

Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spital- landschaft und die Sicherstel- lung der stationären Versorgung

Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive
einer Bestandesaufnahme

Executive Summary

Reto Jörg
Regula Rüfli

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(BAG)

15. Juni 2016

Impressum

Vertragsnummer:	15.017019
Laufzeit:	Juli 2015 – Mai 2016
Datenerhebungsperiode:	Statistische Erhebungen Dritter: Januar 2010 – Dezember 2014 Eigene Erhebungen: August 2015 bis Februar 2016
Leitung Evaluationsprojekt im BAG	Gabriele Wiedenmayer / Markus Weber Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Meta-Evaluation:	Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen. Der Entwurf des Berichts wurde vom BAG und der Begleitgruppe kommentiert und die Kommentare fanden im vorliegenden Bericht Berücksichtigung.
Bezug:	Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern evaluation@bag.admin.ch www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung
Übersetzung:	Executive Summary aus der Originalsprache durch Sonja Funk-Schuler
Korrespondenzadresse:	socialdesign ag Thunstrasse 7, 3005 Bern
Zitiervorschlag:	Jörg R., Ruffin R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme – Executive Summary. socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Mai 2016, Bern.
Geschlechtergerechte Sprache:	Alle Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird nicht überall sowohl die männliche als auch die weibliche Form verwendet.

Abstract:

Die vorliegende Konzept- und Machbarkeitsstudie ist Bestandteil der Evaluation KVG-Revision Spitallfinanzierung. Ziel der Studie war es ein umsetzbares Konzept für die Evaluationsarbeiten innerhalb des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ zu erarbeiten und eine erste Bestandesaufnahme in Bezug auf die themenbereichsspezifischen Evaluationsfragestellungen vorzunehmen.

Im Rahmen der Bestandesaufnahme wird einerseits die kantonale Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf (a) den verwendeten Leistungsgruppensystematiken als Basis einer leistungsorientierten Planung, der Bedarfsermittlung und der Leistungsspektren, (b) den Datengrundlagen und Methoden der Bedarfsermittlung als Instrumente für die qualitative und quantitative Beschreibung des Versorgungsbedarfs, (c) dem Einbezug privater Trägerschaften vor dem Hintergrund der aufgehobenen Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern, (d) den Formen interkantonalen Koordination und Kooperation und (e) der konkreten Umsetzung der bundesrätlichen Planungskriterien (Wirtschaftlichkeit, Qualität und Erreichbarkeit). Andererseits analysiert die Bestandesaufnahme die Entwicklungstendenzen in der Spitallandschaft. Betrachtet werden dabei die Zahl der Leistungserbringer, deren Leistungsspektrum, die interkantonalen Patientenströme, die Marktanteile einschliesslich mögliche Konzentrationstendenzen sowie allfällige Spezialisierungstendenzen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer.

Basierend auf der Bestandesaufnahme wird anschliessend das Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten formuliert. Im Hinblick auf die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen werden dazu folgende Module formuliert: (i) die Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik, eine Befragung der Kantone (ii) und der Leistungserbringer (iii), (iv) die Aktualisierung einer bestehenden Studie zu den kantonalen Rahmenbedingungen zwischen Wettbewerb und Planung, (v) die Analyse der Patientenströme anhand der Medizinischen Statistik sowie (vi) eine Erreichbarkeitsanalyse zur Beurteilung des Einflusses der KVG-Revision auf den Zugang zur medizinischen Versorgung. Die Priorisierung der erwähnten Module durch die Begleitgruppe dient dabei als Grundlage für die Planung der weiteren Evaluationsarbeiten durch das Bundesamt für Gesundheit.

Executive Summary

Einleitung

Die vorliegende Konzept- und Machbarkeitsstudie ist Bestandteil der Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung¹ und stellt den Startpunkt innerhalb des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ dar. Ziel der Studie war es in erster Linie ein umsetzbares Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten innerhalb des Themenbereichs in den Jahren 2016-2018/19 zu erarbeiten und dabei die Verfügbarkeit der notwendigen Daten sowie allfällige Datenlücken aufzuzeigen. Insofern sinnvoll und möglich, beinhaltet die Konzept- und Machbarkeitsstudie bereits eine erste Bestandesaufnahme.

