Schulthess Verlag, Reihe Forum Gesundheitsrecht.
- Weaver, France; Cerboni, Sacha; Oettli, Alexandre; Andenmatten, Patrick; Widmer, Marcel (2009). Prognosemodell für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der Spitalplanung. Arbeitsdokument 32, Obsan. <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/arbeitsdokument-32-d.pdf>
- Widmer, M. & Kohler, D. (2015). Behandlungsketten und ihre Schnittstellen (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2015_01_d.pdf
- Zwanziger, J., Melnick, G.A., Simonson, L. (1996). Differentiation and Specialization in the California Hospital Industry 1983 to 1988. Medical Care 34(4), 361-372.

8 Anhang

8.1 Interviews, Fokusgruppen und Begleitgruppe

Tabelle 22: Interviewpartner und Teilnehmende Fokusgruppen

Gesprächspartner	Institution	Setting	Datum
Sonja Pellegrini	Obsan	Interview / Fachgespräch	15.9.2015
Marcel Widmer	Obsan	Interview / Fachgespräch	11.11.2015
Simon Stahel	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich	Fokusgruppe	15.10.2015
Aref Al Deb'i	Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt	Fokusgruppe	15.10.2015
Jean-Paul Jeanneret	Département de la santé et de l'action sociale, VD	Interview / Fachgespräch	21.10.2016
Daniela Schibli	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	Fokusgruppe	15.10.2015, 13.10.2015
Marita Verbali	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich	Fokusgruppe	13.10.2015
Roland Gasser	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern	Fokusgruppe	13.10.2015
Paul Lalli	Projekt Integrierte Psychiatrie UR/SZ/ZG	Fokusgruppe	13.10.2015
Stephan Colombo	Ressort stationäre Tarifstrukturen, santésuisse	Interview / Fachgespräch	17.11.2015

Tabelle 23: Teilnehmende Begleitgruppensitzung

Teilnehmende	Institution
Daniela Schibli	GDK
Georg von Below	GEF Kanton Bern
Stefan Berger (Vertretung P. Besson)	H+
Beatrix Meyer	FMH
Markus Merz (Vertretung H. Conrad)	SMHC
Axel Reichlmeier	santesuisse
Luca Petrini	curafutura
Sonia Pellegrini	Obsan

8.2 Dokumentenanalyse: Berücksichtigte kantonale Planungsgrundlagen

Nebst den in untenstehender Tabelle aufgeführten Planungsdokumenten waren die Webseiten der kantonalen Gesundheitsdirektion sowie die kantonalen Spitalisten Gegenstand der Dokumentenanalyse. Eine Übersicht der aktuellen Spitalisten findet sich auf der Webseite der GDK unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>.

Kanton/e	Dokument	Datum / Version	Abk.
AG	– Spitalplanung 2012. Versorgungsbericht	Okt. 2010 (1. Auflage)	AG1
AI	– Spitalplanung 2012 - Versorgungsbericht – Bericht zur Spitalplanung des Kantons Appenzell Innerrhoden	Okt. 2010 Nov. 2014	AI1 AI2
AR	– Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Versorgungsbericht – Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012. Strukturbericht: Inner- und ausserkantonale Leistungserbringer	Sept. 2010 k.A.	AR1 AR2
BE	– Rahmenkonzept Versorgungsplanung 2016 gemäss Spitalversorgungsgesetz (SpVG) – Versorgungsplanung 2011-2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Gesundheitsberufe	Juni 2015 Aug. 2011	BE1 BE2
BL	– Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht Kanton Basel-Landschaft	Okt. 2010	BL1
BS	– Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht Kanton Basel-Stadt	Okt. 2010	BS1
BL / BS	– Gemeinsamer Bericht betreffend Prüfung einer vertieften Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen Basel-Landschaft und Basel-Stadt in den drei Ebenen Versorgung, Aufsicht / Regulation sowie Beteiligung	Juni 2015	BL/BS1
FR	– Spitalplanungsbericht 2015 – Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015	Dez. 2014 März 2014	FR1 FR2
GE	– Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015	-	GE1
GL	– Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 inkl.: - Versorgungsbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012 - Strukturbericht zur Glarner Spital- und Rehabilitationsplanung 2012. Akutso-matik – Rehabilitation – Psychiatrie	Dez. 2011 Dez. 2011 bzw. Nov. 2012	GL1 GL2
GR	-	-	-
JU	– Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015 – Evaluation des offres pour la planification hospitalière 2015-2020	Mai 2014 Dez. 2014	JU1 JU2
LU	– Die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern. Entwurf Kantonsratsbeschluss über die Kenntnisnahme. Planungsbericht des Regierungsrates an den Kantonsrat vom 20. Oktober 2015.	Okt. 2015	LU1
NE	– Rapport du Département de la santé et des affaires sociales au Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâtelaise 2012-2014 – Rapport du Conseil d'Etat concernant la liste hospitalière neuchâtelaise 2015 – Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâtelaise 2016. 1 ^{ère} partie : Evaluation des besoins. – Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâtelaise 2016. 2 ^{ème} partie : Conditions-cadres. – Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière neuchâtelaise 2016. 3 ^{ème} partie : Liste hospitalière cantonale.	Dez. 2011 Dez. 2014 Oct. 2014 Dez. 2014 Juli 2015	NE1 NE2 NE3 NE4 NE5
NW	-	-	-
OW	-	-	-
SG	– Spitalplanung Akutso-matik 2014 Strukturbericht – Spitalplanung Rehabilitation 2014 Strukturbericht – Spitalplanung Psychiatrie 2014 Strukturbericht – Spitalplanung Akutso-matik 2012 Versorgungsbericht – Spitalplanung Rehabilitation 2014 Versorgungsbericht – Spitalplanung Psychiatrie 2012 Versorgungsbericht	Juni 2014 Dez. 2014 Nov. 2014 Aug. 2011 Juni 2014 Jan. 2012	SG1 SG2 SG3 SG4 SG5 SG6
SH	– Planungsbericht Spitalversorgung 2012 / 2010	Sept. 2012	SH1

Kanton/e	Dokument	Datum / Version	Abk.
SO	- Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht Kanton Solothurn	Okt. 2010	SO1
SZ	- Versorgungsbericht Schwyzer Spitalplanung 2012 - Spitalstrukturbericht 2012 Schwyzer Spitalplanung 2012	Dez. 2010 März 2012	SZ1 SZ2
TG	- Kanton Thurgau Spitalplanung 2012. Versorgungs- und Strukturbericht mit Spitallisten ab 1. Januar 2012	Sept. 2011	TG1
TI	- Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal)	Apr. 2014	TI1
UR	- Bericht zur Spitalplanung des Kantons Uri	Aug. 2014	UR1
VD	- Planification hospitalière vaudoise 2012	Juni 2011	VD1
VS	- Bedarfsanalyse für die Spitalplanung 2015. Definitiver Bericht - Spitalplanung 2015 – Akutsomatik. Definitiver Bericht - Spitalplanung 2015 – Rehabilitation & Palliativpflege. Definitiver Bericht - Spitalplanung 2015 – Psychiatrie. Definitiver Bericht	Okt. 2013 Okt. 2014 Sept. 2014 Sept. 2014	VS1 VS2 VS3 VS4
ZG	- Zuger Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht	Juni 2010	ZG1
ZH	- Zürcher Spitalplanung 2012 Strukturbericht - Zürcher Psychiatrieplanung 2012. 1. Teil: Versorgungsbericht Psychiatrie - Zürcher Psychiatrieplanung 2012. 2. Teil: Strukturbericht Psychiatrie - Gesundheitsversorgung 2014 Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie - Gesundheitsversorgung 2015 Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie	Sept. 2011 Juni 2011 Dez. 2011 Dez. 2014 Dez. 2015	ZH1 ZH2 ZH3 ZH4 ZH5
NWCH	- Spitalplanung 2012. Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn	Okt. 2010	NWCH1
UR/SZ/ZG	- Psychiatriekonkordat Uri, Schwyz und Zug. Gemeinsame Psychiatrieplanung. Versorgungsbericht - Psychiatriekonkordat Uri, Schwyz und Zug. Strukturkonzept Psychiatrieversorgung UR / SZ / ZG	Juni 2011 Mai 2012	UR/SZ/ZG1 UR/SZ/ZG2

