

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen

Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Zürich/Bern, 29. November 2018

Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar, Anna Vettori (INFRAS)
Daniel Zahnd (Info Navigation)

Impressum

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen

Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Zürich/Bern, 29. November 2018

Auftraggeber:

Bundesamt für Gesundheit BAG

Vertragsnummer: 16.926352

Laufzeit der Evaluation: 15.11.2016 – 31.12.2018

Datenerhebungsperiode: 01.01.2017 – 31.10.2018

Projektleitung im BAG

Gabriele Wiedenmayer (Fachstelle Evaluation und Forschung), Projektleitung
Christian Vogt (Sektion Tarife und Leistungserbringer I), stv. Projektleitung
Therese Grolimund (Sektion Qualität und Prozesse), Expertin Qualität

Begleitgruppe

Name	Institution
Theres Schneider	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Carlo Tschudi	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Kathrin Huber	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Pascal Besson	Die Spitäler der Schweiz H+
Jürg Wägli	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz (SWISS REHA)
Peter Hösly	Swiss Mental Healthcare (SMHC)
Esther Kraft	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Helena Zaugg	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK/ASI)
Felix Roth	santésuisse
Bernhard Güntert	curafutura
Regula Heller	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
Erika Ziltener	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
Dieter Conen	Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

Metaevaluation

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 war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluations-team mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Zitiervorschlag

INFRAS und Zahnd (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.

Bezug

Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

www.bag.admin.ch/evalspitalfinanzierung

Korrespondenzadresse: Judith Trageser, judith.trageser@infras.ch, 044 205 95 26.

Inhalt

Abstract	7
Executive Summary	8
Ziel und Methodik	8
Resultate	10
Gesamtbeurteilung und Handlungsbedarf	13
Condensé	18
Résumé 19	
But et méthodologie	19
Résultats	21
Évaluation globale et nécessité d’agir	24
1. Einleitung	29
1.1. Ausgangslage	29
1.2. Ziel und Fragestellungen	30
1.3. Definitionen und Wirkungsmodell	30
1.4. Methodisches Vorgehen	34
2. Qualitätskriterien in der Spitalplanung	38
2.1. Umsetzung durch die Kantone	39
2.2. Beurteilung durch die Akteure	42
2.3. Fazit aus Sicht des Evaluationsteams	44
3. Transparenz über die Qualität der Spitalleistungen	46
3.1. Qualitätsmessungen und deren Nutzung	46
3.2. Veränderungen in der Transparenz durch die Revision	52
3.3. Verbleibende Schwierigkeiten und Lücken	53
3.4. Fazit aus Sicht des Evaluationsteams	56
4. Auswirkungen der Revision auf den Qualitätswettbewerb	58
4.1. Wahrgenommener Qualitätswettbewerb	58
4.2. Rolle der freien Spitalwahl und der Qualitätsmessungen	60

4.3.	Qualitätsorientierte Patientenströme	63
4.4.	Rolle des finanziellen Drucks	64
4.5.	Fazit aus Sicht des Evaluationsteams	65
5.	Auswirkungen der Revision auf die Versorgungsqualität	68
5.1.	Struktur- und Prozessqualität	68
5.2.	Qualität an den Schnittstellen	76
5.3.	Spezialisierung, Leistungskonzentrationen und Kooperationen	80
5.4.	Fazit aus Sicht des Evaluationsteams	82
6.	Auswirkungen der Revision auf die Ergebnisqualität	85
7.	Gesamtbeurteilung	91
7.1.	Auswirkungen der Revision im Bereich Qualität	91
7.2.	Auswirkungen der Revision auf die Hauptakteure	95
7.3.	Beitrag der Revision zum Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung	97
7.4.	Zweckmässigkeit der Revision	98
8.	Handlungsbedarf	99
8.1.	Defizite und Schwächen	99
8.2.	Handlungsbedarf nach Akteuren	100
Annex		103
A1	Detaillierte Evaluationsfragen	103
A2	Interviewpartner der qualitativen Interviews	105
A3	Präzisierungen zur Onlinebefragung der Spitäler	106
A4	Grafiken und Tabellen zu Kapitel 2	107
A5	Grafiken und Tabellen zu Kapitel 4	112
A6	Grafiken und Tabellen zu Kapitel 5	113
Abkürzungsverzeichnis		116
Abbildungsverzeichnis		117
Tabellenverzeichnis		118
Literatur		119

Abstract

Vorliegende Evaluation zieht Bilanz zu den Auswirkungen der seit 1. Januar 2009 in Kraft getretenen KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen. Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit mit der Evaluation beauftragt. Gemäss den Evaluationsergebnissen haben die Massnahmen im Bereich der Transparenz, der erweiterten Spitalwahl und der Spitalplanung dazu beigetragen, dass die Qualität der Spitalleistungen nicht gesunken ist bzw. sich leicht verbessert hat. Aus Qualitätssicht war die Revision insgesamt zweckmässig, wobei Schwächen in der Umsetzung bestehen. Handlungsbedarf ergibt sich bei der konsequenteren Anwendung von Qualitätskriterien durch die Kantone, der weiteren Verbesserung Transparenz über die Qualität der Spitalleistungen und dem Abbau von tariflichen Hindernissen, die den Qualitätswettbewerb unter den Spitalern einschränken. Zudem gibt es Hinweise auf Qualitätsdefizite an den Schnittstellen zu nachgelagerten Versorgungsbereichen.

Schlüsselwörter: KVG-Revision Spitalfinanzierung, Spitalfinanzierung, Qualität Spitalleistungen, leistungsbezogene Fallpauschalen, Qualitätskriterien Spitalplanung, Transparenz über Qualität Spitalleistungen.

Executive Summary

Ziel und Methodik

Ausgangslage

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich der Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Mit der Revision soll das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eingedämmt werden, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu beeinträchtigen.

Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die Auswirkungen der Revision evaluieren zu lassen. Im Rahmen der zweiten Etappe der Evaluation (2016–2019) untersucht der vorliegende Bericht die Auswirkungen der Revision auf die Qualität der Spitalleistungen.¹ Darin eingeflossen sind die Ergebnisse eines Monitorings von Qualitätsindikatoren des Obsan (Tuch et al. 2018 und Hedinger et al. 2018). Das Evaluationsmandat dauerte von November 2016 bis Dezember 2018. Die Ergebnisse fliessen in einen zusammenfassenden Bericht des BAG an den Bundesrat ein (Bundesamt für Gesundheit 2019).

Massnahmen der KVG-Revision

Die Revision umfasst die folgenden Änderungen in der Spitalfinanzierung:

- Änderungen in der Spitalplanung der Kantone: Gesetzliche Verankerung der Bemessungskriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität, die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitälern und die Verpflichtung der Kantone zur interkantonalen Koordination bei der Spitalplanung,
- die Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals (erweiterte Spitalwahl),
- die Erweiterung der Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Spitalleistungen,
- die Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen und
- die dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen durch Versicherer und Kantone.

In Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen sind insbesondere die ersten drei aufgeführten Änderungen bedeutend.

Ziel und Fragestellungen

Die vorliegende Evaluation soll die Wirkungen der KVG-Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen aufzeigen und bewerten. Folgende Fragestellungen sind zu beantworten:

¹ Neben dem Themenbereich Qualität sind die Themenbereiche «Kosten und Finanzierung» sowie «Spitallandschaft» Teil der zweiten Etappe der Evaluation. Zu diesen Themenbereichen liegen separate Berichte vor (B,S,S. 2018; econcept/LENZ 2018).

- a) Welche Rolle spielen Qualitätskriterien in der kantonalen Spitalplanung und bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler?
- b) Fördern die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern? Kommt es zu einer grösseren Transparenz über die Qualität der stationären Spitalleistungen? Kommt es durch die KVG-Revision zu einem höheren finanziellen Druck auf die Spitäler?
- c) Wie reagieren die Spitäler auf den erhöhten finanziellen Druck und Qualitätsdruck und wie wirkt sich das auf die Qualität der Versorgung und die Versorgungsstrukturen aus?
- d) Welche Auswirkungen hat die Gesamtheit der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Ergebnisqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten?

Darüber hinaus soll die Evaluation fünf übergeordnete Fragestellungen beantworten, welche von allen drei Themenbereichen der Evaluation der zweiten Etappe behandelt werden:

- Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision?
- Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems?
- Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der Hauptziele des KVG, insbesondere zur Eindämmung des Kostenwachstums und zur Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?
- Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision zu beurteilen?
- In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen?

Methodik und Ablauf der Studie

Die Evaluation stützt sich auf eine Kombination mehrerer Forschungsmethoden. Zum Einsatz kamen eine Literatur- und Dokumentenanalyse, Interviews mit Stakeholdern und ExpertInnen, Interviews mit Spitälern und Kliniken sowie Nachversorgern, eine breite Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken, eine Befragung der Kantone sowie Sekundärdatenanalysen. Die empirischen Arbeiten fanden zwischen Januar 2017 und Oktober 2018 statt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Methoden und inwieweit diese zur Analyse der verschiedenen Untersuchungsgegenstände dienen.

Tabelle 1: Überblick über die eingesetzten Methoden

Evaluationsgegenstand	Literatur-/ Dokumen- tenanalyse	Interviews Stakehol- der/Exper- tInnen	Interviews Spitäler/Kli- niken/Nach- versorger	Onlinebe- fragung Spitäler/ Kliniken	Befragung Kantone*	Sekundär- daten- analysen*
a) Rolle der Qualitäts- kriterien in der Spital- planung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Auswirkungen Trans- parenz und Qualitäts- wettbewerb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Auswirkungen auf die Qualität der Versor- gung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
d) Auswirkungen auf die Ergebnisqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

Kasten mit/ohne Füllung: Stärkerer/schwächerer Beitrag der Methode zur Analyse des betreffenden Evaluationsgegenstands
*Diese Arbeiten wurden im Rahmen anderer Mandate der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführt.

Tabelle INFRAS.

Die einzelnen Methoden weisen Limitationen auf (eingeschränktes Spektrum an verfügbaren Qualitätsindikatoren, mögliches strategisches Antwortverhalten der befragten Akteure, kleine Stichprobe der Nachversorger). Sie sind für sich genommen nur beschränkt aussagekräftig. Der Einbezug verschiedener Informationsquellen und Perspektiven erlaubt es jedoch, die einzelnen Ergebnisse einzuordnen und teilweise zu validieren. Auf diese Weise lässt sich unseres Erachtens eine breit abgestützte Einschätzung darüber treffen, ob und in welche Richtung die KVG-Revision in Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen gewirkt hat. Einen echten empirischen Nachweis der Auswirkungen der Revision auf die Qualität der Spitalleistungen kann die Evaluation aber nicht liefern.

Resultate

Im Folgenden sind die Resultate der Evaluation zu den vier themenspezifischen Evaluationsfragen zusammengefasst und aus Sicht der EvaluatorInnen bewertet.

Qualitätskriterien in der Spitalplanung

Qualitätskriterien fliessen seit der KVG-Revision verstärkt in die Spitalplanung ein: 13 Kantone haben gemäss eigenen Angaben ihre Qualitätsvorgaben zur Aufnahme auf die Spitalliste bei mindestens einem Versorgungsbereich² aufgrund der KVG-Revision verschärft. Die Kantone

² Betrachtete Versorgungsbereiche: Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation.

schöpfen ihre Möglichkeiten zur «qualitätsorientierten Spitalplanung» aber noch nicht vollständig aus. So hat nur rund die Hälfte der Kantone für die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Psychiatrie Kriterien definiert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Spitalplanungen zum Teil mehrere Jahre zurückliegen und sich mögliche Weiterentwicklungen erst in den nächsten Spitalplanungen niederschlagen dürften.

Defizite bestehen aus unserer Sicht zudem bei der Überprüfung der Qualitätsanforderungen und beim Vergleich von Qualitätskennzahlen. Mit einer konsequenteren Überprüfung der Anforderungen und einem systematischen Vergleich von Kennzahlen könnten die Kantone ihrer Aufsichtspflicht besser nachkommen und den Qualitätswettbewerb weiter anstossen. Aus der Evaluation geht aber auch hervor, dass den Kantonen hierzu teilweise klare Konzepte zur «Qualität» und konsequente Verfahren zur Nutzung der Kennzahlen der Ergebnisqualität fehlen.

Transparenz über die Qualität der Spitalleistungen

Die Transparenz über die Qualität der Spitalleistungen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies hängt vor allem mit der vermehrten Erhebung und Publikation von Qualitätskennzahlen zusammen, welche u.a. durch die KVG-Revision angestossen wurde. Die Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass sämtliche Akteure, also die PatientInnen, die Leistungserbringer, die Kantone und die Versicherer die verfügbaren Informationen zur Qualität noch wenig nutzen. Defizite bestehen bei der laiengerechten Vermittlung der Erkenntnisse für PatientInnen. Die verfügbaren Qualitätskennzahlen sind zudem in ihrem Spektrum begrenzt und zum Teil ist die Erhebung der Informationen für die Spitäler nicht verbindlich.

Auswirkungen auf den Qualitätswettbewerb und den finanziellen Druck

Der Qualitätswettbewerb hat seit der Revision zugenommen. Gemäss Befragung nehmen die Spitäler heute einen höheren Qualitätswettbewerb wahr als vor 2012. Zudem gibt gut ein Viertel der Spitäler an, aufgrund der erweiterten Spitalwahl nach 2012 Massnahmen zur Verbesserung der Qualität ergriffen zu haben. Die interkantonalen Patientenströme haben insgesamt nicht auffällig stark zugenommen, wobei Detailergebnisse darauf hindeuten, dass die PatientInnen, wenn auch im eingeschränkten Ausmass, die freie Spitalwahl in Anspruch nehmen. Unabhängig davon, wie stark die PatientInnen die erweiterte Spitalwahl dann tatsächlich nutzten, gibt es Hinweise, dass die Spitäler einen verstärkten Wettbewerb antizipiert haben. Zudem spielt ein gewisser Wettbewerb, indem sich die Spitäler untereinander über Qualitätskennzahlen besser vergleichen können.

Auch der finanzielle Druck auf die Spitäler hat gemäss den empirischen Ergebnissen insgesamt zugenommen. Als Gründe für den gestiegenen finanziellen Druck geben die Spitäler

hauptsächlich die Spitaltarife an. Am stärksten gestiegen ist der finanzielle Druck erwartungsgemäss im akutsomatischen Bereich, da die mit der KVG-Revision eingeführten DRG-Fallpauschalen (vorerst) nur in diesem Bereich eingeführt wurden.

Auswirkungen auf die Struktur- und Prozessqualität

Die Revision hat bereits vor der Revision eingesetzte positive Entwicklungen im Bereich der Struktur- und Prozessqualität verstärkt. Nach der KVG-Revision haben die Spitäler gemäss eigenen Angaben vermehrt Aktivitäten zur Optimierung der Qualität insbesondere im Bereich der Prozessqualität unternommen (standardisierte Behandlungsprozesse, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement, Fehlermanagement, interprofessionelle Verfahren). Gemäss den Spitälern und anderen Stakeholdern können diese Aktivitäten zum Teil den Massnahmen der KVG-Revision zugeschrieben werden. Inwieweit der gestiegene Kostendruck auch zu qualitätsmindernden Reaktionen geführt hat, lässt sich mangels geeigneter Indikatoren und Daten schwer ermitteln. Es gibt hierzu aber einzelne Hinweise: Knapp die Hälfte der Spitäler gibt an, nach 2012 Investitionen aufgeschoben oder reduziert zu haben. Möglich ist, dass dies bereits heute zu Lasten der Qualität geht oder der gestiegene Kostendruck kurz- bis mittelfristig aufgefangen wird und erst später zum Tragen kommt. Weiter gibt es Hinweise auf Qualitätsmängel an den Schnittstellen. Die Schnittstellen sind seit der Revision noch wichtiger geworden, da durch die Fallpauschalen Anreize zu früheren Verlegungen in nachsorgende Bereiche bestehen. Die Analysen zur Aufenthaltsdauer und die Befragung der Spitäler zeigen, dass die Spitäler die PatientInnen heute gegenüber vor der Revision vermehrt und früher in die nachsorgenden Bereiche verlegen. Entsprechend haben die Spitäler gemäss eigenen Angaben das Schnittstellenmanagement seit der KVG-Revision intensiviert. Teilweise scheinen diese Bemühungen aber nicht auszureichen. Einzelne befragte nachsorgende Institutionen berichten von grossen Unterschieden beim Schnittstellenmanagement der Spitäler und stellen teilweise bedeutende Qualitätsmängel fest. Diese hätten zwar bereits vor der Revision bestanden, sich durch die vermehrten und früheren Verlegungen aber akzentuiert.

Auswirkungen auf Spezialisierung und Leistungskonzentration

Sekundärdatenanalysen zeigen leichte Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen, welche auf die kantonale Spitalplanung (Konzentration) und den finanziellen Druck (Spezialisierung) zurückgeführt werden können. Inwieweit die vermehrte Spezialisierung sich auf die Qualität der Spitalleistungen auswirkt, konnte nicht vertieft untersucht werden. In der wissenschaftlichen Literatur besteht jedoch für eine überwiegende Mehrzahl der medizinischen Themen ein Konsens, dass zwischen der Anzahl der behandelten Fälle und der Ergebnisqualität ein positiver Zusammenhang besteht (sogenannte Volume-Outcome Relationship).

Auswirkungen auf die Ergebnisqualität

Zur Ergebnisqualität liegen in der Schweiz wenige Datenquellen vor. Die Betrachtung der Entwicklung aller verfügbaren Indikatoren lassen aus unserer Sicht den Schluss zu, dass sich die Ergebnisqualität aufgrund der KVG-Revision nicht verschlechtert hat. Die Entwicklung der Indikatoren verlief mehrheitlich stabil oder positiv: Positiv entwickelt hat sich beispielsweise die Rate der 30-Tage-Mortalität in der Akutsomatik (innerhalb der Spitäler). Stabil geblieben sind die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zu einzelnen Aspekten der Ergebnisqualität (z.B. postoperative Wundinfektionen, Stürze etc.). Hingegen haben die Rehospitalisierungen in der Akutsomatik seit 2009 signifikant zugenommen. Inwieweit dieser Trend auf die KVG-Revision zurückzuführen ist, lässt sich auch aufgrund weiterer Ergebnisse aus der Evaluation nicht abschliessend beurteilen. Die Hypothese, dass gesunkene Aufenthaltsdauern zu vermehrten «Drehtüreffekten» geführt haben, bestätigt sich aufgrund der Datenanalysen nicht.

Die festgestellten positiven Entwicklungen in der Struktur- und Prozessqualität müssten sich theoretisch positiv auf die Ergebnisqualität auswirken. Insgesamt ist dies auch der Fall, wie es etwa die sinkenden Mortalitätsraten auf nationaler Ebene bei den wichtigsten Krankheitsgruppen zeigen. Es fällt aber auf, dass grössere Qualitätsunterschiede bei bestimmten Indikatoren (z.B. Patientenzufriedenheit) sich nicht nennenswert reduziert haben. Zudem wurden auch in Bezug auf Qualitätsindikatoren, bei denen die Schweiz im internationalen Vergleich relativ schlecht dasteht, keine Verbesserungen erzielt (z.B. Wundinfektionen in der Colonchirurgie und nach Rektumoperationen). Die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität scheinen sich somit (bisher), wenn dann nur verhalten auf die Ergebnisqualität auszuwirken.

Gesamtbeurteilung und Handlungsbedarf

Die Gesamtbeurteilung erfolgt entlang der übergeordneten Evaluationsfragen.

Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen?

Wir schliessen aus den verschiedenen Quellen, dass die Qualität der Spitalleistungen im Grossen und Ganzen mindestens aufrechterhalten werden konnte. Der durch die KVG-Revision intensivierte Kostendruck hat sich insgesamt nicht, wie teils befürchtet, negativ auf die Qualität ausgewirkt. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass die Spitäler seit der Revision Fortschritte bei der Struktur- und Prozessqualität erzielt haben. Auf qualitätsmindernde Reaktionen der Spitäler, wie sie teils vor der KVG-Revision befürchtet wurden, gibt es lediglich einzelne Hinweise. Zu beobachten sind aus unserer Sicht die Entwicklungen an den Schnittstellen. Aufgrund der vermehrten und früheren Verlegungen scheinen sich hier bereits bestehende Qualitätsmängel akzentuiert zu haben.

Aus der Evaluation ergeben sich Hinweise, auf welche Weise die einzelnen Massnahmen der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen gewirkt haben. Die Wirkungen zeigen sich über folgende drei Kanäle:

- **Qualitätsanforderung der Kantone an die Spitäler (*Spitalplanung*):** Qualitätsanforderungen haben bei den Spitälern vor allem zu Verbesserungen in der Strukturqualität geführt. Da die Kantone ihre Möglichkeiten nicht ausschöpfen, sind die Wirkungen beschränkt.
- **Qualitätswettbewerb:** Dieser führt vor allem zu Verbesserungen in Bereichen, die für die PatientInnen sichtbar sind, d.h. in der Servicequalität, bei Gebäuden und Infrastrukturen. Dazu beigetragen hat die KVG-Revision über eine Kombination der beiden Elemente *erweiterte Spitalwahl* und *vermehrt verfügbare Qualitätsindikatoren*. Letztere sind jedoch nur zum Teil auf die Revision zurückzuführen.
- **Finanzieller Druck:** Auf den gestiegenen finanziellen Druck reagieren die Spitäler gemäss den Evaluationsergebnissen überwiegend mit qualitätssteigernden Prozessoptimierungen (v.a. Standardisierung von Behandlungsprozessen, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement). Die Spitäler geben als Hauptgrund für den gestiegenen finanziellen Druck nicht kostendeckende stationäre Tarife (Fallpauschalen) an. Einen weiteren Beitrag könnte die *kantonale Spitalplanung* mit der *erweiterten Informationsbasis zur Wirtschaftlichkeit* geleistet haben.

Deutlich wird auch, dass sich die KVG-Revision auch nicht auffallend positiv auf die Qualität der Spitalleistungen ausgewirkt hat. So bestehen heute nach wie vor grosse Unterschiede zwischen Spitälern, beispielsweise in der Patientenzufriedenheit und bei der Qualität an den Schnittstellen.

Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, das heisst auf die Versicherten, die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer?

Auf die **Versicherten** hat sich die KVG-Revision aus unserer Sicht in Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen und den Zugang zu diesen eher positiv ausgewirkt. Gemäss den Evaluationsergebnissen hatte die KVG-Revision kaum negative, sondern insgesamt eher positive Wirkungen auf die Qualität der Spitalleistungen. Darüber hinaus stehen den PatientInnen durch die erweiterte Spitalwahl prinzipiell mehr Wahlmöglichkeiten zur Verfügung. Die **Spitäler und Kliniken** nehmen aufgrund der Spitaltarife einen zunehmenden finanziellen Druck wahr. Weiter haben die Spitalplanung (mit den zu berücksichtigenden Qualitätskriterien) und die erweiterte Spitalwahl in Verbindung mit der erhöhten Transparenz für PatientInnen den Qualitätsdruck auf die Spitäler erhöht. Die **Nachversorger** (z.B. Spitex, Pflegeheime, Rehabilitation, Hospize) erhalten gemäss den Evaluationsergebnissen aufgrund des finanziellen Drucks in der Akutsomatik mehr und frühere Überweisungen. Gemäss Aussagen von Nachversorgern entstehen dadurch im Bereich Spitex, Pflegeheime und Hospize höhere Kosten, da sie qualifizierteres Personal anstellen

müssen. Den **Kantonen** stehen insgesamt bessere Planungsgrundlagen in Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen zur Verfügung (Qualitätskennzahlen, Transparenz). Aus der Evaluation gehen keine Hinweise auf mögliche Auswirkungen der KVG-Revision auf die **Versicherer** in Bezug auf die Qualität hervor.

Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung des Ziels der Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung?

Aus unserer Sicht hat die KVG-Revision der Spitalfinanzierung den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung kaum verändert: Die Qualität wurde durch die KVG-Revision insgesamt nicht beeinträchtigt bzw. hat sich tendenziell sogar leicht verbessert. Die Erreichbarkeit von Notfällen blieb gemäss einer Erreichbarkeitsanalyse praktisch unverändert. Die mit der KVG-Revision eingeführte erweiterte Spitalwahl sollte den Zugang zu elektiven Behandlungen prinzipiell verbessern. Bisher ist es nur zu einem leicht höheren Anteil ausserkantonalen Behandlungen gekommen. Dies kann auf der einen Seite damit erklärt werden, dass ein Grossteil der Bevölkerung bereits vor der Einführung der freien Spitalwahl über eine Zusatzversicherung verfügte, die eine ausserkantonale Hospitalisation ohne Zusatzkosten ermöglicht hat. Auf der anderen Seite sind die Qualitätsunterschiede für die PatientInnen noch nicht voll transparent und die Kantone schränken die ausserkantonale Hospitalisationen teils mit tariflichen Hürden ein.

Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen?

Aus Qualitätssicht beurteilen wir die KVG-Revision als zweckmässig: Die Massnahmen im Bereich der Transparenz, der erweiterten Spitalwahl und der Spitalplanung haben dazu beigetragen, dass die Qualität der Spitalleistungen zumindest nicht gesunken ist. Diese qualitätsorientierten Massnahmen der KVG-Revision waren zweckmässige und notwendige Elemente, damit der verstärkte Wettbewerb und finanzielle Druck bei den Spitälern und Kliniken nicht zu Lasten der Qualität der Spitalleistungen gegangen ist. Die erweiterte Spitalwahl und die Transparenz haben den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern erhöht und sie zur Verbesserung der Qualität ihrer Strukturen und Prozesse veranlasst. Auch die Leistungsaufträge in der Spitalplanung bilden ein zweckmässiges Instrument, Qualität bei den Spitalleistungen einzufordern.

Bei allen Massnahmen wurde aus unserer Sicht das mögliche Potenzial für Qualitätsverbesserungen noch nicht genügend ausgeschöpft. Defizite und Schwächen zeigen sich insbesondere bei der Umsetzung der KVG-Revision:

- Die Auflage aus KVV-Artikel (58b) zur Berücksichtigung der Qualitätskriterien in der Spitalplanung lässt den Kantonen viel Spielraum. Entsprechend kommt es unter den Kantonen

auch zu grossen Unterschieden, inwieweit die Qualitätskriterien berücksichtigt und eingefordert werden.

- Im Bereich der Qualitätsindikatoren konnte grundsätzlich mehr Transparenz geschaffen werden. Die Herausforderungen bestehen in einer korrekten Interpretation und Anwendung des Kriteriums «Qualität». Bei einigen Kantonen sind nicht zuletzt diese Schwierigkeiten mit ein Grund, die Qualitätskriterien bei der Spitalplanung nicht ausreichend zu berücksichtigen. Für PatientInnen sind die Schwierigkeiten noch grösser: Die Qualitätsinformationen auf den Vergleichsportalen sind für PatientInnen wenig verständlich und schlecht interpretierbar.
- In der Folge wählen die PatientInnen ihr Spital selten aufgrund von Qualitätskriterien. Zudem erschweren die Kantone die kantonsübergreifende Spitalwahl teils durch tarifliche Hürden (Referenztarife).

Handlungsbedarf

Handlungsbedarf ergibt sich primär aus den Defiziten und Schwächen bei der Umsetzung der KVG-Revision. Bezogen auf die einzelnen Akteure sehen wir folgenden Handlungsbedarf:

Bund

- Fortführung und Intensivierung der Umsetzung der Qualitätsstrategie bzw. stärkere Förderung und Veröffentlichung von validen/vergleichbaren Indikatoren, Verbesserung der Datengrundlagen sowie Unterstützung für patientengerechte Aufbereitung und Kommunikation von Qualitätsindikatoren.
- Verstärkte Vorgaben an die Kantone zur Umsetzung von Qualitätskriterien in der Spitalplanung.
- Verstärkte Vorgaben an die Versicherer, Qualitätskriterien in den Tarif- und Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen. Subsidiär eigene Vorgaben erlassen.
- Erleichterung der erweiterten Spitalwahl, Beseitigung von tariflichen Hindernissen bei ausserkantonalen Spitalleistungen (Anpassung Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

Kantone

- Flächendeckende und stärkere Berücksichtigung von Qualitätskriterien in der Spitalplanung, systematische Überprüfung und Durchsetzen von konkreten Verbesserungsmassnahmen.
- Schaffen von einheitlichen Qualitätsstandards.
- Fördern einer transparenten und adressatengerechten Kommunikation von Qualitätsindikatoren.

Versicherer

Einfordern von Instrumenten und Mechanismen zur Qualitätssicherung bei Vertragsverhandlungen und Zusammenarbeitsverträgen mit Leistungserbringern (Art. 59d Abs. 1 lit b KVV).

Spitäler

- Stärkere Gewichtung des Themas Qualität in den Spital- und Klinikleitungen. Vermehrte Wahrnehmung des Themas Qualität als Führungsaufgabe.
- Systematische Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit (Entwickeln einer Fehlerkultur, Orientierung am PatientInnen, Medikationssicherheit, Checklisten, Ergebnisorientierung, Indikationsqualität).

