



Universität
Basel

Basel Center
for Health Economics

bche
basel center
for health economics

Basel Center for Health Economics | Universität Basel
Peter Merian-Weg 6 | Postfach | CH-4002 Basel
Tel. +41 61 207 32 26 | bche@unibas.ch

Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2022

Schwerpunktthema 2024

Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren beim Spitalbenchmarking
und der Vergütung stationärer Leistungen

Eine Studie im Auftrag von

ospita

Die Schweizer Gesundheitsunternehmen
Les entreprises suisses de santé
Le aziende sanitarie svizzere

Schlussbericht | Basel, 19. September 2024



Auftraggeber: ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen
Zieglerstrasse 29
CH-3007 Bern

Begleitgruppe: Dr. Beat Walti
Nello Castelli
Dr. Dominic Pugatsch
Guido Schommer

Projektleitung: Prof. Dr. Stefan Felder
Projektbearbeitung: Dr. Stefan Meyer
Yannic Heinlin

Vorgeschlagene Zitierweise: Felder, S., Meyer, S, und Heinlin, Y. (2024). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2022*. Studie im Auftrag von ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen. Universität Basel.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	II
TABELLENVERZEICHNIS	III
VERWENDETE ABKÜRZUNGEN.....	IV
1. EINLEITUNG	1
2. DIE AKUTSTATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DER SCHWEIZ.....	4
2.1 BETTENDICHTE, AUSLASTUNG UND INTERKANTONALE PATIENTENWANDERUNG	4
2.2 DIE AKUTSTATIONÄREN LEISTUNGSERBRINGER NACH TRÄGERSCHAFT	8
3. SUBVENTIONIERUNG DER SPITÄLER	18
3.1 GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN IM KANTONALEN VERGLEICH.....	18
3.2 UNTERSUCHUNG DER BASISFALLWERTE AUF SPITALEBENE.....	21
3.2.1 <i>Exkurs: Quervergleich Vergütung zwischen Universitäts- und Zentrumsspitalern</i>	25
3.3 VERDECKTE SUBVENTIONEN BEI DER INVESTITIONSFINANZIERUNG	27
3.4 DIE SUBVENTIONEN INSGESAMT.....	29
4. SCHLUSSFOLGERUNGEN	34
5. SCHWERPUNKT 2024: QUALITÄT UND SPITALEFFIZIENZ.....	37
5.1 DATEN UND METHODEN	37
5.2 TECHNISCHE EFFIZIENZ DER SCHWEIZER AKUTSPITÄLER.....	41
5.3 TECHNISCHE EFFIZIENZ UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER BEHANDLUNGSQUALITÄT.....	42
5.4 QUALITÄTSBEREINIGTER SPITALBENCHMARK	44
5.5 DER WEG ZU EINER QUALITÄTSORIENTIERTEN VERGÜTUNG	45
6. LITERATURVERZEICHNIS.....	49
ANHANG I: DATENQUELLEN.....	50
ANHANG II: TABELLEN	51
ANHANG III: VERZEICHNIS DER SCHWEIZER AKUTSPITÄLER 2022	56
ANHANG IV: VERGLEICHSSPITÄLER DER UNIVERSITÄTSSPITÄLER	60
ANHANG V: EFFEKT DER QUALITÄTSORIENTIERTEN VERGÜTUNG.....	61



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012.....	2
Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2022.....	5
Abbildung 3: Import und Export von stationären Leistungen, 2022	7
Abbildung 4: Tarifaufschläge der öffentlichen und subventionierten Spitäler, 2013-2022	23
Abbildung 5: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2022	27
Abbildung 6: Entwicklung der Subventionen aus den drei Quellen seit 2013	34
Abbildung 7: Subventionen pro Fall nach Kanton (2022)	35
Abbildung 8: Repräsentativität der analysierten Spitäler.....	37
Abbildung 9: Bestimmung der Effizienz von Spitälern	40
Abbildung 10 Komponenten der Effizienz nach Spitalgrösse	41
Abbildung 11: Technische Effizienz der Schweizer Spitäler – ohne Berücksichtigung der Qualität	42
Abbildung 12: Technische Effizienz der Schweizer Spitäler – mit Berücksichtigung der Qualität	42
Abbildung 13: Vergleich der technischen Effizienz – mit und ohne Berücksichtigung der Qualität.....	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bettendichte (Anzahl Betten/1000 Einwohner) 2022 im Vergleich zu 2021, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton	4
Tabelle 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2022 und im Vergleich zu 2021	6
Tabelle 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, nach Trägerschaft und Kanton	8
Tabelle 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, nach Trägerschaft und Kanton	9
Tabelle 5: Marktanteile akutstationärer Pflage tage nach Trägerschaft (in %)	10
Tabelle 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2022.....	11
Tabelle 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2022 im Vergleich zu 2021	12
Tabelle 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2022 und im Vergleich zu 2021	13
Tabelle 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2022 und im Vergleich zu 2021	14
Tabelle 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2022 und im Vergleich zu 2021	15
Tabelle 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2022	16
Tabelle 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2022 und im Vergleich zu 2021	17
Tabelle 13: GWL in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2022 und im Vergleich zu 2021	19
Tabelle 14: GWL in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2022	20
Tabelle 15: GWL in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2022	21
Tabelle 16: Entwicklung der Basisfallwerte in Franken zwischen 2013 und 2022 nach Trägerschaft	22
Tabelle 17: Subventionen in Franken durch höhere Basisfallwerte, insgesamt und pro Fall, 2022	24
Tabelle 18: Vergleich zwischen Unispitälern und Zentrumspitälern im jeweiligen Einzugsgebiet	25
Tabelle 19: Einsparungen in Franken durch Reduktion der jeweiligen Baserate, insgesamt und pro Fall ..	26
Tabelle 20: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege (in Franken)	29
Tabelle 21: Übersicht der Subventionen, 2022	30
Tabelle 22: Änderung der Subventionen in Franken 2022/2021, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft ..	31
Tabelle 23: Gesamtsubventionen nach Kanton, 2022 und im Vergleich zu 2021	32
Tabelle 24: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall, Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2022	33
Tabelle 25: Deskriptive Statistik der In- und Outputs sowie der Qualität	38
Tabelle 26: Auswirkung des qualitätsbereinigten Benchmarks nach Trägerschaft	45
Tabelle 27: Rechenbeispiel für eine qualitätsorientierte Vergütung von 20%	46
Tabelle 28: Qualitätsorientierte Vergütung von 20%: Auswirkungen für das Durchschnittsspital nach Trägerschaft	47
Tabelle A29: Zugang zu den verwendeten Datenquellen	50
Tabelle A30: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennzahlen aufgrund von Rücksprachen	51
Tabelle A31: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2022	52
Tabelle A32: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2022	53



Verwendete Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CMI	Case-Mix-Index
CHF	Schweizer Franken
DRG	Diagnosis Related Groups
EBITDAR	Earning Before Interests, Taxes, Depreciation, Amortization and Rent costs (dt. Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten)
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KZSS	Kennzahlen der Schweizer Spitäler
OKP	Obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz (frz. tarif médical)
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag

1. Einleitung

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

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

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

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

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

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen interessiert die Aufteilung zwischen Beiträgen für Forschung und Lehre einerseits und weiteren Beiträgen andererseits. Zusätzlich zu den Erträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen können weitere Subventionen an einzelne Spitäler fliessen, die offiziell nicht ausgewiesen werden oder nur schwer zu identifizieren sind. Obwohl gesetzlich nicht zulässig ist es denkbar, dass via Fallpauschalen-Vergütung Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden. In diesem Fall findet eine Quersubventionierung von der akutstationären medizinischen Versorgung gemäss OKP zugunsten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen statt (vgl. Blitz in Abbildung 1). Während bspw. die Kosten für einen Rettungsdienst, die Spitalseelsorge oder die universitäre Lehre und Forschung relativ gut ausgedacht werden können, ist dies beim dritten Typ von GWL gemäss der H+-Definition weitaus schwieriger.

¹ Vgl. Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). Entscheidung zum Antrag Nr. 14_001. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.

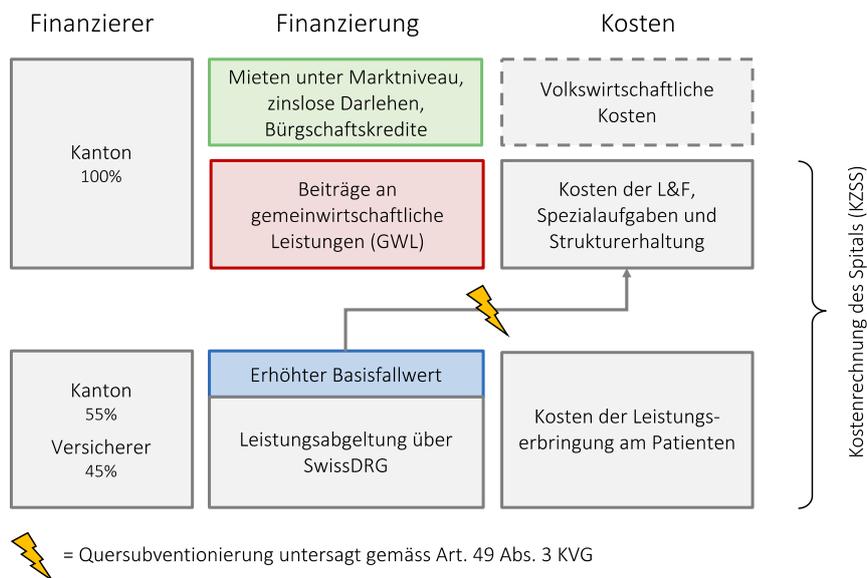


Im heutigen System ist es nicht auszuschliessen, dass Geld aus der OKP verwendet wird, um «die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG) zu finanzieren. Dafür fehlt schlichtweg ein methodisches Konzept.

Eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen wird bei öffentlichen Spitälern insofern erleichtert, als die Kantone als Eigentümer indirekt einen Einfluss auf die Höhe des Basisfallwerts nehmen können. Ein finanzieller Anreiz, den Basisfallwert zu erhöhen und im Gegenzug die Subventionen und Beiträge an die Einrichtungen zu senken, besteht ohnehin. Denn während bei Subventionen die Kantone die gesamten entsprechenden Aufwendungen zahlen, tragen sie bei den Fallpauschalen nur 55 Prozent der Vergütung. Gelingt es also, einen Franken Aufwand aus dem gemeinwirtschaftlichen Bereich in den Vergütungsbereich zu verschieben, reduzieren sich die Kosten für den Kanton um 45 Rappen.²

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

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012



Darstellung: Universität Basel.

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

² Eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, die das Parlament Ende 2023 beschlossen hat, beraten wird, würde diesen Anreiz noch verstärken. Unter EFAS ist per 1. Januar 2028 geplant, den Kantonsanteil an der stationären Vergütung von 55 Prozent auf 26.9 Prozent zu senken. Die mit einem Anstieg der Baserate steigenden Kosten würden somit nur noch zu einem Anteil von 26.9 Prozent vom Kanton getragen.

Die vorliegende Studie ist eine Fortschreibung von Felder und Meyer (2023), in der zusätzlich zu den Jahren 2013 bis 2021 die Kennzahlen der Schweizer Spitäler für das Jahr 2022 ausgewertet werden. Tabelle A30 gibt darüber Auskunft, welche Korrekturen an den Kennzahlen durch die Autoren vorgenommen wurden.



2. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz

2.1 Bettendichte, Auslastung und interkantonale Patientenwanderung

Die gesamten Schweizer Gesundheitskosten beliefen sich 2022 auf 91.5 Mrd. Franken (BFS, 2024). Das sind rund 2.5 Prozent mehr als im Vorjahr. Davon entfielen 25.7 Mrd. Franken bzw. 28.1 Prozent der Gesamtausgaben auf die allgemeinen Krankenhäuser. Leistungsseitig sind 14.3 Mrd. Franken oder 15.6 Prozent aller Kosten der stationären Kurativpflege zuzurechnen, während 4.2 Mrd. Franken oder 4.6 Prozent den ambulanten Leistungen zuzurechnen sind (BFS, 2024).

Tabelle 1: Bettendichte (Anzahl Betten/1000 Einwohner) 2022 im Vergleich zu 2021, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton

Kanton	Gesamt		Akutspital/Geburtshaus ¹			
			Absolut		Anteil	
	2022	rel. Δ 2021	2022	rel. Δ 2021	2022	rel. Δ 2021
AG	4.78	+0.8%	2.05	-0.6%	42.9%	-0.6%
AI	1.03	-40.1%	0.00	-100.0%	-	-31.9%
AR	9.31	+0.4%	3.18	-10.9%	34.2%	-4.3%
BE	4.69	-0.5%	2.62	-3.5%	55.8%	-1.8%
BL	3.36	+2.3%	1.90	+0.2%	56.4%	-1.2%
BS	11.08	+2.2%	6.94	+2.9%	62.6%	+0.5%
FR	2.71	+0.0%	1.76	+1.0%	65.2%	+0.6%
GE	4.83	-3.0%	3.25	+0.4%	67.2%	+2.2%
GL	3.50	-4.5%	1.98	-5.1%	56.5%	-0.3%
GR	5.45	+1.9%	2.72	+0.6%	49.9%	-0.7%
JU	4.71	-0.4%	2.15	-0.1%	45.7%	+0.1%
LU	3.88	-2.9%	2.31	-3.3%	59.5%	-0.2%
NE	3.47	+0.1%	2.25	+0.3%	64.7%	+0.1%
NW	2.28	-0.0%	1.61	+0.4%	70.5%	+0.3%
OW	1.35	-0.4%	1.35	-0.4%	100.0%	+0.0%
SG	4.09	-4.2%	2.61	-6.7%	63.9%	-1.7%
SH	3.61	+0.1%	2.49	-1.2%	69.2%	-0.9%
SO	2.44	-0.8%	1.94	-0.7%	79.6%	+0.0%
SZ	2.01	-1.9%	1.50	-3.1%	74.3%	-0.9%
TG	6.03	+3.9%	2.01	+3.0%	33.4%	-0.3%
TI	5.37	-0.6%	3.84	-0.7%	71.6%	-0.1%
UR	1.53	+4.8%	1.53	+4.8%	100.0%	+0.0%
VD	4.35	-0.1%	2.83	-0.1%	65.1%	+0.0%
VS	3.71	-0.4%	2.04	+1.9%	55.0%	+1.3%
ZG	4.29	-1.1%	1.58	-0.9%	36.8%	+0.1%
ZH	3.80	+3.5%	2.55	-2.1%	67.1%	-3.9%
CH	4.33	+0.2%	2.56	-1.4%	59.2%	-0.9%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Da AI seit 2021 kein stationäres Akutangebot mehr betreibt, wird in diesem Bereich der nächsttiefere Wert gekennzeichnet.

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2021/2022); STATPOP (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

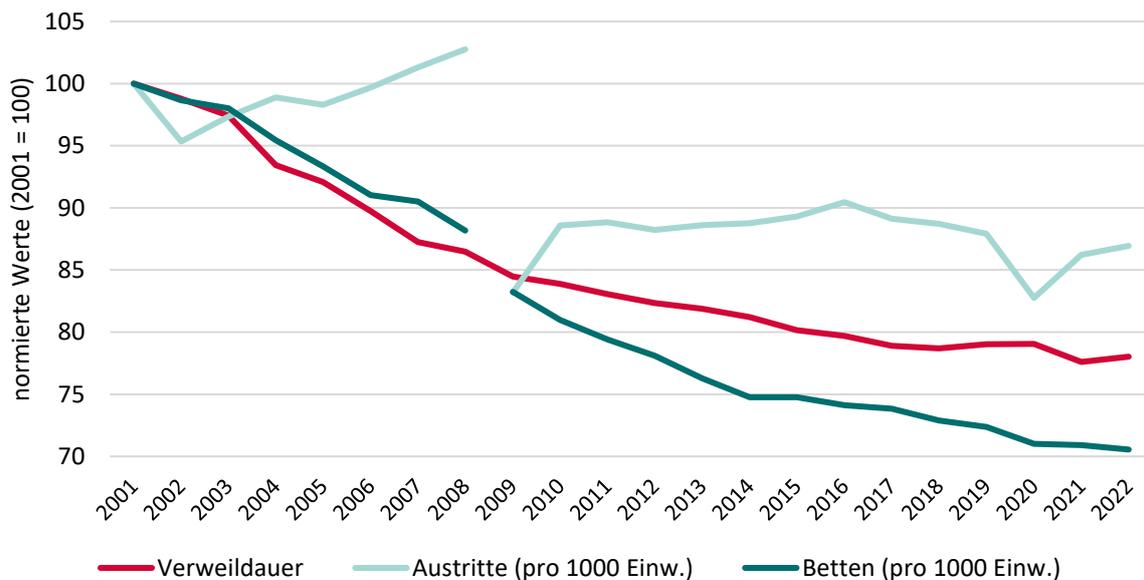
Das Angebot an stationärer Versorgung kann mit der Anzahl vorgehaltener Betten pro 1000 Einwohner (Bettendichte) gemessen werden. Tabelle 1 zeigt die Gesamtwerte für alle Formen der stationären Versorgung

(Akutpflege/Geburtshaus, Psychiatrie und Reha), sowie die Untergruppe Akutpflege inklusive Geburtshäuser.³

Die Kantone Basel-Stadt und Appenzell-Ausserrhoden sind mit insgesamt 11.08 bzw. 9.31 bereitgehaltenen Betten auf 1000 Einwohner Spitzenreiter, während Appenzell-Innerrhoden mit 1.03 das niedrigste Bettenangebot aufweist. Gegenüber dem Vorjahr nahm die Bettendichte landesweit wieder leicht zu und lag im Jahr 2022 bei 4.33 Betten pro 1000 Einwohner. Demgegenüber hat sich im Jahr 2022 die Dichte der Akutbetten um -1.4 Prozent auf 2.56 Betten reduziert, wenn auch die kantonalen Unterschiede beträchtlich sind. Während die Kantone Fribourg, Genf, Glarus, Graubünden, Neuenburg, Obwalden, Uri und Wallis tendenziell ausgebaut haben, wurden in Zürich, Appenzell-Innerrhoden, St. Gallen und Schaffhausen weniger Betten registriert.

Die Bettendichte in der Schweiz ist seit den frühen 2000er-Jahren konstant rückläufig (vgl. Abbildung 2). Im Jahr 2001 kamen auf 1000 Personen 6.13 Betten (inkl. teilstationäre Betten). Im Jahr 2022 waren es noch 4.33 Betten (-29.5 Prozent). Dieser Trend ist, wie die Grafik deutlich macht, weniger einer schwindenden Zahl von Austritten geschuldet als einem starken Rückgang bei der Verweildauer. Die Hospitalisierungsrate war seit den 2010er-Jahren relativ stabil, bevor sich im Jahr 2020 ein Covid-19-bedingter Rückgang zeigt. Inzwischen bewegen sich die Austritte trotz sinkender Bettendichte wieder auf dem Vor-Covid-19-Niveau, was zu einer höheren Bettenauslastung führt (vgl. Tabelle 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2022



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

Quelle: Krankenhausstatistik (2001- 2022), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2001-2022).

Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Dass die Zahl der Austritte gemessen an der Gesamtbevölkerung nicht über diesen Sondereffekt hinauswächst, hat auch damit zu tun, dass eine kontinuierliche Verlagerung in den ambulanten Spitalbereich stattfindet. Diese Verlagerung mag auch ein Grund dafür sein, dass bei der Verweildauer seit einigen Jahren eine Stabilisierung zu beobachten ist; zwar verkürzen schonende, minimal-invasive Therapieverfahren und die Frührehabilitation den Spitalaufenthalt, gleichzeitig führt die Ambulantisierung aber dazu, dass der durchschnittliche stationäre Patient «kränker» wird.

³ Jedes Krankenhaus ist einem Krankenhaustyp zugeordnet (z. B. Allgemeinspital, Psychiatrische Klinik usw.). Zudem sind jedem Spital ein oder mehrere Aktivitätstypen zugewiesen (Akutpflege, Psychiatrie, Reha/Geriatrie, Geburtshaus), je nachdem in welchen Versorgungsbereichen ein Haus tätig ist.



Mit den Angaben aus den Kennzahlen der Schweizer Spitäler kann die Auslastung der Betten abgeschätzt werden. Im Jahr 2022 betrug diese in der Akutpflege landesweit 81.4 Prozent (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2022 und im Vergleich zu 2021

Kanton	Auslastung in %		Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton	
	2022	abs. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021
AG	82.1%	-0.7%	76.4%	-0.9%
AI ¹	-	-	-	-5.1%
AR	81.0%	+3.8%	45.9%	-4.6%
BE	86.1%	+1.7%	93.6%	-0.4%
BL	84.3%	+6.2%	41.2%	+0.8%
BS	86.1%	-0.4%	85.1%	-0.5%
FR	75.7%	+0.7%	69.3%	-0.4%
GE	78.8%	+2.9%	94.7%	+0.1%
GL	85.3%	+8.2%	60.8%	+0.4%
GR	81.7%	-1.5%	81.1%	-0.4%
JU	84.2%	+5.3%	60.2%	-0.9%
LU	80.2%	-0.2%	79.8%	-1.1%
NE	78.7%	+5.3%	74.8%	+0.2%
NW	91.3%	+1.8%	57.2%	-0.9%
OW	79.1%	+4.3%	50.1%	-1.0%
SG	80.8%	+2.7%	71.5%	-0.6%
SH	67.8%	+1.0%	62.2%	-0.5%
SO	83.7%	+1.4%	53.7%	-0.9%
SZ	83.3%	+2.5%	55.3%	-0.2%
TG	77.6%	-0.3%	68.4%	+0.1%
TI	70.6%	+2.5%	93.1%	+0.0%
UR	89.6%	-1.6%	61.0%	+0.3%
VD	79.1%	+3.8%	91.7%	-0.2%
VS	86.1%	+3.3%	82.3%	-0.7%
ZG	90.1%	+1.9%	65.8%	-1.4%
ZH	82.6%	+1.0%	87.8%	-0.4%
CH	81.4%	+1.7%	79.1%	-0.5%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Für Appenzell-Innerhoden ist es aufgrund der Spitalschliessung per Juni 2021 nicht sinnvoll, die Auslastung auszuweisen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021, 2022), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2021, 2022). **Berechnung:** Universität Basel.

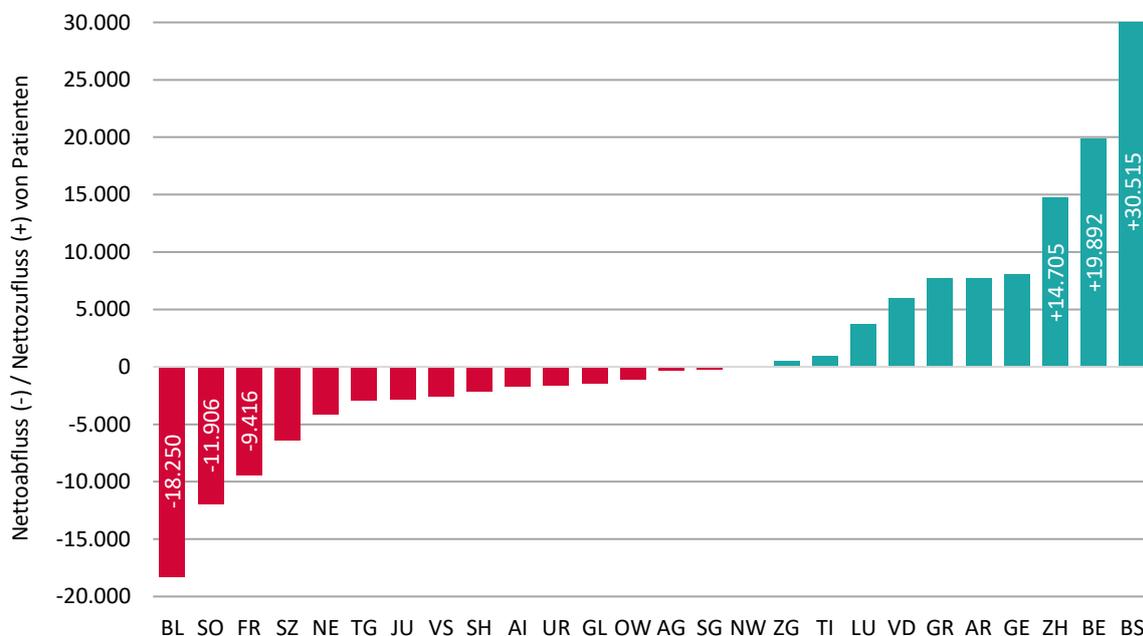
Die Auslastung befand sich im landesweiten Mittel zwischen 2013 und 2022, mit einer leichten Abweichung im Jahr 2020 (76.7 Prozent), in etwa bei 80 Prozent. Für das Jahr 2022 ergibt sich eine signifikante Zunahme der Auslastung um +1.7 Prozent im Vergleich zu 2021. Den niedrigsten Wert weist der Kanton Schaffhausen mit 67.8 Prozent aus. Am höchsten war die Auslastung hingegen mit über 90 Prozent im Spital Nidwalden. Es fällt auf, dass die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr zwischen den Kantonen höchst unterschiedlich ausfällt; starke Rückgänge bei der Bettenbelegung hat der Kanton Graubünden zu verzeichnen, während die durchschnittliche Auslastung in den Kantonen Glarus, Basel-Landschaft, Jura, Waadt und Aargau deutlich gestiegen ist.

Aus den Angaben zu den Patientenströmen kann der Anteil Patienten berechnet werden, die im eigenen Kanton stationär behandelt werden. Rund 79 Prozent der Schweizer lassen sich in ihrem Wohnkanton behandeln. Im Jahr vor Einführung der freien Spitalwahl im Jahr 2012 lag dieser Wert noch bei 84 Prozent. Allerdings existiert nach wie vor es eine grosse Spannweite zwischen den Kantonen. Auffallend tief ist der

Selbstversorgungsgrad im Kanton Basel-Landschaft und in Appenzell-Ausserrhoden. In beiden Kantonen lässt sich eine überwiegende Mehrheit der Kantonsbewohner in einem anderen Kanton stationär behandeln. Heute werden in sieben Kantonen (Appenzell-Inner- und -Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Nid- und Obwalden, Solothurn und Schwyz) mindestens vier von zehn ansässigen Patienten ausserkantonale behandelt. Die stärkste Tendenz hin zu ausserkantonalen Behandlungen ist aufgrund der Spitalschliessung im Kanton Appenzell-Innerrhoden auszumachen.

Die Datengrundlage 2013 bis 2022 zeigt, dass die Öffnung der Kantons Grenzen für die Patienten der Grundversicherung durch die Finanzierungsreform 2012 die Patientenströme verändert hat. Patientinnen und Patienten begeben sich seither häufiger in andere Kantone, wenn sie sich stationär behandeln lassen wollen. Dies wiederum führt in den betroffenen Kantonen zu strukturellen Schwierigkeiten und erhöht die Wichtigkeit der interkantonalen Spitalplanung. Abbildung 3 verdeutlicht die Nettowanderung der Patienten über die Kantons Grenzen hinweg. Die Nettowanderung meint dabei die Anzahl Patienten, die aus anderen Kantonen stammen, abzüglich der Wanderungsverluste in andere Kantone. Ein Wert von «null» bedeutet daher, dass genau gleich viele Patienten in andere Kantone abwandern, wie aus anderen Kantonen hinzukommen.

Abbildung 3: Import und Export von stationären Leistungen, 2022



Anmerkung: Ohne Berücksichtigung von ausländischen Patienten. Die Zu- und Abflüsse beziehen sich auf sämtliche stationäre Fälle des Jahres 2022 (Akutbereich, Rehabilitation/Geriatrie, Psychiatrie, Geburtshaus).

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2022). **Darstellung und Berechnung:** Universität Basel.