8.3 Detailergebnisse Dokumentenanalyse

8.3.1 Leistungsgruppen

8.3.1.1 Leistungsgruppen Akutsomatik

Leistungsgruppen Akutsomatik	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
SPLG	x	x ³	x	x	x	x	x ²		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x ¹	x ⁴	x	x	x
andere								x ⁵							x											

- 1 Vergabe anhand der Leistungsbereiche gemäss SPLG und Unterscheidung zwischen erweiterter Grundversorgung, Zentrumsversorgung, Spezialversorgung, Hochspezialisierte Versorgung.
- 2 Spitalliste 2012 noch nicht gemäss SPLG, mit der Spitalplanung 2015 werden diese jedoch übernommen.
- 3 Spitalliste ist anhand der Leistungsbereiche SPLG differenziert, wobei zusätzlich die Kategorien „Innerkantonale Versorgung“, „Erweiterte Grund- und Zentrumsversorgung“, „Spezialversorgung“, „Hochspezialisierte Versorgung“ unterschieden werden. Auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer werden die Leistungsaufträge anhand der Leistungsgruppen präzisiert.
- 4 Die aktuelle Spitalliste unterscheidet keine Leistungsbereiche bzw. Leistungsgruppen. Mit der Überarbeitung der Spitalplanung ist eine Anlehnung an die SPLG jedoch vorgesehen (Quelle: Interview).
- 5 Gruppierung in Anlehnung an die SQLape-Systematik, vgl. auch <http://www.sqlape.com> (zuletzt besucht am 25.02.2016).

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.1.2 Leistungsgruppen Rehabilitation

Leistungsgruppen Rehabilitation	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Muskuloskeletale Rehabilitation	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Neurologische Rehabilitation	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Pulmonale Rehabilitation	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x		x	x	x
Kardiovaskuläre Rehabilitation	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Dermatologische Rehabilitation										x																
Psychosomatische bzw. psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x		x		x	x	x	x		x					x
Internistische bzw. internistisch-onkologische Rehabilitation	x	x	x		x	x			x	x	x	x		x		x		x	x		x	x			x	x
Paraplegiologische Rehabilitation			x		x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x		x		x
Rehabilitation Kinder und Jugendliche			x ¹		x ³	x ⁴			x ¹	x ¹		x ¹				x ⁷	x	x ⁸	x ³		x ¹	x			x ¹	x ¹
Geriatrische Rehabilitation	x			x	x		x		x ²		x		x			x	x	x			x			x	x	
Frührehabilitation	x	x	x ²		x	x			x ²			x		x			x	x			x					x ²
Weitere				x ⁵			x ⁶																	x ⁹		
Keine differenzierte Kategorisierung								x ¹⁰							x								x ¹¹			

- 1 Neurologisch inkl. neuro-orthopädisch, allgemein pädiatrisch.
- 2 Nur in Verbindung mit einem Leistungsauftrag in weiterführender Rehabilitation und beschränkt auf das jeweilige Leistungsspektrum der Leistungsaufträge in weiterführender Rehabilitation.
- 3 Neurologisch inkl. neuroorthopädisch, allgemein pädiatrisch, Frührehabilitation.
- 4 Neurologisch, allgemein pädiatrisch, Frührehabilitation.
- 5 Andere organspezifische Rehabilitation.
- 6 Palliativpflege; Behandlung von Polytraumapatienten, die eine berufliche Rehabilitation benötigen; Behandlung von Wachkomapatienten.
- 7 Neurologisch, allgemein pädiatrisch, neurologische Frührehabilitation.
- 8 Neurologisch inkl. neuroorthopädisch, allgemein pädiatrisch, Frührehabilitation inkl. neurologische Frührehabilitation.
- 9 Rehabilitation von Verbrennungspatienten.
- 10 inkl. Geriatrie.
- 11 Eine grosse Kategorie Rehabilitation, für gewisse Leistungserbringer sind konkrete Leistungsaufträge anhand von Leistungsgruppen näher beschrieben.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.1.3 Leistungsgruppen Psychiatrie

Leistungsgruppen Psychiatrie	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Nach F-Diagnose		x	x						x					x		x			x		x	x			x	x
Kinder- und Jugendpsychiatrie	zusammen		x	x	x		x		x	x	x			x		x		x ⁹	x		x	x		x	x	
	separat	x ¹³				x ¹³	x ¹³					x	x				x									x
Alterspsychiatrie	x		x	x	x	x	x			x	x	x	x				x	x						x		x
Forensik	x		x	x	x	x				x		x				x										x
Weitere	x ¹		x ²	x ³	x ¹	x ¹	x ⁴			x ⁵	x ⁶	x ¹	x ⁷				x ⁸	x ¹⁰			x ¹¹			x ¹²		
Keine differenzierte Kategorisierung								x ¹⁴							x					x ¹⁵			x ¹⁶			

- 1 Allgemeine Psychiatrie; Spezialangebote (stationäre Psychotherapie inkl. somato-psychischer Behandlung; Schwere Essstörungen; Elektro-Krampftherapie; Mutter-Kind-Hospitalisationen; Psychiatrische Rehabilitation; Krisenintervention psychiatrischer Störungen bei Intelligenzminderung); psychische und Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten (Grundversorgung (v.a. Entzug, Krisenintervention); Entwöhnungstherapie; Verhaltenssüchte).
- 2 Eltern-Kind-Behandlung; Akut-Psychotraumatologie.
- 3 Allgemeine und spezialisierte Psychiatrie (Erwachsenenpsychiatrie).
- 4 Psychiatrische Leistungen, die in Spitälern im Kantonsgebiet nicht verfügbar sind (UPD Bern); Behandlung von Patienten, die eine Elektrokrampftherapie benötigen; Behandlung von Patienten, die eine transkranielle Magnetstimulation benötigen (Privatklinik Meiringen).
- 5 Akutpsychiatrie / Psychotherapie; Rehabilitationspsychiatrie; Abhängigkeitserkrankungen; Stressfolgeerkrankungen; Psychosomatik.
- 6 Demenz.
- 7 Erwachsenenpsychiatrie.
- 8 Grundversorgung Psychiatrie und Psychotherapie Erwachsene und Spezialversorgung (Suchtprobleme Alkohol, Medikamente, illegale Drogen; Eltern-Kind-Behandlung).
- 9 Allgemeine Jugendpsychiatrie; Spezialangebote Jugendpsychiatrie.
- 10 Erwachsenenpsychiatrie (Allgemeine Psychiatrie und psychische Verhaltensstörungen infolge Abhängigkeiten).
- 11 Umfassende institutionelle Grund- und Spezialversorgung (Substanzabhängigkeit Alkohol und Medikamente, Substanzabhängigkeit illegale Drogen; Eltern-Kind-Behandlung; neurogeronto-psychiatrische Störungsbilder).
- 12 Psychiatrie, Liaisonpsychiatrie.
- 13 Zudem Spezialangebote innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Schwere Essstörungen, Suchtbehandlungen, Behandlung psychiatrischer Störungen bei kognitiver oder körperlicher Behinderung.
- 14 Integriert in Systematik SQLape, es gibt nur einen allgemeinen Auftrag für Psychiatrie.
- 15 Unterscheidung nach Psychiatrie und Psychiatrie mit Aufnahme von per FU-eingewiesenen Patienten (psichiatria coatta).
- 16 Eine grosse Kategorie Psychiatrie, für gewisse Leistungserbringer sind konkrete Leistungsaufträge anhand von Leistungsgruppen näher beschrieben.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.2 Bewerbungsverfahren