Korrespondenzadresse: Judith Trageser, judith.trageser@infras.ch, 044 205 95 26

Condensé

La présente évaluation dresse le bilan des effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, sur la qualité des prestations hospitalières. Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique de l'évaluation. D'après les résultats, les mesures ont contribué, dans les domaines de la transparence, du libre choix de l'hôpital et de la planification hospitalière, à ce que la qualité des prestations hospitalières ne diminue pas, voire s'améliore légèrement. Du point de vue de la qualité, la révision s'est avérée globalement utile, même s'il existe des lacunes dans la mise en œuvre. Des mesures sont nécessaires pour une application plus cohérente des critères de qualité par les cantons, une amélioration de la transparence concernant la qualité des prestations hospitalières et la suppression des obstacles tarifaires qui limitent la concurrence entre hôpitaux en matière de qualité. De plus, certains éléments indiquent des déficits de qualité aux interfaces avec les domaines situés en aval de la chaîne de soins.

Mots-clés : révision de la LAMal – financement hospitalier, financement hospitalier, qualité des prestations hospitalières, forfaits par cas liés aux prestations, critères de qualité pour la planification hospitalière, transparence concernant la qualité des prestations hospitalières.

Résumé

But et méthodologie

Contexte

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Elle vise à maîtriser la hausse des coûts dans le secteur hospitalier stationnaire sans compromettre l'accès à des soins de qualité.

Le Conseil fédéral a chargé l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de faire évaluer les effets de la révision. Le présent rapport en étudie l'impact sur la qualité des prestations hospitalières dans le cadre de la seconde étape de l'évaluation (2016-2019).³ Il tient compte des résultats d'un monitoring des indicateurs de qualité réalisé par l'Obsan (Tuch et al. 2018 et Hendinger et al. 2018). Le mandat d'évaluation a duré de novembre 2016 à décembre 2018. Les résultats sont intégrés dans un rapport de synthèse de l'OFSP à l'intention du Conseil fédéral (Office fédéral de la santé publique 2019).

Mesures de la révision de la LAMal

La révision comprend les modifications suivantes dans le financement hospitalier :

- modifications de la planification hospitalière des cantons : ancrage légal des critères de qualité et d'économicité, distinction entre hôpitaux répertoriés et conventionnés, obligation pour les cantons de coordonner la planification hospitalière à l'échelle intercantonale,
- renforcement du libre choix de l'hôpital pour les assurés (choix élargi),
- base d'informations élargie sur la qualité et l'économicité des prestations hospitalières stationnaires,
- rémunération des prestations hospitalières stationnaires par les forfaits liés aux prestations,
- financement dual fixe des prestations stationnaires par les assureurs et les cantons.

S'agissant de la qualité des prestations hospitalières, les trois premières modifications ci-dessus revêtent en particulier de l'importance.

But et questions

La présente évaluation a pour objectif de mettre en évidence et d'évaluer les effets de la révision de la LAMal sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires. Elle doit répondre aux questions suivantes :

- e) Quel est le rôle des critères de qualité dans la planification hospitalière cantonale et dans l'attribution des mandats de prestations aux hôpitaux ?

³ En plus du domaine thématique de la qualité, la seconde étape de l'évaluation porte sur les domaines « Coûts et financement » et « Paysage hospitalier ». Des rapports séparés leur sont consacrés (B,S,S. 2018 ; econcept/LENZ 2018).

- f) Les mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier encouragent-elles la concurrence entre hôpitaux en matière de qualité ? Y a-t-il davantage de transparence concernant la qualité des prestations hospitalières stationnaires ? La révision de la LAMal renforce-t-elle la pression financière sur les hôpitaux ?
- g) Comment les hôpitaux réagissent-ils à la pression financière accrue et à la pression en matière de qualité, quel est l'impact sur la qualité des soins et les structures de soins ?
- h) Quels sont les effets de l'ensemble des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité des résultats du traitement des patients ?

Par ailleurs, l'évaluation doit répondre à cinq questions générales qui sont traitées par les trois domaines thématiques de la seconde étape de l'évaluation :

- Quels sont les effets des mesures de la révision de la LAMal ?
- Quels sont les effets de la révision sur les principaux acteurs du système de santé ?
- Quelle est la contribution de la révision à la réalisation des trois principaux objectifs de la LAMal, en particulier la maîtrise de la hausse des coûts et la garantie de l'accès à des soins de qualité ?
- Comment faut-il évaluer l'utilité de la révision ?
- Dans quels domaines est-il nécessaire de prendre des mesures ?

Méthodologie et déroulement de l'étude

L'évaluation s'appuie sur une combinaison de plusieurs méthodes de recherche. Elle a recouru à une analyse de la littérature et de la documentation, à des entretiens avec des parties prenantes et des experts, à des entretiens avec des hôpitaux, des cliniques et des prestataires situés en aval de la chaîne de soins, à une large enquête en ligne auprès des hôpitaux et des cliniques, à une enquête auprès des cantons ainsi qu'à des analyses des données secondaires. Les travaux empiriques ont eu lieu entre janvier 2017 et octobre 2018. Le tableau ci-dessous donne un aperçu des méthodes et de la mesure dans laquelle elles ont servi à l'analyse des différents objets de l'évaluation.

Tableau 2 : Vue d'ensemble des méthodes utilisées

Objet de l'évaluation	Analyse littérature / documentation	Entretiens parties prenantes / experts	Entretiens hôpitaux / cliniques / prestataires de suivi	Enquête en ligne hôpitaux / cliniques	Enquête cantons*	Analyses des données secondaires*
a) Rôle des critères de qualité dans la planification hospitalière	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Effets sur la transparence et la concurrence en matière de qualité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Effets sur la qualité des soins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
d) Effets sur la qualité des résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

Cases avec ou sans remplissage : apport plus ou moins important de la méthode dans l'analyse de l'objet de l'évaluation

*Ces travaux ont été réalisés dans le cadre d'autres mandats liés à l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Tableau INFRAS.

Les différentes méthodes ont des limites (spectre restreint d'indicateurs de qualité disponibles, stratégies de réponse possibles chez les acteurs interrogés, petit échantillon de prestataires situés en aval de la chaîne de soins). Séparément, elles ne permettent qu'une évaluation limitée. En considérant plusieurs sources d'information et perspectives, il est toutefois possible de classer ces résultats et de les valider en partie. À notre sens, une évaluation à large échelle permet d'établir si et dans quelle direction la révision de la LAMal a eu des effets sur la qualité des prestations hospitalières. Mais elle ne peut pas en fournir une véritable preuve empirique.

Résultats

Les résultats de l'évaluation sur les quatre questions thématiques sont résumés ci-après et analysés du point de vue des évaluateurs.

Critères de qualité dans la planification hospitalière

Les critères de qualité sont davantage pris en compte dans la planification hospitalière depuis la révision de la LAMal : selon leurs indications, treize cantons ont renforcé leurs exigences de qualité relatives à l'admission sur la liste des hôpitaux pour au moins un domaine de soins⁴ à la suite de la révision de la LAMal. Mais les cantons n'exploitent pas encore complètement leurs

⁴ Domaines sous revue : soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation.

possibilités de « planification hospitalière axée sur la qualité ». Seule la moitié des cantons ont défini des critères pour les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie. À noter que les planifications hospitalières remontent en partie à plusieurs années et que les développements éventuels ne se répercuteront que dans les prochaines planifications.

De notre point de vue, il existe par ailleurs des lacunes dans l'examen des exigences de qualité et la comparaison des indicateurs de qualité. Un examen plus cohérent des exigences et une comparaison systématique des indicateurs permettraient aux cantons de mieux s'acquitter de leur obligation de surveillance et favoriser encore la concurrence en matière de qualité. Il ressort également de l'évaluation que certains cantons n'ont pas de concepts clairs sur la « qualité » ni des procédures cohérentes pour l'utilisation des indicateurs sur la qualité des résultats.

Transparence concernant la qualité des prestations hospitalières

La transparence concernant la qualité des prestations hospitalières a fortement augmenté ces dernières années. Cela tient en particulier à la collecte et à la publication d'indicateurs de qualité, favorisées notamment par la révision de la LAMal. Les résultats de l'évaluation indiquent que tous les acteurs, c'est-à-dire les patients, les fournisseurs de prestations, les cantons et les assureurs, utilisent encore peu les informations disponibles sur la qualité. Il existe des lacunes dans le transfert des connaissances aux patients dans un langage compréhensible. Les indicateurs de qualité disponibles ont par ailleurs un spectre limité et la collecte des informations n'est en partie pas obligatoire pour les hôpitaux.

Effets sur la concurrence en matière de qualité et la pression financière

La concurrence en matière de qualité a augmenté depuis la révision. D'après l'enquête, les hôpitaux pratiquent aujourd'hui davantage la concurrence en matière de qualité qu'en 2012. En outre, un bon quart des hôpitaux admet avoir pris des mesures visant à améliorer la qualité après 2012 en raison du libre choix de l'hôpital. Dans l'ensemble, les flux de patients hors canton n'ont pas augmenté de manière spectaculaire, même si les résultats détaillés indiquent que les patients, quoique dans une moindre mesure, recourent au libre choix de l'hôpital. Peu importe dans quelle mesure les patients y ont effectivement recouru, certains éléments font penser que les hôpitaux ont anticipé une concurrence accrue. En outre, il existe une certaine concurrence dans la mesure où les indicateurs de qualité permettent aux hôpitaux une meilleure comparaison entre eux.

La pression financière sur les hôpitaux s'est globalement accrue d'après les résultats empiriques. Parmi les motifs de cette hausse, les hôpitaux indiquent principalement les tarifs hospitaliers. Sans surprise, la pression financière a le plus augmenté dans le domaine somatique aigu, car c'est uniquement dans ce domaine (dans un premier temps) que les forfaits par cas liés au diagnostic ont été introduits dans le cadre de la révision de la LAMal.

Effets sur la qualité des structures et des processus

La révision a renforcé les évolutions positives en matière de qualité des structures et des processus qui avaient été amorcées auparavant. Après la révision de la LAMal, les hôpitaux ont entrepris, selon leurs dires, davantage d'efforts visant à améliorer la qualité, en particulier dans le domaine des processus (processus de traitement standardisés, gestion des sorties et des interfaces, gestion des erreurs, procédures interprofessionnelles). D'après les hôpitaux et d'autres parties prenantes, ces efforts peuvent être attribués en partie aux mesures de la révision de la LAMal. Faute d'indicateurs et de données appropriées, il est difficile de déterminer dans quelle mesure la pression accrue sur les coûts a aussi conduit à des effets de réduction de la qualité. Certains éléments vont toutefois dans ce sens : près de la moitié des hôpitaux indiquent avoir reporté ou réduit leurs investissements après 2012. Il se peut que cela se fasse aujourd'hui déjà au détriment de la qualité ou que la pression accrue sur les coûts soit absorbée à court ou moyen terme et ne s'applique que par la suite. Des éléments indiquent également des déficits de qualité aux interfaces. Les interfaces ont encore gagné en importance depuis la révision, car les forfaits par cas incitent à des transferts anticipés dans les domaines situés en aval de la chaîne de soins. Les analyses sur la durée de séjour et l'enquête auprès des hôpitaux montrent que les hôpitaux transfèrent aujourd'hui davantage et plus rapidement les patients dans les domaines situés en aval de la chaîne de soins qu'avant la révision. D'après leurs indications, les hôpitaux ont intensifié la gestion des interfaces en conséquence depuis la révision de la LAMal. Mais ces efforts ne semblent en partie pas suffire. Certaines institutions en aval interrogées font état de fortes disparités dans la gestion des interfaces des hôpitaux et constatent en partie d'importants déficits de qualité. Ceux-ci existaient déjà avant la révision, mais se sont accentués en raison de nombre accru de transferts anticipés.

Effets sur la spécialisation et la concentration des prestations

Les analyses des données secondaires révèlent de légères tendances à la concentration et à la spécialisation qui peuvent s'expliquer par la planification hospitalière cantonale (concentration) et la pression financière (spécialisation). Il n'a pas été possible d'analyser en détail dans quelle mesure la spécialisation accrue se répercute sur la qualité des prestations hospitalières. Dans la littérature scientifique, un consensus existe toutefois, pour une très grande majorité des thèmes médicaux, quant à une corrélation positive entre le nombre de cas traités et la qualité des résultats (appelée *Volume-Outcome Relationship*).

Effets sur la qualité des résultats

La Suisse dispose de peu de sources de données sur la qualité des résultats. À notre avis, l'étude de l'évolution des indicateurs disponibles permet de conclure que la qualité des résultats ne s'est pas détériorée à la suite de la révision de la LAMal. L'évolution des indicateurs a

été en majorité stable ou positive : le taux de mortalité à 30 jours dans les soins somatiques aigus (dans les hôpitaux) a par exemple évolué de manière positive. La satisfaction des patients et les indicateurs relatifs à certains aspects de la qualité des résultats (p. ex. infections du site postopératoire, chutes, etc.) sont restés stables. En revanche, les réadmissions dans les soins somatiques aigus ont augmenté de façon significative depuis 2009. Les autres résultats de l'évaluation ne permettent pas de déterminer avec certitude dans quelle mesure cette tendance est imputable à la révision de la LAMal. L'hypothèse que la baisse de la durée de séjour a conduit à davantage d'« effets tourniquet » n'est pas confirmée sur la base des analyses approfondies des données.

Les évolutions positives constatées dans la qualité des structures et des processus devraient en théorie avoir un effet positif sur la qualité des résultats. C'est globalement le cas, comme le montre la baisse des taux de mortalité à l'échelle nationale pour les principaux groupes de maladies. Il apparaît toutefois que de fortes disparités en matière de qualité n'ont pas diminué notablement pour certains indicateurs (p. ex. satisfaction des patients). De plus, aucune amélioration n'a été obtenue s'agissant des indicateurs de qualité où la Suisse s'en tire relativement mal en comparaison internationale (p. ex. infections dans la chirurgie du colon ou après des opérations du rectum). Les améliorations dans la qualité des structures et des processus ne semblent ainsi (jusqu'ici) se répercuter que de façon modérée sur la qualité des résultats.

Évaluation globale et nécessité d'agir

L'évaluation globale se déroule sur la base des questions générales de l'évaluation.

Quels sont les effets des mesures de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières ?

À partir de différentes sources, nous parvenons à la conclusion que dans l'ensemble, la qualité des prestations hospitalières a au moins pu être maintenue. La pression sur les coûts, qui s'est intensifiée à la suite de la révision de la LAMal, ne s'est globalement pas répercutée négativement sur la qualité comme d'aucuns le craignaient. De notre point de vue, il importe que les hôpitaux aient réalisé des progrès dans la qualité des structures et des processus depuis la révision. Seuls quelques éléments indiquent des effets de réduction de la qualité dans les hôpitaux, comme certains le craignaient avant la révision de la LAMal. À notre sens, il est nécessaire d'observer les évolutions aux interfaces. En raison du nombre accru de transferts anticipés, les déficits de qualité existants semblent s'y être accentués.

L'évaluation fournit des indications sur la façon dont les différentes mesures de la révision de la LAMal se sont répercutées sur la qualité des prestations hospitalières. Les effets se révèlent par les trois canaux suivants :

- Exigence de qualité des cantons à l'égard des hôpitaux (*planification hospitalière*) : dans les hôpitaux, les exigences de qualité ont surtout conduit à des améliorations dans la qualité des structures. Comme les cantons n'exploitent pas toutes leurs possibilités, les effets sont limités.
- Concurrence en matière de qualité : elle entraîne surtout des améliorations dans des domaines qui sont visibles pour les patients, c'est-à-dire la qualité du service, les bâtiments et les infrastructures. La révision de la LAMal y a contribué par la combinaison des éléments suivants : *libre choix de l'hôpital* et *meilleure disponibilité des indicateurs de qualité*. Ce dernier élément n'est imputable qu'en partie à la révision.
- Pression financière : d'après les résultats de l'évaluation, les hôpitaux réagissent principalement à la pression financière accrue en optimisant les processus pour augmenter la qualité (en particulier la standardisation des processus de traitement, la gestion des sorties et des interfaces). Les hôpitaux invoquent principalement, pour expliquer la pression financière accrue, les tarifs stationnaires qui ne couvrent pas les coûts (forfaits par cas). La *planification hospitalière cantonale* pourrait également y avoir contribué avec la *base d'informations étendue sur l'économicité*.

Il apparaît également que la révision de la LAMal n'a pas eu un effet exceptionnellement positif sur la qualité des prestations hospitalières. Il existe encore de fortes disparités entre les hôpitaux, par exemple s'agissant de la satisfaction des patients et de la qualité aux interfaces.

Quels sont les effets de la révision sur les principaux acteurs du système de santé, à savoir les assurés, les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations ?

De notre point de vue, la révision de la LAMal a eu un effet plutôt positif sur les **assurés** s'agissant de la qualité des prestations hospitalières et de leur accès. D'après les résultats de l'évaluation, elle n'a guère eu d'effets négatifs, mais dans l'ensemble des effets positifs sur la qualité des prestations hospitalières. Par ailleurs, les patients ont en principe une plus grande liberté grâce au libre choix de l'hôpital. **Les hôpitaux et les cliniques** font face à une pression financière accrue en raison des tarifs hospitaliers. De plus, la planification hospitalière (avec les critères de qualité dont il faut tenir compte) et le libre choix de l'hôpital, associés à une transparence accrue pour les patients, ont augmenté la pression sur les hôpitaux en matière de qualité. Les **prestataires situés en aval de la chaîne de soins** (p. ex. services d'aide et de soins à domicile, établissements médico-sociaux, réadaptation, maisons de soins palliatifs) répondent, d'après les résultats de l'évaluation, à un plus grand nombre de transferts anticipés en raison de la pression financière dans les soins somatiques aigus. D'après leurs indications, il en résulte des coûts plus élevés dans les services d'aide et de soins à domicile, les établissements médico-sociaux et les maisons de soins palliatifs, car ils doivent engager du personnel plus qualifié. Dans l'ensemble, les **cantons** disposent de meilleures bases de planification s'agissant de la

qualité des prestations hospitalières (indicateurs de qualité, transparence). L'évaluation ne fait ressortir aucun indice quant à d'éventuels effets de la révision de la LAMal sur les **assureurs** en matière de qualité.

Quelle est la contribution de la révision à la réalisation de l'objectif de garantir l'accès à des soins de qualité ?

À notre avis, la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'a rien changé concernant l'accès à des soins de qualité : la qualité n'a globalement pas été affecté par la révision, voire enregistre une légère amélioration. D'après une analyse ad hoc, l'accessibilité des urgences est presque toujours la même. Le libre choix de l'hôpital introduit par la révision de la LAMal devait en principe améliorer l'accès aux traitements électifs. Jusqu'ici, il n'y a qu'une légère augmentation de la part des traitements hors canton. Cela peut s'expliquer, d'une part, par le fait qu'une grande partie de la population disposait déjà, avant l'introduction du libre choix de l'hôpital, d'une assurance complémentaire qui permettait une hospitalisation hors canton sans frais supplémentaires. D'autre part, les différences de qualité ne sont pas totalement transparentes pour les patients et les cantons limitent en partie les hospitalisations hors canton par le biais d'obstacles tarifaires.

Comment faut-il évaluer l'utilité de la révision, c'est-à-dire dans quelle mesure est-elle opportune pour parvenir à maîtriser la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ?

Du point de vue de la qualité, nous jugeons la révision de la LAMal utile : les mesures dans le domaine de la transparence, du libre choix de l'hôpital et de la planification hospitalière ont contribué à ce que la qualité des prestations hospitalières n'ait au moins pas diminué. Ces mesures axées sur la qualité étaient des éléments opportuns et nécessaires pour que la concurrence accrue et la pression financière ne se fassent pas au détriment de la qualité des prestations pour les hôpitaux et les cliniques. Le libre choix de l'hôpital et la transparence ont renforcé la concurrence entre hôpitaux en matière de qualité et les ont incités à améliorer la qualité de leurs structures et processus. Les mandats de prestations dans la planification hospitalière sont aussi un instrument approprié pour exiger la qualité des prestations hospitalières.

Nous estimons que le potentiel d'amélioration de la qualité n'a pas encore été suffisamment exploité dans toutes ces mesures. La mise en œuvre de la révision de la LAMal révèle en particulier certaines lacunes et points faibles :

- L'obligation, qui découle de l'art. 58b OAMal, de tenir compte des critères de qualité dans la planification hospitalière laisse une grande marge de manœuvre aux cantons. En conséquence, il existe de fortes disparités entre les cantons sur la mesure dans laquelle ces critères sont pris en compte et réclamés.

- S'agissant des indicateurs de qualité, il a en principe été possible de créer davantage de transparence. Les défis consistent en une interprétation et une application correctes du critère de « qualité ». Pour certains cantons, ces difficultés sont aussi une raison de ne pas tenir suffisamment compte des critères de qualité dans la planification hospitalière. Pour les patients, les difficultés sont encore plus importantes : les informations sur la qualité qui figurent sur les portails de comparaison sont peu compréhensibles et difficiles à interpréter.
- En conséquence, les patients choisissent rarement leur hôpital sur la base de critères de qualité. De plus, les cantons compliquent en partie le choix d'un hôpital hors canton par le biais d'obstacles tarifaires (tarifs de référence).

Nécessité d'agir

Des mesures s'imposent en premier lieu du fait des lacunes et des points faibles relevés dans la mise en œuvre de la révision de la LAMal. En ce qui concerne les différents acteurs, nous voyons la nécessité d'agir comme suit :

Confédération

- Poursuite et intensification de la mise en œuvre de la stratégie qualité, encouragement accru et publication d'indicateurs valides/comparables, amélioration des bases de données, soutien à une préparation adaptée aux patients et communication des indicateurs de qualité.
- Exigences accrues posées aux cantons pour la mise en œuvre des critères de qualité dans la planification hospitalière.
- Exigences accrues posées aux assureurs pour tenir compte des critères de qualité dans les négociations tarifaires et conventionnelles. Adoption d'exigences de manière subsidiaire.
- Simplification du libre choix de l'hôpital, suppression des obstacles tarifaires pour les prestations hospitalières hors canton (adaptation de l'art. 41, al. 1^{bis}, LAMal).

Cantons

- Meilleure prise en compte des critères de qualité dans la planification hospitalière sur l'ensemble du territoire, examen systématique et application de mesures d'amélioration concrètes.
- Création de standards de qualité uniformes.
- Encouragement d'une communication des indicateurs de qualité qui est transparente et adaptée aux destinataires.

Assureurs

Exiger des instruments et des mécanismes destinés à garantir la qualité pour les négociations conventionnelles et les contrats de collaboration avec les fournisseurs de prestations (art. 59d, al. 1, let. b, OAMal).

Hôpitaux

- Prise en compte accrue du thème de la qualité dans les directions des hôpitaux et des cliniques. Meilleure perception de ce thème en tant que tâche de conduite.
- Mise en œuvre systématique des mesures visant à améliorer la qualité et la sécurité des patients (développement d'une culture de l'erreur, orientation patients, sécurité des médicaments, listes de contrôle, accent sur les résultats, qualité des indications).

Adresse de correspondance : Judith Trageser, judith.trageser@infras.ch, 044 205 95 26

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Am 1. Januar 2009 ist die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich der Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Mit der Revision sollte das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich eingedämmt werden, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu beeinträchtigen. Die Revision umfasst im Wesentlichen die folgenden Änderungen in der Spitalfinanzierung:

- die Vergütung stationärer Spitalleistungen mittels leistungsbezogener Pauschalen, die auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen beruhen,
- die dual-fixe Finanzierung stationärer Leistungen durch Versicherer und Kantone,
- die Stärkung der Freiheit der Versicherten bei der Wahl eines Spitals (erweiterte Spitalwahl),
- die gesetzliche Verankerung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität, auf denen die kantonalen Spitalplanungen basieren sollen, die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern und die Verpflichtung der Kantone zur interkantonalen Koordination bei der Spitalplanung sowie
- die Erweiterung der Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Spitalleistungen.

Der Bundesrat hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die Auswirkungen der Revision evaluieren zu lassen. Das BAG hat dazu eine mehrjährige Evaluation lanciert, die sich auf zwei Etappen erstreckt. Gemäss der vom Bundesrat 2011 verabschiedeten Minimalvariante der Evaluation wurden in der ersten Etappe (2012-2015) Studien in sechs Themenbereichen durchgeführt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015a). Die Ergebnisse sind in einem Zwischenbericht des BAG an den Bundesrat festgehalten (Bundesamt für Gesundheit 2015b). In der zweiten Etappe (2016 – 2019) wurden nun drei der sechs Themenbereiche vertieft untersucht:

- Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems («Kosten und Finanzierung»),
- Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen («Qualität»),
- Auswirkungen auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung («Spitallandschaft»).

Der vorliegende Bericht behandelt den Themenbereich «Qualität». Parallel zu diesem Bericht hat das Obsan im Rahmen der Evaluation des Themenbereichs Qualität ein «Monitoring von Qualitätsindikatoren» erarbeitet (Tuch et al. 2018 und Hedinger et al. 2018). Die Ergebnisse des Monitorings sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen.

1.2. Ziel und Fragestellungen

Die vorliegende Evaluation soll die Wirkungen der KVG-Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen aufzeigen und bewerten. Dabei stehen folgende Fragestellungen⁵ im Vordergrund:

- a) Welche Rolle spielen Qualitätskriterien in der kantonalen Spitalplanung und bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler?
- b) Fördern die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern? Kommt es zu einer grösseren Transparenz über die Qualität der stationären Spitalleistungen? Kommt es durch die KVG-Revision zu einem höheren finanziellen Druck auf die Spitäler?
- c) Wie reagieren die Spitäler auf den erhöhten finanziellen Druck und Qualitätsdruck und wie wirkt sich das auf die Qualität der Versorgung und die Versorgungsstrukturen aus?
- d) Welche Auswirkungen hat die Gesamtheit der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Ergebnisqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten?

Diese spezifisch auf die Qualität gerichteten Fragestellungen werden in den Kapiteln 2-6⁶ beantwortet. In Kapitel 7 erfolgt eine Gesamtbeurteilung der Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleitungen. In Kapitel 8 ist davon abgeleitet der Handlungsbedarf aus Sicht der EvaluatorInnen skizziert. Kapitel 7 und 8 orientieren sich an den fünf übergeordneten Fragestellungen⁷ der Evaluation.

1.3. Definitionen und Wirkungsmodell

Definitionen zum Begriff «Qualität»

Den Qualitätswettbewerb definieren wir nach Porter und Teisberg (2006), wonach sich die Leistungserbringer an ihrer Leistungsqualität messen. Dies soll insgesamt eine qualitative Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zugunsten der Versicherten bewirken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Qualität von medizinischen und pflegerischen Leistungen unterschiedliche Aspekte beinhaltet (vgl. folgende Box).

⁵ Zu diesen Fragestellungen wurden zusätzliche Detailfragen formuliert. Für eine Übersicht der Fragestellungen vgl. Anhang A1.

⁶ Frage a: Kap. 2; Frage b: Kap. 3 und 4; Frage c: Kapitel 5; Frage d: Kapitel 6.

⁷ Die übergeordneten Fragestellungen sind im Kapitel 7 und 8 aufgeführt.

Box 1: Dimensionen der Qualität in der Gesundheitsversorgung

Nach Donabedian (2002) kann Qualität in der Gesundheitsversorgung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt werden:

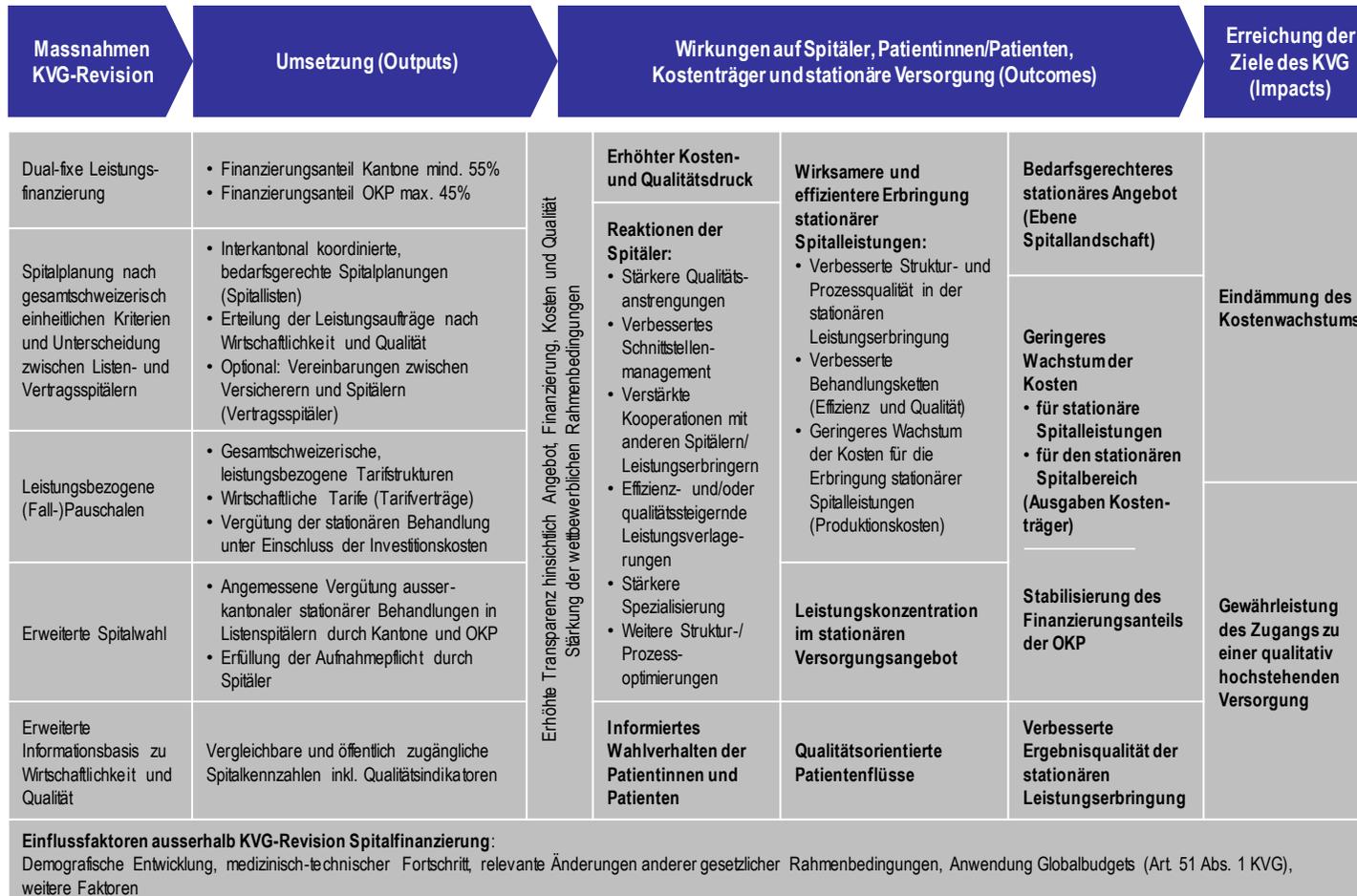
- Die **Strukturqualität** setzt die Rahmenbedingungen, dazu gehören die finanziellen und personellen Ressourcen sowie die Räumlichkeiten und Gebäude.
- Unter **Prozessqualität** versteht sich die Art und Weise, wie Leistungen erbracht werden und umfasst alle ärztlichen, pflegerischen und administrativen Tätigkeiten sowie den Service, die direkt oder indirekt in Zusammenhang mit dem Versorgungsprozess stehen.
- Die **Ergebnisqualität** beschreibt die Veränderung des Gesundheitszustandes der PatientInnen, die dem vorausgegangenen medizinischen, pflegerischen und administrativen Handeln zugeschrieben werden können.

