
Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

20. Dezember 2018

econcept

Forschung / Beratung / Evaluation

Gerechtigkeitsgasse 20

8002 Zürich

Tel. +41 44 286 75 75

LENZ

Wettbewerbsfähigkeit in der
Gesundheitsversorgung

Asylstrasse 41

8032 Zürich

Tel. +41 44 253 62 41

Erarbeitet durch

econcept AG

Gerechtigkeitsgasse 20, CH-8002 Zürich
www.econcept.ch / + 41 44 286 75 75

und

LENZ Beratungen und Dienstleistungen AG

Asylstrasse 41, CH-8032 Zürich
www.lenz.org / +41 44 253 62 41

Autoren/innen

Marie-Christine Fontana, Dr. sc. pol., Politologin
Laura Inderbitzi, MA in Politikwissenschaften, Politologin
Simon Bock, MA UZH in Sozialwissenschaften, Politologe
Barbara Haering, Prof. Dr. sc. nat. ETH, Dr. h. c. sc. pol.

Jörg Gruber, lic. phil., Politologe
Stefan Lippitsch, dipl. Psychologe

Impressum

Vertragsnummer:	16.926898
Laufzeit:	15.11.2016 bis 31.12.2018
Datenerhebungsperiode:	Januar 2010 bis März 2018
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Markus Weber, Fachstelle Evaluation und Forschung (E + F); Stellvertretung: Cornelia Stadter, Sektion Tarife und Leistungserbringer I
Begleitgruppe	Kathrin Huber, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) Georg von Below, Kanton Bern Carmen Brenner-Meyer, Kanton Wallis Martin Bienlein, Die Spitäler der Schweiz H+ Beatrix Meyer, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH Erika Ziltener, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Axel Reichmeier, santésuisse Luca Petrini, curafutura Edith Salgado, Bundesamt für Statistik (BFS) Sonia Pellegrini, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan Markus Merz, Swiss Mental Healthcare (SMHC) Jürg Wägli, SWISS REHA
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 war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG unter Einbezug der Begleitgruppe. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	Fachstelle für Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung
Übersetzung:	Manuel Mauriès, Star Words Sàrl
Zitiervorschlag:	econcept/LENZ (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), 2018, Zürich.
Korrespondenzadresse:	econcept AG Gerechtigkeitsgasse 20, 8002 Zürich

Inhalt

Zusammenfassung	i
Résumé	1
1 Ausgangslage	1
1.1 Gegenstand der «Evaluation Spitallandschaft»	1
1.2 Ziel der Evaluation Spitallandschaft	2
1.3 Evaluationsfragestellungen und Wirkungsmodell	2
1.4 Systemgrenzen der Evaluation Spitallandschaft	4
1.5 Methodisches Vorgehen	5
2 Spitalplanung: Umsetzung und Bewertung	7
2.1 Versorgungsplanung	7
2.2 Erstellung Spitalisten und Vergabe Leistungsaufträge	10
2.3 Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien	13
2.4 Interkantonale Koordination	17
2.5 Diskussion der Spitalplanung	19
3 Wettbewerbliche Rahmenbedingungen	21
3.1 Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben	21
3.2 Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht	22
3.3 Transparenz Spitalplanung und Leistungsvergabe	23
3.4 Vertragsmarkt	24
3.5 Erweiterte Spitalwahl	25
3.6 Diskussion der wettbewerblichen Rahmenbedingungen	27
4 Entwicklung der stationären Versorgungsstrukturen	28
4.1 Aufgabenstellung und Wirkungshypothesen	28
4.2 Entwicklung der stationären Versorgung	29
4.2.1 Entwicklung der Anzahl Spitäler (Betriebe und Standorte) 2011-2016	29
4.2.2 Entwicklung der Marktanteile und Leistungsspektren	33
4.3 Spezialisierung der Spitäler und Konzentration von Leistungen	42
4.4 Zugang zu stationären Leistungen bei Notfällen	48
4.5 Patienten/innen-Ströme zwischen Kantonen und Versorgungsangeboten	50
4.6 Qualität der Spitalleistungen	53
4.7 Ausgaben für stationäre Spitalleistungen	54

5	Synthese und Handlungsbedarf	56
5.1	Beantwortung der spezifischen Evaluationsfragestellungen	56
5.2	Optimierungspotenziale und Handlungsbedarf Spitalplanung	60
5.3	Beiträge zu den übergeordneten Fragestellungen der Evaluation	62
	Literatur und Dokumente	64
	Anhang	70
A-1	Bestandsaufnahme Spitalplanung (Kantonsbefragung 2017)	70
A-2	Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	89
A-3	Operationalisierungstabelle Evaluationsfragestellungen	90
A-4	Erläuterungen zum methodischen Vorgehen	96
A-5	Fragebogen der Kantonsbefragung	101
A-6	Leitfaden Fokusgruppen	124
A-7	Indikatoren, verwendete Daten und Datenquellen für die Sekundärdatenanalyse	125
A-8	Erreichbarkeit der 24h-Notfallaufnahmen 2016	128
	Tabellenverzeichnis	129
	Abbildungsverzeichnis	131
	Abkürzungsverzeichnis	133

Zusammenfassung

Abstract

Die Evaluation «Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung» («Evaluation Spitallandschaft») untersuchte die Umsetzung der Massnahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetz (KVG-Revision) durch die Kantone sowie die Entwicklung der Spitallandschaft und des Versorgungsangebots im Zeitraum 2010-2016 mit einem multimethodischen Vorgehen, das eine umfangreiche Sekundärdatenanalyse mit einer Vollerhebung bei den Kantonen zur Umsetzung, zwei Fokusgruppendifkussionen mit Kantonsvertretern/innen und einer Dokumentenanalyse kombiniert. Die Evaluation wurde von November 2016 bis September 2018 durchgeführt.

Die Evaluation zeigt, dass sich der Wettbewerb der Spitäler seit Einführung der KVG-Revision intensiviert. Das stationäre Versorgungsangebot veränderte sich im betrachteten Zeitraum 2012-2016 auf aggregierter Ebene wenig. Die detaillierten Analysen zeigen aber, dass in der Schweizer Spitallandschaft vieles in Bewegung ist und dass die ansatzweise sichtbaren Entwicklungen in die von der Revision gewünschte Richtung weisen. Dabei ist die Versorgungssicherheit weiterhin gewährleistet; sie hat sich zudem bezüglich Qualität der Spitalleistungen etwas optimiert.

Die Kantone setzen die Änderungen der KVG-Revision bezüglich Spitalplanung sowie die vorgesehenen Massnahmen zur Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen weitgehend gesetzeskonform um. Die Auswirkungen der veränderten wettbewerblichen Rahmenbedingungen auf die stationäre Versorgung und die Spitallandschaft sind aber bisher bescheiden. Dies zeigt sich daran, dass sich die stationäre Versorgung und damit die Spitallandschaft wenig verändert haben.

Key Words

KVG-Revision, Spitallandschaft, Versorgungsangebot, Spitalplanung, wettbewerbliche Rahmenbedingungen, Evaluation

Ausgangslage, Evaluationsfragestellungen und Systemgrenzen

Am 21. Dezember 2007 beschlossen die Eidgenössischen Räte die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich der Spitalfinanzierung (KVG; SR 832.10); die Revision trat am 1. Januar 2009 in Kraft und wurde mit der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) präzisiert. Mit der Revision strebte die Politik in erster Linie eine Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich an – und dies bei gleichzeitiger Sicherstellung des Zugangs der Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Spitalversorgung. Wirtschaftliche Anreize sollen unternehmerische Aspekte sowie den Wettbewerb der Spitäler stärken und Fehlanreize beheben.

Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung

Schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für die Vergütung stationärer Leistungen gemäss KVG. Allerdings ist hinsichtlich der drei Versorgungsbereiche zu beachten, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen mit schweizweit einheitlicher Tarifstruktur innerhalb der Untersuchungsperiode erst in der Akutsomatik erfolgte (SwissDRG ab 2012). Für die stationäre psychiatrische Versorgung und die stationäre Rehabilitation erfolgte die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen (TARPSY bzw. ST Reha) im Untersuchungszeitraum nicht (BAG 2014).

Dual-fixe Finanzierung der Leistungen durch Kantone und Versicherer.

Übergang von kapazitätsbezogener zu leistungsorientierter Spitalplanung sämtlicher Leistungen für die Versorgung gemäss KVG nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität, unabhängig von der Rechtsform und Trägerschaft der Leistungserbringer (Instrumente: Versorgungsplanung, Vergabeverfahren für Leistungsaufträge, Interkantonale Koordination resp. Anhörung, Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf Spitallisten, Leistungsvergabe und Erstellung Spitallisten, unter Berücksichtigung der bundesrätlichen Planungskriterien). Allerdings sind in der Rehabilitation und der Psychiatrie weiterhin auch kapazitätsbezogene Planungen möglich (Art. 58c KVV).

Erweiterung der Spitalwahl für Versicherte ausserhalb des Wohnkantons sowie durch Gleichstellung privater und öffentlicher Spitäler.

Transparenz zu Qualität und Wirtschaftlichkeit durch bessere Information zu Wirtschaftlichkeit und Qualität (Veröffentlichung von Indikatoren).

In den Jahren 2012 bis 2019 wird die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Bundesrates evaluiert. Die Evaluation wird im 2019 mit einem Schlussbericht des BAG an den Bundesrat abgeschlossen (vgl. BAG 2019).

Ziel der Evaluation «Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung» («Evaluation Spitallandschaft») ist es, aufzuzeigen und zu diskutieren, inwiefern Spitalplanung und wettbewerbliche Rahmenbedingungen Wirkungen auf die Spitallandschaft und das stationäre Angebot haben. Weitere, parallel durchgeführte Evaluationen untersuchten die Auswirkungen der KVG-Revision auf die Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems (B,S,S. 2018) und die Qualität der Spitalleistungen (INFRAS 2018a).

Die Evaluation beantwortet spezifische Fragestellungen und trägt zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung bei (vgl. BAG 2019):

Spezifische Evaluationsfragestellungen zum Themenbereich Spitallandschaft

- I. Welchen Einfluss haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung auf das Versorgungsangebot? (Wirkungen Spitalplanung)
- II. Wie beeinflussen die Veränderungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen das Versorgungsangebot? (Wirkungen weiterer wettbewerbliche Rahmenbedingungen)
- III. Wie entwickelt sich die stationäre Versorgung im Spannungsfeld von Spitalplanung und Wettbewerb? Ist eine Optimierung der Spitallandschaft im Sinne eines bedarfsgerechteren Angebots feststellbar? (Zusammenspiel der Wirkungen)

Übergeordnete Fragestellungen der Evaluation KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

- 1 Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
- 2 Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems (Versicherte, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer)?
- 3 Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, insbesondere zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?
- 4 Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?
- 5 In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation interessiert vor allem, inwiefern die kantonalen Spitalplanungen und weitere veränderte wettbewerbliche Rahmenbedingungen das Versorgungsangebot beeinflussen. Die kantonale Spitalplanung soll durch die Vergabe von Leistungsaufträgen den Wettbewerb zwischen den Spitälern gegenüber den Kantonen fördern. Die weiteren Massnahmen sollen den Wettbewerb der Leistungserbringer gegenüber den Patienten/innen fördern und so zu qualitätsorientierten Patienten/innen-Flüssen führen.

Die Evaluation beschränkt sich auf die stationäre Versorgung und fokussiert auf die Akutsomatik. In den Bereichen der Rehabilitation und der Psychiatrie sind Ausgangslage sowie die im Rahmen der Revision ergriffenen Massnahmen teilweise unterschiedlich. Bei der Würdigung der Evaluationsergebnisse zu Korrelationen und Kausalitäten gilt es zudem zu berücksichtigen, dass sich die Auswirkungen der KVG-Revision oft nicht von Auswirkungen anderer gesellschaftlicher Trends wie z.B. verstärkte Mobilität und Entwicklung von Vergleichsportalen unterscheiden und von diesen teilweise auch beeinflusst sind. Der Vergleich mit der Situation vor dem Inkrafttreten der Revision 2012 ist insofern mit Vorsicht zu betrachten, als dass einige Massnahmen bereits vor der Revision umgesetzt wurden resp. die Revision eine Anpassung der Gesetzgebung an die Rechtsprechung war. Bei der Beurteilung der Wirkungen der KVG-Revision ist schliesslich zu beachten, dass die Erwartungen der Politik bezüglich Umfang und Zeithorizont der Veränderungen kaum präzisiert wurden. Da also die Zielerreichung nicht abschliessend beurteilt werden kann, wird der Stand der Zielerreichung jeweils aufgrund der verschiedenen methodischen Zugänge vom Evaluationsteam erörtert.

Methodik und Durchführung der Studie

Die Evaluation wurde im Zeitraum von November 2016 bis September 2018 durchgeführt. Sie stützt sich auf ein multimethodisches Vorgehen und, soweit möglich, auf die Triangulation von Methoden und Datenquellen.

Methodik	Präzisierung	Beitrag zur Beantwortung der Evaluationsfragestellungen
Dokumentenanalyse	Gesetzliche und weitere Grundlagen, Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Presseartikel und Begleitforschung Dritter.	Informationen zu den Massnahmen und ihrer Zielsetzung sowie Hinweise zu Umsetzung und Hindernissen.
Befragungen der Kantone (zuständige Einheit in der kantonalen Verwaltung: Amt für Gesundheit resp. Gesundheitsdepartement/-direktion)	Schriftliche Erhebung gezielter Informationen und standardisierter Beurteilungen bei allen Kantonen. 2 Fokusgruppendifkussionen mit Vertretern/ innen der kantonalen Verwaltungen (AG Spitalplanung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren/innen GDK) zur Vertiefung.	Umsetzung der Massnahmen der KVG-Revision, Beurteilung von Umsetzbarkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen sowie Einschätzungen der Auswirkungen einzelner Massnahmen. Vgl. auch Tabellenband (econcept 2018).
Sekundärdatenanalysen	Umfangreiche Analyse der Daten des Bundesamts für Statistik (BFS-Daten) 2012-2016 zu <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung der Anzahl Spitäler & Spitalstandorte – Entwicklung der Marktanteile & der Leistungsspektren der Spitäler – Spezialisierung der Spitäler & Konzentration von medizinischen Leistungen – Zugang zu stationären Leistungen (Erreichbarkeit 24h-Notfallaufnahme) – Entwicklung der interkantonalen Patienten/innen-Ströme 	Entwicklung der Spitallandschaft und des Versorgungsangebots. Vgl. auch Ergebnisbericht zur Sekundärdatenanalyse (LENZ 2019) und Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 im stationären Bereich (Gruber und Lippitsch 2018).

Weiter werden relevante Ergebnisse der anderen zwei Teilstudien «Kosten und Finanzierung» (B,S,S. 2018) sowie «Qualität der Spitalleistungen» (INFRAS 2018a), und dabei insbesondere die Befragung der Spitäler, berücksichtigt.

Resultate und Diskussion der Resultate

Entwicklung der stationären Versorgung und Optimierung der Spitallandschaft

Spitallandschaft und Versorgungsangebot quantitativ

Die Evaluation zeichnet die Entwicklung der Spitallandschaft der Schweiz und des stationären Versorgungsangebots seit der KVG-Revision 2012 anhand von Sekundärdatenanalysen nach. Der Begriff «Spitallandschaft Schweiz» bezieht sich dabei auf die Zahl der Spitäler und deren Zusammensetzung gemäss spezifischer Kriterien. Der Begriff «stationäres Versorgungsangebot» bezieht sich auf den Zugang versicherter Personen zu stationären Spitalleistungen sowie auf die Qualität, allenfalls die Wirtschaftlichkeit der stationären Spitalleistungen. Die ambulante und spitalambulante Versorgung ist nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation.

Das stationäre Versorgungsangebot veränderte sich im betrachteten Zeitraum 2012-2016 auf aggregierter Ebene wenig. Die detaillierten Analysen zeigen aber, dass in der Schweizer Spitallandschaft vieles in Bewegung ist und dass die ansatzweise sichtbaren Entwicklungen in die von der Revision gewünschte Richtung weisen:

- *Marktanteile und Leistungsspektren:* Obwohl sich der Wettbewerb der Spitäler seit Einführung der KVG-Revision intensiviert hat, sind Marktanteile und Leistungsspektren der Spitäler insgesamt (noch) relativ stabil. Dennoch sind Entwicklungen erkennbar, die den Erwartungen der KVG-Revision entsprechen. So nehmen in der Akutsomatik die Marktanteile von Grundversorgern und Nebenstandorten sowie das Leistungsspektrum von Nebenstandorten tendenziell ab, dies zugunsten von Universitätsspitalern, Hauptstandorten der Zentrumsspitäler und chirurgischen Spezialkliniken. Zugleich gewinnen Psychiatrische und Reha-Kliniken Marktanteile und der Anteil der allgemeinen Liegeklasse nimmt leicht zu, insbesondere in den Privatspitälern. Allerdings gibt es beträchtliche regionale Differenzen, welche unterschiedliche regionale Versorgungsstrukturen widerspiegeln.
- *Spitallandschaft:* Der verstärkte Wettbewerb schlägt sich auch (noch) nicht in einer Bereinigung der Spitallandschaft nieder – zurzeit investieren die Spitäler in ihre Infrastruktur, um im Wettbewerb zu bestehen. Dies scheint erklärbar: Wettbewerbsstrategien lösen üblicherweise zuerst eine Phase der Investitionen aus, in der sich die Wettbewerber fit für den Wettbewerb machen, bevor die Phase der Konsolidierung und/oder Restrukturierung beginnt. Es ist zu erwarten, dass diese Zwischenphase noch länger dauert, da es politische Entscheide braucht, um Spitäler (in die möglicherweise erst kürzlich investiert wurde) zu schliessen. Die Anzahl Spitäler (Ebene Betriebe), welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, reduzierte sich in der Akutsomatik zwischen 2011 und 2016 von 189 auf 171 Betriebe, blieb in der gleichen Zeitspanne im Bereich der Psychiatrie stabil bei 73 Betrieben und steigerte sich im Bereich der Rehabilitation von 77 auf 89 Betriebe. Auf Ebene Spitalstandort reduzierte sich die entsprechende Anzahl in der Akutsomatik von 240 auf 223 Standorte, während in den Bereichen der Psychiatrie (von 89 auf 101) und Rehabilitation (von 91 auf 103) ein Zuwachs der Standorte zu verzeichnen ist. Trotz dieses Bilds der Stabilität insgesamt gab es diverse Fusionen, Schliessungen, Neugründungen und Neuausrichtungen, die sich aber bezüglich Anzahl Betriebe und Standorte teilweise gegenseitig ausgleichen.
- *Spezialisierung und Konzentration:* Die in der KVG-Revision erwarteten Effekte der Spezialisierung und Konzentration sind bis heute beschränkt aufgetreten. Eine Konzentration medizinischer Leistungen ist seit 2012 fast ausschliesslich bei spezialisierten Leistungen innerhalb von Spitalplanungsleistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen und in den Bereichen der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu beobachten. Insgesamt ist seit 2012 eine leichte Tendenz zur Spezialisierung der Spitäler in allen Versorgungsbereichen zu erkennen. In der Akutsomatik gilt diese Tendenz für Nebenstandorte von Zentrums- und Grundversorgungsspitalverbänden und insbesondere für Spezialkliniken, nicht aber

für Universitätsspitäler und Hauptstandorte der Zentrums- und Grundversorgungsspitäler, die kaum oder keine Spezialisierungstendenzen aufweisen.

Die Potenziale des verstärkten Wettbewerbs sind somit in quantitativer und struktureller Hinsicht (noch) nicht (vollständig) realisiert. Die Zunahme interkantonalen Patienten/innen-Ströme lassen aber einen etwas intensiveren interkantonalen Wettbewerb der Spitäler infolge erweiterter Spitalwahl vermuten.

Die erhofften Auswirkungen des seit der KVG-Revision 2012 verstärkten Wettbewerbs zwischen den Spitälern auf die Spitallandschaft sind (noch) kaum festzustellen. Die Spitäler sind zurzeit in einer Phase, in der sie sich – mit Investitionen – für den Wettbewerb stärken, und noch nicht in einer Phase der Restrukturierung. Die ansatzweise vorhandenen Entwicklungen der Spitallandschaft gehen aber in die von der Revision intendierte Richtung.

Versorgungssicherheit und Versorgungsangebot qualitativ

Die Versorgungssicherheit ist weiterhin gewährleistet; sie hat sich zudem bezüglich Qualität der Spitalleistungen etwas optimiert. Dazu folgende Hinweise:

- *Zugang*: Der Zugang zur stationären Versorgung ist seit Einführung der KVG-Revision unverändert auf hohem Niveau. Auch der Zugang der Bevölkerung zu Spitälern mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle hat sich seit 2010 kaum verändert. Die Anzahl Spitäler mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen hat sogar zugenommen – allerdings nur in urbanen Gebieten. In ländlichen Gebieten wurden zwar vereinzelt 24h-Notfallaufnahmen geschlossen, aber 99.7 % der Bevölkerung erreichte auch 2016 eine 24h-Notfallstation innerhalb von 30 Minuten (87 % innerhalb von 15 Minuten).
- *Qualität*: Die Qualität der Spitalleistungen, vor allem die Prozessqualität, wurde (auch) dank der KVG-Revision verbessert. Bezüglich Ergebnisqualität gibt es kaum Hinweise auf Qualitätsreduktion als Folge der KVG-Revision (INFRAS 2018a).

Die Versorgungssicherheit bleibt gut; die Versorgungsqualität wurde optimiert.

Änderungen im Bereich der Spitalplanung und Versorgungsangebot

Die Befragung der Kantone und weitere Erhebungen zeigen, dass die Massnahmen der KVG-Revision zur Spitalplanung von den Kantonen, d.h. den für die Spitalplanung zuständigen Einheiten in den kantonalen Verwaltungen, weitgehend gesetzeskonform umgesetzt und als zweckmässig erachtet werden:

- *Versorgungsplanung*: Die Vorgabe, eine Versorgungsplanung durchzuführen, wird von allen Kantonen erfüllt. 23 von 26 Kantone stützen sich dabei im Bereich der Akutsomatik auf die SPLG-Systematik, dies entspricht der GDK-Empfehlung. Alle Kantone verwenden ein Prognosemodell zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs, vertiefte Analysen werden vereinzelt durchgeführt. Eine Herausforderung ist die zeitnahe Verfügbarkeit von Daten, zudem stellt die Versorgungsplanung für kleine Kantone eine Herausforderung dar. Überkapazitäten bestehen trotz Versorgungsplanung, der Empfehlung der GDK, diese abzubauen, und zwei Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer), welche die Vermeidung von

Überkapazitäten unterstützen, weiterhin. Zudem stellt sich die Frage, wie viel Überkapazitäten wünschenswert oder nötig sind, um den – gewünschten – Wettbewerb zwischen den Spitälern zu ermöglichen. Nur mit einem Mindestmass an Überkapazitäten können auf die Dauer sowohl Patienten/innen wie auch die Kantone bei der Leistungsvergabe zwischen den Angeboten der verschiedenen Spitäler auswählen.

- *Spitallisten und Leistungsaufträge:* Zwar vergeben alle Kantone gesetzeskonform Leistungsaufträge und erstellen eine Spitalliste; die Vergabe erfolgt aber nicht immer im Wettbewerb und ausserkantonale Angebote werden nur zur Ergänzung des kantonalen Angebots berücksichtigt. Dies entspricht jedoch der aktuellen Rechtsprechung (vgl. BVGer C-6062/2007 vom 20.4.2010). Zu berücksichtigen ist die unterschiedliche Ausgangslage der Akutsomatik, in der eine einheitliche Tarifstruktur mit SwissDRG 2012 eingeführt wurde, gegenüber den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie, die im Untersuchungszeitraum der Evaluation noch keine einheitliche Tarifstruktur aufwiesen. Innerhalb des Bereichs der Rehabilitation bestehen zudem erhebliche Unterschiede zwischen den Kantonen in der Formulierung von Leistungsaufträgen, was unter anderem die Berücksichtigung ausserkantonaler Kliniken auf den Spitallisten erschwert (vgl. Oggier 2018).
- *Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien:* Bei der Vergabe der Leistungsaufträge wenden die Kantone wie vorgesehen die bundesrätlichen Planungskriterien an, wenn auch teilweise unterschiedlich. Obwohl die Kriterien grundsätzlich zweckmässig sind, besteht bei der Umsetzung in verschiedener Hinsicht Klärungs- und Handlungsbedarf: Bei der Definition der Kriterien, bei der Operationalisierung wie auch bei der Datenverfügbarkeit und ihrer Qualität. Lücken bestehen insbesondere bei Daten zur Qualitätsmessung (vgl. INFRAS 2018a). Das BVGer rügte zudem die Umsetzung der Anwendung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit (insbesondere C-325/2010 vom 7. Juni 2012; auch C-2389/2012 und C-1841/2014 vom 21.8.2015). Während vor der Revision ein Vergleich vergleichbarer Betriebe ausreichte, wird seit der Revision ein umfassender Betriebsvergleich gefordert, der so noch nicht immer umgesetzt wird.
- *Interkantonale Koordination:* Die Interkantonale Koordination verbesserte sich seit 2012; die gesetzlichen Vorgaben werden mit wenigen Ausnahmen eingehalten. Die Zusammenarbeit beschränkt sich aber vor allem auf gegenseitige Anhörungen bzw. Absprachen. Eine weitergehende Kooperation besteht nur vereinzelt, bspw. mit dem gemeinsamen Versorgungsbericht der Region Nordwestschweiz oder dem Projekt LUNIS¹ in der Zentralschweiz. In anderen Regionen scheint die Konkurrenz der Spitäler und damit der Kantone eher zuzunehmen.²

Aufgrund der insgesamt geringen Veränderungen der stationären Versorgung und der Spitallandschaft, ist davon auszugehen, dass die Änderungen im Bereich Spitalplanung erst wenig Einfluss zeigten. Inwiefern der zu beobachtende verstärkte Wettbewerb zwischen Spitälern auf die Spitalplanung durch die Kantone zurückzuführen ist, ist

¹ Vgl. <http://www.ksnw.ch/lunis.html> [Stand: 4. Oktober 2018].

² NZZ 26.01.2017b; Ostschweiz am Sonntag 11.3.2018; St.Galler Tagblatt 27.1.2017.

aufgrund der komplexen Wirkungszusammenhänge schwierig zu beurteilen. Die Evaluation gibt aber folgende Hinweise:

- *Bessere Rahmenbedingungen für Wettbewerb:* Gemäss Polynomics führt die neue Spitalplanung, und dabei vor allem die verbreitete Nutzung der SPLG-Systematik in der Akutsomatik sowie der Trend zu öffentlichen und regelmässigen Ausschreibungsverfahren der Leistungsaufträge, zu besseren Rahmenbedingungen für den Wettbewerb (Polynomics 2016).
- *Planungskriterium Qualität:* Die verbesserte Qualität von Spitalleistungen ist auch auf die Berücksichtigung des Planungskriteriums Qualität bei der Aufnahme auf Spitallisten zurückzuführen (INFRAS 2018a).
- *Mangelhafter politischer Wille:* Die weiterhin eher geringe Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf Spitallisten und nach wie vor bestehende Überkapazitäten weisen darauf hin, dass Kantone den Wettbewerb der Spitäler stärker fördern könnten. Gründe für die eher geringe Förderung des Wettbewerbs sind mangelhafter politischer Wille – der kantonalen Regierungen wie auch der Gemeinden sowie letztlich der Bevölkerung – zur Abschaffung von Überkapazitäten, das Verfolgen auch regionalpolitischer Ziele im Rahmen der Spitalplanung sowie (befürchtete) Gerichtsprozesse.

Die Evaluation findet Hinweise dafür, dass die Änderungen im Bereich der Spitalplanung den Wettbewerb zwischen Spitälern sowie die stationäre Versorgung positiv beeinflussen. Sie zeigt aber auch, dass die Kantone den Wettbewerb zwischen Spitälern noch verstärken können.

Veränderungen wettbewerblichen Rahmenbedingungen und Versorgungsangebot

Die Kantonsbefragung zeigt auf, dass die im revidierten KVG vorgesehenen Massnahmen zur Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen von den Kantonsverwaltungen weitgehend umgesetzt werden.

- *Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben:* Die grosse Mehrheit der Kantone überprüft die Einhaltung der Vorgaben, allerdings unterschiedlich. Das eigene Vorgehen wird mehrheitlich als zweckmässig erachtet. Einzelne Kantone erachten die Überprüfung der Qualität sowie die Überprüfung bei Privatspitälern als herausfordernd.
- *Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht:* Die Einhaltung der Aufnahmepflicht wird nur von wenigen Kantonen systematisch überprüft; die meisten Kantone kontrollieren aufgrund einer Meldung oder Beschwerde. Es sei aber schwierig, Verletzungen dieser Aufnahmepflicht nachzuweisen.
- *Transparenz Spitalplanung und Leistungsvergabe:* Dank der KVG-Revision verbesserte sich die Transparenz der kantonalen Versorgungsplanung sowie der Vergabe der Leistungsaufträge in der Tendenz. Das generelle Ziel der vermehrten Transparenz hinsichtlich eines gestärkten Wettbewerbs wurde jedoch nicht mit Sollwerten expliziert, sodass nicht beurteilt werden kann, inwiefern implizite Vorstellungen dazu nun erfüllt werden.

- *Vertragsmarkt*: Rund ein Viertel der Spitäler ist auch als Vertragsspital tätig, wobei reine Vertragsspitäler selten sind. Inwiefern dies den Erwartungen entspricht, kann aufgrund fehlender Zielsetzung nicht beurteilt werden. Dass ein Viertel auch als Vertragsspital tätig ist, weist aber auf einen verstärkten Wettbewerb hin. Da die meisten Vertragsspitäler auch als Listenspitäler aufgeführt sind, kann zudem davon ausgegangen werden, dass die Qualitätssicherung auf gleichem Niveau wie bei Listenspitalern erfolgt. Es gibt kein Indiz, dass sich die Unterscheidung zwischen Vertrags- und Listenspitalern nicht bewährt.
- *Erweiterte Spitalwahl*: Da sich viele Kantone am jeweils tiefsten statt an einem gewichteten durchschnittlichen Wert für den Referenztarif orientieren, wird die erweiterte Spitalwahl nur teilweise gewährleistet. Inwiefern die erweiterte Spitalwahl von Patienten/innen genutzt wird und ob es sich dabei um informierte Entscheide handelt, kann aufgrund dieser Evaluation nicht beantwortet werden.

Die Umsetzung der Massnahmen scheint in Anbetracht vorhandener Ressourcen weitgehend zweckmässig. Der Vertragsmarkt und die erweiterte Spitalwahl verstärken tendenziell den Wettbewerb zwischen den Spitalern, die Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben und Aufnahmepflicht und die Transparenz der Spitalplanung dienen der Schaffung gleicher Voraussetzungen für die Wettbewerbsteilnahme. Verbesserungsbedarf besteht aber bei der Gewährleistung der erweiterten Spitalwahl durch angemessene Referenztarife. Die Auswirkungen der veränderten wettbewerblichen Rahmenbedingungen auf die stationäre Versorgung und die Spitallandschaft sind aber noch bescheiden. Dies zeigt sich daran, dass sich die stationäre Versorgung und damit die Spitallandschaft insgesamt wenig verändert haben.

Wirkungsprozesse wettbewerblicher Rahmenbedingungen sind langfristig und ungleichmässig.

Schlussfolgerungen

Beurteilung der Entwicklungen im Hinblick auf die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der KVG-Revision

Die Erkenntnisse der Evaluation hinsichtlich Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Revision lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- *Zweckmässigkeit der Instrumente*: Grundsätzlich sind die mit der Revision eingeführten resp. angepassten Instrumente³ für die Versorgungs- und Spitalplanung zweckmässig, Vorbehalte gibt es vor allem bezüglich Definition und Umsetzbarkeit der Planungskriterien.
- *Zweckmässigkeit der Umsetzung durch die Kantone*: Die Umsetzung durch die kantonalen Verwaltungen hat sich seit 2012 weiterentwickelt. Vorbehalte gibt es bzgl. Umsetzbarkeit der Planungskriterien, bzgl. des mangelhaften politischen Willens, die eigenen Spitäler verstärkt dem Wettbewerb auszusetzen, sowie bzgl. der Verrechtlichung der Spitalplanung.

³ Versorgungsplanung, Vergabeverfahren für Leistungsaufträge, Interkantonale Koordination resp. Anhörung, Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf Spitallisten, Leistungsvergabe und Erstellung Spitallisten, unter Berücksichtigung der bundesrätlichen Planungskriterien, vgl. Massnahmen S. ii.

- *Wirksamkeit der Instrumente*: Die Wirksamkeit der mit der Revision eingeführten resp. angepassten Instrumente auf die stationäre Versorgung ist zum jetzigen Zeitpunkt und aufgrund der komplexen Wirkungszusammenhänge schwierig zu beurteilen: Zwar lassen sich erwünschte Auswirkungen, wie verstärkte interkantonale Patienten/innen-Ströme sowie ein etwas stärkerer Wettbewerb zwischen Spitälern feststellen. Dennoch haben sich die Spitallandschaft und damit das quantitative Versorgungsangebot seit der Revision nur wenig und damit wohl nicht im erhofften Ausmass verändert.⁴ Der verstärkte Wettbewerb schlägt sich (noch) nicht in einer Bereinigung der Spitallandschaft nieder – zurzeit investieren die Spitäler in ihre Infrastruktur, um im Wettbewerb zu bestehen. Eine solche Investitionsphase vor einer Konsolidierungs-phase ist bei Wettbewerbsstrategien nicht unüblich. Aufgrund des Föderalismus und der weitgehend öffentlich finanzierten Spitäler ist diese Strategie, welche längerfristig zu einem effizienteren und qualitativ hochstehenden Angebot führen soll, aber kurz- und mittelfristig mit hohen Kosten für die öffentliche Hand verbunden.

Instrumente und Umsetzung werden als zweckmässig eingeschätzt. Inwiefern die noch beschränkten Wirkungen auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind resp. welche Massnahme in welchem Ausmass Einfluss hat, kann aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge, der grossen Anzahl Massnahmen wie auch mit Blick auf weitere, externe Faktoren nur abgeschätzt werden.

Beiträge zu den übergeordneten Fragestellungen der Evaluation

Nachstehende Tabelle fasst in Kurzform die Beiträge dieses Teilberichts zu den übergeordneten Fragestellungen der Evaluation zusammen.

Übergeordnete Fragestellungen der Evaluation KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	
1	Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
	<p>Spitalplanung: Instrumente und Umsetzung werden als zweckmässig eingeschätzt. Welche Massnahme in welchem Ausmass Einfluss hat, kann aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge, der grossen Anzahl Massnahmen wie auch mit Blick auf weitere, externe Faktoren nur abgeschätzt werden.</p> <p>Wettbewerb: Die Evaluation findet Hinweise dafür, dass die Änderungen zur Spitalplanung den Wettbewerb zwischen Spitälern sowie die stationäre Versorgung positiv beeinflussen. Sie zeigt aber auch, dass die Kantone den Wettbewerb zwischen Spitälern noch verstärken können.</p> <p>Spitallandschaft: Der Wettbewerb zwischen den Spitälern hat sich seit der KVG-Revision 2012 verstärkt, die erhoffen Auswirkungen auf die Spitallandschaft sind (noch) nicht festzustellen. Zudem hat sich die Spitallandschaft bereits vor der Revision verändert, so dass die Auswirkungen der Revision nur schwierig zu identifizieren sind.</p> <p>Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität: Die Versorgungssicherheit bleibt gut, da sich das stationäre Versorgungsangebot seit der KVG-Revision quantitativ nur wenig verändert hat und die Erreichbarkeit von 24h-Notfallstationen hoch bleibt; die Versorgungsqualität wurde optimiert.</p>
2	Welche Auswirkungen hat die Revision auf die betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems?
	<p>Kantone: Trotz weitgehend gesetzeskonformer Umsetzung von KVG und KVV wird der Handlungsspielraum nicht vollständig im Sinne der KVG-Revision genutzt. Die KVG-Revision hat zudem zu einer – vorgesehenen – Kostensteigerung bei den Kantonen geführt.</p>

⁴ Allerdings hat der Gesetzgeber das erhoffte Ausmass nicht definiert, auch ist nicht klar, in welcher Zeitspanne dies erreicht werden soll.

Leistungserbringer: Die ab 2012 zunehmenden Zuwachsraten der Patienten/innen-Ströme sowie der stark wachsende Anteil Allgemeinversicherter, die sich ab 2012 ausserkantonale behandeln liessen, lassen einen intensiveren interkantonalen Wettbewerb der Spitäler infolge erweiterter Spitalwahl vermuten. Zudem nahmen Transparenz und Qualität der Leistungserbringung in der Tendenz zu.

Versicherte: Die Versorgungssicherheit bleibt gut, da sich das stationäre Versorgungsangebot seit der KVG-Revision quantitativ nur wenig verändert hat und die Erreichbarkeit von 24h-Notfallstationen hoch bleibt; die Versorgungsqualität wurde optimiert.

3 Welchen Beitrag leistet die Revision zu den sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptzielen des KVG?

Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität: Die Versorgungssicherheit bleibt gut, da sich das stationäre Versorgungsangebot seit der KVG-Revision quantitativ nur wenig verändert hat und die Erreichbarkeit von 24h-Notfallstationen hoch bleibt; die Versorgungsqualität wurde optimiert.

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Die leichte Dämpfung des Ausgabenwachstum im stationären Spitalbereich ist auf effizienzsteigernde Massnahmen zurückzuführen, die mindestens teilweise mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden können (vgl. B,S,S. 2018).

4 Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP zu erzielen, zu beurteilen?

Kein Beitrag des Teilbereichs «Spitallandschaft»

5 In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?

Beschränktes Handlungspotenzial bzgl. Spitallandschaft: Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Massnahmen der KVG-Revision in den Bereichen Spitalplanung und wettbewerbliche Rahmenbedingungen weitgehend umgesetzt werden und dass sich die Umsetzung vor allem bezüglich Spitalplanung in den Jahren seit in Kraft treten der Revision verbessert hat. Dass noch kaum Auswirkungen auf die Spitallandschaft und das Versorgungsangebot (quantitativ) festgestellt werden, ist vor allem auf den Zeitfaktor zurückzuführen – solche Auswirkungen setzen zeitverzögert ein.

Optimierungspotenzial bei der Umsetzung der Revision durch die Kantone: Die Kantone nutzen ihren Handlungsspielraum bei der Spitalplanung wie bei der Schaffung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen noch nicht vollständig im Sinne der KVG-Revision aus. Handlungsbedarf besteht bei

- der Leistungsvergabe: Diese sollte vermehrt zum Abbau von Überkapazitäten genutzt werden.
- dem Verfahren zur Leistungsvergabe: Für die Leistungsvergabe sollten konsequent öffentliche, transparente und faire Verfahren durchgeführt werden.
- den bundesrätlichen Planungskriterien: Diese sollten konsequent angewendet werden, wozu die nötigen Datengrundlagen geschaffen und eingefordert werden sollten.
- der erweiterten Spitalwahl: Diese sollte gewährleistet und nicht durch tiefe Referenztarife behindert werden.

Verstärkte interkantonale Kooperation: Optimierungspotenzial besteht insbesondere bzgl. interkantonalen Kooperation, die über die gesetzlich vorgesehene Interkantonale Koordination hinausgeht. Zwar werden die gesetzlichen Vorgaben zur Interkantonalen Koordination erfüllt, diese beschränken sich aber weitgehend auf die Berücksichtigung interkantonalen Patienten/innen-Ströme und gegenseitige Stellungnahmen resp. Anhörungen. Eine weitergehende Zusammenarbeit gibt es kaum. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Überkapazitäten eher eine politische als eine regulatorische Herausforderung darstellen. Dazu müsste ein regionaler Ansatz angestrebt werden, der es erlauben würde, die aktuell weitherum immer noch bestehende Kantonsbezogenheit der Spitalplanungen zu überwinden und Überkapazitäten zu reduzieren. Dazu wäre eine Regionalisierung der Versorgungsplanung, auch bzgl. der Planungskriterien, anzustreben. Bereits eine zeitliche Harmonisierung der Spitalplanungen könnte die interkantonale Koordination erleichtern.

Optimierungspotenzial und Handlungsbedarf

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Massnahmen der KVG-Revision in den Bereichen Spitalplanung und wettbewerbliche Rahmenbedingungen weitgehend umgesetzt werden und dass sich die Umsetzung vor allem bezüglich Spitalplanung in den Jahren seit in Kraft treten der Revision verbessert hat. Dass noch kaum Auswirkungen auf die Spitallandschaft und das Versorgungsangebot (quantitativ) festgestellt werden, ist vor allem auf den Zeitfaktor zurückzuführen – solche Auswirkungen setzen zeitverzögert ein. Ein weiterer Grund für die bisher geringen Auswirkungen der Revision liegt darin, dass Veränderungen in der Spitallandschaft schon vor der Revision einsetzen.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Umsetzung insbesondere bezüglich Anwendung der Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie bezüglich der vorhandenen Datengrundlagen in den nächsten Jahren und im Rahmen der nächsten grösseren Spitalplanungen weiter verbessert – der Handlungsspielraum der Kantone zwischen zwei grossen Spitalplanungen ist klein. Die Evaluation zeigt aber auch, dass die Kantone bei der Spitalplanung wie bei der Gewährleistung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen ihren Handlungsspielraum noch nicht vollständig im Sinne der KVG-Revision ausnutzen. Daher sind auch bereits Anpassungen geplant, z. B. im Rahmen des ersten Pakets der Massnahmen zur Kostendämpfung sowie im Rahmen der Anpassungen der KVV, insbesondere der Spitalplanungskriterien⁵. Optimierungspotenzial besteht aus Sicht der Evaluation vor allem in der Umsetzung der Massnahmen, d.h. in einer besseren Nutzung des Handlungsspielraums durch die Kantone im Sinne der KVG-Revision. Dazu gehören insbesondere:

- Die Leistungsvergabe zum Abbau von Überkapazitäten zu nutzen, wobei ein Minimum von Überkapazitäten für die Gewährleistung des Wettbewerbs nötig ist (Spannungsfeld Verhinderung von Überkapazitäten und Gewährleistung Wettbewerb). Da bei Überkapazitäten das Risiko der Mengenausweitung besteht, sind zugleich die Anwendung und Kontrolle von Qualitätsvorgaben zu stärken – wobei entsprechende Daten von den Spitälern zur Verfügung zu stellen sind (z.B. zu Indikationsstellungen).
- Für die Leistungsvergabe konsequent öffentliche, transparente und faire Verfahren durchzuführen.
- Die bundesrätlichen Planungskriterien, insbesondere die Kriterien zur Qualität und Wirtschaftlichkeit, konsequent anzuwenden und dabei auch ausserkantonale Spitäler zu berücksichtigen. Die konsequente Anwendung der Planungskriterien setzt eine entsprechende Datengrundlage voraus, die vor allem von den Spitälern zur Verfügung gestellt werden muss. Für eine gute Datengrundlage braucht es auch klare und möglichst einheitliche Definitionen – im Bereich der Rehabilitation insbesondere eine einheitliche Definition des Rehabilitations-Begriffs.

Zudem sollten alle Kantone die erweiterte Spitalwahl gewährleisten.

Ein möglicher Ansatzpunkt, der die Nutzung dieses Handlungsspielraums erleichtern und die vor allem regionalpolitischen Hürden einschränken kann, ist eine verstärkte

⁵ Der Bundesrat wird demnächst neue Spitalplanungskriterien in die Vernehmlassung geben, vgl. <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/preview.html> [Stand: 18. Oktober 2018].

interkantonale Zusammenarbeit oder gar eine regionale Spitalversorgungsplanung. Dies wird auch im Expertenbericht (2017, S. 52f.) angesichts der Kleinräumigkeit der Schweiz und der vielen ausserkantonalen Spitalaufenthalte vorgeschlagen.

- *Regionaler Ansatz zur Reduktion von Überkapazitäten:* Optimierungspotenzial besteht insbesondere bzgl. interkantonaler Kooperation. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Überkapazitäten eher eine politische als eine regulatorische Herausforderung darstellen. Zur verstärkten interkantonalen Kooperation müsste ein regionaler Ansatz angestrebt werden, der es erlauben würde, die aktuell weitherum immer noch bestehende Kantonsbezogenheit der Spitalplanungen zu überwinden und Überkapazitäten zu reduzieren. Dazu wäre eine Regionalisierung der Versorgungsplanung, auch bzgl. der Planungskriterien, anzustreben. Zudem wirkt eine regionale Spitalplanung der fragmentierten Berechnung von Bedarf und Überkapazitäten entgegen und erlaubt es, eine grössere Anzahl Anbieter zu berücksichtigen, ohne grössere Überkapazitäten zu schaffen. Damit schwächt sie den Widerspruch zwischen Verhinderung von Überkapazitäten und Gewährleistung von Wettbewerb etwas ab.
- *Zeitliche Harmonisierung:* Bereits eine zeitliche Harmonisierung der Spitalplanungen könnte die interkantonale Koordination erleichtern.

Die Umsetzung der neuen Spitalplanung sowie deren Auswirkungen sind Prozesse, die Zeit benötigen. Die nächsten Planungsrunden können von den Kantonen für die anstehende Optimierung genutzt werden.

Résumé

Condensé

L'évaluation « Effets de la révision de la LAMal sur l'évolution du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins » (« évaluation du paysage hospitalier ») a étudié la mise en œuvre des mesures issues de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (révision de la LAMal) par les cantons ainsi que l'évolution du paysage hospitalier et de l'offre de soins durant la période allant de 2010 à 2016 dans le cadre d'une procédure multiméthodique, qui combine une vaste analyse secondaire avec un recensement complet de la mise en œuvre auprès des cantons, deux groupes de discussion avec des représentant-e-s des cantons et une analyse de documents. L'évaluation a été menée de novembre 2016 à septembre 2018.

L'évaluation révèle une intensification de la concurrence entre les hôpitaux depuis l'introduction de la révision de la LAMal. L'offre de soins stationnaires à un niveau agrégé a peu évolué au cours de la période 2012-2016 considérée. Les analyses détaillées révèlent toutefois que d'importants bouleversements sont en cours dans le paysage hospitalier suisse et que les évolutions qui semblent se dessiner vont dans la direction souhaitée par la révision. La sécurité des soins reste garantie, d'autant que la qualité des prestations hospitalières a été quelque peu optimisée.

Les cantons mettent en œuvre en grande partie les modifications initiées par la révision de la LAMal concernant la planification hospitalière ainsi que les mesures prévues permettant d'instaurer des conditions de concurrence, en conformité avec la loi. Les effets de cette modification de l'environnement concurrentiel sur les soins stationnaires et le paysage hospitalier sont toutefois encore modestes. Ceci est démontré par le fait que les soins stationnaires ont très peu changé et, partant, le paysage hospitalier également.

Key Words

Révision de la LAMal, paysage hospitalier, offre de soins, planification hospitalière, conditions de la concurrence, évaluation

Situation initiale, questions d'évaluation et limites du système

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) dans le domaine du financement hospitalier. La révision est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et a été précisée par l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Par cette révision, la politique cherchait en premier lieu à endiguer l'augmentation des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire, tout en assurant à la population l'accès à des soins hospitaliers de qualité. Des incitations économiques visent à renforcer les aspects entrepreneuriaux ainsi que la concurrence entre les hôpitaux et à remédier aux incitations inopportunes.

Mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Structures tarifaires uniformes en Suisse pour la rémunération des prestations stationnaires selon la LAMal.

Notons toutefois en ce qui concerne les trois secteurs de soins et la période étudiée, que l'introduction des forfaits liés aux prestations avec une structure tarifaire uniforme pour l'ensemble de la Suisse n'a été concrétisée que dans les soins somatiques aigus (SwissDRG dès 2012). Le passage aux forfaits liés aux prestations n'a pas été opéré pour les soins psychiatriques stationnaires et la réadaptation stationnaire (TARPSY et ST Reha) durant la période étudiée (OFSP 2014).

Financement dual-fixe des prestations par les cantons et les assureurs.

Passage d'une planification hospitalière liée aux capacités à une planification hospitalière liée aux prestations pour toutes les prestations de soins visées par la LAMal, selon les critères d'économicité et de qualité, indépendamment de la forme juridique et de l'organisme responsable des fournisseurs de prestations (instruments : planification des besoins en soins, procédure d'attribution des mandats de prestations, coordination ou audition intercantonale, admission d'hôpitaux extra-cantonaux sur les listes des hôpitaux, attribution de prestations et élaboration des listes des hôpitaux, en tenant compte des critères de planification du Conseil fédéral). Dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie, des planifications liées aux capacités restent cependant possibles (art. 58c OAMal).

Élargissement du choix de l'hôpital pour les assuré-e-s au-delà du canton de résidence et égalité de traitement entre hôpitaux privés et publics.

Transparence en matière de qualité et d'économicité grâce à une meilleure information sur ces deux aspects (publication d'indicateurs).

Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier entre 2012 et 2019. Cette évaluation s'achèvera en 2019 par un rapport final de l'OFSP au Conseil fédéral (cf. OFSP 2019).

L'évaluation « Effets de la révision de la LAMal sur le paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins » (« évaluation du paysage hospitalier ») a pour but de montrer et de discuter dans quelle mesure la planification hospitalière et les conditions de la concurrence influent sur le paysage hospitalier et sur l'offre stationnaire. D'autres évaluations menées en parallèle ont étudié les conséquences de la révision de la LAMal sur les coûts et le financement du système de soins (B,S,S. 2018) et la qualité des prestations hospitalières (INFRAS 2018a).

L'évaluation répond à des questions spécifiques et contribue à la clarification des interrogations générales concernant la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (cf. OFSP 2019) :

Questions d'évaluation spécifiques sur le thème du paysage hospitalier

- I. Quelle est l'influence des changements dans le domaine de la planification hospitalière sur l'offre de soins ? (Effets de la planification hospitalière)
- II. Comment les changements des conditions de la concurrence influencent-ils l'offre de soins ? (Effets d'autres conditions de la concurrence)
- III. Quelle est l'évolution des soins stationnaires au croisement entre la planification hospitalière et la concurrence ? Peut-on constater une optimisation du paysage hospitalier dans le sens d'une offre mieux adaptée aux besoins ? (Interaction entre les effets)

Interrogations générales dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

- 1 Quelles sont les conséquences des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?
- 2 Quelles sont les conséquences de la révision sur les principaux acteurs concernés du système de santé (assuré-e-s, cantons, assureurs et fournisseurs de prestations) ?
- 3 En quoi la révision contribue-t-elle à l'atteinte des objectifs principaux de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence, notamment à la maîtrise de l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins et à la garantie de l'accès à des soins de qualité ?
- 4 À quel point la révision est-elle adéquate, autrement dit, dans quelle mesure permet-elle d'arriver à maîtriser la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ?
- 5 Dans quels domaines une action s'impose-t-elle ?

Dans le cadre de la présente évaluation, nous cherchons principalement à déterminer dans quelle mesure les planifications cantonales des hôpitaux et d'autres modifications des conditions de la concurrence influent sur l'offre de soins. La planification cantonale des hôpitaux doit encourager la concurrence entre les hôpitaux vis-à-vis des cantons, grâce à l'attribution des mandats de prestations. Les autres mesures doivent favoriser la concurrence entre les fournisseurs de prestations vis-à-vis des patient-e-s et ainsi déboucher sur des flux de patient-e-s attentifs à la qualité.

L'évaluation se limite aux soins stationnaires et se focalise sur les soins somatiques aigus. Le contexte et les mesures prises dans le cadre de la révision sont en partie différents dans les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie. Lors de l'appréciation des résultats de l'évaluation concernant les corrélations et les causalités, il faut en outre se rappeler que les effets de la révision de la LAMal ne se distinguent souvent pas des conséquences d'autres tendances de la société, par exemple une mobilité accrue et le développement de portails de comparaison, et qu'ils sont en partie aussi influencés par celles-ci. La comparaison avec la situation antérieure à l'entrée en vigueur de la révision en 2012 doit être examinée avec circonspection, dans le sens où certaines mesures avaient déjà été appliquées avant la révision et que la révision visait à adapter la législation à la jurisprudence. Lors de l'évaluation des effets de la révision de la LAMal, il ne faut finalement pas oublier que les attentes au niveau politique concernant l'étendue et l'horizon temporel des changements n'ont guère été précisées. L'atteinte des objectifs ne pouvant donc pas être définitivement appréciée, elle sera discutée par l'équipe d'évaluation sur la base des différentes approches méthodologiques.

Méthodologie et réalisation de l'étude

L'évaluation a été menée entre novembre 2016 et septembre 2018. Elle se fonde sur une procédure multiméthodique et, si possible, sur une triangulation des méthodes et des sources de données.

Méthode	Précision	Contribution à la réponse aux questions posées par l'évaluation
Analyse des documents	Bases légales et autres, jurisprudence du Tribunal administratif fédéral, articles de presse et recherche concomitante de tiers.	Informations sur les mesures et leur objectif, observations concernant la mise en œuvre et les obstacles.
Enquêtes auprès des cantons (unité compétente au sein de l'administration cantonale : office de la santé publique ou département/direction de la santé)	Recensement écrit d'informations ciblées et d'évaluations normalisées auprès de tous les cantons. Deux groupes de discussion avec des représentants des administrations cantonales (GT planification hospitalière de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS) à des fins d'approfondissement.	Mise en œuvre des mesures de la révision de la LAMal, évaluation de la faisabilité et de l'adéquation des mesures et estimation des effets de certaines mesures. Voir aussi « Tabellenband » (econcept 2018).
Analyses des données secondaires	Analyse approfondie des données de l'Office fédéral de la statistique (données OFS) sur la période 2012-2016, dans les domaines suivants : – Évolution du nombre d'hôpitaux et de sites hospitaliers – Évolution des parts de marché et de l'éventail des prestations des hôpitaux – Spécialisation des hôpitaux et concentration des prestations médicales – Accès aux prestations stationnaires (accessibilité des urgences 24h/24) – Évolution des flux intercantonaux de patient-e-s	Évolution du paysage hospitalier et de l'offre de soins. Voir aussi « Ergebnisbericht zur Sekundärdatenanalyse » (LENZ 2019) und « Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 im stationären Bereich » (Gruber und Lippitsch 2018).

Les résultats pertinents des deux autres études partielles « Coûts et financement » (B,S,S. 2018) et « Qualité des prestations hospitalières » (INFRAS 2018a) sont par ailleurs pris en compte et plus particulièrement l'enquête auprès des hôpitaux.

Résultats et discussion des résultats

Évolution des soins stationnaires et optimisation du paysage hospitalier

Aspects quantitatifs du paysage hospitalier et de l'offre de soins

L'évaluation retrace l'évolution du paysage hospitalier de Suisse et de l'offre de soins stationnaires depuis la révision de la LAMal en 2012 à l'aide d'analyses des données secondaires. La notion de « paysage hospitalier suisse » se réfère au nombre d'hôpitaux et à leur composition selon des critères spécifiques. La notion d'« offre de soins stationnaires » se réfère à l'accès des personnes assurées aux prestations hospitalières stationnaires ainsi qu'à la qualité et, le cas échéant, à l'économicité desdites prestations.

La présente évaluation ne porte pas sur les soins ambulatoires et hospitaliers ambulatoires.

