



# Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2018

Schwerpunktthema 2020:  
Kosten und Finanzierung von Vorhalteleistungen

Gutachten im Auftrag der  
Privatkliniken Schweiz (PKS)



## Zusammenfassung (Executive Summary)

### A Subventionierung der Spitäler über GWL, überhöhte Basisfallwerte und verdeckte Investitionen

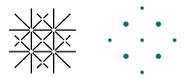
Wir haben in den letzten Jahren kontinuierlich die Entwicklung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bei der Finanzierung der akutstationären Versorgung auf der Grundlage der Kennzahlen der Schweizer Spitäler ausgewertet und publiziert. Das vorliegende Gutachten geht den nach Trägerschaft unterschiedenen Finanzierungsquellen von Spitälern erneut nach. Es unterteilt zunächst die Trägerschaft der Spitäler in drei Kategorien:

- i) **Private Kliniken** sind privatrechtliche Einrichtungen im Mehrheitsbesitz von privaten, natürlichen oder juristischen Personen. Von den 2018 landesweit insgesamt 180 Akutspitälern und Geburtshäusern sind deren 95, oder 53 Prozent, nach diesem Kriterium privat.
- ii) **Öffentliche Spitäler** sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die von einer staatlichen Stelle betrieben werden. Dazu gehören bspw. das CHUV in Lausanne und die HUG in Genf. 2018 gab es in der Schweiz 35 öffentliche Spitäler.
- iii) Zu den **subventionierten Spitälern** gehören 50 Einrichtungen, die mehrheitlich als öffentliche Trägerschaft, sowie häufig als Aktiengesellschaft auftreten. Dabei vereinigt die öffentliche Hand mehr als 50 Prozent des Aktienkapitals auf sich. Beispiele für diese Spitalkategorie sind die Solothurner Spitäler AG und die Insel Gruppe AG.

#### *Subventionierung über drei Kanäle*

An Spitäler fließende Subventionen können drei Bereichen zugeordnet werden:

- a) **Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)** durch die Kantone. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören nach einer Aufstellung des Spitalverbandes H+ Spezialaufgaben und -bereiche wie geschützte Operationssäle, Rettungsdienste und die Sanitätsnotrufzentrale 144. Darüber hinaus zählen Forschung und universitäre Lehre zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, ebenso wie Beiträge für die Finanzierung der Vorhalteleistung für Notfälle und Geburtshilfe. Hinzu kommen auch Kantonsbeiträge aufgrund einer kantonalen Defizitgarantie. Die Höhe der kantonalen Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler jährlich als Teil der Erträge ausgewiesen.
- b) Mögliche **Subventionierung** eines Spitals durch einen **überhöhten Basisfallwert**. Ermöglicht wird eine solche Subventionierung dadurch, dass die Kantone selbst Betreiber von Spitälern sind und somit direkten Einfluss auf die Bestimmung des Basisfallwerts von öffentlichen Spitälern nehmen. Bei subventionierten Spitälern kann sich insofern ein indirekter Einfluss der Kantone auf die Basisfallwerte ergeben, als letztere die durch die Verhandlungspartner vereinbarten Basisfallwerte genehmigen und im Streitfall als Schiedsstelle fungieren.
- c) Offene oder verdeckte **Finanzierung der Investitionskosten** von Spitälern über die kantonalen Finanzhaushalte. Dies kann bei öffentlichen Spitälern über die Vermietung von Immobilien, Mobilien oder Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen geschehen. Auch bei subventionierten Spitälern ist dies möglich, wenn diese sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich kann eine verdeckte Subventionierung dann auftreten, wenn die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen bzw. gegenüber dem Markt deutlich günstigeren Konditionen vergeben.



### 98 Prozent der Subventionen an die öffentlichen Spitäler

Einen differenzierten Überblick Über die Subventionen für das Jahr 2018 nach Trägerschaft in den drei Bereichen liefert Tabelle I. Die **Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen** beläuft sich landesweit auf 1.79 Mrd. Franken, wovon 1.70 Mrd. Franken oder 95.0 Prozent auf die subventionierten und öffentlichen Spitäler entfallen. Die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist demnach sehr ungleich auf die unterschiedlichen Spitalkategorien verteilt. Offensichtlich fehlt ein freier Marktzugang, der es privaten Kliniken erlauben würde, ebenfalls gemeinwirtschaftliche Leistungen in einem relevanten Umfang bereit zu stellen.

Tabelle I: Offene und verdeckte Subventionierung nach Trägerschaft, 2018

Jahr 2016	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
<b>Total (in Mio. CHF)</b>				
GWL	99.0	361.3	1'331.6	1'791.9
Basisfallwert	0.0	154.7	208.9	363.5
Investitionen	0.0	144.0	220.7	364.8
<b>Total</b>	<b>99.0</b>	<b>660.0</b>	<b>1'761.2</b>	<b>2'520.3</b>
<b>Pro Fall (in CHF)</b>				
GWL	358.1	813.9	2'472.5	1'423.3
Basisfallwert	0.0	348.4	387.8	288.8
Investitionen	0.0	324.4	409.9	289.7
<b>Total</b>	<b>358.1</b>	<b>1'486.6</b>	<b>3'270.3</b>	<b>2'001.8</b>
<b>Pro Akutbett (in CHF)</b>				
GWL	20'417.0	47'460.0	126'174.8	77'854.2
Basisfallwert	0.0	20'314.2	19'792.3	15'794.8
Investitionen	0.0	20'387.0	14'573.7	13'446.5
<b>Total</b>	<b>20'417.0</b>	<b>86'692.4</b>	<b>166'884.3</b>	<b>109'497.9</b>

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). Berechnungen: Universität Basel

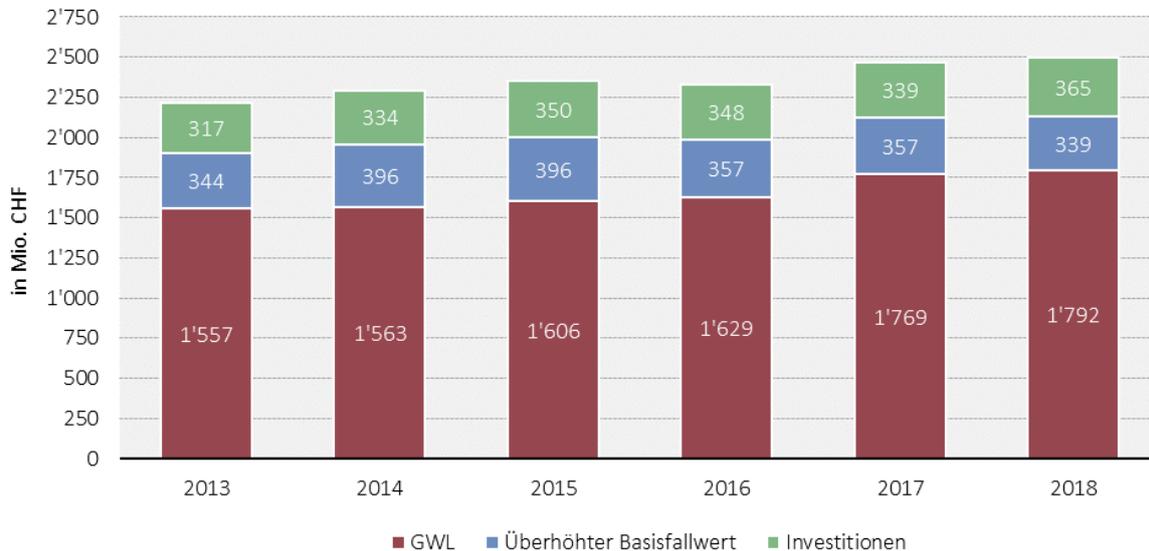
Mit Hilfe eines okometrischen Modells lässt sich für 2018 der Unterschied im durchschnittlichen Basisfallwert zwischen privaten Spitälern und öffentlichen oder subventionierten Spitälern schätzen. Dabei wird berücksichtigt, dass Universitätskliniken im Mittel einen **höheren Basisfallwert** (+1'232 Franken) aufweisen, ebenso wie Kinder-spitäler (+1'833 Franken). Dennoch sind die öffentlichen und subventionierten Spitäler gegenüber den privaten Kliniken im Durchschnitt pro Fall um 357 Franken bzw. 343 Franken teurer. Aus diesen erhöhten Basisfallwerten ergeben sich gemäss Tabelle I Subventionen für die öffentlichen und subventionierten Spitäler in Höhe von 210 Mio. bzw. 147 Mio. Franken.

Die Subventionen aufgrund **verdeckter Investitionskosten** wurden ebenfalls geschätzt, nämlich auf der Grundlage der Differenz der Investitionsquote auf Ebene des einzelnen Spitals zu der bei der SwissDRG-Vergütung in 2012 eingerechneten Investitionsquote von 10 Prozent. Die durchschnittliche Investitionsquote der öffentlichen und subventionierten Spitäler lag 2018 mit 6.8 Prozent resp. 7.4 Prozent deutlich unter 10 Prozent. Die derart berechneten Subventionen belaufen sich landesweit auf 339 Mio. Franken, die sich im Verhältnis 65 Prozent zu 35 Prozent auf öffentliche und subventionierte Einrichtungen aufteilen.

Öffentliche und subventionierte Spitäler erhalten zusammen 97.6 Prozent aller Kantonssubventionen, bei einem Marktanteil an den Pfl egetagen von 81 Prozent. Der Marktanteil der öffentlichen liegt mit 47.3 Prozent um das 1.4fache höher als jener der subventionierten Spitäler (33.7 Prozent). Die Subventionen der öffentlichen Spitäler sind fast dreimal höher als jene der subventionierten. Werden die drei Subventionsarten summiert und auf die Anzahl der vorgehaltenen Akutbetten bezogen, ergeben sich landesweit jährliche Gesamtsbventionen pro Bett bei privaten, subventionierten und öffentlichen Spitälern von rund 20'000 Franken, 87'000 Franken und 167'000 Franken.

Insgesamt hat die Subventionierung zwischen 2013 und 2018 um 11.2 Prozent moderat zugenommen (vgl. Abbildung I). Die Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen erreichte im Jahr 2018 ihren Höchststand. Die Subventionen aufgrund überhöhter Basisfallwerte und der verdeckten Investitionsfinanzierung sind über den Betrachtungszeitraum ebenfalls leicht angewachsen.

Abbildung I: Subventionierung über die drei Kanäle seit 2013



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018). Berechnungen: Universität Basel.

### Grosse Unterschiede zwischen den Kantonen

Das Ausmass der Gesamtsubventionen variiert beträchtlich zwischen den Kantonen (vgl. Tabelle II). Die höchsten Subventionen zahlt mit 700 Mio. Franken der Kanton Waadt aus. Dies entspricht 6'336 Franken pro Fall, 293'151 Franken pro stationäres Akutbett und 877 Franken pro Einwohner.

Tabelle II: Gesamtsubventionen nach Kanton, Total und pro Akutbett und Einwohner, 2018

Kanton	Betrag	Pro Akutbett	Pro Einwohner	Kanton	Betrag	Pro Akutbett	Pro Einwohner
AG	61'931'885	42'710	92	NW	6'417'030	87'497	149
AI	3'978'439	221'024	72	OW	7'427'658	147'671	197
AR	7'583'730	36'416	470	SG	67'631'345	43'218	134
BE	263'066'93	86'175	255	SH	14'684'112	79'149	180
BL	34'557'508	59'351	120	SO	64'813'046	126'990	238
BS	162'128'46	135'261	834	SZ	12'006'507	43'819	76
FR	79'407'555	145'209	251	TG	17'632'757	30'956	64
GE	343'858'48	243'660	691	TI	47'154'735	35'243	133
GL	6'811'738	78'992	169	UR	7'656'042	121'524	211
GR	55'052'897	100'861	278	VD	698'206'607	293'151	877
JU	16'515'404	113'899	225	VS	34'777'774	48'294	101
LU	52'060'205	53'277	128	ZG	6'890'618	33'450	55
NE	72'222'143	187'405	407	ZH	351'135'902	78'518	232
				CH	2'495'609'521	108'427	293

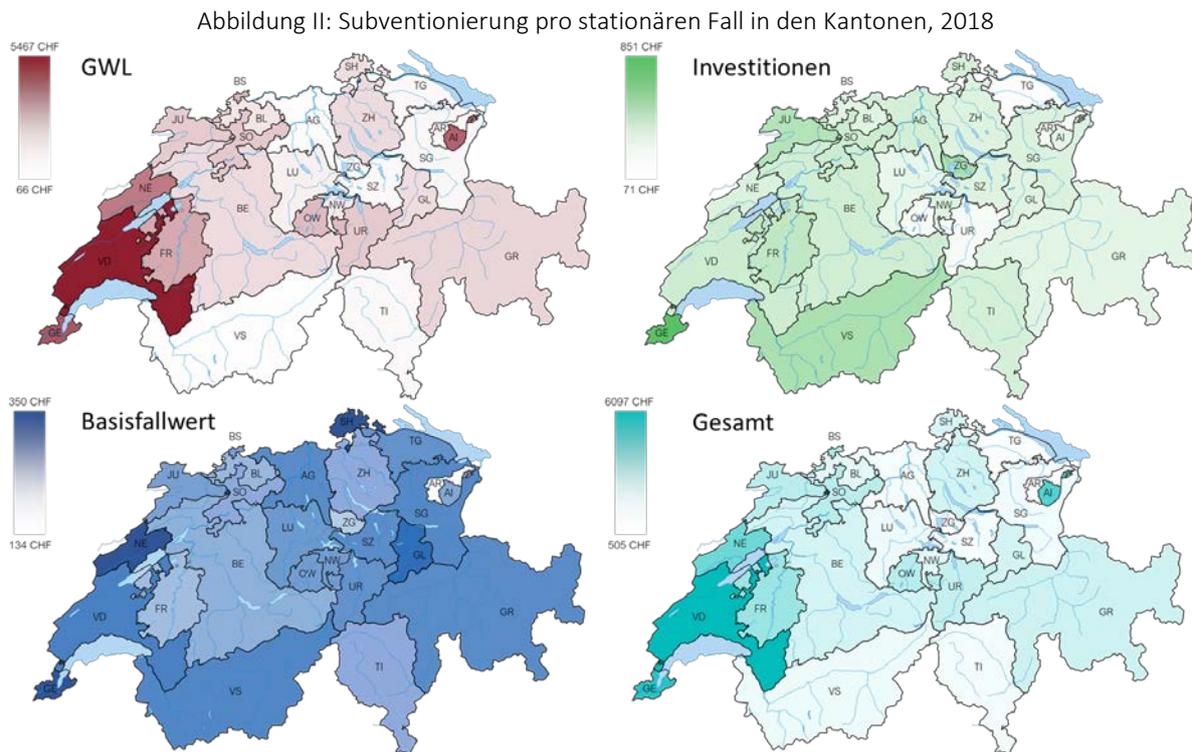
Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnungen: Universität Basel.



Die niedrigsten Zuschüsse pro Akutfall und Einwohner ergeben sich im Kanton Zug: 492 Franken pro Austritt bzw. 55 Franken pro Einwohner. Auf die Akutbetten gerechnet sind die Gesamtsubventionen im Thurgau am niedrigsten. Zusammen mit den ordentlichen Beiträgen der Kantone an die subjektbezogene DRG-Vergütung (Tarife), die sich aufgrund unterschiedlicher stationärer Kosten ebenfalls kantonal unterscheiden, bedeuten diese Zuschüsse eine grosse Belastung der kantonalen Finanzhaushalte.

Werden die Unterschiede bezüglich der Höhe der Subventionierung pro Fall kartografisch abgebildet (vgl. Abbildung II), so ist je nach Bereich ein gewisses Ost-West-Gefälle zwischen den Kantonen zu beobachten. Dieses zeigt sich insbesondere bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, bei welchen in einigen Westschweizer Kantonen überdurchschnittlich hohe Subventionen pro stationären Fall ausgemacht werden können.



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). Darstellung: Universität Basel

#### Die Entwicklung der Subventionen 2013-2018

Die Entwicklung der Gesamtsubventionen über die Zeit offenbart ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen. Pro Akutbett haben sie in Appenzell-Innerrhoden mit 96'323 Franken zugenommen, gefolgt von Waadt mit 88'443 Franken, in beiden Fällen um rund ein Drittel. Merklich zurückgegangen sind die Subventionen pro Bett in Schaffhausen mit 55'978 Franken.

Tabelle III: Gesamtsubventionen nach Kanton, Änderungen 2013/2018

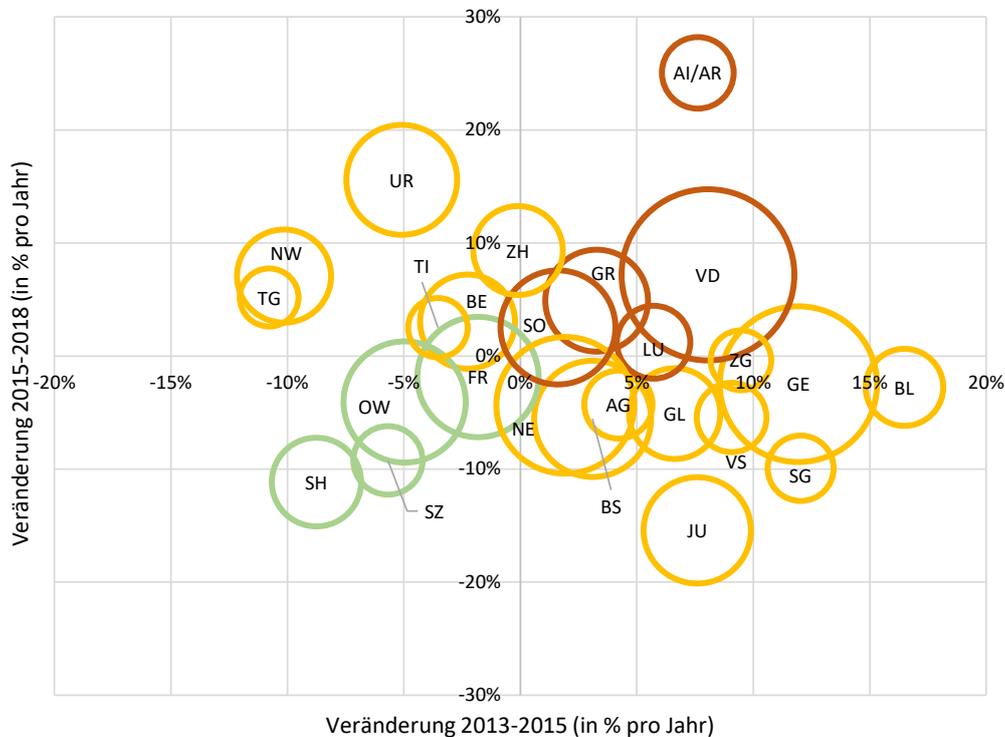
Kanton	Gesamtsubventionen 2018		Pro Akutbett		Kanton	Gesamtsubventionen 2018		Pro Akutbett	
	Änderung 2013-2018	Änderung 2013-2018	Änderung 2013-2018	Änderung 2013-2018		Änderung 2013-2018	Änderung 2013-2018	Änderung 2013-2018	Änderung 2013-2018
AG	61'931'885	-3'274'054	-7'274		NW	6'417'030	-380'356	-502	
AI	3'978'439	+732'835	+96'323		OW	7'427'658	-2'382'360	-37'163	
AR	7'583'730	+4'535'833	+24'439		SG	67'631'345	-3'649'295	-3'879	
BE	263'066'93	+5'723'641	+1'117		SH	14'684'112	-11'704'966	-55'978	
BL	34'557'508	+60'836	+11'906		SO	64'813'046	-3'482'829	+9'635	
BS	162'128'46	-28'933'492	-15'534		SZ	12'006'507	-5'079'547	-27'204	
FR	79'407'555	-17'450'456	-13'918		TG	17'632'757	-1'454'318	-5'669	
GE	343'858'48	+55'330'432	+34'098		TI	47'154'735	-2'765'554	+220	
GL	6'811'738	-364'881	-5'899		UR	7'656'042	+1'013'102	+34'348	
GR	55'052'897	+931'385	+16'278		VD	698'206'607	+245'402'657	+88'443	
JU	16'515'404	-11'124'815	-48'415		VS	34'777'774	+2'078'806	+515	
LU	52'060'205	+4'613'994	+7'518		ZG	6'890'618	+734'954	+2'958	
NE	72'222'143	-3'044'338	-18'506		ZH	351'135'902	+79'386'286	+17'727	
					CH	2'495'609'521	+305'453'497	+14'252	

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnungen: Universität Basel.

Ein Vergleich der jährlichen Wachstumsraten zwischen 2013-2015 mit jenen zwischen 2015-2018 lässt eine Typisierung der Kantone zu. Die Grösse der Kreise in Abbildung III markiert den Umfang der Subventionen. Grüne Kreise zeigen Kantone, die in beiden Perioden ihre Subventionen an die Spitäler senkten, während rote Kreise auf Kantone verweisen, die ihre Subvention seit der Spitalfinanzierungsreform in jedem Jahr steigerten. Bei den orangenen Kreisen handelt es sich um Kantone, in denen die Entwicklungen in den beiden Perioden unterschiedlich verlief.

Abbildung III: Die Änderungen der Subventionen über die Zeit, 2013 – 2018



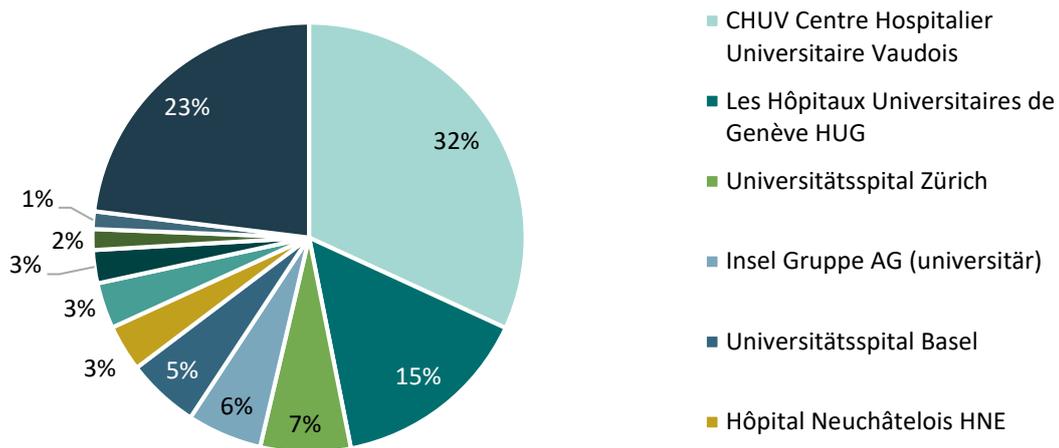
Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015/2018). Berechnungen: Universität Basel.



### Die «Top 10–Spitäler» bei den Subventionen

Die Ungleichgewichte in der Höhe der bezogenen Subventionen, die sich zwischen den Kantonen zeigen, sind noch ausgeprägter auf der Ebene der einzelnen Spitäler. Die «Top 10» der Spitäler erhalten zwei Drittel der landesweiten GWL-Zahlungen (vgl. Abbildung IV). Das CHUV (25 Prozent) und die HUG (14 Prozent) beziehen zusammen mit dem Universitätsspital Zürich (6 Prozent) und dem Inselspital Bern (5 Prozent) rund die Hälfte der gesamten Subventionen in der akutstationären Versorgung. Unter den zehn Hauptempfängern befinden sich ausschliesslich Universitätsspitäler und grosse Zentrumsversorger.

Abbildung IV: Die wichtigsten GWL-Empfänger, 2018



Anmerkungen: Gezeigt werden die Anteile am Gesamtbetrag von 1.79 Mrd. Franken im Jahr 2018  
Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). Darstellung: Universität Basel

### Die Mehrfachrolle der Kantone überdenken

Das Krankenversicherungsgesetz ordnet den Kantonen die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung zu. Da sie gleichzeitig Betreiber oder Eigentümer von Spitälern sind, kommt es zu einem **Rollenkonflikt**. i) Der Kanton ist gesetzlich verpflichtet, die stationäre Versorgung kostengünstig und qualitativ befriedigend zu planen, hat aber als Eigentümer ein Interesse an hohen Einnahmen seiner Einrichtungen. ii) Zudem sieht das Gesetz den Kanton als Schiedsrichter vor, falls sich Spitäler und Versicherer bei Verhandlungen über den Basisfallwert nicht verständigen können. Auch hier greifen die Kantone indirekt in die Rechte privater Wettbewerber ein. iii) Weiter geschieht dies ebenfalls bei der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen. Die Kantone bestellen Forschungs- und Lehrleistungen oder erhalten stationäre Strukturen aus regionalpolitischen Gründen aufrecht und sichern mit den entsprechenden Zahlungen die Einnahmen ihrer Einrichtungen.

Die Problematik der Mehrfachrolle der Kantone in der stationären Versorgung wurde bei der Spitalreform 2012 entschärft, als man die bis dahin erfolgte Objektfinanzierung der Spitäler durch die Kantone aufgab. Allerdings blieb man bei der Einführung der Subjektfinanzierung auf halbem Weg stecken. Eine **klare Trennung zwischen Beauftragung und Regulierung** auf der einen Seite und **Leistungserbringung** auf der anderen Seite steht weiterhin aus. Eine Lösung könnte darin bestehen, dass sich die Kantone aus der Leistungserbringung und der Trägerschaft von akutstationären Einrichtungen zurückziehen. Dabei könnte der Versorgungsauftrag beim Kanton belassen werden. Damit würden sich die Kantone auf die Rolle der Regulierung und Beauftragung beschränken. Diese Alternative liesse es weiterhin zu, dass Gebietskörperschaften unterhalb der kantonalen Ebene Spitäler betreiben oder besitzen. Ausgeschlossen aber wäre der heutige Zustand, bei dem Leistungserbringung und Trägerschaft bzw. Eigentumskontrolle auf Kantonsebene zusammenfallen.

### *Wettbewerb um den Markt und über den Preis*

Zusätzlich bedarf es einer **Öffnung des Marktes** für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Der Schweizer Gesetzgeber hat strukturell die Unterscheidung zwischen Leistungen gemäss der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und gemeinwirtschaftlichen Leistungen angelegt. Die Kantone sind angehalten, die Leistungen und Kosten explizit in diese zwei Bereiche auszuscheiden. Der Gesetzgeber will damit vermeiden, dass es zu einer Quersubventionierung von Leistungen, die der Kanton beauftragt, durch Erträge aus der OKP kommt. Aus ordnungspolitischer Sicht reicht diese Trennung jedoch nicht aus, solange es keinen Wettbewerb um die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen gibt.

Eine Lösung wäre ein Ausschreibungsverfahren, in welchem der Anbieter mit dem günstigsten Gebot den Leistungsauftrag erhielte. Der Zuschlag und der Preis für gemeinwirtschaftliche Leistungen sollten deshalb dem öffentlichen Submissionsrecht unterliegen.

Bei der stationären Leistungserbringung sind finanzielle Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten der Spitäler gesetzt. Die Relativgewichte in der fallpauschalierten Vergütung basieren auf standardisierten Kosten, auf deren Höhe das einzelne Spital in der Regel keinen Einfluss hat. Somit besteht bei gegebener Höhe einer Fallpauschale für Leistungserbringer immer ein Anreiz, die internen Prozesse zu optimieren und die Kosten zu senken. Wenn dieser Wettbewerb über die Preise funktioniert, werden die Spitäler gezwungen sich anzupassen, oder aus dem Markt auszuscheiden. Die Mehrfachrolle der Kantone schränkt allerdings den Wettbewerb stark ein. In vielen Kantonen ist zudem der Marktanteil der öffentlichen Spitäler so hoch, dass man nach gängigem Verständnis von einer **marktbeherrschenden Stellung** sprechen muss. Ordnungspolitisch korrekt wäre es, wenn die Kantone sich auf den Versorgungsauftrag beschränkten, sich aus der Leistungserbringung zurückzögen und dort, wo sie als Eigentümer eine marktbeherrschende Stellung innehaben, ihre **Spitäler privatisieren** würden.

## **B Kosten und Finanzierung von Vorhalteleistungen**

Bei der Spitalfinanzierungsreform 2012 wurde die Finanzierung der Vorhalteleistungen nicht thematisiert. Vorher war sie Teil der Objektfinanzierung; Kantone finanzierten die Infrastruktur der Spitäler und damit automatisch auch die Vorhaltung von Kapazitäten für Perioden hoher Nachfrage nach stationärer Behandlung, wie sie beispielsweise bei Grippeepidemien auftritt. Solche Vorhalteleistungen stellen ein Optionsgut dar, für das in der Bevölkerung grundsätzlich eine Zahlungsbereitschaft besteht. Daher ist es sinnvoll, diese Leistung explizit zu finanzieren. Bei den Apotheken und im ambulanten Bereich gibt es bereits eine spezielle Vergütung von Notfällen und im spitalambulanten Bereich wird sie ebenfalls eingeführt, falls der neue Ärztetarif «TARDOC» vom Bundesrat genehmigt wird.

### *Starke Schwankung der stationären Notfälle*

Wir haben auf der Grundlage der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser für das Jahr 2018 rund 1.27 Mio. akutstationäre Fälle auf Spitalebene ausgewertet. Bei elektiven Fällen ist eine stark saisonale Struktur zu beobachten. Auch die Wochentage haben einen starken Einfluss; am Wochenende ist die Belegung deutlich tiefer als unter der Woche. Die Tage und Monate erklären im elektiven Bereich 29 Prozent der täglichen Schwankungen bei den Eintritten. Bei den Notfällen sind es lediglich 9 Prozent. Damit konzentriert sich die Vorhalteproblematik auf die Notfälle. Die Schwankung der Eintritte ist bei kleineren Spitälern deutlich stärker ausgeprägt als bei grossen Kliniken. Kleinere Einrichtungen müssen demnach mehr Kapazitäten vorhalten, um ein bestimmtes Sicherheitsniveau einzuhalten. Das Bettenangebot ist im Durchschnitt zu 82 Prozent ausgelastet. Bei Universitäts- und Zentrumsspitalern liegt der Auslastungsgrad bei rund 86 Prozent, bei Spitälern mit weniger als 3000 Patienten im Jahr dagegen nur bei 68 Prozent.



### *Grenzkosten der Bettenvorhaltung und der behandelten Fälle*

Die Kennzahlen der Schweizer Spitäler enthalten Angaben zu den Gesamtkosten der Spitäler, dessen Anzahl behandelter Patienten, der Bettenzahl und weiterer Charakteristiken. In einer ökonomischen Analyse haben wir die zusätzlichen Kosten eines Bettes sowie die zusätzlichen Kosten eines Patienten berechnet. Die Grenzkosten der schweregradbereinigten Fälle liegen mit rund 9500 Franken nahe beim durchschnittlichen Basisfallwert von rund 9900 Franken. Sie sind über die verschiedenen Versorgungsstufen hinweg vergleichsweise konstant. Dagegen gibt es signifikante Unterschiede in den Grenzkosten der Bettenvorhaltung. Ein zusätzliches Bett kostet in einem Universitätsspital 215'000 Franken gegenüber 125'000 Franken in einem Zentrumsspital. Auf Grundversorgungsniveau 3 und 4 liegen die Grenzkosten eines Bettes bei rund 100'000 Franken.

### *Finanzierung der Vorhalteleistung: Abgewandeltes Zürcher Modell als Vorbild*

Der Kanton Zürich setzte eine Differenzierung des Basisfallwerts zwischen Spitälern mit und ohne Notfallstation durch. Der Regierungsrat setzte die Differenz im Jahr 2012 auf 200 Franken fest. Das Bundesverwaltungsgericht bestätigte 2014 in einem Grundsatzurteil diese Praxis. Das Gericht anerkannte, dass Spitäler ohne Notfallstation geringere Kosten aufweisen und daher gegenüber Wettbewerbern mit Notfallstation privilegiert sind. Gleichzeitig bestätigte das Gericht die Auffassung, dass diese zusätzlichen Kosten nicht ausgeschieden und über gemeinwirtschaftliche Leistungen abgegolten werden dürfen, sondern vielmehr über die OKP zu finanzieren sind. In einer einfachen Überschlagsrechnung können wir die Zürcher Lösung nachvollziehen, erhalten für die Kosten der Vorhalteleistungen jedoch leicht höhere Werte. Wenn Spitäler 10 Prozent der Betten für Notfälle freihalten – dies entspricht 17 Betten für ein mittelgrosses Spital – ergeben sich für dieses Spital Zusatzkosten der Bettenvorhaltung von 294 Franken pro Patient. Die Zürcher Lösung, für die eine Regelung in Deutschland Pate stand, hat zum Nachteil, dass sie Spitäler mit niedrigem Anteil an Notfallpatienten bevorteilt. Sie setzt damit für Einrichtungen, die zu klein sind, eine Notfallstation effizient zu betreiben, einen Anreiz, dennoch eine solche vorzuhalten. Auch bei Spitälern mit mehreren Standorten wäre es nicht angezeigt eine Differenzierung des Basisfallwerts für den Notfalldienst vorzunehmen, der allen Standorten zugutekäme. Die Kantone können Leistungsaufträge mit der Pflicht zum Betrieb eines Notfalldienstes verbinden. Diese Entscheidung neutral zu treffen, dürfte angesichts der Mehrfachrolle der Kantone eine besondere Herausforderung sein. Ein Einbezug der Krankenversicherer bei der Anerkennung von Notfalldiensten wäre daher sinnvoll. In Ballungsgebieten könnte zudem der Notfalldienst über ein Submissionsverfahren vergeben werden. In jedem Fall wäre eine Abwandlung des Zürcher Finanzierungsmodells sinnvoll, nämlich den Zuschlag auf den Basisfallwert nur für die Notfälle vorzusehen. Bei unserer Modellrechnung wären dies 588 Franken. Für diese Lösung sprechen auch die Bestrebungen, im spitalambulanten Bereich einen pauschalen Notfallzuschlag einzurichten.