Fragestellungen

Die übergeordneten Fragestellungen des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ lauten wie folgt:

- F1** Hat die Revision einen Einfluss auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen?
- F2** Wie entwickeln sich die kantonalen Rahmenbedingungen für die Spitäler im Spannungsfeld von Wettbewerb und Planung (Steuerung der Kapazitäten)?
- F3** Wie entwickelt sich die Spitallandschaft? Welchen Einfluss hat die Revision auf das Leistungsspektrum und die entsprechenden Leistungsvolumina der Spitäler? Wie verändern sich diese und die effektiv erbrachten Leistungen? Hat die Revision einen Einfluss auf allfällige Konzentrationsprozesse in der Spitallandschaft?
- F4** Zu welchen Veränderungen führt die Revision im Bereich der Sicherstellung der Versorgung?

Die vorliegende Konzeptstudie orientiert sich an diesen übergeordneten Fragestellungen des Themenbereichs bzw. an deren Konkretisierung in den zugrundeliegenden Pflichtenheften. Die Bestandesaufnahme fokussiert dabei massgeblich auf die Fragestellungen 1 und 3, umfasst dabei jeweils sämtliche Versorgungsbereiche, namentlich die Akutsomatik sowie die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie.

Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden im Rahmen der Konzept- und Machbarkeitsstudie verschiedene Methoden und Datenquellen herangezogen. Dazu gehören die deskriptive Analyse der Daten aus der Medizinischen Statistik für die Jahre 2010 bis 2014, eine umfassende Dokumentenanalyse der verfügbaren kantonalen Planungsdokumente sowie diverse Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews. Zusätzlich wurden bereits bestehende Studien berücksichtigt, so dass die vorgesehen Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ optimal in die übrigen Aktivitäten der KVG-Evaluation Spitalfinanzierung sowie der Begleitforschung Dritter eingebettet sind.

Ergebnisse der Bestandesaufnahme

Einfluss der Revision auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen

In Bezug auf den Einfluss der Revision auf die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen (**F1**) wurde die kantonale Umsetzung ausgewählter Aspekte der im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) formulierten Vorgaben analysiert. Zentrale Grundlage bildeten dabei die verfügbaren kantonalen Planungsdokumente.

Leistungsgruppensystematik

Mit Ausnahme der Kantone Obwalden und Genf stützen sich alle Kantone für die akutstationäre Versorgungsplanung auf die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) oder sind im Begriff, ihre

¹ Vgl. www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung.

Planung dahingehend anzupassen. Betreffend die stationäre Rehabilitation und Psychiatrie ist ebenso für die grosse Mehrheit der Kantone eine Differenzierung der Spitallisten nach Leistungsgruppen anzutreffen, was die konkreten Leistungsgruppen betrifft, unterschieden sich die zugrundeliegenden Systematiken stärker als in der Akutsomatik. Im Hinblick auf die Einführung der neuen, schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen (ST Reha bzw. TARPSY) ist es wahrscheinlich, dass auch in diesen Versorgungsbereichen Konvergenz in den kommenden Jahren zu beobachten sein wird.

Ermittlung des Versorgungsbedarfs

Für 24 Kantone konnte das Verfahren zur Bedarfsermittlung in der Akutsomatik anhand der verfügbaren Planungsdokumente nachvollzogen werden. Die Kantone stützen sich dabei entweder auf das Modell des Kantons Zürich (15 Kantone), auf das Modell des Obsan bzw. des Statistischen Amtes des Kantons Waadt (6) oder das Modell des Observatoire Valaisane de la Santé (3). Die Bedarfsermittlung und -prognose in der Rehabilitation und Psychiatrie erfolgt weitgehend in Anlehnung an die jeweils in der Akutsomatik verwendeten Modelle, jedoch erschweren die nicht einheitlichen Leistungsdefinitionen oder Datengrundlagen die Umsetzung. Somit zeigen die Planungsdokumente denn auch, dass neben statistischen Datengrundlagen in der Psychiatrie und der Rehabilitation vermehrt auch qualitative Bewertungen miteinbezogen werden.

