



Tarif- und Finanzierungsunterschiede zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken

Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz

Schlussbericht

Basel, 26. August 2016

Projektleitung: Prof. Dr. Stefan Felder

Projektbearbeitung: Dr. Stefan Meyer
Denis Bieri

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	3
2. Einleitung.....	10
3. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz.....	13
3.1 Die Schweiz im internationalen Vergleich	13
3.2 Die Kantone im landesweiten Vergleich	16
3.3 Die akutstationären Leistungserbringer	23
4. Subventionierung der Spitäler.....	33
4.1 Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen	33
4.2 Untersuchung der Baserates auf Spitalebene	34
4.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung.....	40
4.4 Zusammenstellung der Subventionen	43
5. Ordnungspolitische Einordnung.....	48
5.1 Grundsätzliche Überlegungen zur flächendeckenden medizinischen Versorgung.....	48
5.2 Beurteilung der aktuellen Finanzierung der Schweizer Spitäler	50
APPENDIX	54
A Verwendete Abkürzungen.....	54
B Literaturverzeichnis.....	54
C Datenquellen	55
D Abbildungsverzeichnis.....	55
E Tabellenverzeichnis	55
F Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2013	56



1. Zusammenfassung

Die Schweiz regelte per 2012 die Finanzierung ihrer stationären medizinischen Versorgung im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) neu. Davor wurden die Kosten den Spitälern durch die Kostenträger, Krankenversicherer und Kantone, im Wesentlichen erstattet. Die Beiträge der Versicherer an die stationären Behandlungskosten richteten sich nach der Aufenthaltsdauer der Patienten und die Kantone übernahmen die Differenz zwischen den Gesamtkosten eines Spitals und den gesamten Beiträgen der Versicherer.¹ Damit ein Spital den Kantonsbeitrag erhielt, musste es auf der kantonalen Spitalliste verzeichnet sein. Es gab somit eine subjektbezogene Vergütung durch die Versicherer, die sich auf die stationäre Behandlung der Patienten bezog, und eine objektbezogene Vergütung durch die Kantone, die die Spitäler als Einrichtung insgesamt betraf. Der Kantonsanteil deckte neben einem Teil der Betriebskosten den Investitionsaufwand für Gebäude und medizinische Geräte.

Die neue Finanzierung 2012 ist grundsätzlich subjektbezogen: Die Vergütung folgt der medizinischen und pflegerischen Dienstleistung. Gleichzeitig wurde das Fallpauschalensystem SwissDRG eingeführt, wonach die Vergütung von Spitalbehandlungen diagnosebezogen und pauschal erfolgt. Die Berechnung der Höhe der Pauschalen schliesst insbesondere die Investitionskosten mit ein. Die Kantone wurden über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet, nach einer Übergangszeit mindestens 55% der pauschalierten Vergütung zu übernehmen. Das Gesetz lässt es allerdings weiterhin zu, dass die Kantone die Spitäler über die subjektbezogene Vergütung hinaus subventionieren. Konkret können durch Spitäler erbrachte sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) abgegolten werden. Dies kann auf der Grundlage von Dienstleistungsverträgen geschehen. Es ist aber auch möglich, dass Kantone aus regionalpolitischen Überlegungen weiterhin strukturerhaltende Beiträge an stationäre Einrichtungen zahlen.

Das vorliegende Gutachten geht den nach Trägerschaft unterschiedlichen Finanzierungen von Spitälern nach. Zu diesem Zweck wurden mehrere offizielle Statistiken herangezogen und ausgewertet. Dazu gehören u.a. die Kennzahlen der Schweizer Spitäler, die Medizinische Statistik der Krankenhäuser und die Baserates der Spitäler, die auf den offiziellen Internetseiten der Kantone publiziert werden. In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zusammenfassend präsentiert, während die Detailergebnisse in den hinteren Kapiteln vorgestellt werden. Die meisten Daten beziehen sich auf das Jahr 2013.

¹ In einigen Kantonen wurden auch Mischsysteme angewandt, die nebst dem Tagesbezug auch einen Fallbezug aufwiesen (PLT, Abteilungspauschalen, MIPP).

Wir unterscheiden drei Kategorien von Spitälern:

- a) Private Kliniken: Diese sind Einrichtungen, die privatrechtlich organisiert und zu einem überwiegenen Anteil in privater Hand sind.² Von den landesweit insgesamt 195 Akutspitälern und Geburtshäusern in 2013 waren deren 109 oder 56% nach diesem Kriterium privat.
- b) Öffentliche Spitäler sind nach der neuen Definition des Bundesamts für Statistik Staatsbetriebe. Sie sind also nicht nur in staatlichem Eigentum, sondern werden auch von einer staatlichen Stelle betrieben. Dazu gehören bspw. das CHUV in Lausanne und die HUG in Genf.³ 2013 gab es in der Schweiz 37 öffentliche Spitäler.
- c) Übrig bleiben 49 Spitalseinheiten, 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 Einrichtungen nach der alten Definition der Trägerschaften ebenfalls als „öffentlich/subventioniert“, da sie Kantonsbeiträge erhielten. Einige davon waren vor 2012 Staatsbetriebe, die danach verselbständigt wurden. Beispiele für diese Spitalkategorie sind die Solothurner Spitaler AG und das Inselspital Bern. Wir bezeichnen die 49 Spitalseinheiten dieses Typs als subventioniert.

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 Pfl egetagen, variieren stark zwischen den Kantonen. Landesweit beträgt der private Anteil 19.3%. In vier Kantonen (Appenzell-Innerrhoden, Glarus, Obwalden und Uri) ist er null (dort gibt es keine private Klinik), in sieben Kantonen (Appenzell-Ausserrhoden, Bern, Basel-Stadt, Genf, Luzern, Tessin und Zug) ist er grösser als ein Viertel.
- b) Private Spitalseinheiten sind mit durchschnittlich 46 vorgehaltenen Akutbetten mehr als dreimal kleiner als subventionierte (154 Betten) und mehr als sechsmal kleiner als öffentliche Spitäler (300 Betten). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass private Einrichtungen durchschnittlich nur 1.16 Standorte haben, während es bei subventionierten 1.90 und bei öffentlichen Spitälern 2.32 sind. Pro Standort halten die privaten durchschnittlich 39, die subventionierten 81 und die öffentlichen Spitäler 129 Akutbetten vor.

² 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.

³ Für die Zuteilung der Schweizer Spitäler zu den einzelnen Spitalkategorien, siehe eine entsprechende Liste im Anhang.

- c) Private Kliniken behandeln zu 22% Patienten aus anderen Kantonen. Dieser Anteil beträgt bei den subventionierten 10.9% und bei den öffentlichen 13.2%. 48% der in privaten Einrichtungen behandelten Patienten sind mindestens halbprivat versichert, während es in subventionierten und öffentlichen Einrichtungen nur 16% sind.
- 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 1.078 resp. 0.978, während er bei den privaten Kliniken mit 1.028 genau in der Mitte liegt.
- e) Bei den Erträgen ist der Anteil aus der ambulanten Versorgung bei den privaten Kliniken um 6%-Punkte niedriger als bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern (21% gegenüber 27%). Subventionen (GWL) und Beiträge der öffentlichen Hand (ohne Beiträge an die Fallpauschalen) machen bei den öffentlichen Spitäler 18% der Gesamterträge aus, bei den subventionierten 5% und bei den privaten Kliniken 2%.
- f) Auf der Kostenseite fällt der deutlich niedrigere Anteil der Investitionen bei den nicht privaten Spitälern auf. Während bei den Privaten die Investitionsquote 13.4% beträgt, liegt sie bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern lediglich bei 7.6% bzw. 6.8%.

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

- a) Die **Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)** durch die Kantone. Zu den GWL gehören Spezialaufgaben und –bereiche wie geschützte Operationsäle, Rettungsdienst und die Sanitätsnotrufzentrale 144. Weiterhin zählen Forschung und universitäre Lehre zu den GWL 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 GWL wird in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler jährlich als Teil der Erträge ausgewiesen.
- b) Eine mögliche **Quersubventionierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen** eines Spitals durch dessen Erträge für die stationäre Behandlung der Patienten. Eine solche interne Subventionierung ist zwar nach Art. 49 Abs. 3 KVG ausgeschlossen; sie kann aber dennoch in Form von überhöhten Baserates in der Praxis vorkommen. Ermöglicht wird sie 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.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Höhe der Subventionen in 2013 in den drei erwähnten Bereichen. Die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen beläuft sich landesweit auf CHF 2.6 Mrd., wovon CHF 2.5 Mrd. oder 97% auf die subventionierten und öffentlichen Spitäler entfallen. Die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist demnach sehr ungleich auf die unterschiedlichen Spitaltypen verteilt. Offensichtlich fehlt ein freier Marktzugang, der es privaten Kliniken erlauben würde, ebenfalls gemeinwirtschaftliche Leistungen in einem relevanten Umfang bereitzustellen.

Tabelle 1: Offene und verdeckte Subventionierung, nach Trägerschaft

Jahr 2013	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
Total (in Mio. CHF)				
GWL	81.75	375.52	2'159.52	2'616.80
Baserate	0.00	214.91	256.94	471.85
Investitionen	0.00	159.45	172.19	331.65
Total	81.75	749.88	2'588.65	3'420.29
Pro Fall (in CHF)				
GWL	326	973	4'239	2'283
Baserate	0	557	504	412
Investitionen	0	413	338	289
Total	326	1'942	5'081	2'983
Pro Akutbett (in CHF)				
GWL	16'727	49'759	194'406	111'152
Baserate	0	28'477	23'130	20'042
Investitionen	0	21'129	15'501	14'087
Total	16'727	99'365	233'038	145'281

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler; Eigene Berechnungen



Die Ausgaben für Forschung und Lehre belaufen sich auf CHF 758 Mio. oder 29% der gesamten Ausgaben für GWL. Bei den subventionierten Spitälern beträgt dieser Anteil 36%, bei den privaten 16%, während der Anteil für Forschung und Lehre an der gesamten Abgeltung für GWL bei den öffentlichen Spitälern mit 28% im Schweizer Durchschnitt liegt. Eine weitergehende Aufschlüsselung der Ausgaben für GWL ist auf der Grundlage der publizierten Daten nicht möglich.

Mit Hilfe eines ökonomischen Modells wurde für 2013 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 775) aufweisen, ebenso wie Kinderspitäler (plus CHF 1'971) und Geburtshäuser (plus CHF 935). 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 425 bzw. CHF 522 teurer. Aus diesen „überhöhten“ Baserates ergeben sich gemäss **Tabelle 1** Subventionen für die öffentlichen und subventionierten Spitäler in Höhe von CHF 257 Mio. bzw. CHF 215 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 2013 mit 7.6% resp. 6.8% deutlich unter 10%. Die derart berechneten Subventionen belaufen sich landesweit auf CHF 332 Mio., die sich ungefähr hälftig auf öffentliche und subventionierte Einrichtungen aufteilen. Würden die öffentlichen und subventionierten Spitäler die private Investitionsquote von 13.4% ausweisen, wären ihre Investitionskosten gegenüber den ausgewiesenen sogar um CHF 714 Mio. höher.

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 rund CHF 17'000, CHF 99'000 respektive CHF 233'000. Pro Kopf der Schweizer Bevölkerung betragen diese Subventionen jährlich CHF 420.

Das Ausmass der Gesamtsubventionen variiert beträchtlich zwischen den Kantonen. Die höchsten Subventionen zahlt mit CHF 986 Mio. der Kanton Genf aus. Dies entspricht CHF 14'896 pro Fall, CHF 716'465 pro stationäres Akutbett und CHF 2'099 pro Einwohner. Die niedrigsten Zuschüsse verzeichnet der Kanton Appenzell-Ausserrhoden: CHF 273 pro Fall, CHF 14'602 pro Akutbett und CHF 69 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 steuerliche Belastung der kantonalen Finanzhaushalte.

Der Schweizer Gesetzgeber unterscheidet ordnungspolitisch korrekt zwischen den stationären medizinischen Leistungen gemäss 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. Es existiert zudem ein Preiswettbewerb zwischen den Spitälern über die Höhe der Baserates. Falls dieser Wettbewerb über die Preise funktioniert, werden die Spitäler dazu 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 wettbewerbsökonomischem 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 stationären Einrichtungen privatisieren würden.

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.

2. Einleitung

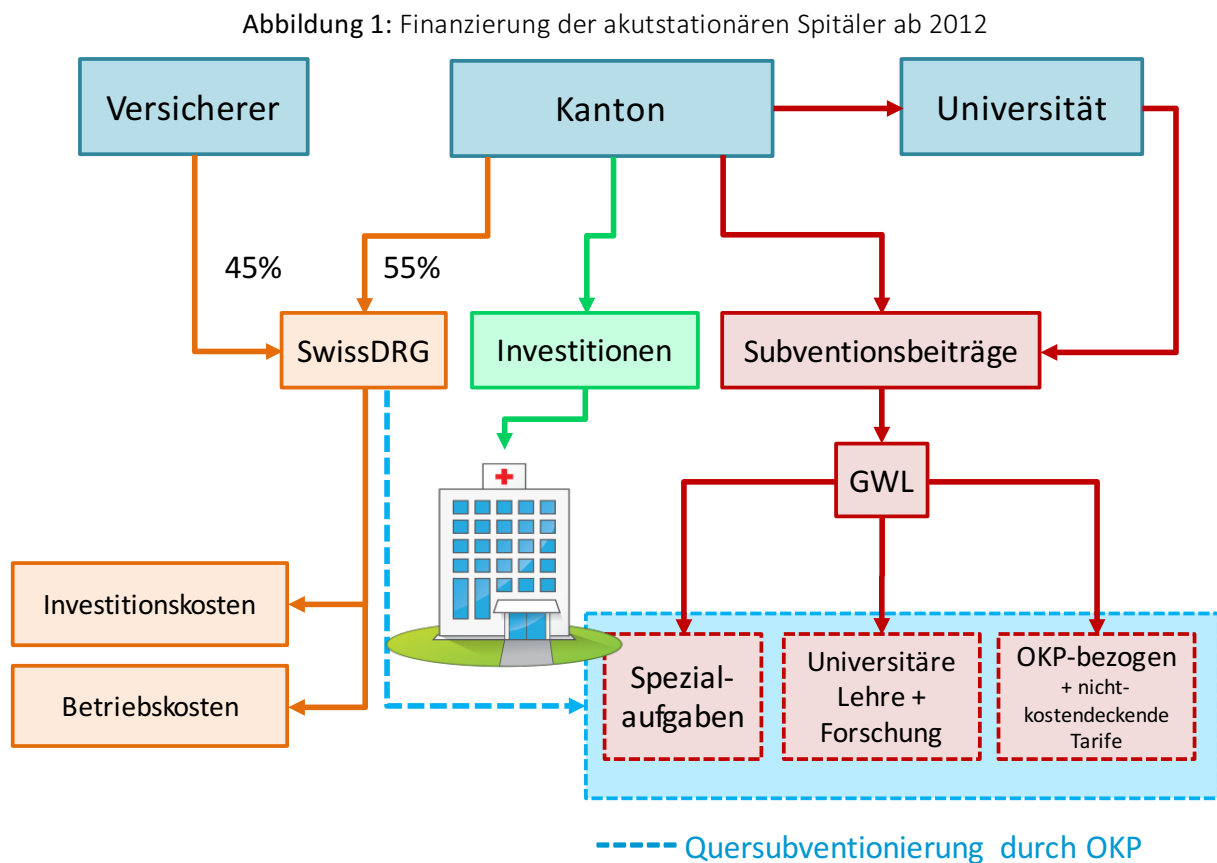
Die Kantone sind von Gesetzes wegen beauftragt, die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung in ihrem Gebiet sicherzustellen. Zu diesem Zweck führen sie Spitallisten mit jenen Einrichtungen, die Patienten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) behandeln dürfen. Vor 2012 übernahmen die Kantone rund die Hälfte der Betriebskosten und die gesamten Investitionskosten der Spitäler. Je nach Kanton war die Vergütung unterschiedlich geregelt. Einige Kantone setzten Globalkredite ein, andere übernahmen eine Defizitgarantie für die Kosten der stationären Behandlung. Der Honorararbit, der beim Beitrag der Krankenversicherer zu Anwendung kam, war landesweit einheitlich geregelt. Hier wurden im Wesentlichen tagesgleiche Pflegesätze gezahlt. Damit war die Vergütung für einen stationär behandelten Patienten mit dessen Verweildauer verknüpft. Vor 2012 war die stationäre medizinische Vergütung somit in einen patienten- oder subjektbezogenen Versichereranteil und einen spital- oder objektbezogenen Kantonsanteil aufgeteilt.