L'offre de soins stationnaires à un niveau agrégé a peu évolué au cours de la période 2012-2016 considérée. Les analyses détaillées révèlent toutefois que d'importants bouleversements sont en cours dans le paysage hospitalier suisse et que les évolutions qui semblent se dessiner vont dans la direction souhaitée par la révision :

- *Parts de marché et éventail des prestations* : malgré l'intensification de la concurrence entre les hôpitaux depuis l'introduction de la révision de la LAMal, les parts de marché et l'éventail des prestations des hôpitaux sont (encore) relativement stables. Des évolutions répondant aux attentes engendrées par la révision de la LAMal sont néanmoins reconnaissables. Dans les soins somatiques aigus, les parts de marché des médecins de premier recours et des sites secondaires ainsi que l'éventail des prestations des sites secondaires ont tendance à diminuer au profit des hôpitaux universitaires, des sites principaux des centres hospitaliers et des cliniques chirurgicales spécialisées. Parallèlement, les cliniques psychiatriques et de réadaptation gagnent des parts de marché et la part de la division commune augmente légèrement, notamment dans les hôpitaux privés. Il existe cependant d'importantes différences régionales qui reflètent différentes structures de soins régionales.
- *Paysage hospitalier* : l'accentuation de la concurrence ne se traduit pas (encore) par un remaniement du paysage hospitalier. Pour l'heure, les hôpitaux investissent dans leur infrastructure, pour exister face à la concurrence. Cette situation n'a rien d'étonnant : les stratégies concurrentielles commencent généralement par déclencher une phase d'investissement durant laquelle les concurrents se préparent à affronter la concurrence, avant que ne débute la phase de consolidation et/ou de restructuration. Il faut s'attendre à ce que cette phase intermédiaire se prolonge, car des décisions politiques sont requises pour fermer des hôpitaux (dans lesquels on vient éventuellement tout juste d'investir). Le nombre d'hôpitaux (niveau des établissements) ayant traité au moins 30 cas stationnaires par an a baissé de 189 à 171 établissements dans les soins somatiques aigus entre 2011 et 2016, mais est resté stable à 73 établissements dans le secteur de la psychiatrie et a augmenté de 77 à 89 établissements dans le secteur de la réadaptation. Au niveau des sites hospitaliers, le nombre correspondant a baissé de 240 à 223 sites dans les soins somatiques aigus, alors qu'une augmentation des sites a été enregistrée dans les secteurs de la psychiatrie (de 89 à 101) et de la réadaptation (de 91 à 103). Malgré cette apparente stabilité, il y a eu différentes fusions, fermetures, créations et réorientations, qui se sont cependant en partie équilibrées quant au nombre d'établissements et de sites.
- *Spécialisation et concentration* : à ce jour, les effets de la spécialisation et de la concentration prévus par la révision de la LAMal ne se sont manifestés que de façon marginale. Depuis 2012, une concentration des prestations médicales a été presque

exclusivement observées dans les prestations spécialisées au sein de groupes de prestations pour la planification hospitalière avec un nombre de cas minimum et dans les secteurs de la médecine hautement spécialisée (MHS). Depuis 2012, une légère tendance à la spécialisation des hôpitaux dans tous les domaines de soins s'observe. Dans les soins somatiques aigus, cette tendance vaut pour les sites secondaires des centres hospitaliers et des réseaux d'hôpitaux de premier recours et plus particulièrement pour les cliniques spécialisées, mais non pour les hôpitaux universitaires et les sites principaux des centres hospitaliers et des hôpitaux de premier recours, qui ne présentent pratiquement aucune voir même aucune tendance à la spécialisation.

D'un point de vue quantitatif et structurel, les potentiels de la concurrence accrue n'ont donc pas (encore) été (entièrement) réalisés. L'augmentation des flux intercantonaux de patient-e-s permet cependant de supposer une concurrence intercantonale un peu plus intense entre les hôpitaux, suite à l'élargissement du choix de l'hôpital.

La concurrence s'est accrue entre les hôpitaux depuis la révision de la LAMal en 2012, mais les effets escomptés sur le paysage hospitalier sont (encore) à peine perceptibles. Les hôpitaux traversent actuellement une phase durant laquelle ils investissent afin de se renforcer pour affronter la concurrence et n'en sont pas encore à la phase de restructuration. Les évolutions du paysage hospitalier qui commencent timidement à se manifester vont toutefois dans le sens recherché par la révision.

Aspects qualitatifs de la sécurité des soins et de l'offre de soins

La sécurité des soins reste garantie, d'autant que la qualité des prestations hospitalières a été quelque peu optimisée. Les remarques suivantes s'imposent :

- *Accès* : l'accès aux soins stationnaires est maintenu à un niveau élevé depuis l'introduction de la révision de la LAMal. L'accès de la population à des hôpitaux disposant d'un service d'urgence 24h/24 reconnu pour des urgences médicales et chirurgicales n'a également guère changé depuis 2010. Le nombre d'hôpitaux disposant d'un service d'urgence 24h/24 reconnu a même augmenté, mais seulement dans les zones urbaines. Dans les secteurs ruraux, certains services d'urgence 24h/24 ont certes été fermés, mais 99,7 % de la population accédaient à un service d'urgence 24h/24 en l'espace de 30 minutes en 2016 (87 % en 15 minutes).
- *Qualité* : la qualité des prestations hospitalières, notamment la qualité des processus, a également été améliorée grâce à la révision de la LAMal. Concernant la qualité des résultats, il n'y a guère d'indices quant à une diminution de la qualité dans le sillage de la révision de la LAMal (INFRAS 2018a).

La sécurité des soins reste bonne ; la qualité des soins a été optimisée.

Modifications dans le domaine de la planification hospitalière et de l'offre de soins

L'enquête auprès des cantons et d'autres enquêtes révèlent que les mesures initiées par la révision de la LAMal concernant la planification hospitalière ont dans l'ensemble été appliquées par les cantons, c'est-à-dire les unités responsables de la planification hospitalière au sein des administrations cantonales, en conformité avec la loi, et sont jugées opportunes :

- *Planification des besoins en soins* : tous les cantons satisfont à l'exigence selon laquelle une planification des besoins en soins doit être réalisée. Dans le domaine des soins somatiques aigus, 23 cantons sur 26 s'appuient sur la systématique des GPPH, conformément à la recommandation de la CDS. Tous les cantons utilisent un modèle de prévision afin de déterminer les besoins en soins. Des analyses approfondies sont parfois réalisées. La disponibilité en temps réelle des données constitue un défi, tout comme la planification des besoins en soins de façon générale pour les petits cantons. Des surcapacités subsistent malgré la planification des besoins en soins, la recommandation de la CDS de les éliminer et deux arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) qui soutiennent la prévention des surcapacités. On peut en outre se demander combien de surcapacités sont souhaitables ou nécessaires pour assurer la concurrence (souhaitée) entre les hôpitaux. Il faut un minimum de surcapacités pour que les patient-e-s, mais aussi les cantons lors de l'attribution des prestations, puissent, à terme, choisir entre les offres des différents hôpitaux.
- *Listes des hôpitaux et mandats de prestations* : tous les cantons attribuent certes des mandats de prestations conformément à la loi et établissent une liste des hôpitaux, mais l'attribution ne se déroule pas toujours dans le sens de la concurrence et les offres extra-cantoniales ne sont prises en compte que pour compléter l'offre cantonale. Cela correspond cependant à la jurisprudence actuelle (cf. TAF C-6062/2007 du 20.4.2010). Le contexte différent des trois secteurs durant la période étudiée doit être pris en compte : dans le secteur des soins somatiques aigus, une structure tarifaire uniforme a été introduite avec les SwissDRG 2012 ; par contre, les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie ne présentaient pas encore de structure tarifaire uniforme. À l'intérieur du secteur de la réadaptation, il existe en outre des différences significatives entre les cantons pour ce qui est de la formulation des mandats de prestations, ce qui complique notamment l'admission des cliniques extra-cantoniales sur les listes des hôpitaux (cf. Oggier 2018).
- *Mise en œuvre des critères de planification du Conseil fédéral* : lors de l'attribution des mandats de prestations, les cantons appliquent, comme prévu, les critères de planification du Conseil fédéral, mais pas toujours de la même façon. Bien que les critères soient en principe appropriés, leur mise en œuvre requiert une clarification et une action à différents égards : en matière de définition des critères, d'opérationnalisation, mais aussi de disponibilité et de qualité des données. Des lacunes existent notamment en ce qui concerne les données de mesures de la qualité (cf. INFRAS 2018a). Le TAF a par ailleurs critiqué les modalités d'application du critère d'économicité (notamment C-325/2010 du 7 juin 2012 ; également C-2389/2012 et C-1841/2014 du 21.8.2015). Alors qu'une comparaison des établissements comparables suffisait avant la révision, une comparaison exhaustive des établissements est désormais exigée, mais elle n'est pas encore systématiquement mise en œuvre.
- *Coordination intercantonale* : la coordination intercantonale s'est améliorée depuis 2012 ; les prescriptions légales sont respectées à quelques exceptions près. La collaboration se limite toutefois aux auditions et concertations réciproques. Une coopération plus étendue reste l'exception, par exemple le rapport conjoint sur les

soins de la Région Suisse du Nord-Ouest ou le projet LUNIS⁶ en Suisse centrale. Dans d'autres régions, la concurrence entre les hôpitaux et, partant, entre les cantons semblent plutôt augmenter.⁷

En raison des changements globalement modestes des soins stationnaires et du paysage hospitalier, on peut supposer que l'influence des changements dans le domaine de la planification hospitalière est encore modérée. Eu égard aux interactions complexes, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure la concurrence accrue observée entre les hôpitaux est due à la planification hospitalière des cantons. L'évaluation nous livre cependant les indications suivantes :

- *Amélioration des conditions de la concurrence* : selon Polynomics, la nouvelle planification hospitalière et surtout l'utilisation répandue de la systématique des GPPH dans les soins somatiques aigus ainsi que la tendance aux procédures d'appel d'offres publiques et régulières des mandats de prestations se traduisent par une amélioration des conditions de la concurrence (Polynomics 2016).
- *Critère de planification de la qualité* : l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières s'explique également par la prise en compte du critère de planification de la qualité lors de l'admission sur les listes des hôpitaux (INFRAS 2018a).
- *Volonté politique insuffisante* : l'admission toujours plutôt faible d'hôpitaux extra-cantonaux sur les listes des hôpitaux et les surcapacités qui subsistent toujours indiquent que les cantons pourraient davantage encourager la concurrence entre les hôpitaux. Le faible niveau de soutien à la concurrence s'explique par une volonté politique insuffisante (des gouvernements cantonaux ainsi que des communes, mais aussi de la population) pour éliminer les surcapacités, la poursuite d'objectifs de la politique régionale dans le cadre de la planification hospitalière ainsi que les procédures judiciaires (redoutées).

L'évaluation révèle des indices selon lesquels les changements dans le domaine de la planification hospitalière influencent positivement la concurrence entre les hôpitaux ainsi que les soins stationnaires. Elle montre aussi que les cantons peuvent encore accentuer la concurrence entre les hôpitaux.

Modifications des conditions de la concurrence et de l'offre de soins

L'enquête auprès des cantons révèle que les mesures prévues par la LAMal révisée, en vue de l'instauration des conditions de la concurrence, ont largement été appliquées par les administrations cantonales.

- *Vérification du respect des prescriptions* : la grande majorité des cantons vérifie le respect des prescriptions, mais selon des modalités différentes. Les procédures propres à chaque canton sont majoritairement jugées appropriées. Certains cantons estiment que la vérification de la qualité ainsi que le contrôle des hôpitaux privés constituent un challenge.

⁶ Cf. <http://www.ksnw.ch/lunis.html> [situation : 4 octobre 2018].

⁷ NZZ 26.01.2017b ; Ostschweiz am Sonntag 11.3.2018 ; St.Galler Tagblatt 27.1.2017.

- *Vérification du respect de l'obligation d'admission* : seuls quelques cantons vérifient systématiquement le respect de l'obligation d'admission ; la plupart des cantons procèdent à un contrôle suite à un signalement ou à une plainte. Mais il est difficile de prouver des manquements à cette obligation d'admission.
- *Transparence de la planification hospitalière et de l'attribution des prestations* : la révision de la LAMal a plutôt permis d'améliorer la transparence de la planification cantonale des soins et de l'attribution des mandats de prestations. L'objectif général d'une transparence accrue concernant une concurrence renforcée n'a cependant pas été étayé par des valeurs de consigne, de sorte qu'il est impossible d'évaluer dans quelle mesure les attentes implicites correspondantes sont désormais satisfaites.
- *Marché des hôpitaux conventionnés* : environ un quart des hôpitaux répertoriés sont également des hôpitaux conventionnés, les hôpitaux conventionnés purs étant rares. L'absence d'objectif ne permet pas de déterminer la conformité aux attentes. Le fait qu'un quart des hôpitaux répertoriés soient également des hôpitaux conventionnés suggère cependant un renforcement de la concurrence. La plupart des hôpitaux conventionnés étant également recensés en qualité d'hôpitaux répertoriés, on peut en outre supposer que l'assurance qualité se situe au même niveau que pour les hôpitaux répertoriés. Il n'y a aucun indice suggérant que la distinction entre hôpitaux conventionnés et répertoriés ne fait pas ses preuves.
- *Choix étendu de l'hôpital* : le choix étendu de l'hôpital n'est que partiellement garanti, car de nombreux cantons se basent sur la valeur la plus basse pour le tarif de référence et non sur une valeur moyenne pondérée. La présente évaluation ne permet pas de savoir dans quelle mesure le choix étendu de l'hôpital est utilisé par les patient-e-s et s'il s'agit de décisions en connaissance de cause.

La mise en œuvre des mesures semble globalement appropriée compte tenu des ressources disponibles. Le marché des hôpitaux conventionnés et le choix étendu de l'hôpital ont tendance à renforcer la concurrence entre les hôpitaux. La vérification du respect des prescriptions et de l'obligation d'admission et la transparence de la planification hospitalière visent à instaurer des conditions identiques pour la participation à la compétition. La garantie du choix étendu de l'hôpital grâce à des tarifs de référence appropriés mérite cependant d'être améliorée. Les conséquences de cette modification des conditions de la concurrence sur les soins stationnaires et le paysage hospitalier sont toutefois encore modestes, comme le montre la stabilité au niveau global des soins stationnaires et du paysage hospitalier.

Les effets des conditions de la concurrence se manifestent sur le long terme et sont irréguliers.

Conclusions

Évaluation des évolutions dans la perspective de l'adéquation et de l'efficacité de la révision de la LAMal

Les conclusions de l'évaluation concernant l'adéquation et l'efficacité de la révision peuvent se résumer comme suit :

- *Adéquation des instruments* : les instruments⁸ de la planification des soins et des hôpitaux introduits ou adaptés dans le cadre de la révision sont en principe appropriés. Les réserves concernent avant tout la définition et l'applicabilité des critères de planification.
- *Adéquation de la mise en œuvre par les cantons* : la mise en œuvre par les administrations cantonales a évolué depuis 2012. Il existe des réserves quant à l'applicabilité des critères de planification, au manque de volonté politique d'exposer davantage leurs propres hôpitaux à la concurrence et à la judiciarisation de la planification hospitalière.
- *Efficacité des instruments* : l'efficacité des instruments, introduits ou adaptés dans le cadre de la révision, sur les soins stationnaires est difficile à évaluer actuellement compte tenu de la complexité des interactions : les effets souhaités, tels que le renforcement des flux intercantonaux de patient-e-s ou une concurrence légèrement accrue entre les hôpitaux, peuvent certes être constatés. Il n'empêche que le paysage hospitalier et donc l'offre de soins quantitative n'ont que peu évolués depuis la révision et sans doute pas dans les proportions espérées.⁹ L'accentuation de la concurrence ne se traduit pas (encore) par un remaniement du paysage hospitalier. Pour l'heure, les hôpitaux investissent dans leur infrastructure, pour exister face à la concurrence. Une telle phase d'investissement avant une phase de consolidation n'est pas inhabituelle dans les stratégies concurrentielles. Compte tenu du fédéralisme et du financement essentiellement public des hôpitaux, cette stratégie qui doit déboucher à long terme sur une offre plus efficace et de grande qualité engendre toutefois des coûts élevés à court et moyen terme pour les pouvoirs publics.

Les instruments et la mise en œuvre sont jugés appropriés. En raison de la complexité des interactions, du grand nombre de mesures, mais aussi en prenant en compte d'autres facteurs externes, il n'est possible, tout au plus, que d'estimer dans quelle mesure les effets encore limités sont dus aux mesures de la révision de la LAMal ou quelles mesures ont eu une incidence et laquelle.

⁸ Planification des besoins en soins, procédure d'attribution des mandats de prestations, coordination ou audition intercantonale, admission d'hôpitaux extra-cantonaux sur les listes des hôpitaux, attribution de prestations et élaboration des listes des hôpitaux, en tenant compte des critères de planification du Conseil fédéral, cf. Mesures p. xv.

⁹ Le législateur n'a cependant pas défini les proportions espérées et il n'est pas non plus certain dans quel laps de temps cet objectif doit être atteint.

Contribution aux interrogations générales de l'évaluation

Le tableau suivant résume de manière succincte les contributions de ce rapport partiel aux interrogations générales de l'évaluation.

Interrogations générales dans le cadre de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

1	<p>Quelles sont les conséquences des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?</p>
	<p>Planification hospitalière : les instruments et la mise en œuvre sont jugés appropriés. La complexité des interactions, le grand nombre de mesures, mais aussi la prise en compte d'autres facteurs externes permettent tout au plus d'estimer quelle mesure exerce une influence ainsi que son ampleur.</p> <p>Concurrence : l'évaluation révèle des indices selon lesquels les changements de la planification hospitalière influencent positivement la concurrence entre les hôpitaux ainsi que les soins stationnaires. Elle montre aussi que les cantons peuvent encore accentuer la concurrence entre les hôpitaux.</p> <p>Paysage hospitalier : la concurrence entre les hôpitaux s'est accrue depuis la révision de la LAMal en 2012, mais les effets escomptés sur le paysage hospitalier sont (encore) à peine perceptibles. Le paysage hospitalier a, de surcroît, changé avant la révision, de sorte que les conséquences de cette dernière sont difficilement identifiables.</p> <p>Sécurité et qualité des soins : la sécurité des soins reste bonne, parce que l'offre de soins stationnaires a peu évolué au plan quantitatif depuis la révision de la LAMal et que l'accessibilité des services d'urgence 24h24 reste élevée ; la qualité des soins a été optimisée.</p>
2	<p>Quelles sont les conséquences de la révision sur les principaux acteurs concernés du système de santé ?</p>
	<p>Cantons : malgré une mise en œuvre de la LAMal et de l'OAMal conforme à la loi, la marge de manœuvre des cantons n'est pas totalement mise à profit par eux dans le sens de la révision de la LAMal. La révision de la LAMal a en outre entraîné une augmentation (prévue) des coûts des cantons.</p> <p>Fournisseur de prestations : les taux de croissance grandissants des flux de patient-e-s à partir de 2012 ainsi que la part en forte augmentation des assuré-e-s en division commune qui se sont fait soigner en dehors de leur canton à partir de 2012 suggèrent une concurrence intercantonale plus intense entre les hôpitaux, en raison du choix étendu de l'hôpital. La transparence et la qualité de la fourniture de prestations ont, par ailleurs, eu tendance à augmenter.</p> <p>Assuré-e-s : la sécurité des soins reste bonne, parce que l'offre de soins stationnaires a peu évolué au plan quantitatif depuis la révision de la LAMal et que l'accessibilité des services d'urgence 24h24 reste élevée ; la qualité des soins a été optimisée.</p>
3	<p>Quelle est la contribution de la révision aux principaux objectifs de la LAMal en matière de politique sociale et de politique de la concurrence ?</p>
	<p>Sécurité et qualité des soins : la sécurité des soins reste bonne, parce que l'offre de soins stationnaires a peu évolué au plan quantitatif depuis la révision de la LAMal et que l'accessibilité des services d'urgence 24h24 reste élevée ; la qualité des soins a été optimisée.</p> <p>Évolution des coûts de la santé : la légère atténuation de l'augmentation des dépenses dans le secteur hospitalier stationnaire s'explique par des mesures d'amélioration de l'efficacité, qui peuvent en partie au moins être associées avec la révision de la LAMal (cf. B,S,S. 2018).</p>
4	<p>À quel point la révision est-elle adéquate, autrement dit, dans quelle mesure permet-elle d'arriver à maîtriser la hausse des coûts dans l'AOS ?</p>
	<p>Aucune contribution du domaine partiel « Paysage hospitalier »</p>
5	<p>Dans quels domaines une action s'impose-t-elle ?</p>
	<p>Une capacité d'action limitée concernant le paysage hospitalier : les résultats de l'évaluation montrent que les mesures de la révision de la LAMal dans les domaines de la planification hospitalière et des conditions de la concurrence sont largement appliquées et que la mise en œuvre s'est améliorée depuis l'entrée en vigueur de la révision, notamment en ce qui concerne la planification hospitalière. Les effets modestes sur le paysage hospitalier et l'offre de soins (quantitative) constatés</p>

pour l'instant s'expliquent principalement par le facteur temps. De tels effets ne se manifestent qu'en différé.

Potentiel d'optimisation de la mise en œuvre de la révision par les cantons : les cantons ne mettent pas pleinement à profit, dans le sens de la révision de la LAMal, leur marge de manœuvre lors de la planification hospitalière, mais aussi de l'instauration des conditions de la concurrence.

Une action est requise :

- lors de l'attribution des prestations : celle-ci devrait être davantage utilisée pour réduire les surcapacités.
- dans la procédure d'attribution des prestations : des procédures publiques, transparentes et équitables devraient systématiquement être réalisées pour l'attribution des prestations.
- à propos des critères de planification du Conseil fédéral : ceux-ci devraient être systématiquement appliqués. Les bases de données nécessaires devraient donc être créées et exigées.
- à propos du choix étendu de l'hôpital : celui-ci devrait être garanti et ne devrait pas être entravé par des tarifs de référence bas.

Coopération intercantonale renforcée : la coopération intercantonale, qui va au-delà de la coordination intercantonale prévue par la loi, peut notamment être optimisée. Les prescriptions légales concernant la coordination intercantonale sont certes satisfaites, mais elles se limitent essentiellement à la prise en compte des flux intercantonaux de patient-e-s et aux prises de positions et auditions réciproques. Il n'y a guère de collaboration plus étendue. Les résultats de l'évaluation montrent que les surcapacités constituent un enjeu plutôt politique que réglementaire. Une approche régionale permettant de surmonter la focalisation cantonale des planifications hospitalières qui subsiste encore et de réduire les surcapacités devrait être recherchée à cet effet. Une régionalisation de la planification des soins, également en ce qui concerne les critères de planification, serait souhaitable à cet effet. Une harmonisation temporelle des planifications hospitalières permettrait déjà de faciliter la coordination intercantonale.

Contributions du rapport partiel aux interrogations générales de l'évaluation de la LAMal

Potentiel d'optimisation et action requise

Les résultats de l'évaluation montrent que les mesures de la révision de la LAMal dans les domaines de la planification hospitalière et des conditions de la concurrence sont largement appliquées et que la mise en œuvre s'est améliorée depuis l'entrée en vigueur de la révision, notamment en ce qui concerne la planification hospitalière. Les effets modestes sur le paysage hospitalier et l'offre de soins (quantitative) constatés pour l'instant s'expliquent principalement par le facteur temps. De tels effets ne se manifestent qu'en différé. Une autre raison des effets jusqu'à présent limités de la révision réside dans le fait que le paysage hospitalier a déjà été modifié avant la révision.

On peut supposer que la mise en œuvre va encore s'améliorer ces prochaines années et dans le cadre des prochaines planifications hospitalières d'envergure, notamment en ce qui concerne l'application des critères de qualité et d'économicité et les bases de données disponibles. La marge de manœuvre des cantons entre deux grandes planifications hospitalières est faible. Mais l'évaluation montre aussi que les cantons n'exploitent pas encore totalement, dans le sens de la révision de la LAMal, leur marge de manœuvre lors de la planification hospitalière et de la garantie des conditions de la concurrence. Pour cette raison, des adaptations sont déjà prévues, p. ex. dans le cadre du premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts, et des adaptations de l'OAMal, plus particulièrement des critères de la planification hospitalière¹⁰. Dans l'optique de l'évaluation, des optimisations sont notamment possibles en ce qui concerne la mise en

¹⁰ Le Conseil fédéral va prochainement mettre de nouveaux critères de planification hospitalière en consultation, cf. <https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/preview.html> [situation : 18 octobre 2018].

œuvre des mesures, à savoir une meilleure utilisation de la marge de manœuvre par les cantons dans le sens de la révision de la LAMal. Cela inclut notamment :

- Profiter de l’attribution des prestations pour réduire les surcapacités, une surcapacité minimale étant nécessaire afin de garantir la concurrence (croisement entre la prévention des surcapacités et la garantie de la concurrence). Les surcapacités comportant un risque d’augmentation des quantités, l’application et le contrôle des prescriptions qualitatives doivent parallèlement être renforcés, les hôpitaux devant mettre à disposition les données correspondantes (p. ex. fourniture d’indicateurs).
- Réaliser systématiquement des procédures publiques, transparentes et équitables pour l’attribution des prestations.
- Appliquer systématiquement les critères de planification du Conseil fédéral, notamment les critères en matière de qualité et d’économicité, tout en tenant compte des hôpitaux extra-cantonaux. L’application systématique des critères de planification suppose une base de données correspondante, qui doit principalement être mise à disposition par les hôpitaux. Une base de données de qualité requiert également des définitions claires et si possibles homogènes. Une définition uniforme du terme « réadaptation » s’impose notamment dans le domaine de la réadaptation.

Tous les cantons doivent par ailleurs garantir le choix étendu de l’hôpital.

Une approche possible susceptible de faciliter la mise à profit de cette marge de manœuvre et surtout de limiter les obstacles de la politique régionale consiste en une collaboration intercantonale accrue, voire dans une planification régionale des soins hospitalier. Une approche pareille est proposée également par le rapport du groupe d’experts (2017, p. 58 s.), compte tenu de l’exiguïté territoriale de la Suisse et des nombreux séjours hospitaliers extra-cantonaux :

- *Approche régionale pour la réduction des surcapacités* : la coopération intercantonale peut notamment être optimisée. Les résultats de l’évaluation montrent que les surcapacités constituent un enjeu plutôt politique que réglementaire. Une approche régionale permettant de surmonter la focalisation cantonale des planifications hospitalières qui subsiste encore et de réduire les surcapacités devrait être recherchée afin de renforcer la coopération intercantonale. Une régionalisation de la planification des soins, également en ce qui concerne les critères de planification, serait souhaitable à cet effet. Une planification hospitalière régionale permet en outre de remédier au calcul fragmentaire des besoins et des surcapacités et permet de prendre en compte un nombre accru de prestataires sans engendrer d’importantes surcapacités. Elle atténue ainsi quelque peu la contradiction entre la prévention des surcapacités et la garantie de la concurrence.
- *Harmonisation temporelle* : une harmonisation temporelle des planifications hospitalières permettrait déjà de faciliter la coordination intercantonale.

La mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière ainsi que ses conséquences sont des processus qui s’inscrivent dans la durée. Les cantons pourront mettre à profit les prochaines sessions de planification pour l’optimisation future.

1 Ausgangslage

1.1 Gegenstand der «Evaluation Spitallandschaft»

Am 21. Dezember 2007 beschlossen die Eidgenössischen Räte die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich der Spitalfinanzierung (KVG; SR 832.10); die Revision trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Mit der Revision strebte die Politik in erster Linie eine Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich an – und dies bei gleichzeitiger Sicherstellung des Zugangs der Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Spitalversorgung. Wirtschaftliche Anreize sollten unternehmerische Aspekte sowie den Wettbewerb der Spitäler, inkl. Kliniken und Geburtshäuser,¹¹ stärken und Fehlanreize beheben.

Bereich	Beschreibung	Erwartungen (BR 2004, Vogt und Weber 2015)
Vergütung Spitalleistungen	Schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für die Vergütung stationärer Leistungen gemäss KVG durch öffentliche und private Spitäler; im Untersuchungszeitraum allerdings erst für die Akutsomatik. ¹²	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsfinanzierung statt Kostendeckung → Transparenz und Anreiz für die Steigerung der Effizienz (Wettbewerbsgedanke) – Schweizweit einheitliche Tarife → Abbau von Schranken zwischen Kantonen – Mehrbelastung der Kantone durch Finanzierung der vorher nicht öffentlich subventionierten Spitäler
Leistungsfinanzierung	Dual-fixe Finanzierung der Leistungen durch Kantone und Versicherer (max. 45 % Obligatorische Krankenkassenpflegeversicherung OKP (Versicherer), mind. 55 % Kantone). Ablösung der vorherigen Objektfinanzierung. In der Vergütung der Leistungen eingeschlossen ist die Abgeltung der Investitionskosten.	<ul style="list-style-type: none"> – Klare Verantwortlichkeit der Finanzierungspartner – Verbesserte Transparenz bei der Finanzierung, Begrenzung des Finanzierungsanteils → Begrenzung des OKP-Kostenwachstums. – Mehrbelastung der Kantone durch Mitfinanzierung von Behandlungen Zusatzversicherter¹³
Spitalplanungen	Übergang von kapazitätsbezogener zu leistungsorientierter Spitalplanung sämtlicher Leistungen gemäss KVG nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität, unabhängig von der Rechtsform und Trägerschaft der Leistungserbringer (integrale Spitallisten). Für die Rehabilitation und die Psychiatrie sind weiterhin auch kapazitätsbezogene Planungen möglich (Art. 58c KVV). Aufforderung zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung.	<ul style="list-style-type: none"> – Sicherstellung der medizinischen Versorgung – Kostenübernahme unabhängig der Abteilung → Konsequente Umsetzung eines kosteneindämmenden Instruments; Berücksichtigung der Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts (EVG) – Anreiz für die Kantone, das Instrument der Planung effektiver einzusetzen: → Leistungsvergabe an effizienteste Institutionen, keine Aufrechterhaltung unweckmässiger oder überflüssigen Strukturen – Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler resp. Gleichbehandlung der Spitäler und

¹¹ Mit Spitäler werden in dieser Evaluation Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und psychiatrische Kliniken sowie Geburtshäuser zusammengefasst (vgl. Art. 39 KVG).

¹² Für die stationäre psychiatrische Versorgung und die stationäre Rehabilitation erfolgte die Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen (TARPSY bzw. ST Reha) im Untersuchungszeitraum nicht (BAG 2014).

¹³ Ansonsten sollen Ausgaben im Schnitt etwa gleichbleiben, da der Kostenanteil der Kantone vor der Revision im Schnitt bei ca. 55% lag. Ohne Revision und bei Berücksichtigung der EVG-Urteile wären Kosten für Kantone höher (Bundesrat 2004, S. 5584f.).

		Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen → Stärkung des Wettbewerbs
Erweiterte Spitalwahl	Erweiterung der Spitalwahl für Versicherte ausserhalb des Wohnkantons, wobei Versicherer und Wohnkanton maximal Kosten in Höhe des im Wohnkanton geltenden Referenztarifes zu übernehmen haben. Zudem erweiterte Spitalwahl durch Gleichstellung privater und öffentlicher Spitäler.	<ul style="list-style-type: none"> – Intensivierung des Wettbewerbs der Spitäler – Mehrbelastung der Kantone durch Finanzierung ausserkantonalen Behandlungen ohne medizinische Notwendigkeit.
Transparenz zu Qualität und Wirtschaftlichkeit	Information zu Wirtschaftlichkeit und Qualität: Erhebung und Veröffentlichung medizinischer Qualitätsindikatoren sowie von Indikatoren zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer.	<ul style="list-style-type: none"> – Stärkung der Transparenz als Voraussetzung für Wettbewerb der Spitäler. – Behörden benötigen für ihre Aufgabenerfüllung sowie für die Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise des Gesetzes Daten.

Tabelle 1: Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung und ihre Ziele resp. erwartete Auswirkungen gemäss Botschaft des Bundesrats (BR 2004; auch Vogt und Weber 2015)

1.2 Ziel der Evaluation Spitallandschaft

Basierend auf der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.10) werden zu Umsetzung und Wirkungen des KVG wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt. Die Studien einer ersten Evaluationsetappe 2012/15 führten zu einem Zwischenbericht des BAG zuhanden des Bundesrats (BAG 2015a). Im Rahmen der zweiten Etappe 2016/19 stehen die Themenbereiche «Kosten und Finanzierung», «Qualität der Spitalleistungen» sowie «Spitallandschaft» im Fokus von Wirkungsanalysen. Die drei Themenbereiche wurden in separaten Mandaten, aber koordiniert bearbeitet; das BAG wird einen übergreifenden Schlussbericht dem Bundesrat unterbreiten.

Ziel der Evaluation «Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung» («Evaluation Spitallandschaft») ist es, aufzuzeigen und zu diskutieren, inwiefern Spitalplanung und wettbewerbliche Rahmenbedingungen Wirkungen auf die Spitallandschaft und das stationäre Angebot haben.

Dieser Bericht präsentiert Ergebnisse und Einschätzungen zu Wirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung, wobei Ergebnisse der Mandate «Kosten und Finanzierung» (B,S,S. 2018) sowie «Qualität der Spitalleistungen» (INFRAS 2018a) berücksichtigt werden.

1.3 Evaluationsfragestellungen und Wirkungsmodell

Die Evaluation untersucht die Entwicklung der Spitallandschaft. Ihre Ergebnisse tragen so zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen der Gesamtevaluation zur KVG-Revision bei (BAG 2015b, S. 9). Die Evaluationsfragestellungen dieser Gesamtevaluation basieren auf dem Wirkungsmodell «Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung» (vgl. Anhang A-2). Demnach sollen die Massnahmen der KVG-Revision (vgl. Tabelle 1) die Transparenz hinsichtlich Angebot, Finanzierung, Kosten und Qualität erhöhen und damit die wettbewerblichen

Rahmenbedingungen stärken. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wiederum soll den Kosten- und Qualitätsdruck und damit die Effizienz und Qualität der Leistungen erhöhen. Damit soll das Kostenwachstum eingedämmt werden, während zugleich der Zugang zu qualitativ hochstehender Versorgung gewährleistet bleibt (vgl. auch Poledna und Vokinger 2014, S. 3; Polynomics 2016; Vogt und Weber 2015).

Der Fokus der vorliegenden Evaluation liegt auf der Erhebung der Daten zur Beantwortung der spezifischen Evaluationsfragestellungen. Dabei ist zu betonen, dass keine der Evaluationsfragestellungen im Bereich Spitallandschaft direkte Hinweise zur übergeordnete Fragestellung 4 liefern können. Nachstehende Tabelle gibt den Überblick über die Evaluationsfragestellungen.

Übergeordnete Fragestellungen der Evaluation KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	
1	Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
2	Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems (Versicherte, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer)?
3	Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbspolitischen Hauptziele des KVG, insbesondere zur Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?
4	Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?
5	In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?
Spezifische Evaluationsfragestellungen zum Themenbereich Spitallandschaft	
I.	Welchen Einfluss haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung auf das Versorgungsangebot? (Wirkungen Spitalplanung)
II.	Wie beeinflussen die Veränderungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen das Versorgungsangebot? (Wirkungen weiterer wettbewerbliche Rahmenbedingungen)
III.	Wie entwickelt sich die stationäre Versorgung im Spannungsfeld von Spitalplanung und Wettbewerb? Ist eine Optimierung der Spitallandschaft im Sinne eines bedarfsgerechteren Angebots feststellbar? (Zusammenspiel der Wirkungen)

Tabelle 2: Übergeordnete Fragestellungen und spezifische Evaluationsfragestellungen

Es interessiert somit vor allem, inwiefern die kantonalen Spitalplanungen und weitere veränderte wettbewerbliche Rahmenbedingungen das Versorgungsangebot beeinflussen. Die kantonale Spitalplanung soll den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gegenüber den Kantonen fördern. Damit verändert sich die Governance im Spitalbereich von einer direkten zu einer indirekten Steuerung (Willisegger und Blatter 2017, S. 17). Die weiteren Massnahmen sollen den Wettbewerb der Leistungserbringer gegenüber den Patienten/innen fördern (qualitätsorientierte Patienten/innen-Flüsse). Das BAG entwickelte dazu Wirkungshypothesen, die nachstehend präsentiert werden.

Wirkungshypothesen BAG

Wirkungen Spitalplanungen: Die kantonalen Spitalplanungen beeinflussen das Versorgungsangebot. Die geänderten kantonalen Planungen, die sich am Bedarf orientieren und auf den Planungskriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit basieren, führen zu einem optimierten Versorgungsangebot.

Wirkungen wettbewerbliche Rahmenbedingungen: Die veränderten wettbewerblichen Rahmenbedingungen beeinflussen das Versorgungsangebot. Das Fallpauschalen-System und die Möglichkeit der erweiterten Spitalwahl, ergänzt durch eine verbesserte Transparenz, ermöglichen ein informiertes Wahlverhalten der Patienten/innen und führen zu einem erhöhten Kosten- und Qualitätsdruck in den Spitälern. Diese versuchen, ihre Leistungen effizienter und effektiver zu erbringen und die Versorgungsstrukturen zu verbessern. Dadurch wird längerfristig das Versorgungsangebot optimiert. Das Angebot in Listenspitälern wird ergänzt durch ein Angebot in Vertragsspitälern, wodurch der Wettbewerb zusätzlich erhöht wird.

Tabelle 3: Relevante Arbeitshypothesen des BAG

1.4 Systemgrenzen der Evaluation Spitallandschaft

Nachstehend wird an Systemgrenzen der Evaluation Spitallandschaft erinnert, die bereits im Gesamtkonzept zur Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (BAG 2015b) thematisiert wurden:

- *Beschränkung auf stationäre Versorgung:* Die Evaluation beschränkt sich auf die stationäre Versorgung (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie). Auswirkungen von Veränderungen im Bereich der Spitallandschaft auf vor- und nachgelagerte Leistungserbringer, wie ambulante Dienste oder Pflegeheime, werden am Rande berücksichtigt.
- *Fokus auf Akutsomatik:* Im Vordergrund der Evaluation – sowohl für die Erhebung wie auch für die Auswertung – steht der Bereich Akutsomatik, da in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie noch keine einheitlichen Tarifstrukturen eingeführt wurden.
- *Sekundärdatenanalyse:* Um die Datenanalysen in der geplanten Form durchführen zu können, war eine zeitgerechte Verfügbarkeit der Daten bzw. die Möglichkeit der Verknüpfung verschiedener Datenquellen durch das Bundesamt für Statistik (BFS) sowie eine ausreichende Datenkonsistenz über die zu analysierenden Jahre notwendig (vgl. Anhang A-4.3). Der Umgang mit vorhandenen Dateninkonsistenzen ist im Ergebnisbericht ausführlich beschrieben (LENZ 2019, S. 14ff).

Bei der Würdigung der Evaluationsergebnisse zu Korrelationen und Kausalitäten gilt es zudem, folgende Einschränkungen zu berücksichtigen.

- *Komplexe Wirkungszusammenhänge:* Die Komplexität des Untersuchungsgegenstands, verbunden mit einer Vielzahl externer Einflussfaktoren¹⁴, lässt den Nachweis kausaler Zusammenhänge von Massnahmen und Wirkungen nur beschränkt zu.
- *Langfristige Entwicklungen:* Bei Vorher-Nachher-Vergleichen ist zu beachten, dass die Massnahmen der Revision z.T. schon länger diskutiert wurden, insbesondere in Zusammenhang mit der Revisionsvorlage 1998 (Bundesrat 1999, S. 793), die 2003 vom Parlament abgelehnt wurde. Einige Gesetzesänderungen reagierten zudem auf

¹⁴ Z.B. Medizinisch-technische Entwicklung, Alterung der Gesellschaft und Zunahme von chronisch kranken Personen, Renovationsbedarf der Spitälern, höhere Mobilität und damit Erleichterung der ausserkantonalen Hospitalisation.

Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts EVG.¹⁵ Somit ist wahrscheinlich, dass absehbare Massnahmen Vorwirkung erzielten. Zudem führten einige Kantone leistungsbezogene Vergütungen schon vor der Revision ein, z.B. als diagnosebezogene Fallpauschalen (Bundesrat 2004).

- *Wenig konkretisierte Erwartungen:* Ziele und Wirkungen, die mit der KVG-Revision erreicht werden sollen, sind allgemein gehalten. So sollen die Transparenz verbessert, die Kosten eingedämmt und der Wettbewerb gestärkt werden. Zudem sollen die Kantone die Spitalplanung effizienter einsetzen und überflüssige Strukturen abbauen. Es bestehen aber keine Sollwerte mit Blick auf Ausmass und Zeitperspektiven. Da daher die Zielerreichung nicht abschliessend beurteilt werden kann, wird der Stand der Zielerreichung vom Evaluationsteam jeweils erörtert.

Trotz dieser Systemgrenzen und Einschränkungen werden Korrelationen und Wirkungszusammenhänge in vorliegendem Bericht so klar und plausibel wie möglich aufgezeigt.

1.5 Methodisches Vorgehen

Tabelle 27 in Anhang A-3 führt je spezifischer Evaluationsfragestellung mehrere detaillierte Evaluationsfragestellungen auf, definiert Indikatoren und Erhebungsmethoden zur Beantwortung der jeweiligen detaillierten Evaluationsfragestellungen und hält den Koordinationsbedarf mit den Themenbereichen «Qualität der Spitalleistungen» resp. «Kosten und Finanzierung» fest. Die detaillierten Evaluationsfragestellungen orientieren sich an den im Pflichtenheft aufgeführten Fragestellungen (BAG 2016, S. 16ff.). Nachfolgend wird kurz auf die einzelnen, in der Evaluation angewendeten Methoden eingegangen:

- *Dokumentenanalysen* umfassten die Analyse der Grundlagen inkl. Spital- und Strukturplanungen und der gesetzlichen Grundlagen sowie ein kontinuierliches Screening der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, von Presseartikeln und der Begleitforschung (vgl. Erläuterungen in Tabelle 28 in Anhang A-4).
- *Befragungen der Kantone* dienten der Erhebung gezielter Informationen und standardisierter Beurteilungen bei allen kantonalen Verwaltungen, wobei auf eine Erhebung zu den Geburtshäusern aufgrund des schon umfangreichen Fragebogens verzichtet wurde (vgl. Fragebogen in Anhang A-5). Zwei Fokusgruppendifkussionen mit Vertretern/innen der kantonalen Verwaltungen (AG Spitalplanung, GDK) erlaubten die Erhebung qualitativer Einschätzungen mit Blick auf Handlungsbedarf und Verbesserungsvorschlägen (vgl. Leitfaden in Anhang A-6; Gesamtkonzeption Befragungen in Tabelle 29 in Anhang A-4).
- *Sekundärdatenanalysen*¹⁶ hatten zum Ziel, Antworten und Hinweise zur Evaluationsfragestellung III «*Wie entwickelt sich die stationäre Versorgung im 'Spannungsfeld' von Spitalplanung und Wettbewerb*» zu geben. Die Analysen untersuchten die Ent-

¹⁵ Aufhebung der Abteilungen, Kostenübernahme bei ausserkantonaler Hospitalisation.

¹⁶ Sekundärdatenanalyse bezeichnet die Analyse von Daten ohne direkten Bezug zum primären Erhebungsanlass. Bei den vorliegenden Analysen wurden hauptsächlich Daten der Medizinischen Statistiken der Krankenhäuser BFS und der Krankenhausstatistik BFS verwendet.

wicklungen der Spitallandschaft zwischen 2010 und 2016 für folgende Bereiche (vgl. socialdesign 2016, S. 83):

- Entwicklung der Anzahl Spitäler und Spitalstandorte
- Entwicklung der Marktanteile und der Leistungsspektren der Spitäler
- Spezialisierung der Spitäler und Konzentration von medizinischen Leistungen
- Zugang zu stationären Leistungen (Erreichbarkeit 24h-Notfallaufnahme)
- Entwicklung der interkantonalen Patientenströme.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen durften die Autoren/innen dieser Studie nur in den Räumlichkeiten des BFS in Neuenburg auf die Rohdaten zugreifen. Anhand von den in Neuenburg generierten Excel-Ergebnistabellen mussten die Daten, abgekoppelt von den Rohdaten, in aufwändiger Detailarbeit für die Auswertungen und Graphikerstellung aufbereitet werden.

Ausführliche Methodenbeschriebe finden sich in Anhang A-4.3, im Ergebnisbericht zur Sekundärdatenanalyse (LENZ 2019, S. 13ff.), der diesem Bericht beiliegt, sowie im Schlussbericht «*Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 im stationären Bereich*» (Gruber und Lippitsch 2018, S. 16ff.).

2 Spitalplanung: Umsetzung und Bewertung

Die KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung zielt auf die stationären Bereiche Akut-somatik, Rehabilitationen und Psychiatrie. Die Evaluation fokussiert hierbei insbesondere auf die Massnahme der kantonalen Spitalplanung entsprechend den Planungskriterien. Regulierungsanpassungen zur kantonalen Spitalplanung setzen wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Spitallandschaft, indem die kantonale Spitalplanung eine Balance zwischen der Stärkung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen für Spitäler/Leistungserbringer und der Versorgung für die Bevölkerung anstrebt (socialdesign 2016). Wichtige Änderung der Spitalplanung ist, dass sie unabhängig von Rechtsform und Trägerschaft der Leistungserbringer zu erfolgen hat, womit die Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern aufgehoben ist.

2.1 Versorgungsplanung

Für die kantonale Spitalplanung muss der Versorgungsbedarf ermittelt werden. Die Bedarfsermittlung soll dabei in nachvollziehbaren Schritten und auf Grundlage statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche erfolgen (vgl. Art. 58b Abs. 1 KVV). Dabei ist das Angebot, das in den Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf den kantonalen Spitallisten sind, zu ermitteln (vgl. Art. 58b Abs. 2 KVV) – inkl. ausserkantonalen Patienten/innen-Ströme (GDK-Empfehlung 2, GDK 2018, S. 8): «Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird, die ausserkantonale Nachfrage berücksichtigt wird und Überkapazitäten vermieden oder reduziert werden, ausser es handelt sich um aus regionalpolitischen Gründen aufrechterhaltene Spitalkapazitäten» (C-4232/2014 E. 5.4.4). Überkapazitäten sollen folglich vermieden werden (vgl. auch Erläuterungen zu GDK-Empfehlung 2, GDK 2018, S. 9), d.h. «zur Leistungserbringung zulasten der OKP (...) sind grundsätzlich nur so viele Spitäler zuzulassen (bzw. Leistungsaufträge zu erteilen), als für die Deckung des Bedarfs erforderlich sind.» (C-4232/2014 E. 5.4.2 und E. 5.4.4). Die Art der Planung erfolgt je nach Art der stationären Bereiche Akut-somatik, Rehabilitationen und Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen (Art. 58c KVV). Das ermittelte Angebot entspricht dem ermittelten Versorgungsbedarf nach Art. 58b Abs. 1 KVV nach Abzug des ermittelten Angebots unter Art. 58b Abs. 2 KVV, d.h. der Nicht-Listenspitäler. Die Erarbeitung der Versorgungsplanung obliegt den Kantonen, die GDK empfiehlt für die Akut-somatik, das Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG) anzuwenden (GDK-Kontext und GDK-Empfehlung 3, GDK 2018, S. 3).

Versorgungsplanung mittels Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)

Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen

Alle Kantone führten in den vergangenen Jahren eine Versorgungsplanung durch. In 24 Kantonen erfolgte die letzte Planung nach der KVG-Revision 2012, in 13 davon nach 2014, d.h. nach Ablauf der Übergangsbestimmungen. Zwei Kantone führten die letzte Planung bereits 2010 bzw. 2011 durch (vgl. Anhang A-1). Bei der Versorgungsplanung stützten sich in der Akut-somatik 23 Kantone auf die SPLG gemäss Empfehlungen der GDK (vgl. Anhang A-1). Anhand dieser 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 zudem zur Strukturierung der Spitalisten bzw. zur Bestimmung des spitalspezifischen Leistungsspektrums gemäss Art. 58e KVV (vgl. hierzu auch socialdesign 2016). Drei Kantone verwendeten andere Leistungsgruppensystematiken. Auch Planungen in Rehabilitation und Psychiatrie basieren mit einer Ausnahme auf differenzierten Leistungsgruppen, wenn auch mit grösserer Heterogenität. Die Heterogenität in der Rehabilitation erklärt sich auch damit, dass die Klärung des Rehabilitations-Begriffs nach KVG in der Schweiz noch aussteht und sich als Folge davon unterschiedliche Praxen ergeben haben.

Beurteilung durch die kantonalen Verwaltungen

Die verwendete Leistungsgruppensystematik wird von fast allen kantonalen Verantwortlichen als dienlich für die interkantonale Abstimmung der Planungen und der Vergabe der Leistungsaufträge angesehen (econcept 2018, S. 7). Vereinzelt werden auch kritische Aspekte genannt: Die SPLG-Systematik in der Akutsomatik sei ein sehr gutes Planungsinstrument, wichtig sei jedoch, dass die Kantone frei blieben, dieses an ihre örtlichen Bedürfnisse anzupassen. Die SPLG-Systematik hätte eine gewisse Klärung ermöglicht und dazu geführt, dass inner- und ausserkantonale Spitäler gleichbehandelt würden, doch sei sie gerade in peripheren Standorten kaum zu erfüllen, da sie gewisse Fälle in medizinisch-fachlich nicht nachvollziehbarer Art und Weise gruppieren. Zudem würden Änderungen in der SPLG-Systematik auch unterjährig zu Anpassungen der Spitaliste und Leistungsaufträge führen und nebst dem Mehraufwand für die Anpassungen auch eine Vergleichbarkeit und somit die interkantonale Koordination erschweren.

Unterschiedliche Prognosemodelle zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs

Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen

Zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs verwenden die Kantone unterschiedliche Prognosemodelle (vgl. Tabelle 4). Verbreitet sind das Modell der Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH) sowie von Obsan / Statistique Vaud (STATVD), wobei diese von einzelnen Kantonen den kantonalen Gegebenheiten angepasst wurden. Etwas weniger verbreitet ist das Modell des Observatoire valaisan de la santé (OVS).

	Akutsomatik		Rehabilitation		Psychiatrie	
	N	%	N	%	N	%
GD ZH	14	54%	14	54%	10	38%
Obsan / STATVD	6	23%	6	23%	8	31%
OVS	3	12%	3	12%	3	12%
Andere	3	12%	3	12%	5	19%
TOTAL	26	100%	26	100%	26	100%

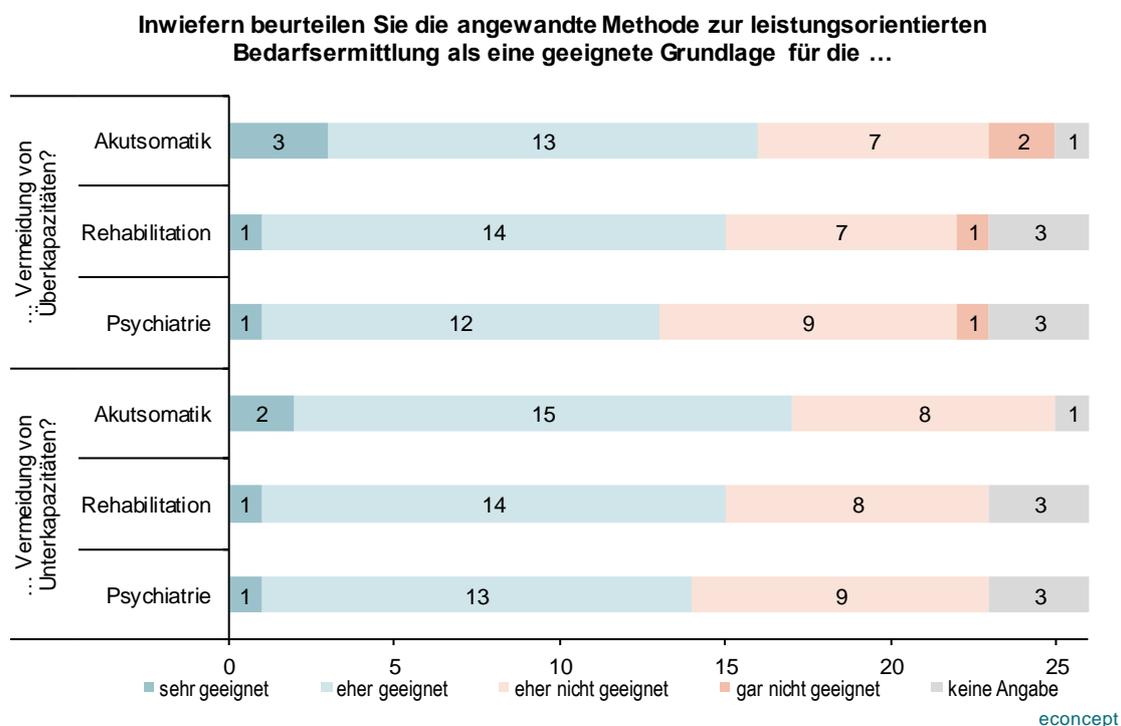
Tabelle 4: Prognosemodelle kantonale Versorgungsplanung (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

Eine vertiefte Analyse des Zugangs und der Erreichbarkeit stationärer Leistungen führt nur eine Minderheit der Kantone im Rahmen der Versorgungsplanung durch. Eine Berücksichtigung innerkantonaler Versorgungsregionen in der Versorgungsplanung erfolgt in sechs Kantonen in der Akutsomatik sowie der Psychiatrie sowie in fünf Kantonen in der Rehabilitation. Eine Erreichbarkeitsanalyse führen 14 Kantone in der Akutsomatik, zehn in der Psychiatrie sowie sechs in der Rehabilitation durch. Einzelne kantonale Verwaltun-

gen geben an, dass ein Verzicht auf eine Analyse des Zugangs und der Erreichbarkeit insbesondere spezifischen kantonalen Gegebenheit wie Grösse oder Lage geschuldet ist.

Beurteilung durch die kantonalen Verwaltungen

Die gewählte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung wird mit Blick auf die Erstellung der Spitalisten und der Vergabe der Leistungsaufträge grundsätzlich positiv beurteilt (econcept 2018, S. 9). Einzig für die interkantonale Abstimmung der Planungen in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie sind die Methoden für rund ein Fünftel der Kantone nicht geeignet. Da diese Kantone aber unterschiedliche Prognosemodelle verwenden, gibt es keine Hinweise darauf, dass ein bestimmtes Prognosemodell als ungeeignet angesehen wird. Kritischer beurteilen die Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen die Methode zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs bzgl. der Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten (vgl. Figur 1).



Figur 1: Beurteilung Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung zur Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

Mehrere kantonale Zuständige geben an, dass die Methode hierfür eher oder gar nicht geeignet sei: Sechs Kantone erachten die angewandte Methode in allen drei Bereichen als nicht geeignet, sechs Kantone beurteilen die Zweckmässigkeit je nach Bereich unterschiedlich. Die Zuständigen begründen ihre durchgezogene Einschätzung unter anderem damit, dass für die Planung im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie noch kein Modell wie die SPLG-Systematik existiere, was die interkantonale Abstimmung erschwere. In der Psychiatrie würden Interdependenzen mit dem ambulanten Bereich sowie dem Sozialwesen dazukommen. Als Gründe für Überkapazität genannt wurden der Auf- und Ausbau von Kapazitäten durch die Konkurrenz zwischen Spitälern und Kantonen. Zudem besteht laut Diskussion in einer Fokusgruppe mit Kantonsverantwortlichen ein gewisser Widerspruch zwischen der Vermeidung von Überkapazitäten und der Ermöglichung von

Wettbewerb. Die Begriffe Über- und Unterkapazität seien zudem nicht klar definiert, was die Steuerung erschwere.

Umsetzung der KVG-Vorgaben

Beurteilung durch die kantonalen Verwaltungen

Die kantonalen Verwaltungen beurteilen die durch das KVG definierten Vorgaben fast durchgängig als umsetzbar (econcept 2018, S. 2 ff.). Ergänzt wird jedoch, dass die Spitalplanung mit einer zeitlichen Verzögerung von 2-3 Jahren erfolge, da auch Daten ausserkantonaler Hospitalisationen benötigt würden, die nur über das BFS verfügbar seien, was die Erstellung der Spitalplanung erschwere.¹⁷ Zudem wird gesagt, dass die ICD/CHOP Codes für den Bereich Rehabilitation und Psychiatrie für eine leistungsorientierte Planung verbesserungswürdig seien und in der BFS-Statistik im Unterschied zur Akutsomatik die Abbildung des Schweregrades fehle.

Für kleinere Kantone sei es kaum möglich die Versorgung durch die Spitalplanung zu steuern, zumal die Kräfte des Wettbewerbs und die Planungen der Nachbarkantone gerade in Bereichen mit geringer Standortbindung (elektive Chirurgie, Psychiatrie und Rehabilitation) eine geplante Versorgung quasi verunmöglichen. Darüber hinaus seien die hohen gesetzlichen Anforderungen an die Spitalplanung gerade für kleinere Kantone eine Herausforderung und würden verbunden mit fast jährlichen Anpassungen zu einem bürokratischen Mehraufwand führen. Eine Herausforderung sei zudem der Miteinbezug von Privatspitälern, vor allem in Kantonen mit hoher Dichte an Privatspitälern.