### *Notfallgebühr für Bagatellfälle ja, ersetzt aber eine eigenständige Vergütung der Vorhalteleistungen nicht*

Im nationalen und den kantonalen Parlamenten sind zahlreiche Vorstösse hängig für die Einführung einer Notfallgebühr in der akutstationären Versorgung bei Bagatellfällen. Sie widerspiegeln die Beobachtung, dass Notfalldienste von Patienten auch bei medizinischen Problemen aufgesucht werden, die ein Hausarzt gleich gut und kostengünstiger behandeln könnte. Dies führt zu einer Übernutzung und Zweckentfremdung der Notfalldienste. Eine Notfallgebühr ist geeignet, solche unerwünschten Erscheinungen einzuschränken, womit Ressourcen eingespart werden können. Sie kann allerdings nicht dazu dienen, die Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit einem Notfalldienst zu finanzieren. Dafür ist eine eigenständige Vergütung notwendig.

## Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG (EXECUTIVE SUMMARY).....	I
A SUBVENTIONIERUNG DER SPITÄLER ÜBER GWL, ÜBERHÖHTE BASISFALLWERTE UND VERDECKTE INVESTITIONEN.....	I
B KOSTEN UND FINANZIERUNG VON VORHALTELEISTUNGEN.....	VII
INHALTSVERZEICHNIS.....	IX
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	X
TABELLENVERZEICHNIS .....	X
VERWENDETE ABKÜRZUNGEN.....	XI
1. EINLEITUNG .....	1
2. DIE AKUTSTATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DER SCHWEIZ .....	3
2.1 BETTENDICHTE, AUSLASTUNG UND INTERKANTONALE PATIENTENWANDERUNG .....	3
2.2 DIE AKUTSTATIONÄREN LEISTUNGSERBRINGER NACH TRÄGERSCHAFT.....	7
3. SUBVENTIONIERUNG DER SPITÄLER .....	17
3.1 GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN IM KANTONALEN VERGLEICH .....	17
3.2 UNTERSUCHUNG DER BASISFALLWERTE AUF SPITALEBENE .....	20
3.3 VERDECKTE SUBVENTIONEN BEI DER INVESTITIONSFINANZIERUNG .....	24
3.4 ZUSAMMENSTELLUNG DER SUBVENTIONEN .....	27
4. BEREITSTELLUNG UND FINANZIERUNG VON VORHALTELEISTUNGEN.....	31
4.1 VORHALTELEISTUNGEN ALS OPTIONSGUT .....	31
4.2 ELEKTIVE UND NOTFALLBEHANDLUNGEN IN SCHWEIZER SPITÄLERN .....	32
4.3 KOSTEN DER VORHALTUNG .....	40
4.4 DIE FINANZIERUNG VON VORHALTELEISTUNGEN.....	43
5. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	48
5.1 FINANZIERUNGSUNTERSCHIEDE ZWISCHEN ÖFFENTLICHER UND PRIVATER TRÄGERSCHAFT .....	48
5.2 VORHALTELEISTUNGEN.....	49
LITERATURVERZEICHNIS.....	51
ANHANG I: DATENQUELLEN.....	52
ANHANG II: TABELLEN.....	53
ANHANG III: VERZEICHNIS DER SCHWEIZER AKUTSPITÄLER 2018 .....	56



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012 .....	2
Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2018 .....	4
Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2018 .....	6
Abbildung 4: Import und Export von Leistungen, 2018 .....	7
Abbildung 5: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2018.....	25
Abbildung 6: Bettenbelegung im Jahresverlauf, nach Art des Spitaleintritts und Grossregion (pro 10'000 Einwohner).....	35
Abbildung 7: Zusammenhang zwischen der Spitalgrösse und der Varianz der Notfalleintritte.....	37

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bettendichte 2018 im Vergleich zu 2013, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton.....	3
Tabelle 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2018 und im Vergleich zu 2013.....	5
Tabelle 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	8
Tabelle 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	9
Tabelle 5: Marktanteile akutstationärer Pflgegetage nach Trägerschaft, 2018 im Vergleich zu 2013.....	10
Tabelle 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2018.....	11
Tabelle 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2018 im Vergleich zu 2013.....	12
Tabelle 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	13
Tabelle 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	13
Tabelle 10: Ertragsituation der akutstationären Versorger, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	14
Tabelle 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2018.....	15
Tabelle 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	16
Tabelle 13: GWL in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	18
Tabelle 14: GWL in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2018 .....	19
Tabelle 15: GWL in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2018 .....	20
Tabelle 16: Entwicklung der Basisfallwerte in Franken zwischen 2013 und 2018 nach Trägerschaft.....	21
Tabelle 17: Beschreibende Statistik der Spitalvariablen im Sample (2018, n = 138).....	21
Tabelle 18: Schätzergebnisse für drei ausgewählte Jahre und gesamt, 2013-2018.....	23
Tabelle 19: Subventionen in Franken durch höhere Basisfallwerte, insgesamt und pro Fall,.....	24
Tabelle 20: Nicht ausgewiesene Investitionskosten in Franken der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege.....	26
Tabelle 21: Übersicht der Subventionen, 2018 .....	27
Tabelle 22: Änderung der Subventionen in Franken 2018/2013, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft.....	28
Tabelle 23: Gesamtsbventionen nach Kanton, 2018 und im Vergleich zu 2013 .....	29
Tabelle 24: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall (Fallgewicht = 1.0), Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2018.....	30
Tabelle 25: Austritte und Bettenbelegung nach Spitaltyp (Mittelwerte) .....	34
Tabelle 26: Kantonales Angebot und Nachfrage nach Betten .....	38
Tabelle 27: Austritte und Bettenbelegung nach Spitaltyp (Mittelwerte) .....	39
Tabelle 28: Regressionsergebnisse des Kostenmodells (2013-2018).....	41
Tabelle 29: Grenzkosten pro Bett und Fall und Kosten der Bettenvorhaltung, ausgewiesen pro Kategorie (2018) .....	42
Tabelle A28: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennziffern aufgrund von Rücksprachen*.....	53
Tabelle A29: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2018 .....	54
Tabelle A30: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2018. ....	55

## Verwendete Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BVG	Bundesverwaltungsgericht
CMI	Case-Mix-Index
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis Related Groups
GOPS	Geschützte OP-Säle
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HSM	Hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KZSS	Kennzahlen der Schweizer Spitäler
LSE	Schweizerische Lohnstrukturerhebung
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VZE	Vollzeiteinheiten



## 1. Einleitung

Mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen im Jahr 2012 ging eine umfassende Reform der Finanzierung der medizinischen stationären Versorgung einher. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht leistungsbezogene Fallpauschalen vor (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG), mit denen die Betriebs- und Investitionskosten der stationären Akutbehandlung vergütet werden sollen (vgl. Art. 49 Abs. 7 KVG). Die neue Spitalfinanzierung führte zu einer Vereinheitlichung der Vergütung: Kantone und Krankenkassen teilen untereinander die Kosten der stationären Versorgung im Rahmen einer subjektbezogenen Vergütung auf. Konkret verlangt das Gesetz gemäss Art. 49a Abs. 3 KVG von den Kantonen, sich zu mindestens 55 Prozent an den Kosten der Fallpauschalen zu beteiligen. Der Grossteil der ehemals objektbezogenen Finanzierung durch die Kantone wird seither über die Zahlung der Fallpauschalen abgewickelt. Die neue Vergütung folgt somit der medizinischen Dienstleistung und setzt den Spitälern, da pauschal, finanzielle Anreize für eine kostengünstige Behandlung.

Weiterhin regelt das Gesetz in Art. 49 Abs. 3 KVG die Vergütung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Der Gesetzestext nennt explizit die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen, sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Der Verband der Schweizer Spitäler H+ unterscheidet drei Arten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL):<sup>1</sup>

1. **GWL für Spezialaufgaben:** Aktivitäten und Spitalbereiche wie geschützte OP-Säle (GOPS), Rettungsdienst, Sanitätsnotrufzentrale 144, Militärspitäler usw.;
2. **GWL Forschung und universitäre Lehre:** sämtliche Aktivitäten, die nach Art. 49 Abs. 3 Lit. b KVG bzw. Art. 7 VKL definiert sind;
3. **OKP-Aktivität bezogene GWL und GWL «nicht kostendeckende Tarife»:** Beiträge für Finanzierung der Vorhalteleistung für den Notfall, Geburtshilfe, nicht kostendeckende Tarife (TARMED, usw.), Grundbeiträge, usw.

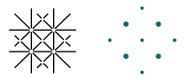
Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden grundsätzlich durch die Kantone vergütet. In Kantonen mit Universitätsspitalern werden Lehrleistungen von Spitälern durch die Universität bezahlt, die ihrerseits über den Kanton finanziert wird. Abbildung 1 illustriert die Aufteilung der Vergütung von Spitälern seit der Reform 2012.

Im vorliegenden Gutachten wird die akutstationäre Vergütung weiter aufgeschlüsselt, wobei der Fokus auf den Unterschieden nach Trägerschaft der Einrichtungen liegt. Wir unterscheiden drei Formen von Subventionen, welche in Abbildung 1 farblich hervorgehoben werden. Es sind die nebst den Abgeltungen für GWL (rot) auch die überhöhten Basisfallwerte (blau) und die Abgeltung von Investitionskosten (grün).

Bei den **gemeinwirtschaftlichen Leistungen** interessiert die Aufteilung zwischen Beiträgen für Forschung und Lehre einerseits und weiteren Beiträgen andererseits. Zusätzlich zu den Erträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen können weitere Subventionen an einzelne Spitäler fliessen, die offiziell nicht ausgewiesen werden oder nur schwer zu identifizieren sind. Obwohl gesetzlich nicht zulässig ist es denkbar, dass via Fallpauschalen-Vergütung Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden. In diesem Fall findet eine Quersubventionierung von der akutstationären medizinischen Versorgung gemäss OKP zugunsten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen statt (vgl. Blitz in Abbildung 1). Während bspw. die Kosten für einen Rettungsdienst, die Spitalseelsorge oder die universitäre Lehre und Forschung relativ gut ausgeschieden werden können, ist dies beim dritten Typ von GWL gemäss der H+-Definition weitaus schwieriger. Im heutigen System ist es nicht auszuschliessen, dass Geld aus der OKP verwendet wird, um «die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG) zu finanzieren. Dafür fehlt schlichtweg ein methodisches Konzept.

---

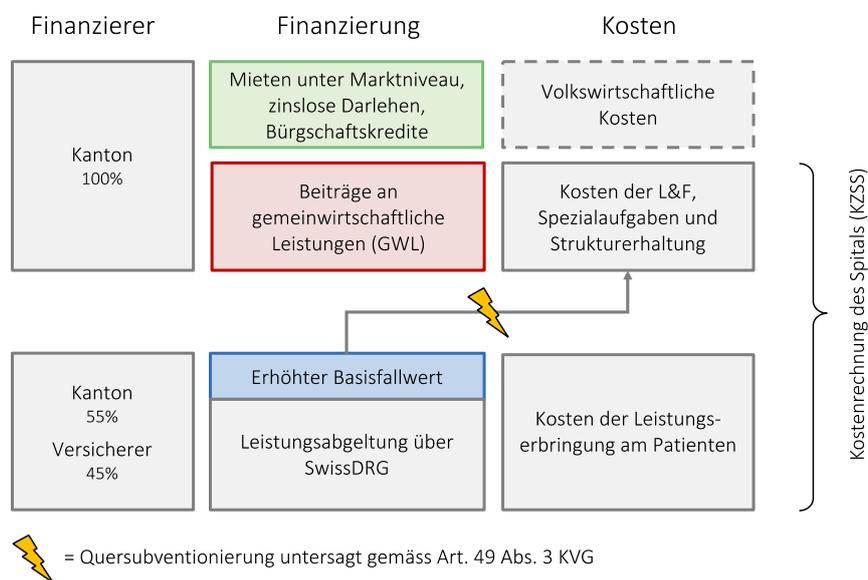
<sup>1</sup> Vgl. Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). Entscheid zum Antrag Nr. 14\_001. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.



Eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird bei öffentlichen Spitälern insofern erleichtert, als die Kantone als Eigentümer indirekt einen Einfluss auf die Höhe des Basisfallwerts nehmen können. Ein finanzieller Anreiz, den Basisfallwert zu erhöhen und im Gegenzug die Subventionen und Beiträge an die Einrichtungen zu senken, besteht ohnehin. Denn während der Kanton bei Subventionen die gesamten entsprechenden Aufwendungen zahlt, trägt er bei den Fallpauschalen nur 55 Prozent der Vergütung. Gelingt es also, einen Franken Aufwand aus dem gemeinwirtschaftlichen Bereich in den Vergütungsbereich zu verschieben, reduzieren sich die Kosten für den Kanton um 45 Rappen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird daher auf Spitalebene untersucht, ob die Preise (Tarife) in öffentlichen Spitälern überhöht sind. Im Rahmen eines ökonometrischen Ansatzes werden die Faktoren identifiziert, welche den **Basisfallwert** eines Spitals beeinflussen. Dabei wird u. a. berücksichtigt, ob es sich bei einer Einrichtung um ein Universitätsspital, ein Kinderspital, eine Geburtsklinik oder um ein Spital handelt, das zu keiner dieser Kategorien gehört.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012



Darstellung: Universität Basel.

Weiter werden die **Investitionskosten** im Spitalbereich näher analysiert, um mögliche weitere verdeckte Subventionen für subventionierte und öffentliche Spitäler identifizieren zu können. Dies kann bei öffentlichen Spitälern über die Vermietung von Immobilien, Mobilien und Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen geschehen. Auch bei Spitälern, die nicht vom Kanton betrieben werden, aber bei denen öffentliche Gebietskörperschaften Mehrheitseigentümer sind, ist dies möglich; zum Beispiel, wenn sie sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich erfolgt eine verdeckte Subventionierung auch in Fällen, in denen die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen Konditionen vergeben (z. B. zinslose Kredite). In Abbildung 1 wird verdeutlicht, dass diese «volkswirtschaftlichen Kosten» nicht beim Spital entstehen, sondern beim Kanton selbst in Form von Opportunitätskosten (Zinsen und Mieten unter dem Marktniveau) und Ausfallrisiken bei Krediten.

In einem 2018 publizierten Gutachten haben die Autoren dieser Studie für die Jahre 2013 bis 2016 die Subventionen auf der Grundlage der Kennziffern der Schweizer Spitäler erhoben (vgl. Felder u. a., 2018). Für das vorliegende Gutachten wurden zusätzlich die Kennziffern für das Jahr 2018 ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass bei den Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) der Kantonsanteil bei der OKP-Finanzierung nach wie vor fälschlicherweise unter «Subventionen, Beiträge und Defizitgarantie» statt unter «Erträge für medizinische Leistungen und Pflege» verbucht wird. Die Zahlen mussten entsprechend angepasst werden. Im Appendix II sind die Spitäler aufgeführt, bei denen für den Untersuchungszeitraum 2013 bis 2018 die entsprechenden Korrekturen durch die Autoren vorgenommen wurden (vgl. Tabelle A30).

## 2. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz

### 2.1 Bettendichte, Auslastung und interkantonale Patientenwanderung

Die gesamten Schweizer Gesundheitskosten beliefen sich 2018 auf 81.9 Mrd. Franken (BFS, 2020). Davon entfielen 29 Mrd. Franken bzw. 36.0 Prozent der Gesamtausgaben auf die Krankenhäuser. Leistungsseitig sind 13.6 Mrd. Franken oder 16.6 Prozent aller Kosten der stationären Akutbehandlung zuzurechnen. Damit waren die Kosten für die akutstationären Leistungen im Jahr 2018 zum zweiten Mal in Folge rückläufig (-1.2 Prozent). Dieser Rückgang wurde mit einem Kostenanstieg im ambulanten Bereich (+3.7 Prozent) kompensiert.

Das Angebot an stationärer Versorgung kann mit der Anzahl vorgehaltener Betten pro 1'000 Einwohner (Bettendichte) gemessen werden. Tabelle 1 zeigt die Gesamtwerte für alle Formen der stationären Versorgung (Akutpflege/Geburtshaus, Psychiatrie und Reha), sowie die Untergruppe Akutpflege inklusive Geburtshäuser.<sup>2</sup>

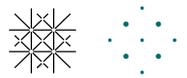
Tabelle 1: Bettendichte 2018 im Vergleich zu 2013, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton

Kanton	Gesamt		Akutpflege/Geburtshaus			
			Absolut		Anteil	
	2018	rel. Δ 2013	2018	rel. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	4.57	+0.3%	2.15	-6.2%	47.1%	-3.2%
AI	2.03	-27.5%	1.12	-32.4%	55.1%	-4.0%
AR	8.98	-3.3%	3.77	-19.9%	42.0%	-8.7%
BE	4.84	-0.7%	2.96	-5.6%	61.0%	-3.2%
BL	3.41	-16.2%	2.02	-22.5%	59.5%	-4.8%
BS	11.16	-4.5%	6.17	-8.2%	55.3%	-2.2%
FR	2.88	-8.7%	1.73	-16.4%	59.9%	-5.5%
GE	4.97	-5.6%	3.03	+2.7%	60.9%	+4.9%
GL	3.65	+2.8%	2.14	-4.3%	58.6%	-4.3%
GR	5.70	-16.5%	2.75	-19.0%	48.3%	-1.5%
JU	4.75	-10.1%	1.98	-17.1%	41.6%	-3.5%
LU	3.79	-4.1%	2.39	-9.9%	63.1%	-4.1%
NE	3.39	-13.7%	2.17	+4.4%	64.2%	+11.1%
NW	2.31	+25.3%	1.70	-7.8%	73.6%	-26.4%
OW	2.05	-4.6%	1.33	-8.6%	65.1%	-2.9%
SG	4.54	+0.7%	3.09	-0.0%	68.1%	-0.5%
SH	3.56	-3.9%	2.27	-8.7%	63.9%	-3.4%
SO	2.52	-16.1%	1.87	-18.4%	74.4%	-2.1%
SZ	2.12	+22.0%	1.73	+2.8%	81.8%	-15.3%
TG	5.65	+1.4%	2.07	-5.8%	36.6%	-2.8%
TI	5.31	-3.9%	3.78	-8.3%	71.3%	-3.4%
UR	1.73	-18.4%	1.73	-18.4%	100.0%	+0.0%
VD	4.51	-3.5%	2.85	-0.8%	63.1%	+1.7%
VS	4.26	-0.7%	2.43	+1.7%	57.2%	+1.4%
ZG	4.50	+4.0%	1.63	-12.9%	36.3%	-7.1%
ZH	4.12	-7.2%	2.96	-7.4%	71.8%	-0.2%
CH	4.47	-4.5%	2.71	-6.7%	60.7%	-1.5%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2013/2018); STATPOP (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

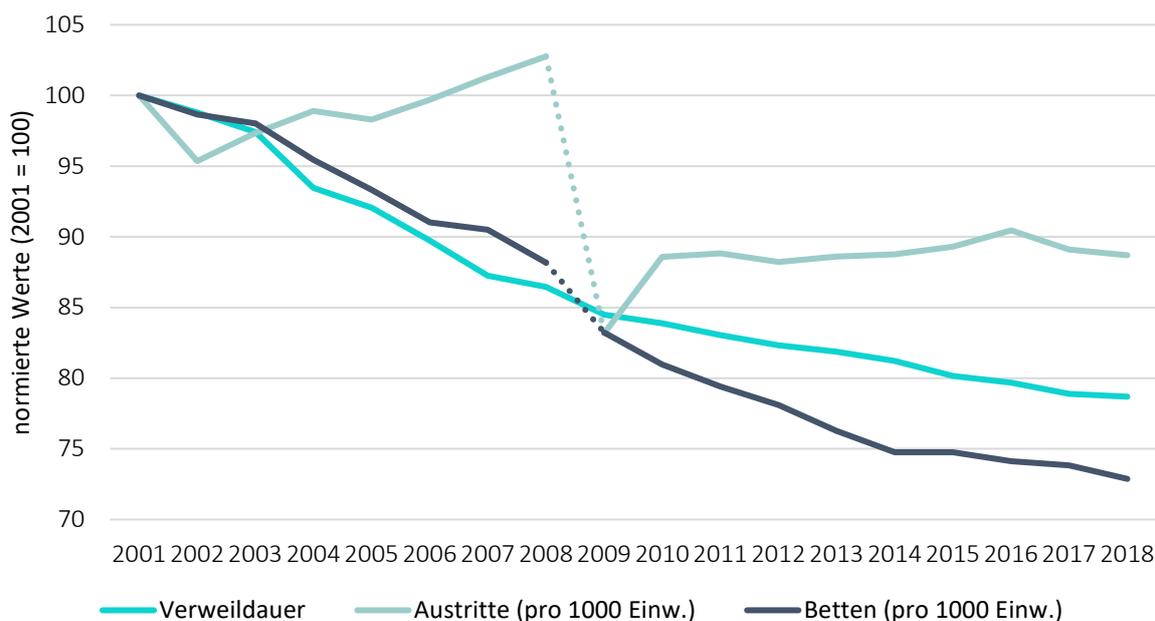
<sup>2</sup> Jedes Krankenhaus ist einem Krankenhaustyp zugeordnet (z. B. Allgemeinspital, Psychiatrische Klinik usw.). Zudem sind jedem Spital ein oder mehrere Aktivitätstypen zugewiesen (Akutpflege, Psychiatrie, Reha/Geriatrie, Geburtshaus), je nachdem in welchen Versorgungsbereichen ein Haus tätig ist.



Die Kantone Basel-Stadt und Appenzell-Ausserrhodan sind mit insgesamt 11.16 bzw. 8.98 bereitgehaltenen Betten auf 1000 Einwohner Spitzenreiter, während Uri mit 1.73 Betten das niedrigste Bettenangebot aufweist. Gegenüber 2013 ist landesweit von 4.68 Betten pro 1'000 Einwohner eine Reduktion um 0.21 Betten oder 4.5 Prozent zu verzeichnen. In einzelnen Kantonen liegt die Reduktion der Betten im zweistelligen Prozentbereich (AI<sup>3</sup>, BL, GR, JU, NE, SO und UR). Nidwalden dagegen hat seine Bettendichte zwischen 2013 und 2018 um 25.3 Prozent erhöht, mit dem grössten Anstieg im letzten Jahr. Landesweit wurden die Betten ausschliesslich im Akutbereich abgebaut, während sie in der Psychiatrie und der Reha konstant blieben. Die akutstationäre Bettenreduktion betrug 6.7 Prozent. Dadurch hat sich der Anteil der Akutbetten an der gesamten Bettenzahl landesweit um rund einen Prozentpunkt auf 60.7 Prozent gesenkt.

Die Bettendichte in der Schweiz ist seit den frühen 2000er-Jahren konstant rückläufig (vgl. Abbildung 2). Im Jahr 2001 kamen auf 1'000 Personen 6.13 Betten (inkl. teilstationäre Betten). Im Jahr 2018 waren es noch 4.47 Betten (-27.1 Prozent). Dieser Trend ist weniger einer schwindenden Zahl von Austritten geschuldet, als einem starken Rückgang bei der Verweildauer. Die Hospitalisierungsrate ist seit den 2010er-Jahren relativ stabil. Dass die Zahl der Austritte gemessen an der Gesamtbevölkerung nicht wächst, hat auch damit zu tun, dass eine kontinuierliche Verlagerung in den ambulanten Spitalbereich stattfindet. Da die mittlere Verweildauer weiterhin abnimmt, dürfte die Bettendichte auch in naher Zukunft leicht rückläufig bleiben.

Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2018



Anmerkung: Ab 1. Januar 2009 werden keine teilstationären Fälle mehr berücksichtigt (Betten, Austritte).

Quelle: Krankenhausstatistik (2001-2018), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2001-2018).

Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Mit den Angaben aus den Kennzahlen der Schweizer Spitäler kann die Auslastung der Betten abgeschätzt werden. Im Jahr 2018 betrug diese in der Akutpflege landesweit 79.9 Prozent (vgl. Tabelle 2).

<sup>3</sup> Appenzell-Innerrhodan hat an der Landsgemeinde vom 29. April 2018 den Neubau des kantonalen Spitals mit maximal 26 Betten beschlossen. Zuvor scheiterte ein gemeinsamer Spitalverbund mit Appenzell-Ausserrhodan, das mit 8.77 Betten pro 1'000 Einwohner landesweit die zweithöchste Bettendichte vorhält.

Tabelle 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2018 und im Vergleich zu 2013

Kanton	Auslastung in %		Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton	
	2018	abs. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	86.3%	+3.5%	77.6%	-2.4%
AI	56.1%	+0.0%	25.6%	-1.0%
AR	78.2%	-2.3%	56.2%	-5.9%
BE	74.9%	-4.7%	94.2%	-0.4%
BL	72.1%	-0.9%	42.9%	-7.8%
BS	88.3%	+5.5%	86.3%	-1.5%
FR	76.7%	+2.5%	71.8%	-2.8%
GE	80.6%	+2.9%	94.6%	+0.2%
GL	86.0%	+0.7%	63.7%	-3.3%
GR	91.4%	+11.7%	83.5%	+0.9%
JU	78.3%	+9.0%	63.1%	-2.9%
LU	86.1%	+6.4%	82.2%	-1.2%
NE	68.6%	-5.5%	73.8%	-2.9%
NW	93.3%	+10.1%	58.6%	-0.4%
OW	83.5%	+11.4%	52.8%	+1.2%
SG	78.7%	-9.0%	74.5%	-1.7%
SH	82.4%	-0.1%	67.4%	-5.4%
SO	91.6%	+6.0%	56.4%	-0.4%
SZ	75.2%	-2.6%	57.4%	+0.0%
TG	78.6%	-11.6%	69.3%	-3.9%
TI	80.5%	+3.1%	93.3%	-0.2%
UR	87.6%	+8.3%	65.7%	-0.4%
VD	75.1%	-4.3%	91.9%	-0.9%
VS	86.4%	+1.3%	82.9%	-2.2%
ZG	88.6%	+7.1%	68.1%	-2.9%
ZH	78.4%	-1.5%	89.2%	-1.9%
CH	79.9%	-0.5%	80.7%	-2.0%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013, 2018), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2013, 2018). Berechnung: Universität Basel.

Seit 2013 ist die Auslastung geringfügig um 0.5 Prozentpunkte gesunken. Der Kanton Thurgau hatte 2013 mit 90.2 Prozent die höchste Auslastung. Diese ist bis 2015 auf den landesweit zweitniedrigsten Wert von 73.4 Prozent gesunken, hat sich aber 2018 auf 78.6 Prozent verbessert. In den Kantonen St. Gallen und Glarus ist die Bettenauslastung ebenfalls stark zurückgegangen. Am niedrigsten ist sie weiterhin in Appenzell-Innerrhoden, wenn auch mit 56.1 Prozent gleich wie im Jahr 2013.

Aus den Angaben zu den Patientenströmen kann der Anteil Patienten berechnet werden, die im eigenen Kanton stationär behandelt werden. Über 80 Prozent der Schweizer lassen sich (noch) in ihrem Wohnkanton behandeln. Allerdings gibt es eine grosse Spannweite zwischen den Kantonen. In Appenzell-Innerrhoden liegt dieser Anteil bei 25.6 Prozent, in Genf dagegen bei 94.6 Prozent. In sieben Kantonen (AI, AR, BL, NW, OW, SO, SZ) werden mindestens vier von zehn ansässigen Patienten ausserkantonale behandelt.

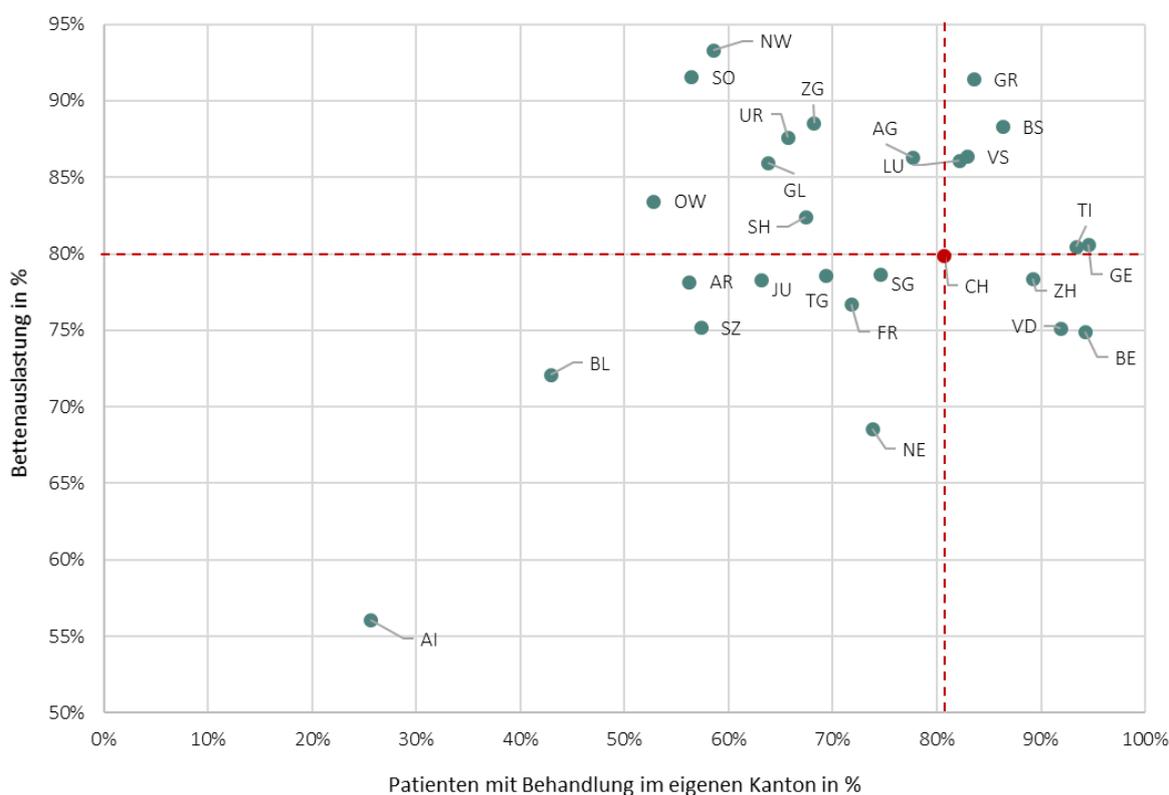
Die Änderungen im Anteil der im eigenen Kanton behandelten Patienten seit 2013 sind in einzelnen Kantonen recht gross. Im Kanton Jura ist dieser Anteil um 2,9 Prozentpunkte gesunken. Interessanterweise hat dieser Kanton im selben Zeitraum die Auslastung seiner Spitäler deutlich erhöht. Am deutlichsten war der Rückgang allerdings im Kanton Basel-Landschaft mit -7.8 Prozentpunkten. Er erstaunt nicht, dass die kantonalen Spitäler mit 72.1 Pro-



zent eine stark unterdurchschnittliche Auslastung aufweisen. Diese Zahlen zeigen, dass die Öffnung der Kantons-  
grenzen für die Patienten der Grundversicherung durch die Finanzierungsreform 2012 die Patientenströme ver-  
ändert hat. Patientinnen und Patienten begeben sich seither häufiger in andere Kantone, wenn sie sich stationär  
behandeln lassen wollen.

Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang zwischen kantonaler Bettenauslastung und dem Anteil Patienten, die sich  
im eigenen Kanton behandeln lassen («Selbstversorgungsgrad»). Der Korrelationskoeffizient beträgt 0.32 und ist  
nur schwach signifikant. Der geringe Zusammenhang ist u. a. damit zu begründen, dass die Bettenauslastung auch  
vom Bettenangebot abhängt. Dieses wiederum wird von politischen Entscheidungen und historischen Komponen-  
ten beeinflusst.

Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2018



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013, 2018), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2013, 2018).  
Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

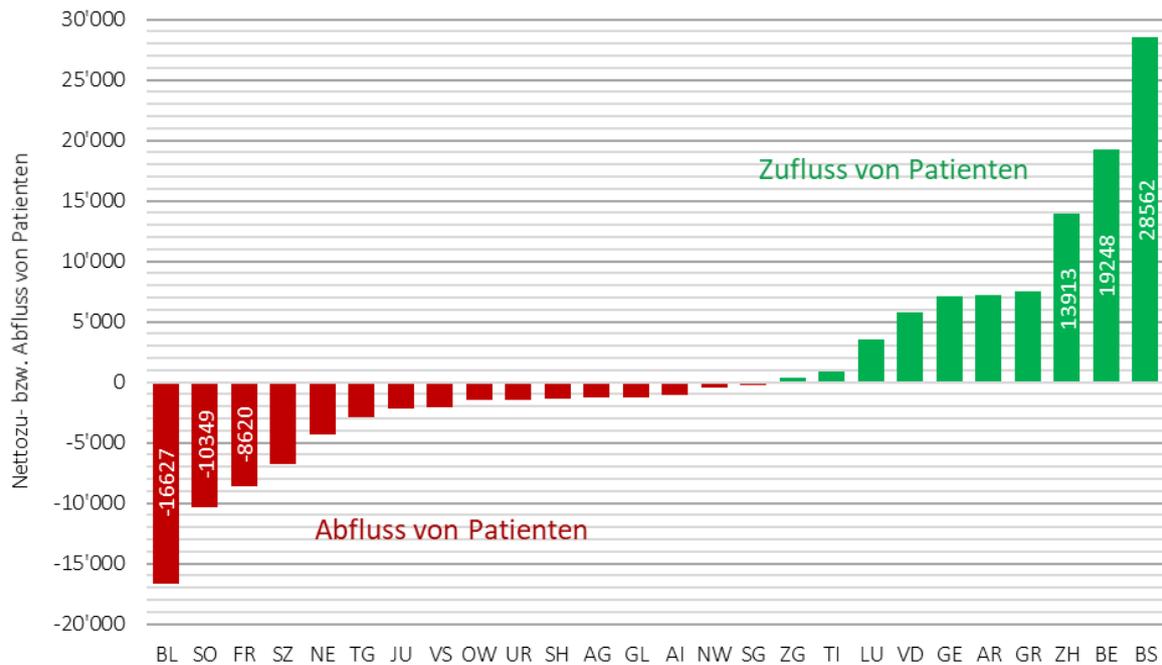
In der Tendenz erreicht man also eine gute Bettenauslastung nur, wenn die Spitäler für die eigene Bevölkerung  
attraktiv sind. In den Appenzeller Kantonen und im Kanton Basel-Landschaft liegt die Bettenauslastung der Spitäler  
unter 75 Prozent. Dort wie auch in Appenzell-Innerrhoden lässt sich sogar eine Mehrheit der Wohnbevölkerung in  
einem Spital eines anderen Kantons behandeln.

Abbildung 4 verdeutlicht die Nettowanderung der Patienten über die Kantonsgrenzen hinweg. Die Nettowande-  
rung meint dabei die Anzahl Patienten, die aus anderen Kantonen stammen, abzüglich der Wanderungsverluste  
in andere Kantone. Ein Wert von «null» bedeutet daher, dass genau gleich viele Patienten in andere Kantone  
abwandern wie aus anderen Kantonen hinzukommen.

Von den 26 Kantonen weisen 10 einen Nettozufluss von Patienten auf, während die restlichen 16 Kantone einen  
Abfluss von Patienten verzeichnen. Die Spitzenreiter beim Export von Leistungen sind die Kantone Basel-Stadt,  
Bern und Zürich. Die drei Kantone verzeichnen zusammen einen Nettozufluss an Patienten im Umfang von rund  
62'000 pro Jahr. Alle drei Kantone beherbergen ein Universitätsspital, in welchem in erheblichem Umfang Patien-  
ten aus den angrenzenden Kantonen oder dem Ausland behandelt werden. Umgekehrt lassen sich viele Patienten,

die in den Kantonen Basel-Landschaft (Nettoabfluss: 16'627), Solothurn (10'349) und Freiburg (8'620) wohnen, im jeweiligen Nachbarkanton behandeln. Dies gilt im Übrigen auch für den einwohnerschwächsten Kanton Appenzell-Innerrhoden. Die Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Basel und anderer hochspezialisierter Kliniken in Basel-Stadt wirkt sich auch auf die Kantone Aargau (Fricktal), Solothurn und Basellandschaft aus. Das Universitätsspital Zürich, die Insel Gruppe AG Bern und das Kantonsspital Luzern weisen ähnliche kantonsübergreifende Versorgungsfunktionen auf.

Abbildung 4: Import und Export von Leistungen, 2018



Anmerkung: Ohne Berücksichtigung von ausländischen Patienten.

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2018). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

## 2.2 Die akutstationären Leistungserbringer nach Trägerschaft

Nach der aktuellen, seit 2012 vom Bundesamt für Statistik verwendeten Definition der Trägerschaft von stationären medizinischen Einrichtungen gelten jene Spitäler als öffentliche Einrichtungen, die von einer öffentlichen Körperschaft betrieben werden. Alle anderen Spitäler sind dagegen privat, inklusive jener, die zwar in öffentlichem Eigentum sind, rechtlich aber bspw. als Aktiengesellschaft verfasst sind.<sup>4</sup> Weiter werden im Rahmen dieser Studie subventionierte Einrichtungen unterschieden, die zwar als privat definiert sind, mehrheitlich aber im Besitz von Gemeinden oder des Kantons sind. Damit gelten als privat nur jene Kliniken, deren Eigenkapital zu **mehr als 50 Prozent privat getragen** wird.

Über alle drei Kategorien hinweg hat sich im Vergleich zu 2013 die Zahl der in der Schweiz registrierten Akutspitäler oder Geburtshäuser im Jahr 2018 um 15 auf 180 Einrichtungen reduziert (vgl. Tabelle 3). Davon gelten 35 als öffentliche Spitäler. 50 Einrichtungen sind gemäss oben genanntem Kriterium «privat, jedoch überwiegend in öffentlicher Hand» und werden daher als subventioniert klassifiziert. 95 Kliniken sind schliesslich private Einrichtungen, also überwiegend in privater Hand.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Die vor 2012 relevante Definition richtete sich dagegen nach der staatlichen Mitfinanzierung von Spitälern: Verfügte eine Einrichtung über eine staatliche Beitrags- oder eine Defizitgarantie, galt sie als öffentliches Spital, selbst wenn sie nicht öffentlich-rechtlich verfasst war.

<sup>5</sup> Für die Zuteilung der Schweizer Spitäler zu den einzelnen Spitalkategorien sei an dieser Stelle auf das entsprechende Verzeichnis im Anhang A III verwiesen.

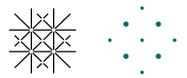


Tabelle 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2018 und im Vergleich zu 2013  
nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013
AG	0	0	8	0	3	-1	11	-1	27.3%	-6.1%
AI	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
AR	1	0	0	0	2	-1	3	-1	66.7%	-8.3%
BE	0	0	9	0	8	-1	17	-1	47.1%	-2.9%
BL	1	0	0	0	9	-1	10	-1	90.0%	-0.9%
BS	2	-1	0	0	6	0	8	-1	75.0%	+8.3%
FR	1	0	0	-1	3	0	4	-1	75.0%	+15.0%
GE	1	0	0	0	8	0	9	0	88.9%	0.0%
GL	0	0	1	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
GR	3	-1	8	+1	2	-1	13	-1	15.4%	-6.0%
JU	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
LU	2	0	0	0	4	0	6	0	66.7%	0.0%
NE	1	0	0	0	3	-1	4	-1	75.0%	-5.0%
NW	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
OW	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
SG	5	+1	1	0	4	0	10	+1	40.0%	-4.4%
SH	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
SO	0	0	1	0	2	0	3	0	66.7%	0.0%
SZ	0	0	3	0	1	0	4	0	25.0%	0.0%
TG	0	0	1	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
TI	1	0	0	0	9	0	10	0	90.0%	0.0%
UR	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
VD	1	0	8	-1	7	-7	16	-8	43.8%	-14.6%
VS	3	+1	0	0	2	+1	5	+2	40.0%	+6.7%
ZG	0	0	1	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
ZH	7	0	9	0	15	-2	31	-2	48.4%	-3.1%
CH	35	0	50	-1	95	-14	180	-15	52.8%	-3.1%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

Seit 2013 ist der Anteil der privaten Spitäler landesweit um 3.1 Prozentpunkte auf 52.8 Prozent gesunken. In den Kantonen Freiburg, Basel-Stadt und Wallis ist der Anteil der privaten Spitäler dagegen um 15.0, 8.3 bzw. 6.7 Prozentpunkte deutlich gestiegen.

Die 180 Spitäler verteilen sich auf 303 Standorte (vgl. Tabelle 4). Dies entspricht einem Durchschnitt von 1.68 Standorten pro Einrichtung. Die Anzahl der Standorte hat sich dabei seit 2013 um drei erweitert.

Tabelle 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2018 und im Vergleich zu 2013  
nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013	2018	Δ 2013
AG	0	+0	14	+0	3	-1	17	-1	17.6%	-4.6%
AI	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
AR	2	+1	0	+0	2	-1	4	+0	50.0%	-25.0%
BE	0	+0	29	+6	16	+1	45	+7	35.6%	-3.9%
BL	3	+0	0	+0	10	-1	13	-1	76.9%	-1.6%
BS	2	-2	0	+0	6	+0	8	-2	75.0%	+15.0%
FR	5	-2	0	-2	3	+0	8	-4	37.5%	+12.5%
GE	5	+2	0	+0	8	+0	13	+2	61.5%	-11.2%
GL	0	+0	2	+0	0	+0	2	+0	0.0%	+0.0%
GR	3	-1	8	+1	3	-1	14	-1	21.4%	-5.2%
JU	4	+0	0	-7	1	-3	5	-10	20.0%	-6.7%
LU	7	+3	0	+0	5	+1	12	+4	41.7%	-8.3%
NE	6	-1	0	+0	5	+0	11	-1	45.5%	+3.8%
NW	1	+0	0	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
OW	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
SG	11	+1	2	+1	4	+0	17	+2	23.5%	-3.1%
SH	3	-1	0	+0	2	+1	5	+0	40.0%	+20.0%
SO	0	+0	5	+0	2	-1	7	-1	28.6%	-8.9%
SZ	0	+0	3	+0	1	+0	4	+0	25.0%	+0.0%
TG	0	+0	2	+0	3	+0	5	+0	60.0%	+0.0%
TI	9	+0	0	+0	9	+0	18	+0	50.0%	+0.0%
UR	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
VD	3	+0	22	-2	8	-7	33	-9	24.2%	-11.5%
VS	11	+1	0	+0	2	+1	13	+2	15.4%	+6.3%
ZG	0	+0	1	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
ZH	11	+4	12	+1	19	+1	42	+6	45.2%	-4.8%
CH	89	+5	100	+5	114	-7	303	+3	37.6%	-2.7%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

Im Anhang weist Tabelle A32 alle Einrichtungen aus, die zwischen 2013 und 2018 geschlossen wurden, mit anderen Einrichtungen fusionierten, ihren Funktionstyp oder die Trägerschaft wechselten.

Die relative Marktstellung der Anbieter nach Trägerschaft kann durch die Marktanteile nach Pflgeetagen gemessen werden (vgl. Tabelle 5). Dieses Mass berücksichtigt insbesondere die unterschiedliche Grösse der Einrichtungen. Landesweit beträgt der Anteil der privaten Spitäler an den Pflgeetagen 19.3 Prozent.<sup>6</sup> Mit 45.2 Prozent erreichen die privaten Spitäler im Kanton Appenzell-Ausserrhoden den höchsten Marktanteil, gefolgt von jenen der Kantone Tessin (35.2%) und Basel-Stadt (34.4%). Im Kanton Basel-Landschaft, wo sich anteilmässig am meisten private Spitäler befinden, beträgt deren Marktanteil an Pflgeetagen dagegen nur 22.8 Prozent. In Kantonen ohne private Spitäler ist deren Marktanteil null.

<sup>6</sup> Der Jahresbericht der PKS 2020 berichtet für 2018 einen landesweiten Marktanteil der privaten Kliniken bei den Pflgeetagen von 24.0%. Dieser bezieht die Rehabilitation und Psychiatrie zusätzlich ein, während hier nur die akutstationären Pflgetage berücksichtigt werden.



Tabelle 5: Marktanteile akutstationärer Pflegetage nach Trägerschaft, 2018 im Vergleich zu 2013

	Öffentlich		Subventioniert		Privat	
	2018	abs. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	0.0%	+0.0%	87.9%	+0.6%	12.1%	-0.6%
AI	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
AR	54.8%	-11.1%	0.0%	+0.0%	45.2%	+11.1%
BE	0.0%	+0.0%	70.2%	-3.1%	29.8%	+3.1%
BL	77.2%	-5.5%	0.0%	+0.0%	22.8%	+5.5%
BS	65.6%	+1.5%	0.0%	+0.0%	34.4%	-1.5%
FR	78.1%	+3.4%	0.0%	-5.8%	21.9%	+2.4%
GE	82.2%	+10.2%	0.0%	+0.0%	17.8%	-10.2%
GL	0.0%	+0.0%	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
GR	6.9%	-10.0%	80.6%	+6.4%	12.4%	+3.6%
JU	99.8%	-0.1%	0.0%	+0.0%	0.2%	+0.1%
LU	73.2%	+0.4%	0.0%	+0.0%	26.8%	-0.4%
NE	88.7%	+3.6%	0.0%	+0.0%	11.3%	-3.6%
NW	96.6%	-1.8%	0.0%	+0.0%	3.4%	+1.8%
OW	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
SG	86.8%	-3.2%	5.1%	+0.8%	8.2%	+2.4%
SH	90.0%	+0.4%	0.0%	+0.0%	10.0%	-0.4%
SO	0.0%	+0.0%	94.5%	+2.8%	5.5%	-2.8%
SZ	0.0%	+0.0%	100.0%	+1.7%	0.0%	-1.7%
TG	0.0%	+0.0%	89.0%	-1.2%	11.0%	+1.2%
TI	64.8%	+0.3%	0.0%	+0.0%	35.2%	-0.3%
UR	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
VD	43.2%	+1.8%	42.1%	+1.0%	14.7%	-2.8%
VS	94.9%	-0.7%	0.0%	+0.0%	5.1%	+0.7%
ZG	0.0%	+0.0%	72.4%	+0.0%	27.6%	-0.0%
ZH	57.0%	-2.7%	25.4%	+2.6%	17.6%	+0.2%
CH	47.9%	+0.1%	33.0%	+0.1%	19.1%	-0.2%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

Die Marktanteile haben sich seit 2013 geringfügig verschoben. Subventionierte Einrichtungen haben ihre Marktanteile etwas zu Lasten der öffentlichen und privaten Spitäler erhöhen können. Im Kanton Genf haben die privaten Einrichtungen mehr als ein Drittel ihres Marktanteils eingebüsst, während sie in Appenzell-Ausserrhodon (+11.1%) und Basel-Landschaft (+5.5%) jeweils deutlich zulegen konnten. Der Marktanteil der Privaten wuchs dort allerdings nur, weil die Zahl der Pflegetage bei den öffentlichen Spitälern rückläufig war.

Tabelle 6 zeigt erhebliche Unterschiede in der Grösse, der Ausstattung, sowie den Leistungen auf Spitalebene nach Trägerschaft auf. 2018 wies ein durchschnittliches privates Spital 51.0 Betten aus; das sind rund 6 Betten bzw. 14 Prozent mehr als im Jahr 2013. Die Grössenunterschiede zu den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind nicht so stark ausgeprägt, wie sie auf den ersten Blick scheinen, wenn man die nach Trägerschaft unterschiedliche Anzahl an Standorten berücksichtigt.

Weiter fällt auf, dass nur 28.4 Prozent der privaten Spitäler eine Notfallaufnahme aufweisen; bei den anderen Trägerschaften sind es 9 von 10 Einrichtungen. Allerdings hat sich dieser Anteil bei den Privaten im Vergleich zum

Basisjahr 2013 um 6.4 Prozentpunkte erhöht. Intensivstationen, neueste bildgebende Verfahren wie Computertomographie und «Magnetic Resonance Imaging» (MRI) sind in privaten Kliniken ebenfalls signifikant weniger häufig vorhanden als in subventionierten und öffentlichen Spitälern.<sup>7</sup>

Tabelle 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2018

Pro Spital	Private Kliniken (n = 95)	Subventionierte Kliniken (n = 50)	Öffentliche Spitäler (n = 35)
<b>Strukturelle Daten</b>			
Anzahl Betten (Akutpflege)	51.0	152.3	301.5
Mittlere Bettenbelegung (in %) <sup>1</sup>	72.4%	79.7%	83.4%
Anzahl Standorte	1.2	2.0	2.5
Anzahl Operationssäle	3.3	6.2	11.0
Anzahl Kreissäle	0.9	2.6	3.8
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	28.4%	92.0%	91.4%
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	13.7%	60.0%	71.4%
Computertomographie (in % der Spitäler)	31.6%	80.0%	82.9%
Magnetic Resonance Imaging (in % der Spitäler)	29.5%	62.0%	71.4%
<b>Leistungen</b>			
Anzahl Austritte (Akutpflege)	2'910.2	8'879.7	15'387.2
Anzahl Tage (Akutpflege)	13'492.7	44'296.6	91'819.3
Anzahl Neugeborene	182	599	937
<b>Patientenstruktur</b>			
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	24.9%	14.6%	16.2%
Patienten aus dem Ausland (in %)	3.4%	1.7%	3.2%
Patienten (halb-)privat (in %)	41.9%	16.6%	16.7%
CMI netto <sup>2</sup>	0.896	0.895	0.965
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	4.64	4.99	5.97
Mittlere Verweildauer bei CMI netto = 1.0	5.18	5.58	6.19

**Anmerkung:** <sup>1</sup> Belegung = Behandlungstage / (Anzahl Betten \* 365); <sup>2</sup> Ausreisser-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle.

**Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). **Berechnung:** Universität Basel.

Deutliche Unterschiede gibt es auch in der Patientenstruktur der Einrichtungen. Bei den privaten Spitälern sind 41.9 Prozent der Patienten halbprivat oder ganzprivat versichert, wohingegen es bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern nur jeder sechste Patient ist. Allerdings lassen sich heute immer mehr Patienten ohne Zusatzversicherung in einer privaten Einrichtung behandeln. Die in privaten Spitälern behandelten Patienten sind geographisch mobiler; beinahe jeder Vierte kommt aus einem anderen Kanton und jeder Dreissigste gar aus dem Ausland. Bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind die Anteile ausserkantonaler Patienten deutlicher geringer, haben im Falle der ausserkantonalen Patienten gegenüber der Vorperiode jedoch ebenfalls zugelegt.

Unterschiede nach Trägerschaft gibt es beim sogenannten Case-Mix-Index (CMI), der den mittleren Schweregrad der behandelten Patienten eines Spitals angibt. Die privaten Einrichtungen reihen sich in punkto mittlerer Schweregrad in der Mitte der Trägerschaften ein. Die subventionierten Kliniken liegen etwas tiefer, während die öffentlichen Spitäler mit einem Wert von 0.965 den mit Abstand höchsten durchschnittlichen Schweregrad aufweisen. Die mittlere Verweildauer ist in den öffentlichen Spitäler um 1.4 Tage länger als in den privaten Einrichtungen.

<sup>7</sup> Die bildgebende Diagnostik eines Spitals kann allerdings auch ausgelagert sein und ambulant von kooperierenden Ärzten angeboten werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Verfahren verfügbar, erscheinen aber nicht in der Statistik.



Tabelle 7 weist bezüglich Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger die Veränderungen seit 2013 aus. Die privaten Kliniken haben die Bettenkapazität im Mittel deutlich um 13.8 Prozent gesteigert, während sie bei den öffentlichen Einrichtungen geringfügig zurückging. Die Anzahl Tage der Akutpflege stieg bei den privaten Kliniken um 10.6 Prozent an, während sie bei den subventionierten Einrichtungen stagnierten und bei den öffentlichen um 2.7 Prozent zurückgingen. Die mittlere Verweildauer reduzierte sich bei allen Kliniken um rund 0.7 Tage.

Tabelle 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2018 im Vergleich zu 2013

Pro Spital	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
<b>Strukturelle Daten</b>						
Anzahl Betten (Akutpflege)	+6.21	+13.8%	+1.53	+1.0%	-11.82	-3.8%
Mittlere Bettenbelegung (in %)	-2.1%		-1.3%		+0.9%	
Anzahl Standorte	+0.09	8.1%	+0.14	+7.5%	+0.14	+6.0%
Anzahl Operationssäle	+0.48	16.7%	+0.65	+11.6%	+0.31	+2.9%
Anzahl Kreissale	-0.03	-2.8%	+0.17	+6.9%	-0.03	-0.8%
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	+6.4%		-0.2%		+0.0%	
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	+2.7%		+1.2%		+2.8%	
Computertomographie (in % der Spitäler)	+5.9%		+3.5%		-5.7%	
Magnetic Resonance Imaging (in % der Spitäler)	+4.7%		+9.1%		+0.0%	
<b>Leistungen</b>						
Anzahl Austritte (Akutpflege)	+608.8	+26.5%	+1'157.2	+15.0%	+1'051.2	+7.3%
Anzahl Tage (Akutpflege)	+1'290.3	+10.6%	-269.8	-0.6%	-2'557.7	-2.7%
Anzahl Neugeborene	+31.5	+20.9%	+146.3	+32.3%	+109.6	+13.3%
<b>Patientenstruktur</b>						
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	+2.1%		+3.5%		+3.4%	
Patienten aus dem Ausland (in %)	-1.1%		+0.2%		+0.1%	
Patienten (halb-)privat (in %)	-5.6%		+0.0%		+0.9%	
CMI brutto	+0.03	+3.9%	+0.01	+1.4%	+0.02	+1.6%
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	-0.67	-12.6%	-0.78	-13.6%	-0.62	-9.4%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

In privaten Einrichtungen sind, gemessen in Vollzeiteinheiten, im Durchschnitt 224 Personen beschäftigt. Dies entspricht 4.4 Personen pro vorgehaltenem Akutbett (vgl. Tabelle 8). Die subventionierten Spitäler setzen durchschnittlich 1.7, die üblichen 2.8 Personen mehr pro Bett ein. Auffällig ist, dass die privaten Spitäler gut um die Hälfte weniger ärztliches, dafür mehr übriges Personal beschäftigen als die subventionierten und üblichen Spitäler. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass private Spitäler häufig Belegärzte einsetzen, deren Entlohnung beim übrigen Betriebsaufwand verbucht wird. Verrechnet ein Belegarzt seine im Auftrag des Spitals erbrachte Leistung direkt mit der Sozialversicherung, ohne dass das Spital dabei involviert ist, wird dieser Betrag der Gruppe der nicht sozialversicherungspflichtigen Honorare angerechnet. Dieses Konto ist nicht Teil des Personalaufwands gemäss Krankenhausstatistik und fällt daher in den Bereich des übrigen Betriebsaufwands. Die Unterschiede im Personalaufwand und im übrigen Betriebsaufwand zwischen den Trägerschaften sind somit teilweise durch das Belegarztsystem der privaten Spitäler zu erklären.

Im Vergleich zu 2013 haben alle Einrichtungen ihren Personalbestand erhöhet. Pro Bett setzen die privaten Einrichtungen im Vergleich zu 2013 um 4.4 Prozent mehr Personal ein, die subventionierten und üblichen Spitäler gar um 16.3 Prozent bzw. 12.6 Prozent.

Tabelle 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2018 und im Vergleich zu 2013

Pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Personal total (VZÄ)	223.9	934.8	2'164.0			
pro Bett Akutpflege	4.4	6.1	7.2			
<i>Davon</i>						
Ärzeschaft	7.0%	16.0%	16.8%			
Pflege	44.2%	41.8%	39.8%			
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	13.9%	13.5%	12.9%			
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	34.9%	28.7%	30.5%			
	Veränderungen im Vergleich zu 2013					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Personal total (VZÄ)	+39.47	+21.4%	+139.25	+17.5%	+235.75	+12.2%
pro Bett Akutpflege	+0.18	+4.4%	+0.86	+16.3%	+0.71	+12.6%
<i>Davon</i>						
Ärzeschaft	+0.4%		+1.2%		+0.6%	
Pflege	-0.7%		-1.6%		-1.8%	
MTT	+1.3%		+0.5%		+0.1%	
Übrige	-1.0%		+0.0%		+1.0%	

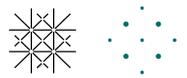
Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

Die stationären Kosten pro Fall variieren nach Trägerschaft der Einrichtungen (vgl. Tabelle 9). Sie sind am höchsten bei privaten Kliniken, gefolgt von öffentlichen Spitälern. In subventionierten Spitälern sind sie 800 Franken niedriger. Deutlich grösser sind die Unterschiede zwischen den Spitälern unterschiedlicher Trägerschaft, wenn man die Gesamtkosten des Spitals durch die Anzahl stationär behandelter Patienten teilt. Dies erklärt sich aus den unterschiedlichen Schwerpunkten der Spitäler, wie Forschungs- und Lehranteil sowie dem Umfang an ambulanter Versorgung, die von den Spitälern erbracht werden.

Tabelle 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2018 und im Vergleich zu 2013

	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Stationäre Fallkosten (CHF)	11'673	10'818	11'514			
Gesamtkosten pro stationären Fall (CHF)	17'089	18'252	22'382			
<i>Davon</i>						
Personalaufwand	45.1%	63.1%	66.6%			
Investitionsaufwand	13.7%	7.1%	6.7%			
Übriger Betriebsaufwand	40.2%	28.9%	25.8%			
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	1.0%	1.0%	0.8%			
	Veränderungen im Vergleich zu 2013					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Stationäre Fallkosten (CHF / %)	-12.1	-0.1%	-617.2	-5.4%	-444.7	-3.7%
Gesamtkosten pro stationären Fall (CHF / %)	-344.1	-2.0%	-499.7	-2.7%	+491.6	+2.2%
<i>Davon</i>						
Personalaufwand	-1.4%		+0.5%		+0.1%	
Investitionsaufwand	+0.3%		+0.2%		-0.8%	
Übriger Betriebsaufwand	+1.4%		-0.9%		+0.8%	
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	-0.3%		+0.1%		-0.1%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.



Ein deutlicher Unterschied ist bei den Investitionskosten auszumachen. Mit 13.7 Prozent des Gesamtaufwands sind sie bei den privaten Spitälern um rund 6 Prozentpunkte höher als bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen. Die Investitionskosten fassen Aufwand für Anlagenutzung (Abschreibungen und Mieten) und Zinsaufwand zusammen. Wenn bei öffentlichen und subventionierten Spitälern marktübliche Mieten für die Nutzung der Anlagen verrechnet würden und sich über die letzten Jahre kein markanter Investitionsstau angehäuft hätte, wären ähnlich hohe Investitionskosten wie bei den privaten Spitälern zu erwarten. An diesem Unterschied zeigt sich, dass die Umstellung in der Bilanzierung der Aktiven, insbesondere die Aktivierung der Immobilien und Anlagen, in der Schweizer Spitallandschaft noch nicht abgeschlossen ist.

Bei den Erträgen der Spitäler fällt auf (vgl. Tabelle 10), dass die Subventionen («Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und andere Beiträge») bei den öffentlichen Einrichtungen mit 10.6 Prozent einen vergleichsweise grossen Anteil an den Gesamterträgen ausmachen. Bei den subventionierten Spitälern liegt dieser Anteil bei 4.3 Prozent, bei den privaten bei 2.2 Prozent. Im Vergleich zu 2013 hat sich der Subventionsanteil bei den subventionierten Spitälern um 0.7 Prozentpunkte reduziert, während er sich bei den öffentlichen Spitälern nicht verändert hat.

Tabelle 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2018 und im Vergleich zu 2013

Pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
<b>Ertragssituation</b>						
<b>Gesamtertrag (in tausend CHF)</b>	49'500	168'872	386'537			
- Ertrag aus med. Leistungen	92.4%	89.5%	83.9%			
- Übriger Betriebsertrag	5.4%	6.1%	5.5%			
- Subventionen (GWL) und Beiträge	2.2%	4.3%	10.6%			
<b>Erträge Akutpflege (in tausend CHF)</b>	47'924	152'997	341'637			
<b>Veränderungen im Vergleich zu 2013</b>						
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
<b>Gesamtertrag (in tausend CHF)</b>	+10'585	+27.2%	+27'220	+19.2%	+45'047	+13.2%
- Ertrag aus med. Leistungen	+0.0%		+0.6%		-0.8%	
- Übriger Betriebsertrag	-1.2%		+0.0%		+0.8%	
- Subventionen (GWL) und Beiträge	+1.2%		-0.7%		+0.0%	
<b>Erträge Akutpflege (in tausend CHF)</b>	+11'389	+31.2%	+27'812	+22.2%	+60'050	+21.3%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

Tabelle 11 weist die Erträge der Spitäler aus der DRG-Vergütung aus. Diese werden zwischen den Kostenträgern, Krankenversicherern und Kantonen aufgeteilt, sodass hier ebenfalls Beiträge der Kantone fließen. Diese sind aber im Unterschied zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen nicht objektbezogen, sondern werden durch die stationäre Behandlung von Patienten ausgelöst. Im Jahr 2017 lief die Übergangsfrist für die Anpassung des Kostenteilers zwischen den Kantonen und den Versicherern aus. Seither beträgt der Kantonsanteil in allen Kantonen mindestens 55 Prozent. Auf Basis dieser Kostenteiler und der Gesamterträge der Spitäler im OKP-Bereich können die absoluten Beiträge der beiden Kostenträger abgeschätzt werden. Die Werte sind dabei approximativ zu verstehen, da bei ausserkantonaler Inanspruchnahme von stationären Leistungen grundsätzlich die Regeln des Wohnkantons gelten.

Die Beiträge der Kantone zur subjektbezogenen Finanzierung beliefen sich 2018 auf rund 7.2 Mrd. Franken. Dies entspricht im Durchschnitt 5'934 Franken pro Fall. Pro Fall war der Anteil der Kantone mit 5'024 Franken in Appenzell-Innerrhoden am geringsten und mit 6'994 Franken in Basel-Landschaft am höchsten.

Tabelle 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2018

Kanton	OKP-Erträge SwissDRG	Prozentualer Anteil Kanton	Absoluter Anteil Versicherer	Anteil Kanton	
				absolut	pro Fall
AG	873'846'148	55%	393'230'767	480'615'381	5'725
AI	5'269'390	55%	2'371'226	2'898'165	5'024
AR	123'096'199	55%	55'393'290	67'702'909	6'566
BE	1'876'477'753	55%	844'414'989	1'032'062'764	5'597
BL	308'245'692	55%	138'710'561	169'535'131	6'994
BS	904'806'674	56%	398'114'937	506'691'737	6'967
FR	269'992'531	55%	121'496'639	148'495'892	5'700
GE*	691'854'263	55%	311'334'418	380'519'844	6'097
GL	47'595'951	55%	21'418'178	26'177'773	5'953
GR	307'017'902	55%	138'158'056	168'859'846	6'025
JU	62'711'272	55%	28'220'072	34'491'200	5'625
LU	603'943'378	55%	271'774'520	332'168'858	5'820
NE	172'993'995	55%	77'847'298	95'146'697	5'835
NW	45'236'847	55%	20'356'581	24'880'266	5'935
OW	24'889'507	55%	11'200'278	13'689'229	5'195
SG	784'631'481	55%	353'084'166	431'547'315	5'662
SH	88'836'000	55%	39'976'200	48'859'800	5'304
SO	324'482'157	55%	146'016'971	178'465'186	6'198
SZ	127'270'831	55%	57'271'874	69'998'957	5'335
TG	313'178'102	55%	140'930'146	172'247'956	5'824
TI	590'070'563	55%	265'531'753	324'538'810	5'617
UR	32'153'065	55%	14'468'879	17'684'186	5'305
VD	1'228'902'163	55%	553'005'973	675'896'190	5'864
VS	343'160'619	55%	154'422'279	188'738'340	5'482
ZG	109'804'543	55%	49'412'044	60'392'499	5'226
ZH	2'765'967'327	55%	1'244'685'297	1'521'282'030	6'180
CH	13'026'434'353	55.1%	5'852'847'392	7'173'586'961	5'934

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. \*Für das HUG sind die Werte von 2018 geschätzt, da der ausgewiesene Kostenteiler und die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel sind. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018); GDK (2018). Berechnung: Universität Basel.

Seit 2013 sind die OKP-Erträge landesweit um 11.8 Prozent angestiegen (vgl. Tabelle 12). Die Beiträge der Kantone sind mit 16.9 Prozent dabei stärker angewachsen. Die Kantone erhöhten ihre Beiträge, um das gesetzliche Ziel von 55 Prozent Kantonsanteil bei den DRG-Zahlungen gewährleisten zu können. Dieses Ziel wurde in allen Kantonen erstmalig im Jahr 2017 erreicht, wobei einzig der Kanton Basel-Stadt um einen Prozentpunkt (ebenso wie im Jahr 2018) vom gesetzlichen Minimum abweicht.