Einbezug privater Trägerschaften

Die grosse Mehrheit der Spitäler mit privater Trägerschaft wird auf den Spitallisten der jeweiligen Standortkantone geführt. (Reine) Vertragsspitäler im Sinne von Art. 49a KVG sind von untergeordneter Bedeutung in der Spitallandschaft. Im Zusammenhang mit dem Einbezug privater Trägerschaften wurde zudem analysiert, in welchen Kantonen der Leistungseinkauf anhand eines öffentlichen Ausschreibungsverfahrens erfolgte. Anhand der verfügbaren Planungsdokumente wurde ein solches Verfahren in 13 (Akutsomatik) bzw. 9 (Rehabilitation und Psychiatrie) Kantonen ausgemacht.

Interkantonale Koordination

Im Kontext der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV kooperieren die Kantone in unterschiedlicher Form. Das Spektrum reicht von Absprachen und Austausch (insbesondere über Gefässe der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK), gemeinsamer Bedarfsplanung (vgl. als Beispiel dafür die Versorgungsberichte der Nordwestschweizer Kantone) und der Anwendung von gemeinsamen Empfehlungen (vgl. GDK-Ost) über formelle Verpflichtungen wie der interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) bis hin zur Schaffung überkantonomer Versorgungsregionen (vgl. dazu die vollständige Freizügigkeit betreffend die Spitäler auf den Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft).

Umsetzung der Planungskriterien

Im Zusammenhang der KVG-Revision Spitalfinanzierung sind die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung (inkl. Mindestfallzahlen) sowie des Zugangs der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist von besonderer Bedeutung. In der Bestandesaufnahme ist die kantonale Berücksichtigung dieser Kriterien innerhalb der Spitalplanung beschrieben, insofern dies anhand der verfügbaren Planungsdokumente möglich war. In Ergänzung zu den genannten Kriterien wurde ausserdem auf die Versorgungsrelevanz eingegangen, ein Kriterium, welches insbesondere in kleineren Kantonen in Bezug auf die Berücksichtigung ausserkantonomer Spitäler eine wesentliche Rolle spielt. Mit Bezug auf die Versorgungsrelevanz werden dabei Grenzwerte hinsichtlich des Marktanteils von Leistungserbringern – gemessen am Anteil der Patienten mit Wohnsitz im entsprechenden Kanton – definiert, welche für die Berücksichtigung des Leistungserbringers auf der kantonalen Spitalliste erreicht werden müssen. Die Versorgungsrelevanz wird in der Regel pro Leistungsgruppe bzw. Leistungsbereich überprüft.

Grenzen der Bestandesaufnahme und Implikationen für die weiteren Evaluationsarbeiten

Die Bestandesaufnahme im Rahmen der vorliegenden Konzeptstudie basierte auf den verfügbaren kantonalen Planungsdokumenten. Zwar eignen sich die Dokumente für eine Auslegeordnung, von einem Vollständigkeitsanspruch muss jedoch aus mehreren Gründen Abstand genommen werden. Zum einen bilden die Resultate jeweils eine Momentaufnahme und können die dynamische Weiterentwicklung in den Kantonen nur bedingt erfassen. Ausserdem ist die konkrete Um-

setzung aus diesen Dokumenten nicht für alle Kantone abschliessend nachvollziehbar. Schliesslich gibt es verschiedene Aspekte, die anhand der Planungsdokumente nicht beurteilt werden können, jedoch für die zweckmässige Beantwortung der Evaluationsfragestellungen relevant sind. Dazu gehören insbesondere folgende Aspekte.