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 Dienstleistung und setzt den Spitälern, da pauschal, finanzielle Anreize für eine kostengünstige stationäre Behandlung.

Weiterhin regelt das Gesetz in Art. 49 Abs. 3 KVG, dass die diagnosebezogene Vergütung keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfe. Dazu gehören insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und die universitäre Lehre. Das Gesetz verbietet somit eine Quersubventionierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen eines Spitals durch seine Erträge aus der subjektbezogenen Vergütung von stationären Leistungen. Die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) verlangt von den Spitälern daher, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und deren Kosten auszuscheiden (Art. 2 Abs. Lit. g VKL). Auf diese Weise soll verhindert werden, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen durch Erträge aus dem OKP-Bereich subventioniert werden.

Der Verband der Schweizer Spitäler H+ unterscheidet drei Arten von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL):⁴

- **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. 3 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.



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1 zeigt zunächst die Subventionsbeiträge der Kantone für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die vornehmlich an öffentliche Spitäler fließen. In Kantonen mit Universitätsspitalern werden Lehrleistungen von Spitalern durch die Universität gezahlt; dennoch werden die entsprechenden Zahlungen als

⁴ Vgl. Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). Entscheid zum Antrag Nr. 14_001. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.

Erträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen ausgewiesen. Die Erträge der Spitäler sowie deren Struktur sind in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler enthalten. Die aktuell verfügbaren Daten stammen aus 2013. Im Abschnitt 4.1 dieses Gutachtens weisen wir den Umfang der gemeinwirtschaftlichen Leistungen für die einzelnen Kantone aus.

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 (vgl. blaue Pfeile in **Abbildung 1**) 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.

Im Abschnitt 4.2 untersuchen wir auf Spitalebene im Rahmen eines ökonometrischen Ansatzes, welche Faktoren die Baserate 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. Uns interessiert insbesondere die Frage, ob die Preise in öffentlichen Spitälern überhöht sind, selbst wenn man für andere Einflussfaktoren kontrolliert.

Im Abschnitt 4.3 werden zudem 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.

Im Abschnitt 4.4 werden die Subventionen für die drei genannten Bereiche summiert und für die Schweiz und die einzelnen Kantone ausgewiesen. Das abschliessende 5. Kapitel präsentiert eine ordnungspolitische Einordnung der aktuellen akutstationären Finanzierung in der Schweiz und macht Vorschläge zu deren Verbesserung.

3. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz

3.1 Die Schweiz im internationalen Vergleich

Bevor wir uns im Detail mit der aktuellen stationären medizinischen Versorgung der Schweiz beschäftigen, wollen wir sie kurz mit andern Ländern vergleichen und die Entwicklung über die letzten 40 Jahren streifen. Dabei stützen wir uns auf Daten, welche die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) für ihre Mitgliedsländer seit Jahren veröffentlicht.

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der stationären Ausgaben seit 1970 und deren Anteile an den gesamten Gesundheitsausgaben. Die Schweiz weist für 2012 mit US\$ 1'735 weltweit die höchsten akutstationären Ausgaben auf. Deren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben hat sich seit 1990 wie auch in anderen Ländern reduziert; in der Schweiz von 35.7% auf 28.3%. Dieser Anteil ist immer noch sehr hoch. Vergleicht man die Entwicklung mit den USA, ist davon auszugehen, dass er aufgrund des medizin-technischen Fortschritts weiter sinken wird. Dieser Fortschritt führt nicht nur zu kürzeren Verweildauern im Spital, sondern auch dazu, dass ehemals nur stationär angebotene Leistungen ambulant erbracht werden können.

Tabelle 2: Ausgaben für die stationäre Akutpflege pro Kopf* (in US\$, kaufkraftbereinigt) und Anteil an gesamten Gesundheitsausgaben (1970, 1990, 2010, 2012)

	1970		1990		2010		2012	
		Anteil		Anteil		Anteil		Anteil
Kanada	138.5	48.2%	694.2	41.0%	742.7	17.6%	733.8	17.0%
Finnland	59.5	35.6%	392.6	30.2%	856.2	27.2%	963.6	28.3%
Frankreich	78.0	40.6%	603.5	43.0%	1'214.4	31.3%	1'150.1	28.4%
Deutschland	76.5	29.6%	541.7	31.4%	1'196.0	27.5%	1'306.7	27.8%
Japan	k. A.	k. A.	366.0	32.8%	998.8	31.2%	1'115.7	31.1%
Südkorea	6.2	37.1%	108.5	35.0%	459.2	23.3%	472.6	22.1%
Neuseeland	k. A.	k. A.	428.9	44.2%	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Norwegen	k. A.	k. A.	441.5	34.2%	1'486.4	28.4%	1'593.7	27.4%
Portugal	k. A.	k. A.	192.6	31.2%	458.3	17.4%	461.4	18.3%
Schweiz	k. A.	k. A.	703.6	35.7%	1'489.8	27.8%	1'735.1	28.3%
USA	119.9	36.7%	766.1	28.3%	1'490.4	18.8%	1'564.0	18.5%

*Die Datenbasis schliesst die stationäre Akutpflege und Rehabilitation mit ein.; k. A. = keine Angaben,
Höchster Wert; Tiefster Wert

Quelle: OECD Health Data 2015

Die Schweiz liegt im internationalen Vergleich bei der Bettendichte in der Akutversorgung im Mittelfeld (vgl. Tabelle 3). Auf 1'000 Einwohner in 2012 kommen 2.91 Akutbetten gegenüber 4.11 in 2000. Der entsprechende Rückgang seit 2000 von 29.2% ist einer der höchsten in den OECD-Ländern.

Tabelle 3: Bettendichte in der Akutpflege im zeitlichen Vergleich (2000, 2005, 2010, 2012)

Pro 1'000 Einwohner	2000	2005	2010	2012
Australien	3.64	3.50	3.39	3.36
Belgien	4.72	4.40	4.12	3.99
Dänemark	3.50	3.15	2.87	k. A.
Deutschland	6.05	5.59	5.33	5.38
Finnland	3.52	3.34	3.03	2.92
Frankreich	4.06	3.69	3.46	3.39
GB	3.17	2.99	2.39	2.31
Irland	2.79	2.76	2.19	2.09
Israel	2.25	2.11	1.93	1.89
Italien	4.07	3.34	2.93	2.75
Japan	9.61	8.20	8.02	7.94
Kanada	3.19	2.45	1.74	1.71
Neuseeland	k. A.	k. A.	2.51	2.61
Niederlande	3.05	2.86	3.26	3.32
Norwegen	3.10	3.03	2.48	2.34
Österreich	6.31	5.88	5.62	5.46
Portugal	3.03	2.91	2.79	2.88
Schweden	2.48	2.18	2.02	1.95
Schweiz	4.11	3.65	3.13	2.99
Spanien	2.83	2.56	2.40	2.30
Südkorea	3.93	4.57	5.53	6.12
USA	2.95	2.70	2.56	2.48

k. A. = keine Angaben, *Höchster Wert*; *Tiefster Wert*

Quelle: OECD Health Data 2015

Über alle Länder betrachtet gibt es eine hohe positive Korrelation zwischen der Bettendichte und der Verweildauer, wie ein Vergleich von Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigt. In den Ländern, in denen das Bettenangebot reichlich ist, liegen die Patienten in der Regel auch länger im Spital. In der Schweiz betrug die Verweildauer in 1990 noch 13.4 Tagen. Seither hat sie sich fast halbiert und beträgt nun bei 6.1 Tagen; dies stellt der höchste in der OECD beobachtete Rückgang dar.

Tabelle 4: Durchschnittliche Verweildauer in der Akutpflege im Zeitverlauf (1990-2012)

	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Australien	k. A.	6.5	6.1	6.0	5.0	4.8
Dänemark	6.4	4.1	3.8	3.5	k. A.	k. A.
Deutschland	k. A.	12.5	10.1	8.8	8.1	7.8
Finnland	7.0	5.5	6.9	7.1	7.0	6.9
Frankreich	7.0	6.2	5.6	5.9	5.8	5.7
GB	k. A.	k. A.	k. A.	6.7	5.9	5.9
Irland	6.7	6.6	6.4	6.5	6.0	5.9
Kanada	10.2	7.2	7.2	7.2	7.7	7.6
Neuseeland	k. A.	k. A.	4.3	5.7	6.0	5.8
Niederlande	11.2	9.9	9.0	7.2	5.6	6.4
Norwegen	7.8	6.5	6.0	5.2	6.3	5.8
Schweden	6.5	5.2	6.8	6.3	5.9	5.6
Schweiz	13.4	12.0	9.3	8.5	6.6	6.1
Spanien	9.6	8.8	7.1	6.7	6.3	6.1
Südkorea	12.0	11.0	11.0	k. A.	10.0	9.2
USA	7.3	6.5	5.8	5.6	5.4	k. A.

k. A. = keine Angaben, *Höchster Wert*; *Tiefster Wert*

Quelle: OECD Health Data 2015

Gemäss **Tabelle 5** ist die Grösse der Spitäler, gemessen anhand der Anzahl Betten oder der Anzahl behandelte Fälle, in der Schweiz vergleichsweise klein. Nur Australien und Finnland haben noch kleinere Spitäler. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Schweiz weltweit eine der höchsten Bevölkerungsdichten aufweist. Die geringe Grösse ihrer Spitäler ist sicherlich der stark föderalistischen Struktur der Schweiz geschuldet: der Versorgungsauftrag im stationären Sektor obliegt den Kantonen, die zudem häufig selbst Träger von Spitäler sind. Zudem stützen kantonale Subventionen und Beiträge die Einrichtungen und verhindern damit strukturelle Anpassungen. Darüber hinaus ist es auch politisch ein schwieriges Unterfangen, Spitäler zu schliessen, selbst wenn sie unwirtschaftlich sind.

Tabelle 5: Durchschnittliche Grösse der Spitäler*, gemessen an der Fallzahl und Bettenzahl

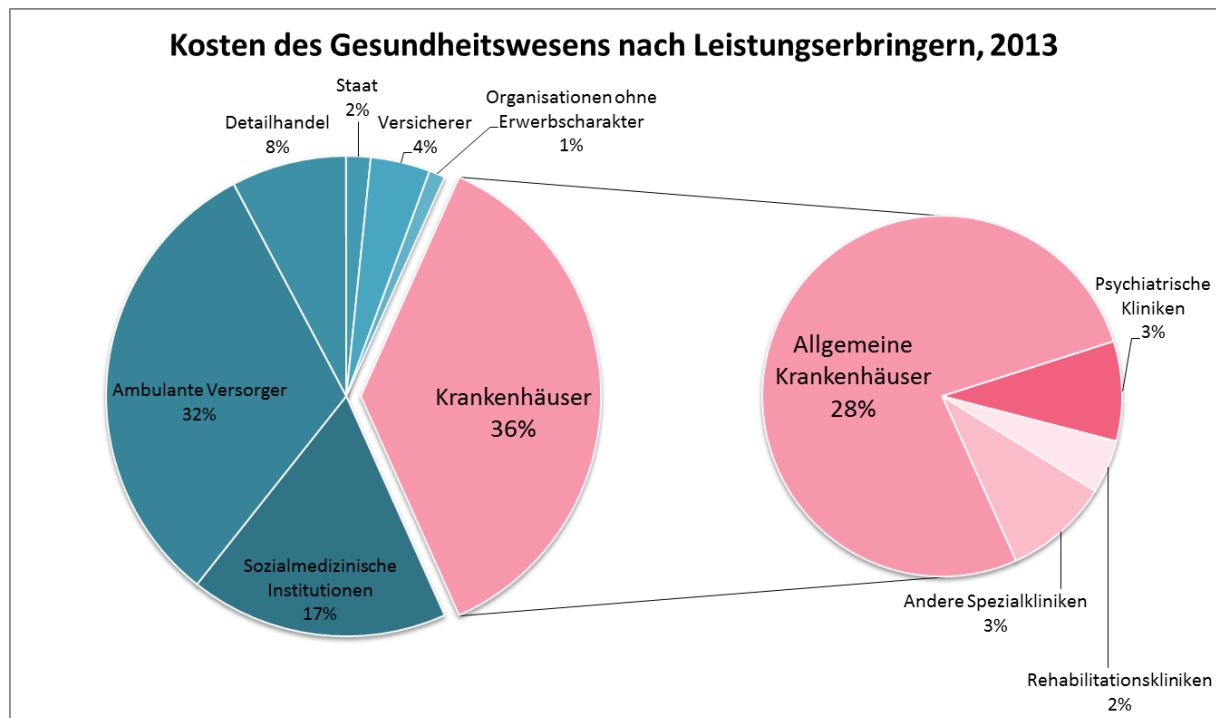
	Spitäler	Betten	Fälle	Fälle pro Spital	Betten pro Spital
Australien	1'347	85'200	3'942'920	2'927.2	63.3
Belgien	192	70'032	1'849'829	9'634.5	364.8
Deutschland	3'229	670'443	20'181'298	6'250.0	207.6
Finnland	263	28'685	939'935	3'573.9	109.1
Frankreich	2'657	414'672	12'158'806	4'576.1	156.1
Irland	95	12'724	616'206	6'486.4	133.9
Italien	1'156	203'723	7'261'571	6'281.6	176.2
Japan	8'565	1'703'853	15'124'295	1'765.8	198.9
Korea	3'298	514'687	7'786'254	2'360.9	156.1
Luxemburg	13	2'736	78'150	6'011.5	210.5
Österreich	277	64'691	2'278'592	8'226.0	233.5
Polen	1'025	251'251	6'251'264	6'098.8	245.1
Portugal	229	35'815	1'152'269	5'031.7	156.4
Schweiz	298	38'402	1'354'591	4'545.6	128.9
Slowenien	29	9'349	351'915	12'135.0	322.4
Slowakei	137	31'963	1'062'272	7'753.8	233.3
Spanien	759	139'994	5'147'449	6'781.9	184.4
Tschechien	252	70'014	2'195'766	8'713.4	277.8
Türkei	1'483	200'072	11'849'437	7'990.2	134.9
Ungarn	176	69'449	2'004'096	11'386.9	394.6

*Für den internationalen Vergleich wurden sämtliche Aktivitätstypen berücksichtigt (A/B, R, P), *Höchster Wert*; *Tiefster Wert*
Quelle: OECD Health Data 2015

3.2 Die Kantone im landesweiten Vergleich

Die gesamten Kosten für Gesundheit beliefen sich 2013 in der Schweiz auf CHF 69.2 Mrd. **Abbildung 2** zeigt die Kostenstruktur des Schweizer Gesundheitswesens, aufgeschlüsselt nach Leistungserbringern. Danach ist die stationäre Versorgung mit CHF 25.3 Mrd. oder 36% der Gesamtkosten der grösste Sektor. Aufgeteilt auf die Unterbereiche fallen die stationären Kosten zu 28% in allgemeinen Spitälern, zu 3% in psychiatrischen Einrichtungen, zu 2% in Reha Einrichtungen und zu 3% in anderen Spezialkliniken an.