Bewerbungsverfahren	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Akutsomatik																											
Ja	x		x	x			x		x ¹		x		x			x			x	x			x	x			x
Nein		x			x	x		(x)		(x)		(x)		(x)	(x)		(x)	x			(x)	x				(x)	
Rehabilitation																											
Ja	x		x	x			x		x ¹		x		x			x			x	x			x	x			x
Nein		x			x	x		(x)		(x)		(x)		(x)	(x)		(x)	x			(x)	x				(x)	
Psychiatrie																											
Ja	x			x			x		x ¹		x		x											x	x		x
Nein		x	(x)		x	x		(x)		x		(x)		(x)	(x)	x	(x)	x	x ²	x	x	x ²				x ²	

- 1 Die Leistungserbringer, die das Departement zuvor basierend auf den internen Auswertungen der Patientenströme von 2008/2009 provisorisch für die Erteilung eines Leistungsauftrags vorgesehen hatten, wurden in einem schriftlichen Einladungsverfahren zur Bewerbung aufgefordert.
- 2 Psychiatriekonkordat Uri, Schwyz, Zug.

(x) = Bei Kantonen, in denen es anhand der verfügbaren Planungsdokumente nicht abschliessend nachvollziehbar ist, wird davon ausgegangen, dass kein Bewerbungsverfahren stattgefunden hat.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.3 Qualitätskriterien

8.3.3.1 Qualitätskriterien Akutsomatik

Untenstehende Tabelle bzw. die nachfolgende Aufzählung weist die in den kantonalen Planungsdokumenten explizit genannten *generellen Qualitätskriterien* für den Versorgungsbereich der Akutsomatik aus. Wenn keine entsprechenden Dokumente zur Verfügung standen, konnte keine Überprüfung stattfinden.

Allgemeine Qualitätskriterien Akutsomatik gemäss SPLG-Systematik	AG	AI	AR	BE ¹	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ ²	TI ³	TG ⁴	UR	VD ⁵	VS	ZG	ZH
Qualitätssicherungskonzept	x		x				x		x		x		x			x	x			x				x		x
Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen	x		x				x		x		x		x			x	x			x				x		x
Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)	x		x				x		x		x		x			x	x			x				x		x
Multiprofessionelle Entlassungspfade			x						x		x						x									x
Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen			x						x							x	x			x						x
Durchführung von Reanimationsübungen	x		x				x		x		x						x							x		x
Spitalhygiene/Infektiologie	x		x				x		x		x		x			x	x							x		x

- 1 Verweis auf allgemeine und leistungsgruppenspezifische Qualitätskriterien nach Leistungsgruppensystematik der GD ZH.
- 2 Sofern vorhanden und zugänglich wurden die durch die meisten Spitäler freiwillig im Internet freiwillig veröffentlichten bestehenden Qualitätsmessungen (z.B. Patientenbefragungen) berücksichtigt.
- 3 Verweis auf die Qualitätskriterien der GD ZH. Diese werden nicht überprüft, sondern es wird auf die Selbstdeklaration der Spitäler im Rahmen des Bewerbungsverfahrens abgestützt.
- 4 Es wird nicht zwischen generellen und leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen unterschieden. Da die genannten Kriterien den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach GD ZH entsprechen, sind sie in der folgenden Tabelle aufgeführt.
- 5 Verweis auf „cadre de référence“, welcher u.a. Qualitätskriterien enthält.

- Weitere, explizit genannte Qualitätskriterien:
- Publikation Qualitätsbericht (H+) (AG, FR, JU)
 - Patienteninformation (FR, VS)
 - Austritts- und Verlegungsprotokolle (FR)
 - Qualitätskriterien des BAG (JU)
 - Kodierfrist und -qualität (JU)
 - Empfehlungen Organspende (JU)
 - Zusammenarbeit mit der DGW (VS)
 - Qualitätskontrollinstrument (ANQ, FMH usw.) (VS)
 - Mitgliedschaft ANQ (NE)

Quelle: Dokumentenanalyse

Die SPLG-Systematik gibt *leistungsgruppenspezifische Qualitätsanforderungen* vor, welche von Spitälern mit einem Leistungsauftrag in der entsprechenden Leistungsgruppe erfüllt werden müssen. Im Einzelnen sind dies die Kriterien:

- Facharzt und Verfügbarkeit
- Notfallstation
- Intensivstation
- Verknüpfte Leistungen
- Tumorboard
- Mindestfallzahlen
- Sonstige Leistungsspezifische Anforderungen
- Anforderungen an Querschnittsbereiche (Basispaket, Pädiatrie und Kinderchirurgie, Akutgeriatrie, Palliative Care, akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker)

In den Kantonen AG, AR, FR, GL, JU, SG, SH, SZ, TI, TG, VS und ZH werden die genannten Kriterien in den gesichteten Planungsdokumenten explizit genannt. Der Kanton Waadt nennt keine konkreten Qualitätskriterien, sondern verweist auf den „cadre de référence“, in welchem u.a. die Qualität betreffende Evaluationskriterien aufgeführt sind.

8.3.3.2 Qualitätskriterien Rehabilitation

Analog dem Bereich der Akutsomatik werden auch für die Rehabilitation zunächst die in den Plandokumenten genannten generellen Qualitätskriterien aufgeführt.

Generelle Qualitätskriterien Rehabilitation	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ ¹	TI	TG ²	UR	VD ³	VS	ZG	ZH
Konzeptionelle Grundlagen																					x					
Qualitätskonzept	x		x				x		x		x		x			x	x							x		x
Krankheits- bzw. störungsspezifisch aufgebautes Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte	x		x						x							x										x
Notfallkonzept	x		x						x							x										x
Hygienekonzept	x		x				x		x		x		x			x	x							x		x
Behandlungsprozess / Assessmentinstrumente			x						x							x	x				x			x		x
Medizinische Patientenbetreuung			x						x							x										x
Einsatz und Umsetzung eines anerkannten Qualitätsmodells																					x			x		x
Teilnahme an Qualitätsmessungen													x													
Komplikationsstatistiken			x						x							x								x		x
Fehlermeldesystem (CIRS)	x		x				x		x		x		x			x	x							x		x
Durchführen von Patienten- und Zuweiserbefragungen			x						x		x													x		x
Funktionsspezifische Stellenbeschreibung	x		x				x		x							x	x									x
Angebot an Fort- und Weiterbildungsprogrammen			x													x	x									x
Erhebung Mitarbeiterzufriedenheit																x										
Barrierefreie Infrastruktur																x					x					
Adäquate apparative Ausrüstung vorhanden	x										x														x	
Durchführung von Reanimationsübungen	x										x						x								x	
Alarm- und Reanimationskonzept	x																								x	
Personalentwicklung			x						x													x				
Konzept zu Eintritts- und Austrittsmanagement																x										
Multiprofessionelle Entlassungspfade																	x									
Kooperationsvereinbarungen m. vor- und nachgelagerten Institutionen																x										
Austritts- und Verlegungsprotokoll							x				x															
Droits des patients											x															
Diätberatung											x														x	
Anbieten verschiedener Therapie- und Diagnoseformen																									x	
Patienteninformation							x																		x	
Kriterien von SWISS REHA und REHA TICINO																					x					
Publikation Qualitätsbericht							x																			
Qualitätsverantwortlicher							x																		x	
Bereitschaft und die Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Auftrages gemäss Art. 58b Abs. 4 Bst. C KVV																					x					

