



Prof. Dr. Stefan Felder | Health Economics

Peter Merian-Weg 6 | Postfach | CH-4002 Basel

Tel. +41 (0)61 207 3226 | stefan.felder@unibas.ch

Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013-2015

Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz

Basel, 15. September 2017

Projektleitung: Prof. Dr. Stefan Felder (Universität Basel)

Projektbearbeitung: Dr. Stefan Meyer (Institut für Wirtschaftsstudien Basel AG)
Fatmana Selcik (Universität Basel)

Inhaltsverzeichnis

0.	Zusammenfassung (Executive Summary)	4
1.	Einleitung	13
2.	Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz.....	16
2.1	Bettendichte, Auslastung und interkantonale Patientenwanderung.....	16
2.2	Die akutstationären Leistungserbringer nach Trägerschaft	20
3.	Subventionierung der Spitäler	32
3.1	Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen.....	32
3.2	Untersuchung der Baserates auf Spitalebene.....	34
3.3	Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung	39
3.4	Zusammenstellung der Subventionen	42
4.	Beurteilung der stationären Finanzierung	47
4.1	Grundsätzliche Überlegungen zur flächendeckenden medizinischen Versorgung.....	47
4.2	Die aktuelle Finanzierung der Schweizer Spitäler.....	49
APPENDIX.....		53
A	Verwendete Abkürzungen	53
B	Literaturverzeichnis	53
C	Datenquellen	54
D	Abbildungsverzeichnis	54
E	Tabellenverzeichnis	54
F	Tabellenanhang	56
G	Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2015	59

0. Zusammenfassung (Executive Summary)

Im Jahr 2012 hat die Schweiz die Finanzierung der stationären medizinischen Versorgung umfassend reformiert. Die heutige Vergütung ist grundsätzlich subjektbezogen: Sie folgt der Behandlung des Patienten im Spital. Zudem hängt sie von der Art der Erkrankung des Patienten ab und sie ist pauschal. Das Fallpauschalensystem SwissDRG schliesst insbesondere die Investitionskosten der Spitäler mit ein. Die Kantone beteiligen sich nach einer Übergangszeit bis 2017 zu mindestens 55% an der pauschalierten Vergütung. Das Gesetz lässt es allerdings weiterhin zu, dass die Kantone die Spitäler über die subjektbezogene Vergütung hinaus finanziell unterstützen. Konkret können die Kantone sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen abgelten. Dies kann auf der Grundlage von Leistungsverträgen geschehen. Es ist aber auch möglich, dass die Kantone aus regionalpolitischen Überlegungen ohne spezifizierten Leistungsauftrag strukturerhaltende Beiträge an Spitäler zahlen.

Definition von Spital kategorien aufgrund der Trägerschaft

Das vorliegende Gutachten geht der nach Trägerschaft unterschiedlichen Finanzierung von Spitälern nach. Zu diesem Zweck wurden mehrere offizielle Statistiken herangezogen und ausgewertet. Dazu gehören u.a. die Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS), öffentlich verfügbare Auszüge aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und die Baserates der Spitäler. Wir betrachten die Jahre 2013 bis 2015. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse des Gutachtens zusammenfassend präsentiert, während eine ausführliche Darstellung in den anschliessenden Kapiteln erfolgt.

Wir unterscheiden die Trägerschaft der Spitäler in drei Kategorien:

- a) **Private Kliniken:** Diese sind Einrichtungen, die privatrechtlich organisiert und zu einem überwiegenden Anteil in privater Hand sind.¹ Von den landesweit insgesamt 188 Akutspitälern und Geburtshäusern in 2015 waren deren 103 oder 55% nach diesem Kriterium privat.
- b) **Öffentliche Spitäler** sind nach der 2012 geänderten Definition des Bundesamts für Statistik Staatsbetriebe. Sie sind also nicht nur im Eigentum einer staatlichen Gebietskörperschaft (Kanton oder Gemeinden), sondern werden auch von einer staatlichen Stelle betrieben (Körperschaft des öffentlichen Rechts). Dazu gehören bspw. das CHUV in Lausanne und die HUG in Genf. 2015 gab es in der Schweiz 36 öffentliche Spitäler.

¹ Die Mitglieder des Verbands „Privatkliniken Schweiz“ sind nach dieser Definition private Einrichtungen, denn dessen Statuten sehen als Voraussetzung für eine Mitgliedschaft vor, dass mehr als 50% des Eigenkapitals privat getragen ist.

- c) **Subventionierte Spitäler:** Übrig bleiben 49 Einrichtungen, die mehrheitlich in öffentlicher Trägerschaft sowie häufig als Aktiengesellschaften verfasst sind, wobei der öffentliche Träger mehr als 50% des Eigenkapitals trägt. Bis 2012 galten diese Spitäler ebenfalls als „öffentlich/subventioniert“, da sie Kantonsbeiträge erhielten. Beispiele für diese Spital-kategorie sind die Solothurner Spitäler AG und das Inselspital Bern. Wir bezeichnen die 49 Spital-einheiten dieser Kategorie als subventioniert.

Drei Spital-kategorien mit unterschiedlicher Struktur

Im Gutachten werden zunächst die strukturellen Unterschiede der Spitäler nach Trägerschaft charakterisiert. Die folgenden Merkmale fallen besonders auf:

- a) Die Marktanteile der privaten Träger, gemessen an den Pflge-tagen, variieren stark zwischen den Kantonen. Landesweit beträgt der private Anteil 19.4%. In vier Kantonen (Appenzell-Inner-rhoden, Glarus, Obwalden und Uri) ist er null (dort gibt es keine private Klinik), in sechs Kantonen (Appenzell-Ausserrhoden, Bern, Basel-Stadt, Luzern, Tessin und Zug) ist er grösser als ein Viertel. Zwischen 2013 und 2015 stieg der private Marktanteil geringfügig um 0.1%-Punkte. In den Kantonen variiert die Änderung des privaten Marktanteils zwischen plus 4.1%- (Freiburg) und minus 4.4%-Punkten (Graubünden).
- b) Private Spital-einheiten sind mit durchschnittlich 47 vorgehaltenen Akutbetten 3.3mal kleiner als subventionierte (155 Betten) und etwa sechsmal kleiner als öffentliche Spitäler (298 Betten). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass private Einrichtungen durchschnittlich nur 1.2 Standorte haben, während es bei subventionierten 1.9 und bei öffentlichen Spitälern 2.3 sind. Die privaten Betreiber haben seit 2013 sowohl in der Bettenanzahl (5.7%) wie in der Anzahl Standorte (6.7%) zugelegt, während es bei den übrigen Spitälern bei diesen Grössen kaum Änderungen gab.
- c) Private Kliniken behandeln zu 22.6% Patienten aus anderen Kantonen. Dieser Anteil beträgt bei den subventionierten 13.1% und bei den öffentlichen 14.6%. 46% der in privaten Einrichtungen behandelten Patienten sind mindestens halbprivat versichert, während es in subventionierten und öffentlichen Einrichtungen nur 16% sind. Der Anteil privat- oder halbprivat versicherter Patienten ist zwischen 2013 und 2015 in den privaten Einrichtungen um 2%-Punkte gesunken, während er bei den übrigen Spitälern konstant blieb.
- d) Beim durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Patienten gibt es zwischen den Spitälern unterschiedlicher Trägerschaft keine wesentlichen Unterschiede. Der ausreisserkorrigierte

mittlere Schweregrad der behandelten Patienten ist bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen 1.084 resp. 0.974, während er bei den privaten Kliniken mit 1.003 genau in der Mitte liegt. Der Schweregrad hat in allen Spitalkategorien seit 2013 ganz leicht zugenommen.

- e) Die mittlere Verweildauer lag mit 6.14 Tagen bei den öffentlichen Einrichtungen am höchsten, gefolgt von den subventionierten mit 5.4 Tagen und den privaten Kliniken mit 4.87 Tagen. Die Verweildauer ist seit 2013 bei den privaten Kliniken um 0.45 Tage (-8.4%) gesunken, bei den subventionierten um 0.37 Tage (-6.5%) und bei den öffentlichen Spitälern um 0.43 Tage (-6.5%).
- f) Die Gesamterträge haben in allen Spitalkategorien zwischen 2013 und 2015 um zwischen 7.7% und 10.5% zugenommen. In der Akutpflege ist der Ertragsanstieg noch höher: 14.1% bei den privaten, 10.2 bei den subventionierten und 7.7% bei den öffentlichen Spitälern.
- g) Die privaten Kliniken setzen mit 4.1 Vollzeitstellen pro Akutbett deutlich weniger Personal ein als subventionierte (5.6) und öffentliche Einrichtungen (6.7). Seit 2013 ist der Personaleinsatz pro Akutbett bei den privaten um 5.3% gestiegen, bei den subventionierten und öffentlichen hat er um 5.7% bzw. 9.0% zugenommen.
- h) Auf der Kostenseite fällt der deutlich niedrigere Anteil der Investitionen bei den nicht privaten Spitälern auf. Während bei den Privaten die Investitionsquote 12.9% beträgt, liegt sie bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern lediglich bei 6.9%.

Subventionierung über drei Kanäle

Das Gutachten fokussiert auf die objektbezogenen Subventionen und Beiträge an die Spitäler durch die Kantone und quantifiziert diese hinsichtlich der Unterschiede nach Trägerschaft. Die Subventionen haben drei Quellen:

- a) Die **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, Rettungsdienst und die Sanitätsnotrufzentrale 144. Weiterhin zählen Forschung und universitäre Lehre zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie Beiträge für die Finanzierung der Vorhalteleistung für den Notfall und Geburtshilfe als auch Kantonsbeiträge etwa aufgrund einer kantonalen Defizitgarantie. Die Krankenversicherer sind dagegen nicht an der Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen beteiligt. Die Höhe der kantonalen Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler jährlich als Teil der Erträge ausgewiesen.

- b) Eine mögliche **Subventionierung** eines Spitals durch eine überhöhte Baserate. Ermöglicht wird sie insbesondere dadurch, dass die Kantone selbst Betreiber von Spitälern sind und somit direkten Einfluss auf die Bestimmung der Baserate von öffentlichen Spitälern nehmen. Bei subventionierten Spitälern kann sich insofern ein indirekter Einfluss der Kantone auf die Baserate ergeben, als letztere die durch die Verhandlungspartner vereinbarten Baserates genehmigen und im Streitfall als Schiedsstelle fungieren.
- c) Eine offene oder verdeckte **Finanzierung der Investitionskosten** von öffentlichen und subventionierten Spitälern über die kantonalen Finanzhaushalte. Dies kann bei öffentlichen Spitälern über die Vermietung von Immobilien, Mobilien und Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen geschehen. Auch bei subventionierten Spitälern ist dies möglich, etwa wenn diese sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich geschieht eine verdeckte Subventionierung ebenfalls dann, wenn die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen Konditionen vergeben.

Deutliche Konzentration der Subventionen bei den öffentlichen Spitälern

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Höhe der Subventionen in 2015 in den drei erwähnten Bereichen. Die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen beläuft sich landesweit auf CHF 1.8 Mrd., wovon CHF 1.7 Mrd. oder 97% 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 bereitzustellen.

Mit Hilfe eines ökonomischen Modells wurde für 2015 der Unterschied in der durchschnittlichen Baserate zwischen privaten Spitälern auf der einen und öffentlichen und subventionierten Spitälern auf der anderen Seite geschätzt. Dabei wurde berücksichtigt, dass Universitätskliniken im Durchschnitt eine höhere Baserate (plus CHF 855) aufweisen, ebenso wie Kinderspitäler (plus CHF 1'985) und Geburtshäuser (plus CHF 773). Selbst wenn dem Einfluss dieser speziellen Versorgungseinrichtungen auf die Baserates Rechnung getragen wird, sind die öffentlichen und subventionierten Spitäler gegenüber den privaten Kliniken im Durchschnitt pro Fall um CHF 399 bzw. CHF 458 teurer. Aus diesen erhöhten Baserates ergeben sich gemäss **Tabelle 1** Subventionen für die öffentlichen und subventionierten Spitäler in Höhe von CHF 255 Mio. bzw. CHF 194 Mio.

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%. Die durchschnittliche Investitionsquote der öffentlichen und subventionierten Spitäler lag in 2015 mit 7.6% resp. 6.8% deutlich unter 10%. Die derart berechneten Subventionen belaufen sich landesweit auf CHF 353 Mio., die sich im Verhältnis 57% zu 43% auf öffentliche und subventionierte Einrichtungen aufteilen.

Tabelle 1: Offene und verdeckte Subventionierung, nach Trägerschaft

Jahr 2015	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
Total (in Mio. CHF)				
GWL	55.1	330.1	1'399.3	1'784.5
Baserate	0	194.0	255.1	449.1
Investitionen	0	150.1	203.0	353.1
Total	55.1	674.1	1'857.4	2'586.7
Pro Fall (in CHF)				
GWL	199.3	778.8	2'616.7	1'444.8
Baserate	0.0	457.6	477.0	363.6
Investitionen	0.0	354.2	379.6	285.9
Total	199.3	1'590.6	3'473.4	2'094.2
Pro Akutbett (in CHF)				
GWL	11'277.3	43'409.0	130'288.6	76'814.2
Baserate	0.0	25'507.0	23'752.1	19'329.4
Investitionen	0.0	19'739.8	18'902.9	15'199.9
Total	11'277.3	88'655.8	172'943.6	111'343.6

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler; Eigene Berechnungen

Werden die drei Subventionsarten summiert und auf die Anzahl der vorgehaltenen Akutbetten bezogen, ergeben sich landesweit jährliche Gesamtsubventionen pro Bett bei privaten, subventionierten und öffentlichen Spitälern von CHF 11'277, CHF 88'656 respektive CHF 172'944.

Gegenüber 2013 nahmen die Gesamtsubventionen um 4.1% zu. Die Zunahme ist mit 0.5% bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen vergleichsweise gering. Die Subventionen aufgrund überhöhter Baserate steigen dagegen um 15% und jene für Investitionen um 12%.

Kantone präsentieren sich unterschiedlich grosszügig

Das Ausmass der Gesamtsubventionen variiert beträchtlich zwischen den Kantonen (vgl. **Tabelle 2**). Die höchsten Subventionen zahlt mit CHF 525 Mio. der Kanton Genf aus. Dies entspricht CHF 7'653 pro Fall, CHF 398'854 pro stationäres Akutbett und CHF 1'083 pro Einwohner. Die niedrigsten Zuschüsse verzeichnet der Kanton Appenzell-Ausserrhodens: CHF 298 pro Fall, CHF 18'227 pro Akutbett und CHF 78 pro Einwohner. Zusammen mit den ordentlichen Beiträgen der Kantone an die subjektbezogene DRG-

Vergütung, die sich aufgrund unterschiedlicher stationärer Kosten ebenfalls kantonal unterscheiden, bedeuten diese Zuschüsse je nach Höhe eine grosse Belastung der kantonalen Finanzhaushalte.

Tabelle 2: Gesamtsubventionen, nach Kanton, Total in CHF und pro Fall, Akutbett und Einwohner

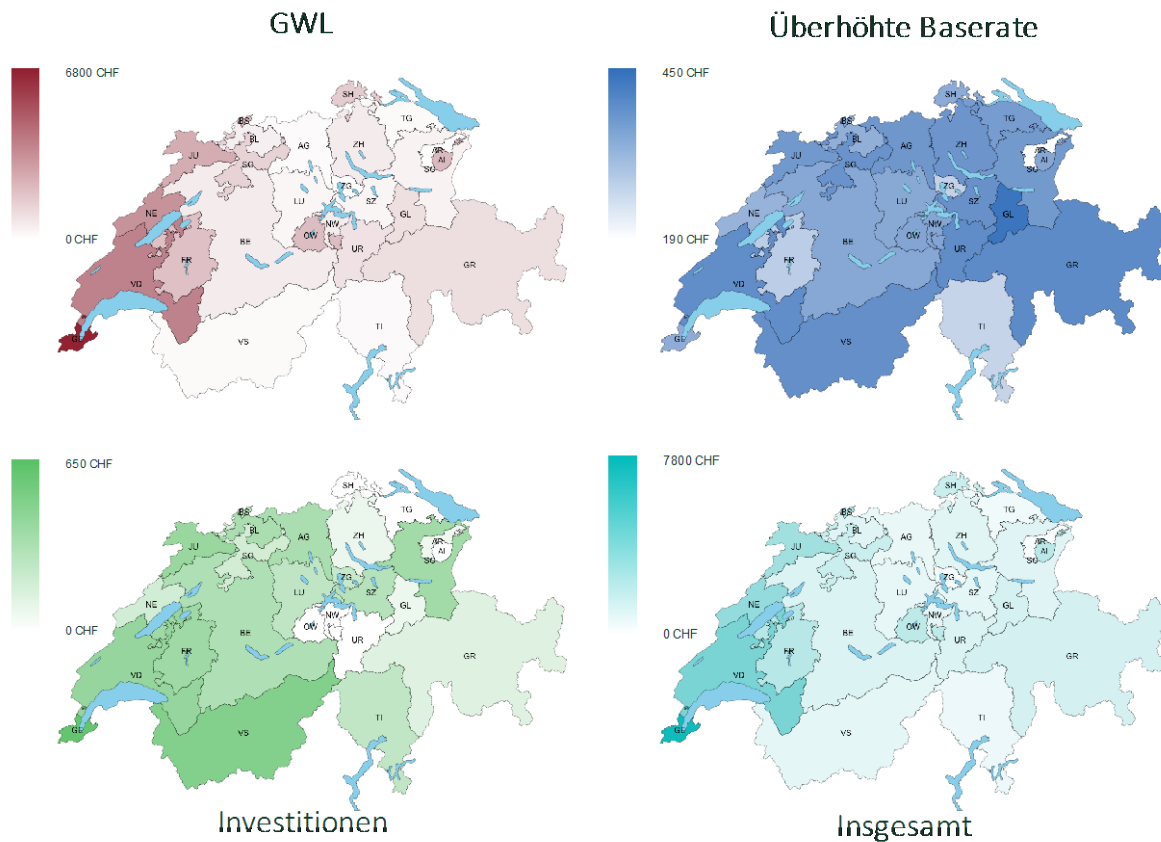
2015	In CHF	Pro stationärer Fall (Akutpflege)	Pro Akutbett	Pro Einwohner
AG	82'245'785	923.7	54'962.4	125.8
AI	2'644'913	2'775.4	146'939.6	165.6
AR	4'277'871	297.9	18'227.0	78.4
BE	254'452'825	1'420.8	83'421.7	250.1
BL	43'407'403	1'284.0	66'281.0	153.3
BS	190'444'399	2'987.5	162'342.9	992.8
FR	79'796'420	2'875.1	155'064.9	259.5
GE	524'891'445	7'652.5	398'853.7	1'082.8
GL	8'026'929	1'683.5	99'220.4	200.5
GR	57'579'027	1'729.0	92'481.6	292.9
JU	25'849'731	3'619.4	190'071.5	355.2
LU	53'941'837	993.4	53'181.3	135.3
NE	80'840'835	4'160.8	215'805.8	453.9
NW	5'678'728	1'054.3	73'749.7	133.9
OW	9'656'270	2'655.0	169'408.2	260.4
SG	99'864'213	1'253.2	61'105.2	200.1
SH	21'829'192	2'142.8	114'528.8	273.4
SO	67'418'855	2'160.0	123'500.4	253.1
SZ	17'472'880	1'097.4	65'638.2	113.4
TG	18'654'292	606.6	31'163.2	69.8
TI	48'035'691	789.8	33'851.8	136.5
UR	5'826'828	1'464.4	80'928.2	162.0
VD	553'317'653	4'983.3	241'076.0	715.4
VS	39'657'976	1'116.9	59'102.8	118.1
ZG	8'537'901	581.0	38'459.0	69.9
ZH	282'339'434	1'196.1	62'790.9	192.5
CH	2'586'689'334	2'094.2	111'343.6	310.6

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

Abbildung 1 illustriert die Unterschiede in der Höhe der Subventionierung pro Fall insgesamt und bezogen auf die drei Unterkategorien auf der schweizerischen Landeskarte.