Die *praktische Relevanz der allgemeinen und spezifischen Beurteilungskriterien* bei der Erarbeitung und Überarbeitung der kantonalen Spitalisten. Damit soll auf die Frage eingegangen werden, welche Kriterien sich (oftmals) im Rahmen der Spitalplanung als ausschlaggebend für die (Nicht-)Erteilung von Leistungsaufträgen erweisen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Kriterien im Rahmen eines Qualitäts- bzw. Kostenmonitorings laufend überprüft werden und basierend auf welchen Datengrundlagen dies erfolgt. Ergänzend hinzu kommt hier die Frage, ob und anhand welcher Datengrundlagen bzw. Informationen die Einhaltung der Aufnahmepflicht in Listenspitälern überprüft wird. Ein weiterer Aspekt, betrifft die *Motive für die Berücksichtigung ausserkantonomer Spitäler* innerhalb der Spitalliste, d.h. welche Überlegungen sind ausschlaggebend für die Aufnahme ausserkantonomer Spitäler auf der Spitalliste. Mögliche Motive umfassen dabei insbesondere die verbesserte Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten für spezifische Bevölkerungsgruppen, die Schliessung spezifischer Angebotslücken, die Sicherstellung der notwendigen Kapazitäten und die Förderung des Wettbewerbs, wenn ausserkantonale Spitäler in Leistungsgruppen berücksichtigt werden, in denen auch innerkantonale Angebote mit ausreichenden Kapazitäten verfügbar sind. Des Weiteren von Interesse ist die Auslegung des Begriffs des Vertragsspitals, wobei zwischen einer institutionen- und leistungsbezogenen Definition zu unterscheiden ist. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern es im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen vorgesehen ist, dass *Listenspitäler* ausserhalb ihres Leistungsauftrags Verträge mit Krankenversicherern betreffend die Vergütung von Leistungen aus der OKP abschliessen können. Mit Ausnahme des Kantons Waadt konnte dies aufgrund der Planungsdokumente nicht abschliessend beurteilt werden. Schliesslich soll ausserdem der Einbezug der *Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen* in den kantonalen Planungsprozess und die damit verbundenen Herausforderungen untersucht werden.

Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft

In Bezug auf den Einfluss der Revision auf die Spitallandschaft (F3) basiert die Bestandesaufnahme hauptsächlich auf der Analyse der Daten gemäss der Medizinischen Statistik für die Jahre 2010 bis 2014. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden diverse Indikatoren untersucht.

Akutsomatik

In Bezug auf die Zahl der Leistungserbringer ist für die Akutsomatik eine Reduktion von 203 Betrieben auf 187 zwischen 2011 und 2014 festzustellen. Für die Grundversorgungsspitäler ist zwischen 2012 und 2014 ein Anstieg des Marktanteils innerhalb der akutstationären Versorgung erkennbar. Diese Tendenz beschränkt sich nicht auf einzelne Leistungsbereiche, sondern widerspiegelt sich in der Mehrheit der Leistungsbereiche. Mit Bezug auf Pellegrini und Roth (2016, S.3) ist ausserdem von einem Anstieg des Marktanteils der Privatspitäler auszugehen. Basierend auf der Studie von Huber (2015) ist ein Anstieg der interkantonalen Patientenströme auszumachen. Im schweizweiten Mittel wuchs der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen von 13% im Jahr 2010 auf 14.9% im Jahr 2013. Anhand des Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) kann keine systematische Spezialisierung der Leistungserbringer zwischen 2012 und 2014 ausgemacht werden. In zwei Drittel der Leistungsbereiche ist eine geringfügige Tendenz zur Konzentration auf Ebene der Betriebe identifizierbar, diese ist jedoch massgeblich auf die Reduktion der Anzahl Betriebe insgesamt zurückzuführen und nicht auf die Verlagerung der Marktanteile zugunsten von Leistungserbringern mit hohen Fallzahlen in den entsprechenden Leistungsgruppen. In Bezug auf die Leistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen ist zwischen 2012 und 2014 eine rückläufige Tendenz des Anteils der Eingriffe in Spitälern mit Fallzahlen unterhalb der MFZ zu beobachten.

