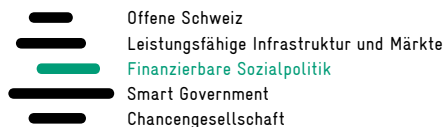


avenir debate

# Gesunde Spitalpolitik

*Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönlicheist»*  
Jérôme Cosandey, Noémie Roten, Samuel Rutz



## Dank

Die Autoren bedanken sich bei Romain Boichat und Dr. Harry Telser sowie bei den Mitgliedern der Programmkommission von Avenir Suisse, Prof. Dr. Giorgio Behr und Prof. Dr. Jean-Pierre Roth, für das inhaltliche Lektorat. Unser Dank gilt auch allen 38 Interviewpartnern – Direktoren von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitälern, Vertretern der Krankenversicherer und Leistungserbringer, Gesundheitsökonominnen und Regierungsräten –, die im Vorfeld dieser Studie wertvolle Inputs zu den vorliegenden Analysen und Vorschläge eingebracht haben. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Studie liegt alleine bei den Autoren und beim Direktor von Avenir Suisse, Peter Grünenfelder.

Autoren	Jérôme Cosandey, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/jerome-cosandey/">www.avenir-suisse.ch/team/jerome-cosandey/</a> Noémie Roten, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/noemie-roten/">www.avenir-suisse.ch/team/noemie-roten/</a> Samuel Rutz, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/samuel-rutz-2/">www.avenir-suisse.ch/team/samuel-rutz-2/</a>
Internes Lektorat	Verena Parzer-Epp, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/verena-parzer-epp/">www.avenir-suisse.ch/team/verena-parzer-epp/</a>
Korrektorat	Elena Gerbershagen, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/elena-gebershagen/">www.avenir-suisse.ch/team/elena-gebershagen/</a>
Herausgeber	Avenir Suisse, <a href="http://www.avenir-suisse.ch">www.avenir-suisse.ch</a>
Gestaltung	Rahel Hediger, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/rahel-hediger-2/">www.avenir-suisse.ch/team/rahel-hediger-2/</a>
Abbildungen	Rahel Hediger, <a href="http://www.avenir-suisse.ch/team/rahel-hediger-2/">www.avenir-suisse.ch/team/rahel-hediger-2/</a>
Druck	Staffel Medien AG, <a href="http://www.staffelmedien.ch">www.staffelmedien.ch</a>

© Februar 2018 Avenir Suisse, Zürich (aktualisierte Auflage März 2018)

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Da Avenir Suisse an der Verbreitung der hier präsentierten Ideen interessiert ist, ist die Verwertung der Erkenntnisse, Daten und Grafiken dieses Werks durch Dritte ausdrücklich erwünscht, sofern die Quelle exakt und gut sichtbar angegeben wird und die gesetzlichen Urheberrechtsbestimmungen eingehalten werden.

Bestellen	<a href="mailto:assistant@avenir-suisse.ch">assistant@avenir-suisse.ch</a> , Tel. 044 445 90 00
Download	<a href="http://www.avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/">www.avenir-suisse.ch/publication/gesunde-spitalpolitik/</a>

# Vorwort

An das Schweizer Gesundheitswesen stellt die Bevölkerung hohe Qualitätsansprüche. Entsprechend viel wenden die Haushalte via Steuerausgaben, Prämien für die Krankenkassen sowie auch direkt aus der eigenen Tasche für das Gut Gesundheit auf. Doch angesichts der signifikanten Mehrausgaben in den letzten Jahren stellt sich zunehmend die Frage, ob mit einer Anpassung der Strukturen und mehr wettbewerblichen Steuerungsinstrumenten den Kostensteigerungen Einhalt geboten werden kann. Im Jahr 2015 beliefen sich die jährlichen Aufwendungen für das Schweizer Gesundheitswesen auf 78 Mrd. Fr., was fast 800 Fr. pro Monat und pro Kopf entsprach. Davon entfielen rund 35 % der Ausgaben auf Spitäler. Damit machen diese den mit Abstand grössten Kostenblock im Gesundheitswesen aus. Doch Finanzierungsprozesse und Qualität der überaus dichten Schweizer Spitallandschaft mit gesamthaft 188 Akutspitälern und -kliniken, zahlreiche davon im öffentlichen Besitz, sind für Aussenstehende oft wenig durchschaubar.

Mit der 2012 durch den Bundesgesetzgeber eingeführten Neuen Spitalfinanzierung wurden Reformen für mehr Wettbewerb mittels Fallpauschalen und freier Spitalwahl angestrebt. Erfreulicherweise konnte mit dem neuen System die hohe Qualität erhalten bzw. sogar leicht gesteigert werden. Demgegenüber ist die von vielen erhoffte nachhaltige Kostenstabilisierung nicht eingetreten. Die Neue Spitalfinanzierung und ihre Auswirkungen fünf Jahre nach der Einführung werden deshalb in dieser Strategieschrift einer kritischen Diagnose unterworfen. Das Ziel der Publikation ist, Transparenz zu schaffen, auf Fehlanreize im System hinzuweisen und mit konkreten Therapievorschlügen aufzuzeigen, wie das Preis-Leistungs-Verhältnis konsequent verbessern werden kann. Davon profitieren wir alle: als Steuerzahler, Prämienzahler und vor allem auch als Patient.

Diese Publikation fokussiert bewusst auf jene Wettbewerbseffekte der Neuen Spitalfinanzierung, die bisher nicht bzw. nicht in erwartetem Ausmass eingetreten sind. Viele Diskussionen prägen heute zwar den aktuellen öffentlichen Diskurs rund um das Spitalwesen: Zu nennen sind in diesem Zusammenhang etwa die EFAS (einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistung), die Einführung neuer Pauschalformen (Zero-Night DRG) oder die forcierte Verlagerung von stationären Leistungen ins Spitalambulatorium. Diese Themenfelder sind bedeutend, doch sie tangieren kaum den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Grundsätzlich sind davon alle Spitäler gleichermassen betroffen.

Umso mehr richtet sich das Augenmerk dieser Publikation auf die Rolle der Kantone bei der Ausgestaltung der Spitallandschaft Schweiz. Im System des Wettbewerbsföderalismus kommt den Gliedstaaten eine entscheidende Rolle zu. Die Frage aber ist, ob nach der Implementierung

der Neuen Spitalfinanzierung durch die Kantone dem föderalen Wettbewerbsgedanken genügend nachgelebt wird. Sind mit der gesetzlich statuierten freien Spitalwahl Patientenströme über die Kantonsgrenzen hinaus im erhofften Ausmass zu beobachten? Stehen die einzelnen Spitäler, auch wenn sie in kantonalem Eigentum sind, nun schweizweit im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten, oder geniessen sie nach wie vor eine Vorzugsbehandlung durch die kantonale Politik? Diesen und weiteren Fragen gehen die Avenir Suisse-Forscher Jérôme Cosandey, Noémie Roten und Samuel Rutz nach.

Nach dem 7. Kantonsmonitoring zur Thematik der Alterspflege (Cosandey 2016) ist diese Strategieschrift ein weiterer Baustein von Avenir Suisse, um konkrete Lösungen für die Probleme des Gesundheitssektors vorzulegen. Die präsentierten Therapievorschläge enthalten Massnahmen, die kurzfristig ohne gesetzliche Anpassungen implementiert werden können, sowie grössere Veränderungen, die die Rolle der Kantone, der Versicherer und von nationalen Organisationen neu definieren. Sie setzen mutige Ziele für das Spitalwesen und zeigen gleichzeitig konkrete kleinere Schritte auf dem Weg zu mehr Wettbewerb auf. Damit verbunden ist das Plädoyer, politische Hindernisse bei kantonalen Spitalinfrastrukturen zu überwinden, die zwar selbst errichtet worden sind, bis heute aber eine nachhaltige wettbewerbliche Ausgestaltung der Schweizer Spitallandschaft behindern.

*Peter Grünenfelder*, Direktor von Avenir Suisse

<b>Vorwort</b>	<b>_3</b>
<b>Executive Summary</b>	<b>_7</b>
<b>1 _ Anamnese: Spitalkosten im Dauerwachstum</b>	<b>_9</b>
1.1 _ Keine Besserung in Sicht	9
1.2 _ Internationale Verbreitung	11
1.3 _ Weitere Reformen tun not – Struktur der Studie	13
<b>2 _ Wettbewerb im Spitalsektor</b>	<b>_14</b>
2.1 _ Eigenschaften von Spitalmärkten	14
2.2 _ Internationale Erfahrungen mit Spitalwettbewerb	17
2.3 _ Neue Spitalfinanzierung ab 2012	20
<b>3 _ Diagnose: Stabilisierung, ja aber...</b>	<b>_24</b>
3.1 _ Gebremstes Ausgabenwachstum	24
3.2 _ Leichte Verbesserung der Qualität	28
3.3 _ Spitallisten und Subventionen mit Nebenwirkungen	29
3.4 _ Beschränkung der freien Spitalwahl	31
<b>4 _ Drei Therapien für das Spitalwesen</b>	<b>_36</b>
4.1 _ Gezielte Dosierung von Subventionen	37
4.2 _ Wiederbelebung des Wettbewerbs durch die Patienten	42
4.3 _ Transplantation kantonaler Kompetenzen	47
<b>5 _ Mehr Beweglichkeit für öffentliche Spitäler</b>	<b>_52</b>
5.1 _ Strikte Corporate Governance	52
5.2 _ Die passende Rechtsform	53
5.3 _ Gestaffelte Verselbständigung	53
Literatur	56
Abkürzungsverzeichnis	59
Anhang	60



# Executive Summary

Im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung wurden 2012 mit den Fallpauschalen und der schweizweiten freien Spitalwahl zwei wichtige Wettbewerbselemente eingeführt. Fünf Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes fällt die Bilanz jedoch durchgezogen aus. Zwar hat sich der langjährige Trend der Qualitätsverbesserung in den Spitälern fortgesetzt; auch lässt sich eine leichte Erhöhung der Patientenströme für ausserkantonale Behandlungen beobachten. Insgesamt blieben jedoch die erhoffte Belebung des Wettbewerbs und die daraus folgende Konzentration einzelner Spitäler auf wenige(r) Leistungsgruppen sowie die nachhaltige Kostenstabilisierung des Spitalsektors hinter den Erwartungen zurück. Die Gründe dafür sind vielfältig.

## Kantonale Regionalpolitiken als Wettbewerbsbremsen

Zum einen birgt die Mehrfachrolle der Kantone als Leistungsbesteller, Finanzierer, Aufsichtsverantwortlicher und Erbringer von Spitalleistungen Potenzial für vielfältige Interessenkonflikte. Über restriktive Aufnahmekriterien in die kantonalen Spitallisten können die Kantone die eigenen Spitäler vor der Konkurrenz im eigenen Kanton, aber auch über die Kantonsgrenze hinweg schützen. Auch nutzen manche Kantone das Instrument der gemeinwirtschaftlichen Leistungen auf intransparente Weise, um den eigenen Spitälern versteckte Subventionen auszubezahlen. Damit wird der finanzielle Konkurrenzdruck («Yardstick Competition») ausgehebelt, der mit der Einführung der Fallpauschalen beabsichtigt war. Zum anderen sind die komplexen Finanzierungsregeln und schwer kommunizierbaren Qualitätsunterschiede im Spitalsektor für die Bürger oft ein Buch mit sieben Siegeln. Der gewünschte Wettbewerb wird, trotz der wachsenden Zahl an Vergleichsportalen, noch nicht richtig von den Patienten befeuert.

Die Mehrfachrolle der Kantone im Spitalwesen birgt vielfältige Interessenkonflikte.

## Wiederbelebung des Wettbewerbs mittels drei Therapien

Durch mehr Transparenz bei der Vergabe von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, sei dies in Form einer expliziten Zustimmung des Parlaments oder von Ausschreibungen, soll erstens der Kostenwettbewerb zwischen allen Leistungserbringern, innerhalb und ausserhalb des Kantons, fairer und effizienter gestaltet werden. Dank neuer Versicherungsprodukte sollen zweitens die Patienten und die zuweisenden Ärzte besser für Qualitäts- und Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern sensibilisiert werden. Wer sich bei gleichwertiger Qualität in einem günstigeren Spital behandeln lässt, soll dafür finanziell belohnt werden. Teure Spitäler werden gezwungen, effizienter zu arbeiten und das Preis-Leistungs-Verhältnis demjenigen der Konkurrenz anzupassen. Die Einführung von einheitlichen, schweizweit gültigen Qualitätskriterien

für den Betrieb von Spitälern **anstelle der kantonalen Spitallisten**, soll drittens dem weitverbreiteten «Kantönligeist» entgegenreten und die Konkurrenz, wie auch die Mobilität der Patienten, über die Kantonsgrenze hinweg fördern.

#### **Unternehmerische Flexibilität und saubere Corporate Governance**

Verlieren die Kantone die Möglichkeit, die eigenen Spitäler vor der Konkurrenz zu schützen und verschärft sich der Wettbewerb durch zunehmende Transparenz sowie Kostenbewusstsein der Patienten, drängt sich eine Verselbständigung und letztlich eine Privatisierung der öffentlichen Spitäler auf. Diese brauchen mehr Flexibilität, um sich in einem zunehmend kompetitiven Umfeld behaupten zu können. Verselbständigung bedeutet dabei primär die Schaffung von sauberen Corporate Governance Strukturen, die politische Unabhängigkeit und eine **Entpolitisierung der Aufsichtsgremien und der Geschäftsleitung**. Die Wahl der Rechtsform kann einen Beitrag zur Verselbständigung leisten, sie ist für die Vermeidung von Interessenkonflikten jedoch nicht matchentscheidend. Zuletzt müssen **die Spitäler frei über ihre Immobilien verfügen und ihre Betriebsstandorte selber definieren** können.

#### **Neue Rollenverteilung zwischen Bund und Kantonen**

Durch die Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen, die Entpolitisierung der Spitalleitungen und die Entflechtung von kantonalen Aufgaben, wird die Rollenteilung zwischen Bund, Kantonen und Leistungserbringern neu und vor allem klarer geregelt:

- **Festlegung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen durch den Bund:** Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) definiert die zu erbringenden Gesundheitsleistungen der Spitäler – neu inklusive Qualitätsanforderungen – und regelt deren Finanzierung.
- **Sicherstellung der Effizienz durch Wettbewerb:** Die nötige Spezialisierung – vor allem im Bereich der spezialisierten Medizin – und der daraus resultierende Kooperationsbedarf zwischen den Anbietern werden primär dank dem Wettbewerb unter den Leistungserbringern vorangetrieben.
- **Korrektur von regionalen Marktversagen durch die Kantone:** Sofern der Markt die gewünschten Leistungen in ihrem Einzugsgebiet nicht hervorbringt, können die Kantone subsidiär auf regionale Bedürfnisse mit der Vergabe von gemeinwirtschaftlichen Leistungen eingehen. Diese sollen transparent und mittels Ausschreibungen beschafft werden. Finanziert werden sie mit kantonalen Steuermitteln.

Es braucht eine neue Rollenverteilung zwischen Bund, Kantonen und Leistungserbringern.



# 1 \_ Anamnese: Spitalkosten im Dauerwachstum

*«Gilt das Versprechen auf das Jenseits nicht mehr, muss das Diesseits umso stärker ausgekostet werden. Wenn also Gesundheit unsere Religion ist, dann sind Spitäler unsere Kathedralen. Und wie das mit Kathedralen so ist: Sie sind teuer».* (Hudec 2016)

Die Schlagzeile wiederholt sich Jahr um Jahr: «Die Gesundheitskosten wachsen ungebremst weiter.» Und so wird der Begriff «Kostenexplosion» heute – gar nicht zu Unrecht – von vielen direkt mit dem Gesundheitswesen assoziiert. In der Tat steigen die Gesundheitskosten, insgesamt und besonders im Spitalbereich seit Jahr und Tag, in der Schweiz und in anderen westlichen Ländern, und befinden sich allgemein auf Rekordniveau.

## 1.1 \_ Keine Besserung in Sicht

Die Schweizer Gesundheitskosten sind seit den 1960er-Jahren nominal rund um den Faktor 40 gestiegen – von knapp 2 Mrd. Fr. im Jahr 1960 auf imposante 77,7 Mrd. Fr. im Jahr 2015 (Abbildung 1, rechte Skala). Damit beliefen sich die Gesundheitsausgaben 2015 im Durchschnitt auf total 213 Mio. Fr. pro Tag bzw. eindruckliche 782 Fr. pro Kopf und Monat (BFS 2017a). Ein Ende dieser Kostenexplosion ist nicht in Sicht. So schätzen Köthenbürger und Sandqvist (2016), dass die Gesundheitskosten weiterhin mit 3 % bis 4 % pro Jahr wachsen werden, womit bis 2018 ein Ausgabenstand von 82 Mrd. Fr. erreicht werden dürfte.

Die Schweizer Gesundheitsausgaben beliefen sich 2015 auf 782 Fr. pro Kopf und Monat.

Nicht berücksichtigt sind in diesen Zahlen die indirekten Kosten wie etwa Produktivitätsverluste oder Arbeitsausfälle der direkt Betroffenen und der pflegenden Angehörigen infolge einer Krankheit. Schätzungen gehen davon aus, dass diese Belastungen doppelt so hoch wie die direkten Gesundheitsausgaben ausfallen (Telser et al. 2011). Alleine für sieben ausgewählte, nicht-übertragbare Krankheiten wurden die indirekten Kosten von Wieser et al. (2014) für das Jahr 2011 mit ca. 40 Mrd. Fr. beziffert.

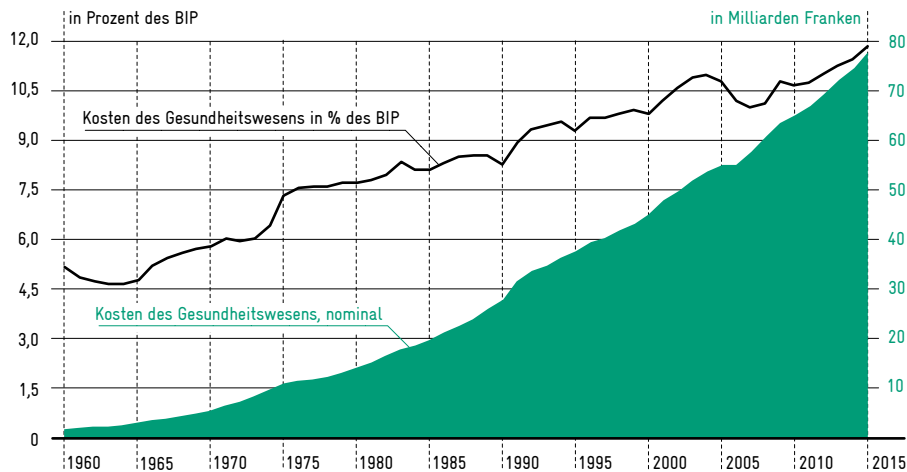
### Die Gesundheitskosten wachsen schneller als das BIP...

Die Schweizer Gesundheitskosten wachsen im Durchschnitt schneller als das Bruttoinlandprodukt (BIP). Betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den 1960er-Jahren noch weniger als 5 %, liegt er heute bei 11,9 % (Abbildung 1, linke Skala). Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 sind die Gesundheitskosten um rund 96 % gestiegen, während das BIP «nur» um 60 % zulegte. Kaufkraftbereinigt leistet sich die Schweiz nach den USA zurzeit das zweitteuerste Gesundheitssystem der Welt (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 1

## Die Gesundheitsausgaben steigen seit 50 Jahren ununterbrochen

Die Gesundheitskosten sind in der Schweiz in den letzten rund 50 Jahren nominal um Faktor 40 gestiegen – von knapp 2 Mrd. Fr. im Jahr 1960 auf fast 78 Mrd. Fr. im Jahr 2015 (rechte Skala). Gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben im betrachteten Zeitraum von rund 5% auf beinahe 12% an (linke Skala).



Quelle: BFS 2017a

### ...und belasten den öffentlichen Haushalt immer mehr

Gemäss der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV 2017) beschlagen die Gesundheitsausgaben einen immer grösseren Anteil der öffentlichen Ausgaben auf Stufe Bund, Kantone und Gemeinden. So stiegen die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand zwischen 1996 und 2015 um 119 % auf 14 Mrd. Fr., während die Gesamtausgaben «nur» um 60 % zunahmen. Zu den Gesundheitsausgaben im engeren Sinne kommen noch rund 8 Mrd. Fr. aus den Sozialversicherungen für gesundheitsrelevante Leistungen – z.B. aus der Hilflosenentschädigung der AHV, der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung oder den heimbedingten Ergänzungsleistungen – hinzu (BFS 2017a).

### Spitäler als grösster Kostenblock

Spitäler waren 2015 mit Kosten von rund 27 Mrd. Fr. für rund einen Drittel (35 %) der totalen Gesundheitskosten verantwortlich (vgl. Abbildung 2, links). Ihre Kosten übertreffen somit diejenigen anderer Leistungserbringer. So beliefen sich der Aufwand im ambulanten Bereich auf 24 Mrd. Fr., was 31 % der Gesundheitsausgaben entsprach. Sozialmedizinische Institutionen wie Pflegeheime, schlugen mit 13 Mrd. Fr. zu Buche bzw. 16 % der gesamten Gesundheitsausgaben.

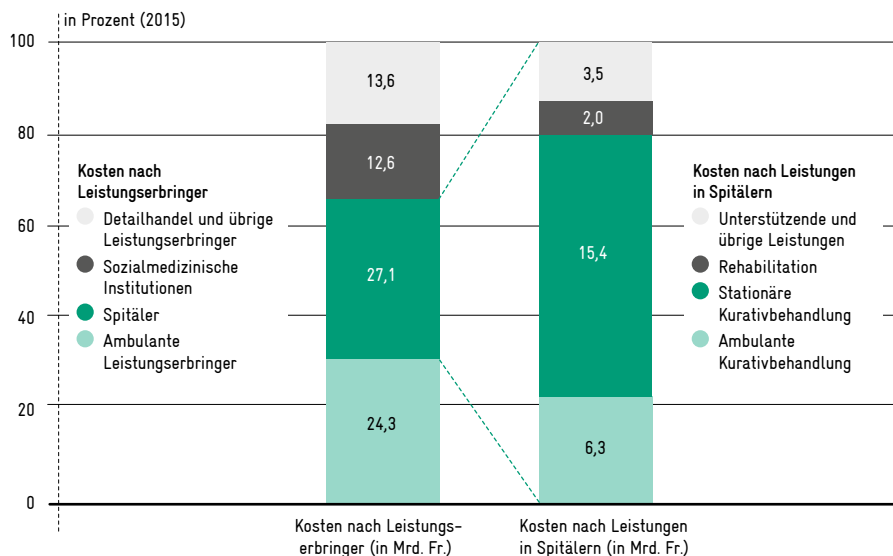
Eine genauere Betrachtung der Spitalkosten zeigt, dass 2015 stationäre Kurativbehandlungen, d.h. Spitalaufenthalte von mindestens 24 Stunden, mehr als die Hälfte der Spitalkosten (15,4 Mrd. Fr.) verursachten (vgl. Abbildung 2, rechts). Die Kosten für ambulante Kurativbehandlungen, also

Spitäler sind für rund einen Drittel der gesamten Gesundheitskosten verantwortlich.

Abbildung 2

## 2015 wurden 15 Milliarden Franken für stationäre Kurativbehandlungen ausgegeben

Spitäler waren 2015 mit Kosten von rund 27 Mrd. Fr. für 35% der Schweizer Gesundheitskosten verantwortlich. Dabei entfiel mehr als die Hälfte der Spitalkosten (15 Mrd. Fr.) auf stationäre Kurativbehandlungen.



Quelle: BFS 2017a

Spitalsaufenthalte von weniger als 24 Stunden, betrugen 2015 hingegen 6,3 Mrd. Fr. Diejenigen für rehabilitative Spitalaufenthalte beliefen sich schliesslich auf rund 2 Mrd. Fr.