Abbildung 1: Subventionierung pro stationärer Fall in den Schweizer Kantonen



Transparenz bei der Kostenstruktur für mehr Wettbewerb und Effizienz

Der Schweizer Gesetzgeber unterscheidet ordnungspolitisch korrekt zwischen den stationären medizinischen Leistungen gemäss Obligatorischer Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) und den gemeinwirtschaftlichen Leistungen eines Spitals. Während die Bundesebene den OKP-Bereich reguliert, sind die Kantone für den Bereich gemeinwirtschaftlicher Leistungen zuständig. Zu diesem Zwecke verlangt das KVG implizit und die einschlägige Verordnung VKL explizit die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Das Bundesverwaltungsgericht hat in mehreren Urteilen ebenfalls die Notwendigkeit einer expliziten Ausscheidung der Leistungen und Kosten beider Bereiche bestätigt und darauf hingewiesen, dass eine Quersubventionierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen aus OKP-Erträgen zu vermeiden sei. In Art. 49 Abs. 3 KVG wird ausgeführt, dass insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Erwägungen sowie Lehre und Forschung auch nicht teilweise aus Erträgen aus der fallpauschalierten Vergütung finanziert werden dürfen. Vielmehr sind die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausschliesslich durch die kantonalen Finanzhaushalte zu tragen.

Die „Yardstick Competition“ zwischen den Spitälern im OKP Bereich infolge der SwissDRG-Vergütung kann langfristig zu einer kosteneffizienten Produktion von stationären Leistungen führen. Denn bei einer pauschalierten Vergütung haben die Spitäler immer einen Anreiz, ihre internen Prozesse zu optimieren und die Kosten zu senken. Zudem existiert ein Preiswettbewerb zwischen den Spitälern über die Höhe der Baserates. Falls dieser Wettbewerb über die Preise funktioniert, werden die Spitäler gezwungen, sich anzupassen oder aus dem Markt auszuschneiden. Die Mehrfachrolle der Kantone als Betreiber oder Eigentümer von stationären Einrichtungen, Schiedsrichter bei Preisverhandlungen zwischen Konkurrenten und Versicherern und Inhaber des stationären Versorgungsauftrags 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.

Ausschreibung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ins Auge fassen

Im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen fehlen wettbewerbliche Strukturen bisher vollständig. Zwar sieht der Gesetzgeber dort eine Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und eine separate Ermittlung der Kosten vor. Jedoch, selbst wenn diese Kosten korrekt ausgeschieden werden, bedeutet dies keineswegs, dass die ermittelten Kosten aus volkswirtschaftlicher Sicht angemessen sind. Denn den Leistungserbringern mangelt es an hinreichenden finanziellen Anreizen, vom Kanton bestellte Leistungen kosteneffizient zu erbringen. Sinnvoll wäre daher die Einführung eines Wettbewerbs um den Markt. Mit der gesetzlichen Auflage, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen auszuschneiden, sind die Voraussetzungen gegeben, deren Erbringung auszuschreiben und somit auch in diesem Bereich der medizinischen Versorgung einen Preiswettbewerb in Gang zu setzen. In einem Bietverfahren könnte der Auftrag der Leistungserbringung dem Anbieter mit dem günstigsten Gebot zugeschlagen werden. Da es sich bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen um öffentliche Gelder handelt, die zudem die wirtschaftlichen Tätigkeiten von Konkurrenten tangieren, müssten gemeinwirtschaftliche Leistungen dem Submissionsrecht unterliegen. Im Bereich des Rettungsdiensts gibt es bereits Ansätze, über eine Ausschreibung den Leistungserbringer auszuwählen und gleichzeitig den Preis der Dienstleistung zu bestimmen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht wäre es geboten, diese Verfahren auf weitere Bereiche der gemeinwirtschaftlichen Leistungen auszuweiten.

Öffentliche und subventionierte Spitäler können sich über zusätzliche Erträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen, potentiell überhöhte Baserates und verbilligte Investitionskosten einen Vorteil gegenüber

den privaten Anbietern verschaffen. Private Spitäler haben aber einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staates bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die aktuelle Regulierung der stationären medizinischen Akutversorgung in den Kantonen, so das Ergebnis dieses Gutachtens, verletzt diesen Anspruch.

Geringe Fortschritte in den letzten Jahren

Wir haben in einem 2016 publizierten Gutachten die Tarif- und Finanzierungsunterschiede nach Trägerschaft für 2013 analysiert. Dabei deckten wir das Ausmass der damaligen Subventionierung auf. Vor der Finanzierungsreform betrieben die meisten Kantone im stationären Bereich der medizinischen Versorgung Objektfinanzierung. Die Umstellung auf eine vornehmlich subjektbezogene Finanzierung benötigt naturgemäss Zeit. Die Reaktionen aus den kantonalen Gesundheitsdirektionen auf die Publikation des Gutachtens haben uns gezeigt, dass diese ihre Spitäler angehalten haben, die Erträge korrekt den Bereichen Obligatorische Krankenpflegeversicherung einerseits und Gemeinwirtschaftliche Leistungen und Beiträge andererseits zuzuordnen. Es gibt allerdings nach wie vor eine Reihe von Spitälern, die den Kantonsanteil bei der SwissDRG Vergütung auch fünf Jahre nach der Finanzierungsreform fälschlicherweise in der Rubrik Gemeinwirtschaftliche Leistungen verbucht.

Heute ist festzuhalten, dass die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen zwischen 2013 und 2015 deutlich weniger stark gewachsen ist als die Subventionierung der Spitäler durch überhöhte Preise und verbilligte Investitionen. Allerdings macht die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen den Grossteil der gesamten Subventionen aus. Durch die Schaffung von mehr Transparenz und die Ausschreibung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen könnte dieser Bereich der stationären Versorgung mittelfristig deutlich günstiger gestaltet werden.

1. Einleitung

Mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in 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 sieht das Gesetz in Art. 49a Abs. 3 KVG vor, dass sich die Kantone zu mindestens 55% an den Kosten der Fallpauschalen 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.² Der Verband der Schweizer Spitäler H+ unterscheidet drei Arten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL):³

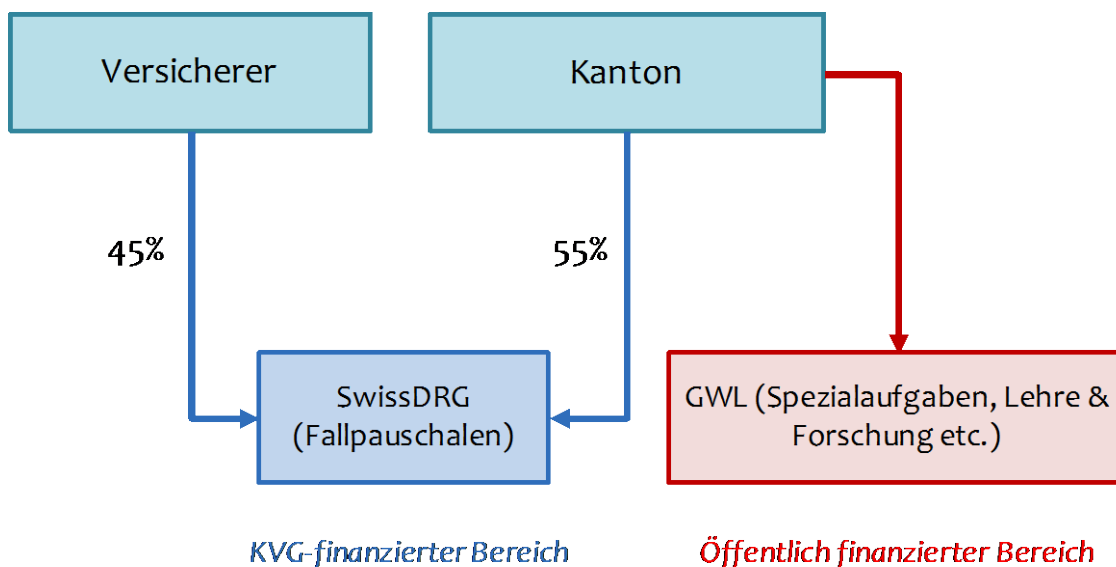
- **GWL für Spezialaufgaben:** Aktivitäten und Spitalbereiche wie geschützte OP-Säle (GOPS), Rettungsdienst, Sanitätsnotrufzentrale 144, Militärspitäler usw.;
- **GWL Forschung und universitäre Lehre:** Sämtliche Aktivitäten, die nach Art. 49 Abs. 3 Lit. b KVG bzw. Art. 7 VKL definiert sind;
- **OKP-Aktivität 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 Universitätsspitälern werden Lehrleistungen von Spitälern durch die Universität gezahlt, die ihrerseits über den Kanton finanziert werden. **Abbildung 2** illustriert die Aufteilung der Vergütung von Spitälern seit der Reform 2012.

² Durch die Verwendung des Wortes „insbesondere“ lässt es das Gesetz offen, weitere Leistungen als gemeinwirtschaftlich zu definieren.

³ Vgl. Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). *Entscheid zum Antrag Nr. 14_001*. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.

Abbildung 2: Finanzierung der akutstationären Spitäler ab 2012



Darstellung: Universität Basel/IWSB

Im vorliegenden Gutachten schlüsseln wir die akutstationäre Vergütung weiter auf und fokussieren auf deren Unterschiede nach Trägerschaft der Einrichtungen. Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen interessiert die Aufteilung zwischen Beiträgen für Forschung und Lehre einerseits und anderen 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 Fallpauschalenvergütung Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden. In diesem Fall findet eine Quersubventionierung von der akutstationären medizinischen Versorgung gemäss OKP zugunsten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen statt. Eine solche Quersubventionierung wird bei öffentlichen Spitälern insofern erleichtert, als dass die Kantone als Eigentümer indirekt einen Einfluss auf die Höhe der Baserate nehmen können. Ein finanzieller Anreiz, die Baserate zu erhöhen und im Gegenzug die Subventionen und Beiträge an die Einrichtungen zu senken, besteht ohnehin. Denn während ein Kanton bei Subventionen die gesamten entsprechenden Aufwendungen zahlt, trägt er bei den Fallpauschalen nur 55% der Vergütung. Gelingt es also, einen Franken Ertrag aus dem gemeinwirtschaftlichen Bereich in den Vergütungsbereich zu verschieben, reduzieren sich die Kosten für den Kanton um 45 Rappen.

Wir untersuchen daher auf Spitalebene, ob die Preise in öffentlichen Spitälern überhöht sind. Im Rahmen eines ökonomischen Ansatzes werden die Faktoren identifiziert, welche die Baserate eines Spi-

tals beeinflussen. Dabei wird u.a. berücksichtigt, ob es sich bei einer Einrichtung um ein Universitätsspital, ein Kinderspital, eine Geburtsklinik oder um ein Spital handelt, die zu keiner dieser Kategorien gehören.

Schliesslich werden die Investitionskosten im Spitalbereich näher untersucht, 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 sind, aber bei denen öffentliche Gebietskörperschaften Mehrheitseigentümer sind, ist dies möglich, etwa wenn sie sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich geschieht eine verdeckte Subventionierung ebenfalls dann, wenn die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen Konditionen vergeben.

In einem 2016 publizierten Gutachten haben wir für das Jahr 2013 die Subventionen auf der Grundlage der Kennziffern der Schweizer Spitäler erstmals erhoben (vgl. Felder et al., 2016). Nach der Publikation haben sich einige Kantone bei den Autoren gemeldet, weil sie über die Höhe der ausgewiesenen Subventionen überrascht waren. Dabei zeigte sich, dass einige Spitäler Ertragspositionen falsch verbuchten. Beiträge des Kantons an die Fallpauschalen wurden nicht als Erträge aus medizinischen Leistungen und Pflege verbucht, sondern als Subventionen, Beiträge und Defizitdeckung.

Für das vorliegende Gutachten wurden die Kennziffern für die Jahre 2013 bis 2015 ausgewertet. Bei einem Vergleich der Zahlen von 2013, 2014 und 2015 zeigten sich bei einzelnen Kliniken unplausible Einträge. Zum Beispiel stiegen bei einzelnen Spitälern die Erträge für medizinischen Leistungen und Pflege in 2014 gegenüber 2013 an, während sich die Position „Subventionen, Beiträge und Defizitgarantie“ gegenläufig entwickelte. In diesen Fällen musste davon ausgegangen werden, dass für 2013 der Kantonsanteil bei der OKP-Finanzierung fälschlicherweise unter „Subventionen, Beiträge und Defizitgarantie“ statt unter „Erträge für medizinische Leistungen und Pflege“ verbucht und diese Fehlbuchung ab 2014 nicht mehr vorgenommen wurde. Das war bspw. beim Universitätsspital Basel der Fall. Bei den Hôpitaux Universitaires de Genève stellte sich heraus, dass die OKP-Beiträge des Kantons weiterhin unter Subventionen und Beiträge verbucht werden. Im Appendix F werden die Spitäler aufgeführt, bei denen wir Änderungen vorgenommen haben (vgl. **Tabelle A25**).

2. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz

2.1 Bettendichte, Auslastung und interkantonale Patientenwanderung

Die gesamten Kosten für Gesundheit beliefen sich 2015 in der Schweiz auf CHF 77.8 Mrd. (BFS 2017). Davon entfielen CHF 27.2 Mrd. oder 35% der Gesamtausgaben auf die stationäre Versorgung. Von der Leistungsseite her betrachtet wurden 15.4 Mrd. oder 19.8% aller Umsätze in der kurativen stationären Behandlung erzielt.

Das Angebot an stationärer Versorgung kann mit der Anzahl vorgehaltener Betten pro 1'000 Einwohner, der sogenannten Bettendichte, gemessen werden. **Tabelle 3** weist die Bettendichte in den einzelnen Kantonen in 2015 und im Vergleich zwischen 2015 und 2013 aus; insgesamt für alle Formen der stationären Versorgung (Akutpflege/Geburtshaus, Psychiatrie und Reha), als auch für die Untergruppe Akutpflege einschliesslich Geburtshäuser.⁴ Basel-Stadt und Appenzell-Ausserrhodens sind mit insgesamt 10.8 bzw. 8.9 auf 1'000 Einwohner bereitgehaltenen Betten Spitzenreiter, während Nidwalden und Schwyz mit 1.8 bzw. 2.0 Betten das niedrigste Bettenangebot aufweisen.

Gegenüber 2013 ist landesweit eine Reduktion um 0.09 Betten von 4.56 Betten pro 1'000 Einwohner bzw. 2% zu verzeichnen. In einzelnen Kantonen liegt die Reduktion der Betten im zweistelligen Prozentbereich (AI, GR und SO). Schwyz dagegen hat seine Bettendichte zwischen 2013 und 2015 um 14.5% erhöht, wenn auch von einem niedrigen Niveau ausgehend. Landesweit wurden die Betten ausschliesslich im Akutbereich abgebaut, während sie in der Psychiatrie und der Reha konstant blieben. Die akutstationäre Bettenreduktion betrug 3%. Dadurch hat sich der Anteil der Akutbetten an der gesamten Bettenzahl landesweit um 0.7%-Punkte auf 61.5% gesenkt.

Das Bundesamt für Statistik veröffentlicht jährlich Angaben darüber, wie hoch die Auslastung der Betten ist. In 2015 betrug diese in der Akutpflege landesweit 81.7% (vgl. **Tabelle 4**). Seit 2013 ist sie geringfügig um 1.3%-Punkte gestiegen. Der Kanton Thurgau hatte in 2013 mit 90.2% die höchste Auslastung. Diese ist seither um 16.8%-Punkte auf den landesweit zweitniedrigsten Wert von 73.4% gesunken. In St. Gallen ist die Bettenauslastung ebenfalls stark zurückgegangen. Am niedrigsten ist sie weiterhin in Appenzell-Innerrhodens, wenn auch mit 65.9% um 9.8%-Punkte höher als in 2013.

⁴ Jedes Krankenhaus ist einem Krankentyp zugeordnet (z. B. Allgemeinspital, Psychiatrische Klinik etc.). Zudem sind jedem Spital ein oder mehrere Aktivitätstypen zugewiesen (Akutpflege, Psychiatrie, Reha/Geriatrie, Geburtshaus), je nach dem, in welchen Versorgungsbereichen ein Haus tätig ist.

Tabelle 3: Bettendichte 2015 im Vergleich zu 2013, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton

	Gesamt		Akutpflege/Geburtshaus			
			Absolut		Anteil	
	2015	rel. Δ 2013	2015	rel. Δ 2013	2015	abs Δ 2013
AG	4.65	3.0%	2.29	0.4%	49.19%	-1.11%
AI	2.25	-19.2%	1.13	-31.7%	50.00%	-9.10%
AR	8.99	-2.9%	4.30	-8.4%	47.89%	-2.81%
BE	4.84	-0.4%	3.00	-3.9%	61.91%	-2.29%
BL	3.65	-9.8%	2.31	-11.1%	63.28%	-0.92%
BS	10.80	-7.0%	6.12	-8.4%	56.61%	-0.89%
FR	2.83	-9.2%	1.67	-18.0%	59.11%	-6.29%
GE	5.22	-0.1%	3.01	2.7%	57.63%	1.53%
GL	3.39	-4.4%	2.02	-8.9%	59.70%	-3.20%
GR	5.66	-16.8%	3.17	-6.6%	55.91%	6.11%
JU	4.81	-8.6%	1.87	-21.2%	38.86%	-6.24%
LU	3.79	-3.7%	2.54	-3.7%	67.18%	-0.02%
NE	3.91	0.2%	2.10	1.6%	53.80%	0.80%
NW	1.82	-1.3%	1.82	-1.3%	100.00%	0.00%
OW	2.21	3.3%	1.54	6.0%	69.51%	1.61%
SG	4.66	3.9%	3.27	6.3%	70.22%	1.72%
SH	3.58	-2.8%	2.39	-3.7%	66.74%	-0.46%
SO	2.62	-12.5%	1.96	-14.6%	74.74%	-1.76%
SZ	1.98	14.5%	1.73	2.8%	87.22%	-9.88%
TG	5.74	3.9%	2.24	2.7%	38.98%	-0.42%
TI	5.41	-1.5%	4.03	-1.7%	74.53%	-0.17%
UR	2.00	-5.6%	2.00	-5.6%	100.00%	0.00%
VD	4.52	6.3%	2.82	19.1%	62.45%	6.65%
VS	4.49	-3.0%	2.34	-17.8%	52.01%	-9.39%
ZG	4.26	-0.6%	1.82	-2.3%	42.62%	-0.78%
ZH	4.33	-1.8%	3.07	-3.3%	70.84%	-1.06%
CH	4.56	-2.0%	2.80	-3.0%	61.50%	-0.70%

Höchster Wert; Tiefster Wert

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2013/2015); STATPOP (2013/2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Aus den Angaben zu den Patientenströmen kann berechnet werden, wie hoch der Anteil Patienten ist, die im eigenen Kanton stationär behandelt werden. Über 80% der Schweizer lassen sich in ihrem Wohnkanton behandeln. Allerdings gibt es eine grosse Spannweite zwischen den Kantonen. In Appenzell-Innerrhoden liegt dieser Anteil bei 26.7%, in Bern dagegen bei 94.2%. In sechs Kantonen (Appenzell-Innerrhoden, Basel-Landschaft, Nid- und Obwalden, Solothurn und Schwyz) werden mindestens vier von zehn ansässigen Patienten ausserkantonal behandelt.