Des Weiteren ist die **Indikationsqualität** zu nennen. Diese beschreibt die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Leistungen (Kraft et al. 2012). Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für den Patienten grösser ist als das Risiko. Notwendig ist sie, wenn sie den Patienten auf jeden Fall aus wissenschaftlichen und soziaethischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte. Die Indikationsqualität wird als Teil der Prozessqualität aber auch als vorgelagerte Dimension zur Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet. Die Indikationsqualität hat zunehmend an Bedeutung gewonnen in der Debatte um medizinische Qualität.

Wirkungsmodell

In dem folgenden durch das BAG erstellten Wirkungsmodell sind die Massnahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung mit ihren erwünschten Auswirkungen abgebildet. Die für den Bereich Qualität relevanten Massnahmen und davon ausgehenden Wirkungskanäle sind im Anschluss beschrieben.

Abbildung 1: Wirkungsmodell der (erwünschten) Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung



Grafik Bundesamt für Gesundheit BAG.

Wirkungshypothesen mit Bezug zur Qualität

Besonders relevant für die Auswirkungen auf die Qualität der Spitalleistungen sind die drei Massnahmen «Spitalplanung» (Spitalplanung nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern⁸), die «erweiterte Spitalwahl» für die PatientInnen und die «erweiterte Informationsbasis zu Wirtschaftlichkeit und Qualität». Diese setzen Anreize zu Verhaltensänderungen bei den verschiedenen Akteuren und dürften sich dadurch auf die Qualität der Spitalleistungen auswirken. Ausgehend von mehreren Vorstudien (Pellegrini et al. 2010, Grütter et al. 2012, Frick et al. 2013 und 2014)⁹ und der Begleitforschung zur Evaluation bildeten die folgenden Wirkungshypothesen die Grundlage für die Analyse der Auswirkungen. Die im Folgenden beschriebenen Wirkungskanäle sind im obigen Wirkungsmodell nicht eins zu eins ersichtlich, da dieses sich nicht nur auf den Bereich Qualität beschränkt. Ein spezifisches Wirkungsmodell für den Bereich Qualität ist im Kap. 7.1. aufgeführt.

Erwünschte Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen:

- Wirkungskanal «Qualitätsanforderungen an Spitäler»: Durch die *kantonale Spitalplanung* nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität und die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern dürften die Kantone vermehrt qualitätsorientiert steuern und den Spitälern¹⁰ Qualitätsvorgaben machen. Daneben kann die auf Wirtschaftlichkeit und Qualität basierte Spitalplanung zu einer Leistungskonzentration, d.h. erhöhten Fallzahlen pro Leistung oder zu Kooperationen mit anderen Leistungserbringern führen. Dies bringt mehr Erfahrung, was einen positiven Einfluss auf die Qualität haben kann. Die kantonale Planung dürfte sich somit über vermehrte Qualitätsanstrengungen der Spitäler, verstärkte Konzentrationen/Kooperationen und Spezialisierungen positiv auf die Ergebnisqualität auswirken.
- Wirkungskanal «Qualitätswettbewerb»: Durch die *erweiterte Spitalwahl* sowie die *erweiterte Informationsbasis zur Wirtschaftlichkeit und Qualität* sind die wettbewerblichen Rahmenbedingungen gestärkt. Die PatientInnen und die zuweisenden ÄrztInnen können sich besser informieren und die Spitalwahl qualitätsorientiert vornehmen. Dies erhöht den Wettbewerbsdruck auf die Spitäler. Daneben können sich die Spitäler durch die erweiterte Informationsbasis zur Qualität untereinander vergleichen, was zu einem höheren Qualitätswettbewerb und damit zu vermehrten Qualitätsmassnahmen führen dürfte (insbesondere im Bereich der Struktur-, der Prozessqualität). Die Aktivitäten dürften sich positiv auf die Ergebnisqualität

⁸Listenspitäler sind auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt. Mit diesen Spitälern hat ein (oder mehrere) Kantone Leistungs- oder Teilleistungsverträge abgeschlossen und der Kanton übernimmt mindestens 55% der Behandlungskosten. Die Versicherer haben ferner die Möglichkeit, mit Spitälern, die nicht auf der Spitalliste stehen, Verträge über die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzuschliessen. Bei diesen Behandlungen übernimmt der Wohnkanton keine Kosten. Die Unterscheidung zwischen Listen- und Vertragsspitalern ist in vorliegendem Bericht von Interesse, da die Kantone für die Spitalplanung nur die Listenspitäler berücksichtigen (v.a. in Kapitel 2 relevant).

⁹ Die Studie von Pellegrini et al. (2010) bezog sich auf das gesamte Evaluationsvorhaben. Die anderen Studien wurden für den Themenbereich Qualität erstellt.

¹⁰ Im Folgenden sprechen wir vereinfacht nur von «Spitälern». Damit sind immer gleichzeitig auch die Kliniken gemeint.

auswirken. Schliesslich sind auch mit der *Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler* im Rahmen der Spitalplanung bessere Voraussetzungen für den Wettbewerb unter den Spitälern geschaffen. Die Spitäler müssen mit mehr Spitälern konkurrieren und sich durch Qualitätsmerkmale hervorheben, um erstens auf die Spitalliste aufgenommen zu werden und zweitens PatientInnen anzuziehen.

Mögliche **unerwünschte** Auswirkungen der KVG-Revision der Spitalfinanzierung:

- Wirkungskanal «finanzieller Druck»: Die Spitäler sind durch weitere Massnahmen der Revision (leistungsbezogenen Fallpauschalen (DRG), dual-fixe Finanzierung und stärkere Berücksichtigung des Kriteriums Wirtschaftlichkeit in der Spitalplanung) einem stärkeren finanziellen Druck ausgesetzt. Dieser könnte dazu führen, dass ihre Strukturen und Prozesse im Klinikalltag qualitätsmindernd verschlankt (Struktur- und Prozessqualität). Darüber hinaus haben sie durch die leistungsorientierten Fallpauschalen den Anreiz, PatientInnen verfrüht in nachgelagerte Bereiche zu entlassen. Bei diesen Reaktionen besteht ein Risiko, dass die Ergebnisqualität beeinträchtigt wird. Darüber hinaus könnten die Spitäler ihre Diagnosestellung und die Wahl der Behandlung aufgrund der DRG ändern (Indikationsqualität).¹¹
- Die erwähnten Leistungskonzentrationen und Spezialisierungen können auch die Versorgungsqualität beeinträchtigen, wenn dadurch bestimmte Regionen schlechter versorgt werden oder die Behandlungen weniger ganzheitlich erfolgen.
- Durch die leistungsbezogenen Fallpauschalen könnte es zu unerwünschten Patientenselektionen kommen, wenn die Spitäler durch die Pauschalen bei gewissen Diagnosen ein besseres finanzielles Ergebnis erzielen als bei anderen. Dies würde dem KVG-Ziel der Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung entgegenstehen.

Wichtige **Kontextfaktoren** in Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen sind von der Revision unabhängige oder indirekt beeinflusste *Qualitätsbestrebungen* der Spitäler selbst sowie anderer Akteure (Fachgesellschaften, Verbände, Vereine, private Anbieter), nationale Programme, welche ebenfalls Qualitätsaktivitäten auslösen sowie der *medizinisch-technische Fortschritt*. Diese Kontextfaktoren werden in den Kapiteln 2-6 sowie in der Gesamtbeurteilung thematisiert.

1.4. Methodisches Vorgehen

Die Evaluation stützt sich auf eine Kombination von verschiedenen Forschungsmethoden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die verschiedenen Methoden und inwieweit diese

¹¹ Die Indikationsqualität tangiert die Dimensionen Über-, Unter und Fehlversorgung. Der finanzielle Druck könnte dazu führen, dass die ÄrztInnen ein weniger geeignetes therapeutisches Vorgehen (Indikation) wählen, um eine höhere Marge bei der Pauschale zu erzielen. Bei einer Überversorgung finden Behandlungen statt, die medizinisch nicht indiziert sind. Dies stellt somit eine Gefahr für die Indikationsqualität dar. Ferner kann sich die Überversorgung auch auf die Ergebnisqualität auswirken, da medizinische Interventionen jeweils auch mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können.

zur Analyse der verschiedenen Untersuchungsgegenstände dienen. Im Anschluss sind die einzelnen Methoden kurz ausgeführt.

Tabelle 3: Überblick über die eingesetzten Methoden

Evaluationsgegenstand	Literatur-/ Dokumen- tenanalyse	Interviews Stakehol- der/Exper- tInnen	Interviews Spitäler /Nach- ver- sorger	Onlinebe- fragung Spitäler	Befragung Kantone*	Sekundär- datenanaly- sen*
a) Rolle der Qualitäts- kriterien in der Spital- planung	■	□	■	■	■	
b) Auswirkungen Trans- parenz und Qualitäts- wettbewerb	■	□	■	■	□	■
c) Auswirkungen auf die Qualität der Versor- gung	□	■	■	■		■
d) Auswirkungen auf die Ergebnisqualität	□	□	□	□		■

Kasten mit/ohne Füllung: Stärkerer/schwächerer Beitrag der Methode zur Analyse des betreffenden Evaluationsgegenstands

*Diese Arbeiten wurden im Rahmen anderer Mandate der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung durchgeführt.

Tabelle INFRAS.

- **Literatur- und Dokumentenanalyse:** Auswertung von Studien der Begleitforschung Dritter zu den Auswirkungen der KVG-Revision auf die Qualität (vgl. Literaturverzeichnis) sowie Auswertung von Webseiten/Dokumenten von Akteuren, die Qualitätsindikatoren publizieren (z.B. H+, ANQ, Spitäler, Comparis, www.welches-spital.ch, www.spitalfinder.ch, etc.).
- **Interviews mit Stakeholdern und ExpertInnen:** Insgesamt 8 qualitative, leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Akteuren: Verbände der Leistungserbringer, PatientInnenvertreterInnen, Finanzierung, Versorgungsforschung (vgl. Liste der InterviewpartnerInnen in Tabelle 7 Anhang A2).
- **Interviews mit Spitälern und Nachversorgern:** 9 qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Spitälern zur Vorbereitung der Onlinebefragung. 6 Interviews mit Nachversorgern: Spitex, Pflegeheime, Hospize. (vgl. Liste im Anhang A2)
- **Interviews mit Informationsportalen:** 3 qualitative, leitfadengestützte Interviews mit VertreterInnen von Informationsportalen. (vgl. Liste im Anhang A2) ¹²

¹² Mit einem Stakeholder von Seiten der Versicherer wurde ebenfalls ein Informationsportal thematisiert.

- **Onlinebefragung der Spitäler:** Standardisierte Befragung sämtlicher (288¹³) Spitäler der Schweiz basierend auf den Kennzahlen der Schweizer Spitäler des BAG. Insgesamt beteiligten sich 118 Spitäler (siehe Tabelle 8 in Anhang 3). Die Befragung umfasste Fragen aus allen drei Themenbereichen der Evaluation (Federführung Themenbereich Qualität). Für eine Beschreibung der Onlinebefragung siehe Anhang A3.
- **Befragung der Kantone:** Schriftliche Befragung aller Schweizer Kantone, Vollerhebung. Die Befragung umfasste ebenfalls Fragen aus allen drei Themenbereichen der Evaluation (Federführung Themenbereich Spitallandschaft). Für eine detaillierte Beschreibung und den Fragebogen siehe econcept (2018).
- **Sekundärdatenanalysen:** Integration der Ergebnisse von Sekundärdatenanalysen zu Qualitätsindikatoren (Mandat Qualitätsmonitoring Obsan), zu den interkantonalen Patientenströmen (Themenbereich Spitallandschaft) sowie zu den Leistungsverschiebungen und Kostenentwicklungen (Themenbereich Kosten und Finanzierung).

Limitationen

Die durch die verschiedenen Ansätze erhobenen Informationen erlauben unseres Erachtens eine erste generelle Abschätzung, in welche Richtung die KVG-Revision der Spitalfinanzierung die Qualität der Spitalleistungen beeinflusst hat und in welchen Bereichen sie wirkte. Einen echten Nachweis des Effekts der Revision auf die Qualität kann die Evaluation allerdings nicht liefern.¹⁴ Der Einfluss der Revision kann lediglich auf Basis von Vorher-Nachher-Vergleichen und Einschätzungen von betroffenen Akteuren getroffen werden. Zudem sind folgende Limitationen bei den einzelnen eingesetzten Methoden berücksichtigen:

- **Sekundärdatenanalysen:** Indikatoren zur Qualität sind für die Schweizer Spitäler nur eingeschränkt verfügbar. Die verfügbaren Indikatoren können nicht die Qualität der Spitalleistungen vollständig abbilden. Sie basieren massgeblich auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Krankenausstatistik des BFS. Diese wurden nicht zum Zweck der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung konzipiert und sind in ihrer Vergleichbarkeit über die Jahre teils eingeschränkt (Für Details zu den Limitationen der Qualitätsindikatoren vgl. Tuch et. al. 2018).
- **Onlinebefragung der Spitäler:** Die Aussagen der Spitäler im Rahmen der Onlinebefragung liefern zusätzliche Informationen zu den Entwicklungen insbesondere im Bereich der Struktur- und Prozessqualität. Auch hier sind gewisse Grenzen zu nennen: Erstens ist denkbar, dass die Spitäler sich strategisch oder tendenziell im Sinne der Erwünschtheit äussern. Zweitens decken die Antworten etwas weniger als die Hälfte der Spitäler ab. Somit können Verzerrungen im Sinne, dass beispielsweise überwiegend Spitäler geantwortet haben, die aktiver im Bereich des Qualitätsmanagements sind, nicht ausgeschlossen werden.

¹³ Total zum Zeitpunkt der Befragung im Herbst 2017. Dabei haben wir sowohl Listen- als auch Vertragsspitäler angeschrieben.

¹⁴ Für einen echten Nachweis wäre ein Vergleich mit einem Kontrollsetting (ohne Revision) im gleichen Zeitraum notwendig.

- Befragung der Nachversorger: Im Bereich der Nachversorger konnte nur eine kleine Stichprobe an Institutionen befragt werden. Die Aussagen geben daher lediglich Hinweise auf mögliche Auswirkungen der KVG-Revision.

2. Qualitätskriterien in der Spitalplanung

In diesem Kapitel analysieren wir, inwieweit und wie die Massnahme der KVG-Revision «Berücksichtigung des Kriteriums Wirtschaftlichkeit und Qualität bei der Spitalplanung» durch die Kantone umgesetzt wurde und wie sich dies bewährt (Evaluationsfragen A). Die Ausführungen stützen sich auf bestehende Literatur sowie auf Befragungen der Kantone (econcept 2018) und der Spitäler (INFRAS 2018), die im Rahmen der Evaluation durchgeführt wurden. Im folgenden Haupttext zeigen wir ausgewählte Abbildungen und Tabellen aus diesen Quellen, welche aus unserer Sicht zentral sind. Zudem wird auf ergänzende Abbildungen und Tabellen verwiesen, welche sich in den entsprechenden Kapiteln im Anhang befinden.

Änderungen mit der KVG-Revision

Eine Massnahme der KVG-Revision der Spitalfinanzierung war die Einführung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität bei der Spitalplanung. Mit Art. 39 Absatz 2^{ter} KVG wurde der Bundesrat verpflichtet, auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit einheitliche Planungskriterien zu erlassen. Der Bundesrat ist dieser Pflicht mit dem Erlass der Art. 58a bis 58e der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) nachgekommen. Art. 58b KVV legt das Vorgehen für die Versorgungsplanung der stationären Leistungen fest und konkretisiert die Planungskriterien: Der Versorgungsbedarf an stationären Leistungen soll demgemäss in nachvollziehbaren Schritten ermittelt werden und sich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen. Für die Auswahl der Spitäler, welche auf die Liste kommen, sollen die Kantone u.a. die Kriterien «Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung» sowie Erreichbarkeit («Zugang der PatientInnen zur Behandlung innert nützlicher Frist») beachten. Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität sollen die Kantone die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität, Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien berücksichtigen. Der Bundesrat (2013) führt dazu aus, dass «wirtschaftlich» nicht bedeuten darf, dass immer der kostengünstigste Anbieter ausgewählt werden muss; der Effizienz- und der Qualitätsaspekt sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Ziel der Planungskriterien war es, den effizienten Mitteleinsatz zu fördern, die Versorgungssicherheit zu erhalten und die Unterschiede zwischen den kantonalen Planungskonzepten zu verringern (Bundesrat 2013). Zudem sollen die Planungskriterien zur Förderung des angestrebten Preis- und Qualitätswettbewerbs beitragen: Mit den Planungskriterien würde ausgeschlossen, dass Leistungsaufträge erteilt werden, ohne dass Kosten und Qualität der anbietenden Leistungserbringer verglichen werden (ebenda).

Die Kantone wurden verpflichtet, ihre Spitalplanungen bis Ende 2014 zu überarbeiten. Gemäss dem Bundesrat (2013) handelt es sich bei den Planungskriterien um abstrakte Vorgaben, bei deren Umsetzung die Kantone einen grossen Spielraum haben. Er verzichtet bewusst auf

die Entwicklung und Vorgabe von detaillierten Beurteilungsgrössen. Die Kantone haben in diesem Rahmen ein Instrumentarium erarbeitet (GDK 2018), das Empfehlungen für die Umsetzung der Planungskriterien enthält.¹⁵

2.1. Umsetzung durch die Kantone

Die grosse Mehrheit der Kantone wendet Qualitätskriterien in der Spitalplanung an.

Bestehende Analysen von Planungsdokumenten der Kantone zeigen, dass heute fast alle Kantone Qualitätskriterien in der Spitalplanung anwenden. Gemäss Huber (2015) haben 24 Kantone (alle ausser den Kantonen GE und OW) ihre Planungen auf das Spitalgruppenleistungskonzept (SPLG) des Kantons Zürich ausgerichtet. Dieses stellt leistungsspezifische Qualitätsanforderungen an Spitäler mit Leistungsauftrag in der *Akutsomatik*. Der Kanton GE, der dieses Modell nicht anwendet, plant dies ab dem Jahr 2020 und verwendet heute andere Qualitätskriterien.¹⁶ Einzig der Kanton Obwalden verwendet noch keine Qualitätskriterien in der Spitalplanung, ist gemäss aktuellen Auskünften aber daran, die Versorgungsplanung neu aufzustellen, wobei auch geplant ist, Qualitätskriterien in der Akutsomatik zu implementieren. Eine Bestandsaufnahme von socialdesign (2016) ergab zudem, dass zu diesem Zeitpunkt insgesamt 12 Kantone im Bereich der *Psychiatrie* und 9 Kantone im Bereich der *Rehabilitation* Qualitätskriterien definiert hatten. Es ist möglich, dass zum heutigen Zeitpunkt weitere Kantone in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation Qualitätsanforderungen im Rahmen der Leistungsaufträge stellen.

Gemäss socialdesign (2016) unterscheiden die Kantone zwischen generellen und leistungsspezifischen¹⁷ Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen¹⁸ (siehe Tabelle 9 in Anhang A4). Verschiedene Kantone haben ein mehrstufiges Verfahren bei der Auswahl der Leistungserbringer für die Spitalliste etabliert. Im ersten Schritt wird die Erfüllung der generellen Anforderungen im Sinne eines Ausschlussverfahrens geprüft. Im zweiten Schritt prüfen die Kantone, ob die Spitäler die leistungsspezifischen Anforderungen derjenigen Leistungsgruppen erfüllen, für welche diese sich beworben haben.

¹⁵ In Bezug auf das Kriterium Qualität sind folgende Empfehlungen (Kann-Formulierungen) festgehalten: Auflagen im Rahmen der Erteilung der Leistungsaufträge, die der Struktur- und Prozessqualität dienen; Vorgaben im Rahmen der Qualitätssicherung zum Ausweis der Indikations- und Ergebnisqualität und der qualitätssichernden Massnahmen; Empfehlung der Verwendung der H+-Berichtsvorlage «Qualitätsbericht») und Publikation der Berichte; Verpflichtung zur Teilnahme an den Qualitätsmessungen des ANQ; Verpflichtung der Spitäler zur Teilnahme an weiteren nationalen Qualitätsmessungen; Ergreifung von angemessenen Sanktionen bei Nichteinhaltung.

¹⁶ Dabei handelt es sich um das Modell SQLape, welches z.B. die Kriterien Komplikationsraten aufgrund von Infektionen oder potenziell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen enthält.

¹⁷ Generelle Qualitätskriterien sind Kriterien, die von allen Listenspitälern unabhängig von ihrem Leistungsspektrum erfüllt werden müssen. Leistungsspezifische Kriterien beschreiben Kriterien, die für die Vergabe von Leistungsaufträgen in einzelnen Leistungsgruppen massgeblich sind.

¹⁸ Teilweise verwenden die Kantone den Begriff der Qualitätsanforderungen. Die Begriffe Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind synonym zu verstehen.

Abbildung 11 und Abbildung 12 im Anhang A4 zeigen, welche generellen und leistungsspezifischen Qualitätskriterien in den verschiedenen Versorgungsbereichen explizit zum Zug kommen (Stand 1015/16 gemäss Studie socialdesign 2016). Zusammengefasst zeigt sich, dass die Qualitätskriterien in allen Versorgungsbereichen die Struktur- und Prozessqualität betreffen, nicht aber die Ergebnisqualität und Indikationsqualität^{19,20}. Im Bereich der Akutsomatik sind die angewandten Qualitätskriterien der Kantone vergleichbarer als in den Bereichen der Psychiatrie und Rehabilitation²¹ (vgl. Anhang A4), da sich die meisten Kantone im Bereich der Akutsomatik auf das SPLG-Konzept des Kantons Zürich abstützen. In allen drei Versorgungsbereichen handelt es sich bei den generellen Qualitätskriterien am häufigsten um ein spezifisches Qualitätssicherungskonzept, ein Fehlermanagementsystem (CIRS²²), die Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen und ein Konzept für die Spitalhygiene. Die leistungsspezifischen Anforderungen betreffen in der Akutsomatik am häufigsten die Bereiche Facharzt und Verfügbarkeit, Notfall- und Intensivstation, verknüpfte Leistungen, Tumorboard, Mindestfallzahlen²³ sowie Anforderungen, welche bei bestimmten Behandlungen zusätzlich erbracht werden müssen (z. B. Diabetesberatung).

Im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie haben die Kantone ebenfalls häufig Personalqualifikationen sowie die Infrastruktur als leistungsspezifische Qualitätskriterien definiert. Speziell für die Rehabilitation sind weitere häufige leistungsspezifische Qualitätskriterien die Leistungsgruppenspezifische Diagnostik und Therapie sowie ein Notfalldienst.

Die Kantone haben die Qualitätskriterien zur Beurteilung der Leistungsaufträge aufgrund der KVG-Revision der Spitalfinanzierung tendenziell verschärft.

Gemäss der Befragung der Kantone (econcept 2018) wenden für die Auswahl der Spitäler für die Spitalliste bei den Akutspitalern 13 von 20²⁴ Kantonen in Folge der KVG-Revision verschärfte Kriterien an (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 9 in Anhang A4). Bei den Rehabilitationskliniken sind es 12 Kantone (von 19) und der Psychiatrie 10 (von 19). Nur in den Kantonen ZH und VD wurden diese Kriterien teils gelockert, bei den restlichen Kantonen fand keine Änderung statt oder die Kantone haben keine Einschätzung vorgenommen.

¹⁹ Einzig aus der Literatur geht hervor, dass der Kanton BS neu für die Vergabe der Leistungsverträge auch die Indikationsqualität bei verschiedenen orthopädischen Eingriffen misst (Al-Deb`i et al. 2015).

²⁰ Zu den Definitionen der verschiedenen Qualitätsdimensionen vgl. Box 1 in Kapitel 1.2.

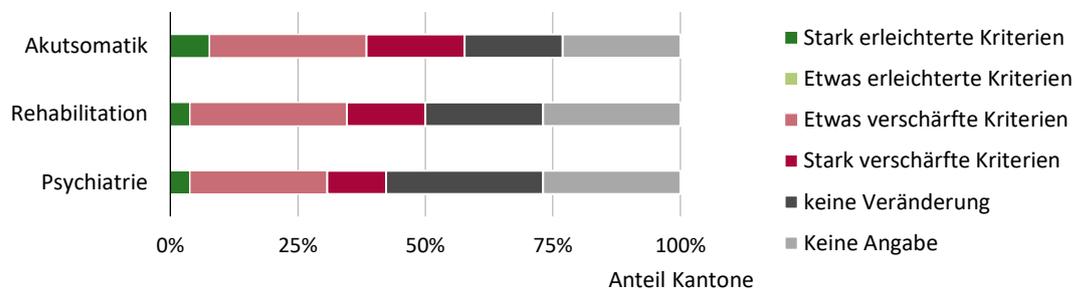
²¹ Gemäss Aussagen von SWISS REHA ist die Anwendung unterschiedlicher Qualitätskriterien auch darauf zurückzuführen, dass eine einheitliche Definition des Rehabilitations-Begriffs für die Schweiz fehlt und damit kantonsindividuelle Interpretationen begünstigt werden. (Vgl. auch Oggier 2017, S. 107).

²² CIRS steht für Critical Incidence Reporting System.

²³ Betreffend die Festlegung von Mindestfallzahlen ist der Kanton Zürich erwähnenswert, wo den Spitalern ab dem Jahr 2019 Vorgaben für Mindestfallzahlen nicht nur pro Spitalleistungsgruppe, sondern pro Operateur gemacht werden sollen.

²⁴ Zu dieser Frage haben nicht alle Kantone eine Angabe gemacht. In diesem Beispiel haben 20 Kantone eine Angabe gemacht.

Abbildung 2: Veränderung der Kriterien zur Qualität bei der Beurteilung der Leistungsaufträge aufgrund der KVG-Revision



Frage: «Inwiefern erfolgten aufgrund der KVG-Revision Veränderungen der Kriterien zur Qualität der stationären Spitalleistungen?» N=26 Kantone.

Grafik INFRAS. Quelle: Kantonsbefragung (econcept 2018).

Die Verfahren zur Überprüfung der Einhaltung der Planungskriterien sind bei den Kantonen unterschiedlich ausgestaltet.

Gemäss Kantonsbefragung haben 18 Kantone Verfahren zur Überprüfung der Einhaltung ihrer Qualitätsanforderungen an die Spitäler etabliert (econcept 2018, offene Frage)²⁵. Diese Antworten auf die offene Frage, welche Verfahren die Kantone verwenden, zeigt, dass die Verfahren sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Sie reichen von Verfahren wie jährliche Audits vor Ort (7 Kantone), über verschiedene Formen von punktuellen Überprüfungen oder Überprüfungen einzelner Aspekte (10 Kantone) bis hin zum Vertrauen auf die Selbstdeklarationen der Spitäler bei der Bewerbung (1 Kanton)²⁶ (für eine Übersicht vgl. Tabelle 11 im Anhang A4).

Rund die Hälfte der Kantone führt Vergleiche von Qualitätskennzahlen²⁷ durch.