Tabelle 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2018 und im Vergleich zu 2013

Kanton	OKP-Erträge SwissDRG 2018	rel. Δ 2013	Anteil Kanton			
			2018	rel. Δ 2013	pro OKP-Fall 2018	rel. Δ 2013
AG	873'846'148	+8.9%	480'615'381	+23.3%	5'725	+7.6%
AI	5'269'390	-27.4%	2'898'165	-18.5%	5'024	-17.1%
AR	123'096'199	+20.0%	67'702'909	+40.5%	6'566	+33.7%
BE	1'876'477'753	+9.3%	1'032'062'764	+9.3%	5'597	-1.1%
BL	308'245'692	-7.8%	169'535'131	-7.8%	6'994	+0.5%
BS*	904'806'674	+24.4%	506'691'737	+26.7%	6'967	+11.4%
FR	269'992'531	+4.4%	148'495'892	+17.2%	5'700	+10.0%
GE*	691'854'263	+5.8%	380'519'844	+5.8%	6'097	+0.1%
GL	47'595'951	+17.0%	26'177'773	+23.8%	5'953	+2.4%
GR	307'017'902	+1.2%	168'859'846	+1.2%	6'025	-5.0%
JU	62'711'272	+10.7%	34'491'200	+10.7%	5'625	+4.3%
LU	603'943'378	+12.2%	332'168'858	+23.4%	5'820	+0.4%
NE*	172'993'995	+0.1%	95'146'697	+0.1%	5'835	-13.1%
NW	45'236'847	+11.8%	24'880'266	+30.8%	5'935	+5.9%
OW	24'889'507	+12.3%	13'689'229	+31.4%	5'195	-0.1%
SG	784'631'481	+15.6%	431'547'315	+22.3%	5'662	+7.0%
SH	88'836'000	+6.0%	48'859'800	+10.0%	5'304	-1.5%
SO	324'482'157	+33.1%	178'465'186	+43.6%	6'198	+15.4%
SZ	127'270'831	-0.0%	69'998'957	+7.8%	5'335	-11.4%
TG	313'178'102	+13.5%	172'247'956	+30.1%	5'824	+18.4%
TI	590'070'563	+13.7%	324'538'810	+13.7%	5'617	+5.3%
UR	32'153'065	-8.8%	17'684'186	+0.3%	5'305	-10.0%
VD	1'228'902'163	+24.4%	675'896'190	+24.4%	5'864	+4.2%
VS	343'160'619	+11.3%	188'738'340	+15.5%	5'482	+1.0%
ZG	109'804'543	-13.2%	60'392'499	-2.6%	5'226	-15.3%
ZH	2'765'967'327	+11.4%	1'521'282'030	+20.1%	6'180	+0.4%
CH	13'026'434'353	+11.8%	7'173'081'401	+16.9%	5'934	+2.6%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. \*Die Werte für die Spitäler HUG (2013/2018), HNE (2013) und USB (2013) korrigiert. Bei diesen drei öffentlichen Spitälern ist der ausgewiesene Kostenteiler oder die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018); GDK (2018). Berechnung: Universität Basel.

### 3. Subventionierung der Spitäler

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, gibt es drei Bereiche bzw. Quellen der Subventionierung von Spitätern: i) Subventionen im Zusammenhang mit der Abgeltung für die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, ii) überhöhte Basisfallwerte von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen, welche die Kantone aufgrund ihrer Stellung bei der Preisbildung durchsetzen können, und iii) offene oder verdeckte kantonale Investitionshilfen in der stationären medizinischen Versorgung. In diesem Kapitel wird nacheinander der Umfang dieser drei Subventionsformen analysiert.

#### 3.1 Gemeinwirtschaftliche Leistungen im kantonalen Vergleich

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) sind in den Kennziffern pro Spital ausgewiesen. Allerdings erbringen einige Spitäler nicht nur akutstationäre Leistungen, sondern sind gleichzeitig auch in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie aktiv. Dadurch könnte es zu einer Überschätzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Akutversorgung kommen. In den Kennziffern wird die Abgeltung für Forschung und Lehre im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie jedoch ebenfalls ausgewiesen. Diese, explizit nicht der Akutversorgung zugeordneten Leistungen, wurden daher von den ausgewiesenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgezogen. Für 2018 betrug diese Korrektur landesweit 107.8 Mio. Franken oder 5.7 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Zusätzlich zu den bereits vorgenommenen Korrekturen im letzten Gutachten wurden die potenziell überschätzten gemeinwirtschaftlichen Leistungen der HUG in Genf nochmals im Detail überprüft. Dabei hat sich herausgestellt, dass die bisherigen Korrekturen nicht mehr in derselben Art und Weise durchgeführt werden können, da sich die Verbuchung geändert hat. Daher werden in diesem Gutachten erstmals die offiziellen Leistungsvereinbarungen zwischen dem Kanton Genf und den HUG herangezogen. Die entsprechenden GWL-Werte der HUG werden rückwirkend bis 2013 mit den jährlich festgelegten Budgets der Leistungsvereinbarung ersetzt.

Insgesamt belief sich 2018 die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im akutstationären Bereich auf 1.79 Mrd. Franken; rund 236 Mio. Franken mehr als 2013 (vgl. Tabelle 13). Im Jahr 2018 betrug die gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall 1424 Franken. Das sind 66 Franken mehr als fünf Jahre zuvor. 2018 machten Forschung und Lehre im akutstationären Bereich 957.8 Mio. Franken aus. Das sind 58.3 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dieser Anteil war 2013 mit 48.7 Prozent um 9.6 Prozentpunkte geringer als 2018.

Die höchste Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird mit 628 Mio. Franken in der Waadt erreicht (davon CHUV: 571.8 Mio. Franken), die geringste mit rund 0.97 Mio. Franken im Kanton Zug.<sup>8</sup>

In einzelnen Kantonen ist gegenüber 2013 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, in fünf Kantonen um mehr als ein Viertel (Schaffhausen, Schwyz, Jura, Nidwalden und Obwalden). Dagegen haben Appenzell-Ausser Rhoden, das Wallis die Waadt und Zug markant zugelegt. Pro stationären Fall sind die Veränderungen mit -1643, -1637, -1632 sowie + 17423 Franken in Obwalden, Jura, Schaffhausen und der Waadt am höchsten.

Subventionen und Beiträge im Zusammenhang mit der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterscheiden sich stark nach der Trägerschaft der Spitäler. Sie machen bei öffentlichen Spitätern 10.6 Prozent der Gesamterträge im akutstationären Leistungsbereich, bei den subventionierten 4.3 Prozent und bei den privaten Kliniken 2.2 Prozent aus. Insgesamt belaufen sie sich auf 7.1 Prozent der Erträge.

<sup>8</sup> Zu beachten gilt, dass die Abgeltung im Bereich von Lehre und Forschung teilweise auch von Kantonen ausserhalb des Standortkantons einer universitären Einrichtung bezahlt wird. So ist z. B. das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) eine gemeinsame Einrichtung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dessen Erträge für Lehre und Forschung werden jedoch ausschliesslich Basel-Stadt zugeordnet.

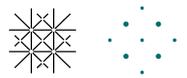


Tabelle 13: GWL in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2018 und im Vergleich zu 2013

Kanton	GWL insgesamt			GWL pro Fall	
	2018	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	14'448'570	-1'407'915	-8.9%	160.6	-32.1
AI	3'544'527	+552'967	+18.5%	3'811.3	+364.8
AR	3'970'083	+3'360'407	+551.2%	279.8	+234.7
BE*	171'409'263	+28'868'719	+20.3%	932.6	+90.0
BL	20'744'944	-1'950'774	-8.6%	688.7	-4.9
BS	126'321'446	-35'549'909	-22.0%	1'826.2	-868.9
FR*	61'721'893	-16'645'498	-21.2%	2'110.2	-729.4
GE*	268'639'991	+8'012'688	+3.1%	4'170.0	+230.6
GL	4'337'673	-1'242'207	-22.3%	893.1	-357.5
GR	38'630'830	-2'485'524	-6.0%	1'091.6	-138.9
JU	10'782'750	-10'983'823	-50.5%	1'329.1	-1'637.2
LU	25'256'317	+6'372'075	+33.7%	443.3	+53.4
NE*	62'498'376	-4'489'775	-6.7%	3'245.7	-711.1
NW	3'550'000	-1'910'130	-35.0%	638.7	-593.5
OW	6'005'500	-3'031'234	-33.5%	1'676.1	-1'642.6
SG	22'370'811	-1'065'126	-4.5%	271.6	-42.4
SH	8'993'508	-13'869'023	-60.7%	858.8	-1'631.9
SO	45'928'539	-10'071'589	-18.0%	1'404.4	-522.6
SZ*	3'991'096	-5'170'241	-56.4%	230.1	-407.8
TG	7'534'591	-669'551	-8.2%	234.7	-40.7
TI*	16'925'536	-4'889'648	-22.4%	284.8	-94.5
UR	5'864'671	+493'269	+9.2%	1'357.6	-91.8
VD	628'429'681	+251'834'679	+66.9%	5'467.3	+1'742.8
VS	5'064'628	+2'194'417	+76.5%	134.9	+52.4
ZG*	974'004	+292'004	+42.8%	66.1	+13.6
ZH*	224'253'260	+48'960'784	+27.9%	944.4	+106.5
CH	1'792'192'488	+235'510'042	+15.1%	1'423.5	+65.7

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. \*Das HUG in Genf weist den Kantonsanteil in der DRG-Vergütung fälschlicherweise den Subventionen und Beiträgen zu. Wir korrigierten daher beim HUG die GWL anhand des vereinbarten Budgets zwischen dem Kanton Genf und dem Leistungserbringer. Ebenfalls korrigiert wurden die Angaben für einige Spitäler in den Kantonen BE, FR, NE, SZ, TI, ZG und ZH (2013). Die korrigierten Werte beruhen entweder auf bereinigten Angaben der Gesundheitsdepartemente oder Schätzungen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Da gemeinwirtschaftliche Leistungen als Subventionen an die Institution und deren Infrastruktur gezahlt und nicht fallspezifisch vergütet werden, ist eine Analyse der GWL-Zahlungen pro Bett interessant. Das Ausweisen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Bett bringt den weiteren Vorteil mit sich, dass die Grösse unabhängig von der Auslastung der Spitäler berechnet werden kann. Tabelle 14 zeigt die mittleren GWL-Zahlungen pro Kanton und Trägerschaft. Die Zahlen nach Trägerschaft können nur für jene Kantone ausgewiesen werden, in denen mindestens ein Spital dieser Kategorie operativ tätig ist.

Bei den Privatspitälern zeigen sich in den Kantonen Luzern und St. Gallen überdurchschnittlich hohe Zahlungen pro Bett. Aus der Statistik geht jedoch nicht hervor, ob es sich bei den Zahlungen tatsächlich um gemeinwirtschaftliche Leistungen handelt oder – wesentlich wahrscheinlicher – um Zahlungen der Eigentümer resp. um andere Beiträge von Dritten (z. B. Spenden). Im Kanton Luzern fällt der Löwenanteil denn auch auf das Paraplegiker-Zentrum in Nottwil, während im Kanton St. Gallen die Privatklinik St. Georg in Goldach einen Grossteil des Betrags erhielt. Letztere hat den Betrieb inzwischen aber aufgrund von Rentabilitätsproblemen eingestellt.

Tabelle 14: GWL in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2018

Kanton	PRIV	SUBV	OEFF	Total
AG	1'292	11'197		9'964
AI			196'918	196'918
AR	10'761		27'229	19'064
BE	34'869	64'434		56'150
BL	29'741		37'567	35'628
BS	16'770		156'964	105'387
FR	42		144'536	112'868
GE	153		257'644	190'360
GL		50'302		50'302
GR	8'810	64'311	193'066	70'775
JU	0		74'880	74'364
LU	55'229		14'773	25'847
NE	27		214'085	162'173
NW	0		50'266	48'405
OW			119'397	119'397
SG	2'282	116'730	9'837	14'295
SH	0		57'092	48'476
SO	24'872	97'121		89'989
SZ		13'620		13'620
TG	0	14'920		13'228
TI	23'492		6'385	12'650
UR			93'090	93'090
VD	0	57'320	623'525	263'854
VS	0		7'804	7'033
ZG	0	6'493		4'728
ZH	31'739	42'689	60'196	50'146
CH	20'417	47'460	126'175	77'854

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Bei den subventionierten Kliniken sticht wiederum der Kanton St. Gallen heraus; mit über 116'730 Franken pro Bett sind die GWL-Zahlungen bei den subventionierten Kliniken in diesem Kanton am höchsten. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Kantonen existieren aber bei den öffentlichen Institutionen. Stark überdurchschnittliche GWL-Zahlungen pro Bett werden in den Kantonen Waadt, Genf und Neuenburg verzeichnet. Ebenfalls sehr hoch ist der Wert für den Kanton Appenzell-Innerrhoden. Dort verteilen sich gemäss den Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS) rund 3.5 Mio. Franken an GWL-Zahlungen auf nur gerade 18 Akutbetten.

Das Ausmass der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist nicht nur von der Trägerschaft abhängig, sondern gleichzeitig stark an den Typ eines Spitals gebunden (vgl. Tabelle 15). So flossen im Jahr 2018 rund zwei Drittel der gemeinwirtschaftlichen Leistungen an die fünf Universitätsspitäler. In absoluten Zahlen ausgedrückt waren dies schätzungsweise 1.16 Mrd. Franken. Die übrigen Gelder wurden primär an grosse Zentrumsspitäler gezahlt (21.1%) und zu kleineren Teilen an die verschiedenen Kinderspitäler (3.3%). Diese drei Spitaltypen vereinten 89 Prozent der gesamten GWL-Zahlungen auf sich. Pro Akutbett ausgedrückt stehen nebst den Universitätsspitalern mit 260'000 Franken vor allem die Kinderspitäler heraus. Diese Institutionen werden durchschnittlich mit fast 162'000 Franken pro Bett subventioniert. Sowohl bei den Kinderspitälern wie auch bei den universitären Kliniken fliesst ein Grossteil der finanziellen Mittel in die universitäre Lehre und Forschung.



Tabelle 15: GWL in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2018

Spitaltyp	GWL in CHF	In %	GWL pro Bett
Universitätsspitäler (Niveau 1)	1'158'427'378	64.6%	259'355
Zentrumsversorger (Niveau 2)	378'362'428	21.1%	30'735
Grundversorger (Niveau 3)	40'576'659	2.3%	22'664
Grundversorger (Niveau 4)	60'888'678	3.4%	32'124
Grundversorger (Niveau 5)	27'815'674	1.6%	64'209
Spezialklinik Pädiatrie	58'386'810	3.3%	161'439
Übrige	67'475'766	3.8%	38'364
<b>Insgesamt</b>	<b>1'791'933'393</b>	<b>100%</b>	<b>77'854</b>

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Gemäss Angaben der KZSS beliefen sich die Kosten für die Forschung und Lehre im Jahr 2018 auf 1.04 Mrd. Franken. Demnach flossen von 100 Franken GWL rund 58 Franken in die universitäre Forschung sowie die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals. Die privaten Kliniken erhalten davon nur gerade 28.8 Mio. Franken oder 2.8 Prozent des Gesamttotal.

Wie zu erwarten, fliesst ein Grossteil der Gelder für die Forschung und Lehre an die fünf Universitätsspitalern (67.2%). Aber auch die insgesamt 39 Zentrumsversorger (22.9%) und die drei Kinderspitäler (5.2%) erhalten substantielle Beiträge dieser Art. Die restlichen rund 5 Prozent der Beiträge richten sich vor allem an grössere Grundversorger sowie zahlreiche Spezialkliniken mit einem chirurgischen Schwerpunkt.

### 3.2 Untersuchung der Basisfallwerte auf Spitalebene

Neben der direkten Subventionierung der Spitäler über die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sind indirekte Subventionen über die Vergütung stationärer Leistungen denkbar. Diese Gelder könnten mit dem Wortlaut des KVG beispielsweise für die «Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» genutzt werden. Mit Hilfe einer ökonomischen Untersuchung lässt sich eine solche Quersubventionierung identifizieren.

Während das Tarifsysteem SwissDRG die relativen Kostengewichte für jede einzelne DRG landesweit einheitlich festlegt, wird der sogenannte Basisfallwert zwischen Versicherern und Spitalern einzeln ausgehandelt.<sup>9</sup> Konkret gibt es auf Spitalebene je nach Standortkanton bis zu drei unterschiedliche Basisfallwerte, die von Einkaufsgesellschaften für die Versicherer mit den einzelnen Spitalern verhandelt werden. Können sich die Vertragspartner über diesen Preis nicht einigen, legt ihn der Kanton in erster Instanz fest. Dagegen können die Parteien beim Bundesverwaltungsgericht (BVG) Einspruch einlegen. Letzte Instanz ist somit das BVG, das aber faktisch den Kantonen grossen Gestaltungsspielraum lässt.

Die Entwicklung der Basisfallwerte nach Trägerschaft zwischen 2013 und 2018 ist in Tabelle 16 aufgezeigt. Dabei wurden die auf Spitalebene publizierten Basisfallwerte der Einkaufsgemeinschaften zunächst zu einem ungewichteten Wert gemittelt. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Basisfallwerts von Spitalern gleicher Trägerschaft wurde dagegen die unterschiedliche Fallzahl der Spitäler berücksichtigt. Es handelt sich demnach um gewichtete durchschnittliche Basisfallwerte. Aktuell liegt der durchschnittliche Basisfallwert der privaten Kliniken um 649 Franken unterhalb jener der öffentlichen und um 456 Franken unter jener der subventionierten Spitäler.

Die Differenz im Basisfallwert der öffentlichen Spitäler zu den privaten war 2017 leicht rückläufig und im aktuellen Jahr (2018) wieder leicht steigend. Während der Beobachtungszeit über sechs Jahre sank der Basisfallwert insgesamt um 1.08 Prozent. Bei den öffentlichen Spitalern nahm er um 0.5% ab, weniger stark als bei den privaten und subventionierten Kliniken (1.33 Prozent bzw. 1.69 Prozent).

<sup>9</sup> Die Vergütung für die Behandlung eines individuellen Patienten bemisst sich aus dem Produkt von Basisfallwert und dem Bewertungsgewicht der dem Patienten zugeordneten DRG.

Tabelle 16: Entwicklung der Basisfallwerte in Franken zwischen 2013 und 2018 nach Trägerschaft

Trägerschaft	2013	2014	2015	2016	2017	2018	rel. Δ 2013
PRIV	9'584	9'512	9'452	9'461	9'488	9'457	-1.33%
SUBV	10'084	9'966	9'918	9'928	9'917	9'913	-1.69%
OEFF	10'162	10'095	10'050	10'139	10'128	10'106	-0.55%
<b>Total</b>	<b>10'022</b>	<b>9'930</b>	<b>9'880</b>	<b>9'924</b>	<b>9'923</b>	<b>9'914</b>	<b>-1.08%</b>
<i>Diff. PRIV zu O-EFF</i>	<i>-5.68%</i>	<i>-5.78%</i>	<i>-5.96%</i>	<i>-6.68%</i>	<i>-6.32%</i>	<i>-6.42%</i>	
<i>Diff. PRIV zu SUBV</i>	<i>-4.95%</i>	<i>-4.56%</i>	<i>-4.71%</i>	<i>-4.70%</i>	<i>-4.32%</i>	<i>-4.60%</i>	

**Anmerkung:** Im Falle divergierender Basisfallwerte der Einkaufsgemeinschaften wurde das arithmetische Mittel verwendet. Der spitalspezifische Basisfallwert wurde mit den CMI-bereinigten Austritten gewichtet. Ohne Berücksichtigung der Tarife der Einkaufsgemeinschaft von Asura/Supra.

**Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018); Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. **Berechnung:** Universität Basel.

Im Folgenden soll der Basisfallwert auf Spitalebene im Rahmen eines linearen Schätzmodells näher untersucht werden. Dabei interessiert vor allem der Unterschied zwischen privaten Spitälern einerseits und subventionierten sowie öffentlichen Spitälern andererseits:

$$BASERATE_{it} = \alpha + \beta_1 SUBV_i + \beta_2 OEFF_i + \beta_3 CMI_{it} + \beta_4 UNI_i + \beta_5 KS_i + \beta_6 GH_i + \rho J + \varepsilon_{it}$$

Der Schätzkoeffizient  $\beta_1$  gibt den Unterschied zwischen privaten und subventionierten Einrichtungen, der Koeffizient  $\beta_2$  jenen zwischen privaten und öffentlichen wieder. Zusätzlich wird berücksichtigt, ob es sich bei der Einrichtung um ein Universitätsspital (UNI), ein Kinderspital (KS) oder ein Geburtshaus (GH) handelt. Es werden auch der Case-Mix-Index (CMI) sowie ein fixer Jahreseffekt (J) als zusätzliche erklärende Variablen einbezogen (vgl. Tabelle 17 für die Auflistung der in der Schätzung berücksichtigten Variablen).  $\varepsilon$  steht für den Einfluss möglicher weiterer, jedoch nicht beobachtbarer Variablen auf den Basisfallwert eines Spitals.

Tabelle 17: Beschreibende Statistik der Spitalvariablen im Sample (2018, n = 138)

Variable	Beschreibung	Mittelwert	Min.	Max.
Basisfallwert	Mittlerer Basisfallwert der Einkaufsgemeinschaft tarifsuisse (in CHF)	9'556	8'500	11'150
SUBV	Öff. Spital (privatrechtlich organisiert)	0.312	0	1
OEFF	Öff. Spital (öffentlich-rechtliche Anstalt)	0.232	0	1
CMI	Bereinigter Casemix-Index	0.915	0.359	1.974
UNI	Universitätsspital (BAG-Definition)	0.036	0	1
KS	Kinderspital (BAG-Definition)	0.022	0	1
GH	Geburtshaus (BAG-Definition)	0.101	0	1

**Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018); Angaben von tarifsuisse. **Berechnung:** Universität Basel.

In die Schätzungen fließen die Angaben von 138 Einrichtungen ein (2018).<sup>10</sup> Über die Betrachtungsperiode von mittlerweile sechs Jahren ergeben sich insgesamt 864 Beobachtungen. Tabelle 17 zeigt die Ausprägungen der einzelnen Variablen für das Jahr 2018. Der Basisfallwert variiert zwischen 8500 und 11'150 Franken, bei einem

<sup>10</sup> Die CMI-Werte sind nicht für alle Spitäler verfügbar. Für die Regression können nur jene Beobachtungen berücksichtigt werden, für welche alle Variablen zur Verfügung stehen.



Mittelwert von 9'556 Franken.<sup>11</sup> 31.2 Prozent der Einrichtungen in unserer Stichprobe sind subventioniert, 23.2 Prozent öffentlich-rechtlich verfasst. Bei fünf handelt es sich um Universitätskliniken, bei dreien um Kinderspitäler und bei 15 um Geburtshäuser. Der durchschnittliche Schweregrad des in einer Einrichtung behandelten Patienten (CMI) variiert zwischen 0.359 und 1.974.

Tabelle 18 zeigt die Schätzergebnisse eines linearen Regressionsmodells einzeln für die Jahre 2013, 2015 und 2018 sowie für eine Regression, die alle sechs Jahre gleichzeitig berücksichtigt. Wir beziehen uns zunächst auf das Jahr 2018. Es zeigt sich, dass Universitätskliniken und Kinderspitäler teurer sind als normale Akutspitäler, was wenig überrascht. Die Preisunterschiede belaufen sich für Universitätskliniken bzw. Kinderspitäler auf 1058 Franken bzw. 1716 Franken (2013-2018). Trotz der expliziten Berücksichtigung dieser beiden speziell ressourcenintensiven Spitaltypen bleibt ein unerklärter Unterschied zwischen den Trägerschaften bestehen. Der Preisaufschlag von subventionierten (372 Franken) bzw. öffentlichen Spitälern (344 Franken) ist nach wie vor signifikant. Die Diskrepanz ist dennoch wesentlich geringer, als wenn nur die Mittelwerte verglichen werden. Die entsprechenden, nicht korrigierten Werte für die subventionierten bzw. öffentlichen Spitäler betragen 456 Franken bzw. 671 Franken (vgl. Tabelle 16).

Was ein Vergleich zwischen 2015 und 2018 ebenfalls zeigt, ist die Tatsache, dass die Preisdiskrepanz der Universitätsspitäler nochmals zugenommen hat. Gleichzeitig hat der Unterschied beim Basisfallwert zwischen den Trägerschaften etwas abgenommen. Diese Gegenbewegungen haben dazu geführt, dass die Preisdifferenz insgesamt in etwa gleichgeblieben ist (vgl. Tabelle 16). Bei den Geburtshäusern ist ein Rückgang des Preisaufschlags über die Zeit zu beobachten; 2013 resultierte für die Geburtshäuser noch ein «Bonus» von 562 Franken. Die Differenz verschwindet im Jahr 2015 und kehrte sich anschliessend um; -72 Franken im Jahr 2018. Dies ist darauf zurückzuführen, dass einerseits Geburtshäuser geschlossen wurden, und andererseits einige Häuser ihren Basisfallwert markant senken mussten. Der CMI hat zwar einen mehrheitlich positiven, wenn auch nicht signifikanten Einfluss auf den Basisfallwert.<sup>12</sup>

Schliesslich wird anhand des bereinigten  $R^2$  ersichtlich, dass die Aussagekraft des Modells über die Zeit zugenommen hat. 2013 konnten mit den berücksichtigten Variablen rund 42 Prozent der Varianz beim Basisfallwert erklärt werden (2015: 56%). Im aktuellsten Jahr 2018 lag dieser Wert bereits bei 72 Prozent. Diese Entwicklung spricht dafür, dass die Unterschiede innerhalb der Kategorien (z. B. Spitaltyp, Trägerschaft) in den vergangenen Jahren kleiner geworden sind.

Auf der Grundlage dieser Schätzungen kann das Sparpotenzial bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen für den Fall berechnet werden, dass deren Basisfallwert auf das Niveau der Privaten zurückkäme. Hierzu wird für jedes einzelne öffentliche und subventionierte Spital und individuell nach Jahr dessen Basisfallwert geschätzt, wenn es privat wäre. Zu diesem Zweck werden die Koeffizienten  $\beta_1$  und  $\beta_2$  auf null gesetzt. Sodann werden die Erträge berechnet, die ein Spital beim geschätzten Basisfallwert erreichen würde. Schliesslich werden auf Kantonebene die möglichen Ertragsreduktionen der Spitäler aufsummiert.

<sup>11</sup> Dieser Wert unterscheidet sich aus zwei Gründen von den Angaben in Tabelle 18. Einerseits sind die Werte nicht gewichtet, andererseits werden lediglich jene Spitäler berücksichtigt, welche einen CMI ausweisen.

<sup>12</sup> Ein positiver Zusammenhang könnte beispielsweise dann entstehen, wenn die Höhe des CMI in die Verhandlungen mit den Tarifpartnern miteinfliesst.

Tabelle 18: Schätzergebnisse für drei ausgewählte Jahre und gesamt, 2013-2018

	<i>Abhängige Variable: Basisfallwert</i>			
	2013	2015	2018	2013-2018 <sup>a</sup>
SUBVENTIONIERT	406.86*** (103.71)	420.69*** (90.25)	364.91*** (52.56)	372.44*** (31.34)
OEFFENTLICH	347.66*** (114.80)	392.51*** (100.31)	345.27*** (57.57)	344.23*** (32.44)
CMI	23.72 (19.47)	19.06 (17.88)	124.02 (104.76)	111.45 (105.80)
UNISPITAL	1019.59*** (253.87)	995.26*** (217.77)	1009.21*** (124.47)	1057.96*** (77.10)
KINDERSPITAL	2054.81*** (295.20)	2066.50*** (251.61)	1392.43*** (142.96)	1715.92*** (96.33)
GEBURTSHAUS	561.78*** (199.95)	-228.44 (166.67)	-72.14 (97.27)	-86.96 (73.69)
Konstante	9102.13*** (207.91)	9044.96*** (190.36)	9188.86*** (114.16)	9292.64*** (109.64)
Jahr 2014				-139.03** (56.06)
Jahr 2015				-166.98*** (54.64)
Jahr 2016				-117.87** (50.16)
Jahr 2017				-89.24* (48.35)
Jahr 2018				-101.68** (47.12)
Beobachtungen	148	143	138	864
Bereinigtes R <sup>2</sup>	0.42	0.56	0.72	0.54

**Anmerkung:** \*/\*\*/\*\* = signifikant zum Niveau von 10%/5%/1%; die robusten Standardfehler befinden sich in Klammern; <sup>a</sup> die Standardfehler des gesamten Modells berücksichtigen die Panelstruktur der Daten. Das (bereinigte) R-Quadrat ist ein bekanntes Bestimmtheitsmass für die Güte eines Modells und sagt aus, wieviel Variation in den Daten anhand der verschiedenen Variablen erklärt werden kann.

**Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. **Berechnung:** Universität Basel.

Tabelle 19 zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen. Demnach belaufen sich die Subventionen der öffentlichen und subventionierten Spitäler aufgrund erhöhter Basisfallwerte im Vergleich zu privaten Kliniken landesweit auf 364 Mio. Franken. Das sind im Vergleich zu 2013 zusätzliche Erträge von 19.7 Mio. Franken (+5.7%).

Pro Fall belaufen sich diese Subventionen 2018 zwischen 135 Franken in Appenzell-Ausserrhoden und 350 Franken in Glarus. Gegenüber 2013 ist ein maximaler Anstieg von 36 Franken im Kanton Genf und einem maximalen Rückgang von 61 Franken im Kanton Bern zu verzeichnen.

Diese Subventionen stellen Deckungsbeiträge aus den OKP-Erträgen der öffentlichen und subventionierten Spitäler an die Kosten der Leistungserbringung dar. Ob sie verwendet wurden, um die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren oder eine möglicherweise ineffiziente Produktion von akutstationären Leistungen zu alimentieren, muss letztlich offenbleiben.

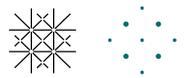


Tabelle 19: Subventionen in Franken durch höhere Basisfallwerte, insgesamt und pro Fall, 2018 und im Vergleich zu 2013

Kanton	absolut			Pro Fall	
	2018	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	27'572'414	+608'198	+2.3%	306.4	-21.2
AI	245'332	-5'351	-2.1%	263.8	-25.0
AR	1'908'938	-195'967	-9.3%	134.6	-21.3
BE	46'087'884	-6'712'750	-12.7%	250.7	-61.4
BL	7'264'588	-1'667'791	-18.7%	241.2	-31.8
BS	19'089'975	+2'120'656	+12.5%	276.0	-6.6
FR	6'774'788	+168'632	+2.6%	231.6	-7.7
GE	20'146'310	+1'866'103	+10.2%	312.7	+36.4
GL	1'699'583	+119'684	+7.6%	349.9	-4.2
GR	10'843'860	-539'037	-4.7%	306.4	-34.3
JU	2'226'593	+99'968	+4.7%	274.4	-15.4
LU	16'279'099	+2'686'892	+19.8%	285.7	+5.1
NE	4'952'259	+456'566	+10.2%	257.2	-8.4
NW	1'564'399	+248'574	+18.9%	281.5	-15.5
OW	1'006'901	+247'410	+32.6%	281.0	+2.1
SG	25'545'307	+2'391'371	+10.3%	310.2	-0.1
SH	2'876'491	+373'631	+14.9%	274.7	+2.0
SO	10'450'065	+1'467'507	+16.3%	319.5	+10.5
SZ	5'282'446	+466'305	+9.7%	304.6	-30.8
TG	9'502'287	-115'696	-1.2%	296.0	-26.9
TI	13'736'910	+1'327'629	+10.7%	231.2	+15.4
UR	1'277'655	+153'430	+13.6%	295.8	-7.6
VD	37'038'396	+4'156'311	+12.6%	322.2	-3.0
VS	11'794'810	+770'818	+7.0%	314.2	-2.8
ZG	3'105'582	+921	+0.0%	210.8	-28.0
ZH	75'268'918	+9'222'215	+14.0%	317.0	+1.3
CH	363'541'792	+19'716'229	+5.7%	288.8	-11.2

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. Berechnung: Universität Basel.

### 3.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung

Der Kostenanteil für die Anlagenutzung (Abschreibungen, Mieten und Zinsen) beträgt 2018 bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern 6.7 bzw. 7.1 Prozent und bei den Privatkliniken 13.7 Prozent. Im Vergleich zu 2013 hat sich an diesem Bild wenig geändert (vgl. Abbildung 5). Die privaten Kliniken weisen konstant eine rund 6 Prozentpunkte höhere Investitionsquote aus. Trotz neuer Spitalfinanzierung hat sich die ausgewiesene Investitionsquote bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern nicht erhöht. Sie ist noch immer weit von der in den SwissDRG-Pauschalen 2012 festgehaltenen Quote von 10 Prozent entfernt.

Die vorliegenden Zahlen lassen aber darauf schliessen, dass die vereinbarten Mietkosten zu niedrig angesetzt werden und nicht die effektiven Investitionskosten widerspiegeln. Die beträchtliche Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand und die gleichzeitig niedrige Investitionsquote bei den öffentlichen Spitälern lassen vermuten, dass ein

wesentlicher Teil der verursachten Kosten vom Kanton getragen wird.<sup>13</sup> Bei vermieteten Liegenschaften hiesse dies, dass sich die Mietpreise unterhalb des Marktniveaus befinden und für den Kanton somit Opportunitätskosten entstehen. Spricht der Kanton beim Bau von Spitalimmobilien kostengünstige bzw. zinslose Kredite oder geht er eine Bürgschaft ein, verlagert sich das Ausfallrisiko auf die öffentliche Hand. Unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung trägt der Steuerzahler am Ende die finanzielle Last der kantonalen Investitionspolitik.

Abbildung 5: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2018



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Um die verdeckten Subventionen abzuschätzen, werden die Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für den Fall berechnet, dass deren Investitionsniveau 10 Prozent der akutstationären Erträge beträgt. Dieses Niveau entspricht dem durchschnittlichen Anteil der Investitionskosten bei der Vollkostenerhebung gemäss SwissDRG. Weist ein Spital bereits eine Investitionsquote grösser als 10 Prozent auf, so gilt es als nicht subventioniert. Im anderen Fall berechnet sich die Subventionsrate als Differenz zwischen 10 Prozent und der tatsächlichen Investitionsquote eines Spitals.<sup>14</sup> Die Subvention schliesslich entspricht der Rate, multipliziert mit den Gesamtkosten.