Die Kosten der stationären Kurativbehandlung können noch weiter unterteilt werden: Von den total 15,4 Mrd. Fr. entfielen 88 % auf akutso-matische Institutionen und Geburtshäuser (nachfolgend «Akutspitäler») und 12 % auf stationäre psychiatrische Institutionen.<sup>1</sup> In der Schweiz gab es gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2015 insgesamt 288 Spitäler und Kliniken, wovon sich 188 als Akutspitäler und Geburtshäuser qualifizierten (BAG 2017a; siehe auch Abbildung A, Seite 34).

## 1.2. Internationale Verbreitung

Nicht nur die Schweiz kämpft mit hohen Gesundheitskosten. Auch in Ländern wie Schweden, Frankreich oder Deutschland betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 2015 11 % und mehr, in den USA sogar beinahe 17 % (vgl. Abbildung 3). Dabei zeigt sich bezüglich des Kostenanteils der Spitäler ein vergleichbares Bild: In den meisten OECD-Ländern

<sup>1</sup> Gemeinhin versteht man unter einem «Akutspital» ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung zur akutsomatischen Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patienten. Nicht zu den Akutspitälern zählen hingegen Spezialkliniken der Psychiatrie, Rehabilitation und andere Spezialkliniken.

entfallen etwas mehr als ein Drittel der totalen Gesundheitskosten auf den Spitalsektor (vgl. OECD 2017).

### Rationierung von Gesundheitsleistungen ist nicht zielführend

Es erstaunt nicht, dass der Frage, wie man die steigenden Kosten im Gesundheitswesen generell, aber besonders im Spitalbereich, in den Griff bekommen könnte, in den letzten Dekaden viel Aufmerksamkeit zukam. Dabei veränderte sich der Politikansatz über die Zeit fundamental (GAYNOR 2012): In den 1970er- und 1980er-Jahren versuchte man die Kosten in erster Linie mittels Regulierung zu drücken. Beliebte Rezepturen waren unter anderem staatlich verordnete Preissenkungen für die Leistungserbringer sowie die Rationierung des Zugangs zu neuen, teuren Technologien.

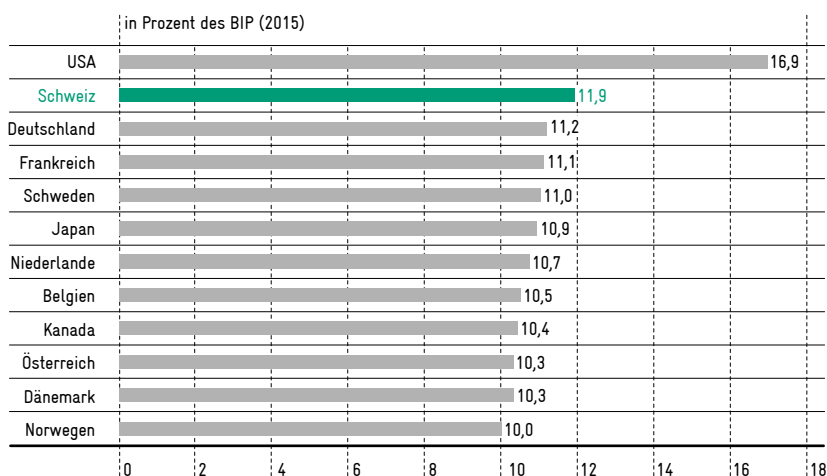
Die kostendämpfenden Wirkungen solcher Massnahmen stellten sich jedoch als nicht nachhaltig heraus. Um dem Kostenwachstum Herr zu werden, hätte immer weiter an der Regulierungs- und Rationierungsschraube gedreht werden müssen, was politisch zunehmend unattraktiv erschien. In vielen Ländern, so etwa in Grossbritannien, Frankreich, den Niederlanden, Deutschland oder Schweden, setzte man deshalb ab den 1990er-Jahren vermehrt auf die Einführung von Wettbewerbselementen im Spitalbereich.

Die kostendämpfende Wirkung von Rationierung ist nicht nachhaltig.

### Abbildung 3

#### 12 OECD-Länder geben mehr als 10 Prozent des BIP für die Gesundheit aus

Die Gesundheitsausgaben erreichen heute in vielen OECD-Ländern 10% und mehr des Bruttoinlandprodukts. Gemessen an der Wirtschaftskraft leistete sich die Schweiz 2015 nach den USA das zweitteuerste Gesundheitssystem der Welt.



Quelle: BFS 2017a, OECD 2017

### 1.3\_ Weitere Reformen tun not – Struktur der Studie

Auch in der Schweiz wurden Reformen mit Wettbewerbselementen im Spitalsektor eingeleitet, in der Hoffnung, die Kostenexplosion damit zu entschärfen. Die «Neue Spitalfinanzierung» zielte etwa primär darauf ab, im Bereich der Akutspitäler durch Transparenz die Effizienz und Qualität zu steigern sowie die Kosten der akutsomatischen Leistungen zu senken.<sup>2</sup>

Anstatt diesem Weg konsequent zu folgen, scheint man sich in der Schweiz jedoch wieder vermehrt auf Regulierungsinstrumente zurück-zubesinnen. Die Diskussion dreht sich aktuell vor allem um die von einer Expertengruppe vorgeschlagene Einführung von Globalbudgets im Gesundheitswesen, also um eine Idee, die mit einer Zentralisierung der Kompetenzen – von den Kantonen und Tarifpartnern hin zum Bund – und Rationierung statt mit mehr Wettbewerb einginge (BAG 2017b). Um Qualität und Effizienz der – öffentlichen und privaten – Spitäler zu steigern, braucht es letztlich aber nicht weniger, sondern mehr Wettbewerb. Und damit dieser funktionieren kann, ist in erster Linie eine «Entpolitisierung» des Gesundheitssektors vonnöten.

Um Qualität und Effizienz im Spitalwesen zu steigern, braucht es mehr Wettbewerb.

Die vorliegende Publikation zeigt auf, wie diese «Entpolitisierung» erreicht werden könnte und welche Reformen es bräuchte, um die Wettbewerbskräfte im Spitalwesen zu stärken.

Der erste Teil fokussiert auf die Auswirkungen der 2012 eingeführten Wettbewerbselemente im Bereich der Akutspitäler. Zu diesem Zweck wird im Kapitel 2 aufgezeigt, welche Voraussetzungen überhaupt erfüllt sein müssen, damit der Wettbewerb im Spitalmarkt funktionieren und zu einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis beitragen kann. Zudem werden die internationalen Erfahrungen mit Wettbewerb im Spitalmarkt dargelegt sowie die Hauptelemente der Neuen Spitalfinanzierung beschrieben. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die bisherigen Resultate der Neuen Spitalfinanzierung und zeigt auf, wie der «Kantönligeist» zum Erhalt der kantonseigenen Spitalstrukturen den Wettbewerb in unterschiedlichster Weise behindert.

Im zweiten Teil (ab Kapitel 4) werden potenzielle Massnahmen und Reformen – mit zunehmend invasiver Wirkung – diskutiert, die jede für sich dazu beitragen könnten, den Wettbewerb zwischen den Spitälern (weiter) zu beleben. Um im Wettbewerb zu bestehen, sind Flexibilität und finanzielle Autonomie wichtige Voraussetzungen. Was es schliesslich bräuchte, um insbesondere die öffentlichen Spitäler für die Zukunft fit zu machen, ist Thema des Kapitels 5.

2 Mit der Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung im Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich (TARPSY und ST Reha) sind 2018 weitere Reformschritte in dieser Richtung geplant (BAG 2015).

## 2\_ Wettbewerb im Spitalsektor

Gesundheit ist aus individueller Sicht ein existenzielles Gut und viele Menschen dürften es als gegeben erachten, dass schlicht alles getan wird, wenn es um das persönliche Wohlergehen geht. Aus dieser Perspektive mag der Gedanke, dass die Erbringung medizinischer Spitalleistungen ökonomischen Grundsätzen gehorchen sollte, Unbehagen verursachen.

Dies ändert aber nichts daran, dass aus gesellschaftlicher Sicht eine Balance zwischen den medizinischen Möglichkeiten und ihrer Finanzierbarkeit sowie zwischen Qualität und Gerechtigkeit gefunden werden muss. Wettbewerb und Marktmechanismen im Spitalsektor sind nicht Selbstzweck, sondern müssen dazu beitragen, einen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Ansprüchen herbeizuführen. Insbesondere soll der Wettbewerb Anreize für die einzelnen Spitäler schaffen, qualitativ hochstehende Leistungen zu einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erbringen.

### 2.1\_ Eigenschaften von Spitalmärkten

Spitäler und Wettbewerb, soviel vorab, sind keinesfalls unvereinbare Gegensätze. Bei der Einführung von Wettbewerb im Spitalsektor ist jedoch einigen spezifischen Eigenschaften von Spitalmärkten Rechnung zu tragen:

- 01\_ **Differenzierte Produkte:** Spitalleistungen sind typischerweise differenzierte Produkte. So unterscheiden sich Spitäler bezüglich ihrer Standorte, aber auch im Hinblick auf Angebot und Qualität der Leistungen.
- 02\_ **Oligopolistische Strukturen:** Oftmals ist im Spitalsektor die Anzahl der Leistungserbringer relativ klein und die Märkte neigen deshalb zu oligopolistischen Strukturen. Dies hängt vor allem mit den im Spitalbereich bestehenden strukturellen und regulatorischen Markteintrittsschranken zusammen.
- 03\_ **Transaktionskosten:** Der Spitalsektor ist durch hohe Transaktionskosten charakterisiert, die sich etwa darin äussern, dass die Preise das Ergebnis langwieriger und kostspieliger Verhandlungen sind.
- 04\_ **Asymmetrische Informationen:** Spitalmärkte – und der Gesundheitssektor allgemein – sind durch asymmetrische Informationen geprägt. Damit ist gemeint, dass Informationen zwischen Arzt, Leistungsfinanzierer und Patient sehr unterschiedlich verteilt sein können. So kennt vielfach nur der Arzt den wirklichen Gesundheitszustand eines Patienten. Auch bezüglich der Notwendigkeit von Eingriffen und Therapien besteht regelmässig ein grosses Wissensgefälle zwischen dem Arzt und dem Patienten, aber oft auch zwischen dem Arzt und dem Leistungsfinanzierer.
- 05\_ **Vertrauensgüter:** Gesundheitsleistungen sind Vertrauensgüter, da sich die Qualität der erbrachten Leistungen auch im Nachhinein

Spitäler und Wettbewerb  
sind keine unvereinbare  
Gegensätze.

oftmals nicht oder nur ungenau beobachten lässt. Für den Patienten mag es in vielen Fällen schwer zu beurteilen sein, ob eine Genesung auf eine spezifische Therapie zurückzuführen oder anderen Umständen zu verdanken ist.

### Spitalmärkte sind speziell, aber kein Spezialfall

Viele dieser Eigenschaften sind nicht nur Spitalmärkten eigen und sie sprechen nicht grundsätzlich gegen die Einführung von Wettbewerb zwischen Spitälern. So stellen in der realen Welt differenzierte Produkte eher die Regel als die Ausnahme dar und viele Märkte sind durch eine begrenzte Anzahl von Anbietern sowie Markteintrittsschranken gekennzeichnet. Auch Transaktionskosten – etwa in Form von Informationsbeschaffungs- oder Verhandlungskosten – sind ein weitverbreitetes Phänomen. Informationsasymmetrien bestehen bei weitem nicht nur in Spitalmärkten.

Gerade letztere können jedoch dazu führen, dass Märkte in ihrer Funktionsweise beeinträchtigt sind und ineffizient werden. Im Gesundheitswesen besteht häufig folgendes Problem: Das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient erlaubt es, Einfluss auf den Umfang der nachgefragten Leistungen zu nehmen. Anders ausgedrückt, kann das fehlende Wissen des Patienten dahingehend ausgenutzt werden, dass mehr Leistungen erbracht und abgerechnet werden, als medizinisch notwendig wären. Man spricht von einer «angebotsinduzierten Nachfrage».

Zu betonen ist jedoch, dass Informationsasymmetrien noch kein Persilschein für staatliche Interventionen sind, denn sie lassen sich auf verschiedenste Arten beseitigen oder zumindest mildern: Der seriöse Gebrauchtwagenhändler, der eine längere Garantie als marktüblich gewährt und damit ein «Qualitätssignal» an seine Kunden aussendet, ist ein typisches Beispiel. Aber auch das von unabhängiger Seite überwachte Bio-Label dient dazu, dem Konsumenten zu signalisieren, dass die erworbenen Nahrungsmittel tatsächlich nach biologischen Standards produziert wurden. Typischerweise wird auch im Spitalbereich mit Labeln gearbeitet. So stellt das Zertifikat «The Swiss Leading Hospitals» ein Gütesiegel dar, das nur Spitäler erhalten, die gewisse Qualitätsstandards erfüllen.<sup>3</sup> Vielfach tragen zudem Intermediäre wie Broker zur Überwindung von Informationsasymmetrien bei. Im Spitalbereich sind es heute vor allem digitale Informations- und Vergleichsportale, die diese Aufgabe übernehmen (vgl. Box 1).

Informationsasymmetrien sind kein Persilschein für staatliche Interventionen.

---

3 Vgl. [www.slh.ch](http://www.slh.ch) (25.10.2017).



## Transparenz als Voraussetzung für Wettbewerb im Spitalmarkt

Transparenz ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass der Wettbewerb im Spitalmarkt spielen kann. Dies bedeutet, dass die Qualität der einzelnen Spitäler – so gut wie möglich – gemessen und die entsprechenden Informationen der Öffentlichkeit (Patienten, Hausärzten, Versicherungen, Patientenorganisationen, Gemeinwesen etc.) zugänglich gemacht werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Patienten fundierte Entscheide über das Spital, in dem sie sich behandeln lassen wollen, treffen können.

Im digitalen Zeitalter kann Transparenz im Spitalsektor über Vergleichs- und Informationsportale hergestellt werden. Auch in der Schweiz sind seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung verschiedene Portale entstanden, auf denen sich für einzelne Spitäler und Eingriffe Informationen zu Fallzahlen, Mortalität, Wundinfektion, Re-Operationen, Re-Hospitalisierung, Patientenzufriedenheit etc. finden lassen. Während gewisse Portale solche Informationen pro Spital angeben, können auf anderen die Spitalrankings abgerufen werden. Zudem unterscheiden sich die Websites hinsichtlich der Berücksichtigung einzelner Qualitätsindikatoren sowie in der Darstellung, der Benutzerfreundlichkeit, der Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Resultate erheblich. Beispiele für Betreiber solcher Portale sind:

- Bundesamt für Gesundheit («BAG.admin.ch»)
- Comparis («Comparis.ch»)
- CSS Qualicheck – Akutspitäler im Vergleich («css.ch»)
- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken («ANQ.ch»)
- Santésuisse und Konsumentenforum («Spitalfinder.ch»)
- Spitalverband H+ («Spitalinformation.ch»)
- Verein Spitalvergleich Schweiz («welches-spital.ch»)

Offensichtlich hängt die Aussagekraft eines Spitalvergleichs massgeblich von der Güte der zur Verfügung stehenden Daten ab. Auch wenn die Bereitschaft zur Datenlieferung im Schweizer Gesundheitssektor bis anhin nicht allzu gross gewesen ist, wurden in den letzten Jahren zumindest im stationären Bereich Fortschritte erzielt. Es versteht sich dabei von selbst, dass bei der Interpretation der einzelnen Qualitätsindikatoren – abhängig vom Fachbereich und den angewandten Mess- und Analysemethoden – eine gewisse Zurückhaltung geboten ist. Je nach Qualitätsindikator können überdies auch Fehlanreize für die Spitäler resultieren. So kann etwa die Publikation der Mortalitätsrate dazu führen, dass Spitäler sterbende Patienten in ihren letzten Lebenstagen in Alters- oder Pflegeheime verlegen, um ihre Statistik zu schönen.

Insgesamt scheint die Verfügbarkeit solcher Informationen jedoch die gewünschte Wirkung zu entfalten: Gemäss einer repräsentativen Umfrage von Comparis.ch vertrauen zwar 90% der Schweizer den Empfehlungen des Arztes oder des Spitals (Comparis.ch 2017). Mehr als 60% davon holen jedoch zusätzliche Informationen für die Spitalwahl ein. Wichtige Entscheidungshilfen sind dabei öffentlich zugängliche Qualitätsindikatoren wie die Komplikations- und Infektionsraten. Die steigende Transparenz im Spitalsektor erlaubt es aber nicht nur dem Patienten direkt, sondern auch dessen «Gatekeeper» (Hausärzte, Krankenversicherer, Patientenorganisationen etc.) fundiertere Entscheide zu treffen. Und nicht zuletzt gestattet die grössere Transparenz über Kosten und Leistungen den Kostenträgern – Kantonen und Krankenkassen – Druck auf unterdurchschnittlich abschneidende Spitäler auszuüben.



## Voraussetzungen für einen funktionierenden Spitalwettbewerb

Zur Sicherstellung des Wettbewerbs im Spitalmarkt müssen letztlich verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein: Einerseits soll die Zahl vorhandener Spitäler in den Einzugsgebieten genügend gross sein, damit überhaupt Wettbewerb entstehen kann. In der Schweiz mit ihren aktuell über 188 Akutspitalern dürfte diese Voraussetzung in den allermeisten Regionen auch dann noch gegeben sein, sollte das eine oder andere Spital seine Pforten schliessen. Zudem müssen (finanzielle) Anreize für die einzelnen Spitäler bestehen, sich um weitere Patienten zu bemühen.

Andererseits muss es für die Patienten eine effektive Wahlmöglichkeit geben, und es müssen genügend Informationen für fundierte Entscheide zur Verfügung stehen. Letzteres bedingt, dass die Qualität der Leistungserbringer – so gut wie möglich – gemessen und transparent gemacht wird (vgl. Box 1). Nicht zwingend ist jedoch, dass der Patient seine Entscheidungen alleine trifft. Hierbei können ihm der Hausarzt, die Krankenversicherung oder eine Patientenorganisation beratend zur Seite stehen.

## 2.2 Internationale Erfahrungen mit Spitalwettbewerb

Bei der Einführung von Wettbewerb im Spitalsektor ist grundsätzlich zwischen Systemen mit und ohne administrierten Preisen zu unterscheiden. Während vor allem in den USA der Wettbewerb in gewissen Bereichen des Spitalwesens über die Preise spielt, kommen in Europa in vielen Ländern – im stationären sowie auch im ambulanten Bereich – Fallpauschalen zur Anwendung, sprich: die Preise sind administriert. Die Fallpauschalen sind dabei in der Regel DRG-basiert, wobei DRG für «Diagnosis-related Groups» steht. Eine DRG stellt eine Gruppe von Patienten mit ähnlichen klinischen Merkmalen und vergleichbaren Behandlungen dar. DRG-Systeme sind medizinisch-ökonomische Patientenklassifikations-Systeme, die einen Patienten jeweils einer Fallgruppe zuordnen. Gemäss Hochuli et al. (2017) wird heute weltweit in mindestens 16 Ländern mit DRG-basierten Fallpauschalen gearbeitet. Auch die Schweiz arbeitet seit 2012 mit einem DRG-System.<sup>4</sup> Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, wurde dieses im internationalen Vergleich relativ spät eingeführt.

Seit 2012 wird auch in der Schweiz mit DRG-basierten Fallpauschalen gearbeitet.

### Qualitäts- versus Preiswettbewerb

Erfahrungen mit nicht administrierten Preisen im Spitalsektor wurden vor allem in den USA, den Niederlanden und – in den 1990er-Jahren – in Grossbritannien gesammelt. Gaynor (2012) sowie Cooper (2012) kommen dabei zu ähnlichen Schlüssen: Generell führt Preiswettbewerb zwischen Spitälern zu Preissenkungen und vermag somit einen Beitrag zu niedrigeren Gesundheitsausgaben beizusteuern. Gleichzeitig kann Preiswettbewerb unter Umständen zu einer Qualitätsverschlechterung der

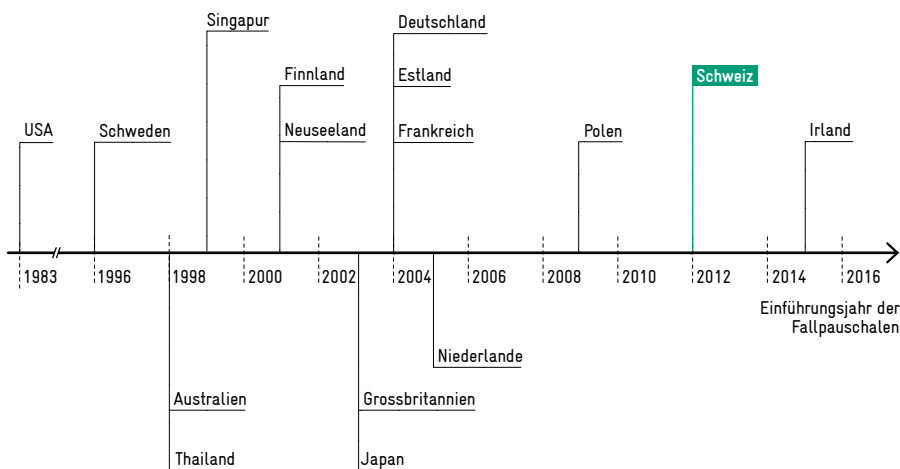
---

4 Vgl. dazu Kapitel 2.3.

Abbildung 4

#### Fallpauschalen seit langem Usus in vielen Ländern – in der Schweiz erst seit 2012

Erste Fallpauschalen-Systeme wurden bereits in den 1980er-Jahren eingeführt. Insgesamt haben sich bis dato weltweit mindestens 16 OECD-Länder für DRG-basierte Fallpauschalen entschieden. Die Schweiz hat diesen Schritt erst 2012 vollzogen.



Quelle: Hochuli et al. 2017, eigene Darstellung

Gesundheitsleistungen führen. Grund hierfür sind in erster Linie die bestehenden Informationsasymmetrien, also die mangelnde Transparenz bezüglich der Qualität und Kosten der Spitäler. Mit anderen Worten: Solange Preise und Qualität in Spitalmärkten nicht oder nur ungenügend beobachtet werden können, ist bei der Einführung von Preiswettbewerb zwischen Spitälern Vorsicht geboten.

Nicht zuletzt aus diesem Grund setzen heute viele Länder auf DRG-Systeme, weil diese Transparenz bezüglich Ressourceneinsatz und Profitabilität einzelner Leistungsgruppen schaffen: Für die Leistungserbringer bilden DRG-basierte Fallpauschalen ein wichtiges Führungsinstrument, um personelle und finanzielle Ressourcen optimal zu allozieren. Und auch die Leistungsfinanzierer erhalten im DRG-System wichtige Informationen, um die Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen und/oder Leistungserbringer vergleichen zu können.

#### Sinkende Behandlungskosten ohne Qualitätseinbussen

DRG-Systeme haben grundsätzlich zwei Ziele: Erstens werden mittels «Yardstick-Competition» Anreize für eine ständige Verbesserung der Effizienz gesetzt: Liegen die Kosten eines Spitals unter der vergüteten Fallpauschale, so kann ein Überschuss erwirtschaftet werden. In der umgekehrten Situation macht das Spital einen Verlust. Somit wird die Gewinn- und Verlustverantwortung auf die einzelnen Spitäler übertragen. Da die Fallpauschalen letztlich aus dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand aller Spitäler ermittelt werden, sollten sich die erreichten

Effizienzgewinne mit der Zeit in sinkenden Fallpauschalen reflektieren. Funktionierende «Yardstick Competition» führt also zu sinkenden Behandlungskosten und einer Strukturbereinigung: Ineffiziente Spitäler werden aus dem Markt gedrängt, da sie mit den entrichteten Fallpauschalen ihre Kosten nicht decken können.