Tabelle 4: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2015 und im Vergleich zu 2013, nach Kanton

	Auslastung		Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton	
	2015	abs. Δ 2013	2015	abs. Δ 2013
AG	84.6%	1.8%	79.0%	-1.1%
AI	65.9%	9.8%	26.7%	0.1%
AR	75.3%	-5.2%	59.1%	-2.9%
BE	84.9%	5.3%	94.2%	-0.4%
BL	76.0%	3.0%	48.5%	-2.2%
BS	87.2%	4.4%	85.7%	-2.1%
FR	82.6%	8.4%	72.0%	-2.6%
GE	83.5%	5.7%	94.2%	-0.1%
GL	91.2%	6.0%	65.2%	-1.9%
GR	78.4%	-1.3%	82.1%	-0.5%
JU	87.5%	18.2%	60.9%	-5.1%
LU	84.1%	4.4%	82.3%	-1.1%
NE	77.3%	3.2%	75.2%	-1.5%
NW	92.2%	9.0%	61.3%	2.4%
OW	77.4%	5.4%	55.6%	4.1%
SG	76.2%	-11.4%	75.4%	-0.8%
SH	80.4%	-2.0%	67.7%	-5.1%
SO	82.2%	-3.3%	57.1%	0.3%
SZ	73.9%	-3.9%	56.2%	-1.1%
TG	73.4%	-16.8%	71.9%	-1.3%
TI	78.6%	1.2%	93.0%	-0.5%
UR	86.5%	7.2%	64.5%	-1.6%
VD	79.9%	0.5%	92.5%	-0.3%
VS	88.8%	3.7%	83.6%	-1.5%
ZG	88.4%	6.9%	69.9%	-1.2%
ZH	81.4%	1.5%	90.9%	-0.2%
CH	81.7%	1.3%	81.8%	-0.9%

Höchster Wert; Tiefster Wert

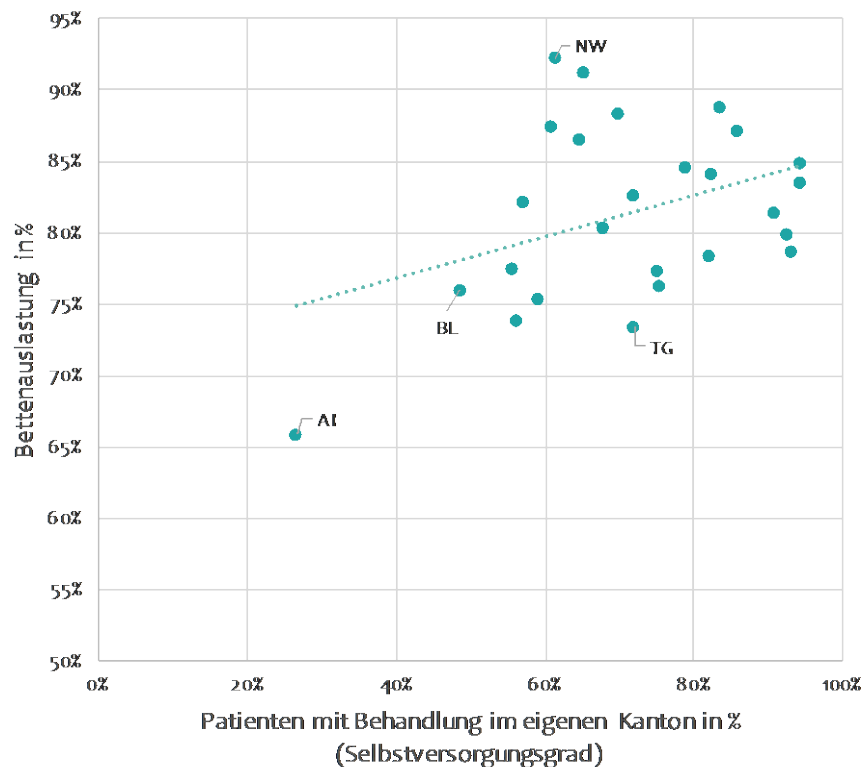
Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2015), Medizinische Statistik der Krankenhäuser; Universität Basel/IWSB

Das BFS publiziert zudem die Herkunft der behandelten Patienten. Im kantonalen Durchschnitt kommen 81.6% der in einem Kanton behandelten Patienten aus dem eigenen Kanton. 15.9% stammen aus einem anderen Kanton und 2.5% aus dem Ausland (vgl. **Tabelle A25** im Anhang). An dieser Struktur der Herkunft der behandelten Patienten hat sich seit 2013 nur wenig geändert. In Appenzell-Ausserrhodon sind nur 36%, während im Kanton Neuenburg 95% der stationär behandelten Patienten im Kanton wohnhaft sind.

Die Änderungen seit 2013 sind in einzelnen Kantonen recht gross. In Schaffhausen und Jura ist dieser Anteil um 5.1%-Punkte gesunken. Interessanterweise hat der Kanton Jura im selben Zeitraum die Auslastung seiner Spitäler erhöht. Diese Zahlen zeigen, dass die Öffnung der Kantonsgrenzen für die Patienten der Grundversicherung durch die Finanzierungsreform 2012 die Patientenströme verändert hat. Patienten und Patientinnen begeben sich seither häufiger in andere Kantone, wenn sie sich stationär behandeln lassen wollen.

Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang zwischen kantonaler Bettenauslastung und Anteil Patienten, die sich im eigenen Kanton behandeln lassen („Selbstversorgungsgrad“). Der Korrelationskoeffizient beträgt 0.383 und ist signifikant. In der Tendenz erreicht man also eine gute Bettenauslastung nur, wenn man die Spitäler für die eigene Bevölkerung attraktiv sind. In den Kantonen Appenzell-Innerrhoden, Basellandschaft und Obwalden liegt die Bettenauslastung der Spitäler unterhalb von 75%. In diesen drei Kantonen nehmen mindestens vier von zehn Patienten eine stationäre Behandlung ausserhalb ihres Wohnkantons in Anspruch.

Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2015



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 jene, die zwar in öffentlichem Eigentum sind, rechtlich aber bspw. als Aktiengesellschaft verfasst sind.⁵ Wir unterscheiden zusätzlich subventionierte Einrichtungen, 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% privat getragen ist.

Von den 188 in 2015 in der Schweiz registrierten Akutspitälern oder Geburtshäusern gelten 36 als öffentliche Spitäler. 49 Einrichtungen sind gemäss unserem Kriterium „privat, jedoch überwiegend in öffentlicher Hand“ und werden daher als subventioniert klassifiziert. 103 Kliniken sind schliesslich private Einrichtungen, also überwiegend in privater Hand.⁶

Tabelle 5 weist die Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft in den einzelnen Kantonen für 2015 und die Änderung im Vergleich zu 2013 aus. Der Anteil der privaten Spitäler ist landesweit seit 2013 um 1.3%-Punkte auf 54.8% gesunken. In den Kanton Freiburg und Wallis ist der Anteil der privaten dagegen mit 15%- bzw. 16.7%-Punkten deutlich gestiegen.

⁵ 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.

⁶ Für die Zuteilung der Schweizer Spitäler zu den einzelnen Spitalkategorien, siehe eine entsprechende Liste im Anhang.

Tabelle 5: Anzahl Akutspitäler, einschliesslich Geburtshäuser 2015 und absolute Veränderung zu 2013, nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013
AG	0	0	8	0	4	0	12	0	33.33%	0.03%
AI	1	0	0	0	0	0	1	0	0.00%	0.00%
AR	1	0	0	0	3	0	4	0	75.00%	0.00%
BE	0	0	9	0	7	-2	16	-2	43.75%	-6.25%
BL	1	0	0	0	9	-1	10	-1	90.00%	-0.90%
BS	2	-1	0	0	6	0	8	-1	75.00%	8.40%
FR	1	0	0	-1	3	0	4	-1	75.00%	15.00%
GE	1	0	0	0	8	0	9	0	88.89%	-0.01%
GL	0	0	1	0	0	0	1	0	0.00%	0.00%
GR	3	-2	8	2	2	-1	13	-1	15.38%	-6.02%
JU	1	0	0	0	1	0	2	0	50.00%	0.00%
LU	2	0	0	0	4	0	6	0	66.67%	-0.03%
NE	1	0	0	0	3	-1	4	-1	75.00%	-5.00%
NW	1	0	0	0	1	0	2	0	50.00%	0.00%
OW	1	0	0	0	0	0	1	0	0.00%	0.00%
SG	5	1	1	0	4	0	10	1	40.00%	-4.40%
SH	1	0	0	0	1	0	2	0	50.00%	0.00%
SO	0	0	1	0	2	0	3	0	66.67%	-0.03%
SZ	0	0	3	0	1	0	4	0	25.00%	0.00%
TG	0	0	1	0	3	0	4	0	75.00%	0.00%
TI	1	0	0	0	9	0	10	0	90.00%	0.00%
UR	1	0	0	0	0	0	1	0	0.00%	0.00%
VD	1	0	8	-1	12	-2	21	-3	57.14%	-1.16%
VS	3	1	0	0	3	2	6	3	50.00%	16.70%
ZG	0	0	1	0	1	0	2	0	50.00%	0.00%
ZH	8	0	8	0	16	-1	32	-1	50.00%	-1.50%
CH	36	-1	49	0	103	-6	188	-7	54.79%	-1.31%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013, 2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Die 188 Spitäler in 2015 verteilen sich auf 296 Standorte (vgl. Tabelle 6). Dies entspricht einem Durchschnitt von 1.57 Standorten pro Einrichtung. Die Anzahl Standorte haben sich seit 2013 um vier reduziert.

Tabelle 6: Anzahl Standorte Akutspitäler, einschliesslich Geburtshäuser 2015 und absolute Veränderung zu 2013, nach Trägerschaft und Kanton

Kanton	Privat		Subventioniert		Öffentlich		Total	
	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013
AG	4	0	14	0	0	0	18	0
AI	0	0	0	0	1	0	1	0
AR	3	0	0	0	1	0	4	0
BE	15	0	23	0	0	0	38	0
BL	10	-1	0	0	3	0	13	-1
BS	6	0	0	0	2	-2	8	-2
FR	3	0	0	-2	5	-2	8	-4
GE	8	0	0	0	3	0	11	0
GL	0	0	2	0	0	0	2	0
GR	3	-1	8	2	3	-2	14	-1
JU	1	0	0	0	3	-1	4	-1
LU	5	1	0	0	4	0	9	1
NE	5	0	0	0	7	0	12	0
NW	1	0	0	0	1	0	2	0
OW	0	0	0	0	1	0	1	0
SG	4	0	2	1	11	1	17	2
SH	1	0	0	0	4	0	5	0
SO	3	0	5	0	0	0	8	0
SZ	1	0	3	0	0	0	4	0
TG	3	0	2	0	0	0	5	0
TI	9	0	0	0	9	0	18	0
UR	0	0	0	0	1	0	1	0
VD	13	-2	22	-2	3	0	38	-4
VS	3	2	0	0	12	2	15	4
ZG	1	0	1	0	0	0	2	0
ZH	20	2	10	0	8	0	38	2
CH	122	1	92	-1	82	-4	296	-4

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Im Anhang weist **Tabelle A27** alle Einrichtungen aus, die zwischen 2013 und 2015 geschlossen wurden, mit anderen Einrichtungen fusionierten, ihren Funktionstyp oder die Trägerschaft wechselten.

Die relative Marktstellung der Anbieter nach Trägerschaft kann durch die Marktanteile nach Pflgegetagen gemessen werden (vgl. **Tabelle 7**). Dieses Mass berücksichtigt insbesondere die unterschiedliche Grösse der Einrichtungen. Mit 37.3% erreichen die privaten Spitäler im Kanton Appenzell-Ausserrhodan landesweit den höchsten Marktanteil, dicht gefolgt von den Kantonen Tessin (36.8%) und Basel-Stadt (34.9%). In Basel-Landschaft, wo sich anteilmässig am meisten private Spitäler befinden, beträgt deren Marktanteil an Pflgegetagen dagegen nur 18.9%. In Kantonen ohne privates Spital ist der Marktanteil der privaten null. Die Marktanteile haben sich seit 2013 geringfügig verschoben. Private und subventionierte

Einrichtungen haben ihre Marktanteile etwas zu Lasten der öffentlichen erhöhen können. In Graubünden haben die privaten Einrichtungen ihren Marktanteil auf niedrigem Niveau halbiert, während sie in Freiburg 4.1%-Punkte auf fast ein Viertel zugelegt haben.

Tabelle 7: Marktanteile an akutstationären Pflegetagen nach Trägerschaft 2015, prozentuale Änderung seit 2013

	Öffentlich		Subventioniert		Privat ⁷	
	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013	2015	Δ 2013
AG	0.0%	0.0%	87.1%	-0.1%	12.9%	0.1%
AI	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
AR	62.7%	-3.2%	0.0%	0.0%	37.3%	3.2%
BE	0.0%	0.0%	72.7%	-0.7%	27.3%	0.7%
BL	81.1%	-1.6%	0.0%	0.0%	18.9%	1.6%
BS	65.1%	1.1%	0.0%	0.0%	34.9%	-1.1%
FR	76.3%	1.7%	0.0%	-5.8%	23.7%	4.1%
GE	75.5%	3.6%	0.0%	0.0%	24.5%	-3.6%
GL	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
GR	8.2%	-12.0%	87.4%	16.4%	4.4%	-4.4%
JU	99.8%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%
LU	71.4%	-1.4%	0.0%	0.0%	28.6%	1.4%
NE	87.5%	2.4%	0.0%	0.0%	12.5%	-2.4%
NW	97.4%	-0.9%	0.0%	0.0%	2.6%	0.9%
OW	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
SG	87.4%	-2.6%	4.8%	0.5%	7.8%	2.1%
SH	88.5%	-1.1%	0.0%	0.0%	11.5%	1.1%
SO	0.0%	0.0%	91.0%	-0.7%	9.0%	0.7%
SZ	0.0%	0.0%	99.8%	1.5%	0.2%	-1.5%
TG	0.0%	0.0%	89.5%	-0.8%	10.5%	0.8%
TI	63.2%	-1.3%	0.0%	0.0%	36.8%	1.3%
UR	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
VD	42.9%	1.6%	42.8%	1.7%	14.3%	-3.2%
VS	95.8%	0.2%	0.0%	0.0%	4.2%	-0.2%
ZG	0.0%	0.0%	73.8%	1.4%	26.2%	-1.4%
ZH	59.9%	-2.7%	21.9%	1.8%	18.3%	0.9%
CH	47.5%	-0.9%	33.1%	0.8%	19.4%	0.1%

Höchster Wert; Tiefster Wert

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Tabelle 8 zeigt erhebliche Unterschiede in der Grösse, der Ausstattung sowie den Leistungen auf Spital-ebene nach Trägerschaft auf. Zunächst ist ein durchschnittliches privates Spital mit gut 47.1 Betten um

⁷ Der Jahresbericht der PKS berichtet für 2015 einen Marktanteil der privaten Kliniken bei den Pflegetagen von 26.1%. Dieser bezieht die Rehabilitation und Psychiatrie zusätzlich ein, während hier nur die akutstationären Pflege- getagen berücksichtigt werden.

den Faktor 3.3 kleiner als ein subventioniertes, und gar um den Faktor 6.3 kleiner als ein öffentliches Spital. Dies widerspiegelt die Tatsache, dass private Spitäler stärker spezialisiert sind, während subventionierte und vor allem öffentliche Spitäler in der Regel ein breites Spektrum von Behandlungen abdecken. Die Unterschiede verkleinern sich allerdings auf einen Faktor 1.7 bzw. 2.7, wenn man zusätzlich berücksichtigt, dass private Kliniken deutlich weniger Standorte aufweisen als subventionierte und öffentliche. Die mittlere Bettenauslastung ist bei den privaten Kliniken um gut 7%-Punkte geringer als bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern.

Tabelle 8: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2015

	Private Kliniken (n = 103)	Subventio- nierte Kliniken (n = 49)	Öffentliche Spitäler (n = 36)
Anzahl			
Strukturelle Daten			
Anzahl Betten (Akutpflege)	47.1	155.2	298.3
Mittlere Bettenbelegung (in %) ¹	75.1%	82.4%	83.8%
Anzahl Standorte	1.2	1.9	2.3
Anzahl Operationssäle	3.0	6.1	10.4
Anzahl Kreissäle	0.9	2.7	3.7
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	23.3%	91.8%	91.7%
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	11.7%	59.2%	63.9%
Computertomographie (in % der Spitäler)	27.2%	77.6%	83.3%
Magnetic Resonance Imaging (in % der Spitäler)	26.2%	55.1%	72.2%
Leistungen			
Anzahl Austritte (Akutpflege)	2653.6	8'649.2	14'854.7
Anzahl Tage (Akutpflege)	12912.5	46'683.4	91'245.7
Anzahl Neugeborene	159.0	558.1	927.6
Patientenstruktur			
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	22.6%	13.1%	14.7%
Patienten aus dem Ausland (in %)	3.2%	1.6%	2.9%
Patienten (halb-)privat (in %)	46.1%	16.3%	16.3%
CMI brutto	1.024	1.004	1.094
CMI netto ²	1.003	0.974	1.084
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	4.87	5.40	6.14

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2015); Eigene Berechnungen

Weiterhin fällt in **Tabelle 8** auf, dass nur gut ein Fünftel der privaten Spitäler eine Notfallaufnahme aufweist; bei den anderen Trägerschaften sind es 9 von 10 Einrichtungen. Auch Intensivstationen, neueste

bildgebende Verfahren wie Computertomographie und Magnet Resonance Imaging sind in privaten Kliniken signifikant weniger häufig vorhanden als in subventionierten und öffentlichen Spitälern.⁸

Deutliche Unterschiede gibt es auch in der Patientenstruktur der Einrichtungen. Bei den privaten Spitälern ist fast jeder zweite Patient halbprivat oder ganzprivat versichert, wohingegen es bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern nur jeder sechste Patient ist. Die in privaten Spitälern behandelten Patienten sind geographisch mobiler; jeder Fünfte kommt aus einem fremden Kanton und jeder Fünfundzwanzigste gar aus dem Ausland. Bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind diese Anteile jeweils nur etwa halb so gross.