Die verdeckten Investitionskosten summieren sich landesweit auf rund 364.8 Mio. Franken (vgl. Tabelle 20). Dies entspricht 2.7 Prozent der Gesamtkosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Behandlungen. Im Vergleich zu 2013 haben die verdeckten Investitionskosten landesweit um 48.2 Mio. Franken zugenommen. Dies entspricht einem Wachstum von 15.2 Prozent. Zwischen den Kantonen sind die Unterschiede wiederum gross. Die höchsten Subventionen werden mit rund 55 Mio. Franken im Kanton Genf gezahlt. Pro Fall variieren die verdeckten Investitionskosten ebenfalls beträchtlich. Sie sind in Genf mit 730 Franken am höchsten. Fünf Kantone weisen verdeckte Investitionshilfen von über 300 Franken pro Fall auf.

Auffällig, aber nicht überraschend, ist schliesslich die starke Variation der Veränderung zwischen 2013 und 2018. Während die verdeckten Investitionskosten in 10 Kantonen abgenommen haben, sind sie in 16 Kantonen innerhalb der vergangenen fünf Jahre gestiegen. Ob- und Nidwalden sowie der Kanton Appenzell-Innerrhoden verzeichnen im Ausgangsjahr keine verdeckten Investitionskosten; 2018 weisen die drei Kanton jedoch eine Gesamtsubvention von etwas unter 2 Mio. Franken aus.

<sup>13</sup> Diese Praxis untergräbt die Absicht der neuen Spitalfinanzierung. Diese hält klar fest, dass die Anlagenutzung Teil der Fallpauschale sein soll und so in einem fixen Verhältnis zwischen den Kantonen und Krankenversicherern aufgeteilt wird.

<sup>14</sup> Beträgt die effektive Investitionsquote bspw. 7.5%, so ergibt sich eine Subventionsrate von 2.5% (= 10% - 7.5%).

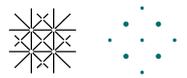


Tabelle 20: Nicht ausgewiesene Investitionskosten in Franken der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege

	absolut			Pro Fall	
	2018	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	24'815'468	-4'741'070	-16.0%	276.2	-82.9
AI	185'219	+185'219	-	260.7	+260.7
AR	1'678'557	+1'371'393	+446.5%	135.2	+112.4
BE	53'767'877	-16'432'328	-23.4%	291.0	-124.0
BL	6'448'455	+3'679'401	+132.9%	233.9	+149.3
BS	16'455'517	+4'495'761	+37.6%	206.0	+6.8
FR	10'818'063	-973'590	-8.3%	390.2	-37.1
GE	54'796'195	+45'451'641	+486.4%	730.5	+589.2
GL	1'076'803	+757'642	+237.4%	231.2	+159.7
GR	7'357'939	+3'955'946	+116.3%	226.1	+124.3
JU	3'475'558	-240'960	-6.5%	537.3	+30.8
LU	10'301'775	-4'444'974	-30.1%	165.7	-138.8
NE	4'703'665	+988'871	+26.6%	268.4	+49.0
NW	1'281'200	+1'281'200	-	277.7	+277.7
OW	401'463	+401'463	-	137.7	+137.7
SG	19'687'276	-4'975'540	-20.2%	240.1	-90.3
SH	2'774'706	+1'790'426	+181.9%	283.5	+176.3
SO	10'293'294	+5'121'253	+99.0%	335.2	+157.2
SZ	3'931'698	-116'516	-2.9%	271.6	-10.3
TG	2'286'141	-669'071	-22.6%	72.4	-26.8
TI	16'304'102	+796'465	+5.1%	260.8	-8.9
UR	496'212	+366'402	+282.3%	134.1	+99.1
VD	35'388'924	-10'588'333	-23.0%	283.6	-171.1
VS	17'756'754	-886'429	-4.8%	467.2	-68.9
ZG	3'363'452	+442'029	+15.1%	265.2	+40.4
ZH	54'938'221	+21'203'288	+62.9%	202.5	+41.2
CH	364'784'535	+48'219'588	+15.2%	278.4	+2.2

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

### 3.4 Zusammenstellung der Subventionen

In diesem Abschnitt sollen nun die einzelnen Komponenten der Subventionen zusammengetragen und aufsummiert werden. Aus Abschnitt 3.1 stehen die Subventionen zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) zur Verfügung. Sie summieren sich 2018 landesweit auf 1.8 Mrd. Franken. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler mit 1.33 Mrd. Franken oder 74.3 Prozent den grössten Anteil. Die subventionierten Spitäler werden mit 361 Mio. Franken bezuschusst (20.2%), während die privaten Kliniken 99.0 Mio. Franken (5.5 für GWL) beziehen (vgl. Tabelle 21).

Über die höheren Basisfallwerte, berechnet in Abschnitt 3.2, fliessen landesweit zusätzlich 364 Mio. Franken an die öffentlichen und subventionierten Spitäler. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler 57.5 Prozent, die subventionierten 42.5 Prozent und die privaten annahmegemäss null. Bei den verdeckten Investitionshilfen belaufen sich die Subventionen auf 365 Mio. Franken und teilen sich im Verhältnis 61 Prozent zu 39 Prozent auf öffentliche und subventionierte Spitäler auf. Nach diesen Berechnungen summieren sich die Subventionen über alle drei Bereiche auf 2.52 Mrd. Franken. 1.76 Mrd. Franken oder 69.9 Prozent der Gesamtsumme fliessen an öffentliche Spitäler, 660 Mio. Franken oder 26.1 Prozent an subventionierte Einrichtungen und 99.0 Mio. Franken oder 4.0 Prozent an private Kliniken.

Tabelle 21: Übersicht der Subventionen, 2018

Jahr 2018	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
<b>Total (in Mio. CHF)</b>				
GWL	99.0	361.3	1'331.6	1'791.9
Basisfallwert	0.0	154.7	208.9	363.5
Investitionen	0.0	144.0	220.7	364.8
<b>Total</b>	<b>99.0</b>	<b>660.0</b>	<b>1'761.2</b>	<b>2'520.3</b>
<b>Pro Fall (in CHF)</b>				
GWL	358.1	813.9	2'472.5	1'423.3
Basisfallwert	0.0	348.4	387.8	288.8
Investitionen	0.0	324.4	409.9	289.7
<b>Total</b>	<b>358.1</b>	<b>1'486.6</b>	<b>3'270.3</b>	<b>2'001.8</b>
<b>Pro Akutbett (in CHF)</b>				
GWL	20'417.0	47'460.0	126'174.8	77'854.2
Basisfallwert	0.0	20'314.2	19'792.3	15'794.8
Investitionen	0.0	20'387.0	14'573.7	13'446.5
<b>Total</b>	<b>20'417.0</b>	<b>86'692.4</b>	<b>166'884.3</b>	<b>109'497.9</b>

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). Berechnung: Universität Basel.

Tabelle 21 weist zusätzlich die gesamten Subventionsbeträge pro Fall und pro Akutbett aus. Landesweit machen die Zuschüsse 2'002 Franken pro Fall aus. Bei einem durchschnittlichen Basisfallwert von knapp 10'000 Franken sind dies zusätzliche Erträge von annähernd 20 Prozent. Bei den öffentlichen Einrichtungen belaufen sich die Subventionen auf 3'270 Franken pro Fall; somit ergeben sich rund 33 Prozent zusätzliche Erträge über die SwissDRG-Vergütung hinaus. Bei den subventionierten Einrichtungen betragen die Zuschüsse 1'486.6 Franken pro Fall; hier resultieren somit rund 15 Prozent zusätzliche Erträge pro behandelten Patienten. Bei den privaten Kliniken betragen die Subventionen 358 Franken pro Fall und generieren damit zusätzliche Erträge von rund 3 Prozent über die SwissDRG-Vergütung hinaus.

Bezogen auf ein Akutbett belaufen sich die Subventionen landesweit im Durchschnitt auf 109'000 Franken pro Jahr. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt dieser Wert 167'000 Franken, bei den subventionierten 87'000 Franken und bei den privaten Kliniken 20'000 Franken.



Nachfolgend werden die Veränderungen seit 2013 genauer beleuchtet (vgl. Tabelle 22). Insgesamt haben die Subventionen in diesen drei Jahren um 305.5 Mio. Franken oder 13.8 Prozent zugenommen, mit 15.1 Prozent vor allem über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Gleichzeitig haben die Subventionierung über erhöhte Basisfallwerte (+6.4%) sowie die versteckten Investitionszahlungen (+15.2%) zugelegt.

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen hat es Verschiebungen nach Trägerschaft gegeben. Auf niedrigem Niveau hat die Abgeltung von GWL bei privaten Kliniken um 60.1 Mio. Franken auf 99 Mio. Franken zugenommen. Bei den öffentlichen Spitälern ist ein starker Anstieg um 172 Mio. Franken auf 1.33 Mrd. Franken zu verzeichnen. Ein wesentlicher Teil dieses Anstiegs ist auf das CHUV zurückzuführen. Gemäss KZSS haben die Erträge aus GWL beim CHUV allein zwischen 2016 und 2018 um rund 82 Mio. Franken zugenommen. Bei den subventionierten Einrichtungen blieb der Umfang der Abgeltungen von GWL in etwa konstant.

Tabelle 23 weist die kantonalen Gesamtsubventionen für 2018 und im Vergleich zu 2013 aus. In der Waadt belaufen sich die Subventionen 2018 insgesamt auf 701 Mio. Franken. Das sind 6'097 Franken pro Fall und 1'593 Franken mehr gegenüber 2013. Der Anstieg kann grösstenteils mit den höheren Subventionszahlungen an das CHUV erklärt werden. Die niedrigsten Zuschüsse pro Fall verzeichnet mit 505 Franken der Kanton Zug. Im Kanton Jura haben sich die Gesamtsubventionen pro Fall um 40 Prozent reduziert.

Tabelle 22: Änderung der Subventionen in Franken 2018/2013, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft

2013/2018	PRIV		SUBV		OEFF		TOTAL	
<b>Gesamt</b>	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
GWL	+60'111'283	+154.5%	+2'811'415	+0.8%	+172'328'249	+14.9%	+235'250'947	+15.1%
Basisfallwert	0		+1'778'776	+1.2%	+20'204'187	+10.7%	+21'982'963	+6.4%
Investitionen	0		-12'695'687	-8.1%	+60'915'275	+38.1%	+48'219'588	+15.2%
<b>Total</b>	<b>+60'111'283</b>	<b>+154.5%</b>	<b>-8'105'497</b>	<b>-1.2%</b>	<b>+253'447'711</b>	<b>+16.8%</b>	<b>+305'453'497</b>	<b>+13.8%</b>
<b>Pro Fall</b>	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
GWL	+203	+130.9%	-96	-10.6%	+162	+7.0%	+65	+4.8%
Basisfallwert			-40	-10.3%	+12	+3.1%	-9	-3.1%
Investitionen			-74	-18.5%	+91	+28.7%	+14	+4.9%
<b>Total</b>	<b>+203</b>	<b>+130.9%</b>	<b>-210</b>	<b>-12.4%</b>	<b>+265</b>	<b>+8.8%</b>	<b>+70</b>	<b>+3.6%</b>

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnung: Universität Basel.

Mit 245 Mio. Franken oder 54 Prozent haben die Gesamtsubventionen in der Waadt am stärksten zugenommen. Ebenfalls ist dort das Wachstum der Gesamtinvestitionen pro Fall am höchsten. Der Kanton Basel-Stadt hingegen hat die Gesamtsubventionen in diesen fünf Jahren um 29 Mio. Franken oder 15.2 Prozent reduziert. Noch stärker ist der relative Rückgang mit -40.3 Prozent im Kanton Jura. Das stärkste relative Wachstum verzeichnet hingegen Appenzell-Ausserrhodan mit 150 Prozent.

Tabelle 23: Gesamtsubventionen nach Kanton, 2018 und im Vergleich zu 2013

	Absolut			Pro Fall	
	2018	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2018	abs. Δ 2013
AG	66'836'452	-3'274'054	-4.7%	742.7	-109.1
AI	3'975'078	+732'835	+22.6%	4'274.3	+539.0
AR	7'557'579	+4'535'833	+150.1%	532.7	+309.0
BE	271'265'024	+5'723'641	+2.2%	1'475.9	-93.8
BL	34'457'987	+60'836	+0.2%	1'143.9	+92.8
BS	161'866'939	-28'933'492	-15.2%	2'340.0	-836.6
FR	79'314'744	-17'450'456	-18.0%	2'711.6	-794.5
GE	343'582'496	+55'330'432	+19.2%	5'333.3	+976.4
GL	7'114'059	-364'881	-4.9%	1'464.7	-211.4
GR	56'832'630	+931'385	+1.7%	1'605.9	-67.1
JU	16'484'901	-11'124'815	-40.3%	2'031.9	-1'730.7
LU	51'837'191	+4'613'994	+9.8%	909.9	-65.3
NE	72'154'300	-3'044'338	-4.0%	3'747.1	-694.6
NW	6'395'599	-380'356	-5.6%	1'150.7	-378.5
OW	7'413'864	-2'382'360	-24.3%	2'069.2	-1'528.4
SG	67'603'394	-3'649'295	-5.1%	820.9	-133.9
SH	14'644'706	-11'704'966	-44.4%	1'398.5	-1'472.2
SO	66'671'898	-3'482'829	-5.0%	2'038.7	-375.3
SZ	12'946'146	-5'079'547	-28.2%	746.4	-508.7
TG	19'323'019	-1'454'318	-7.0%	601.8	-95.6
TI	46'966'547	-2'765'554	-5.6%	790.4	-74.3
UR	7'638'538	+1'013'102	+15.3%	1'768.2	-19.6
VD	700'857'002	+245'402'657	+53.9%	6'097.4	+1'593.0
VS	34'616'192	+2'078'806	+6.4%	922.0	-13.6
ZG	7'443'037	+734'954	+11.0%	505.3	-10.8
ZH	354'460'399	+79'386'286	+28.9%	1'492.8	+177.8
CH	2'520'259'719	+305'453'497	+13.8%	2'001.8	+69.9

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2018). Berechnungen: Universität Basel.

Abschliessend beleuchtet Tabelle 24 die Gesamtsubventionen der Kantone noch aus einer weiteren Perspektive. Die erste Spalte zeigt die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau der privaten Spitäler.<sup>15,16</sup> Mit 10'174 bzw. 10'120 Franken pro Fall (Fallgewicht = 1.0) sind die OKP-Erträge in Genf und Basel-Stadt am höchsten, mit 9'135 Franken in Appenzell-Innerrhoden am niedrigsten. Der Aufschlag auf die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau privat ist aufgrund der höheren Basisfallwerte von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen mit 365 Franken in den Kantonen Glarus und Schwyz am höchsten und mit 154 Franken in Appenzell-Ausserrhoden am nied-

<sup>15</sup> Die Beträge verstehen sich pro stationären Fall im Kanton (Listenspitäler und Vertragsspitäler). Die Angaben zum Basisfallwert stehen nur für die Listenspitäler zur Verfügung. Somit wurde die Schätzung der Quersubventionierung nur für diese Spitäler vorgenommen. Die Summe der Basisfallwerte privates Niveau plus Subventionierung über den Basisfallwert entspricht daher nicht dem durchschnittlichen Basisfallwert im Kanton, sondern bewegt sich leicht darunter.

<sup>16</sup> Allgemein entspricht das Preisniveau privat dem hypothetischen Preisniveau, welches vorherrschen würde, wenn die öffentlichen Anstalten keinen Preisaufschlag auf ihren Basisfallwert hätten. Das Preisniveau privat kann auch dann berechnet werden, wenn es in einem Kanton keine private Klinik gibt. Das private Preisniveau entspricht dort dem Preisniveau der öffentlichen Spitäler, unter der Annahme, dass der vom Modell geschätzte Aufschlag für öffentliche Spitäler wegfällt.



rigsten. Die verdeckten Investitionshilfen für öffentliche und subventionierte Spitäler sind mit 778 Franken, bezogen auf die Anzahl behandelter Patienten, in Genf am höchsten. Mit gerade einmal 72 Franken pro stationären Austritt erreichen die verdeckten Investitionen im Kanton Thurgau einen Tiefstwert.

Tabelle 24: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall (Fallgewicht = 1.0), Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2018

In Franken	OKP-Ertrag Preisniveau privat	Subventionsbeiträge			Bruttoertrag
		höhere Basisfallwerte	Investitionen	GWL	
AG	9'362	306	273	148	10'089
AI	9'135	345	261	4'988	14'729
AR	9'361	154	135	320	9'969
BE	9'813	231	269	852	11'165
BL	9'521	264	234	719	10'738
BS	10'120	239	206	1'565	12'129
FR	9'236	244	390	2'226	12'097
GE	10'174	286	778	3'812	15'050
GL	9'385	365	231	931	10'913
GR	9'369	333	226	1'183	11'112
JU	9'304	344	537	1'667	11'852
LU	9'456	337	213	208	10'213
NE	9'238	284	269	3'578	13'369
NW	9'242	339	278	769	10'628
OW	9'274	345	138	2'059	11'816
SG	9'526	312	232	262	10'331
SH	9'204	294	283	919	10'700
SO	9'261	340	335	1'455	11'391
SZ	9'407	365	272	258	10'301
TG	9'273	301	72	238	9'885
TI	9'140	220	261	234	9'854
UR	9'274	345	134	1'585	11'338
VD	9'874	295	262	5'644	16'076
VS	9'180	310	462	87	10'040
ZG	9'340	245	265	77	9'927
ZH	9'738	284	206	845	11'073
CH	9'635	279	277	1'357	11'548

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). Berechnungen: Universität Basel.

Die letzte Kolonne in Tabelle 24 weist für die einzelnen Kantone den Bruttoertrag pro behandelten Fall aus, einschliesslich der drei Subventionsbeiträge. Mit 16'076 Franken ist der Bruttoertrag in der Waadt am höchsten, während die Kantone Tessin, Thurgau, Zug und Appenzell-Ausserrhodens Bruttokosten von unter 10'000 Franken ausweisen. Die Bruttoerträge pro Fall sind im Kanton Waadt damit um 63 Prozent höher als im Kanton Tessin. Im Durchschnitt betragen sie landesweit 11548 Franken pro stationären Fall.

## 4. Bereitstellung und Finanzierung von Vorhalteleistungen

Vorhalteleistungen sind ein wichtiger Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Da die Nachfrage bei Notfällen und dringlichen Eingriffen fluktuiert, werden gewisse Reservekapazitäten benötigt, um ein plötzlich erhöhtes Patientenaufkommen bedienen zu können. Der gesellschaftliche Wert von Reservekapazitäten wird einem in Zeiten von COVID-19 vor Augen geführt – ein entscheidender Grund, sich mit dem Thema zu befassen.

Wir zeigen im Folgenden den theoretischen Zusammenhang zwischen dem Grad an Versorgungssicherheit und den damit verbundenen Kosten auf. Anders als beim konkreten Spitalfall profitiert nicht der einzelne Patient, sondern die gesamte Bevölkerung von den Reservekapazitäten in den Spitälern. Daher stellt sich die Frage, wie die zusätzliche Infrastruktur sowie die Vorhalteleistungen beim Personal finanziert werden sollten, damit dies auch verursachergerecht erfolgt und keine Unter- oder Fehlversorgung entsteht.

Zudem interessiert der Zusammenhang zwischen der Spitalgrösse und den Kosten der Versorgungssicherheit. Zu überlegen ist auch, ob Reservekapazitäten über Spitäler hinweg koordiniert werden können. Relativ grosse Versorgungsgebiete benötigen pro Kopf der Bevölkerung und bei einem identischen Versorgungsniveau eine geringere Anzahl von Betten als kleine Versorgungseinheiten. Andererseits sind aufgrund der zeitlichen Erreichbarkeit eines Spitals im Notfall der Grösse der Versorgungsräume natürliche Grenzen gesetzt.

Ein weiterer Aspekt zeigt sich aktuell in der Coronakrise. Vorhalteleistungen können mittelfristig generiert werden, indem elektive Eingriffe verschoben und damit Betten und Personal freigemacht werden. Die Möglichkeit der Nutzung von Ressourcen ist jedoch stark davon abhängig, wie hoch der Anteil der ansonsten elektiv behandelten Patienten ausfällt. Um etwas mehr über das Ausmass der mittelfristig verfügbaren Ressourcen aussagen zu können, werten wir Falldaten der Medizinischen Statistik (MS) aus. Aus dieser Statistik geht beispielsweise hervor, wie viele Patienten an jedem Tag des Jahres entweder elektiv, als Notfall oder für eine Geburt stationär in ein Spital einrücken.

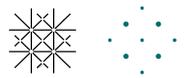
### 4.1 Vorhalteleistungen als Optionsgut

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen bei Notfällen und dringlichen Eingriffen ist nicht konstant. Sie ist in einem hohen Masse zufällig, wenn es auch systematische saisonale, tagesweise und stundenweise Determinanten gibt. Gleichzeitig braucht der Aufbau von stationären Kapazitäten Zeit. Schliesslich bedeutet die Vorhaltung von Kapazitäten einen Ressourcenaufwand.<sup>17</sup> Daraus ergibt sich ein ökonomisches Problem der optimalen Vorhaltung von freien stationären Kapazitäten, die dann zur Verfügung stehen, wenn die Nachfrage nach Spitalbehandlung besonders hoch ist. Das ist regelmässig vornehmlich gegen Ende des Winters der Fall, wenn eine Grippewelle im Anlauf ist. Ganz anschaulich hat die Schweizer Bevölkerung dies im Zuge der Coronakrise erlebt, als der Bundesrat in Erwartung einer explodierenden Nachfrage nach Spitalbehandlungen am 16. März 2020 per Notverordnung die Spitäler anwies, elektive Behandlungen zurückzustellen und Abteilungen, insbesondere Intensivstationen, für die Behandlung von Covid-19 Patienten freizuhalten. Die freigehaltene Kapazität ist ein Puffer, um die steigende Nachfrage nach Behandlungen abfangen zu können.<sup>18</sup>

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu verstehen, dass Vorhalteleistungen über das blosse «Vorhalten» von Betten hinausgehen; das BVGer sieht dahinter eine «organisatorische Ausrichtung eines Spitals auf die Behandlung dringender Fälle» (siehe Entscheid BVGer C 2283/2013, E.21.3.3). Einerseits bedingen freie Aufnahmekapazitäten *physische Reserven* an Kojen, Intensivpflegebetten, Akutbetten, Geräten, Pflegepersonal, Ärzten sowie zusätzliche Lagerbestände für Verbrauchsmaterial und Medikamente. Dies allein bedingt höhere Betriebskosten, zusätzliche

<sup>17</sup> Vorhalteleistungen werden auch für Elektivpatienten benötigt, wenn auch in einem geringeren Umfang. So können bspw. nach einem Eingriff Komplikationen auftreten, welche dazu führen, dass ein Patient auf die IPS gebracht und dort betreut werden muss.

<sup>18</sup> In der Krankenversicherung haben Reserven eine ähnliche Funktion. Sie moderieren das Insolvenzrisiko von Versicherern. Art. 12 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung regelt die Mindestreserven, indem ein Schwellenwert vorgeschrieben wird, der mit 99% Sicherheit Ende Jahr nicht unterschritten werden darf. Somit hängt die Höhe des Schwellenwerts von der Varianz der jährlichen Krankenpflegekosten ab, die ihrerseits eine Funktion der Anzahl Versicherten eines Krankenversicherers abhängt.



organisatorische Vorkehrungen (z. B. die Einrichtung von Pikettdiensten, Präsenzdiensten) und einen höheren Anteil an unproduktiver Arbeitszeit für das Personal.

Ein zweiter, ebenfalls zentraler Aspekt ist die *organisatorische Flexibilität* eines Spitals mit Notfallstation, je nach Betriebslage zusätzliche Kapazitäten in kurzer bzw. mittlerer Frist zur Verfügung zu stellen. Dabei handelt es sich um Ressourcen, die bei einer normalen Betriebslage ausgelastet sind. Kommt es jedoch zu vermehrten Notfalleintritten, kann die Infrastruktur und das Personal kurzfristig umgenutzt werden. Beispielsweise können elektive Eingriffe verschoben werden, wenn eine notfallmässige Operation durchgeführt werden muss. Die Verschiebung von elektiven Eingriffen bedeutet wiederum zusätzliche administrative Kosten, wenngleich diese – im Vergleich mit der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten – relativ gering ausfallen.

Nach ökonomischem Verständnis handelt es sich bei den stationären Vorhalteleistungen um ein Optionsgut. Dieses steht der Bevölkerung zur Verfügung, unabhängig davon, ob ihre einzelnen Mitglieder eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen oder nicht. Insofern ziehen alle einen Nutzen aus der Existenz dieses Gutes. Optionsgüter haben die Eigenschaften von öffentlichen Gütern. Es besteht dabei keine Rivalität im Konsum und Einzelne können vom Konsum dieser Güter nicht ausgeschlossen werden. Dies führt grundsätzlich zu einer Unterversorgung mit diesem Gut, da im freien Markt für den Einzelnen wenig Anreize bestehen, das Gut bereitzustellen oder die finanziellen Mittel dafür zur Verfügung zu stellen (Problem des Freifahrverhaltens). Daher muss die Bereitstellung durch den Staat organisiert werden. Bei stationären Vorhalteleistungen kommen aber auch die Versicherer in Frage, das Angebot dieses Optionsgutes sicherzustellen.

Stationäre Vorhalteleistungen sind allerdings nicht als reine öffentliche Güter zu bezeichnen, da die Ausschliessbarkeit im Konsum grundsätzlich möglich wäre. Nichtsdestotrotz möchte man diese im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht anwenden bzw. wäre sie politisch auch nicht durchsetzbar.<sup>19</sup> Da der Nutzen aus dem Konsum dieses Optionsgutes allen Versicherten zukommt, ist es sinnvoll, alle an der Finanzierung zu beteiligen. Im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich das vergleichsweise einfach in Form einer Umlage organisieren, die die Versicherer proportional zu ihrer jeweiligen Versichertenzahl leisten. Alternative wäre es auch möglich, dass die Versicherer mit den einzelnen stationären Einrichtungen individuell eine Abgeltung für den Optionsnutzen vereinbaren. Dabei träte allerdings wieder das Problem des Freifahrverhaltens auf, wenn auch in deutlich abgeschwächter Form. Wir gehen in Abschnitt 4.4 detailliert auf die einzelnen möglichen Finanzierungsformen von Vorhalteleistungen ein.

## 4.2 Elektive und Notfallbehandlungen in Schweizer Spitälern

Notfalleintritte unterliegen einer starken Stochastik. Bereits im Tages- und Wochenverlauf ergeben sich grosse Schwankungen. Diese sind stark mit dem Aktivitätsgrad der Menschen verknüpft. Während eines Wochentages ist die Auslastung morgens um 4 Uhr gewöhnlich eher gering, während sie am Samstagabend eher hoch sein wird. Die Schwankungen im Jahresverlauf lassen sich ebenfalls durch viele nachfrageseitige Faktoren erklären. Grippe-Wellen im Winter, Skiunfälle im Januar und Februar oder Hitzewellen und Badeunfälle im Sommer führen in der Tendenz zu mehr Notfalleintritten in den Spitälern. Darüber hinaus zeigt das Beispiel COVID-19, dass es unwahrscheinliche Ereignisse geben kann, die extreme Konsequenzen nach sich ziehen («schwarzer Schwan»). Im Vergleich mit den saisonalen Schwankungen, die man bis zu einem gewissen Grad antizipieren kann, sind diese Ereignisse kaum vorherzusehen.

---

<sup>19</sup> Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit Patienten auszuschliessen, eine Eigenschaft einer optimalen Bewirtschaftung einer Reservekapazität ist. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat zu Beginn der Coronakrise die Richtlinien zum Zugang zu Intensivstationen erneuert und u.a. festgehalten, dass dabei der Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung Priorität einzuräumen ist, vgl. SAMW (2020) und Felder (2020). Im Übrigen ist die Aufnahmepflicht eines Listenspitals gemäss Art. 41a nicht absolut formuliert, sondern auf den Rahmen seines Leistungsvertrags und seiner Kapazitäten beschränkt.

Die folgenden Auswertungen basieren auf Einzeldaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Der Datensatz beinhaltet alle stationären Akutfälle in der Schweiz im Jahr 2018, insgesamt rund 1.27 Mio. Fälle. Diese verteilen sich auf 178 Spitäler. Für jeden Fall ist bekannt, ob es sich um einen Notfalleintritt, einen elektiven Eintritt oder um einen anderen Fall handelt (z. B. im Spital geborenes Kind). Des Weiteren sind die Fälle mit einem tagesgenauen Eintritts- sowie Austrittsdatum sowie einer anonymen Spitalnummer und dem Kanton des Leistungserbringers ausgestattet. Mit diesen Informationen lassen sich für sämtliche Spitäler die Anzahl der Eintritte, die Zahl der Austritte, sowie der Bestand für jeden Tag des Jahres getrennt nach Notfällen und elektiven Eintritten berechnen.

Tabelle 25 gibt einen Überblick über die Anzahl Notfälle sowie die Zahl der elektiven Eintritte je Spitalkategorie. Dabei offenbaren sich deutliche Grössenunterschiede zwischen den Spitälern. Die grossen Universitätsspitäler (>29'999 Fälle) verzeichneten im Jahr 2018 im Durchschnitt 41'278 Austritte, davon waren mehr als die Hälfte Notfälle. Der Anteil der Notfälle am Gesamt der Austritte ist ebenfalls stark von der Spitalgrösse abhängig. Die kleinen Grundversorger und Spezialkliniken versorgen verhältnismässig weitaus weniger Notfälle als die grösseren Zentrumsversorger und Universitätskliniken.

Eine Auswertung der Austritte nach dem Kriterium «anerkannte Notfallstation» ist nicht möglich, da die Datenquelle nicht mit den Kennzahlen der Schweizer Spitäler verknüpft werden darf. Wir berechnen jedoch eine Hilfsgrösse und bezeichnen jene Spitäler als Spitäler mit Notfallstation, für die der Anteil der Notfälle auf Jahresbasis über 5% liegt.<sup>20</sup> Die Statistik zeigt, dass Spitäler ohne Notfallstation trotzdem einen – wenngleich sehr geringen – Prozentsatz an Notfällen behandeln (1.9%). Bei den anderen 129 Spitälern, die diese 5%-Hürde übertreffen, teilen sich die Fälle in etwa hälftig auf Notfälle und andere Austritte auf.

Bezogen auf die sieben Schweizer Grossregionen ist die durchschnittliche Spitalgrösse im Mittelland mit 9'104 Austritten am höchsten, während die Ostschweiz mit 5'370 Austritten im Durchschnitt die kleinsten Spitäler aufweist. In Bezug auf die Grossregion des Spitals fällt zudem auf, dass der Anteil der Notfälle an allen stationären Fällen im Tessin mit 53.8% weitaus höher ausfällt als im landesweiten Schnitt (46.6%). Wie die folgenden Grafiken noch zeigen werden, ist dieser Umstand primär einer allgemein höheren Inzidenz von Notfällen geschuldet.

Eine Auswertung der Bettenbelegung deckt ebenfalls Interessantes auf. Diese wurde anhand des Totals der Spitaltage aller Patienten und der Bettenbetriebsdauer berechnet. Die Bettenbelegung ist bei den Universitätsspitalern und grossen Zentrumsversorgern mit Abstand am höchsten. Im Jahresmittel beträgt sie in dieser Grössenkategorie 85% und mehr. Die Belegung sinkt bei kleineren Spitälern und Geburtshäusern rapide ab. Die Betten der

### Definition von Notfällen und elektiven Eingriffen

Die Unterscheidung von Notfällen und elektiven Eingriffen lässt sich mit der Dringlichkeit der Versorgung vornehmen. Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) unterscheidet bei Eingriffen nicht nur zwischen Notfall und elektiv, sondern zwischen vier Dringlichkeitsstufen.

- **Notfall <1h, vital** («sofortiger Eingriff notwendig»; vitaler Notfall, der eine sofortige Versorgung erfordert)
- **Notfall 1-6h, nicht vital** («dringlicher Eingriff»; nicht vitaler Notfall, der jedoch eine dringliche Versorgung innerhalb von 6h erfordert)
- **Notfall 6-24h, nicht vital** («aufgeschoben dringlicher Eingriff»; nicht vitaler Notfall, der eine Versorgung innerhalb von 24h erfordert)
- **Elektiv** (Eingriffe, die planbar sind und nicht dringlich durchgeführt werden müssen)

Gemäss dem Detailkonzept zur Medizinischen Statistik wird die Eintrittsart als «Notfall» bezeichnet, wenn eine Behandlung innerhalb von 12 Stunden erforderlich ist. Ist dieses Kriterium nicht erfüllt, wird der Fall als «Elektiveintritt» verbucht. Die Abgrenzung zwischen den beiden Kategorien wird vom Spital vorgenommen, was die Angabe etwas subjektiv erscheinen lässt.

<sup>20</sup> Gemäss KZSS verfügen 105 Spitäler über eine Notfallstation. Die Zuteilung auf der Basis der 5%-Hürde ist daher nicht perfekt.



kleinsten Spitäler (bis 2'999 Fälle) sind im Mittel zu nur rund zu zwei Dritteln belegt (68.5%). Auch über die Grossregionen hinweg ergeben sich signifikante Unterschiede; die mittlere Bettenbelegung bewegt sich dabei in einer Bandbreite von 78.2% (Zürich) und 87.7% (Zentralschweiz), was einer Spanne von fast 10 Prozentpunkten entspricht. Es fällt auf, dass die beiden Grossregionen mit durchschnittlich kleinen Spitälern (Ostschweiz, Tessin) eine unterdurchschnittliche Belegung aufweisen (81.2% bzw. 79.0%).