Rehabilitation

Innerhalb der stationären Rehabilitation blieb die Zahl der Betriebe zwischen 2010 und 2014 weitgehend konstant. Die Leistungsspektren wurden in der Rehabilitation anhand der Hauptkostenstelle und Hauptdiagnose analysiert, wobei die Zuordnung der Hauptdiagnosen basierend auf der Systematik der GD Zürich erfolgte. Anhand der Marktanteile und Leistungsspektren werden die unterschiedlichen Schwerpunkte nach Spitaltyp ersichtlich. In den Rehabilitationskliniken entfal-

len die meisten Austritte auf die muskuloskelettale Rehabilitation, gefolgt von der Neurorehabilitation. In Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitalern sowie in geriatrischen Spezialkliniken machen die Patienten in der Geriatrie den Grossteil der erbrachten Leistungen aus. In den übrigen Spezialkliniken sind insbesondere Fälle in den Leistungsbereichen der pulmonalen und kardiovaskulären Rehabilitation, der Neurorehabilitation und der übrigen Rehabilitation überproportional vertreten. Gleichwohl verzeichnen 64% der Leistungserbringer jeweils Patienten in sieben und mehr Leistungsbereichen. Auf Ebene der einzelnen Betriebe lässt sich für Universitäts-, Zentrums- und Grundversorgungsspitaler sowie die geriatrischen Spezialkliniken eine der Spezialisierung zuwiderlaufende Tendenz ausmachen. Ebenso deutet der HHI insgesamt auf eine Tendenz zunehmender Streuung der Austritte auf verschiedene Leistungsbereiche hin. Mit Ausnahme der Geriatrie weist der HHI für sämtliche Leistungsbereiche auf eine Dekonzentration zwischen 2012 und 2014 hin. Diese ist entweder auf einen Anstieg der Zahl der Leistungserbringer oder auf eine Verschiebung der Marktanteile zugunsten von Leistungserbringern mit kleineren Marktanteilen zurückzuführen.

Psychiatrie

Die Zahl der Betriebe innerhalb der stationären Psychiatrie blieb zwischen 2010 und 2012 weitgehend stabil. Der relative Anteil der Fälle in Psychiatrischen Kliniken stieg im selben Zeitraum von 73.7% auf 77%, wohingegen der relative Anteil der in Universitätsspitalern behandelten Patienten eine rückläufige Tendenz in vergleichbarem Ausmass aufweist. Aus der Bestandesaufnahme lässt sich weder eine Spezialisierung der Leistungserbringer noch eine Konzentration innerhalb bestimmter Leistungsbereiche feststellen.

Grenzen der Bestandesaufnahme und Implikationen für die weiteren Evaluationsarbeiten

Ein Hauptziel der Bestandesaufnahme lag darin, die Limitationen der existierenden Datengrundlagen und die damit einhergehenden Herausforderungen aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere folgende Aspekte zu nennen:

Insgesamt handelt es sich bei den beobachteten Tendenzen, vielmehr um kontinuierliche Veränderungen als sprunghafte Entwicklungen. Infolgedessen ist eine Aussage zur Kausalität zwischen der KVG-Revision und den beobachteten Tendenzen zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Anhand der Medizinischen Statistik lassen sich die Entwicklungen in der Spitallandschaft grundsätzlich ab dem Jahr 2010 zweckmässig nachvollziehen. Auswertungen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen sind erst ab 2012 sinnvoll möglich. Dieser Umstand erschwert es zusätzlich, eine Aussage zur Kausalität zwischen der KVG-Revision und den beobachteten Tendenzen zu machen.

Aufgrund der Erhebungspraxis innerhalb der KS und MS lassen sich Effekte auf Ebene der juristischen Einheiten und der Standorte nicht eindeutig differenzieren. Ohne die Variablen zum Standort lassen sich zudem die geografischen Implikationen allfälliger Konzentrationsprozesse nicht beurteilen. Entwicklungen auf Ebene einzelner Leistungserbringer, dazu gehören insbesondere allfällige Spezialisierungstendenzen, lassen sich anhand der MS trotz Verknüpfung der Datensätze über die Jahre nur bedingt nachverfolgen. Zwar ist eine Verknüpfung anhand der BUR-Nummer jeweils für über 80% der Betriebe möglich, jedoch ist davon auszugehen, dass mitunter gerade Betriebe, die Gegenstand struktureller Veränderungen waren, von der Analyse ausgeschlossen sind. Grund dafür ist, dass strukturelle Veränderungen oftmals mit der Vergabe einer neuen BUR-Nummer einhergehen.