Keine signifikanten Unterschiede nach Trägerschaft gibt es beim sogenannten Case-Mix-Index (CMI), der den mittleren Schweregrad der behandelten Patienten eines Spitals angibt. Die subventionierten Einrichtungen weisen einen geringfügig niedrigeren CMI auf, gefolgt von den privaten und öffentlichen Einrichtungen. Daran ändert sich kaum etwas, wenn für den Anteil von Kurz- und Langliegern korrigiert wird, deren Behandlung im DRG-System speziell vergütet wird. Die mittlere Verweildauer ist in den öffentlichen Spitäler um 1.3 Tage länger als in den privaten.

Tabelle 9 weist die Änderungen seit 2013 aus. Die privaten Kliniken haben die Bettenkapazität um 5.7% gesteigert, während diese bei den übrigen Einrichtungen konstant blieb. Die mittlere Bettenbelegung ist bei den privaten Kliniken um 0.4%-Punkte gestiegen. Die Anzahl Tage der Akutpflege stieg um 6.3% an. Die mittlere Verweildauer reduzierte sich bei den privaten Kliniken um 0.45 Tage oder 8.4%, während sie bei den übrigen ähnlich um 0.4 Tage oder 6.5% sank.

⁸ 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 9: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2015 im Vergleich zu 2013

	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
Strukturelle Daten						
Anzahl Betten (Akutpflege)	2.5	5.7%	1.2	0.8%	-1.88	-0.6%
Mittlere Bettenbelegung (in %) ¹	0.4%		1.5%		1.3%	
Anzahl Standorte	0.1	6.7%	0.0	-1.2%	-0.04	-1.8%
Anzahl Operationssäle	0.2	8.6%	0.4	6.9%	0.15	1.5%
Anzahl Kreissäle	0.0	2.5%	0.2	6.5%	-0.03	-0.9%
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	1.3%		0.0%		-0.2%	
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	0.6%		0.0%		-3.7%	
Computertomographie (in % der Spitäler)	1.5%		2.1%		-5.9%	
Magnetic Resonance Imaging (in % der Spitäler)	1.4%		0.0%		4.6%	
Leistungen						
Anzahl Austritte (Akutpflege)	367.4	16.1%	768.98	9.8%	1085.09	7.9%
Anzahl Tage (Akutpflege)	765.3	6.3%	1187.45	2.6%	792.29	0.9%
Anzahl Neugeborene	10.9	7.3%	96.62	20.9%	131.88	16.6%
Patientenstruktur						
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	0.3%		2.2%		1.5%	
Patienten aus dem Ausland (in %)	-0.8%		0.0%		-0.2%	
Patienten (halb-)privat (in %)	-2.0%		-0.1%		0.0%	
CMI brutto	-0.02	-1.7%	0.00	-0.2%	0.00	0.1%
CMI netto ²	0.00	-0.4%	0.00	0.3%	0.01	0.6%
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	-0.45	-8.4%	-0.37	-6.5%	-0.43	-6.5%

Anmerkung: ¹Belegung = Behandlungstage / (Anzahl Betten * 365); ²Outlier-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015). *Berechnung:* Universität Basel/IWSB

In privaten Einrichtungen sind, gemessen in Vollzeiteinheiten, im Durchschnitt 192 Personen beschäftigt. Dies entspricht 4.1 Personen pro vorgehaltenes Akutbett (vgl. **Tabelle 10**). Die subventionierten Spitäler setzen durchschnittlich 1.5, die öffentlichen 2.6 Personen zusätzlich pro Bett ein. Auffällig ist, dass die privaten Spitäler gut um die Hälfte weniger ärztliches Personal, dafür mehr übriges Personal beschäftigen als die subventionierten und öffentlichen 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 zur 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 Personalstand erhöht. Pro Bett setzen die privaten Einrichtungen im Vergleich zu 2013 mehr Personal ein (5.3%), ein ähnlich hoher prozentualer Anstieg wie bei den subventionierten Spitalern (5.7%). Die öffentlichen Spitäler haben dieses Verhältnis gar um 9.0% erhöht.

Tabelle 10: Personal in der akutstationären Versorgung, 2015 und im Vergleich zu 2013

	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
Personal total (VZE)	192.0		867.8		1996.6	
pro Bett Akutpflege	4.1		5.6		6.7	
<i>Davon</i>						
Ärzeschaft	6.3%		15.4%		16.4%	
Pflege	45.9%		42.5%		40.9%	
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	12.2%		13.1%		12.7%	
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	35.6%		29.0%		30.0%	
	<i>Veränderungen im Vergleich zu 2013</i>					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Personal total (VZE)	19.5	11.3%	53.9	6.6%	154.0	8.4%
pro Bett Akutpflege	0.2	5.3%	0.3	5.7%	0.6	9.0%
<i>Davon</i>						
Ärzeschaft	-0.4%		0.5%		0.3%	
Pflege	1.0%		-0.9%		-0.7%	
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	-0.3%		0.0%		-0.1%	
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	-0.3%		0.3%		0.5%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015). *Berechnung:* Universität Basel/IWSB

Die stationären Kosten pro Fall variieren nach Trägerschaft der Einrichtungen (vgl. **Tabelle 11**). Mit rund CHF 1'100 höheren Fallkosten sind die öffentlichen Spitäler am kostenintensivsten. Deutlich grösser sind die Unterschiede zwischen den Spitalern unterschiedlicher Trägerschaft, wenn man die Gesamtkosten des Spitals durch die Anzahl stationär behandelte Patienten teilt. Dies erklärt sich aus den unterschiedlichen Schwerpunkten der Spitäler, wie Forschungs- und Lehranteil und Umfang an ambulanter Versorgung, die von den Spitalern erbracht werden.

Tabelle 11: Kosten der akutstationären Versorger, 2015 im Vergleich zu 2013

	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
Stationäre Fallkosten	11'886.5		10'743.6		12'792.1	
Gesamtkosten pro stationärer Fall	16'600.4		18'067.3		23'713.2	
<i>davon</i>						
Personalaufwand	46.1%		62.8%		66.8%	
Investitionsaufwand	12.9%		6.9%		6.9%	
Übriger Betriebsaufwand	40.6%		29.1%		25.6%	
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	0.3%		1.2%		0.7%	
	Veränderungen im Vergleich zu 2013					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Personal total (VZE)	19.5	11.3%	53.9	6.6%	154.0	8.4%
Stationäre Fallkosten	128.9	1.1%	-326.2	-2.9%	-115.3	-0.9%
Gesamtkosten pro stationärer Fall	-989.2	-5.6%	-145.4	-0.8%	163.3	0.7%
<i>davon</i>						
Personalaufwand	-0.4%		0.3%		0.4%	
Investitionsaufwand	-0.4%		0.1%		-0.7%	
Übriger Betriebsaufwand	1.9%		-0.7%		0.5%	
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	-1.0%		0.3%		-0.2%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015); Eigene Berechnungen

Ein deutlicher Unterschied ist bei den Investitionskosten auszumachen. Mit 12.9% des Gesamtaufwands sind sie bei den privaten Spitälern um 6%-Punkte höher als bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen. Die Investitionskosten fassen Aufwand für Anlagenutzung (Abschreibungen und Mieten) und Zinsaufwand zusammen. Falls öffentlichen und subventionierten Spitälern marktübliche Mieten für die Nutzung der Anlagen verrechnet würden und sich über die letzten Jahre kein markanter Investitionsstau angehäuft hat, wären ähnlich hohe Investitionskosten wie jene der privaten Spitäler zu erwarten. An diesem Unterschied zeigt sich, dass die Umstellung in der Bilanzierung der Aktiven, insbesondere die Aktivierung der Immobilien und Anlagen, im Spitalbereich der Schweiz noch nicht abgeschlossen ist.

Bei den Erträgen der Spitäler fällt zunächst auf (vgl. **Tabelle 12**), dass die Subventionen (Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und andere Beiträge) bei den öffentlichen Einrichtungen mit 14.5% einen grossen Anteil der Gesamterträge ausmachen. Bei den subventionierten Spitälern liegt dieser Anteil bei 4.4%, bei den privaten bei 1.7%. Bei den Erträgen in der Akutpflege sticht der Anteil ambulanter Leistungen ins Auge. Dieser ist bei subventionierten und öffentlichen Häusern um rund 8%-Punkte höher als bei privaten Kliniken. Im Vergleich zu 2013 sind die Änderungen grosso modo unabhängig von der Trägerschaft.

Tabelle 12: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2015 im Vergleich zu 2013

	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
Ertragssituation						
Gesamtertrag (in tausend CHF)	43'309		155'457		351'994	
- Ertrag aus med. Leistungen	93.1%		89.8%		80.1%	
- Übriger Betriebsertrag	5.2%		5.8%		5.5%	
- Subventionen (GWL) und Beiträge	1.7%		4.4%		14.5%	
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)						
- Ambulante Leistungen	19.4%		28.4%		27.9%	
- Stationäre Leistungen	80.2%		69.3%		72.0%	
- Langzeitpflege	0.4%		2.3%		0.0%	
Veränderungen im Vergleich zu 2013						
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtertrag (in tausend CHF)	4115	10.5%	11'164	7.7%	25'907	7.9%
- Ertrag aus med. Leistungen	1.6%		1.3%		2.7%	
- Übriger Betriebsertrag	-1.4%		-0.4%		0.8%	
- Subventionen (GWL) und Beiträge	-0.2%		-0.9%		-3.4%	
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	5142	14.1%	13'064	10.2%	20'795	7.7%
- Ambulante Leistungen	-1.5%		1.1%		0.8%	
- Stationäre Leistungen	1.1%		-1.6%		-0.8%	
- Langzeitpflege	0.4%		0.5%		0.0%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Tabelle 13 weist die Erträge der Spitäler aus der DRG-Vergütung aus. Diese werden zwischen den Kostenträgern, Krankenversicherern und Kantonen aufgeteilt, so dass 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. Auf der Grundlage der von der Gesundheitsdirektorenkonferenz veröffentlichten kantonalen Anteile können wir die Vergütung auf die beiden Kostenträger für 2015 aufteilen. Diese Aufteilung ist nur 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 2015 auf CHF 6.7 Mrd. Dies entspricht im Durchschnitt CHF 5'423 pro Fall. Pro Fall war der Anteil der Kantone mit CHF 3'612 in Nidwalden am kleinsten und mit CHF 6'926 in Basel-Stadt am höchsten.

Tabelle 13: SwissDRG-Erträge der Spitäler und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2015

	Erträge SwissDRG	Prozentualer Anteil Kanton (2015) ⁺	Absoluter Anteil Versicherer	Anteil Kanton	
				absolut	pro Fall
AG	806'685'307	51%	395'275'800	411'409'507	4'620.35
AI	7'419'381	51%	3'635'497	3'783'884	3'970.50
AR	114'748'244	51%	56'226'640	58'521'604	4'075.32
BE	1'822'957'465	55%	820'330'859	1'002'626'606	5'598.33
BL	360'549'618	55%	162'247'328	198'302'290	5'865.89
BS	802'750'056	55%	361'237'525	441'512'531	6'925.90
FR	259'353'621	51%	127'083'274	132'270'347	4'765.81
GE*	775'809'246	55%	349'114'161	426'695'085	6'220.86
GL	45'191'276	53%	21'239'900	23'951'376	5'023.36
GR	292'801'369	55%	131'760'616	161'040'753	4'835.91
JU	56'275'307	55%	25'323'888	30'951'419	4'333.72
LU	566'368'265	51%	277'520'450	288'847'815	5'319.29
NE	168'281'700	55%	75'726'765	92'554'935	4'763.75
NW	38'145'360	51%	18'691'226	19'454'134	3'611.98
OW	25'788'270	51%	12'636'252	13'152'018	3'616.17
SG	772'423'494	55%	347'590'572	424'832'922	5'331.07
SH	83'100'093	53%	39'057'044	44'043'049	4'323.46
SO	298'989'159	51%	146'504'688	152'484'471	4'885.29
SZ	120'767'199	53%	56'760'584	64'006'615	4'020.01
TG	301'926'157	51%	147'943'817	153'982'340	5'007.56
TI	585'679'405	55%	263'555'732	322'123'673	5'296.43
UR	33'326'008	51%	16'329'744	16'996'264	4'271.49
VD	1'125'960'275	55%	506'682'124	619'278'151	5'577.37
VS	312'826'404	54%	143'900'146	168'926'258	4'757.55
ZG	121'921'782	53%	57'303'238	64'618'544	4'397.32
ZH	2'670'289'571	51%	1'308'441'890	1'361'847'681	5'769.34
CH	12'570'334'032	53.29%	5'872'119'759	6'698'214'273	5'422.96

Anmerkung: *Für das HUG sind die Werte 2015 geschätzt, da der ausgewiesene Kostenteiler und die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel sind. Auf Basis des vereinbarten Kostentellers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2015); GDK (2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Landesweit sind die OKP-Erträge seit 2013 um 6.9% angestiegen (vgl. **Tabelle 14**). Die Beiträge der Kantone sind mit 11.6% stärker angewachsen. Die Kantone erhöhten ihre Beiträge, um das gesetzliche Ziel von 55% Kantonsanteil bei den DRG-Zahlungen erreichen zu können.

Tabelle 14: SwissDRG-Erträge der Spitäler, 2015 im Vergleich zu 2013

	Erträge SwissDRG	rel. Δ 2013	Anteil Kanton			
			2015	rel. Δ 2013	pro Fall 2015	rel. Δ 2013
AG	806'685'307	0.6%	411'409'507	20.0%	4'620.35	-2.4%
AI	7'419'381	2.2%	3'783'884	3.4%	3'970.50	8.7%
AR	114'748'244	11.9%	58'521'604	11.0%	4'075.32	20.2%
BE	1'822'957'465	6.2%	1'002'626'606	5.1%	5'598.33	6.1%
BL	360'549'618	7.9%	198'302'290	16.6%	5'865.89	31.1%
BS*	802'750'056	10.4%	441'512'531	-5.3%	6'925.90	5.2%
FR	259'353'621	0.3%	132'270'347	5.4%	4'765.81	5.0%
GE*	775'809'246	1.6%	426'695'085	14.3%	6'220.86	15.9%
GL	45'191'276	11.1%	23'951'376	45.3%	5'023.36	43.2%
GR	292'801'369	-3.5%	161'040'753	-3.3%	4'835.91	12.0%
JU	56'275'307	-0.6%	30'951'419	0.0%	4'333.72	2.9%
LU	566'368'265	5.2%	288'847'815	7.9%	5'319.29	3.0%
NE*	168'281'700	-2.7%	92'554'935	-12.0%	4'763.75	-13.4%
NW	38'145'360	-5.7%	19'454'134	12.1%	3'611.98	-5.7%
OW	25'788'270	16.4%	13'152'018	34.3%	3'616.17	1.1%
SG	772'423'494	13.8%	424'832'922	21.5%	5'331.07	18.0%
SH	83'100'093	-0.8%	44'043'049	-0.5%	4'323.46	-10.3%
SO	298'989'159	22.7%	152'484'471	30.5%	4'885.29	21.5%
SZ	120'767'199	-5.2%	64'006'615	3.1%	4'020.01	-4.1%
TG	301'926'157	9.4%	153'982'340	16.2%	5'007.56	30.6%
TI	585'679'405	12.9%	322'123'673	10.7%	5'296.43	18.3%
UR	33'326'008	-5.5%	16'996'264	12.7%	4'271.49	4.9%
VD	1'125'960'275	13.9%	619'278'151	16.3%	5'577.37	18.0%
VS	312'826'404	1.5%	168'926'258	3.1%	4'757.55	4.6%
ZG	121'921'782	-3.6%	64'618'544	22.9%	4'397.32	9.1%
ZH	2'670'289'571	7.5%	1'361'847'681	18.0%	5'769.34	10.3%
CH	12'570'334'032	6.9%	6'698'214'273	11.6%	5'422.96	10.2%

Anmerkung: *Die Werte für das Jahr 2013 wurden für die Spitäler HUG, HNE und USB korrigiert. Bei diesen drei öffentlichen Spitälern sind der ausgewiesene Kostenteiler oder die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst. Für das HUG sind auch die Werte 2015 geschätzt (vgl. Tabelle 13).

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015); GDK (2015). **Berechnung:** Universität Basel/IWSB

3. Subventionierung der Spitäler

Wie eingangs ausgeführt, gibt es drei Quellen der Subventionierung von Spitälern: i) Subventionen im Zusammenhang mit der Abgeltung für die Erbringung von gesamtwirtschaftlichen Leistungen, ii) überhöhte Baserates von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen, die die Kantone aufgrund ihrer Stellung bei der Preisbildung durchsetzen können, und iii) offene oder verdeckte kantonale Investitionshilfe in der stationären medizinischen Versorgung. In diesem Kapitel untersuchen wir der Reihe nach den Umfang dieser drei Subventionsformen.

3.1 Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen werden in den Kennziffern pro Spital ausgewiesen. Nun ist es so, dass einige Spitäler nicht nur akutstationäre Leistungen erbringen, sondern auch gleichzeitig in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie aktiv sind. Dadurch könnte es zu einer Überschätzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Akutversorgung kommen. In den Kennziffern werden die Abgeltung für Forschung und Lehre im Bereich der Rehabilitation und Pflege ebenfalls ausgewiesen. Diese explizit nicht der Akutversorgung zugeordneten Leistungen wurden von den ausgewiesenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgezogen. Für 2014 betrug diese Korrektur landesweit CHF 93.3 Mio. oder 4.2% der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Insgesamt belief sich in 2015 die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im akutstationären Bereich auf CHF 1.78 Mrd. Das ist gegenüber 2013 praktisch unverändert (plus CHF 8 Mio.).⁹ Pro Fall betragen die gemeinwirtschaftlichen Leistungen in 2015 CHF 1'445. Das sind CHF 105 weniger als zwei Jahre früher. Forschung und Lehre machten im akutstationären Bereich in 2015 CHF 823.4 Mio. aus. Das sind 46.1% der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dieser Anteil war 2013 mit 42.7% um 3.5%-Punkte geringer als 2015.

Die höchste Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird mit CHF 460 Mio. in der Waadt erreicht, die geringste mit rund CHF 0.45 Mio. im Kanton Appenzell-Ausserrhodon (vgl. **Tabelle 15**). Zu beachten gilt es, dass die Abgeltung im Bereich von Lehre und Forschung teilweise auch von Kantonen ausserhalb des Standortkantons einer universitären Einrichtung gezahlt wird. So ist z. Bsp. das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) eine gemeinsame Einrichtung der beiden Basel. Dessen Erträge für Lehre und Forschung werden jedoch ausschliesslich Basel-Stadt zugeordnet.

⁹ Im Gutachten 2016 wurde für 2013 CHF 2.62 Mrd. ausgewiesen. Die Differenz von CHF 840 Mio. erklärt sich einmal durch das Herausrechnen der Abgeltung von Forschung und Lehre in der Rehabilitation und Psychiatrie, zum andern durch die Korrekturen, die wir in der Einleitung aufgeführt haben.