Von den 26 Kantonen weisen 9 einen Nettozufluss von Patienten auf, während die restlichen 17 Kantone einen Abfluss von Patienten verzeichnen. Die Spitzenreiter beim Export von Leistungen sind die Kantone Basel-Stadt, Bern, Zürich und Genf. Die vier Kantone verzeichnen zusammen einen Nettozufluss an Patienten im Umfang von rund 73'000 pro Jahr. Alle vier Kantone beherbergen ein Universitätsspital, in welchem in erheblichem Umfang Patienten aus den angrenzenden Kantonen oder dem Ausland behandelt werden. Auch die Kantone Appenzell-Ausserrhoden und Graubünden verzeichnen eine substantielle Netto-Zuwanderung, die sich primär durch die hohe Dichte an Rehabilitationseinrichtungen erklären lässt. Umgekehrt werden viele Patienten, die in den Kantonen Basel-Landschaft (Nettoabfluss: 18'250), Solothurn (11'906) und Freiburg (9416) wohnen, im jeweiligen Nachbarkanton behandelt. Dies gilt auch für den einwohnerschwächsten Kanton Appenzell-Innerrhoden. Die Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Ba-



sel und anderer hochspezialisierter Kliniken in Basel-Stadt wirkt sich auch auf die Kantone Aargau (Fricktal), Jura, Solothurn und Basel-Landschaft aus. Das Universitätsspital Zürich, die Insel Gruppe AG Bern und das Kantonsspital Luzern weisen ähnliche kantonsübergreifende Versorgungsfunktionen auf.

2.2 Die akutstationären Leistungserbringer nach Trägerschaft

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

Tabelle 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021
AG	0	0	8	0	2	0	10	0	20.0%	0.0%
AI ¹	0	-1	0	0	0	0	0	-1	-	-
AR	1	0	0	0	2	0	3	0	66.7%	0.0%
BE	0	0	10	0	9	0	19	0	47.4%	0.0%
BL	1	0	0	0	8	0	9	0	88.9%	0.0%
BS	3	0	0	0	7	-1	10	-1	70.0%	-2.7%
FR	1	0	0	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
GE	1	0	0	0	8	0	9	0	88.9%	0.0%
GL	0	0	1	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
GR	3	0	8	0	2	0	13	0	15.4%	0.0%
JU	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
LU	2	0	0	0	3	0	5	0	60.0%	0.0%
NE	1	0	0	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
NW	0	0	1	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
OW	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
SG	5	0	1	0	6	+2	12	+2	50.0%	10.0%
SH	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
SO	0	0	1	0	2	0	3	0	66.7%	0.0%
SZ	0	0	2	0	2	0	4	0	50.0%	0.0%
TG	0	0	1	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
TI	1	0	0	0	7	0	8	0	87.5%	0.0%
UR	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
VD	1	0	10	0	9	+1	20	+1	45.0%	2.9%
VS	2	0	0	0	2	0	4	0	50.0%	0.0%
ZG	0	0	1	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
ZH	6	0	10	0	14	0	30	0	46.7%	0.0%
CH	32	-1	54	0	96	+2	182	+1	52.7%	0.8%

¹ Das Spital Appenzell wurde im Juni 2021 geschlossen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitälern (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

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

Über alle drei Kategorien hinweg hat sich im Vergleich zu 2021 die Zahl der in der Schweiz registrierten Akutspitäler oder Geburtshäuser im Jahr 2022 um 1 auf 182 Einrichtungen gesteigert (vgl. Tabelle 3). Davon gelten 32 als öffentliche Spitäler. 54 Einrichtungen sind gemäss oben genanntem Kriterium «privat, jedoch überwiegend in öffentlicher Hand» und werden daher als subventioniert klassifiziert. 96 Kliniken sind schliesslich private Einrichtungen, also überwiegend in privater Hand.⁵

Seit 2013 war der Anteil der privaten Spitäler landesweit rückläufig. 2022 wurde erstmals ein Anstieg des Anteils privater Spitäler verzeichnet. Dieser nahm um 0.8 auf 52.7 Prozent zu. In den Kantonen Appenzell-Ausser rhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Freiburg, Genf, Luzern, Neuenburg, Solothurn, Thurgau und Tessin waren im Jahr 2022 eine Mehrheit der Institutionen in privater Hand.

Die 182 Spitäler verteilen sich auf insgesamt 323 Standorte (Tabelle 4). Dies entspricht einem Durchschnitt von 1.8 Standorten pro Einrichtung. Die Anzahl der Standorte hat sich dabei seit 2021 um neun erhöht.

Tabelle 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021	2022	Δ 2021
AG	0	+0	21	+3	2	+0	23	+3	8.7%	-1.3%
AI ¹	0	-1	0	+0	0	+0	0	-1	-	-
AR	2	-1	0	+0	4	+1	6	+0	66.7%	+16.7%
BE	0	+0	34	+0	15	+0	49	+0	30.6%	+0.0%
BL	3	+0	0	+0	9	+0	12	+0	75.0%	+0.0%
BS	5	+2	0	+0	8	-1	13	+1	61.5%	-13.5%
FR	5	+0	0	+0	3	+0	8	+0	37.5%	+0.0%
GE	5	+0	0	+0	9	+3	14	+3	64.3%	+9.7%
GL	0	+0	2	+0	0	+0	2	+0	0.0%	+0.0%
GR	3	+0	8	+0	3	+0	14	+0	21.4%	+0.0%
JU	4	+0	0	+0	1	+0	5	+0	20.0%	+0.0%
LU	6	+0	0	+0	6	+1	12	+1	50.0%	+4.5%
NE	6	+0	0	+0	5	+0	11	+0	45.5%	+0.0%
NW	0	+0	1	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
OW	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
SG	11	+0	2	+0	6	+2	19	+2	31.6%	+8.0%
SH	3	+0	0	+0	1	+0	4	+0	25.0%	+0.0%
SO	0	+0	5	+0	2	+0	7	+0	28.6%	+0.0%
SZ	0	+0	2	+0	2	+0	4	+0	50.0%	+0.0%
TG	0	+0	2	+0	3	+0	5	+0	60.0%	+0.0%
TI	10	+0	0	+0	7	+0	17	+0	41.2%	+0.0%
UR	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
VD	3	+0	25	+1	9	+0	37	+1	24.3%	-0.7%
VS	10	+0	0	+0	2	+0	12	+0	16.7%	+0.0%
ZG	0	+0	1	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
ZH	12	-1	15	+0	16	+0	43	-1	37.2%	+0.8%
CH	90	-1	118	+4	115	+6	323	+9	35.6%	+0.9%

¹ Das Spital Appenzell wurde im Juni 2021 geschlossen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

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



Im Anhang weist Tabelle A32 alle Einrichtungen aus, die zwischen 2013 und 2022 geschlossen wurden, mit anderen Einrichtungen fusionierten, ihren Funktionstyp oder die Trägerschaft wechselten.

Die relative Marktstellung der Anbieter im akutstationären Bereich nach Trägerschaft kann durch die Marktanteile nach Pflegeetagen gemessen werden (vgl. Tabelle 5). Dieses Mass berücksichtigt insbesondere die unterschiedliche Grösse der Einrichtungen. Landesweit beträgt der Anteil der privaten Spitälern an den Pflegeetagen 18.5 Prozent. Mit 56.5 Prozent erreichen die privaten Spitälern im Kanton Appenzell-Ausserrhodon den höchsten Marktanteil, gefolgt von jenen der Kantone Basel-Stadt (31.2 Prozent) und Bern (27.7 Prozent). Demgegenüber gibt es etliche Kantone, welche über kein privates Akutspital verfügen oder wo der Marktanteil der Privaten nur sehr gering ausfällt. Auch im bevölkerungsstärksten Kanton der Schweiz, dem Kanton Zürich, ist der private Marktanteil mit 17.3 Prozent unterdurchschnittlich. Dies gilt auch für den bevölkerungsreichsten Kanton der Westschweiz, den Kanton Waadt (14.8 Prozent).

Tabelle 5: Marktanteile akutstationärer Pflegeetage nach Trägerschaft (in %)

	Öffentlich		Subventioniert		Privat	
	2022	abs. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021
AG	0.0%	+0.0%	88.3%	+0.3%	11.7%	-0.3%
AI ¹	-	-	-	-	-	-
AR	43.5%	-4.1%	0.0%	+0.0%	56.5%	+4.1%
BE	0.0%	+0.0%	72.3%	+0.1%	27.7%	-0.1%
BL	76.7%	+1.4%	0.0%	+0.0%	23.3%	-1.4%
BS	68.8%	+0.5%	0.0%	+0.0%	31.2%	-0.5%
FR	81.6%	+1.3%	0.0%	+0.0%	18.4%	-1.3%
GE	76.5%	-7.8%	0.0%	+0.0%	23.5%	+7.8%
GL	0.0%	+0.0%	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
GR	8.0%	+0.0%	85.8%	+0.0%	6.2%	-0.1%
JU	99.7%	+0.1%	0.0%	+0.0%	0.3%	-0.1%
LU	75.7%	+0.8%	0.0%	+0.0%	24.3%	-0.8%
NE	93.2%	+0.7%	0.0%	+0.0%	6.8%	-0.7%
NW	0.0%	+0.0%	97.3%	+0.5%	2.7%	-0.5%
OW	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
SG	85.3%	-0.5%	5.3%	+0.3%	9.4%	+0.2%
SH	93.1%	-0.4%	0.0%	+0.0%	6.9%	+0.4%
SO	0.0%	+0.0%	95.3%	+0.2%	4.7%	-0.2%
SZ	0.0%	+0.0%	80.6%	+0.0%	19.4%	-0.0%
TG	0.0%	+0.0%	89.5%	-0.0%	10.5%	+0.0%
TI	73.1%	-1.5%	0.0%	+0.0%	26.9%	+1.5%
UR	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
VD	40.7%	-2.0%	44.6%	+1.7%	14.8%	+0.2%
VS	94.5%	+0.2%	0.0%	+0.0%	5.5%	-0.2%
ZG	0.0%	+0.0%	78.2%	+1.8%	21.8%	-1.8%
ZH	54.5%	-0.3%	28.2%	+0.4%	17.3%	-0.1%
CH	47.4%	-0.1%	34.1%	-0.3%	18.5%	+0.4%

¹ Das Spital Appenzell wurde im Juni 2021 geschlossen.

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitälern (2021/2022). **Berechnung:** Universität Basel.

Wie schon im letztjährigen Bericht lässt sich die Beobachtung machen, dass sich die Marktanteile im Jahresvergleich etwas zu Gunsten der Privatspitälern verschoben haben. Dies mag teilweise durch die zeitweise Reduktion des Marktanteils der Privatspitälern während der Covid19-Pandemie begründbar sein.

Tabelle 6 zeigt erhebliche Unterschiede in der Grösse, der Ausstattung, sowie den Leistungen auf Spital-ebene nach Trägerschaft auf. 2022 wies ein durchschnittliches privates Spital 50.6 Betten aus; das sind rund 1.3 Betten bzw. 2.6 Prozent mehr als noch im Jahr 2021. Die Grössenunterschiede zu den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind nicht so stark ausgeprägt, wie sie auf den ersten Blick scheinen, wenn man die nach Trägerschaft unterschiedliche Anzahl an Standorten berücksichtigt.

Weiter fällt auf, dass nur 28.1 Prozent der privaten Spitäler eine Notfallaufnahme aufweisen; bei den anderen Trägerschaften sind es jeweils rund 9 von 10 Einrichtungen. Intensivstationen, neueste bildgebende Verfahren wie die Computertomographie und die Magnetresonanztomografie (MRT) sind in privaten Kliniken ebenfalls signifikant weniger häufig vorhanden als in subventionierten und öffentlichen Spitälern.⁶ Bei den Privatspitälern zeigt sich in Bezug auf CT- und MRT-Geräte eine leichte Zunahme gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2022

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken (n = 96)	Subventionierte Kliniken (n = 54)	Öffentliche Spitäler (n = 32)
Strukturelle Daten			
Anzahl Betten (Akutpflege)	50.6	136.1	322.4
Mittlere Bettenbelegung (in %) ¹	69.8%	85.1%	84.2%
Anzahl Standorte	1.2	2.2	2.8
Anzahl Operationssäle	3.6	5.87	11.8
Anzahl Kreissäle	0.9	2.43	4.09
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	28.1%	90.7%	90.6%
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	12.5%	57.4%	75.0%
Computertomographie (in % der Spitäler)	33.3%	83.3%	84.4%
Magnetresonanztomografie (in % der Spitäler)	30.2%	70.4%	75.0%
Leistungen			
Anzahl Austritte (Akutpflege)	2983.1	8502.6	16'821.5
Anzahl Tage (Akutpflege)	12'893.6	42'262.5	99'052.3
Anzahl Neugeborene	180	524	929
Patientenstruktur			
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	35.1%	14.6%	15.0%
Patienten aus dem Ausland (in %)	4.0%	1.9%	2.3%
Patienten (halb-)privat (in %)	38.4%	15.4%	13.2%
CMI netto ²	1.068	1.013	1.161
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	4.3	5.0	5.9

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

Lesebeispiel: Im Jahr 2022 verfügten die öffentlichen Spitäler im Durchschnitt über 11.8 Operationssäle.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). **Berechnung:** Universität Basel.

Deutliche Unterschiede gibt es auch in der Patientenstruktur der Einrichtungen. Bei den privaten Spitälern sind 38.4 Prozent der Patienten nicht nur grund-, sondern auch zusatzversichert (halbprivat oder ganzprivat), wohingegen es bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern nur jeder siebte Patient ist. Allerdings lassen sich heute auch mehr ausschliesslich allgemein versicherte Patienten in einem Privatspital

⁶ Die bildgebende Diagnostik eines Spitals kann allerdings auch ausgelagert sein und von ambulanten Radiologiezentren angeboten werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Verfahren verfügbar, erscheinen aber nicht in der Statistik.



behandeln als Privat- und Halbprivatversicherte. Die in privaten Spitälern behandelten Patienten sind geografisch mobiler; etwa einer von drei Patienten kommt aus einem anderen Kanton und jeder Fünfundzwanzigste gar aus dem Ausland. Bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind die Anteile ausserkantonaler Patienten deutlicher geringer, haben gegenüber der Vorperiode zusätzlich leicht abgenommen. Unterschiede nach Trägerschaft gibt es ebenfalls beim sogenannten Case-Mix-Index (CMI), der den mittleren Schweregrad der behandelten Patienten eines Spitals angibt. Im Jahr 2021 hatten die privaten Einrichtungen bezüglich CMI beinahe den Wert der öffentlichen Spitäler erreicht, im Jahr 2022 beträgt der Unterschied 0.093. Die subventionierten Kliniken behandeln nach wie vor Patienten mit einem unterdurchschnittlichen Schweregrad. Bei der mittleren Verweildauer haben die privaten Spitäler die Nase vorne. Deren Patienten liegen gegenüber den Patienten der Konkurrenz um 0.7 Tage bzw. 1.6 Tage weniger lang im Spitalbett.

Tabelle 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2022 im Vergleich zu 2021

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
Strukturelle Daten						
Anzahl Betten (Akutpflege)	1.30	2.6%	-1.10	-0.8%	6.42	2.0%
Mittlere Bettenbelegung (in %)	-1.3%		2.2%		3.0%	
Anzahl Standorte	0.01	1.1%	0.07	3.5%	0.05	2.0%
Anzahl Operationssäle	0.08	2.3%	0.04	0.6%	0.42	3.7%
Anzahl Kreissäle	0.02	2.7%	0.07	3.1%	0.12	3.1%
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	3.1%		0.0%		-0.3%	
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	1.6%		0.0%		2.3%	
Computertomographie (in % der Spitäler)	2.9%		3.7%		-0.5%	
Magnetresonanztomografie (in % der Spitäler)	1.9%		5.6%		2.3%	
Leistungen						
Anzahl Austritte (Akutpflege)	44.5	1.5%	109.0	1.3%	865.4	5.4%
Anzahl Pflagestage (Akutpflege)	96.2	0.8%	766.8	1.8%	5'473	5.8%
Anzahl Neugeborene	-19.3	-9.7%	-47.0	-8.2%	-7.0	-0.7%
Patientenstruktur						
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	8.7%		-1.1%		-2.1%	
Patienten aus dem Ausland (in %)	1.5%		0.4%		-0.6%	
Patienten (halb-)privat (in %)	-0.6%		-1.0%		-3.0%	
CMI netto	0.01	0.8%	0.02	2.1%	0.08	7.4%
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	-0.03	-0.7%	0.03	0.5%	0.02	0.4%

Lesebeispiel: Im Jahr 2022 betrieben die Privatkliniken im Durchschnitt 1.30 Betten mehr als im Basisjahr 2021; dies entspricht einer relativen Zunahme von 2.6% Prozent gegenüber 2021.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). **Berechnung:** Universität Basel.

Tabelle 7 weist bezüglich Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger die Veränderungen zum Vorjahr aus. Die subventionierten Kliniken haben die Bettenkapazität leicht abgebaut, während sie bei den privaten und öffentlichen Einrichtungen anstieg. Die Anzahl akutstationärer Pflagestage nahm bei den privaten Kliniken leicht zu (0.8 %), die öffentlichen und subventionierten Spitäler steigerten die Pflagestage um 1.8 Prozent bzw. 5.8 Prozent. Dass der Marktanteil der privaten Spitäler trotzdem leicht zugenommen hat, kann damit erklärt werden, dass im 2022 zwei neue Privatkliniken hinzugekommen sind, während ein öffentliches Spital geschlossen wurde. Die Anzahl Austritte stiegen in allen Spitalgruppen, mit 5.4 Prozent bei den öffentlichen jedoch am stärksten. Bei den Geburten ist für das Jahr 2022 eine Abnahme in allen Bereichen zu beobachten. Die mittlere Anzahl Neugeborene in privaten Kliniken sank im Jahresvergleich

um 9.7 Prozent, während die öffentlichen und subventionierten Spitäler eine Abnahme von 0.7 Prozent, respektive 8.2 Prozent verzeichneten. Dieser Rückgang widerspiegelt den allgemeinen Trend hin zu weniger Geburten, der sich in den letzten Jahren verstärkt hat. Der durchschnittliche Schweregrad (CMI) hat in allen Spitalgruppen zugenommen, mit 7.4 Prozent am deutlichsten bei den öffentlichen Spitälern.

In privaten Einrichtungen sind, gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), im Durchschnitt 232 Personen beschäftigt. Dies entspricht 4.6 Personen pro vorgehaltenem Akutbett (Tabelle 8). Die subventionierten Spitäler setzen durchschnittlich zweieinhalb, die öffentlichen drei Personen mehr pro Bett ein. Auffällig ist, dass die privaten Spitäler gut um die Hälfte weniger ärztliches, dafür mehr übriges Personal beschäftigen als die subventionierten und öffentlichen Spitäler. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass private Spitäler häufig Belegärzte einsetzen, deren Entlohnung beim übrigen Betriebsaufwand verbucht wird. Verrechnet ein Belegarzt seine im Auftrag des Spitals erbrachte Leistung direkt mit der Sozialversicherung, ohne dass das Spital dabei involviert ist, wird dieser Betrag der Gruppe der nicht sozialversicherungspflichtigen Honorare angerechnet. Dieses Konto ist nicht Teil des Personalaufwands gemäss Krankenhausstatistik und fällt daher in den Bereich des übrigen Betriebsaufwands. Die Unterschiede im Personalaufwand und im übrigen Betriebsaufwand zwischen den Trägerschaften sind somit teilweise durch das Belegarztsystem der privaten Spitäler zu erklären.

Tabelle 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2022 und im Vergleich zu 2021

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Personal total (VZÄ)	232.0	966.8	2528.5			
pro Bett Akutpflege	4.6	7.1	7.8			
Davon						
Ärzterschaft	6.8%	17.0%	17.5%			
Pflege	45.3%	40.0%	39.0%			
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	14.0%	14.2%	13.2%			
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	33.8%	28.9%	30.3%			
	Veränderungen im Vergleich zu 2021					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Personal total (VZÄ)	1.29	0.6%	26.22	2.8%	87.83	3.6%
pro Bett Akutpflege	0.22	4.9%	0.19	2.8%	0.01	0.2%
Davon						
Ärzterschaft	0.2%		0.4%		0.3%	
Pflege	-0.3%		-0.8%		-0.3%	
MTT	0.1%		0.3%		0.0%	
Übrige	0.1%		0.1%		0.0%	

Lesebeispiel: Das Gesamtpersonal bei den subventionierten Spitälern hat zwischen 2021 und 2022 um durchschnittlich 26.2 Vollzeitstellen zugenommen; dies entspricht einer Zunahme von 2.8 Prozent gegenüber dem Basisjahr 2021.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). **Berechnung:** Universität Basel.

Im Vergleich zu 2021 zeigt sich beim Personalbestand ein homogenes Bild; die Privatspitäler haben tendenziell am wenigsten zugelegt, während der totale Personalbestand bei den subventionierten und öffentlichen Häusern deutlicher zunahm. Pro Bett setzen Spitäler aller drei Trägerschaften gegenüber dem Vorjahr mehr Personal ein; die privaten Einrichtungen 4.9 Prozent, die subventionierten und öffentlichen Spitäler 2.8 Prozent bzw. 0.2 Prozent. Insgesamt haben die Akutspitäler, die in dieser Studie berücksichtigt werden, zwischen 2013 und 2022 über 28'500 Vollzeitstellen geschaffen. Im Jahr 2021 betrug die Zahl der VZÄ rund 155'500.



Die stationären Kosten pro Fall variieren nach Trägerschaft der Einrichtungen (vgl. Tabelle 9). Diese Fallkosten sind bei öffentlichen Spitälern am höchsten, bei privaten Kliniken um rund 300 Franken und bei subventionierten Spitälern gar um 900 Franken niedriger. Berücksichtigt man hingegen nur die stationären Kosten, welche zulasten der OKP abgerechnet werden, sinken die Fallkosten markant. Am deutlichsten ist dieser Effekt bei den Privatkliniken und darauf zurückzuführen, dass diese einen höheren Anteil an zusatzversicherten Patienten betreuen. Die damit verbundenen (nicht OKP-pflichtigen) Kosten für Arzthonorare und Hotellerie sind beim ersten Wert berücksichtigt, beim zweiten jedoch nicht.

Tabelle 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2022 und im Vergleich zu 2021

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Stationäre Fallkosten (CHF)	11'485	10'933	11'806			
Stationäre OKP-Fallkosten ⁷ (CHF)	11'131	10'450	11'567			
davon						
Personalaufwand	44.6%	62.4%	65.2%			
Investitionsaufwand	13.1%	7.4%	6.9%			
Übriger Betriebsaufwand	41.4%	29.9%	27.4%			
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	0.9%	0.4%	0.5%			
	Veränderungen im Vergleich zu 2021					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Stationäre Fallkosten (CHF / %)	91.0	0.8%	100.6	0.9%	-109.3	-0.9%
Stationäre OKP-Fallkosten (CHF / %)	310.7	2.9%	91.9	0.9%	-41.2	-0.4%
Davon						
Personalaufwand	-0.3%		-0.1%		-0.3%	
Investitionsaufwand	-0.3%		-0.1%		0.0%	
Übriger Betriebsaufwand	0.4%		0.3%		0.4%	
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	0.2%		-0.1%		-0.1%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

Ein deutlicher Unterschied ist bei den Investitionskosten auszumachen. Mit 13.1 Prozent des Gesamtaufwands sind sie bei den privaten Spitälern fast doppelt so hoch wie bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen. An diesem Bild hat sich über die vergangenen Jahre qualitativ nichts verändert. Die Investitionskosten fassen Aufwand für Anlagenutzung (Abschreibungen und Mieten) und Zinsaufwand zusammen. Dass die Investitionskosten bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern so niedrig sind, kann mehrere Gründe haben. Einerseits können die Kantone, die teilweise noch im Besitz von Spitalimmobilien sind, keine marktüblichen Mieten einfordern oder die Immobilien bereits abgeschrieben an die Spitäler übergeben haben. Andererseits ist es öffentlichen Einrichtungen aufgrund der De-facto-Staatsgarantie möglich, zu günstigeren Konditionen am Kapitalmarkt Geld aufzunehmen. Hingegen ist es unwahrscheinlich, dass die niedrige Investitionsquote das Resultat einer zurückhaltenden Investitionstätigkeit ist, da insbesondere öffentliche Spitäler in den vergangenen Jahren massiv investiert haben.

Bei den Erträgen der Spitäler fällt auf (Tabelle 10), dass die Subventionen («Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Beiträge und allfällige separat ausgewiesene Defizitdeckungen») bei den öffentlichen Einrichtungen mit 13.4 Prozent einen vergleichsweise grossen Anteil an den Gesamterträgen ausmachen. Bei den subventionierten Spitälern liegt dieser Anteil bei 5.2 Prozent, bei den privaten bei 2.9 Prozent.

⁷ Bei der Berechnung werden lediglich grundversicherte Patienten berücksichtigt. Die Kostenausscheidung bei den zusatzversicherten Patienten ist im Datensatz ungenügend, was zu unplausibel hohen OKP-Fallkosten führt. Da die durchschnittliche Fallschwere (CMI) nur spitalspezifisch vorliegt, wird die Annahme getroffen, dass sich die grundversicherten Patienten von den zusatzversicherten Patienten hinsichtlich des Schweregrads nicht systematisch unterscheiden.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Subventionsanteil bei den öffentlichen Spitälern mit 2.3 Prozentpunkten deutlich erhöht, wohingegen die Privatkliniken mit einer Zunahme von 0.1 Prozent und die subventionierten Spitäler mit einer Abnahme von 0.3 Prozent etwa konstant blieben. Es fällt auf, dass bei den öffentlichen Spitälern den zunehmenden Subventionen Mindererträge aus medizinischen Leistungen gegenüberstehen.

Bei den Privatkliniken handelt es sich bei den Subventionen und Beiträgen grösstenteils um eine Defizitdeckung durch den Träger. Aufgrund einer KZSS-Variablen, die seit 2019 vorliegt, lässt sich sagen, dass rund 72 Prozent der Erträge, welche die Privatkliniken im Jahr 2022 unter diesem Konto verbucht haben, als Defizitdeckung kategorisiert wurden. Bei den subventionierten Spitälern (8.3 Prozent) und den öffentlichen Spitälern (10.7 Prozent) ist dieser Anteil deutlich geringer.

Tabelle 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2022 und im Vergleich zu 2021

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Ertragssituation						
Gesamtertrag (in tausend CHF)	58'700	180'892	460'339			
- Ertrag aus med. Leistungen	90.8%	87.6%	80.5%			
- Übriger Betriebsertrag	6.3%	7.2%	6.1%			
- Subventionen (GWL) und Beiträge	2.9%	5.2%	13.4%			
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	54'270	162'362	412'850			
Veränderungen im Vergleich zu 2021						
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtertrag (in tausend CHF)	1393	2.4%	1913	1.1%	23'250	5.3%
- Ertrag aus med. Leistungen	0.5%		0.9%		-1.7%	
- Übriger Betriebsertrag	-0.7%		-0.7%		-0.5%	
- Subventionen (GWL) und Beiträge	0.1%		-0.3%		2.3%	
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	1173	2.2%	1704	1.1%	15'537	3.9%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

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

Die Beiträge der Kantone zur subjektbezogenen Finanzierung beliefen sich 2022 auf rund 7.7 Mrd. Franken. Dies entspricht im Durchschnitt 5716 Franken pro OKP-Fall. Pro Fall war der Anteil der Kantone mit 3780 Franken im Kanton Jura am geringsten und mit 7017 Franken in Genf am höchsten. Die Unterschiede lassen sich einerseits mit der Höhe des vereinbarten Basisfallwerts begründen und andererseits mit Zusatzentgelten im Rahmen der SwissDRG-Vergütung.