2.2 Erstellung Spitallisten und Vergabe Leistungsaufträge

Mit der kantonalen Versorgungsplanung bestimmen die Kantone ihren Versorgungsbedarf und führen die entsprechenden inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf einer Liste nach Art. 39 Abs. 1 KVG resp. Art. 58e KVV auf. Diese sogenannte Spitalliste dient zur Übersicht, welche Institutionen notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs.3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen. Die GDK verfasste Empfehlungen zur Erstellung leistungsorientierter sowie bedarfsgerechter Spitalplanungen (Empfehlungen 1 und 2). Damit ist ein Vergabeverfahren der Leistungsaufträge, das alle interessierten Leistungserbringer einbezieht, integraler Bestandteil der leistungsorientierten Spitalplanung (GDK 2018, S. 6).

Vergabeverfahren und Ergänzung durch ausserkantonale Spitäler

Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen und Spitälern

Mehr als die Hälfte der Kantone wendet für die Vergabe der Plätze auf der Spitalliste Einladungsverfahren an. Öffentliche Ausschreibungen sowie Direktvergaben gibt es in je gut einem Drittel der Kantone. Im Rahmen der Vergabe werden in 23 Kantonen die Spitäler angehört (econcept 2018, S. 12). Beinahe alle Kantone berücksichtigen ausserkantonale Spitäler bei der Vergabe der Plätze auf der Spitalliste. Lediglich in einem Kanton in allen drei Bereichen sowie in einem weiteren Kanton in der Rehabilitation und der Psychiatrie finden ausserkantonale Spitäler keine Berücksichtigung. In der Folge ist ein grössere Anteil Spitäler auch auf Spitallisten anderer Kantone geführt. Rund die Hälfte

¹⁷ Siehe auch Hinweis zur zeitlichen Verzögerung in den GDK-Empfehlungen (GDK 2018, S.7).

der Spitäler gab an, auf der Spitalliste eines anderen Kantons als dem Standortkanton zu stehen. Die häufigsten Gründe für eine Aufnahme ausserkantonaler Spitäler auf der Spitalliste sind, dass bestimmte Angebote innerkantonale gar nicht oder nur unzureichend vorhanden sind (vgl. Figur 2). Auch wird oft genannt, dass durch eine Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler der Zugang in bestimmten Regionen verbessert werde. Die Aufnahme ausserkantonaler Spitäler erfolgt also mit Bezug auf die Versorgungsrelevanz resp. die Erreichbarkeit und nicht oder nur sekundär, um den Wettbewerb zu fördern.



Figur 2: Ausserkantonale Spitäler auf der Spitalliste: Gründe (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

Beurteilung durch kantonale Verwaltungen und Spitäler

Beinahe alle kantonale Verwaltungen erachten ihr Auswahlverfahren als zielführend mit Blick auf die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots (econcept 2018, S.13). Dies trifft für die Akutsomatik, die Rehabilitation wie auch die Psychiatrie zu. Die Beschreibung des Leistungsspektrums sowie die Vergabe der Leistungsaufträge erachten die Kantone mit einer einzigen Ausnahme als sehr oder eher gut umsetzbar (econcept 2018, S.3f.). Erschwert werde die Umsetzung der Spitalplanung resp. der Erstellung der Spitalisten durch politische Interventionen im eigenen Kantonsparlament, durch Klagen und Gerichtsprozesse sowie durch ausserkantonale Umgehungswege, welche nicht verhindert werden könnten. Daher sei die Bedeutung der kantonalen Spitalplanung für kleine Kantone gering. Für die Zuständigen in einem Kanton macht ein Vergabeverfahren im Bereich der Psychiatrie keinen Sinn, da keine Parallelstrukturen existierten. Die Zuständigen eines anderen Kantons kritisieren die Abhängigkeit vom Zürcher Leistungsgruppenkonzept, was rechtstaatliche bzw. staatspolitische Fragen aufwerfe.

Zwei Drittel der befragten Spitäler beurteilen Leistungsaufträge als zielführendes Instrument der Zusammenarbeit der Spitäler mit den Kantonen und das Verfahren als fair. Ein gutes Viertel erachtet das Vorgehen als weniger bis gar nicht fair (INFRAS 2018b, S. 23).

Stand der Rechtsprechung und Beurteilung in der Literatur

Eine Analyse der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer)¹⁸ zur Vergabe und (Nicht-)Erteilung von Leistungsaufträgen zeigt, dass einzelne Vorgaben Klärungsbedarf aufwiesen. So wurde vom BVGer, mit Ausnahme von 2013, seit dem Jahr 2010 mindestens ein Urteil pro Jahr zur Vergabe von Leistungsaufträgen (Streichung aus einer Spitalliste) gefällt. Dabei wurden von den Beschwerdeführern/innen (Leistungserbringer und andere Kantone¹⁹) vor allem die der Erteilung der Leistungsaufträge vorangegangenen Spitalplanungen kritisiert. Sie machten insbesondere geltend, bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit seien die bundesrätlichen Planungskriterien (Art. 58a ff. KVV, vgl. Kapitel 2.3), inkl. der zwingend zu erfolgende Betriebsvergleich, nicht vollumfänglich berücksichtigt worden und das zweistufige Verfahren der Bedarfsermittlung sei nicht gesetzeskonform erfolgt (vgl. insbesondere BVGer C-5647/2011 vom 16.7.2013 E. 4.2, C-6266/2013 vom 29.9.2015). Vom BVGer wurde knapp die Hälfte der Beschwerden in diesen Angelegenheiten gutgeheissen. Zugunsten der kritisierten Kantone erläuterte das BVGer in einem Urteil von 2010, dass die Kantone nur Spitäler in die Evaluation miteinbeziehen müssen, die bisher einen erheblichen Beitrag an die Versorgung der Kantonsbevölkerung geleistet haben oder dafür in Zukunft benötigt werden. Zudem ist es den Kantonen nach ständiger Praxis nicht verwehrt, den Bedarf an stationärer medizinischer Versorgung vorerst innerkantonale zu decken. Ausserkantonale Einrichtungen müssen erst dann evaluiert und ggf. auf die Liste genommen werden, wenn die Versorgung der Bevölkerung durch die Einrichtungen im Kanton selber nicht sichergestellt ist (vgl. BVGer C-6062/2007 vom 20.4.2010).

Vereinzelt wird die Mehrfachrolle der Kantone bei der Vergabe der Leistungsaufträge kritisiert (Avenir Suisse 2018; Polynomics 2013, 2016) – Avenir Suisse fordert gar die Abschaffung der Spitallisten. Polynomics sieht eine Verbesserung zwischen 2011 und 2015 und begrüsst, dass 2015 die meisten Kantone die SPLG-Systematik anwenden. Dennoch sei der Leistungseinkauf noch immer stark auf eigene Spitäler ausgerichtet. Zudem würden nur transparente, öffentliche Ausschreibungsverfahren verhindern, dass eigene Spitäler bevorzugt würden (Polynomics 2016: 3f.). Inwiefern es sich bei der Ausschreibung von Leistungsvergaben um eine Vergabe im Beschaffungswesen handelt, ist unter Rechtsexperten/innen umstritten (Zimmerli 2011). Ein für die GDK und die Konferenz der kantonalen Bau- Planung- und Umweltdirektorinnen und –direktoren (BPUK) in Auftrag gegebenes Gutachten kommt zum Schluss, dass es sich bei der Vergabe um eine öffentliche Aufgabe der Kantone handelt, die nicht unter das Beschaffungsrecht fällt. Dennoch brauche es für die Auswahl ein öffentliches, transparentes, rechtsgleiches und faires Verfahren, welches den Spitälern, die sich um Aufträge bewerben, die verfas-

¹⁸ Vgl. insbesondere BVGer C-7019/2011 (13.7.2012), C-5601/2011 (13.7.2012), C-5576/2011 (2.6.2014), C-2389/2012 / C-1841/2014 (21.8.2015).

¹⁹ Bisher ist es nur Kantonen und Leistungserbringern möglich, gegen Leistungsvergaben und damit Spitallisten Beschwerden einzulegen. Ein Beschwerderecht für Versichererverbände wird zurzeit diskutiert. Ziel der Änderung ist es, eine kostspielige Überversorgung zu verhindern sowie die Prämien- und Steuerzahler/innen zu entlasten, vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html> [Stand: 18. Oktober 2018].

sungsmässig garantierten Verfahrensrechte gewähren. Das Beschaffungsrecht wäre für die vielfältigen Anforderungen an die Spitalliste, die einen versorgungspolitischen Auftrag hat, zu wenig flexibel (Zimmerli 2011²⁰; vgl. auch Walder Wyss 2011).

Zu beachten ist schliesslich, dass sich die Ausgangslage im Bereich Rehabilitation von jener in der Akutsomatik unterscheidet. Innerhalb des Bereichs der Rehabilitation bestehen erhebliche Unterschiede in der Formulierung von Leistungsaufträgen. So erteilen bestimmte Kantone (z.B. Zürich) keine Leistungsaufträge für geriatrische Rehabilitation, andere (z.B. Aargau) dagegen schon. Dies wirft dann auch Fragestellungen bei der Bildung von Referenztarifen für ausserkantonale Behandlungen oder bei der Berücksichtigung interkantonaler Patientenströme auf. Diese Rahmenbedingungen erschweren auch Ausschreibungsverfahren über die Kantonsgrenzen hinweg (Oggier 2018).

2.3 Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien

Die Vergabe der Leistungsaufträge hat nach den unter Art. 58b Abs. 4 lit a-c KVV bestimmten Kriterien, den sogenannten bundesrätlichen Planungskriterien, zu erfolgen. So müssen die Kantone bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes vor allem berücksichtigen:

- Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung;
- Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist;
- Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Art. 58e KVV).

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen die Kantone nach Art. 58b Abs. 5 lit a-c KVV insbesondere beachten:

- Effizienz der Leistungserbringung;
- Nachweis der notwendigen Qualität;
- im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Die Kriterien entsprechen weitgehend der Rechtsprechung vor der Revision. Neu ist aber die Notwendigkeit einer Abstützung auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit (Rütsche 2011, S. 32). Die GDK verfasste Empfehlungen zur Prüfung der Kriterien (Empfehlungen 4-7).

Umsetzung der Kriterien durch die Kantone

Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen

Die Prüfung der sogenannten bundesrätlichen Planungskriterien erfolgt in den Kantonen auf unterschiedliche Weise. Dabei haben sich die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien gemäss den Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen seit der KVG-Revision tendenziell verschärft (econcept 2018, S.16). Allerdings stellen die Zuständigen mehrerer Kantone keine Veränderung fest, wobei ein Vergleich mit vor der Revision teilweise nicht möglich sei.

Wirtschaftlichkeit: Die Kantone prüfen die Wirtschaftlichkeit mit unterschiedlichen Daten.²¹ Verbreitet sind Leistungs- und Kostendaten gemäss der Verordnung über die Kos-

²⁰ Daniel Zimmerli ist Rechtsanwalt bei Walder Wyss AG, Zürich/Bern.

²¹ Dabei stellt sich die Frage, inwiefern damit die Vergleichbarkeit eingeschränkt wird. Gemäss Kantonsbefragung ist im Bereich der Akutsomatik ein quantitativer Vergleich für 15 Kantone möglich, für zwei weitere

tenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheimen in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104), Kostendaten nach REKOLE²² sowie weitere Daten nach kantonalen Vorgaben. Auch die Abdeckung der Daten variiert: Mehrheitlich sind es nationale oder kantonale Daten, teilweise werden auch regionale Daten, die mehrere Kantone umfassen, verwendet. Einen Benchmark verwenden in der Akutsonatik zwei Drittel der Kantone, in der Rehabilitation gut die Hälfte und in der Psychiatrie genau die Hälfte der Kantone. Angewandt werden dabei häufig die Benchmarks der GDK. Als weitere Benchmarks werden gewichtete Quantile, teils mit Toleranzbereich, verwendet. Einige Zuständige der kantonalen Verwaltungen geben an, dass sie keine Benchmarks verwenden, da in der Akutsonatik die Baserate sowie in der Rehabilitation und Psychiatrie die Höhe der Tagespauschale wichtiger sei, die sich direkt in den Kosten niederschlage. In Psychiatrie und Rehabilitation fehlten zudem geeignete Daten.

Qualität: Ein Vergleich von Qualitätskennzahlen in allen drei Bereichen führt etwa die Hälfte der Kantone durch (vgl. Tabelle 5). Dabei handelt es sich in vielen Fällen um die ANQ²³ Qualitätsindikatoren, wobei einzelne Kantone auch weitere Indikatoren verwenden (vgl. Anhang A-1.1). Alle Kantone prüfen zudem bei Vergabe der Leistungsaufträge generelle und leistungsspezifische Qualitätskriterien in allen drei Bereichen. Die Qualitätskriterien können jedoch sehr unterschiedlich sein (vgl. Anhang A-1.1).

	Akutsonatik		Rehabilitation		Psychiatrie	
	N	%	N	%	N	%
Ja	14	54%	12	48%	12	48%
Nein	11	42%	12	48%	12	48%
Keine Angabe	1	4%	2	8%	2	8%
Total	26	100%	26	100%	25	100%

Tabelle 5: Durchführung eines Vergleichs von Qualitätskennzahlen

Mindestfallzahlen sind insbesondere in der Akutsonatik verbreitet. Vier Kantone wenden sie für viele oder sämtliche Leistungsgruppen an, über die Hälfte der Kantone für einige Leistungsgruppen, etwa ein Viertel wendet sie nicht an. Weniger verbreitet sind Mindestfallzahlen in den anderen Bereichen: In der Rehabilitation nutzen ein Drittel und in der Psychiatrie ein Viertel der Kantone Mindestfallzahlen.

Kantone ist zumindest ein qualitativer Vergleich möglich, für vier Kantone ist kein Vergleich möglich. Im Gegensatz dazu sind in der Rehabilitation für 12 Kantone und in der Psychiatrie für 11 Kantone keine Vergleiche möglich (econcept 2018, S. 20).

²² Betriebliches Rechnungswesen im Spital.

²³ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken.

	Akutsomatik		Rehabilitation		Psychiatrie	
	N	%	N	%	N	%
Für sämtl. Leistungsgruppen	3	12%	2	8%	1	4%
Für viele Leistungsgruppen	1	4%	2	8%	1	4%
Für wenige Leistungsgruppen	15	58%	1	4%	0	0%
Für keine Leistungsgruppen	7	27%	17	65%	19	73%
Keine Angabe	0	0%	4	15%	5	19%
Total	26	100%	26	100%	26	100%

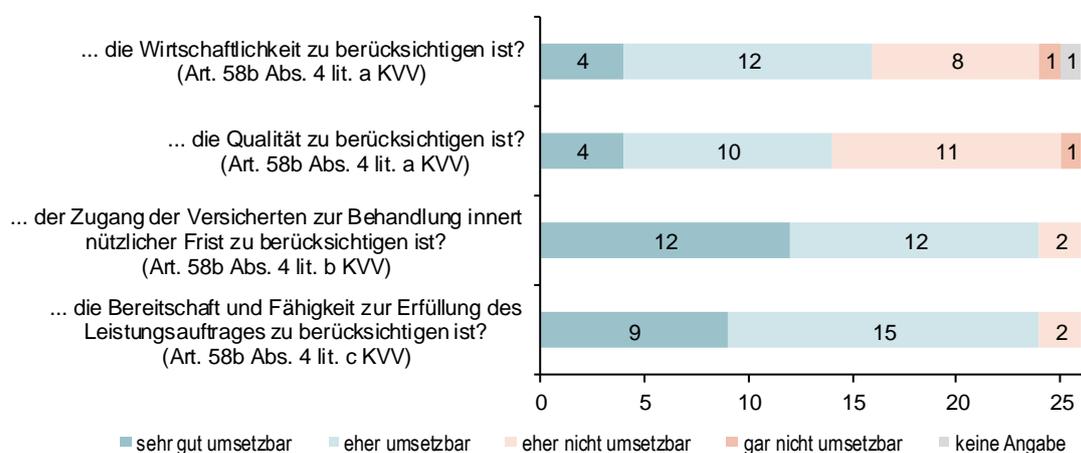
Tabelle 6: Anwendung von Mindestfallzahlen

Beurteilung der Zweckmässigkeit und Umsetzbarkeit der Kriterien

Beurteilung durch die kantonalen Verwaltungen

Die Umsetzbarkeit der anzuwendenden Kriterien bei Vergabe der Leistungsaufträge wird kontrovers beurteilt (vgl. Figur 3). Gut umsetzbar ist für die grosse Mehrheit der kantonalen Verwaltungen, die Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrages sowie den Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu berücksichtigen. Allerdings sei der Zugang innert nützlicher Frist mit Blick auf die erweiterte Spitalwahl vor allem bei Notfällen wichtig, wobei keine Richtwerte bezüglich Erreichbarkeit bestünden. Schwierigkeiten sehen viele Befragte bei der Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und Qualität, hier sehen sie daher Handlungsbedarf.²⁴ Insbesondere in kleineren Kantonen werden die Kriterien als eher oder gar nicht umsetzbar erachtet.

Inwiefern ist die Vorgabe umsetzbar, dass



econcept

Figur 3: Umsetzbarkeit rechtlicher Vorgaben zu den zu berücksichtigenden Kriterien bei der Vergabe der Leistungsaufträge (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

Rund die Hälfte der Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen erachtet die von ihnen verwendeten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien als zweckmässig, wobei die

²⁴ 8 Kantone sehen Handlungsbedarf, nennen aber unterschiedliche Punkte: Allgemein klarere Vorgaben durch Bund oder GDK, Erlass gesamtschweizerischer Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsvergleiche, Verbesserung der Rechtssicherheit beim Spitalbenchmark, Berücksichtigung der kantonalen Situation beim Spitalbenchmark, bessere Daten zur Leistungsqualität statt dem Kriterium der Mindestfallzahlen, Verbesserungen in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie (aussagekräftigere CHOP-Codes, System zur Schweregradbereinigung).

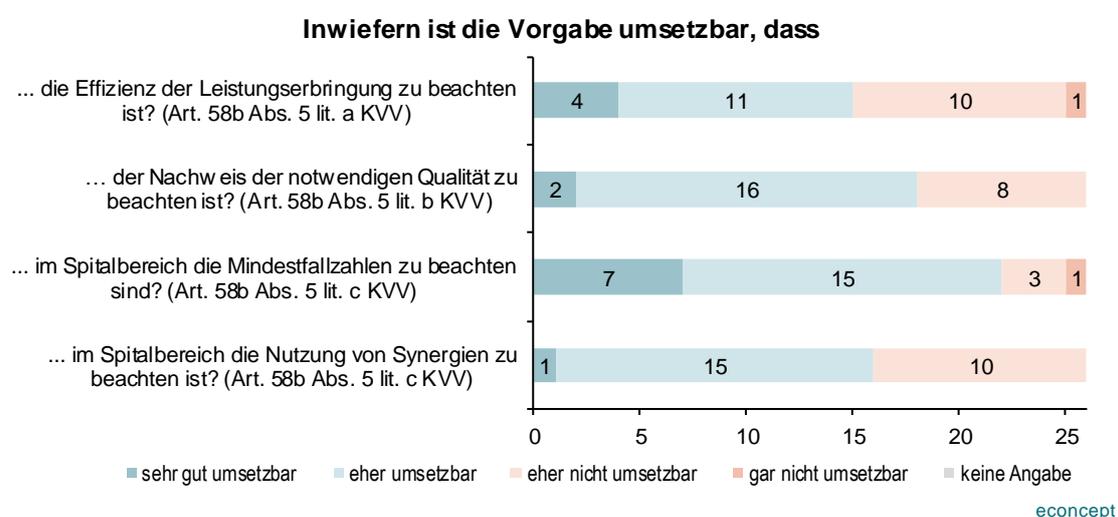
Zweckmässigkeit in der Akutsomatik leicht höher ist (econcept 2018, S.17). In allen drei Bereichen gibt es jedoch einzelne Kantone, in denen sich die verwendeten Kriterien nicht bewährt haben. Auffallend ist, dass über ein Drittel der kantonalen Verwaltungen keine Angabe zur Zweckmässigkeit der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien macht.

Mehrere kantonale Verwaltungen kritisierten, dass der Bund zwar die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität vorgibt, diese aber nicht weiter definiere. Dies führe zu Rechtsunsicherheit. Die GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung sowie die Rechtsprechung, vor allem des Bundesverwaltungsgerichts hätten etwas mehr Klarheit geschaffen – vollständig geklärt seien die Kriterien auf konzeptioneller Ebene aber noch nicht. Vor allem in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie sei man noch weitgehend auf der Ebene der Klärung der Definitionen. Zudem wird kritisiert, dass es der Bundesrat dem Bundesverwaltungsgericht überlassen habe, unklare oder fehlende Regelungen auf prozessuellem Weg festzulegen. Weitere Schwierigkeiten betreffen laut den kantonalen Verwaltungen die Operationalisierung der Kriterien, d.h. die Auswahl geeigneter Indikatoren, sowie die Datenverfügbarkeit und -qualität, auch wenn sich dies seit 2012 stetig verbessert habe. Zu beachten sei auch, dass die Leistungen eines Spitals zusammenhängen, so dass die Nicht-Vergabe eines Leistungsauftrags Auswirkungen auf andere Leistungen habe. Folglich seien diese Kriterien ein dauerhaftes Diskussionsthema bei den Kantonen resp. innerhalb der GDK. Die Umsetzbarkeit der einzelnen Kriterien wird folgendermassen beurteilt:

Wirtschaftlichkeit: Herausforderung Messbarkeit und umstrittener Nutzen: Die Qualität der Daten sowie deren Nützlichkeit für den systematischen Vergleich der Fallkosten wird von den kantonalen Verwaltungen unterschiedlich beurteilt: In der Akutsomatik beurteilen dies jeweils zwei Drittel der kantonalen Verwaltungen positiv, in der Rehabilitation und der Psychiatrie jeweils je etwa die Hälfte (econcept 2018, S.15). Die Validierung der angegebenen Kosten sei kaum möglich, entsprechend bestünden auch unterschiedlichste Zahlen für einen Benchmark in der Schweiz. Hinzu komme, dass gewisse private Spitäler ihre Daten nicht systematisch ausweisen würden und die Sanktionierungsmassnahmen seitens Bundesstatistikgesetzes (BStatG AS 431.01) zu milde seien, um diese zur Datenherausgabe zu drängen. Zudem sei es schwierig, das Verhältnis von Kosten resp. Preis und Leistung, inkl. Qualität, zu beurteilen. Für einige kantonale Verwaltungen ist zudem die Wirtschaftlichkeit nicht das primäre Kriterium bei der Vergabe von Leistungsaufträgen. So seien öffentliche Spitäler wirtschaftlich oft schwächer als private Institutionen, würden aber dennoch für wichtige Leistungsbereiche berücksichtigt. Zudem sei unklar, welchen Stellenwert die Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu anderen Kriterien haben soll.

Qualität: Die Qualitätskriterien des SPLG-Konzepts seien sinnvoll. Lücken wurden bei der Definition der Qualität, vor allem der Ergebnisqualität (Rehabilitation und Psychiatrie), der Datenverfügbarkeit und Datenqualität sowie der Validität von Indikatoren identifiziert. Daher seien qualitativ bedingte Ausschlüsse von der Spitalliste zurzeit kaum möglich, auch wenn sich die Datensituation seit der KVG-Revision und dank den Präzisierungen des Bundesverwaltungsgerichts verbessert habe.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bzgl. der Aspekte, welche die Kantone bei der Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität besonders zu beachten haben. Die Beachtung der Effizienz der Leistungserbringer, des Nachweises der Qualität sowie der Nutzung von Synergien wird von einem Drittel bis knapp der Hälfte als eher oder gar nicht umsetzbar angesehen. Mehrheitlich als umsetzbar sei die Beachtung von Mindestfallzahlen. Auch hier wird vor allem die unklare Begrifflichkeit kritisiert. Bei den Mindestfallzahlen ist die Umsetzbarkeit im Detail (Schwellenwerte? Pro Spital? Pro Operateur?) umstritten. Zudem würden Qualität und Mindestfallzahlen nicht immer korrelieren. Für Kantone mit spezifischen geografischen Herausforderungen wie z.B. kleine Kantone oder sehr grossflächige Kantone stehe der Aspekt Mindestfallzahlen zudem im Widerspruch zur Zugänglichkeit zu Leistungen.



Figur 4: Umsetzbarkeit rechtlicher Vorgaben zu den zu berücksichtigenden Kriterien bei der Vergabe der Leistungsaufträge (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

2.4 Interkantonale Koordination

Während des Planungsprozesses sind Kantone nach Art. 39 Abs. 2 KVG resp. Art. 58d KVV aufgefordert, interkantonal zu koordinieren, indem sie insbesondere die nötigen Informationen über Patienten/innen-Ströme auswerten und mit den betroffenen Kantonen austauschen sowie Planungsmaßnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. Die GDK präzisiert, dass es sich dabei um benachbarte Kantone, Standortkantone ausserkantonaler Spitäler und Kantone mit gewichtigen Patienten/innen-Strömen handelt und sie empfiehlt den Kantonen, sich vor allem mit den Standortkantonen ausserkantonaler Spitäler zu koordinieren (GDK-Empfehlung 11, GDK 2018, S. 19f.).

Koordination durch Anhörung und Absprachen

Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen

Fast alle Kantone kooperieren im Bereich der Spitalplanung mit anderen Kantonen – einzige Ausnahme stellt dabei der Kanton Tessin dar (vgl. Anhang A-1.3).²⁵ Die Zusammenarbeit bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung und der Erstellung der Spitallisten

²⁵ Dieser kooperiert aber gemäss Aussage in einer der Fokusgruppen in mehreren Bereichen mit Italien. Die Kooperation mit anderen Kantonen werde durch die Sprachgrenze und die Distanzen erschwert, insbesondere im Bereich Pädiatrie.

beschränkt sich in den meisten Fällen auf eine Anhörung bzw. Absprache mit anderen Kantonen (vgl. Tabelle 7 und econcept 2018, S.10). Nur in vereinzelt Fällen, vor allem in der Nordwestschweiz und der Zentralschweiz, erfolgt eine gemeinsame Erarbeitung – etwas öfter bei der Versorgungsplanung als bei den Spitallisten. Für etwas mehr als die Hälfte der Kantone hat sich die interkantonale Zusammenarbeit aufgrund der KVG-Revision verstärkt (econcept 2018, S.11). Dies betreffe insbesondere den Bereich der Akutsomatik, da hier mit dem SPLG-System und den Empfehlungen der GDK ein einheitliches System von Leistungsgruppen vorliege. Kantonale Unterschiede basierten auch auf unterschiedlichen Ausgangslagen vor der Revision. So weisen zwei Kantonsvertreter/innen darauf hin, dass bereits vor der KVG-Revision interkantonale zusammengearbeitet wurde (einmal spezifisch im Bereich Psychiatrie).

	Akutsomatik		Rehabilitation		Psychiatrie	
	N	%	N	%	N	%
Gemeinsame Erarbeitung	4	15%	4	15%	10	38%
Anhörung bzw. Absprache	17	65%	16	62%	12	46%
Keine Zusammenarbeit	5	19%	6	23%	4	15%
Keine Angabe	0	0%	0	0%	0	0%
Total	26	100%	26	100%	26	100%

Tabelle 7: Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung

Umsetzbare Vorgaben – trotz Hindernissen

Beurteilung durch die kantonalen Verwaltungen und Spitäler

Trotz beschränkter interkantonalen Kooperation erachten vier Fünftel der kantonalen Verwaltungen die Vorgabe, Planungsmassnahmen mit den davon betroffenen Kantonen zu koordinieren, als sehr oder eher gut umsetzbar. Auswertung und Austausch der nötigen Informationen über die Patienten/innen-Ströme erachten bis auf eine Ausnahme alle Kantone als sehr oder eher gut umsetzbar (econcept 2018, S.3). Vor allem die GDK-Empfehlungen hätten Klarheit geschaffen. Allerdings seien die BFS-Statistiken in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie verbesserungswürdig. Einige Befragte beobachten, dass die interkantonale Zusammenarbeit oft von Spitälern initiiert werde. Folgende Schwierigkeiten bei der interkantonalen Kooperation bestehen aus Sicht der Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen:

- Interkantonale Koordination stehe im Widerspruch zur erweiterten Spitalwahl und zum Wettbewerb, sodass sich Kantone als Konkurrenten statt Partner wahrnehmen.
- Lange sei unklar gewesen, was unter interkantonaler Koordination zu verstehen sei. Die Rechtsprechung habe zur Klärung geführt, die Umsetzung sei aber noch unklar.
- Die Definition «betroffener» Kantone sei nicht klar und werde divers interpretiert.
- Die Koordination führe zu Prozessen unter den Kantonen bzw. mit Leistungserbringern (Folge der erweiterten Spitalwahl und der Konkurrenz zwischen den Kantonen).
- Kantonalen Interessen sowie lokalpolitische Anliegen hätten Priorität.

Mehr als die Hälfte der befragten Spitäler ist der Ansicht, dass die Kantone nicht genügend zusammenarbeiten und sich auch bezüglich Qualitätskriterien nicht ausreichend koordinieren (INFRAS 2018b, S.24).

2.5 Diskussion der Spitalplanung

Versorgungsplanung: Die Vorgabe, eine Versorgungsplanung durchzuführen, wird von allen Kantonen erfüllt. 23 von 26 Kantone stützen sich dabei auf die SPLG-Systematik, dies entspricht der GDK-Empfehlung. Alle Kantone verwenden ein Prognosemodell zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs, vertiefte Analysen werden vereinzelt durchgeführt. Eine Herausforderung ist die zeitnahe Verfügbarkeit von Daten, zudem stellt die Versorgungsplanung für kleine Kantone eine Herausforderung dar. Überkapazitäten bestehen trotz Versorgungsplanung, der Empfehlung der GDK, diese abzubauen, und zwei Urteilen des BVGer, welche die Vermeidung von Überkapazitäten unterstützen (BVGer C-6266/2013 vom 29.9.2015, C-1966/2014 vom 23.11.2015; vgl. NZZ 26.01.2017a), weiterhin. Zudem stellt sich die Frage, wie viel Überkapazitäten wünschenswert oder nötig sind, um den – gewünschten – Wettbewerb zwischen den Spitälern zu ermöglichen. Nur mit einem Mindestmass an Überkapazitäten können auf die Dauer sowohl Patienten/innen wie auch die Kantone bei der Leistungsvergabe zwischen den Angeboten der verschiedenen Spitäler auswählen.²⁶

Spitallisten und Leistungsaufträge: Zwar vergeben alle Kantone gesetzeskonform Leistungsaufträge und erstellen eine Spitalliste; die Vergabe erfolgt aber nicht immer im Wettbewerb und ausserkantonale Angebote werden nur zur Ergänzung des kantonalen Angebots berücksichtigt. Dies entspricht jedoch der aktuellen Rechtsprechung (vgl. BVGer C-6062/2007 vom 20.4.2010). Zu berücksichtigen ist die unterschiedliche Ausgangslage der Akutsomatik, in der eine einheitliche Tarifstruktur mit SwissDRG 2012 eingeführt wurde, und in den anderen zwei Bereichen, die im Evaluationszeitraum noch keine einheitliche Tarifstruktur aufweisen. Innerhalb des Bereichs der Rehabilitation bestehen zudem erhebliche Unterschiede zwischen den Kantonen in der Formulierung von Leistungsaufträgen, was die Berücksichtigung ausserkantonomer Kliniken auf den Spitallisten erschwert (Oggier 2018).

Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien: Bei der Vergabe der Leistungsaufträge wenden die Kantone wie vorgesehen die bundesrätlichen Planungskriterien an, wenn auch teilweise unterschiedlich.²⁷ Obwohl die Kriterien grundsätzlich zweckmässig sind, besteht bei der Umsetzung in verschiedener Hinsicht Klärungs- und Handlungsbedarf: Bei der Definition der Kriterien, bei der Operationalisierung wie auch bei der Datenverfügbarkeit und ihrer Qualität. Lücken bestehen insbesondere bei Daten zur Qualitätsmessung (vgl. INFRAS 2018a). Das BVGer rügte zudem die Umsetzung der Anwendung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit (insbesondere C-325/2010 vom 7. Juni 2012; auch C-2389/2012 und C-1841/2014 vom 21.8.2015).²⁸ Während vor der Revision ein Vergleich

²⁶ Wenn die Kantone nur dem exakten Bedarf entsprechend Leistungen vergeben, bauen die nicht berücksichtigten Spitäler dieses Angebot ab. Falls eines der ausgewählten Spitäler Konkurs geht, das Angebot fallen lässt oder die Prüfungskriterien bei einer erneuten Erstellung der Spitallisten nicht mehr erfüllt, stehen keine alternativen Anbieter mehr zur Verfügung. Dies gefährdet die Versorgungssicherheit.

²⁷ Die Heterogenität wird bei der Wirtschaftlichkeit auch von Akteuren des Gesundheitswesens bestätigt. Als Erklärungen genannt werden u.a. die mangelhafte Datenqualität in der Anfangsphase und die fehlende Definition von «Wirtschaftlichkeit» (vgl. Interviews in B,S,S. 2018).

²⁸ Eine von der Vorinstanz vorgenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung gestützt auf die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer entspricht den bundesrechtlichen Anforderungen nicht mehr. Damit ist die Versorgungsplanung der Vorinstanz, welche Grundlage für die Spitalliste bildet, bundesrechtswidrig erfolgt, so dass die angefochtene Verfügung ihrerseits rechtswidrig ist (vgl. BVGer C-2389/2012 vom 16.7.2013 und

vergleichbarer Betriebe ausreichte, wird seit der Revision ein umfassender Betriebsvergleich gefordert, der so noch nicht immer umgesetzt wird.

Interkantonale Koordination: Die Interkantonale Koordination verbesserte sich seit 2012; die gesetzlichen Vorgaben werden mit wenigen Ausnahmen eingehalten. Die Zusammenarbeit beschränkt sich aber vor allem auf gegenseitige Anhörungen bzw. Absprachen. Eine weitergehende Kooperation besteht nur vereinzelt, bspw. mit dem gemeinsamen Versorgungsbericht der Region Nordwestschweiz oder dem Projekt LUNIS²⁹ in der Zentralschweiz (u.a. Credit Suisse 2013, S. 20). In anderen Regionen scheint die Konkurrenz der Spitäler und damit der Kantone eher zuzunehmen.³⁰

Mit der weitgehend gesetzeskonformen Umsetzung von KVG und KVV werden die Ziele einer besseren interkantonalen Koordination und der Vermeidung von Überkapazitäten, erst teilweise erfüllt.³¹

Gründe dafür sind mangelhafter politischer Wille – der Regierungen, Gemeinden und der Bevölkerung – zur Abschaffung von Überkapazitäten, die Verfolgung regionalpolitischer Ziele im Rahmen der Spitalplanung sowie (drohende) Gerichtsverfahren.³² Hinweise dazu finden sich in Gesprächen mit Kantonsvertretern/innen, in Studien (Avenir Suisse 2018; Polynomics 2013, 2016) sowie in Medienberichterstattung³³.

C-1841/2014 vom 21.8.2015). In Bezug auf Datensysteme erachtet das BVGer das System der einheitlichen Tarifstruktur (SwissDRG) grundsätzlich als Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus, auch die Systeme REKOLE® und ITAR_K gelten als grundsätzlich anwendbar, auch wenn die verwendeten Versionen 3.0 von REKOLE® und ITAR_K noch nicht in allen Teilen den rechtsprechungsgemässen Vorgaben entsprechen (vgl. BVGer C-4232/2014, BVGE 2014/36 E. 3.8, BVGE 2014/3 E 3.4.3).

²⁹ Vgl. <http://www.ksnw.ch/lunis.html> [Stand: 4. Oktober 2018].

³⁰ NZZ 26.01.2017b; Ostschweiz am Sonntag 11.3.2018; St.Galler Tagblatt 27.1.2017.

³¹ Im Bereich der Rehabilitation haben sich die Kantone allerdings (noch) nicht auf einen Rehabilitations-Begriff geeinigt, die Leistungsaufträge werden unterschiedlich definiert. Dies trotz des grossen Umfangs der interkantonalen Patienten/innen-Ströme in diesem Bereich.

³² Auch Aargauer Zeitung, 30.05.2017; Berner Zeitung, 14.11.2016; Tagesanzeiger: 10.10.2017; Tagesanzeiger, 14.11.2017.

³³ Basler Zeitung, 10.01.2017; Berner Zeitung, 14.11.2016; NZZ 26.01.2017; Ostschweiz am Sonntag 11.3.2018; St.Galler Tagblatt 27.1.2017.

3 Wettbewerbliche Rahmenbedingungen

In der KVG-Revision wurden neben der Spitalplanung und ihrer Ausrichtung auf die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität weitere Massnahmen zur Förderung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern eingeführt. Dies sind die leistungsbezogene Fallpauschalen, vor allem SwissDRG,³⁴ die erweiterte Spitalwahl sowie die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler, inkl. möglicher Vorgaben und Aufnahmepflicht (Vogt und Weber 2015, auch Avenir Suisse 2018; Kägi und Frei 2015; Polynomics 2016; Rüttsche 2011; S. 42). Zudem wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenversicherer mit ausgesuchten Spitälern, die nicht auf der Spitalliste stehen, Verträge über die Vergütung von Leistungen gemäss KVG abschliessen. Diese Massnahmen richten sich (auch) an Patienten/innen, die mit einer informierten Wahl der Leistungsanbieter das Versorgungsangebot positiv beeinflussen können.

3.1 Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben

Die Kantone erteilen jedem Spital auf der Liste einen sogenannten Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG, welcher insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten kann. Auf den Spitallisten wird gemäss Art. 58e Abs. 2 für jedes Spital das seinem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt. Ziel ist zu gewährleisten, dass die Qualität und die Wirtschaftlichkeit gemäss Kriterien erfüllt werden, sowie zu verhindern, dass durch die Gleichstellung öffentlicher und privater, auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler die öffentlichen Spitäler benachteiligt werden, da diese ihre Patienten/innen nicht auswählen können und einen Grossteil der Lehr- und Forschungskosten tragen (Bundesrat 2004).

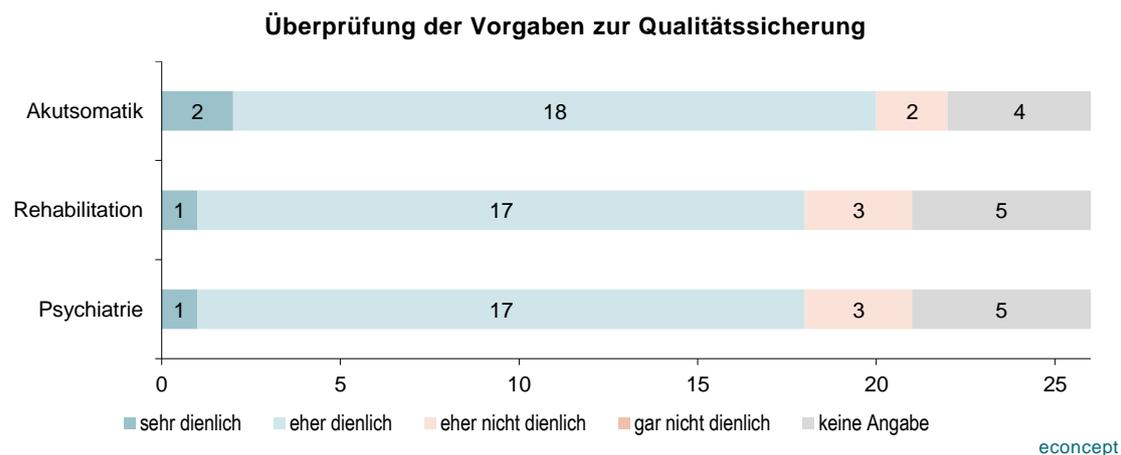
Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen

Wie die Kantone die Einhaltung der Vorgaben gemäss Leistungsauftrag überprüfen, variiert (vgl. Anhang A-1.4). Sechs Kantone überprüfen dies im Rahmen des Bewerbungsverfahrens, oft ergänzt mit zumindest punktuellen späteren Kontrollen. Vier Kantone überprüfen die Einhaltung einzig bei Hinweisen auf Schwierigkeiten. Viele Kantone führen systematische Überprüfungen durch, z.B. mittels Medizinischer Statistik, auf der Basis von Dokumenten der Spitäler, im Rahmen der Revision oder anhand diverser Indikatoren. Fünf Kantone weisen auf unterschiedliche Überprüfungen bei inner- und ausserkantonalen Spitälern hin, wobei sie bei den innerkantonalen Spitälern die Einhaltung der Vorgaben stärker überprüfen. Gemäss Diskussion in einer Fokusgruppe bestehen in einigen Kantonen ungleiche Vorgaben für öffentliche und private Spitäler bezüglich Datenlieferung und damit der Möglichkeit zur Überprüfung der Vorgaben, was zu Vorteilen für Privatspitäler führe.

³⁴ Ausführungen zu den Auswirkungen der Einführung der SwissDRG finden sich schwergewichtig im Teilbericht «Kosten und Finanzierung». Dieser zeigt, dass sich die Transparenz hinsichtlich Kosten und Finanzierung der Spitalleistungen u.a. dank den leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalen, aber auch aufgrund der dual-fixen Leistungsfinanzierung verbessert hat. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für Wettbewerb (B,S,S. 2018).

Beurteilung durch die kantonalen Verwaltungen

Das eigene Vorgehen zur Überprüfung der Vorgaben erachtet die Mehrheit der kantonalen Verwaltungen als dienlich zur Qualitätssicherung (vgl. Figur 5); vereinzelt wird Kritik geäussert. Die Zuständigen einer kantonalen Verwaltung erläutern, dass Ressourcen für bessere Kontrollen fehlten, jene einer anderen äusseren grundsätzlichen Vorbehalt gegenüber der Überprüfbarkeit von Qualität. Zum Vorgehen bei der Qualitätsüberprüfung präzisiert eine Person, dass dies nur für die Struktur- und teilweise für die Prozessqualität gelte.



Figur 5: Inwiefern ist das Vorgehen zur Überprüfung der Vorgaben dienlich zur Qualitätssicherung? (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

3.2 Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht

Nach Art. 41a KVG sind Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht). Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen. Die Kantone sind für die Überprüfung der Einhaltung verantwortlich.³⁵

Erhebung bei den kantonalen Verwaltungen

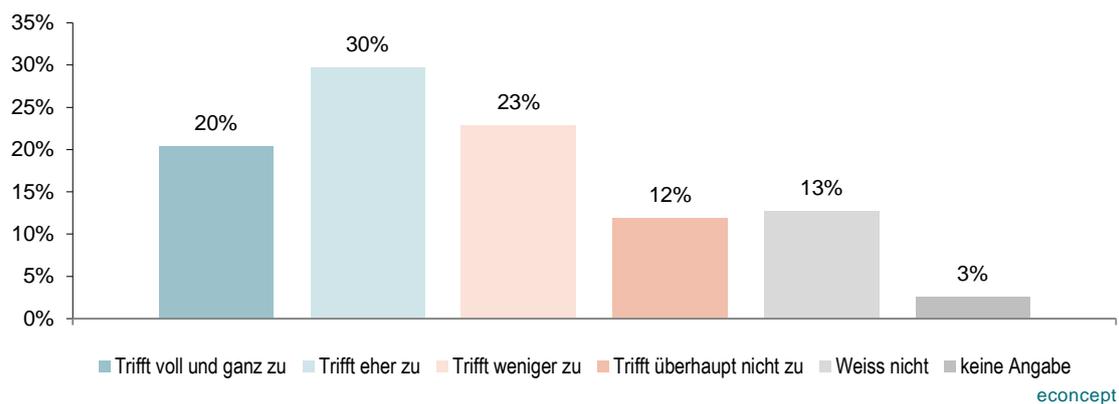
Die Einhaltung der Aufnahmepflicht wird von fünf Kantonen systematisch anhand von Statistiken zu Patienten/innen der Grund- und mit Zusatzversicherungen überprüft (vgl. Anhang A-1.4). Fünf Kantone verfügen über eine Beschwerdestelle und weitere 12 Kantone überprüfen die Einhaltung der Aufnahmepflicht, falls eine Beschwerde oder Meldung erfolgt (bei drei Kantonen erfolgt dies in Ergänzung zu statistischen Auswertungen). Ein Kanton überprüft die Einhaltung nicht. In einer Fokusgruppe wurde auf die Schwierigkeit der Überwachung der Aufnahmepflicht hingewiesen.

³⁵ Inwiefern Vorgaben der Kantone, welche die Anzahl zusatzversicherter Patienten/innen pro Spital beschränken wollen, der Aufnahmepflicht widerspricht, ist umstritten. Während das Bundesgericht (BGer) dies als zulässig erachtet (BEG 138 II 398 E. 5.4 S. 431f.), beurteilt es ein Rechtsgutachten im Auftrag der Privatspitäler als unzulässig (Rütsche 2015). Voraussetzung ist jedoch, dass trotz Mehrleistungen für zusatzversicherte Patienten/innen in einem Listenspital die Aufnahme grundversicherte Patienten/innen gewährleistet wird (Rütsche 2017, S. 38).

Beurteilung durch Spitäler sowie durch Akteure des Gesundheitswesens

Die Hälfte der befragten Spitäler erachtet das Verfahren der Kantone zur Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmespflicht als geeignet, ein gutes Drittel als weniger bis gar nicht geeignet (INFRAS 2018b). Die im Rahmen der Evaluation «Kosten und Finanzierung» interviewten Akteure des Gesundheitswesens weisen auf einzelne Verletzungen der Aufnahmespflicht hin, eine systematische Verletzung durch die Spitäler sei nicht zu erkennen (B,S,S. 2018).

Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht aus Sicht der Spitäler

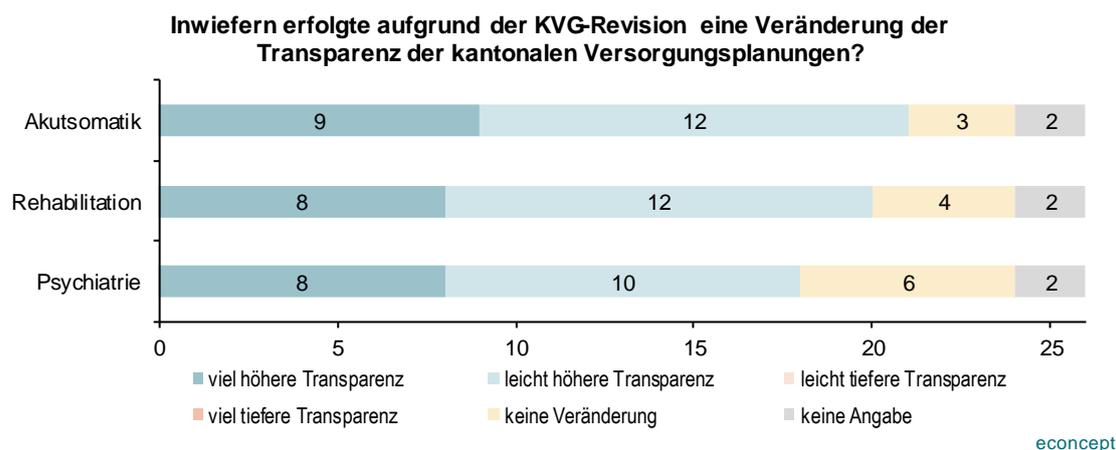


Figur 6: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu: Der Kanton überprüft die Einhaltung der Aufnahmepflicht der Spitäler mit Hilfe geeigneter Verfahren. (Quelle: Befragung der Spitäler, N = 118)

3.3 Transparenz Spitalplanung und Leistungsvergabe

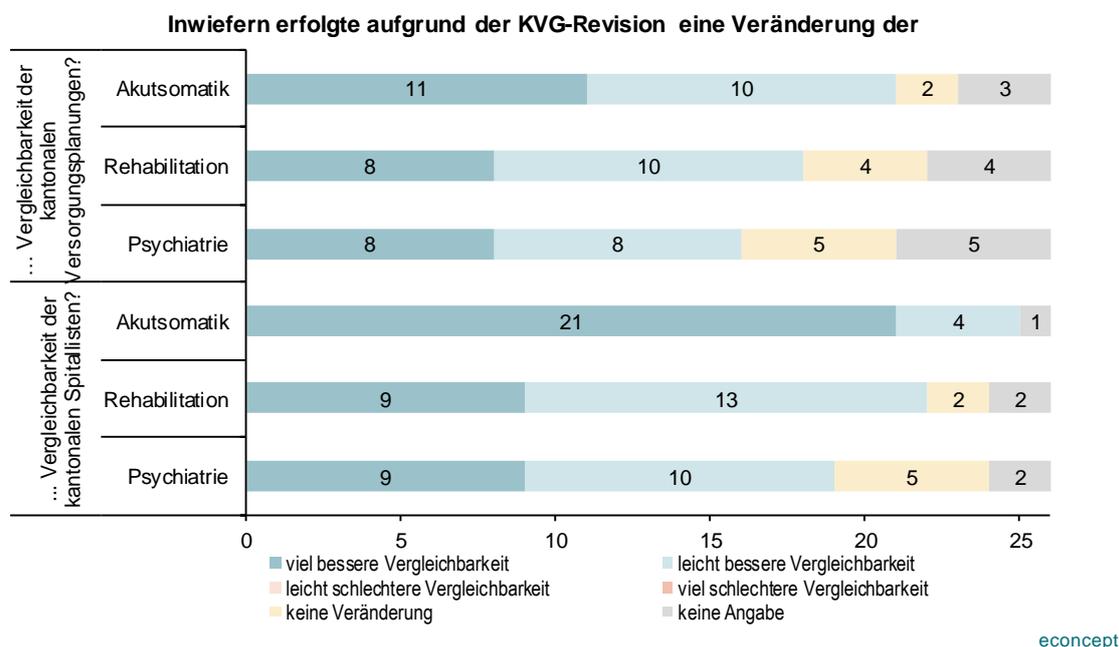
Die Transparenz von Spitalplanung und Leistungsvergabe ist ein wichtiger Aspekt der wettbewerblichen Rahmenbedingungen, da der Kanton als Regulator und Eigentümer öffentlicher Spitäler eine Doppelrolle einnimmt.

Der KVG-Revision wird von den *Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen* grundsätzlich positiver Einfluss auf die Transparenz der kantonalen Versorgungsplanungen zugeschrieben (vgl. Figur 7). Je nach Versorgungsbereich geben 18 bis 21 Kantonsverwaltungen an, dass sich die Transparenz der kantonalen Versorgungsplanungen seit der KVG-Revision viel oder leicht erhöhet habe. Fast alle kantonalen Verwaltungen erklären, dass sich aufgrund der KVG-Revision die Transparenz des Vergabeverfahrens der Leistungsaufträge verbessert habe (econcept 2018, S.13). Bei den befragten *Spitälern* sind die Hälfte der Ansicht, dass die Transparenz des kantonalen Vergabeverfahrens der Leistungsaufträge zugenommen habe (INFRAS 2018b, S. 23).



Figur 7: Transparenz der Versorgungsplanungen (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

Neben der Transparenz hat sich gemäss Mehrheit der kantonalen Verwaltungen auch die Vergleichbarkeit der kantonalen Versorgungsplanungen sowie der kantonalen Spitalisten verbessert (vgl. Figur 8). Dies trifft laut Mehrheit der Befragten für alle drei Bereiche zu, wobei besonders viele Kantone eine viel oder leicht bessere Vergleichbarkeit in der Akutsomatik feststellen. In der Rehabilitation und der Psychiatrie gebe es keinen einheitlichen Standard.



Figur 8: Vergleichbarkeit der Planungsinstrumente (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)

3.4 Vertragsmarkt

Spitäler, welche nach Art. 39 KVG nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach Art. 38 und 39 Abs. 1 lit a-c erfüllen, können mit Versicherern Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen (Art. 49a Abs. 4 KVG). Dabei handelt es sich um die sog. Vertragsspitäler. Die Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Art. 49a Abs. 2 KVG. Bei Behandlungen in Vertragsspitalern

wird nur der Leistungsumfang, der vom Krankenversicherer übernommen wird, abgegolten, der kantonale Anteil entfällt (Rütsche 2017, S. 46).

Nachstehende Tabelle zeigt, dass nur sechs der befragten Spitäler ausschliesslich Vertragsspitäler sind (5 % der befragten Spitäler resp. 21 % aller 29 befragten Vertragsspitäler). Jedoch sind drei Viertel der befragten Spitäler ausschliesslich auf Spitallisten und nicht zusätzlich Vertragsspitäler. Für die Spitäler, die (auch) Vertragsspitäler sind, ist diese Funktion sehr (76 %) resp. eher wichtig (7 %).³⁶

	N	%
Nur auf Spitalliste	88	75%
Nur Vertragsspital	6	5%
Auf Spitalliste und Vertragsspital	23	19%
Weder auf Spitalliste noch Vertragsspital	1	1%
TOTAL	118	100%

Tabelle 8: Listen- und Vertragsspitäler (Quelle: Befragung der Spitäler, N = 118)

3.5 Erweiterte Spitalwahl

Gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG können Versicherte für die stationäre Behandlung unter den Listenspitälern frei wählen und auch Spitäler ausserhalb ihres Wohnkantons berücksichtigen. Versicherer und Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig gem. Art. 49a höchstens zum Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für diese Behandlung gilt (so genannter Referenztarif).

Umfang der erweiterten Spitalwahl

Die zurückhaltende Aufnahme ausserkantonaler Leistungsanbieter auf Spitallisten sowie die Diskussion um mögliche Mengenbeschränkungen weisen darauf hin, dass zumindest einige Kantone gegenüber der erweiterten Spitalwahl skeptisch eingestellt sind (Avenir Suisse 2018; Credit Suisse 2013; Polynomics 2016; Rütsche 2015). Von den Verantwortlichen in den kantonalen Verwaltungen wird vereinzelt kritisiert, dass Privatspitäler von der Gleichstellung und der damit verbundenen Ausweitung der Spitalwahl profitierten (Fokusgruppendifkussion mit AG Spitalplanung der GDK), während dem Polynomics auf die weiterhin bestehende Bevorteilung von öffentlichen Spitälern hinweisen (Polynomics 2013, 2016). Eine weitere Einschränkung kann durch nicht angemessene Vergütung ausserkantonaler Hospitalisationen (tiefer Referenztarif) erfolgen. Dies wird in einigen Studien für einzelne Kantone festgestellt (Avenir Suisse 2018; Polynomics 2016). Die Evaluation «Finanzierung und Kosten» zeigt, dass sich die Hälfte der Kantone bei der Festlegung der Referenztarife am jeweils tiefsten Spitaltarif orientierten und nicht, wie von der GDK empfohlen, an einem gewichteten Durchschnittswert (GDK 2011). Damit schränken sie die erweiterte Spitalwahl und den interkantonalen Wettbewerb ein. Insgesamt wurde die Angemessenheit der Vergütung ausserkantonaler stationärer Leistungen dennoch als teilweise erfüllt bewertet, da nur vereinzelt kantonale Auflagen in Bezug auf

³⁶ Für die Kantone bzw. die Spitalplanung kann die Situation, dass ein Listenspital gleichzeitig auch Vertragsspital ist, dann ein Problem sein, wenn ein solches Spital als Vertragsspital Leistungen innerhalb von SPLG vornehmen darf, wo es keinen Leistungsauftrag des Kantons hat. So können theoretisch Qualitäts- und Strukturanforderungen der Kantone an die Leistungserbringung umgangen werden (z.B. Mindestfallzahlen, Indikationskonferenzen, Tumorboards, zeitliche Verfügbarkeit von Ärzten/innen).

ausserkantonale Behandlungen über die GDK-Empfehlungen hinausgehen (B,S,S. 2018).³⁷

Nutzung der erweiterten Spitalwahl durch die Patienten/innen

Inwiefern Patienten/innen die erweiterte Spitalwahl tatsächlich informiert nutzen, ist nicht bekannt.³⁸ Gemäss einer Fokusgruppe, führte die erweiterte Spitalwahl bei Patienten/innen in erster Linie zu Bewusstsein und Erwartungshaltung. Während bei elektiven Eingriffen die erweiterte Spitalwahl teilweise genutzt werde, würden bei Notfällen weiterhin Spitäler im eigenen Kanton genutzt. Die Auswirkungen der Revision variierten zudem je nach Kanton. Ein verstärkter Wettbewerb wird vor allem von Vertretern/innen von Kantonen mit hoher Spitaldichte (Ost- und Zentralschweiz) sowie von Kantonen zwischen den grossen Zentren wahrgenommen. In anderen Kantonen habe die KVG-Revision kaum zu Änderungen geführt, da die ausserkantonale Hospitalisation über Zusatzversicherungen schon vorher verbreitet gewesen sei. Ein grundsätzliches Problem der erweiterten Spitalwahl besteht aber darin, dass die Anforderung einer informierten Wahl hoch ist. So wird eine Informationsasymmetrie zwischen Anbietern (Spitäler) und Nutzern/innen (Patienten/innen) vermutet (Fokusgruppendifkussion mit Kantonsvertreter/innen; Avenir Suisse 2018; Brandenburg 2004 in Willisegger und Blatter 2016; Expertenbericht 2017; Kägi und Frei 2015). Aufgrund der Leistungspauschalen und der eher geringen Kostenbeteiligung der Patienten/innen wird zudem vermutet, dass Patienten/innen die Kosten eines Leistungserbringers kaum berücksichtigen. Der Wettbewerb richtet sich eher auf Ausstattungsaspekte, Fallzahlen und weitere Qualitätsindikatoren aus (Credit Suisse 2013, S. 13; Rütsche 2011, S. 40; Willisegger und Blatter 2016, S. 19). Inwiefern Patienten/innen bei der Spitalwahl die Qualität berücksichtigten, ist umstritten. Aus Sicht von Willisegger und Blatter sind die Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb (noch) nicht gegeben (Willisegger und Blatter 2016). Zudem sind die Vergleichsportale für Laien eher schwierig und werden wohl wenig genutzt (INFRAS 2018a). Zentral für die Wahl sind daher die Zuweiser/innen (INFRAS 2019; M.I.S Trend 2017; L'Express 21.9.2017) – womit das Risiko von sogenannten Kickbacks einhergeht, d.h. Prämien, die Spitäler Ärzten/innen auszahlen, welche ihnen Patienten/innen vermitteln (Expertenbericht 2017, S. 34). Aus Sicht der Spitäler hat der Qualitätswettbewerb seit 2012 zugenommen, v.a. in den Bereichen medizinische Behandlungsqualität, Strukturqualität und Servicequalität (vgl. Spitalbefragung in INFRAS 2018a sowie Kapitel 4.6). Behandlungsqualität und pflegerisch-therapeutische Qualität seien für Patienten/innen bei der Spitalwahl wichtiger als geografische Nähe (Spitalsbefragung und Bevölkerungsbefragung gfs.bern 2017; INFRAS 2018a).