Tabelle 25: Austritte und Bettenbelegung nach Spitaltyp (Mittelwerte)

Spitalkategorie <sup>a</sup>	Anzahl	Anzahl Austritte			Bettenbelegung	
		Notfälle	Elektiv	Total*	Notfälle in %	in %
> 29'999 Fälle	8	20'725	16'170	41'278	50.21	86.87
> 8'999 Fälle	35	8'434	6'406	16'229	51.97	85.09
> 5'999 Fälle	23	2'881	3'818	7'372	39.08	78.31
> 2'999 Fälle	26	1'535	2'476	4'323	35.51	72.05
bis 2'999 Fälle	86	223	643	918	24.25	68.49
> 5% Notfälle	129	4'534	3'786	9'163	49.48	83.49
bis 5% Notfälle	49	29	1'482	1'574	1.86	67.40
Genferseeregion	31	3'352	3'145	7'232	46.35	82.09
Espace Mittelland	30	4'217	4'103	9'104	46.32	84.05
Nordwestschweiz	30	2'853	2'908	6'294	45.33	86.51
Zürich	30	3'402	3'706	7'842	43.38	78.22
Ostschweiz	33	2'668	2'242	5'370	49.69	81.19
Zentralschweiz	14	3'499	3'186	7'320	47.80	87.71
Tessin	10	3'120	2'346	5'804	53.75	79.00
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>3'294</b>	<b>3'152</b>	<b>7'074</b>	<b>46.56</b>	<b>82.45</b>

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2018), Krankenhausstatistik (2018), Sonderauswertung. Berechnung: Universität Basel.

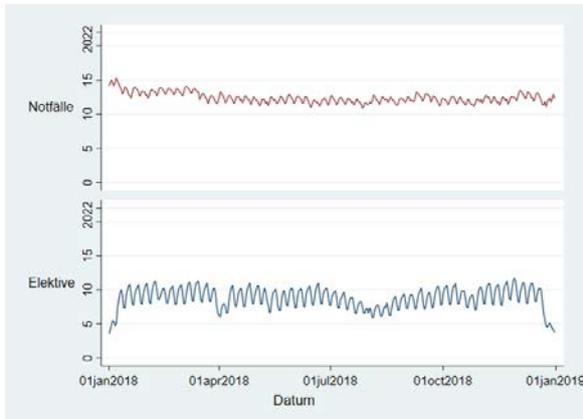
Anmerkungen: \* inkl. Kategorie «andere».

<sup>a</sup> Die Einteilung erfolgt ausschliesslich nach der Fallzahl und nicht zusätzlich wie in der KZSS nach der Versorgungsstufe

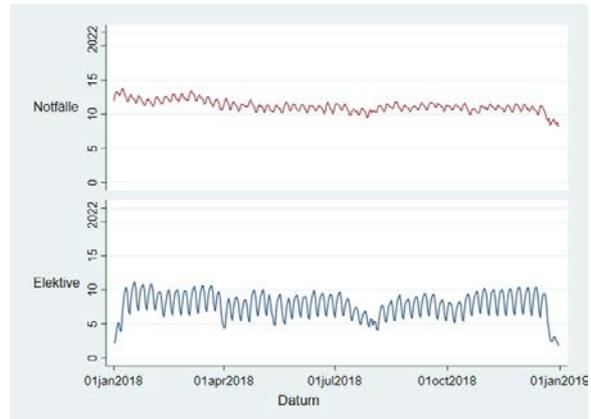
Abbildung 6 zeigt die Bettenbelegung in den sieben Grossregionen der Schweiz im Jahresverlauf. Die Zahl entspricht der Anzahl Patienten, die an einem bestimmten Tag im Spital waren, hochgerechnet auf 10'000 Einwohner der Grossregion. Die elektiven Eintritte (blau) scheinen viel stärker zu schwanken als die Notfälle (rot). Die Belegung mit Notfallpatienten liegt in vielen Grossregionen ganzjährig zwischen 10 und 15 Patienten pro 10'000 Einwohner und schwankt nicht sehr stark. Eine Ausnahme bildet das Tessin, wo die Zahl der Notfälle zwischen 15 und 20 Patienten schwankt. In den meisten Regionen ist die Belegung im ersten Quartal (Januar bis März) etwas höher als während des restlichen Jahres. Gründe dafür können Wintersportunfälle oder die Grippewelle sein. Letztere fiel im Zeitraum 2017/2018 vergleichsweise stark aus. Zudem ist in einigen Regionen ein kleiner Rückgang kurz vor dem Jahreswechsel zu sehen (bspw. im Mittelland und der Nordwestschweiz).

Die hohe Varianz bei den elektiven Fällen ist auf zwei Effekte zurückzuführen. Erstens fällt ein starker Tageseffekt ins Auge. Die Belegung schwankt im Wochenrhythmus um bis zu 5 Patienten pro 10'000 Einwohner. Ein abgeschwächter Tageseffekt scheint es indes auch bei den Notfällen zu geben; allerdings gibt die Grafik keinen Hinweis darauf, ob die Belegung im selben Rhythmus schwankt wie bei den elektiven Fällen.

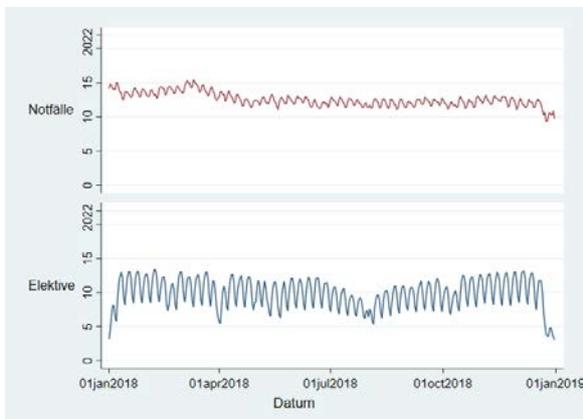
Abbildung 6: Bettenbelegung im Jahresverlauf, nach Art des Spitaleintritts und Grossregion  
(pro 10'000 Einwohner)



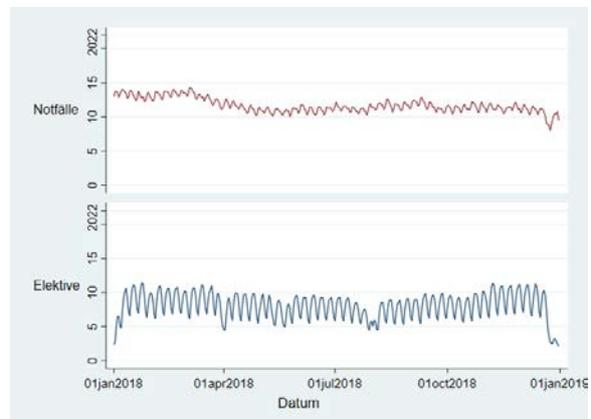
Genferseeregion (GE, VD, VS)



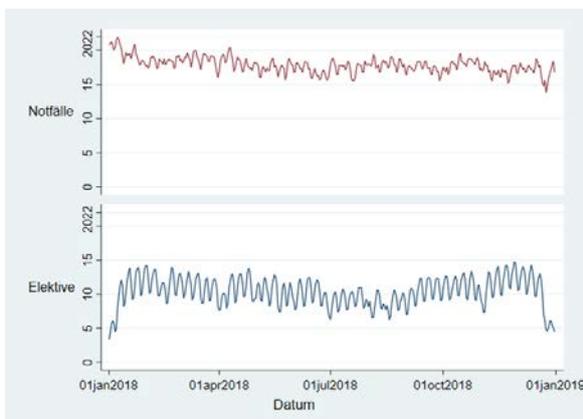
Mittelland (BE, SO, FR, NE, JU)



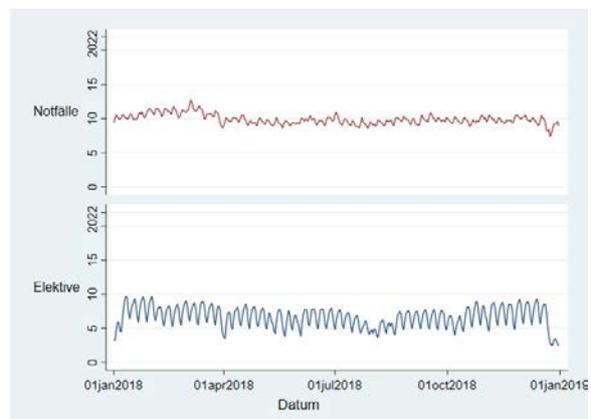
Nordwestschweiz (BS, BL, AG)



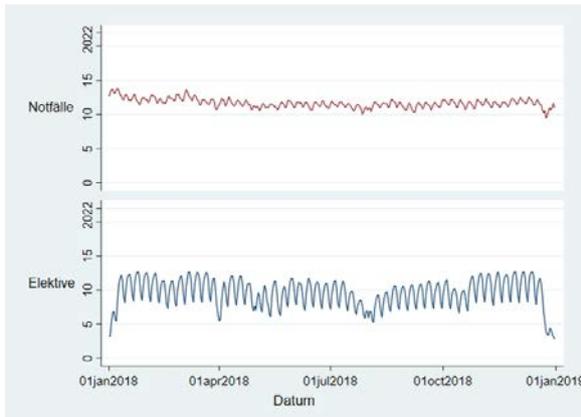
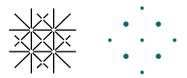
Ostschweiz (SG, TG, AI, AR, GL, SH, GR)



Tessin (TI)



Zentralschweiz (UR, SZ, OW, NW, LU, ZG)



Zürich (ZH)

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2018), Krankenhausstatistik (2018), Sonderauswertung. Berechnung: Universität Basel.

Zweitens werden zwei saisonale Effekte deutlich. Im Juli geht die Belegung mit elektiven Patienten tendenziell zurück, wobei die Stärke des Effekts von der Grossregion abhängt. Überall zu sehen ist hingegen ein starker Rückgang zum Ende des Jahres und ein wiederum starker Anstieg der Belegung Anfang Jahr. Diese Beobachtung spricht dafür, dass die Zahl der Eingriffe ab Mitte Dezember stark zurück- und erst Anfang Jahr wieder hochgefahren wird. Auf die Tages- und saisonalen Effekte wird im Weiteren noch detaillierter eingegangen.

### Statistische Unsicherheit

Ein Rechenbeispiel soll die statistische Unsicherheit aufzeigen. Bei einer Bevölkerung von 100'000 Personen und einer Wahrscheinlichkeit für einen Notfalleintritt von 5% pro Jahr und Person ergeben sich im Mittel knapp 14 Eintritte pro Tag (=100'000 \* 5% / 365).

Mit 90-prozentiger Sicherheit werden höchstens 19 Personen die Notfallstation während eines Tages aufsuchen. Nur an einem von 100 Tagen sind 23 oder mehr Patienten auf der Notfallstation zu erwarten. Möchte man sogar 99.999% der Fälle abdecken können, so hat sich eine Notfallstation auf 32 Personen pro Tag einzustellen. Dieses simple Beispiel zeigt den positiven Zusammenhang zwischen dem Grad der Versorgungssicherheit und den notwendigen Reservekapazitäten auf. Für das hohe Sicherheitsniveau sind 68% mehr Ressourcen nötig als für das Versorgungsniveau von 90%.

Lockert man die strikte Annahme für eine konstante Eintrittswahrscheinlichkeit während des Jahres, so erhöht sich die notwendige Reservekapazität entsprechend.

Gemäss unserer Hypothese sollte die Zahl der Notfälle bei kleinen Spitälern wesentlich stärker schwanken als bei grossen Grundversorgern und den Zentrumsspitalern. Dies hat mit dem Gesetz der grossen Zahl zu tun (vgl. Kasten «Statistische Unsicherheit»). Dieses Argument gilt bspw. auch für das Versicherungswesen. Kleine Unternehmen mit wenig Versicherten können rasch in finanzielle Schwierigkeiten geraten, wenn ein paar wenige Versicherte plötzlich schwer erkranken bzw. einen Schaden anmelden. Diese kleinen Versicherungsunternehmen brauchen daher verhältnismässig höhere Reserven als ein grosses Versicherungsunternehmen, welches solche «Schocks» viel besser abfedern kann.

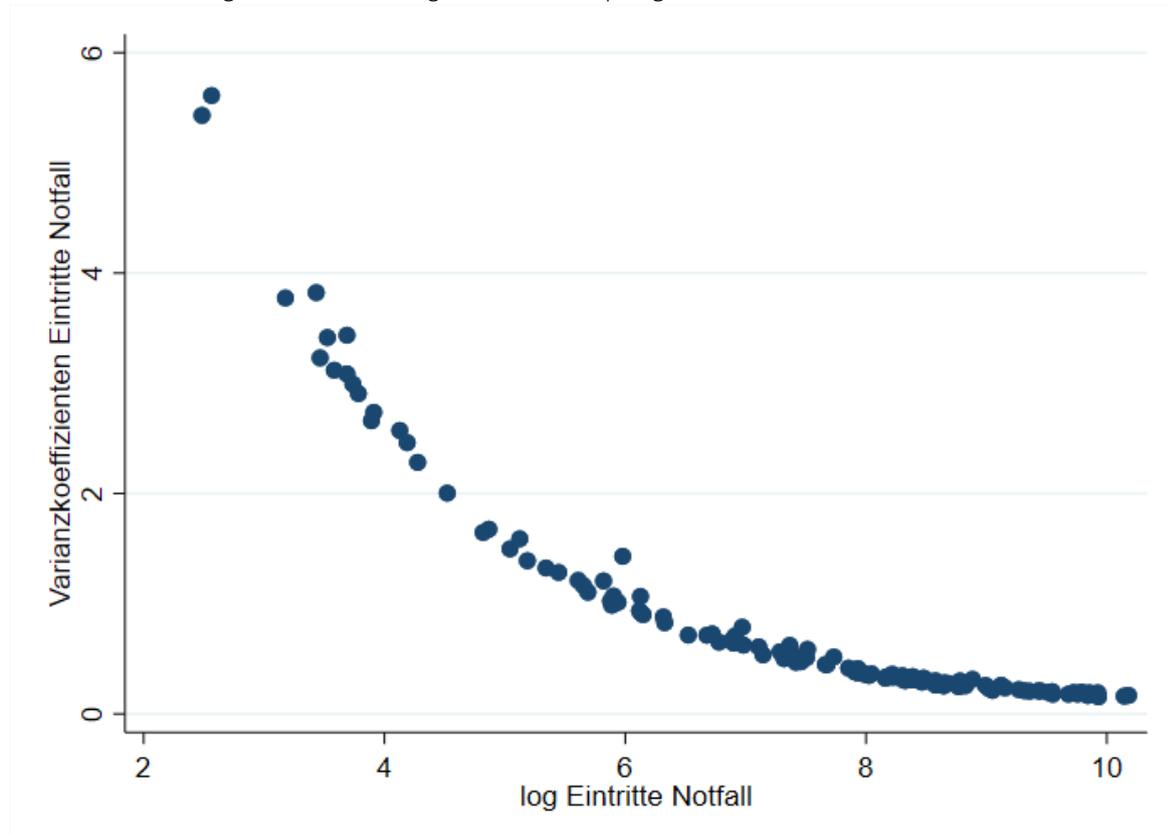
Abbildung 7 zeigt diesen Zusammenhang für die beobachteten Spitäler grafisch auf. Wir beschränken uns dabei auf Spitäler mit einer Notfallaufnahme (>5% Notfälle). Horizontal ist die Spitalgrösse anhand der Anzahl Notfalleintritte auf Jahresbasis abgetragen. Die Werte sind logarithmiert, damit der grafische Verlauf bei den vielen kleinen und mittleren Spitälern besser zum Tragen kommt. Vertikal abgebildet ist ein Mass für die Varianz der Notfalleintritte im Jahresverlauf.<sup>21</sup> Es ist ein stark negativer Zusammenhang zwischen der Spitalgrösse und der statistischen Unsicherheit bei den Notfällen zu sehen. Die kleinen Spitäler weisen Werte um

Abbildung 7 zeigt diesen Zusammenhang für die beobachteten Spitäler grafisch auf. Wir beschränken uns dabei auf Spitäler mit einer Notfallaufnahme (>5% Notfälle). Horizontal ist die Spitalgrösse anhand der Anzahl Notfalleintritte auf Jahresbasis abgetragen. Die Werte sind logarithmiert, damit der grafische Verlauf bei den vielen kleinen und mittleren Spitälern besser zum Tragen kommt. Vertikal abgebildet ist ein Mass für die Varianz der Notfalleintritte im Jahresverlauf.<sup>21</sup> Es ist ein stark negativer Zusammenhang zwischen der Spitalgrösse und der statistischen Unsicherheit bei den Notfällen zu sehen. Die kleinen Spitäler weisen Werte um

<sup>21</sup> Es handelt sich dabei um den sogenannten Variationskoeffizienten. Dieser berechnet sich als  $\text{VarK}(X) = \sqrt{\text{Var}(X)}/E(X)$  und macht die Streuung von Variablen mit unterschiedlichen Mittelwerten ( $E$ ) besser vergleichbar als die Varianz ( $\text{Var}$ ) bzw. die Standardabweichung ( $\sqrt{\text{Var}}$ ).

die 5.5 auf. Dies bedeutet, dass die Standardabweichung der Notfalleintritte den Mittelwert (Erwartungswert) maximal um das 5.5-fache übersteigt. Bei den mittelgrossen und grossen Spitälern fällt der Wert rasch und markant unter 1. Die Unsicherheit bezüglich der täglichen Notfalleintritte ist in diesen Häusern relativ klein und die Nachfrage daher wesentlich besser planbar als bei den kleineren Konkurrenten.

Abbildung 7: Zusammenhang zwischen der Spitalgrösse und der Varianz der Notfalleintritte



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2018), Krankenhausstatistik (2018), Sonderauswertung. Berechnung: Universität Basel.

Anmerkung: Spitäler mit mindestens 5% Anteil an Notfällen (129 Spitäler)

Die Vorteile von grösseren Einrichtungen in der Bewältigung der Schwankung der Notfälle illustrieren wir im Folgenden mit einem Gedankenexperiment. Wir stellen uns vor, dass die Spitäler ihre Reservevorhaltungen auf Kantonsebene miteinander verbinden würden. Tabelle 26 zeigt das Angebot an Akutbetten Betten pro Tag in den einzelnen Kantonen. Es berechnet sich aus dem Quotienten der Betriebsdauer von Akutbetten und 365. Dabei wurden nur Häuser mit mindestens 5 Prozent Notfallanteil berücksichtigt. Das entsprechende tägliche Angebot an Betten wird dann verglichen mit der durchschnittlichen täglichen Nachfrage nach Betten im Kanton. Der Auslastungsgrad beträgt landesweit 82%; von den rund 23'000 Betten sind im Jahresschnitt rund 19'000 belegt.

Für die «Verbundspitäler» auf Kantonsebene gibt Kolonne E den Variationskoeffizienten der täglichen Bettenbelegung an. Dieser Koeffizient liegt in den meisten Kantonen deutlich unter eins. Kolonne F zeigt den ungewichteten mittleren Variationskoeffizienten aller Spitäler eines Kantons. Dieser ist deutlich grösser, bis zu einem Faktor 13.5 im Fall von Zürich. Dies verdeutlicht nochmals die Wirkung des Gesetzes der grossen Zahl. Kombinierte man die Bettenbelegung auf Kantonsebene, würde deren Schwankung deutlich abnehmen. Geschähe dies landesweit, nähme der Variationskoeffizient gar um den Faktor 87 ab. Wenn man also eine gewisse Versorgungssicherheit plant, kommt es entscheidend auf die räumliche Perspektive an. Setzt man sie zu kleinteilig an, resultiert eine grössere Schwankung in der Bettenbelegung. Entsprechend wird ein grösserer Puffer an Betten benötigt, um einen plötzlichen Anstieg in der Nachfrage decken zu können. Nimmt man dagegen eine überregionale Perspektive ein, vielleicht sogar eine überkantonale, reduzieren sich die Schwankungen deutlich, so dass die Reservekapazität sinken kann.

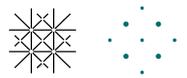


Tabelle 26: Kantonales Angebot und Nachfrage nach Betten

Kanton	Angebot	Nachfrage	Auslastung	Variationskoeffizient Bettenbelegung Spitäler		
				gepoolt E	Durchschnitt F	F/E
AG	1450	1276	88%	0.12	0.45	3.89
AI	18	10	56%	0.94	0.94	1.00
AR	208	165	79%	0.29	0.29	1.00
BE	3053	2599	85%	0.07	0.73	10.98
BL	582	433	74%	0.31	2.41	7.83
BS	1199	1086	91%	0.26	1.52	5.84
FR	547	424	78%	0.41	0.81	1.97
GE	1506	1231	82%	0.33	1.91	5.82
GL	86	76	88%	0.38	0.38	1.00
GR	546	520	95%	0.13	1.05	8.11
JU	145	117	81%	0.53	1.74	3.31
LU	977	869	89%	0.34	0.71	2.11
NE	385	276	72%	0.52	1.56	3.01
NW	73	71	96%	0.55	1.21	2.21
OW	50	43	85%	0.48	0.48	1.00
SG	1478	1116	76%	0.15	0.33	2.23
SH	186	158	85%	0.26	0.26	1.00
SO	510	484	95%	0.18	0.18	1.00
SZ	274	213	78%	0.17	0.41	2.46
TG	570	465	82%	0.49	0.55	1.12
TI	1338	1057	79%	0.30	0.79	2.64
UR	63	58	92%	0.37	0.37	1.00
VD	2382	1910	80%	0.12	0.58	4.98
VS	720	642	89%	0.20	0.26	1.29
ZG	206	188	91%	0.44	0.49	1.09
ZH	4472	3498	78%	0.05	0.66	13.49
CH	23'025	18'985	82%	0.01*	0.89*	86.82*

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2018), Krankenhausstatistik (2018), Sonderauswertung. Berechnung: Universität Basel.

Anmerkungen: \* Landesweit berechnet, rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

In einem nächsten Schritt soll analysiert werden, inwieweit die Zahl der Eintritte (Notfälle und Elektivpatienten) im Tages- und Monatsrhythmus schwankt und ob die Spitäler strategisch reagieren, indem sie in Zeiten eines hohen Notfallaufkommens die Zahl der Elektiveintritte reduzieren. Hierzu schätzen wir ein lineares Panelmodell in der folgenden Form:

$$a_{it}^k = g(\delta_d + \delta_m + \theta_r r_{it} + u_i) + \varepsilon_{it}$$

$a_{it}^{NF}$  ( $a_{it}^{EL}$ ) sind dabei die Anzahl Notfalleintritte (Elektiveintritte) zum Zeitpunkt  $t$  im Spital  $i$ . Als erklärende Variablen werden die Wochentage ( $\delta_d$ ), der Kalendermonat ( $\delta_m$ ) sowie ein spitalfixer Effekt ( $u_i$ ) berücksichtigt.  $\varepsilon_{it}$  ist ein stochastischer Fehlerterm und fängt jenen Teil der Varianz auf, der nicht vom Modell erklärt werden kann.  $g$  beschreibt entweder einen linearen Zusammenhang oder eine Exponentialfunktion ( $g(\cdot) = \exp(\cdot)$ ).

Tabelle 27 gibt einen Überblick über die Regressionsergebnisse. Es werden wiederum nur Spitäler berücksichtigt, die > 5% Notfälle aufweisen ( $n = 129$ ). In der Tabelle sind die spitalfixen Effekte, die Wochentage sowie der Kalendermonat berücksichtigt. Als abhängige Variable fungiert die Zahl der Notfall- bzw. Elektiveintritte. Die Resultate der nicht linearen Schätzung sind in den Spalten 4 und 5 abgebildet.

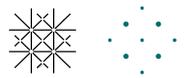
Tabelle 27: Austritte und Bettenbelegung nach Spitaltyp (Mittelwerte)

Abhängige Variable	Linear ( $E(a) = x\beta$ )		Poisson <sup>a</sup> ( $E(a) = \exp(x\beta)$ )	
	$a_{it}^{NF}$	$a_{it}^{EL}$	$a_{it}^{NF}$	$a_{it}^{EL}$
Dienstag	-1.190*** (0.141)	-0.970*** (0.345)	0.915*** (0.005)	0.940*** (0.017)
Mittwoch	-1.410*** (0.159)	-1.505*** (0.384)	0.900*** (0.005)	0.908*** (0.017)
Donnerstag	-1.505*** (0.179)	-3.480*** (0.540)	0.893*** (0.006)	0.787*** (0.016)
Freitag	-1.017*** (0.119)	-7.403*** (0.989)	0.928*** (0.005)	0.548*** (0.018)
Samstag	-3.305*** (0.383)	-15.357*** (1.765)	0.765*** (0.006)	0.064*** (0.006)
Sonntag	-3.452*** (0.407)	-13.572*** (1.573)	0.755*** (0.006)	0.170*** (0.013)
Februar	0.196* (0.105)	0.221** (0.093)	1.015* (0.008)	1.023*** (0.008)
März	-0.043 (0.092)	0.146 (0.101)	0.997 (0.007)	1.017* (0.009)
April	-0.928*** (0.137)	-0.442*** (0.103)	0.930*** (0.010)	0.962*** (0.008)
Mai	-1.304*** (0.161)	-1.011*** (0.138)	0.901*** (0.009)	0.911*** (0.009)
Juni	-0.891*** (0.151)	-0.238** (0.113)	0.932*** (0.010)	0.981* (0.010)
Juli	-1.117*** (0.146)	-1.985*** (0.209)	0.915*** (0.008)	0.821*** (0.013)
August	-0.829*** (0.133)	-1.866*** (0.197)	0.937*** (0.008)	0.833*** (0.010)
September	-0.811*** (0.130)	-0.594*** (0.124)	0.939*** (0.009)	0.948*** (0.009)
Oktober	-1.146*** (0.157)	-0.266** (0.116)	0.913*** (0.010)	0.977** (0.010)
November	-1.153*** (0.176)	1.031*** (0.148)	0.913*** (0.011)	1.097*** (0.012)
Dezember	-0.847*** (0.156)	-1.416*** (0.184)	0.936*** (0.010)	0.869*** (0.009)
Konstante	14.826*** (0.262)	16.937*** (0.815)		
Anzahl Beobachtungen	47,085	47,085	47,085	46,355
Anzahl Spitäler	129	129	129	127
$R^2$	0.088	0.288		

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2018), Krankenhausstatistik (2018), Sonderauswertung. Berechnung: Universität Basel.

Anmerkungen: Clusterrobuste Standardfehler sind in Klammern dargestellt; \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Für die Interpretation relevant sind nicht nur die Parameter der Regression, sondern ebenfalls die Güte des Modells. Das dazugehörige Mass ( $R^2$ ) ist ein Indiz dafür, wie gut die Varianz der Eintritte mit dem Modell erklärt werden kann. Es fällt auf, dass die Modellierung der Elektiveintritte einen höheren Wert für das  $R^2$  aufweist. Auf Ebene des Spitals erklären der Wochentag sowie der Monat knapp 29 Prozent der Varianz. Tatsächlich sind denn alle Koeffizienten der Wochentage hoch signifikant. Im Wochenverlauf nehmen die Elektiveintritte laufend ab. Diese sind am Montag am höchsten und erreichen ihren Tiefstwert am Samstag. Die Spitäler registrieren am Samstag rund 15 Elektiveintritte weniger als am Montag. Dieser Rückgang ist in Prozentwerten noch weitaus deutlicher



ersichtlich. Gemäss den Ergebnissen des Poisson-Modells bewegt sich das Patientenaufkommen am Samstag bei den Elektivpatienten bei nur 6.4 Prozent des durchschnittlichen Aufkommens an einem Montag. Auch die saisonalen Effekte sind deutlich sichtbar. Die meisten Eintritte erfolgen im November, gefolgt vom Februar und März. Im Monat Juli werden hingegen die wenigsten Eintritte verzeichnet. Im Juli und August beträgt das elektive Patientenaufkommen nur gerade 82 Prozent bzw. 83 Prozent dessen, was die Spitäler durchschnittlich im Januar verzeichnen.

Bei den Notfalleintritten haben der Wochentag und der Monat einen wesentlich geringeren Einfluss. Die Modellvariablen erklären lediglich 8.8 Prozent der Gesamtvarianz bei den Eintritten und damit deutlich weniger als bei den Elektivpatienten. Die Zahl der Notfalleintritte erreicht am Montag ebenfalls ihren Höhepunkt, wobei am Sonntag die wenigsten Eintritte stattfinden. Die Differenz der Eintritte zwischen Montag und Sonntag beträgt jedoch «nur» 3.5 Eintritte. Das Patientenaufkommen beträgt damit am Sonntag rund 75.5 Prozent des Volumens an einem Montag. Dieses Ergebnis erstaunt insoweit, als dass die Möglichkeiten einer Behandlung im niedergelassenen Bereich am Wochenende viel eingeschränkter sind. Man könnte erwarten, dass Personen mit akuten Beschwerden eher eine Notfallstation aufsuchen als an einem Wochentag. Eine Erklärung geht dorthin, dass am Wochenende weniger Unfälle passieren als an einem Werktag und dadurch die Nachfrage ganz automatisch geringer ausfällt. Bekannt ist jedenfalls, dass die Zahl der Verkehrsunfälle an den Wochenenden zurückgeht.

Im Jahresverlauf verzeichnet der Februar die meisten Notfalleintritte. Die wenigsten Eintritte wurden im Jahr 2018 im Mai registriert, gefolgt vom November und Oktober. Ob sich dieser Zusammenhang auf andere Jahre übertragen lässt, kann mit den verfügbaren Daten nicht beantwortet werden. Sicherlich spielt dabei bspw. die Intensität der Grippewelle oder die Länge von Hitzeperioden im Sommer eine Rolle.

### 4.3 Kosten der Vorhaltung

Ausgangspunkt der Berechnung der Kosten ist eine Kostenfunktion der Spitäler. Die effektiven Kosten eines Spitals  $i$  können beschrieben werden als

$$TC_{it} = f(Y_{ijt}, Z_i, \beta, \varepsilon_{it})$$

$TC_{it}$	Gesamtkosten des Spitals $i$ im stationären Bereich
$f$	Funktionale Form der Kostenfunktion
$Y_{ijt}$	Output $j$ des Spitals $i$ (z.B. Fälle, Betten, Behandlungstage usw.)
$Z_i$	Kontrollvariable(n) für die Angebotsstruktur des Spitals $i$
$\beta$	Vektor von Koeffizienten der unabhängigen Variablen
$\varepsilon_{it}$	Stochastische Kostenkomponente (die nicht vom Spital beeinflussbar ist), $\varepsilon_{it} \sim N(0, \sigma_v^2)$

Eine funktional einfache und gut handhabbare Form von  $f$  beruht auf der sogenannten **Translog-Spezifikation**. Aufgrund der beschränkten Anzahl von Beobachtungen (Spitälern) in unserem Fall, bietet es sich an, einen etwas vereinfachten funktionalen Zusammenhang zwischen den Kosten und den Rechthandvariablen anzunehmen. In der logarithmierten Schreibweise entsteht folgender linearer Zusammenhang:

$$\ln(TC_{it}) = \alpha + \beta_1 \ln(Austritte_{it}) + \beta_2 \ln(Austritte_{it})^2 + \beta_3 \ln(VWD_{it}) + \beta_4 \ln(VWD_{it})^2 + \beta_5 \ln(Betten_{it}) + \beta_6 \ln(Betten_{it})^2 + \gamma Typ_i + \varepsilon_{it}$$

Die Zahl der schweregradgewichteten Austritte ( $Austritte_{it}$ ) dürften die Spalkosten grösstenteils erklären. Daneben könnte die mittlere Verweildauer einen Effekt auf die stationären Kosten ausüben. Ein Spital, welches zwar gleich viele Fälle betreut wie ein vergleichbares Konkurrenzunternehmen, dafür jedoch mehr Pflage tage aufwenden muss, steht tendenziell höheren Kosten gegenüber. Die Zahl der Betten ist ein Mass für die Vorhalteleistung. Bei einer gegebenen Anzahl von Austritten und einer stabilen Verweildauer bedeuten mehr Betten ein höheres Mass an Reservekapazitäten. Schliesslich kontrollieren wir im Modell für den Spitaltyp gemäss BFS-Kategorisierung, um das unterschiedliche Leistungsangebot der Institutionen zu berücksichtigen.

Tabelle 28: Regressionsergebnisse des Kostenmodells (2013-2018)

Abhängige Variable	Koeffizient	Standardfehler
Konstante	9.319 ***	(0.207)
$\ln(\text{Austritte}_{it})$	1.002 ***	(0.073)
$\ln(\text{Austritte}_{it})^2$	-0.009 *	(0.005)
$\ln(\text{VWD}_{it})$	0.472 ***	(0.068)
$\ln(\text{VWD}_{it})^2$	-0.148 ***	(0.021)
$\ln(\text{Betten}_{it})$	-0.021	(0.051)
$\beta_6 \ln(\text{Betten}_{it})^2$	0.020 ***	(0.007)
<b>Allgemeinspitäler:</b>		
Zentrumsversorgung (Niveau 2)	-0.119 ***	(0.033)
Grundversorgung Niveau 3	-0.076 *	(0.042)
Grundversorgung Niveau 4	-0.065	(0.044)
Grundversorgung Niveau 5	-0.024	(0.048)
<b>Spezialkliniken:</b>		
Chirurgie	-0.065	(0.046)
Gynäkologie/Neonatologie	-0.224 ***	(0.074)
Pädiatrie	0.026	(0.050)
Anzahl Beobachtungen	795	
Anzahl Spitäler	145	
$R^2$	0.990	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018). Berechnung: Universität Basel.