Tabelle 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2022

Kanton ¹	OKP-Erträge SwissDRG	Prozentualer Anteil Kanton	Absoluter Anteil Versicherer	Anteil Kanton	
				absolut	pro OKP-Fall gewichtet
AG	884'007'630	55%	397'803'434	486'204'197	5149
AI	-	55%	-	-	-
AR	128'456'672	55%	57'805'502	70'651'170	4983
BE	1'958'440'316	55%	881'298'142	1'077'142'174	5785
BL	335'553'508	55%	150'999'079	184'554'429	5541
BS	1'011'152'721	56%	444'907'197	566'245'524	6941
FR	283'066'472	55%	127'379'912	155'686'560	4897
GE ²	1'068'568'663	55%	480'855'898	587'712'765	7017
GL	47'883'489	55%	21'547'570	26'335'919	5467
GR	342'993'554	55%	154'347'099	188'646'455	4833
JU	69'011'385	55%	31'055'123	37'956'262	3780
LU	695'633'684	55%	313'035'158	382'598'526	6337
NE	231'936'146	55%	104'371'266	127'564'880	5648
NW	48'246'571	55%	21'710'957	26'535'614	4643
OW	27'405'084	55%	12'332'288	15'072'796	3941
SG	779'955'045	55%	350'979'770	428'975'275	5359
SH	102'568'979	55%	46'156'041	56'412'938	4533
SO	344'411'588	55%	154'985'215	189'426'373	5355
SZ	139'723'942	55%	62'875'774	76'848'168	4309
TG	342'522'438	55%	154'135'097	188'387'341	5481
TI	629'641'858	55%	283'338'836	346'303'022	5988
UR	30'893'474	55%	13'902'063	16'991'411	4279
VD	1'331'091'850	55%	598'991'333	732'100'518	5559
VS	378'980'220	55%	170'541'099	208'439'121	4774
ZG	125'651'410	55%	56'543'135	69'108'276	4333
ZH	2'607'015'574	55%	1'173'157'008	1'433'858'566	6006
CH	13'944'812'273	55.1%	6'265'053'996	7'679'758'277	5716

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Aufgrund der fehlenden OKP-Erträge im Kanton Appenzell-Innerrhoden wurde jeweils der nächsttiefere Wert grün markiert. ² Für das HUG sind die Werte von 2022 geschätzt, da der ausgewiesene Kostenteiler und die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel sind. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022); GDK (2022). **Berechnung:** Universität Basel.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die OKP-Erträge landesweit um 3.2 Prozent angestiegen (Tabelle 12). In absoluten Zahlen haben sich die Erträge aus den stationären Fallpauschalen ebenfalls erhöht. Dies ist unter anderem die Konsequenz der gestiegenen Anzahl von behandelten Patienten im Jahr 2022.

Tabelle 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2022 und im Vergleich zu 2021

Kanton ¹	OKP-Erträge SwissDRG 2022	rel. Δ 2021	Anteil Kanton			
			2022	rel. Δ 2021	pro OKP-Fall gewichtet 2022	rel. Δ 2021
AG	884'007'630	-2.9%	486'204'197	-2.9%	5336	-2.0%
AI	-	-100.0%	-	-100.0%	-	-
AR	128'456'672	-3.5%	70'651'170	-3.5%	5479	+1.8%
BE	1'958'440'316	+0.2%	1'077'142'174	+0.2%	5974	+0.6%
BL	335'553'508	+11.3%	184'554'429	+11.3%	5895	+4.6%
BS	1'011'152'721	+4.2%	566'245'524	+4.2%	7362	+1.1%
FR	283'066'472	+5.0%	155'686'560	+5.0%	5170	+2.3%
GE ²	1'068'568'663	+11.4%	587'712'765	+11.4%	7809	+7.2%
GL	47'883'489	+5.4%	26'335'919	+5.4%	5638	+0.3%
GR	342'993'554	+8.3%	188'646'455	+8.3%	5085	+3.6%
JU	69'011'385	+6.4%	37'956'262	+6.4%	4381	+2.5%
LU	695'633'684	+3.4%	382'598'526	+3.4%	6616	+3.0%
NE	231'936'146	+16.1%	127'564'880	+16.1%	6027	+12.2%
NW	48'246'571	+1.3%	26'535'614	+1.3%	4643	-4.0%
OW	27'405'084	+4.5%	15'072'796	+4.5%	3941	-1.1%
SG	779'955'045	-0.7%	428'975'275	-0.7%	5370	-3.0%
SH	102'568'979	+5.6%	56'412'938	+5.6%	5091	+4.8%
SO	344'411'588	+0.8%	189'426'373	+0.8%	5682	-0.0%
SZ	139'723'942	+2.2%	76'848'168	+2.2%	4366	-1.6%
TG	342'522'438	+2.4%	188'387'341	+2.4%	5481	-2.5%
TI	629'641'858	+3.5%	346'303'022	+3.5%	6199	-2.8%
UR	30'893'474	-2.8%	16'991'411	-2.8%	4279	-5.5%
VD	1'331'091'850	+3.3%	732'100'518	+3.3%	6123	-1.3%
VS	378'980'220	+3.9%	208'439'121	+3.9%	5434	+3.3%
ZG	125'651'410	+0.2%	69'108'276	+0.2%	4333	-0.2%
ZH	2'607'015'574	+3.4%	1'433'858'566	+3.4%	6051	+3.3%
CH	13'944'812'273	+3.2%	7'678'791'514	+3.2%	5981	+1.4%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Aufgrund der fehlenden OKP-Erträge im Kanton Appenzell-Innerrhoden wurde jeweils der nächsttiefere Wert grün markiert. ² Die Werte für die HUG wurden korrigiert, weil der ausgewiesene Kostenteiler oder die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel ausgewiesen sind. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022); GDK (2022). **Berechnung:** Universität Basel.



3. Subventionierung der Spitäler

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

3.1 Gemeinwirtschaftliche Leistungen im kantonalen Vergleich

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) sind in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler als Sammelkonto ausgewiesen. Darin befinden sich alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen in Form von Beiträgen, Subventionen und allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen. Dadurch ist es beispielsweise auch möglich, dass rein privat geführte Spitäler Beiträge für GWL aufweisen. Dies bspw. dann, wenn der (private) Träger ein allfälliges Defizit am Ende des Jahres ausfinanziert.

Eine zweite Unschärfe resultiert aus den Aktivitätstypen der Spitäler: Einige Spitäler erbringen nicht nur akutstationäre Leistungen, sondern sind gleichzeitig auch in den Bereichen Rehabilitation/Geriatrie und Psychiatrie tätig. Dadurch könnte es zu einer Überschätzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Akutversorgung kommen. In den Kennzahlen werden die Kosten für die universitäre Forschung und Lehre im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie jedoch ebenfalls ausgewiesen. Diese, explizit nicht der Akutversorgung zugeordneten Leistungen, wurden daher von den ausgewiesenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgezogen. Für 2021 betrug diese Korrektur landesweit 93.2 Mio. Franken, bzw. 4 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Andere Beiträge für GWL in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation, bspw. zur Finanzierung nicht kostendeckender Tarife, können hingegen nicht ausgeschieden werden und verbleiben daher in der Analyse.

Zusätzlich wurden gewisse nicht plausible Werte auf Spitalebene korrigiert. Auf diese Korrekturen wurde in den vergangenen Studien eingegangen. Ein Sonderfall bilden dabei die Genfer Universitätsspitäler HUG. Die Angaben zu den GWL dieses Spitals sind nach wie vor nicht plausibel und werden daher konsequent korrigiert. Als Basis dafür dient die offizielle Leistungsvereinbarung des Kantons Genf mit dem Unispital. Die entsprechenden GWL-Werte der HUG wurden rückwirkend bis 2013 mit den jährlich festgelegten Budgets der Leistungsvereinbarung ersetzt. Das Lausanner Universitätsspital CHUV hat den Investitionsanteil bei den DRG-Fallpauschalen von 10 Prozent bis 2018 nicht als medizinischen Ertrag verbucht, sondern als Kantonsbeitrag ans Spital. Im Jahr 2018 machte dies 68 Mio. Franken aus. Die GWL des Spitals haben wir entsprechend korrigiert. Seit dem Jahr 2019 sind die CHUV-Zahlen in dieser Hinsicht korrekt.

Insgesamt belief sich 2022 die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im akutstationären Bereich auf 2.21 Mrd. Franken; rund 18 Mio. Franken mehr als im Vorjahr (vgl. Tabelle 13). Im Jahr 2022 betrug die gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall 1723 Franken. Das sind ca. 16 Franken weniger als noch ein Jahr zuvor. 2022 machten Forschung und Lehre im akutstationären Bereich 1.239 Mrd. Franken aus. Das sind 56 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dieser Anteil war 2021 mit 53.9 Prozent noch ein wenig geringer und hat damit zu tun, dass die Beiträge für die Forschung und Lehre 2022 stärker gestiegen sind im Vergleich zu den restlichen Beiträgen an GWL.

Die höchste Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird mit 602 Mio. Franken in der Waadt erreicht (davon CHUV: 468.3 Mio. Franken), die geringste mit rund 4 Mio. Franken im Kanton Nidwalden.⁸ In

⁸ Zu beachten gilt, dass die Abgeltung im Bereich von Lehre und Forschung teilweise auch von Kantonen ausserhalb des Standortkantons einer universitären Einrichtung bezahlt wird. So ist z. B. das Universitäts-Kinderspital beider Basel

den Kantonen ist für 2022 kein eindeutiger Trend der Entwicklung Zahlungen zu verzeichnen. Absolut am meisten zugenommen haben die Subventionen und Beiträge im Kanton Basel-Stadt. Die prozentuale Zunahme ist mit 34% ebenfalls eine der höchsten. Relativ gesehen haben die Subventionen in den Kantonen Zug, Uri und Tessin am stärksten zugenommen. Die stärksten Rückgänge gegenüber dem Vorjahr wurden in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden, und Schwyz verzeichnet. Heruntergebrochen auf die stationären Fälle stechen die Kantone Genf und die Waadt deutlich hervor.

Tabelle 13: GWL in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2022 und im Vergleich zu 2021

Kanton	GWL insgesamt			GWL pro Fall	
	2022	abs. Δ 2021	rel. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021
AG	51'852'169	-26'871'280	-34.1%	569.1	-287.1
AI ¹	-	-5'477'418	-	-	-
AR	9'775'183	+2'664'472	+37.5%	758.1	+235.3
BE	202'399'565	+13'010'358	+6.9%	1122.6	+76.0
BL	18'053'438	-19'639'640	-52.1%	576.6	-704.6
BS	256'949'615	+65'166'262	+34.0%	3340.8	+769.7
FR	75'108'457	-23'635'562	-23.9%	2494.4	-870.3
GE ²	350'901'536	+3'221'058	+0.9%	4662.4	-137.4
GL	6'596'165	-1'088'175	-14.2%	1412.2	-317.4
GR	57'038'274	-12'008'935	-17.4%	1537.5	-408.2
JU	10'210'057	-735'605	-6.7%	1178.6	-132.4
LU	36'696'178	+6'829'368	+22.9%	634.6	+116.0
NE	60'858'113	-8'905'634	-12.8%	2875.3	-535.2
NW	4'044'090	-910	-0.0%	707.6	-39.2
OW	8'585'350	+857'881	+11.1%	2244.5	+108.1
SG	59'961'314	-2'767'045	-4.4%	750.6	-53.0
SH	9'687'872	-4'727'198	-32.8%	874.3	-436.3
SO	57'978'415	+20'139'506	+53.2%	1739.1	+595.1
SZ	5'593'362	-4'699'749	-45.7%	317.8	-289.1
TG	8'564'592	+89'205	+1.1%	249.2	-9.9
TI ³	10'440'108	+4'272'108	+69.3%	186.9	+69.3
UR	11'491'771	+5'442'405	+90.0%	2893.9	+1327.5
VD	602'235'577	+1'102'847	+0.2%	5037.1	-225.3
VS	13'645'081	-3'966'856	-22.5%	355.7	-105.9
ZG	9'804'104	+8'296'288	+550.2%	614.7	+519.7
ZH	273'516'612	+2'161'939	+0.8%	1154.2	+8.6
CH	2'211'986'99	+18'729'690	+0.9%	1723.0	-16.2

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Für AI ist es aufgrund der Spitalschliessung nicht sinnvoll, den Wert pro Fall auszuweisen. ² Die HUG in Genf weist den Kantonsanteil in der DRG-Vergütung fälschlicherweise den Subventionen und Beiträgen zu. Wir korrigierten daher beim HUG die GWL anhand des vereinbarten Budgets zwischen dem Kanton Genf und dem Leistungserbringer. ³ Die Angaben der Tessiner Spitäler in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler waren für 2021 falsch. Wir korrigierten sie nach Rücksprache mit der Verwaltung des Kantons Tessin.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022); Angaben der Kantone. **Berechnung:** Universität Basel.

Da gemeinwirtschaftliche Leistungen als Subventionen an die Institution und deren Infrastruktur gezahlt und nicht fallspezifisch vergütet werden, ist eine Analyse der GWL-Zahlungen pro Bett interessant. Das

(UKBB) eine gemeinsame Einrichtung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dessen Erträge für Lehre und Forschung werden jedoch ausschliesslich Basel-Stadt zugeordnet.



Ausweisen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Bett bringt den weiteren Vorteil mit sich, dass die Grösse unabhängig von der Auslastung der Spitäler berechnet werden kann. Tabelle 14 zeigt die mittleren GWL-Zahlungen pro Kanton und Trägerschaft. Die Zahlen nach Trägerschaft können nur für jene Kantone ausgewiesen werden, in denen mindestens ein Spital dieser Kategorie operativ tätig ist.

Bei den Privatspitälern zeigen sich in den Kantonen Solothurn, Zug, Luzern und Waadt überdurchschnittlich hohe Zahlungen pro Bett. Diese Steigerung im Vergleich zum Vorjahr reflektiert die teilweise schlechten Geschäftsverläufe verschiedener Spitäler, was dazu geführt hat, dass die privaten Eigner dieser Institutionen die Defizite ausfinanziert haben. In Solothurn betrifft dies die Pallas Kliniken. In der Regel sind dies vorübergehende Subventionen.

Tabelle 14: GWL in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2022

Kanton ¹	PRIV	SUBV	OEFF	Total
AG	36'532	35'667		35'789
AR	1005		146'414	55'146
BE	57'939	79'630		73'525
BL	14'958		38'602	32'243
BS	41'206		251'591	187'669
FR	42		159'455	127'294
GE	4663		305'505	211'013
GL		80'662		80'662
GR	48'195	98'666	203'442	103'867
JU	0		64'214	63'813
LU	72'340		22'293	37'348
NE	5815		190'038	152'861
NW	2614	56'859		54'863
OW			164'496	164'496
SG	11'986	227'067	35'101	43'730
SH	0		51'259	45'914
SO	88'444	108'070		106'031
SZ	24'069	22'213		22'740
TG	0	16'502		14'780
TI	2035		10'402	7699
UR			201'610	201'610
VD	67'921	101'236	543'948	257'181
VS	0		21'186	18'837
ZG	86'040	33'239		47'593
ZH	10'040	50'903	96'892	67'969
CH	31'300	68'470	150'916	98'214

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Das Spital Appenzell wurde im Juni 2021 geschlossen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022); Angaben der Kantone. **Berechnung:** Universität Basel.

Bei den subventionierten Kliniken sticht der Kanton St. Gallen heraus; mit über 227'000 Franken pro Bett sind die GWL-Zahlungen in diesem Kanton am höchsten. Grund dafür sind die hohen GWL-Zahlungen an das Ostschweizer Kinderspital in der Höhe von 17.3 Mio. Franken. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Kantonen existieren aber bei den öffentlichen Institutionen. Stark überdurchschnittliche GWL-Zahlungen pro Bett werden in der Waadt verzeichnet. Im landesweiten Durchschnitt wurden im Jahr 2021 pro Akutbett schätzungsweise 98'214 Franken an GWL gezahlt.

Das Ausmass der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist nicht nur von der Trägerschaft abhängig, sondern gleichzeitig stark an den Typ eines Spitals gebunden (vgl. Tabelle 15). So flossen im Jahr

2022 mehr als die Hälfte der gemeinwirtschaftlichen Leistungen an die fünf Universitätsspitäler. In absoluten Zahlen ausgedrückt waren dies schätzungsweise 1.14 Mrd. Franken. Die übrigen Gelder wurden primär an grosse Zentrumsspitäler gezahlt (28.2 Prozent) und zu kleineren Teilen an die verschiedenen Kinderspitäler (3.6 Prozent). Diese drei Spitaltypen vereinten 83.4 Prozent der gesamten GWL-Zahlungen auf sich. Pro Akutbett ausgedrückt stechen nebst den Universitätsspitalern mit 257'018 Franken vor allem die Kinderspitäler heraus. Diese Institutionen werden durchschnittlich mit 237'960 Franken pro Bett subventioniert. Sowohl bei den Kinderspitälern wie auch bei den universitären Kliniken fliesst ein Grossteil der finanziellen Mittel in die universitäre Lehre und Forschung.

Bei den Grundversorgern fällt der negative Zusammenhang zwischen der Grösse der Spitäler und den gezahlten GWL auf. Die kleinen Grundversorger (Niveau 5) erhalten rund dreimal höhere Subventionen wie die grösseren Grundversorger (Niveau 3), was u.a. auf die mangelnde Effizienz kleinerer Spitäler hindeuten könnte.

Tabelle 15: GWL in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2022

Spitaltyp	GWL in CHF	In %	GWL pro Bett
Universitätsspitäler (Niveau 1)	1'142'210'690	51.6%	257'018
Zentrumsversorger (Niveau 2)	623'418'540	28.2%	52'287
Grundversorger (Niveau 3)	59'340'434	2.7%	32'851
Grundversorger (Niveau 4)	71'798'247	3.2%	45'641
Grundversorger (Niveau 5)	38'109'724	1.7%	99'340
Spezialklinik Pädiatrie	78'863'138	3.6%	237'960
Übrige	198'246'225	9.0%	96'213
Insgesamt	2'211'986'998	100.0%	98'214

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

3.2 Untersuchung der Basisfallwerte auf Spitalebene

Nebst der direkten Subventionierung der Spitäler über die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sind indirekte Subventionen über die Vergütung stationärer Leistungen denkbar. Damit verknüpft ist ein Wettbewerbsvorteil für die betroffenen Spitäler und die latente Gefahr, dass diese Gelder KVG-widrig eingesetzt werden, bspw. zur «Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (vgl. Art. 49 Abs. 3 Ziff. b KVG). Ein solches Vorgehen ist zwar gesetzlich verboten, kann aber letztlich nicht aufgedeckt und damit nicht geahndet werden. Denn die Kostenträger, Kantone und Versicherer, können die Kosten der Leistungserbringer, geschweige denn deren Zusammensetzung, nicht beobachten. Mit Hilfe einer ökonomischen Untersuchung lässt sich allerdings das finanzielle Volumen dieser Aufschläge auf den Basisfallwert abschätzen.

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

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



Die Entwicklung der Basisfallwerte nach Trägerschaft zwischen 2013 und 2022 ist in Tabelle 16 aufgezeigt. Dabei wurden die auf Spitalebene publizierten Basisfallwerte der Einkaufsgemeinschaften zunächst zu einem ungewichteten Wert gemittelt. Der gewichtete Durchschnitt des Basisfallwerts betrug im Jahr 2021 schweizweit 9150 Franken. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Basisfallwerts von Spitälern gleicher Trägerschaft wurde dagegen die unterschiedliche Fallzahl der Spitäler berücksichtigt. Es handelt sich demnach um gewichtete durchschnittliche Basisfallwerte. Aktuell liegt der durchschnittliche Basisfallwert der privaten Kliniken um 805 Franken unterhalb jenem der öffentlichen und um 641 Franken unter jenem der subventionierten Spitäler.

Die Differenz im Basisfallwert der öffentlichen Spitäler zu den privaten Spitälern hat sich im Laufe der Zeit etwas vergrössert. 2022 ist sie mit 8.6 Prozent etwa auf dem Niveau vergangener Jahre. Beim Vergleich der Basisfallwerte zwischen privaten und subventionierten Spitälern liegt der Unterschied bei 7 Prozent.

Tabelle 16: Entwicklung der Basisfallwerte in Franken zwischen 2013 und 2022 nach Trägerschaft

Trägerschaft	2013	2018	2019	2020	2021	2022	rel. Δ 2021
PRIV	8262	8410	8456	8544	8600	8564	-0.41%
SUBV	8699	9059	9096	9078	9101	9205	+1.14%
OEFF	8926	9274	9222	9312	9356	9369	+0.14%
Total	8740	9026	9043	9073	9123	9150	+0.29%
Diff. PRIV zu OEFF	-7.45%	-9.31%	-8.31%	-8.24%	-8.08%	-8.59%	
Diff. PRIV zu SUBV	-5.03%	-7.16%	-7.04%	-5.88%	-5.50%	-6.96%	

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2022); Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK (2013-2017) und tarifsuisse (2013-2022). **Berechnung:** Universität Basel.

Im Folgenden soll der Basisfallwert auf Spitalebene br_{it} im Rahmen eines linearen, gemischten Modells näher untersucht werden. Dabei interessiert vor allem der Unterschied zwischen privaten Spitälern einerseits und subventionierten sowie öffentlichen Spitälern andererseits:

$$br_{it} = \alpha + \beta_1 \times traeger_i + \beta_2 \times typ_i + \beta_3 \times jahr_t + \beta_4 \times (traeger_i \times jahr_t) + \beta_5 \times (typ_i \times jahr_t) + \beta_6 \times cmi_{it} + u_i + \varepsilon_{it}$$

Die Schätzkoeffizienten β_1 bezeichnen den Unterschied zwischen den Trägerschaften im Ausgangsjahr 2013, der Koeffizient β_2 die etwaigen Differenzen zwischen den Spitaltypen. Da wir sämtliche Daten der Jahre 2013 bis 2022 betrachten, berücksichtigen wir, dass sich die Basisfallwerte und die Diskrepanzen zwischen den Trägerschaften bzw. Spitaltypen über die Zeit ändern können. Diese fixen Jahres- und Interaktionseffekte werden anhand der Parameter β_3 , β_4 und β_5 modelliert. Zusätzlich wird ein potenzieller Effekt des Casemix-Index (CMI) berücksichtigt (β_6).¹⁰ Das Regressionsmodell wird komplettiert durch einen zufälligen, spitalspezifischen Effekt u_i . Diese Variable fängt zufällige, spitalindividuelle Effekte auf, die über die Zeit hinweg stabil sind und nicht durch die Trägerschaft oder den Spitaltypen erklärt werden können. ε_{it} steht für den Einfluss möglicher weiterer, jedoch nicht beobachtbarer Variablen auf den Basisfallwert eines Spitals.

In die Schätzungen fließen die Angaben von 190 Einrichtungen über den Zeitraum 2013 bis 2022 ein.¹¹ Über

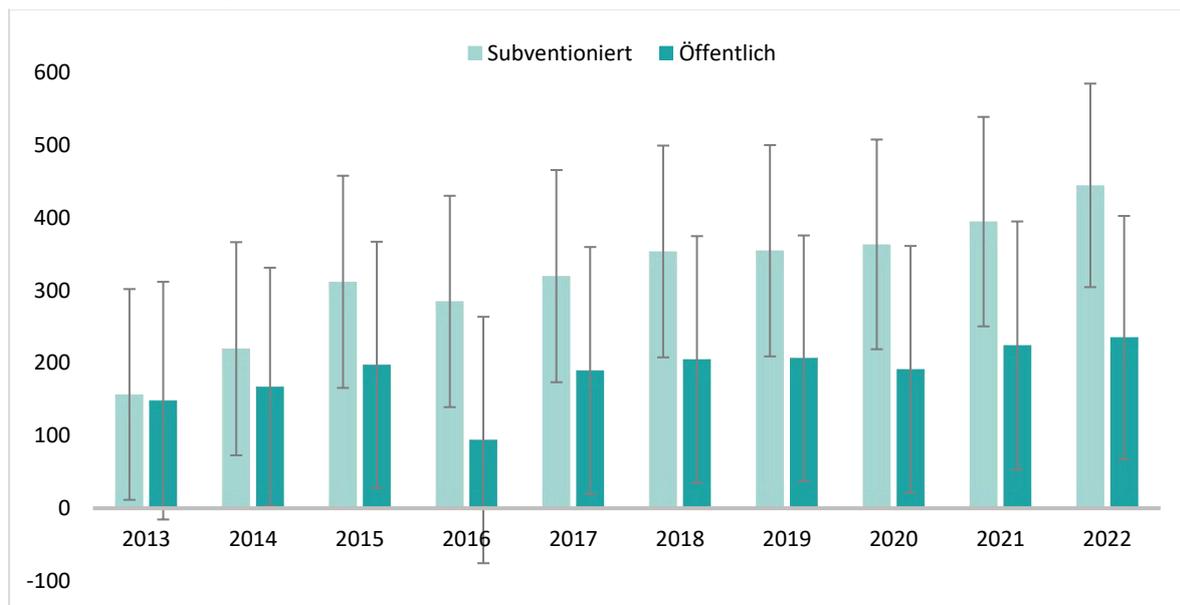
¹⁰ Der CMI sollte für die Festlegung der Basisfallwerte keine Rolle spielen ($\beta_6 = 0$). Da der CMI den mittleren Schweregrad der Fälle in einem Spital nur unvollständig erfasst, kann es aber sein, dass dieser bei den Verhandlungen trotzdem eine Rolle spielt. Wie die Resultate aber zeigen, ist der Einfluss des CMI auf den Basisfallwert zumindest nicht signifikant ($p > 0.05$).

¹¹ Die CMI-Werte sind nicht für alle Spitäler verfügbar. Für die Regression können nur jene Beobachtungen berücksichtigt werden, für welche alle Variablen zur Verfügung stehen.

die Betrachtungsperiode von mittlerweile zehn Jahren hinweg ergeben sich insgesamt 1473 Beobachtungen. Da es während des Untersuchungszeitraums zahlreiche Zu- und Weggänge bei den Spitätern gab, fehlen insgesamt 807 Beobachtungen. Der Basisfallwert variiert zwischen 5500 und 12'750 Franken, bei einem Mittelwert von 9569 Franken.¹² 30.4 Prozent der Einrichtungen in unserer Stichprobe sind subventioniert und 21.2 Prozent öffentlich-rechtlich verfasst. Bei fünf handelt es sich um Universitätskliniken, bei dreien um Kinderspitäler und bei 13 um Geburtshäuser. Der durchschnittliche Schweregrad des in einer Einrichtung behandelten Patienten (CMI) beträgt 0.92 und variiert zwischen 0.25 und 3.21.

Abbildung 4 zeigt die Schätzergebnisse für die Aufschläge auf die Basisfallwerte nach Trägerschaft und Jahr. Die Balken bilden jeweils den geschätzten Wert ab, während die vertikalen Linien das 95%-Konfidenzintervall beschreiben. Von den 20 geschätzten Effekten sind insgesamt 18 statistisch nachweisbar. Einzig der Aufschlag für die öffentlichen Spitäler in den Jahren 2013 und 2016 sind nicht signifikant. Der Fehlerbereich ist allerdings gross; bspw. beträgt der geschätzte Aufschlag für subventionierte Spitäler im Jahr 2016 rund 291 Franken, wobei der wahre Effekt mit grosser Wahrscheinlichkeit zwischen 140 und 430 liegt. Wie ein Vergleich über die Jahre zeigt, ist der Aufschlag der öffentlichen Spitäler in etwa gleichgeblieben und bewegt sich bei rund 200 Franken. Bei den subventionierten Kliniken ist ein positiver Trend abzuleiten. Seit 2017 war der Aufschlag jeweils grösser als 300 Franken und erreichte im Jahr 2022 ein Maximum von 445 Franken. Der entsprechende Wert beträgt bei den öffentlichen Spitätern 235 Franken.

Abbildung 4: Tarifaufschläge der öffentlichen und subventionierten Spitäler, 2013-2022



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2022), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

Berechnung: Universität Basel.