Rund die Hälfte der Kantone (Akutsomatik: 14 von 25, Rehabilitation und Psychiatrie: je 12 von 24) greift bei ihrer Spitalplanung auf Qualitätskennzahlen zurück und stellt Vergleiche zwischen den Spitälern an (econcept 2018, S. 15). Die Qualitätsvergleiche können beispielsweise zur Auswahl der auf die Spitalliste kommenden Spitäler dienen.²⁸ So behält sich gemäss socialdesign (2016) der Kanton BE beispielsweise vor, beim Vorliegen eines Überangebots weitere Qualitätskriterien herbeizuziehen, insbesondere Indikatoren für die Ergebnisqualität (z. B. gemäss den schweizweiten Ergebnisqualitätsmessungen des ANQ)²⁹ oder die Indikationsqualität. Auch

²⁵ Frage: «Bitte beschreiben Sie, auf welche Weise die Einhaltung der Vorgaben gemäss Leistungsauftrag überprüft wird.» Die Antworten der Kantone zu dieser Frage beziehen sich somit auch auf weitere Planungskriterien. Die Anzahl zu den Qualitätskriterien wurde aus den offenen Antworten ermittelt. Daher sind die angegebenen Zahlen zu dieser Frage mit gewissen Unsicherheiten verbunden.

²⁶ Letzteres Verfahren kommt aus Sicht der EvaluatorInnen nicht einem eigentlichen Überprüfungsverfahren gleich.

²⁷ Im folgenden Bericht werden sowohl die Begriffe «Qualitätskennzahlen» als auch «Qualitätsindikatoren» verwendet. Dieses sind synonym zu verstehen.

²⁸ Der Zweck der Vergleiche der Qualitätskennzahlen wurde in der Kantonsbefragung nicht abgefragt.

²⁹ vgl. <https://www.anq.ch>

der Kanton BS gibt an, bei einem Überangebot ein Benchmark durchzuführen. Darüber hinaus können die Vergleiche dem Qualitätsmonitoring im Kanton dienen.

Die Kantone verwenden bei Ihren Vergleichen überwiegend einzelne oder mehrere Kennzahlen des ANQ (explizit genannt z. B. potenziell vermeidbare Rehospitalisationen, Infektionsraten) sowie die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler des BAG (Bundesamt für Gesundheit 2016) (v.a. Mortalitätsraten) oder vereinzelt auch Informationen aus dem Beschwerdemanagementsystem, Fallzahlen oder weitere Informationen aus Qualitätsberichten der Spitäler (vgl. Tabelle 10 im Anhang A4).

2.2. Beurteilung durch die Akteure

Beurteilung der Umsetzbarkeit des Planungskriteriums Qualität aus Sicht der Kantone

Die Berücksichtigung des Kriteriums Qualität in der Spitalplanung stellt für mehrere Kantone eine Herausforderung dar.

In der Kantonsbefragung geben 12 von 26 Kantonen an, dass die bundesrätliche Vorgabe, das Kriterium Qualität bei der Spitalplanung zu berücksichtigen, für sie (eher) nicht umsetzbar ist. Dabei zeigt sich kein klares Muster nach Kantonsgrösse oder Sprachregion. Drei dieser Kantone (AR, OW, ZG) wenden gemäss den verfügbaren Planungsdokumenten (socialdesign 2016) auch keine Qualitätskriterien an.

Die Vorgabe, den Nachweis der notwendigen Qualität zu beachten, erachten 8 von 26 Kantonen als eher nicht umsetzbar. Sechs dieser Kantone (GL, NE, OW, SG, SO, TG) nehmen gemäss eigenen Angaben keinen Vergleich von Qualitätskennzahlen vor. Primär betreffen die Probleme bei der Umsetzung der genannten Vorgaben gemäss offenen Antworten der Kantone die unzureichende Datenbasis (N=8)³⁰ sowie eine zu offene/unklare Definition der Qualität in den Gesetzesgrundlagen (N=6). Im Vergleich zu den weiteren Planungskriterien (Wirtschaftlichkeit, Zugang innert nützlicher Frist) bereitet den Kantonen das Planungskriterium Qualität gemäss eigenen Angaben die grössten Probleme (vgl. Abbildung 13 im Anhang A4).

Beurteilung der Zweckmässigkeit des Planungskriteriums Qualität aus Sicht der Kantone

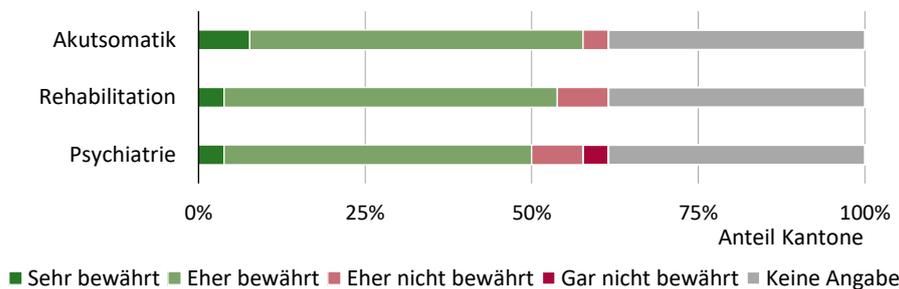
Aus Sicht der Mehrheit der Kantone, die Qualitätskriterien anwenden, bewähren sich diese für die Auswahl der Spitäler auf der Spitalliste.

Sofern die Kantone beurteilen konnten, inwiefern sich das Planungskriterium Qualität bei der Auswahl der Spitäler für die Spitalliste bzw. zur Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt hat,

³⁰ Die Kantone monieren diesbezüglich, dass existierenden Daten des ANQ und BAG (CH-IQI) nicht ausreichend valide für Vergleiche oder den Ausschluss von Spitälern seien. Insbesondere auf Ebene Ergebnis- und Indikationsqualität würden belastbare Daten fehlen.

schätzten sie diesen Beitrag mehrheitlich positiv ein (13, 14 bzw. 15 Kantone für die drei Bereiche Akutsomatik, Rehabilitation bzw. Psychiatrie, vgl. folgende Abbildung). Dabei zeigt sich kein Zusammenhang mit allfälligen Verschärfungen oder Erleichterungen der Vorgaben seit der Revision der Spitalfinanzierung. Mehr als ein Drittel der Spitäler konnten diesen Aspekt nicht beurteilen. Darunter fallen zur Hälfte Kantone, welche keine oder nur wenige Kriterien anwenden.

Abbildung 3: Bewährung der Kriterien zur Qualität bei der Beurteilung der Leistungsaufträge



Frage: «Haben sich die aktuell verwendeten Kriterien zur Qualität in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsaufträge bewährt?»
N=26 Kantone.

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Kantone, econcept 2018.

Beurteilung der Umsetzung durch die Spitäler

Das Instrument der Leistungsaufträge der Kantone wird von den Spitalern grundsätzlich gut akzeptiert: 70% erachten dies als zielführend für die Zusammenarbeit zwischen Spitalern und Kantonen (vgl. INFRAS 2018, S. 23). Aus den geführten Interviews mit den Spitalern geht hervor, dass die Spitäler eine Verschärfung der Qualitätsvorgaben durch die Kantone teilweise wahrgenommen haben, wobei einige Spitäler gemäss eigenen Angaben die Vorgaben bereits zuvor erfüllt hatten. Die in den Interviews befragten Spitäler äussern keine grundsätzliche Kritik an den Qualitätsvorgaben der Kantone. Vereinzelt wird angemerkt, dass klare Qualitätskriterien für die Planungssicherheit der Spitäler hilfreich seien.

In der Onlinebefragung ist die Mehrheit (56%) der **Spitäler** der Meinung, dass die Kantone die Qualitätskriterien nicht hinreichend untereinander koordinieren. Nur 27% sind der Ansicht, dass die Koordination ausreichend ist (vgl. INFRAS 2018, S. 23). Mehrere Spitäler erwähnen schliesslich in den Interviews, dass die Überprüfungen (z. B. CIRS-Audits), die Berichterstattungen bzw. Rechenschaftslegungen mit einem grossen Aufwand verbunden seien.

2.3. Fazit aus Sicht des Evaluationsteams

Fazit 1: Qualitätskriterien fliessen seit der KVG-Revision verstärkt in die Spitalplanung ein. Sie werden aber immer noch zu wenig berücksichtigt.

Die Ergebnisse in diesem Kapitel zeigen, dass heute fast alle Kantone (25) Qualitätskriterien anwenden. Unter den Kantonen, die Qualitätskriterien definiert haben, hat die Hälfte der Kantone nur Qualitätskriterien für den Bereich der Akutsomatik definiert (Stand 2016). Aus Sicht der EvaluatorInnen ist die gesetzliche Vorgabe insbesondere für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation somit noch nicht bei allen Kantonen erfüllt.

Etwa die Hälfte der Kantone, die Qualitätskriterien anwenden (13 von 25), hat die Qualitätsvorgaben zur Aufnahme auf die Spitalliste bei mindestens einem Versorgungsbereich aufgrund der KVG-Revision verschärft. Fünf Kantone haben diese nicht verändert, zwei Kantone haben sie erleichtert und sechs Kantone machen hierzu keine Angabe. Betrachtet man die Qualitätskriterien, welche die Kantone verwenden (Stand 2016), zeigt sich ein relativ uneinheitliches Bild. Einige Qualitätskriterien, welche prinzipiell in allen Spitälern aus Sicht der EvaluatorInnen zweckmässig wären und zu einem Mindeststandard gehören, werden nicht von allen Kantonen angewendet. Beispiele sind für alle Versorgungsbereiche die Durchführung von Reanimationsübungen, für den Bereich der Akutsomatik die Definition von multiprofessionellen Entlassungspfaden, in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie das Vorlegen von Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepten und im Bereich der Psychiatrie Vorgaben zur Spitalhygiene. Zudem sind aus unserer Sicht weitere Qualitätskriterien denkbar, die (vermehrt) angewendet werden könnten. Dies zeigt aus unserer Sicht auch die lange Liste von vereinzelt angewandten Qualitätskriterien in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation (vgl. socialdesign 2016). Beispielsweise sind vermehrte Vorgaben im Bereich der Weiterbildung des Personals, die Durchführung von Zuweiserbefragungen, Vorgaben zur Multiprofessionalität und der Verfügbarkeit von Pflegepersonal denkbar.

Bei der Beurteilung ist zu berücksichtigen, dass mögliche Weiterentwicklungen im Bereich Qualitätskriterien bei den Spitalplanungen zum heutigen Zeitpunkt noch nicht sichtbar wurden. Zum Teil sind die Spitalplanungsperiodizitäten lang, so dass die letzten Spitalplanungsdokumente auf Zeitpunkte zurückgehen, zu denen noch wenig Erfahrungen und Konsens zur Umsetzung von Qualitätskriterien vorlagen (vgl. dazu Fazit 3). Es ist denkbar, dass sich die Erkenntnisse der Kantone in den künftigen Spitalplanungen niederschlagen.

Fazit 2: Die Instrumente der Spitalplanung eignen sich grundsätzlich für die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen der Kantone, werden aber nicht konsequent angewendet.

Die Kantone nutzen für die Berücksichtigung der Qualität in der Spitalplanung das Instrument der Leistungsaufträge, in denen sie Vorgaben zur Qualität machen. Die Befragungsergebnisse

zeigen aus unserer Sicht, dass dieser Prozess grundsätzlich zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen geeignet und von den Spitälern akzeptiert ist. Defizite bestehen aus unserer Sicht bei der Überprüfung: Die Befragung der Kantone zeigt zwar, dass die Mehrheit der Kantone mit implementierten Qualitätsanforderungen (18 von 24)³¹ diese Anforderungen in irgendeiner Form überprüft. Davon verwenden sieben Kantone aber keine systematischen Methoden (z.B. lediglich Überprüfung bei Hinweisen auf Verletzung, Überprüfung nur bei der Bewerbung). Nicht bekannt ist, inwieweit die Kantone Sanktionen ergreifen, wenn die Spitälern die Qualitätsanforderungen nicht einhalten.

Fazit 3: Für eine konsequentere Umsetzung der Qualitätskriterien durch die Kantone fehlen einheitliche Konzepte zur Qualität und valide Qualitätsindikatoren.

Die Kantone äussern in der Befragung, dass ihnen einheitliche Konzepte zur Qualität fehlen, auf die sie sich bei der Umsetzung stützen können. Dies ist unseres Erachtens auch darauf zurückzuführen, dass die bundesrätliche Vorgabe sehr offen formuliert war. Dies erforderte die Operationalisierung von Qualität durch die Kantone und bringt es mit sich, dass in einer ersten Phase Erfahrungen gesammelt werden und voneinander gelernt wird. Die Empfehlungen der GDK zur Umsetzung der Qualitätskriterien aus dem Jahr 2009 gingen zudem wenig weit und wurden nun im Jahr 2018 stärker konkretisiert.

Weiter zeigt sich, dass die Kantone die Qualität nur teilweise anhand von Kennzahlen zur Ergebnisqualität überprüfen. Der Vergleich von Qualitätskennzahlen wäre aus unserer Sicht prinzipiell ein geeignetes Instrument, um die Qualität im Kanton sicher zu stellen und den Qualitätswettbewerb innerhalb des Kantons zu fördern. Die Antworten der Kantone zeigen, dass ihnen für Qualitätsvergleiche (und darauf basierende Einschlusskriterien für die Spitalliste oder Sanktionen) valide Kennzahlen zur Ergebnisqualität fehlen. Aus Sicht der EvaluatorInnen sind diese Vorbehalte bzw. Schwierigkeiten der Kantone zum Teil nachvollziehbar, da die Indikatoren auf Ebene der Ergebnisqualität mit methodischen Schwierigkeiten verbunden sind (vgl. dazu Kap. 3). Dennoch ist aus unserer Sicht das Potenzial der Nutzung der bestehenden Kennzahlen noch nicht ausgeschöpft. Beispielsweise könnte anhand der bestehenden Kennzahlen strukturierte Diskussionen von auffälligen Mortalitätsraten bei bestimmten Krankheitsgruppen oder von einer unterdurchschnittlichen Patientenzufriedenheit erfolgen. Bei der Patientenzufriedenheit vom ANQ zeigen sich bei einer Gruppe von Spitälern beispielsweise regelmässig unterdurchschnittliche Patientenratings. Zum Potenzial einer verbesserten Nutzung der bestehenden Qualitätskennzahlen folgen Ausführungen in den weiteren Kapiteln.

³¹ Bei einem Kanton ist unklar, ob eine Überprüfung erfolgt und der andere Kanton überprüft die Vorgaben nicht.

3. Transparenz über die Qualität der Spitalleistungen

Bei der Analyse der Frage der Veränderungen hinsichtlich der Transparenz der Spitalleistungen, die durch die KVG Revision bewirkt wurde, berücksichtigen wir erstens die direkt von der Revision bewirkten Änderungen. Dabei handelt es sich um die gesetzliche Verpflichtung zur Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren, die die Leistungserbringer zur Erhebung und Veröffentlichung von Angaben betreffend die Qualität verpflichtet (Art. 59a KVG in Kraft seit 1. Jan 2016, vorher Art. 22a KVG, in Kraft seit 1. Jan 2009). Im Rahmen dieser Gesetzesänderung veröffentlicht das BAG jährlich medizinische Qualitätsindikatoren (Art. 31 KVV, in Kraft seit 1. August 2016) nominativ für jeden Leistungserbringer (CH-IQI Qualitätsindikatoren)³². Eine wichtige Änderung war zudem die Festlegung einer de facto verpflichtenden Teilnahme aller Spitäler (inklusive Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken) an den Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern (ANQ).³³ Darauf einigten sich im «Nationalen Qualitätsvertrag» vom 18. Mai 2011 die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) sowie die Vertreterorganisationen der Versicherer (santésuisse, MTK, IV, SUVA) und der Spitäler (H+).³⁴ Durch die Aufnahme dieser Vereinbarung in die Anhänge der Tarifverträge ergibt sich nicht nur die Verbindlichkeit zur Durchführung der ANQ-Messungen gemäss dessen Messplan, sondern auch zur Finanzierung der Messungen.³⁵ Der ANQ hat in der Folge unter Einbezug von Fachleuten ein umfassendes Messprogramm aufgebaut.

Unabhängig von der Revision ergab sich auch generell eine erhöhte Dynamik im Thema Qualität in Form von Aktivitäten bei den Leistungserbringern, weiteren Qualitätsmessungen (in Form von medizinischen Registern) und die Errichtung von Internet-Portalen für die Spitalsuche und den Spitalvergleich.

3.1. Qualitätsmessungen und deren Nutzung

Die KVG-Revision bezweckte auch, die Transparenz bei der Spitalplanung zu verbessern. Im Folgenden gehen wir der Frage nach, wie weit dies erreicht wurde. Dazu soll zunächst untersucht werden, welche schweizweit vergleichbaren und öffentlich zugänglichen Qualitätskennzahlen es gibt. Anschliessend kann unterschieden werden nach den Akteuren, die diese erheben, nach den Formen der Aufbereitung und Veröffentlichung der Angaben und dem Zweck der Veröffentlichung.

³² Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (www.bag.admin.ch/qiss)

³³ Die Listenspitäler werden mittels der Leistungsvereinbarungen mit den Kantonen und die Vertragsspitäler über die Tarifverträge mit den Versicherern dazu verpflichtet.

³⁴ <https://www.anq.ch/de/qualitaetsvertrag/>

³⁵ Der Verein selbst wird über die Partner (Kantone, Versicherer und H+) finanziert.

Bestehende Qualitätsmessungen

Auf der Seite der Akteure, die Messungen im Bereich Qualität der Spitalleistungen durchführen, ist an erster Stelle der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern (ANQ) zu nennen. Er konzipiert, erhebt und publiziert eine ganze Reihe von Qualitätsindikatoren, die eine nationale Abdeckung haben und die schweizweit auf vergleichbare Weise verfügbar sind. Ein weiterer Akteur ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Diese beiden Akteure sind für die wesentlichen Qualitätsmessungen verantwortlich. Die Daten selber, die von diesen beiden Institutionen für die Qualitätsmessung verwendet werden, sind teilweise selber erhoben, teilweise beruhen sie auf Erhebungen von anderen Institutionen. Das wichtigste Beispiel dazu ist die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, die vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben wird und die für mehrere Qualitätsmessungen sowohl des ANQ wie auch des BAG die Grundlage bildet.

Aus der Onlinebefragung der Spitäler geht daneben hervor, dass rund die Hälfte der Spitäler (insbesondere die Universitätsspitäler) auch Messungen von Qualitätsindikatoren im Bereich medizinische Outcomes oder Patientenzufriedenheit durchführt, welche über die Messungen des ANQ hinausgehen (INFRAS 2018).

Die folgende Tabelle zeigt die zurzeit bestehenden nationalen Qualitätsmessungen in der Schweiz. Bei der Kategorisierung der Zielgruppen wird dieselbe Einteilung verwendet, wie sie der ANQ auf seiner Webseite unterscheidet: PatientInnen und «Professionals». Unter Professionals sind Medizinalpersonen und Fachleute zum Thema gemeint, die die Daten aus professionellem Interesse oder aus professioneller Betroffenheit konsultieren.

Tabelle 4: Bestehende Qualitätsmessungen und deren Einordnung, Stand Juli 2018

Messungen / Indikatoren	Zielgruppe(n)	Erhoben und publiziert von (Akteur)	Abgedeckte Bereich(e)	Durchführung seit	Beurteilung (potenzielle) Wirksamkeit
CH-IQI Qualitätsindikatoren (Fallzahlen, Mortalitätszahlen, Anteilswerte ¹ , Aufenthaltsdauern)	PAT, PRO, KT, MEDIA	BAG	Akut	2009	**
Patientenbefragungen	PAT, PRO, KT, MEDIA	ANQ	Akut Psychiatrie Reha	2009 2012 2013	**
Sturz, Dekubitus (sog. Prävalenzmessungen, Stich-tagerhebung)	PAT, PRO, KT, MEDIA	ANQ	Akut	2011 2013 (Kinder)	*
Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen ²	PAT, PRO, KT, MEDIA	ANQ	Akut	2010	**
Postoperative Wundinfektionen (Dauermessung)	PAT, PRO, KT, MEDIA	ANQ	Akut	2010	**
Implantat-Register SIRIS ³ (Dauererhebung)	PRO	ANQ (ISPM Bern und SIRIS ⁴)	Akut	2012	*

Die Abkürzungen betreffend die Zielgruppen bezeichnen: Bevölkerung, Versicherte, Betroffene von elektiven Eingriffen (PatientInnen - PAT), Gesundheitsfachpersonen, Zuweiser, Forscher und fachlich involvierte Personen & Organisationen (Professionals - PRO), Kantonale Gesundheitsbehörden und Verwaltungen (KT), Journalisten und Medienschaffende (MEDIA).

Hinsichtlich der Wirksamkeit unterscheiden wir Messungen, die nachweislich oder potenziell Verbesserungsmaßnahmen nach sich ziehen (**) und die Messung ohne vergleichende Darstellung oder mit eingeschränkter Interpretationsmöglichkeit der Ergebnisse (*).

¹ Anteilswerte geben Auskunft über den Einsatz bestimmter Behandlungsarten. Ein Beispiel dafür ist die Anzahl der Kaiserschnitte in Bezug auf alle Geburten.

² Retrospektive Auswertungen basierend auf Routinedaten.

³ Knie- und Hüftimplantate.

⁴ ISPM (SwissRDL) führt das Register.

Tabelle: INFRAS und Zahnd

Beurteilung der Qualitätsmessungen

Die Beurteilung der Wirksamkeit erfolgt an dieser Stelle aus der Sicht der EvaluatorInnen und aufgrund des Potenzials für die direkte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen durch die Spitäler. Das heisst, Messungen, auf deren Basis direkt Verbesserungsmaßnahmen in der Qualität abgeleitet werden können, werden mit zwei Sternen bezeichnet, Messungen, die bisher nur begrenzte Wirkung erzielt haben, werden mit einem Stern bezeichnet. Für die Beurteilung haben wir folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- Publikation auf Spitalebene
- Einfache und transparente Anwendungsmöglichkeit für den klinischen Prozess
- Reliabilität und Validität des Indikators

- Als wirksame Messung können in diesem Zusammenhang die CH-IQI Qualitätsindikatoren bezeichnet werden. Diese werden beispielsweise für IQM Peer Reviews³⁶ verwendet, deren Wirkung belegt sind (Nimptsch et al. 2016). Weitere (potenziell) wirksame Messungen sind die Patientenbefragungen, die Infektionsmessungen und die potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen, die auf Ebene der einzelnen Spitäler publiziert sind. Bei diesen sind allerdings bisher keine institutionalisierten Verbesserungsinitiativen etabliert, so dass die potenzielle Wirksamkeit noch nicht ausgeschöpft ist.³⁷
- Als beschränkt wirksam schätzen wir die Messung der Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus und das Implantat-Register SIRIS. Bei diesen Messungen ist aus der Analyse die einfache und transparente Anwendungsmöglichkeit für den klinischen Prozess unseres Erachtens nicht gegeben. Die Ergebnisse des Implantat-Registers SIRIS sind nicht auf Spitalebene publiziert. Die Sturz- und Dekubitusmessungen weisen eine eingeschränkte Reliabilität aus, da die Erhebung nur an einem Stichtag erfolgt.

Die Einrichtung von medizinischen Registern ist ebenfalls eine beliebte Massnahme zur Sicherung und zum Monitoring der Qualität. Sie wurden im Zuge der KVG-Revision Spitalfinanzierung und auch im Rahmen der Umsetzung von qualitätssichernden Massnahmen insbesondere der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) propagiert und teilweise gesetzlich in den entsprechenden Verordnungen verankert. In einer Studie des ISPM wurde das Potential der bestehenden Register als Datenquellen für die vorliegende Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision auf die Qualität untersucht - dies etwa im Hinblick auf die Ableitung von weiteren Ergebnisqualitätsindikatoren. Speziell dafür haben von 76 untersuchten Registern lediglich drei die Kriterien erfüllt (Staub et al. 2016). Die Studie empfiehlt die Nutzung der Routinedaten der öffentlichen Statistik des Bundesamtes für Statistik.

Diese Erkenntnis deckt sich mit Untersuchungen aus Deutschland und den USA, wo gezeigt wurde, dass mit Hilfe von Routinedaten Screenings möglich sind, die mit denjenigen von Registern methodisch vergleichbar sind und zudem einen effizienteren Zugang sowie teilweise eine höhere Vollständigkeit aufweisen als klinische Register (Heller, 2008). In verschiedenen Arbeiten wurden mit den deutschen G-IQI Qualitätsindikatoren Fragestellungen zur stationären Versorgung in Deutschland beantwortet (Nimptsch und Mansky 2017; Dormann et al. 2018). Auch die OECD hat den Wert der Routinedaten erkannt und fordert in ihrem Bericht „Improving Value in Health Care“ (OECD 2010) die vermehrte Nutzung von Routinedaten neben den Registerdaten.

³⁶ Initiative Qualitätsmedizin (IQM): Diese führt aufgrund von Routinedaten – dabei handelt es sich um dieselben Daten, welche die Spitäler auch dem BAG für die Berechnung der Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler liefern – in ihren Mitgliederhäusern Fallbesprechungen (Peer Reviews) durch. Rund 20% der PatientInnen der Spitäler in der Schweiz werden durch die IQM Peer Reviews gemonitort. www.initiative-qualitaetsmedizin.ch

³⁷ Erwähnenswert in Bezug auf die Infektionen ist jedoch, dass Swissnoso den Spitalern umfangreiche Interventionsmodule zur Prävention von Infektionen anbietet.

Vergleichsportale für PatientInnen

Mit der Verfügbarkeit der oben genannten Datenquellen ist in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Internet-Portalen entstanden, die den PatientInnen als Informationsgrundlagen dienen sollen:

Tabelle 5: Vergleichsportale in der Schweiz für die Auswahl von Spitälern (Stand Juli 2018)

Vergleichsportal	Zweck/Inhalt	Ziel/Nutzergruppen
«Spitalvergleich» www.comparis.ch	Spitalwahl nach Fachbereich, Fallzahlen (BAG), Patientenzufriedenheit (ANQ)	Öffentlichkeit
«Spitalvergleich Schweiz» www.welches-spital.ch	Zusammenzug von veröffentlichten Daten der BAG- und ANQ-Portale	Öffentlichkeit
Spitalfinder santésuisse / schweizerisches Konsumentenforum www.spitalfinder.ch	Zusammenzug von veröffentlichten Daten der BAG- und ANQ-Portale nach geographischer Distanz zum Wohnort	Öffentlichkeit
H+ Spitalinformation.ch	Fallzahlen nach der ZH-Leistungssystematik und geographischer Distanz zum Wohnort	Öffentlichkeit
QualiCheck der CSS Versicherung www.css.ch/qualicheck	Fallzahlen (BAG), ANQ Ergebnisse, Patientenzufriedenheitsbefragung und Assessment (CSS)	Öffentlichkeit, CSS Versicherte
Carefinder der HELSANA carefinder.helsana.ch (offline)	Fallzahlen, Fachbereich, geographische Distanz zum Wohnort	Öffentlichkeit, Helsana Versicherte
qm1.ch Spitalvergleich «Qualitätsmedizin Schweiz»	Spitalwahl nach Fachbereichen, Infrastrukturmerkmalen, Fallzahlen und geographischer Distanz	Öffentlichkeit

Tabelle: INFRAS und Zahnd

Die für die oben genannten Spitalvergleiche verwendeten Daten beruhen mehrheitlich auf denselben Quellen und Algorithmen: Der Medizinischen Statistik des BFS (inklusive die daraus abgeleiteten CH-IQI Indikatoren) und den ANQ-Messungen.³⁸ Ein weiteres oft verwendetes Kriterium ist die geographische Distanz zwischen einem eingegebenen Wohnort der PatientInnen und dem zu suchenden Spital. Einzelne Portale betreiben eigene Messungen zur Patientenzufriedenheit, z.B. Comparis oder auch das Portal der CSS. Neben Ergebnis- werden teilweise auch Strukturmerkmale dargestellt. Bei allen Portalen sind namentliche Vergleiche von Spitälern möglich, bei den meisten werden auch Rankings aufgelistet.

Die Darstellung der Ergebnisse wird teilweise kontrovers diskutiert und insbesondere die Darstellung durch „Welches Spital“ wurde vom ANQ und von Swissnoso heftig kritisiert. Es wurde kritisiert, dass Rankings aufgrund von Datengrundlagen durchgeführt wurden, die methodisch auf einer unzureichenden Grundlage beruhten. In der Folge wurden Änderungen an

³⁸ Die Webseite des ANQ kann prinzipiell auch als Vergleichsportal dienen. Die transparente Publikation der Ergebnisse ist ein Aspekt des Auftrags des ANQ, jedoch nicht der Hauptauftrag. Zudem erstellt im Unterschied zu den anderen Portalen der ANQ keine Ranglisten.

deren Darstellung vorgenommen.³⁹ Auch das Konsumentenmagazin Saldo⁴⁰ kommt zu dem Schluss, dass die Internetportale als Basis für den Vergleich der Behandlungsqualität von Spitälern nur bedingt geeignet sind. Als Begründung wird angegeben, dass nicht alle Qualitätsindikatoren in allen Spitälern erfasst würden, was Qualitätsvergleiche zwischen einzelnen Spitälern erschwere.