³⁷ Auch Versicherer versuchen, zumindest vereinzelt, die erweiterte Spitalwahl zumindest im Bereich der Zusatzversicherungen (VVG) einzuschränken, vgl. NZZ 15.10.2018.

³⁸ Die Analyse der interkantonalen Patienten/innen-Ströme (vgl. Kapitel 4.5) zeigt aber, dass diese zugenommen haben, was einen intensiveren interkantonalen Wettbewerb der Spitäler infolge erweiterter Spitalwahl vermuten lässt.

3.6 Diskussion der wettbewerblichen Rahmenbedingungen

Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben: Die grosse Mehrheit der Kantone überprüft die Einhaltung der Vorgaben, allerdings unterschiedlich. Das eigene Vorgehen wird mehrheitlich als zweckmässig erachtet. Einzelne Kantone erachten die Überprüfung der Qualität sowie die Überprüfung bei Privatspitälern als herausfordernd.

Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht: Die Einhaltung der Aufnahmepflicht wird nur von wenigen Kantonen systematisch überprüft; die meisten Kantone kontrollieren aufgrund einer Meldung oder Beschwerde. Es sei aber schwierig, Verletzungen dieser Aufnahmepflicht nachzuweisen.

Transparenz Spitalplanung und Leistungsvergabe: Dank der KVG-Revision verbesserte sich die Transparenz der kantonalen Versorgungsplanung sowie der der Vergabe der Leistungsaufträge in der Tendenz. Das generelle Ziel der vermehrten Transparenz hinsichtlich eines gestärkten Wettbewerbs wurde jedoch nicht mit Sollwerten expliziert, so dass nicht beurteilt werden kann, inwiefern implizite Vorstellungen dazu nun erfüllt werden.

Vertragsmarkt: Rund ein Viertel der Spitäler ist auch als Vertragsspital tätig, wobei reine Vertragsspitäler selten sind. Inwiefern dies den Erwartungen entspricht, kann aufgrund fehlender Zielsetzung nicht beurteilt werden. Dass ein Viertel auch als Vertragsspital tätig ist, weist aber auf einen verstärkten Wettbewerb hin. Da die meisten Vertragsspitäler auch als Listenspitäler aufgeführt sind, kann zudem davon ausgegangen werden, dass die Qualitätssicherung auf gleichem Niveau wie bei Listenspitälern erfolgt. Es gibt kein Indiz, dass sich die Unterscheidung zwischen Vertrags- und Listenspitäler nicht bewährt.

Erweiterte Spitalwahl: Da sich viele Kantone am jeweils tiefsten statt an einem gewichteten durchschnittlichen Wert für den Referenztarif orientieren, wird die erweiterte Spitalwahl nur teilweise gewährleistet. Inwiefern die erweiterte Spitalwahl von Patienten/innen genutzt wird und ob es sich dabei um informierte Entscheide handelt, kann aufgrund dieser Evaluation nicht beantwortet werden.

Die vorgesehenen Massnahmen zur Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen werden von den Kantonen weitgehend umgesetzt. Sie scheinen, auch in Anbetracht der vorhandenen Ressourcen, als weitgehend zweckmässig. Der Vertragsmarkt und die erweiterte Spitalwahl verstärken den Wettbewerb zwischen den Spitälern; die Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben und Aufnahmepflicht sowie die Transparenz der Spitalplanung unterstützen die Schaffung gleicher Voraussetzungen für die Wettbewerbsteilnahme. Verbesserungsbedarf besteht aber bei der Gewährleistung der erweiterten Spitalwahl durch angemessene Referenztarife.

4 Entwicklung der stationären Versorgungsstrukturen

4.1 Aufgabenstellung und Wirkungshypothesen

Die Evaluation zeichnet die Entwicklung der Spitallandschaft der Schweiz seit der KVG-Revision 2012 anhand von Sekundärdatenanalysen nach. Der Begriff «Spitallandschaft Schweiz» bezieht sich dabei auf die Zahl der Spitäler und deren Zusammensetzung gemäss spezifischer Kriterien³⁹. Der Begriff «stationäre Versorgung» bezieht sich auf den Zugang von versicherten Personen zu stationären Spitalleistungen und die Qualität, allenfalls die Wirtschaftlichkeit der stationären Spitalleistungen (vgl. Planungskriterien in Art. 58 Abs. 4 KVV sowie socialdesign 2016, S. 81).

Mit Blick auf das Wirkungsmodell des BAG (Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung) wurde als Grundlage zur Analyse folgende Arbeitshypothese formuliert: *«Veränderte wettbewerbliche Rahmenbedingungen beeinflussen das Versorgungsangebot. Fallpauschalen und die Möglichkeit der erweiterten Spitalwahl, verbunden mit verbesserter Transparenz, ermöglichen ein informiertes Wahlverhalten der Patienten/innen und verstärken den Kosten- und Qualitätsdruck in den Spitälern. Diese versuchen, Leistungen effizienter und effektiver zu erbringen und Versorgungsstrukturen zu verbessern. So wird das Versorgungsangebot längerfristig optimiert. Angebote in Listenspitalern werden ergänzt durch ein Angebot in Vertragsspitalern, wodurch sich der Wettbewerb zusätzlich erhöht.»*

Für die fünf Bereiche der Sekundärdatenanalyse (vgl. socialdesign 2016, S. 83) können folgende Wirkungshypothesen formuliert werden.

Analysebereiche	Wirkungshypothesen
Anzahl Spitäler (Betriebe & Standorte)	Die KVG-Revision stärkt den Wettbewerb der Spitäler. Dies verändert auch die Spitallandschaft. Weniger wettbewerbsfähige Spitäler verschwinden tendenziell, während sich wettbewerbsfähigere Spitäler auf dem Markt durchsetzen (Pellegrini et al. 2010, S. 134).
Entwicklung der Marktanteile & Leistungsspektren	Die erweiterte Spitalwahl und die verbesserte Transparenz verändern das Verhalten der Versicherten bzgl. Spitalwahl, was auch die verstärkte Möglichkeit zur Auswahl von Privatspitälern betrifft und folglich einen Anstieg des Marktanteils bei Privatspitälern erwarten lässt. ⁴⁰ Die leistungsorientierte Finanzierung bewirkt eine raschere und stärker an ökonomischen Realitäten orientierte Veränderung von Niveau und Struktur der Spitalkapazitäten im Vergleich zur Situation vor dem Übergang zur dual-fixen Finanzierung. Gleichzeitig verbessert der (disziplinspezifische) Konzentrationsprozess die Qualität vieler medizinischer Leistungen nachhaltig (Bundesrat 2004).
Spezialisierung & Konzentration	Die verstärkten Wettbewerbselemente führen zu einer Spezialisierung der Spitäler und zu einer Konzentration im stationären Versorgungsangebot. Dies bedeutet: <ul style="list-style-type: none"> – Weniger wettbewerbsfähige Spitäler verschwinden tendenziell, während sich wettbewerbsfähigere Spitäler auf dem Markt durchsetzen – Es kommt zu Spezialisierungen der Spitäler, indem sie im stationären Bereich auf ihre Kernkompetenzen fokussieren. – Das verstärkte Wahlverhalten der Versicherten trägt zur Veränderung der Spitallandschaft bei; weniger stark frequentierte (Teil-) Spitäler werden geschlossen und

³⁹ Spitaltyp, Art der Trägerschaft, regionale Verteilung, Leistungsspektrum und Marktanteile

⁴⁰ Privatspitäler gem. rechtlich-wirtschaftlichem Status vor Einführung der KVG-Revision Spitalfinanzierung zu verstehen.

Analysebereiche	Wirkungshypothesen
	stärker frequentierte werden ausgebaut (Pellegrini et al. 2010, S. 134).
Zugang zur stationären Versorgung	Die KVG-Revision begünstigt eine stärkere Spezialisierung der Spitäler und eine Konzentration der stationären Versorgung, was dazu führt, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen geografisch verändert wird (die Versicherten müssen evtl. weitere Wege in Kauf nehmen) und dass die Versorgungsqualität evtl. durch die Überweisung in spezialisierte Spitäler steigt (Pellegrini et al 2010, S. 134).
Interkantonale Patienten/innen-Ströme	Die erweiterte Spitalwahl führt bei den Versicherten zu einem veränderten Wahlverhalten bezüglich der Leistungserbringer im stationären Spitalbereich. Dies betrifft insbesondere die verstärkte Möglichkeit zur Auswahl von Privatspitälern und ausserkantonalen Spitälern, welche sich auf einer Spitalliste eines Kantons befinden (Pellegrini et al. 2010 (S. 134).

Tabelle 9: Wirkungshypothesen der Analysebereiche

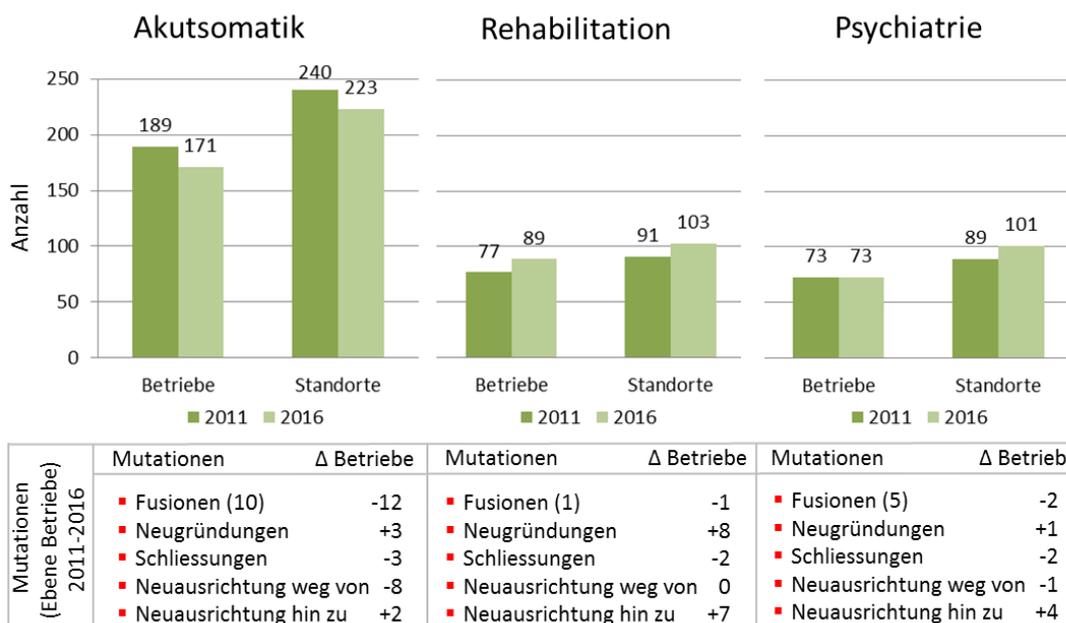
Die folgenden Kapitel präsentieren die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen pro Analysebereich entlang der erwarteten Wirkungen der KVG-Revision. Die Ergebnisse werden zudem unter Einbezug der Literatur diskutiert. Zusätzlich verweisen wir auf den Ergebnisbericht zu den Sekundärdatenanalysen, welcher diesem Bericht beiliegt, sowie auf den Schlussbericht «Entwicklungen der interkantonalen Patienten/innen-Ströme 2010-2015 im stationären Bereich» (Gruber und Lippitsch 2018). Die letzten zwei Unterkapitel ergänzen unsere Analysen zur Entwicklung der stationären Versorgung mit Einsichten der Themenbereiche «Kosten und Finanzierung» (B,S,S. 2018) und «Qualität der Spitalleistungen» (INFRAS 2018a).

4.2 Entwicklung der stationären Versorgung

4.2.1 Entwicklung der Anzahl Spitäler (Betriebe und Standorte) 2011-2016

Zur Darstellung der Entwicklungen in der Spitallandschaft infolge der KVG-Revision ist die Zahl der Leistungserbringer ein erster zentraler Indikator. Da Leistungserbringer über mehrere Standorte verfügen können und angenommen werden kann, dass Veränderungen auch auf Ebene der Standorte erfolgten, werden sowohl der Betrieb als auch der Standort als Untersuchungseinheit verwendet.⁴¹ Figur 9 zeigt die Entwicklung der Anzahl Betriebe und Standorte je Versorgungsbereich für die Jahre 2011 und 2016.

⁴¹ Aus dem Detailkonzept der Krankenhausstatistik geht hervor, dass unter dem Begriff Betrieb grundsätzlich eine juristische Einheit verstanden wird. Jeder Betrieb verfügt über eine eigene Nummer des Betriebs- und Unternehmensregister (BUR), welche in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser als Variable hinterlegt ist. Allfällige Standorte eines Betriebes sind mittels erweiterter BUR-Nummer ebenfalls in der Medizinischen Statistik als Variable geführt. Da die Standortvariable erst seit 2011 in der Medizinischen Statistik geführt wird, beschränken sich die Analysen auf die Periode 2011 bis 2016.



Figur 9: Anzahl Betriebe und Standorte mit mindestens 30 stationären Fällen pro Versorgungsbereich 2011 & 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Darstellung.

Die Detailanalyse der Medizinischen Statistik sowie eine Plausibilisierung anhand der Mutationsübersichten der vom BAG jährlich publizierten Kennzahlen der Schweizer Spitäler⁴² zeigen für die drei Versorgungsbereiche Veränderungen zwischen 2011 und 2016.

Versorgungsbereich	Veränderungen Betriebe und Standorte 2011-2016
Akutsomatik	<ul style="list-style-type: none"> – Reduktion der Anzahl Betriebe von 189 auf 171 (-18 bzw. -10 Prozentpunkte (pp)) – Reduktion der Anzahl Standorte, welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, von 240 auf 223 Standorte (-17 bzw. -7 pp) – 10 Fusionen, an welchen 22 Standorte beteiligt waren: 2 Umnutzungen/ Schliessungen – 3 Schliessungen von Betrieben mit jeweils nur einem Standort – 3 Neugründungen – 10 Neuausrichtungen von – 8 Betrieben, die auf stationäre Akutsomatik verzichten (Konzentration auf Rehabilitation und/oder Psychiatrie) – 2 Betriebe, die neu zusätzlich auch akutsomatische Patienten/innen behandeln – Reduktion der betriebenen Betten um 687 bzw. 3 pp⁴³
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> – Erhöhung der Anzahl Betriebe, die stationäre Leistungen erbringen, um 12 auf 89 Betriebe – Erhöhung der Anzahl Standorte um 12 auf 103 Standorte – 1 Fusion zweier Rehabilitationskliniken unter Weiterbetrieb aller Standorte – 8 Neugründungen von Rehabilitationskliniken – 2 Schliessungen von Rehabilitationskliniken – 7 Standorte, welche zuvor primär in Akutsomatik tätig waren, bieten neu stationäre Rehabilitation an – Reduktion der betriebenen Betten um 58 bzw. 1 pp³⁷

⁴² BAG, Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, jeweils Tabelle 2, www.bag.admin.ch/kzss

⁴³ Quelle: Krankenhausstatistik BFS 2011-2016. Obwohl die Spitalplanung seit 2012 nicht mehr kapazitätsbezogen, d.h. mittels Festlegung der Bettenzahlen, erfolgt, wird hier im Zuge der Beschreibung der Spitallandschaft die Entwicklung der betriebenen Betten ausgewiesen.

Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Unveränderte Anzahl Betriebe (73) – Erhöhung der Anzahl Standorte mit stationärem Angebot um 12 auf 101 Standorte – 5 Fusionen, welche zur Reduktion von 2 Betrieben und einem Standort führten – 2 Schliessungen – 1 Neueröffnung – Erhöhung der betriebenen Betten um 257 bzw. 4 pp³⁷
Insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> – Reduktion um 6 Betriebe (-2 pp) – Zuwachs von Standorten, die mindestens 30 Fälle pro Jahr innerhalb eines Versorgungsbereichs leisteten, um 7 Standorte – Reduktion der betriebenen Betten um 488 bzw. 1 pp³⁷

Tabelle 10: Veränderung Betriebe und Standorte 2011-2016 nach Versorgungsbereich.

Im beobachteten Zeitraum ist über alle Versorgungsbereiche betrachtet eine relative Stabilität zu beobachten. Es sind aber Unterschiede in Versorgungsbereichen festzustellen.

Akutsomatik: Die anhaltende Reduktion von Betrieben und Standorten lässt für den Bereich Akutsomatik einen leicht stärkeren Wettbewerb, Kosten- und Qualitätsdruck vermuten. Dies kann mit der neu einheitlichen Tarifstruktur zusammenhängen, die in Rehabilitation und Psychiatrie noch nicht umgesetzt ist (BAG 2014). Diese Einschätzung deckt sich mit den Resultaten einer Spitalbefragung, wonach Akutspitäler den finanziellen Druck (noch) höher einschätzen als die anderen Versorgungsbereiche (INFRAS 2018b, S.10). Fallpauschal-Systeme schaffen Transparenz zu Ressourceneinsatz und Profitabilität der Leistungsgruppen und sind damit auch ein wichtiges Führungsinstrument der Spitäler. Gleichzeitig erhalten die Leistungsfinanzierer so wichtige Informationen zur Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer (Avenir Suisse 2018, S. 18). Vor diesem Hintergrund können auch die in Tabelle 10 festgehaltenen 8 Neuausrichtungen vormals akutstationärer Standorte interpretiert werden: Aufgrund des gestiegenen Effizienz- und Kostendrucks ist zu vermuten, dass sich diese Standorte mittlerweile primär auf Leistungen der Rehabilitation und/oder Psychiatrie konzentrieren.

Rehabilitation und Psychiatrie: Inwieweit die beobachteten Zunahmen von Betrieben im Bereich der Rehabilitation und von Standorten in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie auf die KVG-Revision zurückzuführen sind, ist schwierig zu beantworten. Verschiedene Studien finden Evidenz für Verlagerungen akutstationärer Spitalleistungen, was gegebenenfalls ein Anstieg der Anzahl Leistungserbringer in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie erklären kann (Hediger et al. 2017; Universität Basel und B,S,S. 2014, S. 28). Ein möglicher Grund für die Zunahme von Leistungserbringern im Bereich der Rehabilitation könnte allenfalls in der regional unterschiedlichen Spitaldichte liegen. Es gibt Kantone, die über kein oder ein relativ geringes Reha-Angebot verfügen und somit regionale Marktpotenziale für eine wohnortnahe Rehabilitation vorweisen. Neue stationäre Rehabilitationsangebote finden sich zudem oft in unmittelbarer Nähe zu einem Akutspital, mit dem Ziel, das Schnittstellenmanagement zwischen Akutspital und Rehabilitation zu optimieren.⁴⁴

⁴⁴ Vgl. Medienmitteilungen der RehaClinic (<https://www.rehaclinic.ch/wp-content/uploads/Medienmitteilung1.pdf>) und der Kliniken Valens (http://www.kliniken-valens.ch/de/medienmitteilungen?file=tl_files/hotel%20valens/PA_Kliniken%20Valens%20Bau%20Rehaklinik%20Zuerich_08.12.16.pdf)

Leistungsverschiebungen: Analysen des Obsan innerhalb des Monitorings der Qualitätsindikatoren 2009-2016 ergaben, dass der Anteil Übertritte innerhalb von 30 Tagen von der Akutsomatik in die Psychiatrie und in die Rehabilitation über den untersuchten Zeitraum je nach Versorgungsbereich unterschiedlich ausfällt. Während der Anteil der Übertritte von der Akutsomatik in die Psychiatrie mit rund 1% aller Fälle im untersuchten Zeitraum relativ konstant blieb, steigt der Anteil Übertritte von der Akutsomatik in die Rehabilitation geringfügig von 4,20% (2009) auf 4,82% im Jahr 2016 an, wobei die höchsten Steigerungsraten zwischen 2012 und 2015 zu verzeichnen waren. Gemäss den Studienautoren deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Entwicklung der Übertritte von der Akutsomatik in die Rehabilitation bis 2014 zu einem grossen Teil anhand von demografischen Faktoren erklärt werden können. Für die Entwicklung ab 2015 sei es hingegen nicht auszuschliessen, dass es sich dabei um eine zeitverzögerte Auswirkung der KVG-Revision handelt. Gleichermassen könnten jedoch auch andere Faktoren dafür verantwortlich sein, da die verwendeten Datenquellen keine abschliessende Beurteilung zulassen (vgl. Tuch et al, 2018, S. 42ff). Die Befragung von Akutspitälern ergibt zur Thematik der Leistungsverschiebung kein klares Bild. Hingegen geben 88% der Spitäler aus den nachgelagerten Bereichen an, dass es zu früheren Verlegungen aus den Akutspitälern kommt (INFRAS 2018b, S. 22).

Kooperationen zwischen Spitälern: Die Sekundärdaten beinhalten keine Informationen über Kooperationen zwischen den Spitälern. In der Vergangenheit geführte Interviews mit Fachexperten/innen und Vertretern/innen von Spitälern liefern aber klare Hinweise auf verstärkte Kooperationen seit der Implementation der KVG-Revision (B,S,S. 2014, S. 38f.; INFRAS 2018b, S. 21; PWC 2015, S. 12). Die Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen beobachten seit 2012 ebenfalls vermehrte Kooperationsbestrebungen zwischen Spitälern (econcept 2018, S. 30).

Entwicklung vor der KVG-Revision: Um den Einfluss der KVG-Revision auf die Entwicklung in der Spitallandschaft beurteilen zu können, sind Veränderungen vor Einführung der KVG-Revision ebenfalls zu berücksichtigen. Dabei zeigt sich, dass 1999 bis 2012 primär öffentliche Spitäler in Spitalverbunde/ Spitalzentren integriert und oft verselbständigt wurden.⁴⁵ Auch erfolgten vereinzelt Spitalschliessungen; in grösserem Umfang 1997 bis 2000 in den Kantonen Zürich und Bern (NZZ 01.10.2004; SÄZ 2004).

Diskussion zur Sekundärdatenanalyse bzgl. Anzahl Spitäler

Gemessen an den Entwicklungen 1999 bis 2011 kann für die Zeit nach Einführung der KVG-Revision konstatiert werden, dass der bereits länger andauernde Trend hin zu einer leichten Konzentration von Betrieben und Standorten innerhalb der Akutsomatik anhält.

Verschiedene Studien weisen auf eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen Spitälern hin (B,S,S. 2014, S. 14; PWC 2016, S. 25; Friedl 2017, S. 9; Sax und Iff 2016, S. 17). Die Studien weisen auch darauf hin, dass bisher zwar Betriebe zusammengeschlossen wurden, mit dem Ziel grösserer und flexiblerer Handlungsspielräume hinsichtlich

⁴⁵ So z.B. in den Kantonen TG, VS, SG, VD, NE, BE, FR, SO, LU, BL.

einer verstärkten Wettbewerbsfähigkeit. Dies erfolgte jedoch oft unter Beibehaltung der Spitalstandorte (Credit Suisse 2013, S. 26; PWC 2016, S. 25) und mit dem Risiko der Bildung von (kantonalen) Monopolen öffentlicher Spitäler (vgl. Polynomics 2016, S. 19, 25).⁴⁶ Allerdings wird in Studien (z.B. PWC 2017) und in der Medienberichterstattung⁴⁷ die Problematik thematisiert, dass die Schliessung öffentlicher Spitäler politisch nur schwierig umsetzbar ist und dass die Intensivierung des Wettbewerbs zumindest vorübergehend zu einer Aufrüstungsdynamik bei den Spitälern führt: Um im Wettbewerb zu bestehen, investieren diese in attraktive(re) Aus- und Neubauten (Credit Suisse 2013; Polynomics 2016; PwC 2015; Sax 2016). Verstärkt wird diese Entwicklung dadurch, dass der Immobilienbestand der Schweizer Spitäler zum Zeitpunkt der KVG-Revision stark überaltert war und viele Spitäler nicht mehr den betrieblichen Anforderungen des heutigen Gesundheitswesens entsprachen (Credit Suisse 2013). Obwohl dadurch die Kosten im Gesundheitswesen erhöht und gleichzeitig die Schliessung von frisch renovierten Spitälern erschwert wird (NZZ 26.1.2017; NZZ aS 5.3.2017), handelt es sich um eine dem Wettbewerb inhärente Phase der Konsolidierung.

Mit Blick auf die Wirkungshypothese kann (noch) nicht von einer verstärkten Bereinigung der Spitallandschaft durch die KVG-Revision gesprochen werden. Allerdings sind solche Konsolidierungsprozesse längerfristig. Daher ist davon auszugehen, dass sich der Konsolidierungsprozess fortführen wird und die Massnahmen der KVG-Revision erst mittelfristig, d.h. in den nächsten Jahren, an Wirkung gewinnen werden. Entsprechende Anzeichen sind bereits heute vereinzelt erkennbar.⁴⁸

In den Bereichen der Rehabilitation und Psychiatrie ist die erwartete Wirkung der KVG-Revision im Sinne einer Konzentration innerhalb und Bereinigung der Spitallandschaft nicht festzustellen. Grund hierfür könnte die noch ausstehende Einführung von Fallpauschal-Systemen sein.

4.2.2 Entwicklung der Marktanteile und Leistungsspektren

Nachstehend wird die Entwicklung der Marktanteile⁴⁹ und der Leistungsspektren⁵⁰ der Spitäler in Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie 2010 bis 2016 (Rehabilitation und Psychiatrie) bzw. 2012 bis 2016 (Akutsomatik) dargestellt.

⁴⁶ Allerdings genehmigte die WEKO die Fusion des Universitätsspitals des Kantons Basel-Stadt und des Kantonsspitals des Kantons Basel-Landschaft (vgl. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/49777.pdf>).

⁴⁷ 24heures, 9.2.2017; Berner Zeitung, 14.11.2016; L'Express, 24.1.2017; NZZ 26.01.2017; Ostschweiz am Sonntag 11.3.2018; St.Galler Tagblatt 27.1.2017.

⁴⁸ Spitalschliessungen St. Gallen. Und plötzlich könnte es schnell gehen. SRF1, Regionaljournal Ostschweiz, 22.08.2018, <https://www.srf.ch/news/regional/ostschweiz/spitalschliessungen-st-gallen-und-ploetzlich-koennte-es-schnell-gehen> sowie Verwaltungsrat der Spitalverbunde des Kantons St. Gallen (2018), Leistungs- und Strukturentwicklung der Spitalverbunde des Kantons St. Gallen. Bericht Grobkonzept, 4. Mai 2018.

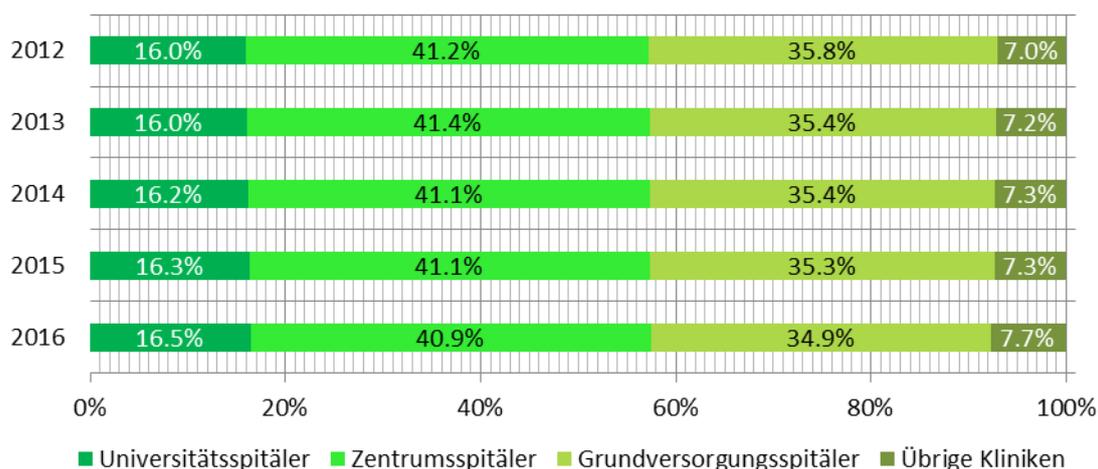
⁴⁹ Unter dem Begriff des **Marktanteils** wird in der vorliegenden Studie der Anteil stationärer Austritte eines Spitals oder Spitaltyps pro Leistungsbereich an der Gesamtzahl der stationären Austritte aller Spitäler des gleichen Leistungsbereichs verstanden.

⁵⁰ Unter dem Begriff der **Leistungsspektren** wird der Anteil der stationären Austritte pro Leistungsbereich an der Gesamtzahl der stationären Austritte eines Spitals oder Spitaltyps in einem Jahr verstanden.

Marktanteile Akutsomatik

In Figur 10 sind die Marktanteile nach Spitaltyp für die Jahre 2012 bis 2016 dargestellt. Die Zuteilung der Spitäler zu den Spitaltypen erfolgte anhand des Spitaltyps des jeweiligen Standortes⁵¹ im Datenjahr 2012. So wurde sichergestellt, dass jeweils immer dieselben Leistungserbringer verglichen werden.

Entwicklung Marktanteile Akutsomatik 2012-2016



Figur 10: Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 - 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016

Figur 10 zeigt für 2012 bis 2016 stabile Verhältnisse der Marktanteile zwischen den Spitaltypen. Leichte Marktanteilssteigerungen sind bei Universitätsspitalern (+0.5 pp) und den übrigen Spitalern (+0.7 pp) zu erkennen – und dies auf Kosten der Zentrumsspitäler (-0.3 pp) und Grundversorgungsspitäler (-0.9 pp). Analysen der Marktanteile je Spitaltyp auf Ebene der Leistungsbereiche zeigen eine relative Stabilität in der Marktanteilsverteilung (LENZ 2019, S.42ff.). Folgende Verschiebungen zwischen den Spitaltypen können hierzu festgehalten werden.

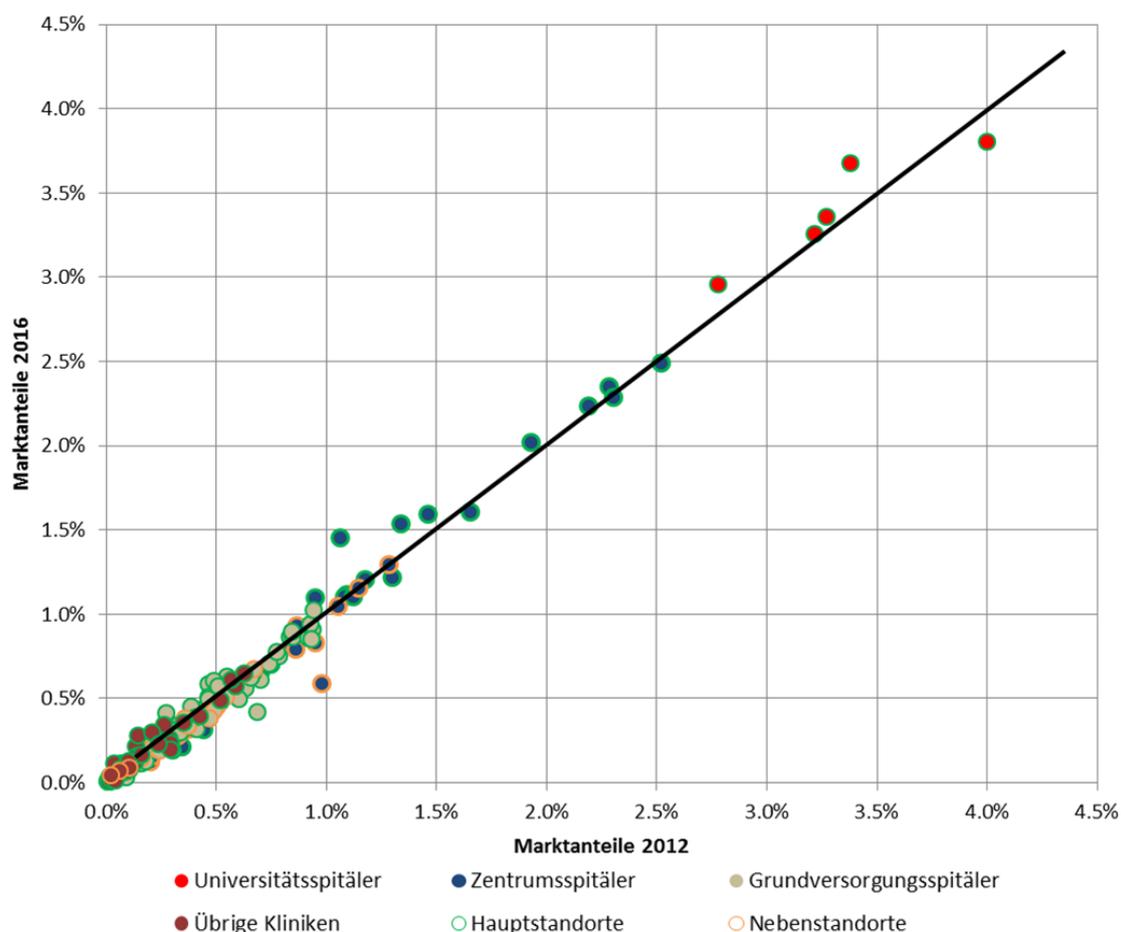
Spitaltyp	Auffälligkeiten Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Leistungsbereich
Universitäts-spitäler	<ul style="list-style-type: none"> – Marktanteilssteigerung in den Bereichen Dermatologie, Endokrinologie, HNO, Nephrologie, Ophthalmologie, Pneumologie und Rheumatologie um jeweils 2 oder mehr pp. – Marktanteilssteigerung im Bereich der Neurochirurgie um 10 pp. – Marktanteilverluste in den Bereichen Gefäße, Herz, Urologie um 2 pp. – Marktanteilverlust im Bereich der schweren Verletzungen um 4 pp.
Spezialkliniken	<ul style="list-style-type: none"> – Marktanteilssteigerung in den Bereichen Ophthalmologie (+4 pp), HNO und Bewegungsapparat chirurgisch (jeweils +3 pp) und Urologie (+2 pp)
Zentrums- und Grundver-sorgungsspitäler	<ul style="list-style-type: none"> – Marktanteilssteigerung in den Bereichen Herz (Zentrumsspitäler) sowie Gefäße und Viszeralchirurgie (Grundversorgungsspitäler) – Kleinere Marktanteilverluste in diversen Leistungsbereichen

Tabelle 11: Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Spitaltyp und Leistungsbereich, Akutsomatik

⁵¹ Der Spitaltyp jedes Spitalstandorts ist an die BUR-Nummer geknüpft, welche für einen Betrieb mit mehreren Standorten immer dieselbe ist. So wird zum Beispiel ein zusätzlicher, allenfalls v.a. in der Grundversorgung tätiger Standort eines Zentrumsspitals und somit auch sämtliche seiner stationären Austritte ebenfalls dem Spitaltyp K112 (Zentrumsspital) zugeteilt (vgl. Gruber & Lippitsch, 2019, S. 15ff).

Figur 11 zeigt die Veränderungen der Marktanteile der einzelnen Standorte. Dabei wurden lediglich Standorte berücksichtigt, die sowohl 2012 und 2016 Leistungen der Akut-somatik erbrachten und einwandfrei anhand der BUR- und Standortnummer identifiziert werden konnten.⁵² Standorte unterhalb der Diagonale, verloren 2012 bis 2016 Marktanteile, Standorte oberhalb der Diagonale gewannen Marktanteile.

Veränderungen von Marktanteilen standortbezogen



Figur 11: Marktanteile Akut-somatik nach Spitaltypen 2012 & 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016.

Die zentralen Erkenntnisse aus obiger Figur werden nachstehend zusammengefasst.

Spitaltyp	Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp
Universitäts-spitäler	– Marktanteilgewinne in vier der fünf Universitätsspitäler (+0.6 pp) – Marktanteilverlust in einem Universitätsspital (-0.2 pp)
Zentrumsspitäler	– Marktanteilgewinne in Hauptstandorten Zentrumsspitäler (Standort-Nr. 01) (+0.7 pp) – Marktanteilverluste in Nebenstandorten Zentrumsspitäler (-0.8 pp)
Grundversorgungsspitäler	– Marktanteilverluste in Hauptstandorten (-0.4pp) und Nebenstandorte (-0.3 pp)
Chirurgische Spezialkliniken	– Marktanteilgewinne (+0.6 pp)

⁵² Es wurden 194 Standorte berücksichtigt mit einem Fallvolumen 2016 von 1'211'957 Fällen, was einem Anteil von 96.7% aller akutstationären Fälle im Jahr 2016 entspricht.

Übrige Spezialkliniken	– Marktanteilverluste marginal (-0.1 pp)
Private vs. öffentliche Spitäler	Private Spitäler: – Marktanteilgewinne +1.4 pp seit 2010 bzw. 0.8 pp seit 2012 auf 20 % 2016 – Marktanteilgewinne in den Bereichen Bewegungsapparat chirurgisch (+ 4 pp auf 40 %); Gefäße (+5 pp auf 19 %), Viszeralchirurgie +4 pp auf 25 %). – Marktanteilverluste in den Bereichen Neurochirurgie (-5 pp) und HNO (-1 pp). – In den anderen Leistungsbereichen blieben die Marktanteile stabil.

Tabelle 12: Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp, Akutsomatik

Marktanteile Rehabilitation

Die Marktanteilsentwicklung im Versorgungsbereich der Rehabilitation lässt sich wie folgt zusammenfassen (vgl. LENZ 2019, S. 47ff.).

Untersuchungsebene	Marktanteilsentwicklung 2010-2016
Spitaltyp	– Marktanteilgewinne bei Rehabilitationskliniken (K221) von 68 % auf 77 %, begünstigt dadurch, dass sich mehrere Spitäler, welche 2012 einem anderen Spitaltypen zugeordnet waren, auf Rehabilitation konzentrieren und als Rehabilitationsklinik (K221) geführt werden. – Marktanteilverluste bei allen anderen Spitaltypen, insbesondere bei den Grundversorgungsspitälern um 4pp und bei den übrigen Spezialkliniken um 3 pp.
Leistungsbereich	– Marktanteilgewinne der Rehabilitationskliniken (K221) in allen Leistungsbereichen, insbesondere in der pulmonalen Rehabilitation (+33 pp). – Marktanteilverluste der Akutspitäler in allen Leistungsbereichen ausser in der kardiovaskulären Rehabilitation
Privat vs. öffentliche Kliniken	– Marktanteilgewinne privater Spitäler um 2.1pp auf 47.6 % – Marktanteilgewinne privater Rehabilitationskliniken (K221) um 21pp auf 60.5 % – Marktanteilgewinne privater Spitäler in den Bereichen der internistisch-onkologischen (+7 pp) und psychiatrischen & sozialmedizinischen Rehabilitation (+22 pp). – Marktanteilverluste der Privaten in der pulmonalen Rehabilitation (-11 pp).

Tabelle 13: Marktanteilsentwicklung Rehabilitation 2010-2016.

Marktanteile Psychiatrie

Innerhalb des Versorgungsbereiches Psychiatrie sind folgende Erkenntnisse zur Marktanteilsentwicklung festzuhalten (vgl. LENZ 2019, S. 50ff.).

Untersuchungsebene	Marktanteilsentwicklung 2010-2016
Spitaltyp	– Marktanteilgewinne von Psychiatrischen Kliniken (K21) um 7pp auf 81 %, begünstigt dadurch, dass sich mehrere Spitäler, welche 2012 einem anderen Spitaltypen zugeordnet waren, auf Psychiatrie konzentrieren und als Psychiatrische Klinik (K21) geführt werden – Marktanteilverluste bei allen anderen Spitaltypen, insbesondere bei Universitäts-spitälern um 4 pp auf 11 % im Jahr 2016.
Leistungsbereich	– Marktanteilgewinne der Psychiatrischen Kliniken (K21) in allen Diagnosebereichen, mit Ausnahme der non-F-Diagnosen.
Privat vs. öffentliche Kliniken	– Marktanteilsteigerung der privaten Leistungserbringer um 1.7 pp auf 13% – Stabile Marktanteile mit Ausnahme der Gewinne privater Kliniken in den Bereichen der non-F-Diagnosen (+12 pp auf 22 %) und der übrigen F-Diagnosen (F5, F7-F9 +4 pp auf 13 %).

Tabelle 14: Marktanteilsentwicklung Psychiatrie 2010-2016.

Marktanteile nach Versicherungsklassen⁵³

Folgende Erkenntnisse zur Marktanteilsentwicklung innerhalb der Liegeklassen sind für die drei Versorgungsbereiche festzuhalten (vgl. LENZ 2019, S. 56ff.).

Versorgungsbereiche	Entwicklung 2010-2016
Akutsomatik	<ul style="list-style-type: none"> – Schweizweiter Anstieg des Anteils der «Allgemeinen Klasse» um 2 pp auf 77 % – Höchster Anteil der Halbprivat-/Privat-Klasse in der Grossregion Zürich (30 % 2016) trotz Zuwachs der Patienten/innen der allgemeinen Klasse (+4 pp) – 86 % der allgemeinen (-3 pp), 63 % der halbprivaten (+2 pp) und 56 % (+3 pp) der privaten Klasse wurden 2016 in öffentlichen Spitälern behandelt – Patientenkollektive öffentlicher Spitäler veränderten sich bzgl. Klassen kaum (+0.6 pp allgemeine bzw. -0.6 pp halbprivate & private Klasse) – Zuwachs des Anteils der allgemeinen Klasse bei privaten Spitälern um 11.4 pp auf 54.5 % – Anteil der halbprivaten und privaten Klasse in öffentlichen Spitälern 2016: 17.3 %, in privaten Spitälern 2016: 45.5 %.
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> – Unveränderte Anteile der allgemeinen (73 %), halbprivaten (16 %) und privaten Klasse (11 %) – Höchster Anteil von Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Klasse in der Grossregion Zentralschweiz (39 % 2016), tiefster Anteil in der Région Lémanique (18 % 2016). – 59 % der Patientinnen und Patienten der allgemeinen (-4 pp), 36 % der halbprivaten (unverändert) und 29 % der privaten Klasse (+4 pp) wurden in öffentlichen Kliniken behandelt. – Patientenkollektive privater Kliniken verzeichneten einen Anstieg in der allgemeinen Klasse um +3.8 pp auf 62.5 %.
Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Schweizweiter Anstieg des Anteils der allgemeinen Klasse um +3 pp auf 93 % im Jahr 2016 – 90 % der allgemeinen Klasse wurden 2016 in öffentlichen Spitälern behandelt (-2 pp). Patientinnen und Patienten der halbprivaten und privaten Klasse wurden je rund zur Hälfte in öffentlichen und privaten Kliniken behandelt. – Patientenkollektive öffentlicher Kliniken verzeichnen einen Anstieg der allgemeinen Klasse um +3.4 pp auf 96.1 %. – Patientenkollektive privater Kliniken verzeichnen einen Anstieg der allgemeinen Klasse um +9.2 pp auf 74.3 %. – Der Anteil der halbprivaten und privaten Klasse liegt in öffentlichen Spitälern 2016 bei 3.9 %, in privaten Spitälern bei 25.7 %.

Tabelle 15: Marktanteilsentwicklung nach Versicherungsklassen 2010-2016.

⁵³ Die Medizinische Statistik erhebt die Versicherungsklasse nicht. Pro Fall wird aber die Liegeklasse festgehalten, wobei zwischen allgemein, halbprivat und privat unterschieden wird. Die Liegeklasse muss nicht der Versicherungsklasse entsprechen. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, die Versicherungsklasse gem. Versicherungsmodell mit Daten der Medizinischen Statistik zu verknüpfen, wird die in der Medizinischen Statistik verwendete Variable der Klasse (Variable Nr. 1.3.V02), welche die belegte Liegeklasse bezeichnet, als Proxy für die Versicherungsklasse verwendet.

Regionale Betrachtungen

Regionale Betrachtungen zu Marktanteilentwicklungen 2010 bis 2016 können wie folgt zusammengefasst werden.

Regionale Marktanteilentwicklungen 2010-2016

- Die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen können zu regionalen Varianzen in der Ausprägung der Entwicklungen der Marktanteile nach Spitaltyp und Leistungsbereich führen.
- Die Marktanteile der drei Versorgungsbereiche auf Ebene der Grossregionen⁵⁴ zeigen in erster Linie Unterschiede in den Versorgungsstrukturen (vgl. separate Anhänge A, R und P im Ergebnisbericht). So werden in der lateinischen Schweiz Leistungen der Rehabilitation zu einem beachtlichen Teil in Akutspitälern vorgenommen (Région Lémanique 2016: 36 %; Espace Mittelland 2016: 31 %; Tessin 2016: 47 %), während in der restlichen Schweiz die Rehabilitation hauptsächlich in Rehabilitationskliniken geleistet wird.⁵⁵
- In der Région Lémanique werden in der Psychiatrie 62 % der stationären psychiatrischen Behandlungen an den Universitätsspitälern (K111) geleistet.
- Die Grossregion Ticino weist in der Akutsomatik und Psychiatrie den höchsten Marktanteil privater Leistungserbringer auf. Im Bereich der Rehabilitation hat diese Position die Ostschweiz inne, gefolgt von der Nordwestschweiz.
- Unterschiedlich sind auch die Strukturen in der Geriatrie. Während in der Nordwestschweiz (2016: 77 %) und in der Ostschweiz (2016: 50 %) geriatrische Patientinnen und Patienten oft in Geriatrischen Spezialkliniken versorgt werden, erfolgen deren Behandlungen in den restlichen Grossregionen hauptsächlich in Akutspitälern.

Tabelle 16: Regionale Betrachtung der Marktanteilentwicklung 2010-2016.

Leistungsspektren Akutsomatik

Mit Blick auf eine Spezialisierung in der Spitallandschaft wird die Entwicklung der Leistungsspektren der Spitäler 2010 bis 2016 genauer betrachtet.⁵⁶ Dazu eignet sich die Unterscheidung der hospitalisierten Patienten/innen nach Leistungsbereichen und Spitaltypen. Die zentralen Ergebnisse der Analysen werden nachfolgend für die Bereich Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie zusammengefasst. Details dazu finden sich im beiliegenden Ergebnisbericht (LENZ 2019, S. 33-41).

Die Analyse zur Akutsomatik zeigt eine relative Stabilität innerhalb der Leistungsspektren bei allen Spitaltypen. Dazu die zentralen Erkenntnisse in nachstehender Tabelle.

Entwicklungen der Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Akutsomatik

- Relative Stabilität innerhalb der Leistungsspektren bei allen Spitaltypen
- Rückgang der Anteile des Basispakets bei allen Spitaltypen, ausgeprägt bei den Spezialkliniken (-2.9 pp) und bei den Grundversorgungsspitälern (-1.5 pp). Dies kann einerseits auf die Weiterentwicklung der SPLG-Systematik zurückgeführt werden, andererseits kann es auch mit einer Verbesserung der Codierqualität der Spitäler zusammenhängen, wodurch eine Zuordnung in eine spezifische Leistungsgruppe wahrscheinlicher wird.
- Universitätsspitäler weisen erwartungsgemäss das breiteste Leistungsspektrum auf, gefolgt von Zent-

⁵⁴ Die sieben Grossregionen der Schweiz: Région Lémanique, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz und Tessin (vgl. BFS 1999).

⁵⁵ Der Begriff Rehabilitation ist in der Schweiz ungenügend definiert und wird darum uneinheitlich verwendet. So wird der Begriff in der Westschweiz oft sowohl für Rehabilitation als auch für Akut- und Übergangspflege verwendet. Letztere werden aber zweifellos nicht zur rehabilitativen Medizin gezählt, sondern gehören zum Versorgungsbereich der Pflege (Alters- und Pflegeheimbereich). Vgl. Oggier 2017.

⁵⁶ Einzig für die Akutsomatik beschränken sich die Auswertungen nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen auf die Datenjahre ab 2012).

rums- und Grundversorgungsspitalern.

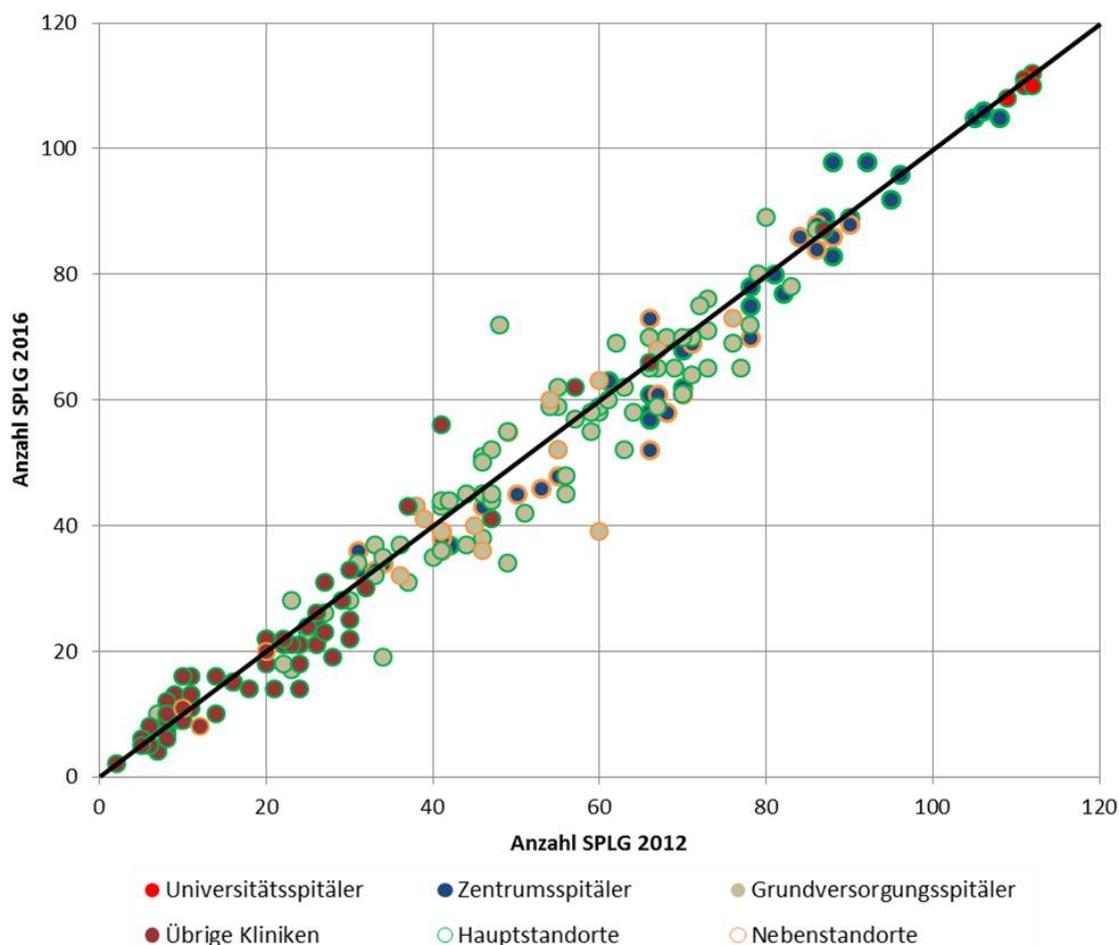
- Neben dem Basispaket hat der «Bewegungsapparat chirurgisch» eine überproportionale Bedeutung innerhalb der Leistungsbereiche. Mit 11.8 % bei den Zentrumsspitalern und 16.1 % bei den Grundversorgungsspitalern finden in diesem Leistungsbereich nach dem Basispaket die meisten Behandlungen statt.
- Bei den Spezialkliniken liegt der Anteil des «Bewegungsapparats chirurgisch» bei 47.4 %, was einem Anstieg von 3.4 pp gegenüber 2012 entspricht. Dieser hohe Anteil orthopädischer Leistungen ist auf den hohen Anteil der orthopädischen Spezialkliniken innerhalb dieses Spitaltyps zurückzuführen.
- Der relative Rückgang der Leistungen innerhalb der Grundversorgung (Basispaket) ist bei privaten Spitalern (-3.5 pp) höher als bei den öffentlichen Leistungserbringern (-1.3 pp).
- Die privaten Spitäler steigerten seit 2012 ihren Anteil innerhalb des Leistungsbereiches «Bewegungsapparat chirurgisch» um 3.5 pp, wogegen der entsprechende Anteil bei den öffentlichen Spitalern stabil blieb. Generell kann festgestellt werden, dass die privaten Spitäler jeweils höhere Anteile in den operativen Bereichen aufweisen (Urologie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Viszeralchirurgie). Beim «Bewegungsapparat chirurgisch» ist der Anteil der privaten Spitäler mit 30.8 % in 2016 fast dreimal so hoch wie bei den öffentlichen Spitalern.

Tabelle 17: Entwicklung Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Akutsomatik.

Eine zusätzliche Sichtweise auf die Entwicklung der Leistungsspektren und auf allfällige Spezialisierungstendenzen bietet die Analyse der Anzahl SPLG, in denen jeder Standort in den untersuchten Jahren Leistungen erbringt. Eine hohe Anzahl an SPLG ist dabei ein Zeichen für eine geringere Spezialisierung, eine niedrige Anzahl steht für eine hohe Spezialisierung. Als Mass für die Veränderung, wurde die Differenz der Anzahl SPLG zwischen 2012 und 2016 ermittelt. Sinkt die Anzahl SPLG eines Standortes, spricht dies für eine Zunahme der Spezialisierung, eine steigende Anzahl spricht dagegen für eine geringere Spezialisierung. Um einen direkten Vergleich zu ermöglichen, wurden die Leistungen nur in den 113 SPLG gezählt, die sowohl 2012 als auch 2016 innerhalb der SPLG-Systematik vorgefunden wurden.⁵⁷ Zudem wurden nur Standorte betrachtet, welche 2012 wie auch 2016 existierten und anhand der BUR- und Standortnummer eindeutig waren. Wertepaare unterhalb der Diagonale sprechen für eine Abnahme der SPLG-Anzahl, Werte oberhalb der Diagonale für eine Zunahme.