Weiterhin zeigt sich das gewohnte Bild, dass Universitätskliniken und Kinderspitäler höhere Tarife lösen als andere Akutspitäler, was aufgrund der politischen Kostendiskussion wenig überrascht. Die Preisunterschiede belaufen sich für Universitätskliniken bzw. Kinderspitäler für das Jahr 2022 auf 1050 Franken bzw. 718 Franken. Dieser Aufschlag hat sich jedoch über die vergangenen Jahre abgeschwächt. Bei den Kinderspitälern war der Rückgang massiv; von 1617 Franken im Jahr 2013 hat sich der Aufschlag zunächst auf 966 Franken im Jahr 2019 reduziert, bevor er dann im Jahr 2022 bei rund 718 Franken zu liegen kam. Die Geburtshäuser auf der anderen Seite waren anfänglich mit einem Aufschlag auf den Basisfallwert von rund 300 Franken ausgestattet. Seit dem Jahr 2014 ist allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen den

¹² Dieser Wert unterscheidet sich aus zwei Gründen von den Angaben in Tabelle 18. Einerseits sind die Werte nicht gewichtet, andererseits werden lediglich jene Spitäler berücksichtigt, welche einen CMI ausweisen.



Geburtshäusern und den nicht-universitären Akutspitälern auszumachen. Letztlich kann das Modell keinen signifikant positiven Einfluss des Casemix-Index feststellen.¹³

Auf der Grundlage dieser Schätzungen kann das Sparpotenzial bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen für den Fall berechnet werden, dass deren Basisfallwert auf das Niveau der Privaten zurückkäme. Hierzu wird für jedes einzelne öffentliche und subventionierte Spital und individuell nach Jahr dessen Basisfallwert geschätzt, wenn es privat wäre. Zu diesem Zweck werden die Koeffizienten β_1 und β_4 verwendet. Sodann werden die Erträge berechnet, die ein Spital beim geschätzten Basisfallwert erreichen würde. Diese wiederum ergeben sich als Produkt der Anzahl Fälle, des CMI und des geschätzten Aufschlags auf den Basisfallwert. Schliesslich werden auf Kantonebene die geschätzten Mehrerträge der Spitäler aufsummiert.

Tabelle 17: Subventionen in Franken durch höhere Basisfallwerte, insgesamt und pro Fall, 2022

Kanton	absolut			Pro Fall	
	2022	abs. Δ 2021	rel. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021
AG	35'297'217	+4'261'501	+13.7%	387.41	+49.9
AI ¹	-	-21'783	-	-	-
AR	1'055'142	-39'999	-3.7%	81.83	+1.3
BE	62'899'200	+6'574'237	+11.7%	348.86	+37.6
BL	5'422'314	+707'291	+15.0%	173.19	+12.9
BS	15'451'697	+1'277'194	+9.0%	200.90	+10.9
FR	5'365'835	+564'800	+11.8%	178.20	+14.6
GE	15'312'536	+1'463'988	+10.6%	203.46	+12.3
GL	2'039'376	+303'295	+17.5%	436.60	+45.9
GR	13'885'816	+1'914'587	+16.0%	374.29	+36.9
JU	1'737'961	+182'267	+11.7%	200.62	+14.3
LU	11'517'353	+526'122	+4.8%	199.16	+8.3
NE	4'322'014	+392'157	+10.0%	204.20	+12.1
NW	2'144'522	+275'044	+14.7%	375.24	+30.1
OW	734'183	+61'391	+9.1%	191.94	+5.9
SG	18'254'484	+1'000'513	+5.8%	228.52	+7.5
SH	2'261'016	+119'656	+5.6%	204.04	+9.4
SO	13'717'478	+1'675'032	+13.9%	411.45	+47.4
SZ	5'466'378	+755'256	+16.0%	310.54	+32.8
TG	12'693'966	+1'754'155	+16.0%	369.30	+35.0
TI	11'160'647	+1'075'677	+10.7%	199.78	+7.5
UR	813'299	+25'695	+3.3%	204.81	+0.9
VD	37'960'030	+4'317'919	+12.8%	317.50	+23.0
VS	8'844'811	+744'246	+9.2%	230.60	+18.3
ZG	4'318'622	+534'651	+14.1%	270.76	+32.5
ZH	67'555'960	+5'628'524	+9.1%	285.09	+23.6
CH	360'231'857	+36'073'415	+11.1%	280.60	+23.5

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Das Spital Appenzell wurde im Juni 2021 geschlossen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

Berechnung: Universität Basel.

¹³ Ein positiver Zusammenhang könnte beispielsweise dann entstehen, wenn die Höhe des CMI in die Vereinbarungen mit den Tarifpartnern miteinfliesst.

Tabelle 17 zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen. Demnach belaufen sich die Subventionen der öffentlichen und subventionierten Spitäler aufgrund erhöhter Basisfallwerte im Vergleich zu privaten Kliniken landesweit auf 360 Mio. Franken. Dies entspricht im Vergleich zum Jahr 2021 einer Zunahme von 36 Mio. Franken (+11.1 Prozent). Diese Zunahme hat einerseits mit dem höheren errechneten Aufschlag auf die Base-rate der Privaten zu tun, andererseits mit der leicht gestiegenen Fallzahl in den öffentlichen und subventionierten Spitäler (+1.8%).

Pro Fall belaufen sich diese Subventionen 2021 zwischen 81.8 Franken in Appenzell-Ausserhoden und 436.6 Franken im Kanton Glarus. Die Entwicklung bei den geschätzten Mehrerträgen ist über alle Kantone unterschiedlich. Der Gründe dafür liegen in der Veränderung der Fallzahl über die beiden Berichtsjahre.

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

3.2.1 Exkurs: Quervergleich Vergütung zwischen Universitäts- und Zentrumsspitälern

Bei den Basisfallwerten (Baserate, Tarife) von Spitälern fallen die hohen Werte der Universitätsspitäler ins Auge. Tatsächlich kostet eine Behandlung in einem Universitätsspital im Durchschnitt rund 1500 Franken mehr als bspw. in Zentrumsspitälern, die ebenfalls ein breites Leistungsspektrum mit jährlich mindestens 9000 Fällen aufweisen. Die Universitätsspitäler rechtfertigen ihre hohen Tarife mit den höheren Kosten, die ihnen bei der Behandlung ihrer Patienten entstehen, deren Krankheitsschweregrad überdurchschnittlich ist. Dieses Argument ist zunächst wenig überzeugend, denn das SwissDRG-Vergütungssystem trägt der unterschiedlichen Schwere von Erkrankungen und den damit zusammenhängenden unterschiedlichen Behandlungskosten Rechnung. Im Folgenden vergleichen wir die Universitäts- und Zentrumsspitälern miteinander, um zu berechnen, welche potenziellen Einsparungen in der Vergütung erreicht werden könnten, wenn Patienten statt in Universitäts-, in Zentrumsspitälern behandelt würden. Die Zuordnung der Universitätsspitäler zu den Zentrumsspitälern in ihrem Einzugsgebiet wird in Anhang IV aufgeführt.

Die Tarife der Universitätsspitäler sind teilweise über 1000 Franken höher als jene der Zentrumsspitäler im jeweiligen Einzugsgebiet der Universitätsspitäler (vgl. Tabelle 18). Der durchschnittliche Schweregrad der Patienten, gemessen mit dem Casemix-Index (CMI netto), ist in den Universitätsspitälern um einen Faktor zwischen 1.25 (USB) und 1.65 (CHUV) höher. Aber es gibt auch überraschende Unterschiede beim CMI zwischen den Universitätsspitälern selbst. Patienten in der Universitätsklinik von Zürich weisen mit einem CMI netto von 1.67 den höchsten durchschnittlichen Schweregrad auf. In Genf und Basel ist der CMI netto mit 1.34 und 1.31 deutlich niedriger und in Bern und Lausanne liegt dieser mit 1.48 bzw. 1.49 im Mittelfeld. Die Universitätskliniken sind deutlich grösser als die Zentrumsspitäler; sie behandeln im Schnitt rund dreimal mehr Patienten.

Tabelle 18: Vergleich zwischen Unispitälern und Zentrumsspitälern im jeweiligen Einzugsgebiet

Universitätsspital	Baserate		CMI netto		Fälle	
	Unispital	Zentrumsspitäler	Unispital	Zentrumsspitäler	Unispital	Zentrumsspitäler
CHUV Lausanne	10'650	9650	1.49	0.91	42'586	13823
Insel Bern	10'800	9682	1.48	1.00	48'356	15204
HUG Genève	10'650	9650	1.34	0.91	48'598	13823
USB Basel	10'650	9755	1.31	1.05	40'595	16812
USZ Zürich	10'870	9740	1.67	1.09	38'704	15686

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

Berechnung: Universität Basel.



Der höhere mittlere Schweregrad führt bei gleicher Baserate zu einer höheren Vergütung. Insoweit mit dem Katalogsystem von SwissDRG der Behandlungsbedarf eines Patienten und die damit zusammenhängenden Kosten im Durchschnitt richtig erfasst sind, werden die Universitätsspitäler dadurch nicht benachteiligt, dass ihre Patienten im Mittel schwerere Erkrankungen aufweisen. Die höheren Tarife der Universitätsspitäler haben hingegen grössere Ausgaben bei den Kostenträgern, den Versicherern, den Kantonen und nicht zuletzt bei den Versicherten zur Folge.

Die Tabelle 19 weist die höheren Vergütungen der Universitätsspitäler im Zusammenhang mit ihren hohen Tarifen aus. Die durchschnittliche Vergütung pro Fall liegt bei 14'196 Franken. Sie ist mit rund 16'300 Franken im USZ am höchsten und mit rund 12'800 Franken im USB am niedrigsten. Der Unterschied in der durchschnittlichen Vergütung pro Fall im Vergleich zu den umliegenden Zentrumsspitalern beträgt knapp 1500 Franken über alle Universitätsspitäler hinweg, rund 1900 Franken am USZ und 1200 Franken am USB.

Die letzte Kolonne in Tabelle 19 zeigt die möglichen Einsparungen auf, die sich ergäben, wenn die Tarife der Universitätsspitäler auf das Niveau der jeweilige Vergleichsspitäler reduziert würden. Im Durchschnitt belaufen sich die entsprechenden Einsparungen insgesamt auf 64 Mio. Franken pro Universitätsspital. Für die fünf Kliniken summieren sie sich auf 320 Mio. Franken.

Tabelle 19: Einsparungen in Franken durch Reduktion der jeweiligen Baserate, insgesamt und pro Fall

Universitätsspital	Vergütung pro Fall	Einsparung pro Fall	Einsparung Total
CHUV Lausanne	14'389	1491	63'436'860
Insel Bern	14'307	1652	71'933'500
HUG Genève	12'937	1341	61'794'480
USB Basel	12'810	1175	46'974'258
USZ Zürich	16'292	1890	75'644'863
Total	14'196	1461	319'783'961

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

Berechnung: Universität Basel.

Ein DRG-System, wie es in der Schweiz seit 2012 in der stationären Vergütung praktiziert wird, stellt eine Anwendung der so genannten Yardstick-Competition dar (Shleifer, 1985). Da die Vergütung in einem solchen System grundsätzlich pauschaliert ist, haben die daran beteiligten Spitäler einen Anreiz, ihre Prozesse zu optimieren und Kosten wo immer möglich einzusparen.¹⁴

Konkret melden ausgewählte Spitäler (Netzwerkspitäler) ihre Kosten fallbezogen an SwissDRG. Auf dieser Grundlage werden die relativen Kostengewichte für die einzelnen DRGs errechnet. Kostenänderungen, die sich durch den Einsatz neuer medizinischer Techniken ergeben, werden über die Kostenmeldungen der Spitäler automatisch ins System eingepflegt. Es kann dabei zu einer Aufteilung einzelner DRGs in zwei neue und zu Änderungen der Relativgewichte kommen. Über die Zeit sollten die relativen Kostengewichte gegen die jeweiligen minimalen Durchschnittskosten konvergieren. Die Yardstick-Competition funktioniert dann gut, wenn die Zahl der Kosten meldenden Spitäler gross ist. Dies garantiert, dass die Kostenübermittlungen eines einzelnen Spitals keinen Einfluss auf die landesweit ermittelten relativen Kostengewichte haben. In der Schweiz mit über 100 Netzwerkspitalern ist dies der Fall.

Eine Yardstick-Competition mit lediglich fünf Universitätsspitalern funktioniert hingegen nicht. Die Kliniken antizipieren, dass sie bei den Tarifverhandlungen grundsätzlich untereinander verglichen werden. Dabei werden sie auf ihr jeweilig hohes Kostenniveau verweisen und sich gegen eine Reduktion ihres Tarifs wehren. Es ist nicht übertrieben zu sagen, dass die Verhandler auf Seite der Krankenversicherer einem Kartell

¹⁴ SwissDRG ist in seiner aktuellen Form allerdings kein reines prospektives Vergütungssystem, das ausschliesslich auf bei Aufnahme erfassten Diagnosen abstellt. Vielmehr bestimmen auch Prozeduren (sog. CHOP-Codes) die Höhe der Vergütung. Damit weist das DRG-System teilweise Merkmale eines Einzelleistungstarifs auf.

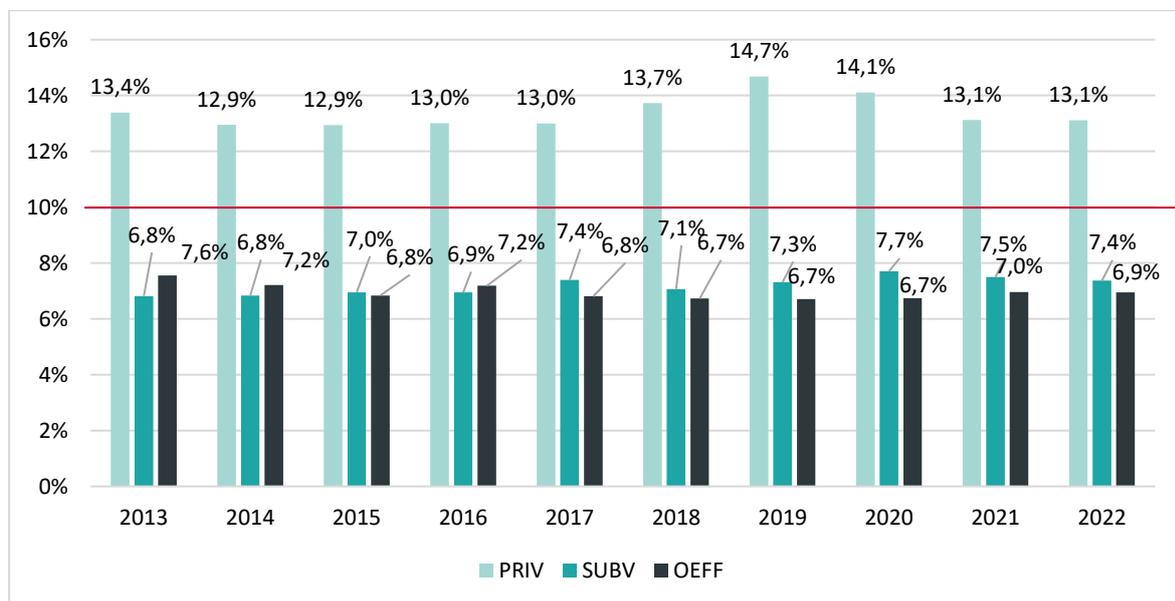
der Universitätsspitäler gegenüberstehen. Damit wird aber die Idee der Yardstick-Competition konterkariert – das Kartell setzt höhere Tarife durch und seine Mitglieder müssen sich im Unterschied zu den anderen Spitälern, die nicht ihrem Club angehören und tariflich stärker unter Konkurrenzdruck sind, bei den Bemühungen, Kosten zu senken, weniger stark anstrengen. Die höheren Tarife reizen die Universitätsspitäler sogar an, die Menge an Behandlungen und deren Intensität zu steigern, da sie dadurch ihre Deckungsbeiträge erhöhen können.

Damit wird eine Problematik angesprochen, die den DRG-Vergütungssystemen inhärent ist. Die Relativgewichte widerspiegeln Vollkosten, also variable und fixe Kosten. Für die kurzfristigen Entscheidungen, mehr oder weniger Behandlungen durchzuführen, sind aber die variablen Kosten entscheidend. Solange diese geringer als die Vergütung ist, haben die Spitäler einen Anreiz, die Menge an Behandlungen zu steigern. Durch eine Senkung der Relativgewichte auf die variablen Fallkosten könnten die Anreize zur Mengenausweitung begrenzt werden. Im Schwerpunkt «Vorhaltepauschalen» wird diese Problematik weiter vertieft.

3.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung

Der Kostenanteil für die Anlagenutzung (Abschreibungen, Mieten und Zinsen) beträgt 2022 bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern 6.9 bzw. 7.4 Prozent und bei den Privatkliniken 13.1 Prozent (Abbildung 5). Im Vergleich zu 2013 hat sich an diesem Bild wenig geändert. Die privaten Kliniken weisen konstant eine rund 6 Prozentpunkte höhere Investitionsquote aus. Der Wert von 13.1 Prozent entspricht in etwa dem Stand zu Beginn der gesamten Beobachtungszeit. Trotz neuer Spitalfinanzierung hat sich die ausgewiesene Investitionsquote bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern nicht erhöht. Sie ist noch immer weit von der in den SwissDRG-Pauschalen 2012 festgehaltenen Quote von 10 Prozent entfernt (vgl. rote Linie).

Abbildung 5: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2022



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2022). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Die vorliegenden Zahlen lassen aber darauf schliessen, dass die vereinbarten Mietkosten zu niedrig angesetzt werden und nicht die effektiven Investitionskosten widerspiegeln. Die beträchtliche Investitionstätig-



keit der öffentlichen Hand und die gleichzeitig niedrige Investitionsquote bei den öffentlichen Spitälern lassen vermuten, dass ein wesentlicher Teil der verursachten Kosten vom Kanton getragen wird.¹⁵ Bei vermieteten Liegenschaften hiesse dies, dass sich die Mietpreise unterhalb des Marktniveaus befinden und für den Kanton somit Opportunitätskosten entstehen. Spricht der Kanton beim Bau von Spitalimmobilien kostengünstige bzw. zinslose Kredite oder geht er eine Bürgschaft ein, verlagert sich das Ausfallrisiko auf die öffentliche Hand. Unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung trägt der Steuerzahler am Ende die finanzielle Last der kantonalen Investitionspolitik.

Um die verdeckten Subventionen abzuschätzen, werden die Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für den Fall berechnet, dass deren Investitionsniveau 10 Prozent der akutstationären Erträge beträgt. Dieses Niveau entspricht dem durchschnittlichen Anteil der Investitionskosten bei der Vollkostenerhebung gemäss SwissDRG. Weist ein Spital bereits eine Investitionsquote grösser als 10 Prozent auf, so gilt es als nicht subventioniert. Im anderen Fall berechnet sich die Subventionsrate als Differenz zwischen 10 Prozent und der tatsächlichen Investitionsquote eines Spitals.¹⁶ Die Subvention schliesslich entspricht der Rate, multipliziert mit den Gesamtkosten.

Die verdeckten Investitionskosten summieren sich landesweit auf rund 381.8 Mio. Franken (vgl. Tabelle 20). Dies entspricht 3.0 Prozent der Gesamtkosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Behandlungen. Im Vergleich zu 2020 haben die verdeckten Investitionskosten landesweit um 22.8 Mio. Franken zugenommen. Dies entspricht einer Zunahme von 6.4 Prozent. Zwischen den Kantonen sind die Unterschiede wiederum gross. Die höchsten Subventionen werden mit 55.6 Mio. Franken im Kanton Waadt gezahlt. Pro Fall variieren die verdeckten Investitionskosten ebenfalls beträchtlich. Sie sind im Kanton Genf mit 636.6 Franken am höchsten. 11 Kantone weisen verdeckte Investitionshilfen von über 300 Franken pro Fall auf.

Bei der Änderung zwischen 2021 und 2022 gibt es schliesslich eine starke Variation über die Kantone. Während die verdeckten Investitionskosten in 11 Kantonen abgenommen haben, sind sie in 13 Kantonen innerhalb eines Jahres gestiegen. Ein besonders starker Rückgang wurde mit 210 Franken pro Fall im Kanton Uri registriert, während Luzern mit 130 Franken pro Fall den grössten Zuwachs verzeichnete. Die Entwicklung im Kanton Uri lässt sich durch die Investitionsquote des Kantonsspitals erklären, die innert Jahresfrist um rund 50 Prozent angestiegen ist.

¹⁵ Diese Praxis untergräbt die Absicht der neuen Spitalfinanzierung. Diese hält fest, dass die Anlagenutzung Teil der Fallpauschale sein soll und so in einem fixen Verhältnis zwischen den Kantonen und Krankenversicherern aufgeteilt wird.

¹⁶ Beträgt die effektive Investitionsquote bspw. 7.5%, so ergibt sich eine Subventionsrate von 2.5% (= 10% - 7.5%).

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

	Absolut			Pro Fall	
	2022	abs. Δ 2021	rel. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021
AG	29'160'910	+3'586'320	+14.0%	320.1	+41.9
AI	-	-56'557	-	-	-
AR	2'299'481	-1'542'949	-40.2%	178.3	-104.2
BE	42'812'364	+9'096'673	+27.0%	237.5	+51.1
BL	9'100'194	+961'929	+11.8%	290.7	+14.0
BS	20'327'517	+5'083'395	+33.3%	264.3	+59.9
FR	11'773'515	-961'758	-7.6%	391.0	-43.0
GE	47'908'730	-587'670	-1.2%	636.6	-32.9
GL	1'620'076	-100'397	-5.8%	346.8	-40.4
GR	5'859'806	+2'880'427	+96.7%	158.0	+74.0
JU	3'863'089	+151'787	+4.1%	445.9	+1.4
LU	10'747'398	+7'513'961	+232.4%	185.8	+129.7
NE	6'987'224	+747'682	+12.0%	330.1	+25.1
NW	1'832'608	+363'144	+24.7%	320.7	+49.3
OW	483'889	+106'442	+28.2%	126.5	+22.2
SG	24'459'709	+7'774'840	+46.6%	306.2	+92.4
SH	1'951'438	-1'495'481	-43.4%	176.1	-137.3
SO	7'739'254	-2'491'074	-24.3%	232.1	-77.2
SZ	5'002'409	+82'242	+1.7%	284.2	-5.9
TG	0	+0	+0.0%	0.0	-
TI	20'727'723	+2'394'818	+13.1%	371.0	+21.5
UR	784'845	-789'932	-50.2%	197.6	-210.1
VD	55'606'349	-1'117'001	-2.0%	465.1	-31.5
VS	19'331'959	+1'527'284	+8.6%	504.0	+37.3
ZG	2'509'491	-1'178'070	-31.9%	157.3	-74.9
ZH	48'885'236	-9'134'982	-15.7%	206.3	-38.7
CH	381'775'212	+22'815'073	+6.4%	297.4	+12.7

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

3.4 Die Subventionen insgesamt

In diesem Abschnitt sollen nun die einzelnen Komponenten der Subventionen zusammengetragen und aufsummiert werden. Aus Abschnitt 3.1 stehen die Subventionen zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) zur Verfügung. Sie summieren sich im Jahr 2022 landesweit auf 2.21 Mrd. Franken. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler mit 1.56 Mrd. Franken oder 70.4 Prozent den grössten Anteil. Die subventionierten Spitäler werden mit 503.1 Mio. Franken bezuschusst (22.7 Prozent), während die privaten Kliniken 152.1 Mio. Franken (6.9 Prozent) beziehen (vgl. Tabelle 21). Bei den Privatkliniken ist dieser Wert primär mit dem Instrument der Defizitdeckung durch die privaten Eigentümer zu erklären. Diese belief sich im Jahr 2022 schweizweit auf 113.2 Mio. Franken. Gemäss den Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2022 fiel die Defizitdeckung bei der privaten Hirslanden Bern AG mit rund 35.5 Mio. Franken am höchsten aus.

Über die höheren Basisfallwerte, berechnet in Abschnitt 3.2, fliessen landesweit zusätzlich 360 Mio. Franken an die öffentlichen und subventionierten Spitäler. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler 42 Prozent,



die subventionierten 58 Prozent und die privaten annahmegemäss null. Bei den verdeckten Investitionshilfen belaufen sich die Subventionen auf 381.8 Mio. Franken und teilen sich im Verhältnis 66 Prozent zu 34 Prozent auf öffentliche und subventionierte Spitäler auf. Nach diesen Berechnungen summieren sich die Subventionen über alle drei Bereiche auf 2.95 Mrd. Franken. 1.96 Mrd. Franken oder 66.4 Prozent der Gesamtsumme fliessen an öffentliche Spitäler, 840.2 Mio. Franken oder 28.4 Prozent an subventionierte Einrichtungen und 152.1 Mio. Franken oder 5.1 Prozent an private Kliniken.

Tabelle 21 weist zusätzlich die gesamten Subventionsbeträge pro Fall und pro Akutbett aus. Landesweit machen die Zuschüsse 2301 Franken pro Fall aus. Bei einem durchschnittlichen Basisfallwert von rund 9500 Franken sind dies zusätzliche Erträge von etwa 24 Prozent. Bei den öffentlichen Einrichtungen belaufen sich die Subventionen auf 3644 Franken pro Fall; somit ergeben sich rund 38 Prozent zusätzliche Erträge über die SwissDRG-Vergütung hinaus. Bei den subventionierten Einrichtungen betragen die Zuschüsse 1830 Franken pro Fall; hier resultieren somit rund 19 Prozent zusätzliche Erträge pro behandelten Patienten. Bei den privaten Kliniken betragen die Subventionen 531 Franken pro Fall und generieren damit zusätzliche Erträge von 5.6 Prozent über die SwissDRG-Vergütung hinaus.

Tabelle 21: Übersicht der Subventionen, 2022

Jahr 2022	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
Total (in Mio. CHF)				
GWL	152.1	503.1	1556.8	2212.0
Basisfallwert	0.0	209.2	151.1	360.2
Investitionen	0.0	128.0	253.8	381.8
Total	152.1	840.2	1961.7	2954.0
Pro Fall (in CHF)				
GWL	531.1	1095.6	2892.2	1723.0
Basisfallwert	0.0	455.6	280.6	280.6
Investitionen	0.0	278.8	471.4	297.4
Total	531.1	1830.0	3644.3	2301.0
Pro Akutbett (in CHF)				
GWL	31'299.8	68'469.5	150'915.7	98'214.1
Basisfallwert	0.0	28'470.1	14'643.0	15'994.6
Investitionen	0.0	17'422.2	24'599.8	16'951.1
Total	31'299.8	114'361.8	190'158.5	131'159.8

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). Berechnung: Universität Basel.

Bezogen auf ein Akutbett belaufen sich die Subventionen landesweit im Durchschnitt auf 131'159 Franken pro Jahr. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt dieser Wert 190'159 Franken, bei den subventionierten 114'362 Franken und bei den privaten Kliniken 31'300 Franken.

Nachfolgend werden die Veränderungen seit 2021 genauer beleuchtet (vgl. Tabelle 22). Insgesamt haben die Subventionen im Jahresvergleich um 77.6 Mio. Franken oder 2.7 Prozent zugenommen; dieser Effekt wird durch mehrere Komponenten hervorgebracht. Die GWL haben sich kaum verändert (+0.9%). Im selben Zeitraum war beim überhöhten Basisfallwert (+11.1 %) und den Investitionsbeiträgen (+6.4 %) eine deutliche Zunahme zu beobachten.