Generelle Qualitätskriterien Rehabilitation	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ ¹	TI	TG ²	UR	VD ³	VS	ZG	ZH
Mitgliedschaft ANQ													x													

- 1 Hinweis darauf, dass sich das Bewerbungsverfahren, die Evaluation und die Vergabe der Leistungsaufträge grundsätzlich nach dem Zürcher Modell richtet, analog dem Vorgehen in der Akutsomatik.
- 2 Es wird im Planungsdokument nicht zwischen generellen und leistungsspezifischen Qualitätskriterien unterschieden, die Aufteilung wurde durch socialdesign auf Basis bestehender Kategorien vorgenommen.
- 3 Verweis auf „cadre de référence“, welcher u.a. Qualitätskriterien enthält.

Quelle: Dokumentenanalyse

Folgende leistungsspezifischen Qualitätskriterien für den Bereich der Akutsomatik werden in den kantonalen Planungsdokumenten explizit genannt.

Leistungsspezifische Qualitätskriterien Rehabilitation	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ ¹	TI	TG	UR	VD ²	VS	ZG	ZH
Personalqualifikation	x ³		x				x		x		x					x				x	x			x		x
Notfalldienst	x		x				x		x		x					x					x			x		x
Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie	x		x				x		x		x					x				x	x			x		x
Infrastruktur	x		x				x		x							x				x	x			x		x
Mindestfallzahlen	x						x																	x		
Konsiliardienst							x														x			x		
Dokumentierte Behandlungsprozesse	x																									
Austrittsbericht	x																									
Interdisziplinäres Team	x										x															
Bereitschaftsdienst, Hintergrunddienst											x													x		
Beratungsdienste																								x		
Pflege- und Therapiekonzepte																					x					
Kriterien von SWISS REHA und REHA TICINO																				x						

- 1 Hinweis darauf, dass sich das Bewerbungsverfahren, die Evaluation und die Vergabe der Leistungsaufträge grundsätzlich nach dem Zürcher Modell richtet, analog dem Vorgehen in der Akutsomatik.
- 2 Verweis auf „cadre de référence“, welcher u.a. Qualitätskriterien enthält.
- 3 Anforderungen werden pro rehabilitativer Leistungsgruppe detailliert aufgeführt.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.3.3 Qualitätskriterien Psychiatrie

Untenstehende Tabelle listet die in den gesichteten kantonalen Planungsdokumenten explizit genannten generellen Qualitätskriterien des Versorgungsbereichs Psychiatrie auf.

Generelle Qualitätskriterien Psychiatrie	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ ¹	TI ²	TG ³	UR ¹	VD ⁴	VS	ZG ¹	ZH
Allgemeine Aufnahmepflicht									x															x		x
Qualitätssicherungskonzept	x ⁵						x ⁶		x		x ⁶		x			x	x							x ⁶		x
Infrastruktur, Personalstruktur, Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten									x																	x
Aus- und Weiterbildungen									x								x									x
Behandlungsprozess inkl. Therapieplanung, Austrittsmanagement und Behandlungsdokumentation									x		x						x								x	x
Qualitätsverantwortlicher, Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen	x						x		x		x		x				x	x							x	x
Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)	x						x		x		x		x					x							x	x
Patientenbefragungen									x								x ⁷	x ⁸								x
Personalentwicklung																										x
Personalstruktur									x								x									x
Multiprofessionelles Behandlungsteam									x																	x
Sozialdienst / dipl. Sozialarbeiter, Supervision									x																	x
Verfügbarkeit ärztliches und pflegerisches Personal									x																x	x
Medizinische und psychologische Diagnostik									x																	x
Angebot an Therapien und Beratung									x																	x
Multiprofessionelle Entlassungspfade							x											x								
Durchführen von Reanimationsübungen	x						x				x							x							x	
Spitalhygiene / Infektiologie	x						x				x		x					x							x	
Droits des patients											x															
Ausfüllen des Psychiatriezusatzdatensatzes der Medizinischen Statistik des BFS.																	x									
Kooperationsverträge																	x									
Patienteninformation							x																		x	
Qualitätskontrollinstrumente																									x	
Publikation Qualitätsbericht							x																			
Mitgliedschaft ANQ													x													

- 1 Die Auswahl für die Spitalliste des Psychiatriekonkordats Uri, Schwyz, Zug erfolgte gestützt auf die Ergebnisse des Versorgungsberichts und der durchgeführten Evaluation der ausgesuchten Bewerber.
- 2 Es wird darauf verwiesen, dass der Leistungsauftrag nur bei Erfüllen der allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien vergeben wird, wobei diese jedoch nicht weiter spezifiziert werden.
- 3 Es wird im Planungsdokument nicht zwischen generellen und leistungsspezifischen Qualitätskriterien unterschieden. Die genannten Elemente der Strukturqualität wurden den leistungsgruppenspezifischen Anforderungen zugeteilt.
- 4 Verweis auf „cadre de référence“, welcher u.a. Qualitätskriterien enthält.
- 5 inkl. zielgruppenorientiertes Behandlungs- und Pflegekonzept, Alarm- und Reanimationskonzept, Konzept für die Beherrschung lebensbedrohlicher Komplikationen.
- 6 Inkl. Notfallkonzept.
- 7 Dazu Angehörigen-/Personal-/Zuweiserbefragungen.
- 8 Dazu Zuweiserbefragung.

Quelle: Dokumentenanalyse

Nachfolgend aufgeführte leistungsspezifische Qualitätskriterien fanden sich in den kantonalen Planungsdokumenten.

Leistungsgruppenspezifische Qualitätskriterien Psychiatrie	AG ¹	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL ²	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG ³	SH	SO	SZ ⁴	TI ⁵	TG ⁶	UR ⁴	VD ⁷	VS	ZG ⁴	ZH	
Facharzt / Personalqualifikation	x						x				x													x		x ^{8, 9}	
Diagnostik- und Therapieangebot																											x ⁸
Spez. Räumliche Infrastruktur	x										x																x ⁸
Spitalschule / (Sonder-)Pädagoge	x ³																										x ⁹
Verfügbarkeit Facharzt	x						x				x													x			
Notfallstation	x																										
Aufnahmebereitschaft	x																										
Verknüpfung	x										x																
Interdisziplinäres Team											x																
Weitere Anforderungen							x ¹⁰																	x ¹⁰			

1 Anforderungen werden pro rehabilitativer Leistungsgruppe detailliert aufgeführt.

2 Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten die spezifischen Qualitätsanforderungen der kantonalen Spitalplanungen der Standortkantone der Listenspitäler, da der Kanton Glarus die Versorgung seiner Bevölkerung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen nur mit ausserkantonalen Spitalanbietern sicherstellen kann.

3 Es wird keine Unterscheidung zwischen generellen und leistungsgruppenspezifischen Qualitätskriterien vorgenommen, die genannten Aspekte wurden unter den generellen Kriterien aufgenommen.

4 Die Auswahl für die Spitalliste des Psychiatriekonkordats Uri, Schwyz, Zug erfolgte gestützt auf die Ergebnisse des Versorgungsberichts und der durchgeführten Evaluation der ausgesuchten Bewerber.