⁵⁷ Da es – im Gegensatz zu den Gruppierungsprozessen nach SwissDRG – keine Simulations-Gruppierung gibt, bei der eine SPLG-Gruppierung nach einem jüngeren System mit älteren Daten und passenden Diagnosen- und Prozeduren-Katalogen durchgeführt werden kann, sind jährliche SPLG-Verschiebungen auch auf Zuordnungsveränderungen durch adjustierte Regeln möglich. Eine SPLG-Änderung muss daher nicht zwingend auf eine Veränderung des Leistungsportfolios zurückzuführen sein. Da dieser Effekt nicht herauszurechnen ist, muss man ihn bei der Interpretation der Daten stets einbeziehen. Verwendet wurden jeweils die in der Medizinischen Statistik für jeden Fall hinterlegte SPLG, welche anhand der für jedes Datenjahr gültigen SPLG-Grouperversion ermittelt wird.

Veränderungen SPLG standortbezogen



econcept

Figur 12: Gegenüberstellung der Anzahl SPLG 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen.

Die zentralen Erkenntnisse aus obiger Figur werden nachstehend zusammengefasst.

Spitaltyp	Entwicklung der Anzahl SPLG 2012-2016 nach Spitaltyp ⁵⁸ und Standort
Generell	<ul style="list-style-type: none"> – Im Durchschnitt verringert sich die Anzahl SPLG um rund 1.3 SPLG pro Standort – Bei 110 Standorten reduzierte sich die Anzahl SPLG – Bei 20 Standorten blieb die Anzahl SPLG konstant – Bei 64 Standorten erhöhte sich die Anzahl SPLG – Die Interpretation liegt nahe, dass die Spezialisierung insgesamt zunahm; ihr Ausmass hält sich jedoch in Grenzen, da die Summe der SPLG-Differenzen 2012 bis 2016 pro Standort meistens zwischen 1 und 5 SPLG liegt.
Universitäts-spitäler	<ul style="list-style-type: none"> – Praktisch unverändert breites Leistungsspektrum der Universitätsspitäler
Zentrumsspitäler	<ul style="list-style-type: none"> – Reduktion der Anzahl SPLG bei den Hauptstandorten um durchschnittlich 1.6 SPLG – Reduktion der Anzahl SPLG bei den Nebenstandorten um durchschnittlich 2.7 SPLG

⁵⁸ Vgl. Details zu den Spitaltypen in Anhang A-4.3, Tabelle 31.

Spitaltyp	Entwicklung der Anzahl SPLG 2012-2016 nach Spitaltyp ⁵⁸ und Standort
Grundversorgungsspitäler	– Bei Grundversorgungsspitalern zeigen sich Unterschiede zwischen den Versorgungsniveaus: Während Standorte der Versorgungsniveaus 3 und 5 (Spitaltyp K121, K123) einen durchschnittlichen Rückgang der SPLG um 3.2 (Versorgungsniveau 3) und um 2.4 (Versorgungsniveau 5) verzeichnen, steigt die Anzahl SPLG in Versorgungsniveau-4-Standorte (Spitaltyp K122) leicht an.
Übrige Kliniken	– Die in der Rubrik «übrige Kliniken» zusammengefassten Spezialkliniken verzeichnen einen durchschnittlichen Rückgang von 1.2 SPLG pro Standort.

Tabelle 18: Entwicklung Anzahl SPLG 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp, Akutsomatik.

Leistungsspektren Rehabilitation

Die Entwicklung der Leistungsspektren innerhalb des Versorgungsbereichs Rehabilitation zwischen 2010 und 2016 können wir folgt beschrieben werden (vgl. LENZ 2019, S. 38).

Entwicklung der Leistungsspektren 2010-2016, Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none"> – Die Rehabilitationskliniken (Spitaltyp K221), welche 2016 75% aller Reha-Fälle behandelten, erhöhten innerhalb ihres Leistungsspektrums die Anteile in den Bereichen der pulmonalen (+4 pp), der internistisch-onkologischen (+2.5 pp) und der psychiatrisch-sozialmedizinischen Rehabilitation (+1.1 pp). – Der Anteil im Bereich der übrigen Rehabilitation reduzierte sich um 6.3 pp, was hauptsächlich auf eine verbesserte Codierqualität zurückzuführen ist. – Bei Rehabilitationskliniken, Akutspitalern und bei Geriatrischen Spezialkliniken ist ein relativer Rückgang der muskuloskelettalen Rehabilitation auszumachen. Dies ist begründbar, da der Anteil muskuloskelettalen Fällen an sämtlichen Rehabilitationsfällen trotz Fallzahlsteigerung rückläufig war, da die anderen Bereiche noch höhere Fallzahlsteigerungen aufwiesen. – Da Fallzahlen bei den Geriatrischen Spezialkliniken und den anderen Spezialkliniken sehr gering sind, führen kleine Veränderungen relativ betrachtet zu grossen Verschiebungen, die jedoch im Gesamtbild vernachlässigbar sind. – Betrachtet man die Leistungsspektren 2010 und 2016 nach rechtlich-wirtschaftlichem Status, zeigen sich schweizweit keine bemerkenswerten Differenzen zwischen den öffentlichen und privaten Kliniken.

Tabelle 19: Entwicklung Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Rehabilitation.

Leistungsspektren Psychiatrie

Für den Bereich der Psychiatrie kann die Entwicklung der Leistungsspektren zwischen 2010 und 2016 wie folgt zusammengefasst werden (vgl. LENZ 2019, S. 39.).

Entwicklung der Leistungsspektren 2010-2016, Psychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> – Die Leistungsspektren blieben in der Untersuchungsperiode 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. – Vergleichbares Leistungsspektrum der Psychiatrischen Kliniken und der übrigen Leistungserbringer (hauptsächlich Akutspitäler, welche ebenfalls Leistungen in der Hauptkostenstelle 500 «Psychiatrie»⁵⁹ aufweisen). – Bei den übrigen Leistungserbringern sind die Anteile in den Bereichen Alkohol und Drogen (F1) sowie übrige F-Diagnosen stärker im Sinken begriffen. – Die Analyse der Leistungsspektren nach rechtlich-wirtschaftlichem Status lässt weder bei den öffentlichen noch bei den privaten Einrichtungen auffällige Veränderungen in der Untersuchungsperiode erkennen.

Tabelle 20: Entwicklung Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Rehabilitation.

⁵⁹ Vgl. Details zu den Hauptkostenstellen in Anhang A-4.3, Tabelle 31.

Diskussion zur Sekundärdatenanalyse bzgl. Marktanteile und Leistungsspektren

Auf der aggregierten Ebene der Spitaltypen sind 2010 bzw. 2012 bis 2016 nur marginale Veränderungen der Marktanteile und Leistungsspektren zwischen den Spitaltypen zu verzeichnen. Dies gilt sowohl für die Akutsomatik als auch für die Rehabilitation und Psychiatrie. Detailliertere Betrachtungen der Marktanteilsverschiebungen und Leistungsspektren in der Akutsomatik zeigen auf Standort-Ebene jedoch durchaus Veränderungen innerhalb der Spitaltypen, was auf einen intensivierten Wettbewerb der Spitäler hinweisen kann.

Nebenstandorte der Zentrumsspitäler reduzierten ihr medizinisches Angebot (Anzahl SPLG) ausgeprägter als ihre Hauptstandorte und wiesen im Durchschnitt sinkende Marktanteile aus. Ebenso konnten innerhalb der Spitaltypen sowohl eine beträchtliche Anzahl «Gewinner»-Standorte sowie «Verlierer»-Standorte hinsichtlich Marktanteilentwicklung ausgemacht werden, wobei Grundversorger tendenziell zu den Verlierern und Spezialkliniken zu den Gewinnern gehören. Ferner zeigt sich, dass sowohl spezialisierte Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken stetig an Marktanteilen gewinnen und in erster Linie Grundversorgungsspitäler und andere Spezialkliniken an Relevanz innerhalb dieser Versorgungsbereiche verlieren. Mit der Aufnahme von privaten Spitälern auf die Spitallisten und der damit verbundenen Aufnahmepflicht, hat sich zudem auch der Wettbewerb um allgemeinversicherte Patienten/innen zwischen den Spitälern erhöht.

Die Resultate decken sich weitgehend mit Ergebnissen einer Studie zu Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen (Friedl 2017, S. 9). Friedl beobachtet bei der Untersuchung der Daten der Medizinischen Statistik BFS 2012-2015 zwar Hinweise für einen intensiven Wettbewerb der Spitäler bei geplanten Spitalaufenthalten, die Analysen zeigen aber auch, dass sich die Marktanteile zwischen den Spitaltypen praktisch nicht verschoben haben.

Anhand der Sekundärdatenanalysen und den Ergebnissen anderer Untersuchungen kann festgehalten werden, dass sich der Wettbewerb der Spitäler seit Einführung der KVG-Revision intensiviert. Die Marktanteile und Leistungsspektren der Spitäler zeigen sich auf Ebene der Spitaltypen jedoch (noch) relativ stabil, obschon die Grundversorgungsspitäler und Nebenstandorte der Zentrumsspitäler tendenziell Marktanteile verloren und ihre Leistungsspektren reduzierten. Die Potenziale des verstärkten Wettbewerbs sind noch nicht vollständig realisiert. Auch hier ist davon auszugehen, dass sich der mit der KVG-Revision angestrebte Konsolidierungsprozess fortführen wird und die Massnahmen der KVG-Revision zunehmend an Wirkung gewinnen werden.

4.3 Spezialisierung der Spitäler und Konzentration von Leistungen

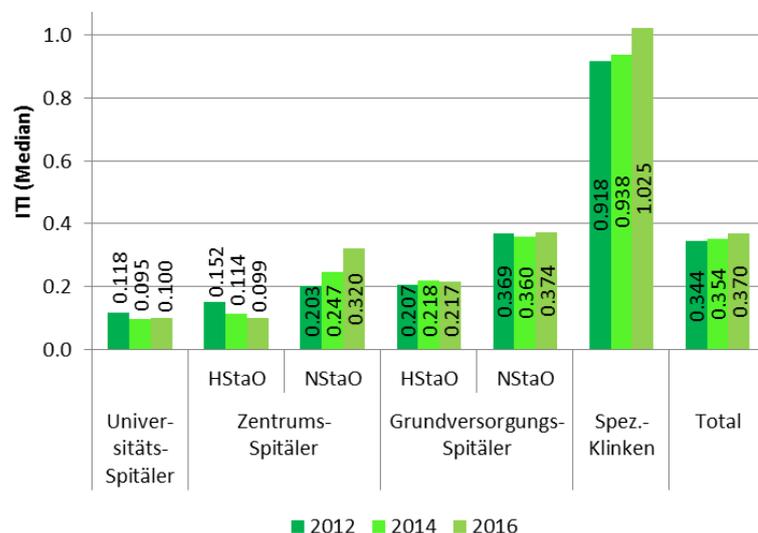
Inwiefern seit der KVG-Revision eine Zunahme der Spezialisierung der Spitäler zu beobachten ist und ob sich Konzentrationsprozesse abzeichnen, wurde anhand spezifischer Berechnungen des Information Theory Index (ITI) analysiert (Evans et al., 1972, vgl. hierzu auch LENZ 2019, S. 19ff.). Die Begriffe «Spezialisierung» resp. «Konzentration» sind dabei wie folgt zu unterscheiden.

- *Spezialisierung* adressiert die Perspektive der Leistungserbringer und beschreibt die Fokussierung einzelner Leistungserbringer auf bestimmte Leistungsbereiche. Für die Ermittlung der Spezialisierung werden die einzelnen SPLG-Anteile je Spital jeweils quadriert und im Verhältnis zur Gesamtverteilung der SPLG bewertet.
- *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. Bei der Konzentration wird je untersuchter Fallgruppe ausgesagt, wie sehr sich die Verteilung der Fälle zwischen den Spitälern in der jeweiligen Gruppe von der Gesamtverteilung der Gruppen unterscheidet.

Spezialisierung und Konzentration im Bereich Akutsomatik

Die **Spezialisierung** wurde anhand des ITI (Median) nach Spitaltyp für die akutsomatischen Standorte für die Jahre 2012, 2014 und 2016 analysiert. Dabei wurden jene Spitäler berucktigt, die anhand der BUR- und Standortnummer über den gesamten Betrachtungszeitraum einwandfrei identifiziert werden konnten und ausserhalb des Basispakets minimal 10 Fälle aufweisen. Ein hoher ITI korrespondiert mit einer hohen Spezialisierung, d.h. ein Grossteil der Austritte konzentriert sich auf wenige SPLG, ein tiefer ITI deutet auf ein breites Angebotspektrum hin.⁶⁰ Nachstehende Grafik gibt dazu den Überblick.

Veränderungen SPLG standortbezogen



econcept

Figur 13: Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Akutsomatik; Zuordnung nach Spitaltyp 2012; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen. Bemerkungen: HstaO=Hauptstandort; NstaO=Nebenstandort.

⁶⁰ Der ITI ist nach unten begrenzt, aber nicht nach oben. Je näher der Wert für ein Spital bei 0 liegt, desto ähnlicher ist die Verteilung der Fälle des Spitals der Verteilung aller Fälle in der Grundgesamtheit; je höher, desto stärker weicht die Einrichtung von der Verteilung in der Grundgesamtheit ab. Eine starke Abweichung kann als ausgeprägte Spezialisierung interpretiert werden.

Die Erkenntnisse aus obiger Figur lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Untersuchungsebene	Spezialisierung der akutsomatischen Spitäler nach ITI 2012/ 2014/ 2016
Generell	– Seit 2012 ist, über alle Spitaltypen betrachtet, eine leichte Spezialisierung zu erkennen. Die ITI-Werte bestätigen die Erkenntnis zu den Marktanteilen und Leistungsspektren.
Universitäts-spitäler	– Die tiefsten ITI-Werte und also das breiteste Leistungsspektrum haben Universitätsspitäler.
Zentrumsspitäler	– Abnahme der Spezialisierungsgrade der Hauptstandorte; sie liegen 2016 auf gleichem Niveau wie die Universitätsspitäler – Zunahme des Spezialisierungsgrades von Nebenstandorten – Bestätigung der Erkenntnisse aus den Untersuchungen zu den Leistungsspektren: Tendenziell werden Leistungen in Zentrums-Spitalverbänden auf den Hauptstandort konzentriert.
Grundversorgungsspitäler	– Sowohl bei den Hauptstandorten als auch bei den Nebenstandorten ist nur eine sehr schwache Tendenz zur Spezialisierung feststellbar. – Hauptstandorte weisen jedoch ein deutlich breiteres Angebot auf als die Nebenstandorte
Übrige Kliniken	– Den höchsten Spezialisierungsgrad aller Spitaltypen weisen die «übrige Kliniken» auf. Sie zeigen seit 2012 eine zunehmende Tendenz zur Spezialisierung.
Private vs. öffentliche Spitäler	– Es zeigt sich ein leicht sinkender ITI-Wert für öffentliche Spitäler (von 0.194 auf 0.188) und eine zunehmende Spezialisierung privater Spitäler (von 0.754 auf 0.821).

Tabelle 21: Auffälligkeiten Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp.

Da der ITI gegen oben unbegrenzt ist, ist das Ausmass der Spezialisierung schwierig zu interpretieren.⁶¹ Zur besseren Einordnung der ITI-Werte werden in nachstehender Figur die jeweiligen Höchst- und Tiefstwerte je Spitaltypologie pro Jahr aufgeführt.

ITI-Höchst- und –Tiefstwerte im Bereich Akutsomatik

	Universitätsspitäler			Zentrumsspitäler			Grundversorger			Spezialkliniken		
	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016	2012	2014	2016
max	0.2572	0.2442	0.2371	0.9727	1.0435	0.9774	1.3601	1.2320	1.7255	4.5897	4.6824	4.7338
min	0.0391	0.0393	0.0416	0.0383	0.0288	0.0307	0.0533	0.0599	0.0524	0.2311	0.2396	0.2512

Figur 14: Höchst- und Tiefstwerte ITI 2012/ 2014/ 2016, Akutsomatik, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen.

Das Spital mit dem höchsten ITI (4.7338) und somit der höchsten Spezialisierung im Jahr 2016 war eine Spezialklinik, welche lediglich im Bereich der Ophthalmologie stationäre

⁶¹ Die Grenzen des ITI liegen in der Interpretierbarkeit von Vergleichen zwischen verschiedenen Jahren. Da der ITI an der jeweiligen Verteilung der Werte jedes Jahres relativiert ist, kann ein Vergleich des ITI über verschiedene Jahre auch nur als relativer Spezialisierungsverlauf angesehen werden. Ein über mehrere Jahre ansteigender ITI sagt also aus, dass sich der Grad der Unterschiedlichkeit des einzelnen Spitals gegenüber der Grundgesamtheit verändert hat bzw. relativ die Spezialisierung zugenommen hat. Dies kann einerseits auf eine unterschiedliche Verteilung der Fälle in der Grundgesamtheit oder andererseits auf eine unterschiedliche Verteilung der Fälle im Spital oder eine Mischung aus beiden Faktoren zurückzuführen sein.

Leistungen erbrachte. Das Spital mit dem tiefsten Wert (0.0288) war ein Zentrumsspital, welches in allen 24 Leistungsbereichen tätig war.

Nachstehende Figur zeigt die **Konzentration nach Leistungsbereichen** für die Jahre 2012, 2014 und 2016. Der hellgrüne Balken zeigt das Ausmass der Konzentration innerhalb eines Leistungsbereichs nach ITI an, der grüne Balken Veränderungen 2012 bis 2016. Für jeden Leistungsbereich sind zudem die Anzahl der in einem Leistungsbereich tätigen Leistungserbringer (Ebene Standort) aufgeführt. Standorte, welche weniger als 10 Fälle neben dem Basispaket leisteten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Konzentration nach Leistungsbereichen im Bereich Akutsomatik

SPLG	ITI Information Theory Index				Anzahl Leistungserbringer (Standorte) LE				Anteil Fälle SPLG an Total Fälle			
	2012	2014	2016	Δ ITI 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anzahl LE 2012/2016	2012	2014	2016	Δ Anteil Fälle 2012/2016
Basispaket	0.077	0.080	0.080		229	219	213		39.1%	38.2%	37.8%	
Bewegungsapparat chirur.	0.395	0.398	0.415		204	199	193		14.7%	15.1%	15.4%	
Dermatologie	0.212	0.205	0.301		191	187	171		0.7%	0.7%	0.4%	
Endokrinologie	0.188	0.207	0.224		179	166	159		0.3%	0.3%	0.4%	
Gastroenterologie	0.185	0.190	0.189		172	162	163		2.8%	2.7%	2.7%	
Geburtshilfe	0.291	0.270	0.289		160	151	158		8.5%	8.5%	8.4%	
Gefässe	0.447	0.476	0.437		161	147	148		1.5%	1.4%	1.5%	
Gynäkologie	0.291	0.276	0.291		189	181	177		3.2%	3.3%	3.3%	
Hämatologie	0.265	0.234	0.263		181	175	175		0.9%	1.0%	1.1%	
Herz	0.838	0.800	0.768		142	136	139		4.0%	4.3%	4.5%	
HNO	0.322	0.308	0.284		188	182	178		4.2%	4.1%	3.4%	
Nephrologie	0.495	0.460	0.415		102	105	108		0.4%	0.4%	0.4%	
Neugeborene	0.374	0.350	0.284		129	122	118		6.2%	6.3%	7.3%	
Neurochirurgie	0.811	0.914	0.971		129	113	110		0.3%	0.4%	0.5%	
Neurologie	0.328	0.343	0.338		182	169	167		2.2%	2.1%	2.3%	
Ophthalmologie	1.341	1.530	1.556		144	101	111		1.0%	0.9%	0.9%	
Pneumologie	0.255	0.275	0.252		191	176	173		2.1%	2.0%	1.8%	
Rheumatologie	0.186	0.188	0.161		203	192	190		0.6%	0.6%	0.5%	
schwere Verletzungen	0.605	0.496	0.433		114	106	122		0.2%	0.1%	0.2%	
Thoraxchirurgie	0.679	0.690	0.694		86	78	75		0.2%	0.2%	0.2%	
Transplantationen	1.741	1.684	1.718		40	39	7		0.1%	0.1%	0.0%	
Urologie	0.215	0.236	0.236		183	173	175		4.5%	4.6%	4.7%	
Viszeralchirurgie	0.312	0.314	0.312		169	164	157		1.4%	1.5%	1.6%	
(Radio-)Onkologie	0.498	0.482	0.517		139	141	137		1.1%	1.0%	1.0%	

Figur 15: Konzentration Akutsomatik nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen. Skalenwerte der Deltas orientieren sich jeweils an den höchsten Veränderungswerten. Der besseren Übersichtlichkeit halber werden die ITI-Werte nur für das Jahr 2016 farblich dargestellt.

Die zentralen Erkenntnisse zur Konzentration medizinischer Leistungen im Akutbereich sind in nachfolgender Tabelle zusammengefasst (ausführlicher in LENZ 2019: 67ff. und Anhang A).

Untersuchungsebene	Konzentration der medizinischen Leistungen, 2012/ 2014/ 2016, Akutsonomatik
Leistungsbereiche	<ul style="list-style-type: none"> – Höchste Konzentrationen 2016 in den Leistungsbereichen Transplantationen, Ophthalmologie, Neurochirurgie, Herz- und Thoraxchirurgie – Stärkste Konzentrationstendenzen bei Ophthalmologie⁶², Neurochirurgie und Dermatologie – Behandlungen schwerer Verletzungen wurden seit 2012 wieder an mehr Standorten erbracht. – Abnahme der Konzentration in den Bereichen Neugeborene, Nephrologie, Herz und HNO
Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)	<ul style="list-style-type: none"> – Hohe Konzentrationstendenzen in den SPLG AUG1 (Ophthalmologie), AUG1.1 (Strabologie) und AUG 1.4 (Spezialisierte Vordersegmentchirurgie) – Starke De-Konzentration in SPLG AUG 1.2 (Orbita, Lider, Tränenwege) und AUG 1.4 (Katarakt) – Zunehmende Konzentration bei SPLG mit Mindestfallzahlen: Gefässchirurgie, radikale Prostatektomie, Epileptologie, Tumore am Bewegungsapparat – Zunehmende Konzentration bei SPLG hochspezialisierter Leistungen IVHSM: Herztransplantationen, allogene Blutstammzelltransplantation, spezialisierte Viszeralchirurgie. – Zunehmende Konzentration bei SPLG anderer spezialisierter Leistungen: Spezialisierte Geburtshilfe, Neonatologie, erweiterte Nasenchirurgie, Abklärung zu oder Status nach Lungentransplantation, Kraniale Neurochirurgie. – Ansonsten sind mit wenigen Ausnahmen (einfache Herzchirurgie, Onkologie, operative Urologie kaum oder gar rückläufige Konzentrationsprozesse erkennbar.

Tabelle 22: Konzentrationsprozesse 2012/ 2014/ 2016 nach Leistungsbereich und SPLG, Akutsonomatik

Rehabilitation und Psychiatrie

Für die Rehabilitation und die Psychiatrie können folgende Erkenntnisse zur Spezialisierung und Konzentration festgehalten werden.

Versorgungsbereich	Spezialisierung und Konzentration, 2012-2016, Rehabilitation und Psychiatrie
Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> – Schwache Spezialisierungstendenz über alle Spitaltypen betrachtet. – Stetig leicht steigende Spezialisierung bei Rehabilitationskliniken (K221). – Akutspitäler und übrigen Spezialkliniken, die ebenfalls im Bereich der Rehabilitation tätig sind, tendieren jedoch in unterschiedlichem Ausmass zu einem stets breiteren Leistungsangebot. – Kaum verstärkte Konzentrationsprozesse erkennbar; einzig schwache Tendenz bei der neurologischen Rehabilitation (inkl. Paraplegiologie) und der internistisch-onkologischen Rehabilitation.
Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> – Leichte Spezialisierungstendenz über alle Spitaltypen betrachtet. – Stetig steigende Spezialisierung bei Psychiatrischen Kliniken (K211 und K212). – Akutspitäler und übrigen Spezialkliniken, die ebenfalls im Bereich der Psychiatrie tätig

⁶² Bei der Berechnung des ITI ist die Verteilung der SPLG in der Gesamt-Population insofern „berücksichtigt“, dass der einzelne Anteil einer SPLG an allen Patienten eines Hauses am Anteil der SPLG an allen Häusern relativiert wird. Wenn es eine allgemeine Verringerung der Fälle – z.B. durch Verlagerung in den ambulanten Bereich – in einer SPLG gibt, führt das nicht automatisch zu einer grösseren Konzentration. Nur dann, wenn die Anteile in den Häusern sich unterschiedlich stark verändern, dürfte es Einfluss auf den ITI haben. Wenn also in einem Haus verstärkt auf ambulante Eingriffe gesetzt wurde, in einem anderen jedoch nicht, wird sich dies auf den ITI auswirken.

sind, tendieren zu einem stets breiteren Leistungsangebot.
 – Für die Psychiatrie sind keine bemerkenswerten Konzentrationsprozesse zu erkennen.

Tabelle 23: Spezialisierung und Konzentration 2012/ 2014/ 2016, Rehabilitation und Psychiatrie.

Diskussion zu Spezialisierung und Konzentration

Die Auswirkungen der KVG-Revision auf die Spezialisierung der Spitäler werden durch die Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen unterschiedlich eingeschätzt. Je ein gutes Drittel der Befragten gibt an, dass sich die Spezialisierung etwas erhöht hat bzw. dass die KVG-Revision keine Auswirkungen gehabt habe. Ein Fünftel beobachtet eine leichte Abnahme der Spezialisierung aufgrund der KVG-Revision (econcept 2018, S. 22). Mehr als die Hälfte der kantonalen Verwaltungen sieht den Grund für die höhere Spezialisierung in den Änderungen im Bereich der Spitalplanung; die weiteren Elemente der KVG-Revision hatten gemäss der Mehrheit der kantonalen Verwaltungen keinen Einfluss auf die Spezialisierung der Spitäler.⁶³ Spitäler äussern sich ähnlich: 48% der durch INFRAS (2018b) befragten Spitäler sehen eine Auswirkung der KVG-Revision in der Spezialisierung des Leistungsangebots. Gleichzeitig geben 40% an, dass die KVG-Revision zur Erweiterung des Leistungsangebots führe (INFRAS 2018b, S. 21).

B,S,S. (B,S,S. 2014, S. 39) hält zudem fest, dass Schwerpunktsetzungen durch Spitäler nur in engen Grenzen möglich bzw. vom Kanton gewünscht seien. Für eine Spezialisierung, die mit einem Abbau von Leistungen an einem Standort einhergehen, müsse auch der politische Wille und die Akzeptanz der Bevölkerung vorhanden sein.

Mehrere Studien befassten sich in der Vergangenheit mit Spezialisierung von Spitälern im Zusammenhang mit der Einführung eines DRG-Systems. Frühere US-Studien zeigten Evidenz für einen Zusammenhang zwischen einem erhöhten Kostendruck und der Spezialisierung der Spitäler (vgl. Eastaugh 2001 und Farely und Hogan 1990). Jüngere Studien zu Spezialisierungstendenzen in Österreich (Kobel und Theurl 2013) und für Deutschland (Fürstenberg et al. 2013) fanden dazu keine Evidenz. Für die Schweiz stellte Friedl (Friedl 2017, S. 63) in seiner Studie ebenfalls keine Spezialisierungstendenzen und nur punktuell Konzentrationstendenzen fest. Anhand der Medizinischen Statistik BFS 2012-2015 wurden dabei Tendenzen auf Ebene der Basis-DRG bei geplanten stationären Behandlungen untersucht, wobei gefolgert wurde, dass die mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung gesetzten Anreize nicht dazu führen, dass die Spitäler an den jeweiligen Standorten das Leistungsangebot anpassen.

Die anhand des ITI berechnete Entwicklung der Spezialisierung und Konzentration erkennt zumindest für die einzelnen Versorgungsbereiche leichte Spezialisierungstendenzen. Die nähere Betrachtung auf Standortebeine innerhalb der Akutsomatik bestätigt die aus der Analyse der Leistungsspektren gewonnene Erkenntnis, dass Nebenstandorte in

⁶³ Jeweils nur gut ein Drittel der Kantone erklärt, dass die Veränderung der Transparenz, die freie Spitalwahl sowie die Einführung der Fallpauschalen zu einer etwas höheren Spezialisierung geführt hat. Allerdings können diese Faktoren aus Sicht einzelner Kantone jeweils auch zu einer geringeren Spezialisierung führen (econcept 2018, S. 23ff.). In einer der beiden Fokusgruppen wurde festgehalten, dass Spezialisierung wünschenswert und mit der Spitalplanung möglich sei. Voraussetzung sei, dass dies politisch gewollt sei.

Zentrumsspital-Verbänden ihr Leistungsangebot tendenziell einschränken und somit einen höheren Spezialisierungsgrad erreichen. Zudem ist eine zunehmende Spezialisierung bei den Spezialkliniken (inkl. Rehabilitationskliniken und Psychiatrische Kliniken) zu erkennen.

Konzentrationstendenzen können fast ausschliesslich bei (hoch-) spezialisierten Leistungen festgestellt werden. Diese werden primär über Mindestfallzahlen oder über Beschlüsse der IVHSM (Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin) durch die Kantone reguliert. Während jeder Kanton mittels Spitallisten und Leistungsaufträgen seine Versorgungsplanung vornimmt, sind die Kantone gemäss Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG verpflichtet, gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu beschliessen. Dabei wirkt der Bund subsidiär mit. Die Analyseergebnisse zur Konzentration legen deshalb die Folgerung nahe, dass die Konzentration dort am Grössten ist, wo die Kantone zusammen arbeiten müssen und nicht dort wo sie zusammenarbeiten können.

Zusammenfassend kann für Spezialisierung und Konzentration festgehalten werden, dass sich die durch die KVG-Revision erwarteten Effekte bis heute nur in verhaltenem Ausmass einstellten. Die beobachteten Konzentrationen bei (hoch-)spezialisierten Leistungen sind auf die Spitalplanung zurückzuführen. Die Veränderungen bei der Spezialisierung sind hingegen eher auf den finanziellen Druck zurückzuführen.

4.4 Zugang zu stationären Leistungen bei Notfällen

Der Zugang zu stationären Leistungen kann als zeitliche Dimension (Wartezeiten) oder als geographische Dimension (Veränderung geographische Erreichbarkeit infolge Angebotskonzentration) bewertet werden. Die Sekundärdaten geben keine Hinweise auf Wartezeiten, deshalb konzentrierten sich die Auswertungen auf die Erreichbarkeit des nächstgelegenen Spitals mit einer 24h-Notaufnahme. Auf Erreichbarkeitsanalysen hinsichtlich des Zugangs zu spezialisierten Leistungen, welche allenfalls Konzentrationsprozessen unterworfen sind, wurde innerhalb dieser Studie verzichtet. Die wichtigsten Ergebnisse sind nachfolgend zusammengefasst. Detaillierte Ausführungen sowie Grafiken und Tabellen finden sich im Ergebnisbericht zur Sekundärdatenanalyse (LENZ 2019, S. 77ff.).

Erreichbarkeit der nächstgelegenen 24h-Notaufnahme 2010 und 2016

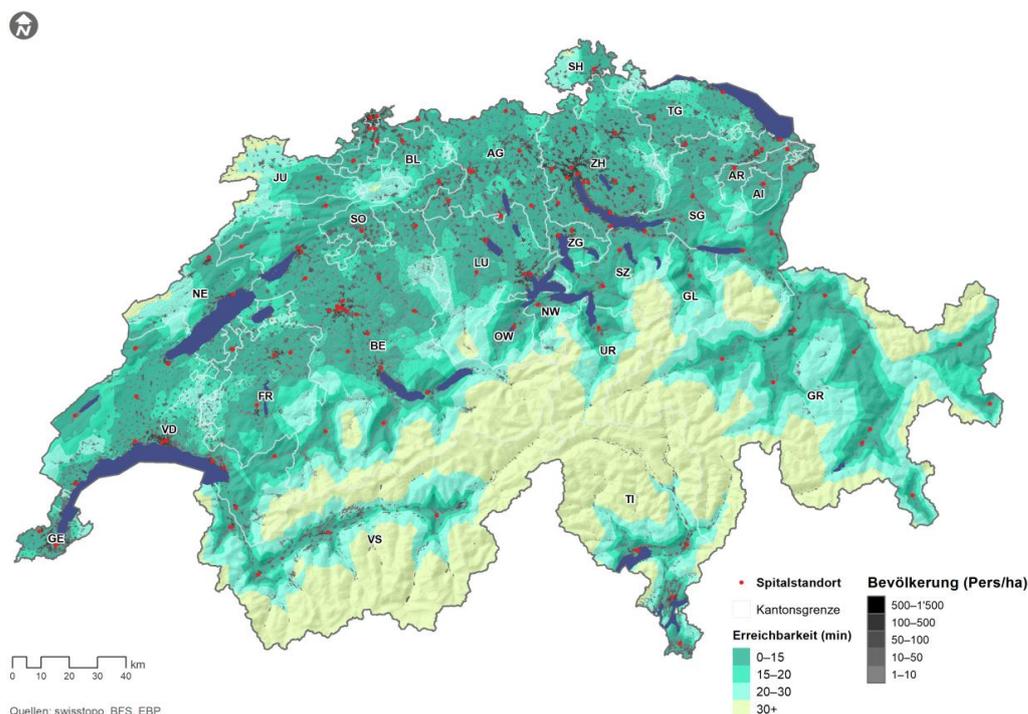
- Der Zugang der Bevölkerung zu Spitälern mit anerkannten 24-Notfallaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle⁶⁴ veränderte sich schweizweit 2010 bis 2016 kaum.
- 2016 erreichten schweizweit 99.7 % der Wohnbevölkerung das nächstgelegene Spital mit einer aner-

⁶⁴ Neben dem kantonal vorgeschriebenen Notfallversorgungsauftrag mit allgemeiner Aufnahmepflicht von Patienten/innen zeichnet sich eine anerkannte Notfallaufnahme u.a. durch einen 24-Stundenbetrieb aus, welcher während 365 Tagen im Jahr aufrechterhalten wird. Zudem muss jederzeit bei notfallmässigem Eintritt die ärztliche Versorgung sichergestellt sein und je Notfallbett 0.5 Stellenprozent diplomiertes Pflegepersonal mit Zusatzausbildung zur Verfügung stehen. Neben dem öffentlichen Zugang (Pforte) besteht ein Notfalleingang mit Rettungsvorfahrt, welche von der Notfallstation bettengängig (stufenlos) erreicht werden kann (vgl. BFS (2013), Detailkonzept Krankenhausstatistik Version 1.1, Seite 18).

- kannten 24-Notfallaufnahme innerhalb von 30 Minuten (-0.1%).
- 2016 erreichten schweizweit 86.7 % der Wohnbevölkerung das nächstgelegene Spital mit einer 24h-Notfallaufnahme innerhalb von 15 Minuten (-0.3 pp).
- Die Anzahl der Spitäler bzw. Spitalstandorte mit anerkannten 24h-Notaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle stieg von 120 auf 125 an.
- 6 Standorte, die 2010 noch 24h-Notfallaufnahmen betrieben, gaben diese auf (Schliessungen oder Fusion)
- 11 Spitäler, die im Jahr 2010 noch keine 24h-Notfallstation betrieben, bieten 2016 einen 24-Stunden-Notfallservice an. Dabei handelt es sich meist um Privatspitäler, die im Zuge der Bewerbung um einen Spitalstellenplatz ebenfalls eine Notfallversorgung zur Sicherstellung der Aufnahmepflicht zu betreiben haben.
- Die marginal verschlechterte Erreichbarkeit lässt sich damit begründen, dass sich die neuen, zumeist privaten Spitäler mit Notfallstationen mehrheitlich in urbanem Gebiet befinden, wohingegen die eingestellten Notfallaufnahmen tendenziell in ruralen Gegenden lokalisiert waren.
- Einzig in den Grossregionen «Région Lémanique» und «Espace Mittelland» verschlechterte sich die Erreichbarkeit geringfügig. Dies ist in beiden Regionen auf Schliessungen von Spitalern bzw. 24h-Notfallstationen in peripheren Gebieten bei gleichzeitigem Neubetrieb von Notfallstationen in urbanen Gebieten zurückzuführen.

Tabelle 24: Erreichbarkeit der nächstgelegenen 24h-Notfallaufnahme 2010 und 2016

Erreichbarkeit der nächstgelegenen 24h-Notfallaufnahme nach Fahrzeiten 2016



Figur 16: Erreichbarkeit der nächstgelegenen 24h-Notfallaufnahme nach Fahrzeit 2016; Karte. Eine vergrösserte Version der Karte findet sich im Anhang A-8.

Diskussion zum Zugang zu stationären Leistungen

Die Auswirkungen der KVG-Revision auf den Zugang zu stationären Leistungen für Patienten/innen werden von den Zuständigen in den kantonalen Verwaltungen mehrheitlich positiv beurteilt: 14 Kantone beurteilen den Zugang als viel oder etwas besser als vor der Revision, 12 Kantone erkennen keine Auswirkung. Als Gründe für die Verbesserung nennt eine Mehrheit der Kantone die erweiterte Spitalwahl und ein Drittel Änderungen im

Bereich der Spitalplanung (econcept 2018, S.22 ff.). Auch die Spitäler und Kliniken sind mehrheitlich der Ansicht, dass die erweiterte Spitalwahl den Zugang der Patienten/innen zu stationären Leistungen verbessert hat (INFRAS 2018b, S. 25).

Die Erreichbarkeits-Analysen und Befragungen hinsichtlich des Zugangs zum stationären Versorgungsangebot zeigen, dass der Zugang zur stationären Versorgung seit Einführung der KVG-Revision schweizweit betrachtet unverändert auf sehr hohem Niveau ist, obwohl eine leichte Tendenz zu schlechterem Zugang in wenigen ländlichen Regionen auszumachen ist.

Der Zugang zu Konzentrationsprozessen unterworfenen medizinischen Leistungen wurde innerhalb der Sekundärdatenanalyse nicht untersucht. Die Analysen zur Leistungskonzentration innerhalb der Akutsomatik ergaben, dass Konzentrationen primär bei SPLG mit Mindestfallzahlen oder innerhalb der, durch die IVHSM⁶⁵ konzentrierten komplexen, hochspezialisierten Leistungen erfolgten. Diese gewollte, durch (inter)kantonale Regulierung herbei geführte Konzentration (Spitalplanung, IVHSM), betrifft zumeist geringe Fallvolumina und ist für die Betrachtung des Gesamtbildes nicht relevant.

Bereits die Studie «Der Spitalmarkt im Wandel» der Credit Suisse aus dem Jahr 2013 folgerte, dass die Schweiz über eine hervorragende Spitalerreichbarkeit verfüge. Ein Grund hierfür ist auch die vergleichsweise hohe Spitaldichte, welche die Schweiz im OECD-Vergleich für 2016 mit 33.8 Spitälern pro 1 Million Einwohner auf Platz 8 führt.⁶⁶

4.5 Patienten/innen-Ströme zwischen Kantonen und Versorgungsangeboten

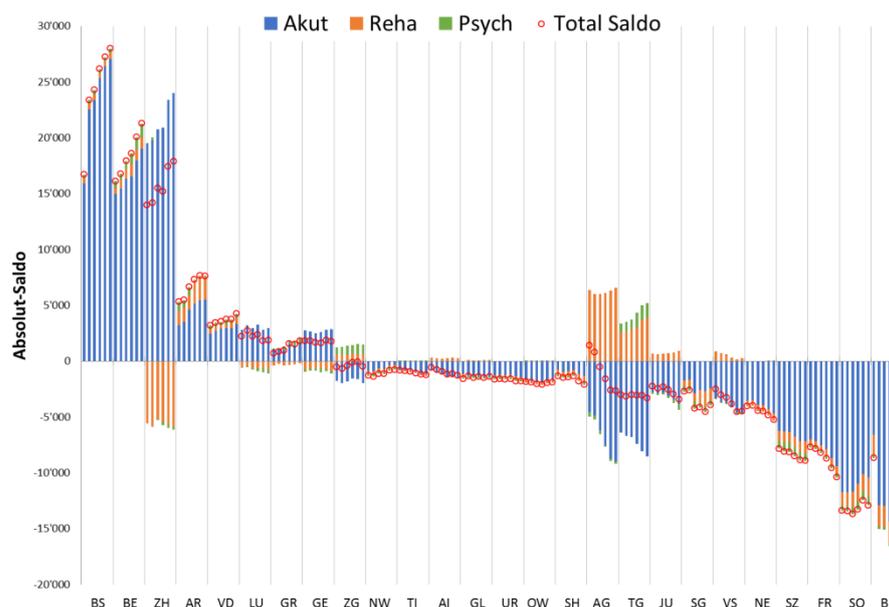
Die Frage, inwiefern sich seit der KVG-Revision Patienten/innen-Ströme verändern, wird anhand der interkantonalen Patienten/innen-Ströme der stationären Versorgung 2010-2015 analysiert. Die interkantonalen Patienten/innen-Ströme nahmen schweizweit betrachtet bei den stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen und auch in der stationären Rehabilitation und stationären Psychiatrie seit 2010 zu. Die Ergebnisse der Analyse werden nachfolgend zusammengefasst; Details finden sich in Gruber und Lippitsch 2018.

⁶⁵ Ein Haupttreiber der Bestrebungen von IVHSM und der Mindestfallzahlen ist die Steigerung der Bedarfsgerechtigkeit und Versorgungsqualität; vgl. GDK (2008), Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), Artikel 1 Zweck, Abs. 1: «Die Kantone vereinbaren im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung die Sicherstellung der Koordination und der Konzentration der hochspezialisierten Medizin» und GD Zürich (2015, S. 17). Die Erreichbarkeit der Versorgungsleistung in nützlicher Frist ist sowohl als Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit als auch der Versorgungsqualität zu verstehen.

⁶⁶ https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, abgerufen am 05.07.2018. Bei diesem Ranking ist jedoch anzufügen, dass dabei sämtliche Krankenhäuser und nicht nur Allgemeinspitäler bzw. Akutspitäler eingeschlossen sind.

Untersuchungsebene	Interkantonale Patienten/innen-Ströme in der stationären Versorgung, 2010-2015																												
Allgemeine Betrachtungen	<p>– Interkantonale Patienten/innen-Ströme nahmen schweizweit bei den stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen, in der stationären Rehabilitation und stationären Psychiatrie zu. Anstieg des Anteils ausserkantonaler Hospitalisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Akutsomatik</i>: von 13.2 % auf 15.4 % – <i>Rehabilitation</i>: von 36.4 % auf 39.8 % – <i>Psychiatrie</i>: von 12.1 % auf 15.2 %. <p>– Höhere Steigerungsrate ausserkantonaler Hospitalisationen im Jahr 2012 in der Akutsomatik und Psychiatrie im Vergleich zu den anderen Jahren der Untersuchungsperiode</p> <p>– Ab 2013 sind für alle Versorgungsbereiche eher sinkende Zuwachsraten zu verzeichnen</p> <table border="1" data-bbox="443 633 1241 813"> <thead> <tr> <th></th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Akutsomatik</td> <td></td> <td>2.0%</td> <td>5.3%</td> <td>2.9%</td> <td>3.4%</td> <td>1.9%</td> </tr> <tr> <td>Rehabilitation</td> <td></td> <td>3.3%</td> <td>-0.6%</td> <td>3.8%</td> <td>1.5%</td> <td>0.9%</td> </tr> <tr> <td>Psychiatrie</td> <td></td> <td>0.0%</td> <td>17.5%</td> <td>3.6%</td> <td>3.5%</td> <td>-0.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Figur 17: Jährliche Steigerungsraten der Anteile ausserkantonaler Hospitalisationen, gesamte Schweiz, 2010-2015 (Quelle: Gruber und Lippitsch 2018, S. 9)</p> <p>– Inwieweit die Auffälligkeiten 2012 mit der Einführung der erweiterten Spitalwahl zusammenhängen, kann nicht abschliessend festgestellt werden. Signifikanztests zeigen zu meist einen überzufälligen Anstieg bzw. Änderung des Anteils ausserkantonaler Behandlungen, jedoch ist die Ursache dazu statistisch nicht belegbar. Die Einführung der erweiterten Spitalwahl ist als Einflussgrösse denkbar, aber nicht belegt.⁶⁷ Stärkere Auswirkungen der Änderungen im Bereich der Akutsomatik sind sichtbar (Signifikanz in jedem Jahr), was auf eine grössere Auswirkung der erweiterten Spitalwahl auf diesen Sektor zurückzuführen sein könnte.</p>		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Akutsomatik		2.0%	5.3%	2.9%	3.4%	1.9%	Rehabilitation		3.3%	-0.6%	3.8%	1.5%	0.9%	Psychiatrie		0.0%	17.5%	3.6%	3.5%	-0.3%
	2010	2011	2012	2013	2014	2015																							
Akutsomatik		2.0%	5.3%	2.9%	3.4%	1.9%																							
Rehabilitation		3.3%	-0.6%	3.8%	1.5%	0.9%																							
Psychiatrie		0.0%	17.5%	3.6%	3.5%	-0.3%																							
Kantone	<p>– Die gesamtschweizerischen Ergebnisse können nicht auf einzelne Kantone übertragen werden. Während der Abfluss an Patienten/innen schweizweit betrachtet zunahm, ist diese Tendenz nur in 16 Kantonen zu beobachten. Die Heterogenität der Kantone ist sowohl bzgl. Veränderung über die Zeit wie auch bzgl. Ausgangs- und Endniveau bei Abflüssen und Zuströmen beträchtlich.</p>																												

⁶⁷ Um einen besseren Hinweis auf die Kausalität der erweiterten Spitalwahl für den Anstieg des Anteils ausserkantonaler Behandlungen zu erhalten, wäre z.B. die Verwendung einer Kontrollgruppe hilfreich, in der diese politische Massnahme gerade nicht eingeführt worden wäre. Bei ansonsten gleichen politischen und gesellschaftlichen Bedingungen wäre so ein Rückschluss auf die Kausalität der genannten Bedingungen nachvollziehbarer gewesen.

Untersuchungsebene
Interkantonale Patienten/innen-Ströme in der stationären Versorgung, 2010-2015


Figur 18: Kantonale Unterschiede beim Saldo (absolute Zahlen), Schweiz, 2010-2015 (Quelle: Gruber und Lippitsch 2018, S. 11). Bemerkungen: Kantone mit Saldo >0 haben absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons, als Fälle, die ausserhalb des Kantons behandelt werden. Kantone mit einem Saldo <0 «verlieren» mehr Fälle aus ihrem Kanton, als sie an ausserkantonalen Fällen gewinnen.

- Für die unterschiedlichen kantonalen Ausmasse ausserkantonomer Hospitalisationen ist grösstenteils das in einem Kanton vorherrschende Angebot an stationären Leistungen massgebend.
- In der Akutsomatik weisen vornehmlich Kantone mit Universitäts- oder überregional bedeutsamen Zentrumsspitalen einen positiven Saldo auf.
- Es zeigt sich, dass kleine Kantone der Zentralschweiz, die in Rehabilitation und Psychiatrie oft keine eigenen Angebote haben, die Leistungserbringung bei anderen Kantonen (der Zentralschweiz) beauftragen.
- Sowohl in der lateinischen Schweiz⁶⁸ als auch in der Deutschschweiz ist ein Anstieg ausserkantonomer Hospitalisationen in allen drei Versorgungsbereichen zu verzeichnen. Die Anteile ausserkantonomer Hospitalisationen sind innerhalb der Deutschschweiz in allen Versorgungsbereichen auf deutlich höherem Niveau. Ein Grund dafür kann in der Grösse und Bevölkerungsstärke der Kantone gesehen werden. Die Deutschschweiz verfügt über verschiedene kleine und bevölkerungsarme Kantone, die nicht das gesamte Leistungsspektrum selber abdecken und zur Sicherstellung auf ausserkantonale Leistungserbringer zurückgreifen. Inwieweit unterschiedliche Versorgungsstrukturen zu den Unterschieden beitragen, wurde nicht untersucht.

Leistungsmerkmale

- Der Bedarf an komplexen und spezialisierten Leistungen, die nicht überall angeboten werden, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonomer Hospitalisation.
- Eine ausserkantonale akutsomatische Behandlung ist in einem Universitätsspital um den Faktor 1.67 wahrscheinlicher als in einem Grundversorgungsspital.
- Die höchsten Anteile ausserkantonomer Hospitalisationen innerhalb der Akutsomatik finden sich in hochspezialisierten Spitalleistungsgruppen.
- Auch in der akutstationären Grundversorgung nahmen ausserkantonale Hospitalisationen zu: 11.7 % der Leistungen des Basispakets wurden 2015 ausserkantonale erbracht (+1.2 pp).
- Bei elektiven medizinischen Behandlungen ist in allen Versorgungsbereichen die Wahr-

⁶⁸ Die Kantone GE, VD, VS, FR, NE, JU und TI werden zur lateinischen Schweiz, die restlichen zur Deutschschweiz gezählt.

Untersuchungsebene	Interkantonale Patienten/innen-Ströme in der stationären Versorgung, 2010-2015
	scheinlichkeit einer ausserkantonalen Behandlung am höchsten.
Patientenmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> – Die Entwicklung ausserkantonomer Hospitalisationen nach Versicherungs- bzw. Liegeklassen zeigt eine starke Zunahme der Anteile ausserkantonomer Behandlungen bei Patientinnen und Patienten der allgemeinen Klasse, während die Anteile der halbprivaten und privaten Klassen über alle Versorgungsbereiche betrachtet relativ stabil blieben. – Das Alter der Patienten/innen spielt bei der Wahl des Behandlungsortes ebenfalls eine Rolle. In allen drei Versorgungsbereichen nimmt die Wahrscheinlichkeit einer ausserkantonomer Behandlung spätestens mit Erreichen des 65. Altersjahres ab. Dies weist darauf hin, dass im hohen Alter Spitalaufenthalte wohnortnah erfolgen und mit zunehmendem Alter tendenziell mehr Leistungen der Grundversorgung beansprucht werden, die allesamt auch im Wohnkanton angeboten werden.

Tabelle 25: Zusammenfassung der Studie «Interkantonale Patienten/innen-Ströme in der stationären Versorgung 2010-2015» (Gruber und Lippitsch 2018).

Diskussion zu den Patienten/innen-Strömen

Die hier vorliegenden Ergebnisse werden durch eine Erhebung des BFS zu ausserkantonomer Hospitalisierungen 2006-2016 gestützt (BFS 2018, S. 3). Dabei wurde ebenfalls beobachtet, dass ausserkantonomer Hospitalisationen 2006 bis 2016 anteilmässig stetig anstiegen. Inwiefern der stärkere Anstieg ab 2012 auf die erweiterte Spitalwahl zurückzuführen ist, konnte durch die Studie von Gruber und Lippitsch 2018 anhand von Signifikanztests nicht belegt werden. Weitere mögliche Erklärungen für den Anstieg der ausserkantonomer Hospitalisationen könnten allenfalls u.a. in der verbesserten Information zur Qualität der Spitäler (Spitalvergleiche im Internet) oder in der gesteigerten Mobilität der Patienten gefunden werden.

Die ab 2012 zunehmenden Zuwachsraten sowie der stark wachsende Anteil Allgemeinversicherter, die sich ab 2012 ausserkantonom behandeln liessen, lassen aber einen intensiveren interkantonomer Wettbewerb der Spitäler infolge erweiterter Spitalwahl vermuten.

4.6 Qualität der Spitalleistungen

Gut die Hälfte der kantonomer Verwaltungen geht davon aus, dass die KVG-Revision insgesamt sowie die Änderungen im Bereich der Spitalplanung insbesondere zu einer etwas besseren Qualität der Spitalleistungen geführt haben (econcept 2018, S. 22, 24-27). Der Beitrag zur verbesserten Qualität der Spitalleistungen erfolgt auch über die Umsetzung der Berücksichtigung des Planungskriteriums Qualität bei der Aufnahme auf die Spitalliste. Die Kantone haben für die Vergabe von Leistungsaufträgen mehrheitlich Qualitätsanforderungen definiert. Die Evaluation stellt aber auch Verbesserungspotenzial diesbezüglich fest (INFRAS 2018a).

Die befragten Spitäler schätzen die Auswirkungen der kantonomer Qualitätsvorgaben etwas geringer ein,⁶⁹ da sie zum Teil bereits vor der Revision Qualitätsvorgaben umgesetzt haben und da sie ihre eigenen Ansprüche an die Qualität als wichtiger erachten

⁶⁹ Für 31 % der befragten Spitäler trifft die Aussage, «die Qualitätsvorgaben seitens der Kantone zur Erteilung der Leistungsaufträge haben positiv zur Qualität der Leistungen unseres Spitals beigetragen», voll und ganz oder eher zu.

(INFRAS 2018b, S. 23). Dennoch haben die Veränderungen in der kantonalen Spitalplanung zu Verbesserungen der Qualität der Spitalleistungen – insbesondere in der Prozessqualität – beigetragen (INFRAS 2018a).⁷⁰ Auch haben die Spitäler zur Erfüllung der Leistungsaufträge ihre Kooperationen verstärkt und sich tendenziell vermehrt spezialisiert, was ebenfalls zu einer Qualitätsverbesserung führen dürfte. Schliesslich gibt es nur einzelne Hinweise auf mögliche negative Qualitätsveränderungen als Folge der KVG-Revision.⁷¹

Der Teilbericht «Qualität der Spitalleistungen» (INFRAS 2018a) zeigt, dass der Qualitätswettbewerb aus Sicht der Spitäler seit 2012 zugenommen hat. Allerdings nutzen die Kantone ihre Option, den Qualitätswettbewerb zwischen Spitalern über Qualitätsvergleiche anzustossen und gegenüber Patienten/innen und Zuweisern/innen öffentlich zu machen, wenig.⁷² Nicht auszuschliessen ist aber, dass Spitäler dies in stärkerem Ausmass erwartet und präventiv Massnahmen zur Verbesserung der Qualität ergriffen haben. Des Weiteren zeigen die Evaluationsergebnisse, dass die Spitäler auf den durch die KVG-Revision gestiegenen finanziellen Druck überwiegend mit qualitätssteigernden Prozessoptimierungen reagiert haben. Die kantonale Spitalplanung könnte über die erweiterte Informationsbasis zur Wirtschaftlichkeit und die damit verbesserten Möglichkeiten für Betriebsvergleiche einen Teilbeitrag geleistet haben. Die Spitäler nennen aber vor allem die Tarife als Grund für den gestiegenen finanziellen Druck.

4.7 Ausgaben für stationäre Spitalleistungen

Der Teilbericht «Kosten und Finanzierung» (B,S,S. 2018) zeigt, dass die Ausgaben für stationäre Spitalleistungen, zumindest für die OKP, seit 2012 weniger stark anstiegen als vor 2012. Eine Abschwächung des Wachstums kann auch in Bezug auf die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den stationären Spitalbereich festgestellt werden. Die Entwicklung (auch im Vergleich zur Ausgabenentwicklung anderer Leistungsarten) deutet darauf hin, dass die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung in Bezug auf die Ausgabenentwicklung im stationären Spitalbereich wirken. Dieses Ergebnis ist allerdings vorbehaltlich möglicher Leistungs- und Ausgabenverlagerungen zu sehen.

Das Kostendämpfungsziel wird für die OKP-Ausgaben spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich) bei der Gegenüberstellung mit dem Lohnwachstum nach dem starken Kriterium⁷³ und bei den Ausgaben aller Finanzierungsträger für den stationären Spitalbe-

⁷⁰ Für 25 % der Spitäler, die Qualitätsmassnahmen seit 2012 umgesetzt haben, waren kantonale Vorgaben ein Grund hierfür. Aufgrund von kantonalen Vorgaben wurden seit 2012 vor allem in den Bereichen Qualitätsmessungen /Transparenz (55 %), Fehlermanagement (51 %), und Organisationsprinzipien/Zertifizierungen (43 %) Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.

