



Bern, 25. Juni 2019

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Executive Summary zum Schlussbericht des
BAG an den Bundesrat

Ausgangslage

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

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

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

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

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

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

Die wichtigsten Massnahmen der Revision sind:¹

- die *dual-fixe Finanzierung* der stationären Spitalleistungen durch die Kantone und die OKP, das heisst mindestens 55 Prozent durch die Kantone und maximal 45 Prozent durch die OKP;

¹ Eine ausführlichere Beschreibung der Massnahmen findet sich im Anhang.

- die Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels *leistungsbezogener Pauschalen*, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen;
- die Ausrichtung der *kantonalen Spitalplanung an schweizweit einheitlichen Planungskriterien*, die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin und die Vergabe von Leistungsaufträgen mit Unterscheidung von Listen- und Vertragsspitälern;
- die *erweiterte Spitalwahl* für Versicherte bei ausserkantonalen Hospitalisationen;
- die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Bereitstellung einer *erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität* stationärer Spitalleistungen.

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

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

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

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

Wie ist die Umsetzung der Massnahmen der Revision zu beurteilen?

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

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

Gleichwohl zeigen sich in der Evaluation einige Optimierungsmöglichkeiten der Umsetzung:

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

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

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

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

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

Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems

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

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

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

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

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

Qualität der stationären Spitalleistungen

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

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

Tabelle 1: Entwicklung der Indikatoren zur Ergebnisqualität (Akutsomatik)

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

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

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

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

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

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

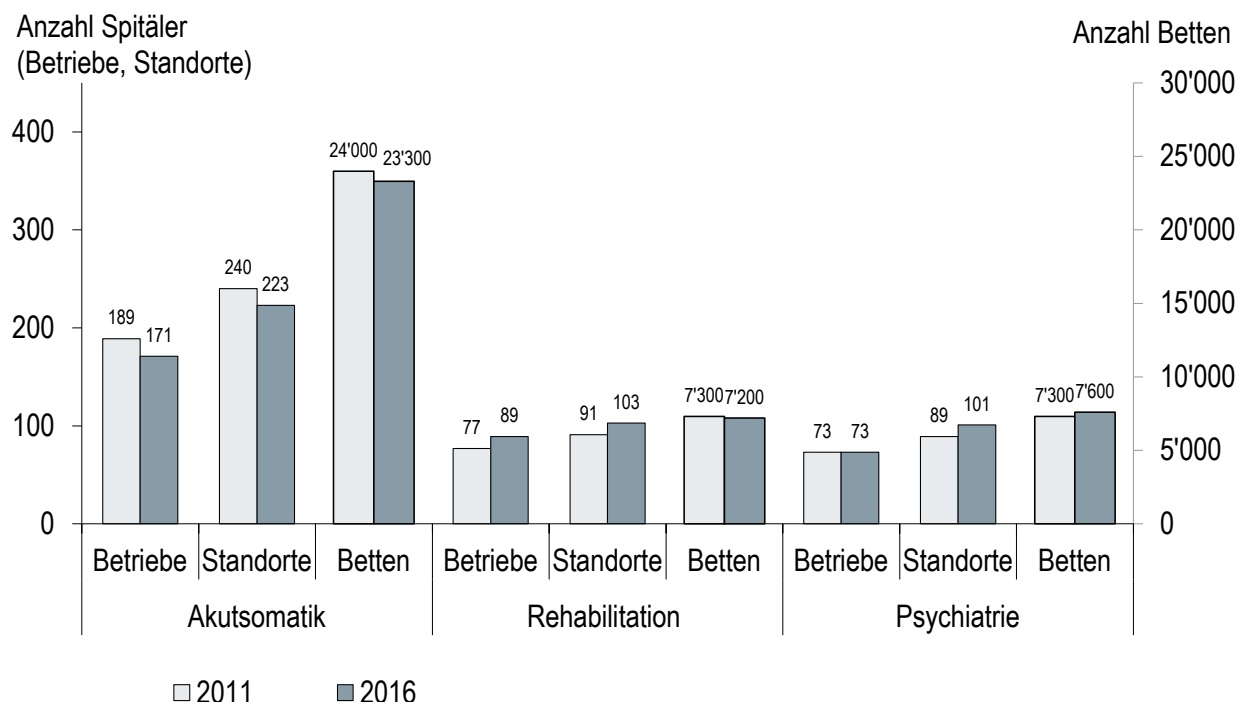
- Vor allem bei der Prozess- und der Strukturqualität der stationären Spitalleistungen lassen sich nach Einführung der KVG-Revision Fortschritte erkennen.
- Eine systematische Verschlechterung der Qualität, wie teilweise vor Einführung der Revision befürchtet, wird nicht bestätigt. Deutlich wird aber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

Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Versicherte

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

Kantone

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

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

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

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

Leistungserbringer

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

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

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

Versicherer

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

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

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

Eindämmung des Kostenwachstums

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

Tabelle 2: Entwicklung der Indikatoren zu den Ausgaben und Kosten

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

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

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

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

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

Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung

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

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

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

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

In welchen Bereichen der Revision wird Handlungsbedarf gesehen?