Nutzung der Qualitätsmessungen

Die Nutzung von Qualitätsmessungen wurde im Rahmen der qualitativen Interviews⁴¹, der Befragung der Kantone und der Spitäler und aus weiteren Literaturquellen erhoben. Die Ergebnisse sind im Folgenden nach Akteuren zusammengefasst.

PatientInnen

Zu der Frage, wie sich PatientInnen ein Bild machen zur Qualität der stationären Spitalversorgung, gibt es Hinweise aus der Literatur. Eine Befragung von Stimmberechtigten von gfs.bern (2017) im Auftrag von H+ zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Stimmberechtigten (93%) die Wahlfreiheit schätzt und eher keine Vorentscheid durch die Krankenversicherungen wünscht. Aus einer Bevölkerungsbefragung von Comparis (2017) geht hervor, dass zwar 90% den Empfehlungen von ÄrztInnen für ein Spital trauen, davon aber 60% sich zusätzlich Informationen einholen. Wie viele PatientInnen die bestehenden Informationsplattformen hierfür nutzen, geht aus dieser Befragung nicht direkt hervor. Sie zeigt jedoch, dass die PatientInnen sich stärker für die Komplikations- und Infektionsraten als für die Mortalitätsraten interessieren. Von den im Rahmen der vorliegenden Evaluation befragten Spitäler gehen nur 6% davon aus, dass Vergleichsportale für die Spitalwahl der PatientInnen entscheidend sind. Viel wichtiger seien Empfehlungen der ÄrztInnen und Erfahrungen des Umfelds (vgl. Kap. 4.2).

Spitäler

Die Ergebnisse von Qualitätsmessungen finden laut Aussagen der befragten Spitäler und Stakeholder Beachtung bei den Spitälern und den Leistungserbringern. Gemäss H+ verfolgen die Spitäler ihre Qualitätsindikatoren aktiv mit ihren Erwartungs- und Vorjahreswerten und vergleichen sich mit ähnlichen Institutionen. Dies geht auch aus den Interviews mit den einzelnen Spitälern hervor, wobei sich andeutet, dass dies vom Interesse des Managements abhängt. Beachtung finden vor allem die «offiziellen» Quellen für Vergleiche, also die Veröffentlichungen von BAG und ANQ. Die Vergleichsportale werden gemäss einzelnen Aussagen hingegen eher von den Marketingabteilungen in den Spitälern beachtet.

³⁹ <https://www.medinside.ch/de/post/spitalvergleich-anq-und-swissnoso-wehren-sich>

⁴⁰ Saldo vom 25. November 2015, „Spitalqualität: Im Internet nur Anhaltspunkte“, S. 44f

⁴¹ vgl. Liste der befragten Akteure im Anhang A2

Kantone (vgl. auch Angaben unter Kap. 2)

Die Kantone verwenden Kennzahlen gemäss eigenen Angaben für die Vergabe von Leistungsaufträgen, für deren Überprüfung und für die Qualitätssicherung allgemein. Verwendung finden unter anderem die ANQ-Indikatoren potenziell vermeidbare Rehospitalisationen, die Infektionsraten nach Swissnoso und die Patientenzufriedenheit. Teilweise werden auch die Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler des BAG zu den Mortalitätsraten (CH-IQI) verwendet. Vereinzelt verwenden die Kantone Fallzahlen aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und auch die Qualitätsberichte der Spitäler (H+-Berichte).

Versicherer

Im Rahmen der Tarifverträge verhandeln die Krankenversicherer, dass die Spitäler besorgt sind um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung und dass sie die Vorgaben des ANQ umsetzen. Die Qualität der medizinischen Leistungen wird als immanenter Bestandteil der Behandlung betrachtet. Entsprechend und in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVG) hat die Qualität keinen direkten Einfluss auf den verhandelten Tarif. Gemäss BVG dürfen jedoch Spitäler mit ungenügender Qualität nicht in die Vergleichsgruppe der Benchmarking-Spitäler einfließen.⁴²

3.2. Veränderungen in der Transparenz durch die Revision

Direkte und indirekt durch die Revision beeinflusste Veränderungen

Wie eingangs des Kapitels erwähnt, führte die Revision dazu, dass das BAG jährlich medizinische Qualitätsindikatoren veröffentlicht (CH-IQI Qualitätsindikatoren). Dies basiert auf den mit der KVG-Revision geänderten Gesetzesgrundlagen und kann somit als direkte Folge der Revision angesehen werden. Darüber hinaus wurden aufgrund des «>Nationalen Qualitätsvertrags» die ANQ-Messungen seit 2011 etabliert, wozu die KVG-Revision einen Beitrag geleistet hat (vgl. Ausführungen anfangs des Kapitels).⁴³ Schliesslich sind, wie in Kap. 3.1 ausgeführt, in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Vergleichsportalen entstanden. Hierzu hat im Sinne von vermehrt verfügbaren Qualitätsindikatoren die KVG-Revision aus Sicht der EvaluatorInnen einen Beitrag geleistet. Die von den Informationsportalen publizierten Informationen stützten sich zum grossen Teil auf den Qualitätsindikatoren des BAG und des ANQ.

Die Spitalsbefragung zeigt zudem, dass diese ab dem Jahr 2012 vermehrt Aktivitäten unternommen im Bereich Qualitätsmessungen und Transparenz. 76% der Spitäler haben ab dem

⁴² Anders sieht es im Bereich der Unfallversicherung aus. Die Gesetzesgrundlage sieht eine selektive Kontrahierung der Spitäler vor. Die von Bund und ANQ publizierten Qualitätsindikatoren fliessen in diese Auswahl ein.

⁴³ Gemäss Aussagen von Santésuisse wurde die Verpflichtung zur Einhaltung des ANQ-Messplanes im Rahmen der Einführung der Revision der Spitalfinanzierung und Einführung von SwissDRG eingeführt und umgesetzt.

Jahr solche Aktivitäten unternommen, wobei die Hälfte dieser Spitäler auch schon vor dem Jahr 2012 Qualitätsmessungen etabliert hatte. Gemäss Angaben der Spitäler wurden diese Aktivitäten vor allem aufgrund von eigenen Ansprüchen an die Qualität, aber auch aufgrund der erweiterten Informationsbasis (ANQ und BAG-Indikatoren) sowie der kantonalen Vorgaben umgesetzt (vgl. Abbildung 7, Kap. 5.1).

Einschätzung der befragten Akteure

Die Frage nach der Verbesserung der Transparenz durch die KVG-Revision wurde von den verschiedenen befragten Akteuren⁴⁴ relativ deutlich mit ja beantwortet. Mit der Publikation von Qualitätsmessungen sowie mit den leistungsbezogenen Fallpauschalen⁴⁵ sei ein Schritt in Richtung verbesserte Vergleichbarkeit im stationären Bereich gemacht worden. Namentlich erwähnen die befragten Interviewpartner eine verbesserte Transparenz bei den erbrachten Leistungen (Volumen Eingriffe, Fallzahlen), den Outcomes (z. B. Registrierung von Knie-/Hüftoperationen in Registern, Infektionen) und der Patientenzufriedenheit. Laut einzelnen Akteuren entsprach es vor der Revision einem Tabu, Vergleiche zwischen Spitälern anzustellen. Heute sei eine Kulturänderung festzustellen und es werde mehr über das Thema gesprochen. In gewissen Bereichen hätten Spitäler kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) eingeführt. Ein Beispiel dazu ist die Initiative Qualitätsmedizin, die aufgrund von Analysen der CH-IQI Indikatoren systematische Fallbesprechungen (Allianz Peer Reviews⁴⁶) durchführt. Das System der Peer Review wurde in der Folge von verschiedenen Akteuren aufgenommen, indem etwa H+ Qualité Peer Reviews in verschiedenen Bereichen fördert, neuerdings auch in der Psychiatrie.

3.3. Verbleibende Schwierigkeiten und Lücken

Einschätzung der befragten Akteure

Trotz der wahrgenommenen verbesserten Transparenz nehmen die befragten Akteure noch Schwierigkeiten und Lücken bei der Transparenz der Qualität der Spitalleistungen wahr:

- Kritisiert wird von verschiedenen Seiten⁴⁷ die nach wie vor *nicht «patientengerechte» Darstellung der Qualitätsvergleiche*. Diese seien sehr technisch und nicht leicht verständlich. PatientInnen müssen beinahe selber ExpertInnen sein, um die Informationen der Portale ein-

⁴⁴ Spitäler, H+, ANQ, Experte Versorgungsforschung, Stiftung für Patientensicherheit, SwissDRG.

⁴⁵ Mehrere Befragte erwähnen für die Transparenz auch die Rolle der leistungsbezogenen Fallpauschalen (DRGs), welche die erbrachten Leistungen transparenter gemacht hätten.

⁴⁶ Gemeinsam mit der Verbindung der Schweizer ÄrztInnen (FMH) und der Schweizerischen Vereinigung der PflegedienstleiterInnen Swiss Nurse Leaders fördert H+ national einheitliche und interprofessionelle Peer Reviews basierend auf Routinedaten.

⁴⁷ Spitäler, H+, Stiftung Patientensicherheit, ANQ, Verband der Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz VLSS, SwissDRG.

ordnen zu können. Problematisch sei, dass niemand den PatientInnen die Informationen erkläre und für diese einordne. Aus Sicht einzelner Akteure führen die Vergleichsportale auch zu Unsicherheiten und Misstrauen sowie zu Missverständnissen seitens der Medien.

- Es fehlen aus Sicht verschiedener Akteure Messungen und *Indikatoren der Ergebnisqualität*. In Bezug auf die fehlenden Outcomemessungen werden beispielsweise Rückenoperationen⁴⁸ genannt, das Thema Medikationssicherheit sowie patientenbezogene Outcomemessungen. Darüber hinaus sei bei den Outcomemessungen insbesondere der ambulante Bereich sehr lückenhaft und die verfügbaren Sekundärdaten erlauben keine Outcomemessungen entlang der Behandlungspfade bzw. nach der Entlassung aus dem Spital.⁴⁹
- Schliesslich machen mehrere Akteure⁵⁰ auf methodische Schwierigkeiten bei Vergleichen von Qualitätsindikatoren auf Ebene der Ergebnisqualität aufmerksam. Die grösste Schwierigkeit sei die *Risikoadjustierung* von Indikatoren wie der Mortalität in Spitälern. Eine perfekte Risikoadjustierung sei kaum möglich. Dennoch eignen sich die Indikatoren aus Sicht eines Experten der Versorgungsforschung für grobe Vergleiche.

Auch aus der Literatur deutet sich noch Verbesserungspotenziale für Qualitätsmessungen in der Schweiz an. Eine Studie von KPMG (2016) hat in einem internationalen Review über die «Transparenz im Gesundheitswesen» 32 verschiedene Gesundheitssysteme im Hinblick auf sechs Transparenzaspekte hin verglichen.⁵¹ Die Studie zeigt, dass die Schweiz insbesondere bei der Transparenz der Qualität der Leistungserbringung und der Kommunikation der erhobenen Gesundheitsdaten relativ grossen Nachholbedarf hat.⁵² Die Schwachstellen im Schweizerischen Gesundheitswesen betreffen die Verfügbarkeit, die Aktualität und die Interoperabilität von Gesundheitsdaten (in Form von elektronischen Patientendossiers und eHealth). Der Preisüberwacher (2016) stellt Verbesserungsbedarf bei der Aussagekraft der Darstellung auf den verfügbaren Internetportalen fest. Der ANQ (2013 und 2014) hat seinen Messplan auf Vollständigkeit und Relevanz extern überprüfen lassen. Die Studie hat zum damaligen Zeitpunkt der Erhebung und Auswertung einzelner Indikatoren noch Verbesserungspotenziale festgestellt, insbesondere bei den potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen, den Messungen betreffend Hüft- und Knieimplantate sowie auch bei Messung der Patientenzufriedenheit. Seither wurden gemäss ANQ etliche Anpassungen umgesetzt.

⁴⁸ Es fehlt hierzu gemäss einzelnen Interviewaussagen ein Register.

⁴⁹ Aus Sicht von zwei Akteuren müssten sich die Versicherer diesbezüglich stärker einsetzen und Qualitätsmessungen machen.

⁵⁰ ANQ, H+, Experte Versorgungsforschung, VLSS.

⁵¹ Die verglichenen Dimensionen waren die Transparenz der Qualität der Leistungserbringung, der Patientenzufriedenheit, der Finanzen, der Governance, des Zugangs zu persönlichen Gesundheitsdaten sowie der Kommunikation der erhobenen Gesundheitsdaten.

⁵² Beurteilungskriterien im Bereich der Transparenz der Qualität der Spitalleistungen waren Mortalitätsraten für individuelle Diagnosen und Behandlungen, gesamthafte Mortalitätsrate, Rehospitalisierungsraten, Wartezeiten für Notfälle, Reportings für Komplikationen und Infektionsraten in Spitälern. Im Bereich Kommunikation wurden folgende Kriterien zugrunde gelegt: Zugängliches Datenportal, Aktualität der Informationen, Einfachheit der Vergleiche zwischen Spitälern, Nutzung von «open data»-Formaten.

Sicht der EvaluatorInnen

Zusammenfassend sind durchaus noch Bereiche mit Verbesserungspotential betreffend die Transparenz von Qualitätsunterschieden in der Schweiz auszumachen:

- Die Vergleichsmöglichkeiten betreffend Rehospitalisierungen haben Optimierungspotenzial, weil ausgehend von den publizierten Raten kaum Einsichten in zu verbessernde Punkte ableitbar sind.
- Es gibt keine systematischen Erhebungsinstrumente betreffend unerwünschte Ereignisse von medizinischen Behandlungen (Behandlungsfehler, Komplikationen). CIRS-Meldungen sind in diesem Zusammenhang nicht sehr brauchbar, weil es sich dabei um reine Anfallsstichproben handelt, nicht um systematische Screenings.
- Als weiterer verbesserungsfähiger Punkt ist die nicht systematische Messung von Spitalinfektionen im System von Swisnoso zu nennen: Die Spitäler sind hier lediglich verpflichtet, an drei Infektionsmessungen teilzunehmen, können aber (mit Ausnahme von Eingriffen am Dickdarm) selber bestimmen, welche Messungen sie durchführen. Die Gefahr besteht, dass Messungen mit unvorteilhaften Ergebnissen von den Spitälern nicht mehr durchgeführt werden (vgl. auch ANQ 2014).
- Die Messungen der Patientenzufriedenheit könnten ausgebaut und beispielsweise um die Dimensionen «Entlassungsmanagement und Informationen zur Medikation sowie mit einer Risikoadjustierung ergänzt werden (vgl. ANQ 2014).
- Das SIRIS-Implantatregister betreffend Hüft- und Knie Implantate sind seit 2012 im Gang, liefern aber noch keine öffentlich verfügbaren spitalspezifischen Ergebnisse.⁵³
- Es fehlen Messungen betreffend Wartezeiten bei Notfällen.
- Weitere fehlende Messungen betreffen die Patienten- und Medikationssicherheit.
- Auf internationaler Ebene kommen zudem in den letzten Jahren vermehrt Messungen von Outcomes aus der Sicht der PatientInnen in den Fokus (Patient Reported Experience Measures PREMS und Patient Reported Outcome Measures PROMs)⁵⁴.
- Die verfügbaren Messungen sind für die PatientInnen noch wenig zugänglich. Sie sind tendenziell immer noch eher technisch orientiert und gemäss den Aussagen der Interviewpartner für ein breites Publikum eher schwierig zu lesen. Die Qualität der Vergleichsportale ist unterschiedlich hoch. Sie liefern zudem kein vollständiges Bild, was einen Vergleich zwischen den Spitälern erschwert.
- Schliesslich ist die Frage der Indikationsqualität zu nennen, also inwieweit eine medizinische Diagnose korrekt gestellt und die darauf basierende Intervention angemessen und notwen-

⁵³ Gemäss Aussage von ANQ liefert ein Register frühestens nach fünf Jahren eine genügend solide Datenbasis, um die Angaben veröffentlichen zu können.

⁵⁴ <http://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>

dig ist. Eine Verbesserung der Indikationsqualität geht einher mit einer verbesserten Ergebnisqualität (Kraft et al. 2012). Da jeder Fall individuelle Rahmenbedingungen aufweist, ist die Messung der Indikationsqualität anhand von standardisierten Daten herausfordernd. Erste Ansätze zur Messung bestehen beispielsweise in Bezug auf orthopädische Eingriffe am Hüft- oder Kniegelenk durch den Core Outcome Measures Index (COMI-) Patientenfragebogen⁵⁵ (Al-Deb'i et al. 2015). Sie kann aber auf indirekte Weise erschlossen werden. So kann bei Vorliegen von unterschiedlichen regionalen Behandlungsraten davon ausgegangen werden, dass Probleme bei der Indikationsqualität bestehen, etwa, wenn für bestimmte Eingriffe regional grosse Unterschiede beobachtet werden. Schliesslich kann die Indikationsqualität ansatzweise im Rahmen von Peer Review Verfahren retrospektiv beurteilt werden.

3.4. Fazit aus Sicht des Evaluationsteams

Fazit 1: Die Transparenz betreffend die Qualität der Spitalleistungen hat aufgrund der KVG-Revision deutlich zugenommen. Verbesserungspotenziale sind vorhanden.

Die Transparenz über die Qualität der Spitalleistungen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies hängt vor allem mit der vermehrten Erhebung und Publikation von Qualitätskennzahlen zusammen. Die KVG-Revision dürfte hierzu (über die Massnahmen «erweiterte Informationsbasis zur Qualität» gemäss Art. 58b KVG, die erweiterte Spitalwahl und die Qualitätskriterien in der Spitalplanung) einen direkten und indirekten Teilbeitrag geleistet haben.

Trotzdem sind noch verschiedene Verbesserungspotenziale bei der Transparenz festzustellen. Betreffend die aktuell verfügbaren Messergebnisse mangelt es noch an einer laiengerechten Vermittlung der Erkenntnisse, die für die Patientinnen und Patienten eine gute Grundlage sind, die erweiterte Spitalwahl auch wirklich zu nutzen und die für ihre Behandlung beste Institution zu finden. Die inzwischen grosse Vielfalt der Vergleichsportale ist dabei nicht nur positiv zu werten, da sie auch Verwirrung stiften kann. Aufgrund der Informationsasymmetrie können die Versicherten die Qualität der Vergleichsportale schlecht beurteilen. Weiter sind bei einigen Themen noch Potenziale vorhanden, namentlich bei der Vervollständigung der Systematik und der Verbindlichkeit der vorhandenen Messungen. Das Ziel der Transparenzmassnahme der KVG-Revision, die Qualität der Leistungen transparent zu machen und den Wettbewerb zu stärken, ist aus Sicht der EvaluatorInnen noch nicht vollständig erreicht.

Fazit 2: Die seit der KVG Revision zur Verfügung stehenden Qualitätsinformationen könnten noch vermehrt genutzt werden.

⁵⁵ Dieser misst in verschiedenen Bereichen (z. B. Schmerzintensität, Gelenkfunktion, symptomspezifisches Wohlbefinden etc.) vor und nach einem orthopädischen Eingriff am Hüft- oder Kniegelenk die Wirksamkeit und Indikationsqualität der Behandlung.

Die nunmehr insbesondere von BAG und ANQ zur Verfügung stehenden Informationen bezüglich der Qualität der Spitalleistungen könnten von den Akteuren noch vermehrt genutzt werden. Dies betrifft sämtliche Akteure, also die PatientInnen, die Leistungserbringer, die Kantone und die Versicherer. Ein Grund hierfür ist, dass die Informationen teilweise nicht genug adressatengerecht (im Falle der PatientInnen) aufbereitet sind. Bezüglich der anderen Bereiche besteht die Schwierigkeit, dass die Ergebnisse der Qualitätsmessungen von Anfang an kontrovers aufgenommen wurden und «politisiert» wurden. Bezüglich der Indikatoren des BAG gab es bisher keine systematischen Diskussionen oder einen moderierten Dialog. Der ANQ veranstaltet im Gegensatz dazu seit dem Jahr 2016 eine Tagung („Q-Day“) betreffend seine Messungen, deren Ziel ein „Dialog und die Vernetzung zwischen den Institutionen“ ist.

4. Auswirkungen der Revision auf den Qualitätswettbewerb

Wie in Kapitel 1.3 ausgeführt, hatte die KVG-Revision der Spitalfinanzierung zum Ziel, die wettbewerblichen Rahmenbedingungen zu stärken. In Bezug auf den Qualitätswettbewerb stehen folgende Hypothesen im Vordergrund (siehe Box 1 in Kapitel 1.2 zur Definition unterschiedlicher Qualitätsdimensionen):

1. Mit der *freien Spitalwahl* und der *zunehmenden Transparenz* sind wichtige Voraussetzungen für den Qualitätswettbewerb geschaffen worden. Die PatientInnen und die zuweisenden ÄrztInnen können sich besser informieren und ihr Spital nach Qualitätskriterien wählen. Eine qualitätsorientierte Wahl der PatientInnen erhöht den Wettbewerbsdruck auf die Spitäler.
2. Die vermehrten direkten *Vergleichsmöglichkeiten der Spitäler untereinander* (vgl. Kap. 3) können den Qualitätswettbewerb ankurbeln.
3. Die Erteilung der Leistungsaufträge in der *Spitalplanung* nach dem Planungskriterium Qualität kann den Qualitätswettbewerb fördern (vgl. Kap. 2.3).
4. Demgegenüber könnte ein ausgeprägter *finanzieller Druck* bei den Spitalern dem Qualitätswettbewerb entgegenwirken und sich dämpfend auf die Qualitätsbemühungen der Spitäler auswirken.

In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, inwiefern die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung den Qualitätswettbewerb unter den Spitalern fördern. Grundlage sind die Resultate der Befragung der Spitäler, die geführten qualitativen Interviews mit Spitalern und weiteren Stakeholdern sowie Ergebnisse aus dem Teilmandat Auswirkungen der KVG-Revision der Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft (Analysen der Patientenströme, Gruber und Lippitsch 2018).

4.1. Wahrgenommener Qualitätswettbewerb

In der Befragung wurden die Spitäler gefragt, wie sie den Qualitätswettbewerb wahrnehmen – vor der Revision und zum momentanen Zeitpunkt. Die Befragung unterschied verschiedene Aspekte von Qualität, namentlich die weiter oben eingeführten drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Dimensionen beziehen sich auf das Spital als Ganzes. Daneben wurden Einschätzungen zu drei Qualitätsaspekten erhoben, die sich auf die an den PatientInnen erbrachten Leistungen beziehen (medizinische Behandlungsqualität, pflegerisch-therapeutische Qualität und Servicequalität).

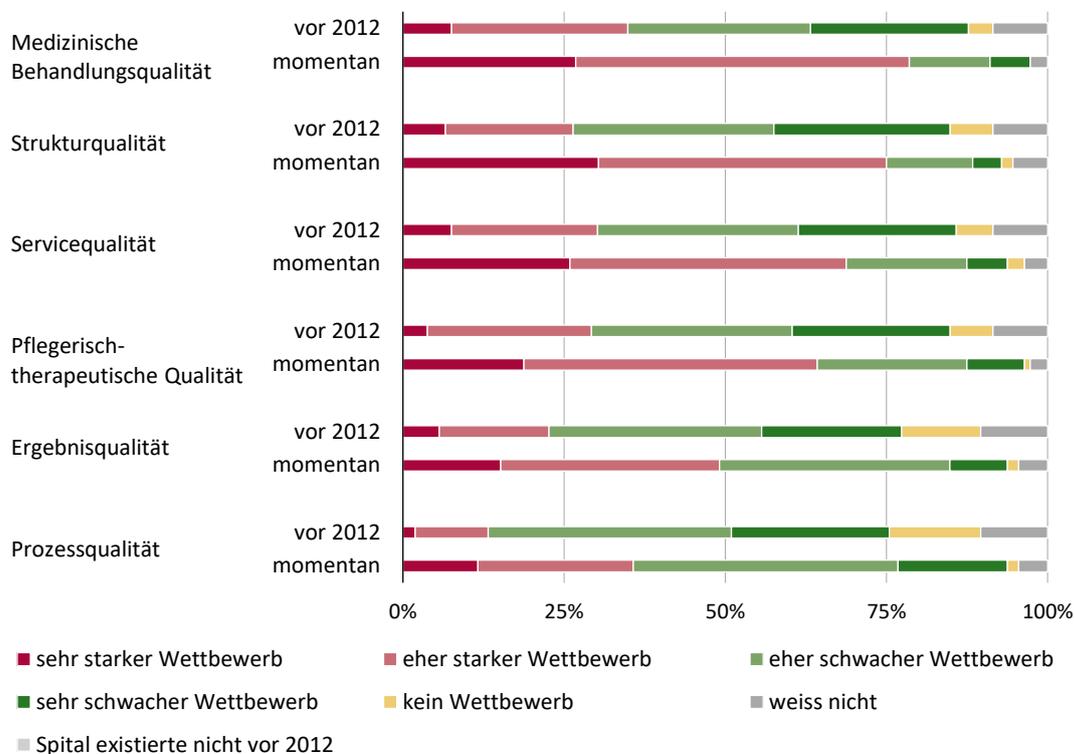
Der Qualitätswettbewerb hat in der Wahrnehmung der Spitäler zugenommen.

Aktuell nehmen die Spitäler einen starken Wettbewerb wahr, insbesondere in den Bereichen Strukturqualität, pflegerisch-therapeutische Qualität und medizinische Behandlungsqualität

(vgl. Abbildung 4). Bei einer Auswertung nach Spitaltyp fällt auf, dass die Spitäler der Grundversorgung und die weiteren Spitäler der Zentrumsversorgung im Hinblick auf fast alle Qualitätsdimensionen den Wettbewerb intensiver wahrnehmen als die restlichen Spitaltypen, darunter auch die Rehabilitationskliniken und psychiatrische Kliniken.

Gemäss den Einschätzungen der befragten Spitäler hat der Qualitätswettbewerb in allen Qualitätsdimensionen im Vergleich zur Periode vor der Revision der Spitalfinanzierung deutlich zugenommen oder teils erst richtig begonnen (siehe Abbildung 4). Diese Wahrnehmung ist über alle Spitaltypen hinweg erkennbar, wie eine Auswertung der Daten nach Spitaltyp zeigt. Eine besonders starke Zunahme nehmen die befragten Spitäler bei der Strukturqualität und bei der medizinischen Behandlungsqualität wahr (Zunahme der Spitäler, die einen sehr oder eher starken Wettbewerb verspüren um 48 respektive 44 Prozentpunkte). Auffällig ist dabei die Entwicklung bei den Universitätsspitalern: Vor dem Jahr 2012 waren diese gemäss eigenen Aussagen höchstens einem eher schwachen Wettbewerb ausgesetzt. Seither registrieren diese eine überproportional starke Zunahme des Konkurrenzdrucks in allen Qualitätsbereichen im Vergleich zu den anderen Spitaltypen. Bei den Rehabilitationskliniken und psychiatrischen Kliniken zeigen sich keine überproportionalen Zunahmen im wahrgenommenen Qualitätswettbewerb.

Abbildung 4: Wahrgenommener Qualitätswettbewerb nach Qualitätsdimension vor und nach der Revision



Frage: «Wie stark ist zum momentanen Zeitpunkt / war vor dem Jahr 2012 der Qualitätswettbewerb zwischen Ihrem und anderen Spitälern, in Bezug auf...?»

N=106 für die Einschätzung vor 2012, N=112 für die Einschätzung momentan (d.h. zum Befragungszeitpunkt) (je nach Item unterschiedlich viele fehlend)

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Aus den Interviews mit den Spitälern geht hervor, dass der Qualitätswettbewerb je nach Region unterschiedlich stark wahrgenommen wird. Beispielsweise erwähnen Spitäler aus eher ländlichen Gebieten, dass der Konkurrenzdruck bei ihnen weniger hoch sei.

4.2. Rolle der freien Spitalwahl und der Qualitätsmessungen

Qualität ist aus Sicht der Spitäler der wichtigste Faktor für die Spitalwahl.

Die Ergebnisse der Onlinebefragung zeigen weiter, dass die Spitäler davon ausgehen, dass die Qualität der Spitalleistungen für die Wahl des Spitals durch die PatientInnen durchaus eine grosse Rolle spielt. So ist der Faktor Qualität aus Sicht der Spitäler wichtiger für die Spitalwahl der PatientInnen als die geografische Nähe zum Spital (vgl. Abbildung 5). Der medizinischen Behandlungsqualität und der pflegerisch-therapeutischen Qualität messen die Spitäler dabei eine grössere Bedeutung bei als der Servicequalität. Vier von fünf befragten Spitälern sind zudem

der Ansicht, dass die Spezialisierung des Spitals wichtig für die Spitalwahl ist. Ein vergleichsweise geringeres Gewicht messen die befragten Spitäler der geografischen Nähe des Spitals (72%) für die Spitalwahl bei. Auch eine durch gfs.bern (2017) durchgeführte Bevölkerungsbefragung bestätigt, dass die räumliche Nähe des Spitals insgesamt eine geringere Rolle spielt als die Qualität der Therapie oder die Erfahrung des Arztes der Ärztin.

Die erweiterte Spitalwahl ist ein wichtiger Grund für Qualitätsbemühungen der Spitäler.