Zweitens wird mit DRG-basierten Fallpauschalen erreicht, dass der Wettbewerb zwischen den Spitälern nicht direkt auf der Preisebene spielt. Damit kann verhindert werden, dass der Preiswettbewerb der Behandlungsqualität schadet. Im Gegenteil, da die Spitäler mit fixen Fallpauschalen keine Patienten über den Wettbewerbsparameter «Preis» anlocken können, müssen sie mit guter Qualität überzeugen. DRG-Systeme fördern also den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern.

Ob dieses Ziel effektiv erreicht wird, ist keine triviale Frage. Die vorhandene empirische Evidenz – wiederum vor allem aus den USA, Grossbritannien und den Niederlanden – stimmt jedoch optimistisch.<sup>5</sup> So zeigt sich etwa, dass die Einführung von Spitalwettbewerb die Mortalitäts- und/oder Re-Hospitalisierungsrate bei Herzinfarkten in den USA und Grossbritannien reduziert hat.<sup>6</sup> Wettbewerb kann sich auch auf Qualitätsparameter wie z.B. die Wartezeiten positiv auswirken: In Grossbritannien hat der Wettbewerb die Wartezeiten für Hüftoperationen verkürzt, ohne jedoch die Spitalaufenthaltsdauer der Patienten zu beeinflussen.<sup>7</sup>

#### Schlüsselrolle für den Staat

Damit sich die positiven Effekte von Wettbewerb im Spitalsektor einstellen können, kommt dem Staat eine zentrale Rolle zu: Er muss die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb gewährleisten. Zuerst müssen die Fallpauschalen mithilfe geeigneter Institutionen und Mechanismen so festgesetzt werden, dass sie die Kosten für ein effizientes Spital decken. Nur unter dieser Voraussetzung lohnt es sich für die Spitäler auch finanziell, um die Gunst der Patienten zu buhlen.

Des Weiteren kommt dem Wettbewerbsrecht im Allgemeinen, und speziell der Fusionskontrolle, eine wichtige Funktion zu. In vielen Ländern sind fusionsbedingte Konzentrationstendenzen im Spitalsektor zu beobachten. Fusionen können dabei unterschiedliche Wirkungen auf den Wettbewerb haben. Sie können einerseits, z.B. aufgrund von höheren Fallzahlen, zu Effizienz- und Qualitätsverbesserungen führen, was in der Schweiz angesichts der sehr hohen Spitaldichte zu begrüßen wäre. Andererseits besteht die Gefahr, dass durch Fusionen der Wettbewerbsdruck

Der Staat muss für einen funktionierenden Wettbewerb im Spitalsektor sorgen.

5 Eine Zusammenfassung der empirischen Evidenz zu diesem Thema findet sich in OECD (2012).

6 Vgl. etwa Kessler und McClellan (2000) oder Cooper et al. (2010a).

7 Vgl. etwa Cooper et al. (2010b).

verringert wird – mit negativen Folgen für die Preise und die Qualität.<sup>8</sup> Für die Wettbewerbsbehörden muss also die Möglichkeit bestehen, schädliche Fusionen zu verhindern.

Zudem ist auch sicherzustellen, dass kein Akteur im Markt über allzu grosse Verhandlungsmacht verfügt. Dies wird in der Regel dadurch erreicht, dass den Patienten die freie Spitalwahl zugestanden und den Krankenversicherungen kein Kontrahierungszwang mit den Spitälern auferlegt wird. Damit die Patienten bzw. ihre Vertreter letztlich informierte Entscheide fällen können, muss der Staat Massnahmen treffen, um Transparenz hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen zu schaffen.

## 2.3\_Neue Spitalfinanzierung ab 2012

Die Neue Spitalfinanzierung, die 2009 in Kraft trat und ab 2012 umgesetzt wurde, stellt die bisher grösste und wichtigste Reform des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes dar. Sie beinhaltet die nachfolgend besprochenen Kernelemente.

### Spitalplanung

Spitäler, die auf eine **kantonale Spitalliste** aufgenommen werden, dürfen den Krankenkassen und den Kantonen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) Leistungen verrechnen (Art. 49a KVG). Die Neue Spitalplanung sieht zudem gemäss Art. 39 KVG vor, dass die Kantone neu die privaten Spitäler angemessen in ihre Planung einbeziehen müssen. Für alle Listenspitäler – privat oder öffentlich – gelten bezüglich **OKP-Leistungen die gleichen Finanzierungsregeln. Als Aufnahmekriterium für die Spitalliste gelten seit 2012 auch die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung.** Spitäler, die auf keiner Spitalliste stehen, jedoch einen Vertrag mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben (sog. «Vertragsspitäler») dürfen hingegen **nur den Krankenkassen, und nicht den Kantonen,** OKP-Leistungen verrechnen.

### Freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz

Seit 2012 dürfen gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG auch allgemein versicherte Patienten frei zwischen Listenspitälern innerhalb des Wohnkantons wählen. Dies war zuvor Patienten mit entsprechender Zusatzversicherung vorbehalten. Im Rahmen der Neuen Spitalfinanzierung wurde die freie Spitalwahl zudem auf Listenspitäler ausserhalb des Wohnkantons ausgedehnt. Die neue Regelung sieht vor, dass sich der Wohnkanton bis zu einem von den kantonalen Behörden festgesetzten «Referenztarif» an den Kosten der ausserkantonalen Hospitalisierung beteiligt. Eine allfällige

Seit 2012 dürfen die Patienten frei zwischen Listenspitälern inner- und ausserhalb des Wohnkantons wählen.

<sup>8</sup> Zu den empirischen Effekten von Fusionen zwischen Spitälern vgl. z.B. Gaynor and Town (2012) und die dort zitierte Literatur.

Differenz zwischen dem Basistarif (vgl. nachfolgendes Kapitel) des besuchten Spitals und dem Referenztarif des Wohnkantons trägt die versicherte Person oder – sofern vorhanden – ihre Zusatzversicherung. |<sup>9</sup>

### DRG-basierte Fallpauschalen

Wie bereits erwähnt, wird auch in der Schweiz seit 2012 mit einem DRG-System («SwissDRG») gearbeitet. Damit wurde auch hierzulande der Schritt von einer Objekt- hin zu einer Subjektfinanzierung vollzogen: Anstatt die Spitäler selbst zu finanzieren, werden stationäre Leistungen im Bereich der Akutsomatik und der Geburtshäuser neu über leistungsbezogene Fallpauschalen vergütet. Die Finanzierung folgt somit dem Patienten und ist unabhängig davon, wo er sich behandeln lässt.

Mit den Fallpauschalen wurde der Schritt von einer Objekt- zu einer Subjektfinanzierung vollzogen.

Die Fallpauschalen umfassen neben den Kosten der Pflegeleistungen auch diejenigen des Spitalaufenthalts (inklusive Hotellerie) und der Investitionen. Sie ergeben sich aus der Multiplikation des Kostengewichts, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer Fallgruppe (DRG) spiegelt, mit dem Basistarif (vgl. Abbildung 5). Eine speziell für diesen Zweck gegründete Organisation, SwissDRG AG, ist für eine landesweit einheitliche Tarifstruktur verantwortlich und ermittelt die Kostengewichte pro DRG.

Der Basistarif – teilweise auch «Basispreis», «Baserate» oder «Spitaltarif» genannt – ist der Betrag, der für einen Behandlungsfall in einem bestimmten Spital mit dem Kostengewicht von 1 bezahlt wird. Er wird zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen ausgehandelt. (vgl. Anhang S. 60). |<sup>10</sup> Der verhandelte Tarif muss vom jeweiligen Kanton genehmigt werden. Dabei gibt der Preisüberwacher den Kantonen eine Tarifempfehlung ab. Diese Empfehlung gründet auf einer Benchmarkanalyse der Betriebskosten aller Akutspitäler (Iseli et al. 2016). Einigen sich die Parteien nicht auf einem Basistarif, kann der Kanton die Tarife hoheitlich festlegen (Art. 47 KVG). |<sup>11</sup>

### Dual-fixe Finanzierung und gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die Neue Spitalfinanzierung sieht vor, dass die Vergütungen der stationären Spitalleistungen von den Kantonen und den Krankenkassen übernommen werden. Gemäss Art. 49a KVG beteiligen sich die Kantone

<sup>9</sup> Ausgenommen von dieser Regelung sind Behandlungen, die im Wohnkanton nicht durchführbar sind und Notfälle.

<sup>10</sup> Die Krankenkassen lassen sich in den Tarifverhandlungen in der Regel von Organisationen wie Tarifsuisse oder HSK vertreten. Analog können sich Spitäler von Dachorganisationen wie H+ vertreten lassen. Im Resultat können sich unterschiedliche Basistarife zwischen den Spitälern aber auch pro Spital und Versicherer ergeben. So wurde etwa im Jahre 2016 für das Universitäts-Kinderspital beider Basel ein Basistarif von 10 850 Fr. für die Mitglieder von Tarifsuisse und der CSS verhandelt. Für die HSK, die Tarifgemeinschaft der Helsana, Sanitas und KPT, gilt hingegen ein Basistarif von 11 800 Fr.

<sup>11</sup> Dieser Entscheid kann an das Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden (Art. 53 KVG).

mindestens mit einem Anteil von 55 % an den stationären Kosten. Auf die Krankenversicherungen entfallen höchstens 45 % der Kosten.

Die vergüteten Fallpauschalen dürfen überdies keine Kostenanteile für sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) enthalten. Dazu gehören gemäss Art. 49 KVG auch die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Die Kantone sind frei, ihren Spitälern weitere Aufgaben zu übertragen und abzugelten – eine abschliessende Definition, was unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu verstehen ist, besteht aktuell nicht (von Stokar et al. 2016). Die Finanzierung der GWL erfolgt ausschliesslich über die Kantone, sprich: die Krankenversicherungen sind an diesen Ausgaben nicht beteiligt.

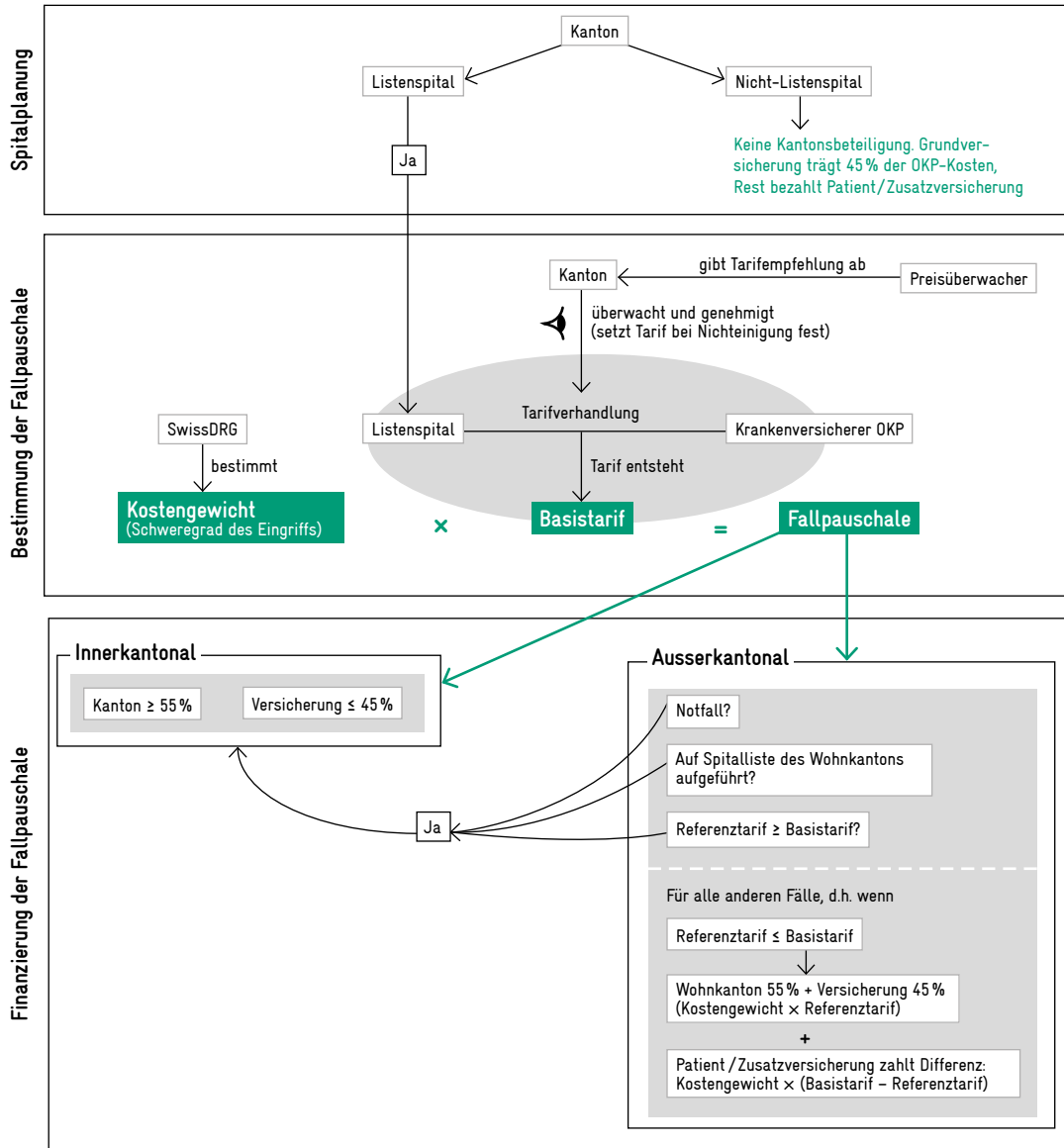
Die Kantone beteiligen sich mit 55 % an den stationären Kosten – auf die Krankenversicherer entfallen 45 %.

#### **Pflicht zu mehr Transparenz**

Mit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung wurden die Leistungserbringer zu mehr Transparenz verpflichtet. Diese müssen Daten über Kosten und Qualität der medizinischen Leistungen erheben (vgl. Art. 49 KVG und Art. 59a KVG). Spitäler sind überdies verpflichtet, eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik nach einheitlicher Methode zu führen. Die genauen Anforderungen an die zu erhebenden Daten sind in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) präzisiert. Die von den Spitälern ausgewiesenen Kosten bilden Vergleichsbasis und Grundlage für die Festlegung der Fallpauschalen. Zur Erhöhung der Transparenz und zur Stärkung des Wettbewerbs werden die erhobenen Daten zudem jährlich vom BAG veröffentlicht (Art. 31 KVV).

**Abbildung 5**  
**Die Neue Spitalfinanzierung im Überblick**

Listenspitäler verhandeln einen Basistarif mit den Krankenversicherern. Dieser Basistarif wird mit einem von SwissDRG bestimmten Kostengewicht, das die Schwere eines Falls abbildet, multipliziert. Daraus ergibt sich die leistungsbezogene Fallpauschale, die innerkantonale zu mindestens 55% vom Kanton und maximal zu 45% von den Krankenkassen getragen wird (sog. Dual-Fix-Finanzierung).



Quelle: eigene Darstellung

## 3\_ Diagnose: Stabilisierung, ja aber...

Das Spitalwesen ist im Umbruch, in der Schweiz und in anderen Ländern. Dank technologischem Fortschritt werden die Eingriffe immer gezielter und weniger invasiv. Dadurch reduzieren sich die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer und die Mortalitätsrate. Gleichzeitig werden in einer alternden Gesellschaft die Fälle immer komplexer, weil Patienten oft unter mehreren Krankheiten (sogenannte Multimorbidität) leiden. Dies kann zu vermehrten Komplikationen und Re-Hospitalisierungen führen.

Diese Trends sind genereller und langfristiger Natur. Es stellt sich jedoch die Frage, ob und – falls ja – inwiefern diese durch die Neue Spitalfinanzierung beeinflusst werden bzw. beeinflusst worden sind. Diese wurde nämlich 2012 mit dem expliziten Ziel eingeführt, das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich einzudämmen, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung zu gefährden (BAG 2015). Nachfolgend wird beleuchtet, wie sich Ausgaben und Qualität seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung entwickelt haben und in welchen Bereichen Verbesserungspotenzial besteht.

### 3.1\_ Gebremstes Ausgabenwachstum

Wie also hat sich – so wohl die Gretchenfrage – die Neue Spitalfinanzierung auf der Ausgabenseite ausgewirkt? Im Rahmen des Übergangs zum neuen Finanzierungssystem konnte gemäss Pellegrini und Roth (2017) ein initialer Ausgabenschub im stationären Spitalbereich beobachtet werden: In den Jahren 2011 und 2012 stiegen die Ausgaben insgesamt um stattliche 2 Mrd. Fr., was einer Zunahme um 14 % entspricht. Dabei handelte es sich höchstwahrscheinlich um einen Antizipationseffekt der Umstellung auf das neue DRG-System. Seit 2013 wuchsen die Ausgaben «nur» noch um durchschnittlich 2,9 % pro Jahr, was einer spürbaren Abschwächung des Wachstums entspricht. Zum Vergleich: Zwischen 2000 und 2009 belief sich das jährliche Ausgabenwachstum auf 4 bis 5 %.

Die Frage, ob der beobachtete Rückgang des Ausgabenwachstums im akutsomatischen Bereich kausal mit der Neuen Spitalfinanzierung zusammenhängt, lässt sich nur schwer beantworten. Dafür sprechen würde allenfalls die Ausgabenentwicklung zwischen 2013 und 2015 im ambulanten Bereich (+6,7 % pro Jahr) und bei den Spitex (+5,7 % pro Jahr). In beiden Bereichen wurden bis anhin keine Reformen vorgenommen und die Ausgabenentwicklung verlief deutlich ungünstiger als im stationären Bereich (vgl. Pellegrini und Roth 2017).<sup>12</sup>

Seit 2013 kann eine Abschwächung des Ausgabenwachstums beobachtet werden.

12 Nur das Ausgabenwachstum im Alters- und Pflegeheimbereich verzeichnete eine ähnliche Entwicklung wie der akutsomatische Bereich (vgl. Pellegrini und Roth 2017).



## Ausgabenwachstum als Folge der steigenden Fallzahlen

Die Ausgaben pro Fall sind in den ersten beiden Jahren nach Einführung der Neuen Spitalfinanzierung signifikant gestiegen (10,6% in den Jahren 2011 und 2012). Dieser Sprung ist unter anderem auf verzögerte Rechnungsstellungen in Folge des Systemwechsels zurückzuführen. Auch die Berücksichtigung von Anlagenutzungskosten in den Fallpauschalen, die bisher in vielen Spitälern nicht als Betriebskosten, sondern als einmalige Investition erfasst wurden, tragen zum ausgewiesenen Ausgabenwachstum bei.

Mittlerweile wachsen die Ausgaben pro Fall nur noch bescheiden, im Durchschnitt um 0,5% pro Jahr (Pellegrini und Roth 2017). Ein Anstieg der Gesamtausgaben bei gleichbleibenden Ausgaben pro Fall lässt gemäss den beiden Autoren vermuten, dass sich das Ausgabenwachstum ab 2013 primär auf eine höhere Anzahl Fälle zurückführen lässt. Tatsächlich haben die stationären Fälle zwischen 2013 und 2015 im Durchschnitt um 2,4% pro Jahr zugenommen. Im Vergleich mit 2012 entsprach dies in absoluten Zahlen 2015 insgesamt knapp 100 000 zusätzlichen Fällen.

Das Wachstum der Fallzahlen hat sich jedoch gemäss Pellegrini und Roth seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung – wider Erwarten<sup>13</sup> – nicht beschleunigt. Widmer et al. (2017) bestätigen eine Zunahme der Fallzahlen, stellen aber gleichzeitig fest, dass diese bereits vor 2011 einsetzte und 2012 kein Strukturbruch beobachtet werden kann. Die Mengenausweitung lässt sich bislang nicht kausal auf die Einführung des DRG-Systems zurückführen.

Das DRG-System ist nicht kausal für die beobachtete Mengenausweitung verantwortlich.

### Leichte Korrektur der Basistarife

Die beobachtete Abschwächung des Ausgabenwachstums und die Stabilisierung der Ausgaben pro Fall für die Jahre 2013 bis 2015 lassen sich teilweise auf eine leichte Herabsetzung der Basistarife zurückführen.

Wie aus Abbildung 6 ersichtlich, sind die verhandelten Basistarife in den ersten Jahren nach Einführung der Neuen Spitalfinanzierung leicht gefallen: Betrag der schweizweite durchschnittliche Basistarif der nicht universitären Akutspitäler 2012 noch 9589 Fr., sank dieser bis 2015 um beinahe 200 Fr. auf 9411 Fr. Analog verlief die Entwicklung bei den Universitätsspitalern und (Universitäts-)Kinderspitälern: von 11244 Fr. (2012) auf 11086 Fr. (2015).<sup>14</sup> Sieht man sich jedoch die Zahlen für die Jahre 2016 und 2017 an, stellt sich die Frage nach der Nachhaltigkeit der beobachteten Entwicklung. Zumindest für die Nicht-Universitätsspitäler

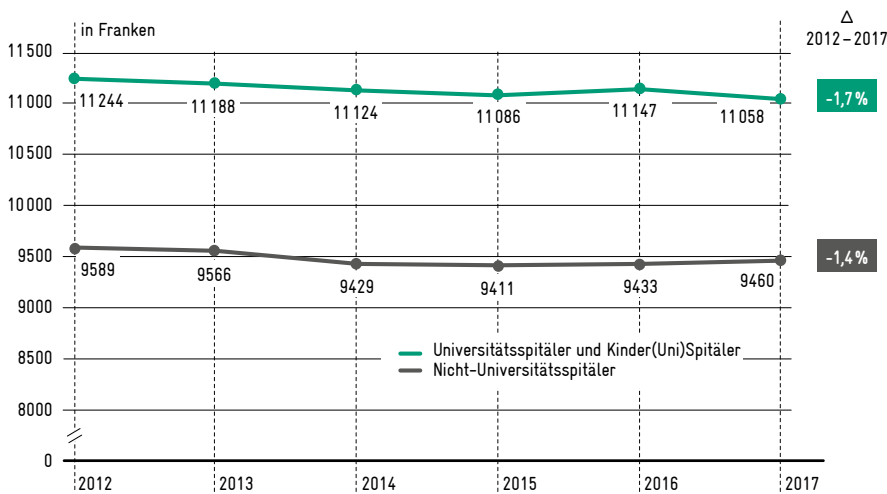
<sup>13</sup> Weil die DRG-Fallpauschalen auch die Anlagenutzungskosten decken sollen, wurde unter anderem befürchtet, dass sie Anreize für Mengenausweitung kreieren. Da die variablen Kosten und die Fixkosten zusammen über die Fallpauschale pro Patientenfall vergütet werden, liefert jeder zusätzliche Fall, einen Beitrag zur Finanzierung der Fixkosten (Widmer et al. 2017).

<sup>14</sup> Analysen von Felder et al. (2017) zeigen eine ähnliche Entwicklung der Basistarife bis 2015.

Abbildung 6

## Leichter Rückgang der durchschnittlichen Basistarife zwischen 2012 und 2017

Die Basistarife sind sowohl für die Universitätsspitäler wie auch für die restlichen Akutspitäler im Zeitraum von 2012 bis 2017 um 1,7% bzw. 1,4% gesunken. Der Niveauunterschied der Basistarife zwischen den beiden Spitaltypen bleibt konstant bei ca. 1600 Fr.



Arithmetisches Mittel der Basistarife der Einkaufsgemeinschaften Tarifsuisse, HSK, Assura/Supra, CSS und Sympany (Stand Dezember 2017, z.T. noch provisorische Basistarife).

Quelle: Angaben der Kantone (Stand 18.12.2017), eigene Berechnungen

steigen die Basistarife seit 2016 wieder leicht an und liegen mit 9460 Fr. 2017 wieder um rund 50 Fr. höher als noch 2015.