Abbildung 2: Schweizer Gesundheitskosten nach Ort der Leistungserbringung / Krankenhaustyp



Quelle: Bundesamt für Statistik

Tabelle 6 zeigt die Bettendichte in den einzelnen Kantonen, aufgeteilt nach den Aktivitätstypen Akutpflege/Geburtshaus, Psychiatrie und Reha.⁵ Basel-Stadt und Appenzell-Innerrhoden sind mit 11.6 bzw. 9.3 auf 1'000 Einwohner bereitgehaltenen Betten Spitzenreiter, während Schwyz und Nidwalden mit 1.7 bzw. 1.8 Betten das niedrigste Bettenangebot aufweisen. Das kantonale Bettenangebot ist allerdings nur beschränkt aussagekräftig für das stationäre Versorgungsniveau der Bevölkerung eines Kantons, weil es eine kantonsübergreifende Inanspruchnahme von stationären Leistungen gibt. Basel-Stadt beispielsweise versorgt zu einem nicht geringen Anteil die Bevölkerung anderer Kantone der Nordwestschweiz, wie auch Appenzell-Ausserrhoden stationäre Leistungen für Innerrhoden bereithält.

⁵ Jedes Krankenhaus ist einem Krankenhaustyp 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 6: Bettendichte nach Aktivitätstyp 2013, nach Kanton

	Akutpflege/Geburtshaus			Psychiatrie		Reha	
	Gesamt	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
AG	4.52	2.28	50.3%	0.86	18.9%	1.39	30.8%
AI	9.26	4.70	50.7%	1.15	12.4%	3.42	36.9%
AR	2.79	1.65	59.1%	0	0.0%	1.14	40.9%
BE	4.86	3.12	64.2%	1.15	23.7%	0.59	12.1%
BL	4.05	2.60	64.2%	0.95	23.4%	0.50	12.4%
BS	11.62	6.68	57.5%	1.95	16.8%	2.99	25.8%
FR	3.12	2.04	65.4%	0.57	18.3%	0.51	16.3%
GE	5.23	2.93	56.1%	0.66	12.7%	1.63	31.3%
GL	3.54	2.22	62.9%	0.28	7.9%	1.04	29.3%
GR	6.81	3.39	49.8%	1.40	20.5%	2.02	29.7%
JU	5.26	2.37	45.1%	0.47	9.0%	2.41	45.9%
LU	3.93	2.64	67.2%	0.80	20.5%	0.48	12.3%
NE	3.90	2.07	53.0%	1.06	27.2%	0.77	19.8%
NW	1.84	1.84	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
OW	2.14	1.45	67.9%	0.68	32.1%	0	0.0%
SG	4.49	3.08	68.5%	0.85	18.9%	0.56	12.6%
SH	3.68	2.48	67.2%	0.79	21.4%	0.42	11.4%
SO	2.99	2.29	76.5%	0.60	20.0%	0.11	3.6%
SZ	1.73	1.68	97.1%	0.05	2.9%	0	0.0%
TG	5.53	2.18	39.4%	1.80	32.6%	1.55	28.0%
TI	5.49	4.10	74.7%	0.84	15.3%	0.55	10.0%
UR	2.12	2.12	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
VD	4.25	2.37	55.8%	0.56	13.2%	1.32	31.0%
VS	4.63	2.84	61.4%	0.67	14.5%	1.12	24.1%
ZG	4.29	1.86	43.4%	1.64	38.2%	0.79	18.4%
ZH	4.41	3.17	71.9%	0.97	21.9%	0.27	6.2%
CH	4.65	2.89	62.2%	0.91	19.5%	0.85	18.3%

- = kein Spital dieses Typs vorhanden, *Höchster Wert*; *Tiefster Wert*

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2013; STATPOP 2013

Tabelle 7 spiegelt das ambulante ärztliche Angebot in den Kantonen. Bei den Allgemeinärzten sowie den Spezialärzten stellt der Kanton Basel-Stadt mit Abstand das dichteste Angebot bereit (122 Hausärzte und 313 Spezialisten pro 100'000 Einwohner). Demgegenüber weist der Kanton Freiburg lediglich 46 Allgemeinärzte pro 100'000 Einwohner auf. Bei den Spezialärzten kommt Appenzell-Innerrhoden mit der geringsten Angebotsdichte aus. Es fällt auf, dass die grösstenteils urbanen Gebiete (Basel-Stadt, Genf und Zürich) bei den Spezialärzten bedeutend höhere Zahlen aufweisen als mehrheitlich ländliche Kantone (Appenzell-Innerrhoden, Glarus, Obwalden, Nidwalden und Uri). Eine Erklärung dafür ist die Zentrumsfunktion der Städte, die auch den Gesundheitsbereich prägt. Möglicherweise lässt sich eine Vielzahl von Personen bei einem Spezialisten in der nahegelegenen Stadt behandeln und verzichtet auf

eine Behandlung im eigenen Kanton. Daher spiegelt die Angebotsdichte zumindest teilweise die interkantonale Patientenwanderung wider.

Tabelle 7: Dichte der Hausärzte und Spezialisten, in 2013 nach Kanton

Pro 100'000 Einwohner	Allgemeinärzte*	Spezialärzte	Total
AG	55.9	106.1	162.0
AI	69.7	38.0	107.7
AR	68.9	91.3	160.2
BE	83.0	134.9	217.9
BL	78.6	153.6	232.2
BS	112.0	312.7	424.6
FR	45.7	84.3	130.0
GE	86.3	287.8	374.1
GL	75.8	70.7	146.5
GR	87.7	86.7	174.4
JU	59.9	83.6	143.6
LU	63.0	96.8	159.9
NE	81.1	118.5	199.5
NW	57.3	66.8	124.1
OW	71.2	43.8	115.0
SG	65.5	119.6	185.1
SH	85.0	106.6	191.7
SO	75.0	91.0	166.0
SZ	60.8	76.0	136.7
TG	61.1	97.6	158.7
TI	77.9	131.0	208.9
UR	55.8	41.8	97.6
VD	67.3	171.3	238.6
VS	64.8	90.5	155.3
ZG	71.1	130.4	201.5
ZH	78.1	179.0	257.1
CH	72.8	142.8	215.7

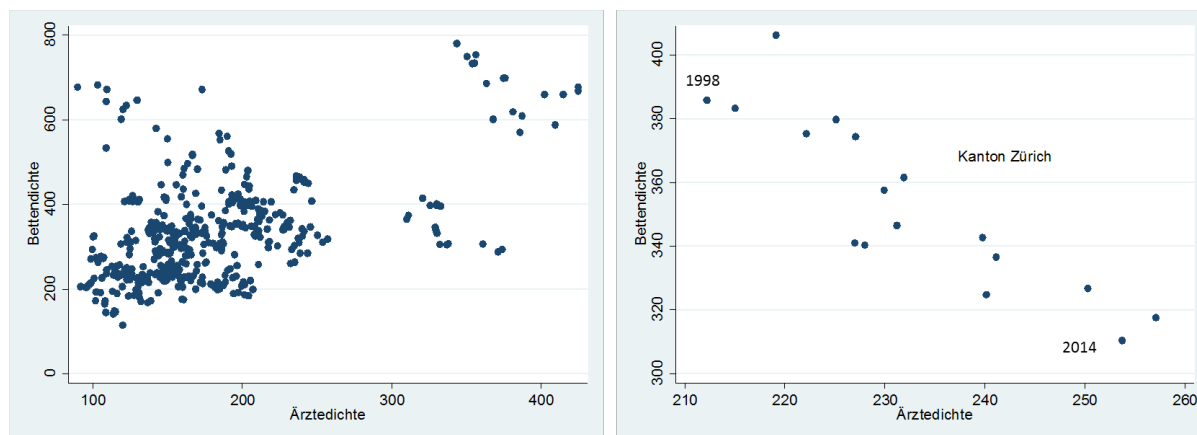
*Zu den Allgemeinärzten gehören alle im ambulanten Sektor tätigen Ärzte mit FMH-Titel in „Allgemeine Innere Medizin“, **Höchster Wert**; **Tiefster Wert**

Quelle: Bundesamt für Statistik 2013

In der Regel haben Kantone, die einen gut ausgebauten stationären Sektor aufweisen, auch einen starken ambulanten Bereich (vgl. **Abbildung 3**, linke Seite). Eine Analyse der Ärzte- und Bettendichten auf kantonaler Ebene für die letzten 17 Jahre (1998-2014) zeigt, dass grundsätzlich ein positiver Zusammenhang zwischen den beiden Grössen besteht. Jeder der Punkte steht für die Beobachtung in einem Kan-

ton für ein spezifisches Jahr. Berücksichtigt man die unterschiedliche Grösse der Kantone, ist eine komplementäre Struktur zwischen stationärem und ambulatem Bereich der medizinischen Versorgung allerdings nicht mehr festzustellen.

Abbildung 3: Ärzte- und Bettendichte*, in den Kantonen und für den Kanton Zürich (1998-2014)



*Jeweils pro 100'000 Einwohner

Quelle: Bundesamt für Statistik; Eigene Berechnungen

Fokussiert man sich in der Analyse auf einen einzelnen Kanton, wird im zeitlichen Verlauf ein negativer Zusammenhang ersichtlich. Im Kanton Zürich reduzierte sich im Beobachtungszeitraum die Bettendichte stetig, während sich gleichzeitig die Ärztedichte erhöhte (vgl. **Abbildung 3**, rechte Seite). Ein Hauptgrund dafür liegt im medizinisch-technischen Fortschritt und der damit einhergehenden Verlagerung in den ambulanten Bereich. So können heute viele Eingriffe ambulant durchgeführt werden, die vor 20 Jahren einen stationären Aufenthalt erforderten.

Die Hospitalisierungsrate gibt Auskunft über die Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch die Wohnbevölkerung eines Kantons. Sie wird in der Regel pro 1'000 Einwohner ausgedrückt und bezieht sich entweder auf die Anzahl Fälle oder die Anzahl Patienten pro Jahr (vgl. **Tabelle 8**). Da sich die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen nach Alter und Geschlecht unterscheidet, ist es sinnvoll, neben den rohen auch die standardisierten Raten anzugeben. Letztere zeigen die Hospitalisierungsraten unter der Annahme, dass die demographische Struktur in allen Kantonen dem schweizerischen Durchschnitt entspricht. Zwar gleichen sich durch die Standardisierung die Hospitalisierungsraten der Kantone etwas an; es bleiben aber immer noch erhebliche Unterschiede. Besonders hoch ist die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung in den Kantonen der beiden Basel sowie im Kanton Freiburg.

Weiterhin gibt es grosse Unterschiede im Zahlenverhältnis von Fällen und Patienten. Während in Basel-Stadt 52% der stationär behandelten Patienten mehr als einmal im gleichen Jahr im Spital behandelt

werden, sind es in Zürich nur 28%; bei Berücksichtigung der unterschiedlichen demographischen Struktur der beiden Kantone (vgl. die letzte Spalte in **Tabelle 8**).

Tabelle 8: Rohe und standardisierte Hospitalisierungsrate* und Anzahl Fälle pro Patient 2013, nach Kanton

	Patienten		Fälle		Anzahl Fälle pro Patient	
	roh	stand.	roh	stand.	roh	stand.
AG	12.1%	12.3%	16.2%	16.5%	1.34	1.35
AI	11.6%	11.6%	15.5%	15.4%	1.33	1.33
AR	12.1%	12.0%	16.8%	16.6%	1.39	1.38
BE	12.7%	12.4%	17.4%	16.9%	1.37	1.36
BL	13.8%	13.3%	19.6%	18.6%	1.42	1.40
BS	14.7%	14.1%	22.7%	21.4%	1.55	1.52
FR	13.2%	13.6%	17.8%	18.5%	1.35	1.37
GE	10.9%	11.0%	16.1%	16.4%	1.48	1.49
GL	12.7%	12.6%	17.6%	17.5%	1.39	1.39
GR	12.7%	12.5%	17.2%	16.9%	1.36	1.35
JU	12.0%	11.8%	17.8%	17.4%	1.48	1.48
LU	10.7%	10.8%	13.7%	13.9%	1.28	1.28
NE	10.4%	10.3%	15.1%	15.0%	1.46	1.46
NW	10.9%	11.0%	14.3%	14.3%	1.31	1.30
OW	10.9%	11.0%	14.6%	14.8%	1.34	1.34
SG	12.6%	12.7%	17.2%	17.4%	1.37	1.37
SH	11.4%	11.1%	15.7%	15.1%	1.37	1.36
SO	12.4%	12.3%	17.1%	16.8%	1.37	1.37
SZ	12.3%	12.5%	15.9%	16.2%	1.29	1.29
TG	12.1%	12.3%	16.1%	16.4%	1.33	1.33
TI	12.8%	12.2%	18.6%	17.4%	1.45	1.42
UR	11.4%	11.3%	15.3%	15.0%	1.34	1.33
VD	10.2%	10.3%	14.9%	15.3%	1.46	1.48
VS	11.0%	11.0%	15.7%	15.7%	1.43	1.43
ZG	11.3%	11.5%	14.8%	15.1%	1.31	1.32
ZH	12.5%	12.7%	16.0%	16.2%	1.27	1.28
CH	12.1%	12.1%	16.5%	16.5%	1.37	1.37

*Hospitalisierungsrate = Anzahl Fälle (Patienten) aus dem Kanton / Bevölkerung im Kanton, *Höchster Wert*; *Tiefster Wert*

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2013; STATPOP 2013

Die Angaben zu Bettenangebot und Nachfrage nach stationären Behandlungen auf Kantonsebene erlauben es, beide Marktseiten zusammenzubringen und dabei auch die ausserkantonale Nachfrage nach stationären Leistungen im eigenen Kanton zu berücksichtigen. Die Auslastung der Akutbetten zeigt die Höhe der Nachfrage im Verhältnis zum gesamten Angebot von stationären Leistungen in einem Kanton (vgl. **Tabelle 9** und **Abbildung 4**) an. Landesweit beträgt die Auslastung 80.4%. Am niedrigsten ist die Bettenauslastung mit 56.1% in Appenzell-Innerrhoden, am höchsten im Thurgau mit 90.2%. Die Kantone

Appenzell-Innerrhoden, Basel-Land, Freiburg, Jura, Neuenburg und Obwalden haben eine Auslastung ihrer Betten Kapazitäten von weniger als 75%. Hier zeigen sich deutliche Hinweise auf Überkapazitäten und mangelnde Attraktivität des kantonalen Spitalangebots.