Durchschnittlich 28% der Spitäler, welche Qualitätsmassnahmen nach 2012 ergriffen haben, geben an, dass ein Grund hierfür die Konkurrenz durch die erweiterte Spitalwahl sei (vgl. Abbildung 14 im Anhang A5). Aufgrund der freien Spitalwahl haben die Spitäler demnach insbesondere in die Servicequalität, Gebäude- und Infrastrukturen, Qualitätsmessungen und Transparenz sowie Organisationsprinzipien und Zertifizierungen investiert. Gemäss vereinzelt ausgesprochenen Aussagen aus der qualitativen Befragung entsprechen die zunehmenden Qualitätsbemühungen der Spitäler auch einem generellen Trend, der bereits unabhängig von der Revision im Gang gewesen sei.

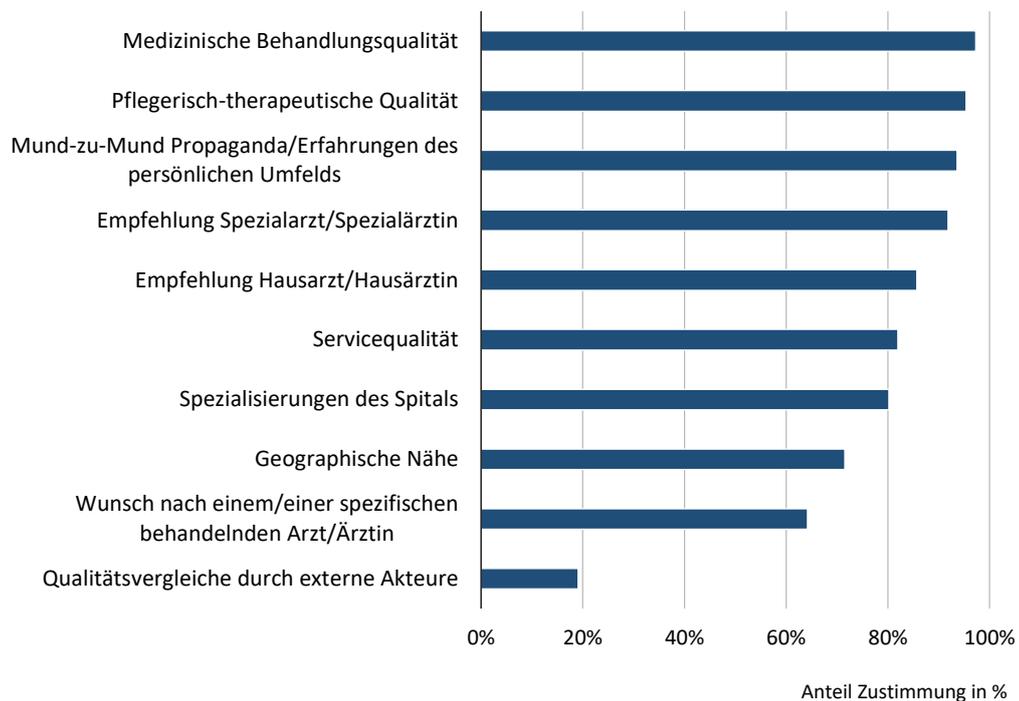
Zunehmende Transparenz für PatientInnen greift wenig beim Qualitätswettbewerb aus Sicht der Spitäler. Wichtigere Gründe für die Spitalwahl sind Erfahrungen des Umfelds und zuweisende ÄrztInnen.

Mit der freien Spitalwahl sind seit der Revision der Spitalfinanzierung Vergleichsportale entstanden, welche die PatientInnen bei ihrer Spitalwahl unterstützen sollen (vgl. Kap. 3). Diesen Vergleichsportalen messen die befragten Spitäler für die Spitalwahl jedoch wenig Gewicht bei (vgl. Abbildung 4). Genauso schätzt dies knapp die Hälfte der qualitativ befragten InterviewpartnerInnen ein, bei denen dies thematisiert wurde. Die Vergleichsplattformen würden, wenn schon, eher bereits getroffene Entscheide untermauern. Dass die Spitäler den Vergleichsportalen keine grössere Relevanz zuschreiben, dürfte damit zusammenhängen, dass die medizinische Qualität für die PatientInnen schwer einzuschätzen bzw. die entsprechenden Zahlen schwer interpretierbar sind (siehe Kapitel 3). Diese Wahrnehmung unterstützen auch die Angaben der Spitäler zu den Gründen für Qualitätsbemühungen nach der Revision. Demnach geben Informations- und Vergleichsportale für PatientInnen insgesamt selten (durchschnittlich bei 6% der Spitäler) den Ausschlag für Qualitätsbemühungen der Spitäler, sowohl bei der Struktur- als auch der Prozessqualität (vgl. Abbildung 14 im Anhang A5).

Vielmehr als die Vergleichsportale für PatientInnen spielen aus Sicht der Spitäler und Kliniken Erfahrungen des persönlichen Umfelds sowie Empfehlungen der zuweisenden Haus- und

SpezialärztInnen eine grosse Rolle für die Spitalwahl (vgl. Abbildung 5).⁵⁶ Einzig bei den psychiatrischen Kliniken wird den Erfahrungen des persönlichen Umfelds weniger Gewicht beigemessen. Die Empfehlungen der Spezial- und HausärztInnen sind gemäss der Einschätzung der befragten Spitäler insbesondere bei den Allgemeinspitälern⁵⁷ entscheidend. Erwartungsgemäss sind bei den Rehabilitationskliniken die Empfehlungen der HausärztInnen weniger wichtig als jene der SpezialärztInnen.⁵⁸

Abbildung 5: Entscheidende Faktoren für den Spitalentscheid aus Sicht der Spitäler



Frage: «Was sind aus Ihrer Sicht die entscheidenden Faktoren, dass sich die PatientInnen für Ihr Spital entscheiden?»
N=109-112 (je nach Item unterschiedlich)

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Zunehmende Vergleichsmöglichkeiten sind ein zusätzlicher Grund für Qualitätsanstrengungen.
Zur Frage, inwieweit die zunehmenden Vergleichsmöglichkeiten für die Spitäler untereinander zum Qualitätswettbewerb beitragen, gibt es verschiedene Hinweise aus der Evaluation:

⁵⁶ Aus den mit den Spitalern geführten Interviews geht darüber hinaus hervor, dass auch die Berichterstattung in den Medien Qualitätsdruck ausübt. Das Thema Qualität würde – auch bedingt durch die vermehrten Messungen und Publikationen – vermehrt von den Medien aufgegriffen. Die Spitäler befürchten dabei negative Schlagzeilen.

⁵⁷ Hierzu zählen wir die Universitätsspitäler, die weiteren Spitäler der Zentrumsversorgung und die Spitäler der Grundversorgung.

⁵⁸ Dies kann daran liegen, dass die HausärztInnen eher zu Beginn des Behandlungsprozesses für die PatientInnen zuständig sind, der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik aber eher auf einen spezialisierten Eingriff erfolgt.

- Die Vergleichsmöglichkeiten waren für durchschnittlich 15% der Spitäler ein Grund für Qualitätsverbesserungen seit der Umsetzung der Revision (vgl. Abbildung 14 im Anhang A5) - dies insbesondere in den Bereichen Transparenz und Messung von Qualität (58%) sowie Organisationsprinzipien und Zertifizierungen (24%).
- Aus der Befragung der Spitäler geht hervor, dass Qualitätsanstrengungen am häufigsten intrinsisch motiviert bzw. durch die eigenen Ansprüche an die Qualität begründet sind (vgl. Abbildung 14 im Anhang A5).⁵⁹
- Einzelne qualitativ befragte Akteure erklären, dass die Qualitätsindikatoren einen «gesunden Druck» auf die Spitäler ausübten, sich über die Situation im eigenen Spital ein Bild zu verschaffen und gewisse Massnahmen zu initiieren. Auch über die H+-Qualitätsberichte würde besser sichtbar, welche Aktivitäten die anderen Spitäler verfolgen.
- Einige andere befragte Akteure messen den Betriebsvergleichen hingegen wenig Gewicht bei. So erwähnen sie, dass sie die Aussagekraft der Indikatoren eingeschränkt sei, weshalb die Zahlen oft nicht weiterverwendet würden (siehe auch Kapitel 3.1 und 3.3).

4.3. Qualitätsorientierte Patientenströme

Inwiefern die PatientInnen die seit der Revision der Spitalfinanzierung geltende erweiterte Spitalwahl auch beanspruchen, haben Gruber und Lippitsch (2018) anhand der Entwicklung der interkantonalen Patientenströme analysiert. Gemäss dieser Analyse haben die interkantonalen Patientenströme schweizweit sowohl in der Akutsomatik als auch in der Rehabilitation und der stationären Psychiatrie zwischen 2010 und 2015 zugenommen.⁶⁰ Dabei sind auffällig hohe Steigerungsraten ausserkantonomer Hospitalisationen im Jahr 2012 zu beobachten, v.a. in der Akutsomatik und zu einem geringeren Ausmass in der stationären Psychiatrie.⁶¹ Nach dem Jahr 2012 blieben diese Zuwachsraten in etwa stabil. Obwohl die Einführung der freien Spitalwahl als eine Einflussgrösse auf die Zunahme des Anteils ausserkantonomer Spitalbehandlungen denkbar wäre, kann dieser Zusammenhang statistisch nicht belegt werden.⁶² Verschiedene Ergebnisse deuten dennoch auf einen Einfluss der erweiterten Spitalwahl hin:

- Der Zuwachs an ausserkantonomer Behandlungen fand vorwiegend bei den Allgemeinversicherten statt. Für Zusatzversicherte, welche bereits vor 2012 das Spital frei wählen konnten, nahmen die Anteil nicht zu.

⁵⁹ Es ist hierbei allerdings auch von einem sozial erwünschten Antwortverhalten der Spitäler auszugehen.

⁶⁰ Die Analyse basiert auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS der Jahre 2010 bis 2015.

⁶¹ Gemäss SWISS REHA ist der Anteil der ausserkantonomer Hospitalisationen bei den Rehabilitationskliniken mehr als doppelt so hoch als bei der Akutsomatik bzw. der Psychiatrie, weshalb es möglicherweise bei den Rehabilitationskliniken keine signifikant höhere Steigerung gegeben habe.

⁶² Die Autoren haben Signifikanztests angewendet, die aufgezeigt haben, ob die jährlichen Differenzen signifikant unterschiedlich waren. Um die Kausalität der neuen Spitalfinanzierung auf die Patientenströme abschliessend beurteilen zu können, wäre z. B. die Verwendung einer Kontrollgruppe nötig gewesen.

- Die verfügbare Infrastruktur in einem Kanton ist für den Anteil ausserkantonalen Behandlungen zentral. So ist die ausserkantonale akutsomatische Behandlung in einem Universitätsspital mit dem Faktor 1.7 wahrscheinlicher als in einem Grundversorgungsspital. Zudem finden sich die höchsten Anteile ausserkantonaler Hospitalisationen bei den hochspezialisierten Spitalleistungsgruppen.
- Die Wahrscheinlichkeit für ausserkantonale Hospitalisationen ist bei elektiven und somit planbaren medizinischen Behandlungen in allen Leistungsbereichen am höchsten.

4.4. Rolle des finanziellen Drucks

Seit der Revision der Spitalfinanzierung im Jahr 2012 gilt eine schweizweite einheitliche Tarifstruktur, was einen höheren finanziellen Druck bei den Spitälern auslösen könnte (vgl. Kap. 1.3 sowie B,S,S. 2018). In diesem Kapitel wird aufgezeigt, inwieweit der finanzielle Druck sich für die Spitäler verändert hat. Letztlich interessiert die Frage, ob und inwieweit der finanzielle Druck den erwünschten Effekten des Qualitätswettbewerbs entgegenwirkt.⁶³ Grundlage für die folgenden Ausführungen sind die Ergebnisse der Befragung der Spitäler sowie die Ergebnisse des Evaluationsmandats zur Auswirkung der KVG-Revision der Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems (B,S,S. 2018).

Der finanzielle Druck hat seit der KVG-Revision der Spitalfinanzierung zugenommen.

Gemäss Angaben der Spitäler hat der finanzielle Druck heute im Vergleich zur Periode vor der Revision deutlich zugenommen: Während 79% der befragten Spitäler für das Jahr 2016 einen hohen/sehr hohen finanziellen Druck wahrnehmen, geben dies für die Zeit vor 2012 nur 18% der Spitäler an (vgl. Abbildung 15 im Anhang A4 und INFRAS 2018, S.9). Die Kantone teilen diese Einschätzung. 24 von 26 Kantone gehen davon aus, dass der finanzielle Druck auf die Spitäler bezogen auf das Jahr 2016 eher oder sehr hoch ist und alle Kantone sind der Ansicht, dass dieser seit der Revision eher (18 Kantone) oder stark (8 Kantone) zugenommen hat (econcept 2018, S. 28/29).

Aus den Befragungen lassen sich Unterschiede im Ausmass des finanziellen Drucks und des Anstiegs seit der Revision nach Spitaltyp und Aktivitätsbereich eines Spitals identifizieren:

- Spitaltypen: Am stärksten ausgeprägt ist der finanzielle Druck (bezogen auf 2016) gemäss den Angaben der Spitäler und der Kantone bei den Universitätsspitalern, den Spitälern der

⁶³ Diese Frage wird in Kapitel 5 diskutiert.

Grundversorgung und den Spezialkliniken, am wenigsten ausgeprägt bei den Rehabilitationskliniken und psychiatrischen Kliniken.⁶⁴ Auch Auswertungen zu den EBITDA-Margen⁶⁵ bestätigen dieses Bild (B,S,S. 2018). Den grössten Anstieg des finanziellen Drucks verspüren Spitäler mit Schwerpunkt Akutsomatik. Bei knapp einem Drittel der Spitäler wechselte die Wahrnehmung des finanziellen Drucks (vor 2012/nach 2012) von tief auf hoch⁶⁶ und zwar tendenziell eher bei den Universitätsspitalern, den psychiatrischen Kliniken und den Zentrumsversorgern (INFRAS 2018b, S.11). Die Kantone teilen diese Einschätzung insbesondere in Bezug auf die Universitäts- und Zentrumsversorger (econcept 2018, S. 29/30).

- Aktivitätsbereiche: Bei den akutsomatischen Leistungen herrscht gemäss Angaben der Spitäler (bezogen auf 2016) der grösste Druck vor.⁶⁷ Bei diesem Leistungstyp war der finanzielle Druck bereits vor 2012 am ausgeprägtesten (24% erachteten ihn als sehr hoch oder hoch, 46% als eher hoch).⁶⁸ Am stärksten zugenommen hat der finanzielle Druck in der Akutsomatik und Psychiatrie, wobei in der Psychiatrie ein grösserer Anteil vor der Revision noch einen eher bis sehr tiefen finanziellen Druck spürten (vgl. INFRAS 2018b, S. 57 und 58 und S. 12).

Der finanzielle Druck wird am stärksten durch die Tarife im stationären Bereich ausgelöst.

Die Spitäler wurden ebenfalls nach den Gründen für die Zunahme des finanziellen Drucks gefragt (offene Frage). Deutlich am häufigsten nennen die Spitäler dabei die Spitaltarife im stationären Bereich (nicht kostendeckend, sinkende Tarife, Druck auf Tarife). Weitere häufig genannte Gründe sind Investitionen (z. B. in Digitalisierung, Infrastruktur), die neu durch die leistungsbezogenen Fallpauschalen finanziert werden müssten sowie ein defizitärer ambulanter Bereich. Relativ seltener als die Tarife werden steigende Kosten (z. B. Personalkosten) als Grund genannt.

4.5. Fazit aus Sicht des Evaluationsteams

Aus den empirischen Ergebnissen dieses Kapitels ziehen wir folgende Fazits zur Frage, ob die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung den Qualitätswettbewerb unter den Spitalern fördern und welchen Stellenwert der Kostendruck hat.

⁶⁴ Für die genauen Antworten der Spitäler vgl. INFRAS 2018b, S. 10 und 56 und für die Antworten der Kantone econcept 2018, S. 28.

⁶⁵ EBITDA = Earnings before interests, taxes, depreciation and amortization (Erlöse vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände). Die EBITDA-Marge ist eine Kennzahl für die Rentabilität eines Unternehmens.

⁶⁶ Präziser ausgedrückt von sehr tief/tief/eher tief auf eher hoch/hoch/sehr hoch

⁶⁷ 86% der Spitäler, die hauptsächlich akutsomatische Leistungen erbringen, beurteilen den aktuellen Kostendruck als sehr hoch oder hoch. Für Rehabilitations- und psychiatrischen Leistungen gaben dies rund zwei Drittel an und für geriatrische und Palliativbehandlungen knapp die Hälfte an (vgl. INFRAS 2018b, S. 58).

⁶⁸ Dies könnte auch widerspiegeln, dass einige Kantone bereits vor dem Jahr 2012 ein Abgeltungssystem mit Fallpauschalen eingesetzt haben.

Fazit 1: Der Qualitätswettbewerb hat seit der Revision deutlich zugenommen. Die Massnahmen der KVG-Revision tragen im unterschiedlichen Ausmass zu dieser Entwicklung bei.

Die empirischen Ergebnisse deuten aus unserer Sicht darauf hin, dass die mit der KVG-Revision eingeführte *erweiterte Spitalwahl* zu einem stärkeren Qualitätswettbewerb beitragen konnte. Gut ein Viertel der Spitäler gibt an, aufgrund der erweiterten Spitalwahl nach 2012 Massnahmen zur Verbesserung der Qualität ergriffen zu haben. Der Anstieg der Patientenströme fällt allerdings effektiv eher gering aus. Ein Grund hierfür könnte sein, dass ein Grossteil der Bevölkerung bereits vor der Revision über eine Zusatzversicherung verfügte, mit der ausserkantonale Spitalleistungen ohne Zusatzkosten in Anspruch genommen werden konnten. Mit einer Rolle spielen dürfte aber auch, dass die Qualität der Spitalleistungen für die PatientInnen noch wenig transparent ist (vgl. Kap. 3). Zudem wird die erweiterte Spitalwahl teilweise durch die Kantone beschränkt.⁶⁹ Auch wenn die Revision bisher wenige Patientenströme auslösen konnte, gehen wir dennoch davon aus, dass die erweiterte Spitalwahl einen stärkeren Qualitätsdruck ausgelöst hat. So zeigen die Antworten der Spitäler, dass diese aufgrund der *Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Spitälern* insgesamt einen stärkeren Wettbewerb um PatientInnen verspüren. Es ist daher davon auszugehen, dass von den Spitälern erwartet wurde, dass die PatientInnen ihre Wahlmöglichkeiten stärker nutzen (Antizipationseffekt). Der Einfluss der Vergleichsportale für die Spitalwahl wird von den Spitälern als gering eingeschätzt. Aus den Antworten der Spitäler geht vielmehr hervor, dass der Qualitätsdruck über andere Kanäle entsteht – namentlich über Empfehlungen von Zuweisenden und über die Befürchtung von negativen Erfahrungsberichten von Bekannten oder von negativen Schlagzeilen in den Medien.

Aufgrund der *vermehrt verfügbaren Informationen zur Qualität*, haben auch die Spitäler mehr Vergleichsmöglichkeiten untereinander. Die Befragung der Spitäler gibt aus unserer Sicht Hinweise darauf, dass dies – zwar im geringen Ausmass – aber ebenfalls zum Qualitätswettbewerb beiträgt. 15% der Spitäler geben an, dass sie aufgrund der zugenommenen Vergleichsmöglichkeiten, Qualitätsmassnahmen nach 2012 ergriffen haben. Einschränkend ist anzumerken, dass die vermehrt verfügbaren Qualitätskennzahlen nur teilweise eine direkte Folge der KVG-Revision sind (vgl. Kap. 3).

Die seit der KVG-Revision neu geltende Vorgabe für die Kantone, die Qualität in der *Spitalplanung* zu berücksichtigen, dürfte aus unserer Sicht kaum zum Qualitätswettbewerb beigetragen haben. Aus der Befragung der Kantone geht hervor, dass diese nur teilweise Qualitätsvergleiche zwischen den Spitälern machen (vgl. Kap. 2.1).

⁶⁹ Dies durch restriktive Aufnahmekriterien in die kantonalen Spitallisten, die intransparente Nutzung des Instruments der gemeinwirtschaftlichen Leistungen GWL und tiefe Referenztarife für ausserkantonale Spitalleistungen (vgl. z. B. Avenir Suisse 2018).

Unterschiede zwischen den Spitaltypen

Die akutmedizinischen ausgerichteten Spitälern nehmen heute einen stärkeren Qualitätswettbewerb wahr als die Rehabilitationskliniken und die psychiatrischen Kliniken.⁷⁰ Zugenommen hat der Wettbewerb bei allen, am stärksten aber bei den Spitaltypen, die vorher einen tieferen Qualitätswettbewerb wahrgenommen haben (Universitätsspitäler und psychiatrische Kliniken). Obwohl bei Rehabilitationskliniken ebenfalls eine freie Spitalwahl besteht, haben diese tendenziell seltener Massnahmen zur Verbesserung der Qualität ergriffen als die akutmedizinisch ausgerichteten Spitäler und die psychiatrischen Kliniken. Eine Erklärung für die Rehabilitation als nachgelagerter Bereich könnte sein, dass die Kooperationen zwischen Spitälern und Rehabilitationskliniken eingespielt sind und diese daher weniger Effekte durch die erweiterte Spitalwahl befürchten. Ferner mussten PatientInnen für Aufenthalte in Rehabilitationskliniken sowohl vor als auch nach 2012 bei den Versicherern eine Kostengutsprache einholen. Denkbar ist, dass die Rehabilitationskliniken dadurch bereits vor 2012 unter erhöhtem Druck standen und sich bereits früher um qualitätssteigernde Massnahmen bemüht haben.

Fazit 2: Der finanzielle Druck hat u.a. aufgrund der KVG-Revision der Spitalfinanzierung deutlich zugenommen.

Aufgrund der empirischen Ergebnisse lässt sich aus unserer Sicht schliessen, dass der finanzielle Druck auf die Spitäler insgesamt zugenommen hat. Dies geht nicht nur aus den Antworten der Spitäler⁷¹, sondern auch der Kantone sowie aus Kennzahlen (EBITDA-Marge) hervor. Auch wenn der Zusammenhang mit der KVG-Revision letztlich nicht eindeutig belegt werden kann, bestehen aus unserer Sicht starke Hinweise, dass die KVG-Revision hierzu einen wesentlichen Beitrag leistete. Die Spitäler geben als Gründe für den gestiegenen finanziellen Druck hauptsächlich die Spitaltarife an.

Am stärksten ist der Anstieg des finanziellen Drucks erwartungsgemäss im akutsomatischen Bereich, da die mit der KVG-Revision eingeführten DRG-Fallpauschalen (vorerst) nur in diesem Bereich eingeführt wurden.⁷²

Inwieweit der gestiegene finanzielle Druck dem Qualitätswettbewerb entgegenwirkt und zu möglichen qualitätsmindernden Reaktionen der Spitäler geführt hat, wird im folgenden Kapitel diskutiert.

⁷⁰ Eine Ausnahme bilden die Universitätsspitäler, bei denen der wahrgenommene Qualitätswettbewerb teilweise auch etwas geringer ausfällt als bei den Spitälern der Grundversorgung und den weiteren Spitälern der Zentrumsversorgung.

⁷¹ Es kann aus unserer Sicht nicht ausgeschlossen werden, dass die Spitäler teilweise strategisch geantwortet haben und tendenziell einen höheren finanziellen Druck ausweisen.

⁷² Für die Bereiche Rehabilitation und Psychiatrie sollten die Fallpauschalen frühestens 2019 eingeführt werden.

5. Auswirkungen der Revision auf die Versorgungsqualität

Kapitel 4 hat aufgezeigt, dass die Spitäler unter anderem aufgrund der KVG-Revision der Spitalfinanzierung sowohl einen erhöhten Wettbewerb um die Qualität als auch einen zunehmenden finanziellen Druck verspüren. Dieses Kapitel zeigt auf, welche Implikationen dies für die Qualität der Versorgung hat, namentlich für Struktur- und Prozessqualität sowie die Qualität an den Schnittstellen. Während die Spitäler auf den verstärkten Qualitätswettbewerb mit qualitätssteigernden Massnahmen reagieren dürften, ist die Reaktion auf den gestiegenen finanziellen Druck a priori unklar: Einerseits standen Befürchtungen im Raum, dass der Wettbewerb zu Sparmassnahmen führt, die sich negativ auf die Qualität auswirken könnten. Andererseits kann der Wettbewerb Auslöser sein, Prozesse und Schnittstellen neu zu gestalten, was sich letztlich auch in einer höheren Qualität niederschlagen könnte.

Daneben werden in diesem Kapitel weitere Entwicklungen beleuchtet, welche die Qualität der Versorgung beeinflussen können. Dazu gehören Konzentrationen im Leistungsspektrum, Spezialisierungen und Kooperationen. Die Wirkungshypothese in Bezug auf diese Aspekte ist, dass verstärkte Konzentrationen auf einzelne Leistungsbereiche zu routinierteren Abläufen und zu einer verstärkten Spezialisierung bzw. vermehrten Erfahrungen führen dürfte.

Grundlagen für die Ausführungen sind die Onlinebefragung sowie qualitative Interviews mit den Spitalern zu ihren durchgeführten Aktivitäten im Bereich Qualität, die Auswertung des Obsan von Indikatoren zur Qualität der Spitalleistungen (Tuch et al. 2018), Interviews mit nachgelagerten Institutionen zur Qualität an den Schnittstellen, Datenanalysen zu Konzentrationsprozessen und Spezialisierungen (econcept/LENZ 2018) sowie die relevante Literatur aus der Begleitforschung.

5.1. Struktur- und Prozessqualität

Wie bereits in Box 1 im Kapitel 1.2 ausgeführt, betrifft die Strukturqualität die Rahmenbedingungen (Personal, Infrastruktur) und die Prozessqualität die Art der Erbringung von Leistungen, die direkt oder indirekt mit dem Versorgungsprozess zusammenhängen. In der Befragung der Spitäler haben wir erhoben, welche Aktivitäten die Spitäler in diesen Bereichen vor/nach/vor und nach der Revision umgesetzt haben. In den folgenden Ausführungen gehen wir auf die Ergebnisse näher ein.

Ergebnisse zur Strukturqualität

Keine Hinweise auf einen möglichen Personalabbau.

Zur Untersuchung der Strukturqualität hat das Obsan (Tuch et al. 2018) Indikatoren auf Ebene des Personals untersucht: Personelle Ressourcen sowie Qualifikation des Personals im Verhältnis zueinander und zu den erbrachten Leistungen.⁷³ Diese sollen aufzeigen, inwiefern sich die Kosteneindämmung, die mit der KVG-Revision intendiert wurde, auf den Einsatz der Ressourcen auswirkt. Die Analysen deuten nicht auf einen Ressourcenabbau beim Personal seit der Revision der Spitalfinanzierung hin. So ist sowohl das Betreuungsverhältnis nach Berufsgruppe⁷⁴ sowie der Skill-Mix⁷⁵ in der Akutsomatik, in der Rehabilitation und in der Psychiatrie zwischen 2010 und 2016 weitgehend stabil geblieben. Beim Skill-Mix zeigt sich zudem folgende Tendenz: Das Pflegepersonal mit Abschluss auf Sekundarstufe II in allen stationären Versorgungsbereichen sowie die PsychologInnen in der Psychiatrie haben an Bedeutung gewonnen. Das Obsan führt dies primär auf den Fachkräftemangel und die steigende Beliebtheit der Ausbildung Fachfrau/-mann Gesundheit zurück.

Aus der Befragung der Spitäler geht nicht eindeutig hervor, ob Personal abgebaut wurde. Die Spitäler wurden gefragt, zu welchen Anpassungen es aufgrund eines gestiegenen finanziellen Drucks gekommen ist. Zwar geben 30% der Spitäler an, einen grösseren Personalabbau (≥ 10 Vollzeitstellen) nach der Revision vorgenommen zu haben. Der Personalabbau geht aber weitgehend mit Schliessungen von Abteilungen (22% der befragten Spitäler) und einem Bettenabbau (25% der befragten Spitäler) einher (vgl. Abbildung 16 im Anhang).

Wenige weitere Veränderungen in der Strukturqualität.