Tabelle 22: Änderung der Subventionen in Franken 2022/2021, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft

2022/2021	PRIV		SUBV		OEFF		TOTAL	
Gesamt	abs. Δ	rel. Δ						
GWL	13'245'614	9.5%	-22'249'481	-4.2%	27'733'557	1.8%	18'729'690	0.9%
Basisfallwert	0		25'979'172	14.2%	10'094'243	7.2%	36'073'415	11.1%
Investitionen	0		10'071'187	8.5%	12'743'886	5.3%	22'815'073	6.4%
Total	13'245'614	9.5%	13'800'877	1.7%	50'571'686	2.6%	77'618'178	2.7%
Pro Fall	abs. Δ	rel. Δ						
GWL	37	7.6%	-63	-5.5%	-12	-0.4%	-16	-0.9%
Basisfallwert			51	12.7%	13	4.8%	24	9.2%
Investitionen			19	7.1%	14	3.0%	13	4.5%
Total	37	7.6%	7	0.4%	15	0.4%	20	0.9%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). Berechnung: Universität Basel.

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen hat es Verschiebungen nach Trägerschaft gegeben. Auf niedrigem Niveau hat die Abgeltung von GWL (insb. Defizitdeckung) bei privaten Kliniken um 13.2 Mio. Franken auf 152.0 Mio. Franken zugenommen, was auf ein höheres Mass an Defizitdeckung zurückzuführen ist. Bei den subventionierten Spitälern ist ein Rückgang um 22.2 Mio. Franken auf 503.0 Mio. Franken zu verzeichnen. Bei den öffentlichen Einrichtungen hat der Umfang der Abgeltungen von GWL in der Berichtszeit um 27.7 Mio. Franken auf 1.56 Mrd. zugenommen.



Tabelle 23 weist die kantonalen Gesamtsubventionen für 2022 und im Vergleich zu 2021 aus. In der Waadt belaufen sich die Subventionen 2021 insgesamt auf 696 Mio. Franken. Das sind 5802 Franken pro Fall und 233.4 Franken weniger gegenüber 2021. Die prozentual höchste Zunahme ist im Kanton Zug zu beobachten. Die Subventionen haben sich innert Jahresfrist von 9 auf 16.6 Mio. Franken erhöht. Dies ist mit höheren GWL-Abgeltungen an die beiden Spitäler verbunden. In Basel-Landschaft ist der höchste relative Rückgang (35.6 Prozent) zu verzeichnen. Im Gegensatz zum Vorjahr reduzierten sich dort die GWL-Abgeltungen für das Kantonsspital Baselland deutlich. Den absolut höchsten Rückgang weist der Kanton Fribourg aus. Hier fällt vor allem der GWL-Rückgang von 24 Mio. an das Freiburger Spital (HFR) ins Gewicht. Die niedrigsten Zuschüsse pro Fall verzeichnet mit 619 Franken der Kanton Thurgau, die höchsten Zuschüsse werden mit 5820 Franken in der Waadt gemessen.

Die Subventionen sind in verschiedenen Kantonen sehr stark angestiegen, so in Uri, Basel-Stadt und Zug. Rückgängig waren die Subventionen ebenfalls in mehreren Kantonen, besonders stark in Fribourg, Basel-Landschaft, Schaffhausen und Neuenburg.

Tabelle 23: Gesamtsubventionen nach Kanton, 2022 und im Vergleich zu 2021

	Absolut			Pro Fall	
	2022	abs. Δ 2021	rel. Δ 2021	2022	abs. Δ 2021
AG	116'310'296	-19'023'459	-14.1%	1276.6	-195.3
AI ¹	0	-5'555'758		-	-
AR	13'129'806	+1'081'523	+9.0%	1018.2	+132.4
BE	308'111'129	+28'681'268	+10.3%	1708.9	+164.7
BL	32'575'946	-17'970'420	-35.6%	1040.5	-677.6
BS	292'728'829	+71'526'851	+32.3%	3806.0	+840.5
FR	92'247'806	-24'032'521	-20.7%	3063.6	-898.7
GE	414'122'802	+4'097'376	+1.0%	5502.4	-158.0
GL	10'255'616	-885'276	-7.9%	2195.6	-311.9
GR	76'783'896	-7'213'921	-8.6%	2069.7	-297.3
JU	15'811'107	-401'551	-2.5%	1825.1	-116.7
LU	58'960'928	+14'869'451	+33.7%	1019.6	+254.0
NE	72'167'351	-7'765'795	-9.7%	3409.6	-498.0
NW	8'021'220	+637'278	+8.6%	1403.5	+40.2
OW	9'803'423	+1'025'713	+11.7%	2563.0	+136.2
SG	102'675'507	+6'008'308	+6.2%	1285.4	+46.9
SH	13'900'326	-6'103'024	-30.5%	1254.4	-564.2
SO	79'435'147	+19'323'464	+32.1%	2382.6	+565.3
SZ	16'062'149	-3'862'251	-19.4%	912.5	-262.3
TG	21'258'558	+1'843'360	+9.5%	618.5	+25.1
TI	42'328'478	+7'742'603	+22.4%	757.7	+98.3
UR	13'089'915	+4'678'168	+55.6%	3296.4	+1118.3
VD	695'801'956	+4'303'765	+0.6%	5819.7	-233.8
VS	41'821'851	-1'695'326	-3.9%	1090.4	-50.3
ZG	16'632'217	+7'652'869	+85.2%	1042.8	+477.4
ZH	389'957'808	-1'344'519	-0.3%	1645.6	-6.5
CH	2'953'994'067	77'618'178	+2.7%	2301.0	+20.1

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. ¹ Für AI ist es aufgrund der Spitalschliessung nicht sinnvoll, den Wert pro Fall auszuweisen.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2021/2022). Berechnungen: Universität Basel.

Abschliessend beleuchtet Tabelle 24 die Gesamtsubventionen der Kantone noch aus einer weiteren Perspektive. Die erste Spalte zeigt die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau der privaten Spitäler.^{17,18} Mit 11'651 Franken pro Fall (Fallgewicht = 1.0) sind die OKP-Erträge in Genf am höchsten, gefolgt von Basel-

¹⁷ Die Beträge verstehen sich pro stationären Fall im Kanton (Listenspitäler und Vertragsspitäler). Die Angaben zum Basisfallwert stehen nur für die Listenspitäler zur Verfügung. Somit wurde die Schätzung der Quersubventionierung nur für diese Spitäler vorgenommen. Die Summe der Basisfallwerte privates Niveau plus Subventionierung über den Basisfallwert entspricht daher nicht dem durchschnittlichen Basisfallwert im Kanton, sondern bewegt sich leicht darunter.

¹⁸ Allgemein entspricht das Preisniveau privat dem hypothetischen Preisniveau, welches vorherrschen würde, wenn die öffentlichen Anstalten keinen Preisaufschlag auf ihren Basisfallwert hätten. Das Preisniveau privat kann auch dann berechnet werden, wenn es in einem Kanton keine private Klinik gibt. Das private Preisniveau entspricht dort dem Preisniveau der öffentlichen Spitäler, unter der Annahme, dass der vom Modell geschätzte Aufschlag für öffentliche Spitäler wegfällt.



Stadt und Neuenburg. Am niedrigsten sind die OKP-Erträge mit 8423 Franken im Kanton Schwyz. Der Aufschlag auf die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau privat ist aufgrund der höheren Basisfallwerte von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen mit 445 Franken in Glarus am höchsten und mit 82 Franken in Appenzell-Ausserrhoden am niedrigsten. Die verdeckten Investitionshilfen für öffentliche und subventionierte Spitäler sind mit 6530 Franken, bezogen auf die Anzahl behandelter Patienten, in Genf am höchsten. Im Kanton Thurgau erreichte die Investitionsrate das private Niveau, so dass keine verdeckten Investitionen zu verzeichnen sind.

Die letzte Kolonne in Tabelle 24 weist für die einzelnen Kantone den Bruttoertrag pro behandelten Fall aus, einschliesslich der drei Subventionsbeiträge. Im Durchschnitt beläuft er sich landesweit auf 11'053 Franken. Mit 16'232 Franken ist der Bruttoertrag in Genf am höchsten, während einzig die Kantone Wallis und Schwyz einen Bruttoertrag von unter 10'000 Franken ausweisen. Die Spanne der Bruttoerträge pro Fall beträgt 6801 Franken.

Tabelle 24: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall, Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2022

In Franken	OKP-Ertrag Preisniveau privat	Subventionsbeiträge			Bruttoertrag
		höhere Basisfallwerte	Investitionen	GWL	
AG	8982	374	309	549	10'213
AI	-	-	-	-	-
AR	9890	82	179	759	10'909
BE	9400	312	212	1004	10'928
BL	10'100	166	278	552	11'097
BS	10'778	167	220	2781	13'947
FR	9104	176	386	2462	12'129
GE	11'651	169	530	3882	16'232
GL	9996	445	353	1438	12'232
GR	9188	388	164	1592	11'332
JU	9064	234	521	1376	11'195
LU	10'303	173	162	553	11'191
NE	10'781	205	331	2883	14'200
NW	9415	438	374	826	11'054
OW	8538	235	155	2748	11'676
SG	9143	219	294	720	10'376
SH	9236	208	180	892	10'516
SO	9894	410	232	1735	12'271
SZ	8423	343	314	351	9431
TG	9647	371	0	251	10'269
TI	9671	175	324	163	10'333
UR	8693	235	227	3321	12'475
VD	9375	275	403	4366	14'420
VS	8762	209	458	323	9'752
ZG	8904	317	184	719	10'125
ZH	8973	239	173	966	10'351
CH	8973	254	269	1557	11'053

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert; Kosten bei Fallgewicht 1.0.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). Berechnungen: Universität Basel.

4. Schlussfolgerungen

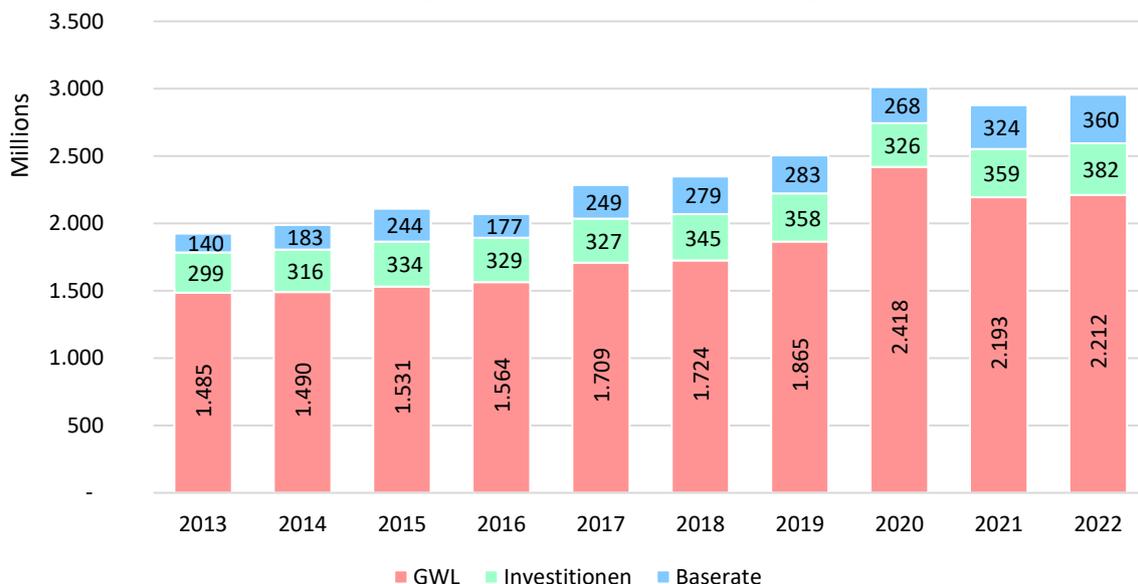
Mittlerweile umfasst die jährlich aktualisierte Studie einen Untersuchungszeitraum von zehn Jahren. Eine wichtige Erkenntnis aus dieser Zeit nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist, dass sich die Versorgungsstruktur im stationären Akutbereich nicht wesentlich geändert hat. Es hat zwar eine geringfügige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

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

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

Das zweite Instrument der Kantone bilden die Subventionen, auf welche in dieser Studie detailliert eingegangen wurde. Die Zahlen der vergangenen Jahre zeigen, dass die finanzielle Abgeltung aus den drei Quellen seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sogar zugenommen hat (vgl. Abbildung 6). Gleichzeitig fliesst nach wie vor ein überwiegender Teil dieser Beiträge – insgesamt rund 2.8 Mrd. Franken pro Jahr – ausschliesslich an öffentliche und subventionierte Spitäler.

Abbildung 6: Entwicklung der Subventionen aus den drei Quellen seit 2013



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). Berechnungen: Universität Basel.

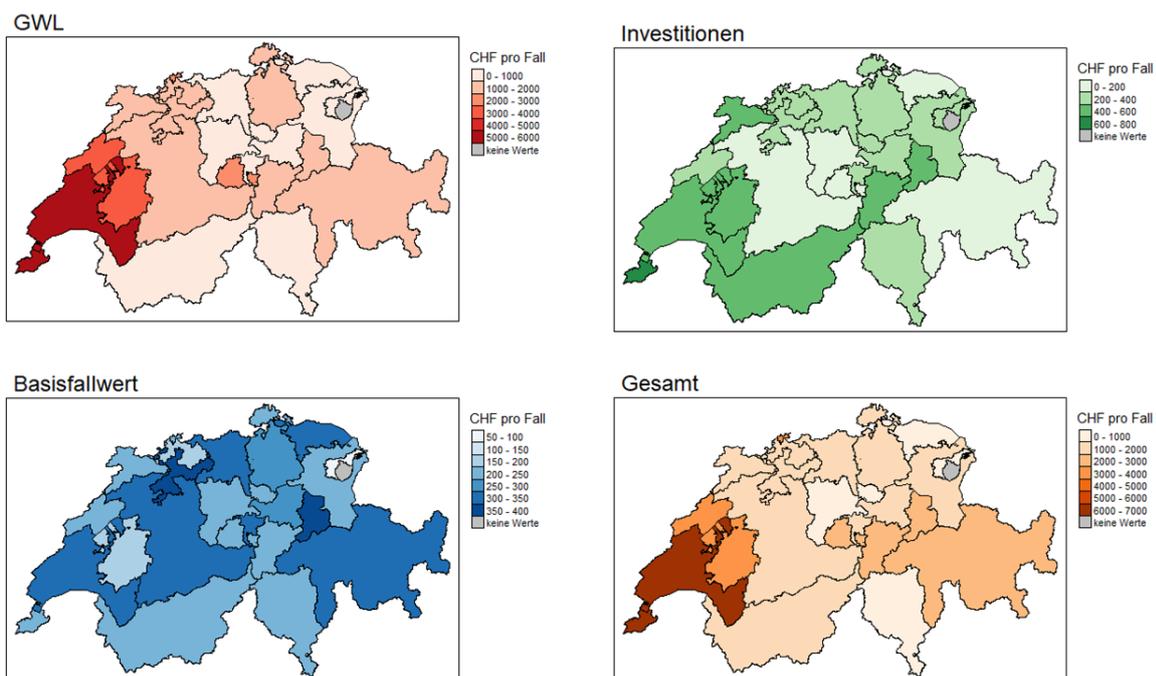
Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind insbesondere Beiträge für explizite Dienstleistungen wie Lehre und Forschung sowie Spezialaufgaben von den wenig spezifischen Zahlungen zu unterscheiden, die für die Ausfinanzierung ungedeckter Kosten gedacht sind. Bei den expliziten Dienstleistungen ist es zentral,



dass die Spitäler die Kosten für diese Dienste korrekt ausweisen, um eine Quersubventionierung mit Geldern der OKP zu vermeiden. Die Datenlage in diesem Bereich verbessert sich zusehends, wenn auch langsam. Es besteht immer noch eine starke Heterogenität bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Finanzierungsströme von den Kantonen zu den Spitälern.

Nach Abbildung 7 sind die Unterschiede zwischen den Kantonen in der Höhe der Subventionen pro akutstationärer Fall erheblich. In Genf und der Waadt betragen sie mehr als 5000 Franken, während sie im Thurgau, Tessin und Schwyz unter 1000 liegen. Weitere Westschweizer Kantone wie Neuchâtel, Fribourg weisen ebenfalls überdurchschnittlich hohe Subventionen pro Fall auf. Danach folgen Obwalden, Uri, Glarus und Graubünden.

Abbildung 7: Subventionen pro Fall nach Kanton (2022)



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). **Darstellung und Berechnungen:** Universität Basel.

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

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

Die Universitätsspitäler erhalten nicht nur besondere Unterstützung für Lehre und Forschung, sondern weitere Zuwendungen bis hin zu einer Defizitdeckung wie sie der Kanton Genf im Falle der HUG praktiziert. Zudem sind die Tarife der Universitätsspitäler im Vergleich zu den Zentrumsspitalern in ihrem Einzugsgebiet um bis zu 1000 Franken höher. Bei einem durchschnittlichen Schweregrad von rund 1.5 (CMI netto) ergibt dies höhere Erlöse von 1500 Franken pro Fall. Die Universitätsspitäler begründen ihre höheren Tarife mit höheren Kosten. Dieses Argument überzeugt wenig, denn die höheren Kosten reflektieren letztlich aus den höheren Tarifen. Würden die Tarife auf das Niveau der Zentrumsspitäler gesenkt, wären die Universitätsspitäler gezwungen, ihre Kosten entsprechend zu senken. Die Yardstick-Competition des DRG-Systems funktioniert bei den Universitätsspitalern nicht, da sie in den Verhandlungen mit den Krankenversicherern faktisch ein Kartell bilden. Mit dem Verweis auf hohe Kosten und den Tarifen der anderen Universitätsspitäler sind sie in der Lage, hohe Tarife durchzusetzen. Das Sparpotential ist bei den Universitätsspitalern substantiell, im Durchschnitt bei 64 Mio. Franken pro Jahr und Klinik.

Private Kliniken erbringen heute rund 18.5 Prozent der Pflage tage im akutstationären Bereich. Viele davon sind fester Bestandteil der kantonalen Spitalisten und werden entsprechend auch durch die Kantone mitfinanziert. Gleich lange Spiesse zwischen den öffentlichen und privaten Anbieter stationärer Leistungen, wie es das KVG eigentlich fordert, gibt es trotz der neuen Spitalfinanzierung weiterhin nicht. Zum einen fordert Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG einen angemessenen Einbezug von privaten Trägerschaften in die Spitalplanung, und zum andern haben private Spitäler einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staates bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die empirischen Befunde sowie der tiefe Marktanteil der privaten Betreiber und deren beschränkter Zugang zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen widersprechen den gesetzlichen Vorgaben. Längerfristig könnte ein Rückzug der Kantone aus der Rolle des Spitalbetreibers für eine Entspannung sorgen. Dieser Schritt findet heute jedoch noch keine Unterstützung – weder in der Politik noch bei der Bevölkerung.

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

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

Beim Basisfallwert könnte einzig ein funktionierender Wettbewerb garantieren, dass eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit OKP-Erträgen weitgehend entfällt. Das bedingt aber, dass sich auch öffentliche und subventionierte Spitäler zu gleichen Bedingungen im Markt bewähren müssen. Der absolute Aufschlag für öffentliche und subventionierte Spitäler von zwischen 235 und 445 Franken pro Fall weist hingegen auf eine marktbeherrschende Stellung dieser Einrichtungen hin. Dabei ist es der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers, dass sich die Spitaltarife an jenen Spitalern orientieren, welche die versicherte Leistung effizient und kostengünstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Daher spricht denkbar wenig dafür, dass sich die Spitaltarife innerhalb eines Kantons (oder einer Region) wesentlich unterscheiden. Einen Sonderfall bilden lediglich die Universitäts- und Kinderspitäler. Das heutige Vergütungssystem ist aber noch nicht vollständig in der Lage, die spezielle Leistungsstruktur dieser Institutionen und die daraus resultierenden Mehrkosten genügend abzubilden. Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für spitalambulante Leistungen.



5. Schwerpunkt 2024: Qualität und Spitaleffizienz

5.1 Daten und Methoden

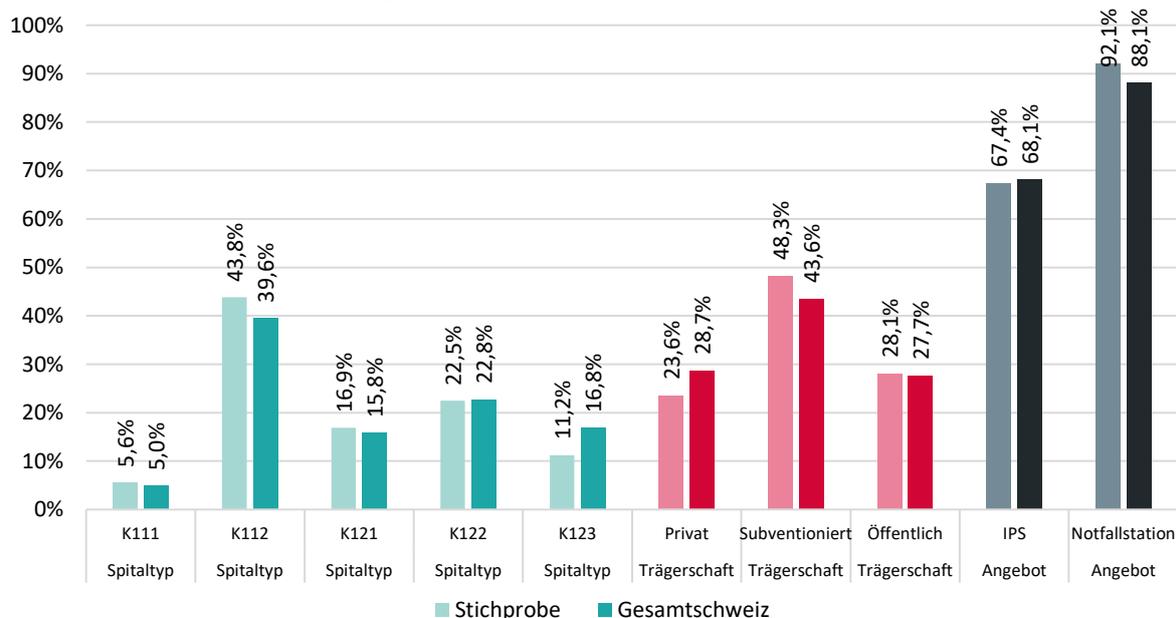
Wir betrachten in der weiteren Analyse ausschliesslich Allgemeinspitäler mit vollständigen Angaben zu den Input- und Outputs ihrer Produktion sowie den Qualitätsindikatoren im Jahr 2022 (n = 89). 12 Allgemeinspitäler werden aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt. Der Ausschluss der Spezialkliniken ist aufgrund der gewählten Methodik erforderlich. Da diese Kliniken auf gewisse Indikationsgebiete spezialisiert sind, können sie nicht mit den Allgemeinspitälern verglichen werden, die ein breites medizinisches Spektrum abdecken müssen.

Folgende Spitaltypen¹⁹ zählen zu den Allgemeinspitälern:

- K111: Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital, Anzahl Fälle $\geq 35'000$)
Beispiel: Universitätsspital Zürich
- K112: Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2, $35'000 < \text{Anzahl Fälle} \geq 9000$)
Beispiel: Kantonsspital Baden
- K121: Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3, $9000 < \text{Anzahl Fälle} \geq 6000$)
Beispiel: Hirslanden Klinik Linde AG
- K122: Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4, $6000 < \text{Anzahl Fälle} \geq 3000$)
Beispiel: Bethesda Spital AG
- K123: Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5, $3000 < \text{Anzahl Fälle} \geq 0$)
Beispiel: Spital Thuisis

Wie Abbildung 8 zeigt, sind die kleineren Grundversorger (K123) aufgrund der Ausschlüsse in der Analyse leicht unterrepräsentiert. Gleiches gilt für die Spitäler mit privater Trägerschaft. Diese machen 23.6 Prozent der Stichprobe aus; schweizweit beträgt deren Anteil bei den Allgemeinspitälern 28.7 Prozent. Auf der Gegenseite sind die Zentrumsversorger sowie die subventionierten Spitäler leicht übervertreten.

Abbildung 8: Repräsentativität der analysierten Spitäler



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). Berechnungen: Universität Basel.

¹⁹ <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/23546402/master>

Für die Effizienzanalyse kommen verschiedene Inputs, Outputs und Qualitätsindikatoren zum Einsatz. Input-seitig berücksichtigen wir die Zahl der Vollzeitäquivalente beim ärztlichen Personal, beim Pflegepersonal, bei den medizinisch-technischen und medizinischen-therapeutischen (MTT) Berufen sowie dem übrigen Personal. Die Vollzeitstellen wie auch die Bettenzahl beziehen sich jeweils auf das Gesamtspital und nicht nur den akutstationären Bereich. Die Betrachtung der institutionellen Einheit anstelle des Leistungstyps liegt in der Datenstruktur begründet. Die ausgewiesenen Vollzeitstellen wie auch die Infrastrukturanlagen (Operationssäle, Geburtssäle) beziehen sich jeweils auf das Gesamtspital und können nicht auf einzelne Leistungsbereiche heruntergebrochen werden (z.B. akutstationär).

Konsequenterweise werden auch auf der Output-Seite nicht nur die schweregradbereinigten Akutfälle (Casemix) berücksichtigt, sondern ebenfalls die ambulanten Erlöse, allfällig erbrachte Behandlungstage in den psychiatrischen und rehabilitativen Leistungseinheiten sowie die Tätigkeiten in der universitären Forschung und Lehre (F&L).

Tabelle 25: Deskriptive Statistik der In- und Outputs sowie der Qualität

Inputs	Mittelwert	Minimum	Median	Maximum
Ärztliches Personal (FTE)	261.98	1.96	117.71	2048.36
Pflegepersonal (FTE)	623.25	9.54	322.66	5423.85
Personal MTT (FTE)	206.44	8.25	99.10	1927.03
Übriges Personal (FTE)	463.48	15.39	220.91	3736.14
Betten	252.68	7.00	152.00	1796.76
Operationssäle	9.22	1	6	47
Geburtssäle	3.56	0	3	11

Outputs	Mittelwert	Minimum	Median	Maximum
Ambulante Erlöse in CHF	73'048'105	0	37'036'106	415'928'118
Casemix	13'980	251	8429	71'457
Behandlungstage (P + R)	10'710	0	0	214'399
Kosten für F&L in CHF	13'741'979	0	1'856'030	296'380'769

Qualität	Mittelwert	Minimum	Median	Maximum
Rehospitalisationsrate in %	6.25	3.48	6.23	8.28
N	7737	178	5627	27'614
Empfundene Behandlungsqualität (1-5)	4.20	3.74	4.20	4.58
N	274	6	190	1002

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022), ANQ. Berechnungen: Universität Basel.

Die Qualitätsdaten werden in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler nicht ausgewiesen. Daher greifen wir auf die Angaben des Vereins ANQ zurück. Gestützt auf das KVG koordiniert und realisiert ANQ im Auftrag seiner Mitgliederorganisationen Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie. Dafür arbeitet er eng mit den Spitätern und Kliniken sowie spezialisierten Partnern zusammen. Die Spitäler und Kliniken sind für die korrekte Umsetzung der Messungen und die termingerechte Abgabe der Messdaten zuständig. Die Messergebnisse und die Berichterstattung des ANQ geben den Spitätern und Kliniken wertvolle Anhaltspunkte, wie sie die Qualität zugunsten der Patientinnen und Patienten verbessern können. Dank dem statistischen Verfahren der Risikoadjustierung können sie ihre Ergebnisse schweizweit mit anderen Spitätern und Kliniken vergleichen.