Tabelle 15: GWL insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2015 im Vergleich zu 2013

	GWL insgesamt			GWL pro Fall	
	2015	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2015	abs. Δ 2013
AG	15'730'861	-125'624	-0.8%	177	-16
AI	2'304'818	-686'742	-23.0%	2'418	-1'028
AR	448'290	-161'386	-26.5%	31	-14
BE*	130'110'405	-12'430'139	-8.7%	726	-116
BL	19'790'701	-2'905'017	-12.8%	585	-108
BS	150'359'071	-11'512'284	-7.1%	2'359	-336
FR*	60'750'033	-17'617'358	-22.5%	2'189	-651
GE*	459'015'829	-21'405'639	-4.5%	6'692	-570
GL	5'529'790	-50'090	-0.9%	1'160	-91
GR	39'426'961	-1'689'393	-4.1%	1'184	-47
JU	20'084'994	-1'681'579	-7.7%	2'812	-154
LU	20'018'639	1'134'397	6.0%	369	-21
NE*	70'532'950	3'544'799	5.3%	3'630	-326
NW	3'751'000	-1'709'130	-31.3%	696	-536
OW	8'350'339	-686'395	-7.6%	2'296	-1'023
SG	38'637'093	15'201'156	64.9%	485	171
SH	18'213'878	-4'648'653	-20.3%	1'788	-703
SO	49'293'423	-6'706'705	-12.0%	1'579	-348
SZ*	6'283'856	-2'877'481	-31.4%	395	-243
TG	7'141'541	-1'062'601	-13.0%	232	-43
TI*	15'243'315	-6'571'869	-30.1%	251	-129
UR	4'186'678	-1'184'724	-22.1%	1'052	-397
VD	460'433'226	83'838'224	22.3%	4'147	422
VS	7'621'205	4'750'994	165.5%	215	132
ZG*	936'831	254'831	37.4%	64	11
ZH*	170'322'114	-5'000'362	-2.9%	722	-117
CH	1'784'517'841	8'011'230	0.5%	1'445	-105

Höchster Wert; Tiefster Wert

Anmerkung: *Das HUG in Genf weist den Kantonsanteil in der DRG-Vergütung fälschlicherweise den Subventionen und Beiträge zu. Wir korrigierten daher bei HUG die GWL ausgehend von DRG-Beiträgen der Versicherten. Ebenfalls korrigiert wurden die Angaben für einige Spitäler in den Kantonen BE, FR, NE, SZ, TI, ZG und ZH. Die korrigierten Werte beruhen entweder auf bereinigten Angaben der Gesundheitsdepartemente oder Schätzungen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013/2015); Angaben der Kantone. **Berechnung:** Universität Basel/IWSB

In einzelnen Kantonen ist gegenüber 2013 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, in drei Kantonen um mehr als ein Viertel (Appenzell-Ausserrhoden, Schwyz und Tessin). Dagegen haben St. Gallen, Wallis und Zug um 65%, 166% resp. 37% zugelegt. Pro Fall sind die Veränderungen mit CHF -1028 und -1023 in Obwalden und Appenzell-Innerhoden am höchsten.

Subventionen und Beiträge im Zusammenhang mit der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterscheiden sich stark nach Trägerschaft der Spitäler. Sie machen bei öffentlichen Spitälern 22.9% der Gesamterträge im akutstationären Leistungsbereich, bei den subventionierten 8.3% und bei den privaten Kliniken 2.2% aus. Insgesamt betragen sie 14.2% der Erträge.

3.2 Untersuchung der Baserates auf Spitalebene

Neben der direkten Subventionierung der Spitäler über die Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind indirekte Subventionen über die Vergütung stationärer Leistungen denkbar. Mit Hilfe einer ökonomischen Untersuchung sind wir in der Lage, eine solche Quersubventionierung zu identifizieren.

Während das Tarifsysteem SwissDRG Bewertungsgewichte für einzelne DRGs landesweit einheitlich festlegt, wird die sogenannte Baserate zwischen Versicherern und Spitälern ausgehandelt.¹⁰ 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. Konkret gibt es auf Spitalebene je nach Standortkanton bis zu drei unterschiedliche Baserates, die von Einkaufsgesellschaften für die Versicherer mit den einzelnen Spitälern verhandelt werden.

Die Entwicklung der Baserates nach Trägerschaft zwischen 2013 und 2015 ist in **Tabelle 16** aufgezeigt. Dabei wurden die auf Spitalebene publizierten Baserates zunächst zu einem ungewichteten Wert gemittelt. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Baserate von Spitälern gleicher Trägerschaft wurde dagegen die unterschiedliche Fallzahl der Spitäler berücksichtigt. Es handelt sich demnach um gewichtete durchschnittliche Baserates. Aktuell liegt die durchschnittliche Baserate der privaten Kliniken um CHF 622 unterhalb jener der öffentlichen und um CHF 504 unterhalb jener der subventionierten Spitäler.

Zwischen 2013 und 2015 lag der prozentuale Preisvorteil der privaten Spitäler mehr oder weniger konstant bei 6% gegenüber den öffentlichen und bei 5% gegenüber den subventionierten Spitälern. Während dieser 3 Jahre verzeichneten alle Spitalkategorien einen leichten Rückgang ihrer Baserates.

¹⁰ Die Vergütung für die Behandlung eines individuellen Patienten bemisst sich aus dem Produkt von Baserate und dem Bewertungsgewicht der dem Patienten zugeordneten DRG.

Tabelle 16: Entwicklung der Baserates zwischen 2013 und 2015 nach Trägerschaft

	2013	2014	2015	rel. Δ 2013
PRIV	9'581	9'510	9'447	-1.4%
SUBV	10'093	10'001	9'951	-1.4%
OEFF	10'154	10'113	10'069	-0.8%
Total	10'022	9'954	9'903	-1.2%
<i>Diff. PRIV zu OEFF</i>	-5.6%	-6.0%	-6.2%	
<i>Diff. PRIV zu SUBV</i>	-5.1%	-4.9%	-5.1%	

Anmerkung: Im Falle divergierender Baserates der Einkaufsgemeinschaften wurde das arithmetische Mittel verwendet. Die spitalspezifischen Baserates wurden mit den CMI-bereinigten Austritten gewichtet. Ohne Berücksichtigung der Tarife der Einkaufsgemeinschaft von Assura/Supra.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2015); Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. **Berechnung:** Universität Basel/IWSB

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

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

Der Schätzkoeffizient β_1 gibt den Unterschied zwischen privaten und subventionierten Einrichtungen, der Koeffizient β_2 jenen zwischen privaten und öffentlichen wieder. Zusätzlich wird berücksichtigt, ob es sich bei der Einrichtung um eine Uniklinik (UNI), ein Kinderspital (KS) oder ein Geburtshaus (GH) handelt, und es werden der Case-Mix-Index (CMI) sowie ein Zeittrend (t) als zusätzliche erklärende Variablen einbezogen (Tabelle 17 listet die in der Schätzung berücksichtigten Variablen). ε steht für den Einfluss möglicher weiterer, jedoch nicht beobachtbarer Variablen auf die Baserate eines Spitals.

In die Schätzungen gehen die Angaben von 142 Einrichtungen mit ein (2015).¹¹ Über die Betrachtungsperiode von drei Jahren ergeben sich insgesamt 433 Beobachtungen. Tabelle 17 zeigt die Ausprägungen der einzelnen Variablen für das Jahr 2015. Die Baserate variiert zwischen CHF 6'600 und 12'348, bei einem Mittelwert von CHF 9'491.¹² 30.3% der Einrichtungen in unserer Stichprobe sind subventioniert, 23.2% öffentlich-rechtlich verfasst. Bei fünf handelt es sich um Universitätskliniken, bei dreien um Kinderspitäler und bei 14 um Geburtshäuser. Der durchschnittliche Schweregrad der behandelten Patienten (CMI) variiert zwischen 0.377 und 2.309.

¹¹ 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.

¹² Dieser Wert unterscheidet sich aus zwei Gründen von den Angaben in Tabelle 17. Einerseits sind die Werte nicht gewichtet, andererseits werden lediglich jene Spitäler berücksichtigt, welche einen CMI ausweisen.

Tabelle 17: Beschreibende Statistik der Spitalvariablen im Sample (2015, n = 142)

Variable	Beschreibung	Mittelwert	Min.	Max.
Baserate	Mittlere Baserate der Einkaufsgemeinschaften (in CHF)	9'491.0	6'600.0	12'348.0
SUBV	Öff. Spital (privatrechtlich organisiert)	0.303	0	1
OEFF	Öff. Spital (öffentlich-rechtliche Anstalt)	0.232	0	1
CMI	Bereinigter Casemix-Index * 10	9.234	3.770	23.090
UNI	Universitätsspital (BAG-Definition)	0.035	0	1
KS	Kinderspital (BAG-Definition)	0.021	0	1
GH	Geburtshaus (BAG-Definition)	0.099	0	1

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2015); Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. Berechnung: Universität Basel/IWSB

Tabelle 18 zeigt die Schätzergebnisse eines linearen Regressionsmodells einzeln für die Jahre 2013-2015 sowie für eine Regression, die alle drei Jahre gleichzeitig berücksichtigt. Es fällt auf, dass die Koeffizienten sehr stabil sind. Wir beziehen uns daher auf das Jahr 2015. Falls nur die unterschiedliche Trägerschaft in die Schätzung einbezogen wird, haben öffentliche Einrichtungen eine um CHF 440 und subventionierte Spitäler eine um CHF 470 höhere Baserate als private Kliniken.

Spitäler mit höherem CMI haben eine höhere Baserate: einen Anstieg des CMI um 0.1 erhöht die Baserate um CHF 50.52. Dieses Ergebnis ist einigermassen überraschend, deckt doch die Vergütung über SwissDRG gerade die unterschiedliche Morbidität der Patienten hinreichend ab. Hier zeigt sich vermutlich die Tradition der Vergütung aus der Zeit vor 2012, als der durchschnittliche Schweregrad der behandelten Patienten eine entscheidende Grösse bei der Festlegung der tagesgleichen Pflegesätze war: Einrichtungen mit hohem CMI haben möglicherweise nach wie vor mehr Spielraum bei Preisverhandlungen mit den Versicherern.

Universitätskliniken und Kinderspitäler sind teurer als normale Akutspitäler. Das ist wenig überraschend. Überraschender ist, dass die Unterschiede in der Baserate zwischen öffentlichen und subventionierten Einrichtungen auf der einen und privaten Spitälern auf der anderen Seite bestehen, obwohl man diesen speziellen Kliniken in der Schätzung Rechnung trägt. Die Preisunterschiede belaufen sich auf CHF 844 bzw. CHF 1983. Bei den Geburtshäusern ist ein Rückgang des Preisaufschlags über die Zeit zu beobachten; für 2014 und 2015 verschwindet er. Zum einen wurden Geburtshäuser geschlossen, zum andern mussten einige Häuser ihre Baserate deutlich senken.

Auf der Grundlage dieser Schätzungen können wir das Sparpotenzial bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen für den Fall berechnen, dass deren Baserate auf das Niveau der Privaten zurückkäme. Wir schätzen für jedes einzelne öffentliche und subventionierte Spital dessen Baserate, wenn es privat wäre. Zu diesem Zweck werden die Koeffizienten β_1 und β_2 auf null gesetzt. Sodann werden

die Erträge berechnet, die ein Spital bei der geschätzten Baserate erreichen würde. Schliesslich werden auf Kantonebene die möglichen Ertragsreduktionen der Spitäler aufsummiert.

Tabelle 18: Schätzergebnisse individuell nach Jahr und gepoolt (2013-2015)

<i>Abhängige Variable: BASERATE</i>				
	2013	2014	2015	2013-2015 ^a
SUBVENTIONIERT	458.21*** (108.83)	471.66*** (106.85)	469.80*** (98.14)	463.86*** (100.37)
OEFFENTLICH	398.68*** (112.37)	451.97*** (110.27)	440.03*** (99.62)	425.95*** (103.08)
CMI	54.77*** (18.57)	62.79*** (16.63)	50.52*** (13.79)	53.41*** (13.54)
UNISPITAL	854.64*** (212.19)	765.34*** (205.86)	843.66*** (208.60)	836.59*** (167.04)
KINDERSPITAL	1'984.86*** (505.49)	2'028.45*** (315.17)	1'982.52*** (298.66)	2'005.45*** (240.41)
GEBURTSHAUS	772.93*** (263.87)	14.77 (190.81)	-4.99 (165.38)	245.81 (178.32)
Konstante	8'767.24*** (246.42)	8'622.55*** (232.81)	8'708.68*** (192.24)	8'885.84*** (203.43)
Trend				-80.12*** (12.60)
<hr/>				
Beobachtungen	148	143	142	433
R ²	0.47	0.58	0.59	0.52
Bereinigtes R ²	0.45	0.56	0.57	0.51
F Statistik	21.14*** (df = 6; 141)	31.50*** (df = 6; 136)	32.40*** (df = 6; 135)	65.95*** (df = 7; 425)

Anmerkung: */**/** = signifikant zum Niveau von 10%/5%/1%; die robusten Standardfehler befinden sich in Klammern;

^a die Standardfehler des gepoolten Modells berücksichtigen die Clusterstruktur der Daten. Das (bereinigte) 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 (2013-2015), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. **Berechnung:** Universität Basel/IWSB

Zur Veranschaulichung: In einem öffentlichen Spital mit einem CMI von 2.0 würde pro Fall gegenüber einer privaten Klinik CHF 880 (= CHF 440 x 2) zusätzlich gelöst. Dagegen löst ein subventioniertes Spital mit CMI von 1.0 zusätzlich CHF 470 (= CHF 470 x 1).

Tabelle 19: Subventionen durch höhere Baserates, insgesamt und pro Fall, 2015 im Vergleich zu 2013

	absolut			Pro Fall	
	2015	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2015	abs. Δ 2013
AG	34'139'704	3'772'589	12.4%	383	14
AI	340'095	52'621	18.3%	357	26
AR	2'765'825	351'992	14.6%	193	14
BE	63'564'651	4'100'547	6.9%	355	3
BL	11'536'087	1'292'742	12.6%	341	28
BS	22'276'345	2'816'513	14.5%	349	25
FR	7'920'817	356'500	4.7%	285	11
GE	23'799'560	2'836'447	13.5%	347	30
GL	2'094'390	315'106	17.7%	439	40
GR	13'447'010	647'265	5.1%	404	21
JU	2'716'234	277'494	11.4%	380	48
LU	19'135'936	3'548'860	22.8%	352	31
NE	6'474'482	1'318'976	25.6%	333	29
NW	1'927'728	418'785	27.8%	358	17
OW	1'305'931	434'973	49.9%	359	39
SG	30'221'856	3'701'470	14.0%	379	24
SH	3'553'828	683'633	23.8%	349	36
SO	12'149'023	2'032'862	20.1%	389	41
SZ	6'252'360	828'419	15.3%	393	15
TG	11'512'751	680'973	6.3%	374	11
TI	16'596'758	2'366'221	16.6%	273	25
UR	1'596'818	307'595	23.9%	401	53
VD	44'405'612	7'013'174	18.8%	400	30
VS	14'073'485	1'431'550	11.3%	396	33
ZG	4'076'369	579'898	16.6%	277	8
ZH	91'169'273	16'176'641	21.6%	386	28
CH	449'052'932	58'343'846	14.9%	364	23

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2015), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse. Berechnung: Universität Basel/IWSB

Tabelle 19 zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen. Danach belaufen sich die Subventionen der öffentlichen und subventionierten Spitäler aufgrund im Vergleich zu privaten Kliniken erhöhter Baserates landesweit auf CHF 449 Mio. Das sind im Vergleich zu 2013 zusätzliche Erträge von CHF 58.3 Mio. oder 14.9%. Diese grosse Änderung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Unterschied in der Baserate zwischen den öffentlichen Spitäler und den privaten Kliniken zwischen 2013 und 2015 um gut CHF 40 zugenommen hat.

Pro Fall belaufen sich diese Subventionen in 2015 zwischen CHF 193 in Appenzell-Ausserrhoden und CHF 439 in Glarus. Gegenüber 2013 ist ein Anstieg von zwischen CHF 3 im Kanton Bern und CHF 53 im Kanton Uri zu verzeichnen.

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

3.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung

Der Kostenanteil für die Anlagenutzung (Abschreibungen, Mieten und Zinsen) betrug bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern in 2015 8.1%, resp. 7.5%. Im gleichen Jahr war dieser Anteil bei den Privatkliniken bei 13.4%. Im Vergleich zu 2013 hat sich an diesem Bild wenig geändert (vgl. **Abbildung 4**). Die privaten Kliniken weisen konstant eine über 6%-Punkte höhere Investitionsquote aus. Trotz neuer Spitalfinanzierung hat sich die ausgewiesene Investitionsquote bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern nicht erhöht. Sie ist immer noch weit von der in den SwissDRG-Pauschalen in 2012 festgelegten Quote von 10% entfernt.

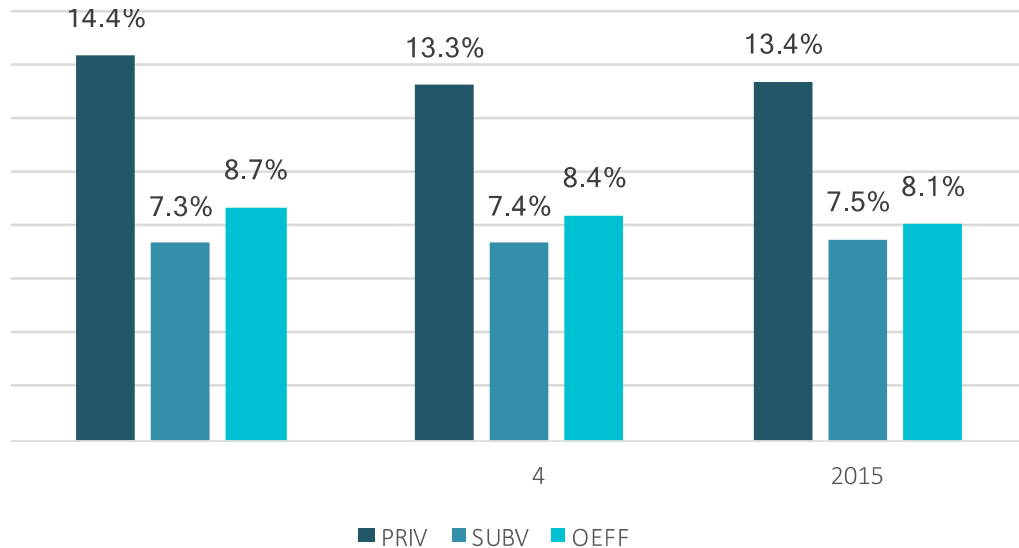
Die vorliegenden Zahlen lassen aber darauf schliessen, dass die vereinbarten Mietkosten niedrig angesetzt werden und nicht die effektiven Investitionskosten widerspiegeln. Die beträchtliche Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand und die gleichzeitig niedrige Investitionsquote bei den öffentlichen Spitälern lassen vermuten, dass ein wesentlicher Teil der verursachten Kosten (Abschreibungen, Kapitalzinsen) vom Kanton getragen werden und somit den Steuerzahler belasten.¹³

Um die verdeckten Subventionen abzuschätzen, berechnen wir die Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für den Fall, 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 einen Investitionsquote grösser als 10% auf, so gilt es als nicht subventioniert. Im anderen Fall berechnet sich die Subventionsrate als Differenz

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

zwischen 10% und der tatsächlichen Investitionsquote eines Spitals. Die Subvention schliesslich entspricht der Rate multipliziert mit den Kosten.