5 Es wird darauf verwiesen, dass der Leistungsauftrag nur bei Erfüllen der allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien vergeben wird, wobei diese jedoch nicht weiter spezifiziert werden.

6 Als Grundlage für die Evaluation der Qualität werden verschiedene Elemente der Strukturqualität (Versorgungsstrukturen) aufgeführt.

7 Verweis auf „cadre de référence“, welcher u.a. Qualitätskriterien enthält.

8 Für forensische Psychiatrie.

9 Für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

10 Je nach Art der psychiatrischen Leistung werden weitere Anforderungen gestellt (z. B. formelle Zusammenarbeit mit einem akutsomatischen Spital, EEG-Infrastruktur, Konsiliardienste (Pädiatrie, Geriatrie, Neurologie usw.), Kinderzimmer, verschiedene Kooperationen (Polizei und Justiz, Spitex, Pflegeheime usw.) oder Rundläufe und Freilufträume).

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.4 Zugänglichkeit / Erreichbarkeit

Gemäss KVV haben die kantonalen Spital- und Psychiatrieplanungen neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit auch den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist beziehungsweise die räumliche und zeitliche Erreichbarkeit der einzelnen Klinikstandorte zu berücksichtigen (Art. 58b Abs. 4 KVV).

8.3.4.1 Zugänglichkeit / Erreichbarkeit Akutsomatik

Zugang innert nützlicher Frist / Erreichbarkeit Akutsomatik		AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Versorgungsregionen	Ja				x ¹																			x ³			
	Nein	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x ²	x	x	x	x		x	x
Erreichbarkeitsanalyse	Ja				x														x						x		x
	Nein	x	x	x ⁵					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x		x	x		x

- 1 6-Plus-Spitalregionen: Agglomeration Bern, Berner Oberland Ost, Berner Oberland West, Ob- und Nidwalden, Emmentaler Aargau, Emmental, Biel-Seeland sowie den Berner Jura.
- 2 Im Versorgungsbericht des Kantons Solothurn wird auf folgende drei Spitalversorgungsregionen verwiesen, wobei nicht ersichtlich wird, inwiefern diese für die Spitalplanung relevant sind: Region Nord (Bezirke Dorneck, Thierstein), Region Ost (Bezirke Olten, Gösgen, Gäu sowie 50% des Bezirks Thal) und Region West (Bezirk Solothurn, Lebern, Bucheggberg, Wasseramt sowie 50% des Bezirks Thal).
- 3 Vier Regionen: Centre, Nord, Est, Ouest.
- 4 Für die Bedarfsprognose wurden acht Wohnregionen betrachtet (Zürich, Winterthur, Unterland, Limmattal, Linkes Seeufer, Rechtes Seeufer, Oberes Glattal und Oberland). Die Einteilung der Regionen ist historisch begründet und dient nur der regionalen Darstellung von versorgungsplanerischen Daten. Für die Erreichbarkeitsanalyse werden sie nicht berücksichtigt.
- 5 Unter Zugang der Patienten zur (Spital-)Behandlung innert nützlicher Frist versteht das Departement Gesundheit die für privatversicherte Patienten übliche Wartezeit der Leistungsgruppe und des Leistungserbringers.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.4.2 Zugänglichkeit / Erreichbarkeit Rehabilitation

Zugang innert nützlicher Frist / Erreichbarkeit Rehabilitation		AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Versorgungsregionen	Ja																		x ¹						x ²		
	Nein	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x
Erreichbarkeitsanalyse	Ja									x ³																	
	Nein	x	x	x	x			x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x

- 1 Im Versorgungsbericht des Kantons Solothurn wird auf folgende drei Spitalversorgungsregionen verwiesen, wobei nicht ersichtlich wird, inwiefern diese für die Spitalplanung relevant sind: Region Nord (Bezirke Dorneck, Thierstein), Region Ost (Bezirke Olten, Gösgen, Gäu sowie 50% des Bezirks Thal) und Region West (Bezirk Solothurn, Lebern, Bucheggberg, Wasseramt sowie 50% des Bezirks Thal).
- 2 Vier Regionen: Centre, Nord, Est, Ouest.
- 3 Es wird darauf verwiesen, dass das Kriterium der Erreichbarkeit im Bereich der Rehabilitation aufgrund der geringen Fallmenge, des grossen Angebots sowie der vorhandenen Substitutionsmöglichkeiten weniger zentral ist als im Bereich der Akutsomatik.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.3.4.3 Zugänglichkeit / Erreichbarkeit Psychiatrie

Zugang innert nützlicher Frist / Erreichbarkeit Psychiatrie		AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
Versorgungsregionen	Ja				x ¹														x ²					x ³			
	Nein	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x			x	x
Erreichbarkeitsanalyse	Ja				x													x									x
	Nein	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x ⁴	x

Zugang innert nützlicher Frist / Erreichbarkeit Psychiatrie	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TI	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

- 1 Vier Versorgungsräume: Agglomeration Bern, Oberaargau-Emmental, Aaretal-Oberland sowie Biel-Seeland.
- 2 Im Versorgungsbericht des Kantons Solothurn wird auf folgende drei Spitalversorgungsregionen verwiesen, wobei nicht ersichtlich wird, inwiefern diese für die Spitalplanung relevant sind: Region Nord (Bezirke Dorneck, Thierstein), Region Ost (Bezirke Olten, Gösgen, Gäu sowie 50% des Bezirks Thal) und Region West (Bezirk Solothurn, Lebern, Bucheggberg, Wasseramt sowie 50% des Bezirks Thal).
- 3 Vier Regionen: Centre, Nord, Est, Ouest.
- 4 Das Spital Wallis ist (HVS) ist der einzige Bewerber für Leistungen der Psychiatrie.

Quelle: Dokumentenanalyse

8.4 Übersicht der SPLG-Versionen

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen								
	Kürzel	Bezeichnung							
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	x	x	x	x	x	x	x
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	x	x	x	x	x	x	x
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)	x	x	x	x	x	x	x
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	x	x	x	x	x	x	x
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	x	x	x	x	x	x	x
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstiel Operative Urologie	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumorenhrektomie und Nierenteilsektion)	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	x	x	x	x	x	x	x
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	x	x	x	x	x	x	x
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	x	x	x	x	x	x	x
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	x	x	x	x	x	x	x
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	x	x	x	x	x	x	x
	PNE1.3	Cystische Fibrose	x	x	x	x	x	x	x
	PNE2	Polysomnographie	x	x	x	x	x	x	x
Thoraxchirurgie	THO1	Thoraxchirurgie	x	x	x	x	x	x	x
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	x	x	x	x	x	x	x
	THO1.2	Mediastinaleingriffe	x	x	x	x	x	x	x
Transplantationen	TPL1	Herztransplantation (IVHSM)	x	x	x	x	x	x	x
	TPL2	Lungentransplantation (IVHSM)	x	x					
	TPL3	Lebertransplantation (IVHSM)	x	x					
	TPL4	Pankreastransplantation (IVHSM)	x	x					
	TPL5	Nierentransplantation (IVHSM)	x	x					
	TPL6	Darmtransplantation	x	x					
	TPL7	Milztransplantation	x	x					
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	x	x	x	x	x	x	x
	BEW2	Orthopädie	x	x	x	x	x	x	x
	BEW3	Handchirurgie	x	x	x	x	x	x	x
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	x	x	x	x	x	x	x
	BEW5	Arthroskopie des Knies	x	x	x	x	x	x	x
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	x	x	x	x	x	x	x
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	x	x	x	x	x	x	x
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	x	x	x	x	x	x	x
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	x	x	x	x	x	x	x
	BEW9	Knochenentumore	x	x	x	x	x	x	x
	BEW10	Plexuschirurgie	x	x	x	x	x	x	x
	BEW11	Replantationen	x	x	x	x	x	x	x
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie	x	x	x	x	x	x	x
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie	x	x	x	x	x	x	x
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie	x	x	x	x	x	x	x
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	x	x	x	x	x	x	x
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix	x	x	x	x	x	x	x
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri	x	x	x	x	x	x	x
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars	x	x	x	x	x	x	x
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	x	x	x	x	x	x	x
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	x	x	x	x	x	x	x
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)	x	x	x	x	x	x	x
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	x	x	x	x	x	x	x
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	x	x	x	x	x	x	x
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe	x	x	x	x	x	x	x
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)	x	x	x	x	x	x	x
	NEO1.1	Neonatalogie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)	x	x	x	x	x	x	x
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)	x	x	x	x	x	x	x
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatalogie (GA < 28 0/7 SSW und GG < 1000g)	x	x					
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie	x	x	x	x	x	x	x
	RAO1	Radio-Onkologie	x	x	x	x	x	x	x
	NUK1	Nuklearmedizin	x	x	x	x	x	x	x
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)	x	x	x	x	x	x	x
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	x	x	x	x	x	x	x
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)	x	x	x	x	x	x	x
Querschnittsbereiche	KINM	Kindermedizin	y	y	y	y	y	y	y
	KINC	Kinderchirurgie	y	y	y	y	y	y	y
	KINB	Basis-Kinderchirurgie	y	y	y	y	y	y	y
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	y	y	y	y	y	y	y
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum	y	y	y	y	y	y	y
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker	y	y	y	y	y		