Obwohl der ANQ verschiedene quantitative und qualitative Qualitätsindikatoren sammelt, eignet sich nur ein beschränkter Teil davon für die Effizienzanalyse. Es sind dies Indikatoren, welche in konsolidierter Art und Weise Auskunft über die Behandlungsqualität in *allen medizinischen Bereichen* geben und daher unabhängig vom Leistungsangebot eines Spitals Aussagekraft haben. Für unser Vorhaben von Relevanz sind einerseits die risikobereinigte Rehospitalisationsrate und andererseits die von den Patienten empfundene Behandlungsqualität im stationären Bereich. Erstere erlaubt es, die ungeplanten Rehospitalisationen innert 30 Tagen nach Austritt zu identifizieren. Dabei wird die Rehospitalisationsrate auf Ebene Spital und für verschiedene klinisch-relevanten Kohorten berechnet. Das Kollektiv umfasst alle Patientinnen und Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz. Die Beurteilung der Behandlungsqualität durch die Patienten stützt sich auf die Frage «Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung?». Von einer verbalen 5er-Skala wurden die Antworten in Nummernwerte umgewandelt: 1 = schlecht, 5 = ausgezeichnet. Diese Befragungen werden seit 2012 jährlich durchgeführt und anschliessend risikoadjustiert²⁰ ausgewertet. Dabei werden alle erwachsenen Patienten mit Spitalaustritt im Monat September in einem Zeitraum von 2 bis 7 Wochen nach Austritt zu ihrer Erfahrung hinsichtlich des Spitalaufenthalts befragt.

Die mittlere Rehospitalisationsrate beträgt 6.25 Prozent, wobei sich dieser Wert auf eine Analyse von insgesamt 690'000 Austritten stützt. Die Streuung bei den vermeidbaren Wiedereintritten ist gross; so ist die Rate im ungünstigsten Fall um den Faktor 2.4 höher als im Spital mit der niedrigsten Rate. Am besten schneidet die Privatklinik «Clinique Générale-Beaulieu» im Kanton Genf ab. Etwas weniger ausgeprägt ist die Streuung bei der Beurteilung der Behandlungsqualität durch die Patienten. Dieser Wert schwankt zwischen 3.7 und 4.6 bei einem Mittelwert von 4.2. Am besten schneidet mit der «Clinique de La Source» aus dem Kanton Waadt wiederum eine Privatklinik ab.

Für die Effizienzanalyse werden sämtliche In- und Outputs so normiert, dass sich diese in einem Intervall von 0 und 1 bewegen. Dies ist bei der Verwendung der «Data Envelopment»-Analyse (DEA) eine zwingende Voraussetzung dafür, bei unterschiedlich skalierten In- und Outputs (Fälle, Frankenbeträge usw.) robuste Ergebnisse zu erhalten. Die beiden Qualitätsindikatoren werden ebenfalls normiert, so dass diese über alle Spitäler hinweg einen Mittelwert von 1 aufweisen. Für die Rehospitalisationsraten (r_i) bzw. die wahrgenommene Behandlungsqualität (b_i) lassen sich die normierten Werte wie folgt berechnen:

$$r_i = \frac{\sum_i R_i \times N_i}{\sum_i N_i} / R_i$$

$$b_i = B_i / \frac{\sum_i B_i \times N_i}{\sum_i N_i}$$

Beide Qualitätsindikatoren werden als zusätzliche Outputs in der Analyse berücksichtigt. Daher ist es zentral, dass ein höheres Qualitätsniveau mit einem grösseren Indikatorwert einhergeht. Dies ist vor allem im Hinblick auf die Rehospitalisationen relevant, wo ein höherer Wert potenziell negativ mit dem Qualitätsniveau korreliert ist. Zu diesem Zweck wird der normierte Wert für ein Spital i so berechnet, in dem der schweizweite Mittelwert durch die Rate des Spitals i geteilt wird. Für eine Klinik mit einer Rate von 6 Prozent resultiert bei einem schweizweiten Durchschnitt von 6.25 Prozent ein Wert von 1.04, was einem überdurchschnittlichen Qualitätsniveau entspricht. Bei der wahrgenommenen Behandlungsqualität ist die Situation einfacher; das individuelle Qualitätsniveau wird dabei durch das gewichtete Stichprobenmittel geteilt. Werte von unter (über) 1 entsprechen jeweils einem unterdurchschnittlichen (überdurchschnittlichen) Qualitätsniveau.

Die Data-Envelopment-Analyse bietet den grossen Vorteil, dass keine spezifischen Annahmen an die Produktionsfunktion der Spitäler getroffen werden müssen. Dies im Gegensatz zur Stochastischen Frontier-Analyse (SFA), welche jeweils eine explizite Produktionsfunktion (z.B. Cobb-Douglas, Translog) unterstellt.

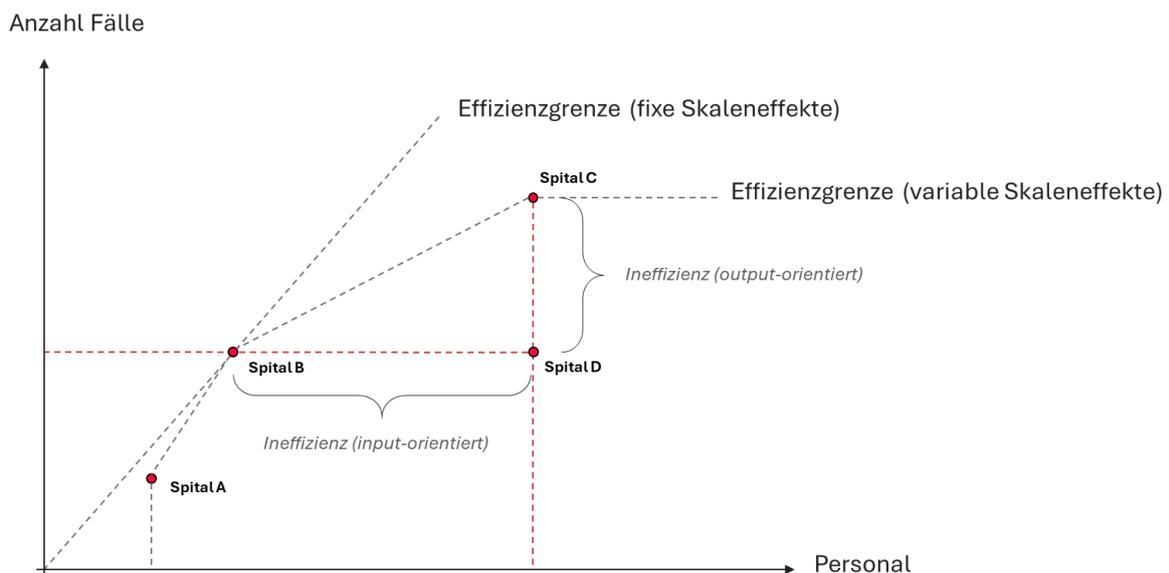
²⁰ Die Ergebnisse werden um das Alter, Geschlecht, den Versichertenstatus, den Aufenthaltsort nach Austritt sowie den subjektiven Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung bereinigt.

Für die nicht-parametrische Effizienzanalyse via DEA spricht zudem die beschränkte Stichprobengrösse ($n = 89$). Die SFA wird anhand eines ökonometrischen Modells geschätzt und ist für die Modellierung komplexer Produktionsfunktionen entsprechend auf eine grössere Datenmenge angewiesen.

Aufgrund fehlender Angaben zu den Faktorpreisen beschränken wir uns in der nachfolgenden Analyse auf das Konzept der «technischen Effizienz». Dabei werden die Spitäler in ihrer Fähigkeit beurteilt, wie effizient bzw. sparsam sie die eingesetzten Mittel (Personal, Betten usw.) für die Produktion von Dienstleistungen (stationäre Fälle, ambulante Konsultationen, Lehre und Forschung) einsetzen. Die technische Effizienz bildet damit überflüssige Inputverwendung bzw. unzureichende Outputs im Produktionsprozess ab. Sie ist die wesentliche Komponente der ökonomischen Effizienz. Die ökonomische Effizienz (auch Kosteneffizienz) berücksichtigt nebst dem effizienten Mitteleinsatz (technische Effizienz) auch die optimale Kombination der Inputs, mit welchen – gegeben die Faktorpreise – die Kosten des Spitals minimiert werden (allokative Effizienz).

Die Funktionsweise der DEA wird in der folgenden Abbildung 9 ersichtlich. Auf der x-Achse sind die Inputs abgetragen, die y-Achse gibt die Menge der produzierten Outputs wider. Anhand der vorhandenen Spitaldaten wird eine Effizienzgrenze berechnet, an welcher sich alle Spitäler zu messen haben. In unserem Beispiel wird diese durch die Spitäler A, B und C aufgespannt. Diejenigen Spitäler, die auf der Effizienzgrenze liegen, erhalten jeweils einen Effizienzwert von 1. Alle anderen Spitäler, die unterhalb dieser Grenze liegen, arbeiten technisch nicht effizient. In der Abbildung gilt dies für das Spital D. Wie «ineffizient» Spital D aber ist, hängt vom Blickwinkel der Analyse ab. Wir gehen davon aus, dass Spitäler primär das Ziel verfolgen, einen gegebenen Output *mit möglichst geringem Mitteleinsatz* herzustellen, also «input-orientiert» handeln. Daher ist das Ausmass der Ineffizienz von Spital D durch die Distanz zum effizienten Spital B zu sehen; dieses ist in der Lage, die exakt gleiche Menge an Output mit deutlich weniger Ressourceneinsatz zu produzieren. Die zweite Annahme betrifft die Skaleneffekte. Da je nach Grösse des Spitals vermutlich Skalenvor- oder -nachteile bei der Produktion auftreten können, schätzen wir ein Modell mit variablen Skaleneffekten. In anderen Worten ausgedrückt verzichten wir auf die starke Annahme, dass eine Erhöhung der Inputs um einen gegebenen Faktor zwingend eine Steigerung der Produktionsmenge um den gleichen Faktor zur Folge hat.

Abbildung 9: Bestimmung der Effizienz von Spitalern



Darstellung: Universität Basel.

Trotz ihrer breiten Anwendung weist die DEA-Methode gewisse Mängel auf. Die DEA ist deterministisch; der durch die DEA ermittelte Effizienzwert lässt keine stochastischen Einflüsse zu. Sie kann daher zu verzerrten



Effizienzwerten führen (Simar und Wilson, 1998). Darüber hinaus liefert die DEA-Methode kein Konfidenzintervall. Um diesem Nachteil entgegenzuwirken, verwenden wir den «Bootstrap-DEA»-Ansatz. Der Bootstrap ist eine datenbasierte Simulationsmethode, die von Efron (1979) entwickelt wurde. Die Hauptidee bzw. das Ziel von Bootstrap besteht darin, den Prozess der Datenerzeugung mit wiederholten Stichproben zu simulieren. Das heisst, es werden wiederholte Stichproben aus den Daten repliziert. Die Bootstrap-DEA von Simar und Wilson (1998) liefert korrigierte Effizienzwerte zusammen mit Konfidenzintervallen. Infolgedessen sind die Bootstrap-DEA-Effizienzwerte robuster und liefern nützliche Informationen hinsichtlich der statistischen Inferenz.

5.2 Technische Effizienz der Schweizer Akutspitäler

In einer ersten Analyse werden 7 Inputs und 4 Outputs berücksichtigt. Die Qualitätsindikatoren bleiben dagegen aussen vor. Die nachfolgende Abbildung weist die Effizienzwerte für die 89 Spitäler im Datensatz aus, wobei diese nach Effizienzwert und Spitaltyp geordnet sind. Die farbigen Symbole geben jeweils Auskunft über die Trägerschaft des Spitals.

Insgesamt geringe Unterschiede weisen die fünf Universitätsspitäler hinsichtlich technischer Effizienz auf. Am besten schneiden das USB und das USZ ab, während die beiden Universitätsspitäler der Romandie etwas niedrigere Werte aufweisen. Wesentlich breiter ist die Streuung bei den Zentrums- und Grundversorgern. Bei den Zentrumsversorgern (K112) zeigt sich eine grosse Diskrepanz bei den Kantonsspitalern. Während z.B. das Kantonsspital St. Gallen, die Spitäler FMI und die Spitalregion RWS sehr gut abschneiden, weisen das Kantonsspital Baselland, das Spital Biel, die EHC und das Spital Uster stark unterdurchschnittliche Werte auf. Unter den Kliniken mit privater Trägerschaft schneidet die Hirslanden Bern AG am besten ab.

Ausreisser nach unten gibt es ebenfalls bei den Grundversorgern (K121-K123).

Darunter befinden sich vier öffentliche, acht subventionierte und zwei private Spitäler. Auffällig ist das unterschiedliche Abschneiden der beiden Standorte der Clinica Luganese Monucco SA. die kleinere Klinik Santa Chiara in Locarno schneidet wesentlich schlechter ab als der grössere Standort in Lugano. Trotz der insgesamt grossen Varianz bei den Effizienzwerten weisen sämtliche Spitäler im Datensatz eine technische Effizienz von über 80 Prozent aus. Dies spricht einerseits für die Qualität der verwendeten Daten, andererseits mag der zunehmende Kostendruck der letzten Jahre dazu geführt haben, dass sich wenig effiziente Spitäler und Kliniken aus dem Markt zurückgezogen, sich zu grösseren Einheiten zusammengeschlossen oder ihre internen Prozesse angepasst haben.

Technische Effizienz vs. Skaleneffizienz

Wenn man eine schärfere Beurteilung der Effizienz vornimmt und von konstanten Skalenerträgen ausgeht, ist eine Aufteilung der Effizienz in die Komponenten Skalen- und technische Ineffizienz möglich. Abbildung 10 zeigt diese Aufteilung für unterschiedliche Grössen eines Spitals gemessen mit der Anzahl Betten. Danach ist bei den kleinen Häusern und den Universitätsspitalern der Anteil der Skaleneffizienz gross, während bei den mittel grossen Häusern die technische Ineffizienz einen grösseren Anteil an der Gesamteffizienz aufweist. Das heisst, dass kleine Häuser ihre Ineffizienz reduzieren könnten, wenn sie in grösseren Einheiten aufgingen, Universitätskliniken dagegen sich verbessern würden, wenn sie sich verkleinerten. In der Mitte dagegen sind der Mix der Inputs und der Mix der Outputs verbesserungsfähig.

Abbildung 10 Komponenten der Effizienz nach Spitalgrösse

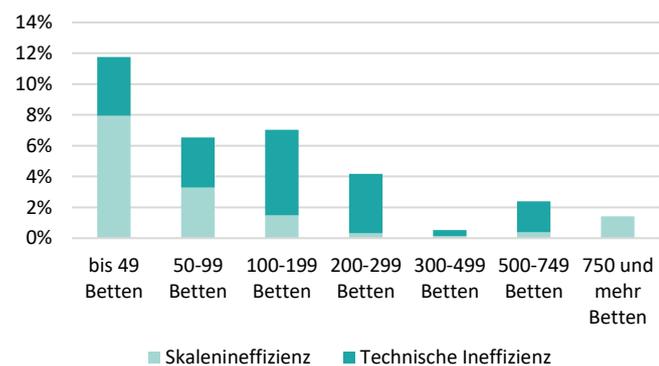
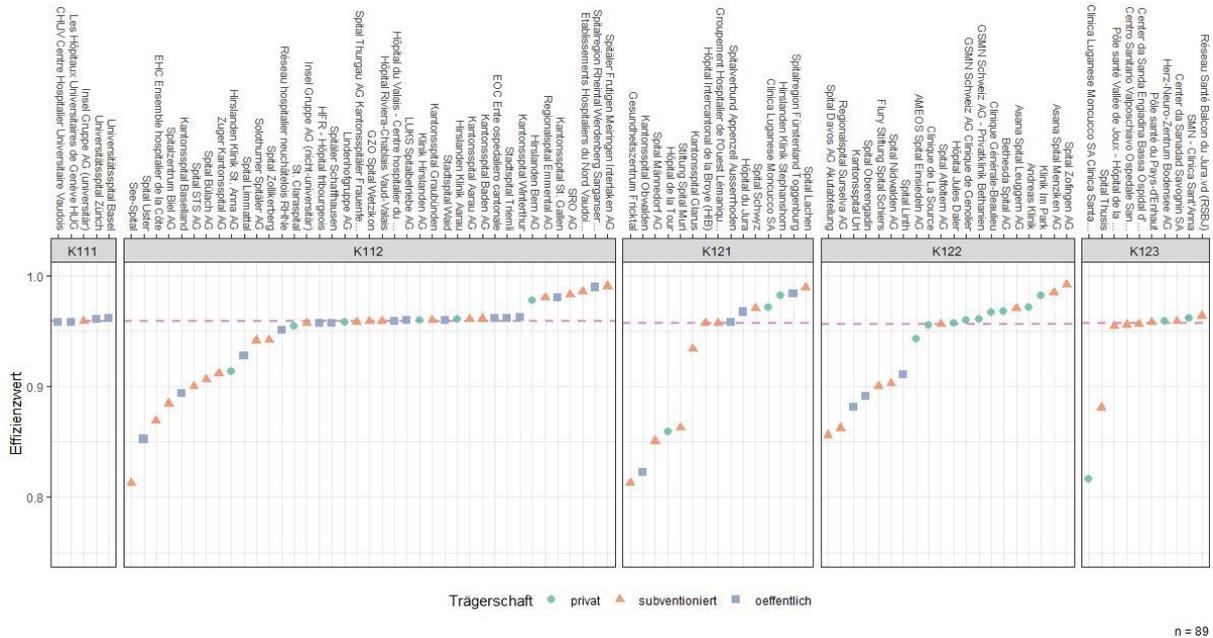


Abbildung 11: Technische Effizienz der Schweizer Spitäler – ohne Berücksichtigung der Qualität

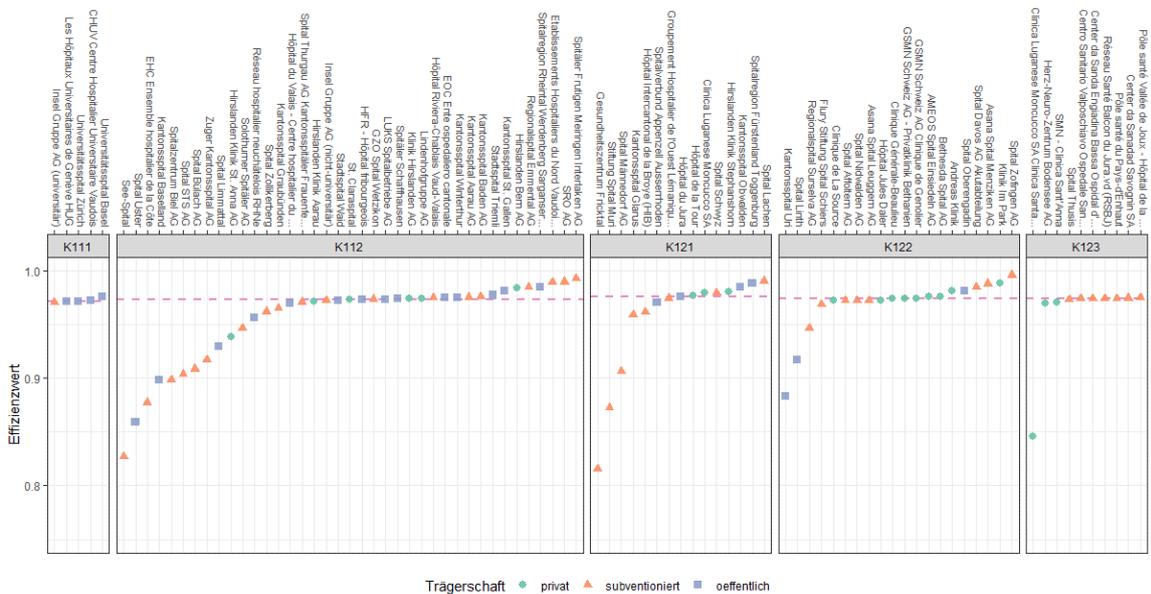


Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). Berechnungen: Universität Basel.

5.3 Technische Effizienz unter Berücksichtigung der Behandlungsqualität

Die Flexibilität der DEA-Methodik erlaubt es, zahlreiche Inputs und Outputs bei der Schätzung der Effizienzgrenze zu berücksichtigen. Daher können die beiden Qualitätsindikatoren problemlos in der Berechnung der Produktionsfunktion aufgenommen werden. Der naheliegende Weg führt über den Einbezug der Qualität als zusätzliche Outputdimension des Spitals. Damit lassen sich bei der Schätzung der technischen Effizienz sowohl die rein quantitativen Aspekte des Outputs (z.B. Anzahl Fälle), wie auch die qualitativen Aspekte (vermeidbare Wiedereintritte, wahrgenommene Behandlungsqualität) gleichzeitig berücksichtigen. Im Folgenden wird unterstellt, die Produktionsfunktion der Spitäler weise variable Skalenerträge auf. Das Ergebnis der Effizienzschätzung stellt Abbildung 12 dar.

Abbildung 12: Technische Effizienz der Schweizer Spitäler – mit Berücksichtigung der Qualität

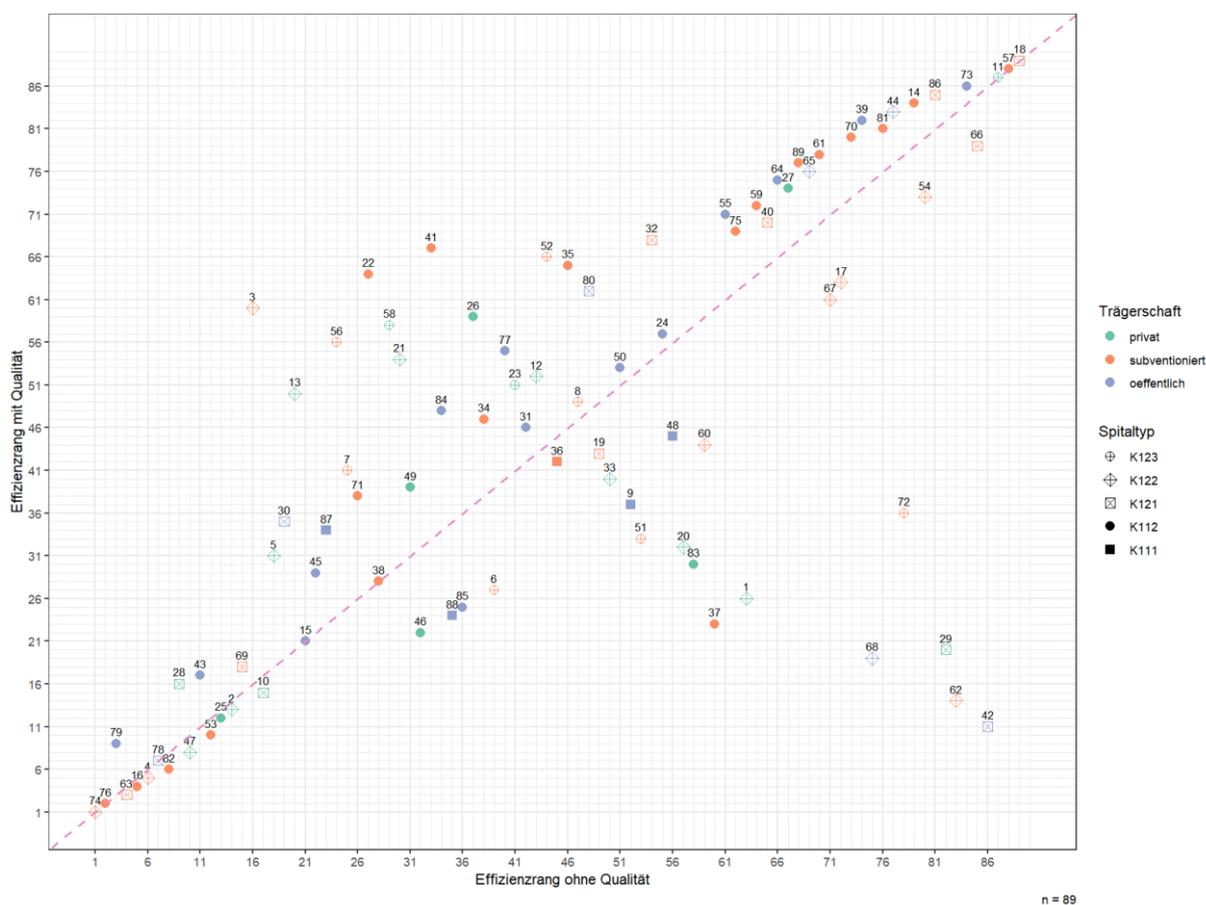


Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022), ANQ. Berechnungen: Universität Basel.



Um die Verschiebungen besser veranschaulichen zu können, stellt **Error! Reference source not found.** die Effizienzränge der beiden Modelle gegenüber. Hierzu wurden die Effizienzwerte geordnet, so dass das effizienteste Spital den Rang 1 erhält, das am wenigsten effiziente Spital den Rang 89. Spitäler, welche sich unterhalb der gestrichelten 45°-Linie befinden, können ihren Rang durch die Zunahme der Qualitätsindikatoren verbessern, während Spitäler oberhalb Ränge einbüssen. Es befinden sich nur wenige Spitäler auf der gestrichelten Linie, was darauf schliesen lässt, dass die Qualitätsindikatoren den Effizienzrang durchaus beeinflussen. Vor allem können einige Grundversorger (K121-K123) ihren Rang deutlich verbessern. Zu den grössten Gewinnern zählen das Kantonsspital Obwalden und das Spital Oberengadin (öffentlich), das Spital Davos (subventioniert), sowie das Hôpital de la Tour und das AMEOS Spital Einsiedeln (privat). Zu den Verlierern zählen das Asana Spital Leuggern, das Kantonsspital Graubünden, das Pôle santé Vallée de Joux, die beiden Kantonsspitäler Aarau und Baden (subventioniert), sowie die Clinique de la Source (privat). Deutliche Verschiebungen zugunsten einer gewissen Trägerschaft lassen sich nicht ausmachen. Zwar gewinnen die privaten und subventionierten Spitäler insgesamt jeweils 5 Ränge. Diese Ranggewinne wie auch die Rangverluste der öffentlichen Spitäler (-10 Ränge) sind statistisch nicht auffällig.

Abbildung 13: Vergleich der technischen Effizienz – mit und ohne Berücksichtigung der Qualität



Ganz allgemein zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Trägerschaft und der technischen Effizienz.

Legende: 1 AMEOS Spital Einsiedeln AG, 2 Andreas Klinik, 3 Asana Spital Leuggern AG, 4 Asana Spital Menziken AG, 5 Bethesda Spital AG, 6 Center da Sanadad Savognin SA, 7 Center da Sanda Engiadina Bassa, 8 Centro Sanitario Valposchiavo Ospedale San Sisto, 9 CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 10 Clinica Luganese Moncucco SA, 11 Clinica Luganese Moncucco SA Clinica Santa Chiara, 12 Clinique de La Source, 13 Clinique Générale-Beaulieu, 14 EHC Ensemble hospitalier de la Côte, 15 EOC Ente ospedaliero cantonale, 16 eHnv, 17 Flury Stiftung Spital Schiers, 18 Gesundheitszentrum Fricktal, 19 Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique, 20 GSMN Schweiz AG - Privatklinik Bethanien, 21 GSMN Schweiz AG Clinique de Genolier, 22 GZO Spital Wetzikon, 23 Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG, 24 HFR - Hôpital fribourgeois, 25 Hirslanden Bern AG, 26 Hirslanden Klinik Aarau, 27 Hirslanden Klinik St. Anna AG, 28 Hirslanden Klinik Stephanshorn, 29 Hôpital de la Tour, 30 Hôpital du Jura, 31 Hôpital du Valais, 32 Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB), 33 Hôpital Jules Daler, 34 Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, 35 Insel Gruppe AG (nicht-universitär), 36 Insel Gruppe AG (universitär), 37 Kantonsspital Aarau AG, 38 Kantonsspital Baden AG, 39 Kantonsspital Baselland, 40 Kantonsspital Glarus, 41 Kantonsspital Graubünden, 42 Kantonsspital Obwalden, 43 Kantonsspital St. Gallen, 44 Kantonsspital Uri, 45 Kantonsspital Winterthur, 46 Klinik Hirslanden AG, 47 Klinik Im Park, 48 HUG, 49 Lindenhofgruppe AG, 50 LUKS Spitalbetriebe AG, 51 Pôle santé du Pays-d'Enhaut, 52 Pôle santé Vallée de Joux, 53 Regionalspital Emmental AG, 54 Regionalspital Surselva AG, 55 Réseau hospitalier neuchatelois RHNe, 56 Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ), 57 See-Spital, 58 SMN - Clinica Sant'Anna, 59 Solothurner Spitaler AG, 60 Spital Affoltern AG, 61 Spital Bülach AG, 62 Spital Davos AG Akutabteilung, 63 Spital Lachen, 64 Spital

Limmattal, 65 Spital Linth, 66 Spital Männedorf AG, 67 Spital Nidwalden AG, 68 Spital Oberengadin, 69 Spital Schwyz, 70 Spital STS AG, 71 Spital Thurgau AG, 72 Spital Thuisis, 73 Spital Uster, 74 Spital Zofingen AG, 75 Spital Zollikerberg, 76 Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG, 77 Spitäler Schaffhausen, 78 Spitalregion Fürstenland Toggenburg, 79 Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, 80 Spitalverbund Appenzell Ausserrhodens, 81 Spitalzentrum Biel AG, 82 SRO AG, 83 St. Claraspital, 84 Stadtspital Triemli, 85 Stadtspital Waid, 86 Stiftung Spital Muri, 87 Universitätsspital Basel, 88 Universitätsspital Zürich, 89 Zuger Kantonsspital AG

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022), ANQ. **Berechnungen:** Universität Basel.