Eine Analyse der Marktanteile zwischen privaten und öffentlichen Spitalern und deren Entwicklung im Zuge der KVG-Revision ist anhand der Medizinischen Statistik alleine nicht möglich. Auch bei einer Verknüpfung mit den Daten der Krankenhausstatistik wäre dies nicht ohne weiteres machbar, da die Variable zum *rechtlich-wirtschaftlichen Status* nicht länger Bestandteil der Krankenhausstatistik ist. Grund dafür ist, dass die für die Ermittlung des *rechtlich-wirtschaftlichen Status* benötigten Elemente (Subventionen bzw. finanzielle Garantien durch den Staat) infolge der Neuregelung der Finanzierung im Zuge der KVG-Revision obsolet sind.

In der Bestandesaufnahme wurde der Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) als Kennzahl im Zusammenhang mit der Spezialisierung von Leistungserbringern gewählt. Der HHI bot sich an, weil anhand davon sowohl Spezialisierungstendenzen auf Ebene einzelner Spitäler, als auch Konzentrationstendenzen auf Ebene der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen untersucht werden können. Ein Nachteil des HHI liegt darin, dass die Veränderung des nationalen Patientenmix

nicht berücksichtigt wird. Mit dem nationalen Patientenmix ist dabei die relative Verteilung aller Patientenaustritte auf die Leistungsbereiche und deren Veränderung gemeint. Durch diese Eigenschaft wird die Interpretation von Veränderungen im Zeitverlauf erschwert. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich für die weiteren Evaluationsarbeiten anstelle des HHI den Information Theory Index (ITI) zu verwenden, der seinerseits Veränderungen im nationalen Patientenmix mitberücksichtigt.

In Bezug auf die Grenzen der Bestandesaufnahme sind ausserdem, jene Fragestellungen zu nennen, die anhand der vorliegenden Konzeptstudie nicht abgedeckt wurden. Es sind dies:

- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, innerhalb der Kantone und über Kantonsgrenzen hinweg?
- Wie gestaltet und verändert sich die Zusammenarbeit innerhalb der psychiatrischen Versorgung zwischen den Spitälern und den Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen (ambulant, stationär, z.B. Langzeitunterbringung)?
- Bereiten sich die Spitäler auf die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in der Psychiatrie und der Rehabilitation vor? Was sind mögliche Auswirkungen von leistungsbezogenen Pauschalen auf das künftige stationäre und auch ambulante Angebot und auf die Spitallandschaft im Bereich Psychiatrie?

Diese Fragestellungen können anhand der zur Verfügung stehenden Routinedaten nicht beantwortet werden. Im Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten ist in diesem Zusammenhang eine Onlinebefragung bei den Spitälern und Kliniken vorgesehen.

Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten

Das Konzept für die weiteren Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ ist in Form von grundsätzlich unabhängigen Modulen formuliert. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Module inkl. Priorisierung durch die Begleitgruppe sowie das geschätzte Budget für deren Realisierung.

Modul	Start	Priorisierung	Budget
	Quart./Jahr	% der Pkt.	CHF
Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft (Variante 2)	Q4/2016	27%	105'000-115'000
Modul 2: Befragung der Kantone	Q4/2016	24%	80'000-90'000
Modul 3: Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken	Q4/2016	9%	50'000-60'000
Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen	Q4/2016	12%	---
Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme (Variante 2)	Q1/2018	16%	40'000-50'000
Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung	Q1/2018	11%	50'000-70'000
Modul 7: Synthese	Q3/2018	---	15'000-25'000

Modul 1: Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft

Modul 1 beinhaltet die Analyse der Veränderungen in der Spitallandschaft anhand der in der Bestandesaufnahme hergeleiteten Indikatoren (Anzahl Leistungserbringer, Leistungsspektren, Marktanteile, Spezialisierung, Konzentration). Zentrale Datengrundlage bilden die Datensätze der Medizinischen Statistik für den Zeitraum zwischen 2010 bis 2016. Damit eine Unterscheidung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern möglich ist, werden die Daten mit der Krankenhausstatistik verknüpft. Zwecks Analyse auf Ebene des Standorts bedarf es der entsprechenden Variablen aus der Medizinischen Statistik. Damit die Veränderungen in der Spitallandschaft zweck-

mässig nachvollzogen werden können, ist zusätzlich eine Historisierung auf Ebene der juristischen Einheiten und der Standorte vorgesehen. Für Modul 1 sind zwei Varianten formuliert, in Variante 1 sind die Auswertungen beschränkt auf die akutstationäre Versorgung, Variante 2 umfasst sämtliche stationären Versorgungsbereiche.