### Ausstehende Konvergenz der Basistarife

Mit der Einführung von «Yardstick Competition» im Spitalsektor wäre zu erwarten gewesen, dass die verhandelten Basistarife konvergieren. Die Unterschiede in den kantonalen Basistarifen zeigen aber, dass dies weder auf nationaler Ebene noch innerhalb der Kantone der Fall ist (vgl. Abbildung 7, sowie Anhang). So arbeitet das Ospedale Malcantone im Kanton Tessin 2017 mit einem durchschnittlichen Basistarif von 6800 Fr., während die Clinica Varini 7000 Fr. oder die Klinik St. Georg im Kanton St. Gallen 8500 Fr. verbuchen. Die drei teuersten Nicht-Universitätsspitäler der Schweiz haben Basistarife von 11613 Fr. (die Klinik Lengg in Zürich), 9950 Fr. (Kantonsspital St. Gallen) und 9850 Fr. (Luzerner Kantonsspital) ausgehandelt. Zwischen den niedrigsten und teuersten Basistarifen besteht somit eine Differenz von rund 40 %. Universitätsspitäler arbeiten in der Regel zu höheren Basistarifen von mindestens 10 650 Fr. Am teuersten ist das Universitäts-Kinderspital Zürich mit einem Basistarif von 12400 Fr.

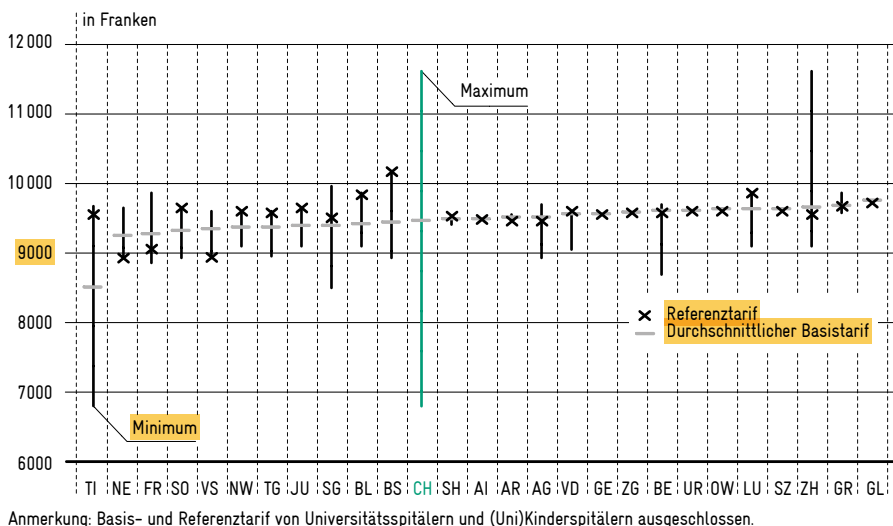
Zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Basistarif besteht eine Differenz von rund 40 %.

Dass es durchaus möglich ist, mit einem einheitlichen durchschnittlichen Basistarif zu operieren, zeigt sich am Beispiel der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Schaffhausen, Zug oder Genf. Die Streuung der Basistarife innerhalb der Kantone (und auch zwischen den Kantonen)

Abbildung 7

## Signifikante Unterschiede der kantonalen Basis- und Referenztarife

Der durchschnittliche Basistarif bewegt sich zwischen 8484 Fr. (TI) und 9737 Fr. (GL). Mit Ausnahmen (NE, FR und VS) entsprechen die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen in etwa dem durchschnittlichen kantonalen Basistarif oder übertreffen diesen sogar.



Quelle: Angaben der Kantone, eigene Berechnungen

zeigt aber letztlich, dass sich die erhoffte Konvergenz der Basistarife infolge eines intensivierten Wettbewerbs bis anhin nicht im erwarteten Umfang eingestellt hat.

### Dynamische Anpassung der DRG-Tarife

Das SwissDRG-System wurde von Anfang an als ein dynamischer Preissetzungsmechanismus konzipiert. Zwischen 2012 und 2017 wurde das System bereits sieben Mal revidiert.<sup>15</sup> Einerseits werden die Kostengewichte für einzelne Behandlungsfälle regelmässig aktualisiert. Besonders für Leistungen, die oft erbracht werden, besteht in der Zwischenzeit eine breite Datenbasis, die eine laufende Feinjustierung des Tarifsystems ermöglicht. Andererseits wird das DRG-Regelwerk für die Abrechnung komplexer Behandlungen (z.B. im Bereich seltener, komplexer Leistungen, den sog. «Hochkostenfällen») stetig angepasst, weil sich derartige Behandlungen nur schlecht mit Fallpauschalen erfassen lassen.

Hochkostenfälle werden heute entweder mit Zusatzentgelten oder «Langliegerzuschlägen» abgegolten, oder – als Krücke im DRG-Konstrukt – mittels überhöhter Basistarife für die Universitätsspitäler querfinanziert. Während

15 Im Gegensatz sieht das Tarifsystem TARMED für ambulante ärztliche Leistungen in Arztpraxen und Spitälern keine solche Anpassungsmechanismen vor. Neue Tarife müssen neu verhandelt werden und Anpassungen sind seit Jahren ins Stocken geraten.

andere Länder ihre DRG-Systeme diesbezüglich weiterentwickelt haben, befindet sich die Schweiz noch in der Ausbauphase (Hochuli et al. 2017).

Langfristig sollten auch in der Schweiz die Leistungen für Hochkostenfälle transparent und kostendeckend vergütet werden. Gleichzeitig ist anzustreben, dass Grundleistungen von Universitätsspitalern ähnlich wie jene von Regionalspitalern entschädigt werden. Die korrekte Abgeltung von Hochkostenfällen und die Transparenz bei den Preisen für Grundleistungen ist eine wichtige Voraussetzung für den fairen Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Spitaltypen. Ohne diese Anpassungen droht die Gefahr einer unerwünschten Selektion «schlechter» Risiken durch die Spitäler oder einer Unterfinanzierung von Institutionen, die sich aufgrund ihres Forschungsauftrags oder besonderer Ausstattung auf Hochkostenfälle (Universitätsspitäler, Sonderkliniken) spezialisiert haben.

Ohne Anpassungen des DRG-Systems droht die Gefahr einer Risikoselektion durch die Spitäler.

### 3.2\_Leichte Verbesserung der Qualität

Von Interesse ist auch, wie sich die Qualität im akutstationären Bereich seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung entwickelt hat. In diesem Kontext kommen Hedinger et al. (2017) vom schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) zu folgenden Schlüssen:

- **Sinkende Spitalaufenthaltsdauer:** Die mittlere Aufenthaltsdauer nimmt in der Schweiz seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung kontinuierlich ab. Hervorzuheben ist dabei, dass eine sinkende Aufenthaltsdauer keinesfalls auf Qualitätseinbussen hindeuten muss, sondern das Resultat eines effizienter organisierten Systems sein kann. Die Aufenthaltsdauer könnte auch deshalb gesunken sein, weil es seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung – zum Teil durchaus gewünschte – Verschiebungen von Patienten in den spitalambulantem Bereich bzw. die nachgelagerten Pflegeheime stattfanden (Widmer et al. 2017). Der Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer fällt überdies vor und nach 2012 ähnlich stark aus, was darauf hindeutet, dass nicht unbedingt ein Kausalzusammenhang mit der Neuen Spitalfinanzierung besteht. Jährlich ist die Spitalaufenthaltsdauer zwischen 2009 und 2015 um durchschnittlich 1,9 %, von 6,2 auf 5,5 Tage gefallen.
- **Sinkende Mortalitätsraten:** Erfreulicherweise ist die Mortalitätsrate in den Spitälern zwischen 2011 und 2015 von 1,8 % auf 1,5 % gesunken. <sup>16</sup> Diese Entwicklung deutet in erster Linie auf eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität hin. Sie könnte aber auch eine Folge der oben erwähnten Verlagerungen in Pflegeheime sein.

---

16 Die Mortalität definiert sich gemäss Obsan als der Anteil der innerhalb von 30 Tagen in einem Spital verstorbenen Patienten an allen hospitalisierten Fällen. Diese Werte stellen aber kein Abbild der Mortalität insgesamt dar, da sie sich nur auf die Mortalität in Spitälern beziehen und daher keine Auskunft über die 30-Tage-Mortalitätsrate ausserhalb des Spitals geben.

- **Leicht steigende Re-Hospitalisierungsraten:** Betrachtet man hingegen die Re-Hospitalisierungsraten,<sup>17</sup> zeichnet sich eine leichte, aber statistisch signifikante Zunahme seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung ab. Diese betrug 2011 noch 1,9 % und erhöhte sich bis 2015 auf 2,5 %. Die Frage, ob die gestiegene Re-Hospitalisierungsrate mit einer Zunahme von «blutigen Entlassungen», d.h. vorzeitige Entlassungen von Patienten um Kosten einzusparen, einherging, kann aufgrund der Datenlage nicht abschliessend beantwortet werden. Unklar ist überdies, ob die beobachtete Entwicklung mit der sinkenden Aufenthaltsdauer (vgl. links) oder der Neuen Spitalfinanzierung in einem Zusammenhang steht.
- **Steigendes Betreuungsverhältnis:** Im Bereich der Akutsomatik ist das Betreuungsverhältnis, also die Anzahl Vollzeitstellen pro 1000 Fälle, zwischen 2010 und 2015 bei den Ärzten von 11,1 auf 12,4 bzw. beim Pflegepersonal mit Tertiärausbildung von 26,1 auf 28,2 laufend gestiegen (Hedigner et al. 2017). Auch diese Entwicklung – vor sowie nach der Reform – deutet tendenziell auf eine Erhöhung der Qualität hin.

Überdies kommen Auswertungen zur subjektiven Patientenzufriedenheit (unter anderem vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, ANQ) zum Resultat, dass diese in den letzten Jahren konstant hoch war. Gleiches gilt gemäss dem gfs.bern (2015) auch für die Zufriedenheit der Ärzte sowie deren Berufsidentifikation.

Zusammenfassend: Unter Vorbehalt der relativ kurzen Beobachtungszeiträume seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung und der potenziellen Verschiebungen von Leistungen in vor- und nachgelagerte Bereiche besteht bis anhin keine eindeutige Evidenz, dass sich die Qualität infolge der KVG-Reform im akutsomatischen stationären Spitalbereich verschlechtert hätte. Im Gegenteil, in Anbetracht der oben skizzierten Entwicklung kann davon ausgegangen werden, dass sich die vorwiegend positiven ausländischen Erfahrungen mit verstärktem Wettbewerb im Spitalsektor auch für die Schweiz bestätigen lassen: Insgesamt ist die Qualität im akutsomatischen Bereich in den letzten Jahren leicht gestiegen.

Die Qualität im stationären Spitalbereich hat sich aufgrund der KVG-Reform insgesamt nicht verschlechtert.

### 3.3\_Spitallisten und Subventionen mit Nebenwirkungen

Die ersten Erfahrungen mit der Neuen Spitalfinanzierung sind also eher ermutigend. Die im Vorfeld von gewissen Kreisen geäusserten Befürchtungen, dass die neuen Wettbewerbsanreize im Spitalsektor zu Qualitätseinbussen und Mengenausweitungen führen würden, lassen sich bis anhin nicht bestätigen. Auch die Basistarife haben sich grosso modo in die richtige Richtung entwickelt und sind tendenziell seit deren Einführung etwas gesunken.

17 Unter «Re-Hospitalisierung» wird gemäss Hedigner et al. (2017) der Wiedereintritt eines Patienten in das gleiche Spital für denselben Fall oder aufgrund von Komplikationen verbunden mit demselben Fall innert 18 Tagen ab Ersteintritt verstanden.

Von einer Trendwende zu sprechen wäre aber verfrüht: Zum heutigen Zeitpunkt lässt sich noch nicht abschliessend beurteilen, ob die Reformen im stationären Bereich in der Lage sind, das Kostenwachstum mittel- bis langfristig zu stoppen. Es wird sich vor allem zeigen müssen, ob die Stabilisierung der Ausgaben pro Fall nachhaltig ist, und in welche Richtung sich die Basistarife entwickeln. Sicher ist jedoch, dass in den Kantonen heute noch verschiedene **Praktiken existieren, die eine volle Entfaltung der positiven Wirkungen der Neuen Spitalfinanzierung behindern.**

Es wird sich zeigen müssen, ob die Stabilisierung der Ausgaben pro Fall nachhaltig ist.

### Anhaltende Bevorzugung der öffentlichen Spitäler

Ein Problemkind ist in diesem Zusammenhang die in der Verantwortlichkeit der Kantone liegende Spitalplanung, in deren Rahmen die vorgängig erwähnten Spitallisten geführt werden (vgl. Kapitel 2.3). Die Spitallisten beinhalten inner- und ausserkantonale Spitäler, und sollen den Bedarf an medizinischen Leistungen für die Kantonsbewohner abdecken.

Für ein Spital hat es wegehende Konsequenzen, ob er auf der Liste steht oder nicht: Nur Listenspitäler dürfen die Behandlungskosten dem Wohnkanton eines Patienten sowie dessen Grundversicherung verrechnen. Listenspitäler erhalten überdies einen Leistungsauftrag, der den zu erbringenden Leistungsumfang inkl. Anforderungskatalog festlegt. Ein nicht gelistetes Spital verfügt demgegenüber über **weitgehende Freiheit bezüglich der Ausgestaltung des Leistungsangebots, muss aber vollständig auf den Finanzierungsanteil der Kantone verzichten.** Dies bedeutet in der Regel, dass sich nicht gelistete Spitäler auf **privatversicherte Patienten konzentrieren** (müssen), um kostendeckend arbeiten zu können.

Auch wenn es für einzelne Privatspitäler eine rationale Strategie sein mag, sich nicht um einen Listenplatz zu bemühen, fällt auf, dass es 2015 in der Schweiz – im Gegensatz zu den privaten Spitälern – **kein öffentliches bzw. staatlich subventioniertes Spital gab, das nicht auf einer kantonalen Spitalliste fungierte** (vgl. Tabelle 1). Die Kriterien für die Aufnahme in die Spitalliste werden von den Kantonen zwar in der Regel nicht offensichtlich diskriminierend festgelegt. De facto werden sie aber immer so gewählt, dass **zunächst die eigenen öffentlichen Spitäler die entsprechenden Anforderungen erfüllen.** Die Vergabe von weiteren Listenplätzen an Privatspitäler wird hingegen oftmals über Kriterien wie **Mindestfallzahlen, Mengenbegrenzungen, Nachweis einer wirtschaftlichen Grundausrüstung, Ausschluss des Belegarztsystems oder Pflicht, Gesamtarbeitsverträge der Kantone zu übernehmen, gesteuert.**

### GWL als verdeckte Subventionen

Neben den Spitallisten bestehen weitere Wege, die den Kantonen eine Bevorzugung der eigenen Spitäler erlauben. Zu nennen ist in erster Linie die Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, die vor allem den öffentlichen und subventionierten Spitälern zugestanden bzw. übertragen

Tabelle 1

## Die öffentlichen Spitäler sind immer auf den kantonalen Spitallisten

	Anzahl Spitäler in der Schweiz	Davon auf Spitalliste 2015
Subventioniert/Öffentlich	85	85 (100 %)
Privat	103	82 (80 %)
Total	188	167 (89 %)

Quelle: Felder et al. 2017, Angaben der Kantone, eigene Berechnungen

werden. Privatspitäler erhalten gerade einmal 3 % der schweizweit ausgeschütteten GWL (Felder et al. 2017).

Weitere (verdeckte) Subventionen können die Kantone ihren eigenen Spitälern durch überhöhte Basistarife zukommen lassen. In ihrer Rolle als Betreiber von Spitälern handeln die Kantone nämlich mit den Krankenkassen Basistarife aus. Gleichzeitig segnen die Kantone diese Tarife auch ab und legen sie im Streitfall sogar fest. Die Konsequenz dieser Mehrfachrolle der Kantone liegt darin, dass die Basistarife für die eigenen Spitäler oft höher ausfallen als für die privatwirtschaftliche Konkurrenz. Subventionen können schliesslich auch in Form von nicht marktüblich verzinsten Darlehen oder Mieten unter Marktpreisen an die öffentlichen Spitäler fliessen.

Gemäss Felder et al. (2017) belief sich die Summe der Subventionen aus diesen drei Kanälen an die öffentlichen Spitäler im Jahr 2015 schweizweit auf über 2 Mrd. Fr. Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind hierbei beträchtlich: Während etwa der Kanton Genf seine Spitäler mit Zuschüssen von mehr als 500 Mio. Fr. unterstützt (ca. 1080 Fr. pro Einwohner), belaufen sich die entsprechenden Subventionen im Kanton Thurgau auf 18,6 Mio. Fr., was 70 Fr. pro Einwohner entspricht.

Privatspitäler erhalten gerade einmal 3 % der schweizweit ausgeschütteten GWL.

### 3.4\_Beschränkung der freien Spitalwahl

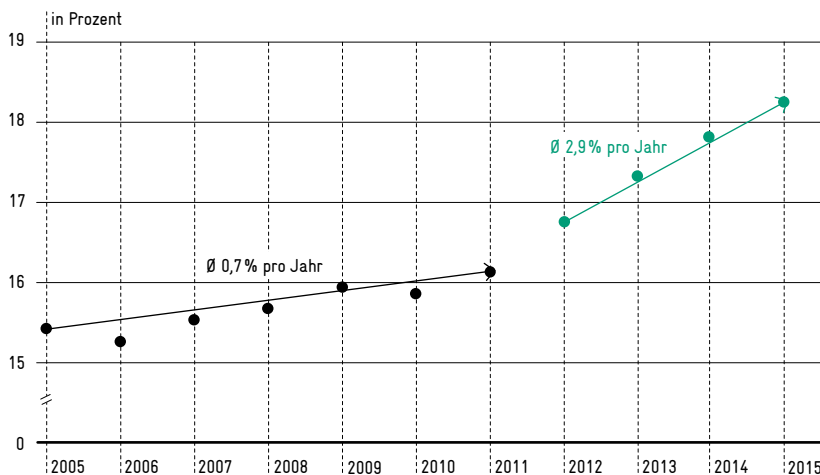
Wie bereits erwähnt gilt in der Schweiz seit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung der Grundsatz der freien Spitalwahl. Diese hat, wie aus Abbildung 8 ersichtlich, bereits Wirkung entfaltet. Der Anteil der ausserkantonalen Behandlungen ist zwar seit 2005 stetig gestiegen. Das Wachstum hat sich allerdings im Schweizer Durchschnitt seit 2012 deutlich beschleunigt. Betrug die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate zwischen 2005 und 2011 0,7 %, stieg sie im Beobachtungszeitraum 2012 bis 2015 auf 2,9 %. Im Jahr 2015 liess sich schweizweit die Rekordzahl von beinahe 200 000 Patienten in einem Akutspital ausserhalb ihres Heimatkantons behandeln. Hinter diesen Durchschnittswerten für die Schweiz stehen allerdings grosse regionale Unterschiede (vgl. Abbildung B, Seite 34).



Abbildung 8

## Seit 2012 lassen sich mehr Patienten ausserkantonale behandeln

Zwischen 2005 und 2011 stiegen die interkantonalen Patientenströme nur leicht. Mit der Einführung der freien Spitalwahl änderte sich das Bild: Die durchschnittliche Wachstumsrate betrug ab 2012 2,9%, während sie von 2005 bis 2011 einen durchschnittlichen Wert von 0,7% aufwies.



Quelle: BFS 2017b

### Fallkontingente und diskriminierende Referenztarife

Nach wie vor ist die freie Spitalwahl nicht in allen Kantonen vollumfänglich gewährleistet. Gemäss dem «Sündenregister» von Economiesuisse (Marty 2017) haben etwa die Kantone Genf und Waadt Globalbudgets eingeführt, die nur für die privaten Spitäler Gültigkeit haben. Zudem wird in beiden Kantonen die freie Spitalwahl durch Mengenbeschränkungen (Fallkontingente) bei den Leistungsaufträgen an Privatspitäler eingeschränkt. Sind die entsprechenden Fallkontingente ausgeschöpft, zahlt der Kanton seinen Anteil nicht mehr und der Patient hat faktisch nur noch die Möglichkeit, sich in einem öffentlichen Spital behandeln zu lassen. Aber nicht nur die innerkantonale freie Spitalwahl wird dadurch eingeschränkt: Waadtländern, die sich in Genfer Privatspitälern behandeln lassen wollen, vergütet der Wohnkanton seinen Kostenanteil nur solange die Genfer Fallkontingente nicht ausgeschöpft sind.

Die ausserkantonale freie Spitalwahl kann auch über den Referenztarif eingeschränkt werden. Im Kanton Neuenburg zum Beispiel wurde der relevante Tarif für ausserkantonale Spitalbehandlungen 2016 von 9650 auf 9050 Fr. gesenkt. Zwar gibt es kleinere Spezialkliniken, die zu solch tiefen Tarifen arbeiten, nicht aber Regionalspitäler mit umfassendem Angebot. Somit müssten Neuenburger, die sich ausserkantonale behandeln lassen wollen und über keine Zusatzversicherung verfügen, einen substantiellen Teil der anfallenden Kosten selber übernehmen. Dass

Nach wie vor ist die freie Spitalwahl nicht in allen Kantonen vollumfänglich gewährleistet.



es sich dabei um eine rein protektionistische Massnahme handelt, mit der letztlich einfach die freie Spitalwahl eingeschränkt werden soll, zeigt sich daran, dass für das wichtigste Spital im Kanton Neuenburg – das Hôpital neuchâtelois (HNE) – weiterhin der Basistarif von 9650 Fr. gilt. Auch in den Kantonen Freiburg und Wallis sind die Referenztarife, wie wie *Abbildung 7* verdeutlicht, klar unter den durchschnittlichen kantonalen Basistarifen angesetzt.

# Spitäler im nationalen Wettbewerb?

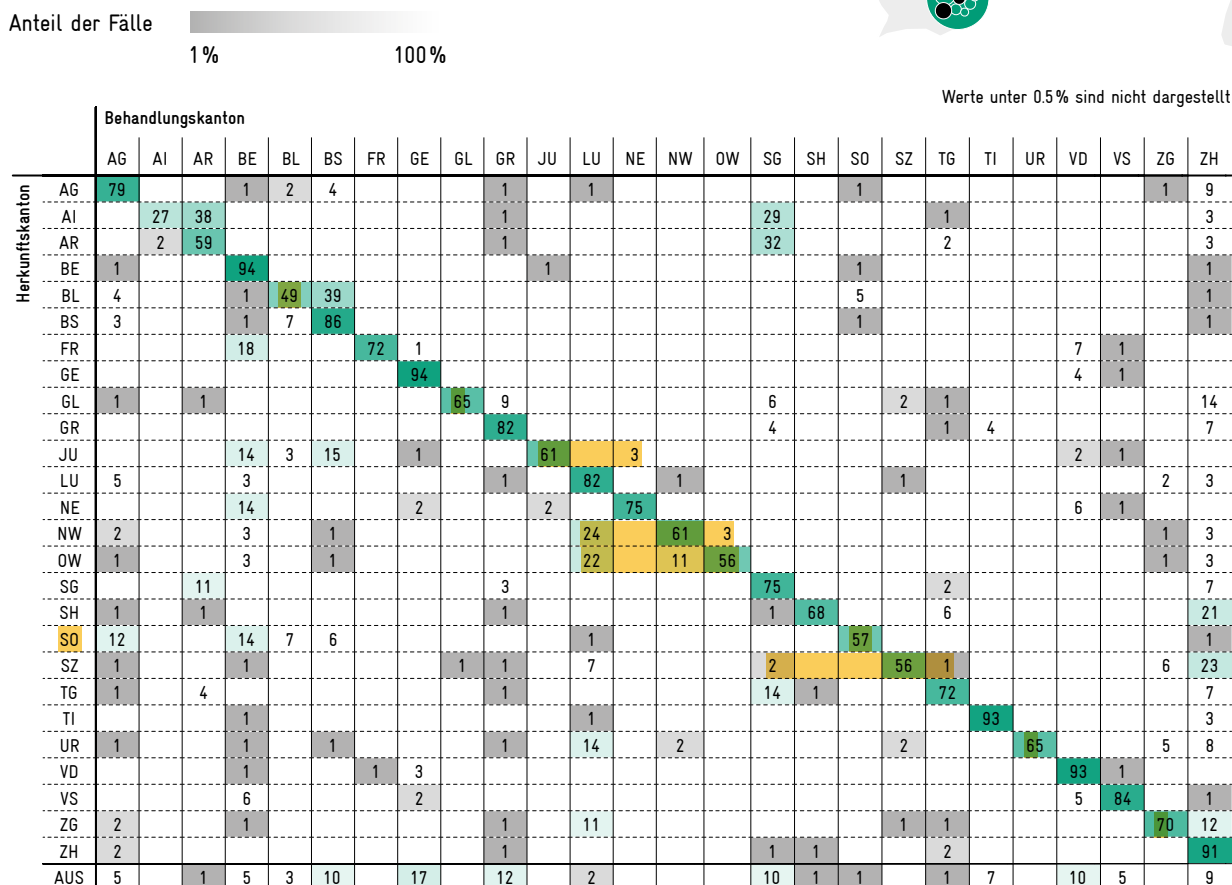
Mit 288 Spitälern und Kliniken verfügt die Schweiz über ein sehr dichtes Spitalangebot (Abbildung A). Im Jahr 2011 konnten 99,8% der Bevölkerung von ihrer Wohngemeinde aus ein Allgemeinspital innerhalb von 30 Fahrminuten erreichen (Christen et al. 2013).