Abbildung 4: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013 – 2015



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2015). Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB

Die verdeckten Investitionskosten summieren sich landesweit auf rund CHF 353.1 Mio. (vgl. Tabelle 20). Die entspricht 3.1% der Gesamtkosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Behandlung. Die höchsten Subventionen werden mit rund CHF 61 Mio. im Kanton Bern gezahlt. Im Vergleich zu 2013 haben die verdeckten Investitionskosten um CHF 37 Mio. zugenommen. Dies entspricht einem Wachstum von 11.5%. Zwischen den Kantonen sind die Unterschiede wiederum gross. In Basellandschaft und Genf sind die verdeckten Investitionskosten um mehr als 300% gestiegen. In Uri, Schaffhausen und Thurgau dagegen haben sie um mindestens zwei Drittel abgenommen.

Pro Fall variieren die verdeckten Investitionskosten ebenfalls beträchtlich. Sie sind in Genf mit CHF 613 am höchsten. Acht 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 2015. Während sie in 11 Kantonen abgenommen haben, sind die verdeckten Investitionskosten in 15 Kantonen in diesen zwei Jahren gestiegen.

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

	absolut			Pro Fall	
	2015	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2015	abs. Δ 2013
AG	32'375'220	2'818'682	9.5%	364	4
AI	0	0	0.0%	0	0
AR	1'063'756	756'591	246.3%	74	51
BE	60'777'769	-9'422'435	-13.4%	339	-76
BL	12'080'615	9'311'561	336.3%	357	273
BS	17'808'982	5'849'226	48.9%	279	80
FR	11'125'570	-666'083	-5.6%	401	-26
GE	42'076'056	32'731'502	350.3%	613	472
GL	402'749	83'588	26.2%	84	13
GR	4'705'056	1'303'062	38.3%	141	39
JU	3'048'502	-668'017	-18.0%	427	-80
LU	14'787'263	40'514	0.3%	272	-32
NE	3'833'403	118'609	3.2%	197	-22
NW	0	0	0.0%	0	0
OW	0	0	0.0%	0	0
SG	31'005'263	6'342'447	25.7%	389	59
SH	61'486	-922'794	-93.8%	6	-101
SO	5'976'409	804'368	15.6%	191	13
SZ	4'936'664	888'449	21.9%	310	28
TG	0	-2'955'212	-100.0%	0	-99
TI	16'195'618	687'981	4.4%	266	-3
UR	43'332	-86'478	-66.6%	11	-24
VD	48'478'815	2'501'558	5.4%	437	-18
VS	17'963'286	-679'897	-3.6%	506	-30
ZG	3'524'701	603'279	20.7%	240	15
ZH	20'848'046	-12'886'887	-38.2%	88	-73
CH	353'118'561	36'553'615	11.5%	286	10

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

3.4 Zusammenstellung der Subventionen

In diesem Abschnitt sollen nun die einzelnen Komponenten der Subventionen zusammengetragen und aufsummiert werden. Aus Abschnitt 4.1 stehen die **Subventionen** zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) zur Verfügung. Sie summieren sich in 2015 landesweit auf CHF 1.8 Mrd. (vgl. **Tabelle 21**). Davon erhalten die öffentlichen Spitäler mit CHF 1.4 Mrd. oder 78.4% den grössten Anteil. Die subventionierten Spitäler werden mit CHF 330.1 Mio. bezuschusst (18.5%), während die privaten Kliniken CHF 55.2 Mio. (3.1%) für GWL beziehen.

Tabelle 21: Übersicht der Subventionen, in CHF, 2015

Jahr 2015	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
GWL	55'118'957	330'073'495	1'399'325'389	1'784'517'841
Baserate ^a	0	193'950'341	255'102'591	449'052'932
Investitionen ^b	0	150'097'483	203'021'078	353'118'561
Total	55'118'957	674'121'319	1'857'449'058	2'586'689'334
Pro Fall				
GWL	199.3	778.8	2'616.7	1'444.8
Baserate ^a	0.0	457.6	477.0	363.6
Investitionen ^b	0.0	354.2	379.6	285.9
Total	199.3	1'590.6	3'473.4	2'094.2
Pro Akutbett				
GWL	11'277.3	43'409.0	130'288.6	76'814.2
Baserate ^a	0.0	25'507.0	23'752.1	19'329.4
Investitionen ^b	0.0	19'739.8	18'902.9	15'199.9
Total	11'277.3	88'655.8	172'943.6	111'343.6

Berechnungen: Universität Basel/IWSB

Über die höhere **Baserate**, berechnet im Abschnitt 4.2, fliessen landesweit zusätzlich CHF 449.1 Mio. an die öffentlichen und subventionierten Spitäler. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler 56.8%, die subventionierten 43.2% und die privaten annahmegemäss null.

Bei den verdeckten **Investitionshilfen** belaufen sich die Subventionen auf CHF 353.1 Mio. und teilen sich im Verhältnis 52.5% zu 47.5% auf öffentliche und subventionierte Spitäler auf.

Nach diesen Berechnungen summieren sich die Subventionen über alle drei Bereiche auf CHF 2.59 Mrd. CHF 1.86 Mrd. oder 68.3% der Gesamtsumme fliessen an öffentliche Spitäler, CHF 674.1 Mio. oder 30.0% an subventionierte Einrichtungen und CHF 55.2 Mio. oder 1.6% an private Kliniken.

Tabelle 21 weist zusätzlich die gesamten Subventionsbeträge pro Fall und pro Akutbett aus. Landesweit machen die Zuschüsse CHF 2'094 pro Fall aus. Bei einer durchschnittlichen Baserate von knapp CHF

10'000 sind dies zusätzliche Erträge von rund 21%. Bei den öffentlichen Einrichtungen belaufen sich die Subventionen auf CHF 3'473 pro Fall; somit rund 35% zusätzliche Erträge über die SwissDRG-Vergütung hinaus. Bei den subventionierten Einrichtungen betragen die Zuschüsse CHF 1'590 pro Fall; hier also rund 16% zusätzliche Erträge pro behandelter Patient. Bei den privaten Kliniken betragen die Subventionen CHF 199 pro Fall und damit zusätzliche Erträge von rund 2% über die SwissDRG-Vergütung hinaus.

Bezogen auf ein Akutbett belaufen sich die Subventionen landesweit im Durchschnitt auf CHF 111'344 pro Jahr. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt dieser Wert CHF 172'944, bei den subventionierten CHF 88'656 und bei den privaten Kliniken CHF 11'277.

Abschliessend beleuchten wir die Veränderungen seit 2013 (vgl. **Tabelle 22**). Insgesamt haben die Subventionen in diesen zwei Jahren um CHF 103 Mio. oder 4.1% zugenommen, mit 14.9% am stärksten über die erhöhten Baserates bei subventionierten und öffentlichen Spitälern, gefolgt mit 11.5% über verdeckte Investitionen. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind mehr oder weniger konstant geblieben. Bei den GWL hat es Verschiebungen nach Trägerschaft gegeben. Auf niedrigem Niveau hat die Abgeltung von GWL bei privaten Kliniken um CHF 16.2 Mio. oder 41.6% auf CHF 55.2 Mio. zugenommen. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt das Wachstum CHF 18.2 Mio. und erreicht 2015 CHF 1.4 Mrd. Bei den subventionierten Einrichtungen ging die Abgeltung von GWL um CHF 26.3 Mio. oder 7.4% auf CHF 330 Mio. zurück. Sehr stark zugenommen haben die verdeckten Investitionen bei den öffentlichen Spitälern (CHF 41.5 Mio. oder 25.7%).

Tabelle 22: Änderung der Subventionen 2015/2013, gesamt und pro Fall, nach Trägerschaft

Jahr 2015/2013	PRIV		SUBV		OEFF		TOTAL	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
Gesamt								
GWL	16'188'940	41.6%	-26'329'797	-7.4%	18'152'087	1.3%	8'011'230	0.5%
Baserate ^a			22'200'485	12.9%	36'143'361	16.5%	58'343'846	14.9%
Investitionen ^b			-4'902'862	-3.2%	41'456'477	25.7%	36'553'615	11.5%
Total	16'188'940	41.6%	-9'032'174	-1.3%	95'751'924	5.4%	102'908'691	4.1%
Pro Fall								
GWL	44.1	28.4%	-144.2	-15.6%	-94.3	-3.5%	-104.8	-6.8%
Baserate ^a			12.8	2.9%	47.3	11.0%	22.8	6.7%
Investitionen ^b			-47.3	-11.8%	62.5	19.7%	9.8	3.5%
Total	44.1	28.4%	-178.6	-10.1%	15.5	0.4%	-72.3	-3.3%

Berechnungen: Universität Basel/IWSB

Tabelle 23 weist die kantonalen Gesamtsubventionen für 2015 und im Vergleich zu 2013 aus. In Genf belaufen sich die Subventionen insgesamt auf CHF 524.8 Mio. Das sind CHF 7'653 pro Fall. Die niedrigsten Zuschüsse pro Fall verzeichnet mit CHF 298 der Kanton Appenzell-Ausserrhoden. Während die Gesamtsubventionen um 4.1% zugenommen haben, sind sie pro Fall um CHF 72 auf CHF 2094 gesunken. Mit CHF 93.4 Mio. oder 20.3% haben die Gesamtsubventionen in der Waadt am stärksten zugenommen.

Tabelle 23: Gesamtsubventionen, 2015 und im Vergleich zu 2013, nach Kanton

	Absolut			Pro Fall	
	2015	abs. Δ 2013	rel. Δ 2013	2015	abs. Δ 2013
AG	82'245'785	6'465'647	8.5%	923.7	3
AI	2'644'913	-634'121	-19.3%	2'775.4	-1002
AR	4'277'871	947'197	28.4%	297.9	51
BE	254'452'825	-17'752'028	-6.5%	1'420.8	-188
BL	43'407'403	7'699'286	21.6%	1'284.0	193
BS	190'444'399	-2'846'545	-1.5%	2'987.5	-231
FR	79'796'420	-17'926'941	-18.3%	2'875.1	-666
GE	524'891'445	14'162'310	2.8%	7'652.5	-67
GL	8'026'929	348'604	4.5%	1'683.5	-37
GR	57'579'027	260'934	0.5%	1'729.0	14
JU	25'849'731	-2'072'101	-7.4%	3'619.4	-186
LU	53'941'837	4'723'771	9.6%	993.4	-23
NE	80'840'835	4'982'384	6.6%	4'160.8	-320
NW	5'678'728	-1'290'345	-18.5%	1'054.3	-518
OW	9'656'270	-251'422	-2.5%	2'655.0	-984
SG	99'864'213	25'245'073	33.8%	1'253.2	253
SH	21'829'192	-4'887'813	-18.3%	2'142.8	-768
SO	67'418'855	-3'869'476	-5.4%	2'160.0	-293
SZ	17'472'880	-1'160'613	-6.2%	1'097.4	-200
TG	18'654'292	-3'336'840	-15.2%	606.6	-132
TI	48'035'691	-3'517'667	-6.8%	789.8	-107
UR	5'826'828	-963'606	-14.2%	1'464.4	-368
VD	553'317'653	93'352'956	20.3%	4'983.3	434
VS	39'657'976	5'502'647	16.1%	1'116.9	135
ZG	8'537'901	1'438'008	20.3%	581.0	35
ZH	282'339'434	-1'710'608	-0.6%	1'196.1	-162
CH	2'586'689'334	102'908'691	4.1%	2'094.2	-72

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

Ebenfalls pro Fall ist das Wachstum der Gesamtinvestitionen dort am höchsten. Der Kanton Fribourg hingegen hat die Gesamtsubventionen in diesen zwei Jahren um CHF 17.9 Mio. oder 18.3% reduziert. Ähnlich hoch ist der relative Rückgang in Nidwalden. Das stärkste relative Wachstum verzeichnete Ausserrhoden.

Tabelle 24 beleuchtet die Gesamtsubventionen der Kantone noch aus einer weiteren Perspektive. Die erste Spalte zeigt die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau der privaten Spitäler auf^{14,15}.

Mit CHF 12'243 pro Fall sind die OKP-Erträge in Basel-Stadt am höchsten, die niedrigsten mit CHF 6'724 in Nidwalden. Der Aufschlag auf die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau privat aufgrund der höheren Baserate von öffentlichen und subventionierten ist mit CHF 493 in Glarus am höchsten und mit CHF 193 in Appenzell-Ausserrhoden am niedrigsten. Die verdeckten Investitionshilfen für öffentliche und subventionierte Spitäler sind mit CHF 506 bezogen auf die Anzahl behandelter Patienten am höchsten im Wallis. Mehrere Kantone (Appenzell-Innerrhoden, Ob- und Nidwalden und Thurgau) weisen nach unseren Berechnungen keine Investitionshilfen auf.

Die letzte Kolonne in **Tabelle 24** weist den Bruttoertrag pro behandelter Fall aus, einschliesslich der drei Subventionsbeiträge für die einzelnen Kantone. Mit CHF 18'578 ist der Bruttoertrag in Genf am höchsten, gegenüber CHF 7'779 am niedrigsten in Nidwalden. Die Bruttoerträge pro Fall sind in Genf damit um den Faktor 2.4 höher als in Nidwalden. Im Durchschnitt betragen sie landesweit CHF 11'906 pro stationärer Fall.

¹⁴ Die Beträge verstehen sich pro stationärer Fall im Kanton (Listenspitäler und Vertragsspitäler). Die Angaben zur Baserate stehen nur für die Listenspitäler zur Verfügung. Somit wurde die Schätzung der Quersubventionierung nur für diese Spitäler gemacht. Die Summe der Baserate privates Niveau plus Subventionierung über Baserate entspricht daher nicht der durchschnittlichen Baserate im Kanton, sondern bewegt sich leicht darunter.

¹⁵ Allgemein entspricht das Preisniveau privat dem hypothetischen Preisniveau, welches vorherrschen würde, wenn die öffentlichen Anstalten keinen Preisaufschlag auf ihre Baserate 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.

Tabelle 24: OKP-Ertrag pro Fall, Preisniveau privat, und Subventionsbeiträge, nach Kanton (2015)

In CHF	OKP-Ertrag Preisniveau privat	Subventionsbeiträge			Brutto-Ertrag
		höhere Baserate	Investi- tionen	GWL	
AG	8'676	383	364	177	9'600
AI	7'428	357	0	2'418	10'204
AR	7'798	193	74	31	8'096
BE	9'824	355	339	726	11'245
BL	10'324	341	357	585	11'608
BS	12'243	349	279	2'359	15'231
FR	9'059	285	401	2'189	11'934
GE	10'925	347	613	6'692	18'578
GL	9'039	439	84	1'160	10'722
GR	8'389	404	141	1'184	10'118
JU	7'499	380	427	2'812	11'119
LU	10'078	352	272	369	11'071
NE	8'328	333	197	3'630	12'489
NW	6'724	358	0	696	7'779
OW	6'731	359	0	2'296	9'386
SG	9'314	379	389	485	10'567
SH	7'809	349	6	1'788	9'951
SO	9'190	389	191	1'579	11'350
SZ	7'192	393	310	395	8'290
TG	9'444	374	0	232	10'051
TI	9'357	273	266	251	10'147
UR	7'974	401	11	1'052	9'439
VD	9'741	400	437	4'147	14'724
VS	8'414	396	506	215	9'531
ZG	8'019	277	240	64	8'600
ZH	10'926	386	88	722	12'122
CH	9'811	364	286	1'445	11'906

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

4. Beurteilung der stationären Finanzierung

4.1 Grundsätzliche Überlegungen zur flächendeckenden medizinischen Versorgung

In der medizinischen Versorgung gilt das uno-actu Prinzip: Produktion und Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung erfolgen gleichzeitig. In der Regel geschieht dies dort, wo der Leistungserbringer seinen Produktionsstandort hat. Tatsächlich sucht der Patient den Arzt oder das Spital auf, um medizinisch versorgt zu werden. Je grösser die räumliche Distanz zum Leistungserbringer, desto höher sind die Kosten für den Patienten (d.h. der Preis für die Behandlung und die Opportunitätskosten der Wege- und Behandlungszeiten). Die Bedingungen des Angebots von medizinischen Dienstleistungen hängen ebenfalls vom Ort ihrer Bereitstellung ab. Das Einzugsgebiet eines Spitals ist umso grösser, je geringer die Bevölkerungsdichte ist. Zwar gibt es keine vorgegebene optimale Grösse für ein Spital, aber eine bestimmte Mindestbettenzahl ist notwendig, um überhaupt kostengünstig produzieren zu können. Bei einer zu geringen Betriebsgrösse verlaufen die Fallkosten dagegen mit zunehmender Fallzahl degressiv. Zudem bestehen Verbundvorteile zwischen Fachabteilungen, die ebenfalls einen degressiven Kostenverlauf bei zu geringer Betriebsgrösse implizieren. Schliesslich ist auch die Reservekapazität von 15 Prozent, die gemeinhin für den Katastrophenfall vorgehalten wird, bei einer zu geringen Bettenzahl nicht kostenminimal bereitzustellen.

Diese technologischen Eigenschaften der Produktion von stationären Leistungen bedeuten einen Nachteil für die Versicherten, die in bevölkerungsarmen Gebieten wohnen. Sie müssen zusätzliche Weg- und Zeitkosten auf sich nehmen, um sich stationär behandeln zu lassen. Dies gilt ebenso für Angehörige, die Patienten während des Spitalaufenthaltes besuchen wollen. Kann man daraus eine spezielle Aufgabe für den Staat ableiten?