⁷¹ Diese betreffend die Qualität an den Schnittstellen. Es gibt aufgrund der Revision mehr und frühere Verlegungen in nachgelagerte Bereiche; nachgelagerte Leistungserbringer berichten von Qualitätsdefiziten, die sich aufgrund der früheren Verlegungen akzentuiert haben; und eine Mehrheit der Rehakliniken gibt in der Befragung an, dass die Rückverlegungen in die Akutsomatik durch die KVG-Revision zugenommen haben (INFRAS 2018).

⁷² Gemäss Willisegger und Blatter (2016) sind die Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb (noch) nicht gegeben.

⁷³ Starkes Kriterium: Das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (pro Kopf) im Zeitraum 2013-2016 bewegt sich höchstens im Ausmass des nominalen BIP-Wachstums (pro Kopf) oder des Nominallohnwachstums (B,S,S. 2018).

reich nach dem schwachen Kriterium⁷⁴ erreicht, allerdings ist das Ergebnis aufgrund des kurzen Analysehorizonts mit grosser Zurückhaltung zu interpretieren. Das Kostendämpfungsziel für die OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten), die Ausgaben aller Finanzierungsträger für den Spitalbereich und für die Ausgaben aller Finanzierungsträger im Gesundheitswesen insgesamt werden jedoch nicht erreicht (B,S,S. 2018).

Die leichte Dämpfung des Ausgabenwachstums im stationären Spitalbereich ist auf effizienzsteigernde Massnahmen der Spitäler zurückzuführen, die mindestens teilweise mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden können.⁷⁵ Diese effizienzsteigernden Reaktionen der Spitäler auf diese Revision scheinen sich auf die Entwicklung der Produktionskosten niedergeschlagen zu haben (B,S,S. 2018). Inwiefern das abgeschwächte Ausgabenwachstum auch auf die verstärkte Anwendung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe von Leistungsaufträgen durch Kantone zurückzuführen ist, kann zurzeit nicht beurteilt werden (B,S,S. 2018). Allerdings haben Wirtschaftlichkeitsprüfungen und damit Betriebsvergleiche an Bedeutung gewonnen, auch wenn die Umsetzung durch die Kantone unterschiedlich erfolgt (vgl. Kapitel 2.3).

Der Teilbericht «Kosten und Finanzierung» zeigt auch, dass es keine Hinweise auf systematische effizienzmindere Reaktionen der Spitäler gibt (B,S,S. 2018). Unerwünschte Mengenausweitungen⁷⁶ können demnach resp. gemäss Widmer et al. (2017) nicht auf die mit der KVG-Revision eingeführten SwissDRG zurückgeführt werden.

Die Stabilisierung des Finanzierungsanteils der OKP, welche mit der dual-fixen Finanzierung angestrebt wurde, weist allenfalls aber auch auf eine Verschiebung von Kosten zu den Kantonen hin. Dafür spricht die Wahrnehmung der kantonalen Verwaltungen, dass die KVG-Revision zu höheren Ausgaben für stationäre Spitalleistungen führte (econcept 2018, S. 23). Dabei geht die Hälfte der Kantone davon aus, dass die Änderungen im Bereich der Spitalplanung keine Auswirkungen auf das Ausgabenwachstum hatten⁷⁷ (econcept 2018, S. 28). Demgegenüber beobachtet eine Mehrheit von 19 Kantonen, dass die erweiterte Spitalwahl das Ausgabenwachstum weiter erhöht (econcept 2018, S. 25). 11 Kantone präzisieren, dass die KVG-Revision zu höheren Kosten bei den Kantonen führe, vor allem wegen Mehrkosten aufgrund der Kostenübernahme bei zusatzversicherten Personen. Die Mehrbelastung der Kantone durch Mitfinanzierung von Behandlungen zusatzversicherter Personen wurde allerdings erwartet (Bundesrat 2004, S. 5584f.).

⁷⁴ Schwaches Kriterium: Das durchschnittliche jährliche Ausgabenwachstum (pro Kopf) und das durchschnittliche jährliche nominale BIP-Wachstum (pro Kopf) / das durchschnittliche jährliche Nominallohnwachstum klaffen in der Periode 2013-2016 weniger weit auseinanderklaffen als in der Periode 2006-2011 (B,S,S. 2018).

⁷⁵ Der objektiv gemessene und von den Spitälern wahrgenommene finanzielle Druck auf die Spitäler hat seit 2012 zugenommen und ist die zumindest teilweise auf die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zurückzuführen (B,S,S. 2018).

⁷⁶ Eine Studie im Auftrag der SAMW zeigt, dass es sehr wohl unerwünschte Mengenausweitungen gibt. So werden viele chirurgische Eingriffe am Knie mittels Gelenkspiegelung (Arthroskopie) bei altersbedingten Meniskusschädigungen durchgeführt, welche im Vergleich zur nicht-operativen Behandlung keinen Zusatznutzen bringen (Muheim et al. 2017; SAMW 2017).

⁷⁷ 5 Kantone können dies nicht beurteilen, 5 Kantone nehmen ein verstärktes Wachstum, 3 ein gedämpftes Wachstum wahr.

5 Synthese und Handlungsbedarf

5.1 Beantwortung der spezifischen Evaluationsfragestellungen

Um die Fragestellungen nach dem Einfluss der Änderungen im Bereich der Spitalplanung sowie dem Einfluss der Veränderungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen auf die Spitallandschaft und das Versorgungsangebot zu beantworten, muss erst die Frage nach der Entwicklung der stationären Versorgung beantwortet werden.

Entwicklung der stationären Versorgung und Optimierung der Spitallandschaft

III. Wie entwickelt sich die stationäre Versorgung im Spannungsfeld von Spitalplanung und Wettbewerb? Ist eine Optimierung der Spitallandschaft im Sinne eines bedarfsge-rechteren Angebots feststellbar? (Zusammenspiel der Wirkungen)

Spitallandschaft und Versorgungsangebot quantitativ

Das stationäre Versorgungsangebot veränderte sich im betrachteten Zeitraum 2012-2016 insgesamt, d.h. auf aggregierter Ebene, quantitativ wenig. Die detaillierten Analysen zeigen aber, dass in der Schweizer Spitallandschaft vieles in Bewegung ist und dass die ansatzweise sichtbaren Entwicklungen in die von der Revision gewünschte Richtung weisen:

- *Marktanteile und Leistungsspektren:* Obwohl sich der Wettbewerb der Spitäler seit Einführung der KVG-Revision intensiviert hat, sind Marktanteile und Leistungsspektren der Spitäler insgesamt (noch) relativ stabil. Dennoch sind Entwicklungen erkennbar, die den Erwartungen der KVG-Revision entsprechen. So nehmen in der Akutso-matik die Marktanteile von Grundversorgern und Nebenstandorten sowie das Lei-stungsspektrum von Nebenstandorten tendenziell ab, dies zugunsten von Universitäts-spitälern, Hauptstandorten der Zentrumsspitäler und chirurgischen Spezialkliniken. Zugleich gewinnen Psychiatrische und Reha-Kliniken Marktanteile und der Anteil der allgemeinen Liegeklasse nimmt leicht zu, insbesondere in den Privatspitälern. Aller-dings gibt es beträchtliche regionale Differenzen, welche unterschiedliche regionale Versorgungsstrukturen widerspiegeln.
- *Spitallandschaft:* Der verstärkte Wettbewerb schlägt sich auch (noch) nicht in einer Bereinigung der Spitallandschaft nieder – zurzeit investieren die Spitäler in ihre Infra-struktur, um im Wettbewerb zu bestehen. Dies scheint erklärbar: Wettbewerbsstrate-gien lösen üblicherweise zuerst eine Phase der Investitionen aus, in der sich die Wettbewerber fit für den Wettbewerb machen, bevor die Phase der Konsolidierung und/oder Restrukturierung beginnt. Es ist zu erwarten, dass diese Zwischenphase noch länger dauert, da es politische Entscheide braucht, um Spitäler (in die möglic-erweise erst kürzlich investiert wurde) zu schliessen. Die Anzahl Spitäler (Ebene Be-triebe), welche mindestens 30 stationäre Fälle pro Jahr behandelten, reduzierte sich in der Akutso-matik zwischen 2011 und 2016 von 189 auf 171 Betriebe, blieb in der gleichen Zeitspanne im Bereich der Psychiatrie stabil bei 73 Betrieben und steigerte sich im Bereich der Rehabilitation von 77 auf 89 Betriebe. Auf Ebene Spitalstandort

reduzierte sich die entsprechende Anzahl in der Akutsomatik von 240 auf 223 Standorte, während in den Bereichen der Psychiatrie (von 89 auf 101) und Rehabilitation (von 91 auf 103) ein Zuwachs der Standorte zu verzeichnen ist. Trotz dieses Bilds der Stabilität insgesamt gab es diverse Fusionen, Schliessungen, Neugründungen und Neuausrichtungen, die sich aber bezüglich Anzahl Betriebe und Standorte teilweise gegenseitig ausgleichen.

- *Spezialisierung und Konzentration:* Auch die in der KVG-Revision erwarteten Effekte der Spezialisierung und Konzentration sind bis heute nur (oder erst) beschränkt aufgetreten. Eine Konzentration medizinischer Leistungen ist seit 2012 fast ausschliesslich bei spezialisierten Leistungen innerhalb von Spitalplanungsleistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen und in den Bereichen der hochspezialisierten Medizin (HSM) zu beobachten. Insgesamt ist seit 2012 (nur oder erst) eine leichte Tendenz zur Spezialisierung der Spitäler in allen Versorgungsbereichen zu erkennen. In der Akutsomatik gilt diese Tendenz für Nebenstandorte von Zentrums- und Grundversorgungsspitalverbänden und insbesondere für Spezialkliniken, nicht aber für Universitätsspitäler und Hauptstandorte der Zentrums- und Grundversorgungsspitäler, die kaum oder keine Spezialisierungstendenzen aufweisen.

Die Potenziale des verstärkten Wettbewerbs sind daher in quantitativer und struktureller Hinsicht (noch) nicht (vollständig) realisiert. Die Zunahme interkantonaler Patienten/innen-Ströme lassen aber einen etwas intensiveren interkantonalen Wettbewerb der Spitäler infolge erweiterter Spitalwahl vermuten.

Die erhofften Auswirkungen des seit der KVG-Revision 2012 verstärkten Wettbewerbs zwischen den Spitälern auf die Spitallandschaft sind (noch) kaum festzustellen. Die Spitäler sind zurzeit in einer Phase, in der sie sich – mit Investitionen – für den Wettbewerb stärken, und noch nicht in einer Phase der Restrukturierung. Die ansatzweise vorhandenen Entwicklungen der Spitallandschaft gehen aber in die von der Revision intendierte Richtung.

Versorgungssicherheit und Versorgungsangebot qualitativ

Die Versorgungssicherheit ist weiterhin gewährleistet; sie hat sich zudem bezüglich Qualität der Spitalleistungen etwas optimiert. Dazu folgende Hinweise:

- *Zugang:* Der Zugang zur stationären Versorgung ist seit Einführung der KVG-Revision unverändert auf hohem Niveau. Auch der Zugang der Bevölkerung zu Spitälern mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen für medizinische und chirurgische Notfälle hat sich seit 2010 kaum verändert. Die Anzahl Spitäler mit anerkannten 24h-Notfallaufnahmen hat sogar zugenommen - allerdings nur in urbanen Gebieten. In ländlichen Gebieten wurden zwar vereinzelt 24h-Notfallaufnahmen geschlossen, aber 99.7 % der Bevölkerung erreichte auch 2016 eine 24h-Notfallstation innerhalb von 30 Minuten (87 % innerhalb von 15 Minuten).
- *Qualität:* Die Qualität der Spitalleistungen, vor allem die Prozessqualität, wurde dank der KVG-Revision verbessert. Bezüglich Ergebnisqualität gibt es kaum Hinweise auf Qualitätsreduktion als Folge der KVG-Revision (INFRAS 2018a).

Die Versorgungssicherheit bleibt gut; die Versorgungsqualität wurde optimiert.

Die Spitallandschaft und das Versorgungsangebot haben sich wenig verändert, Auswirkungen der KVG-Revision sind daher schwierig zu beurteilen. Allerdings sind solche Konsolidierungsprozesse, wie sie mit Spitalplanung und Wettbewerb angestrebt werden, längerfristige Prozesse, die nicht zwingend geradlinig verlaufen.

Änderungen im Bereich der Spitalplanung und Versorgungsangebot

I. Welchen Einfluss haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung auf das Versorgungsangebot? (Wirkungen Spitalplanung)

Die Befragung der Kantone und weitere Erhebungen zeigen, dass die Änderungen der KVG-Revision bezüglich Spitalplanung von den Kantonen resp. den für die Spitalplanung zuständigen Einheiten in den kantonalen Verwaltungen weitgehend gesetzeskonform umgesetzt und als zweckmässig erachtet werden. Die Spitalplanung hat sich aber (noch) nicht auf die stationäre Versorgung und die Spitallandschaft ausgewirkt, da sich diese erst wenig verändert haben. Inwiefern der zu beobachtende verstärkte Wettbewerb zwischen Spitälern auf die Spitalplanung durch die Kantone zurückzuführen ist, ist aufgrund der komplexen Wirkungszusammenhänge schwierig zu beurteilen. Die Evaluation gibt aber folgende Hinweise:

- *Bessere Rahmenbedingungen für Wettbewerb:* Gemäss Polynomics (2016) führt die neue Spitalplanung, und dabei vor allem die verbreitete Nutzung der SPLG-Systematik in der Akutsomatik sowie der Trend zu öffentlichen und regelmässigen Ausschreibungsverfahren der Leistungsaufträge, zu besseren Rahmenbedingungen für den Wettbewerb.
- *Planungskriterium Qualität:* Die verbesserte Qualität von Spitalleistungen ist auch auf die Berücksichtigung des Planungskriteriums Qualität bei der Aufnahme auf Spitallisten zurückzuführen (INFRAS 2018a).
- *Mangelhafter politischer Wille:* Die weiterhin eher geringe Aufnahme ausserkantonalearer Spitälern auf Spitallisten und nach wie vor bestehende Überkapazitäten weisen darauf hin, dass Kantone den Wettbewerb der Spitälern stärker fördern könnten. Gründe für die diesbezügliche Zurückhaltung der Kantone sind mangelhafter politischer Wille – der kantonalen Regierungen wie auch der Gemeinden sowie letztlich der Bevölkerung – zur Abschaffung von Überkapazitäten, das Verfolgen auch regionalpolitischer Ziele im Rahmen der Spitalplanung sowie (befürchtete) Gerichtsprozesse.⁷⁸

Die Evaluation findet Hinweise dafür, dass die Änderungen im Bereich der Spitalplanung den Wettbewerb zwischen Spitälern sowie die stationäre Versorgung positiv beeinflussen. Sie zeigt aber auch, dass die Kantone den Wettbewerb der Spitälern noch stärken können.

⁷⁸ Bisher ist es nur Kantonen und Leistungserbringern möglich, gegen Leistungsvergaben und damit Spitallisten Beschwerden einzulegen. Ein Beschwerderecht für Versichererverbände wird zurzeit diskutiert. Ziel der Änderung ist es, eine kostspielige Überversorgung zu verhindern sowie die Prämien- und Steuerzahler/innen zu entlasten, vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html> [Stand: 18. Oktober 2018].

Veränderungen wettbewerblicher Rahmenbedingungen und Versorgungsangebot

II. Wie beeinflussen die Veränderungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen das Versorgungsangebot? (Wirkungen weiterer wettbewerbliche Rahmenbedingungen)

Die Evaluation erläutert, dass die im revidierten KVG vorgesehenen Massnahmen zur Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen von den Kantonen weitgehend umgesetzt werden; nur teilweise umgesetzt wird jedoch die Gewährleistung der erweiterten Spitalwahl. Die Umsetzung der Massnahmen scheint in Anbetracht vorhandener Ressourcen weitgehend zweckmässig. Der Vertragsmarkt und die erweiterte Spitalwahl verstärken tendenziell den Wettbewerb zwischen den Spitälern, die Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben und Aufnahmepflicht und die Transparenz der Spitalplanung dienen der Schaffung gleicher Voraussetzungen für die Wettbewerbsteilnahme. Die Auswirkungen der veränderten wettbewerblichen Rahmenbedingungen auf die stationäre Versorgung und die Spitallandschaft sind aber noch bescheiden. Dies zeigt sich daran, dass sich die stationäre Versorgung und damit die Spitallandschaft wenig verändert haben.

Wirkungsprozesse wettbewerblicher Rahmenbedingungen sind langfristig und ungleichmässig.

Beurteilung der Entwicklungen im Hinblick auf die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der KVG-Revision

Die Erkenntnisse der Evaluation hinsichtlich Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Revision lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- *Zweckmässigkeit der Instrumente*: Grundsätzlich sind die mit der Revision eingeführten resp. angepassten Instrumente für die Versorgungs- und Spitalplanung zweckmässig, Vorbehalte gibt es vor allem bzgl. Definition und Umsetzbarkeit der Planungskriterien.
- *Zweckmässigkeit der Umsetzung durch die Kantone*: Die Umsetzung durch die kantonalen Verwaltungen hat sich seit 2012 weiterentwickelt. Vorbehalte gibt es bzgl. Umsetzbarkeit der Planungskriterien, bzgl. des mangelhaften politischen Willens, die eigenen Spitäler verstärkt dem Wettbewerb auszusetzen, sowie bzgl. der Verrechtlichung der Spitalplanung.
- *Wirksamkeit der Instrumente*: Die Wirksamkeit der mit der Revision eingeführten resp. angepassten Instrumente auf die stationäre Versorgung ist zum jetzigen Zeitpunkt und aufgrund der komplexen Wirkungszusammenhänge nur schwierig zu beurteilen: Zwar lassen sich erwünschte Auswirkungen, wie verstärkte interkantonale Patienten/innen-Ströme sowie ein etwas stärkerer Wettbewerb zwischen Spitälern feststellen. Dennoch haben sich die Spitallandschaft und damit das quantitative Versorgungsangebot seit der Revision nur wenig und damit wohl nicht im erhofften Ausmass verändert. Der verstärkte Wettbewerb schlägt sich (noch) nicht in einer Bereinigung der Spitallandschaft nieder – zurzeit investieren die Spitäler in ihre Infrastruktur, um im Wettbewerb zu bestehen. Eine solche Investitionsphase vor einer Konsolidierungsphase ist bei Wettbewerbsstrategien nicht unüblich. Aufgrund des Föderalismus und der weitgehend öffentlich finanzierten Spitäler ist diese Strategie, welche längerfristig zu einem effizienteren und qualitativ hochstehenden Angebot führen soll, aber kurz- und mittelfristig mit hohen Kosten für die öffentliche Hand verbunden.

Instrumente und Umsetzung werden als zweckmässig eingeschätzt. Inwiefern die noch beschränkten Wirkungen auf die Massnahmen der KVG-Revision zurückzuführen sind resp. welche Massnahme in welchem Ausmass Einfluss hat, kann aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge, der grossen Anzahl Massnahmen wie auch mit Blick auf weitere, externe Faktoren nur abgeschätzt werden.

5.2 Optimierungspotenziale und Handlungsbedarf Spitalplanung

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Massnahmen der KVG-Revision in den Bereichen Spitalplanung und wettbewerbliche Rahmenbedingungen weitgehend umgesetzt werden und dass sich die Umsetzung vor allem bezüglich Spitalplanung in den Jahren seit in Kraft treten der Revision verbessert hat. Dass noch kaum Auswirkungen auf die Spitallandschaft und das Versorgungsangebot (quantitativ) festgestellt werden, ist vor allem auf den Zeitfaktor zurückzuführen – solche Wirkungen setzen erst zeitverzögert ein. Ein weiterer Grund für die bisher geringen Auswirkungen der Revision liegt darin, dass Veränderungen in der Spitallandschaft schon vor der Revision einsetzten – und dies sowohl aufgrund ökonomischer Bedingungen als auch in Antizipation der anstehenden Gesetzesänderung.

Weitere Verbesserungen möglich

Es ist davon auszugehen, dass sich die Umsetzung der KVG-Revision insbesondere bezüglich Anwendung der Kriterien von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie hinsichtlich Datengrundlagen in den nächsten Jahren und im Rahmen der nächsten grösseren Spitalplanungen weiter verbessert.⁷⁹ Die Evaluation zeigt aber auch, dass die Kantone bei der Spitalplanung wie bei der Gewährleistung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen ihren Handlungsspielraum noch nicht vollständig im Sinne der KVG-Revision ausnutzen – daher sind auch bereits Anpassungen geplant, z. B. im Rahmen des ersten Pakets der Massnahmen zur Kostendämpfung sowie im Rahmen der Anpassungen der KVV, insbesondere der Spitalplanungskriterien⁸⁰.

Optimierungspotenzial vor allem in der Umsetzung

Optimierungspotenzial besteht vor allem in der Umsetzung der Massnahmen, d.h. in einer besseren Nutzung des Handlungsspielraums durch die Kantone im Sinne der KVG-Revision.⁸¹ Dazu gehören insbesondere nachstehende Ansätze.

- *Leistungsvergabe als Steuerungsinstrument:* Die Leistungsvergabe ist zum Abbau von Überkapazitäten zu nutzen, wobei ein Minimum an Überkapazitäten für die Gewährleistung des Wettbewerbs nötig ist.⁸²

⁷⁹ Der Handlungsspielraum der Kantone zwischen zwei grossen Spitalplanungen ist klein.

⁸⁰ Der Bundesrat wird demnächst neue Spitalplanungskriterien in die Vernehmlassung geben, vgl. <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/preview.html> [Stand: 18. Oktober 2018].

⁸¹ Zudem sind Anpassungen der Vorgaben in der KVV geplant; der Bundesrat wird demnächst neue Spitalplanungskriterien in die Vernehmlassung geben: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Anpassung der Planungskriterien sowie der Bestimmungen zur Tarifiermittlung. Änderung der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), vgl. <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/preview.html> [Stand: 18. Oktober 2018].

- *Verfahren der Leistungsvergabe:* Für die Leistungsvergabe sind konsequent öffentliche, transparente und faire Verfahren durchzuführen.
- *Anwendung Planungskriterien:* Die bundesrätlichen Planungskriterien, insbesondere die Kriterien zu Qualität und Wirtschaftlichkeit, sind konsequent anzuwenden. Dabei sind auch ausserkantonale Spitäler zu berücksichtigen.
- *Erweiterte Spitalwahl:* Alle Kantone sollen die Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen so festlegen, dass die erweiterte Spitalwahl gewährleistet wird.
- *Kontrolle Planungskriterien:* Da bei Überkapazitäten das Risiko der Mengenausweitung besteht, ist neben der Anwendung auch die Kontrolle von Qualitätsvorgaben zu stärken, wobei die Daten von den Spitälern zur Verfügung zu stellen sind (z.B. zu Indikationsstellungen).
- *Datengrundlage stärken:* Die konsequente Anwendung der Planungskriterien setzt eine entsprechende Datengrundlage voraus, die vor allem von den Spitälern zur Verfügung gestellt werden muss. Für eine gute Datengrundlage braucht es auch klare und möglichst einheitliche Definitionen – im Bereich der Rehabilitation insbesondere eine einheitliche Definition des Rehabilitations-Begriffs.

Verstärkte interkantonale Zusammenarbeit

Ansatzpunkt zur Erleichterung der Nutzung des Handlungsspielraums der Kantone und zur Reduktion regionalpolitischer Hürden, kann eine verstärkte interkantonale Zusammenarbeit oder gar eine regionale Spitalversorgungsplanung bieten, wie dies auch im Expertenbericht (2017, S. 52f.) angesichts der Kleinräumigkeit der Schweiz und der vielen ausserkantonalen Spitalaufenthalte vorgeschlagen wurde.

- *Regionaler Ansatz zur Reduktion von Überkapazitäten:* Optimierungspotenzial besteht insbesondere bzgl. interkantonalen Kooperation. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Überkapazitäten eher eine politische als eine regulatorische Herausforderung darstellen. Zur verstärkten interkantonalen Kooperation sollte ein regionaler Ansatz angewandt werden, der es erlauben würde, die weitherum noch zu erkennende Kantonsbezogenheit der Spitalplanungen zu überwinden und Überkapazitäten zu reduzieren. Dazu wäre eine Regionalisierung der Versorgungsplanung, auch bzgl. der Planungskriterien, anzustreben. Zudem würde eine regionale Spitalplanung der fragmentierten Berechnung von Bedarf und Überkapazitäten entgegenwirken und erlauben, eine grössere Anzahl Anbieter/innen zu berücksichtigen, ohne grössere Überkapazitäten zu schaffen. Insgesamt reduziert ein regionaler Ansatz das Spannungsfeld zwischen Verhinderung von Überkapazitäten und Gewährleistung von Wettbewerb.
- *Zeitliche Harmonisierung:* Bereits eine zeitliche Harmonisierung der kantonalen Spitalplanungen könnte die interkantonale Koordination erleichtern.

Die Umsetzung der neuen Spitalplanung sowie deren Auswirkungen sind Prozesse, die Zeit benötigen. Die nächsten Planungsrunden können von den Kantonen für Optimierung genutzt werden.

⁸² Spannungsfeld Verhinderung von Überkapazitäten einerseits und Gewährleistung Wettbewerb andererseits.

5.3 Beiträge zu den übergeordneten Fragestellungen der Evaluation

Nachstehende Tabelle fasst in Kurzform die Beiträge dieses Teilberichts zu den übergeordneten Fragestellungen der Evaluation zusammen (vgl. auch BAG 2019).

Übergeordnete Fragestellungen der Evaluation KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung	
1	<p>Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?</p> <p>Spitalplanung: Instrumente und Umsetzung werden von den Kantonen als zweckmässig eingeschätzt, die Umsetzung entspricht weitgehend den gesetzlichen Vorgaben. Welche Massnahme in welchem Ausmass Einfluss hat, kann aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge, der grossen Anzahl Massnahmen wie auch mit Blick auf weitere, externe Faktoren nur abgeschätzt werden.</p> <p>Wettbewerb: Die Evaluation findet Hinweise dafür, dass die Änderungen zur Spitalplanung den Wettbewerb zwischen Spitälern sowie die stationäre Versorgung positiv beeinflussen. Sie zeigt aber auch, dass die Kantone den Wettbewerb zwischen Spitälern noch verstärken können.</p> <p>Spitallandschaft: Der Wettbewerb zwischen den Spitälern hat sich seit der KVG-Revision 2012 verstärkt, die erhoffen Auswirkungen auf die Spitallandschaft sind (noch) nicht festzustellen. Zudem hat sich die Spitallandschaft bereits vor der Revision verändert, so dass die Auswirkungen der Revision nur schwierig zu identifizieren sind.</p> <p>Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität: Die Versorgungssicherheit bleibt gut, da sich das stationäre Versorgungsangebot seit der KVG-Revision quantitativ nur wenig verändert hat und die Erreichbarkeit von 24h-Notfallstationen hoch bleibt; die Versorgungsqualität wurde optimiert.</p>
2	<p>Welche Auswirkungen hat die Revision auf die betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems?</p> <p>Kantone: Trotz weitgehend gesetzeskonformer Umsetzung von KVG und KVV wird der Handlungsspielraum nicht vollständig im Sinne der KVG-Revision genutzt. Die KVG-Revision hat zudem zu einer – vorgesehenen – Kostensteigerung bei den Kantonen geführt.</p> <p>Leistungserbringer: Die ab 2012 zunehmenden Zuwachsraten der Patienten/innen-Ströme sowie der stark wachsende Anteil Allgemeinversicherter, die sich ab 2012 ausserkantonale behandeln liessen, lassen aber einen intensiveren interkantonalen Wettbewerb der Spitäler infolge erweiterter Spitalwahl vermuten. Zudem nahmen Transparenz und Qualität der Leistungserbringung in der Tendenz zu.</p> <p>Versicherte: Die Versorgungssicherheit bleibt gut, da sich das stationäre Versorgungsangebot seit der KVG-Revision quantitativ nur wenig verändert hat und die Erreichbarkeit von 24h-Notfallstationen hoch bleibt; die Versorgungsqualität wurde optimiert.</p>
3	<p>Welchen Beitrag leistet die Revision zu den sozial- und wettbewerbpolitischen Hauptzielen des KVG?</p> <p>Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität: Die Versorgungssicherheit bleibt gut, da sich das stationäre Versorgungsangebot seit der KVG-Revision quantitativ nur wenig verändert hat und die Erreichbarkeit von 24h-Notfallstationen hoch bleibt; die Versorgungsqualität wurde optimiert</p> <p>Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Die leichte Dämpfung des Ausgabenwachstum im stationären Spitalbereich ist auf effizienzsteigernde Massnahmen zurückzuführen, die mindestens teilweise mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung in Verbindung gebracht werden können (vgl. B,S,S. 2018)..</p>
4	<p>Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?</p> <p>Kein Beitrag des Teilbereichs «Spitallandschaft»</p>
5	<p>In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?</p> <p>Beschränktes Handlungspotenzial bzgl. Spitallandschaft: Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Massnahmen der KVG-Revision in den Bereichen Spitalplanung und wettbewerbliche Rahmenbedingungen weitgehend umgesetzt werden und dass sich die Umsetzung vor allem bezüglich Spitalplanung in den Jahren seit in Kraft treten der Revision verbessert hat. Dass noch kaum Auswirkungen auf die Spitallandschaft und das Versorgungsangebot (quantitativ) festgestellt werden, ist vor allem auf den Zeitfaktor zurückzuführen – solche Auswirkungen setzen zeitverzögert ein.</p> <p>Optimierungspotenzial bei der Umsetzung der Revision durch die Kantone: Die Kantone nutzen ihren Handlungsspielraum bei der Spitalplanung wie bei der Schaffung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen noch nicht vollständig im Sinne der KVG-Revision aus. Handlungsbedarf besteht bei</p>

- der Leistungsvergabe: Diese sollte vermehrt zum Abbau von Überkapazitäten genutzt werden.
- dem Verfahren zur Leistungsvergabe: Für die Leistungsvergabe sollten konsequent öffentliche, transparente und faire Verfahren durchgeführt werden.
- den bundesrätlichen Planungskriterien: Diese sollten konsequent angewendet werden, wozu die nötigen Datengrundlagen geschaffen und eingefordert werden sollten.
- Der erweiterten Spitalwahl: Diese sollte gewährleistet und nicht durch tiefe Referenztarife behindert werden.

Verstärkte interkantonale Kooperation: Optimierungspotenzial besteht insbesondere bzgl. interkantonalen Kooperation, die über die gesetzlich vorgesehene Interkantonale Koordination hinausgeht. Zwar werden die gesetzlichen Vorgaben zur Interkantonalen Koordination erfüllt, diese beschränken sich aber weitgehend auf die Berücksichtigung interkantonaler Patienten/innen-Ströme und gegenseitige Stellungnahmen resp. Anhörungen. Eine weitergehende Zusammenarbeit gibt es kaum. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Überkapazitäten eher eine politische als eine regulatorische Herausforderung darstellen. Dazu müsste ein regionaler Ansatz angestrebt werden, der es erlauben würde, die aktuell weitherum immer noch bestehende Kantonsbezogenheit der Spitalplanungen zu überwinden und Überkapazitäten zu reduzieren. Dazu wäre eine Regionalisierung der Versorgungsplanung, auch bzgl. der Planungskriterien, anzustreben. Bereits eine zeitliche Harmonisierung der Spitalplanungen könnte die interkantonale Koordination erleichtern.

Tabelle 26: Beiträge des Teilberichts zu übergeordneten Fragestellungen der Evaluation KVG

Literatur und Dokumente

- 24heures, 9.2.2017, Réforme hospitalière. Le défi de la réadaptation. Face au vieillissement et aux coûts croissants, la médecine de réadaptation doit se remettre en cause, surtout en Suisse romande. Neuchâtel veut être un laboratoire.
- Aargauer Zeitung, 30.05.2017: Aargauer Spitallandschaft. Susanne Hochuli kritisiert ein Überangebot. Ist es Zeit, Spitäler zu schliessen?, S. 22.
- Avenir Suisse (2018): Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligeist». Zürich: Avenir Suisse. Verfasst von Jérôme Cosandey, Noémie Roten, Samuel Rutz. <https://www.avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/>
- BAG (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat (Arbeitstitel). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2016): Pflichtenheft zur Studie Auswirkungen der KVG-Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung.
- BAG (2015a): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenergebnisse. Bericht des Bundesamts für Gesundheit BAG an den Bundesrat.
- BAG (2015b): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung. Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung (Version vom 13.5.2015).
- BAG (2014): Kernelemente der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Foliensatz 2014, publiziert auf <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi.html> (Stand: 27.11.2018).
- Basler Zeitung, 10.01.2017: Notfallstationen «light» kommen in Mode, S. 19.
- Berner Zeitung, 14.11.2016: Die Initiative ist die falsche Medizin für die Randregionen, S. 3.
- BFS (1999): Pressemitteilung Nr. 40/99, Die sieben Grossregionen der Schweiz.
- BFS (2018): Ausserkantonale Hospitalisierungen 2006-2016. Neuenburg.
- Brandenberg, Josef E. (2004): Kontrahierungszwang, Wettbewerb und Gesundheitskosten. Schweizerische Ärztezeitung, 85(83), 2020-2022.
- B,S,S. (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Verfasst von Michael Lobsiger und Miriam Frey.
- 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 Wolfram Kägi, Miriam Frey und Michael Lobsiger.
- Bundesrat (2004): Botschaft zur Änderung des BG über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), 04.061, 15.09.2004.

- Bundesrat (1999): Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. September 1998.
- Credit Suisse (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. <https://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheitsstudie-de.pdf>
- Eastaugh (2001): Hospital costs and specialization: benefits of trimming product lines, J Health Care Finance, 2001 Fall;28(1):61-71.
- econcept (2018): Tabellenband: Ergebnisse der Kantonsbefragung zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Expertenbericht (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI). 24. August 2017.
- Farely und Hogan (1990): Case-Mix Specialization in the Market for Hospital Services, HSR: Health Services Research 25:5 (December 1990).
- Friedl (2017): Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen in der stationären akutsomatischen Versorgung seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung. Masterarbeit im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Fürstenberg T., Laschat, M., Zich, K., Klein, S., Gierling, P., Nolting, H-D. und Schmidt, T. (2013): G- DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK).
- GDK (2018): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 31.1.2017. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25.5.2018 (Dokument vom 25.5.2018).
- GDK (2011): Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG (Revidierte Fassung vom 2.9.2011, gültig ab 1.1.2012).
- GDK (2008): Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM), Bern, 14. März 2008
- GD Zürich - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (2015): Gesundheitsversorgung 2015. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie.
- gfs.bern (2017): H+ Spital- und Klinik-Barometer. http://www.hplus.ch/de/zahlen_fakten/h_spital_und_klinik_barometer/das_wichtigste_in_kuerze/

- Gruber, Jörg und Lippitsch, Stefan (2018): Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 im stationären Bereich. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Hediger, D., Tuch, A., & Widmer, M. (2017): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009-2015. Tabellenbericht zum Obsan Bulletin 2/2017).
- 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.
- INFRAS (2018a): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der Spitalleistungen. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- INFRAS (2018b): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Ergebnisse der Online-Befragung der Spitäler und Kliniken zu den Auswirkungen der Revision. Tabellenband. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Kägi, Wolfram und Miriam Frey (2015): Verändert die neue Spitalfinanzierung das Verhalten der Spitäler? Soziale Sicherheit CHSS 3/2015: 145-149.
- Kobel, C. und Theurl, E. (2013): Hospital specialisation within a DRG-Framework: The Austrian Case, Working Papers in Economics and Statistics, No. 2013-06.
- LENZ (2019): Sekundärdaten-Analyse zur Veränderung der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung. Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Verfasst von Jörg Gruber und Stefan Lippitsch.
- L'Express, 21.09.2017: Hospitalisations hors du canton: ce que disent les chiffres, S. 3.
- L'Express, 24.1.2017: VOTATION DU 12 FÉVRIER Comment faut-il réorganiser l'Hôpital neuchâtelois? Initiative et contre-projet face à face, S. 3.
- M.I.S Trend (2017): Studie über ausserkantonale Spitalaufenthalte durch freie Spitalwahl, durchgeführt bei den Freiburger Patientinnen und Patienten, die ausserkantonale behandelt wurden, für das Freiburger Amt für Gesundheit, Freiburg. Hauptergebnisse. August 2017. http://appl.fr.ch/friactu_inter/handler.ashx?fid=16844 [Stand: 30.8.2018].
- Muheim, Leander; Oliver Senn, Mathias Früh, Oliver Reich, Thomas Rosemann und Stefan Neuner (2017): Inappropriate use of arthroscopic meniscal surgery in degenerative knee disease. An observational study from Switzerland. Acta Orthopaedica Volume 88, Issue 5.
- NZZ 15.10.2018: Die freie Spitalwahl für Privatversicherte steht vor dem Aus. <https://www.nzz.ch/schweiz/die-freie-spitalwahl-fuer-privatversicherte-steht-vor-dem-aus-ld.1428498> [Stand: 18. Oktober 2018].
- NZZ 26.01.2017a: Richter reden bei der Spitalplanung mit, S. 13.
- NZZ 26.01.2017b: Finger weg von meinem Regionalspital. Das Schweizer Gesundheitssystem bleibt kleinteilig organisiert - und auch deshalb enorm teuer. S. 13.

NZZ 01.10.2004: Tiefere Kosten wegen Spitalschliessungen.

NZZ am Sonntag 5.3.2017: Spitäler stecken im Überlebenskampf. S. 29.

Oggier (2017): Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation, in: Oggier Willy, Pellanda Giorgio, Rossi Gianni R., 20 Jahre KVG: Rück- und Ausblick für die Rehabilitation, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132, Bern, 2017, S. 85 – 114.

Ostschweiz am Sonntag, 11.3.2018: Bei den Nachbarn operiert, S. 11.

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. Bern, Genf, Zürich: Berner Fachhochschule, Universität Genf, Universität Zürich.

Poledna, Tomas und Vokinger, Kerstin Noëlle (2014): Spitalsubventionen und neue Spitalfinanzierung: Ein Rechtsvergleich kantonalen Wirkens im Spannungsverhältnis von Wettbewerbsneutralität und kantonalen Autonomie. In: Jusletter 18. August 2014. http://jusletter.weblaw.ch/services/login.html?targetPage=http://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2014/766/spitalsubventionen-u_426f36268a.html_ONCE&handle=http://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2014/766/spitalsubventionen-u_426f36268a.html_ONCE

Polynomics (2016): Widmer, P, Telser, H., Uebelhart, T.: Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von comparis.ch. Olten: Polynomics. <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2016/krankenkasse/spitalregulierungsstudie/kantonale-spitalregulierung-2015>.

Polynomics (2013): Widmer, P.; Telser, H. (2013). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik. Studie im Auftrag von comparis.ch. Olten: Polynomics. <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2013/krankenkasse/spitalregulierung/kantonale-spitalregulierung.aspx>

PWC (2017): CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2017. Trends und Herausforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken. <http://www.pwc.ch/de/publications/2017/ceo-survey-spitalmarkt-schweiz-2017-de-web.pdf>

PWC (2016). Schweizer Spitäler: So gesund waren die Finanzen 2015. Vergleich der Schlüsselkennzahlen 2012 bis 2015 von 28 Schweizer Spitätern und 11 Schweizer Psychiatrien. https://www.pwc.ch/de/publications/2016/schweizer_spitaeler_finanzen%202015_de.pdf

PWC (2015): CEO Survey Spitalmarkt Schweiz 2015. Trends und Herausforderungen für Schweizer Spitäler und Kliniken. https://www.pwc.ch/de/publications/2015/pwc_spitalmarkt_schweiz_2015_d.pdf

Rütsche, Bernhard (2017): Rechtsgutachten: Zusatzversicherte Leistungen von Spitätern – Zulässigkeit und Grenzen medizinischer Leistungsdifferenzierungen. Im Auftrag der Privatkliniken Schweiz PKS. Luzern, 18. Juni 2017.

- Rütsche, Bernhard (2015): Rechtsgutachten zuhanden Privatkliniken Schweiz (PKS): Umsetzung des KVG in Bezug auf Privatspitäler. Im Auftrag der Privatkliniken Schweiz PKS. Luzern, 21. Oktober 2015.
- Rütsche, Bernhard (2011): Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung. Insbesondere zur Steuerung der Leistungsmenge im stationären Bereich, Bern 2011. Im Auftrag des Kantons Bern, handelnd durch das Generalsekretariat der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF).
- SAMW (2017): Fehlanreize führen zu unnötigen Knieoperationen. Die SAMW will Ärzteschaft und Patienten verstärkt sensibilisieren. Medienmitteilung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften vom 7. Juli 2017, Bern.
- SÄZ (2004): Kantonale Sparanstrengungen erfolgreich. Eine Replik. Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern. Schweizerische Ärztezeitung, 85: Nr. 47, Seite 2486.
- Sax, Anna; Iff Franziska (2016). Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit. Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung. Zürich.
- socialdesign (2016): Jörg, R., Ruffin, R.: Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive Bestandsaufnahme. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). 15. Juni 2016.
- St.Galler Tagblatt, 27.1.2017: Ein dichtes Netz, S. 19.
- Tagesanzeiger, 14.11.2017: Spital Affoltern ist akut bedroht, S. 17.
- Tagesanzeiger, 10.10.2017.pdf, Hohe Fallzahlen retten Leben, S. 44.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Universität Basel und B,S,S. (2014): Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem stationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor. Schlussbericht. Studie im Auftrag von FMH und H+.
- Vogt, Christian und Markus Weber (2015): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Soziale Sicherheit CHSS 3/2015: 131-135.
- Walder Wyss (2011): Rechtsgutachten Neue Spitalfinanzierung und Beschaffungswesen. Im Auftrag von: Interkantonales Organ für das öffentliche Beschaffungswesen (INöB), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Kommission „Beschaffungswesen Bund-Kantone“ (KBBK), Bau-, Planungs- und Umweltdirektoren-Konferenz (BPUK). Verfasst von H. R. Trüb und D. Zimmerli. 7. Dezember 2011.
- Widmer, P., Trottmann, M., Napierala, C., Hochuli, p., Telser, H., Reich, O. und Früh, M. (2017). Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und –verlagerungen im stationären Spitalbereich. 1. Teilstudie: Mengenausweitung unter SwissDRG. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Willisegger, Jonas und Blatter, Hannes (2017): Tarifverhandlungen im Schweizer Gesundheitswesen – Settings und Interaktionen. Concordia research – eine Schriftenreihe der Stiftung Krangen- und Unfallkasse Konkordia, Nr. 2.

Willisegger, Jonas und Blatter, Hannes (2016): Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Anreize. Concordia research – eine Schriftenreihe der Stiftung Krangen- und Unfallkasse Konkordia, Nr. 1.

Zimmerli, Daniel (2011): Unterstellung einer Beschaffung unter das Submissionsrecht: Ist über die Spitalliste wirklich zwingend im Submissionsverfahren zu entscheiden? In: Kriterium. Informationen zur Submissionspraxis. KöB Kommission für das öffentliche Beschaffungswesen des Kantons Zürich. Nr. 31/Dezember 2011.

Urteile des Bundesverwaltungsgerichts

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-4232/2014 vom 26. April 2016

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1966/2014 vom 23. November 2015

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6266/2013 vom 29. September 2015

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2389/2012 (C-1841/2014) vom 21. August 2015

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts BVGE 2014/36 E. 3.8 vom 11. September 2014
(resp. 2 Teilurteile C 2283/2013 und C 3617/2013)

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5576/2011 vom 2. Juni 2014

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts BVGE 2014/3 E 3.4.3 vom 7. April 2014 (resp. C-1698/2013)

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5647/2011 vom 16. Juli 2013

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7019/2011 vom 13. Juli 2012

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5601/2011 vom 13. Juli 2012

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-325/2010 vom 7. Juni 2012

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-397/2010 vom 7. Juni 2012

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6062/2007 vom 20. April 2010

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6124/2007 vom 3. Juni 2010

Anhang

A-1 Bestandsaufnahme Spitalplanung (Kantonsbefragung 2017)

A-1.1 Kantonale Versorgungsplanung

Letzte Durchführung der Spitalplanung

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
2010																			X							
2011																		X								
2012									X						X		X			X			X		X	X
2013										X																
2014	X																					X		X		
2015		X					X	X			X	X	X								X					
2016				X		X																				
2017			X		X									X		X										

Leistungsgruppen Akutsomatik

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) gemäss Empfehlungen der GDK	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Frührehabilitation Akut	X		X		X	X	X		X								X		X		X					X

Leistungsgruppen Rehabilitation

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	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	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	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	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	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		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	x	x	x	x	x
Paraplegiologische Rehabilitation			x		x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x		x	x		x		x
Rehabilitation Kinder und Jugendliche			x		x	x			x	x		x				x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Geriatrische Rehabilitation	x			x	x		x	x	x	x	x		x			x	x	x		x			x	x		
Andere			x																	x				x		
Keine differenzierte Kategorisierung															x											

Leistungsgruppen Psychiatrie

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Nach F-Diagnose		x	x					x	x					x		x	x		x	x	x				x	x
Kinder- und Jugendpsychiatrie (zusammen)			x	x			x		x	x	x					x		x	x		x	x		x	x	
Kinder- und Jugendpsychiatrie (separat)	x	x			x	x						x	x	x			x			x						x
Erwachsenenpsychiatrie der ersten Lebenshälfte			x			x	x	x			x					x								x		
Alterspsychiatrie	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x			x	x		x				x		x
Forensik	x		x	x	x	x				x		x		x		x				x						x
Suchtbehandlung	x	x	x		x	x		x		x		x		x		x	x	x		x					x	x
Andere	x		x	x	x	x		x		x	x	x	x					x		x	x					
Keine differenzierte Kategorisierung															x					x			x			

Prognosemodelle zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Akutsomatik																											
GD ZH		x	x	x		x			x	x						x	x	x	x		x	x			x	x	
Obsan / STATVD												x	x	x	x					x			x				
OVS							x				x													x			
Andere	x				x			x																			
Rehabilitation																											
GD ZH		x	x	x		x			x	x						x	x	x	x		x	x			x	x	
Obsan / STATVD												x	x	x	x					x			x				
OVS							x				x													x			
Andere	x				x			x																			
Psychiatrie																											
GD ZH			x	x		x				x						x		x	x		x				x	x	
Obsan / STATVD									x			x	x	x	x					x		x	x				
OVS							x				x													x			
Andere	x	x			x			x									x										

Analyse Zugang und Erreichbarkeit

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Berücksichtigung Versorgungsregionen																											
Akutsomatik	x			x			x											x					x	x			
Rehabilitation	x						x											x					x	x			
Psychiatrie	x			x			x											x					x	x			
Durchführung Erreichbarkeitsanalyse																											
Akutsomatik	x			x	x	x	x		x					x		x	x	x		x	x			x		x	
Rehabilitation	x					x	x		x					x												x	
Psychiatrie	x			x		x	x		x					x		x		x		x						x	

A-1.2 Erstellung Spitallisten und Vergabe Leistungsaufträge

Vorgehen bei Vergabe der Plätze auf der Spitalliste

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Akutsomatik																										
öffentliche Ausschreibung	x		x				x	x		x	x		x			x							x	x		x
Einladungsverfahren bestimmter Spitäler	x	x	x	x			x		x		x					x	x		x	x	x	x	x		x	
Direktvergabe an einzelne Spitäler		x	x					x				x		x	x		x	x		x		x	x			
Anhörung der Spitäler	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rehabilitation																										
öffentliche Ausschreibung	x		x				x			x	x		x			x							x	x		x
Einladungsverfahren bestimmter Spitäler	x	x	x	x			x		x		x					x	x		x	x	x	x	x		x	
Direktvergabe an einzelne Spitäler		x	x					x				x		x			x	x		x		x	x			
Anhörung der Spitäler	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Psychiatrie																										
öffentliche Ausschreibung	x		x				x				x		x			x							x	x		x
Einladungsverfahren bestimmter Spitäler	x	x	x	x			x		x	x	x					x	x		x	x	x	x			x	
Direktvergabe an einzelne Spitäler		x	x					x				x		x	x		x	x		x		x	x			
Anhörung der Spitäler	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x

Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Vergabe der Leistungsaufträge in der Akutsomatik

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Datengrundlage																											
Leistung- und Kostendaten nach VKL			x			x				x	x	x				x				x				x		x	
Kostendaten nach REKOLE		x		x									x				x				x						
Daten nach kantonalen Vorgaben	x							x															x				
andere Daten														x	x			x	x								
keine Datenauswertung					x																						
Keine Angabe							x		x													x				x	
Geografische Abdeckung der Datengrundlage																											
Gesamtschweizerisch			x			x				x												x	x	x			
regional (mehrere Kantone)												x	x				x										
Kantonal				x			x	x			x										x				x		x
andere Abdeckung																x										x	
Keine Datenauswertung	x	x			x				x					x	x			x	x								
Verwendung eines Benchmarks																											
Ja	x		x	x	x	x	x			x	x	x				x	x			x	x	x	x	x		x	
Nein								x	x				x	x	x			x								x	
Nicht bekannt		x																		x							

Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Vergabe der Leistungsaufträge in der Rehabilitation

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Datengrundlage																										
Leistungs- und Kostendaten nach VKL			x			x				x		x								x				x		x
Kostendaten nach REKOLE		x		x									x				x				x					
Daten nach kantonalen Vorgaben	x							x															x			
andere Daten							x									x						x			x	
keine Datenauswertung									x		x			x	x				x	x						
Keine Angabe					x																					
Geografische Abdeckung der Datengrundlage																										
gesamtschweizerisch			x			x				x						x					x	x				
regional (mehrere Kantone)												x	x				x									
Kantonal				x			x	x												x			x	x		x
andere Abdeckung																										x
Keine Datenauswertung	x	x			x				x		x			x	x				x	x						
Verwendung eines Benchmarks																										
Ja	x		x	x	x	x				x		x				x				x	x	x	x	x		x
Nein							x	x	x		x		x	x	x		x	x								x
Nicht bekannt		x																		x						

Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Vergabe der Leistungsaufträge in der Psychiatrie

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Datengrundlage																											
Leistungs- und Kostendaten nach VKL			x			x				x		x								x				x		x	
Kostendaten nach REKOLE				x									x				x				x						
Daten nach kantonalen Vorgaben	x							x								x							x				
andere Daten							x															x			x		
keine Datenauswertung		x							x		x			x	x				x	x							
Keine Angabe					x																						
Geografische Abdeckung der Datengrundlage																											
gesamtschweizerisch			x			x				x						x					x	x					
regional (mehrere Kantone)												x	x				x										
Kantonal				x			x	x													x			x	x		x
andere Abdeckung																										x	
Keine Datenauswertung	x	x			x				x		x			x	x				x	x							
Verwendung eines Benchmarks																											
Ja	x		x	x	x	x				x		x				x					x	x	x	x		x	
Nein							x	x	x		x		x	x	x		x	x							x	x	
Nicht bekannt		x																			x						

Vergleich von Qualitätskennzahlen bei Vergabe der Leistungsaufträge

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

Generelle Qualitätskriterien Akutsomatik

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	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

Generelle Qualitätskriterien Rehabilitation

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Konzeptionelle Grundlagen																					x					
Qualitätskonzept	x		x				x		x		x		x			x	x							x		x
Krankheits- bzw. störungsspezifisch auf- gebautes 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		

Leistungsspezifische Qualitätskriterien Rehabilitation

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH
Personalqualifikation	x		x				x		x		x					x				x	x			x		x
Notfalldienst	x		x				x		x		x					x				x				x		x
Leistungsgruppenspezifische Diagnostik, 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						

A-1.3 Interkantonale Kooperation

Formen der interkantonalen Kooperation (Zusammenstellung auf Basis socialdesign 2016, validiert/aktualisiert von den Kantonen)

Kanton	Zusammenarbeit mit ...	Beschreibung Zusammenarbeit
AG	BS, BL, SO (Nordwestschweiz)	<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
	BL, LU	– Freizügigkeitsabkommen zwischen den Kantonsspitalern Bruderholz, Liestal und dem kantonalen Spital Sursee-Wolhusen
	SH, SG, SZ, TG, ZG, ZH	– Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme
	LU	Kooperation zwischen Lups (Luzerner Psychiatrie) und... <ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG) – Nische (Wohn- und Arbeitsraum, Zofingen) – AZB (Arbeitszentrum für Behinderte, Stregelbach) – Borna (Arbeits- und Wohngemeinschaft, Rothrist)
AI	AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH (GDK-Ost)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisationen – Koordination der Spitalisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt – Rundtischgespräche des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen
AR	AI, GL, GR, SG, SH, TG, ZH (GDK-Ost)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisationen – Koordination der Spitalisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt
	GDK	– Berücksichtigung der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung
	AI, SG, TG	<ul style="list-style-type: none"> – Rundtischgespräche des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen: – Koordinationsbestrebungen im Versorgungsbereich Rehabilitation zwischen den Kantonen (Projekt Gemeinsame Spitalplanung Rehabilitation GDK-Ost und AG)
BE	Nachbarkantone	<ul style="list-style-type: none"> – Regelmässiger Austausch auf Verwaltungsebene mit Nachbarkantonen; – Konsultation von Versorgungsplanung mit Nachbarkantonen
BL	AG, BS, SO (Nordwestschweiz)	<ul style="list-style-type: none"> – geplante gemeinsame Erarbeitung der Grundlagen für die leistungsorientierte Bedarfsplanung – geplanter gemeinsamer Kriterienkatalog für die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste – Gemeinsames Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz
	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 sowie September 2016 – Volle Freizügigkeit betreffend die Spitäler auf den Spitalisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie der beiden Kantone per 1.1.2014

Kanton	Zusammenarbeit mit ...	Beschreibung Zusammenarbeit
BS	AG, BL, SO (Nordwestschweiz)	<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
	BL	<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 Spitallisten Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie der beiden Kantone per 1.1.2014
FR	VD	– Hôpital Intercantonal de la Broye avec Estavayer-le-Lac (FR) et Payerne (VD)
	ZH	<p>Unterstützungsvereinbarung GD ZH und GesA (Amt für Gesundheit des Kantons Freiburg)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ordnung der Freiburger Daten nach dem Modell der SPLG – Bereitstellung zu Gunsten des GesA der Referenztabellen für die Berechnung der Leistungsgruppenentwicklung in den drei Versorgungsbereichen <p>weitere Kantone: bei Kantonen mit relevanten interkantonalen Patientenströmen erfolgte der Austausch interkantonomer Patientenströme, ein Abgleich des Bedarfs und eine Koordination der Leistungsaufträge.</p>
	VS	– Collaboration SSP (Service de la santé publique) et OVS (Observatoire Valaisain de la Santé) pour la planification des besoins et la supervision de la calculation du développement des groupes de prestations
GE	keine Kooperation	
GL	AI, AR, GR, SG, SH, TG, ZH (GDK-Ost)	<p>Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisatione – Koordination der Spitalisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt – Weitere Regelungen
GR	AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH (GDK-Ost)	<p>Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisatione – Koordination der Spitalisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt – Weitere Regelungen
JU	keine Kooperation	
LU	AG	<p>Kooperation zwischen lups (Luzerner Psychiatrie) und...</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychiatrische Dienste Aargau (PDAG) – Nische (Wohn- und Arbeitsraum, Zofingen) – Kanton Aargau (Spitalliste) – AZB (Arbeitszentrum für Behinderte, Strengelbach) – Borna (Arbeits- und Wohngemeinschaft, Rothrist)
	NW, OW	<p>Kooperation zwischen lups (Luzerner Psychiatrie) und...</p> <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung- und Strafgefängnis Stans – Kanton Nidwalden (Spitalliste) – LUNIS (Spitalregion Luzern/Nidwalden) – Projekt Lups-ON (gemeinsame Psychiatrie)