Anmerkungen: Clusterrobuste Standardfehler sind in Klammern dargestellt; \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$ .

Für die Regression werden die KZSS-Daten seit 2013 verwendet. Zudem werden Spitäler mit nicht plausiblen Werten für die Fallkosten ausgeschlossen, wie auch sehr kleine Spitäler mit wenig Betten (<6.3 Betten). Daraus resultiert ein Datensatz mit 145 Spitälern und insgesamt 795 Beobachtungen. Die Ergebnisse der Regression sind in der Tabelle 28 dargestellt. Der Erklärungsgehalt des Modells ist mit 0.99 sehr hoch. Die Universitätsspitäler (Referenzkategorie) weisen die höchsten Kosten auf, während Geburtshäuser am günstigsten abschneiden.

Berechnet man die Grenzkosten für ein Bett auf Basis des Modells und benutzt die Mittelwerte aller Spitäler, so ergeben sich für ein zusätzlich aufgestelltes Bett Kosten von 115'996 Franken. Die Kosten eines zusätzlichen Falls belaufen sich schweregradbereinigt auf 9'404 Franken.<sup>22</sup> Tabelle 29 gibt einen detaillierteren Überblick über die Grenzkosten, ausgewiesen nach Spitaltyp, Trägerschaft und Grossregion. Es gilt zu beachten, dass die durchschnittlichen Grenzkosten über alle Spitäler (99'623 Franken) aufgrund der Nichtlinearität des Modells nicht mit den Grenzkosten der Mittelwerte übereinstimmen (115'996 Franken).

Bei den Grenzkosten der Bettenvorhaltung bestehen grosse Unterschiede zwischen den Spitaltypen. Bei den Universitätsspitalern kostet ein zusätzliches Bett rund 214'000 Franken. Weitaus günstiger sind zusätzliche Betten bei den Grundversorgern und den Spezialkliniken. Die Grenzkosten pro Bett bei den Kinderspitälern sind mit 129'199 Franken ebenfalls überdurchschnittlich. Was die Austritte betrifft, sieht die Situation etwas anders aus. Am teuersten ist ein zusätzlicher Austritt gemäss Modellrechnung bei den kleinen Grundversorgern sowie in den Kinderspitälern. Die Universitätsspitäler zeigen hier nur leicht überdurchschnittliche Werte.

Die Grenzkosten pro Bett sind ebenfalls an die Trägerschaft geknüpft. Deutlich geringer sind die Grenzkosten bei den Privatspitälern, gefolgt von den subventionierten Spitälern. Diese Diskrepanz rührt grösstenteils daher, dass

<sup>22</sup> Die Grössenordnung dieses Betrags erscheint plausibel, vergleicht man ihn mit der durchschnittlichen Basisfallwert von rund 9'900 Franken gemäss Tabelle 16. Eine gewinnmaximierende Einrichtung würde nämlich die Zahl der Behandlungsfälle so wählen, dass die Grenzkosten dem Basisfallwert entsprechen.



die Universitätsspitäler und die grossen Zentrumsversorger, welche überdurchschnittlich hohe Grenzkosten aufweisen, überwiegend im Besitz der öffentlichen Hand sind.

Tabelle 29: Grenzkosten pro Bett und Fall und Kosten der Bettenvorhaltung, ausgewiesen pro Kategorie (2018)

Kategorie	Grenzkosten		Kosten der Bettenvorhaltung («10%-Bettenmarge»)		
	Bett	Austritt	Anz. Betten	Kosten in CHF	Kosten pro Bett
Universitätsspital	214'487	9'945	422.1	95'949'177	227'324
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung	126'650	9'024	1'133.3	166'136'546	146'589
Grundversorgung (Niveau 3)	100'407	9'464	152.7	17'663'214	115'674
Grundversorgung (Niveau 4)	92'062	9'565	163.4	16'803'598	102'853
Grundversorgung (Niveau 5)	45'884	10'501	25.4	1'442'219	56'844
Spezialklinik: Chirurgie	73'352	9'508	82.5	10'296'668	124'866
Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	50'622	8'280	1.8	102'127	57'348
Spezialklinik: Pädiatrie	129'949	10'145	30.5	4'725'454	154'843
Privat	86'240	9'422	355.9	48'699'249	136'825
Subventioniert	101'821	9'553	687.2	100'230'583	145'864
Öffentlich	122'199	9'499	968.6	164'189'170	169'519
Genferseeregion	85'926	9'848	384.8	62'550'539	162'566
Espace Mittelland	105'572	9'418	410.4	66'902'884	163'023
Nordwestschweiz	112'396	9'238	297.7	46'214'825	155'223
Zürich	107'924	9'273	383.5	62'696'441	163'502
Ostschweiz	88'803	9'641	273.0	37'497'282	137'332
Zentralschweiz	104'996	9'229	149.8	22'307'032	148'931
Tessin	97'063	9'651	112.5	14'949'999	132'938
<b>Total</b>	<b>99'623</b>	<b>9'484</b>	<b>2'011.6</b>	<b>313'119'002</b>	<b>155'654</b>

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018). Berechnung: Universität Basel.

Dieser Effekt zeigt sich auch bei der Auswertung der Grenzkosten nach Grossregion. Regionen mit starken Universitätsspitalern und vielen Zentrumsversorgern zeigen tendenziell höhere Grenzkosten. Eine Ausnahme bildet die Genferseeregion. Die Grenzkosten sind dort mit durchschnittlich 86'000 Franken tiefer als in den meisten anderen Regionen. Der Grund dafür ist wiederum die Vormachtstellung der Universitätsspitäler in Genf und Lausanne und die Aufteilung des Gesamtmarktes. Neben den beiden «Grossen» existieren zahlreiche Spezialkliniken und kleine Grundversorger, welche relativ geringe Grenzkosten pro Bett aufweisen. Entsprechend wird der Mittelwert nach unten gedrückt.

Die berechnete Kostenfunktion ermöglicht es, eine Schätzung für die **Kosten der stationären Vorhalteleistung** abzugeben. Dafür werden einerseits die Gesamtkosten für alle Spitäler geschätzt, ohne dabei die Kosten der unbesetzten Betten miteinzubeziehen. Daraus resultieren die Kosten für die Versorgung der Patienten im Jahr 2018

unter der Annahme, dass die Bettenzahl so weit gesenkt wird, dass die einzelnen Spitäler voll ausgelastet sind. Das bedeutet eine Reduktion der Betten in der Schweiz um 4350 auf 18'105 Akutbetten. In einem zweiten Schritt wird die Bettenzahl wieder erhöht, so dass im Jahresdurchschnitt 10 Prozent der Betten leer stehen bzw. als Reserve für Notfälle dienen können. Insgesamt sind dies rund 2000 zusätzliche Betten, welche bewirtschaftet werden müssen. Die resultierenden Kosten für die Vorhalteleistungen sind auf der rechten Seite der Tabelle 29 dargestellt.

Gemäss Modellrechnung ist eine zehnprozentige Reservekapazität mit Kosten von rund 313 Mio. Franken verbunden. Pro zusätzliches Bett belaufen sich die Kosten auf 155'654 Franken. Damit sind die Kosten um etwa die Hälfte höher als die berechneten Grenzkosten. Dies hat damit zu tun, dass die Kosten für ein zusätzliches Bett mit der Spitalgrösse abnehmen (sinkende Grenzkosten). Die effektiv vorgehaltenen Betten sind daher durchschnittlich teurer als die Grenzkosten eines zusätzlichen Betts bei der heutigen Versorgungsstruktur. Die berechneten Kosten dienen als Grundlage für das Finanzierungsmodell, welches im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

### Coronakrise: Kompensation der Spitäler für die Freihaltung von Betten?

Der Bundesrat verpflichtete im März die Spitäler, elektive Behandlungen zurückzustellen und Abteilungen und Intensivstationen für Covid-19 Patienten freizuhalten. Der Stopp von Elektivbehandlungen reduzierte die Auslastung vieler Spitäler zwangsläufig auf ein relativ niedriges Niveau. Zwar konnten die Kliniken die aufgeschobenen Behandlungen nach Aufhebung der Massnahme teilweise nachholen, so dass sich der Ertragsausfall in Grenzen hält. Dennoch fielen Kosten der betriebenen Betten (d.h. die Infrastruktur- und Personalkosten) während der Krise an und haben einige Spitäler in finanzielle Schwierigkeiten gebracht.

Nach unseren Schätzungen kostet ein leergebliebenes Bett rund 426 Franken pro Tag. Dieser Wert kann als Ankerpunkt dienen, um die Spitäler für die freigehaltene Kapazität zu kompensieren. Einzuzurechnen dabei wären dabei allerdings die Kurzarbeit-Entschädigungen bei jenen Spitälern, die darauf zurückgreifen durften.

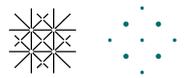
## 4.4 Die Finanzierung von Vorhalteleistungen

Grundsätzlich sollte für die Vorhaltung freier Kapazitäten im Bedarfsfall gezahlt werden, da sie eine originäre Leistung darstellt, die der Versichertengemeinschaft zugutekommt. Die optimale Vorhaltung kann sich dabei auf die Behandlung von Notfällen beschränken, weil die Nachfrage für elektive Behandlungen gesteuert werden kann. Bei einer Finanzierung von Vorhalteleistungen über eine «Notfallprämie» der Versicherten träte die Schwierigkeit auf, diese Umlagen angemessen auf die einzelnen Spitäler zu verteilen. Da weder eine genaue Leistungsdefinition des Wortes Vorhalteleistung vorliegt, noch ein fairer Vergleich des Angebots zweier Spitäler möglich sein dürfte, ist aber davon auszugehen, dass man sich auf eine Hilfsgrösse einigen würde (z. B. Anzahl der Notfalleintritte im vergangenen Jahr).

Diese Schwierigkeit kann man allerdings umgehen, indem man die Finanzierung der Vorhalteleistungen an die künftigen Spitalbehandlungen knüpft. Weil auf Patientenseite Versicherungsdeckung besteht, schlagen sich die Kosten der Spitalbehandlung in der Versicherungsprämie nieder, so dass die Finanzierung der Vorhalteleistung über die stationäre Vergütung äquivalent zu einer Umlagefinanzierung ist.<sup>23</sup> Tatsächlich besteht ein wesentlicher Vorteil der Krankenversicherung darin, die Finanzierung von der Vergütung zu trennen. Die Spitäler erhalten für einen konkreten Notfallpatienten ein Zusatzentgelt, die Finanzierung dieses Betrags übernehmen jedoch alle Versicherten zu gleichen Teilen.

Dagegen könnte eingewandt werden, dass die Finanzierung der Vorhalteleistung über die stationäre Vergütung jene Krankenversicherer benachteiligt, deren Versicherte häufig Spitalbehandlungen in Anspruch nehmen. Diese Argumentation überzeugt jedoch nicht, weil der Wettbewerb der Versicherer über den Risikoausgleich reguliert

<sup>23</sup> Dieses Argument berücksichtigt die Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten der medizinischen Leistungen nicht.



wird. Im Risikoausgleich führen Spitalbehandlungen zu Ausgleichszahlungen, so dass Versicherer deren Versicherten häufiger ins Spital eingewiesen werden, nicht in einen Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Versicherern geraten bzw. deren Versicherten deswegen keine höheren Prämien zahlen müssen.

Die Verknüpfung der Kosten mit der Vergütung stationärer Leistungen hat darüber hinaus den Vorteil, dass sie mit korrekten Preissignalen an die Kostenträger verbunden sind. Die Kosten der stationären Behandlung, einschliesslich der Kosten für Vorhalteleistungen, werden dadurch gegenüber den Kostenträgern aufgedeckt, so dass sie in deren Entscheidungen einfließen. Wäre das nicht der Fall, erschiene die stationäre Leistungserbringung für den Kostenträger als zu günstig, so dass diese zu stark nachgefragt werden könnte.

Ähnlich argumentierte 2014 das Bundesverwaltungsgericht in einem Grundsatzurteil, bei dem es u.a. um spitalindividuelle Tariffdifferenzierungen ging (vgl. BVG 2014-36 21.3ff). Das Bundesverwaltungsgericht hielt fest, stationäre Behandlungen bei einem medizinischen Notfall seien OKP-Pflichtleistungen und nicht als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden. Vielmehr seien die zusätzlichen Kosten von Notfällen durch die Fallpauschalen abzugelten. Bei dieser Entscheidung ging es insbesondere um eine Tariffdifferenzierung zwischen Spitälern mit und ohne Notfallaufnahme. Das Gericht stützte die Entscheidung der Vorinstanz, die beim Basisfallwert eine Differenz von 200 Franken zwischen Spitälern mit und ohne Notfallstation festlegte. Es begründete dies damit, dass Spitäler, die ausschliesslich Elektivbehandlungen anboten, gegenüber Spitälern mit Notfallstation geringere Kosten aufwiesen und daher privilegiert seien.

Das Gericht liess dabei offen, ob darüberhinausgehende Mehrkosten, welche zum Beispiel als Folge der Aufrechterhaltung einer an sich zu kleinen oder schlecht ausgelasteten Notfallstation entstehen, als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden wären. Die Antwort darauf liefert allerdings das KVG selbst; stehen regionalpolitische Ziele der Kantone im Vordergrund, so sind die damit verbundenen Kosten als gemeinwirtschaftliche Leistungen auszuscheiden (vgl. Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG). Schwierig ist es natürlich, dabei eine Grenze zwischen einer effizienten und einer ineffizienten Versorgung zu ziehen. Eine Möglichkeit bestünde darin, den Benchmark für die Bestimmung eines effizienten Spitals getrennt nach Leistungserbringer mit und ohne Notfallstation durchzuführen. Ein undifferenzierter Benchmark ist unter Berücksichtigung der Argumentation des BVGer ohnehin als nicht sachgerecht einzustufen.

Der Kanton Zürich differenziert seit 2013 den Basisfallwert eines Spitals nach Art des Leistungsauftrags. Spitäler mit Basispaket elektiv zahlen einen Abschlag von 200 Franken auf den Basisfallwert gegenüber Spitälern mit Basispaket Chirurgie, das eine Notfallstation voraussetzt. Der Regierungsrat des Kantons Zürich begründete diese Differenzierung einerseits damit, dass die Fallkosten von elektiven Patienten im Durchschnitt um 400 Franken niedriger sind als die Fallkosten von Notfallpatienten. Da andererseits der Anteil an Notfallpatienten in Spitälern mit Notfallstation rund 50 Prozent beträgt, ergibt sich für Spitäler ohne Notfallstation ein Abschlag von 200 Franken oder 2 Prozent auf die durchschnittliche Fallpauschale. Der Zürcher Regierungsrat begründete seinen Entscheid auch mit einer analogen Regelung bei der DRG-Vergütung in Deutschland, die ebenfalls einen zweiprozentigen Abschlag auf die Fallpauschale bei Häusern ohne Notfallversorgung beinhaltet (vgl. Auszug aus dem Protokoll der Sitzung des Regierungsrats vom 13. März 2013). Deutschland führte bereits 2005 einen Abschlag von 50 Euro auf dem Basisfallwert für Krankenhäuser ein, die keine anerkannte Notfallversorgung aufwiesen. Mittlerweile beträgt der Abschlag 60 Euro (dies entspricht 1.72 Prozent des durchschnittlichen deutschen Basisfallwerts von rund 3500 Euro). Das Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahr 1972, novelliert in diesem Jahr, sieht in Paragraph 17b, Abs. 1a vor, dass der Abschlag für Krankenhäuser ohne Notfallversorgung bundeseinheitlich geregelt wird. Dies geschieht in einem Vertrag zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen.

Das Bundesverwaltungsgericht bezog sich in seinem Grundsatzurteil von 2014 explizit auf die Berechnungen der Zürcher Kantonsregierung. Deren Differenzierung des Basisfallwerts ist im Einklang mit Artikel 58e Absatz 3 KVV, wonach ein Kanton die Erteilung eines Leistungsauftrags an ein Spital mit der Pflicht zum Notfalldienst verbinden darf. Der höhere Basisfallwert kann als pekuniäre Abgeltung der Kosten des Betriebs einer Notfallstation und der damit verbundenen zusätzlichen Vorhaltung von Bettenkapazitäten interpretiert werden.

### Finanzierung der Notfälle im ambulanten Bereich und bei Apotheken

Mit dem neuen Ärztetarif «TARDOC» haben die Tarifpartner curafutura, FMH und MTK eine Lösung für die Vergütung der Vorhalteleistungen im spitalambulanten Bereich ausgehandelt. Das Tarifwerk sieht vor, dass ein Spital für jeden Notfalleintritt einen Zuschlag von 203 Taxpunkten erhält. Bei einem Taxpunktwert von 0.89 Franken und einem Abschlag für die Einhaltung der Kostenneutralität entspricht dies einem Absolutbetrag von rund 155 Franken pro Patienten. Diese Position darf nur von Spitälern mit einem Spitalnotfall gemäss kantonalem Leistungsauftrag abgerechnet werden.

Im bestehenden Tarifwerk «Tarmed» gibt es keine entsprechende Position. Der Tarif sieht lediglich eine Eintrittspauschale vor, die allfällige Wartezeiten und die administrative Patientenaufnahme vergüten soll. Mit rund 25 Franken pro Eintritt fällt die Vergütung auch entsprechend niedrig aus. Bei weit über 1 Million ambulanten Notfallbehandlungen pro Jahr dürften sich die Mehrkosten für die OKP daher im dreistelligen Millionenbereich bewegen (vgl. Vilpert, 2013).

Im ambulanten Bereich dürfen Ärzte bei Notfällen während der Praxisöffnungszeiten sowie in der Nacht und am Wochenende Dringlichkeits- bzw. Notfall-Inkonvenienzpauschalen verrechnen, die mit zwischen 45 und 180 Taxpunkten bewertet sind.

Auch bei den Apotheken bestehen bereits Vergütungen, welche beitragen, die Kosten von Vorhalteleistungen zu decken. Ausserhalb der üblichen Öffnungszeiten können die Apotheken bei der Medikamentenabgabe eine pauschale Gebühr erheben. Diese wird durch die Krankenkasse bezahlt, falls das Rezept durch einen Notfallarzt ausgestellt wurde.

Interessanterweise gibt es im ambulanten Bereich der Leistungserbringung und bei den Apotheken schon seit langem Vergütungsregeln für Notfälle (vgl. Kasten), die für die Bevölkerung eine medizinische Versorgung rund um die Uhr sicherstellen. Apotheken erhalten eine pauschale Gebühr für eine Medikamentenabgabe, wenn sie nachts oder am Sonntag für den Notfalldienst zuständig sind. Ärzte dürfen bei Notfällen eine sogenannte Inkonvenienzpauschale verrechnen. Für den spitalambulanten Bereich ist im neuen Ärztetarif «TARDOC» für jeden Notfall ein Zuschlag von 203 Taxpunkten vorgesehen – man rechnet mit rund 155 Franken<sup>24</sup> pro Notfalleintritt. Ein ambulanter Notfallpatient nimmt die Infrastruktur der Station genauso in Anspruch wie ein stationärer Notfallpatient. Genau genommen ist beim Eintritt eines Notfallpatienten oft nicht klar, ob es zu einer stationären Aufnahme kommt oder der Patient ausschliesslich ambulant versorgt werden kann. Insofern sollte das Spital für die Abklärung eines Notfallpatienten einen Betrag erhalten, der unabhängig von der nachgelagerten Behandlung anfällt.

Differenziert man allerdings zwischen elektiven und Notfallpatienten und belastet nur letztere mit einem Zuschlag, handelt man sich ein Moral Hazard-Problem ein. Wenn Spitäler eine höhere Vergütung für Notfallpatienten lösen können, haben sie einen Anreiz, mehr Notfälle abzurechnen, gerade in Fällen, bei denen die Zuordnung nicht offensichtlich ist. Denn tatsächlich gibt es einen Ermessenspielraum in der Definition dessen, was einen elektiven von einem Notfallpatienten unterscheidet. Dieses Problem hat man aber auch im ambulanten Bereich mit der Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale, die ein Arzt tagsüber bei Notfällen abrechnen kann. Moral Hazard-Probleme sind bei Vergütungen nicht zu vermeiden und gehören insofern zum Versorgungsalltag.

Insgesamt erscheint uns die Zürcher Lösung mit einer Differenzierung des Basisfallwerts für Spitäler mit einer per Leistungsauftrag anerkannten Notfallstation zielführend zu sein. Die Vorhaltung von Reservekapazitäten für die Bedienung einer vorübergehend hohen Nachfrage nach stationärer Behandlung stellt eine Leistung dar, die in den gesetzlichen Leistungskatalog gehört. Entsprechend ist sie von der Versichertengemeinschaft zu finanzieren und nicht als gemeinwirtschaftliche Leistung auszuscheiden. So

hat es das Bundesverwaltungsgericht in seinem Grundsatzurteil festgehalten. Der Zuschlag auf den Basisfallwert

<sup>24</sup> Die Berechnung geht von Kostenneutralität (Faktor von 0.86) und einem Taxpunktwert von 89 Rappen.



hat zudem den Vorteil, dass es zu einer Differenzierung der Zahlung nach dem relativen Kostengewicht des behandelten Patienten kommt. Das Spital erhält auf diesem Weg eine Abgeltung der Kosten von Intensivbetten, deren Vorhaltung besonders teuer ist.

Bei elektiven Fällen ist eine Differenzierung des Zuschlags nach dem Relativgewicht nicht angezeigt, so dass zu überlegen ist, den Zuschlag nur auf Notfallpatienten zu beschränken. Für diese Lösung spricht auch der Umstand, dass der Anteil der Notfallpatienten zwischen Spitälern stark schwankt. Wenn auch mit dem Betrieb einer Notfallstation Fixkosten verbunden sind, hängt doch ein erheblicher Anteil der Kosten von der Anzahl der behandelten Notfallpatienten ab. Durch einen generellen Aufschlag auf den Basisfallwert für alle Patienten würden Häuser mit geringem Anteil an Notfallpatienten bevorzugt. Weiter gibt diese Variante den Spitälern einen starken Anreiz, eine Notfallrettung zu betreiben. Die deutsche Monopolkommission hat in ihrem gerade veröffentlichten Hauptgutachten darauf hingewiesen, dass die Dichte an Krankenhäusern mit Notfallversorgung in Deutschland zu hoch sei (Monopolkommission, 2020). Augurzky et al. (2019) gelangen in einem Gutachten zum Ergebnis, dass unter Zugrundelegung bestehender Krankenhausstrukturen und eines Erreichbarkeitsniveaus von maximal 30 Minuten Fahrzeit für 99.6 Prozent der Bevölkerung in Deutschland rund 736 Notfallzentren erforderlich seien. Dies entspräche weniger als der Hälfte der derzeit 1592 Krankenhäuser, die offiziell an der Notfallversorgung teilnehmen. Die Monopolkommission hält daher fest: „Eine geringere Anzahl an Standorten dürfte unter wirtschaftlichen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten effizienzsteigernd sein, auch weil ein durchgängiger 24-Stunden-Betrieb von Notfallzentren mit hohen, von vornherein knappen personellen Ressourcen verbunden ist“ (vgl. Monopolkommission, 2020, Kapitel 1, S. 60, Empfehlung 145).

Im eidgenössischen Parlament ist eine Initiative von Thomas Waibel aus dem Jahr 2017 hängig, die eine Gebühr in der Grössenordnung von 50 Franken für Patienten verlangt, die den Notfalldienst eines Spitals für Bagatellfälle in Anspruch nehmen. Die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit stimmte im November 2019 dieser Initiative zu, nachdem die Schwesterkommission des Ständerats sie im April 2019 abgewiesen hatte. Auch der Züricher Kantonsrat erteilte mit einer Motion im September 2019 der Regierung einen entsprechenden Auftrag. Eine Notfallgebühr ist als Instrument gegen eine Zweckentfremdung von Notfalldiensten geeignet. Sie ist aber nicht dazu da, den Notfalldienst zu finanzieren, da ihr Zweck gerade darin besteht, dessen Fehlnutzung zu verhindern. Die Gebühr verfolgt demnach ein Lenkungsziel und ist nicht als Finanzierungsinstrument gedacht. Wenn auch deren Transaktionskosten (Abklärung, was ein Notfall ist; Einzug und Verwendung der Gebühr) hoch sind, könnte sich die Einführung einer solchen Gebühr lohnen, weil dadurch der Notfalldienst ressourcensparender betrieben werden könnte. Zudem fällt ins Gewicht, dass die Kosten einer praxisambulanten Versorgung im Vergleich zu einer spitalambulanten in der Regel niedriger sind. Ausschlaggebend für die Wirksamkeit einer solchen Gebühr dürfte aber primär deren Höhe sein.

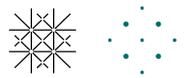
Zum Abschluss präsentieren wir auf der Grundlage unseres Kostenmodells, wie eine Abgeltung des Optionsnutzens von Vorhalteleistungen aussehen könnte. Ausgangspunkt ist ein Durchschnittsspital in der Kategorie der Spitäler, die mehr als 5 Prozent Anteil an Notfallpatienten aufweisen. In dieser Kategorie befinden sich 129 Spitäler (laut KZSS haben von den 180 Akutspitälern 105 eine anerkannte Notfallstation). Das Durchschnittsspital hat 167 Betten, wobei die Hälfte davon mit Notfallpatienten belegt ist. Wenn wir den Häusern einen Puffer von 10 Prozent an Betten für Notfallpatienten zubilligen, sind dies 17 Betten. Die Vorhaltung dieser Betten kostet bei Grenzkosten von 155'654 Franken 2.65 Mio. Franken, die zu finanzieren sind. Aufgeteilt auf durchschnittlich 9000 Patienten, ergeben sich 294 Franken pro Fall. Würde man nur die Notfälle belasten, verdoppelte sich der Aufschlag auf 588 Franken. Im Vergleich zur Entschädigung im Rahmen des TARDOC ist der Betrag von 588 Franken relativ hoch. Dies hat u.a. damit zu tun, dass die vorgesehene TARDOC-Pauschale nur die Kosten der Notaufnahme selbst abdeckt, also bspw. die vorgehaltenen Kojen und das Pflegepersonal. In den 588 Franken für stationären Notfälle sind sämtliche Vorhalteleistungen eingerechnet, welche es für die Betreuung diese Patienten braucht, so auch die zusätzlichen Spitalbetten.

Bei einer Lösung über eine Notfallgebühr gilt es sicherzustellen, dass die Kosten der Vorhalteleistungen für den Notfall bei der Berechnung der Kostengewichte im Rahmen der fallpauschalierten Vergütung sowie beim Benchmarking der Spitäler ausgeschieden werden. Ansonsten würden diese Kosten doppelt vergütet und das Prinzip der

Sachgerechtigkeit verletzt. Zu erwarten wäre damit eine gewisse Angleichung der Basisfallwerte, da ein Grund für aktuell bestehende Tarifunterschiede durch eine getrennte Vergütung der Vorhalteleistungen wegfielen.

Aus ökonomischer Sicht könnte für ambulante und stationäre Patienten eine identische Notfallgebühr erhoben werden. Im Wissen, dass auf einen stationären Notfall 2.17 ambulante Fälle kommen (vgl. Vilpert, 2013), ergäbe sich mit den vorliegenden Zahlen eine Pauschale von 292 Franken. Da im ambulanten und stationären Bereich heute jedoch unterschiedliche Tarifsysteme und Kostenträger zum Einsatz kommen, scheint eine separate Lösung weitaus realistischer. Zudem ist eine stationäre Notfallpauschale sehr gut mit dem SwissDRG-System vereinbar. Diese könnte bspw. in Form eines Zusatzentgelts festgelegt werden. Alternativ könnte die Notfallpauschale mit dem Relativgewicht in Verbindung gebracht werden, so dass die Spitäler mit komplexeren Notfällen höhere Pauschalen lösen und so bspw. die notwendigen IPS-Betten finanzieren können.

Die stationäre Notfallpauschale würde die Diskussionen um die unterschiedlich hohen Basisfallwerte etwas entschärfen. Heute argumentieren die öffentlichen Spitäler und vor allem die Universitätsspitäler immer wieder damit, dass sie viele Notfälle behandelten, dadurch Mehrkosten hätten und konsequenterweise mit einem höheren Basisfallwert operieren müssten. Selbstverständlich liesse sich die Vorhalteleistung auch über einen höheren Basisfallwert vergüten. Doch auch hier besteht eine gewisse Unschärfe, da der Anteil der Notfälle zwischen den Spitälern stark schwankt und ein einheitlicher Aufschlag auf den Tarif daher nicht sachgerecht erscheint. Zudem wird dadurch ein perverser Anreiz eingeführt, dass ein Haus mit einer anerkannten Notfallstation umso besser fährt, je weniger Notfälle es behandelt. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Recht darauf hingewiesen, dass die Mehrkosten, die bei einer an sich zu kleinen oder schlecht ausgelasteten Notfallstation entstehen, als gemeinwirtschaftliche Leistung auszuscheiden wären und damit nicht über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden dürften. In jedem Fall sollte sichergestellt werden, dass bei Spitälern mit mehreren Standorten eine Differenzierung des Basisfallwerts nur an jenen Standorten zur Anwendung kommt, die einen anerkannten Notfalldienst betreiben.



## 5. Schlussfolgerungen

### 5.1 Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlicher und privater Trägerschaft

Mittlerweile umfasst das jährlich aktualisierte Gutachten einen Untersuchungszeitraum von fünf Jahren. Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Zeit nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist die Feststellung, dass sich die Versorgungsstruktur im stationären Akutbereich nicht wesentlich geändert hat. Es hat zwar eine geringfügige Konsolidierung bei der Zahl der Spitäler und den Betten stattgefunden, das Ausmass der Anpassung an die neue Finanzierungs- und Wettbewerbssituation ist jedoch äusserst bescheiden. Allerdings gibt es in einigen Kantonen, in denen erhebliche Defizite aufgelaufen sind, Bewegung in der Spitallandschaft. In den Kantonen St. Gallen und Freiburg beabsichtigen die dortigen Kantonsspitäler einzelne Standorte neu auszurichten oder gar zu schliessen.

Die insgesamt dennoch **fehlende Dynamik** ist nicht zuletzt das **Resultat der kantonalen Spitalpolitik**. Die ehemaligen Kantonsspitäler werden heute nicht mehr direkt im Verwaltungsvermögen der Kantone geführt. Doch auch wenn Einrichtungen in selbstständige gemeinnützige Anstalten oder Aktiengesellschaften umgewandelt wurden, befindet sich das Kapital dieser Gesellschaften nach wie vor zu einem überwiegenden Teil im Besitz der Kantone. Mit der Eigentümerschaft einher geht das politische Interesse, das Überleben der eigenen Spitäler um jeden Preis zu sichern.

Die Kantone haben zwei wesentliche Instrumente, die sie für dieses Ziel einsetzen können. Die **Spitalliste** ist eines davon. In ihrer Rolle als Besteller von Leistungen können die Kantone mit der regionalen Versorgungsplanung zumindest garantieren, dass die eigenen Spitäler auf der Liste der stationären Leistungserbringer figurieren und die wesentlichen Leistungsgruppen anbieten können.

Das zweite und zugleich wirksamste Instrument aus Sicht der Kantone bilden aber die **Subventionen**, auf welche in diesem Gutachten detailliert eingegangen wurde. Die Zahlen der vergangenen Jahre zeigen, dass die finanzielle Abgeltung aus den drei Quellen seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sogar zugenommen hat. Gleichzeitig fliesst nach wie vor ein überwiegender Teil dieser Beiträge – insgesamt rund 2.4 Mrd. Franken pro Jahr – ausschliesslich an öffentliche und subventionierte Spitäler.

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind insbesondere Beiträge für explizite Dienstleistungen wie Lehre und Forschung sowie Spezialaufgaben von den wenig spezifischen Zahlungen zu unterscheiden, die für die **Ausfinanzierung ungedeckter Kosten** gedacht sind. Bei den expliziten Dienstleistungen ist es zentral, dass die Spitäler die Kosten für diese Dienste korrekt ausweisen, um eine Quersubventionierung mit Geldern der OKP zu vermeiden. Die Datenlage in diesem Bereich verbessert sich zusehends, wenn auch langsam. Es besteht immer noch eine starke Heterogenität bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Finanzierungsströme von den Kantonen zu den Spitälern.

Die Kennzahlen der Schweizer Spitäler offenbaren weiter, dass der **Wettbewerb** um die Erbringung von Spezialaufgaben noch immer nicht existiert. Die Kantone schreiben die Leistungen nicht aus (und müssen dies auch nicht), sondern vergeben diese oft direkt an die eigenen Spitäler. Private Leistungserbringer haben somit nur sehr beschränkt Zugang zu diesen Märkten – zum Nachteil der kantonalen Steuerzahler.