Modul 2: Befragung der Kantone

Aufbauend auf der Dokumentenanalyse der kantonalen Planungsdokumente im Rahmen der Bestandesaufnahme sieht die Konzeptstudie für die weiteren Evaluationsarbeiten eine schriftliche Befragung der Kantone vor. Ziel dieser Erhebung ist es einerseits die Ergebnisse aus der Bestandesaufnahme zu validieren und zu aktualisieren sowie andererseits die in der Bestandesaufnahme bearbeiteten qualitativen Inhalte systematisch bei den Kantonen zu erheben. Schliesslich sollen mit der Befragung zusätzliche Aspekte erfasst werden, die aufgrund der Planungsdokumente in der Bestandesaufnahme nicht nachvollziehbar waren. Letzteres betrifft insbesondere die nachfolgenden Themen:

- Relevanz der Auswahlkriterien bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Spitalliste
- Monitoring der relevanten Planungskriterien: Kosten- und Qualitätsmonitoring sowie Compliance bzgl. der (leistungsgruppenspezifischen) Qualitätsanforderungen bzw. anderer Anforderungen inkl. Einhaltung der Aufnahmepflicht
- Überarbeitung der Planung: Periodizität und Tragweite der Überarbeitung
- Motive für die Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler
- Einbezug der die Schnittstellen zur ambulanten Versorgung bzw. zu vor- und nachgelagerten Bereichen in den Planungsprozess inkl. beobachtbare Auswirkungen der Revision auf das ambulante Versorgungsangebot im Kanton
- Explizite und implizite Rahmenbedingungen für Listenspitäler Verträge mit Krankenversicherern betreffend die Vergütung von OKP-Leistungen ausserhalb des Leistungsauftrags gemäss Spitalliste abzuschliessen

Modul 3: Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken

Als Ergänzung zu Modul 1 sieht die vorliegende Konzeptstudie eine Onlinebefragung bei den Spitälern und Kliniken sämtlicher Versorgungsbereiche vor. Mit der Onlinebefragung können Aspekte untersucht werden, die im Zuge der Analyse der statistischen Routinedaten nicht möglich sind. Ausserdem erlaubt die zusätzliche Perspektive auch eine bessere Beurteilung der Kausalität zwischen der Revision und allfälligen Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen. Im Vordergrund stehen im Modul 3 Fragen nach möglichen Spezialisierungstendenzen innerhalb der Spitäler, Formen und Bereiche von Kooperationen zwischen den Leistungserbringern sowie deren Zusammenhang mit der KVG-Revision.

Modul 4: Aktualisierung der Studie zu den Rahmenbedingungen

In Bezug auf die übergeordnete Fragestellung, inwiefern sich die Rahmenbedingungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und kantonomer Steuerung für die Spitäler infolge der Revision verändern (F2), verweist die vorliegende Konzeptstudie auf die Studie „Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik“ (Polynomics 2013). Anhand eines Regulierungsindex werden darin eine Vielzahl von relevanten Aspekten der *Wettbewerbsfreundlichkeit* operationalisiert, welche die kantonale Ausgestaltung der Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Mehrfachrolle des Kantons als Spitalplaner, Leistungseinkufer, Tarifgenehmiger und Spitalbetreiber beschreiben. Im Hinblick auf die weiteren Evaluationsarbeiten im Themenbereich „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ sieht die vorliegende Konzeptstudie eine Replikation des Regulierungsindex mit aktuellen Daten vor.