Da die Rangverschiebungen insgesamt aber stark ausgeprägt sind, lässt sich der Schluss ziehen, dass die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Beurteilung der Effizienz von Spitalern eine entscheidende Rolle spielen kann. Um diesen Umstand zu veranschaulichen, wenden wir das Konzept der Qualitätsmessung im nächsten Kapitel auf den Spitalbenchmark an.

5.4 Qualitätsbereinigter Spitalbenchmark

Der Verein SpitalBenchmark stellt seit 2007 einen umfassenden KVG-konformen Kostenbenchmark für die Spitäler und Kliniken der Schweiz zur Verfügung. Berechnet wird der Benchmark auf Basis von ITAR_K®, nachdem die detaillierten Leistungs- und Kostendaten durch Fachspezialisten mit Erfahrung in Medizin- und Finanzcontrolling nach einheitlicher Methodik geprüft und mit den Spitalern plausibilisiert wurden. Einfach ausgedrückt werden die mittleren Fallkosten (\bar{c}_i) eines Spitals wie folgt berechnet:

$$\bar{c}_i = \frac{\sum_j c_j}{N_i \times cmi_i}$$

Hierzu werden die gesamten Kosten aller Spitalfälle durch die schweregradbereinigten Fälle geteilt. cmi_i steht dabei für den Casemix-Index des Spitals i . Das Bundesverwaltungsgericht hat das 40. Perzentil (gewichtet nach Case-Mix-Punkten) als angemessen akzeptiert (BVGE 2014/36). Werden die Zahlen des Vereins SpitalBenchmark auf unsere Daten angewendet, so ergibt sich ein Kostenbenchmark von 10'523 Franken. Spitäler, die sich unterhalb des Benchmarks befinden, werden als effizient eingestuft, während Spitäler mit höheren Kosten als ineffizient taxiert werden. Da das heutige Benchmarking-Verfahren zwar den Schweregrad der Spitalfälle berücksichtigt, nicht aber die Qualität, erweitern wir das Konzept unter Einbezug der hier vorgestellten Qualitätsindikatoren. Zu diesem Zweck werden die mittleren Fallkosten eines Spitals wie folgt korrigiert:

$$\bar{c}_i = \frac{\sum_j c_j}{N_i \times cmi_i \times r_i \times b_i}$$

Damit werden die mittleren Fallkosten zusätzlich am Qualitätsniveau des Spitals ausgerichtet, was dazu führt, dass sich die Benchmarking-relevanten Kosten von überdurchschnittlichen (unterdurchschnittlichen) Spitalern reduzieren (erhöhen) und ein qualitätsbereinigter Spitalbenchmark berechnet werden kann. Somit stellt sich ein Spital mit höherem Qualitätsniveau im Kostenvergleich mit den anderen günstiger dar als ein Spital mit geringerer Qualität.

Das gewichtete 40. Perzentil liegt bei 10'452 Franken und ist damit geringfügig niedriger als der ursprüngliche Wert. Vergleich man nun das Abschneiden der Spitäler mit den beiden Benchmarking-Methoden, so resultiert folgende Tabelle 26. Bei 56 Spitalern ergeben sich im Hinblick auf die Effizienzbeurteilung keine Änderungen. Dies bedeutet, dass diese Leistungserbringer sowohl im konventionellen wie auch beim qualitätsbereinigten Benchmark gleich kategorisiert werden (+/+ bzw. -/-). Die restlichen 22 Spitäler, für welche sowohl die Qualitäts- wie auch Benchmarkingzahlen vorliegen, werden aufgrund des qualitätsbereinigten Benchmarks effizient (-/+) bzw. ineffizient (+/-). Neu effiziente Spitäler zeichnen sich dadurch aus, dass sie beim konventionellen Ansatz oberhalb des Benchmarks (40. Perzentil) zu liegen kommen, sich im qualitätsbereinigten Fall jedoch unterhalb dieser Grenze befinden.

Es fällt auf, dass sich alle Privatkliniken entweder verbessern (4) oder aber keine Änderung erfahren (12). 10 der 16 Privatkliniken befinden sich unabhängig von der gewählten Methode unterhalb des Benchmarks und sind damit effizient. Bei den öffentlichen Spitalern halten sich die Verbesserungen und Verschlechterungen mit jeweils 3 Spitalern die Waage. Am deutlichsten zeigt sich der Einfluss der Qualitätsbereinigung



bei den subventionierten Spitälern; insgesamt 9 von 38 Häusern rutschen dabei ab, nur 3 Häuser befinden sich neu unterhalb des Benchmarks und sind damit effizient.

Tabelle 26: Auswirkung des qualitätsbereinigten Benchmarks nach Trägerschaft

Trägerschaft	-/+	+/-	+/+	-/-	Total
Privat	4	0	10	2	16
Subventioniert	3	9	19	7	38
Öffentlich	3	3	5	13	24
Total	10	12	34	22	78
Trägerschaft	-/+	+/-	+/+	-/-	Total
Privat	25.0%	0%	62.5%	12.5%	100%
Subventioniert	7.9%	23.7%	50.0%	18.4%	100%
Öffentlich	12.5%	12.5%	20.8%	54.2%	100%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022), ANQ, SpitalBenchmark. Berechnungen: Universität Basel.

Ob die Unterschiede nach Trägerschaft statistisch auffällig sind, lässt sich nur anhand eines Tests nachweisen. Wir wenden aufgrund des geringen Stichprobenumfangs den exakten Test nach Fisher an, welcher auch bei einer geringen Anzahl von Beobachtungen zuverlässige Resultate liefert. Der Test vergleicht die erwartete Anzahl von Beobachtungen in den einzelnen Zellen der Tabelle mit den effektiven Werten. Das Ergebnis weist klar darauf hin, dass eine Abhängigkeit zwischen der Trägerschaft und den vier Ausprägungen besteht ($p < 0.01$). Dass die privaten Spitäler sowohl im konventionellen Benchmark besser abschneiden und sich zudem im qualitätsbereinigten Benchmark weiter verbessern, lässt sich damit statistisch belegen.

Unabhängig von der Trägerschaft gilt es nun zu überlegen, wie dem Thema Qualität bei der Festsetzung der Spitaltarife eine grössere Bedeutung zugesprochen werden kann, damit die Spitäler nicht nur Anstrengungen, ihre Volumen zu steigern und den Mitteleinsatz zu minimieren, sondern auch genügend Qualitätsanstrengungen unternehmen. Auf den Weg zu einer qualitätsorientierten Vergütung geht das nachfolgende Kapitel ein.

5.5 Der Weg zu einer qualitätsorientierten Vergütung

Das SwissDRG-System berücksichtigt Unterschiede in der Fallmischung (Casemix) zwischen den einzelnen Spitäler, nicht aber potenzielle Qualitätsunterschiede. Trotzdem lässt sich ausgehend vom bestehenden Vergütungssystem der Qualitätsaspekt bei der Vergütung der Spitäler berücksichtigen, um damit positive Qualitätsanreize setzen zu können. Damit dies kostenneutral erreicht werden kann, wäre es nötig, einen Teil der heutigen Vergütung künftig qualitätsorientiert auf die Spitäler zu verteilen. Im vorliegenden Beispiel gehen wir davon aus, dass 20 Prozent der SwissDRG-Vergütung neu qualitätsorientiert ausgezahlt werden.

Wir bleiben bei unserem Beispiel bei den spitalweiten Qualitätsindikatoren. Die nachfolgenden Überlegungen lassen sich aber sehr gut auf spezifische Indikationsgebiete bzw. medizinische Leistungsbereiche anwenden. Wichtig bei der Berechnung der qualitätsadjustierten Vergütung ist es, die verwendeten Qualitätsindikatoren zu normieren, so dass diese landesweit einen Wert von 1 ergeben. Dies lässt sich erreichen, indem der Indikator mit dem Casemix-gewichteten Durchschnitt über alle Spitäler normiert wird. Der Einfachheit halber betrachten wir nur die fallbasierte Vergütung gemäss SwissDRG, nicht aber etwaige Zusatzentgelte. Wir gehen davon aus, dass diese auch künftig qualitätsunabhängig an die Spitäler gezahlt werden.

Die SwissDRG-Erträge ergeben sich im heutigen System als Produkt des ausgehandelten Spitaltarifs (Base-rate) und der schweregradbereinigten Spitalaustritte (Casemix):

$$E_i = br_i^{DRG} \times cm_i$$

Für eine qualitätsorientierte Vergütung wird ein prozentualer Teil der heutigen Vergütung für die Erreichung von Qualitätszielen reserviert. Der heutige Tarif wird zu diesem Zweck in einen Sockeltarif (br_i^s) und einen Qualitätstarif (br_i^q) aufgeteilt, wobei Letzterer vom Qualitätsniveau des jeweiligen Spitals abhängig ist:

$$E_i = br_i^{qDRG} \times cm_i = (br_i^s + br_i^q) \times cm_i \quad \text{mit } br_i^q = br^q \times q_i.$$

br^q beschreibt den landesweit gültigen Qualitätstarif, den ein Spital mit einer durchschnittlichen Behandlungsqualität ($q_i = 1$) pro schweregradbereinigten Fall erhält. Spitäler mit einer überdurchschnittlichen Qualität erhalten entsprechend einen höheren, Spitäler mit einer unterdurchschnittlichen Qualität einen tieferen Tarif. Die folgende Tabelle zeigt den vorgeschlagenen Vergütungsansatz exemplarisch für vier Spitäler auf. Die Spitäler sind unterschiedlicher Grösse und verfügen über individuelle Tarife. Spital A befindet sich bezüglich Qualität im schweizerischen Durchschnitt, während die Spitäler B und C besser abschneiden. Spital D weist dagegen ein unterdurchschnittliches Qualitätsniveau auf. Mit der aktuellen SwissDRG-Vergütung erhalten alle Spitäler zusammen für die 900 behandelten Fälle insgesamt 8.95 Mio. Franken.

Tabelle 27: Rechenbeispiel für eine qualitätsorientierte Vergütung von 20%

Spital	cm_i	q_i	Aktuelle Vergütung		Qualitätsorientierte Vergütung				Differenz in %
			br_i^{DRG}	E_i	br_i^s	br_i^q	$br_i^{qDRG} = br_i^s + br_i^q$	E_i	
A	100	1.00	9800	980'000	7811	1989	9800	980'000	0.0%
B	300	1.20	9900	2'970'000	7911	2387	10'298	3'089'333	4.0%
C	250	1.10	10'400	2'600'000	8411	2188	10'599	2'649'722	1.9%
D	250	0.66	9600	2'400'000	7611	1313	8924	2'230'944	-7.0%
Total	900	1.00	9944	8'950'000	7956	1989	9944	8'950'000	0.0%

Berechnungen: Universität Basel

Für die qualitätsorientierte Vergütung werden die vereinbarten Tarife um einen fixen Betrag reduziert, so dass 20 Prozent der Vergütung (1.79 Mio. CHF) für den Qualitätstarif eingesetzt werden können. Im vorliegenden Beispiel mit einem 20%-Ansatz verbleiben für den schweizweiten Qualitätstarif 1989 Franken pro Fall übrig. Für die Berechnung des spitalspezifischen Qualitätstarifs (br_i^q) wird der schweizweite Qualitätstarif mit dem Qualitätsindex des Spitals (q_i) multipliziert. Während das durchschnittliche Spital A exakt den landesweiten Ansatz erhält, erhöht sich der Ansatz für die Spitäler B und C mit einem überdurchschnittlichen Qualitätsindex. Mit dieser Methodik ist sichergestellt, dass die Gesamtvergütung landesweit gleichbleibt (Kostenneutralität) und ein qualitativ durchschnittliches Spital exakt den vertraglich vereinbarten Tarif erhält. Dieser setzt sich im Fall des Spitals A neu einfach aus dem Sockeltarif (7811 CHF) und dem Qualitätstarif (1989 CHF) zusammen. Die beiden Spitäler B und C profitieren im Umfang von +4 Prozent bzw. +1.9 Prozent in Bezug auf die gesamten Erträge. Diese Mehrerträge gehen zulasten von Spital D, welches einen Ertragsrückgang von 7 Prozent erleidet.

Das Modell lässt sich beliebig erweitern, so dass es nicht zwangsläufig zu einer linearen Beziehung zwischen Qualität und Tarif kommen muss. Beispielsweise lassen sich grosse Abweichungen nach unten oder oben proportional stärker (oder schwächer) berücksichtigen. Möglich ist auch, nur jene Spitäler finanziell zu belohnen, die einen gewissen Schwellenwert überschreiten oder eine anderweitige Abstufung der Tarife vorzunehmen. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, die Anwendung zu Beginn auf spezifische Indikationsgebiete zu beschränken, wie bspw. die Hüft- oder Knie-Endoprothetik. Dabei könnten neben den Rehospitalisationen auch 2-Jahres-Revisionsraten, Patient-Reported Outcome Measures (PROM) oder Patient-Reported Experience Measures (PREMs) zum Einsatz kommen. Auf jeden Fall scheint es unabdingbar, die Berechnung der Qualitätstarife aus Indikatoren zu stützen, die einerseits eine fundierte wissenschaftliche Grundlage aufweisen und andererseits eine hinreichende Akzeptanz unter den Leistungserbringern genießen.



Die zweite entscheidende Stellgrösse ist die Höhe des Vergütungsanteils für Qualitätsziele. Denkbar ist es, zu Beginn mit einem tiefen Ansatz zu beginnen und diesen schrittweise anzuheben. Zahlreiche Erfahrungen aus anderen Ländern weisen jedoch auf die Notwendigkeit hin, einen genügend hohen Anteil der Vergütung für Qualitätszwecke zu reservieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der finanzielle Anreiz für die Spitäler zu gering ausfällt, um in die Verbesserung der Behandlungsqualität zu investieren (Shih et al., 2014; Ryan, 2009; Gillam et al., 2012).

Die Beispielrechnung lässt sich konkret auf alle Akutspitäler anwenden, für welche die nötigen ANQ-Daten sowie Informationen über die aktuellen Tarife (Baserates) vorliegen ($n = 85$). Die Ergebnisse einer 20-prozentigen Umlenkung der Gesamtvergütung in Richtung Qualität sind in der nachfolgenden Tabelle 28 dargestellt. Die Ergebnisse pro Spital können dem Anhang V auf Seite 61 entnommen werden. Wie bereits die Rehospitalisationen wie auch die subjektive Behandlungsqualität erahnen lassen, schneiden die privaten Kliniken im Mittel besser ab als ihre subventionierten und öffentlichen Konkurrenten. Daher ist ihr Qualitätsindex mit 1.13 höher als der schweizweite Durchschnitt von 1.0. Die mittlere Baserate im SwissDRG-System ist hingegen geringer, was aufgrund des fehlenden Qualitätsbezugs nicht überrascht. Wird hingegen ein qualitätsorientierter Tarif gewählt, so erhöhte sich die Baserate der Privatspitäler im Durchschnitt um 267 Franken, während die Tarife der öffentlichen und subventionierten Spitäler leicht zurückgingen. Insgesamt würden damit rund 48 Mio. Franken (0.4% der Gesamtvergütung) von den öffentlichen und subventionierten Spitälern an die Privatkliniken umverteilt. Damit verringert sich die Diskrepanz der Tarife nach Trägerschaft.

**Tabelle 28: Qualitätsorientierte Vergütung von 20%:
Auswirkungen für das Durchschnittsspital, nach Trägerschaft**

Trägerschaft	cm_i	R_i	B_i	q_i	br_i^{DRG}	Qualitätsorientierter Tarif			Veränderung	
						br_i^s	br_i^q	br_i^{qDRG}	in CHF	in %
privat	179'630	5.84	4.34	1.13	9541	7550	2259	9809	+267	+2.8%
subventioniert	436'280	6.46	4.15	0.97	9905	7914	1936	9850	-55	-0.6%
öffentlich	616'682	6.43	4.18	0.98	10'112	8120	1954	10'074	-38	-0.4%
Total	1'232'592	6.36	4.19	1.00	9957	7965	1991	9957	0	0.0%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022), ANQ. **Berechnungen:** Universität Basel.

Die Veränderung der Vergütung in Tabelle 28 sind für ein qualitätsorientiertes Budget von 20% des Gesamtbudgets gerechnet. Sie ist linear im Budgetanteil der Qualitätsvergütung. Würde dieser Anteil auf 10% halbiert, so würden auch die absoluten und relativen Änderungen in der Gesamtvergütung der Spitäler als Folge der Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung halbiert.

Ob das KVG bereits heute eine qualitätsorientierte Vergütung der Leistungserbringer zulässt, ist juristisch umstritten. Art. 43 Abs. 4bis stellt die Forderung auf, dass sich *die Tarife und Preise an der Entschädigung jener Leistungserbringer zu orientieren haben, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen*. Eine Verknüpfung von Qualität und Tarif scheint nicht im Geiste des KVG zu sein, wenngleich das Gesetz dies nicht explizit ausschliesst. Zur Sicherstellung dieser «notwendigen» Qualität beschränkt sich das KVG heute auf die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringung innerhalb der OKP (Art. 35-40) sowie die Weiterentwicklung der Qualität im Zuge tarifpartnerschaftlich vereinbarter Qualitätsverträge (Art. 58a).

Nichtsdestotrotz scheint der Verhandlungsspielraum für qualitätsorientierte Vergütungsansätze innerhalb des KVG beschränkt. Gemäss einem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichtes (BVGer) stellt die Gewährung von Zu- oder Abschlägen in Abhängigkeit von der Qualität einen Verstoss gegen das DRG-System dar (BVGer 2014). Laut dem Entscheid dürfen die kantonalen Spitalisten nur Spitäler enthalten, die qualitativ hochstehende Pflegeleistungen erbringen und die Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien, Art 32 KVG) erfüllen. Dass solche Spitäler – mindestens zum Zeitpunkt der

Aufnahme auf die kantonale Spitalliste – eine Mindestqualität erfüllen, ist anzunehmen. Es bedeutet jedoch nicht, dass alle Spitäler das gleiche Qualitätsniveau bieten. Kritisch ist anzumerken, dass «qualitativ hochstehende» Pflegeleistungen nicht absolut gesetzt, sondern abhängig vom Wirtschaftlichkeitsgebot gesehen operationalisiert werden müssten. Kosten und Qualität können nicht unabhängig voneinander gesehen werden (vgl. dazu im Detail, Felder und Eisner, 2024).

Um Rechtssicherheit zu schaffen, erscheint es daher notwendig, eine qualitätsorientierte Vergütung im KVG explizit zuzulassen und den Tarifpartnern gleichzeitig einen möglichst grossen Spielraum für die Umsetzung innovativer Vergütungssysteme zu gewähren. Hierzu könnte Art. 43. Abs. 2 KVG wie folgt ergänzt werden:

Art. 43 Abs. 2 KVG

Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a) auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b) für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c) pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);
- d) zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss);
- e) die Vergütung von der Qualität der erbrachten Leistungen abhängig machen (Qualitätstarif).



6. Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Statistik BFS (2019), *Kosten des Gesundheitswesens, Provisorische Ergebnisse für 2017*. [LINK](#)
- Bundesamt für Statistik BFS (2024), *Kosten und Finanzierung des Gesundheitssystems im Jahr 2022*. [LINK](#)
- Efron, B. (1979). Bootstrap Methods: Another Look at the Jackknife. *Ann. Statist.* 7(1), 1-26. <https://doi.org/10.1214/aos/1176344552>
- Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014), *Entscheid zum Antrag Nr. 14_001*, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern. [LINK](#)
- Felder, S., und Eisner, A. (2024), *Reformansätze in der Grundversicherung (OKP): Nutzen-Kosten-Erwägungen*. Studie im Auftrag Bündnis für ein freiheitliches Gesundheitswesen.
- Felder, S., und Meyer, S. (2022), *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2020*. Studie im Auftrag ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen. Universität Basel. [LINK](#)
- Gillam, Stephen J, A Niroshan Siriwardena, and Nicholas Steel (2012), Pay-for-performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework — a Systematic Review. *The Annals of Family Medicine* 10(5), 461–468.
- Ryan, Andrew M (2009), Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare Patient Mortality and Cost. *Health Services Research* 44(3), 821–842.
- Shih, Terry, Lauren H Nicholas, Jyothi R Thumma, John D Birkmeyer, and Justin B Dimick (2014), Does pay-for-performance improve surgical outcomes? An evaluation of phase 2 of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration. *Annals of Surgery* 259(4), 677.
- Shleifer, A. (1985), A Theory of yardstick competition", *Rand Journal of Economics* 16(3), 319-327.
- Simar, L., & Wilson, P. W. (1998), Sensitivity Analysis of Efficiency Scores: How to Bootstrap in Nonparametric Frontier Models. *Management Science*, 44(1), 49–61. <http://www.jstor.org/stable/2634426>

Anhang I: Datenquellen

Tabelle A29: Zugang zu den verwendeten Datenquellen

Beschreibung	Link
Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Daten 2013
Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS)	Daten 2014
	Daten 2015
	Daten 2016
	Daten 2017
	Daten 2018
	Daten 2019
	Daten 2020
	Daten 2021
	Daten 2022
Bundesamt für Statistik (BFS)	Betten und Hospitalisierungen nach Aktivitätstyp 1998-2022
Krankenhausstatistik (KS)	Statistiken der Spitalbetriebe 2022
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	Fluss der hospitalisierten Patienten nach Wohnkanton und nach Kanton des Leistungserbringers 1999-2022
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens



Anhang II: Tabellen

Tabelle A30: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennzahlen aufgrund von Rücksprachen

Kanton	Name des Spitals	Jahre mit korrigierten Werten		
		2013	2014	2015
BE	Privatklinik Linde AG	2013	2014	2015
	Lindenhof AG			2013
	Inselspital Bern	2013	2014	2015
	Hôpital du Jura bernois SA	2013	2014	2015
	Spital Netz Bern AG	2013	2014	
	Regionalspital Emmental AG			2013
	Hirslanden Bern AG	2013	2014	2015
	SRO Spital Region Oberaargau AG	2013	2014	
	Spitalzentrum Biel			2013
	Spitäler FMI AG	2013	2014	2015
BS	Universitätsspital Basel			2013
FR	Clinique Générale – Ste-Anne SA			2013
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG			2013-2021
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2013	2014	
SZ	Spital Schwyz			2013
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	2013	2020	2021
	Clinica Luganese Moncucco SA		2020	2021
	SMN - Clinica Sant'Anna		2020	2021
	Clinica Luganese Moncucco SA Clinica Santa Chiara		2020	2021
	Ospedale Malcantonese Fondazione Giuseppe Rossi		2020	2021
	SMN - Clinica Ars Medica		2020	2021
	Clinica Fondazione G. Varini		2020	2021
Clinica Dr Spinedi c/o Clinica Santa Croce SA a.c.a.		2020	2021	
VS	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum AG	2014	2014	2015
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	2013		2015-2018
ZG	Zuger Kantonsspital AG			2013
ZH	GZO Spital Wetzikon		2014	

Tabelle A31: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2022

Kanton	kantonal	Andere Kantone	Ausland
AG	76.4%	20.9%	2.7%
AI	0.6%	96.6%	2.8%
AR	45.9%	52.8%	1.3%
BE	93.6%	5.4%	1.0%
BL	41.2%	55.2%	3.6%
BS	85.1%	8.2%	6.7%
FR	69.3%	30.1%	0.6%
GE	94.7%	-4.4%	9.7%
GL	60.8%	38.4%	0.8%
GR	81.1%	10.8%	8.2%
JU	60.2%	38.8%	1.0%
LU	79.8%	19.5%	0.6%
NE	74.8%	23.9%	1.2%
NW	57.2%	41.1%	1.6%
OW	50.1%	49.5%	0.4%
SG	71.5%	23.6%	4.9%
SH	62.2%	32.6%	5.1%
SO	53.7%	45.5%	0.8%
SZ	55.3%	44.0%	0.7%
TG	68.4%	30.0%	1.6%
TI	93.1%	2.8%	4.1%
UR	61.0%	36.9%	2.0%
VD	91.7%	5.1%	3.1%
VS	82.3%	14.2%	3.5%
ZG	65.8%	33.4%	0.7%
ZH	87.8%	10.7%	1.5%
CH	79.1%	17.9%	3.0%

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022). Berechnung: Universität Basel.