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

Intensivierung der interkantonalen Kooperation in der Spitalplanung und Koordination bezüglich Qualitätskriterien

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

Wirtschaftlichkeit: Erhöhung der Transparenz durch einheitlichen Daten und Methoden

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

Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen

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

Stärkung der Position der Versicherten

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

Wie geht es weiter?

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Verbesserung des Monitorings und der Kommunikation der Qualitätsentwicklungen

⁵ Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102)

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

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

4. Stärkung der Position der Versicherten

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

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

Literaturverzeichnis

- ANQ (2018): Neuste Zahlen zu Rehospitalisationen verfügbar. Medienmitteilung, 11. Dezember 2018. ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern.
<<https://www.anq.ch/de/medienmitteilungen/neuste-zahlen-zu-rehospitalisationen-verfuegbar/>>, Zugriff am 12.12.2018.
- BAG (2015): Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung. Version vom 13. Mai 2015. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- BFS (2018): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2016: Definitive Daten. <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/kosten-finanzierung.gnpdetail.2018-0391.html>>, Zugriff am 4.12.2018.
- B,S,S. (2019): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Schlussbericht. Verfasst von Lobsiger, M. und Frey, M. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel.
- econcept/LENZ (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Schlussbericht. Verfasst von: Fontana, M./Bock, S./Haering, B./Gruber, J./Lippitsch, S. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. econcept/LENZ AG, Zürich.
- Gruber, J./Lippitsch, S. (2018): Sekundärdaten-Analyse zur «Veränderung in der Spitallandschaft und zum Zugang zur stationären Versorgung». Teilbericht im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung: «Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung». Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). LENZ AG, Zürich.
- INFRAS/Zahnd (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen auf die Qualität der stationären Versorgung. Verfasst von: Trageser, J./Spycher, A./Gschwend, E./von Stokar, T./Zahnd, D. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
Infras/InfoNavigation, Zürich und Bern.
- Pellegrini, S./Roth, S. (2018): Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier. Rapport final. Étude sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 73). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Tuch, A./Jörg, R./Hedinger, D./Widmer, M. (2018): Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 65). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Anhang: Beschreibung der Massnahmen der Revision

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

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

auf der Liste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die Vergütung des Wohnkantons ist jedoch nicht mehr nur auf Leistungen von Spitälern beschränkt, die sich im Wohnkanton der Versicherten befinden. Vielmehr leisten bei ausserkantonaler stationärer Spitalbehandlung der Versicherer und neu der Wohnkanton ihren Beitrag an die Vergütung, und zwar höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (vgl. Art. 41 Abs. 1bis KVG). Eine Ausnahme bildet die ausserkantonale stationäre Spitalbehandlung aufgrund medizinischer Gründe, bei welcher der Wohnkanton bereits vor der Revision die Behandlung nach dem Tarif des behandelnden Spitals mitfinanziert hat. Im Vergleich zur Situation vor der Revision sollen die finanzielle Patientenbeteiligung für ausserkantonale stationäre Spitalbehandlungen damit nur noch marginal sein und die Zusatzversicherungen entlastet werden.

- Verpflichtung der Leistungserbringer zur Bereitstellung *einer erweiterten Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität stationärer Spitalleistungen* (Umsetzung seit 1. Januar 2009): Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurde die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Weitergabe bestimmter Daten gesetzlich festgeschrieben. Die Leistungserbringer müssen den zuständigen Bundesbehörden kostenlos Daten bekannt geben, welche benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.⁸ Das Bundesamt für Statistik erhebt und veröffentlicht die Daten (Art. 59a KVG). Die Spitäler haben eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik zu führen, die auf einer einheitlichen Methode basieren und alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten enthalten (Art. 49 Abs. 7 KVG). Der Bund ordnet in Zusammenarbeit mit den Kantonen Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität (Art. 49 Abs. 8 KVG). Auch diese Vergleiche sind zu veröffentlichen. Die erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität dient dazu, die Transparenz bezüglich Kosten und Leistungen der Spitäler zu erhöhen. Den Akteuren im Gesundheitswesen soll die Überwachung der Umsetzung der Revision der Spitalfinanzierung ermöglicht und die Beurteilung der Funktions- und Wirkungsweise der Revision erleichtert werden. Zudem wird erwartet, dass eine erhöhte Transparenz den Wettbewerb unter den Spitälern stärkt.

Quelle: BAG 2015, aktualisiert.

⁸ Art. 59a KVG in Kraft seit 1. Januar 2016, vorher Art. 22a KVG, in Kraft seit 1. Januar 2009. Namentlich sind folgende Angaben zu machen: a. Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform; b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze; c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form; d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen; e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis; f. medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 59a Abs. 1 KVG).

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit

Steuergruppe

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

Leitung Evaluationsprojekt im BAG

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

Weitere Informationen und Bezugsquelle

Bundesamt für Gesundheit

Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

3003 Bern

evaluation@bag.admin.ch

www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

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

www.bag.admin.ch/evalfinancementhospitalier