Seit 2012 dürfen allgemein versicherte Patienten Spitäler in der ganzen Schweiz frei wählen, ob Privatklinik oder öffentliches Spital, sofern diese auf kantonalen Spitallisten stehen. Die Mehrheit der Patienten wählt zwar immer noch ein Spital im Wohnkanton, die Patientenströme über die Kantonsgrenze hinweg unterscheiden sich jedoch sehr von Kanton zu Kanton (Abbildung B).

Ebenfalls seit 2012 werden Leistungen in Spitälern über Fallpauschalen vergütet. Diese schweizweit einheitliche Finanzierung schafft Transparenz und zwingt die Spitäler zu mehr Effizienz. Die Kantone können aber ihre Spitäler für gemeinwirtschaftliche Leistungen aus regionalpolitischen Gründen sowie für Forschung und Lehre subventionieren. Diese Subventionen werden kantonal sehr unterschiedlich eingesetzt (Abbildung C).

Abbildung B

Der Anteil ausserkantonomer Behandlungen variiert je nach Kanton stark



Quelle: BFS 2017b

Abbildung A

Die Schweiz zählt 288 Akutspitäler, Reha- und Psychiatriekliniken

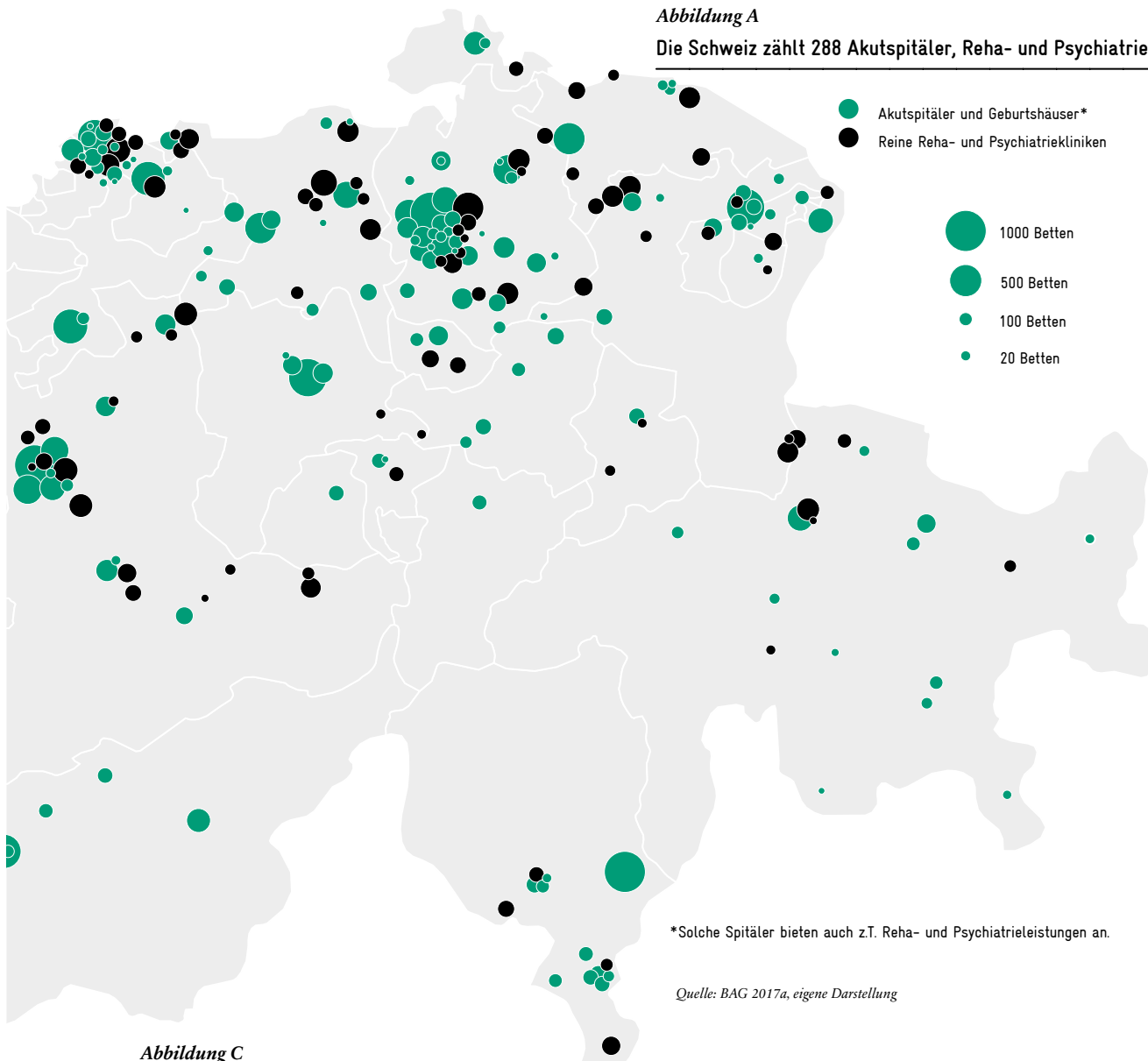
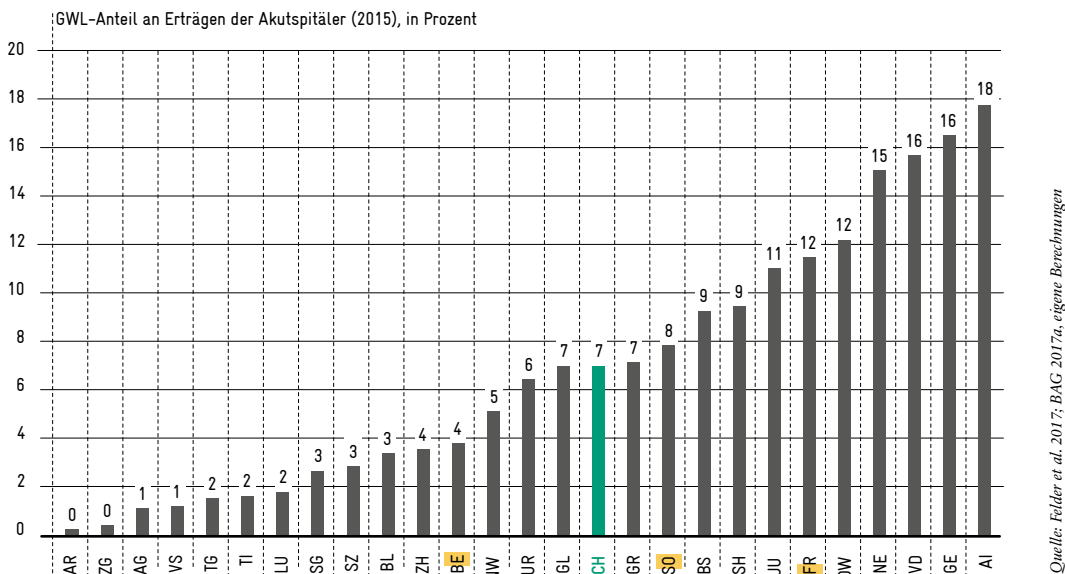


Abbildung C

Kantone setzen Subventionen für Spitäler sehr unterschiedlich ein



## 4\_ Drei Therapien für das Spitalwesen

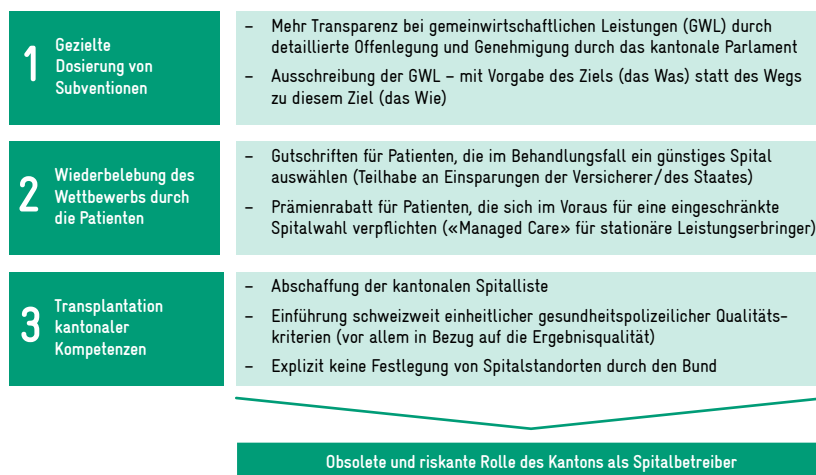
Mit der Neuen Spitalfinanzierung und der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz wurden wichtige Wettbewerbselemente im akutsomatischen Bereich eingeführt. Erste positive Wirkungen der Reformen von 2012 zeigen sich zwar, aber eine klare Trendwende lässt sich (noch) nicht identifizieren: Die Patienten schöpfen ihre Wahlmöglichkeit zwar vermehrt aus, aber bis anhin auf einem relativ bescheidenen Niveau. Die Leistungserbringer haben ihre Basistarife nur teilweise gesenkt, und manche Kantone nutzen gesetzliche Schlupflöcher, um ihre Spitäler vor der Konkurrenz zu schützen.

Um die angestrebten Qualitäts- und Effizienzverbesserungen im stationären Spitalsektor zu erreichen, braucht es weitere und zusätzliche Anstrengungen. Drei Kategorien von «Therapien» bieten sich an (vgl. Abbildung 9). Die Therapien in der ersten Kategorie sind eher sanft und weitgehend im geltenden gesetzlichen Rahmen umsetzbar. Therapien der zweiten Kategorie benötigen kleinere rechtliche Anpassungen, damit die Patienten den Wettbewerb weiter beleben können. Die dritte Kategorie impliziert stärkere Eingriffe ins Gesundheitswesen mit Anpassungen der Verfassung und der Kompetenzteilung zwischen Bund und Kantonen.

**Abbildung 9**

### **Drei zunehmend invasive Therapien**

*Zur Belebung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern braucht es verschiedene Arten von Therapien. Manche lassen sich innerhalb des heute geltenden gesetzlichen Rahmens umsetzen, andere benötigen Anpassungen der Gesetze, ja sogar der Bundesverfassung.*



Quelle: eigene Darstellung

## 4.1\_Gezielte Dosierung von Subventionen

Zur Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und zur Sicherstellung der Forschung und der universitären Lehre dürfen die Kantone gemeinwirtschaftliche Leistungen finanzieren (Art. 49 BVG). Wie bereits erwähnt ist das Spektrum der GWL, die aus «regionalpolitischen Gründen» gesprochen werden, im Gesetz nicht näher umschrieben. In der Praxis können GWL etwa die Finanzierung eines lokalen Rettungsdienstes oder einer Notrufzentrale, die Vorhalteleistungen für Notfälle und Geburtshilfe, Sonderaufgaben, wie den Betrieb geschützter Operationssäle, die Koordination von Transplantationen oder die Organisation von Dolmetscherdiensten und Schwangerschaftsberatung abdecken (KPMG und ZHAW 2015, Felder et al. 2016).

### Verzerrungen durch intransparente Subventionen

Schon bei der Definition von Forschung und universitärer Lehre ist Spielraum vorhanden. Die Ausbildungskosten der Mediziner werden in den Spitälern sehr unterschiedlich gehandhabt. Pro Arzt und pro Jahr spendierte der Kanton Basel-Stadt im 2015 24 000 Fr., in Zürich waren es 16 000 Fr. und in Bern 10 000 Fr. Der Spitzenreiter Kanton Genf beteiligte sich sogar mit stattlichen 90 000 Fr. pro Arzt an den Ausbildungskosten (Balmer 2015). Anzufügen ist jedoch, dass ein verlässlicher Vergleich zwischen den Kantonen betreffend GWL im Ausbildungsbereich dadurch erschwert wird, dass die Krankenhäuserstatistik zum Teil keine verlässlichen Informationen enthält. So haben zum Beispiel nur 55 % aller Spitäler, die Forschung und Lehre anbieten, entsprechende GWL in der Statistik angegeben (von Stokar et al. 2016).

### Eklatante GWL-Unterschiede zwischen den Kantonen

Aus diesen unterschiedlichen Definitionen resultieren eklatante Unterschiede in der Ausschüttungspraxis von GWL zwischen den Kantonen (vgl. Tabelle 2, sowie Abbildung C, Seite 35). GWL sind per Definition nicht fallbezogen, sondern allgemeiner Natur. Um den Vergleich der absoluten Ausgaben zwischen den Kantonen zu vereinfachen, ist der Bezug zur Bevölkerungsgrösse oder zum Spitalbettangebot zu erstellen.<sup>18</sup> Während die GWL im Schweizer Durchschnitt bei 214 Fr. pro Einwohner liegt, beträgt dieser Wert in neun Kantonen (z.B. Appenzell-Ausserrhoden und Zug mit je 8 Fr.; oder in der Romandie Wallis mit 23 Fr.) nur ein Drittel davon oder weniger. Die Praxis dieser Kantone zeigt, dass die Spitalversorgung auch ohne extensiven Einsatz von GWL möglich ist.

Die Spitalversorgung ist auch ohne extensiven Einsatz von GWL möglich.

18 Die Bevölkerungszahl alleine sagt nichts über die sozio-demografische Strukturen eines Kantons und den resultierenden Hospitalisierungsraten aus. Ein Vergleich der GWL pro Fall liefert deshalb auf einfacher Art eine interessante Zusatzinformation.

Tabelle 2

Genf bezahlt 947 Franken GWL pro Einwohner, Zug nur 8 Franken

Kanton	GWL insgesamt in Fr. 2015	GWL pro Einwohner in Fr. 2015	GWL pro Akutbett in Fr. 2015	GWL pro stationärer Fall (Akutpflege) in Fr. 2015
AG	15 730 861	24	10 512	177
AI	2 304 818	144	128 045	2 418
AR	448 290	8	1910	31
BE	130 110 405	128	42 656	726
BL	19 790 701	70	30 219	585
BS	150 359 071	784	128 172	2359
FR	60 750 033	198	118 053	2189
GE	459 015 829	947	348 796	6692
GL	5 529 790	138	68 353	1160
GR	39 426 961	201	63 326	1 184
JU	20 084 994	276	147 684	2 812
LU	20 018 639	50	19 736	369
NE	70 532 950	396	188 289	3630
NW	3 751 000	88	48 714	696
OW	8 350 339	225	146 497	2296
SG	38 637 093	77	23 641	485
SH	18 213 878	228	95 561	1788
SO	49 293 423	185	90 298	1579
SZ	6 283 856	41	23 606	395
TG	7 141 541	27	11 930	232
TI	15 243 315	43	10 742	251
UR	4 186 678	116	58 148	1052
VD	460 433 226	595	200 607	4147
VS	7 621 205	23	11 358	215
ZG	936 831	8	4220	64
ZH	170 322 114	116	37 879	722
CH	1 784 517 841	214	76 814	1445

■ Minima pro Spalte

■ Maxima pro Spalte

Quelle: Felder et al. 2017, eigene Berechnungen

In den Kantonen Waadt (595 Fr.), Basel-Stadt (784 Fr.) und Genf (947 Fr.) sind die ausgeschütteten GWL pro Einwohner hingegen mehr als doppelt so hoch wie im Schweizer Durchschnitt. Diese drei Kantone haben zwar je ein Universitätsspital, was allenfalls mit höheren Ausgaben für Forschung und Lehre einhergehen könnte. Ein Blick in die Kantone Bern und Zürich, die beide auch ein Universitätsspital betreiben, zeigt jedoch, dass es auch anders geht: Die GWL pro Einwohner liegen in Zürich bei 116 Fr. und in Bern bei 128 Fr., deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt.

### Mangelnde Transparenz

Unterschiedliche Abgeltungsformen durch die Kantone sind nicht grundsätzlich problematisch, «...wenn die Vergütung nach objektiven und

*transparenten Kriterien erfolgt und der Kanton die Leistungen explizit einkauft. Problematisch wird die Vergütung erst dann, wenn der Verwendungszweck und der bezahlte Beitrag nicht genau erkennbar sind...»* (Polynomics 2013 in Leutwyler 2014). Ist der Verwendungszweck von GWL nicht klar, kann eine indirekte Subvention für ineffiziente öffentliche Spitäler nicht ausgeschlossen werden. Damit besteht die Gefahr, dass Strukturen erhalten werden, die im System der Fallpauschalen effizienter werden müssten oder ganz verschwinden sollten.

Mit GWL werden zum Teil ineffiziente Spitäler am Leben gehalten.

Die Transparenz und die Vergleichbarkeit der GWL zwischen den Kantonen ist heute nicht gegeben: Gesetz und Verordnung lassen offen, welche Leistungen die Kantone als gemeinwirtschaftliche Leistungen abgelten können. Eine Studie im Auftrag des BAG (von Stokar et al. 2016) zeigt, dass keine einheitliche Definition der GWL bzw. keine klare Abgrenzung zwischen OKP-Leistungen und GWL bestehen. Folglich gelten die Kantone unterschiedliche gemeinwirtschaftliche Leistungen ab. Auch innerhalb eines Kantons ist die Definition der GWL nicht immer eindeutig. In einer Antwort auf ein parlamentarisches Postulat musste der Regierungsrat des Kantons Neuenburg den Verwendungszweck der bezahlten Kantonsbeiträge für den Neuenburger Kantonsspital HNE offenlegen (Conseil d'État NE 2017). Dabei konnten für das Jahr 2017 nur 42 Mio. Fr. der insgesamt ausgerichteten 64 Mio. Fr. einem Verwendungszweck zugeteilt werden. 22 Mio. Fr. werden für Leistungen ausbezahlt, «die noch zu identifizieren sind» – «contributions versées à l'HNE pour des prestations restant à identifier (sic.)» (Conseil d'État NE 2017).

## Box 2

### Aushöhlung der Effizienzanreize durch GWL

*Ein Beispiel, wie die Ausrichtung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen die Konkurrenz zwischen den Spitälern verzerren kann, liefert der Kanton Neuenburg. Das Kantonsspital HNE ist auf drei Standorte verteilt: Neuenburg, Val-de-Travers und La Chaux-de-Fonds. Das HNE erhält vom Kanton jährlich 15 Mio. Fr. GWL als Entschädigung für die Aufrechterhaltung der drei Standorte (Conseil d'État NE 2017). Dabei hat der Kanton die Synergien (z.B. nur eine Küche, nur einen Empfang, weniger redundante Grossgeräte, bessere Bettenauslastung) berechnet, die bei einer Zusammenlegung auf einen Standort möglich wären. Da diese Synergien nicht realisiert werden können, sollten sie via GWL abgegolten werden.*

*Im gleichen Kanton betreibt die Klinikgruppe Swiss Medical Network (SMN) ebenfalls eine Klinik an zwei Standorten, in Neuenburg und La Chaux-de-Fonds. Auch der SMN entfallen durch die Präsenz an zwei Standorten Synergien, doch die Privatklinik erhält keine GWL. Sie muss ihre Kosten alleine mit den Fallpauschalen decken. Pikantes Detail: Der Basistarif für die SMN Kliniken liegt 2017 mit 8930 Fr. deutlich unter demjenigen des HNE (9650 Fr).*

*Dieses Beispiel zeigt eindrücklich die Konsequenzen einer unscharfen Definition der GWL auf. Immerhin werden die GWL für die Aufrechterhaltung des HNE mit mehreren Standorten explizit ausgewiesen. Doch ist ihre Höhe angebracht? Selbst wenn das Leistungsspektrum der SMN-Klinik und von HNE unterschiedlich sind, lässt die Tatsache, dass die Klinik ohne GWL und mit tieferem Basistarif ebenfalls an zwei Standorten operieren kann, aufhorchen.*

## Offenlegungspflicht des Verwendungszwecks von GWL

Wettbewerb in einem System mit regulierten Preisen kann nur dann effizient funktionieren, wenn vergleichbare Leistungen abgebildet werden. Aufgrund der sehr unterschiedlichen und zum Teil intransparenten Handhabung von GWL ist diese Voraussetzung heute nicht erfüllt. Der Verwendungszweck und die Höhe der ausbezahlten Kantonsbeiträge sollte offengelegt und für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Idealerweise sollte das Parlament über diese Ausgaben im Rahmen der kantonalen Budgetdebatte befinden können. Dadurch können Bürger und Politiker in den einzelnen Kantonen die Zweckmässigkeit solcher Ausgaben kritisch überprüfen und hinterfragen.

Verwendungszweck und Höhe der GWL sollten offengelegt werden.

GWL sind primär dann zweckmässig, wenn sie positive Externalitäten abgeben (zum Beispiel stiftet die Ausbildung von Ärzten der ganzen Bevölkerung einen Nutzen, nicht nur dem unmittelbar behandelten Patienten) oder Marktversagen beseitigen. In Ballungszentren zum Beispiel werden Notfallstationen rege benutzt und ihre Kosten können über Fallpauschalen gedeckt werden. In Berggebieten ist die Anzahl der Notfälle jedoch starken saisonalen Schwankungen unterworfen. Die dafür nötigen Infrastrukturen können deshalb nicht über das ganze Jahr selbsttragend finanziert werden.

Besteht keine Externalität und kein Marktversagen oder – noch schlimmer – kann kein eindeutiger Verwendungszweck nachgewiesen werden, so sind GWL nichts anderes als versteckte staatliche Beihilfen und gehören gestrichen. Nur so kann ein fairer Wettbewerb sichergestellt werden. Und dies nicht nur innerhalb des Wohnkantons, sondern auch über die Kantonsgrenzen hinaus. Werden die Basistarife infolge versteckter Subventionen via GWL künstlich tief gehalten, sinken letztlich auch die Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen, was sich wiederum negativ auf die Mobilität der Patienten auswirkt.

## GWL sollen ausgeschrieben werden

In der Schweiz wurden 2015 GWL im Gesamtumfang von 1,8 Mrd. Fr. ausbezahlt (Felder et al. 2017). Viele der von den Kantonen bestellten GWL liegen zwar unterhalb des Schwellenwerts für WTO-Ausschreibungen von 230 000 Fr. (BKB 2017), aber einige liegen auch deutlich darüber (vgl. Box 2). Grundsätzlich sind GWL von der WTO-Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung ausgenommen. |<sup>19</sup>

Es steht den Kantonen aber frei, alle oder einzelne gemeinwirtschaftliche Leistungen möglichst in regelmässigen Abständen (z.B. alle fünf Jahre) auszuschreiben. In einem solchen Prozess würde zugleich die

<sup>19</sup> Es handelt sich nicht um öffentliche Aufträge, mit denen die Kantone auf dem freien Markt Mittel für die Erfüllung eigener öffentlicher Aufgaben beschaffen. Damit besteht keine Ausschreibungspflicht nach dem öffentlichen Beschaffungsrecht.