Tabelle 9: Bettenauslastung, Herkunft der Patienten und Selbstversorgungsgrad, nach Kanton

	Auslastung	Anteil Fälle			Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton
		Kanton	Andere Kantone	Ausland	
AG	0.828	88.0%	10.6%	1.4%	80.1%
AI	0.561	68.4%	30.3%	1.3%	26.6%
AR	0.805	37.0%	61.8%	1.2%	62.0%
BE	0.796	85.8%	13.3%	0.9%	94.6%
BL	0.730	72.7%	23.9%	3.4%	50.7%
BS	0.828	49.8%	43.9%	6.3%	87.8%
FR	0.742	95.2%	4.4%	0.5%	74.6%
GE	0.778	84.3%	6.9%	8.8%	94.3%
GL	0.852	90.8%	8.3%	0.9%	67.1%
GR	0.797	74.0%	18.0%	8.1%	82.6%
JU	0.693	92.7%	6.2%	1.1%	66.0%
LU	0.797	79.9%	19.3%	0.8%	83.4%
NE	0.741	95.1%	4.2%	0.8%	76.7%
NW	0.832	71.5%	26.0%	2.5%	58.9%
OW	0.720	86.3%	12.9%	0.8%	51.5%
SG	0.876	79.8%	15.9%	4.3%	76.2%
SH	0.824	80.0%	16.5%	3.5%	72.8%
SO	0.855	82.9%	16.4%	0.6%	56.8%
SZ	0.778	88.6%	10.4%	0.9%	57.3%
TG	0.902	91.5%	7.3%	1.2%	73.2%
TI	0.774	91.3%	4.4%	4.3%	93.5%
UR	0.793	93.1%	5.2%	1.7%	66.1%
VD	0.794	87.6%	8.4%	4.0%	92.8%
VS	0.851	91.3%	4.9%	3.8%	85.1%
ZG	0.815	81.2%	18.3%	0.5%	71.1%
ZH	0.799	84.6%	14.2%	1.2%	91.1%
CH	0.804	82.8%	14.4%	2.8%	82.7%

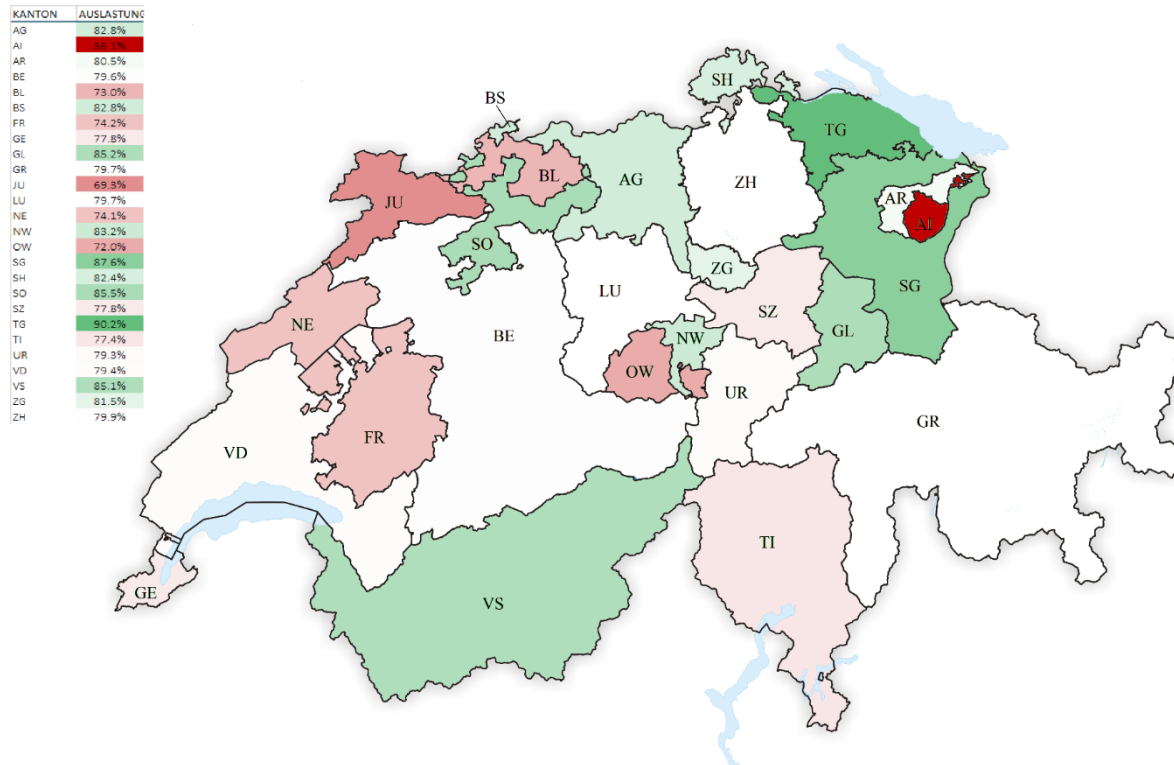
Höchster Wert; Tiefster Wert

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

Tabelle 9 weist zudem die Herkunft der Patienten aus. Im Durchschnitt stammen 82.8% der behandelten Patienten aus dem eigenen Kanton, 14.4% aus anderen Kantonen und 2.8% aus dem Ausland. In Appenzell-Ausserrhoden sind nur 37%, während in Neuenburg 95.1% der stationär behandelten Patienten im gleichen Kanton wohnhaft sind. Die letzte Spalte gibt den Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton wieder. Dieser Anteil ist mit 26.6% im Kanton Appenzell-Innerrhoden am geringsten und mit 94.6% in Bern am höchsten. In sechs Kantonen (Appenzell-Innerrhoden, Basel-Land, Nid- und

Obwalden, Solothurn und Schwyz) werden mindestens vier von zehn Patienten ausserkantonal behandelt. Darunter sind drei Kantone (Appenzell-Innerrhoden, Basel-Land und Obwalden) mit einer Bettenauslastung der Spitäler unterhalb von 75%.

Abbildung 4: Bettenauslastung in den Kantonen, 2013



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

Die Zahlen zur Patientenwanderung und Auslastung kantonaler Bettenvorhaltung verdeutlichen die Grenzen kantonaler Spitalplanung. Wie soll ein Kanton Kapazitäten planen, wenn fast die Hälfte der Bevölkerung ausserkantonal stationär behandelt wird? Eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit ist in dieser Situation angezeigt. Tatsächlich koordinieren beispielsweise die Kantone Luzern und Nidwalden die Spitalplanung gemeinsam und in Basel-Land und Basel-Stadt gibt es sogar Bestrebungen, die Kantonsspitäler zu fusionieren. Für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) sind die Kantone nach Gesetz gehalten, eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39, Abs. 2bis KVG).

3.3 Die akutstationären Leistungserbringer

Das Bundesamt für Statistik kennt zwei unterschiedliche Definitionen der Trägerschaft von stationären medizinischen Einrichtungen. Nach der aktuellen, seit 2012 verwendeten Definition 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. Die vor 2012 relevante Definition richtete sich dagegen nach der staatlichen Mitfinanzierung von Spitälern: Verfügte eine Einrichtung über eine staatliche Beitragsgarantie oder eine Defizitgarantie, galt sie neben den öffentlich betriebenen Einrichtungen ebenfalls als öffentliches Spital.

Landesweit stehen uns für 2013 Routinedaten zu 293 Spitaleinheiten an insgesamt 569 Standorten zur Verfügung. Diese Zahl stimmt mit jener der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik überein. Somit handelt es sich bei unserer Stichprobe um eine Vollerhebung. Von den 293 Spitaleinheiten in 2013 waren 195 als Akutspitäler oder Geburtshäuser registriert. Davon gelten 37 als öffentliche Spitäler gemäss der aktuell gültigen Definition. 105 Einheiten sind als private Einrichtungen gemäss der alten Definition zu klassifizieren. Zusätzlich ordnen wir vier Einrichtungen (Bethesda, Merian Iselin, St. Clara (alle Basel-Stadt) und die Schulthess-Klinik in Zürich) als privat ein, die nach der alten Definition als öffentlich gelten würden. Diese vier Spitäler sind alle Mitglied der Privatspitäler Schweiz, womit sichergestellt ist, dass sie mehrheitlich in privater Trägerschaft sind⁶. 49 Einrichtungen können schliesslich nicht als privat klassifiziert werden, da bei ihnen die Beteiligung der öffentlichen Hand 50% übersteigt. Weil sie gleichzeitig nicht öffentlich sind, klassifizieren wir sie als „subventioniert“.

Tabelle 10 zeigt die Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft in den einzelnen Kantonen (vgl. das vollständige Verzeichnis der Akutspitäler im Anhang). Diese variiert zwischen den Kantonen deutlich. Während der Anteil der privaten Spitäler landesweit 56.1% ausmacht, gibt es vier Kantone mit keinem einzigen privaten Akutspital (Appenzell-Innerrhoden, Obwalden, Glarus und Uri). Dabei ist allerdings zu beachten, dass es in diesen Kantonen jeweils nur ein Spital gibt. Andererseits beträgt der Anteil der privaten Spitäler in vier Kantonen 80% oder mehr (Basel-Land, Genf, Neuenburg und Tessin).

⁶ Die Mitgliedschaft bei den Privaten Kliniken Schweiz (PKS) setzt voraus, dass mehr als 50% des Eigenkapitals privat getragen ist.

Tabelle 10: Anzahl Akutspitäler, einschliesslich Geburtshäuser 2013, nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich	Subventioniert	Privat	Total	Anteil Privat
AG	0	8	4	12	33.3%
AI	1	0	0	1	0.0%
AR	1	0	3	4	75.0%
BE	0	9	9	18	50.0%
BL	1	0	10	11	90.9%
BS	3	0	6	9	66.6%
FR	1	1	3	5	60.0%
GE	1	0	8	9	88.9%
GL	0	1	0	1	0.0%
GR	5	6	3	14	21.4%
JU	1	0	1	2	50.0%
LU	2	0	4	6	66.7%
NE	1	0	4	5	80.0%
NW	1	0	1	2	50.0%
OW	1	0	0	1	0.0%
SG	4	1	4	9	44.4%
SH	1	0	1	2	50.0%
SO	0	1	2	3	66.7%
SZ	0	3	1	4	25.0%
TG	0	1	3	4	75.0%
TI	1	0	9	10	90.0%
UR	1	0	0	1	0.0%
VD	1	9	14	24	58.3%
VS	2	0	1	3	33.3%
ZG	0	1	1	2	50.0%
ZH	8	8	17	33	51.5%
CH	37	49	109	195	56.1%

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

Etwas aussagekräftiger in Bezug auf die relative Marktstellung der privaten Anbieter sind deren Marktanteile nach Pflorgetagen (vgl. **Tabelle 11**). Dieses Mass berücksichtigt insbesondere die unterschiedliche Grösse der Einrichtungen. Mit 35.9% erreichen die privaten Spitäler im Kanton Basel-Stadt landesweit den höchsten Marktanteil. In Basel-Land, wo sich anteilmässig am meisten private Spitäler befinden, beträgt deren Marktanteil an Pflorgetagen dagegen nur 17.3%. Der Hirschman-Herfindahl-Index (HHI) ist eine Mass für die Angebotskonzentration in einem Markt. Er wird gebildet durch Summierung der quadrierten Marktanteile der einzelnen Leistungserbringer. In einer Monopolsituation nimmt dieser Index den Wert 1 an, im perfekten Wettbewerb strebt er gegen 0. Der HHI beträgt auf Kantonsebene im Durchschnitt 0.60. Werte über 0.2 weisen gemeinhin auf eine starke Marktkonzentration hin. In unse-

rem Fall ist allerdings zu beachten, dass in vielen Regionen die Kantonsgrenzen die Märkte nicht abgrenzen, da es – wie gezeigt wurde – eine kantonsübergreifende Inanspruchnahme von stationären medizinischen Leistungen gibt. Insofern geben die Werte des HHI nur einen allgemeinen Hinweis auf die regionale Wettbewerbssituation auf dem Spitalmarkt.

Tabelle 11: Marktanteile an Pfl egetagen nach Trägerschaft und Herfindahl-Hirschman-Index 2013

	Öffentlich	Subventioniert	Privat	HHI
AG	0.0%	87.2%	12.8%	0.21
AI	100.0%	0.0%	0.0%	1.00
AR	65.9%	0.0%	34.1%	0.50
BE	0.0%	73.4%	26.6%	0.14
BL	82.7%	0.0%	17.3%	0.69
BS	64.1%	0.0%	35.9%	0.35
FR	74.7%	5.8%	19.6%	0.58
GE	71.9%	0.0%	28.1%	0.54
GL	0.0%	100.0%	0.0%	1.00
GR	20.2%	71.0%	8.8%	0.30
JU	99.9%	0.0%	0.1%	1.00
LU	72.8%	0.0%	27.2%	0.57
NE	85.1%	0.0%	14.9%	0.74
NW	98.3%	0.0%	1.7%	0.97
OW	100.0%	0.0%	0.0%	1.00
SG	90.0%	4.3%	5.7%	0.35
SH	89.6%	0.0%	10.4%	0.81
SO	0.0%	91.7%	8.3%	0.84
SZ	0.0%	98.3%	1.7%	0.37
TG	0.0%	90.3%	9.7%	0.82
TI	64.5%	0.0%	35.5%	0.44
UR	100.0%	0.0%	0.0%	1.00
VD	41.3%	41.1%	17.5%	0.20
VS	95.6%	0.0%	4.4%	0.53
ZG	0.0%	72.4%	27.6%	0.60
ZH	62.5%	20.0%	17.4%	0.09
CH	48.5%	32.3%	19.3%	0.60

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

Tabelle 12 zeigt erhebliche Unterschiede in der Grösse, der Ausstattung sowie den Leistungen auf Spitalalebene nach Trägerschaft auf. Zunächst ist ein durchschnittliches privates Spital mit knapp 46 Betten um den Faktor 3.4 kleiner als ein subventioniertes, und gar um den Faktor 6.6 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 sehr breites Spektrum von Behandlungen abdecken. Die Unterschiede verkleinern sich allerdings auf einen Faktor 2.1 bzw. 3.3, wenn man zusätzlich berücksichtigt, dass private Einheiten deutlich weniger Standorte aufweisen als subventionierte und

öffentliche Spitaleinheiten. Die mittlere Bettenauslastung ist bei den privaten Kliniken um gut 6%-Punkte geringer als bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen.

Tabelle 12: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger

	Private Kliniken (n = 109)	Subventionierte Kliniken (n = 49)	Öffentliche Spitäler (n = 37)
Strukturelle Daten			
Anzahl Betten (Akutpflege)	45.68	154.02	300.22
Mittlere Bettenbelegung (in %) ¹	74.6%	80.9%	82.5%
Anzahl Standorte	1.16	1.90	2.32
Anzahl Operationssäle	2.83	5.69	10.24
Anzahl Kreissäle	0.91	2.51	3.70
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	21.8%	91.8%	91.9%
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	10.9%	59.2%	67.6%
Computertomographie (in % der Spitäler)	25.5%	75.5%	89.2%
Magnetic Resonance Imaging (in % der Spitäler)	24.5%	55.1%	67.6%
Leistungen			
Anzahl Austritte (Akutpflege)	2'344.3	7'880.2	13'769.6
Anzahl Tage (Akutpflege)	12'430.5	45'496.0	90'453.4
Anzahl Neugeborene	149.5	461.5	795.7
Patientenstruktur			
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	22.2%	10.9%	13.2%
Patienten aus dem Ausland (in %)	4.0%	1.6%	3.1%
Patienten (halb-)privat (in %)	47.8%	16.4%	16.3%
CMI brutto	1.063	1.014	1.093
CMI netto ²	1.028	0.978	1.078
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	5.30	5.77	6.57