Legende		
x	gruppierbare SPLG	
x	gruppierbare SPLG mit eingeschränkter Vergleichbarkeit im Zeithorizont zwischen 2010-2016 aufgrund Anpassungen zwischen den SPLG-Versionen	
x	gruppierbare SPLG mit eingeschränkter Vergleichbarkeit im Zeithorizont zwischen 2012-2014 aufgrund Anpassungen zwischen den SPLG-Versionen	
y	nicht-gruppierbare SPLG	

8.5 Detailergebnisse zur Konzentration auf Ebene der Leistungsgruppen

SPLG			MFZ	Anzahl Fälle	Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI)				Anzahl Leistungserbringer (LE)			Abnahme Anz. LE 2012/14
Leistungsbereich	Kürzel	Leistungsgruppe		2014	2012	2013	2014	Δ HHI 2012/14	2012	2013	2014	
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		460620	161	163	165	+4	189	180	179	-10
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)		2'113	419	405	397	-23	131	127	116	-15
	DER1.1	Dermatologische Onkologie	10	2'266	800	945	912	+112	103	101	110	+7
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen		124	702	860	839	+137	34	34	31	-3
	DER2	Wundpatienten		3'901	221	213	215	-6	124	121	126	+2
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)		25'406	364	310	322	-42	133	123	129	-4
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie		5'623	462	530	508	+46	113	110	108	-5
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)		246	736	659	770	+34	29	40	35	+6
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen		10'333	196	190	192	-4	115	116	116	+1
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)		132	1832	2136	1583	-249	12	15	12	+0
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)		1'783	748	727	677	-71	79	73	71	-8
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung		33	2612	1480	1111	-1'501	7	12	12	+5
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)		181	2474	2299	2284	-191	6	7	8	+2
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie		4'247	311	355	356	+45	97	98	94	-3
Neurochirurgie	KIE1	Kieferchirurgie		1'582	525	574	613	+88	83	85	74	-9
	NCH1	Kraniale Neurochirurgie		4'461	674	820	824	+150	102	84	91	-11
Neurologie	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie	10	442	1308	1170	1209	-99	23	30	26	+3
	NEU1	Neurologie		5'692	259	272	265	+6	119	109	110	-9
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems		1'013	303	222	214	-89	101	97	93	-8
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)		927	430	324	297	-134	99	101	88	-11
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen		15'842	291	293	298	+7	125	117	115	-10
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)		0	-	-	-	-	0	0	0	+0
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	1'576	1'557	1'777	2'101	+545	26	25	28	+2
Ophthalmologie	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10	94	2'530	2'470	3'463	+933	19	19	5	-14
	AUG1.0	Ophthalmologie		1'538	816	776	929	+113	90	90	61	-29
	AUG1.1	Strabologie		181	4'229	4'920	5'956	+1'727	24	13	15	-9
	AUG1.2	Orbita, Lider, Tränenwege		28	16'777	19'622	25'000	+8'223	12	9	8	-4
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie		513	465	484	555	+90	64	58	53	-11
Endokrinologie	AUG1.4.-1.7	Katarakt/Glaskörper/Netzhautprobleme		8'858	602	607	640	+38	67	60	58	-9
	END1	Endokrinologie		3'965	197	213	236	+39	136	128	122	-14
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie		26'584	203	202	200	-3	120	114	113	-7
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie		4'568	277	280	286	+9	89	88	84	-5
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie		10'703	225	234	239	+15	122	124	121	-1
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)	10	783	484	460	481	-4	56	53	58	+2
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)	10	967	544	579	509	-35	64	65	61	-3
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)	10	430	518	525	677	+159	47	48	53	+6
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie		3'751	462	431	423	-39	59	62	59	+0
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)	10	1'082	266	304	249	-17	83	83	72	-11
	Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien		2'395	579	521	477	-103	96	96	104
Gefässe	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10	643	1'176	1'266	1'114	-62	18	18	22	+4
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien		6'807	256	261	254	-2	134	128	124	-10
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome		1'212	227	218	200	-26	106	94	101	-5
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	10	773	1'878	1'911	1'682	-196	11	28	35	+24
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)		314	1'796	1'750	1'760	-36	19	24	28	+9
	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	10	637	335	371	805	+470	89	76	55	-34
Herz	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)		6'786	382	392	367	-14	69	67	68	-1
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	10	1'619	430	453	494	+64	80	83	85	+5
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe	10	2'376	589	634	668	+79	57	53	51	-6
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis	10	1'260	454	484	473	+20	64	57	61	-3
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	10	497	1'322	1'305	1'473	+151	20	20	22	+2
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	10	358	1'279	1'256	1'159	-120	19	19	19	+0
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)	10	1'069	1'395	1'361	1'434	+39	29	23	21	-8
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)		2'168	545	488	595	+51	85	83	85	+0
	HER1	Einfache Herzchirurgie		248	658	571	780	+122	47	44	42	-5
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)		3'365	824	801	811	-13	50	45	43	-7
HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)	100	3'863	912	927	857	-55	20	18	18	-2	
HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10	251	3'271	2'739	2'522	-749	5	5	7	+2	
KAR1	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)		4'386	256	241	261	+5	84	79	78	-6
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)		30'342	466	462	453	-12	70	73	70	+0
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)	10	4'613	862	811	857	+5	35	34	39	+4
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)		2'190	789	731	725	-63	28	27	31	+3