Forderung nach Transparenz erfüllt, denn die zu beschaffenden Leistungen müssten definiert werden. Zudem können die Kantone mit Ausschreibungen einen (lokalen) Marktpreis für die bestellte Leistung ermitteln und allfälligen Vorwürfen wegen versteckter Subventionierung bestimmter Spitäler entgegentreten. Neue Geschäftsmodelle und andere Innovationen könnten so entstehen und spezialisierte Organisationen kämen als mögliche neue Anbieter von GWL ins Spiel.

#### **Ausschreibung (nicht)-medizinischer Leistungen**

Eine Ausschreibung sollte auch nicht-medizinische Leistungen beinhalten. Ein Teil der GWL, die der Kanton Neuenburg seinem Kantonsspital aufgrund der fehlenden Skaleneffekte bei der Mahlzeitenvorbereitung ausrichtet, ist ein Beispiel dafür (vgl. Box 2). Es ist nicht zwingend, dass ein Spital seine Mahlzeiten selber zubereitet. Eine Zusammenarbeit mit anderen Spitälern oder medizinischen Institutionen wäre denkbar, allenfalls durch die Gründung eines Joint Ventures oder unter Beizug eines externen Anbieters. In anderen Bereich des Gesundheitssektors sind solche Kooperationen bereits üblich: Viele Pflegeheime produzieren Mahlzeiten für sich, aber auch für nahegelegene Spitex-Organisationen oder Kindertagesstätten.

Auch medizinische Aufgaben können ausgeschrieben werden. Im Bereich der bildgebenden Verfahren könnten etwa externe Anbieter spitalübergreifende Dienstleistungen anbieten, allenfalls vor Ort mit Personal und Geräten. Selbst im Falle von komplexeren Prozessen, wie Vorhalteleistungen für die Notfallversorgung, sind Ausschreibungen denkbar.

#### **Die Kunst der richtigen Ausschreibung**

Bei all diesen Beispielen ist es wichtig, die Ausschreibung offen zu formulieren: Es sollte nicht der Betrieb einer Notfallaufnahme im Spital Davos mit 50 Vollzeitstellen und vorgegebenen Ausbildungsprofilen ausgeschrieben werden. Dafür werden offensichtlich keine externen Angebote eingehen. Vielmehr sollten Ausschreibungen «technologieneutral» erfolgen. So wäre in obigem Beispiel etwa die Notfallversorgung innert 20 Minuten für 98 % der Bevölkerung im Prättigau auszuschreiben. Nur so können echte Alternative zu den etablierten Strukturen, z.B. durch ein Netzwerk von Arztpraxen, Apotheken, Telemedizin und Helikopterdiensten, entstehen. Bei Ausschreibungen soll letztlich die Dienstleistung – das «Was» – und nicht die Art der Leistungserbringung – das «Wie» – vorgegeben werden. Solche Kooperationen zwischen den öffentlich-rechtlichen und/oder privatrechtlichen Anbietern bieten nicht nur die Möglichkeit, Kosten zu senken, sondern auch, dem akuten Fachkräftemangel in manchen Regionen zu begegnen.

Natürlich können komplexe und kostenintensive Infrastrukturen nicht über Nacht entstehen. Es wird wohl kein Konkurrent auf Vorrat

Ausschreibungen sollten «technologieneutral» erfolgen.

Leistungen bereitstellen, solange die Finanzierung nicht sichergestellt ist. Es braucht deshalb genügend Vorlaufzeit zwischen dem Zeitpunkt der Ausschreibung und dem Inkrafttreten des Leistungsauftrags, damit der Gewinner der Ausschreibung allfällige Infrastrukturen erstellen und das nötige Personal rekrutieren bzw. vom bisherigen Leistungserbringer übernehmen kann.

#### **Versorgungsaufträge werden heute schon ausgeschrieben**

Denkbar ist natürlich, dass sich ausser dem bisherigen Anbieter niemand an der Ausschreibung beteiligen will. Gerade bei ressourcenintensiven Aufgaben besteht dieses Risiko. Doch dieses Problem kennt man auch in anderen Infrastrukturbranchen und dennoch werden regelmässig Versorgungsaufträge ausgeschrieben. So muss im Telekommunikationsbereich die Konzession für die Grundversorgung gemäss dem Fernmeldegesetz (Art. 14 FMG) alle fünf Jahre neu ausgeschrieben werden. Solange sich niemand anders dafür bewirbt, wird die Konzession automatisch der Swisscom erteilt.

Selbst wenn also die Wahrscheinlichkeit gering ist, dass sich ein neuer Anbieter für eine Konzession bewirbt, ist die Ausschreibungspflicht sinnvoll. Sie wirkt wie ein «Damokles-Schwert» auf den bisherigen Anbieter und schafft Anreize, die Leistungen und Kostenstruktur stets zu verbessern, um potenzielle Mitbewerber möglichst von einer Teilnahme an der nächsten Ausschreibung abzuhalten.

## **4.2\_Wiederbelebung des Wettbewerbs durch die Patienten**

Trotz Einführung der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz haben sich die Patientenströme noch nicht allzu stark verändert, sowohl innerhalb der Kantone als auch über die Kantonsgrenzen hinweg (vgl. Abbildung 5). Die physische Nähe eines Spitals bleibt das wichtigste Wahlkriterium für viele Patienten (und zuweisende Ärzte). Auch ist davon auszugehen, dass die meisten Patienten mit den Konsequenzen der Neuen Spitalfinanzierung nicht vertraut sind. Nur die Wenigsten dürften wissen, dass sich die Tarife für einen bestimmten Eingriff je nach Spital unterscheiden können.

Ein besonderer Fall sind dabei die ausserkantonalen Behandlungen. Die finanziellen Konsequenzen sind hier asymmetrisch verteilt. Liegt der Basistarif des ausserkantonalen Spitals über dem Referenztarif des Wohnkantons, muss der Patient – sofern er über keine Zusatzversicherung verfügt – den Preisunterschied selber bezahlen. Liegt der Basistarif des ausserkantonalen Spitals hingegen unter dem Referenztarif des Wohnkantons, wird der Patient für den günstigeren Eingriff nicht entschädigt; Die Krankenkasse und der Wohnkanton bezahlen weniger als bei einer Behandlung im Heimatkanton, der Patient selbst profitiert aber von dieser Einsparung nicht. Der Patient hat somit keinen Anreiz, einen Eingriff in einem ausserkantonalen, günstigeren Spital vorzunehmen. Dadurch

Bei ausserkantonalen Behandlungen sind die Kostenfolgen asymmetrisch.

gehen Opportunities verloren, um die gesamten Gesundheitskosten zu senken und die Patienten davon profitieren zu lassen.

### Gutschrift im Behandlungsfall

Der Wettbewerb zwischen den Spitälern könnte deutlich verstärkt werden, wenn die Patienten eine bessere Übersicht über die Qualität und die Preise eines bestimmten Eingriffs hätten. Die Krankenversicherer könnten hier in die Bresche springen und neue Dienstleistungen entwickeln.

Ein denkbares Versicherungsprodukt sähe wie folgt aus: Steht ein planbarer chirurgischer Eingriff bevor, kontaktiert der Patient seine Krankenkasse. Sie schlägt ihm eine Liste von Spitälern vor, die für den besagten Eingriff mindestens die gleiche Qualität (z.B. gemessen an den Fallzahlen pro Jahr im Bereich der hochspezialisierten Medizin) wie das nächstgelegene Spital anbieten. Der Patient könnte das Spital frei aussuchen. Entscheidet er sich für ein Spital, das über einen tieferen Basistarif als das nächstgelegene verfügt, so teilen sich die Krankenkasse und der Patient die erzielten Kosteneinsparungen. Der Patient erhält eine Gutschrift.

Krankenkassen und Patienten könnten die Kosteneinsparungen teilen.

Die konkrete Funktionsweise dieses Vorschlags kann anhand des folgenden Beispiels illustriert werden (vgl. Tabelle 3): Das Kostengewicht für die Implantation eines künstlichen Kniegelenks beträgt 1,947. Dieses Kostengewicht gilt für alle Spitäler und wird durch die SwissDRG AG ermittelt (vgl. Kapitel 2.3). Beansprucht der Patient die Therapie nicht im Universitätsspital Zürich (durchschnittlicher Basistarif 11110 Fr., 2017), sondern in der Klinik im Park im Kanton Aargau (durchschnittlicher Basistarif 8930 Fr.), so beträgt der Kostenunterschied für diesen Eingriff

$$1,947 \times (11110 \text{ Fr.} - 8930 \text{ Fr.}) = 4225 \text{ Fr.}$$

Die Krankenkasse zahlt 45% dieser stationären Leistung und profitiert damit von einer Ausgabenreduktion um 1901 Fr. Teilen sich die Krankenkasse und der Patient diese Einsparung zum Beispiel hälftig, kann der Patient bei vergleichbarer Qualität der Behandlung 951 Fr. sparen.<sup>20</sup>

Zentral für den Erfolg dieses Versicherungsmodells ist die Transparenz über die Qualität der Angebote und die daraus resultierende Möglichkeit, dem Patienten gleichwertige, ja sogar bessere Leistungen zu einem günstigeren Preis vorzuschlagen. Kaum ein Patient würde sonst eine solche Lösung wählen, wenn er diese Garantie nicht bekäme, und kaum ein Versicherer würde solche Produkte anbieten, wenn er diese nicht geben könnte. Gleichzeitig erhöht die zusätzliche Transparenz den Druck auf

20 Ein Teil der Unterschiede in den Basistarifen zwischen Regional- und Universitätsspitaler wird durch die laufende Verfeinerung des Schweizer DRG-Konzepts reduziert (vgl. Hochuli et al. 2017). Mit dem Gutschrift-Versicherungsmodell würde der Druck steigen, eine rasche Anpassung vorzunehmen und damit bessere Transparenz bei der Finanzierung der Universitätsspitaler zu schaffen.

die Spitäler, die Qualität ihrer Leistungen auszuweisen und stets zu verbessern. Kaum ein Spital könnte es sich leisten, nicht auf der Empfehlungsliste erwähnt zu werden. Von dieser Belebung des Wettbewerbs würden schliesslich alle Patienten profitieren, unabhängig davon, welches Versicherungsmodell sie gewählt haben.

**Tabelle 3**

**Sparpotenzial für die Krankenkasse und für den Kanton**

<i>Eingriff</i>		<i>Implantation eines künstlichen Kniegelenks (SwissDRG Code: I43B)</i>	<i>Grosse Eingriffe an der Brustdrüse bei Krebserkrankung (SwissDRG Code: J23Z)</i>	<i>Kleine Prostata-Operation (SwissDRG Code: M02B)</i>
	Kostengewicht	1,947	1,172	0,759
	Durchschnittlicher Basistarif 2017 in Fr. (vgl. Anhang)	Potenzielle Einsparung in Fr.	Potenzielle Einsparung in Fr.	Potenzielle Einsparung in Fr.
Universitätsspital Zürich USZ (ZH)	11 110			
Kantonsspital St. Gallen (SG)	9950	2239	1348	873
Kantonsspital Baden (AG)	9700	2726	1641	1063
Spital Limmattal (ZH)	9650	2823	1699	1101
Klinik Villa im Park (AG)	8930	4225	2543	1647

*Quellen: Abgaben der Kantone; SwissDRG Fallpauschalen-Katalog Version 7.0, Abrechnungsversion 2018, eigene Berechnungen*

### Stärkung der Ärzte in ihrer Rolle als Gate-Keeper

Beim vorgeschlagenen Modell entscheidet der Patient nach wie vor selber, in welchem Spital er sich behandeln lassen will. Es ist anzunehmen, dass er die von der Krankenkasse erhaltenen Informationen mit seinem behandelnden Arzt bespricht. Es steht dem Arzt auch frei, weitere wichtige Entscheidungskriterien wie Erreichbarkeit und Einfachheit allfälliger Nachbehandlungen usw. in die Waagschale zu werfen. Dadurch gewinnt die Beziehung zwischen Arzt und Patient an Tiefe und die Diskussion über die Qualität eines anstehenden Eingriffs wird auf Augenhöhe geführt.

Indirekt profitiert auch der Arzt von den Informationen der Krankenversicherungen. So kann er sich ein besseres Bild über die Qualität einzelner Spitäler machen und künftige Empfehlungen daraus ableiten.

Dies ist nicht unwesentlich, sind Ärzte doch wichtige Gate-Keeper bei der Spitalwahl. Eine Studie für den Kanton Wallis hat zum Beispiel gezeigt, dass über die Hälfte (52 %) der ausserkantonalen Spitaleinweisungen auf Empfehlung des Arztes erfolgen (1815.ch 2017). Ein Studie für den Kanton Freiburg kam zu ähnlichen Ergebnissen (MIS Trend 2017). Dank dieser zusätzlichen Informationen könnte der Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern, innerhalb sowie ausserhalb der Kantone, deutlich an Fahrt gewinnen.

Über die Hälfte (52 %) der ausserkantonalen Spitaleinweisungen erfolgen auf Empfehlung des Arztes.

### Auch die Kantone profitieren

Finanziell interessant ist eines solches Versicherungsmodell vor allem bei komplexeren, teureren Eingriffen. Hier ist das Kostengewicht typischerweise hoch (ein Mehrfaches des Basistarifs) und die potenziellen Gutschriften für die Patienten fallen dementsprechend lukrativ aus. Zudem könnte ein solches Modell auch für einfachere Eingriffe interessant sein, bei denen jedoch der Unterschied der Basistarife zwischen den Spitälern gross ist. Dies ist oft für Standardoperationen der Fall, die anstatt in einem Universitätsspital in einem Regionalspital vorgenommen werden.

Entscheidet sich der Patient für ein Spital mit tieferem Basistarif, sinkt nicht nur die Belastung für den Krankenversicherer, sondern auch für den Kanton. Letzterer trägt ja 55 % der Fallpauschale. Um das Kostenbewusstsein im stationären Bereich weiter zu stärken, wäre es deshalb sinnvoll, wenn nicht nur die Einsparungen der Krankenversicherer, sondern auch diejenigen des Kantons mit den Patienten geteilt würden. Dafür müssten die Versicherer, die solche Produkte anbieten wollen, eine Vereinbarung mit dem Wohnkanton des Versicherten treffen. <sup>21</sup>

### Neue Versicherungsmodelle bedingen Gesetzesanpassung

Damit die Idee einer Gutschrift im Behandlungsfall im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung umgesetzt werden kann, müsste das KVG angepasst werden. Heute sind die Krankenversicherer (und der Wohnkanton) verpflichtet, die Kosten eines stationären Eingriffs gemäss den Basistarifen der Listenspitäler zu vergüten (Art. 41 1bis KVG). Diese Regelung ist abschliessend. Abweichungen davon bedürften gemäss dem Legalitätsprinzip einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage.

Das angepasste Gesetz müsste den Krankenversicherern und dem Wohnkanton letztlich die Möglichkeit einräumen, den Patienten mittels Gutschriften an eingesparten Kosten teilhaben zu lassen. Zudem sollten die Krankenversicherer die Gutschriften für die Berechnung ihrer Prämienhöhe berücksichtigen dürfen. Offen gelassen werden sollte hingegen

---

21 Ob die Kantone bereit sind, Versicherungsmodelle zu unterstützen, die allenfalls zu vermehrt ausserkantonalen Behandlungen (auf Kosten der Auslastung der eigenen Spitäler) führen, sei dahingestellt.

die Aufteilung der Einsparungen zwischen den Patienten und den Versicherern. Dies mit der Absicht, den Krankenversicherern die Möglichkeit zu geben, unterschiedliche Versicherungsprodukte zu entwickeln und den Wettbewerb zwischen den Anbietern spielen zu lassen.

#### «Managed Care»-Modelle für stationäre Eingriffe

Bei kleinen medizinischen Eingriffen (mit Kostengewichten deutlich unter 1) wäre das oben beschriebene Gutschriftmodell finanziell kaum attraktiv. Zu gering wäre das Sparpotenzial für den Patienten, zu gross der Aufwand des Versicherers für die Beratungstätigkeit. Hier braucht es eine Alternative, die die Patienten mit möglichst geringem Bürokratieaufwand zu qualitativ gleichwertigen, jedoch günstigeren Spitälern lenkt. Die daraus resultierenden Einsparungen für den Kanton und die Krankenversicherung könnten beträchtlich ausfallen, ohne dass die Qualität der Behandlung darunter leiden würde.

Für Eingriffe mit tiefem Kostengewicht eignen sich Versicherungsmodelle, bei denen der Patient freiwillig und im Voraus – also bei Vertragsabschluss und nicht erst, wenn eine Behandlung ansteht – die Wahl der Leistungserbringer einschränkt. <sup>| 22</sup> Dies wäre eine Analogie zu den heute bereits bestehenden Managed-Care-Modellen im ambulanten Bereich. Als Gegenleistung würden die Versicherten von reduzierten Krankenkassenprämien profitieren. <sup>| 23</sup>

Entscheidend für den Erfolg eines solchen Modells ist letztlich das Spitalangebot: Ist die Auswahl auf wenige, kosteneffiziente Spitäler beschränkt, sind zwar die möglichen Kosteneinsparungen (und dementsprechend der gewährte Prämienrabatt) am grössten. Eine allzu einschneidende Einschränkung der schweizweiten freien Spitalwahl dürfte aber andererseits bei den Versicherten kaum auf Anklang stossen. Wie beim Gutschriften-Versicherungsmodell ist es zudem entscheidend, dass die eingeschränkte Spitalwahl zu keiner Qualitätseinbusse führt. Im Gegenteil, ähnlich wie bei Managed-Care-Angeboten im ambulanten Bereich, sollten solche Versicherungslösungen für bessere Qualität bei tieferen Behandlungskosten sorgen.

Der Erfolg derartiger Versicherungsmodelle hätte auch einen Einfluss auf die Organisation der einzelnen Spitäler. Je grösser der Versichertenbestand in solchen Alternativmodellen, desto stärker ist der Anreiz für Spitäler, die Qualität zu einem Preis zu gewähren, die dem Benchmark in einer Region entspricht. Ansonsten droht der Verlust eines erheblichen Patientenkollektivs. Umgekehrt dürften qualitativ hochstehende

Je grösser der Versichertenbestand in solchen Alternativmodellen, desto stärker der Anreiz für die Spitäler.

---

22 Im Notfall sollte jedem Versicherten jedoch die freie Wahl der Leistungserbringer gewährt bleiben.

23 Dabei sollten die gewährten Prämienrabatte den erzielten Einsparungen entsprechen und nicht durch Vorgaben der Politik oder der Verwaltung limitiert werden.

und preislich attraktive Leistungserbringer dank solchen Versicherungsmodellen grösseren Zulauf erwarten. Insgesamt würde der Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern nachhaltig gefördert.

#### 4.3\_Transplantation kantonaler Kompetenzen

Ein wichtiges Ziel der Neuen Spitalfinanzierung war, die Spitalwahl für Patienten – auch für diejenigen ohne Zusatzversicherungen – innerhalb vom Kanton und über die Kantonsgrenze hinweg zu gewähren. Wie in Kapitel 3.4 dargelegt, versuchen jedoch manche Kantone, die freie Wahl zugunsten ihrer eigenen öffentlichen Spitäler einzuschränken, zum Beispiel mittels restriktiver Kriterien für Aufnahme in die Spitalliste, über Mengenbeschränkungen, die nur einzelne Privatkliniken betreffen, oder über zu tiefe Referenztarife, die Behandlungen ausserhalb des Kantons künstlich verteuern.

##### «Kantönligeist» führt zu Überangebot

Die Versuchung der Kantone, die eigenen Spitäler zu bevorzugen, ist nachvollziehbar. Spitäler zählen oft zu den grössten kantonalen Arbeitgebern, zum Beispiel in den Kantonen Graubünden (KSGR 2017) oder Neuenburg (HNE 2017). Die meist gut qualifizierten Spitalmitarbeiter bilden vielfach ein nicht zu vernachlässigendes Elektorat. Die Kantone kommen überdies für 55 % der stationären KVG-Leistungen auf und ziehen es aus regionalpolitischen Gründen vor, wenn ein Teil des eingesetzten Geldes in Form von Einkommensteuern im eigenen Kanton verbleibt. Und schliesslich versuchen die Kantone als Spitaleigentümer, die Auslastung und die Profitabilität ihrer Spitäler zu sichern.

Doch dieser «Kantönligeist» führt letztlich zu einem Überangebot («Ein Spitalbett ist ein belegtes Bett» so das Sprichwort), weil er den notwendigen strukturellen Wandel verhindert. Die Spitalplanung orientiert sich nicht an den regionalen Patientenströmen, sondern folgt den aus gesundheitspolitischer Perspektive weniger relevanten kantonalen Grenzen. Zwar bestehen vereinzelt interkantonale Kooperationen. Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit zwischen dem Kanton Glarus und dem Bündner Kantonsspital in Chur. Erwähnenswert sind auch das Hôpital Riviera-Chablais und das Hôpital intercantonal de La Broye, zwei interkantonale Akutspitäler zwischen der Waadt und dem Wallis bzw. zwischen der Waadt und Freiburg. Es gibt jedoch auch immer wieder bittere Kämpfe, wenn Kantone Spitäler auf ihrer Liste aufnehmen, die Patienten aus anderen Kantonen anziehen könnten. So ging der Kanton Zürich bis vor Bundesverwaltungsgericht, um die Aufnahme einer Klinik in Aadorf auf die Thurgauer bzw. einer Klinik in Susch auf die Bündner Spitalliste (Südostschweiz 2016) zu verhindern. Der Kanton Graubünden zog 2014 die Beschwerde an das Bundesgericht weiter (Kanton GR 2014).

Der «Kantönligeist» führt zu einem Überangebot an Spitalbetten.



## Abschaffung der kantonalen Spitallisten

Die Kriterien für die Aufnahme in die kantonalen Spitallisten haben unterschiedliche Auswirkungen: Einerseits sind sie Teil der Gesundheitspolitik der einzelnen Kantone. Die Kriterien setzen qualitative Mindeststandards, wie etwa die Erfüllung von Mindestfallzahlen, oder stellen Grundleistungen wie Notfalldienst sicher. Andererseits verzerren die Aufnahmekriterien den Spitalwettbewerb – Spitalpolitik wird zur Regionalpolitik. Ein möglicher Weg, diesen «Kantönligeist» in der Spitalpolitik zu durchbrechen, wäre die Abschaffung der kantonalen Spitallisten und ihr Ersatz durch einheitliche, schweizweit gültige gesundheitspolizeiliche Kriterien.<sup>24</sup>

Diese Qualitätskriterien sollten wissenschaftlichen Standards genügen und sich nicht nur an Strukturen (z.B. Anzahl Fachärzte pro Abteilung, Mindestfallzahlen in der hochspezialisierten Medizin) und Prozessen (z.B. Durchführung von interdisziplinären Tumorkonferenzen) einer einzelnen Institution orientieren. Vielmehr sollten etwa auch die Kompetenzen der Ärzte und Spezialisten berücksichtigt werden, die allenfalls nur an ausgewählten Tagen in verschiedenen Spitälern arbeiten. Somit können komplexere Eingriffe auch in dezentralen Spitälern vorgenommen werden, ohne dafür die nötige Infrastruktur rund um die Uhr aufrechterhalten zu müssen.