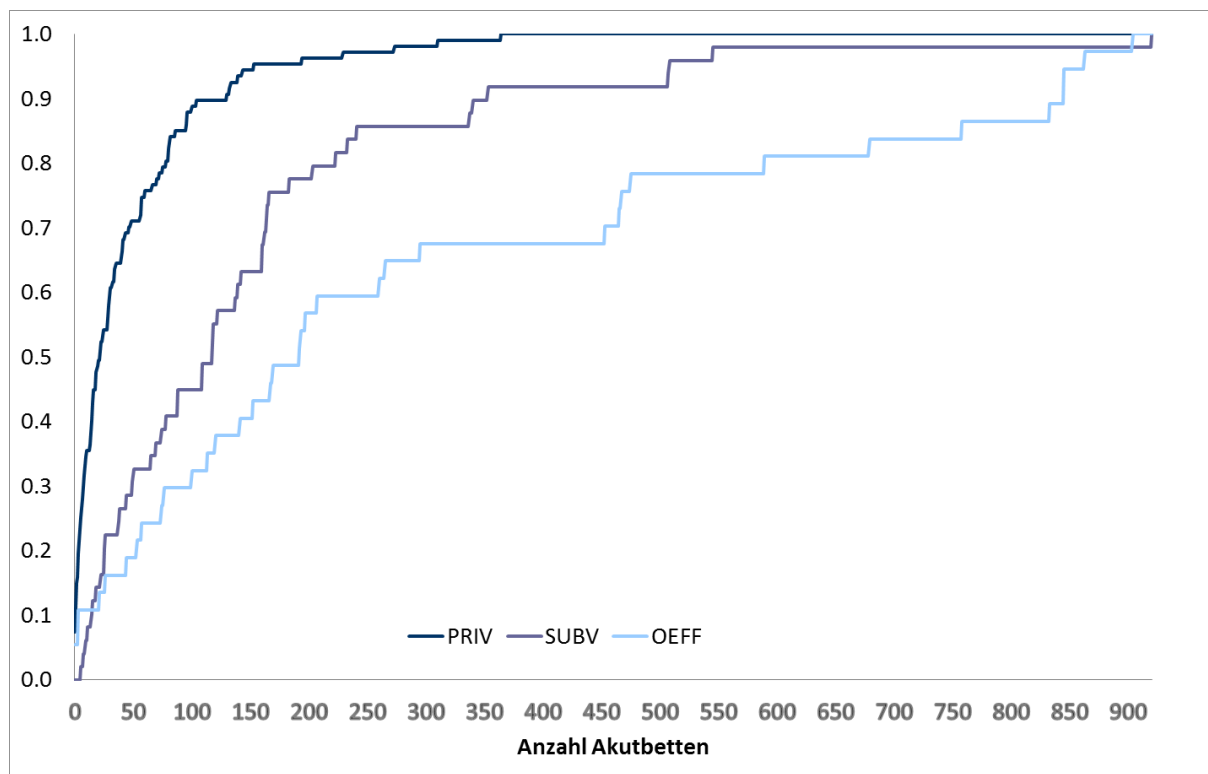
¹Belegung = Behandlungstage / (Anzahl Betten * 365)

²Outlier-korrigierter mittlerer Schweregrad der behandelten stationären Fälle

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

Abbildung 5 gibt näheren Aufschluss über die nach Trägerschaft unterschiedliche Verteilung der Spitalgrösse. Sie zeigt die kumulierte Verteilungsfunktionen der Grösse der Spitäler für die drei Trägerschaftsgruppen. Die Medianwerte (teilen die Spitäler derart auf, dass jeweils 50% der Einrichtungen grösser und 50% kleiner sind) können beim Abszissenwert von 0.5 abgelesen werden. Danach liegt der Median bei den privaten Kliniken bei 22 Akutbetten. Im Vergleich dazu liegt der Median bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern bei 118 Betten bzw. 192 Betten.

Abbildung 5: Kumulierte Verteilungsfunktionen für die Grösse der Spitäler, nach Trägerschaft



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

Weiterhin fällt in **Tabelle 12** 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.⁷

Deutliche Unterschiede gibt es auch bei der Patientenstruktur. Bei den privaten Spitälern ist fast jeder zweite Patient halbprivat oder ganzprivat versichert, wohingegen es bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern nur jeder Sechste 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

⁷ 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.

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 Spitälern um 1.3 Tage länger als in den privaten.

Tabelle 13: Personal und Kosten der akutstationären Versorger

	Private Kliniken (n = 109)	Subventionierte Kliniken (n = 49)	Öffentliche Spitäler (n = 37)
Belegschaft			
Personal total (VZE)	183.26	813.99	1'842.57
pro Bett Akutpflege	4.01	5.29	6.14
<i>Davon</i>			
Ärztenschaft	6.6%	14.9%	16.1%
Pflege	44.8%	43.4%	41.6%
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	12.7%	13.1%	12.8%
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	35.8%	28.7%	29.5%
Kosten			
Kosten pro stationärer Fall (Kosten stationär)	11'396.1	11'313.6	11'973.7
Kosten pro stationärer Fall (Gesamtkosten des Spitals)	16'894.4	18'613.9	21'846.2
<i>Davon</i>			
Personalaufwand	47.0%	62.5%	66.4%
Investitionsaufwand	13.4%	6.8%	7.6%
Übriger Betriebsaufwand	38.8%	29.8%	25.1%
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	0.9%	0.9%	0.9%

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

In privaten Einrichtungen sind, gemessen in Vollzeiteinheiten, im Durchschnitt 183 Personen beschäftigt. Dies entspricht vier Personen pro vorgehaltenes Akutbett (vgl. **Tabelle 13**). Die subventionierten Spitäler setzen durchschnittlich 1.3, die öffentlichen 2.1 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 nicht immer als Personalkosten, sondern unter übrige Betriebskosten verbucht werden. Die Unterschiede im Personalaufwand und im übrigen Betriebsaufwand zwischen den Trägerschaften sind somit teilweise durch das Belegarztsystem der privaten Spitäler zu erklären.⁸

⁸ Nach Auskunft des BAG fehlen für 2013 tatsächlich die Belegärzte bei den Angaben zum Personaleinsatz.

Ein deutlicher Unterschied ist bei den Investitionskosten auszumachen. Mit 13.4% des Gesamtaufwands sind sie bei den privaten Spitälern doppelt so hoch wie 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, 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 der Vollkostenrechnung zur Berechnung der Bewertungsrelationen im DRG-System 2012 wurden 10% Investitionskosten eingerechnet. Der von den subventionierten und öffentlichen Spitälern ausgewiesene Investitionsaufwand ist auch aus dieser Perspektive zu gering.

Die stationären Kosten pro Fall variieren nicht stark nach Trägerschaft der Einrichtungen. Mit rund CHF 600 höheren Fallkosten sind die öffentlichen Spitäler am kostenintensivsten. Deutlich grösser sind die Unterschiede zwischen den Spitälern unterschiedlicher Trägerschaft, wenn man die Gesamtkosten des Spitals durch die Anzahl stationär behandelter Patienten teilt. Dies erklärt sich aus den unterschiedlichen Schwerpunkten der Spitäler, wie Forschungs- und Lehranteil und Umfang an ambulanter Versorgung, die von den Spitälern erbracht werden.

Bei den Erträgen der Spitäler fällt zunächst auf (vgl. **Tabelle 14**), dass sie sich stark nach Trägerschaft unterscheiden. Dies ist u.a. auf die unterschiedliche Grösse der Spitäler zurückzuführen. Es gibt jedoch auch grosse Unterschiede in der Struktur der Erträge. So haben die medizinischen Leistungen bei den öffentlichen Spitälern einen Anteil am Gesamtertrag von 77.4% , gegenüber 91,5% bei den privaten Spitälern. Bei den Erträgen in der Akutpflege sticht der Anteil ambulanter Leistungen ins Auge. Dieser ist bei subventionierten und öffentlichen Häusern um rund 6%-Punkte höher als bei privaten Kliniken.

Tabelle 14: Ertragssituation der akutstationären Versorger

	Private Kliniken (n = 109)	Subventionierte Kliniken (n = 49)	Öffentliche Spi- täler (n = 37)
Ertragssituation			
Gesamtertrag (in tausend CHF)	39'682	144'293	326'087
- Ertrag aus med. Leistungen	91.5%	88.5%	77.4%
- Übriger Betriebsertrag	6.6%	6.2%	4.7%
- Subventionen (GWL) und Beiträge	1.9%	5.3%	17.9%
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	37'218	128'069	269'314
- Ambulante Leistungen	20.9%	27.3%	27.1%
- Stationäre Leistungen	79.1%	70.9%	72.8%
- Langzeitpflege	0.0%	1.8%	0.0%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013), Tarifinformationen der kantonalen Behörden; Eigene Berechnungen

Tabelle 15 weist die Erträge der Spitäler aus der DRG-Vergütung aus. Diese werden zwischen den Kostenträgern, Krankenversicherer und Kantone, 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 des von der Gesundheitsdirektorenkonferenz veröffentlichten Aufteilungsfaktor können wir die Vergütung auf die beiden Kostenträger für 2013 aufteilen. Diese Aufteilung ist nur approximativ zu verstehen, da bei ausserkantonalen Inanspruchnahmen von stationären Leistungen grundsätzlich die Regeln des Wohnkantons gelten.

Die Beiträge der Kantone zur subjektbezogenen Finanzierung beliefen sich 2013 auf CHF 6.1 Mrd. Dies entspricht im Durchschnitt CHF 754 pro Einwohner. Pro Fall war der Anteil der Kantone mit CHF 3'906 in Appenzell-Innerrhoden am kleinsten und mit CHF 6'835 in Basel-Stadt am höchsten. Im Falle von Basel-Stadt spielt die ausserkantonale Behandlung von Patienten eine besondere Rolle. Von den Kantonsbeiträgen zahlte Basel-Stadt rund die Hälfte, da 50% der in Basel-Stadt behandelten Patienten von ausserhalb des Halbkantons kommen (vgl. **Tabelle 9**). Andererseits nehmen 12% der Patienten, die in Basel-Stadt wohnhaft sind, die stationäre Leistung ausserhalb ihres Wohnkantons in Anspruch. Für diese Patienten übernimmt Basel-Stadt den Kantonsanteil bei der Vergütung. Eine auf die individuellen Kantone bezogene Berechnung der Beiträge zur stationären Behandlung von OKP-Patienten müsste die ausserkantonale Behandlungen im Detail berücksichtigen.

Tabelle 15: SwissDRG-Erträge der Spitäler und Aufteilung nach Kanton und Versicherer

	Erträge SwissDRG	Prozentualer Anteil Kanton (2013) [†]	Absoluter Anteil Versicherer	Anteil Kanton	
				absolut	pro Fall
AG	785'625'968	48.6%	403'811'748	381'814'220	4'638.9
AI	6'918'537	49.0%	3'528'454	3'390'083	3'905.6
AR	113'171'842	47.0%	59'981'076	53'190'766	3'937.7
BE	1'884'761'273	55.0%	848'142'573	1'036'618'700	6'127.5
BL	297'979'302	55.0%	134'090'686	163'888'616	5'008.2
BS	746'460'947	55.0%	335'907'426	410'553'521	6'835.4
FR	257'231'327	49.0%	131'187'977	126'043'350	4'567.0
GE	745'288'476	55.0%	335'379'814	409'908'662	6'195.8
GL	37'951'344	52.0%	18'216'645	19'734'699	4'422.8
GR	306'801'676	55.0%	138'060'754	168'740'922	5'050.2
JU	59'771'239	55.0%	26'897'058	32'874'181	4'480.0
LU	513'782'467	50.0%	256'891'234	256'891'234	5'304.7
NE	149'070'665	55.0%	67'081'799	81'988'866	4'842.8
NW	36'947'300	47.0%	19'582'069	17'365'231	3'919.0
OW	21'168'560	47.0%	11'219'337	9'949'223	3'653.8
SG	724'070'268	52.0%	347'553'729	376'516'539	5'045.0
SH	81'887'895	53.0%	38'487'311	43'400'584	4'728.2
SO	240'906'042	51.0%	118'043'961	122'862'081	4'227.7
SZ	114'880'322	51.0%	56'291'358	58'588'964	4'079.4
TG	276'811'821	48.0%	143'942'147	132'869'674	4'460.1
TI	547'939'863	55.0%	246'572'938	301'366'925	5'240.0
UR	31'334'466	50.0%	15'667'233	15'667'233	4'227.5
VD	1'022'716'879	55.0%	460'222'596	562'494'283	5'563.0
VS	324'944'392	53.0%	152'723'864	172'220'528	4'952.1
ZG	107'167'814	49.0%	54'655'585	52'512'229	4'040.0
ZH	2'199'711'592	51.0%	1'077'858'680	1'121'852'912	5'362.9
CH	11'635'302'277	52.7%	5'501'998'050	6'133'304'227	5'349.8

[†] Für detaillierte Angaben zum kantonalen Teiler vgl. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/tarife/spital-finanzierung/tb_zusammenstellung_kostenteiler.pdf

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

4. 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 Investitionshilfen an aktuelle und ehemalige Staatsbetriebe in der stationären medizinischen Versorgung. In diesem Kapitel untersuchen wir der Reihe nach den Umfang dieser drei Subventionsformen.

4.1 Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Subventionen und Beiträge im Zusammenhang mit der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterscheiden sich stark nach Trägerschaft der Spitäler (vgl. die Übersicht der Erträge in **Tabelle 14**). Sie machen bei öffentlichen Spitälern 17.9% der Gesamterträge, bei den subventionierten 5.3% und bei den privaten Kliniken 1.9% aus. Die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen beläuft sich landesweit auf CHF 2.6 Mrd., wovon CHF 2.5 Mrd. oder 97% auf die subventionierten und öffentlichen Spitäler entfallen. Die Ausgaben für Forschung und Lehre belaufen sich auf CHF 758 Mio. oder 29% der gesamten Ausgaben für GWL. Bei den subventionierten Spitälern beträgt dieser Anteil 36%, bei den privaten 16%, während der Anteil für Forschung und Lehre an der gesamten Abgeltung für GWL bei den öffentlichen Spitäler mit 28% im Schweizer Durchschnitt liegt. Eine weitergehende Aufschlüsselung der Ausgaben für GWL ist auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich. **Tabelle 16** weist die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und den Anteil davon für Forschung und Lehre in den einzelnen Kantone aus.⁹

Die höchste Abgeltung für GWL wird mit knapp unter einer Mrd. CHF im Kanton Genf erreicht, die geringste mit rund CHF 0.61 Mio. im Kanton Appenzell-Ausserrhoden. Betrachtet man die Kantone mit Universitätskliniken gesondert, wird ein Unterschied zwischen der französischen und der deutschen Schweiz deutlich. In Genf beträgt der Anteil für Forschung und Lehre an den GWL lediglich 14.8% und in der Waadt ist er 53.7%. In der Deutschschweiz dagegen liegt dieser Anteil in Zürich bei 81.8%, gefolgt von Basel-Stadt mit 74.1% und Bern mit 60.9%. Zu beachten gilt es, dass die Abgeltung im Bereich von Lehre und Forschung teilweise auch von Kantonen ausserhalb des Standortkantons einer universitären

⁹ Im Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden übersteigen die Beiträge für L&F (1.34 Mio.) die gesamten GWL (0.61 Mio.). Dabei muss es sich um eine Fehlangebe handeln, da L&F eine Teilmenge der gesamten GWL sind. Die Jahresrechnung des Spitalverbunds Appenzell-Ausserrhoden weist im Übrigen für 2013 Erträge über GWL von CHF 1.03 Mio. aus.

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.

Tabelle 16: GWL und Beiträge für Lehre und Forschung nach Kanton (2013)

	Abgeltung von GWL	davon Lehre und Forschung	
		absolut	relativ
AG	16'103'105	8'359'011	51.9%
AI	2'991'560	0	0.0%
AR	609'676	1'343'800	220.4%
BE	132'116'070	80'455'651	60.9%
BL	22'695'718	702'829	3.1%
BS	162'090'510	120'146'837	74.1%
FR	89'560'293	0	0.0%
GE	945'416'903	140'036'418	14.8%
GL	5'579'880	0	0.0%
GR	41'274'289	275'375	0.7%
JU	22'050'161	976'412	4.4%
LU	20'078'916	781'180	3.9%
NE	157'993'523	656'531	0.4%
NW	5'460'130	0	0.0%
OW	9'036'734	0	0.0%
SG	23'435'937	22'640'812	96.6%
SH	22'862'531	0	0.0%
SO	56'000'128	4'360'130	7.8%
SZ	32'773'749	871'454	2.7%
TG	8'204'142	3'940'560	48.0%
TI	202'393'170	438'595	0.2%
UR	5'371'402	0	0.0%
VD	417'830'734	224'325'292	53.7%
VS	2'870'211	0	0.0%
ZG	32'367'430	682'000	2.1%
ZH	179'628'217	147'017'853	81.8%
CH	2'616'795'119	758'010'740	29.0%

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

4.2 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. Aus diesem Grund werden die Baserates der Spitäler einer ökonometrischen Untersuchung unterzogen.