Tabelle A32: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2022

A) Wegfall aus der Statistik akuter Einrichtungen (Schliessung, Fusion anderer Aktivitätstyp usw.	Geburtshaus Basel	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2022)
	Spitalverbund Appenzell Ausser- rhoden, Psychiatrisches Zentrum	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2021)
	Spital Appenzell	Schliessung per Juni 2021
	Cardiocentro Ticino (CCT)	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2021)
	Clinique de Carouge AG	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2021)
	Paracelsus-Spital Richterswil AG	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2021)
	Hirslanden Klinik St. Anna	Nur noch ein Fragebogen für die beiden Betriebe Hirslanden Klinik St. Anna AG Hirslanden Klinik Meggen (2020)
	Ita Wegman Geburtshaus	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2020)
	Nouvelle Clinique Vert-Pré	Vorübergehende Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2020)
	Geburtshaus Storchenäsch	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2020)
	Klinik St.Georg Goldach AG	Schliessung (2019)
	Clinica Luganese SA Sede San Rocco	Fusion mit Clinica Luganese Moncucco SA (2019, Standort bleibt)
	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	Fusion mit Hôpital du Valais Centre hospitalier du Valais Romand CHVR (2019, Standort bleibt)
	Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2017)
	Klinik Pyramide Schwerzenbach	Aufgabe des Standorts (2016)
	Clinique Médico-Chirurgicale de Longeraie SA	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance Aquila	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance La Grange Rouge	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance Lunais- sance	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance Zoé	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
Clinique Cecil SA	Fusion mit Hirslanden Lausanne SA; Standort bleibt (2014)	
Clinique la Métairie SA	A/P/R → P (2014)	
Clinique Montbrillant SA	Fusion mit Swiss Medical Network (2014)	
Geburtshaus Graubünden	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2014)	
Klinik Schönberg AG	A/R → R (2014)	
Lukas Klinik	Fusion mit einer anderen Klinik (2014)	
Privatklinik Piano	unklar (nicht mehr in der Statistik, 2014)	
Vista Diagnostics AG	unklar (nicht mehr in der Statistik, 2014)	
Hôpital du Chablais VD	Fusion mit Hôpital de Vaud (2014)	

Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) Estavayer le Lac	Zusammenlegung (statistisch) mit dem Standort in Payerne (2014)
Schweizerisches Epilepsie Zentrum	Fusion mit Klinik Lengg AG (2014)
Felix Platter Spital	A/R → R (2014)
Réseau Santé Mentale SA RSM SA	Fusion mit Hôpital du Jura bernois (2014)



B) Aufnahme in die Statistik akuter Einrichtungen (Neueröffnung, anderer Aktivitätstyp usw.)	Berit Klinik Wattwil	Neueröffnung (2022)
	Clinique Bois Cerf	Ehem. Hirslanden Lausanne SA, neu einzeln aufgeführt (2022)
	Clinique Cecil	Ehem. Hirslanden Lausanne SA, neu einzeln aufgeführt (2022)
	Berit Klinik Goldach	Neueröffnung (2021)
	Hôpital de Lavaux	R → A/R (2019)
	Fondation Rive-Neuve Unité de Soins Palliatifs	R → A/R (2019)
	Adullam Spital	R → A/R (2020)
	Felix Platter-Spital	R → A/R (2020)
	Pôle santé Vallée de Joux Hôpital de la Vallée de Joux	Neueröffnung (2020)
	Matthea Geburtshaus	Neueröffnung (2019)
	Geburtshaus St.Gallen GmbH	Neueröffnung (2019)
	SMN - Klinik Gümligen	Neuer Betrieb aus Teilverkauf der Siloah AG (2019)
	Hôpital de Moutier SA	Neuer Betrieb aus Abspaltung des Hôpital de Jura bernois (2019)
	Hôpital de Lavaux	R → A/R (2019)
	Fondation Rive-Neuve Unité de Soins Palliatifs	R → A/R (2019)
	Clinique du Grand-Salève Sàrl	Neueröffnung (2018)
	Geburtshaus Maternité Alpine	Neueröffnung (2017)
	Leukerbad Clinic RZL Reha- ilitationsszentrum Leukerbad AG	R → A/R (2015) → R (2016)
	Geriatrische Klinik St. Gallen	R → A/R (2014) → A (2015)
	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	P/R → A/P/R (2015)
Klinik Lengg AG	Ehem. Schweiz. Epilepsie Zentrum (2014)	
Clinique CIC Valais SA	Neueröffnung (2014)	
Kantonsspital Nidwalden	Öff. Unternehmen → subv. Unternehmen (2021)	
C) Änderung der Trägerschaft/ Organisationsstruktur	Spital Netz Bern AG	Insel Gruppe AG (nicht-universitär) (2016)
	Regionalspital Surselva AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH (2015)
	Verein / Stiftung → öff. Unternehmen (2015)	Spital Affoltern
	Spital Bülach AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH (2015)

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2022). **Darstellung:** Universität Basel.

Anhang III: Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2022

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitätstyp ²	Standorte
CH	Private Spitäler	Anzahl: 96			115
AG	Hirslanden Klinik Aarau	5000 Aarau	K112	A	1
AG	SMN - Klinik Villa im Park	4852 Rothrist	K231	A	1
AR	Berit Klinik AG	9042 Speicher	K231	A, R	3
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG	9410 Heiden	K231	A	1
BE	Geburtshaus Luna AG	3072 Ostermundigen	K232	B	1
BE	Genossenschaft Geburtshaus Simmental-Saaneland - Maternité Alpine	3770 Zweisimmen	K232	B	1
BE	Hirslanden Bern AG	3013 Bern	K112	A	4
BE	Hirslanden Klinik Linde AG	2503 Biel	K121	A	1
BE	Klinik Hohmad AG	3600 Thun	K231	A	1
BE	Lindenhofgruppe AG	3012 Bern	K112	A	4
BE	Siloah AG	3073 Gümliigen	K234	A, R	1
BE	SMN - Privatklinik Siloah	3073 Gümliigen	K231	A	1
BE	Stiftung Diaconis Palliative Care	3013 Bern	K123	A	1
BL	Ergolz-Klinik	4410 Liestal	K235	A	1
BL	Geburtshaus ambra GmbH	4443 Wittinsburg	K232	B	1
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	4133 Pratteln	K232	B	1
BL	Hirslanden Klinik Birshof	4142 Münchenstein	K231	A	1
BL	Hospiz im Park	4144 Arlesheim	K123	A	1
BL	Klinik Arlesheim AG	4144 Arlesheim	K212	A, P	2
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	4132 Muttenz	K231	A	1
BL	Vista Klinik	4102 Binningen	K235	A	1
BS	Adullam Spital	4056 Basel	K234	A, R	2
BS	Bethesda Spital AG	4052 Basel	K122	A, R	1
BS	Matthea Geburtshaus	4057 Basel	K232	B	1
BS	Merian Iselin Klinik	4054 Basel	K231	A	1
BS	Palliativzentrum Hildegard	4052 Basel	K235	A	1
BS	SMN - Schmerzlinik Basel	4051 Basel	K235	A	1
BS	St. Claraspital	4058 Basel	K112	A	1
FR	Hôpital Jules Daler	1700 Fribourg	K122	A	1
FR	Maison de Naissance le Petit Prince	1752 Villars-sur-Glâne	K232	B	1
FR	SMN - Clinique Générale - Ste-Anne SA	1700 Fribourg	K231	A	1
GE	ArKa SA	1213 Onex	K123	A, R	2
GE	Clinique de la Plaine	1205 Genève	K231	A	1
GE	Clinique des Grangettes SA	1224 Chêne-Bougeries	K122	A	1
GE	Clinique Générale-Beaulieu	1206 Genève	K122	A	1
GE	Clinique la Colline	1206 Genève	K231	A	1
GE	Hôpital de la Tour	1217 Meyrin	K121	A	1
GE	Maison de naissance La Roseaie	1205 Genève	K232	B	1
GE	Nouvelle Clinique Vert-Pré	1231 Conches	K231	A	1
GR	Hochgebirgsklinik Davos AG	7265 Davos Wolfgang	K221	A, P, R	1
GR	Klinik Gut St. Moritz AG	7500 St. Moritz	K231	A	2
JU	Maison de naissance Les Cigognes	2824 Vicques	K232	B	1
LU	Geburtshaus Terra Alta	6208 Oberkirch LU	K232	B	2
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG	6006 Luzern	K112	A	3
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG	6207 Nottwil	K235	A, R	1
NE	Clinique Volta SA	2300 La Chaux-de-Fonds	K123	A	1
NE	Maison de Naissance Tilia Sàrl	2000 Neuchâtel	K232	B	1
NE	SMN - Neuchâtel	2000 Neuchâtel	K231	A	3



Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitäts- typ ²	Stand- orte
NW	Geburtshaus Stans	6370 Stans	K232	B	1
SG	Berit Klinik Goldach	9403 Goldach	K231	A	1
SG	Berit Klinik Wattwil	9630 Wattwil	K231	A, P	1
SG	Geburtshaus St.Gallen GmbH	9000 St. Gallen	K232	B	1
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	9016 St. Gallen	K121	A	1
SG	Rosenklinik AG	8640 Rapperswil-Jona	K231	A	1
SG	Thurklinik AG	9244 Niederuzwil	K231	A	1
SH	SMN - Privatklinik Belair	8200 Schaffhausen	K231	A	1
SO	Pallas Kliniken AG	4600 Olten	K235	A	1
SO	SMN - Privatklinik Obach	4500 Solothurn	K231	A	1
SZ	AMEOS Spital Einsiedeln AG	8840 Einsiedeln	K122	A	1
SZ	Vista Klinik Pfäffikon AG	8808 Pfäffikon	K235	A	1
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	8596 Münsterlingen	K123	A	1
TG	Klinik Seeschau AG	8280 Kreuzlingen	K231	A	1
TG	Venenklinik Bellevue AG	8280 Kreuzlingen	K231	A	1
TI	Clinica Dr Spinedi c/o Clinica Santa Croce SA a.c.a. sig. Luca Santagostino	6644 Orselina	K235	A	1
TI	Clinica Fondazione G. Varini	6644 Orselina	K235	A	1
TI	Clinica Luganese Moncucco SA	6900 Lugano	K121	A	1
TI	Clinica Luganese Moncucco SA Clinica Santa Chiara SA	6900 Lugano	K123	A	1
TI	Ospedale Malcantonese Fondazione Giu- seppe Rossi	6980 Castelrotto	K212	A, P	1
TI	SMN - Clinica Ars Medica	6929 Gravesano	K231	A	1
TI	SMN - Clinica Sant'Anna	6924 Sorengo	K123	A	1
VD	Biotonus, Clinique Bon-Port SA centre de soins médicaux & esthétiques	1820 Montreux	K235	A	1
VD	Clinique Bois-Cerf	1006 Lausanne	K122	A	1
VD	Clinique Cecil	1003 Lausanne	K122	A	1
VD	Clinique CIC Riviera	1815 Clarens	K231	A	1
VD	Clinique de La Source	1004 Lausanne	K122	A	1
VD	Clinique la Prairie SA	1815 Clarens	K235	A	1
VD	Fondation Rive-Neuve - Unité de Soins Pallia- tifs	1807 Blonay	K235	A, R	1
VD	GSMN Schweiz AG Clinique de Genolier	1272 Genolier	K122	A	1
VD	GSMN Schweiz AG Clinique de Montchoisi	1006 Lausanne	K231	A	1
VS	Clinique CIC Valais SA	1907 Saxon	K231	A	1
VS	SMN - Clinique de Valère	1950 Sion	K231	A	1
ZG	Andreas Klinik	6330 Cham	K122	A	1
ZH	Adus Medica AG	8157 Dielsdorf	K231	A	1
ZH	Eulachklinik AG	8400 Winterthur	K231	A	1
ZH	Geburtshaus Delphys	8003 Zürich	K232	B	1
ZH	Geburtshaus Zürcher Oberland AG	8344 Bäretswil	K232	B	1
ZH	GSMN Schweiz AG - Privatklinik Bethanien	8044 Zürich	K122	A	1
ZH	GSMN Schweiz AG - Privatklinik Lindberg	8400 Winterthur	K231	A	1
ZH	Klinik Hirslanden AG	8008 Zürich	K112	A	3
ZH	Klinik Im Park	8002 Zürich	K122	A	1
ZH	Klinik Pyramide am See AG	8008 Zürich	K231	A	1
ZH	Klinik Susenberg	8044 Zürich	K235	A, R	1
ZH	Klinik Tiefenbrunnen AG	8702 Zollikon	K231	A	1
ZH	Limmatklinik AG	8005 Zürich	K231	A	1
ZH	Schulthess Klinik	8008 Zürich	K231	A	1
ZH	Uroviva Klinik AG	8180 Bülach	K231	A	1

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitäts- typ ²	Stand- orte
CH	Subventionierte Spitäler	Anzahl: 54		Standorte	118
AG	Asana Spital Leuggern AG	5316 Leuggern	K122	A	1
AG	Asana Spital Menziken AG	5737 Menziken	K122	A	1
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	4310 Rheinfelden	K121	A	7
AG	Kantonsspital Aarau AG	5000 Aarau	K112	A	1
AG	Kantonsspital Baden AG	5404 Baden	K112	A	6
AG	Klinik Barmelweid AG	5017 Barmelweid	K221	A, P, R	3
AG	Spital Zofingen AG	4800 Zofingen	K122	A	1
AG	Stiftung Spital Muri	5630 Muri AG	K121	A	1
BE	Fürsorgeverein Bethesda	3233 Tschugg	K221	A, R	1
BE	Hôpital de Moutier SA	2740 Moutier	K123	A	1
BE	Hôpital du Jura bernois SA	2610 St-Imier	K212	A, P, R	8
BE	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)	3010 Bern	K112	A, R	5
BE	Insel Gruppe AG (universitär)	3010 Bern	K111	A, R	1
BE	Regionalspital Emmental AG	3400 Burgdorf	K112	A, P	4
BE	Spital STS AG	3600 Thun	K112	A, P	4
BE	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	3800 Unterseen	K112	A, P	3
BE	Spitalzentrum Biel AG	2502 Biel	K112	A, R	1
BE	SRO AG	4900 Langenthal	K112	A, P	6
GL	Kantonsspital Glarus	8750 Glarus	K121	A, P	2
GR	Center da Sanadad Savognin SA	7460 Savognin	K123	A	1
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	7550 Scuol	K123	A, R	1
GR	Centro Sanitario Valposchiavo Ospedale San Sisto	7742 Poschiavo	K123	A	1
GR	Flury Stiftung Spital Schiers	7220 Schiers	K122	A	1
GR	Kantonsspital Graubünden	7000 Chur	K112	A	1
GR	Regionalspital Surselva AG	7130 Ilanz	K122	A	1
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	7270 Davos Platz	K122	A	1
GR	Spital Thisis	7430 Thisis	K123	A	1
NW	Spital Nidwalden AG	6370 Stans	K122	A	1
SG	Stiftung Ostschweizer Kinderspital	9006 St. Gallen	K233	A, P	2
SO	Solothurner Spitäler AG	4500 Solothurn	K112	A, P	5
SZ	Spital Lachen	8853 Lachen SZ	K121	A	1
SZ	Spital Schwyz	6430 Schwyz	K121	A, R	1
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen	8501 Frauenfeld	K112	A	2
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	1110 Morges	K112	A, R	3
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	1400 Yverdon-les-Bains	K112	A, P, R	5
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Léma- nique (GHOL) SA	1260 Nyon	K121	A, R	2
VD	Hôpital de Lavaux	1096 Cully	K221	A, R	1
VD	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)	1530 Payerne	K121	A, R	3
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin Fondation Asile des Aveugles	1004 Lausanne	K235	A	1
VD	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	1847 Rennaz	K112	A, R	6
VD	Pôle santé du Pays-d'Enhaut	1660 Châteaud'Oex	K123	A, R	1
VD	Pôle santé Vallée de Joux - Hôpital de la Vallée de Joux	1347 Le Sentier	K123	A	1
VD	Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ)	1450 SteCroix	K123	A, R	2
ZG	Zuger Kantonsspital AG	6340 Baar	K112	A	1
ZH	GZO Spital Wetzikon	8620 Wetzikon ZH	K112	A	1



Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitätstyp ²	Standorte
ZH	Klinik Lengg AG	8008 Zürich	K235	A, R	1
ZH	See-Spital	8810 Horgen	K112	A	2
ZH	Spital Affoltern AG	8910 Affoltern am Albis	K122	A, P	1
ZH	Spital Bülach AG	8180 Bülach	K112	A	1
ZH	Spital Männedorf AG	8708 Männedorf	K121	A	1
ZH	Spital Zollikerberg	8125 Zollikerberg	K112	A	2
ZH	Sune-Egge	8005 Zürich	K235	A	1
ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich - Das Spital der Eleonorenstiftung	8032 Zürich	K233	A, P, R	3
ZH	Universitätsklinik Balgrist	8008 Zürich	K231	A, R	2
CH	Öffentliche Spitäler	Anzahl: 32			90
AR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	9100 Herisau	K121	A, P	2
BL	Kantonsspital Baselland	4410 Liestal	K112	A, R	3
BS	Felix Platter-Spital	4055 Basel	K234	A, P, R	1
BS	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	4056 Basel	K233	A	1
BS	Universitätsspital Basel	4031 Basel	K111	A	3
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	1708 Fribourg	K112	A, R	5
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	1205 Genève	K111	A, P, R	5
GR	Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung	7536 Sta. Maria V. M.	K123	A	1
GR	Centro Sanitario Bregaglia Reparto Acuto	7606 Promontogno	K123	A	1
GR	Spital Oberengadin	7503 Samedan	K122	A	1
JU	Hôpital du Jura	2900 Porrentruy	K121	A, P, R	4
LU	LUKS Spitalbetriebe AG	6004 Luzern	K112	A, R	5
LU	Luzerner Höhenklinik Montana AG	3963 Crans-Montana	K221	A, R	1
NE	Réseau hospitalier neuchâtelois RHNe	2000 Neuchâtel	K112	A, R	6
OW	Kantonsspital Obwalden	6060 Sarnen	K121	A	1
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9000 St. Gallen	K234	A	1
SG	Kantonsspital St. Gallen	9007 St. Gallen	K112	A	3
SG	Spital Linth	8730 Uznach	K122	A	1
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9500 Wil SG	K121	A, P	2
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9445 Rebstein	K112	A	4
SH	Spitäler Schaffhausen	8208 Schaffhausen	K112	A, P, R	3
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	6500 Bellinzona	K112	A, R	10
UR	Kantonsspital Uri	6460 Altdorf UR	K122	A	1
VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	1011 Lausanne	K111	A, P, R	3
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Valais Romand CHVR	1950 Sion	K112	A, P, R	7
VS	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	3930 Visp	K112	A, P, R	3
ZH	Kantonsspital Winterthur	8400 Winterthur	K112	A, P	2
ZH	Spital Limmattal	8952 Schlieren	K112	A	1
ZH	Spital Uster	8610 Uster	K112	A	1
ZH	Stadtspital Triemli	8063 Zürich	K112	A	2
ZH	Stadtspital Waid	8037 Zürich	K112	A	2
ZH	Universitätsspital Zürich	8091 Zürich	K111	A, P	4
CH	Alle Spitäler	Anzahl	182	Standorte	323

Anmerkungen: 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. **Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2022).

Anhang IV: Vergleichsspitäler der Universitätsspitäler

Universitätsspital	Zentrumsspitäler im Einzugsgebiet	
Unispital Bern	Hirslanden Bern AG	
	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	
	Spitalzentrum Biel AG	
	Regionalspital Emmental AG	
	Spital STS AG	
	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)	
	Lindenhofgruppe AG	
Unispital Basel	St. Claraspital	
	Kantonsspital Baselland	
Unispital Zürich	Klinik Hirslanden AG	
	Hirslanden Klinik Aarau	
	Stadtspital Triemli	
	Stadtspital Waid	
	Spital Uster	
	Spital Zollikerberg	
	Spital Bülach AG	
	Spital Limmattal	
	Kantonsspital Aarau AG	
	See-Spital	
	GZO Spital Wetzikon	
	Kantonsspital Winterthur	
	Kantonsspital Baden AG	
	CHUV und HUG	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)
		Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais
EHC Ensemble hospitalier de la Côte		



Anhang V: Effekt der qualitätsorientierten Vergütung

Kt.	Spital	Typ	q_i	Tarif	Qualitätsorientierte Vergütung			Veränderung	
					Sockeltarif	Qualitätstarif	Total	in CHF	in %
CH Private Spitäler									
AG	Hirslanden Klinik Aarau	K112	0.926	9'600	7'609	1'845	9'454	-146	-1.5%
BE	Hirslanden Bern AG	K112	1.167	9'575	7'584	2'323	9'907	332	3.5%
BE	Lindenhofgruppe AG	K112	1.157	9'690	7'699	2'303	10'002	312	3.2%
BS	Bethesda Spital AG	K122	1.254	9'505	7'514	2'498	10'012	507	5.3%
BS	St. Claraspital	K112	0.954	9'670	7'679	1'900	9'579	-91	-0.9%
FR	Hôpital Jules Daler	K122	1.315	8'970	6'979	2'619	9'598	628	7.0%
GE	Clinique Générale-Beaulieu	K122	1.950	9'550	7'559	3'883	11'441	1891	19.8%
GE	Hôpital de la Tour	K121	1.265	9'550	7'559	2'519	10'078	528	5.5%
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG	K112	1.125	9'650	7'659	2'240	9'899	249	2.6%
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	K121	1.165	9'530	7'539	2'319	9'858	328	3.4%
SZ	AMEOS Spital Einsiedeln AG	K122	1.112	9'690	7'699	2'214	9'912	222	2.3%
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	K123	0.877	9'600	7'609	1'746	9'355	-245	-2.6%
TI	Clinica Luganese Moncucco SA	K121	0.925	8'700	6'709	1'841	8'550	-150	-1.7%
TI	Clinica Luganese Moncucco SA Clinica Santa...	K123	0.960	8'670	6'679	1'911	8'590	-80	-0.9%
TI	SMN - Clinica Sant'Anna	K123	1.275	8'930	6'939	2'539	9'478	548	6.1%
VD	Clinique de La Source	K122	1.152	9'500	7'509	2'293	9'802	302	3.2%
ZG	Andreas Klinik	K122	1.240	9'564	7'573	2'470	10'043	479	5.0%
ZH	Klinik Hirslanden AG	K112	1.125	9'650	7'659	2'239	9'898	248	2.6%
CH subventionierte Spitäler									
AG	Asana Spital Leuggern AG	K122	1.193	9'590	7'599	2'375	9'974	384	4.0%
AG	Asana Spital Menziken AG	K122	0.731	9'590	7'599	1'455	9'054	-536	-5.6%
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	K121	0.904	9'690	7'699	1'800	9'499	-191	-2.0%
AG	Kantonsspital Aarau AG	K112	0.831	9'850	7'859	1'654	9'513	-337	-3.4%
AG	Kantonsspital Baden AG	K112	0.924	9'775	7'784	1'841	9'625	-150	-1.5%
AG	Spital Zofingen AG	K122	0.835	9'690	7'699	1'663	9'362	-328	-3.4%
AG	Stiftung Spital Muri	K121	1.000	9'690	7'699	1'991	9'690	0	0.0%
BE	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)	K112	0.859	9'715	7'724	1'710	9'434	-281	-2.9%
BE	Insel Gruppe AG (universitär)	K111	0.964	10'800	8'809	1'920	10'728	-72	-0.7%
BE	Regionalspital Emmental AG	K112	1.088	9'715	7'724	2'166	9'890	175	1.8%
BE	Spital STS AG	K112	0.974	9'715	7'724	1'940	9'663	-52	-0.5%
BE	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	K112	1.030	9'715	7'724	2'051	9'775	60	0.6%
BE	Spitalzentrum Biel AG	K112	1.038	9'715	7'724	2'068	9'791	76	0.8%
BE	SRO AG	K112	1.005	9'715	7'724	2'001	9'725	10	0.1%
GL	Kantonsspital Glarus	K121	1.018	9'925	7'934	2'027	9'961	36	0.4%
GR	Center da Sanadad Savognin SA	K123	0.774	9'685	7'694	1'541	9'235	-450	-4.6%
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'...	K123	0.942	9'685	7'694	1'876	9'570	-115	-1.2%
GR	Centro Sanitario Valposchiavo Ospedale San...	K123	1.235	9'685	7'694	2'459	10'153	468	4.8%

Kt.	Spital	Typ	q_i	Tarif	Qualitätsorientierte Vergütung			Veränderung	
					Sockettarif	Qualitätstarif	Total	in CHF	in %
GR	Flury Stiftung Spital Schiers	K122	1.217	9'685	7'694	2'424	10'117	432	4.5%
GR	Kantonsspital Graubünden	K112	1.042	9'770	7'779	2'076	9'855	85	0.9%
GR	Regionalspital Surselva AG	K122	1.060	9'685	7'694	2'110	9'804	119	1.2%
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	K122	1.061	9'685	7'694	2'112	9'806	121	1.2%
GR	Spital Thusis	K123	0.970	9'685	7'694	1'932	9'626	-59	-0.6%
NW	Spital Nidwalden AG	K122	1.074	9'700	7'709	2'139	9'848	148	1.5%
SO	Solothurner Spitäler AG	K112	0.929	9'715	7'724	1'849	9'573	-142	-1.5%
SZ	Spital Lachen	K121	0.910	9'690	7'699	1'813	9'512	-178	-1.8%
SZ	Spital Schwyz	K121	1.018	9'690	7'699	2'027	9'725	35	0.4%
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspital Frauenfe...	K112	0.888	9'650	7'659	1'768	9'427	-223	-2.3%
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	K112	1.036	9'650	7'659	2'064	9'723	73	0.8%
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois...	K112	1.125	9'650	7'659	2'239	9'898	248	2.6%
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique...	K121	1.045	9'650	7'659	2'082	9'740	90	0.9%
VD	Hôpital Intercantonale de la Broye (HIB)	K121	0.845	9'650	7'659	1'683	9'342	-308	-3.2%
VD	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	K112	1.172	9'650	7'659	2'334	9'992	342	3.5%
VD	Pôle santé du Pays-d'Enhaut	K123	1.154	9'650	7'659	2'299	9'957	307	3.2%
VD	Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ)	K123	0.986	9'650	7'659	1'963	9'622	-28	-0.3%
ZG	Zuger Kantonsspital AG	K112	0.931	9'635	7'644	1'855	9'498	-137	-1.4%
ZH	GZO Spital Wetzikon	K112	0.914	9'850	7'859	1'820	9'679	-171	-1.7%
ZH	See-Spital	K112	0.991	9'720	7'729	1'973	9'702	-18	-0.2%
ZH	Spital Affoltern AG	K122	0.794	9'850	7'859	1'582	9'440	-410	-4.2%
ZH	Spital Bülach AG	K112	0.931	9'850	7'859	1'855	9'714	-136	-1.4%
ZH	Spital Männedorf AG	K121	1.136	9'850	7'859	2'262	10'121	271	2.8%
ZH	Spital Zollikerberg	K112	1.098	9'850	7'859	2'186	10'045	195	2.0%
CH	Öffentliche Spitäler								
AR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	K121	0.993	9'695	7'704	1'977	9'681	-14	-0.1%
BL	Kantonsspital Baselland	K112	0.922	9'800	7'809	1'837	9'645	-155	-1.6%
BS	Universitätsspital Basel	K111	0.914	10'650	8'659	1'821	10'480	-170	-1.6%
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	K112	1.106	9'700	7'709	2'203	9'911	211	2.2%
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	K111	1.135	10'650	8'659	2'261	10'919	269	2.5%
GR	Spital Oberengadin	K122	1.139	9'685	7'694	2'269	9'962	277	2.9%
JU	Hôpital du Jura	K121	1.085	9'650	7'659	2'161	9'819	169	1.8%
LU	LUKS Spitalbetriebe AG	K112	1.049	9'800	7'809	2'088	9'897	97	1.0%
NE	Réseau hospitalier neuchâtelois RHNe	K112	0.956	9'650	7'659	1'904	9'563	-87	-0.9%
OW	Kantonsspital Obwalden	K121	1.125	9'619	7'628	2'241	9'868	249	2.6%
SG	Kantonsspital St. Gallen	K112	0.995	9'800	7'809	1'980	9'789	-11	-0.1%
SG	Spital Linth	K122	0.968	9'690	7'699	1'928	9'626	-64	-0.7%
SG	Spitalregion Fürstentland Toggenburg	K121	0.920	9'690	7'699	1'831	9'530	-160	-1.7%



Kt.	Spital	Typ	q_i	Tarif	Qualitätsorientierte Vergütung			Veränderung	
					Sockeltarif	Qualitätstarif	Total	in CHF	in %
SG	Spitalregion Rhein- tal Werdenberg Sargan- ser...	K112	1.048	9'690	7'699	2'087	9'786	96	1.0%
SH	Spitäler Schaffhausen	K112	0.889	9'680	7'689	1'770	9'459	-221	-2.3%
TI	EOC Ente ospeda- liero cantonale	K112	0.938	9'670	7'679	1'868	9'547	-123	-1.3%
UR	Kantonsspital Uri	K122	0.833	9'870	7'879	1'658	9'537	-333	-3.4%
VD	CHUV Centre Hospita- lier Universitaire Vau- dois	K111	0.962	10'650	8'659	1'916	10'574	-76	-0.7%
VS	Hôpital du Va- lais - Centre hospita- lier du ...	K112	1.107	9'550	7'559	2'204	9'763	213	2.2%
ZH	Kantonsspital Win- terthur	K112	0.931	9'650	7'659	1'854	9'513	-137	-1.4%
ZH	Spital Limmattal	K112	0.849	9'720	7'729	1'691	9'420	-300	-3.1%
ZH	Spital Uster	K112	0.951	9'850	7'859	1'894	9'753	-97	-1.0%
ZH	Stadtspital Triemli	K112	0.929	9'700	7'709	1'849	9'558	-142	-1.5%
ZH	Stadtspital Waid	K112	0.865	9'745	7'754	1'723	9'476	-269	-2.8%
ZH	Universitätsspital Zürich	K111	0.880	10'870	8'879	1'753	10'632	-238	-2.2%
Total			1.000	9'957	7'965	1'991	9'957	0	0.0%