Der Gesetzgeber hat die Sicherstellung der stationären Versorgung den Kantonen zugewiesen und damit den Bund von dieser Aufgabe ausgenommen. Andererseits werden die Vergütungsregeln und der Umfang des Leistungskatalogs der OKP auf der Bundesebene festgelegt. Diese Arbeitsteilung zwischen den Gebietskörperschaften, einerseits den Leistungskatalog auf der Bundesebene ohne Berücksichtigung der geographischen Bedingungen der Bereitstellung der Leistungen zu bestimmen und andererseits den Kantonen die Festlegung des regionalen Zugangs der Bürger zur medizinischen Versorgung zu überlassen, erscheint dem Ökonomen zweckmässig. Sie ermöglicht auf regionaler Ebene, eine den Präferenzen der Bevölkerung entsprechende Versorgung zu implementieren. Darüber hinaus entlastet sie die Bundesebene von einer Aufgabe, die sie aufgrund der regionalen Unterschiede der Präferenzen der

Bürger nicht sinnvoll lösen kann. Zudem verfügt die oberste Ebene nicht über hinreichende Informationen der Produktion von stationären Leistungen, die es ihr erlauben würde, die Spitalversorgung auf regionaler Ebene effizient zu organisieren. Eine effiziente arbeitsteilige Produktion von stationären und ambulanten Leistungen kann sich grundsätzlich nur im Wettbewerb von Anbietern und Nachfragern durchsetzen. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass der Staat eingreift, um ein Angebot dort zu organisieren, wo es aus Sicht der Versicherten nicht in ausreichender Masse zu Stande kommt; dies sollte nach dem Subsidiaritätsprinzip allerdings eine der Bundesebene untergeordnete Gebietskörperschaft sein. Um zudem institutionelle Kongruenz zwischen Entscheider, Nutzniesser und Kostenträger sicherzustellen, sollte die von der regionalen Bevölkerung zusätzlich zu den durch die Bundesebene gewährleisteten Versorgung ausschliesslich von der untergeordneten Gebietskörperschaft finanziert werden.

Feste Preise für stationäre Leistungen bedeuten im Spitalsektor einen intensiven Wettbewerb. Sie führen zu einem Kostendruck, dem die Spitäler durch Reorganisation der Produktion und Spezialisierung der angebotenen Leistungen begegnen können. Diese Prozesse laufen aktuell in der Schweizer Spitallandschaft ab und verändern sie in einem für viele Beobachter beunruhigend hohen Tempo. Viele Spitäler schreiben Defizite und laufen Gefahr, ihren Betrieb einstellen zu müssen. Tatsächlich sind einige Spitäler geschlossen und andere wechseln ihre Trägerschaft, wenn auch die Häufigkeit solcher Änderungen eher bescheiden ist. Dieser traditionell stark regulierte Bereich ist mittlerweile stark in Bewegung geraten. Ineffizient organisierte Spitäler, die vormals unter dem Schutz einer kantonalen Defizitgarantie gut überleben konnten, sind unter den veränderten Bedingungen nur dann in der Lage, ihre Leistungen kostendeckend zu produzieren, wenn sie die internen Strukturen und Prozesse anpassen.

Wenn dennoch eine Schliessung droht, wird die regionale Bevölkerung den Verlust einer wohnortnahen Spitalversorgung möglicherweise als grosse Nutzeneinbusse empfinden. In diesem Fall ist es Aufgabe des Kantons, die Versorgung den Präferenzen ihrer Bürger gemäss sicherzustellen. Um ein auf dem Markt nicht zu Stande kommendes hinreichendes Angebot stationärer Leistungen trotzdem effizient zu produzieren, lässt sich ein Wettbewerb um den Markt organisieren. Dafür eignet sich ein Ausschreibungsverfahren, welches in einem regional begrenzten Gebiet die stationäre Versorgung insgesamt oder Teile davon für eine bestimmte Zeitdauer zum Gegenstand hat.

Die Basis für ein solches Verfahren ist eine Abgrenzung des Einzugsgebiets und der vorzuhaltenden Leistungen. Der für die Sicherstellung zuständige Auftraggeber schreibt die vorzuhaltenden Spitalleistungen für einen mittelfristigen Zeitraum aus. Falls die zukünftigen Rückflüsse in solchen Gebieten unter den gegebenen Vergütungssätzen nicht die Investitionen zur Herstellung der notwendigen stationären Leistungen decken, werden die Bieter einen bestimmten zusätzlichen Betrag vom Auftraggeber einfordern.

Der Anbieter mit dem geringsten Gebot sollte dann den Zuschlag erhalten.¹⁶ Der erfolgreiche Bieter erhalte dann für die Bereitstellung stationärer Leistungen vom Kanton eine finanzielle Förderung in Höhe des Zuschlagspreises. Dessen Finanzierung sollte über das Steueraufkommen erfolgen, um die Nachfrage nach wohnortsnaher stationärer Versorgung an den Preis ihrer Bereitstellung zu knüpfen.

4.2 Die aktuelle Finanzierung der Schweizer Spitäler

Die Schweiz hat auch nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung in 2012 eine duale Finanzierung der stationären Versorgung beibehalten. Zunächst beteiligen sich die Kantone mit mindestens 55% an der subjektbezogenen Vergütung nach SwissDRG. Darüber hinaus gibt es die objektbezogene Vergütung für gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG. Darunter fallen insbesondere die Kosten für universitäre Lehre und Forschung. Bei der Ermittlung der Kosten und Erfassung von Leistungen verlangt die einschlägige Verordnung von den Spitalern, dass sie die gesamtwirtschaftlichen Leistungen und die Kosten deren Erbringung ausscheiden.

In mehreren Urteilen zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen hat das Bundesverwaltungsgericht die Notwendigkeit für eine korrekte Definition und die Ermittlung der Kosten bekräftigt. Im Fall Luzerner Kantonsspital (BVG LUKS)¹⁷ hielt es fest, es liesse sich nicht feststellen, welche Kosten auszuscheiden sind, wenn nicht vorgängig festgelegt werde, welche Leistungen ein Spital aus regionalpolitischen Gründen zu erbringen habe. Das Gericht argumentierte weiterhin, dass die vom Gesetzgeber angestrebte Transparenz so erheblich beeinträchtigt werde.

Wenn zudem statt der Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen lediglich die kantonale Vergütung ausgewiesen werde, sei nicht feststellbar, inwiefern die Subventionen die tatsächlichen Kosten deckten. Somit bestünde keine Transparenz bezüglich der Kostenbasis, was dazu führe, dass der vom Gesetzgeber gewollte Wettbewerb verzerrt werde. Des Weiteren könne es nicht sein, dass die Kosten für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen die Einnahmen überstiegen, da dies im Widerspruch zum KVG stehe (Art. 49 Abs. 3 KVG). Darin wird festgehalten, dass die Beiträge über SwissDRG keinesfalls Kosten der Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen enthalten dürfe (BVG LUKS).

¹⁶ Prinzipiell wäre es auch möglich, den Krankenversicherern die regionale Sicherstellung im stationären Bereich zu überstellen. Allerdings entstünde bei einer solchen Lösung ein Koordinierungsproblem zwischen den Versicherern. Einzelne Versicherer könnten sich der Finanzierung der Reservekapazitäten entziehen und so eine hinreichend grosse Bereitstellung regionaler stationärer Versorgung in Frage stellen.

¹⁷ BVG Urteil vom 7. April 2014 im Fall Luzerner Kantonsspital (C-1698/2013)

Zum gleichen Schluss kommt ein späteres BVG-Urteil. Dieses hält im Fall Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (BVG UPK Basel)¹⁸ fest, dass die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausgediegt werden müssten. Wenn die Gesamtkosten des Spitals auf die Kostenträger verteilt werden, so impliziert dies direkt, dass eine allfällige Finanzierungslücke bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen von der Krankenkasse zu übernehmen sei. Dies sei nicht zulässig.

Zur Abgrenzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen hält das BVG im Fall Spital Waid/Triemli¹⁹ fest, dass die Aktivitäten der patientenbezogenen Prävention, des Sozialdiensts, der Spitalseelsorge, der Epidemie-Vorsorge, der Rechtsmedizin, des Betrieb eines geschützten Spitals sowie der medizinischen Vorsorge für Notlagen und Katastrophen gemeinwirtschaftlichen Leistungen entsprechen. Hingegen könne die Palliativ-Pflege im Akutspital als KVG-Pflichtleistung bezeichnet werden.

Der Schweizer Gesetzgeber hat strukturell die Unterscheidung zwischen Leistungen gemäss OKP und gemeinwirtschaftlichen Leistungen angelegt. Die Kantone sind angehalten, die Leistungen explizit in diese zwei Bereiche auszuscheiden. Darüber hinaus sind ebenfalls die Kosten den Bereichen OKP und gemeinwirtschaftliche Leistungen zuzuordnen. Der Gesetzgeber will damit vermeiden, dass es zu einer Quersubventionierung zwischen diesen beiden Bereichen kommt.

Im OKP Bereich der stationären Versorgung sind finanzielle Anreize zu einem kostenbewussten Verhalten der Spitäler gesetzt. Denn die SwissDRG Bewertungsgewichte basieren auf standardisierten Kosten, auf deren Höhe das einzelne Spital in der Regel keinen Einfluss hat. Somit besteht bei gegebener Höhe der Fallpauschalen für Leistungserbringer immer ein Anreiz, ihre internen Prozesse zu optimieren und die Kosten zu senken. „Yardstick Competition“ führt über die Zeit dazu, dass stationäre Leistungen kosteneffizient produziert werden. Aufgrund der Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern über die Baserates, gibt es zudem einen Preiswettbewerb zwischen den Spitälern.²⁰ Bei einem funktionierenden Preiswettbewerb werden die Spitäler dazu gezwungen, sich anzupassen oder aus dem Markt auszuscheiden. Die Mehrfachrolle der Kantone als Betreiber oder Eigentümer von stationären Einrichtungen, Schiedsrichter bei Preisverhandlungen zwischen Konkurrenten und Versicherern sowie Inhaber des stationären Versorgungsauftrags schränkt allerdings den Wettbewerb stark ein. In vielen Kantonen ist zudem der Marktanteil der öffentlichen Spitäler so hoch, dass man von monopolistischen

¹⁸ BVG Urteil vom 5. Mai 2015 im Fall UPK Basel (C-1632/2013)

¹⁹ BVG Urteil vom 11. September 2014 im Fall Waid/Triemli (C-2283/2013)

²⁰ Einschränkend ist allerdings zu bemerken, dass die Bewertungsrelationen selbst nicht Gegenstand des Preiswettbewerbs sind. Ein weitergehender Preiswettbewerb würde es ermöglichen, dass Versicherer und Spitäler Rabatte auf einzelne DRGs vereinbaren. Dies hätte zur Folge, dass sich die Preise an die Grenzkosten angleichen, was heute bei der Vollkostenrechnung der DRG-Systemen nicht der Fall ist.

Verhältnissen sprechen muss. Ordnungspolitisch korrekt wäre es, wenn die Kantone sich auf ihren Versorgungsauftrag beschränken würden, sich aus der Leistungserbringung zurückziehen und dort, wo sie als Eigentümer eine marktbeherrschende Stellung innehaben, ihre stationäre Einrichtung privatisieren würden.

Das Schweizer Kartellgesetz gilt grundsätzlich für alle wirtschaftlichen Aktivitäten. Es geht von einem funktionalen Unternehmensbegriff aus. Die Wettbewerbskommission hat in mehreren Entscheiden festgehalten, dass das Kartellgesetz im Gesundheitswesen zur Anwendung kommen muss und die Kantone als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen dem Kartellgesetz unterstehen.²¹ Weiterhin hat sie in einem konkreten Fall die marktbeherrschende Stellung des Kantons Luzern im Zusatzversicherungsbereich festgestellt.²² Eine marktbeherrschende Stellung ist allerdings nach dem Schweizer Kartellrecht nur dann problematisch, wenn sie missbräuchlich verwendet wird. Den Nachweis für missbräuchliches Verhalten zu führen, erweist sich in der Praxis als schwierig. Ein Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung würde bspw. vorliegen, wenn ein öffentliches Spital aus den Erträgen für die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen seine Baserate subventionierte. Damit würde es sich gegenüber Konkurrenten einen nicht gerechtfertigten Wettbewerbsvorteil verschaffen. Auch die Investitionsfinanzierung über öffentliche Haushalte verletzt die Wettbewerbsneutralität.

Bei Fusionen von grossen Unternehmen sieht das Kartellgesetz eine Prüfung durch die Wettbewerbskommission. Aktuell prüft die Wettbewerbskommission die geplante Fusion zwischen dem Universitätsspital Basel (USB) und dem Kantonsspital Baselland (KSBL). Mit dem geplanten Universitätsspital Nordwestschweiz würde eine neue Qualität einer marktbeherrschenden Stellung etabliert, die aus wettbewerbspolitischer Sicht höchst problematisch erscheint (vgl. Felder 2017). Die Spitalgruppe dürfte in der Region Basel im Akutbereich einen Marktanteil von rund 70% erreichen.

Im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen fehlt es bisher gänzlich an wettbewerblichen Strukturen. Die Ausscheidung der Kosten, selbst wenn sie korrekt vorgenommen wird, bedeutet ja keinesfalls, dass die ermittelten Kosten angemessen sind. Zwar besteht grundsätzlich ein gesetzlicher Auftrag zur Wirtschaftlichkeit, dennoch ist die Auflage der Ausscheidung nicht hinreichend für eine kosteneffiziente Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Faktisch werden entstandene Kosten erstattet, so dass angemessene Anreize zur Kostensenkung fehlen.

²¹ In ihrer Rolle als Planer der stationären Kapazitäten unterliegen die Kantone dagegen nicht dem Kartellgesetz, da die Spitalplanung selbst nicht als unternehmerische Tätigkeit gilt (vgl. Jacobs 2010).

²² Recht und Politik des Wettbewerbs, Tarifverträge Zusatzversicherung Kanton Luzern, Heft 4, 2008, 544-592.

Sinnvoll wäre die Einführung eines Wettbewerbs um den Markt. Mit der gesetzlichen Auflage, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen auszuscheiden, sind die Voraussetzungen gegeben, deren Erbringung auszuschreiben und somit einen Preiswettbewerb in Gang zu setzen. In einem Bietverfahren könnte der Auftrag der Leistungserbringung dem Anbieter mit dem günstigsten Gebot zugeschlagen werden. Da es sich bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen um öffentliche Gelder handelt, die zudem die wirtschaftlichen Tätigkeiten von Konkurrenten tangieren, müssten gemeinwirtschaftliche Leistungen dem Submissionsrecht unterliegen. Poledna und do Canto (2010) widmen sich der Anwendung des Vergaberechts im öffentlichen Gesundheitswesen und führen im Einzelnen aus, wie sich die Erteilung von Leistungsaufträgen für die Gesundheitsversorgung vergaberechtlich niederschlägt. Im Bereich des Rettungsdiensts gibt es bereits Ansätze, über eine Ausschreibung den Leistungserbringer auszuwählen und gleichzeitig den Preis der Dienstleistung zu bestimmen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht wäre es geboten, diese Verfahren auf weitere Bereiche der gemeinwirtschaftlichen Leistungen auszuweiten.

Öffentliche und subventionierte Spitäler können sich über zusätzliche Erträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen, potentiell überhöhte Baserates und verbilligte Investitionskosten einen Vorteil gegenüber den privaten Anbietern verschaffen. Private Spitäler haben aber einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staates bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die aktuelle Regulierung der stationären medizinischen Akutversorgung, so das Ergebnis dieses Gutachtens, verletzt diesen Anspruch nach mehr als fünf Jahre nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung immer noch.

APPENDIX

A 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
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

B Literaturverzeichnis

- Felder, St. (2017), Kantonale Marktmacht bei den Spitälern: Wo bleibt die Kartellkommission? Die Volkswirtschaft No. 3/2017, 20-22.
- Felder, St., Bieri, D. und St. Meyer (2016), Tarif- und Finanzierungsunterschied zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013, Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz.
- Jacobs, R. (2010), Gesundheitswesen und Kartellgesetz, in Poledna, T. und R. Jacobs (Hrsg.), Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld, Schulthess, Zürich, S. 1-20.
- Poledna, T. und Ph. Do Canto (2010), Gesundheitswesen und Vergaberecht – von der öffentlichen Aufgabe zum öffentlichen Auftrag, in Poledna, T. und R. Jacobs (Hrsg.), Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld, Schulthess, Zürich, S. 71-110.
- Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). Entscheid zum Antrag Nr. 14_001. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.

C Datenquellen

Beschreibung	Link
Bundesamt für Statistik (BFS)	
Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2013; STAT-POP 2013	Link
	Link
Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2013	Link
Weitere Quellen	
Bundesgesetz über die Krankenversicherung	KGV
Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV), Stand 1. Jan. 2016	KLV

D Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Subventionierung pro stationärer Fall in den Schweizer Kantonen.....	10
Abbildung 2: Finanzierung der akutstationären Spitäler ab 2012	14
Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2015	19
Abbildung 4: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013 – 2015	40

E Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Offene und verdeckte Subventionierung, nach Trägerschaft.....	8
Tabelle 2: Gesamtsubventionen, nach Kanton, Total in CHF und pro Fall, Akutbett und Einwohner ..	9
Tabelle 3: Bettendichte 2015 im Vergleich zu 2013, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton	17
Tabelle 4: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2015 und im Vergleich zu 2013, nach Kanton	18
Tabelle 5: Anzahl Akutspitäler, einschliesslich Geburtshäuser 2015 und absolute Veränderung zu 2013, nach Trägerschaft und Kanton	21
Tabelle 6: Anzahl Standorte Akutspitäler, einschliesslich Geburtshäuser 2015 und absolute Veränderung zu 2013, nach Trägerschaft und Kanton.....	22
Tabelle 7: Marktanteile an akutstationären Pflgebetagen nach Trägerschaft 2015, prozentuale Änderung seit 2013	23
Tabelle 8: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2015.....	24
Tabelle 9: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2015 im Vergleich zu 2013	26
Tabelle 10: Personal in der akutstationären Versorger, 2015 und im Vergleich zu 2013	27



Tabelle 11: Kosten der akutstationären Versorger, 2015 im Vergleich zu 2013.....	28
Tabelle 12: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2015 im Vergleich zu 2013.....	29
Tabelle 13: SwissDRG-Erträge der Spitäler und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2015	30
Tabelle 14: SwissDRG-Erträge der Spitäler, 2015 im Vergleich zu 2013	31
Tabelle 15: GWL insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2015 im Vergleich zu 2013	33
Tabelle 16: Entwicklung der Baserates zwischen 2013 und 2015 nach Trägerschaft.....	35
Tabelle 17: Beschreibende Statistik der Spitalvariablen im Sample (2015, n = 142)	36
Tabelle 18: Schätzergebnisse individuell nach Jahr und gepoolt (2013-2015)	37
Tabelle 19: Subventionen durch höhere Baserates, insgesamt und pro Fall, 2015 im Vergleich zu 2013	38
Tabelle 20: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege	41
Tabelle 21: Übersicht der Subventionen, in CHF, 2015	42
Tabelle 22: Änderung der Subventionen 2015/2013, gesamt und pro Fall, nach Trägerschaft.....	43
Tabelle 23: Gesamtsubventionen, 2015 und im Vergleich zu 2013, nach Kanton.....	44
Tabelle 24: OKP-Ertrag pro Fall, Preisniveau privat, und Subventionsbeiträge, nach Kanton (2015) ..	46
Tabelle A25: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennziffern aufgrund von Rücksprachen*	56
Tabelle A26: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten 2015, nach Kanton	57
Tabelle A27: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2015.....	58

F Tabellenanhang

Tabelle A25: 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	2014	2015
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2013	2014	
SZ	Spital Schwyz	2013		
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	2013		
VS	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum Leukerbad		2014	2015
ZG	Zuger Kantonsspital AG	2013		
ZH	GZO Spital Wetzikon		2014	

* Mit Ausnahme der Kantone Genf und Neuenburgs erfolgten diese Änderungen nach Rücksprache mit den entsprechenden kantonalen Gesundheitsdirektionen.