Modul 5: Analyse der interkantonalen Patientenströme

Für die Fragestellung zur Entwicklung der interkantonalen Patientenströme wurde in der vorliegenden Konzeptstudie der Bezug zur Studie von Huber (2015) hergestellt, in welcher eine umfassende Analyse der interkantonalen Patientenströme innerhalb der Akutsummatik erfolgte. Für

den Kontext des Themenbereichs „Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung“ sind ausgewählte Indikatoren (Abfluss, Market Share Index) aus der erwähnten Studie ausreichend. Gleichwohl wurden für Modul 5 zwei Varianten formuliert. Variante 1 sieht lediglich die Analyse der zentralen Indikatoren für alle stationären Versorgungsbereiche vor, währenddessen Variante 2 eine umfassende Replikation der Originalstudie für alle Versorgungsbereiche beinhaltet. Zusätzlich ist in Variante 2 die Analyse der Patientenströme zwischen vor- und nachgelagerten Versorgungsangeboten innerhalb der psychiatrischen Versorgung anhand des Zusatzdatensatz Psychiatrie vorgesehen.

Modul 6: Erreichbarkeitsanalyse zum Zugang zur stationären Versorgung

Auf die übergeordnete Fragestellung, inwiefern sich die Revision auf die Sicherstellung der Versorgung auswirkt, wird im Rahmen der Bestandesaufnahme nicht eingegangen. Hinsichtlich der möglichen Veränderungen der Revision auf die Sicherstellung der Versorgung kann im Wesentlichen auf drei Hypothesen fokussiert werden:

- 1) Die Veränderung der Spitallandschaft führt einerseits zu einer Veränderung der Kosten im stationären Spitalbereich. Z.B. durch eine Bereinigung der Spitallandschaft sollte hier eine Senkung der Kosten eintreten;
- 2) Zudem führt die Veränderung der Spitallandschaft in Bezug auf die Spezialisierung der Spitäler zu einer Veränderung der Qualität der Spitalleistungen;
- 3) Ausserdem bringt die Veränderung der Spitallandschaft auch eine Veränderung des Zugangs zu stationären Leistungen mit sich, dies sowohl geografisch (in Bezug auf die Nähe eines Spitals bzw. Erreichbarkeit) als auch medizinisch (im Sinn der Versorgungsqualität).

In den ersten beiden Hypothesen werden allfällige Konzentrations- bzw. Spezialisierungstendenzen als Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Kosten und Qualität herangezogen. Die KVG-Evaluation Spitalfinanzierung beinhaltet eigens je einen Themenbereich, welcher sich mit den Kosten und der Finanzierung der Spitäler bzw. mit der Qualität der medizinischen Leistungen befasst. Infolgedessen ist es innerhalb der betroffenen Themenbereiche zu prüfen, inwiefern die Veränderungen in der Spitallandschaft als Erklärungsfaktoren in den geplanten Studien berücksichtigt werden sollen. Die dritte Hypothese nimmt Bezug auf den Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen. Zum einen geht es dabei um geografische Erreichbarkeit und eine allfällige Minderung des Zugangs zu medizinischen Versorgungsleistungen aufgrund der Konzentration von Angeboten. Andererseits wird in Hypothese 3 auf allfällige Auswirkungen einer veränderten Spitallandschaft auf die Versorgungsqualität verwiesen, wobei darunter, vor dem Hintergrund allfälliger Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen, der Zugang zu spezifischen Versorgungsleistungen zu verstehen ist (regionale Verfügbarkeit von Angeboten in spezifischen Leistungsgruppen). Zur Untersuchung dieser Hypothese ist im Modul 6 eine Erreichbarkeitsanalyse betreffend regionale Verfügbarkeit bestimmter Versorgungsangebote skizziert. Dabei wird die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten anhand der durchschnittlichen Fahrzeit zum nächstgelegenen Spital operationalisiert. Zur Berücksichtigung der qualitativen Dimension können dabei entweder verschiedene Spitaltypen unterschieden oder spezifische Auswertungen für ausgewählte Leistungsgruppen vorgenommen werden.

Modul 7: Synthese

Modul 7 beschreibt die Synthese aus den vorangehend beschriebenen Modulen sowie den Einbezug der Begleitforschung Dritter im Hinblick auf die übergeordneten Fragestellungen der KVG-Evaluation Spitalfinanzierung. Idealerweise erfolgt die Synthese im Gesamtkontext der KVG-Revision Spitalfinanzierung und in Koordination mit den Evaluationsarbeiten innerhalb der übrigen Themenbereiche (Kosten und Finanzierung, Qualität und Verhalten der Spitäler).