Während das Tarifsysteem SwissDRG Bewertungsgewichte für einzelne DRGs landesweit einheitlich festlegt, wird die sogenannte Baserate zwischen Versicherern und Spitalern 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 Spital-ebene bis zu drei unterschiedliche Baserates, die von Einkaufsgesellschaften für die Versicherer mit den einzelnen Spitalern verhandelt werden. Sofern Spitäler OKP-Patienten behandeln, sind diese Preise öffentlich verfügbar; sie werden auf den offiziellen Internetseiten der Kantone publiziert.

Tabelle 17 zeigt die Entwicklung der Baserates zwischen 2012 und 2016 nach Trägerschaft auf. Dabei wurden die auf Spital-ebene publizierten Baserates zunächst zu einem ungewichteten Wert gemittelt. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Baserate von Spitalern 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 401 unterhalb jener der öffentlichen und um CHF 427 unterhalb jener der subventionierten Spitäler.

Der Unterschied beträgt gut 4%. Zwischen 2012 und 2015 lag der prozentuale Preisvorteil der privaten Spitäler mehr oder weniger konstant bei 5.5% gegenüber den öffentlichen und bei 4.5% gegenüber den subventionierten Spitalern. Über die letzten 5 Jahre gibt es bei allen Spitalern, unabhängig ihrer rechtlichen Trägerschaft, einen leichten Rückgang der Baserates zu verzeichnen. Der grösste Rückgang ist bei den öffentlichen Spitalern zu beobachten, wobei hier in erster Linie die Veränderung von 2015 auf 2016 von Bedeutung ist.

Tabelle 17: Entwicklung der Baserates zwischen 2012 und 2016 nach Trägerschaft

Durchschnittliche Baserates						
	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 12-16 (in %)
Öffentlich	10'230	10'092	10'041	9'983	9'911	-3.1%
Subventioniert	10'072	10'026	9'933	9'881	9'937	-1.3%
Privat	9'649	9'561	9'487	9'427	9'510	-1.4%
<i>Diff. Priv zu Öff</i>	-5.7%	-5.3%	-5.5%	-5.6%	-4.1%	
<i>Diff. Priv zu Sub</i>	-4.2%	-4.6%	-4.5%	-4.6%	-4.3%	

Quelle: Eigene Berechnungen

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

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:

$$BR_i = \alpha + \gamma_1 SUBV_i + \gamma_2 OEFF_i + \gamma_3 UNI_i + \gamma_4 GH_i + \gamma_5 CMI_i + \mathbf{X}_i \boldsymbol{\beta} + \varepsilon_i$$

Der Schätzkoeffizient γ_1 gibt den Unterschied zwischen privaten und subventionierten Einrichtungen, der Koeffizient γ_2 jenen zwischen privaten und öffentlichen wieder. Zusätzlich wird berücksichtigt, ob es sich bei der Einrichtung um eine Uniklinik (UNI) oder ein Geburtshaus (GH) handelt, und es werden der Case-Mix-Index (CMI) und weitere Einflussfaktoren X als zusätzliche erklärende Variablen einbezogen (Tabelle 18 listet die in der Schätzung berücksichtigten Variablen). ε steht für den Einfluss möglicher weiterer, jedoch nicht beobachtbarer Variablen auf die Baserate eines Spitals.

Tabelle 18: Beschreibende Statistik der berücksichtigten Variablen

Variable	Beschreibung	Mittelwert	Min.	Max.
BASERATE	Mittlere Baserate der Verhandlungspartner	9'670.1	6'400.0	13'831.0
SUBVENTIONIERT	Öff. Spital (Privatrechtlich organisiert)	0.250	0	1
OEFFENTLICH	Öff. Spital (Öffentlich-rechtliche Anstalt)	0.189	0	1
UNIKLINIK	Universitätsspital (BAG-Definition)	0.026	0	1
CMI (brutto)	Casemix-Index (ohne Bereinigung der Outlier)	0.913	0.306	2.370
KINDERSPITAL	Kinderspital (BAG-Definition)	0.015	0	1
GEBURTSHAUS	Geburtshaus (BAG-Definition)	0.102	0	1
CT	Spital mit Computertomographie	0.500	0	1
MRI	Spital mit Magnetresonanztomographie	0.403	0	1
STANDORTE_2PLUS	2 oder mehr Standorte	0.240	0	1
LATSCHWEIZ	FR/GE/JJ/NE/TI/VD/VS	0.296	0	1
HHI	Herfindahl-Hirschman-Index als Mass für die Marktkonzentration auf kantonaler Ebene	0.368	0.091	1.000

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

Die Schätzungen wurde für 2013 vorgenommen; für spätere Jahre sind die Kennzahlen der Schweizer Spitäler bisher (Ende April 2016) noch nicht publiziert worden. In die Schätzungen gehen die Angaben von 164 Einrichtungen mit ein.¹¹ Tabelle 18 zeigt die Ausprägungen der einzelnen Variablen. Die Baserate variiert zwischen CHF 6'400 und 13'831, bei einem Mittelwert von CHF 9'670. 25% der Einrichtungen in unserer Stichprobe sind subventioniert, 18.9% öffentlich-rechtlich verfasst. Bei vieren handelt es sich um Universitätskliniken, bei zweien um Kinderspitäler und bei 17 um Geburtshäuser. Der durchschnittliche Schweregrad der behandelten Patienten (CMI) variiert zwischen 0.306 und 2.370. Die Hälfte

¹¹ Die Angaben zu den Baserates werden auf den kantonalen Homepages nur für die Listenspitäler (N = 164) ausgewiesen. Die Finanzierung der so genannten Vertragsspitäler läuft ausschliesslich über die Grund- und Zusatzversicherung (und Selbstzahlung). Daher werden die Vertragsspitäler von der Regression ausgeschlossen.

der Einrichtungen verfügt über eine Computertomographie und 40.3% über eine Magnet-Resonanz-Tomographie. 24% der Kliniken haben mehr als einen Standort und 29.6% befinden sich in der Westschweiz oder im Tessin. Der Herfindahl-Hirschman-Index variiert auf Kantonsebene zwischen 0.091 und 1 bei einem Mittelwert von 0.368.

Tabelle 19 zeigt die Schätzergebnisse für verschiedene Modelle. Falls nur die unterschiedliche Trägerschaft in die Schätzung einbezogen wird, haben öffentliche Einrichtungen eine um CHF 542.49 und subventionierte Spitäler eine um CHF 433.06 höhere Baserate als private Kliniken. Wenig überraschend entsprechen diese Unterschiede ziemlich genau den Mittelwertdifferenzen aus Tabelle 17. Berücksichtigt man zusätzlich den CMI, so zeigt sich, dass Spitäler mit höherem CMI eine höhere Baserate haben: einen Anstieg des CMI um 0.1 erhöht die Baserate um 51.86. 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 spielte: Einrichtungen mit hohem CMI haben möglicherweise nach wie vor mehr Spielraum bei Preisverhandlungen mit den Versicherern.

Tabelle 19: Schätzergebnisse für die verschiedenen Modelle

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4		Modell 5	
	Koeffizient	SF	Koeffizient	SF	Koeffizient	SF	Koeffizient	SF	Koeffizient	SF
SUBVENTIONIERT	542.49 ***	(143.36)	451.71 ***	(114.64)	489.81 ***	(135.33)	521.73 ***	(116.15)	299.21 ***	(94.20)
OEFFENTLICH	433.06 ***	(120.98)	401.79 ***	(118.14)	306.68 ***	(101.52)	424.70 ***	(120.50)	168.70 *	(91.93)
CMI (brutto)*10			51.86 ***	(18.36)			84.03 ***	(22.64)	76.74 ***	(21.80)
UNIKLINIK					1197.43 ***	(150.33)	774.78 ***	(179.89)	815.49 ***	(167.19)
KINDERSPITAL					2121.64 ***	(395.33)	1971.36 ***	(319.98)	1945.44 ***	(279.26)
GEBURTSHAUS					358.60 ***	(132.54)	934.99 ***	(269.48)	981.97 ***	(276.24)
CT									227.68 *	(123.14)
MRI									123.34	(78.18)
STANDORTE_2PLUS									151.78 **	(66.15)
LATSCHWEIZ									-205.26 *	(119.53)
HHI									163.74	(120.03)
Konstante	9422.87 ***	(77.10)	8955.10 ****	(204.37)	9357.27 ***	(90.78)	8478.50 ***	(288.02)	8418.29 ***	(297.08)

*/**/** = signifikant zum Niveau von 10%/5%/1%; SF: geschätzter Standardfehler

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

Universitätskliniken, Kinderspitäler wie auch Geburtshäuser 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 bleiben, wenn man diesen speziellen Kliniken in der Schätzung Rechnung trägt (vgl. Modell 4): Die Preisunterschiede belaufen sich auf CHF 521.73 bzw. CHF 424.70. Zieht man weitere Faktoren hinzu,

bei denen es, wie wir gesehen haben, Unterschiede zwischen den Spitälern unterschiedlicher Trägerschaft gibt, etwa die Ausstattung mit neuesten bildgebenden Verfahren und die Anzahl Standorte einer Spital Einheit, reduzieren sich die Koeffizienten für die öffentlichen und subventionierten Einrichtungen (Modell 5). Spitäler in der Westschweiz haben zudem eine um rund CHF 200 niedrigere Baserate. Der Koeffizient für den Herfindahl-Hirschman-Index schliesslich ist in der Schätzung positiv, aber nicht signifikant von Null verschieden.

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 zururuckkame. Für diese Schätzung berücksichtigen wir das Modell 4 und schätzen für jedes einzelne öffentliche und subventionierte Spital dessen Baserate, wenn es privat wäre. Zu diesem Zweck werden gemäss Methode 1 die Koeffizienten γ_1 und γ_2 auf null gesetzt. Sodann werden die Erträge berechnet, die ein Spital bei der geschätzten Baserate erreichen würde. Schliesslich werden auf Kantonsebene die möglichen Ertragsreduktionen der Spitäler aufsummiert.

Tabelle 20 zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen gemäss Methode 1. Danach ist in den Kantonen Glarus und Schwyz das Einsparpotenzial mit 5.3% respektive 5.4% am höchsten. Am geringsten ist es mit 2.3% im Kanton Appenzell-Ausserrhoden. Landesweit beträgt das Einsparpotential bei den Erträgen 3.7%.

Alternativ haben wir die Wirkungen der Koeffizienten für die Trägerschaft ins Verhältnis zur aktuellen Baserate gesetzt (Methode 2), um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass sich das Ertragsniveau der Spitäler kantonal unterscheidet. Dadurch steigt das Sparpotenzial moderat: landesweit erhöhet es sich auf rund 4.4%.

Umgekehrt können diese nicht realisierten Ertragsreduktionen bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern als eine Subvention interpretiert werden. Es sind Deckungsbeiträge aus den OKP-Erträgen der öffentlichen und subventionierten Spitäler an die Kosten der Leistungserbringung. 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.

Die letzten zwei Spalten von **Tabelle 20** geben das Ausmass der uberhohnten Baserates an, das durch Beiträge der Krankenversicherer geleistet wird. Diese betragen jährlich je nach Berechnungsmethode landesweit zwischen CHF 203 Mio. und CHF 244 Mio. Die kantonalen Unterschiede sind auch hier sehr stark ausgeprägt.

Tabelle 20: Geschätztes Sparpotenzial über SwissDRG und Effekt auf die OKP

	Reduktion Ertrag SwissDRG Methode 1*		Reduktion Ertrag SwissDRG Methode 2*		Reduktion OKP-Anteil	
	Absolut	relativ	absolut	relativ	Methode 1	Methode 2
AG	-34'577'162	-4.40%	-40'667'746	-5.20%	-17'772'661	-20'903'221
AI	-306'233	-4.40%	-346'559	-5.00%	-156'179	-176'745
AR	-2'571'344	-2.30%	-2'913'696	-2.60%	-1'362'812	-1'544'259
BE	-67'708'100	-3.60%	-83'797'016	-4.40%	-30'468'645	-37'708'657
BL	-10'911'776	-3.70%	-13'050'096	-4.40%	-4'910'299	-5'872'543
BS	-20'729'672	-2.80%	-26'584'960	-3.60%	-9'328'352	-11'963'232
FR	-8'103'706	-3.20%	-9'598'549	-3.70%	-4'132'890	-4'895'260
GE	-22'331'072	-3.00%	-28'445'504	-3.80%	-10'048'982	-12'800'477
GL	-2'025'956	-5.30%	-2'335'360	-6.20%	-972'459	-1'120'973
GR	-14'421'833	-4.70%	-16'974'667	-5.50%	-6'489'825	-7'638'600
JU	-2'597'876	-4.30%	-2'989'308	-5.00%	-1'169'044	-1'345'189
LU	-16'604'192	-3.20%	-19'825'408	-3.90%	-8'302'096	-9'912'704
NE	-5'491'928	-3.70%	-6'319'416	-4.20%	-2'471'368	-2'843'737
NW	-1'607'408	-4.40%	-1'837'092	-5.00%	-851'926	-973'659
OW	-927'790	-4.40%	-1'060'362	-5.00%	-491'729	-561'992
SG	-28'378'544	-3.90%	-33'721'552	-4.70%	-13'621'701	-16'186'345
SH	-3'057'488	-3.70%	-3'425'856	-4.20%	-1'437'019	-1'610'152
SO	-11'518'640	-4.80%	-13'372'848	-5.60%	-5'644'134	-6'552'696
SZ	-6'175'902	-5.40%	-7'069'230	-6.20%	-3'026'192	-3'463'923
TG	-12'333'472	-4.50%	-13'964'880	-5.00%	-6'413'405	-7'261'738
TI	-15'159'136	-2.80%	-17'443'232	-3.20%	-6'821'611	-7'849'454
UR	-1'373'348	-4.40%	-1'569'586	-5.00%	-686'674	-784'793
VD	-41'100'779	-4.00%	-48'920'651	-4.80%	-18'495'351	-22'014'293
VS	-13'466'872	-4.10%	-15'310'144	-4.70%	-6'329'430	-7'195'768
ZG	-3'981'208	-3.70%	-4'548'520	-4.20%	-2'030'416	-2'319'745
ZH	-81'346'690	-3.70%	-98'791'272	-4.50%	-39'859'878	-48'407'723
CH	-428'808'126	-3.70%	-514'883'510	-4.40%	-203'295'079	-243'907'878

* Für beide Methoden gilt: Bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern wurde der Effekt der Trägerschaft herausgerechnet (Modell 4), was zu einer Reduktion der Baserate führt. Bei Methodik 1 (2) wurde dieser Abzug absolut (relativ) gemacht. Die Ergebnisse auf Spitalebene wurden auf die kantonale Ebene aufaddiert.