Zudem sollten bei der Definition der Qualitätskriterien vor allem die Ergebnisse (z.B. Komplikationsraten pro Eingriffsklasse oder die Patientenzufriedenheit) im Vordergrund stehen (Albrecht 2014). Es sollten also weniger Input- und mehr Outcome-Grössen berücksichtigt werden. Letztere sind auch deshalb interessanter, weil sie nicht von einer standardisierten Struktur ausgehen, sondern unterschiedliche Organisationsformen, wie etwa eine integrierte Versorgung, zulassen. Gerade in der Peripherie und in den Berggebieten ist diese Ergebnisorientierung und die damit verbundene Flexibilität wichtig, um eine qualitativ hochwertige Spitalversorgung mit kleineren stationären Strukturen zu ermöglichen.

Denkbar wäre auch, die Qualitätskriterien – im Sinne der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) gem. Art. 32 KVG – um wirtschaftliche Kriterien zu ergänzen. So könnte etwa vorgesehen werden, dass die Basistarife der Spitäler unter einem bestimmten Benchmark liegen müssen, wie dies im Kanton Zürich im Rahmen der Erstellung der Spitalliste 2012 vorgesehen wurde: Zugelassen wurden nur Spitäler mit einem Basistarif unter dem 40 Perzentil der Verteilung (Kanton ZH 2010). Eine ähnliche schweizweit gültige Vorgabe wäre zu begrüssen.

Die Qualitätskriterien könnten auch um wirtschaftliche Kriterien ergänzt werden.

24 Diese neue Kompetenz vom Bund müsste z.B. im Art. 118 BV aufgenommen werden. Auch Art. 39 e KVG müsste entsprechend angepasst werden.



Alle Spitäler, die die qualitativen und wirtschaftlichen Kriterien erfüllen, wären berechtigt, ihre Leistungen den Krankenversicherern und dem Wohnkanton des Versicherten (nach Art. 49a KVG) zu verrechnen, unabhängig von ihrem Standort. Der Bund würde explizit nicht festlegen, wo welche Spitäler zu betreiben sind.

Der Bund legt nicht fest, wo welche Spitäler zu betreiben sind.

#### Unabhängige Festlegung der Qualitätskriterien

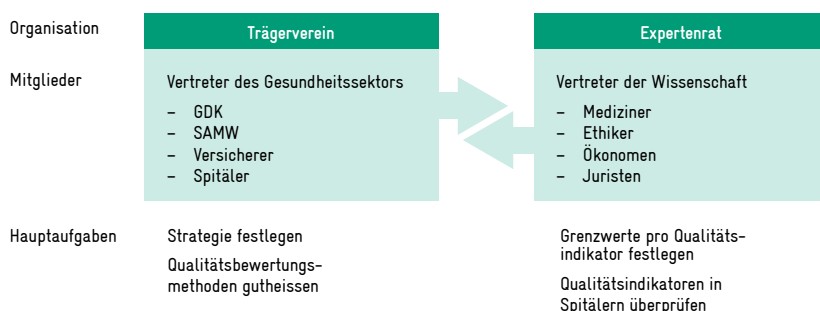
Es ist zu erwarten, dass ein solcher Systemwechsel grossen politischen Widerstand in Regionen verursachen würde, deren Spitäler die neuen Qualitätskriterien nicht erfüllen. Übergangsregelungen, die den Spitälern genügend Zeit einräumen, sich auf die neuen Vorgaben einzustellen, könnten die Akzeptanz eines solchen Vorhabens erhöhen. Auch wäre es besonders wichtig, die politische und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Instanz zu sichern, die die Aufnahmekriterien definiert. Diese Instanz könnte eine unabhängige, interdisziplinäre Kommission sein, analog zum heutigen Swiss Medical Board (SMB).

Das SMB analysiert und beurteilt diagnostische Verfahren und therapeutische Interventionen aus Sicht der Medizin, der Ökonomie, der Ethik und des Rechts. Dabei geht es im Kern um die Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses medizinischer Leistungen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden (SMB 2017). Das SMB besteht einerseits aus einem Trägerverein, der die strategische Entwicklung der Organisation und die operativen Gremien definiert und andererseits aus einem Expertenrat, der die Assessments begutachtet.

Für die Festlegung der schweizweit gültigen Qualitätskriterien sollte eine ähnliche Organisation – eine Art *Schweizer Agentur für Spitalqualität* – geschaffen werden. Die Agentur wäre wie das SMB zweiteilig organisiert (vgl. Abbildung 10). Sie würde einerseits aus einem Trägerverein bestehen, der die strategische Ausrichtung der Agentur bestimmte und die Qualitätsbewertungsmethoden (z.B. die Berücksichtigung der Fallzahlen für ausgewählte Leistungsgruppen) guthiesse. Andererseits würde ein Expertenrat die Grenzwerte der Qualitätskriterien gemäss den definierten Bewertungsmethoden festlegen (z.B. die Höhe der Mindestfallzahl) und dessen schweizweit einheitliche Überprüfung in den Spitälern – abseits politischer Einflussnahme – sicherstellen.

Mitglieder des Trägervereins wären unter anderem Vertreter der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), der schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Versicherer und der Spitalverbände. Damit wären die Einbindung der Leistungserbringer und der Finanzierer sowie die Legitimierung der gewählten Qualitätskriterien sichergestellt. Der Expertenrat würde – ebenfalls in Analogie zum SMB – aus Vertretern der Wissenschaft aus den Bereichen Medizin, Ethik, Gesundheitsökonomie, Recht etc. bestehen. Dabei ist es zwingend, dass der Trägerverein keinen Einfluss auf die inhaltliche, wissenschaftliche Arbeit des Expertenrates ausübt.

Zwei unabhängige Gremien sollten einerseits die Qualitätsbewertungsmethode festlegen und andererseits die Grenzwerte der Qualitätskriterien definieren und überprüfen.



Quelle: eigene Darstellung

### Regionale Versorgung bedingt keine kantonalen Spitallisten

Dank einheitlichen Qualitätskriterien und durch den Abbau von Hindernissen, die die heutigen Patientenströme über die Kantonsgrenzen einschränken, wäre mit einer Spezialisierung der Spitäler zu rechnen. Dadurch erhöhen sich die Fallzahlen pro Leistungsgruppe, was – so die Evidenz im Bereich der spezialisierten Medizin (vgl. zum Beispiel im Bereich von Krebsbehandlungen Güller et al. 2017) – zu einer Verbesserung der Qualität führen könnte. Auch wäre aufgrund höherer Fallzahlen mit Effizienzsteigerungen zu rechnen, weil die Behandlungen öfter durchgeführt würden und Vorhalteleistungen auf mehr Fälle verteilt werden könnten. Durch diese Spezialisierung wäre allerdings auch eine Konzentration der Spitäler in dicht besiedelten Gebieten zu erwarten.

Die Kantone sollten jedoch nach wie vor die Versorgungssicherheit in ihrem Gebiet monitorieren (Locher 2015). Wie bisher sollten sie diese Aufgabe nicht nur im Spitalbereich, sondern entlang der gesamten Versorgungskette wahrnehmen – von der Prävention, über kurative Behandlungen im ambulanten (Arztpraxen) und stationären Bereich (Spitäler, Rehabilitationskliniken) bis hin zur Langzeitpflege im Alters- und Pflegeheimbereich. Die bisherigen Projektionen für Bettenplanung bilden eine wichtige Grundlage für die Kantone, um diese Monitoring-Funktion im Spitalsektor wahrzunehmen. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass kantonale Spitallisten keine Voraussetzung für die Versorgungssicherheit sind. Auch in anderen Bereichen gibt es keine kantonalen Listen (z.B. Arztpraxen, Spitex-Organisationen, Apotheken) und dennoch wird die Versorgung durch die Kantone sichergestellt.

Dank schweizweit einheitlichen Qualitätskriterien wäre mit einer Spezialisierung der Spitäler zu rechnen.

### Sicherstellung der regionalen Versorgung via GWL

Sind für die Kantonsbewohner in zumutbarer Distanz – und zwar innerhalb des Kantons oder über die Kantonsgrenzen hinweg – genügend

Leistungserbringer vorhanden, so besteht für den Kanton kein Handlungsbedarf. Die regionale Versorgung ist in diesem Fall durch den Markt sichergestellt. Ist diese Voraussetzung hingegen nicht erfüllt, kann der Kanton die gewünschten Leistungen (z.B. ein Geburtshaus, eine Notfallstation oder einzelne Leistungsgruppen wie Kinderpsychiatrie oder Angiologie innerhalb von bestehenden Institutionen) mit dem Instrument der gemeinwirtschaftlichen Leistungen einkaufen. Am besten werden die entsprechenden Leistungen, wie in Kapitel 4.1 beschrieben, in einem Ausschreibungsverfahren beschafft.

Vom Markt nicht erbrachte Leistungen können mittels GWL eingekauft werden.

Was im Zusammenhang mit der regionalen Versorgung als «zumutbare» Distanz empfunden wird, ist dabei Sache der Kantonseinwohner. Mit schweizweit 188 Akutspitälern (vgl. Abbildung A, Seite 35) ist für die Bevölkerung die Erreichbarkeit von medizinischen Institutionen in der Schweiz nicht nur ausreichend sichergestellt, sondern es besteht auch ein Überangebot an Spitalinfrastrukturen: Trotz schwieriger Topografie konnten 2011 99,8 % der Bevölkerung vom Mittelpunkt ihrer Wohngemeinde aus mit dem Auto ein Allgemeinspital innerhalb von 30 Minuten erreichen. 98,4% der Bevölkerung waren sogar in der Lage, ein Spital innerhalb von 20 Minuten zu erreichen. Knapp drei Viertel der Bevölkerung konnten zudem im Radius von einer halben Stunde unter – sage und schreibe – acht oder mehr Spitälern aussuchen (Christen et al. 2013). Für Einwohner abgelegener Gemeinden in den Alpen oder Randregionen können diese Distanz allerdings grösser sein. Ist die Versorgung innert vernünftig kurzen Anfahrtswegen nicht möglich, können die Kantone für die betroffenen Gemeinden Gesundheitszentren mittels GWL finanzieren. Der Preis für diese Leistungen muss einfach transparent sein und durch die Politik bzw. durch die Bevölkerung abgesegnet werden.

## 5\_ Mehr Beweglichkeit für öffentliche Spitäler

Die Alterung der Gesellschaft, der technische Fortschritt und der Trend, immer mehr Eingriffe ambulant statt stationär vorzunehmen, setzen die Spitäler unter Druck. Zudem würde die Einführung der beschriebenen Therapien den Wettbewerb innerhalb der Kantone, aber auch über die Kantonsgrenzen hinweg, deutlich verstärken. Wer in diesem dynamischen Umfeld qualitativ und preislich nicht ins Hintertreffen geraten will, braucht Flexibilität, rasche Entscheidungswege und finanzielle Autonomie.

Besonders für die öffentlich-rechtlichen Spitäler stellt sich die Frage, ob diese fit für die Herausforderungen eines verschärften Wettbewerbs sind. Durch die zum Teil politische Besetzung ihrer Aufsichtsgremien muss die Spitalleitung neben medizinischen und wirtschaftlichen auch politische Aspekte in ihrer Führungsarbeit berücksichtigen. Entscheidungswege können langwierig sein, etwa wenn für Rekrutierungs-, Investitions- oder Standortentscheide verwaltungsinterne oder parlamentarische Hürden überwunden werden müssen oder Rücksicht auf den Wahlkalender zu nehmen ist.

Auch für den Kanton als Eigentümer oder Betreiber von Spitälern bedeutet die fehlende Flexibilität und Agilität ein zunehmendes Risiko. Besonders in einem kompetitiven Umfeld, wie es die ausgeführten Therapievorschläge schaffen würden, kann dieser Herausforderung mit Subventionierung und Bevorzugung eigener Spitäler je länger desto weniger begegnet werden. Es drängen sich Verselbständigungen der öffentlichen Spitäler auf. Dabei stellt sich nicht nur die Frage nach der passenden Rechtsform. Genauso wichtig sind die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Corporate Governance.

### 5.1\_ **Strikte Corporate Governance**

Klare Führungsgrundsätze können helfen, Interessenkonflikte zwischen der Politik und den Führungsorganen der Spitäler zu vermeiden. Dabei sind Massnahmen auf allen Hierarchiestufen des Spitals nötig. An erster Stelle ist die politische Unabhängigkeit der Führungsgremien zu nennen. Ist der Kanton (Mit-)Eigentümer eines Spitals darf er selbstverständlich – wie etwa die Hauptaktionäre einer Aktiengesellschaft – bei der Bestellung des Aufsichtsrates mitbestimmen. Dies heisst aber nicht, dass der Regierungsrat persönlich im Aufsichtsgremium vertreten sein soll. Im Gegenteil, je weniger Politiker und je mehr Fachpersonen im Aufsichtsrat Einsitz nehmen, desto unabhängiger wird das Spital von (regional-) politischer Einflussnahme. Am besten werden dafür die entsprechenden Positionen ausgeschrieben und die fachlichen Kompetenzen der Kandidaten in unabhängigen Assessments überprüft. Auch die Wahl des

Politische Unabhängigkeit der Führungsgremien ist ein «Must».

Aufsichtsratspräsidenten sollte unpolitisch erfolgen. Als positive Beispiele können diesbezüglich das Kantonsspital Baden oder das Kantonsspital Graubünden genannt werden.

Ebenso ist auf die Unabhängigkeit der Geschäftsleitung zu achten. Eine klare Rollentrennung zwischen der strategischen Führung (Aufsichtsrat) und der operativen Führung (Geschäftsleitung) gehört zur «Good Governance». Die Geschäftsleitung sollte nur durch den Aufsichtsrat und nicht durch politische Gremien besetzt bzw. bestätigt werden.

Ein selbständiges Spital sollte auch frei über Standort, Konzepte und Ausbau seiner Infrastruktur entscheiden können. Modelle, in denen der Kanton die Immobilien besitzt und dem Spital frei zur Verfügung stellt (oder mit nicht marktgerechten Mieten verpachtet) schränken den Handlungsspielraum des Spitals unnötig ein. Das Spital soll frei und bedarfsgerecht entscheiden können, ob und wie es seine Immobilien benutzen, weitervermieten oder veräussern möchte. Gesetzliche Bestimmungen, die den Standort des öffentlichen Spitals vorgeben, sind ebenfalls zu vermeiden.

Spitäler sollten frei über Standort, Konzepte und Ausbau der Infrastruktur entscheiden können.

## 5.2\_Die passende Rechtsform

Eine gute Corporate Governance ist grundsätzlich nicht alleine von der Rechtsform abhängig. Es gibt allerdings Rechtsformen, die einem Spital tendenziell mehr Flexibilität und Unabhängigkeit garantieren. Aktiengesellschaften – mit oder ohne Gewinnorientierung – haben in diesem Zusammenhang etwa den Vorteil, dass Transparenz über die Eigentumsstruktur geschaffen wird, leichter Fremdkapital aufgenommen werden kann und Kooperationen oder Fusionen vereinfacht werden.

Aber auch als Stiftung oder Verein organisierte Spitäler, die eine eigene Rechtspersönlichkeit mit eigenen Statuten und einem unabhängigen Aufsichtsorgan haben, sind generell positiv zu beurteilen (Widmer et al. 2016). Selbständige Institutionen nach öffentlichem Recht können, je nach Gestaltung, weniger flexibel sein, z.B. wenn sie im Bereich der Personalpolitik an staatliche Vorgaben gebunden sind. Eine geringe Unabhängigkeit wird schliesslich jenen Spitälern zugestanden, die als unselbständige öffentlich-rechtliche Anstalten organisiert sind. Sie sind de facto Teil der Verwaltung. Beispiele dafür sind das Universitätsspital CHUV im Kanton Waadt, das Kantonsspital Obwalden oder das Waid- und das Triemlispital in der Stadt Zürich.

## 5.3\_Gestaffelte Verselbständigung

Sind erst einmal Rahmenbedingungen geschaffen, die einen echten Wettbewerb zwischen den Spitälern zulassen, ist es naheliegend, auch über Privatisierungen nachzudenken. Dabei sind Privatisierungen keinesfalls ein Selbstzweck. Vielmehr stellen sie den letzten konsequenten Schritt dar, um das finanzielle Risiko für die Steuerzahler zu begrenzen, die politische Unabhängigkeit der Spitäler abzusichern sowie Interessenkonflikte, Marktverzerrungen und Ineffizienzen zu verhindern.

Ein Privatisierungsprozess muss nicht zwingend mit der Umwandlung eines Spitals in eine Aktiengesellschaft eingeleitet werden. Je nach Kanton und politischer Stimmung kann es sinnvoll sein, den Weg über eine selbständige, öffentliche Körperschaft zu wählen, dafür jedoch die Autonomie der Aufsichts- und Führungsorgane konsequent sicherzustellen. So kann Vertrauen geschaffen und die Basis für einen allfälligen späteren Rechtsformwechsel gelegt werden. Wie wichtig dies ist, hat die 2017 verlorene Abstimmung über die Umwandlung des Kantonsitals Winterthur in eine Aktiengesellschaft aufgezeigt.

Selbst nach der Umwandlung eines Spitals in eine Aktiengesellschaft, müssen die Aktien nicht (sofort) veräussert werden. Im Gegenteil, vieles spricht für eine etappenweise Veräusserung der Aktien. So kann der Kanton in einem ersten Schritt Mehrheitsaktionär bleiben und es muss erst später entschieden werden, ob der Kanton allenfalls seine Aktienmehrheit abgeben soll oder nicht.

Der Kanton kann seine Aktien auch einer Stiftung übertragen. Das Spital behält damit operativ die Flexibilität einer Aktiengesellschaft, der gemeinnützige Charakter des Spitals wird jedoch durch den Stiftungszweck sichergestellt. Um die politische Unabhängigkeit zu garantieren, ist bei diesem Modell wichtig, dass der Stiftungsrat seine neuen Mitglieder selber bestimmen kann (Prinzip der Kooptation).

Der Kanton kann  
seine Aktien auch  
einer Stiftung  
übertragen.

Sofern ein als Aktiengesellschaft organisiertes Spital börsenkotiert ist, kann die Veräusserung von Spitalaktien direkt über die Börse oder über die Herausgabe von «Volksaktien» umgesetzt werden. In letzterem Fall erhält jeder Bürger gratis eine gewisse Anzahl von Aktien, die er je nach seine Präferenzen behalten oder am Markt verkaufen kann. Es kommt zu einer «Rückerstattung» des Volksvermögens. Damit wird über das Aktienstimmrecht sichergestellt, dass die Bürger – sofern sie dies wollen – weiterhin bei der Unternehmenspolitik des Spitals mitbestimmen können. Der Preis dafür ist jedoch, dass sie sich auch am unternehmerischen Risiko des Spitals beteiligen müssen.



- 1815.CH (2017): Über 5000 Walliser jährlich wählen Spital ausserhalb des Kantons. [www.1815.ch/news/wallis/aktuell/studie-ueber-die-ausserkantonalen-hospitalisationen-durch-freie-spitalwahl](http://www.1815.ch/news/wallis/aktuell/studie-ueber-die-ausserkantonalen-hospitalisationen-durch-freie-spitalwahl). Zugriff: 22.04.2017.
- Albrecht, Mathias (2014): Krankenhausplanung auf Basis von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. 6. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, 22. und 23. September 2014, Berlin.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2017a): Kennzahlen der Schweizer Spitäler. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>. Zugriff: 10.06.2017
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2017b): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-25-10-2017.html>. Zugriff: 21.11.2017.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2015): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat. Bern: Mai 2015.
- Balmer, Hans (2015): Fehlsteuerung, Fehlanreize - und wer zahlt die Zeche? In: clinicum 3.
- Beck, Konstantin (2004): Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt Verlag.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2017a). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/cou.html>. Zugriff: 20.10.2017.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2017b). Medizinische Statistik der Krankenhäuser. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html>. Zugriff: 23.03.2017.
- BKB, Beschaffungskonferenz des Bundes (2017): Schwellenwerte. <https://www.bkb.admin.ch/bkb/de/home/oeffentliches-beschaffungswesen/schwellenwerte.html>. Zugriff: 04.11.2017.
- Christen, Andreas; Häggi, Philipp; Kraft, Christan; Künzi, Damian; Merki, Manuela; Ruffner, Jan (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013 – der Spitalmarkt im Wandel. In: Swiss Issues Branchen, August 2013, Credit Suisse (Hsg.). Zürich.
- Comparis.ch (2017): Spitalwahl: Schweizer wollen von der Todesrate nichts wissen. <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2017/%20spitalvergleich/spital-vergleich/spitalumfrage>. Zugriff: 05.12.2017
- Conseil d'État du Canton de Neuchâtel (2017): Rapport d'information du Conseil d'État au Grand Conseil en réponse au postulat de la commission des finances 15.114, du 4 février 2015, Hôpital neuchâtelois (HNE) – subventions pour prestations d'intérêt général (PIG). Neuchâtel.
- Cooper, Zack (2012): The very english experience with competition: Lessons from Britain's National Health Service. In: Working Party No. 2 on Competition and Regulation. DAF/COMP(2012)9. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Cooper, Zack; Gibbons, Stephen; Jones, Simon und McGuire, Alistair (2010a): Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms. LSE Health Working Paper no 16/2020.
- Cooper, Zack; Gibbons, Stephen; Jones, Simon und McGuire, Alistair (2010b): Does Hospital Competition improve efficiency? An analysis of the Recent Market-Based Reforms to the English NHS. CEP discussion paper no 988.



- Cosandey, Jérôme (2016): Neue Massstäbe für die Alterspflege. Avenir Suisse, Zurich. [www.avenir-suisse.ch/publication/neue-massstabe-fur-die-alterspflege](http://www.avenir-suisse.ch/publication/neue-massstabe-fur-die-alterspflege). Zugriff: 11.12.2017.
- Curafutura (2016): Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. <https://curafutura.ch/themen/finanzierung/display/pdf/detail/einheitliche-finanzierung-ambulanter-und-stationaerer-leistungen>. Zugriff: 10.10.2017
- EFV, Eidgenössischen Finanzverwaltung (2017): Finanzstatistik - GFS: Ausgaben nach Funktionen – Bund, Kantone und Gemeinden. <https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/finanzstatistik/berichterstattung.html>. Zugriff: 28.11.2017.
- Felder, Stefan; Meyer, Stefan und Selcik, Fatmana (2017): Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013 – 2015. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Basel.
- Felder, Stefan; Meyer, Stefan und Bieri, Denis (2016): Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Basel.
- Gaynor, Martin (2012): Reform, competition, and policy in hospital markets. In: Working Party No. 2 on Competition and Regulation. AF/COMP(2012)9. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Gaynor, Martin und Town, Robert (2012): Competition in health care markets. In: McGuire, Thomas; Pauly, Mark und Pita Barros, Pedro (Hrsg.), Handbook of Health Economics, volume 2, chapter 9, Amsterdam und London: Elsevier North-Holland.
- gfs.bern (2015): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015. Bern: gfs.bern.
- Güller, Ulrich; Warschkow, Renec; Ackermann, Christoph; Schmied Bruno; Cerny, Thomas; Ess, Silvia (2017): Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection. In: Swiss Medical Weekly, 47:w14473.
- Hedinger, Damian; Tuch, Alexandre und Widmer, Marcel (2017): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009 – 2015 (Obsan Bulletin 2/2017). Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- HNE, Hôpital Neuchâtelois (2017): L'Hôpital neuchâtelois en quelques chiffres. [www.h-ne.ch/a-propos/l-hne-en-quelques-chiffres](http://www.h-ne.ch/a-propos/l-hne-en-quelques-chiffres). Zugriff : 27.10.2017.
- Hochuli, Philip; Widmer, Philippe und Telser, Harry (2017): Faire Abgeltung von Hochkostenfällen in DRG-Systemen – Internationale Erfahrungen und Lösungskonzepte. Polynomics. Studie im Auftrag des Universitätsspitals Zürich. Olten.
- Hudec, Jan (10.03.2016). Die erdrückende Last der Gesundheitskosten. Neue Zürcher Zeitung.
- Iseli, Simon; Fierri, Kovács; Trüb, Mirjam; Jung, Manuel (2006): Spitaltarife. Praxis des Preisüberwachers bei der Prüfung von akut-stationären Spitaltarifen. Bern: Preisüberwachung – Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF.
- Kanton Graubünden (2014): Spitalplanung ist Sache des Kantons: Regierung reicht Beschwerde beim Bundesgericht ein. Medienmitteilung vom 18.08.2014. [www.gr.ch/DE/Medien/Mitteilungen/MMStaka/2014/Seiten/2014081402.aspx](http://www.gr.ch/DE/Medien/Mitteilungen/MMStaka/2014/Seiten/2014081402.aspx). Zugriff: 05.12.2017.
- Kanton Zürich (2010): Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG). Erläuternder Bericht. Zürich.
- Kessler, Daniel und McClellan, Mark (2000): Is Hospital Competition Socially Wasteful? In: Quarterly Journal of Economics, v115, S. 577 – 615.