Auch die Antworten der Spitäler auf die Frage, welche Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität sie vorgenommen haben, deuten insgesamt darauf hin, dass in Bezug auf die Strukturqualität wenige Veränderungen durch die Revision erfolgt sind. Die Mehrheit der Spitäler – insbesondere die Universitätsspitäler, Zentrumsversorger und Psychiatrien – gibt an, sowohl vor als auch nach 2012 Massnahmen beim Personal und der Infrastruktur vorgenommen zu haben (total 57% der Spitäler geben dies bei Qualitätsbestrebungen beim Personal, 55% bei der Infrastruktur an). Lediglich 30% bzw. 21% und somit ein deutlich geringerer Anteil als bei Aspekten

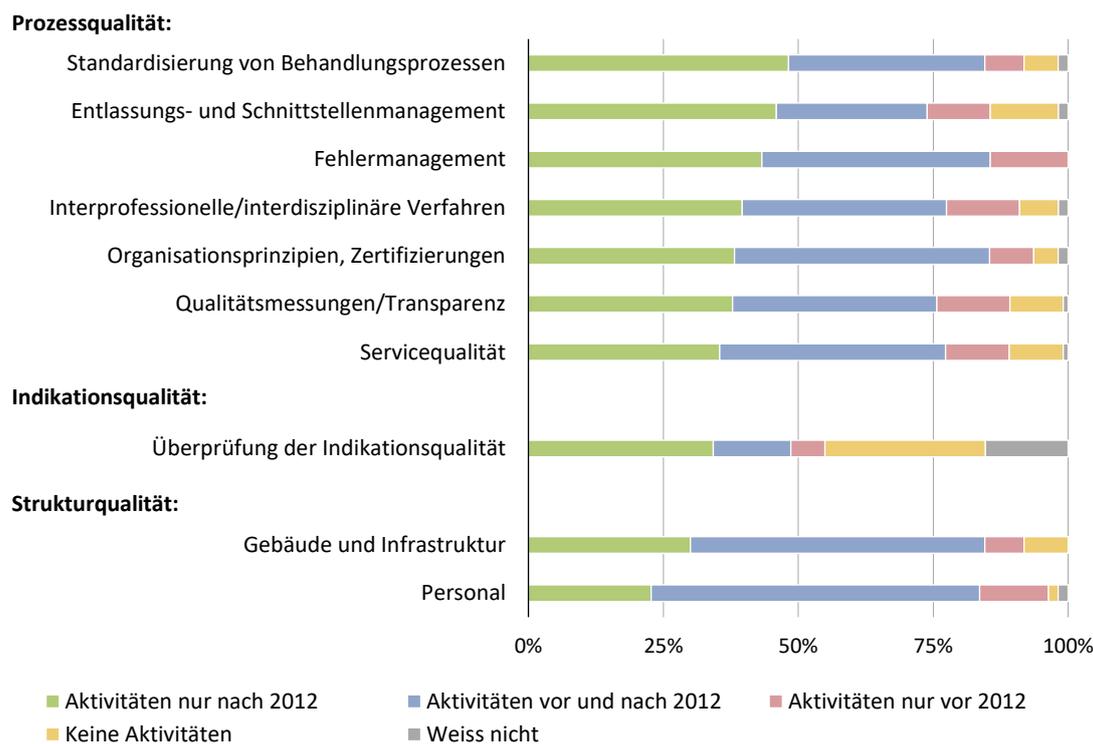
⁷³ Gemäss Tuch et al. (2018) sind bei den Analysen zwei Einschränkungen zu berücksichtigen. Erstens kann in der Krankenhausstatistik nicht zwischen ambulanten und stationären Personalressourcen unterschieden werden. D. h. das Personal von angegliederten Ambulatorien fliesst ebenfalls in die Berechnungen der Indikatoren mit ein und führt dazu, dass die Personalressourcen tendenziell überschätzt werden. Um trotzdem eine Einschätzung zur Entwicklung im stationären Bereich machen zu können, wurde anhand der Kostenträgerrechnung der Anteil des ambulant tätigen Personals geschätzt und aus diesen Analysen ausgeschlossen. Es lässt sich dabei aber nicht klären, ob allfällige Entwicklungen im stationären, ambulanten oder in beiden Bereichen stattgefunden haben. Zweitens wurde angenommen, dass der Personalbedarf pro Pfl egetag konstant bleibt. Ob diese Annahme der Realität entspricht, kann mangels Daten nicht überprüft werden. Theoretisch möglich ist, dass die Pflegeintensität im Untersuchungszeitraum zugenommen hat und somit eine relative Abnahme des Betreuungsverhältnisses stattgefunden hat. Ferner weist curafutura auf qualitative Untersuchungen sowie Auswertungen von LEP Daten (Leistungserfassungsdaten in der Pflege) hin. Diese würden aufzeigen, dass durch die verkürzte Aufenthaltsdauer in den Spitälern eine deutliche Arbeitsverdichtung stattgefunden habe. Diese Daten wurden in vorliegendem Bericht nicht untersucht.

⁷⁴ Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro 1'000 Fälle und pro Pfl egetage

⁷⁵ Anteil VZÄ nach Berufsgruppe

der Prozessqualität haben erst seit 2012 bei der Strukturqualität explizite Massnahmen ergriffen (vgl. Abbildung 6) – dies insbesondere im Bereich des Personals die Grundversorger und Spezialkliniken und im Bereich der Gebäude und Infrastruktur die Rehabilitationskliniken und Grundversorger.

Abbildung 6: Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität vor und nach der Revision



Frage: «Hat Ihr Spital seit dem Jahr 2012/vor dem Jahr 2012 in den folgenden Bereichen Aktivitäten explizit zur Verbesserung der Qualität unternommen?» N = 110-111 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend).
 Zu den Präzisierungen im Fragebogen zu den einzelnen Aktivitätsbereichen vgl. Anhang A5.

Grafik: INFRAS. Quelle: INFRAS: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Ergebnisse zur Prozessqualität

Abnehmende mittlere Aufenthaltsdauer, aber Zusammenhang mit der KVG-Revision unklar.

In Bezug auf die Prozessqualität kann aus verfügbaren Sekundärdaten die mittlere Aufenthaltsdauer als Indikator dienen. Eine Verringerung der Aufenthaltsdauer kann als eine Verbesserung der Effizienz und damit als Qualitätssteigerung verstanden werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass bei einer inadäquaten Verkürzung der Aufenthaltsdauer gesundheitliche Risiken für die PatientInnen entstehen (vgl. Tuch et al. 2018). Die Analysen des Obsan zeigen, dass die mittlere Aufenthaltsdauer zwischen 2009 und 2016 in den Versorgungsbereichen Akutsomatik (durchschnittlich -1.9%) und Psychiatrie (durchschnittlich -2.6%) rückläufig war und in der Rehabilitation weitgehend konstant blieb (ebenda).

Für den Bereich der Akutsomatik entspricht diese Entwicklung den Erwartungen aus der Umstellung von einem Einzelleistungs- zu einem Pauschaltarif in Form der DRG. Bereits für die Jahre zuvor stellten Busato und von Below (2010) in Kantonen mit APDRG-Fallpauschalen kürze Aufenthaltsdauern fest. Allerdings zeigt das Obsan auch auf, dass die abnehmende Entwicklung seit 2009 stetig und auch für den Bereich der Psychiatrie erfolgte (Tuch et al. 2018). Dies lässt vermuten, dass neben der Einführung der Fallpauschalen auch andere Gründe zu kürzeren Aufenthaltsdauern führten. Auch in den Interviews wird von einigen Befragten erwähnt, dass die Veränderung der Behandlungsabläufe ein genereller Trend sei, der nicht per se auf die Revision zurückzuführen sei.

Deutlichere Zunahme der Aktivitäten im Bereich der Prozessqualität.

Die Umfrage bei den Spitälern zeigt folgendes Bild in Bezug auf unterschiedliche Merkmale der Prozessqualität auf (siehe Abbildung 6): Die Spitäler haben seit 2012 vor allem Verbesserungen in den Bereichen Standardisierung von Behandlungsprozessen und Entlassungs- und Schnittstellenmanagement⁷⁶ angestrebt. Zur Standardisierung von Behandlungsprozessen thematisieren die Spitäler in den qualitativen Interviews besonders häufig die Einführung von «Lean Management»-Prozessen. Ferner erwähnen einige befragte Spitäler, in den Spitälern Standardprozesse definiert zu haben, bspw. das «Team time out» in den Operationssälen oder Checklisten. In den weiteren Bereichen (Fehlermanagement, Servicequalität, interprofessionelle Verfahren, Organisationsprinzipien und Zertifizierungen, Qualitätsmessungen und Servicequalität) hat über ein Drittel (35%-43%) der Spitäler erst nach 2012 Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität unternommen.

Bei den meisten genannten Aspekten zeigt sich dasselbe Schema: Die Universitätsspitäler und die Zentrumsversorger haben tendenziell sowohl vor als auch nach 2012 Anstrengungen unternommen, die Grundversorger tendenziell erst nach 2012. Psychiatrische Kliniken haben überproportional häufig beim Fehlermanagement und den Qualitätsmessungen aufgeholt. Die Rehabilitationskliniken haben bei den meisten Aspekten überproportional häufig bereits vor 2012 Massnahmen ergriffen.

Indikationsqualität⁷⁷

Im Bereich der Indikationsqualität haben die Spitäler bisher vergleichsweise wenige Massnahmen ergriffen (vgl. Abbildung 6). Bereits stärker etabliert ist dies v.a. bei den Universitätskliniken und bei den Rehabilitationskliniken. Einzelne qualitativ befragte Spitäler erwähnen, dass die Indikationsqualität zunehmend an Bedeutung gewinne, bspw. durch die Messung der Lebensqualität nach Knie- und Hüftoperationen.

⁷⁶ Zum Entlassungs- und Schnittstellenmanagement vgl. auch Kap. 5.2.

⁷⁷ Da die Indikationsqualität auch als Teil der Prozessqualität betrachtet werden kann, werden die Ergebnisse dazu hier ausgeführt.

Wie nachfolgende Beispiele zeigen, gab es in den letzten Jahren verschiedene Initiativen zur Evaluation der Indikationsqualität einerseits, wie auch zur Sensibilisierung und Verbesserung andererseits:⁷⁸ Die unterschiedlichen Behandlungsraten können beispielsweise per Internet abgerufen werden (www.versorgungsatlas.ch). Dort zeigen sich bei einigen Themen (Eingriffe am Knie, Herzkatheterversorgung, bestimmte Wirbelsäuleneingriffe) grosse regionale Unterschiede. Eine weitere erwähnenswerte Initiative zum Thema Indikationsqualität ist die «Choosing Wisely» Bewegung, die das Ziel hat, die Überversorgung mit bestimmten Verfahren und Therapien – d.h. Leistungen, die im konkreten Einzelfall nicht induziert sind oder gar Schaden bringen⁷⁹– zu reduzieren (www.smartermedicine.ch).

Gründe für Qualitätsverbesserungen

Die Massnahmen der Revision sind mit ein Grund für Qualitätsanstrengungen der Spitäler

In der Befragung haben die Spitäler Gründe angegeben, weshalb sie Massnahmen im Bereich der Qualität vor und nach der Revision ergriffen haben. Dabei wurden u.a. Gründe abgefragt, welche einen direkten Zusammenhang mit der Revision haben. Dies gibt Hinweise auf den Einfluss der KVG-Revision auf die Struktur- und Prozessqualität: Als häufigsten Grund für Qualitätsverbesserungen nennen die Spitäler eigene Ansprüche an die Qualität und die Ansprüche der PatientInnen. Aber auch Gründe, die mehr oder weniger direkt mit den Massnahmen der KVG-Revision zusammenhängen, haben gemäss Angaben der Spitäler dazu geführt, dass Massnahmen zur Verbesserung der Qualität seit 2012 umgesetzt wurden (vgl. Abbildung 7 und INFRAS 2018, S. 18 und 19):

- Druck die Kosteneffizienz zu erhöhen (für 38% der Spitäler, die seit 2012 Qualitätsmassnahmen umgesetzt haben ein Grund): Am häufigsten hat der Kostendruck zu Massnahmen im Bereich der Prozessqualität (Standardisierung Behandlungsprozesse (61%⁸⁰), Entlassungs- und Schnittstellenmanagement (58%) sowie zu Massnahmen im Bereich Personal (40%) geführt.
- Erweiterte Spitalwahl (für 28% ein Grund): Die erweiterte Spitalwahl bewirkte am häufigsten Massnahmen im Bereich Servicequalität (49%), Gebäude und Infrastrukturen (37%) und Qualitätsmessungen/Transparenz (35%).
- Kantonale Vorgaben (für 25% ein Grund): Aufgrund von kantonalen Vorgaben wurden seit 2012 vor allen in den Bereichen Qualitätsmessungen /Transparenz (55%), Fehlermanagement (51%), und Organisationsprinzipien/Zertifizierungen (43%) Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.

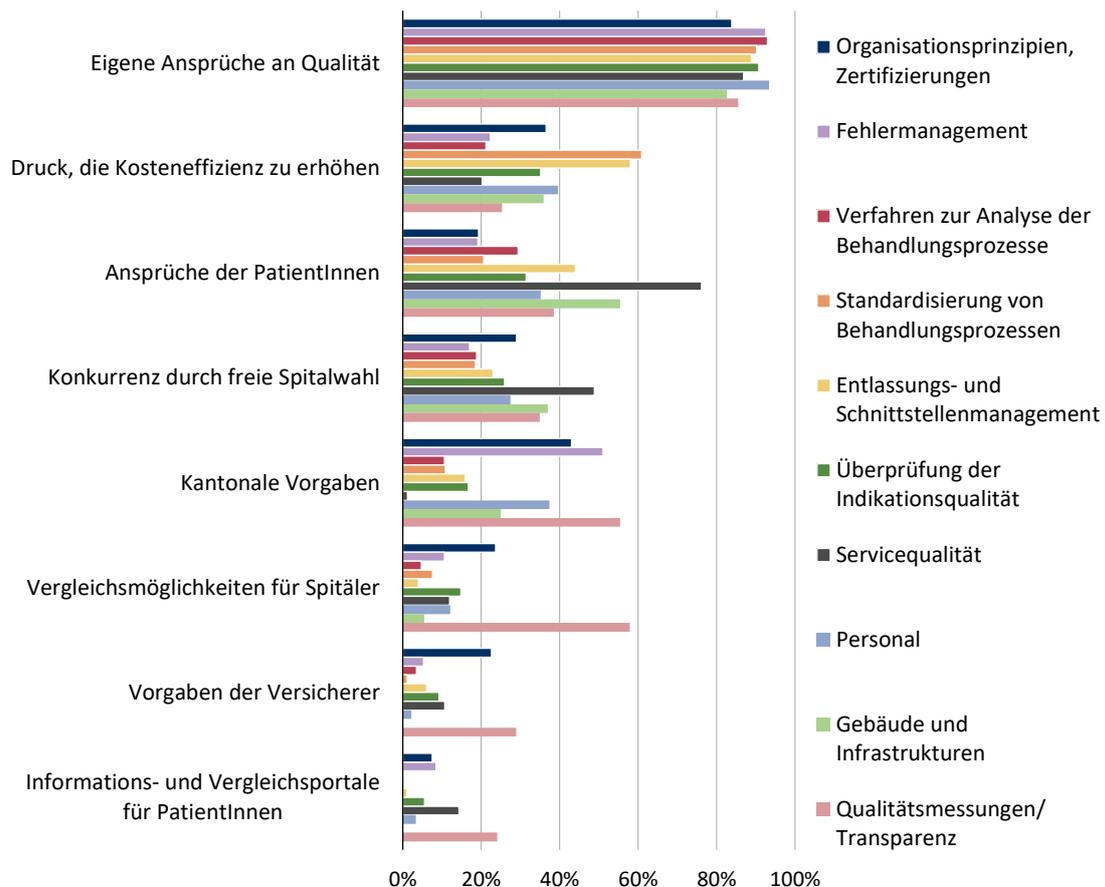
⁷⁸ Diese Initiativen fokussieren allerdings eher auf die wirtschaftliche Dimension der Indikationsqualität, d.h. auf den Abbau von Überversorgung.

⁷⁹ Im Allgemeinen können die Leistungen aber nutzbringend sein.

⁸⁰ Im Folgenden ist jeweils nur die Prozentzahl aufgeführt. Diese bedeutet jeweils, dass für diesen Prozentanteil der Spitäler, welche seit 2012 Qualitätsverbesserungen in dem entsprechenden Bereich vorgenommen haben, der jeweilige Grund ausschlaggebend war.

- Vergleichsmöglichkeiten für Spitäler (für 15% ein Grund): Die Vergleichsmöglichkeiten waren am häufigsten dafür entscheidend, dass im Bereich Qualitätsmessungen/Transparenz (58%) und Organisationsprinzipien, Zertifizierungen (24%) Verbesserungen seit 2012 umgesetzt wurden.

Abbildung 7: Gründe für Qualitätsverbesserungen in verschiedenen Bereichen



Frage: «Sie haben angegeben, dass Ihr Spital seit dem Jahr 2012 in den folgenden Bereichen versucht hat, die Qualität Ihrer Spitalleistungen zu verbessern. Welches waren die Gründe dafür?» N=113 (bezogen auf die Antworten bei Q9)

Grafik INFRAS. Quelle: INFRAS: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Weitere Einflussfaktoren im Bereich der Qualität der Spitalleistungen

Die Antworten der Spitäler deuten darauf hin, dass im Bereich der Struktur- und Prozessqualität bereits vor 2012 «Trends» im Gange waren und heute noch sind, welche die Spitäler zu Qualitätsanstrengungen veranlassen. Dies wird auch in den Interviews mit den Spitalern und den Stakeholdern verschiedentlich thematisiert. Die befragten Akteure erwähnen insbesondere folgende Kontextfaktoren:

- Genereller Qualitätstrend: Qualitätsbestrebungen weiterer Akteure (Fachgesellschaften, Stiftung Patientensicherheit, Swissnoso), Erkenntnisse aus dem Ausland zu erfolgreichen

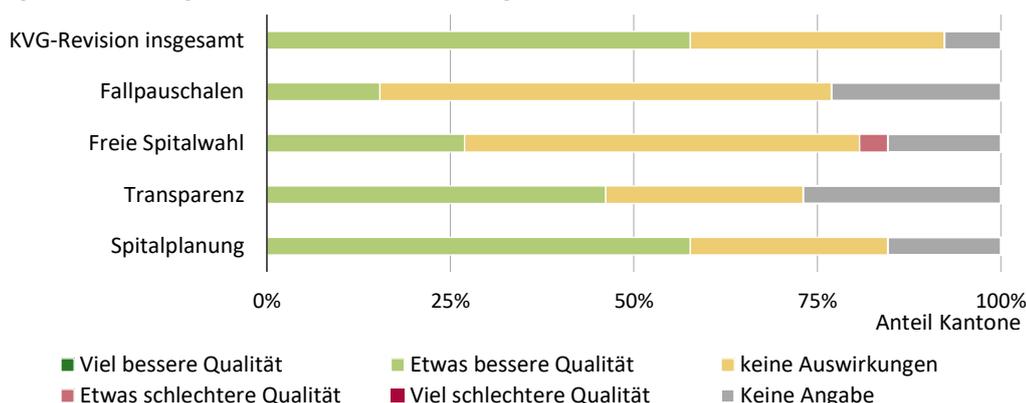
Verfahren zur Verbesserung der Qualität, Professionalisierung (Qualitätsmanagementsysteme, generelle Managementsysteme), Digitalisierung und E-Health.

- Agenda-Setting durch die Medien/vermehrtes öffentliches Interesse: Die Medien greifen das Thema vermehrt auf – auch bedingt durch die vermehrten Qualitätsmessungen und -publikationen.
- Autonome und aufgeklärtere PatientInnen.

Sicht der Kantone zum Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen

Die Kantone gehen mehrheitlich (15 von 26)⁸¹ davon aus, dass die KVG-Revision zu einer eher besseren Qualität der Spitalleistungen⁸² geführt hat (vgl. Abbildung 8). Aus Sicht der Kantone hat die Spitalplanung am stärksten dazu beigetragen, gefolgt von den Veränderungen in der Transparenz, der freien Spitalwahl und schliesslich den Fallpauschalen.

Abbildung 8: Einschätzung der Kantone zur Beeinflussung der Qualität durch die KVG-Revision



Frage: «Welche Auswirkungen hat die KVG-Revision/die freie Spitalwahl/die Veränderung der Transparenz/die Änderungen im Bereich der Spitalplanung auf die Qualität der Spitalleistungen im Kanton?» N = 26 Kantone.

Grafik INFRAS. Quelle: econcept 2018.

Vergleicht man diese Einschätzung mit den von den Spitälern angegebenen Gründen für Qualitätsverbesserungen nach 2012 (vgl. oben), zeigen sich Unterschiede in den Einschätzungen. Die Spitäler messen der kantonalen Spitalplanung eine geringere Bedeutung bei als die Kantone selbst. Dies bestätigt auch eine zusätzliche Frage an die Spitäler, inwieweit die Qualitätsvorgaben seitens der Kantone zur Erteilung der Leistungsaufträge positiv zur Qualität der Leistungen des Spitals beigetragen haben. Lediglich rund ein Drittel⁸³ der Spitäler ist der Ansicht, dass die

⁸¹ Neun Kantone sehen keine Auswirkungen auf die Qualität und zwei Kantone machten zu dieser Frage keine Angabe.

⁸² Es wurde nicht nach spezifischen Aspekten der Qualität gefragt. Da die Struktur- und Prozessqualität Voraussetzungen für die Ergebnisqualität darstellen und der Einfluss der KVG-Revision auf die Ergebnisqualität vermutlich schwieriger durch die Kantone beurteilt werden kann, werden die Ergebnisse zu dieser Frage an dieser Stelle ausgeführt.

⁸³ 26% der Spitäler antworteten mit «trifft eher zu», 5% mit «trifft voll und ganz zu». 62% der Spitäler stimmen dem (eher) nicht zu.

Qualitätsvorgaben positiv zur Qualität beigetragen haben, dabei am häufigsten die psychiatrischen Kliniken (42%) und am seltensten die Spitäler der Zentrumsversorgung (24%) (vgl. INFRAS 2018b, S. 120). Aus Sicht der EvaluatorInnen sind die Abweichungen bei der Einschätzung der Spitäler und der Kantone durch die unterschiedlichen Perspektiven erklärbar. So geht aus den Interviews mit den Spitälern zum Teil hervor, dass die Spitäler die Qualitätsvorgaben der Kantone zum Teil bereits vorher umgesetzt hatten und die Ansprüche der Kantone erst nach der Revision aufgekommen seien. Für die Kantone sind die bereits vor der Revision umgesetzten Massnahmen vermutlich nur zum Teil sichtbar.

Anpassungen aufgrund des gestiegenen finanziellen Drucks

Spitäler reagieren mit Struktur- und Prozessoptimierungen.

Die Antworten der Spitäler zu den Gründen für qualitätsverbessernde Massnahmen deuten darauf hin, dass diese zum Teil⁸⁴ auf den gestiegenen Kostendruck mit *qualitätsverbessernden* Massnahmen reagiert haben, insbesondere mit der Standardisierung von Prozessen und Veränderungen im Schnittstellen- und Entlassungsmanagement sowie mit Verbesserungen der Strukturqualität (Veränderungen beim Personal und der Infrastruktur/den Gebäuden). Ähnliche Angaben liegen aus den Interviews mit den Stakeholdern vor: So erwähnen v.a. die befragten Spitäler, dass der Kostendruck bei Spitälern zu qualitätsverbessernden Massnahmen wie einer intensiveren Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bzw. Zuweisenden, Lean Management Ansätzen und einer detaillierteren Planung der Ein- und Austritte führe.

Hinweise zu den Auswirkungen des Kostendrucks auf die Qualität liefert auch die allgemeine Frage nach Anpassungen aufgrund des finanziellen Drucks (vgl. Abbildung 16 im Anhang A6). Für die Qualität besonders wichtig sind dabei Struktur- und Prozessoptimierungen: Zwei Drittel der befragten Spitäler gaben an, erst seit der Revision der Spitalfinanzierung die Strukturen und Prozesse aufgrund des finanziellen Drucks optimiert zu haben.

Wenige Hinweise auf mögliche qualitätsmindernde Reaktionen.

Auf mögliche qualitätsmindernde Auswirkungen etwa im Bereich Personal oder in Bezug auf Investitionen, gibt es nur vereinzelte Hinweise:

- Auf einen systematischen Abbau von Personal als mögliche qualitätsmindernde Reaktion kann aufgrund der Ergebnisse der Befragung und der Datenanalysen wie oben ausgeführt nicht geschlossen werden. Einzelne befragte Akteure⁸⁵ erwähnen, dass aufgrund des Kostendrucks bei den Personalausgaben und Weiterbildungsausgaben gespart würde.

⁸⁴ Der gestiegene Kostendruck war der am zweithäufigsten genannte Grund für Qualitätsverbesserungen nach 2012.

⁸⁵ Einzelne Spitäler, SBK.

- In Bezug auf das Personal ist der Arbeitsdruck und Stress infolge von Prozessoptimierungen ein weiterer möglicher Hinweis auf Qualitätseinbussen. Kleinknecht-Dolf et al. (2015a) weisen darauf hin, dass der mit leistungsbezogenen Fallpauschalen einhergehende finanzielle Druck zu moralischem Stress von Pflegefachpersonen führen kann, was in der Folge die Qualität der Pflege beeinträchtigen kann.⁸⁶ Auch eine Studie im Auftrag der FMH (gfs.bern 2015) thematisiert den Faktor Stress bei der Spitalärzteschaft. Die Befragung zeigt, dass der Anteil der befragten ÄrztInnen, der angibt, meistens oder häufig Stress ausgesetzt zu sein, tendenziell ansteigt.
- Rund die Hälfte der befragten Spitäler gibt in der Befragung an, seit der Revision der Spitalfinanzierung Investitionen aufgeschoben bzw. reduziert zu haben. Ob dies auf Kosten der Qualität erfolgte bzw., ob auf weniger notwendige Investitionen verzichtet wurde, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Möglich ist, dass die Spitäler den finanziellen Druck kurz- bis mittelfristig auf diese Weise kompensieren konnten, ohne dass sich dies bisher negativ auf die Qualität auswirken musste. D.h. der Kostendruck könnte sich allenfalls erst später negativ auf die Qualität auswirken. Einzelne Spitäler erklären in den Interviews hingegen, dass man sich einen Abbau von Investitionen in die Qualität aufgrund des gestiegenen Wettbewerbsdrucks «nicht leisten» könne.

5.2. Qualität an den Schnittstellen

Die KVG-Revision schuf durch die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen Anreize, die Aufenthaltsdauer im Bereich der akutsomatischen stationären Versorgung kurz zu halten und somit Leistungen in den Bereich der Nachversorgung zu verschieben. Die Auswirkungen auf die Qualität an den Schnittstellen werden in diesem Kapitel daher genauer beleuchtet.

Die Schnittstellen sind gemäss Aussagen der Spitäler relevanter geworden.

Die Ergebnisse der Spitalbefragung sowie der Analysen des Obsan auf Basis von Sekundärdaten deuten darauf hin, dass die Schnittstellen insgesamt relevanter geworden sind bzw. eine Zunahme der Verlegungen in nachgelagerte stationäre und vor- und nachgelagerte ambulante Einrichtungen stattgefunden hat: 44% der den Akutspitalern oft nachgelagerten Leistungserbringer⁸⁷ stellen aufgrund der KVG-Revision mehr Verlegungen von Akutspitalern fest (vgl. Abbildung 9). Darunter finden sich vor allem die Rehabilitationskliniken (69%) (vgl. INFRAS 2018b,

⁸⁶ Daher wurde im Rahmen der DRG-Begleitforschung Pflege ein Monitoring des Einflusses der DRG-Finanzierung auf Pflegekontextfaktoren aufgebaut. Dieses soll helfen, die Auswirkungen der DRG auf die Qualität der Pflege zu messen (Kleinknecht-Dolf et al. 2015b).

⁸⁷ Leistungserbringer mit Haupttätigkeit Rehabilitation, Geriatrie, Palliative Care und Psychiatrie sowie die Restkategorie «andere Spitäler»

S. 112).⁸⁸ Zudem gibt knapp die Hälfte aller Spitäler an, dass es zu mehr Verlagerungen von Teilen der Behandlungen in vor- und nachgelagerte ambulante sowie in nachgelagerte stationäre Bereiche gekommen ist. In beiden Fällen sind dies insbesondere die weiteren Spitäler der Zentrumsversorgung⁸⁹ (vgl. INFRAS 2018b, S. 103-115). Die Analysen des Obsan (Tuch et al. 2018) bestätigen die Ergebnisse weitgehend. Die Studie stellt eine Zunahme der Übertritte⁹⁰ von der Akutsomatik in die Rehabilitation fest sowie eine (risikoadjustierte)⁹¹ Zunahme der Weiterbehandlungen in Spitexorganisationen ausgehend von der Akutsomatik⁹² (Zeitraum 2009-2016). Ein kausaler Zusammenhang mit der KVG-Revision konnte mit den verfügbaren Daten nicht überprüft werden. Eine weitere Untersuchung im Rahmen der KVG-Revision der Spitalfinanzierung zu Leistungsverschiebungen und Mengenausweitungen, findet (Teil-)Verlagerungen in Pflegeheime, nachgelagerte stationäre Leistungserbringer und den spital- und praxisambulanten Bereich aufgrund der eingeführten Fallpauschalen (Widmer et al. 2017). Diese Studie basiert im Unterschied zur Studie des Obsan auf Versicherungsdaten für den Zeitraum 2011-2014 und verwendet einen kausalanalytischen Ansatz.⁹³ Die verschiedenen Studien sowie die Aussagen der Spitäler lassen aus Sicht der EvaluatorInnen den Schluss zu, dass aufgrund der KVG-Revision eine Zunahme von Verlegungen der PatientInnen in nachgelagerte Versorgungsbereiche stattgefunden hat.

Mehrere Hinweise auf frühere Verlegungen von der Akutsomatik in nachgelagerte Bereiche aufgrund der Revision.