Höchster Wert; Tiefster Wert

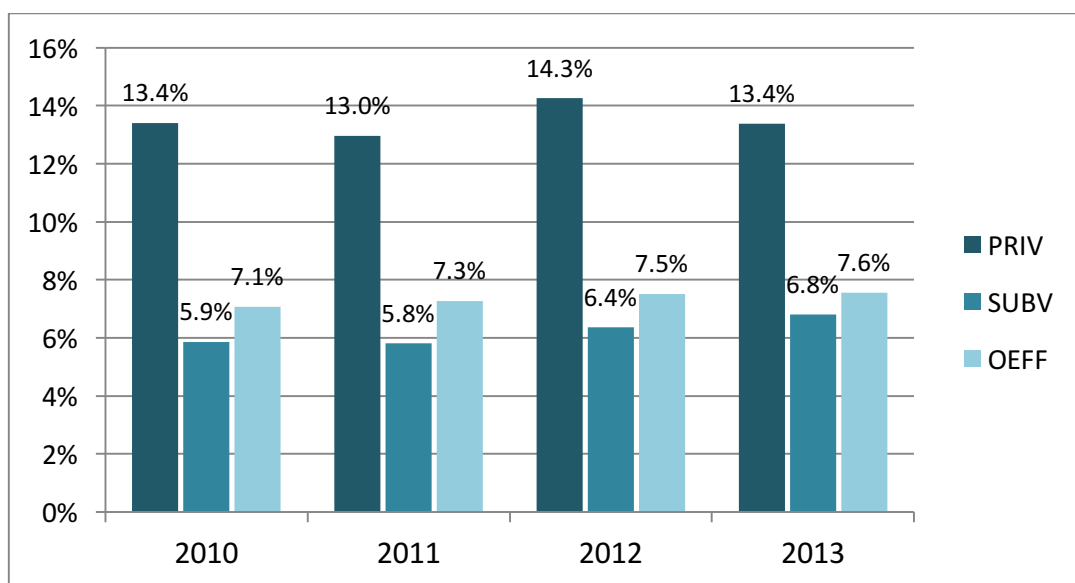
Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013); Eigene Berechnungen

4.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung

Eine Erhebung des Branchenportals Medinside hat kürzlich ergeben, dass in der Schweizer Spitallandschaft über die kommenden 15 Jahre Investitionen in der Grössenordnung von CHF 15 Mrd. anstehen.¹² Der grösste Einzelanteil fliesst dabei in Bautätigkeiten rund um das Universitätsspital Zürich (CHF 2.1 Mrd.), gefolgt vom Luzerner Kantonsspital (CHF 1.2 Mrd.), dem Kantonsspital St. Gallen (CHF 930 Mio.) und dem Inselspital Bern (CHF 750 Mio.).

Auffallend dabei ist die Tatsache, dass der Löwenanteil der veranschlagten Investitionen den öffentlich getragenen Spitälern zufliesst. In vielen Fällen ist es sogar der Kanton selbst, der das Geld für die Neu-, Aus-, und Umbauten in die Hand nimmt. Dies ist möglich, da die rechtliche Übertragung der Spitalbauten in einigen Kantonen noch nicht stattgefunden hat. Der Kanton beschliesst daher die Investitionen und sorgt für die nötigen Finanzierungslösungen. Die Spitalbetreiber bezahlen die Investitionen in Form von Mieten an die Kantone zurück.

Abbildung 6: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2010 – 2013



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2010-2013); Eigene Berechnungen

Die vorliegenden Zahlen lassen aber darauf schliessen, dass die vereinbarten Mietkosten niedrig angesetzt werden und nicht die effektiven Investitionskosten widerspiegeln. So betrug der Kostenanteil für die Anlagenutzung (Abschreibungen, Mieten und Zinsen) bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern in 2013 nur gerade 7.6%, resp. 6.8%. Fast doppelt so hoch waren im gleichen Jahr die Investitionen bei den Privatkliniken (13.4%). Ein kurzer Blick zurück ins Jahr 2010 zeigt, dass es sich bei dieser

¹² Medinside (2016). Spitalbau-Boom in der Schweiz: Ist das noch gesund? 19. Februar 2016 (<https://www.medinside.ch/de/post/spital-bau-boom-in-der-schweiz-ist-das-noch-gesund>)

Beobachtung nicht um ein einmaliges Ereignis in einem zufälligen Jahr handelt (vgl. **Abbildung 6**). Auch vor Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung ist ein grosser Graben bei den Investitionen zwischen öffentlicher und privater Trägerschaft auszumachen. Im zeitlichen Vergleich ist allerdings zu sehen, dass sich die Quote bei den öffentlichen (7.1% auf 7.6%) und subventionierten (5.9% auf 6.8%) Institutionen leicht erhöht hat, während sie bei den Privaten auf hohem Niveau stagniert. Dennoch sind diese Zahlen noch weit von der in den SwissDRG-Pauschalen in 2012 festgelegten Quote von 10% entfernt.

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. Ist dies der Fall, so untergräbt diese Praxis 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.

Diese Ungleichbehandlung der stationären Leistungserbringer hat zur Folge, dass die öffentlichen Spitäler einen Wettbewerbsvorteil geniessen. Diese haben einen Kostenvorteil und sind daher in der Lage, verhältnismässig niedrige Preise anzubieten. Diese Situation führt zu einer Verzerrung des Marktes und hat negative Konsequenzen für die Effizienz des Gesundheitssystems.

Um die verdeckten Subventionen abzuschätzen, führen wir zwei alternative Schätzungen durch. In der Variante 1 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 zwischen 10% und der tatsächlichen Investitionsquote eines Spitals. Die Subvention schliesslich entspricht der Rate multipliziert mit den Erträgen. Die höchsten Subventionen gemäss dieser Variante werden mit rund CHF 73 Mio. im Kanton Bern gezahlt (vgl. **Tabelle 21**). Sie entsprechen 4.8% der Erträge der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Versorgung. Die höchste Subventionsrate im Zusammenhang mit möglicherweise nicht ausgewiesenen Investitionskosten weist mit 6.2% der Kanton Wallis auf. Die verdeckten Investitionskosten summieren sich landesweit auf rund CHF 331.6 Mio. Im Verhältnis zu den Gesamterträgen der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Behandlung sind dies 2.8%.

Tabelle 21: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege, zwei alternative Modellannahmen

	Absolut in CHF		Im Verhältnis zu den akutstationären Erträgen		
	Niveau 10%*	Niveau PRIV	Erträge	Niveau 10%*	Niveau PRIV
AG	29'615'440	56'203'350	784'280'919	3.78%	7.17%
AI	0	231'607	8'069'400	0.00%	2.87%
AR	331'802	2'600'913	66'933'465	0.50%	3.89%
BE	72'868'720	124'011'700	1'508'597'190	4.83%	8.22%
BL	2'943'093	13'184'250	302'090'170	0.97%	4.36%
BS	15'446'250	41'235'690	760'727'838	2.03%	5.42%
FR	9'638'377	17'167'090	222'079'298	4.34%	7.73%
GE	14'692'880	50'416'880	1'053'774'120	1.39%	4.78%
GL	298'066	1'844'253	45'608'879	0.65%	4.04%
GR	3'202'178	6'788'298	331'461'877	0.97%	2.05%
JU	3'594'115	5'899'593	68'006'212	5.28%	8.68%
LU	14'998'420	30'389'400	453'997'830	3.30%	6.69%
NE	4'805'855	12'686'320	232'455'147	2.07%	5.46%
NW	0	1'016'769	45'193'264	0.00%	2.25%
OW	0	492'756	24'720'407	0.00%	1.99%
SG	25'112'960	52'280'490	801'378'608	3.13%	6.52%
SH	1'041'630	4'048'097	88'683'709	1.17%	4.56%
SO	5'391'470	13'757'520	246'778'744	2.18%	5.57%
SZ	4'086'781	8'759'754	137'841'740	2.96%	6.35%
TG	2'941'665	11'259'070	245'343'929	1.20%	4.59%
TI	15'636'400	28'484'770	378'997'000	4.13%	7.52%
UR	139'030	1'582'728	42'585'685	0.33%	3.72%
VD	45'556'750	81'214'730	1'051'827'020	4.33%	7.72%
VS	19'800'610	30'701'070	321'537'955	6.16%	9.55%
ZG	3'138'832	6'283'762	92'768'052	3.38%	6.77%
ZH	36'364'420	111'173'600	2'386'529'890	1.52%	4.66%
CH	331'645'744	713'714'461	11'702'268'348	2.83%	6.10%

*Falls ein Spital der Gruppe OEFF oder PRIV bereits ein Investitionsvolumen >10% in der Rechnung ausweist, wird angenommen, dass keine verdeckten Investitionskosten vorliegen.

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

In der Variante 2 werden die verdeckten Investitionskosten unter der Annahme berechnet, die öffentlichen und subventionierten Einrichtungen hätten das durchschnittliche Niveau der Investitionsquote der privaten Kliniken (13.4%). In diesem Fall steigt die Subventionsrate im Wallis für die öffentlichen und subventionierten Kliniken auf 9.6% und die gesamten verdeckten Investitionskosten steigen landesweit auf CHF 713.7 Mio. Dies sind 6.1% der akutstationären Erträge, die die öffentlichen und subventionierten Spitäler zusammen erzielen.

4.4 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 2013 landesweit auf CHF 2.6 Mrd. (vgl. **Tabelle 22**). Davon erhalten die öffentlichen Spitäler mit CHF 2.2 Mrd. oder 82.5% den grössten Anteil. Die subventionierten Spitäler werden mit rund CHF 375.5 Mio. bezuschusst (14.4%), während die privaten Kliniken CHF 81.8 Mio. (3.1%) für GWL beziehen.

Über die höhere **Baserate**, berechnet im Abschnitt 4.2, fliessen landesweit zusätzlich CHF 471.8 Mio. an die öffentlichen und subventionierten Spitäler. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler 54.5%, die subventionierten 45.5% und die privaten annahmegemäss null.

Tabelle 22: Übersicht der Subventionen, in CHF

Jahr 2013	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
GWL	81'751'361	375'522'788	2'159'520'970	2'616'795'119
Baserate ^a	0	214'907'562	256'938'256	471'845'818
Investitionen ^b	0	159'454'200	172'191'600	331'645'800
Total	81'751'361	749'884'550	2'588'650'826	3'420'286'737
Pro Fall				
GWL	325.9	972.5	4'238.7	2'283
Baserate ^a	0.0	556.6	504.3	412
Investitionen ^b	0.0	413.0	338.0	289
Total	325.9	1'942.1	5'081.0	2'983
Pro Akutbett				
GWL	16'727.0	49'759.2	194'406.1	111'152
Baserate ^a	0.0	28'476.6	23'130.3	20'042
Investitionen ^b	0.0	21'128.7	15'501.2	14'087
Total	16'727.0	99'364.6	233'037.5	145'281

^a Mittelwert aus Methode 1 und 2, vgl. **Tabelle 20**.

^b Gemäss Variante 1 in **Tabelle 21**.

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

Bei den verdeckten **Investitionshilfen** berücksichtigen wir Variante 1 aus Abschnitt 4.3, bei der die Differenz zwischen den aktuellen Investitionsquoten und 10% gemäss den SwissDRG Vorgaben von 2012 eingerechnet wird. Insgesamt belaufen sich diese Subventionen auf CHF 331.6 Mio. und teilen sich im Verhältnis 51.9% zu 48.1% auf öffentliche und subventionierte Spitäler auf. Nach diesen Berechnungen summieren sich die Subventionen über alle drei Bereiche auf CHF 3.42 Mrd. CHF 2.59 Mrd. oder 75.9%

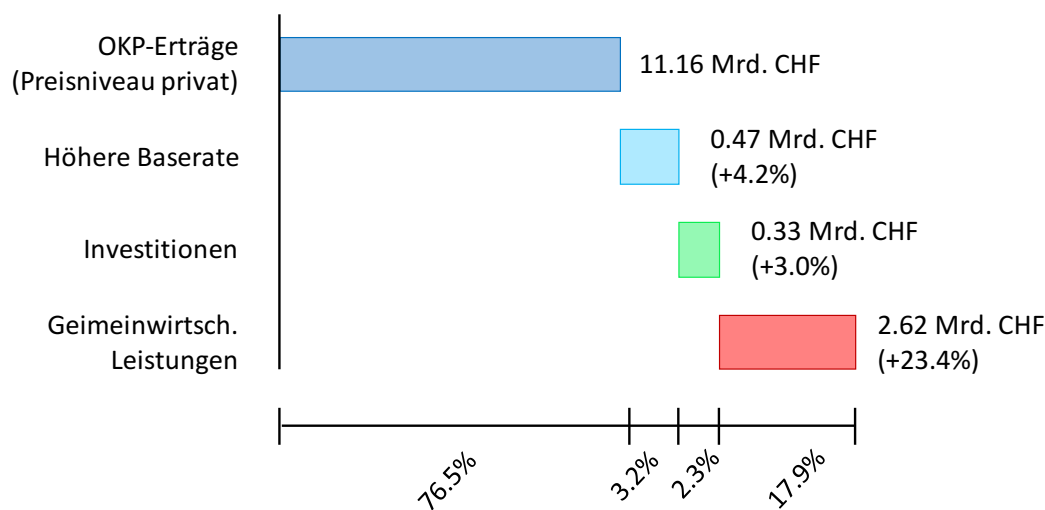
der Gesamtsumme fließen an öffentliche Spitäler, CHF 749.9 Mio. oder 21.6% an subventionierte Einrichtungen und CHF 81.8 Mio. oder 2.4% an private Kliniken.

Tabelle 22 weist zusätzlich die Subventionsbeträge pro Fall und pro Akutbett aus. Landesweit machen die Zuschüsse CHF 2'983 pro Fall aus. Bei einer durchschnittlichen Baserate von knapp CHF 10'000 sind dies zusätzliche Erträge von rund 30%. Bei den öffentlichen Einrichtungen belaufen sich die Subventionen auf CHF 5'081 pro Fall; somit rund 50% zusätzliche Erträge über die SwissDRG-Vergütung hinaus. Bei den subventionierten Einrichtungen betragen die Zuschüsse CHF 1'942 pro Fall; hier also rund 20% zusätzliche Erträge pro behandelter Fall. Bei den privaten Kliniken betragen die Subventionen CHF 326 pro Fall und damit zusätzliche Erträge von rund 3% über die SwissDRG-Vergütung hinaus.

Bezogen auf ein Akutbett belaufen sich die Subvention landesweit im Durchschnitt auf CHF 145'281. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt dieser Wert CHF 233'038, bei den subventionierten CHF 99'365 und bei den privaten Kliniken CHF 16'727.

Abbildung 7 zeigt die komponentenweise Zusammensetzung der Gesamterträge von landesweit CHF 14.58 Mrd. Sie teilen sich zu 76.5% auf die Fallpauschalenvergütung (Niveau Privat) und 23.5% auf Subventionen auf.

Abbildung 7: Erträge OKP Preisniveau privat und Subventionen



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

In **Tabelle 23** werden für 2013 die Gesamtsubventionen in den Kantonen ausgewiesen und ins Verhältnis zu der Anzahl Fälle, der Anzahl Betten und der Bevölkerungsgrösse gesetzt. In Genf belaufen sich die Subventionen insgesamt auf CHF 985.5 Mio. Das sind CHF 14'896 pro Fall, CHF 716'465 pro Bett und CHF 2'099 pro Einwohner. Die niedrigsten Zuschüsse verzeichnet der Kanton Appenzell-Ausserrhoden: CHF 273 pro Fall, CHF 14'602 pro Akutbett und CHF 69 pro Einwohner.