- Köthenbürger, Marko und Sandqvist, Paulina (2016): KOF Prognose der Gesundheitsausgaben – Herbst 2016, KOF Studien, Nr. 86, Dezember 2016.
- KPMG und ZHAW (2015): Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Universitätsspitäler. Studie im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- KSGR, Kantonsspital Graubünden (2017): Das Zentrumsspital der Südostschweiz. [www.ksgr.ch](http://www.ksgr.ch). Zugriff: 27.10.2017.
- Leutwyler, Stefan (2014): GWL-Definition und -Finanzierung aus Sicht der Kantone – Gibt es bereits einen gemeinsamen Nenner? 8. Kongress Rechnungswesen und Controlling Hplus. [www.hplus.ch/fileadmin/user\\_upload/Betriebswirtschaft/Rechnungswesen\\_Spital/Konferenz\\_RW\\_\\_\\_C/4\\_Leutwyler\\_GWL\\_Konf-RW\\_C-2014.pdf](http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Betriebswirtschaft/Rechnungswesen_Spital/Konferenz_RW___C/4_Leutwyler_GWL_Konf-RW_C-2014.pdf). Zugriff: 30.10.2017.
- Locher, Heinz (2015): Bildung von Spitalregionen oder gesamtschweizerische Planung? Referat gehalten anlässlich der Tagung «Spitalwettbewerb und Koordination der Spitalplanungen» der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Luzern, Luzern.
- Marty, Fridolin (2017): So wird die Spitalfinanzierung ein Vollerfolg. *Economiesuisse*: Zürich.
- MIS TREND (2017): Étude sur les hospitalisations hors canton par libre choix. Etude pour le Service de la santé publique fribourgeois – Fribourg. [http://appl.fr.ch/friactu\\_inter/handler.ashx?fid=16842](http://appl.fr.ch/friactu_inter/handler.ashx?fid=16842). Zugriff: 05.12.2017.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2017): Health Statistics. Health Expenditure and Financing. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. Zugriff: 24.10.2017.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development (2012): Competition in Hospital Services, Working Party No. 2 on Competition and Regulation, OECD Background Paper.
- Pellegrini, Sonia und Roth, Sacha (2017): Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2014 – 2015 (Obsan Bulletin 3/2017). Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SMB, Swiss Medical Board (2017): Was wir tun. [www.medical-board.ch/index.php?id=803&L=0](http://www.medical-board.ch/index.php?id=803&L=0). Zugriff: 06.11.2017
- Südostschweiz (2016): Spitalisten-Streit setzt die Kantone unter Zugzwang. [www.suedostschweiz.ch/politik/2016-01-11/spitalisten-streit-setzt-die-kantone-unter-zugzwang](http://www.suedostschweiz.ch/politik/2016-01-11/spitalisten-streit-setzt-die-kantone-unter-zugzwang). Zugriff: 06.11.2017.
- Telser, Harry; Fischer, Barbara; Leukert, Karolin und Vaterlaus, Stephan (2011): Healthcare expenditure and illness-related costs. Polynomics, im Auftrag von Interpharma, Basel.
- von Stokar, Thomas; Vettori, Anna; Gschwend, Eva und Boos, Leo (2016): Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Infras, im Auftrag von BAG, Zürich.
- Widmer, Philippe; Trottmann, Maria; Hochuli, Philip und Telser, Harry (2017): Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Olten: Polynomics.
- Widmer, Philippe; Telser, Harry; Uebelhart, Tobias (2016): Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Studie im Auftrag von [comparis.ch](http://comparis.ch).
- Wieser, Simon; Tomonaga, Yuki; Riguzzi, Marco; Fischer, Barbara; Telser, Harry; Pletscher, Mark; Eichler, Klaus; Trost, Melanie und Schwenkglenks, Matthias (2014): Die Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Nationale Präventionsprogramme. Winterthur.



ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BV	Bundesverfassung
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistung
FMG	Fernmeldegesetz
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
H+	Verband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HNE	Hôpital neuchâtelois
HSK	Einkaufsgemeinschaft Helsana, Sanitas, KPT
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammen- arbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft
SMB	Swiss Medical Board
SMN	Swiss Medical Network
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

## Anhang

### Basistarife der Akutspitäler auf kantonalen Spitallisten (2012 bis 2017)

provisorische Basistarife sind grün hervorgehoben

KT	Spital/Klinik	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
AG	Kantonsspital Aarau AG	9875	10350	9875	9875	9875	9875	9825	9825	9700	9700	9700	9700		9700
AG	Kantonsspital Baden AG	9800	10175	9800	9800	9800	9800	9800	9800	9700	9700	9700	9700		9700
AG	Hirslanden Klinik Aarau	10150	10060	10060	9950	9990	9850	9670	9670	9670	9670	9670	9670		9670
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	9632	9632	9550	9550	9500	9500	9500	9500	9635	9670	9633	9620		9640
AG	Kreisspital für das Freiamt Muri	9632	9632	9550	9550	9500	9500	9500	9500	9635	9670	9633	9620		9640
AG	Spital Zofingen AG	9632	9632	9550	9550	9500	9500	9500	9500	9635	9670	9633	9620		9640
AG	Asana Gruppe AG Spital Leuggern	9632	9632	9300	9300	9300	9300	9500	9400	9500	9450	9590	9590		9590
AG	Asana Gruppe AG Spital Menziken	9632	9632	9300	9300	9300	9300	9500	9400	9500	9450				
AG	Klinik Villa im Park AG	8993	8993	9200	9200	9200	9200	9150	9150	9050	9100	8930	8930		8930
AG	Geburtshus Storchennäsch AG	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100		9100
AG	Klinik Barmelweid AG	9829	9829	9750	9750	9650	9710	9500	9710	9500	9500	9480	9480		9480
AI	Kantonales Spital Appenzell	9750	9750	9590	9600	9520	9580	9460	9480	9460	9500	9480	9500		9460
AR	Spitalverbund Appenzell Ausser-rhoden, (Heiden/Herisau)	9600	9632	9590	9600	9520	9580	9460	9540	9460	9600	9460	9600		9600
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG	9490	9530	9450	9500	9450	9480	9450	9480	9450	9480	9450	9480		
AR	Berit Paracelsus-Klinik AG	9490	9530	9450	9500	9450	9480	9450	9480	9450	9480	9450	9480		
AR	Augenklinik Dr. A. Scarpattetti AG	8200	8500	8200	8500	8725	8725	8725	8725	8725	8725				
BE	Universitätsspital Inselspital	11425	11425	11200	11200	11000	11000	11000	11000	11000	11000	10933	10900	10933	11000
BE	Insel Gruppe AG (Spital Aarberg, Münsingen, Riggisberg, Tiefenau)									9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Lindenhof AG (Engeried, Lindenhof, Sonnenhof)	9890	9890	9850	9850	9710	9690	9590	9590	9480	9500	9690	9620	9690	9690
BE	Spital Netz Bern AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550						
BE	Hirslanden Bern AG (Klinik Beau-Site, Permanencem Salem Spital)	9940	9930	9870	9850	9725	9700	9575	9580	9575	9580	9575	9580	9575	9575
BE	Spital sts AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Spitalzentrum Biel	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9740	9680	9700	9680	9680
BE	Spitäler FMI AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	SRO Spital Region Oberraar AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680

KT	Spital/Klinik	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
BE	Regionalspital Emmental AG	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Hôpital du Jura bernois SA	9940	9940	9870	9870	9710	9725	9565	9550	9680	9690	9680	9650	9680	9680
BE	Privatklinik Linde AG	9890	9890	9850	9850	9710	9690	9590	9590	9480	9500	9600	9570	9600	9580
BE	Siloah AG	9890	9890	9850	9850	9710	9690	9590	9590	9480	9500	9600	9570	9600	9580
BE	Klinik Hohmad AG	9150	9150	9050	9000	8700	8700	8700	8700	9000	8600	8700	8690	8700	8700
BE	Privatklinik Piano	7150	7150	7220	7258	7292	7258								
BE	Geburtshaus Luna Biel	10455	10455	10455	10455	9725	9725	9590	9590	9690	9690	9690	9690	9690	9690
BE	Geburtshaus Maternité Apline											9690	9690	9690	9690
BL	Kantonsspital Baselland	10175	10175	10140	10140	10100	10100	10100	9940	10100	9940	9850	9850		9850
BL	Klinik Arlesheim AG	9700	9680	9650	9650			9580	9580	9580	9580	9580	9580		9580
BL	Lukas Klinik	9700	9693	9650	9650	9580	9580								
BL	Hirslanden Klinik Birshof	9700	9700	9700	9680	9630	9630	9630	9590	9630	9570	9630	9570		9630
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	9700	9680	9600	9650	9500	9580	9500	9500	9500	9500	9500	9500		9500
BL	Geburtshaus Ambra	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	8830	8840	9100	9100		9100
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	8830	8840	9100	9100		9100
BL	Ita Wegman Klinik/Geburtshaus	9700	9680	9650	9650	9580	9580	8830	8840	8830	8840	9100	9100		9100
BL	Ergolz-Klinik	9700	9680	9600	9650	9500	9580	9500	9500	9500	9500	9500	9500		9500
BL	Hospiz im Park											9408	9500		9500
BL	Vista Klinik	9050	9400	9450	9650	9350	9580	9350	9350	9350	9350	9350	9350		9350
BS	Universitätsspital Basel	10700	10670	10400	10550	10430	10430	10350	10370	10650	10650	10650	10650	10650	10650
BS	St. Claraspital	9756	10175	9756	9756	9690	9690	9690	9690	9670	9690	9670	9690	9670	9670
BS	Bethesda Spital AG	9860	9860	9756	9800	9690	9690	9670	9665	9655	9690	9595	9670	9595	9655
BS	Merian Iselin	9756	10175	9756	10175	9690	9690	9690	9690	9600	9655	9600	9650	9600	9650
BS	Geburtshaus Basel	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100	9100	9100
BS	Universitätskinderspital beider Basel (UKBB)	11100	11900	11100	12050	11100	11900	11100	11850	10850	11800	10850	11170	10850	10850
BS	Felix Platter-Spital	9900	9900	9750	9840	9650	9770	9620	9690	9620	9680	9620	9650	9620	
BS	Schmerzlinik Basel AG	9756	9780	9720	9740	9670	9700	9600	9550	9050	9550	8930	8930	8930	8930
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	10150	10150	10070	10070	10050	10050	9950	9950	9900	9900	9850	9850		9850
FR	Estavayer-le-Lac Hôpital Inter-cantonal de la Broye (HIB)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		9600
FR	Hôpital Jules Daler	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850	8850		8850
FR	Clinique Générale-Ste-Anne SA	9200	9375	9200	9375	9200	9350	9160	9200	9050	9175	8930	8930		8930
FR	Maison de Naissance le Petit Prince	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100		9100
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	10800	10800	10600	10600	10500	10500	10400	10400	10650	10650	10650	10650	10650	10650
GE	Hôpital de la Tour	10672	10672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Clinique Générale-Beaulieu	10672	10672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Clinique des Grangettes SA	10672	10672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Clinique la Colline	10672	10672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GE	Maison de naissance La Roseraie	10672	10672	9756	9756	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550	9550
GL	Kantonsspital Glarus	9750	9750	9750	9820	9750	9685	9750	9685	9750	9710	9750	9710		9750
GR	Kantonsspital Graubünden	10094	10094	10094	10050	10094	9930	10094	9920	10094	9870	9870	9870		9870
GR	Spital Oberengadin	9913	9913	9913	9840	9913	9660	9913	9660	9913	9670	9670	9670		9670
GR	Regionalspital Surselva AG	9756	9918	9756	9840	9650	9660	9650	9660	9650	9670	9670	9670		9670
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	9929	9929	9929	9840	9929	9660	9929	9660	9929	9670	9670	9670		9670

KT	Spital/Klinik	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif- suisse	HSK	tarif- suisse	HSK	tarif- suisse	HSK	tarif- suisse	HSK	tarif- suisse	HSK	tarif- suisse	HSK	Assura/ Supra	CSS
GR	Regionalspital Prattigau	9756	9926	9756	9840	9650	9650	9650	9580	9650	9670	9670	9670		9670
GR	Spital Thusis	9873	9754	9873	9754	9873	9660	9873	9660	9873	9670	9670	9670		9670
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa	9870	9754	9870	9754	9870	9660	9870	9660	9870	9670	9670	9670		9670
GR	Ospedale San Sisto Akutabteilung	9879	9879	9879	9840	9879	9660	9879	9660	9879	9670	9670	9670		9670
GR	Center da Sanadad Savognin SA	8886	8886	8886	9364	8886	9660	8886	9660	8886	9670	9670	9670		9670
GR	Center da Sanda Val Müstair	8885	8885	8885	9364	8885	9660	8885	9660	8885	9670	9670	9670		9670
GR	Ospedale della Bregaglia	8898	8898	8898	9364	8898	9660	8898	9660	8898	9670	9670	9670		9670
GR	Klinik Gut St. Moritz AG	9872	9654	9872	9700	9872	9550	9872	9560	9872	9570	9570	9570		9570
GR	Hochgebirgsklinik Davos	8889	8889	8889	9364	8889	9500	8889	9500	8889	9500	9670	9500		9670
JU	Hôpital du Jura	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650		9650
JU	Maison de naissance Les Cigognes	9756	9830	9756	9850	8830	8795	8830	8840		8840	9100			9100
LU	Luzerner Kantonsspital	9950	10350	9950	10210	9811	10190	9800	9950	9800	9950	9800	9950		9800
LU	Hirslanden Klinik St. Anna	9750	10150	9750	10060	9670	9990	9670	9770	9650	9695	9650	9695		9650
LU	Swissana Clinic, Menggen	8580	8530	8650	8600	8770	8760	9670	9770						
LU	Geburtshaus Terra Alta	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100		9100
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG	9900	10350	9850	10250	9800	10150	9750	9950	9700	9950	9700	9950		
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650		9650
NE	GSMN Neuchâtel SA			9447	9268	9350	9268	9447	9350	9050	9250	8930	8930		8930
NE	Maison de naissance Tilia-Ghezzi-Gacond									9050	8840	9100	9100		9100
NW	Kantonsspital Nidwalden	9735	9735	9690	9690	9657.5	9675	9590	9620	9590	9620	9590	9635	9590	
NW	Geburtshaus Stans	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	8830	8840	9100	9100	9100	
OW	Kantonsspital Obwalden	9702	9702	9690	9690	9640	9675	9590	9620	9590	9620	9590	9635		9600
SG	Kantonsspital St. Gallen	9925	10350	9875	10210	9875	10190	9825	9950	9950	9950	9950	9950		9950
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9550	9550	9550	9630	9550	9530	9550	9500	9500	9500	9625	9625		9625
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9550	9550	9550	9630	9550	9530	9550	9500	9500	9500	9625	9625		9625
SG	Spital Linth	9550	9550	9550	9630	9550	9530	9550	9500	9500	9500	9625	9625		9625
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	9050	8900	9333	9400	9332	9370	9332	9370	9332	9370	9332	9370		9332
SG	Klinik Marienfried	7250	7250												
SG	Rosenklinik am See AG	9000	8673	9000	8855	8800	8845	8800	8845	9150	9200	9200	9200		9200
SG	Thurklinik AG			8385	8300	8880	8990	8880	8990	9075	9075	9085	9075		9085
SG	Ostschweizer Kinderspital	10990	10990	11140	11140	11500	11500	11500	11500	11500	11500	11150	11150		11150
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9640	9720	9635	9720	9580	9690	9500	9550	9500	9510	9470	9490		9500
SG	Klinik St. Georg Goldach AG					8500	8510	8500	8510	8500	8510	8500	8500		8500
SH	Kantonsspital Schaffhausen	9610	9610	9500	9500	9500	9500	9515	9550	9515	9550	9515	9550		
SH	Hirslanden Klinik Belair	9450	9450	9400	9400	9400	9400	9400	9425	9400	9425	9400	9425		
SO	Solothurner Spitäler AG	9890	9890	9750	9890	9650	9820	9650	9700	9650	9650	9650	9650		
SO	Privatklinik Obach AG	9200	9396	9150	9396	9100	9396	9050	9100	9050	9050	8930	8930		
SO	Pallas Kliniken AG	9400	9400	9300	9300	9200	9200	9320	9320	9320	9320	9320	9320		
SZ	Spital Schwyz	9735	9850	9690	9724	9690	9690	9585	9690	9585	9690	9585	9690		9585
SZ	Spital Lachen	9735	9750	9690	9724	9690	9675	9585	9675	9585	9675	9585	9675		9585
SZ	Spital Einsiedeln	9702	9550	9690	9650	9690	9650	9585	9650	9585	9650	9585	9650		9585
SZ	Seeklinik Brunnen AG							9640	9600						
TG	Spital Thurgau AG (Kantonsspitaler Frauenfeld & Münsterlingen)	9550	9550	9550	9650	9550	9600	9550	9600	9550	9600	9600	9600		9600
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	9800	9850	9800	9800	9690	9725	9590	9500	9480	9480	9480	9480		9480

KT	Spital/Klinik	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/Supra	CSS
TG	Klinik Seeschau AG	8995	8995	8995	8995	8995	8995	9295	9290	9369	9330	9450	9330		9450
TG	Venenklinik Bellevue AG	8400	8400	8400	8400	8700	8700	8700	8700	8700	8700	8850	9000		9000
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	9756	9856	9756	9756	9756	9656	9500	9500	9500	9600	9545	9540		9540
TI	Clinica Luganese SA	8275	8275	8200	8200	8125	8125	8280	8280	8280	8280	8500	8450		8500
TI	Clinica Santa Chiara SA	7700	7650	8200	8150	8150	8150	8300	8250	8300	8250	8525	8520		8520
TI	Salus Medica Clinic SA Clinica Sant'Anna	9000	9180	9100	9180	9100	9100	9050	9025	9050	9000	8930	8930		8930
TI	Clinica fondazione G. Varini	6653	6653	6700	6750	6700	6750	6700	6750	7000	7000	7000	7000		
TI	Ospedale Malcantonese	6230	6230	6400	6400	6600	6600	6600	6600	6800	6800	6800	6800		
TI	Cardiocentro Ticino (CCT)	9950	9950	9950	9900	9900	9800	9800	9700	9700	9650	9700	9650		9650
TI	Clinica Ars Medica SA	9200	9363	9200	9268	9150	9173	9050	9025	9050	9000	8930	8930		8930
UR	Kantonsspital Uri	9735	9850	9690	9690	9690	9675	9640	9620	9590	9620	9590	9635		9590
VD	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)	10400	10400	10400	10400	10350	10350	10350	10350	10650	10650	10650	10650		
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hôpital Riviera-Chablais	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hôpital Interkantonal de la Broye	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hirslanden Lausanne SA (cliniques Cécil et Bois-Cerf)	9756	9750	9756	9700	9650	9650	9550	9550	9550	9550	9550	9550		
VD	Clinique de La Source	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9600	9600	9550	9550	9550	9550		
VD	Hôpital du Pays d'Enhaut	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Clinique CIC	9600	9600	9550	9600	9500	9200	9500	9200	9200	9100	9100	9000		
VD	Réseau Santé Balcon du Jura Vaudois (RSBJ)	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin	9756	9756	9756	9756	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		
VS	Hôpital du Valais – Centre hospitalier du centre du Valais (CHCVs)	9750	9800	9700	9724	9650	9650	9550	9580	9550	9580	9550	9580		9550
VS	Spital Wallis – Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	9750	9800	9700	9724	9650	9650	9550	9580	9550	9580	9550	9580		9550
VS	Hôpital du Valais – Centre hospitalier du Chablais (CHC)	9676	9676	9676	9676	9650	9650	9640	9640	9600	9600	9600	9600		9600
VS	Clinique de Valère SA	7850	7850	8550	8550	8775	8775	9000	9000	9050	9000	8930	8930		8930
VS	Clinique CIC Valais SA							9000	9050	9000	9000	9000	8950		9000
ZG	Zuger Kantonsspital AG	9746	9780	9680	9690	9640	9675	9610	9610	9580	9580	9565	9560	9565	9565
ZG	Andreas Klinik	9710	9690	9640	9650	9640	9650	9564	9590	9564	9570	9564	9570	9564	9564
ZH	Universitätsspital Zürich	11400	11200	11400	11200	11400	11050	11400	11050	11400	10880	11400	10870	11300	10870
ZH	Kantonsspital Winterthur	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Stadtspital Triemli	9500	9500	9500	9500	9500	9500	9650	9700	9700	9700	9700	9700	9700	9700
ZH	Klinik Hirslanden AG	9500	9500	9500	9650	9500	9650	9500	9650	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Stadtspital Waid	9500	9650	9500	9530	9500	9530	9544	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Spital Uster	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	See-Spital Standort Horgen	9500	9650	9500	9530	9500	9530	9544	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	See-Spital Standort Kilchberg	9300	9450	9300	9330	9300	9330	9344	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Spital Bülach AG	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Spital Limmattal	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650



KT	Spital/Klinik	2012		2013		2014		2015		2016		2017			
		tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	tarif-suisse	HSK	Assura/ Supra	CSS
ZH	Spital Zollikerberg	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	GZO Spital Wetzikon	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Spital Männedorf AG	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Klinik Im Park	9480	9500	9480	9650	9480	9650	9544	9650	9544	9650	9544	9650		9544
ZH	Spital Affoltern	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Paracelsus-Spital Richterswil AG	9480	9650	9500	9530	9500	9530	9564	9575	9650	9650	9650	9650	9650	9650
ZH	Klinik Susenberg	9280	9450	9200	9330	9280	9330	9280	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Schulthess Klinik	9280	9450	9300	9330			9364	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Universitätsklinik Balgrist	9800	10450	9800	9750	9800	9750	9800	9800	9780	9780	9780	9855	9780	9780
ZH	Uroviva Klinik für Urologie	9280	9125	9280	9280	9280	9330	9339.5	9375	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Limmatklinik AG	9280	9250	9300	9250	9300	9250	9364	9300	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Adus Medica AG	9280	9280	9300	9250	9300	9250	9364	9300	9450	9450	9450	9450	9450	9450
ZH	Geburtshaus Zürcher Oberland AG	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100	9100	9100
ZH	Geburtshaus Delphys	9830	9830	9830	9850	8830	8795	8830	8840	9050	8840	9100	9100	9100	9100
ZH	Geburtshaus Weinland GmbH	9830	9830	9830	9850										
ZH	Universitätskinderhospital Zürich	12 800	12 800	12 800	12 700	12 800	12 200	12 800	11 895	12 800	11 125	12 800	11 200	12 800	12 800
ZH	Klinik Lengg AG (Schweizer Epilepsie-Zentrum)	10 910	10 910	13 850	13 793	11 300	11 364	9564	9650	11 400	11 400		11 613		

Quelle: Angaben der Kantone (Stand 18.12.2017)



# avenir suisse

## **Zürich**

Rotbuchstrasse 46  
8037 Zürich  
Tel +41 44 445 90 00  
Fax +41 44 445 90 01

## **Genève**

9, rue du Prince  
1204 Genève  
Tel +41 22 749 11 00

[www.avenir-suisse.ch](http://www.avenir-suisse.ch)  
[info@avenir-suisse.ch](mailto:info@avenir-suisse.ch)