Kanton	Zusammenarbeit mit ...	Beschreibung Zusammenarbeit
NE	Keine Kooperation	
NW	LU	Kooperation zwischen Lups (Luzerner Psychiatrie) und... <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung- und Strafgefängnis Stans – Kanton Nidwalden (Spitalliste) – Projekt LUNIS (Spitalregion Luzern/Nidwalden)
	LU, OW	– Projekt Lups-ON (gemeinsame Psychiatrie)
OW	LU, NW	– Projekt Lups-ON (gemeinsame Psychiatrie)
SG	AI, AR, GL, GR, SH, TG, ZH (GDK-Ost)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisationen – Koordination der Spitallisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt – Weitere Regelungen
	AG, SH, SZ, TG, ZG, ZH	– Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme
	AI, AR, TG	– Rundtischgespräche des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen,
	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
		– Einladung zur Anhörung der Kantone der GDK-Ost im Rahmen der Vernehmlassung der Spitallisten-Erlasse
SH	AI, AR, GL, GR, SG, TG, ZH (GDK-Ost)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisationen – Koordination der Spitallisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt – Weitere Regelungen
	AG, SG, SZ, TG, ZG, ZH	– Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme
SO	AG, BS, BL (Nordwestschweiz)	– 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
SZ	UR, ZG	Psychiatriekonkordat <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
TG	AI, AR, GL, GR, SG, SH, ZH (GDK-Ost)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonaler Hospitalisationen – Koordination der Spitallisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag in der Regel erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt
	SG, AI, AR, FL, TG	– Rundtischgespräche des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen

Kanton	Zusammenarbeit mit ...	Beschreibung Zusammenarbeit
	GDK	– Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme; Diskussion der Modellversuche in der Psychiatrie in Koordination
TI	Keine Kooperation	
UR	SZ, ZG	Psychiatriekonkordat – 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 den Konkordatsrat z.H. der Kantonsregierungen
VD	FR	– Hôpital Intercantonal de la Broye avec Estavayer-le-Lac (FR) et Payerne (VD)
	VS	– Hôpital intercantonal Riviera-Chablais, Vaud-Valais – Collaboration entre CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) et hôpital SUVA, Sion
	Cantons romands	– Coordination générale et quotas aux cliniques privées
VS	VD	– Hôpital intercantonal Riviera-Chablais, Vaud-Valais – Vernehmlassung der Bedarfsanalyse und der Spitalliste im Kanton Waadt
	BE	– Vernehmlassung der Bedarfsanalyse im Kanton Bern
ZG	UR, SZ	Psychiatriekonkordat – 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 den Konkordatsrat z.H. der Kantonsregierungen
	AG, SH, SG, SZ, TG, ZH	– Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme
ZH	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG (GDK-Ost)	Ostschweizer Spitalvereinbarung vom 17. August 2011 – Koordination der Spitalplanung auf Basis einheitlicher medizinischer Leistungsgruppen und unter Einbezug ausserkantonalen Hospitalisationen – Koordination der Spitalisten nach dem Grundsatz, dass an ausserkantonale Leistungserbringer ein Leistungsauftrag in der Regel erteilt wird, wenn dieser mindestens 10% an ausserkantonalen Hospitalisationen aus GDK-Ost-Kantonen aufweist und mindestens 10% der Behandlungen des planenden Kantons erbringt – Weitere Regelungen
	FR	– Rundtischgespräche des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) zur Klärung von Strategie- und Finanzierungsfragen
	AG, SH, SG, SZ, TG, ZG	– Interkantonale Abstimmung der Psychiatrieplanung und Auswertung der interkantonalen Patientenströme; Gemeinsame Reha-Planung GDK-Ost und Kt. AG (laufendes Projekt)

Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung (von den Kantonen in der Befragung 2017 ausgefüllt)

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Akutsomatik																											
Gemeinsame Erarbeitung	x				(x)	x												x									
Anhörung bzw. Absprache		x	x	x			x		x	x		x		x	x	x	x			x		x	x	x	x	x	x
keine Zusammenarbeit								x			x		x						x		x						
Rehabilitation																											
Gemeinsame Erarbeitung	x				(x)	x												x									
Anhörung bzw. Absprache		x	x	x			x		x	x		x		x		x	x			x		x	x	x	x	x	x
keine Zusammenarbeit								x			x		x		x				x		x						
Psychiatrie																											
Gemeinsame Erarbeitung	x				(x)	x						x		x	x			x	x			x				x	
Anhörung bzw. Absprache		x	x	x			x	x	x	x						x				x			x	x			x
keine Zusammenarbeit											x		x					x			x						

Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erstellung der Spitallisten (von den Kantonen in der Befragung 2017 ausgefüllt)

	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Akutsomatik																											
Gemeinsame Erarbeitung																											
Anhörung bzw. Absprache	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x			
keine Zusammenarbeit								x													x					x	x
Rehabilitation																											
Gemeinsame Erarbeitung																							x				x
Anhörung bzw. Absprache	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x		x			x		
keine Zusammenarbeit								x							x						x					x	
Psychiatrie																											
Gemeinsame Erarbeitung															x				x			x	x				
Anhörung bzw. Absprache	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x						x	
keine Zusammenarbeit																					x				x		x

A-1.4 Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben und Aufnahmepflicht

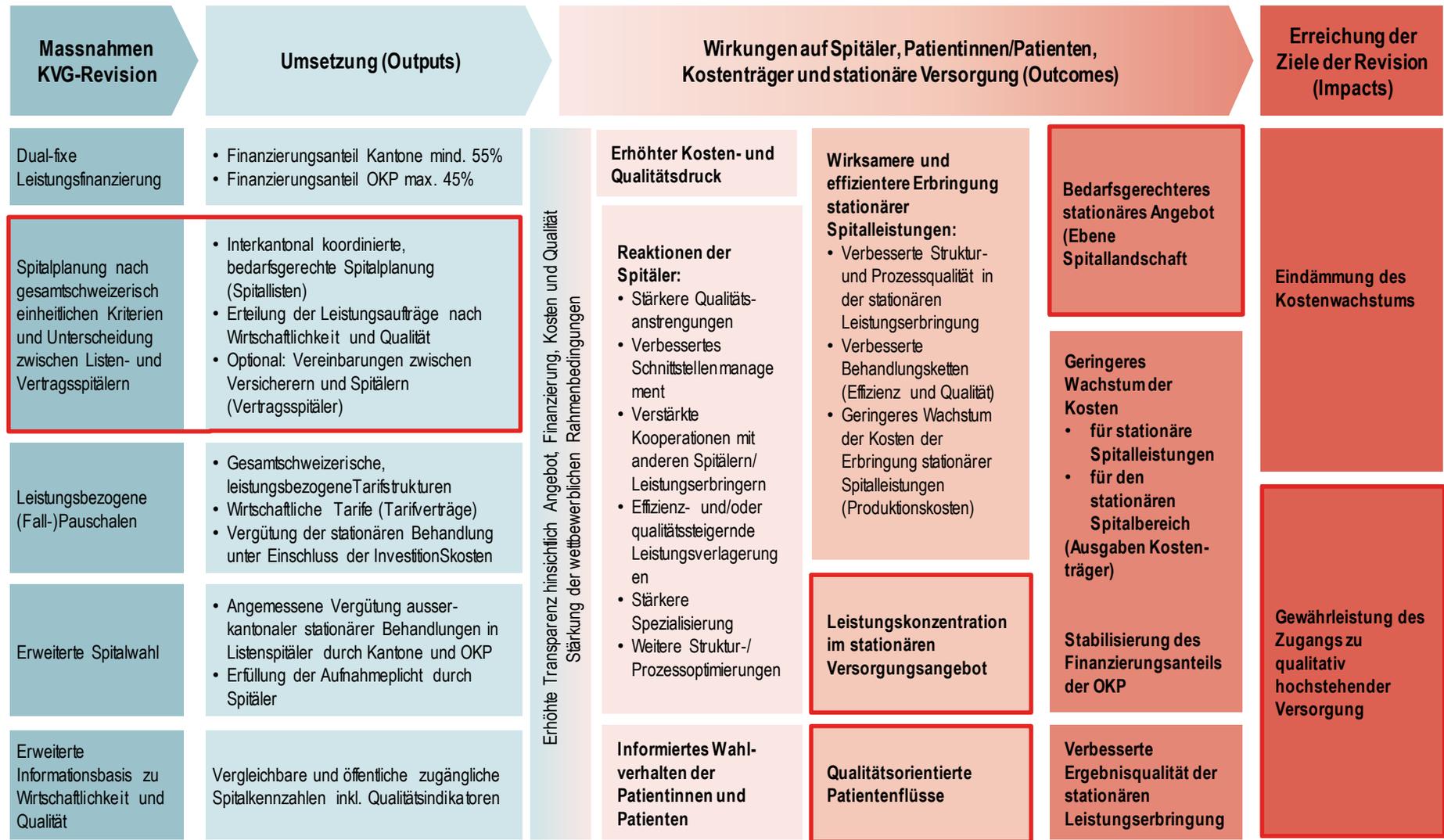
Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben gemäss Leistungsauftrag

Antworten aus Kantonsbefragung	Anz. Kantone
(Punktuelle) Kontrollen bei Hinweisen resp. in Einzelfällen, einmal zusammen mit Prüfung von Kostengutsprachen und Rechnungen (Stichproben)	4
Überprüfung: Medizinische Statistik (jährlich), je einmal zusätzlich – direkter Austausch mit den Listenspitälern – jährliche Überprüfung einer spezifischen Qualitätsanforderung	4
Bewerbungsverfahren: Selbstdeklaration und – jährliche Gespräche zu Mindestfallzahlen, minimale Fallzahlen, Qualität etc. – punktuelle Überprüfungen – Kontrollen bei Hinweisen	3
Bewerbungsverfahren: Einhaltung wird von Spitälern bestätigt und: – Überprüfung der Dossiers – anschliessend Plausibilisierung und z.T. Validierung vor Ort	2
Bewerbungsverfahren: Überprüfung Eignungskriterien, Vergleich Zuteilungskriterien bei drohendem Überangebot	1
Prüfung auf Basis von Dokumenten (einmal spezifisch bzgl. Qualität und Wirtschaftlichkeit)	2
Ex-post Controlling	1
Halbjährliche Kontrolle der erbrachten Leistungsgruppen.	1
Leistungscontrolling elektronisch und vor Ort; Audits; Kontrollen bei Hinweisen	1
Mindestfallzahlen	1
Sitzungen der Begleitgruppe sowie Kontrolle von Rechnungen, Buchhaltung und Qualität	1
Überprüfung der Fallzahlenstatistik und deren Verteilung auf die einzelnen Leistungsgruppen; Überprüfung der Spitalrechnungen auf Einhaltung Leistungsauftrag.	1
Überprüfung der strukturellen und Qualitätskriterien (Kantonsarzt)	1
Überprüfung der Vorgaben: Qualität (z.B. Mindestfallzahlen), Versorgungsrelevanz (Anzahl Fälle und Pflgetage), Wirtschaftlichkeit, Vorhandensein von notwendigen Anforderungen (Konzepte, personelle und infrastrukturelle Anforderungen etc.).	1
Überprüfung: bei jährlicher Revision vor Ort.	1
Überprüfung: jährlich (contrôle administratif, revue de dossiers, gestion des quantités)	1

Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmepflicht

	Anz. Kantone
Bei Beschwerden/Meldungen	12
Beschwerdestelle	5
Statistik: Anteil Patienten mit / ohne Zusatzversicherung	5
Selbstdeklaration der Spitäler	2
Warnsystem bei Engpässen	1
Im Rahmen der Aufsichtsfunktion.	1
Jährliche Revision vor Ort	1
Medizinische Statistik	1
Keine Prüfung	1

A-2 Modell der erwünschten Umsetzung und Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung



Einflussfaktoren ausserhalb KVG-Revision Spitalfinanzierung:

Demografische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt, relevante Änderungen anderer gesetzlicher Rahmenbedingungen, Anwendung Globalbudgets (Art 51 Abs. 1 KVG), weitere Faktoren

Figur 19: Wirkungsmodell der KVG-Revision. Aspekte des Themenbereichs Spitallandschaft sind rot umrandet. Quelle: Projektdokument BAG vom 21. Juni 2018

A-3 Operationalisierungstabelle Evaluationsfragestellungen

Nr.	Evaluationsfragestellungen	Indikatoren / Operationalisierung	einmalige Dokumentenanalyse	kontinuierliches Dokumentenscreening	schriftliche Befragung der Kantone	Fokusgruppen mit Kantonen	Befragung Spitäler und Kliniken	Sekundärdatenanalyse	Koordination mit weiteren Themenbereichen
I. Welchen Einfluss haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung auf das Versorgungsangebot?									
1.1	Welche Prozesse mit welchen Kriterien existieren zur kantonalen Spitalplanung?	Beschreibung der Prozesse und verwendeten Kriterien nach Kanton: – Leistungsgruppensystematik – Bedarfsermittlung – Einbezug privater Trägerschaften bzw. Bewerbungsverfahren – Interkantonale Koordination – Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien (Wirtschaftlichkeit, Qualität, Mindestfallzahlen, Erreichbarkeit, Versorgungsrelevanz) – Berücksichtigung Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen in den kantonalen Planungsprozess – Motive zur Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler auf der Spitalliste – Ressourceneinsatz der Kantone für die Bedarfserhebung und Planung	x	(x)	x	(x)			
1.2	Inwiefern sind die Prozesse und Kriterien der Spitalplanung, deren Umsetzung in bedarfsgerechte Spitallisten und der Wettbewerb um die Spitalistenplätze zweckmässig?	Beurteilung der einzelnen Prozesse und Kriterien der kantonalen Spitalplanungen, deren Umsetzung in bedarfsgerechte Spitallisten und des Wettbewerbs um die Spitalistenplätze hinsichtlich ihrer Zweckmässigkeit			x	(x)	x		
1.3	Inwiefern haben sich seit der Revision die Unterschiede zwischen den kantonalen Planungskonzepten verringert sowie das Kooperationsverhalten der Kantone verändert?	Beurteilung Einfluss der Revision auf die kantonalen Planungskonzepten und Kooperationsverhalten der Kantone	x	(x)	x	x			
1.4	Inwiefern hat sich seit der Revision ein Markt mit Leistungen gemäss separaten Verträgen zwischen Leistungserbringern und Versicherern (Vertragsspitäler) entwickelt? Inwiefern hat sich die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitäler bewährt?	Beschreibung des Marktanteils der Vertragsspitäler, Anteil «Vertragsmarkt» im Verhältnis zum «Listenmarkt» Beurteilung des Stellenwerts des Vertragsmarktes gegenüber des Listenmarkts					x		
1.5	Inwiefern hat sich die Umsetzung des Instruments der Leistungsauf-	Beschreibung des Instruments der Leistungsaufträge (inkl. Ausschlaggebende		x	x		x		

Nr.	Evaluationsfragestellungen	Indikatoren / Operationalisierung	einmalige Dokumentenanalyse	kontinuierliches Dokumentenscreening	schriftliche Befragung der Kantone	mit Fokusgruppen mit Kantonen	Befragung Spitäler und Kliniken	Sekundärdatenanalyse	Koordination mit weiteren Themenbereichen
	träge seit der Revision bewährt? Welche Kriterien sind ausschlaggebend für die (Nicht-)Erteilung eines Leistungsauftrages?	Kriterien für die (Nicht-)Erteilung eines Leistungsauftrags) Beurteilung des Instruments der Leistungsaufträge							
1.6	Wie wird der Einfluss der Prozesse und Kriterien der Spitalplanung auf die Optimierung der Versorgung beurteilt?	Beurteilung Einfluss der verschiedenen Prozesse und Kriterien der Spitalplanungen auf den Zugang zu stationären Leistungen, die Spezialisierung und Konzentration sowie das bedarfsgerechte Angebot			x	x	x		
1.7	Wie wird der Einfluss des «Vertragsmarkts» auf die Optimierung der Versorgung beurteilt?	Beurteilung Einfluss des «Vertragsmarkts» auf den Zugang zu stationären Leistungen, die Spezialisierung und Konzentration sowie das bedarfsgerechte Angebot					x		
1.8	Inwiefern besteht Optimierungspotenzial hinsichtlich der Erarbeitung der Spitalplanung?	Beschreibung des Optimierungspotenzials bestehender Prozesse Beschreibung des Bedarfs an weiteren Grundlagen des Bundes oder der Kantone				x			
II. Wie beeinflussen die Veränderungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen das Versorgungsangebot?									
2.1	Inwiefern ist das leistungsbezogene (Fall-)Pauschalensystem zweckmässig?	Beschreibung und Beurteilung des leistungsbezogenen (Fall-) Pauschalensystem							Erhebung erfolgt durch TB Kosten und Finanzierung.
2.2	Wie gestaltet sich die Vorgehensweise der Kantone bei der Genehmigung und Festsetzung der Basisfallpreise?	Beschreibung der Vorgehensweise zur Genehmigung und Festsetzung der Basisfallpreise (inkl. Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Preisübersichters und der GDK)							Erhebung erfolgt durch TB Kosten und Finanzierung.
2.3	Inwiefern wird die Einhaltung der Aufnahmepflicht für OKP-Versicherte (mit Wohnsitz im Standortkanton und mit ausserkantonalem Wohnsitz) in den Listenspitälern überprüft?	Beschreibung der Überprüfung (inkl. Kriterien) der Einhaltung der Aufnahmepflicht in Listenspitälern Beurteilung der Überprüfung (inkl. Kriterien)			x				
2.4	Inwiefern funktionieren die verschiedenen Vergütungsmechanismen (Listenspitäler innerkantonal, Listenspitäler ausserkantonal, Vertragsspitäler)?	Beschreibung der Vergütungsmechanismen und Gründe für Unregelmässigkeiten/Probleme Beurteilung der Vergütungsmechanismen							Erhebung zu den verschiedenen Vergütungsmechanismen erfolgt durch TB Kosten und Finanzierung.

Nr.	Evaluationsfragestellungen	Indikatoren / Operationalisierung	einmalige Dokumentenanalyse	kontinuierliches Dokumentenscreening	schriftliche Befragung der Kantone	mit Fokusgruppen mit Kantonen	Befragung Spitäler und Kliniken	Sekundärdatenanalyse	Koordination mit weiteren Themenbereichen
2.5	Inwiefern hat sich die Transparenz bezüglich Planungsinstrumente in den Kantonen seit der Revision verbessert?	Beschreibung und Beurteilung der Transparenz bezüglich Planungsinstrumente (Spitalkennzahlen/Benchmarks)		(x)	x				
2.6	Inwiefern verändern sich seit der Revision die Patientenströme zwischen Kantonen? Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung?	Beschreibung – Entwicklung Abflusses, Zustrom, Market-Share-Index, Absolut-Saldo, Exportindex, Lokalisationsindex von Patienten je Leistungsbereich (SPLG/ Psych/ Reha) je Geschlecht/ Altersgruppe/ Nationalität/ Klasse/ Eintrittsart/ Sprachregion – Entwicklung Bettenanzahl je Kanton in Bezug zu Einwohnern (getrennt nach Versorgungsbereich) Beurteilung des Einflusses Revision auf Patientenflüsse			(x)	(x)	(x)	x	
2.7	Wie wird der Einfluss des leistungsbezogenen (Fall-) Pauschalensystem auf die Optimierung der Versorgung beurteilt?	Beurteilung Einfluss des leistungsbezogenen (Fall-)Pauschalensystems auf den Zugang zu stationären Leistungen, die Spezialisierung und Konzentration sowie das bedarfsgerechte Angebot			x	(x)			
2.8	Wie wird der Einfluss der erweiterten Spitalwahl auf die Optimierung der Versorgung beurteilt?	Beurteilung Einfluss der erweiterten Spitalwahl auf den Zugang zu stationären Leistungen, die Spezialisierung und Konzentration sowie das bedarfsgerechte Angebot			x	(x)			
2.9	Wie wird der Einfluss von Veränderungen der Transparenz auf die Optimierung der Versorgung beurteilt?	Beurteilung Einfluss der Veränderungen der Transparenz auf den Zugang zu stationären Leistungen, die Spezialisierung und Konzentration sowie das bedarfsgerechte Angebot			x	(x)			
III Wie entwickelt sich die stationäre Versorgung im «Spannungsfeld» von Spitalplanung und Wettbewerb?									
3.1	Wie haben sich die wettbewerblichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer seit der Revision entwickelt?	Beschreibung (u.a. Regulierungsindex) und Einschätzung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer		x					

Nr.	Evaluationsfragestellungen	Indikatoren / Operationalisierung	einmalige Dokumentenanalyse	kontinuierliches Dokumentenscreening	schriftliche Befragung der Kantone	Fokusgruppen mit Kantonen	Befragung Spitäler und Kliniken	Sekundärdatenanalyse	Koordination mit weiteren Themenbereichen
3.2	Wie stellt sich die Spitallandschaft in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie seit der Revision dar?	Beschreibung: – Anzahl Betriebe pro Spitaltyp – Anzahl Standorte pro Spitaltyp – Anzahl Betriebe pro Spitaltyp pro Standortkanton – Anzahl Standorte pro Spitaltyp pro Standortkanton – Entwicklung Bettenanzahl CH – Entwicklung Bettenanzahl CH pro Spitaltyp – Entwicklung Bettenanzahl pro Standortkanton pro Spitaltyp – Entwicklung Austritte CH pro Spitaltyp – Entwicklung Austritte pro Standortkanton pro Spitaltyp – Entwicklung Anzahl Pflage tage CH pro Spitaltyp – Entwicklung Anzahl Pflage tage pro Kanton pro Spitaltyp – Entwicklung Bevölkerung (ständige Wohnbevölkerung) CH – Entwicklung Bevölkerung (ständige Wohnbevölkerung) pro Kanton					x		

Nr.	Evaluationsfragestellungen	Indikatoren / Operationalisierung	einmalige Dokumentenanalyse	kontinuierliches Dokumentenscreening	schriftliche Befragung der Kantone	mit Fokusgruppen Kantone	Befragung Spitäler und Kliniken	Sekundärdatenanalyse	Koordination mit weiteren Themenbereichen
3.3	Wie können das Leistungsspektrum und das Leistungsvolumen von Spitälern seit der Revision beschrieben werden?	<p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung Austritte je SPLG CH pro Spitaltyp (Akutsomatik) – Entwicklung Austritte je SPLG pro Kanton pro Spitaltyp (Akutsomatik) – Entwicklung Austritte je Rehagruppe CH pro Spitaltyp (Rehabilitation) – Entwicklung Austritte je Rehagruppe pro Kanton pro Spitaltyp (Rehabilitation) – Entwicklung Austritte je Psychiatrie-Gruppe CH pro Spitaltyp (Psychiatrie) – Entwicklung Austritte je Psychiatrie-Gruppe pro Kanton pro Spitaltyp (Psychiatrie) – Marktanteile je Spitaltyp Austritte an Gesamtfällen CH Akutsomatik – Marktanteile je SPLG Austritte an Gesamtfällen CH Akutsomatik – Marktanteile je Spitaltyp Austritte an Gesamtfällen CH Rehabilitation – Marktanteile je Rehagruppe Austritte an Gesamtfällen CH Rehabilitation – Marktanteile je Spitaltyp Austritte an Gesamtfällen CH Psychiatrie – Marktanteile je Psych-gruppe Austritte an Gesamtfällen CH Psychiatrie <p>Beurteilung Einfluss Revision auf Leistungsspektrum und Leistungsvolumina der Spitäler</p>			x		x	x	
3.4	Gibt es seit der Revision eine Zunahme der Spezialisierung? Zeichnen sich Konzentrationsprozesse ab?	<p>Beschreibung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je SPLG CH (Akutsomatik) => ITI – Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Rehagruppe CH (Rehabilitation) => ITI – Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Psychiatrie-Gruppe CH (Psychiatrie) => ITI – Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je SPLG pro Region (Akutsomatik) => ITI – Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Rehagruppe pro Region (Rehabilitation) => ITI – Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Psychiatrie-Gruppe pro 		x	x	x	x	x	

Nr.	Evaluationsfragestellungen	Indikatoren / Operationalisierung	einmalige Dokumentenanalyse	kontinuierliches Dokumentenscreening	schriftliche Befragung der Kantone	mit Fokusgruppen mit Kantonen	Befragung Spitäler und Kliniken	Sekundärdatenanalyse	Koordination mit weiteren Themenbereichen
		Region (Psychiatrie) => ITI Beurteilung Einfluss Revision auf Spezialisierung und Konzentrationsprozesse							
3.5	Inwiefern verändert sich seit der Revision der Zugang zu stationären Leistungen infolge der Konzentration in der Spitallandschaft?	Beschreibung: Anteil der (kantonalen) Bevölkerung, welche das nächstgelegene Spital in 10, 20, 30 oder mehr Minuten erreicht (generell und zusätzlich für zeitkritische Indikatoren)			x	x	x	x	
3.6	Inwiefern haben sich unerwünschten Wirkungen mit Blick auf Spitallandschaft und Versorgung seit der Revision ergeben?	Beschreibung unerwünschter Wirkungen, insb. Mengentwicklungen bei einzelnen stationären Spitalleistungen und Patientenselektion Beurteilung Einfluss Revision auf unerwünschte Wirkungen			x	x	x	x	Analyse einiger «unerwünschten Wirkungen» durch TB Qualität
3.7	Inwiefern haben weitere, externe Faktoren die Spitallandschaft und die Versorgung beeinflusst?	Beschreibung der Veränderung der Spitallandschaft und Versorgung durch weitere, externe Faktoren.		X		x			
IV. Synthese, Optimierung und Handlungsbedarf									
4.1	Inwiefern ist eine Optimierung der Spitallandschaft seit der Revision im Sinne eines bedarfsgerechteren stationären Angebots feststellbar?	Beschreibung möglicher Optimierung der Spitallandschaft	Synthese Resultate sämtlicher Erhebungsmethoden						
4.2	Inwiefern sind die Entwicklungen von I), II) und III) im Hinblick auf die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Revision zu beurteilen (Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung; Eindämmung des Kostenwachstums)?	Beschreibung der Entwicklungen von I), II), III)	Synthese Resultate sämtlicher Erhebungsmethoden						
4.3	Inwiefern lässt sich weiterer Handlungsbedarf für Bund und Kantone ableiten?	Beschreibung eines möglichen Handlungsbedarfs für Bund und Kantone	Synthese Resultate sämtlicher Erhebungsmethoden						

Tabelle 27: Übergeordnete Fragestellungen und spezifische Evaluationsfragestellungen

A-4 Erläuterungen zum methodischen Vorgehen

A-4.1 Dokumentenanalyse

Einmalige, zu Beginn des Mandats durchgeführte Analyse		
Grundlagen und Spital- und Strukturplanungen	Inhalte	Aufarbeitung Bestandsaufnahme der Spitalplanung
	Evaluationsfragestellungen (EF)	1.1, 1.3, 1.4, 1.5
	Untersuchte Dokumente	Konzept- und Machbarkeitsstudie von socialdesign (Kap. 2.); Spital- und Strukturplanungen einzelner Kantone (punktuell)
	Methodisches Vorgehen	Die Inhalte von Kapitel 2 der Konzept- und Machbarkeitsstudie wurden systematisch erfasst. Zur Ergänzung wurden die Spital- und Strukturplanungen einzelner Kantone punktuell beigezogen. Die Ergebnisse sind in die Befragung der Kantone eingeflossen und wurden somit validiert, aktualisiert und ergänzt.
Gesetzliche Grundlagen	Inhalte	Aufarbeitung Bestandsaufnahme der Spitalplanung
	EF	1.1
	Untersuchte Dokumente	KVG, KVV, Kantonale Gesetze und Verordnungen zur Einführung des KVG
	Methodisches Vorgehen	Kantonale Gesetze und Verordnungen wurden auf den Begriff «Spitalplanung» geprüft (Stichwortsuche) und die Ergebnisse systematisch erfasst. Die Ergebnisse sind in die Befragung der Kantone eingeflossen und wurden somit validiert, aktualisiert und ergänzt.
Kontinuierliches, über die Laufzeit des Mandats andauerndes Dokumentenscreening		
Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts	Inhalte	Erhebung zur Präzisierung und Weiterentwicklung der Spitalplanungen und weiterer Aspekte (Leistungsaufträge, Aufnahme-pflicht, Festlegung Basisfallpreise)
	Evaluationsfragestellungen	1.3, 1.4, 1.5, 2.2, 2.3
	Untersuchte Dokumente	Liste der GDK, vgl. https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=972
	Methodisches Vorgehen	Die Gerichtsentscheide wurden auf folgende Begriffe geprüft (Stichwortsuche): – Spitalplanung, Sicherstellung, medizinische Versorgung, Tarifvertrag, Zulassungsbedingungen, Leistungsauftrag, Bedürfnisnachweis, Aufnahmepflicht, wettbewerbliche Rahmenbedingungen, Kantonale Erlasse Art. 45/ 49/ 55/ 49/ KVG
Kontinuierliches, über die Laufzeit des Mandats andauerndes Dokumentenscreening		
Presse	Inhalte	Erhebung der Weiterentwicklung der Spitalplanungen und weiterer Aspekte (Leistungsaufträge, Aufnahmepflicht, Festlegung Basisfallpreise)
	EF	1.3,1.4, 1.5, 2.2, 2.3, 3.4
	Untersuchte Dokumente	Artikel aus Pressespiegel seitens BAG
	Methodisches Vorgehen	Die Artikel wurden auf folgende Begriffe geprüft (Stichwortsuche): – Spitalplanung, kantonale Planungskonzepte, Kooperationsverhalten, Vertragsspitäler, Leistungsaufträge, Leistungserbringung, Basisfallpreise, Aufnahmepflicht, Vergütungsmechanismen, Wettbewerb/ wettbewerbliche Rahmenbedingungen, Konzentrationsprozesse, Zunahme Spezialisierungen
Begleit-	Inhalte	Erhebung Erkenntnisse zum Einfluss der KVG-Revision auf die

forschung		Spitallandschaft und das Versorgungsangebot
	EF	2.1, 2.5
	Untersuchte Dokumente	BAG-Publikationen und weitere, einschlägige Publikationen zur Schweizer Spitallandschaft, vgl. Literaturverzeichnis.
	Methodisches Vorgehen	Sichtung der Zusammenfassungen

Tabelle 28: Dokumentenanalyse

A-4.2 Befragung der Kantone

Erster Teil: Erhebung von Informationen (Mitte August – Ende Oktober 2017)	
Inhalt	Validierung, Aktualisierung, Vervollständigung und Ergänzung von Informationen zur Spitalplanung der Kantone und weiterer Aspekte (Vertragsspitäler, Leistungsaufträge)
EF	1.1, 1.4, 1.5, 2.2, 2.3, 2.4
Stichprobe	Alle Kantone: Ansprechpersonen für die Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie im Amt, Departement oder in der Direktion für Gesundheit.
Fragentyp	Fragen, die mit Kennzahlen, Stichworten oder kurzen Sätzen beantwortet werden können; bereits vorhandene Informationen aus der Studie socialdesign werden abgebildet.
Methodisches Vorgehen	Implementierung in Excel (gleiches Dokument wie zweiter Teil); Differenzierung zwischen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie mit Möglichkeit, dass Fragen durch unterschiedliche Personen beantwortet werden können; Übersetzung auf Französisch
Zweiter Teil: Erhebung von standardisierter Beurteilungen (Mitte August – Ende Oktober 2017)	
Inhalt	Erhebung von Beurteilungen der KVG-Revision und Entwicklungen der Spitallandschaft mit Blick auf die wettbewerblichen Rahmenbedingungen sowie des Spannungsfelds zwischen Wettbewerb und Spitalplanung
EF	1.2-1.7, 2.3, 2.4, 2.6-2.9, 3.3-3.6
Stichprobe	Alle Kantone (zusammen mit Teil 1)
Fragentyp	Standardisierte Fragen, mit geschlossenen Antworten
Methodisches Vorgehen	Implementierung in Excel (gleiches Dokument wie erster Teil); Differenzierung zwischen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie mit Möglichkeit, dass Fragen durch unterschiedliche Personen beantwortet werden können; Übersetzung auf Französisch
Dritter Teil: Erhebung von qualitativen Einschätzungen (März 2018)	
Inhalt	Qualitative Einschätzungen zur KVG-Revision, zu Entwicklungen der Spitallandschaft, zu Handlungsbedarf und zu Verbesserungsvorschlägen
EF	1.3, 1.6-1.8, 2.6-2.9, 3.3-3.6
Stichprobe	15 Kantone: Mitglieder der AG Spitalplanung, die an der AG-Sitzung vom 21. März 2018 teilnahmen (2 Diskussionsgruppen à 7 resp. 8 Personen, zufällige Verteilung auf die beiden Gruppen).
Fragentyp	Offene Fragen
Methodisches Vorgehen	Fokusgruppen

Tabelle 29: Angaben zu den drei Befragungsteilen der Befragung der Kantone

A-4.3 Datenanalysen

Nachstehend erfolgt eine Zusammenfassung des jeweiligen methodischen Vorgehens in tabellarischer Form. Abschliessend werden die Definitionen der Versorgungsbereiche und Leistungsbereiche sowie der gewählten Untersuchungsperioden dargelegt.

Methodisches Vorgehen	
Datengrundlage insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Statistik der Krankenhäuser BFS (MS) 2010-2016 - Verknüpfung des TYPOL- und GEO-Datensatzes durch das BFS - Krankenhausstatistik 2010-2016 - STATPOP (ständige Wohnbevölkerung der Schweiz) - bereits publiziertes Datenmaterial (Kennzahlen der Schweizer Spitäler des BAG, Standardtabellen zur Krankenhausstatistik)
Methodischen Vorgehen	<p>Statistisch-deskriptive Analysen. Auswertungen erfolgen mittels SPSS, Excel und D3.js</p>
Entwicklung der Anzahl Spitäler und Standort	<p>Die Zählung der Spitäler (Betrieben und Standorten) basiert auf der Medizinischen Statistik und schloss lediglich Betriebe und Standorte ein, die pro Jahr und Versorgungsbereich mindestens 30 Austritte hatten. Da Standorte in mehreren Versorgungsbereichen tätig sind, kann es zu Mehrfachzählungen kommen. Mit der Wahl der Medizinischen Statistik als Datengrundlage, dem gewählten Einschlusskriterium und der Zuteilung zu Versorgungsbereichen auf Fallebene kann die Veränderung der Anzahl Betriebe und Standorte anhand der effektiven Leistungserbringung der relevanten stationären Akteure abgebildet werden. Die daraus resultierende Anzahl Betriebe und Standorte stimmt somit aufgrund der unterschiedlichen Zuordnungen und Zählweisen nicht mit jenen der Krankenhausstatistik überein.</p>
Entwicklung Leistungsspektren und Marktanteile der Spitäler	<p>Zur Unterscheidung von öffentlichen und privaten Spitälern wurde der rechtlich-wirtschaftliche Status der jeweiligen Spitäler aus dem Jahr 2012 verwendet, da ab 2013 diese Variable in der Krankenhausstatistik nicht mehr existiert. Damit kann die Entwicklung der Marktanteile und Leistungsspektren der im Jahr 2012 als privat gekennzeichneten Spitäler berechnet werden. Für zwischenzeitlich neu eröffnete Spitäler wurde anhand von Recherchen eine manuelle Zuteilung in öffentlich oder privat vorgenommen.</p> <p>Die Analysen wurden auf Ebene der Spitaltypen und Leistungsbereiche für die gesamte Schweiz und für jede der sieben Grossregionen der Schweiz (Région Lémanique, Espace Mittelland, Nordwestschweiz, Zürich, Ostschweiz, Zentralschweiz und Tessin) vorgenommen.</p>
Spezialisierung und Konzentration	<p>Für die Berechnungen der Spezialisierung der Spitäler und die Konzentration der medizinischen Leistungen wurde der Information Theory Index verwendet. Dabei werden zur Berechnung der Spezialisierung – vereinfacht erklärt – die einzelnen SPLG-Anteile je Spital jeweils quadriert und im Verhältnis zur schweizweiten Gesamtverteilung der SPLG bewertet. Zur Ermittlung der Konzentration wird – wiederum vereinfacht erklärt – die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Spitäler je SPLG ins Verhältnis zur Gesamtverteilung der Spitäler im Allgemeinen gesetzt.</p>
Erreichbarkeitsanalyse	<p>Die Erreichbarkeitsanalysen wurden für 2010 und 2016 gerechnet. Anhand der Angaben der Krankenhausstatistik wurden die genauen Lokalisationen sämtlicher Spital-Standorte mit einer 24h-Notfallaufnahme mittels Geocode Service geokodiert. Bei Unsicherheiten bezüglich der Vorhaltung einer Notfallaufnahme wurden die Listen der Notfall-Spitäler durch die entsprechenden Kantone plausibilisiert.</p> <p>Auf Basis der STATPOP erfolgte durch einen GIS-Spezialisten die Verortung der Spitalstandorte 2010 und 2016 mittels Esri ArcGIS Online Geocoding Service.</p> <p>Die Isochronen (Gebiete gleicher Fahrzeit) wurden für die Erreichbarkeitsintervalle «0-15 Minuten», «15-20 Minuten», «20-30 Minuten» und «über</p>

	<p>30 Minuten» für 2010 und 2016 ermittelt. Dazu wurden in der Abfrage des Service Area-Dienstes von Esri ArcGIS Online folgende Parameter gewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analysis Region: Europe - Travel Direction: Towards facility - Time of Day: 16.03.2010 10:00:00 / 15.3.2016 10:00:00 - Time zone: Geographically Local - Use Hierarchy - UTurn at junctions: Intersections & dead ends - Polygon Simplification Tolerance: 10m - Impedance: Drive Time <p>Die resultierenden Isochronen wurden ins Schweizer Landeskoordinatensystem (EPSG.21781 LV03) umprojiziert und nachprozessiert: Die Isochrone «30Min+» wurde, wo notwendig, durch die Differenz zwischen der Grossregion (Verschmelzung aller Grossregionen für CH-Datensatz) und den anderen Isochronen-Flächen bis 30 min gebildet. Pro berechneter Isochrone und Jahresstand erfolgt eine Verschneidung mit und Summierung der Wohnbevölkerung des jeweiligen Jahres.</p>
Interkantonale Patientenströme	Anhand der Medizinischen Statistik BFS wurde die interkantonalen Patientenströme 2010-2015 analysiert. Auftragsgemäss orientierte sich das methodische Vorgehen weitgehend an der Vorstudie Huber 2015. Detaillierte Informationen zum methodischen Vorgehen finden sich in Gruber und Lipitsch 2018

Tabelle 30: Fallzuteilung zu den Versorgungsbereichen

Zur Unterteilung der Spitallandschaft in die Versorgungsbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie wurden die Fälle der Medizinischen Statistik wie folgt zugeteilt:

Analyse-Bereich	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	Geriatric
Definition des Falles ¹⁾	A	A	A	A
Krankenhaustypologie ²⁾	Alle ausser K21, K221	K21	K221	
Hauptkostenstelle ³⁾	Alle ausser M500, M900, M950	Alle ausser M900, M950	Alle ausser M900	M900 (aus allen Spitaltypen)
Zusätzlich		M500 aus K111, K112, K12, K221, K23	M950 aus K111, K112, K12, K21, K23	

Tabelle 31: Fallzuteilung zu den Versorgungsbereichen: ¹⁾ A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; ²⁾ K111= Universitätsspital; K112=Zentrumsspital; K12= Grundversorgungsspital; K21= Psychiatrische Klinik; K221=Rehabilitationsklinik; K23=Spezialklinik; ³⁾ M500=Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatric; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation

Innerhalb der Versorgungsbereiche wird zudem zwischen Leistungsbereichen unterschieden. Dabei werden jeweils die Definitionen der Gesundheitsdirektion Zürich verwendet (Akutsomatik: Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG; Rehabilitation: Leistungsbereiche; Psychiatrie: Diagnosebereiche). Die Leistungen der Geriatric (Hauptkostenstelle M900) werden separat dargestellt.

Die Datenkonsistenz der Medizinischen Statistik war über den untersuchten Zeitrahmen 2010 bis 2016 nicht immer gegeben⁸³, was dazu führt, dass nicht bei allen Auswertungen

⁸³ So wurde beispielsweise die Variable des rechtlich-wirtschaftlichen Status in der Medizinischen Statistik nur bis 2012, die Standortvariable jedoch erst ab 2012 geführt. Für die als Basis der Marktanteils-, Leistungs-

die Datenjahre 2010 bis 2016 analysiert werden können. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht der gewählten Untersuchungsperioden:

Analyse-Bereich	Versorgungsbereich	Untersuchungsperiode	Begründung
Anzahl Spitäler und Spitalstandorte	Alle	2011 - 2016	Standortvariable erst ab 2011 in MS verfügbar
Leistungsspektren und Marktanteile	Akutsomatik	2012 – 2016	SPLG erst ab 2012 valide, neue Falldefinition 2012
	Rehabilitation	2010 – 2016	
	Psychiatrie	2010 – 2016	
Versicherungsklassen	Alle	2010 – 2016	
Spezialisierung und Konzentration	Alle	2012 – 2016	Standortvariable erst ab 2011 in MS verfügbar
Erreichbarkeitsanalysen	Alle	2010 - 2016	

Tabelle 32: Übersicht Sekundärdatenanalyse

spektrums-, Konzentrations- und Spezialisierungsberechnungen verwendeten Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) ist die Datenkonsistenz für die Jahre 2010 und 2012 ebenfalls nicht ausreichend (vgl. LENZ 2019, S. 14). Ferner wurde die Definition der Hospitalisierungen für den Bereich der Akutsomatik ab 2012 geändert. Seither erfolgt eine Fallzusammenführung, wenn Fälle innerhalb von 18 Tagen mit der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) rehospitalisiert werden. Dies führt zu einem Bruch in der Zeitreihe vor/nach 2012. Gemäss Berechnungen des Obsan verringerte sich durch die rückwirkend erfolgten Fallzusammenführungen die Fallzahl um jeweils 1.9% in den Jahren 2010 und 2011 (vgl. Hediger, D., Tuch, A. & Widmer, M. (2017). Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Tabellenbericht zum Obsan Bulletin 2/2017, S. 6).

A-5 Fragebogen der Kantonsbefragung

Nummer	Frage	Antwortkategorien
1a	Bitte prüfen Sie, ob im Folgenden die wichtigsten Grundlagen zur Spitalplanung des Kantons [xxx] aufgeführt sind und ergänzen Sie fehlende Dokumente und laden Sie diese hoch.	(offen)
1a_komm	Bemerkungen zu Frage 1a	(offen)
1b_komm	Bemerkungen zu Frage 1b	(offen)
2a	In welchem Jahr hat der Kanton [xxx] die letzte Spitalplanung durchgeführt?	(offen)
2a_komm	Bemerkungen und Bemerkungen zu Frage 2a	(offen)
2b_1	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Bedarfsermittlung zur Spitalplanung auf Grundlage statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche zu erfolgen hat? (Art. 58b Abs. 1 KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2b_2	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass das Angebot ermittelt wird, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von Ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind? (Art. 58b Abs. 2 KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2b_3	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Planung im Bereich Akutsomatik leistungsorientiert zu erfolgen hat? (Art. 58c lit. a KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2b_4	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Planung im Bereich Rehabilitation leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen zu erfolgen hat? (Art. 58c lit. b KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2b_5	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Planung im Bereich Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen zu erfolgen hat? (Art. 58c lit. b KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2b_komm	Bemerkungen zu Bemerkungen zu Frage 2b	(offen)
2c_1	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Kantone ihre Planungsmassnahmen mit den davon betroffenen Kantonen koordinieren müssen? (Art. 58d lit. b KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2c_2	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Kantone die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen müssen? (Art. 58d lit. a KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2c_komm	Bemerkungen zu Bemerkungen zu Frage 2c	(offen)
2d_1	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass das Leistungsspektrum der Listenspitäler konkret zu beschreiben ist? (Art. 58e Abs. 2 KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2d_2	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass allen Spitälern auf der Spitalliste ein Leistungsauftrag zu erteilen ist? (Art. 58e Abs. 3 KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Keine Angabe
2d_komm	Bemerkungen zu Bemerkungen zu Frage 2d	(offen)
2e_1	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen ist? (Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2e_2	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Qualität zu berücksichtigen ist? (Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2e_3	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass der Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist zu berücksichtigen ist? (Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2e_4	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrages zu berücksichtigen ist? (Art. 58b Abs. 4 lit. c KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2e_komm	Bemerkungen zu Bemerkungen zu Frage 2e	(offen)
2f_1	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass die Effizienz der Leistungserbringung zu beachten ist? (Art. 58b Abs. 5 lit. a KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2f_2	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass der Nachweis der notwendigen Qualität zu beachten ist? (Art. 58b Abs. 5 lit. b KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2f_3	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass im Spitalbereich die Mindestfallzahlen zu beachten sind? (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2f_4	Inwiefern ist im Kanton [xxx] die Vorgabe umsetzbar, dass im Spitalbereich die Nutzung von Synergien zu beachten ist? (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV)	Sehr gut umsetzbar Eher umsetzbar Eher nicht umsetzbar Gar nicht umsetzbar Keine Angabe
2f_komm	Bemerkungen zu Frage 2f	(offen)
2g_1	Sind Sie bei der Umsetzung der Spitalplanung auf besondere Schwierigkeiten gestossen, wenn ja welche?	(offen)
31a_akut_1	Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) gemäss Empfehlungen der GDK oder andere	SPLG Andere Keine differenzierte Kategorisierung
31a_akut_2	Frührehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_akut_komm	Bemerkungen zu Frage 31a - Akutsomatik	(offen)
31a_reha_1	muskuloskelettale Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe

Nummer	Frage	Antwortkategorien
31a_reha_2	neurologische Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_3	pulmonale Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_4	kardiovaskuläre Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_5	dermatologische Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_6	psychosomatische bzw. psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_7	internistische bzw. internistisch-onkologische Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_8	paraplegiologische Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_9	Rehabilitation Kinder und Jugendliche	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_10	geriatrische Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_11	andere	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_12	keine differenzierte Kategorisierung	Ja Nein Keine Angabe
31a_reha_komm	Bemerkungen zu Frage 31a - Rehabilitation	(offen)
31a_psych_1	nach F-Diagnose	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_2	Kinder- und Jugendpsychiatrie (zusammen)	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_3	Kinder- und Jugendpsychiatrie (separat)	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_4	Erwachsenenpsychiatrie der ersten Lebenshälfte	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_5	Alterspsychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_6	Forensik	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_7	Suchtbehandlung	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_8	andere	Ja

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Nein Keine Angabe
31a_psych_9	keine differenzierte Kategorisierung	Ja Nein Keine Angabe
31a_psych_komm	Bemerkungen zu Frage 31a - Psychiatrie	(offen)
31b_1	Inwieweit erleichtert die im Kanton [xxx] verwendete Leistungsgruppensystematik in der Akutsomatik die interkantonale Abstimmung der Planungen?	Sehr Eher Eher nicht Gar nicht Keine Angabe
31b_2	Inwieweit erleichtert die im Kanton [xxx] verwendete Leistungsgruppensystematik in der Akutsomatik die Vergabe der Leistungsaufträge?	Sehr Eher Eher nicht Gar nicht Keine Angabe
31b_komm	Bemerkungen zu Frage 31b	(offen)
32a_akut_1	Welches Prognosemodell wird verwendet? - Akutsomatik	GD ZH Obsan / STATVD OVS Andere
32a_akut_2	Werden innerkantonale Versorgungsregionen berücksichtigt? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
32a_akut_3	Wird eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
32a_reha_1	Welches Prognosemodell wird verwendet? - Rehabilitation	GD ZH Obsan / STATVD OVS Andere
32a_reha_2	Werden innerkantonale Versorgungsregionen berücksichtigt? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
32a_reha_3	Wird eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
32a_psych_1	Welches Prognosemodell wird verwendet? - Psychiatrie	GD ZH Obsan / STATVD OVS Andere
32a_psych_2	Werden innerkantonale Versorgungsregionen berücksichtigt? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
32a_psych_3	Wird eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
32a_komm	Bemerkungen zu Frage 32a	(offen)
32b_akut_1	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Spitalplanung? - Akutsomatik	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_akut_2	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die interkantonale Abstimmung der Planungen? - Akutsomatik	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Keine Angabe
32b_akut_3	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vergabe der Leistungsaufträge? - Akutsomatik	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_akut_4	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Überkapazitäten? - Akutsomatik	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_akut_5	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Unterkapazitäten? - Akutsomatik	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_reha_1	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Spitalplanung? - Rehabilitation	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_reha_2	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die interkantonale Abstimmung der Planungen? - Rehabilitation	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_reha_3	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vergabe der Leistungsaufträge? - Rehabilitation	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_reha_4	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Überkapazitäten? - Rehabilitation	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_reha_5	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Unterkapazitäten? - Rehabilitation	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_psych_1	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Spitalplanung? - Psychiatrie	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_psych_2	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die interkantonale Abstimmung der Planungen? - Psychiatrie	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_psych_3	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vergabe der Leistungsaufträge? - Psychiatrie	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_psych_4	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grund-	Sehr geeignet Eher geeignet

Nummer	Frage	Antwortkategorien
	lage für die Vermeidung von Überkapazitäten? - Psychiatrie	Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_psych_5	Inwiefern beurteilen Sie die angewandte Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung als eine geeignete Grundlage für die Vermeidung von Unterkapazitäten? - Psychiatrie	Sehr geeignet Eher geeignet Eher nicht geeignet Gar nicht geeignet Keine Angabe
32b_komm	Bemerkungen zu Frage 32b	(offen)
33a	Bitte prüfen Sie, ob die von uns zusammengestellte Koordinationsaktivitäten mit anderen Kantonen a) zur Erstellung der Versorgungsplanungen, b) zur Koordination der Planungsmassnahmen und c) zum Austausch über Patientenströme korrekt und vollständig sind.	(offen)
33a_komm	Bemerkungen zu Frage 33a	(offen)
33b_akut_1	Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung? - Akutsomatik	Gemeinsame Erarbeitung Anhörung bzw. Absprache Keine Zusammenarbeit Keine Angabe
33b_akut_2	Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erstellung der Spitalisten? - Akutsomatik	Gemeinsame Erarbeitung Anhörung bzw. Absprache Keine Zusammenarbeit Keine Angabe
33b_reha_1	Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung? - Rehabilitation	Gemeinsame Erarbeitung Anhörung bzw. Absprache Keine Zusammenarbeit Keine Angabe
33b_reha_2	Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erstellung der Spitalisten? - Rehabilitation	Gemeinsame Erarbeitung Anhörung bzw. Absprache Keine Zusammenarbeit Keine Angabe
33b_psych_1	Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung? - Psychiatrie	Gemeinsame Erarbeitung Anhörung bzw. Absprache Keine Zusammenarbeit Keine Angabe
33b_psych_2	Auf welche Weise erfolgt eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erstellung der Spitalisten? - Psychiatrie	Gemeinsame Erarbeitung Anhörung bzw. Absprache Keine Zusammenarbeit Keine Angabe
33b_komm	Bemerkungen zu Frage 33b	(offen)
33c_akut_1	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen? - Akutsomatik	Viel stärkere Zusammenarbeit Leicht stärkere Zusammenarbeit Leicht geringere Zusammenarbeit Viel geringere Zusammenarbeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_akut_2	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Transparenz der kantonalen Versorgungsplanungen? - Akutsomatik	Viel höhere Transparenz Leicht höhere Transparenz Leicht tiefere Transparenz Viel tiefere Transparenz Keine Veränderung Keine Angabe
33c_akut_3	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Vergleichbarkeit der kantonalen Versorgungsplanungen? - Akutsomatik	Viel bessere Vergleichbarkeit Leicht bessere Vergleichbarkeit

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Leicht schlechtere Vergleichbarkeit Viel schlechtere Vergleichbarkeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_akut_4	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erstellung der Spitallisten? - Akutsomatik	Viel stärkere Zusammenarbeit Leicht stärkere Zusammenarbeit Leicht geringere Zusammenarbeit Viel geringere Zusammenarbeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_akut_5	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Vergleichbarkeit der kantonalen Spitallisten? - Akutsomatik	Viel bessere Vergleichbarkeit Leicht bessere Vergleichbarkeit Leicht schlechtere Vergleichbarkeit Viel schlechtere Vergleichbarkeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_reha_1	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen? - Rehabilitation	Viel stärkere Zusammenarbeit Leicht stärkere Zusammenarbeit Leicht geringere Zusammenarbeit Viel geringere Zusammenarbeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_reha_2	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Transparenz der kantonalen Versorgungsplanungen? - Rehabilitation	Viel höhere Transparenz Leicht höhere Transparenz Leicht tiefere Transparenz Viel tiefere Transparenz Keine Veränderung Keine Angabe
33c_reha_3	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Vergleichbarkeit der kantonalen Versorgungsplanungen? - Rehabilitation	Viel bessere Vergleichbarkeit Leicht bessere Vergleichbarkeit Leicht schlechtere Vergleichbarkeit Viel schlechtere Vergleichbarkeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_reha_4	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erstellung der Spitallisten? - Rehabilitation	Viel stärkere Zusammenarbeit Leicht stärkere Zusammenarbeit Leicht geringere Zusammenarbeit Viel geringere Zusammenarbeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_reha_5	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Vergleichbarkeit der kantonalen Spitallisten? - Rehabilitation	Viel bessere Vergleichbarkeit Leicht bessere Vergleichbarkeit

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Leicht schlechtere Vergleichbarkeit Viel schlechtere Vergleichbarkeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_psych_1	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanungen? - Psychiatrie	Viel stärkere Zusammenarbeit Leicht stärkere Zusammenarbeit Leicht geringere Zusammenarbeit Viel geringere Zusammenarbeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_psych_2	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Transparenz der kantonalen Versorgungsplanungen? - Psychiatrie	Viel höhere Transparenz Leicht höhere Transparenz Leicht tiefere Transparenz Viel tiefere Transparenz Keine Veränderung Keine Angabe
33c_psych_3	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Vergleichbarkeit der kantonalen Versorgungsplanungen? - Psychiatrie	Viel bessere Vergleichbarkeit Leicht bessere Vergleichbarkeit Leicht schlechtere Vergleichbarkeit Viel schlechtere Vergleichbarkeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_psych_4	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Zusammenarbeit bei der Erstellung der Spitallisten? - Psychiatrie	Viel stärkere Zusammenarbeit Leicht stärkere Zusammenarbeit Leicht geringere Zusammenarbeit Viel geringere Zusammenarbeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_psych_5	Inwiefern erfolgte aufgrund der KVG-Revision eine Veränderung der Vergleichbarkeit der kantonalen Spitallisten? - Psychiatrie	Viel bessere Vergleichbarkeit Leicht bessere Vergleichbarkeit Leicht schlechtere Vergleichbarkeit Viel schlechtere Vergleichbarkeit Keine Veränderung Keine Angabe
33c_komm	Bemerkungen zu Frage 33c	(offen)
34a_akut_1	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine öffentliche Ausschreibung? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
34a_akut_2	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste ein Einladungsverfahren bestimmter Spitäler? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
34a_akut_3	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Direktvergabe an einzelne Spitäler? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
34a_akut_4	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Anhö-	Ja

Nummer	Frage	Antwortkategorien
	rung der Spitäler? - Akutsomatik	Nein Keine Angabe
34a_akut_5	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
34a_reha_1	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine öffentliche Ausschreibung? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
34a_reha_2	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste ein Einladungsverfahren bestimmter Spitäler? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
34a_reha_3	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Direktvergabe an einzelne Spitäler? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
34a_reha_4	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Anhörung der Spitäler? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
34a_reha_5	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
34a_psych_1	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine öffentliche Ausschreibung? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
34a_psych_2	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste ein Einladungsverfahren bestimmter Spitäler? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
34a_psych_3	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Direktvergabe an einzelne Spitäler? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
34a_psych_4	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Anhörung der Spitäler? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
34a_psych_5	Erfolgt zur Vergabe der Plätze auf der Spitalliste eine Berücksichtigung ausserkantonalen Spitäler? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
34a_komm	Bemerkungen zu Frage 34a	(offen)
34b_1	Bitte beschreiben Sie, auf welche Weise die Einhaltung der Vorgaben gemäss Leistungsauftrag überprüft wird.	(offen)
34b_2	Bitte beschreiben Sie, auf welche Weise die Einhaltung der Vorgaben gemäss der Aufnahmepflicht überprüft wird.	(offen)
34b_komm	Bemerkungen zu Frage 34b	(offen)
34c_akut_1	Ist das Auswahlverfahren der Spitäler für die Plätze auf der Spitalliste zielführend mit Blick auf die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots? - Akutsomatik	Sehr zielführend Eher zielführend Eher nicht zielführend Gar nicht zielführend Keine Angabe
34c_akut_2	Inwiefern hat sich seit der KVG-Revision die Transparenz des Vergabeverfahrens der Leistungsaufträge verändert? - Akutsomatik	Viel höhere Transparenz Leicht höhere Transparenz Leicht tiefere Transparenz Viel tiefere Transparenz Keine Veränderung Keine Angabe
34c_akut_3	Inwiefern ist das Vorgehen zur Überprüfung der Vorgaben dienlich zur Qualitätssicherung? - Akutsomatik	Sehr dienlich Eher dienlich Eher nicht dienlich Gar nicht dienlich Keine Angabe