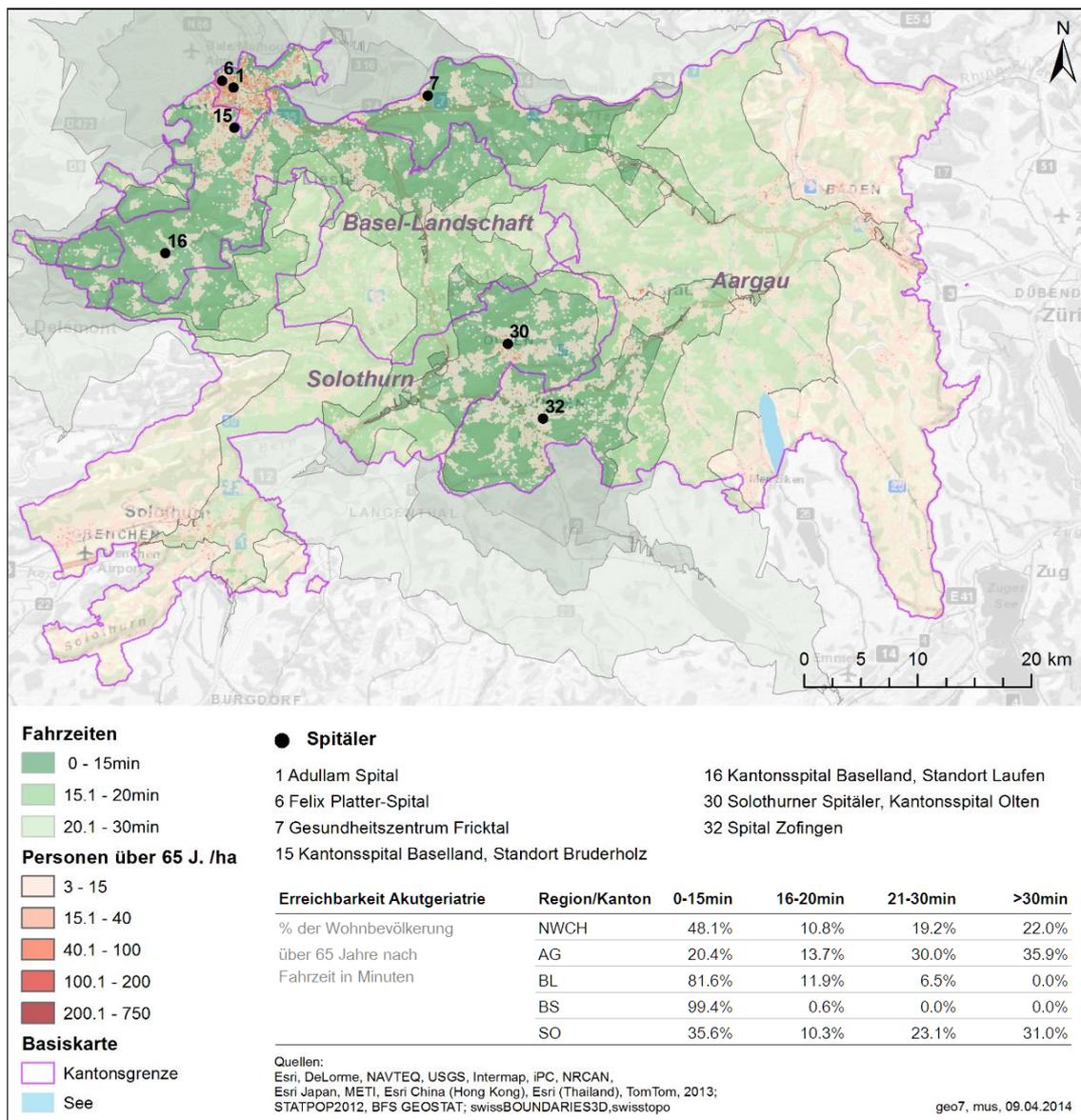
SPLG			MFZ ^a	Anzahl Fälle	Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI)				Anzahl Leistungserbringer (LE)			Abnahme Anz. LE 2012/14
Leistungsbereich	Kürzel	Leistungsgruppe		2014	2012	2013	2014	Δ HHI 2012/14	2012	2013	2014	
Nephrologie	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)		1'798	545	643	557	+12	60	57	55	-5
	NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)		4'775	349	347	338	-11	77	73	77	+0
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie		43'908	183	181	178	-5	137	132	130	-7
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstiel Operative Urologie		4'529	229	231	248	+19	115	115	108	-7
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie	10	2'435	246	262	268	+22	84	79	71	-13
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie	10	537	558	552	535	-22	59	52	49	-10
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilresektion)	10	1'564	281	289	279	-2	80	83	78	-2
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalectomie		175	475	491	619	+144	43	40	37	-6
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang		315	483	404	403	-80	47	47	47	+0
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra		480	645	772	586	-58	46	49	48	+2
Pneumologie	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters		92	1'255	994	846	-409	17	24	25	+8
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial		259	424	457	607	+183	38	40	41	+3
	PNE1	Pneumologie		21'865	236	270	263	+26	141	132	129	-12
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie		609	629	651	753	+124	49	61	54	+5
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation		380	2'375	2'318	2'707	+332	22	22	25	+3
	PNE1.3	Cystische Fibrose		716	799	820	1'085	+286	51	48	45	-6
	PNE2	Polysomnographie		432	619	686	583	-36	46	50	44	-2
	THO1	Thoraxchirurgie		854	601	461	432	-169	64	60	59	-5
Thoraxchirurgie	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	30	1'102	490	519	525	+34	48	38	36	-12
	THO1.2	Mediastinaleingriffe		403	585	768	851	+266	44	41	36	-8
Transplantationen	TPL1	Transplantationen Solider Organe (IVHSM)		1'529	2'547	2'401	2'352	-194	39	34	37	-2
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat		37'702	168	173	170	+2	150	145	146	-4
	BEW2	Orthopädie		9'985	135	141	140	+5	154	153	147	-7
	BEW3	Handchirurgie		8'398	192	204	196	+5	139	134	131	-8
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellboegens		1'371	245	286	298	+53	116	113	114	-2
	BEW5	Arthroskopie des Knies		34'009	184	184	183	-1	136	131	136	+0
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität		20'749	180	181	182	+2	133	132	129	-4
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität		41'603	164	170	169	+5	130	127	125	-5
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie		24'171	256	269	263	+7	107	106	103	-4
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	10	3'084	343	339	311	-32	76	73	79	+3
	BEW9	Knochentumore	10	103	580	475	614	+34	45	56	33	-12
	BEW10	Plexuschirurgie	10	226	519	725	453	-66	72	72	51	-21
	BEW11	Replantationen		113	745	741	1'138	+393	24	25	23	-1
	Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie		6'090	162	178	172	+10	156	146	148
RHE2		Interdisziplinäre Rheumatologie		708	501	551	573	+72	86	81	83	-3
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie		27'740	158	172	179	+20	129	128	124	-5
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina		133	765	636	745	-20	32	41	36	+4
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix		82	617	700	645	+28	33	32	29	-4
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri		1'853	200	216	235	+34	115	110	109	-6
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars		367	285	279	328	+42	74	74	70	-4
Geburtshilfe	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma		9'226	177	195	201	+24	120	121	117	-3
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität		80	2'562	2'417	2'456	-106	7	6	7	+0
	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)		0	-	-	-	-	0	0	0	+0
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)		100'441	166	173	178	+11	130	126	123	-7
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)	1500	1'109	841	843	863	+21	61	60	52	-9
Neugeborene	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe		308	696	752	1'103	+408	57	60	36	-21
	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)		71'986	177	184	191	+13	113	109	107	-6
	NEO1.1	Neonatalogie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)		1'733	497	517	447	-50	86	83	80	-6
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatalogie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)		2'305	716	848	1'035	+319	72	68	47	-25
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie		6'617	305	345	340	+35	105	102	97	-8
	RAO1	Radio-Onkologie		3'264	635	561	534	-101	48	49	50	+2
	NUK1	Nuklearmedizin		2'167	1'510	1'251	1'254	-256	33	31	35	+2
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)		1'198	491	393	413	-78	83	85	72	-11
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)		181	1'242	1'296	1'088	-154	16	14	17	+1
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)		106	1'346	1'104	983	-363	28	39	35	+7
Total			1'198'725	158	161	162	+4	198	187	187	-11	

^a z.T. lediglich Richtwerte, vgl. auch www.gd.zh.ch

Quelle: Medizinische Statistik 2012-14 BFS, eigene Berechnungen

8.6 Beispiel Erreichbarkeitsanalyse

Beispielhafte Darstellung für die Analyse der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur. Dargestellt ist die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten der akutergeriatrischen Spezialversorgung in der Nordwestschweiz. Die gelbe bzw. rote Färbung bezeichnet die Verteilung und Dichte der Wohnbevölkerung. Die grünen Kennzeichnungen beschreiben die Erreichbarkeit anhand der Fahrzeit zum nächstgelegenen Versorgungsangebot (vgl. auch die integrierte Tabelle).