Tabelle 23: Gesamtsubventionen, nach Kanton, Total in CHF und pro Fall, Akutbett und Einwohner

2013	In CHF	Pro stationärer Fall (Akutpflege)	Pro Akutbett	Pro Einwohner
AG	83'340'994	1'012.6	57'555.9	131.0
AI	3'317'956	3'822.5	127'613.7	210.3
AR	3'683'998	272.7	14'601.7	68.6
BE	280'737'278	1'659.4	89'925.1	280.4
BL	37'619'729	1'149.6	51'889.3	135.0
BS	201'194'566	3'349.7	159'009.4	1'062.6
FR	108'049'805	3'915.0	177'684.3	363.0
GE	985'498'168	14'895.9	716'465.4	2'099.3
GL	8'058'604	1'806.1	91'471.1	203.5
GR	60'174'728	1'800.9	91'049.7	308.7
JU	28'437'907	3'875.4	167'183.5	396.4
LU	53'292'120	1'100.5	51'639.7	136.5
NE	168'705'527	9'964.9	461'953.8	956.4
NW	7'182'380	1'620.9	93'277.7	171.5
OW	10'030'806	3'683.7	189'260.5	274.8
SG	79'598'908	1'066.6	52'613.5	161.9
SH	27'145'802	2'957.4	139'209.2	344.6
SO	73'837'314	2'540.8	123'515.1	282.4
SZ	43'483'047	3'027.6	171'328.0	287.2
TG	24'294'981	815.5	42'825.6	93.3
TI	234'330'584	4'074.4	165'021.5	676.2
UR	6'981'897	1'883.9	91'867.1	194.7
VD	508'398'465	5'028.0	228'504.0	678.4
VS	37'059'328	1'065.6	54'419.0	113.3
ZG	39'771'096	3'059.8	180'777.7	336.7
ZH	306'061'401	1'463.1	67'631.9	214.7
CH	3'420'287'388	2'983.4	145'281.4	420.2

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

Tabelle 24 beleuchtet die Gesamtsubventionen der Kantone noch aus einer weiteren Perspektive, nämlich bezogen auf die Anzahl Fälle. Die erste Spalte zeigt die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau der privaten Spitäler auf, geschätzt auf der Grundlage von Modell 4^{13,14}.

¹³ Die Beträge verstehen sich pro stationärer Austritt 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.

¹⁴ Allgemein entspricht das Preisniveau privat dem hypothetischen Preisniveau, welches vorherrschen würde, wenn die öffentlichen Anstalten keinen Preiszuschlag 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 Zuschlag für öffentliche Spitäler wegfällt.

Tabelle 24: OKP-Ertrag pro Austritt, Preisniveau privat, und Subventionsbeiträge, nach Kanton (2013)

In CHF	OKP-Ertrag Preisniveau privat	Subventionsbeiträge			Brutto-Ertrag
		höhere Base- rate	Investitionen	GWL	
AG	9'088	457	360	196	10'101
AI	7'595	376	0	3'446	11'417
AR	8'175	203	25	45	8'448
BE	10'693	448	431	781	12'352
BL	8'740	366	90	694	9'889
BS	12'034	394	257	2'699	15'384
FR	9'000	321	349	3'245	12'915
GE	10'881	384	222	14'290	25'777
GL	8'017	489	67	1'251	9'823
GR	8'712	470	96	1'235	10'513
JU	7'765	381	490	3'005	11'640
LU	10'233	376	310	415	11'334
NE	8'456	349	284	9'332	18'421
NW	7'950	389	0	1'232	9'571
OW	7'409	365	0	3'319	11'093
SG	9'286	416	336	314	10'353
SH	8'568	353	113	2'491	11'525
SO	7'861	428	186	1'927	10'402
SZ	7'538	461	285	2'282	10'565
TG	8'850	441	99	275	9'666
TI	9'244	283	272	3'519	13'318
UR	8'058	397	38	1'449	9'942
VD	9'669	445	451	4'132	14'697
VS	8'930	414	569	83	9'996
ZG	7'917	328	241	2'490	10'977
ZH	10'085	431	174	859	11'548
CH	9'737	412	289	2'283	12'721

Höchster Wert; Tiefster Wert

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

Mit CHF 12'034 pro Fall sind die OKP-Erträge in Basel-Stadt am höchsten, die niedrigsten mit CHF 7'595 in Appenzell-Innerrhoden.¹⁵ Der Aufschlag auf die Fallpauschalen Erträge beim Preisniveau privat auf-

¹⁵ Gewichtet man die Fälle mit dem Case-Mix-Index, so ergeben sich für Basel-Stadt und Appenzell-Innerrhoden CHF 12'288 und CHF 9'142 resp. Der Schweizer Durchschnitt des Ertrages pro CMI-bereinigter Fall, Preisniveau Schweiz, beträgt CHF 9'497.



grund der höheren Baserate von öffentlichen und subventionierten ist mit CHF 489 in Glarus am höchsten und mit CHF 45 in Appenzell-Ausserrhoden am niedrigsten. Die verdeckten Investitionsbeihilfen für öffentliche und subventionierte Spitäler sind mit CHF 431 bezogen auf die Anzahl behandelte Patienten am höchsten im Kanton Bern. Mehrere Kantone (Appenzell-Innerrhoden, Ob- und Nidwalden) weisen nach unseren Berechnungen keine Investitionshilfen auf.

Die Subventionen für gemeinwirtschaftliche Leistungen pro behandelte Fall sind mit CHF 14'290 am höchsten im Kanton Genf und mit CHF 45 geringsten im Kanton Appenzell-Innerrhoden.

Die letzte Kolonne in **Tabelle 24** weist den Bruttoertrag pro behandelte Fall aus, einschliesslich der drei Subventionsbeiträge für die einzelnen Kantone. Mit CHF 25'777 ist der Bruttoertrag im Kanton Genf am höchsten, gegenüber CHF 8'448 am niedrigsten im Kanton Appenzell-Ausserrhoden. Die Bruttoerträge pro Fall sind in Genf damit um den Faktor 3.05 höher als in Appenzell-Ausserrhoden.

5. Ordnungspolitische Einordnung

5.1 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. Die von der regionalen Bevölkerung zusätzlich zu den durch die Bundesebene gewährleisteten Versorgung sollte zudem ausschliesslich von der untergeordneten Gebietskörperschaft finanziert werden, damit institutionelle Kongruenz zwischen Entscheider, Nutzniesser und Finanzierer sicher zu stellen.

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 ehemals stark regulierten Bereich ist dabei, sich zu ändern. 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 erhielte 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.

5.2 Beurteilung der aktuellen 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 Spitälern, 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 korrekten 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 Subvention 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. Zudem gibt es einen Preiswettbewerb zwischen den Spitälern über die Verhandlungen der Baserates zwischen Versicherern und Leistungserbringern.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 Verhältnis-

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 die Preise sich an die Grenzkosten angleichen, was heute bei der Vollkostenrechnung der DRG-Systemen nicht der Fall ist.

sen 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 stationären 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.

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.

Sinnvoll wäre die Einführung eines Wettbewerbs um den Markt. Mit der gesetzlichen Auflage, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen auszuschneiden, 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

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.



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.

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
HHI	Hirschman-Herfindahl-Index
HSM	Hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
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

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
OECD Health Data 2015	Link

D Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Finanzierung der akutstationären Spitäler ab 2012.....	11
Abbildung 2: Schweizer Gesundheitskosten nach Ort der Leistungserbringung / Krankenhausstyp	17
Abbildung 3: Ärzte- und Bettendichte*, in den Kantonen und für den Kanton Zürich (1998-2014)	20
Abbildung 4: Bettenauslastung in den Kantonen, 2013	23
Abbildung 5: Kumulierte Verteilungsfunktionen für die Grösse der Spitäler, nach Trägerschaft	28
Abbildung 6: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2010 – 2013	40
Abbildung 7: Erträge OKP Preisniveau privat und Subventionen	44

E Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Offene und verdeckte Subventionierung, nach Trägerschaft	6
Tabelle 2: Ausgaben für die stationäre Akutpflege pro Kopf* (in US\$, kaufkraftbereinigt) und Anteil an gesamten Gesundheitsausgaben (1970, 1990, 2010, 2012)	13
Tabelle 3: Bettendichte in der Akutpflege im zeitlichen Vergleich (2000, 2005, 2010, 2012)	14
Tabelle 4: Durchschnittliche Verweildauer in der Akutpflege im Zeitverlauf (1990-2012)	15
Tabelle 5: Durchschnittliche Grösse der Spitäler*, gemessen an der Fallzahl und Bettenzahl	16
Tabelle 6: Bettendichte nach Aktivitätstyp 2013, nach Kanton	18
Tabelle 7: Dichte der Hausärzte und Spezialisten, in 2013 nach Kanton	19
Tabelle 8: Rohe und standardisierte Hospitalisierungsrate* und Anzahl Fälle pro Patient 2013, nach Kanton	21
Tabelle 9: Bettenauslastung, Herkunft der Patienten und Selbstversorgungsgrad, nach Kanton	22
Tabelle 10: Anzahl Akutspitäler, einschliesslich Geburtshäuser 2013, nach Trägerschaft und Kanton	25
Tabelle 11: Marktanteile an Pfl egetagen nach Trägerschaft und Herfindahl-Hirschman-Index 2013	26
Tabelle 12: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger	27
Tabelle 13: Personal und Kosten der akutstationären Versorger	29
Tabelle 14: Ertragssituation der akutstationären Versorger	31
Tabelle 15: SwissDRG-Erträge der Spitäler und Aufteilung nach Kanton und Versicherer	32

Tabelle 16: GWL und Beiträge für Lehre und Forschung nach Kanton (2013)	34
Tabelle 17: Entwicklung der Baserates zwischen 2012 und 2016 nach Trägerschaft	35
Tabelle 18: Beschreibende Statistik der berücksichtigten Variablen	36
Tabelle 19: Schätzergebnisse für die verschiedenen Modelle	37
Tabelle 20: Geschätztes Sparpotenzial über SwissDRG und Effekt auf die OKP	39
Tabelle 21: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege, zwei alternative Modellannahmen	42
Tabelle 22: Übersicht der Subventionen, in CHF	43
Tabelle 23: Gesamtsubventionen, nach Kanton, Total in CHF und pro Fall, Akutbett und Einwohner.45	
Tabelle 24: OKP-Ertrag pro Austritt, Preisniveau privat, und Subventionsbeiträge, nach Kanton (2013)	46

F Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2013

KT	SPITAL	ORT	TYP ¹	TRÄGER	AKTIVITÄTSTYP ²	STANDORTE
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 ParacelsusKlinik 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	Gesundheitszentrum Schönberg Gunten AG	3654 Gunten	K221	PRIVAT	A, R	1
BE	Hirslanden Bern AG	3013 Bern	K112	PRIVAT	A	4
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	3
BE	Privatklinik Linde AG	2503 Biel	K122	PRIVAT	A	1
BE	Privatklinik Piano	2504 Biel	K231	PRIVAT	A	1
BE	Stiftung Diaconis Palliative Care	3013 Bern	K235	PRIVAT	A	1
BL	ErgolzKlinik	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	2
BL	Lukas Klinik	4144 Arlesheim	K235	PRIVAT	A, R	1
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	Schmerzlinik Basel AG	4051 Basel	K235	PRIVAT	A	1
BS	St. Claraspital	4058 Basel	K112	PRIVAT	A	1
FR	Clinique Générale - SteAnne 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 GénéraleBeaulieu	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 VertPré	1231 Conches	K231	PRIVAT	A	1
GR	Geburtshaus Graubünden	7307 Jenins	K232	PRIVAT	B	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	1
LU	Schweizer ParaplegikerZentrum 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 Chauxde-Fonds	K231	PRIVAT	A	1
NE	Clinique Montbrillant SA	2300 La Chauxde-Fonds	K231	PRIVAT	A	1
NE	GSMN Neuchâtel SA	2001 Neuchâtel	K123	PRIVAT	A	2
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	HerzNeuroZentrum 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, R	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, R	1
TI	Clinica Luganese SA Sede San Rocco	6900 Lugano	K123	PRIVAT	A, R	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	Bionus, Clinique BonPort SA centre de soins médicaux & esthétiques	1820 Territet	K235	PRIVAT	A	1
VD	Clinique BoisCerf SA	1006 Lausanne	K123	PRIVAT	A	2
VD	Clinique Cecil SA	1003 Lausanne	K122	PRIVAT	A	1
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, R	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 Métairie SA	1260 Nyon	K212	PRIVAT	A, P, R	1
VD	Clinique la Prairie SA	1815 Clarens	K123	PRIVAT	A, P	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 de Valère SA Clinique Générale	1950 Sion	K231	PRIVAT	A	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 Oberland	8344 Bäretswil	K232	PRIVAT	B	1
ZH	Klinik Hirslanden AG	8008 Zürich	K112	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik im Park	8002 Zürich	K121	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Lindberg	8400 Winterthur	K123	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Pyramide am See AG	8008 Zürich	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Klinik Pyramide Schwerzenbach	8603 Schwerzenbach	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	ParacelsusSpital Richterswil	8805 Richterswil	K123	PRIVAT	A	1
ZH	Privatklinik Bethanien AG	8044 Zürich	K122	PRIVAT	A	1
ZH	SchulthessKlinik	8008 Zürich	K231	PRIVAT	A	2
ZH	Uroviva Klinik für Urologie	8180 Bülach	K231	PRIVAT	A	1
ZH	Vista Diagnostics AG	8001 Zürich	K235	PRIVAT	A	1

CH	PRIVATE SPITÄLER		ANZAHL	109	STAND-ORTE	121
-----------	-------------------------	--	---------------	------------	-------------------	------------

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 StImier	K122	SUBV	A	2
BE	Inselspital Bern	3010 Bern	K111	SUBV	A, R	1
BE	Regionalspital Emmental AG	3400 Burgdorf	K121	SUBV	A	2
BE	Spital Netz Bern AG	3007 Bern	K112	SUBV	A, R	6
BE	Spital ThunSimmentalSaaneland 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	4
FR	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) EstavayerleLac	1470 EstavayerleLac	K123	SUBV	A, R	2
GL	Kantonsspital Glarus	8750 Glarus	K122	SUBV	A, P	2

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	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	1
SO	Solothurner Spitäler AG	4500 Solothurn	K112	SUBV	A, P, R	5
SZ	Regionalspital Einsiedeln	8840 Einsiedeln	K122	SUBV	A	1
SZ	Spital Lachen	8853 Lachen SZ	K122	SUBV	A	1
SZ	Spital Schwyz	6430 Schwyz	K121	SUBV	A	1
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen	8500 Frauenfeld	K112	SUBV	A	2
VD	Centre de Soins et de Santé Communautaire du Balcon du Jura Vaudois (CSSC)	1450 SteCroix	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 Yverdonles-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 Chablais VD	1860 Aigle	K122	SUBV	A	2
VD	Hôpital du Pays d'Enhaut	1660 Châteaud'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 Gonnin 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	Kinderspital Zürich	8032 Zürich	K233	SUBV	A, P, R	2
ZH	Schweizerisches Epilepsie-Zentrum	8008 Zürich	K235	SUBV	A	1
ZH	SeeSpital	8810 Horgen	K112	SUBV	A	2
ZH	Spital Affoltern	8910 Affoltern am Albis	K122	SUBV	A, P	1
ZH	Spital Zollikerberg	8125 Zollikerberg	K112	SUBV	A	1
ZH	SuneEgge	8005 Zürich	K235	SUBV	A	1
ZH	Uniklinik Balgrist	8008 Zürich	K231	SUBV	A, R	1
CH	SUBV. SPITÄLER		ANZAHL	49	STAND-ORTE	93

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	Felix PlatterSpital	4055 Basel	K234	OEFF	A, R	2
BS	UniversitätsKinderspital beider Basel (UKBB)	4056 Basel	K233	OEFF	A	1
BS	Universitätsspital Basel	4056 Basel	K111	OEFF	A, R	1
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	1708 Fribourg	K112	OEFF	A, R	7
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	1205 Genève	K111	OEFF	A, P, R	3
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	7550 Scuol	K123	OEFF	A	1
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	Regionalspital Surselva	7130 Ilanz	K122	OEFF	A	1
GR	Spital Oberengadin	7503 Samedan	K122	OEFF	A	1
JU	Hôpital du Jura	2900 Porrentruy	K121	OEFF	A, P, R	4
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	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	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 Bülach	8180 Bülach	K112	OEFF	A	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	37	STAND-ORTE	86

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