Nummer	Frage	Antwortkategorien
34c_reha_1	Ist das Auswahlverfahren der Spitäler für die Plätze auf der Spitalliste zielführend mit Blick auf die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots? - Rehabilitation	Sehr zielführend Eher zielführend Eher nicht zielführend Gar nicht zielführend Keine Angabe
34c_reha_2	Inwiefern hat sich seit der KVG-Revision die Transparenz des Vergabeverfahrens der Leistungsaufträge verändert? - Rehabilitation	Viel höhere Transparenz Leicht höhere Transparenz Leicht tiefere Transparenz Viel tiefere Transparenz Keine Veränderung Keine Angabe
34c_reha_3	Inwiefern ist das Vorgehen zur Überprüfung der Vorgaben dienlich zur Qualitätssicherung? - Rehabilitation	Sehr dienlich Eher dienlich Eher nicht dienlich Gar nicht dienlich Keine Angabe
34c_psych_1	Ist das Auswahlverfahren der Spitäler für die Plätze auf der Spitalliste zielführend mit Blick auf die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots? - Psychiatrie	Sehr zielführend Eher zielführend Eher nicht zielführend Gar nicht zielführend Keine Angabe
34c_psych_2	Inwiefern hat sich seit der KVG-Revision die Transparenz des Vergabeverfahrens der Leistungsaufträge verändert? - Psychiatrie	Viel höhere Transparenz Leicht höhere Transparenz Leicht tiefere Transparenz Viel tiefere Transparenz Keine Veränderung Keine Angabe
34c_psych_3	Inwiefern ist das Vorgehen zur Überprüfung der Vorgaben dienlich zur Qualitätssicherung? - Psychiatrie	Sehr dienlich Eher dienlich Eher nicht dienlich Gar nicht dienlich Keine Angabe
34c_komm	Bemerkungen zu Frage 34c	(offen)
35a_akut_1	Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge zu prüfen? - Akutsomatik	Leistungs- und Kostendaten nach VKL Kostendaten nach REKOLE Daten nach kantonalen Vorgaben Andere Daten Keine Daten Keine Angabe
35a_akut_2	Falls «andere Daten», bitte nennen: - Akutsomatik	(offen)
35a_akut_3	Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? - Akutsomatik	Gesamtschweizerisch (z.B. interkantonaler Datenaustausch) Regional (mehrere Kantone) Kantonal Andere Abdeckung Keine Datenauswertung
35a_akut_4	Wird ein Benchmark zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
35a_akut_5	Falls «Ja»: Beschreiben Sie bitte den verwendeten Benchmark bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. - Akutsomatik	(offen)
35a_akut_6	Falls «Nein»: Welcher andere Indikator wird / welche anderen Indikatoren werden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet? - Akutsomatik	(offen)

Nummer	Frage	Antwortkategorien
35a_reha_1	Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge zu prüfen? - Rehabilitation	Leistungs- und Kostendaten nach VKL Kostendaten nach REKOLE Daten nach kantonalen Vorgaben Andere Daten Keine Daten Keine Angabe
35a_reha_2	Falls «andere Daten», bitte nennen: - Rehabilitation	(offen)
35a_reha_3	Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? - Rehabilitation	Gesamtschweizerisch (z.B. interkantonaler Datenaustausch) Regional (mehrere Kantone) Kantonal Andere Abdeckung Keine Datenauswertung
35a_reha_4	Wird ein Benchmark zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
35a_reha_5	Falls «Ja»: Beschreiben Sie bitte den verwendeten Benchmark bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. - Rehabilitation	(offen)
35a_reha_6	Falls «Nein»: Welcher andere Indikator wird / welche anderen Indikatoren werden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet? - Rehabilitation	(offen)
35a_psych_1	Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Vergabe der Leistungsaufträge zu prüfen? - Psychiatrie	Leistungs- und Kostendaten nach VKL Kostendaten nach REKOLE Daten nach kantonalen Vorgaben Andere Daten Keine Daten Keine Angabe
35a_psych_2	Falls «andere Daten», bitte nennen: - Psychiatrie	(offen)
35a_psych_3	Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? - Psychiatrie	Gesamtschweizerisch (z.B. interkantonaler Datenaustausch) Regional (mehrere Kantone) Kantonal Andere Abdeckung Keine Datenauswertung
35a_psych_4	Wird ein Benchmark zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
35a_psych_5	Falls «Ja»: Beschreiben Sie bitte den verwendeten Benchmark bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. - Psychiatrie	(offen)
35a_psych_6	Falls «Nein»: Welcher andere Indikator wird / welche anderen Indikatoren werden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler verwendet? - Psychiatrie	(offen)
35a_komm	Bemerkungen zu Frage 35a	(offen)
35b_akut_1	Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit? - Akutomatik	Sehr gut Eher gut Eher ungenügend Sehr ungenügend Keine Angabe
35b_akut_2	Ist mit den verwendeten Daten ein systematischer Vergleich der Fallkosten der Kliniken und Spitälern möglich? - Akutomatik	Ja Nein

Nummer	Frage	Antwortkategorien
	atik	Keine Angabe
35b_reha_1	Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit? - Rehabilitation	Sehr gut Eher gut Eher ungenügend Sehr ungenügend Keine Angabe
35b_reha_2	Ist mit den verwendeten Daten ein systematischer Vergleich der Fallkosten der Kliniken und Spitälern möglich? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
35b_psych_1	Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit? - Psychiatrie	Sehr gut Eher gut Eher ungenügend Sehr ungenügend Keine Angabe
35b_psych_2	Ist mit den verwendeten Daten ein systematischer Vergleich der Fallkosten der Kliniken und Spitälern möglich? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
35b_komm	Bemerkungen zu Frage 35b	(offen)
35c_akut_1	Führt der Kanton [xxx] einen Vergleich von Qualitätskennzahlen durch? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
35c_akut_2	Falls «Ja»: Welche Kennzahlen verwenden Sie für den Vergleich? - Akutsomatik	(offen)
35c_reha_1	Führt der Kanton [xxx] einen Vergleich von Qualitätskennzahlen durch? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
35c_reha_2	Falls «Ja»: Welche Kennzahlen verwenden Sie für den Vergleich? - Rehabilitation	(offen)
35c_psych_1	Führt der Kanton [xxx] einen Vergleich von Qualitätskennzahlen durch? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
35c_psych_2	Falls «Ja»: Welche Kennzahlen verwenden Sie für den Vergleich? - Psychiatrie	(offen)
35c_komm	Bemerkungen zu Frage 35c	(offen)
35d_akut	Für wie viele der unterschiedenen Leistungsgruppen werden Mindestfallzahlen angewandt? - Akutsomatik	Für sämtliche Leistungsgruppen Für viele Leistungsgruppen Für wenige Leistungsgruppen Für keine Leistungsgruppen Keine Angabe
35d_reha	Für wie viele der unterschiedenen Leistungsgruppen werden Mindestfallzahlen angewandt? - Rehabilitation	Für sämtliche Leistungsgruppen Für viele Leistungsgruppen Für wenige Leistungsgruppen Für keine Leistungsgruppen Keine Angabe
35d_psych	Für wie viele der unterschiedenen Leistungsgruppen werden Mindestfallzahlen angewandt? - Psychiatrie	Für sämtliche Leistungsgruppen Für viele Leistungsgruppen Für wenige Leistungsgruppen Für keine Leistungsgruppen Keine Angabe
35d_komm	Bemerkungen zu Frage 35d	(offen)
35e	Werden weitere Kriterien neben der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Kanton [xxx] bei der Vergabe eines Leistungsauftrages berücksichtigt und falls ja, welche?	(offen)
35f_akut_1	Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen	Stark verschärfte Kriterien

Nummer	Frage	Antwortkategorien
	gen der Kriterien zur Wirtschaftlichkeit? - Akutsomatik	Etwas verschärfte Kriterien Etwas erleichterte Kriterien Stark erleichterte Kriterien Keine Veränderungen Keine Angabe
35f_akut_2	Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Qualität der stationären Spitalleistungen? - Akutsomatik	Stark verschärfte Kriterien Etwas verschärfte Kriterien Etwas erleichterte Kriterien Stark erleichterte Kriterien Keine Veränderungen Keine Angabe
35f_akut_3	Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt? - Akutsomatik	Sehr bewährt Eher bewährt Eher nicht bewährt Gar nicht bewährt Keine Angabe
35f_akut_4	Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Qualität in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt? - Akutsomatik	Sehr bewährt Eher bewährt Eher nicht bewährt Gar nicht bewährt Keine Angabe
35f_reha_1	Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Wirtschaftlichkeit? - Rehabilitation	Stark verschärfte Kriterien Etwas verschärfte Kriterien Etwas erleichterte Kriterien Stark erleichterte Kriterien Keine Veränderungen Keine Angabe
35f_reha_2	Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Qualität der stationären Spitalleistungen? - Rehabilitation	Stark verschärfte Kriterien Etwas verschärfte Kriterien Etwas erleichterte Kriterien Stark erleichterte Kriterien Keine Veränderungen Keine Angabe
35f_reha_3	Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt? - Rehabilitation	Sehr bewährt Eher bewährt Eher nicht bewährt Gar nicht bewährt Keine Angabe
35f_reha_4	Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Qualität in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt? - Rehabilitation	Sehr bewährt Eher bewährt Eher nicht bewährt Gar nicht bewährt Keine Angabe
35f_psych_1	Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Wirtschaftlichkeit? - Psychiatrie	Stark verschärfte Kriterien Etwas verschärfte Kriterien Etwas erleichterte Kriterien Stark erleichterte Kriterien Keine Veränderungen Keine Angabe
35f_psych_2	Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Qualität der stationären Spitalleistungen? - Psychiatrie	Stark verschärfte Kriterien Etwas verschärfte Kriterien Etwas erleichterte Kriterien Stark erleichterte Kriterien Keine Veränderungen Keine Angabe
35f_psych_3	Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt? - Psychiatrie	Sehr bewährt Eher bewährt Eher nicht bewährt Gar nicht bewährt

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Keine Angabe
35f_psych_4	Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Qualität in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt? - Psychiatrie	Sehr bewährt Eher bewährt Eher nicht bewährt Gar nicht bewährt Keine Angabe
35f_komm_1	Bemerkungen 1 zu Frage 35f	(offen)
35f_komm_2	Bemerkungen 2 zu Frage 35f	(offen)
36_1	Werden ausserkantonale Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen, um den Zugang zu stationären Leistungen für Versicherte in bestimmten Regionen zu verbessern?	Ja Nein Keine Angabe
36_2	Werden ausserkantonale Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen, um die Versorgung sicherzustellen, da bestimmte Angebote innerkantonal gar nicht vorhanden sind?	Ja Nein Keine Angabe
36_3	Werden ausserkantonale Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen, um die Versorgung sicherzustellen, da bei bestimmten Leistungsgruppen das innerkantonale Angebot nicht ausreichend ist?	Ja Nein Keine Angabe
36_4	Werden ausserkantonale Spitäler auf die Spitalliste aufgenommen, um den Wettbewerb für die Spitalistenplätze zu fördern, auch wenn innerkantonale Angebote mit ausreichenden Kapazitäten verfügbar sind?	Ja Nein Keine Angabe
36_komm	Bemerkungen zu Frage 36	(offen)
4a_1	Bitte nennen Sie die wichtigsten Änderungen in Ihrem Kanton in Bezug auf die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife seit Inkrafttreten der KVG-Revision Spitalfinanzierung.	(offen)
4a_2	Bitte nennen Sie die wichtigsten Änderungen in Ihrem Kanton in Bezug auf die Berücksichtigung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung der Spitaltarife seit Inkrafttreten der KVG-Revision Spitalfinanzierung.	(offen)
4b_akut_1	Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife zu prüfen? - Akutsomatik	Leistungs- und Kostendaten nach VKL Kostendaten nach REKOLE Daten nach kantonalen Vorgaben Andere Daten Keine Daten Keine Angabe
4b_akut_2	Falls «andere Daten», bitte nennen: - Akutsomatik	(offen)
4b_akut_3	Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? - Akutsomatik	Gesamtschweizerisch (z.B. interkantonaler Datenaustausch) Regional (mehrere Kantone) Kantonal Andere Abdeckung Keine Datenauswertung
4b_akut_4	Ist der Kanton [xxx] mit den zur Verfügung stehenden Daten in der Lage, einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten verschiedener Kliniken und Spitäler durchzuführen? - Akutsomatik	Quantitativer Vergleich möglich Qualitativer Vergleich möglich Beides möglich Keines möglich Keine Angabe
4b_akut_5	Falls die zur Verfügung stehenden Daten keinen schweregradbereinigten Fallkostenvergleich zulassen: Beschreiben Sie bitte, auf welcher Basis die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Festsetzung der Spitaltarife vorgenommen wird. - Akutsomatik	(offen)

Nummer	Frage	Antwortkategorien
4b_akut_6	Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife? - Akutsomatik	Sehr gut Eher gut Eher ungenügend Sehr ungenügend Keine Angabe
4b_akut_7	Wie hat sich die Qualität der für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2017 verwendeten Datengrundlage im Vergleich zur Datengrundlage zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2012 verändert? - Akutsomatik	Stark verbessert Leicht verbessert Leicht verschlechtert Stark verschlechtert Keine Veränderung Keine Angabe
4b_akut_8	Beschreiben Sie bitte den oder die verwendeten Benchmark(s) bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist? - Akutsomatik	(offen)
4b_reha_1	Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife zu prüfen? - Rehabilitation	Leistungs- und Kostendaten nach VKL Kostendaten nach REKOLE Daten nach kantonalen Vorgaben Andere Daten Keine Daten Keine Angabe
4b_reha_2	Falls «andere Daten», bitte nennen: - Rehabilitation	(offen)
4b_reha_3	Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? - Rehabilitation	Gesamtschweizerisch (z.B. interkantonaler Datenaustausch) Regional (mehrere Kantone) Kantonal Andere Abdeckung Keine Datenauswertung
4b_reha_4	Ist der Kanton [xxx] mit den zur Verfügung stehenden Daten in der Lage, einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten verschiedener Kliniken und Spitäler durchzuführen? - Rehabilitation	Quantitativer Vergleich möglich Qualitativer Vergleich möglich Beides möglich Keines möglich Keine Angabe
4b_reha_5	Falls die zur Verfügung stehenden Daten keinen schweregradbereinigten Fallkostenvergleich zulassen: Beschreiben Sie bitte, auf welcher Basis die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Festsetzung der Spitaltarife vorgenommen wird. - Rehabilitation	(offen)
4b_reha_6	Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife? - Rehabilitation	Sehr gut Eher gut Eher ungenügend Sehr ungenügend Keine Angabe
4b_reha_7	Wie hat sich die Qualität der für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2017 verwendeten Datengrundlage im Vergleich zur Datengrundlage zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2012 verändert? - Rehabilitation	Stark verbessert Leicht verbessert Leicht verschlechtert Stark verschlechtert Keine Veränderung Keine Angabe
4b_reha_8	Beschreiben Sie bitte den oder die verwendeten Benchmark(s) bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist? - Rehabilitation	(offen)
4b_psych_1	Welche spitalindividuellen Daten werden verwendet, um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife zu prüfen? - Psychiatrie	Leistungs- und Kostendaten nach VKL Kostendaten nach REKOLE Daten nach kantonalen Vorgaben

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Andere Daten Keine Daten Keine Angabe
4b_psych_2	Falls «andere Daten», bitte nennen: - Psychiatrie	(offen)
4b_psych_3	Welche geografische Abdeckung hat die Datengrundlage zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit? - Psychiatrie	Gesamtschweizerisch (z.B. interkantonaler Datenaustausch) Regional (mehrere Kantone) Kantonal Andere Abdeckung Keine Datenauswertung
4b_psych_4	Ist der Kanton [xxx] mit den zur Verfügung stehenden Daten in der Lage, einen Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten verschiedener Kliniken und Spitäler durchzuführen? - Psychiatrie	Quantitativer Vergleich möglich Qualitativer Vergleich möglich Beides möglich Keines möglich Keine Angabe
4b_psych_5	Falls die zur Verfügung stehenden Daten keinen schweregradbereinigten Fallkostenvergleich zulassen: Beschreiben Sie bitte, auf welcher Basis die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Festsetzung der Spitaltarife vorgenommen wird. - Psychiatrie	(offen)
4b_psych_6	Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Datengrundlage (zweckmässiger Detaillierungsgrad der Kosten- und Leistungsdaten, transparente und sachgerechte Abgrenzung der Kosten) zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit bei der Festsetzung der Spitaltarife? - Psychiatrie	Sehr gut Eher gut Eher ungenügend Sehr ungenügend Keine Angabe
4b_psych_7	Wie hat sich die Qualität der für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2017 verwendeten Datengrundlage im Vergleich zur Datengrundlage zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Spitaltarife 2012 verändert? - Psychiatrie	Stark verbessert Leicht verbessert Leicht verschlechtert Stark verschlechtert Keine Veränderung Keine Angabe
4b_psych_8	Beschreiben Sie bitte den oder die verwendeten Benchmark(s) bzw. führen Sie aus, ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist? - Psychiatrie	(offen)
4b_komm	Bemerkungen zu Frage 4b	(offen)
4c_akut_1	Wird von den Tarifpartnern verlangt, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
4c_akut_2	Falls «Ja»: Beschreiben Sie bitte den/die von den Tarifpartnern verwendeten Benchmark(s). Falls Sie als Kanton zusätzlich zu den Tarifpartnern teilweise einen/mehrere Benchmark(s) verwenden, geben Sie diese(n) bitte auch an. - Akutsomatik	(offen)
4c_akut_3	Falls «Ja»: Welche Gründe rechtfertigen eine Abweichung eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert? - Akutsomatik	(offen)
4c_akut_4	Falls «Ja»: In welcher Bandbreite werden Abweichungen eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert als angemessen betrachtet? - Akutsomatik	(offen)
4c_akut_5	Falls «Nein»: Bitte führen Sie aus, wie das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung der Spitaltarife berücksichtigt wird und ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. - Akutsomatik	(offen)
4c_reha_1	Wird von den Tarifpartnern verlangt, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe

Nummer	Frage	Antwortkategorien
4c_reha_2	Falls «Ja»: Beschreiben Sie bitte den/die von den Tarifpartnern verwendeten Benchmark(s). Falls Sie als Kanton zusätzlich zu den Tarifpartnern teilweise einen/mehrere Benchmark(s) verwenden, geben Sie diese(n) bitte auch an. - Rehabilitation	(offen)
4c_reha_3	Falls «Ja»: Welche Gründe rechtfertigen eine Abweichung eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert? - Rehabilitation	(offen)
4c_reha_4	Falls «Ja»: In welcher Bandbreite werden Abweichungen eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert als angemessen betrachtet? - Rehabilitation	(offen)
4c_reha_5	Falls «Nein»: Bitte führen Sie aus, wie das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung der Spitaltarife berücksichtigt wird und ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. - Rehabilitation	(offen)
4c_psych_1	Wird von den Tarifpartnern verlangt, dass sie einen Benchmark zur Prüfung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit verwenden? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
4c_psych_2	Falls «Ja»: Beschreiben Sie bitte den/die von den Tarifpartnern verwendeten Benchmark(s). Falls Sie als Kanton zusätzlich zu den Tarifpartnern teilweise einen/mehrere Benchmark(s) verwenden, geben Sie diese(n) bitte auch an. - Psychiatrie	(offen)
4c_psych_3	Falls «Ja»: Welche Gründe rechtfertigen eine Abweichung eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert? - Psychiatrie	(offen)
4c_psych_4	Falls «Ja»: In welcher Bandbreite werden Abweichungen eines zur Genehmigung beantragten Tarifs zum Benchmarkwert als angemessen betrachtet? - Psychiatrie	(offen)
4c_psych_5	Falls «Nein»: Bitte führen Sie aus, wie das Kriterium der Wirtschaftlichkeit bei der Genehmigung der Spitaltarife berücksichtigt wird und ab wann die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist. - Psychiatrie	(offen)
4c_komm	Bemerkungen zu Frage 4c	(offen)
4d_1	Orientieren sich die Referenztarife des Kantons [xxx] für ausserkantonale Behandlungen an den Empfehlungen der GDK? (Empfehlungen: Kostengutsprache bei Notfallbehandlungen und medizinisch indizierten Behandlungen, Referenztarif bei allen weiteren Behandlungen in ausserkantonalen Listenspitälern (Listenspital Standortkanton))	Ja Nein Keine Angabe
4d_2	Falls «Nein», bitte erläutern Sie kurz, inwiefern der Kanton [xxx] von den oben aufgeführten Empfehlungen abweicht.	(offen)
4d_akut_3	Differenziert der Kanton [xxx] die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen? - Akutsomatik	Ja, nach Spitaltyp Ja, nach Leistungsgruppen Ja, nach einem anderen Kriterium Nein Keine Angabe
4d_akut_4	An welchem Referenzwert/welchen Referenzwerten (bspw. durchschnittlicher Tarif Listenspitäler) orientiert sich der Kanton [xxx], um die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festzulegen? - Akutsomatik	(offen)
4d_reha_3	Differenziert der Kanton [xxx] die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen? - Rehabilitation	Ja, nach Spitaltyp Ja, nach Leistungsgruppen Ja, nach einem anderen Kriterium Nein

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Keine Angabe
4d_reha_4	An welchem Referenzwert/welchen Referenzwerten (bspw. durchschnittlicher Tarif Listenspitäler) orientiert sich der Kanton [xxx], um die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festzulegen? - Rehabilitation	(offen)
4d_psych_3	Differenziert der Kanton [xxx] die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen? - Psychiatrie	Ja, nach Spitaltyp Ja, nach Leistungsgruppen Ja, nach einem anderen Kriterium Nein Keine Angabe
4d_psych_4	An welchem Referenzwert/welchen Referenzwerten (bspw. durchschnittlicher Tarif Listenspitäler) orientiert sich der Kanton [xxx], um die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festzulegen? - Psychiatrie	(offen)
4d_komm	Bemerkungen zu Frage 4d	(offen)
4e_akut_1	Besteht im Kanton [xxx] eine gesetzliche Grundlage für den Gebrauch von Globalbudgets nach Art. 51 KVG? - Akutsomatik	Ja Nein Keine Angabe
4e_akut_2	Falls «Ja», wird von Globalbudgets Gebrauch gemacht? - Akutsomatik	(offen)
4e_reha_1	Besteht im Kanton [xxx] eine gesetzliche Grundlage für den Gebrauch von Globalbudgets nach Art. 51 KVG? - Rehabilitation	Ja Nein Keine Angabe
4e_reha_2	Falls «Ja», wird von Globalbudgets Gebrauch gemacht? - Rehabilitation	(offen)
4e_psych_1	Besteht im Kanton [xxx] eine gesetzliche Grundlage für den Gebrauch von Globalbudgets nach Art. 51 KVG? - Psychiatrie	Ja Nein Keine Angabe
4e_psych_2	Falls «Ja», wird von Globalbudgets Gebrauch gemacht? - Psychiatrie	(offen)
4e_komm	Bemerkungen zu Frage 4e	(offen)
5a_1	Welche Auswirkungen hat die KVG-Revision auf den Zugang zu stationären Leistungen für Patienten/innen im Kanton [xxx]?	Viel besserer Zugang Etwas besserer Zugang Etwas schlechterer Zugang Viel schlechterer Zugang Keine Auswirkungen Keine Angabe
5a_2	Welche Auswirkungen hat die KVG-Revision auf die Spezialisierung der Spitäler im Kanton [xxx]?	Viel höhere Spezialisierung Etwas höhere Spezialisierung Etwas tiefere Spezialisierung Viel tiefere Spezialisierung Keine Auswirkungen Keine Angabe
5a_3	Welche Auswirkungen hat die KVG-Revision auf die Bedarfsgerechtigkeit des stationären Angebots im Kanton [xxx]?	Viel bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Viel schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Keine Auswirkungen Keine Angabe
5a_4	Welche Auswirkungen hat die KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen im Kanton [xxx]?	Viel bessere Qualität Etwas bessere Qualität Etwas schlechtere Qualität

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Viel schlechtere Qualität Keine Auswirkungen Keine Angabe
5a_5	Welche Auswirkungen hat die KVG-Revision auf das Wachstum der Ausgaben des Kantons [xxx] für stationäre Spitalleistungen?	Stark gedämpftes Wachstum Leicht gedämpftes Wachstum Leicht verstärktes Wachstum Stark verstärktes Wachstum Keine Veränderung Keine Angabe
5a_komm	Bemerkungen zu Frage 5a	(offen)
5b_DRG_1	Welche Auswirkungen hat die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Kanton [xxx] auf den Zugang zu stationären Leistungen für Patienten/innen?	Viel besserer Zugang Etwas besserer Zugang Etwas schlechterer Zugang Viel schlechterer Zugang Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_DRG_2	Welche Auswirkungen hat die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Kanton [xxx] auf die Spezialisierung der Spitäler?	Viel höhere Spezialisierung Etwas höhere Spezialisierung Etwas tiefere Spezialisierung Viel tiefere Spezialisierung Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_DRG_3	Welche Auswirkungen hat die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Kanton [xxx] auf die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots?	Viel bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Viel schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_DRG_4	Welche Auswirkungen hat die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Kanton [xxx] auf die Qualität der Spitalleistungen?	Viel bessere Qualität Etwas bessere Qualität Etwas schlechtere Qualität Viel schlechtere Qualität Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_DRG_5	Welche Auswirkungen hat die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Kanton [xxx] auf das Wachstum der Ausgaben des Kantons für stationäre Spitalleistungen?	Stark gedämpftes Wachstum Leicht gedämpftes Wachstum Leicht verstärktes Wachstum Stark verstärktes Wachstum Keine Veränderung Keine Angabe
5b_Spitalwahl_1	Welche Auswirkungen hat die freie Spitalwahl im Kanton [xxx] auf den Zugang zu stationären Leistungen für Patienten/innen?	Viel besserer Zugang Etwas besserer Zugang Etwas schlechterer Zugang Viel schlechterer Zugang Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalwahl_2	Welche Auswirkungen hat die freie Spitalwahl im Kanton [xxx] auf die Spezialisierung der Spitäler?	Viel höhere Spezialisierung Etwas höhere Spezialisierung Etwas tiefere Spezialisierung Viel tiefere Spezialisierung Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalwahl_3	Welche Auswirkungen hat die freie Spitalwahl im Kanton [xxx] auf die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots?	Viel bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas bessere Bedarfsgerechtigkeit

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		tigkeit Etwas schlechtere Bedarfsge- rechtigkeit Viel schlechtere Bedarfsge- rechtigkeit Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalwahl_4	Welche Auswirkungen hat die freie Spitalwahl im Kanton [xxx] auf die Qualität der Spitalleistungen?	Viel bessere Qualität Etwas bessere Qualität Etwas schlechtere Qualität Viel schlechtere Qualität Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalwahl_5	Welche Auswirkungen hat die freie Spitalwahl im Kanton [xxx] auf das Wachstum der Ausgaben des Kantons für stationäre Spitalleistungen?	Stark gedämpftes Wachstum Leicht gedämpftes Wachstum Leicht verstärktes Wachstum Stark verstärktes Wachstum Keine Veränderung Keine Angabe
5b_Transparenz_1	Welche Auswirkungen haben die Veränderungen der Transparenz im Kanton [xxx] auf den Zugang zu stationären Leistungen für Patienten/innen?	Viel besserer Zugang Etwas besserer Zugang Etwas schlechterer Zugang Viel schlechterer Zugang Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Transparenz_2	Welche Auswirkungen haben die Veränderungen der Transparenz im Kanton [xxx] auf die Spezialisierung der Spitäler?	Viel höhere Spezialisierung Etwas höhere Spezialisierung Etwas tiefere Spezialisierung Viel tiefere Spezialisierung Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Transparenz_3	Welche Auswirkungen haben die Veränderungen der Transparenz im Kanton [xxx] auf die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots?	Viel bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Viel schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Transparenz_4	Welche Auswirkungen haben die Veränderungen der Transparenz im Kanton [xxx] auf die Qualität der Spitalleistungen?	Viel bessere Qualität Etwas bessere Qualität Etwas schlechtere Qualität Viel schlechtere Qualität Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Transparenz_5	Welche Auswirkungen haben die Veränderungen der Transparenz im Kanton [xxx] auf das Wachstum der Ausgaben des Kantons für stationäre Spitalleistungen?	Stark gedämpftes Wachstum Leicht gedämpftes Wachstum Leicht verstärktes Wachstum Stark verstärktes Wachstum Keine Veränderung Keine Angabe
5b_Spitalplanung_1	Welche Auswirkungen haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung im Kanton [xxx] auf den Zugang zu stationären Leistungen für Patienten/innen?	Viel besserer Zugang Etwas besserer Zugang Etwas schlechterer Zugang Viel schlechterer Zugang Keine Auswirkungen Keine Angabe

Nummer	Frage	Antwortkategorien
5b_Spitalplanung_2	Welche Auswirkungen haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung im Kanton [xxx] auf die Spezialisierung der Spitäler?	Viel höhere Spezialisierung Etwas höhere Spezialisierung Etwas tiefere Spezialisierung Viel tiefere Spezialisierung Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalplanung_3	Welche Auswirkungen haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung im Kanton [xxx] auf die Bedarfsgerechtigkeit des Angebots?	Viel bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas bessere Bedarfsgerechtigkeit Etwas schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Viel schlechtere Bedarfsgerechtigkeit Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalplanung_4	Welche Auswirkungen haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung im Kanton [xxx] auf die Qualität der Spitalleistungen?	Viel bessere Qualität Etwas bessere Qualität Etwas schlechtere Qualität Viel schlechtere Qualität Keine Auswirkungen Keine Angabe
5b_Spitalplanung_5	Welche Auswirkungen haben die Änderungen im Bereich der Spitalplanung im Kanton [xxx] auf das Wachstum der Ausgaben des Kantons für stationäre Spitalleistungen?	Stark gedämpftes Wachstum Leicht gedämpftes Wachstum Leicht verstärktes Wachstum Stark verstärktes Wachstum Keine Veränderung Keine Angabe
5b_komm_1	Bemerkungen 1 zu Frage 5b	(offen)
5b_komm_2	Bemerkungen 2 zu Frage 5b	(offen)
5c_IST_1	Wie schätzen Sie den finanziellen Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons im Jahr 2016 ein? - Generell	Sehr hoch Eher hoch Eher gering Sehr gering Keine Angabe
5c_IST_2	Wie schätzen Sie den finanziellen Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons im Jahr 2016 ein? - Universitätsspitäler	Sehr hoch Eher hoch Eher gering Sehr gering Keine Angabe
5c_IST_3	Wie schätzen Sie den finanziellen Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons im Jahr 2016 ein? - Zentrumsversorger	Sehr hoch Eher hoch Eher gering Sehr gering Keine Angabe
5c_IST_4	Wie schätzen Sie den finanziellen Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons im Jahr 2016 ein? - Grundversorger	Sehr hoch Eher hoch Eher gering Sehr gering Keine Angabe
5c_IST_5	Wie schätzen Sie den finanziellen Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons im Jahr 2016 ein? - Spezialkliniken	Sehr hoch Eher hoch Eher gering Sehr gering Keine Angabe
5c_Veränderung_1	Inwiefern hat sich der finanzielle Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons seit dem Jahr 2012 verändert? - Generell	Stark zugenommen Eher zugenommen Eher abgenommen Stark abgenommen

Nummer	Frage	Antwortkategorien
		Keine Angabe
5c_Veränderung_2	Inwiefern hat sich der finanzielle Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons seit dem Jahr 2012 verändert? - Universitätsspitäler	Stark zugenommen Eher zugenommen Eher abgenommen Stark abgenommen Keine Angabe
5c_Veranderung_3	Inwiefern hat sich der finanzielle Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons seit dem Jahr 2012 verändert? - Zentrumsversorger	Stark zugenommen Eher zugenommen Eher abgenommen Stark abgenommen Keine Angabe
5c_Veranderung_4	Inwiefern hat sich der finanzielle Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons seit dem Jahr 2012 verändert? - Grundversorger	Stark zugenommen Eher zugenommen Eher abgenommen Stark abgenommen Keine Angabe
5c_Veranderung_5	Inwiefern hat sich der finanzielle Druck auf die Spitäler und Kliniken Ihres Kantons seit dem Jahr 2012 verändert? - Spezialkliniken	Stark zugenommen Eher zugenommen Eher abgenommen Stark abgenommen Keine Angabe
5c_komm	Bemerkungen zu Frage 5c	(offen)
5d_1	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Verstärkte Bemühungen, die Qualität der stationären Leistungen zu verbessern	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_2	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Verstärkte Bemühungen, die Kosten der stationären Leistungen zu senken	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_3	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Vermehrte Kooperation mit anderen Spitälern und Leistungserbringern	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_4	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Verstärkte Spezialisierung	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_5	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Mengenausweitung	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_6	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Hoherkodierungen	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe

Nummer	Frage	Antwortkategorien
5d_7	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Leistungsverlagerungen vom ambulanten in den stationären Bereich	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_8	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_9	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Rationierung	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_10	Wie häufig sind Ihrer Einschätzung nach aufgrund der KVG-Revision folgende Reaktionen der Spitäler im Kanton [xxx] zu beobachten? - Patientenselektion	Sehr häufig Eher häufig Eher selten Sehr selten Gar nicht Keine Angabe
5d_komm	Bemerkungen zu Frage 5d	(offen)
5e	Welches sind aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?	(offen)
5f	Sehen Sie Handlungsbedarf in Bezug auf die verschiedenen Massnahmen der Revision der Spitalfinanzierung und deren Auswirkungen? Falls ja, welchen?	(offen)
Abschluss	Sollten Sie noch weitere Anmerkungen zur KVG-Revision oder zur kantonalen Spitalplanung haben, können Sie diese gerne in nachfolgendes Feld eintragen.	(offen)

A-6 Leitfaden Fokusgruppen

Vorliegender Leitfaden dient den Teilnehmern/innen der Fokusgruppe zur inhaltlichen Vorbereitung und als strukturierendes und moderierendes Element in der Diskussion.

Einschätzungen zu den Erkenntnissen aus der Kantonsbefragung

1. Hat die Kantonsbefragung aus Ihrer Perspektive unerwartete Ergebnisse hervorgebracht, wenn ja welche und was sind Ihre Erkenntnisse dazu?
2. Welche Ergebnisse sind für Sie besonders relevant und/oder sollten im Rahmen dieser Fokusgruppe diskutiert werden?

Auswirkungen im Bereich der Spitalplanung

3. Die Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung wurde bezüglich zweier Aspekte als wenig geeignet beurteilt:
 - bzgl. der interkantonale Abstimmung der Planungen in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie
 - bzgl. der Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten

Wo sehen Sie diesbezüglich konkreten Optimierungsbedarf?

4. Die Umsetzbarkeit der Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität wurden in der Kantonsbefragung kontrovers beurteilt. Wie beurteilen Sie diese und welche Lösungsansätze sind zu diskutieren?
5. Ein Teil der Kantone beurteilte die Vorgabe, dass die Kantone ihre Planungsmassnahmen interkantonale koordinieren müssen als eher nicht umsetzbar. Worin sehen Sie hierbei die Herausforderung und welche Lösungsansätze sind zu diskutieren?

(Un-)erwünschte Wirkungen der gemäss KVG-Revision angepassten Spitalplanung

6. Die Auswirkungen der Änderungen im Bereich der Spitalplanungen wurden bzgl. folgenden Aspekten unterschiedlich beurteilt:
 - Zugang zu stationären Leistungen
 - Spezialisierung der Spitäler
 - Kostenwachstum für stationäre Spitalleistungen

Welche Herausforderungen und Optimierungsmöglichkeiten sehen Sie?

7. Inwiefern haben weitere, externe Faktoren die Spitallandschaft und die Versorgung beeinflusst?

Synthese, Handlungsbedarf und Abschluss

8. Inwiefern ist eine Optimierung der Spitallandschaft seit der Revision im Sinne eines bedarfsgerechteren stationären Angebots feststellbar?
9. Wo orten Sie Optimierungsbedarf hinsichtlich der Erarbeitung der Spitalplanung? Wo besteht Handlungsbedarf für Bund und Kantone?
10. Wie haben sich die wettbewerblichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer seit der KVG-Revision entwickelt?
11. Haben Sie weitere Bemerkungen/Rückmeldungen?

A-7 Indikatoren, verwendete Daten und Datenquellen für die Sekundärdatenanalyse

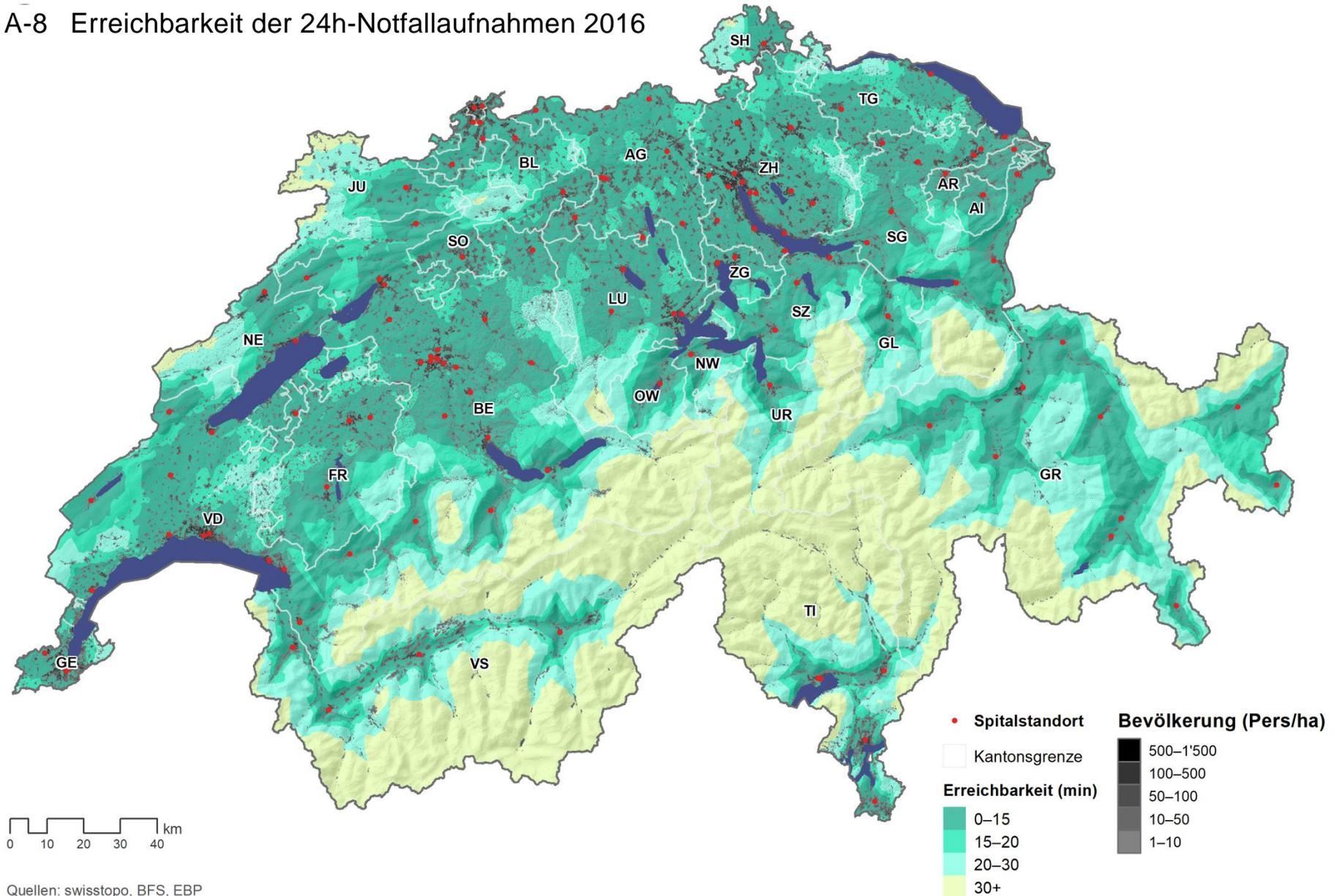
Fragestellungen und Indikatoren je Modul	Quellen der benötigten Daten 2010 - 2016		
	Quelle	Standard-Datensatz	Verknüpfungen mit
Modul 1			
Wie stellt sich die Spitallandschaft in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie dar?			
Anzahl Betriebe pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Anzahl Standorte pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Anzahl Betriebe pro Spitaltyp pro Standortkanton	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Anzahl Standorte pro Spitaltyp pro Standortkanton	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Bettenanzahl CH	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Bettenanzahl CH pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Bettenanzahl pro Standortkanton pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Austritte CH pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Austritte pro Standortkanton pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Anzahl Pflge tage CH pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Anzahl Pflge tage pro Kanton pro Spitaltyp	Auswertungen BFS / Herr Bachmann	KS-Daten	
Entwicklung Bevölkerung (ständige Wohnbevölkerung) CH	STATPOP	Bevölkerungszahlen	
Entwicklung Bevölkerung (ständige Wohnbevölkerung) pro Kanton	STATPOP	Bevölkerungszahlen	
Wie können das Leistungsspektrum und das Leistungsvolumen von Spitälern beschrieben werden?			
Entwicklung Austritte je SPLG CH pro Spitaltyp (Akutsomatik)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, SPLG)	MS TYPOL Standard	
Entwicklung Austritte je SPLG pro Kanton pro Spitaltyp (Akutsomatik)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, SPLG)	MS TYPOL Standard	Standortkanton aus MS GEO
Entwicklung Austritte je Rehagruppe CH pro Spitaltyp (Rehabilitation)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Hauptdiagnose)	MS TYPOL Standard	
Entwicklung Austritte je Rehagruppe pro Kanton pro Spitaltyp (Rehabilitation)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Hauptdiagnose, Standortkanton)	MS TYPOL Standard	Standortkanton aus MS GEO
Entwicklung Austritte je Psychiatrie-Gruppe CH pro Spitaltyp (Psychiatrie)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Hauptdiagnose)	MS TYPOL Standard	
Entwicklung Austritte je Psychiatrie-Gruppe pro Kanton pro Spitaltyp (Psychiatrie)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Hauptdiagnose, Standortkanton)	MS TYPOL Standard	Standortkanton aus MS GEO
Marktanteile je Spitaltyp Austritte an Gesamtfällen CH Akutsomatik	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ)	MS TYPOL Standard	
Marktanteile je SPLG Austritte an Gesamtfällen CH Akutsomatik	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, SPLG)	MS TYPOL Standard	
Marktanteile je Spitaltyp Austritte an Gesamtfällen CH Rehabilitation	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ)	MS TYPOL Standard	
Marktanteile je Rehagruppe Austritte an Gesamtfällen CH Rehabilitation	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Hauptdiagnose)	MS TYPOL Standard	
Marktanteile je Spitaltyp Austritte an Gesamtfällen CH Psychiatrie	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ)	MS TYPOL Standard	
Marktanteile je Psych-gruppe Austritte an Gesamtfällen CH Psychiatrie	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Hauptdiagnose)	MS TYPOL Standard	

Fragestellungen und Indikatoren je Modul	Quellen der benötigten Daten 2010 - 2016		
	Quelle	Standard-Datensatz	Verknüpfungen mit
Gibt es eine Zunahme der Spezialisierung? Zeichnen sich Konzentrationsprozesse ab?			
Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je SPLG CH (Akutsomatik) => ITI	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standort, Betriebsnummer (anon.), SPLG)	MS TYPOL Standard	Betriebsnummer, Standortnummer aus MS GEO
Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Rehagruppe CH (Rehabilitation) => ITI	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standort, Betriebsnummer (anon.), Hauptdiagnose)	MS TYPOL Standard	Betriebsnummer, Standortnummer aus MS GEO
Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Psychiatrie-Gruppe CH (Psychiatrie) => ITI	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standort, Betriebsnummer (anon.), Hauptdiagnose)	MS TYPOL Standard	Betriebsnummer, Standortnummer aus MS GEO
Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je SPLG pro Region (Akutsomatik) => ITI	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standort, Betriebsnummer (anon.), SPLG, Standortkanon für Zuordnung Region)	MS TYPOL Standard	Standortkanton, Betriebsnummer, Standortnummer aus MS GEO
Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Rehagruppe pro Region (Rehabilitation) => ITI	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standort, Betriebsnummer (anon.), Hauptdiagnose, Standortkanon für Zuordnung Region)	MS TYPOL Standard	Standortkanton, Betriebsnummer, Standortnummer aus MS GEO
Entwicklung Anzahl Betriebe incl. Standorte je Psychiatrie-Gruppe pro Region (Psychiatrie) => ITI	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standort, Betriebsnummer (anon.), Hauptdiagnose, Standortkanon für Zuordnung Region)	MS TYPOL Standard	Standortkanton, Betriebsnummer, Standortnummer aus MS GEO
Modul 5			
Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen Kantonen?			
Entwicklung des Abflusses, Zustrom, Market-Share-Index, Absolut-Saldo, Exportindex, Lokalisationsindex von Patienten je Leistungsbereich (SPLG / Psych / Reha) je Geschlecht/ Altersgruppe/ Nationalität/ Klasse/ Eintrittsart/ Sprachregion (getrennt nach Versorgungsbereich)	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standortkanton, Wohnkanton, SPLG, Hauptdiagnose, Geschlecht, Altersgruppe, Nationalität, Versicherungsklasse, Eintrittsart, Sprachregion)	MS TYPOL Standard	Standortkanton, Wohnkanton aus MS GEO
Entwicklung Bettenanzahl je Kanton in Bezug zu Einwohnern (getrennt nach Versorgungsbereich)	KS (Bettenbetriebstage, Standortkanton), STATPOP für Bevölkerung	KS-Daten STATPOP	
Inwiefern verändern sich die Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung je Psy-Gruppe, je Pat.-Merkmal			
Entwicklung des Abflusses, Zustrom, Market-Share-Index, Absolut-Saldo, Exportindex, Lokalisationsindex von Patienten je Psychiatrie-Leistungsbereich je Geschlecht/ Altersgruppe/ Nationalität/ Klasse/ Eintrittsart/ Sprachregion und Aufenthaltsort vor Eintritt / Einweisende Instanz / Aufenthalt nach Austritt / Behandlung nach Austritt	MS (Typologie, HKST, Statistik-Typ, Standortkanton, Hauptdiagnose, Geschlecht, Altersgruppe, Nationalität, Versicherungsklasse, Eintrittsart, Sprachregion und Aufenthaltsort vor Eintritt / Einweisende Instanz / Aufenthalt nach Austritt / Behandlung nach Austritt)	MS TYPOL Standard incl. Psych-ZD	Standortkanton, Wohnkanton aus MS GEO
Modul 6			
Inwiefern verändert sich der Zugang zu stationären Leistungen infolge der Konzentration in der Spitallandschaft?			
Anteil der (kantonalen) Bevölkerung, welche das nächstgelegene Spital in 10, 20, 30 oder mehr Minuten erreicht	KS (Spitaltyp), eigene Recherchen (exakte Lokalisation der Spitalstandorte (Adresse) inkl. Erbringung von Spezialleistungen)	KS-Daten	mit STATPOP

Fragestellungen und Indikatoren je Modul	Quellen der benötigten Daten 2010 - 2016		
	Quelle	Standard-Datensatz	Verknüpfungen mit
	gen)		
	STATPOP mit Geokodierung (100m Kantenlänge)	STATPOP	mit KS-Daten
	Daten zum Verkehrsnetz incl. Fahrzeiten (MIV)		Fahrtzeitberechnung
Anteil der (kantonalen) Bevölkerung, welche bei zeitkritischen Indikationen das nächstgelegene Spital mit entsprechendem Leistungsangebot in 10, 20, 30 oder mehr Minuten erreicht	obengenannte Daten inkl. Geokodierung der entsprechenden Spitäler, welche anhand der Spitalisten bzw. den entsprechenden beauftragten SPLG eruiert werden.		mit SPLG mit STATPOP mit KS-Daten

Tabelle 33: Übersicht Modul-spezifische Fragestellungen, Indikatoren, benötigte Daten und Datenquellen

A-8 Erreichbarkeit der 24h-Notfallaufnahmen 2016



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung und ihre Ziele resp. erwartete Auswirkungen gemäss Botschaft des Bundesrats (BR 2004; auch Vogt und Weber 2015)	2
Tabelle 2: Übergeordnete Fragestellungen und spezifische Evaluationsfragestellungen	3
Tabelle 3: Relevante Arbeitshypothesen des BAG	4
Tabelle 4: Prognosemodelle kantonale Versorgungsplanung (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	8
Tabelle 5: Durchführung eines Vergleichs von Qualitätskennzahlen	14
Tabelle 6: Anwendung von Mindestfallzahlen	15
Tabelle 7: Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der Erarbeitung der Versorgungsplanung	18
Tabelle 8: Listen- und Vertragsspitäler (Quelle: Befragung der Spitäler, N = 118)	25
Tabelle 9: Wirkungshypothesen der Analysebereiche	29
Tabelle 10: Veränderung Betriebe und Standorte 2011-2016 nach Versorgungsbereich.	31
Tabelle 11: Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Spitaltyp und Leistungsbereich, Akutsomatik	34
Tabelle 12: Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp, Akutsomatik	36
Tabelle 13: Marktanteilsentwicklung Rehabilitation 2010-2016.	36
Tabelle 14: Marktanteilsentwicklung Psychiatrie 2010-2016.	36
Tabelle 15: Marktanteilsentwicklung nach Versicherungsklassen 2010-2016.	37
Tabelle 16: Regionale Betrachtung der Marktanteilentwicklung 2010-2016.	38
Tabelle 17: Entwicklung Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Akutsomatik.	39
Tabelle 18: Entwicklung Anzahl SPLG 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp, Akutsomatik.	41
Tabelle 19: Entwicklung Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Rehabilitation.	41
Tabelle 20: Entwicklung Leistungsspektren 2012-2016 nach Spitaltyp, Rehabilitation.	41
Tabelle 21: Auffälligkeiten Marktanteilsentwicklung 2012-2016 nach Standort und Spitaltyp.	44
Tabelle 22: Konzentrationsprozesse 2012/ 2014/ 2016 nach Leistungsbereich und SPLG, Akutsomatik	46
Tabelle 23: Spezialisierung und Konzentration 2012/ 2014/ 2016, Rehabilitation und Psychiatrie.	47

Tabelle 24:	Erreichbarkeit der nächstgelegenen 24h-Notfallaufnahme 2010 und 2016	49
Tabelle 25:	Zusammenfassung der Studie «Interkantonale Patienten/innen-Ströme in der stationären Versorgung 2010-2015» (Gruber und Lippitsch 2018).	53
Tabelle 26:	Beiträge des Teilberichts zu übergeordneten Fragestellungen der Evaluation KVG	63
Tabelle 27:	Übergeordnete Fragestellungen und spezifische Evaluationsfragestellungen	95
Tabelle 28:	Dokumentenanalyse	97
Tabelle 29:	Angaben zu den drei Befragungsteilen der Befragung der Kantone	97
Tabelle 30:	Fallzuteilung zu den Versorgungsbereichen	99
Tabelle 31:	Fallzuteilung zu den Versorgungsbereichen: ¹⁾ A: Austritt zwischen dem 1.1. und dem 31.12.; ²⁾ K111= Universitätsspital; K112=Zentrumsspital; K12= Grundversorgungsspital; K21= Psychiatrische Klinik; K221=Rehabilitationsklinik; K23=Spezialklinik; ³⁾ M500=Psychiatrie und Psychotherapie; M900=Geriatric; M950=Physikalische Medizin und Rehabilitation	99
Tabelle 32:	Übersicht Sekundärdatenanalyse	100
Tabelle 33:	Übersicht Modul-spezifische Fragestellungen, Indikatoren, benötigte Daten und Datenquellen	127

Abbildungsverzeichnis

Figur 1:	Beurteilung Methode zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung zur Vermeidung von Über- und Unterkapazitäten (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	9
Figur 2:	Ausserkantonale Spitäler auf der Spitalliste: Gründe (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	11
Figur 3:	Umsetzbarkeit rechtlicher Vorgaben zu den zu berücksichtigenden Kriterien bei der Vergabe der Leistungsaufträge (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	15
Figur 4:	Umsetzbarkeit rechtlicher Vorgaben zu den zu berücksichtigenden Kriterien bei der Vergabe der Leistungsaufträge (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	17
Figur 5:	Inwiefern ist das Vorgehen zur Überprüfung der Vorgaben dienlich zur Qualitätssicherung? (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	22
Figur 6:	Inwiefern treffen die folgenden Aussagen zu: Der Kanton überprüft die Einhaltung der Aufnahmepflicht der Spitäler mit Hilfe geeigneter Verfahren. (Quelle: Befragung der Spitäler, N = 118)	23
Figur 7:	Transparenz der Versorgungsplanungen (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	24
Figur 8:	Vergleichbarkeit der Planungsinstrumente (Quelle: Kantonsbefragung; N = 26)	24
Figur 9:	Anzahl Betriebe und Standorte mit mindestens 30 stationären Fällen pro Versorgungsbereich 2011 & 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2011-2016; eigene Darstellung.	30
Figur 10:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 - 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016	34
Figur 11:	Marktanteile Akutsomatik nach Spitaltypen 2012 & 2016; Zuordnung nach Spitaltyp 2012. Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016.	35
Figur 12:	Gegenüberstellung der Anzahl SPLG 2012 und 2016; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen.	40
Figur 13:	Spezialisierung nach ITI (Median) 2012, 2014, 2016 Akutsomatik; Zuordnung nach Spitaltyp 2012; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2010-2016; eigene Berechnungen. Bemerkungen: HstaO=Hauptstandort; NstaO=Nebenstandort.	43
Figur 14:	Höchst- und Tiefstwerte ITI 2012/ 2014/ 2016, Akutsomatik, nach Spitaltypologie; eigene Berechnungen.	44
Figur 15:	Konzentration Akutsomatik nach Leistungsbereich, 2012, 2014 & 2016, anhand ITI (Median) und Anzahl Standorte; Quelle: Medizinische Statistik BFS 2012-2016; eigene Berechnungen. Skalenwerte der Deltas orientieren sich jeweils an den höchsten Veränderungswerten. Der besseren	

	Übersichtlichkeit halber werden die ITI-Werte nur für das Jahr 2016 farblich dargestellt.	45
Figur 16:	Erreichbarkeit der nächstgelegenen 24h-Notfallaufnahme nach Fahrzeit 2016; Karte. Eine vergrösserte Version der Karte findet sich im Anhang A-8.	49
Figur 17:	Jährliche Steigerungsraten der Anteile ausserkantonaler Hospitalisationen, gesamte Schweiz, 2010-2015 (Quelle: Gruber und Lippitsch 2018, S. 9)	51
Figur 18:	Kantonale Unterschiede beim Saldo (absolute Zahlen), Schweiz, 2010-2015 (Quelle: Gruber und Lippitsch 2018, S. 11). Bemerkungen: Kantone mit Saldo >0 haben absolut gesehen mehr Fälle von ausserhalb des Kantons, als Fälle, die ausserhalb des Kantons behandelt werden. Kantone mit einem Saldo <0 «verlieren» mehr Fälle aus ihrem Kanton, als sie an ausserkantonalen Fällen gewinnen.	52
Figur 19:	Wirkungsmodell der KVG-Revision. Aspekte des Themenbereichs Spitallandschaft sind rot umrandet. Quelle: Projektdokument BAG vom 21. Juni 2018	89

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BGER	Bundesgericht
BR	Bundesrat
BStatG	Bundesstatistikgesetz vom 9. Oktober 1992, AS 1993 2080
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
GD ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ITI	Information Theory Index
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, SR 832.10
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, SR 832.102
MS	Medizinische Statistik (BFS)
Obsan	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OVS	Observatoire valaisan de la santé
pp.	Prozentpunkte
REKOLE	Betriebliches Rechnungswesen im Spital
SPLG	Spitalplanungs-Leistungsgruppen
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (BFS)
STATVD	Statistique Vaud
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002, 832.104
WEKO	Wettbewerbskommission