Bei den wenig spezifischen gemeinwirtschaftlichen Leistungen spricht das KVG von der «Erhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG). Dabei geht es darum, den öffentlichen Spitälern dort finanziell unter die Arme zu greifen, wo diese ihre Leistungen am Patienten nicht kostendeckend anbieten können. Bis heute fehlt jedoch eine wissenschaftliche Grundlage für die **Abgrenzung der Kosten** für die Strukturhaltung vom OKP-relevanten Kostenblock. Dass viele öffentliche Spitäler im Vergleich zu den Privaten jedoch trotz höherem Basisfallwert und geringeren Investitionskosten nicht oder nur knapp kostendeckend produzieren, ist ein starkes Indiz dafür, dass Strukturhaltung betrieben wird. Der Aufschlag auf die Basisfallwerte, der sich in den Daten zeigt, lässt zudem den Verdacht aufkommen, dass OKP-Erträge verwendet werden, um die Erhaltung der öffentlichen und subventionierten Spitäler zu sichern. Eine solche Quersubventionierung verbietet

das Krankenversicherungsgesetz explizit, in dem ausgeführt wird, dass die Fallpauschalenvergütung «keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten [dürfe]» (Art. 49 Abs. 3 KVG).

Private Kliniken erbringen heute rund 20 Prozent der Pflégetage im akutstationären Bereich. Viele davon sind fester Bestandteil der kantonalen Spitallisten und werden entsprechend auch durch die Kantone mitfinanziert. Gleich lange Spiesse zwischen den öffentlichen und privaten Anbieter stationärer Leistungen, wie es das KVG eigentlich fordert, gibt es trotz der neuen Spitalfinanzierung weiterhin nicht. Zum einen fordert Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG einen angemessenen Einbezug von privaten Trägerschaften in die Spitalplanung, und zum andern haben private Spitäler einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staates bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die empirischen Befunde sowie der tiefe Marktanteil der privaten Betreiber und deren beschränkter Zugang zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen widersprechen den gesetzlichen Vorgaben. Längerfristig könnte ein Rückzug der Kantone aus der Rolle des Spitalbetreibers für eine Entspannung sorgen. Dieser Schritt findet heute jedoch noch keine Unterstützung – weder in der Politik noch bei der Bevölkerung.

Daher sollte der Fokus momentan darauf liegen, die Leistungen, die mit den GWL-Zahlungen verknüpft sind, genauer zu definieren und deren Kosten besser zu erfassen. Damit kann die **KVG-widrige Quersubventionierung** mit Prämiegeldern der OKP verhindert werden. Eine explizite Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bildet zudem eine Basis dafür, die einzelnen Leistungen in einem zweiten Schritt ausschreiben zu können und damit mehr Wettbewerb in diesem Bereich zu generieren.

Bei den Investitionskosten und den überhöhten Basisfallwerten sind die Lösungen weniger offensichtlich. Auch wenn die Kantone marktkonforme Mieten verlangen und keine zinslosen Darlehen sprechen, bleibt den **öffentlichen Spitälern** ein Wettbewerbsvorteil aufgrund der **expliziten oder impliziten Staatsgarantie**. Diese ermöglicht es ihnen, Geld in Form von Bankkrediten oder am Kapitalmarkt zu günstigeren Konditionen zu beschaffen, als es privaten Trägern möglich ist.

Beim Basisfallwert könnte einzig ein funktionierender Wettbewerb garantieren, dass eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit OKP-Erträgen weitgehend entfällt. Das bedingt aber, dass sich auch öffentliche und subventionierte Spitäler zu gleichen Bedingungen im Markt bewähren müssen. Der absolute Aufschlag für öffentliche und subventionierte Spitäler von zwischen 300 und 400 Franken pro Fall weist hingegen auf eine **marktbeherrschende Stellung** dieser Einrichtungen hin. Dabei ist es der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers, dass sich die Spitaltarife an jenen Spitälern orientieren, welche die versicherte Leistung effizient und kostengünstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Daher spricht denkbar wenig dafür, dass sich die Spitaltarife innerhalb eines Kantons (oder einer Region) wesentlich unterscheiden. Einen Sonderfall bilden lediglich die Universitäts- und Kinderspitäler. Das heutige Vergütungssystem ist aber noch nicht vollständig in der Lage, die spezielle Leistungsstruktur dieser Institutionen und die daraus resultierenden Mehrkosten genügend abzubilden. Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für spitalambulante Leistungen.

## 5.2 Vorhalteleistungen

Bei der Spitalfinanzierungsreform 2012 wurde die Finanzierung der Vorhalteleistungen nicht thematisiert. Zuvor war sie Teil der Objektfinanzierung; Kantone finanzierten die Infrastruktur der Spitäler und damit automatisch auch die Vorhaltung von Kapazitäten für Perioden hoher Nachfrage nach stationärer Behandlung, wie sie etwa bei Grippeepidemien auftreten. Stationäre Vorhalteleistungen stellen ein **Optionsgut** dar, für das grundsätzlich eine Zahlungsbereitschaft besteht. Daher ist es sinnvoll, diese Leistung explizit zu finanzieren. Bei den Apotheken und



im ambulanten Bereich gibt es bereits eine spezielle Vergütung von Notfällen und im spitalambulanten Bereich wird sie ebenfalls eingeführt, falls der neue Ärztetarif «TARDOC» vom Bundesrat genehmigt wird.

Bei Versicherungsdeckung besteht ein Vorteil darin, die Vergütung der Vorhalteleistung an die Dienstleistung zu knüpfen. Damit kommt sie automatisch bei den richtigen Leistungserbringern an, im Gegensatz zu einer Umlagefinanzierung über eine **Notfallprämie**. Zudem ist es sinnvoll, die Finanzierung mit einem Leistungsauftrag zu verbinden, der den Betrieb einer Notfallstation vorsieht. Der Zuschlag für die Kosten dieser Leistung sollte dem Relativgewicht der individuellen Spitalbehandlung folgen, um damit bspw. die höheren Kosten der Vorhaltung von Intensivbetten abzubilden. Daher bietet es sich an, eine **Pauschale auf den Basisfallwert** eines Spitals aufzuschlagen. Dieser Zuschlag kann entweder allen Patienten verrechnet werden, wie es der Kanton Zürich umsetzt, oder sich nur auf die Notfallpatienten beziehen. Die letzte Variante hat den Vorteil, dass man gleich verfährt, wie es im TARDOC mit spitalambulanten Notfällen vorgesehen ist. Da aber mit stationären Notfällen weitere Vorhaltungen verbunden sind, sollte die stationäre Notfallpauschale höher ausfallen als die ambulante. Dies zeigen auch unsere Berechnungen.

Der Nachteil dieser Variante besteht allerdings darin, dass im Zusammenhang mit der Abgrenzung von elektiven und Notfallpatienten ein Ermessenspielraum besteht, der von den Spitälern zu Ungunsten der Kostenträger ausgenutzt werden könnte. Dies ist bei der Zürcher Lösung mit einem generellen Zuschlag für alle Patienten nicht der Fall. Letztere hat aber zum Nachteil, dass sie Anreize setzt, einen Notfalldienst einzurichten und anerkennen zu lassen, selbst wenn man ihn nicht effizient betreiben kann. Sie ist auch problematisch bei Spitälern mit mehreren Standorten. Die Notfallvergütung sollte nur beim Standort ankommen, der tatsächlich einen anerkannten Notfalldienst hat. Schliesslich ist zu beachten, dass ein Interessenskonflikt im Zusammenhang mit der Mehrfachrolle der Kantone in der stationären Versorgung bei der Anerkennung von Notfalldiensten besteht. Die Versicherer finanzieren 45 Prozent einer Fallpauschale. Damit wird bei einem generellen Zuschlag auf den Basisfallwert der Anreiz der Kantone verwässert, den Notfalldienst effizient zu gestalten. Ein Einbezug der Krankenversicherer bei der Anerkennung von Notfalldiensten wäre daher sinnvoll. In Ballungsgebieten könnte zudem der Notfalldienst über ein Submissionsverfahren vergeben werden.

Im nationalen und in kantonalen Parlamenten sind zahlreiche Vorstösse für die Einführung einer Notfallgebühr in der akutstationären Versorgung bei Bagatellfällen hängig. Eine solche Gebühr hätte den Vorteil, die bestehende Zweckentfremdung von Notfalldiensten einzuschränken, womit Ressourcen eingespart werden könnten. Sie kann allerdings nicht dazu dienen, die Vorhalteleistungen im Zusammenhang mit einem Notfalldienst zu finanzieren. Dafür ist, wie wir gezeigt haben, eine eigenständige Vergütung notwendig.

## Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., Beiver, A. Breidenbach, Ph., Haering, A. und Straub, N. (2019), *Versorgungsplanung durch datenbasierte Marktraumanalysen am Beispiel von Notfallzentren*, in: Klauber, J., u. a. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus*, Berlin, S. 161- 173.
- Bundesamt für Statistik BFS (2019), *Kosten des Gesundheitswesens, Provisorische Ergebnisse für 2017*. [LINK](#)
- Felder, S. (2020), Den Utilitarismus richtig verstehen, Euer Ehren. Covid-19 und Intensivmedizin: Zwei Repliken. Uninews Basel, [LINK](#)
- Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014), *Entscheid zum Antrag Nr. 14\_001, H+ Die Spitäler der Schweiz*, Bern. [LINK](#)
- Felder, S., Meyer, S. und Bieri, D. (2016), *Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Universität Basel. [LINK](#)
- Felder, S., Meyer, S. und Selcik, F. (2017), *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Universität Basel. [LINK](#)
- Felder, S., Meyer, S. und Gmünder, M. (2018), *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2016*. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz. Universität Basel. [LINK](#)
- GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) (2018), *Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG*. Verabschiedet durch den Vorstand der GKD am 1. März 2018. [LINK](#)
- Monopolkommission (2020), *XXIII. Hauptgutachten – Wettbewerb 2020, Kapitel I: Effiziente Struktur des deutschen Krankensektors – ist eine Bereichsausnahme im GWB erforderlich?*, Bonn, Juli 2020. [LINK](#)
- Von Stokar, Th., A. Vettori, E. Gschwend und Boos, L. (2016), *Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern: Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Anonymisierter Schlussbericht z. Hd. Bundesamt für Gesundheit. Infras. [LINK](#)
- SAMW (2020), *Intensivmedizin: Triage bei Engpässen, Richtlinien der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften und der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin*, 20. März 2020. [LINK](#)
- Vilpert, S. (2013), *Konsultationen in Schweizer Notfallstationen* (Obsan Bulletin 3/2013). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [LINK](#)



## Anhang I: Datenquellen

Beschreibung	Link
Bundesamt für Gesundheit (BAG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Daten 2013</a></li> </ul>
Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Daten 2014</a></li> <li>• <a href="#">Daten 2015</a></li> <li>• <a href="#">Daten 2016</a></li> <li>• <a href="#">Daten 2017</a></li> <li>• <a href="#">Daten 2018</a></li> <li>• <a href="#">Daten 2008-2018 (Längsschnittdaten)</a></li> </ul>
Bundesamt für Statistik (BFS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Betten und Hospitalisierungen nach Aktivitätstyp 1998-2018</a></li> </ul>
Krankenhausstatistik (KS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Fluss der hospitalisierten Patienten nach Wohnkanton und nach Kanton des Leistungserbringers 1999-2017</a></li> </ul>
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017 (prov. Daten)</a></li> </ul>

## Anhang II: Tabellen

Tabelle A30: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennziffern aufgrund von Rücksprachen\*

Kanton	Name des Spitals	Jahre mit korrigierten Werten		
BE	Privatklinik Linde AG	2013	2014	2015
	Lindenhof AG		2013	
	Inselspital Bern	2013	2014	2015
	Hôpital du Jura bernois SA	2013	2014	2015
	Spital Netz Bern AG	2013	2014	
	Regionalspital Emmental AG		2013	
	Hirslanden Bern AG	2013	2014	2015
	SRO Spital Region Oberaargau AG	2013	2014	
	Spitalzentrum Biel		2013	
	Spitäler FMI AG	2013	2014	2015
BS	Universitätsspital Basel		2013	
FR	Clinique Générale – Ste-Anne SA		2013	
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG		2013-2018	
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2013	2014	
SZ	Spital Schwyz		2013	
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale		2013	
VS	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum AG	2014	2014	2015
ZG	Zuger Kantonsspital AG		2013	
ZH	GZO Spital Wetzikon		2014	

**Anmerkung:** \* Mit Ausnahme der Kantone Genf und Neuenburg erfolgten diese Änderungen nach Rücksprache mit den entsprechenden kantonalen Gesundheitsdirektionen.

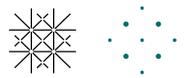


Tabelle A31: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2018

Kanton	kantonal	Andere Kantone	Ausland
AG	86.3%	11.8%	1.9%
AI	61.3%	36.5%	2.2%
AR	37.8%	61.6%	0.5%
BE	84.9%	14.4%	0.8%
BL	72.8%	24.1%	3.1%
BS	39.0%	55.1%	5.9%
FR	94.4%	5.1%	0.5%
GE	85.4%	7.6%	7.1%
GL	90.3%	9.0%	0.7%
GR	69.8%	21.1%	9.1%
JU	94.1%	4.9%	1.1%
LU	78.1%	21.2%	0.7%
NE	94.8%	4.3%	0.9%
NW	68.8%	30.0%	1.2%
OW	80.2%	19.1%	0.7%
SG	77.8%	17.9%	4.4%
SH	79.9%	16.2%	3.9%
SO	79.3%	20.1%	0.6%
SZ	86.4%	12.8%	0.8%
TG	91.3%	7.6%	1.1%
TI	92.1%	4.3%	3.7%
UR	93.8%	4.9%	1.2%
VD	82.4%	14.9%	2.7%
VS	92.2%	5.0%	2.8%
ZG	79.0%	20.5%	0.6%
ZH	83.1%	15.5%	1.4%
CH	80.9%	16.5%	2.5%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018). Berechnung: Universität Basel.

Tabelle A32: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2018.

A) Wegfall aus der Statistik akuter Einrichtungen (Schliessung, Fusion anderer Aktivitätstyp usw.)	Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Clinique Cecil SA	Fusion mit Hirslanden Lausanne SA; Standort bleibt
	Clinique la Métairie SA	A/P/R → P
	Clinique Médico-Chirurgicale de Longeraie SA	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Clinique Montbrillant SA	Fusion mit Swiss Medical Network
	Geburtshaus Graubünden	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Klinik Pyramide Schwerzenbach	Aufgabe des Standorts
	Klinik Schönberg AG	A/R → R
	Lukas Klinik	Fusion mit einer anderen Klinik
	Maison de naissance Aquila	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Maison de naissance La Grange Rouge	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Maison de naissance Lunaissance	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Maison de naissance Zoé	Schliessung/kein stat. Angebot mehr
	Privatklinik Piano	unklar (nicht mehr in der Statistik)
	Vista Diagnostics AG	unklar (nicht mehr in der Statistik)
	Hôpital du Chablais VD	Fusion mit Hôpital de Vaud
	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) Estavayer le Lac	Fusion mit Hôpital de Fribourg
	Schweizerisches Epilepsie Zentrum	Fusion mit Klinik Lengg AG
	Felix Platter Spital	A/R → R
	Reha-Pflegeklinik Eden AG	Kein stat. Angebot mehr
Réseau Santé Mentale SA RSM SA	Fusion mit Hôpital du Jura bernois	
Klinik St.Georg Goldach AG	Schliessung	
B) Aufnahme in die Statistik akuter Einrichtungen (Neueröffnung, anderer Aktivitätstyp usw.)	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	P/R → A/P/R
	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum Leukerbad AG	Neueröffnung
	Geriatrische Klinik St. Gallen	R → A/R → A
	Klinik Lengg AG	Ehem. Schweiz. EpilepsieZentrum
	Geburtshaus Maternité Alpine	Neueröffnung
	Clinique CIC Valais SA	Neueröffnung
	Clinique du Grand-Salève Sàrl	Neueröffnung
	Bürgenstock Hotels AG Waldhotel Health & Medical Excellence Rehabilitationsklinik	Neueröffnung
C) Änderung der Trägerschaft/ Organisationsstruktur	Spital Affoltern	Verein / Stiftung → öff. Unternehmen
	Spital Netz Bern AG	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)
	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospital d'Engiadina Bassa	öff. Unternehmen → Verein / Stiftung
	Regionalspital Surselva AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH
	Spital Bülach AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH

Anmerkungen: A: Akutversorgung, P: Psychiatrie, R: Rehabilitation.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2018). Darstellung: Universität Basel.



## Anhang III: Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2018

Kt.	Spital	Ort	Typ <sup>1</sup>	Träger- schaft	Aktivitäts- typ <sup>2</sup>	Anzahl Standorte
AG	Hirslanden Klinik Aarau	5000 Aarau	K112	privat	A	1
AG	Geburtshus Storchenäsch AG	5504 Othmarsingen	K232	privat	B	1
AG	Klinik Villa im Park AG	4852 Rothrist	K232	privat	A	1
AR	Berit Paracelsus-Klinik AG	9042 Speicher	K231	privat	A, R	1
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG	9410 Heiden	K231	privat	A	1
BE	Hirslanden Bern AG	3013 Bern	K112	privat	A	5
BE	Lindenhof AG	3012 Bern	K112	privat	A	4
BE	Privatklinik Linde AG	2503 Biel	K122	privat	A	1
BE	Stiftung Diaconis Palliative Care	3013 Bern	K123	privat	A	1
BE	Klinik Hohmad AG	3600 Thun	K231	privat	A	1
BE	Siloah AG	3073 Gümliigen	K231	privat	A, R	1
BE	Geburtshaus Luna AG	3072 Ostermundigen	K232	privat	B	2
BE	Geburtshaus Maternité Alpine	3770 Zweisimmen	K232	privat	B	1
BL	Klinik Arlesheim AG	4144 Arlesheim	K123	privat	A, P	2
BL	Hirslanden Klinik Birshof	4142 Münchenstein	K231	privat	A	1
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	4132 Muttenz	K231	privat	A	1
BL	Geburtshaus Ambra	4443 Wittinsburg	K232	privat	B	1
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	4133 Pratteln	K232	privat	B	1
BL	Ita Wegman Geburtshaus	4144 Arlesheim	K232	privat	B	1
BL	Ergolz-Klinik	4410 Liestal	K235	privat	A	1
BL	Hospiz im Park	4144 Arlesheim	K235	privat	A	1
BL	Vista Klinik	4102 Binningen	K235	privat	A	1
BS	St. Claraspital	4058 Basel	K112	privat	A	1
BS	Bethesda Spital AG	4052 Basel	K122	privat	A, R	1
BS	Merian Iselin	4054 Basel	K231	privat	A	1
BS	Geburtshaus Basel	4054 Basel	K232	privat	B	1
BS	Palliativzentrum Hildegard	4052 Basel	K235	privat	A	1
BS	Schmerzklinik Basel AG	4051 Basel	K235	privat	A	1
FR	Hôpital Jules Daler	1700 Fribourg	K122	privat	A	1
FR	Clinique Générale - Ste-Anne SA	1700 Fribourg	K231	privat	A	1
FR	Maison de Naissance le Petit Prince	1752 Villars-sur-Glâne	K232	privat	B	1
GE	Clinique Générale-Beaulieu	1206 Genève	K121	privat	A	1
GE	Hôpital de la Tour	1217 Meyrin	K121	privat	A	1
GE	Clinique des Grangettes SA	1224 Chêne-Bougeries	K122	privat	A	1
GE	Clinique de Carouge	1227 Carouge GE	K231	privat	A	1
GE	Clinique de la Plaine	1205 Genève	K231	privat	A	1
GE	Clinique la Colline	1206 Genève	K231	privat	A	1
GE	Nouvelle Clinique Vert-Pré	1231 Conches	K231	privat	A	1
GE	Maison de naissance La Roseraie	1205 Genève	K232	privat	B	1
GR	Hochgebirgsklinik Davos	7265 Davos Wolfgang	K221	privat	A, R	1
GR	Klinik Gut St. Moritz AG	7500 St. Moritz	K231	privat	A	2
JU	Maison de naissance Les Cigognes	2824 Vicques	K232	privat	B	1
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG	6006 Luzern	K112	privat	A	2
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG Hirslanden Klinik Meggen	6045 Meggen	K231	privat	A	1
LU	Geburtshaus Terra Alta	6208 Oberkirch LU	K232	privat	B	1
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG	6207 Nottwil	K235	privat	A, R	1
NE	Clinique de la Tour SA	2300 La Chaux-de-Fonds	K231	privat	A	1
NE	GSMN Neuchâtel SA	2001 Neuchâtel	K231	privat	A	3
NE	Maison de Naissance Tilia Sàrl	2000 Neuchâtel	K232	privat	B	1
NW	Geburtshaus Stans	6370 Stans	K232	privat	B	1
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	9016 St. Gallen	K122	privat	A	1
SG	Rosenklinik AG	8640 Rapperswil-Jona	K231	privat	A	1
SG	Klinik St. Georg Goldach AG	9403 Goldach	K235	privat	A	1
SG	Thurklinik AG	9244 Niederuzwil	K235	privat	A	1
SH	Hirslanden Klinik Belair	8200 Schaffhausen	K231	privat	A	2

Kt.	Spital	Ort	Typ <sup>1</sup>	Trägerschaft	Aktivitätstyp <sup>2</sup>	Anzahl Standorte
SO	Privatklinik Obach AG	4500 Solothurn	K123	privat	A	1
SO	Pallas Kliniken AG	4600 Olten	K235	privat	A	1
SZ	Seeklinik Brunnen AG	6440 Brunnen	K212	privat	A, P	1
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	8280 Kreuzlingen	K231	privat	A	1
TG	Klinik Seeschau AG	8280 Kreuzlingen	K231	privat	A	1
TG	Venenklinik Bellevue AG	8280 Kreuzlingen	K231	privat	A	1
TI	Cardiocentro Ticino (CCT)	6900 Lugano	K122	privat	A, R	1
TI	Clinica Luganese SA Sede Moncucco	6900 Lugano	K122	privat	A	1
TI	Clinica Sant'Anna GSMN Ticino SA	6924 Sorengo	K122	privat	A	1
TI	Clinica Santa Chiara SA	6600 Locarno	K122	privat	A	1
TI	Clinica fondazione G. Varini	6644 Orselina	K123	privat	A	1
TI	Clinica Luganese SA Sede San Rocco	6900 Lugano	K123	privat	A	1
TI	Ospedale Malcantonese Fondazione Giuseppe Rossi	6980 Castelrotto	K212	privat	A, P	1
TI	GSMN Ticino SA - Ars Medica	6929 Gravesano	K231	privat	A	1
TI	Clinica Dr. Spinedi c/o Clinica Santa Croce	6644 Orselina	K235	privat	A	1
VD	Hirslanden Lausanne SA	1006 Lausanne	K121	privat	A	2
VD	Clinique de La Source	1004 Lausanne	K122	privat	A	1
VD	Clinique de Genolier	1272 Genolier	K123	privat	A	1
VD	Clinique CIC Riviera	1815 Clarens	K231	privat	A	1
VD	Clinique de Montchoisi	1006 Lausanne	K231	privat	A	1
VD	Biotonus, Clinique Bon-Port SA centre de soins médicaux & esthétiques	1820 Montreux	K235	privat	A	1
VD	Clinique la Prairie SA	1815 Clarens	K235	privat	A	1
VS	Clinique CIC Valais SA	1907 Saxon	K231	privat	A	1
VS	Clinique médico-chirurgicale de Valère SA	1950 Sion	K231	privat	A	1
ZG	Andreas Klinik	6330 Cham	K122	privat	A	1
ZH	Klinik Hirslanden AG	8008 Zürich	K112	privat	A	2
ZH	Klinik Im Park	8002 Zürich	K121	privat	A	2
ZH	Privatklinik Bethanien AG	8044 Zürich	K122	privat	A	1
ZH	Paracelsus-Spital Richterswil AG	8805 Richterswil	K123	privat	A, P	1
ZH	Adus Medica AG	8157 Dielsdorf	K231	privat	A	1
ZH	Eulachklinik AG	8400 Winterthur	K231	privat	A	1
ZH	Klinik Pyramide am See AG	8008 Zürich	K231	privat	A	1
ZH	Klinik Tiefenbrunnen AG	8702 Zollikon	K231	privat	A	1
ZH	Limmatklinik AG	8005 Zürich	K231	privat	A	1
ZH	Privatklinik Lindberg	8400 Winterthur	K231	privat	A	1
ZH	Schulthess Klinik	8008 Zürich	K231	privat	A	3
ZH	Uroviva Klinik AG	8180 Bülach	K231	privat	A	1
ZH	Geburtshaus Delphys	8003 Zürich	K232	privat	B	1
ZH	Geburtshaus Zürcher Oberland AG	8344 Bäretswil	K232	privat	B	1
ZH	Klinik Susenberg	8044 Zürich	K235	privat	A, R	1
<b>CH</b>	<b>Private Spitäler</b>	<b>Anzahl</b>	<b>95</b>		<b>Standorte</b>	<b>114</b>
AG	Kantonsspital Aarau AG	5000 Aarau	K112	subv.	A	1
AG	Kantonsspital Baden AG	5404 Baden	K112	subv.	A	4
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	4310 Rheinfelden	K121	subv.	A	3
AG	Kreisspital für das Freiamt	5630 Muri AG	K121	subv.	A	1
AG	Asana Gruppe AG Spital Leuggern	5316 Leuggern	K122	subv.	A	1
AG	Asana Gruppe AG Spital Menziken	5737 Menziken	K122	subv.	A	1
AG	Spital Zofingen AG	4800 Zofingen	K122	subv.	A	1
AG	Klinik Barmelweid AG	5017 Barmelweid	K221	subv.	A, P, R	2
BE	Insel Gruppe AG (universitär)	3010 Bern	K111	subv.	A, R	1
BE	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)	3010 Bern	K112	subv.	A, R	5
BE	Regionalspital Emmental AG	3400 Burgdorf	K112	subv.	A, P	2
BE	Spital STS AG	3600 Thun	K112	subv.	A, P	4
BE	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	3800 Unterseen	K112	subv.	A, P	2
BE	Spitalzentrum Biel AG	2502 Biel	K112	subv.	A, R	1
BE	SRO Spital Region Oberaargau AG	4900 Langenthal	K121	subv.	A, P	4



Kt.	Spital	Ort	Typ <sup>1</sup>	Träger- schaft	Aktivitäts- typ <sup>2</sup>	Anzahl Standorte
BE	Hôpital du Jura bernois SA	2610 Saint-Imier	K122	subv.	A, P, R	9
BE	Fürsorgeverein Bethesda	3233 Tschugg	K221	subv.	A, R	1
GL	Kantonsspital Glarus	8750 Glarus	K122	subv.	A, P	2
GR	Kantonsspital Graubünden	7000 Chur	K112	subv.	A	1
GR	Flury Stiftung Spital Schiers	7220 Schiers	K122	subv.	A	1
GR	Regionalspital Surselva AG	7130 Ilanz	K122	subv.	A	1
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	7270 Davos Platz	K122	subv.	A	1
GR	Center da Sanadad Savognin SA	7460 Savognin	K123	subv.	A	1
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	7550 Scuol	K123	subv.	A, R	1
GR	Centro Sanitario Valposchiavo Ospedale San Sisto	7742 Poschiavo	K123	subv.	A	1
GR	Spital Thusis	7430 Thusis	K123	subv.	A	1
SG	Ostschweizer Kinderspital	9006 St. Gallen	K233	subv.	A, P	2
SO	Solothurner Spitäler AG	4500 Solothurn	K112	subv.	A, P, R	5
SZ	Spital Schwyz	6430 Schwyz	K121	subv.	A, R	1
SZ	Spital Einsiedeln	8840 Einsiedeln	K122	subv.	A	1
SZ	Spital Lachen	8853 Lachen SZ	K122	subv.	A	1
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen	8501 Frauenfeld	K112	subv.	A	2
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	1110 Morges	K112	subv.	A, R	3
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	1400 Yverdon-les-Bains	K112	subv.	A, P, R	5
VD	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	1820 Montreux	K112	subv.	A, R	6
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) SA	1260 Nyon	K121	subv.	A, R	2
VD	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)	1530 Payerne	K122	subv.	A, R	2
VD	Hôpital du Pays d'Enhaut	1660 Château-d'Oex	K123	subv.	A, R	1
VD	Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ)	1450 Sainte-Croix	K123	subv.	A, R	2
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin Fondation Asile des Aveugles	1004 Lausanne	K235	subv.	A	1
ZG	Zuger Kantonsspital AG	6340 Baar	K112	subv.	A	1
ZH	GZO Spital Wetzikon	8620 Wetzikon ZH	K112	subv.	A	1
ZH	See-Spital	8810 Horgen	K112	subv.	A	2
ZH	Spital Bülach AG	8180 Bülach	K112	subv.	A	1
ZH	Spital Zollikerberg	8125 Zollikerberg	K112	subv.	A	2
ZH	Spital Männedorf AG	8708 Männedorf	K121	subv.	A	1
ZH	Universitätsklinik Balgrist	8008 Zürich	K231	subv.	A, R	1
ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich	8032 Zürich	K233	subv.	A, P, R	2
ZH	Klinik Lengg AG	8008 Zürich	K235	subv.	A, R	1
ZH	Sune-Egge	8005 Zürich	K235	subv.	A	1
<b>CH</b>	<b>Subventionierte Spitäler</b>	<b>Anzahl</b>	<b>50</b>		<b>Standorte</b>	<b>100</b>
AI	Kantonales Spital Appenzell Spitalverbund Appenzell	9050 Appenzell	K123	öffentlich	A	1
AR	Ausserrhoden, Akutsomatisches Spital Heiden/Herisau	9101 Herisau	K121	öffentlich	A	2
BL	Kantonsspital Baselland	4410 Liestal	K112	öffentlich	A, R	3
BS	Universitätsspital Basel	4056 Basel	K111	öffentlich	A	1
BS	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	4056 Basel	K233	öffentlich	A	1
FR	HFR – Hôpital fribourgeois	1708 Fribourg	K112	öffentlich	A, R	5
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	1205 Genève	K111	öffentlich	A, P, R	5
GR	Spital Oberengadin	7503 Samedan	K122	öffentlich	A	1
GR	Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung	7536 Sta. Maria V. M.	K123	öffentlich	A	1
GR	Centro Sanitario Bregaglia Reparto Acuto	7606 Promontogno	K123	öffentlich	A	1
JU	Hôpital du Jura	2900 Porrentruy	K121	öffentlich	A, P, R	4
LU	Luzerner Kantonsspital	6004 Luzern	K112	öffentlich	A, R	6
LU	Luzerner Höhenklinik Montana	3963 Crans-Montana	K221	öffentlich	A, R	1
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2000 Neuchâtel	K112	öffentlich	A, R	6
NW	Kantonsspital Nidwalden	6370 Stans	K122	öffentlich	A	1

Kt.	Spital	Ort	Typ <sup>1</sup>	Trägerschaft	Aktivitätstyp <sup>2</sup>	Anzahl Standorte
OW	Kantonsspital Obwalden	6060 Sarnen	K121	öffentlich	A	1
SG	Kantonsspital St. Gallen	9007 St. Gallen	K112	öffentlich	A	3
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9445 Rebstein	K112	öffentlich	A	4
SG	Spital Linth	8730 Uznach	K121	öffentlich	A	1
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9500 Wil SG	K121	öffentlich	A, P	2
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9000 St. Gallen	K234	öffentlich	A	1
SH	Spitäler Schaffhausen	8208 Schaffhausen	K112	öffentlich	A, P, R	3
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	6500 Bellinzona	K112	öffentlich	A, R	9
UR	Kantonsspital Uri	6460 Altdorf UR	K122	öffentlich	A	1
VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	1011 Lausanne	K111	öffentlich	A, P, R	3
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du centre du Valais (CHCVs)	1950 Sion	K112	öffentlich	A, P, R	6
VS	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	3930 Visp	K112	öffentlich	A, P, R	3
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	1870 Monthey	K211	öffentlich	A, P, R	2
ZH	Universitätsspital Zürich	8091 Zürich	K111	öffentlich	A, P	3
ZH	Kantonsspital Winterthur	8400 Winterthur	K112	öffentlich	A, P	3
ZH	Spital Limmattal	8952 Schlieren	K112	öffentlich	A	1
ZH	Spital Uster	8610 Uster	K112	öffentlich	A	1
ZH	Stadtspital Triemli	8063 Zürich	K112	öffentlich	A	1
ZH	Stadtspital Waid	8037 Zürich	K112	öffentlich	A	1
ZH	Spital Affoltern	8910 Affoltern am Albis	K122	öffentlich	A, P	1
<b>CH</b>	<b>Öffentliche Spitäler</b>	<b>Anzahl</b>	<b>35</b>		<b>Standorte</b>	<b>89</b>
<b>CH</b>	<b>Alle Spitäler</b>	<b>Anzahl</b>	<b>180</b>		<b>Standorte</b>	<b>303</b>

**Anmerkungen:** <sup>1</sup>Typ (BFS): K111 = Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital), K112 = Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2), K121 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3), K122 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4), K123 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5), K211 = Psychiatrische Klinik (Niveau 1), K212 = Psychiatrische Klinik (Niveau 2), K221 = Rehabilitationsklinik, K231 = Spezialklinik: Chirurgie, K232 = Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie, K233 = Spezialklinik: Pädiatrie, K234 = Spezialklinik: Geriatrie, K235 = Spezialklinik: Diverse; <sup>2</sup>Aktivitätstyp (BFS): A = Akutpflege, B = Geburtshaus, R = Rehabilitation / Geriatrie, P = Psychiatrie.

**Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2018).