Quelle: Jörg et al. (2015, S.79).

Methode

Die Erreichbarkeit eines Angebots wird dabei als die Fahrzeit mit dem Privatverkehr operationalisiert. Die Ermittlung der Erreichbarkeit erfolgt anhand einer sogenannten Einzugsbereichs-Analyse mithilfe eines Geoinformationssystems (GIS). Dieses wurde in Zusammenarbeit mit geo7 konzipiert und durch geo7 durchgeführt.

Damit es möglich ist, die Fahrzeiten zu berechnen, sind zum einen räumliche Daten zu den Standorten der Spitäler sowie zur Verteilung der Wohnbevölkerung der Nordwestschweiz erforderlich. Darüber hinaus benötigt man Informationen zum Strassennetzwerk einschliesslich z.B. der erlaubten Höchstgeschwindigkeiten und der durchschnittlichen Verkehrsbelastung. Welche Standorte je nach Bereich (Notfallversorgung, Kindermedizin, Geriatrie, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Orthopädie) zu berücksichtigen sind, wurde anhand der Spitallisten sowie in Zusammenarbeit mit den Vertretern der auftraggebenden Kantone festgelegt. Die einzelnen Vorgehensschritte bzw. Datengrundlagen sind für den interessierten Leser nachfolgend im Detail beschrieben.

Geokodierung Spitaladressen

Die Spitaladressen wurden anhand des ESRI¹⁹⁴ Geocode Services geokodiert. Anhand einer Adresseingabe liefert dieser Service eine Punktgeometrie mit den entsprechenden Koordinaten zurück, sofern die Adresse im Service gefunden wird. Da einzelne Spitaladressen nicht vollständig waren, sowie der ESRI Geocode Service ebenfalls einzelne Adressen nicht fand, wurde eine nachträglich manuelle Überprüfung und Bearbeitung des erhaltenen Punktdatensatzes mit den Spitalstandort-Koordinaten gemacht. Überprüft wurden die Adresspunkte mit map.search.ch und/oder maps.google.ch.

Demografische Variablen

Aus dem STATPOP-Datensatz¹⁹⁵ wurde ein Punktdatensatz erstellt. Der Punktdatensatz erhielt die gesamten STATPOP-Attribute. Aus den Koordinaten wurde eine Punktgeometrie hergestellt. Obwohl die Koordinaten jeweils die südwestlich Ecke eines Hektarrasters darstellen, wurde kein Shift gemacht, da ein Hektarraster gemäss Datenbeschreibung anhand diesem linken, unteren Eckpunkt einer administrativen Einheit zugordnet wird. Zudem sind diese ca. 71m Abweichung vom Zentrumspunkt der Hektare innerhalb der Berechnungsgenauigkeit.

Mit diesem Punktdatensatz wurde ein räumlicher Verschnitt mit den Geometrien der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn¹⁹⁶ gemacht. Alle Punkte ausserhalb dieser Kantone wurden verworfen und nicht mehr für weitere Analysen verwendet.

Drei zusätzliche Alters-Kategorien wurden im STATPOP-Datensatz gebildet¹⁹⁷:

- Personen im Alter von < 18 Jahren
- Personen im Alter von ≥ 18 bis < 65 Jahren
- Personen im Alter von ≥ 65 Jahren

Aus Datenschutzgründen werden im STATPOP-Datensatz keine Werte von 1 und 2 angegeben. Die Werte 1 und 2 werden immer auf 3 aufgerundet. Beim Aufaddieren der einzelnen Klassen kann es so zu grossen Überschätzungen führen. Um dies zu umgehen wurde folgendes Vorgehen gewählt:

- Aufaddieren der STATPOP-Teilklassen zu allen der drei gewünschten Alterskategorien.
- Differenz von (Personen bis 17 Jahre + Personen ab 18 Jahre) – B12BTOT (gibt die gesamte Überschätzung)
- Zählen des Vorkommens der Zahl 3 (Ort der möglichen Überschätzung) innerhalb eines Datenrecords und innerhalb der drei Alterskategorien.

¹⁹⁴ ESRI Inc. (Environmental Systems Research Institute) ist ein US-amerikanischer Softwarehersteller von Geoinformationssystemen (GIS).

¹⁹⁵ Bundesamt für Statistik (BFS), GEOSTAT, Datenversion: 28. August 2013 / STATPOP 2012.

¹⁹⁶ Datensatz swissBoundaries3D, vgl. swisstopo www.swisstopo.admin.ch.

¹⁹⁷ Da die Einteilungsgrenzen der Kategorien im STATPOP-Datensatz bei anderen Altersjahren gezogen wurde, mussten gewisse Klassen aufgetrennt werden: Die Klassen B12BM04 und B12BW04 (Alter: 15-19 jährig) wurden zu 60% den Personen bis 17 Jahre und zu 40% den Personen ab 18 Jahre zugeordnet. Die Klassen B12BM14 und B12BW14 (Alter: 65-69 jährig) wurden zu 80% den Personen über 65 Jahre zugeordnet.

- Berechnung prozentuales Vorkommen der Zahl 3 innerhalb der Alterskategorie bezüglich Gesamtvorkommen der Zahl 3 in einem Datenrecord.
- Subtraktion des prozentualen Überschätzungsanteils in jeder Alterskategorie.

Danach werden die Punkte mit den Erreichbarkeitsflächen verschnitten und entsprechend aufsummiert.

Einzugsbereichs-Analyse

Mit der Einzugsbereichs-Analyse wurden Kreisflächen berechnet, von denen aus ein gewählter Standort innerhalb einer bestimmten Zeit erreicht werden kann. Zur Berechnung dieser Erreichbarkeitsbereiche wurde der ESRI World Route Service verwendet. Dies ist ein Network Analysis Service welcher auf einem Strassennetzwerk (u.a. von Navteq) basiert. Folgende Parametereingaben wurden gewählt:

- Standort-Inputs sind die geokodierten Spitäler.
- Die Zeitgrenzen sind: 15min, 20min und 30min.
- Die Strassen werden mit einem Personenwagen (PW) befahren.
- Wo möglich werden Strassen höherer Hierarchie (Autobahnen, Kantonsstrassen) bevorzugt.
- Die Fahrtrichtung ist vom Wohnort zum Spital (Towards Facility).
- Kehrtwendungen im Netzwerk sind nur an Kreuzungen und Strassenenden erlaubt.

Das erhaltene Resultat zeigt die Erreichbarkeitszeiten bei guter Befahrbarkeit der Strassen gemäss den beschilderten Tempi ohne Beeinträchtigungen durch Staus.