Tabelle A26: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten 2015, nach Kanton

	Kanton	Andere Kantone	Ausland
AG	87.5%	10.9%	1.6%
AI	66.0%	32.4%	1.7%
AR	36.0%	63.1%	0.9%
BE	84.9%	14.3%	0.8%
BL	71.4%	25.6%	3.0%
BS	43.2%	50.7%	6.1%
FR	94.5%	5.1%	0.4%
GE	85.0%	7.2%	7.8%
GL	89.5%	9.9%	0.7%
GR	74.1%	18.4%	7.6%
JU	94.4%	4.8%	0.9%
LU	80.4%	18.8%	0.8%
NE	95.0%	4.3%	0.7%
NW	69.1%	28.6%	2.3%
OW	82.8%	16.6%	0.7%
SG	79.2%	16.7%	4.1%
SH	79.6%	16.6%	3.8%
SO	80.5%	18.9%	0.6%
SZ	88.7%	10.6%	0.7%
TG	91.8%	7.2%	1.0%
TI	92.1%	4.3%	3.6%
UR	94.5%	4.0%	1.4%
VD	81.6%	15.3%	3.1%
VS	91.6%	5.0%	3.4%
ZG	81.5%	17.9%	0.6%
ZH	83.9%	14.9%	1.3%
CH	81.6%	15.9%	2.5%

Höchster Wert; Tiefster Wert

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2015). Berechnung: Universität Basel/IWSB

Tabelle A27: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2015.

Wegfall aus der Statistik akuter Einrichtungen (Schliessung, Fusion anderer Aktivitätstyp etc.)	Clinique Cecil SA	Fusion mit Hirslanden Lausanne SA; Standort bleibt	
	Clinique la Métairie SA	A/P/R → P	
	Clinique Montbrillant SA	Fusion mit Swiss Medical Network	
	Geburtshaus Graubünden	Schliessung	
	Klinik Schönberg AG	A/R → R	
	Lukas Klinik	Fusion mit einer anderen Klinik	
	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 Interkantonal de la Broye (HIB) Estavayer le Lac	Fusion mit Hôpital de Fribourg	
	Schweizerisches Epilepsie Zentrum Felix Platter Spital	Fusion mit Klinik Lengg AG A/R → R	
	Aufnahme in die Statistik akuter Einrichtungen (Neueröffnung, anderer Aktivitätstyp etc.)	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	P/R → A/P/R
		Leukerbad Clinic RZL Reha- bilitationszentrum Leukerbad AG	Neueröffnung
Geriatrische Klinik St. Gallen		R → A/R → A	
Klinik Lengg AG		Ehem. Schweiz. EpilepsieZentrum	
Clinique CIC Valais SA		Neueröffnung	
Änderung der Trägerschaft	Spital Affoltern	Verein / Stiftung → öff. Unternehmen	
	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	öff. Unternehmen → Verein / Stiftung	
	Regionalspital Surselva AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH	
	Spital Bülach AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH	

A: Akutversorgung, P: Psychiatrie, R: Rehabilitation

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013, 2015). Darstellung: Universität Basel/IWSB

G Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2015

KT	SPITAL	ORT	TYP ¹	TRÄGER	AKTIVI- TÄTSTYP ²	STAND- ORTE
AG	Geburtshus Storchenäsch AG	5504 Othmarsingen	K232	PRIVAT	B	1
AG	Hirslanden Klinik Aarau	5000 Aarau	K112	PRIVAT	A	1
AG	Klinik für Schlafmedizin	5330 Bad Zurzach	K123	PRIVAT	A	1
AG	Klinik Villa im Park AG	4852 Rothrist	K122	PRIVAT	A	1
AR	Augenklinik Dr. med. A. v. Scarpatetti AG	9053 Teufen AR	K235	PRIVAT	A	1
AR	Berit Paracelsus Klinik AG	9052 Niederteufen	K231	PRIVAT	A, R	1
AR	Hirslanden Klinik am Rosenberg	9410 Heiden	K231	PRIVAT	A	1
BE	Geburtshaus Luna Biel	2503 Biel	K232	PRIVAT	B	2
BE	Hirslanden Bern AG	3013 Bern	K112	PRIVAT	A	5
BE	Klinik Hohmad AG	3600 Thun	K231	PRIVAT	A	1
BE	Klinik Siloah	3073 Gümliigen	K231	PRIVAT	A, R	1
BE	Lindenhof AG	3012 Bern	K112	PRIVAT	A, P	4
BE	Privatklinik Linde AG	2503 Biel	K122	PRIVAT	A	1
BE	Stiftung Diaconis Palliative Care	3013 Bern	K235	PRIVAT	A	1
BL	Ergolz Klinik	4410 Liestal	K235	PRIVAT	A	1
BL	Geburtshaus Ambra	4443 Wittinsburg	K232	PRIVAT	B	1
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	4133 Pratteln	K232	PRIVAT	B	1
BL	Hirslanden Klinik Birshof	4142 Münchenstein	K231	PRIVAT	A	1
BL	Hospiz im Park	4144 Arlesheim	K235	PRIVAT	A	1
BL	Ita Wegman Geburtshaus	4144 Arlesheim	K232	PRIVAT	B	1
BL	Ita Wegman Klinik	4144 Arlesheim	K123	PRIVAT	A, P, R	2
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	4132 Muttenz	K231	PRIVAT	A	1
BL	Vista Klinik	4102 Binningen	K235	PRIVAT	A	1
BS	Bethesda Spital AG	4052 Basel	K122	PRIVAT	A, R	1
BS	Geburtshaus Basel	4054 Basel	K232	PRIVAT	B	1
BS	Merian Iselin	4054 Basel	K231	PRIVAT	A	1
BS	Palliativzentrum Hildegard	4052 Basel	K235	PRIVAT	A	1
BS	Schmerzklinik Basel AG	4051 Basel	K235	PRIVAT	A	1
BS	St. Claraspital	4058 Basel	K112	PRIVAT	A	1
FR	Clinique Générale - Ste. Anne SA	1700 Fribourg	K123	PRIVAT	A	1
FR	Hôpital Jules Daler	1700 Fribourg	K123	PRIVAT	A	1
FR	Maison de Naissance le Petit Prince	1762 Givisiez	K232	PRIVAT	B	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 des Grangettes	1224 Chêne Bougeries	K122	PRIVAT	A	1
GE	Clinique Générale Beaulieu	1206 Genève	K121	PRIVAT	A	1
GE	Clinique la Colline	1206 Genève	K231	PRIVAT	A	1
GE	Hôpital de la Tour	1217 Meyrin	K121	PRIVAT	A	1
GE	Maison de naissance La Rose-raie	1205 Genève	K232	PRIVAT	B	1
GE	Nouvelle Clinique Vert Pré	1231 Conches	K231	PRIVAT	A	1
GR	Hochgebirgsklinik Davos	7265 Davos Wolfgang	K235	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	Geburtshaus Terra Alta	6208 Oberkirch LU	K232	PRIVAT	B	1
LU	Hirslanden Klinik St. Anna	6006 Luzern	K112	PRIVAT	A	2
LU	Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil AG	6207 Nottwil	K235	PRIVAT	A, R	1
LU	Swissana Clinic	6045 Meggen	K231	PRIVAT	A	1
NE	Clinique de la Tour SA	2300 La Chaux-de-Fonds	K231	PRIVAT	A	1
NE	GSMN Neuchâtel SA	2001 Neuchâtel	K123	PRIVAT	A	3
NE	Maison de naissance Tilia	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	Klinik St. Georg	9403 Goldach	K235	PRIVAT	A	1
SG	Rosenklinik am See AG	8640 Rapperswil-Jona	K231	PRIVAT	A	1
SG	Thurklinik AG	9244 Niederuzwil	K232	PRIVAT	A	1
SH	Hirslanden Klinik Belair	8200 Schaffhausen	K231	PRIVAT	A	1
SO	Klinik Pallas	4600 Olten	K235	PRIVAT	A	2
SO	Privatklinik Obach	4500 Solothurn	K123	PRIVAT	A	1
SZ	AeskulapKlinik	6440 Brunnen	K123	PRIVAT	A, P	1
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	8280 Kreuzlingen	K231	PRIVAT	A	1
TG	Klinik Seeschau AG	8280 Kreuzlingen	K123	PRIVAT	A	1
TG	Venenklinik Bellevue	8280 Kreuzlingen	K231	PRIVAT	A	1
TI	Cardiocentro Ticino (CCT)	6900 Lugano	K123	PRIVAT	A, R	1
TI	Clinica Ars Medica SA	6929 Gravesano	K231	PRIVAT	A	1
TI	Clinica Dr. Spinedi c/o Clinica Santa Croce	6644 Orselina	K235	PRIVAT	A	1
TI	Clinica Fondazione G. Varini	6644 Orselina	K123	PRIVAT	A	1
TI	Clinica Luganese SA Sede Moncucco	6900 Lugano	K122	PRIVAT	A	1
TI	Clinica Luganese SA Sede San Rocco	6900 Lugano	K123	PRIVAT	A	1

TI	Clinica Santa Chiara SA	6600 Locarno	K122	PRIVAT	A, R	1
TI	Ospedale Malcantonese Fondazione Giuseppe Rossi	6980 Castelrotto	K123	PRIVAT	A, P	1
TI	Salus Medica Clinic SA Clinica Sant'Anna	6924 Sorengo	K122	PRIVAT	A	1
VD	Biotonus, Clinique Bon Port SA centre de soins médicaux & esthétiques	1820	K235	PRIVAT	A	1
VD	Clinique Bois Cerf SA	1006 Lausanne	K123	PRIVAT	A	2
VD	Clinique Chirurgicale & Permanence de Longeraie SA	1003 Lausanne	K231	PRIVAT	A	1
VD	Clinique CIC	1815 Clarens	K231	PRIVAT	A	1
VD	Clinique de Genolier	1272 Genolier	K123	PRIVAT	A	1
VD	Clinique de La Source	1004 Lausanne	K122	PRIVAT	A	1
VD	Clinique de Montchoisi	1006 Lausanne	K231	PRIVAT	A	1
VD	Clinique la Prairie SA	1815 Clarens	K123	PRIVAT	A	1
VD	Maison de naissance Aquila	1860 Aigle	K232	PRIVAT	B	1
VD	Maison de naissance La Grange Rouge	1274 Grens	K232	PRIVAT	B	1
VD	Maison de naissance Lunaisance	1132 Lully VD	K232	PRIVAT	B	1
VD	Maison de naissance Zoé	1510 Moudon	K232	PRIVAT	B	1
VS	Clinique CIC Valais SA	1907 Saxon	K231	PRIVAT	A	1
VS	Clinique de Valère SA Clinique Générale	1950 Sion	K231	PRIVAT	A	1
VS	Leukerbad Clinic RZL Reha- bilitationszentrum Leukerbad AG	3954 Leukerbad	K221	PRIVAT	A, R	1
ZG	Andreas Klinik	6330 Cham	K122	PRIVAT	A	1
ZH	Adus Medica AG	8157 Dielsdorf	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Eulachklinik AG	8400 Winterthur	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Geburtshaus Delphys	8003 Zürich	K232	PRIVAT	B	1
ZH	Geburtshaus Zürcher Ober- land	8344 Bäretswil	K232	PRIVAT	B	1
ZH	Klinik Hirslanden AG	8008 Zürich	K112	PRIVAT	A	2
ZH	Klinik im Park	8002 Zürich	K121	PRIVAT	A	2
ZH	Klinik Lindberg	8400 Winterthur	K123	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Pyramide am See AG	8008 Zürich	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Pyramide Schwerzen- bach	8603 Schwerzen- bach	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Susenberg	8044 Zürich	K123	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Tiefenbrunnen	8702 Zollikon	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Limmatklinik AG	8005 Zürich	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Paracelsus Spital Richterswil	8805 Richterswil	K123	PRIVAT	A	1
ZH	Privatklinik Bethanien AG	8044 Zürich	K122	PRIVAT	A	1
ZH	Schulthess Klinik	8008 Zürich	K231	PRIVAT	A	3

ZH	Uroviva Klinik für Urologie	8180 Bülach	K231	PRIVAT	A	1
CH	PRIVATE SPITÄLER	ANZAHL	103	STANDORTE		122
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	Gesundheitszentrum Fricktal	4310 Rheinfelden	K121	SUBV	A	3
AG	Kantonsspital Aarau AG	5000 Aarau	K112	SUBV	A	1
AG	Kantonsspital Baden AG	5404 Baden	K112	SUBV	A	4
AG	Klinik Barmelweid AG	5017 Barmelweid	K235	SUBV	A, P, R	2
AG	Kreisspital für das Freiamt	5630 Muri AG	K121	SUBV	A	1
AG	Spital Zofingen AG	4800 Zofingen	K122	SUBV	A	1
BE	Bethesda Klinik für Epilepsie und Neurorehabilitation	3233 Tschugg	K235	SUBV	A, R	1
BE	Hôpital du Jura bernois SA	2610 St. Imier	K122	SUBV	A, R	2
BE	Inselspital Bern	3010 Bern	K111	SUBV	A, R	1
BE	Regionalspital Emmental AG	3400 Burgdorf	K121	SUBV	A, P	2
BE	Spital Netz Bern AG	3007 Bern	K112	SUBV	A, R	6
BE	Spital Thun-Simmental-Saanenland AG	3600 Thun	K112	SUBV	A, P	4
BE	Spitäler FMI AG	3800 Unterseen	K121	SUBV	A, P	2
BE	Spitalzentrum Biel	2502 Biel	K112	SUBV	A, R	1
BE	SRO Spital Region Oberaargau AG	4900 Langenthal	K121	SUBV	A, P	4
GL	Kantonsspital Glarus	8750 Glarus	K122	SUBV	A, P	2
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	7550 Scuol	K123	SUBV	A	1
GR	Flury Stiftung Regionalspital Prättigau	7220 Schiers	K122	SUBV	A	1
GR	Kantonsspital Graubünden	7000 Chur	K112	SUBV	A	1
GR	Kreisspital Surses	7460 Savognin	K123	SUBV	A	1
GR	Ospedale San Sisto Akutabteilung	7742 Poschiavo	K123	SUBV	A	1
GR	Regionalspital Surselva AG	7130 Ilanz	K122	SUBV	A	1
GR	Spital Davos Akutabteilung	7270 Davos Platz	K122	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 Spitaler AG	4500 Solothurn	K112	SUBV	A, P, R	5
SZ	Regionalspital Einsiedeln	8840 Einsiedeln	K122	SUBV	A, R	1
SZ	Spital Lachen	8853 Lachen SZ	K122	SUBV	A	1
SZ	Spital Schwyz	6430 Schwyz	K121	SUBV	A	1
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspitaler Frauenfeld & Munsterlingen	8500 Frauenfeld	K112	SUBV	A	2

VD	Centre de Soins et de Santé Communautaire du Balcon du Jura Vaudois (CSSC)	1450 Ste. Croix	K234	SUBV	A, R	2
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	1110 Morges	K121	SUBV	A, R	3
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	1400 Yverdon-les-Bains	K112	SUBV	A, P, R	5
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL)	1260 Nyon	K121	SUBV	A, R	2
VD	Hôpital de la Riviera	1800 Vevey	K121	SUBV	A, R	6
VD	Hôpital du Pays d'Enhaut	1660 Château d'Oex	K123	SUBV	A, R	1
VD	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) - VD	1530 Payerne	K122	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	Klinik Lengg AG	8008 Zürich	K235	SUBV	A, R	1
ZH	Kinderspital Zürich	8032 Zürich	K233	SUBV	A, P, R	2
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	1
ZH	Sune Egge	8005 Zürich	K235	SUBV	A	1
ZH	Uniklinik Balgrist	8008 Zürich	K231	SUBV	A, R	1
CH	SUBV. SPITÄLER	ANZAHL	49	STANDORTE		92

KT	SPITAL	ORT	TYP ¹	TRÄGER	AKTIVITÄTSTYP ²	STANDORTE
AI	Kantonales Spital Appenzell	9050 Appenzell	K123	OEFF	A	1
AR	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital	9101 Herisau	K121	OEFF	A	1
BL	Kantonsspital Baselland	4410 Liestal	K112	OEFF	A, R	3
BS	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	4056 Basel	K233	OEFF	A	1
BS	Universitätsspital Basel	4056 Basel	K111	OEFF	A	1
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	1708 Fribourg	K112	OEFF	A, R	5
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	1205 Genève	K111	OEFF	A, P, R	3
GR	Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung	7536 Sta. Maria V. M.	K123	OEFF	A	1
GR	Ospedale casa di cura della Bregaglia divisone acute	7606 Promontogno	K123	OEFF	A	1
GR	Spital Oberengadin	7503 Samedan	K122	OEFF	A	1

JU	Hôpital du Jura	2900 Porrentruy	K121	OEFF	A, P, R	3
LU	Luzerner Höhenklinik Montana	3963 Crans-Montana	K221	OEFF	A, R	1
LU	Luzerner Kantonsspital	6004 Luzern	K112	OEFF	A, R	3
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2046 Fontaines NE	K112	OEFF	A, R	7
NW	Kantonsspital Nidwalden	6370 Stans	K122	OEFF	A	1
OW	Kantonsspital Obwalden	6060 Sarnen	K122	OEFF	A, P	1
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9000 St. Gallen	K234	OEFF	A	1
SG	Kantonsspital St. Gallen	9007 St. Gallen	K112	OEFF	A	3
SG	Spital Linth	8730 Uznach	K121	OEFF	A	1
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9500 Wil SG	K121	OEFF	A, P	2
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9445 Rebstein	K112	OEFF	A	4
SH	Spitäler Schaffhausen	8208 Schaffhausen	K121	OEFF	A, P, R	4
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	6500 Bellinzona	K112	OEFF	A, R	9
UR	Kantonsspital Uri	6460 Altdorf UR	K122	OEFF	A	1
VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	1005 Lausanne	K111	OEFF	A, P, R	3
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du centre du Valais (CHCVs)	1950 Sion	K112	OEFF	A, P, R	7
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	1870 Monthey	K211	OEFF	A, P, R	2
VS	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	3930 Visp	K112	OEFF	A, P, R	3
ZH	Kantonsspital Winterthur	8400 Winterthur	K112	OEFF	A, P	1
ZH	Spital Affoltern	8910 Affoltern am Albis	K122	OEFF	A, P	1
ZH	Spital Limmattal	8952 Schlieren	K112	OEFF	A	1
ZH	Spital Männedorf AG	8708 Männedorf	K121	OEFF	A	1
ZH	Spital Uster	8610 Uster	K112	OEFF	A	1
ZH	Stadtspital Triemli	8063 Zürich	K112	OEFF	A	1
ZH	Stadtspital Waid	8037 Zürich	K112	OEFF	A	1
ZH	Universitätsspital Zürich	8091 Zürich	K111	OEFF	A, P	1
CH	ÖFFENTLICHE SPITÄLER	ANZAHL	36	STANDORTE	82	

¹Typ (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

²Aktivitätstyp (BFS): A = Akutpflege, B = Geburtshaus, R = Rehabilitation / Geriatrie, P = Psychiatrie