Die befragten stationären und ambulanten, oft nachsorgenden Leistungserbringer (Rehabilitationskliniken, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime, Spitexorganisationen und Hospize) nehmen vor allem frühere Verlegungen durch die Akutspitäler wahr. In der Onlinebefragung bestätigen dies 78% Spitäler mit Haupttätigkeit Psychiatrie, Rehabilitation, Geriatrie und Palliative Care (vgl. die Auswertung nach Spitaltyp in Abbildung 9), darunter vor allem die Rehabilitationskliniken (100%). In den qualitativen Interviews berichten Pflegeheime, Spitexorganisationen und

⁸⁸ Die psychiatrischen Kliniken sehen hingegen mehrheitlich (65%) keine Zunahme der Verlegungen von der Akutsomatik. Dies ist aus Sicht der EvaluatorInnen plausibel, da ein Behandlungsverlauf von der Akutsomatik zur Psychiatrie seltener der Fall sein dürfte als von der Akutsomatik in die Rehabilitation oder die Geriatrie und Palliative Care.

⁸⁹ mit 65% Zustimmung, dass mehr Verlagerungen vom stationären in den vor- und nachgelagerten ambulanten Bereich stattgefunden haben und mit 77% Zustimmung, dass mehr solche Verlagerungen in den vor- und nachgelagerten stationären Bereich aufgetreten seien.

⁹⁰ Anteil Übertritte innerhalb von 30 Tagen.

⁹¹ D.h. unter Kontrolle des Alters, des Geschlechts und weiterer Kontrollvariablen.

⁹² Bei den Pflegeheimen wird Letzteres nicht festgestellt. Zwar hat auch bei den Pflegeheimen im untersuchten Zeitraum ein deutlicher Anstieg der Anteil Übertritte stattgefunden. Dieser kann aber durch die Entwicklung des Schweregrades erklärt werden. Aufgrund der älter werdenden PatientInnen und mit zunehmend komplexen multimorbiden Krankheitsbildern steigt die Wahrscheinlichkeit eines Übertritts in ein Pflegeheim im Anschluss an einen akutstationären Aufenthalt (vgl. Tuch et al. 2018).

⁹³ Basierend auf einem Difference-in-Difference-Ansatz wurden die Kantone, in welchen die Leistungen der Spitäler schon vor 2012 mit einem Fallpauschalensystem (AP-DRG) vergütet wurden, als Kontrollgruppe verwendet. Ausgehend von der Annahme, dass sich die finanziellen Anreize in diesen Kantonen nach der Einführung von SwissDRG wesentlich weniger veränderten, wurde die Entwicklung in den übrigen Kantonen mit jener in der Kontrollgruppe verglichen.

Hospize, dass zum Teil Verlegungen stattfinden, obwohl noch eine Akutsituation oder eine stark komplexe Situation mit Multimorbidität vorliege.⁹⁴

Dass frühere Verlegungen von der Akutsomatik in nachgelagerte Bereiche stattfinden, bestätigen ebenfalls die Ergebnisse des Obsan für die Spitex. Sie stellen fest, dass die (risikoadjustierte) durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor Übertritt in die Spitex in der Akutsomatik zwischen 2009 und 2016 von 11.5 Tagen auf 7.5 Tagen, d.h. um 5,9% pro Jahr abnahm. Sie nahm stärker ab als bei PatientInnen, die nicht in nachgelagerte Bereiche übertraten.⁹⁵

Einzelne Hinweise auf «Drehtüreffekte» von nachgelagerten Leistungserbringern.

Die mit der Revision beobachteten kürzeren Spitalaufenthalte könnten in Prinzip die Gefahr eines «Drehtüreffekts» bergen, d.h. rasche Rückverlegungen, nachdem die PatientInnen aus dem Spital entlassen wurden. Die Mehrheit (69%)⁹⁶ der Rehabilitationskliniken schätzt, dass aufgrund der KVG-Revision mehr Rückerlegungen in Akutspitäler stattfinden (vgl. Abbildung 9). Auch einzelne (2 von 6) befragte nachsorgende Institutionen nehmen einen Drehtüreffekt wahr.⁹⁷

Nachfolgende Abbildung zeigt die Zustimmung der befragten Spitäler zu unterschiedlichen Entwicklungen seit der Revision der Spitalfinanzierung:

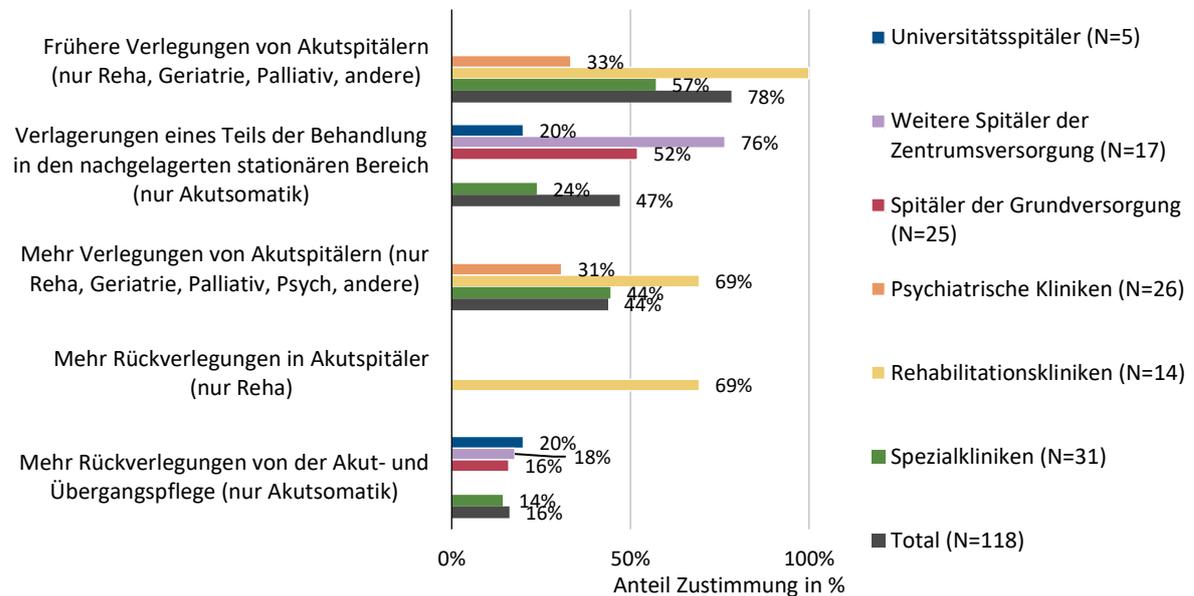
⁹⁴ Aussagen der Interviewpartner: zu Pflegeheimen: «Heime werden vermehrt zu Orten, wo gestorben wird», «Heime haben vermehrte Kurz- und Reha-Aufenthalte», «Heime werden teilweise als Akutgeriatrie missbraucht»; zu Spitexorganisationen: «viel mehr kurzfristige Einsätze der Spitex», «mehr Akutsituationen und komplexe Fälle». Für die nachsorgenden Leistungserbringer hat dies nach eigenen Aussagen die Konsequenz, dass sie qualifizierteres Personal und PflegeexpertInnen (z. B. WundexpertInnen etc.) anstellen müssten, die Planung komplexer würde und sie von ihrem Personal mehr Flexibilität erwarten müssten. Gemäss einem Pflegeheim ist es zum Teil sehr schwierig, das entsprechend qualifizierte Personal zu finden.

⁹⁵ Auch bei PatientInnen, die von der Akutsomatik ins Pflegeheim übertreten stellt das Obsan eine abnehmende mittlere Aufenthaltsdauer fest. Die Abnahme ist aber gleich stark wie bei PatientInnen, die keine Nachbetreuung in Anspruch nehmen.

⁹⁶ Die Ergebnisse sind aber auch mit Vorsicht zu behandeln, da nur 14 Rehabilitationskliniken auf die Befragung geantwortet haben.

⁹⁷ Aussagen der Interviewpartner: Spitex: «Zum Teil wieder nach einer Woche hospitalisiert, weil zu früh entlassen», «Drehtüreffekte ersichtlich, oft gehen die PatientInnen z. B. wegen Herzschmerzen oder Schwindel zurück ins Spital.» «Tendenz zu Notfallübungen steigen, wo PatientInnen z. B. kurzfristig in ein Ferienbett oder in die Akutgeriatrie verlegt werden müssen».

Abbildung 9: Entwicklungen aufgrund der KVG-Revision (Zustimmung in %)



Frage: «Bitte nehmen Sie eine Einschätzung zu folgenden Aussagen vor: Die KVG-Revision hat in unserem Spital zu folgenden Entwicklungen geführt: ...» N=23-116 (je nach Item unterschiedlich viele fehlend)

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Die Spitäler haben Schritte zur Verbesserung der Übergänge vorgenommen.

Dass die Schnittstellen zu anderen Spitälern und Nachversorgern für die Spitäler vermehrt ein Thema geworden sind, zeigen auch deren Rückmeldungen zu Massnahmen, die sie zur Verbesserung der Qualität ergriffen haben (siehe auch Kapitel 5.2). So hat knapp die Hälfte der Befragten seit 2012 explizit Bemühungen beim Entlassungs- und Schnittstellenmanagement vorgenommen, v.a. die Grundversorger und die psychiatrischen Kliniken. Diese Bemühungen können vielfältiger Natur sein. Aus den qualitativen Interviews mit den Spitalern geht hervor, dass dies bspw. durch die Überarbeitung des Entlassungsmanagements mit Einbezug des Case-Managements in interdisziplinäre Besprechungen bei der Visite erfolgen kann. Andere haben gemäss eigenen Aussagen ihr elektronisches Klinikinformationssystem verbessert oder bauen dies auf, um einen schnelleren Austausch mit nachgelagerten Institutionen zu gewährleisten. Auch einzelne qualitativ befragte Nachsorgeinstitutionen geben an, den Aufnahmeprozess vereinfacht zu haben, so dass sie PatientInnen mit einer kurzen Vorlaufzeit aufnehmen können. Die engere Zusammenarbeit mit vor- und nachsorgenden Leistungserbringenden entspricht gemäss einem Spital auch dem Interesse der Spitäler, um diese Leistungserbringer an ihr Spital zu binden.

Die nachsorgenden Leistungserbringer stellen Qualitätsdefizite an den Schnittstellen fest.

Die in den qualitativen Interviews befragten nachsorgenden Institutionen berichten von verschiedenen Qualitätsdefiziten an den Schnittstellen, wobei die Qualität des Schnittstellenmanagements von Spital zu Spital unterschiedlich sei.⁹⁸ Verbesserungspotenzial besteht gemäss mehreren nachsorgenden Leistungserbringern vor allem beim Austrittsmanagement. Beispielsweise seien die Übertritte sehr kurzfristig angekündigt, die Überweisungsberichte und Medikamentenverordnungen nicht vollständig ausgefüllt, technische Hilfsmittel würden nicht mitgeliefert oder das falsche Versorgungsmaterial (nicht passende Schläuche) würde geliefert. Vermisst wird teilweise eine standardisierte und frühe Austrittsplanung durch die Spitäler.⁹⁹ Entsprechend vermisst die Hälfte der qualitativ befragten Nachsorgenden bei einigen Spitälern eine ihnen bekannte und konstante Ansprechperson für Rückfragen nach dem Übertritt (z. B. Sozialdienst oder Case-Manager) und vollständigere und ausführlichere Übergabeberichte zu den PatientInnen. Vereinzelt wünschen sich weitere einen automatisierten Austausch auf IT-Basis.¹⁰⁰ Schliesslich monieren einzelne Nachsorgende, dass für PatientInnen teilweise keine richtige Anschlusslösung gefunden werde. So käme es bspw. vor, dass PalliativpatientInnen nach Hause geschickt werden anstatt in ein geeignetes Hospiz oder dass den PatientInnen das notwendige spezielle Pflegematerial für die ersten 10 Tage zu Hause nicht mitgeliefert werde.

5.3. Spezialisierung, Leistungskonzentrationen und Kooperationen

Wie in Kap. 1.3 ausgeführt, könnten Veränderungen in der kantonalen Spitalplanung sowie der gestiegene Kostendruck auch zu einer Zunahme der Spezialisierungen und Konzentrationen der Spitäler auf bestimmte Leistungsbereiche sowie Kooperationen zwischen den Spitälern führen. Solche Entwicklungen dürften positive Auswirkungen auf die Qualität haben. Beispielsweise zeigen Nimptsch und Mansky (2017) einen positiven Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen und tieferer Mortalität in deutschen Spitälern. Die GD ZH folgert aus einer Untersuchung im Kanton, dass sich die Durchsetzung von minimalen Fallzahlen im Kanton ZH u.a. hinsichtlich der Qualität positiv ausgewirkt hat (GD ZH, 2015).

Zunehmende Kooperationen zwischen den Spitälern können sich ebenfalls positiv auf die Qualität auswirken, wenn Spitäler den Know-how-Austausch pflegen, gemeinsame Weiterbildungen organisieren oder ein spezialisiertes Zentrum gründen.

⁹⁸ Die Interviewpartner berichten sowohl von positiven als auch von negativen Beispielen.

⁹⁹ Auch einzelne Verbände der Leistungserbringer bestätigen, dass bei der konsequenten Austrittsplanung noch Potenzial besteht.

¹⁰⁰ Gemäss einem Spital sind integrierte elektronische Systeme mit den Nachversorgern erst noch im Aufbau.

Dieses Kapitel beleuchtet diese drei Themen. Grundlage hierfür sind Datenanalysen der Teilstudie «Spitallandschaft» (econcept/LENZ 2018) sowie die Befragungen der Kantone und der Spitäler.

Spezialisierungen und Leistungskonzentrationen¹⁰¹

Die Analysen zu den Spezialisierungen und Leistungskonzentrationen zeigen verhalten positive Entwicklungen (ebenda):

- In der Akutsomatik ist über alle Spitaltypen betrachtet eine leicht höhere Spezialisierung zu erkennen – dies insbesondere bei den Spezialkliniken. Auch psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken weisen zunehmende Spezialisierungen auf.
- Konzentrationstendenzen sind bei (hoch-)spezialisierten Leistungsgruppen zu beobachten. Die stärksten Konzentrationstendenzen fanden dabei in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Neurochirurgie und Dermatologie statt. Die Analyse nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen zeigt, dass die Konzentrationen vor allem in Leistungsgruppen mit definierten Mindestfallzahlen und in Leistungsgruppen der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) zugenommen haben.¹⁰² Somit zeigt sich ein Effekt der kantonalen Spitalplanung. Wie in Kapitel 2.1 aufgezeigt, werden in der Akutsomatik Mindestfallzahlen von 12 Kantonen vorgegeben, in der Rehabilitation und Psychiatrie ist es nur eine kleine Minderheit (vgl. Anhang A4).

Die befragten Spitäler gehen insgesamt von einer zunehmenden Spezialisierung durch die KVG-Revision aus: Gemäss knapp der Hälfte¹⁰³ der befragten Spitäler haben durch die KVG-Revision im eigenen Spital Spezialisierungen stattgefunden (vgl. Abbildung 16 im Anhang). Eine Betrachtung der Antworten nach Spitaltyp zeigt, dass dies am häufigsten bei den Spitalern der Zentrumsversorgung (71%) und den Rehabilitationskliniken (54%) der Fall ist. 40% der Spitäler geben an, ihr Leistungsangebot ausgeweitet zu haben. Die Antworten nach Spitaltypen suggerieren, dass Spezialisierungen und Ausweitungen des Leistungsangebots sich nicht ausschliessen müssen. So sind es wie bei der Spezialisierung häufiger die Spitäler der Zentrumsversorgung und die Rehabilitationskliniken, die das Leistungsangebot ausgeweitet haben. Die Kantone schätzen die Auswirkung der KVG-Revision auf die Spezialisierung der Spitäler gemischt ein.¹⁰⁴

¹⁰¹ Gemäss econcept/LENZ (2018) adressiert Spezialisierung die Perspektive der Leistungserbringer und beschreibt die Fokussierung einzelner Leistungserbringer auf bestimmte Leistungsbereiche. Konzentration entspricht der Perspektive des Versorgungssystems und beschreibt die Reduktion der Zahl der Leistungserbringer in bestimmten Leistungsbereichen bzw. die Verschiebung der Marktanteile zugunsten grösserer Leistungserbringer.

¹⁰² Zunehmende Konzentrationen bei SPLG mit Mindestfallzahlen: Gefässchirurgie, radikale Prostatektomie, Epileptologie, Tumore am Bewegungsapparat. Zunehmende Konzentrationen bei SPLG der IVHSM: Herztransplantationen, allogene Blutstammzelltransplantation, spezialisierte Viszeralchirurgie. Weitere SPLG mit zunehmenden Konzentrationen: Spezialisierte Geburtshilfe, Neonatologie, erweiterte Nasenchirurgie, Abklärung zu oder Status nach Lungentransplantation, Kraniale Neurochirurgie. (econcept/LENZ 2018)

¹⁰³ 48%, wobei 15% ja; 33% eher ja.

¹⁰⁴ 10 Kantone sehen eine etwas höhere Spezialisierung durch die Revision, 11 Kantone keine Auswirkungen und 5 Kantone eine etwas tiefere Spezialisierung.

Die Spezialisierungen führen die Kantone tendenziell häufiger auf die kantonale Planung als auf die erweiterte Spitalwahl zurück (vgl. econcept 2018, S. 24/25).

Die Spezialisierung der Medizin kann aber auch durch andere, von der Revision unabhängige Entwicklungen geprägt sein. Beispielsweise begründet die Studie von Künzi et al. (2017) diese damit, dass mit generalistischen Fächern und Berufsprofilen weniger Prestige und auch weniger Entwicklungsmöglichkeiten einhergingen und somit die spezialisierte Medizin attraktiver sei. Einzelne Stakeholder bemerken, dass die Spezialisierung ein Mittel sei, sich im Markt zu positionieren.

Kooperationen

Gemäss Einschätzungen der Spitäler sind durch die KVG-Revision vermehrt Kooperationen mit anderen Spitälern entstanden (68% der Befragten, siehe Abbildung 17 im Anhang A6). Besonders oft haben sich diese Kooperationen gemäss Selbsteinschätzung der Spitäler bei den Grundversorgern (92%) und den weiteren Spitälern der Zentrumsversorgung (88%) manifestiert, wie eine Auswertung der Daten nach Spitaltyp zeigt. Auch in den qualitativen Interviews werden ähnliche Entwicklungen geschildert. Offene Antworten der Spitäler zu dieser Frage deuten darauf hin, dass die Kooperationen häufig auch durch Qualitätsverbesserungen motiviert sind oder damit einhergehen.¹⁰⁵

5.4. Fazit aus Sicht des Evaluationsteams

Fazit 1: Die Spitäler reagieren auf den gestiegenen Qualitäts- und Kostendruck überwiegend mit qualitätssteigernden Struktur- und Prozessoptimierungen. Es gibt einzelne Hinweise auf qualitätsmindernde Reaktionen aufgrund des gestiegenen Kostendrucks.

Diese Beurteilung stützt sich auf folgende empirische Ergebnisse:

- Die Spitäler haben nach der KVG-Revision vermehrt Aktivitäten zur Optimierung der Qualität insbesondere im Bereich der Prozessqualität (standardisierte Behandlungsprozesse, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement, Fehlermanagement, interprofessionelle Verfahren) unternommen. Gemäss Aussagen der Spitäler und anderer Stakeholder können diese Aktivitäten zum Teil den Massnahmen der KVG-Revision zugeschrieben werden (vgl. Fazit 2).

¹⁰⁵ Die Antworten von 73 Spitälern liessen sich nicht immer klar einer Kategorie zuordnen. In absteigender Reihenfolge wurden häufig folgende Hintergründe zu den Kooperationen genannt: 1) Kooperationen/Zusammenarbeitsverträge zwischen Leistungserbringern innerhalb einer Region (inkl. vor- und nachgelagerte) oder zwischen Grundversorgern und Spezialisten u.a. mit Hintergrund Zuweisungsmanagement/Übertrittsmanagement/Sicherung Kapazitäten; 2) Spezialisierung/Schärfung des Angebotsprofils; 3) Förderung des Public-Private-Partnerships; 4) Erfüllung der Anforderungen der Kantone/Leistungsaufträge; 5) Austausch von Know-how/Qualitätssicherung/gemeinsame Weiterbildung; 5) Kosteneffizienz (Nutzung Synergien und Auslastung Kapazitäten).

- Die Befragung der Spitäler und die Auswertungen von sekundärdatengestützten Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität (Personalbestand und -zusammensetzung, durchschnittliche Aufenthaltsdauer) geben wenige Hinweise auf qualitätsmindernde Reaktionen der Spitäler. Allerdings ist dies aufgrund der abgefragten Selbsteinschätzung der Spitäler aus unserer Sicht auch kaum zu erwarten. Zudem konnten mangels geeigneter Indikatoren und Daten nur wenige datengestützte Indikatoren zur Struktur- und Prozessqualität untersucht werden und die verfügbaren Indikatoren sind in ihrer Validität eingeschränkt.¹⁰⁶ Hinweise auf mögliche qualitätsmindernde Reaktionen bestehen jedoch bei der Qualität an den Schnittstellen (vgl. Fazit 3). Des Weiteren gibt knapp die Hälfte der Spitäler an, nach 2012 Investitionen aufgeschoben oder reduziert zu haben. Möglich ist, dass dies bereits heute zu Lasten der Qualität geht oder der gestiegene Kostendruck kurz- bis mittelfristig aufgefangen wird und erst später zum Tragen kommt.

Fazit 2: Die Revision hat bereits vor der Revision eingesetzte positive Entwicklungen im Bereich der Struktur- und Prozessqualität verstärkt. Auslöser hierfür sind ein verstärkter Qualitätswettbewerb, der finanzielle Druck sowie Qualitätsvorgaben der Spitäler.

Aus den Angaben der Spitäler geht hervor, dass diese häufig bereits vor der Revision Massnahmen zur Verbesserung ihrer Struktur- und Prozessqualität ergriffen haben. Auch die Stakeholder erwähnen in den Interviews verschiedene von der KVG-Revision unabhängige Trends und Qualitätsbestrebungen weiterer Akteure. Dennoch zeichnet sich in den Antworten auch ab, dass der durch die KVG-Revision stärker gewordene finanzielle Druck, die erweiterte Spitalwahl und die kantonalen Vorgaben als Katalysator für Qualitätsanstrengungen wirkten. Der finanzielle Druck führte insbesondere dazu, dass die Behandlungsprozesse stärker standardisiert und das Entlassungs- und Schnittstellenmanagement verbessert wurden. Die erweiterte Spitalwahl bewirkte am häufigsten Massnahmen in Bereichen, die für die PatientInnen am sichtbarsten sind, d.h. bei der Servicequalität und bei den Gebäuden und Infrastrukturen. Aufgrund von kantonalen Vorgaben haben die Spitäler vermehrt Qualitätsmessungen vorgenommen und das Fehlermanagement eingeführt/verbessert.

Fazit 3: Die Schnittstellen sind seit der Revision noch wichtiger geworden, weil aufgrund der KVG-Revision PatientInnen vermehrt und früher in nachsorgende Bereiche verlegt werden. Es gibt einzelne (nicht erhärtete) Hinweise, dass sich dies negativ auf die Qualität an den Schnittstellen ausgewirkt haben könnte.

¹⁰⁶ Bei den Indikatoren zum Personal gibt es datenseitige Schwierigkeiten. Eine sinkende mittlere Aufenthaltsdauer als Indikator für die Prozessqualität kann sowohl auf eine optimierte Prozessqualität (im Sinne von optimierten Prozessen) als auch auf verfrühte Entlassungen hindeuten (Tuch et al. 2018).

Aus den Sekundäranalysen zu den Behandlungsketten und der Aufenthaltsdauer geht hervor, dass PatientInnen seit 2009 vermehrt und früher in die nachsorgenden Bereiche verlegt werden. Die Spitäler selbst nehmen dies gemäss der Onlinebefragung auch wahr und sehen als Grund die KVG-Revision. Entsprechend haben die Spitäler gemäss eigenen Angaben seit der KVG-Revision vermehrt Aktivitäten im Bereich des Schnittstellenmanagements unternommen. Ob sich in der Bilanz die Qualität an den Schnittstellen verbessert oder verschlechtert hat, lässt sich aufgrund der verfügbaren Informationen nicht abschliessend beurteilen. Es gibt aber Hinweise, vorwiegend aus den qualitativen Interviews mit nachsorgenden Institutionen, dass sich die Qualität verschlechtert haben könnte¹⁰⁷. Erstens berichten die nachsorgenden Institutionen von grossen Unterschieden beim Schnittstellenmanagement der Spitäler und stellen teilweise grössere Qualitätsmängel fest. Die Qualitätsmängel hätten zwar bereits vor der Revision bestanden, sich aber durch die vermehrten und früheren Verlegungen akzentuiert. Zweitens gibt die Mehrheit der befragten Rehabilitationskliniken an, dass die Rückverlegungen in die Akutso-matik aufgrund der KVG-Revision zugenommen haben.

Fazit 4: Die Auswirkungen der KVG-Revision auf Spezialisierungen und Leistungskonzentrationen sind verhalten positiv. Diese dürfte sich entsprechend leicht positiv auf die Qualität der Spitalleistungen ausgewirkt haben.

Im Vorfeld der Revision wurden vermehrte Spezialisierungen und Leistungskonzentrationen erwartet. Die Sekundärdatenanalysen zeigen diesbezüglich nur leichte Tendenzen, welche gemäss econcept/LENZ (2018) auf die kantonale Spitalplanung (Konzentration) und den finanziellen Druck (Spezialisierung) zurückgeführt werden können. Inwieweit insbesondere die vermehrte Spezialisierung sich auf die Qualität der Spitalleistungen auswirkt, konnte nicht vertieft untersucht werden. In der wissenschaftlichen Literatur besteht jedoch für eine überwiegende Mehrzahl der medizinischen Themen ein Konsens, dass zwischen der Anzahl der behandelten Fälle und der Ergebnisqualität ein positiver Zusammenhang besteht (sogenannte Volume-Outcome Relationship). Eine neuere Studie zeigt beispielsweise einen positiven Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen und tieferer Mortalität in deutschen Spitälern (Nimptsch und Mansky 2017).

¹⁰⁷ Diese Hinweise sind im Rahmen von sechs qualitativen Interviews mit nachsorgenden Institutionen eingegangen und beruhen nicht auf einer repräsentativen Befragung.

6. Auswirkungen der Revision auf die Ergebnisqualität

Dieses Kapitel untersucht die Frage, wie sich die KVG-Revision auf die Ergebnisqualität der Spitalleistungen ausgewirkt hat. Grundlagen hierfür sind Datenanalysen des Obsan zur Ergebnisqualität auf Basis der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS für den Zeitraum 2009-2016 (Tuch et al. 2018). Daneben hat das Obsan ergänzende Analysen ausgewählter Indikatoren des ANQ vorgenommen.¹⁰⁸ Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die in diesem Kapitel betrachteten Indikatoren und den Entwicklungen dieser Indikatoren in Beobachtungszeiträumen von vor der KVG-Revision bis 2015/2016. Auf die einzelnen Indikatoren wird im Folgenden näher eingegangen.

¹⁰⁸ Gemäss Obsan sind sowohl die Statistiken des BFS als auch die Qualitätsindikatoren des ANQ nur bedingt zur Analyse des Einflusses der Umsetzung der KVG-Revision auf die Entwicklung der Qualität der stationären Leistungen geeignet, da sie nicht speziell für die Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung konzipiert wurden. Die Erhebungen des ANQ dienen dem Zweck der einheitlichen Qualitätsmessung für unabhängige und national vergleichbare Spital- und Klinikvergleiche. Es handelt sich auch nicht um Begleitforschung zur KVG-Revision Spitalfinanzierung. Genauere Informationen zum Verwendungszweck der ANQ-Messinstrumente sind der ANQ-Webseite (www.anq.ch) sowie dem vom ANQ publizierten Dokument «Argumentarium: Chancen und Grenzen der ANQ-Messungen» (www.anq.ch → Akutsomatik → Argumentarium) zu entnehmen. Die Daten des ANQ wurden durch das Obsan (2018) grafisch aufbereitet.

Tabelle 6: Betrachtete Indikatoren zur Ergebnisqualität

Indikatoren	Versorgungsbereich	Beobachtungszeitraum	Ergebnis Entwicklung
Indikatoren basierend auf BFS-Statistiken*			
30-Tage-Mortalitätsrate im Spital	Akutsomatik	2009-2016	Abnehmend
Rehospitalisierungen (18-Tage/30-Tage)	Akutsomatik	2009-2016	Zunehmend
Mittlere Aufenthaltsdauer vor Rehospitalisierung	Akutsomatik	2009-2016	Abnehmend , aber weniger stark als ohne Rehospitalisierung
Indikatoren basierend auf Messungen des ANQ			
Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen (Methode SQLape)**	Akutspital	2010-2015	Abnehmend (Ausnahme 2014)
Patientenzufriedenheit	Akutspital	2011-2015	Stabil
Postoperative Wundinfektionen bei 12 Eingriffsarten	Akutspital	2011-2015/16	Stabil/Abnehmend***
Prävalenz von Stürzen	Akutspital	2011-2016	Stabil
Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen)	Akutspital	2011-2016	Stabil (Abnehmend zwischen 2011/2012)

*BFS: Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik

**Der ANQ-Indikator basiert auf einer anderen Methode als die Rehospitalisierungsraten basierend auf den BFS-Statistiken. Somit ist ein Vergleich zwischen den Indikatoren nicht möglich.

*** Seit 2011 gibt es eine signifikante Reduktion der Wundinfektionen bei Appendektomien, Hernien, Herzchirurgie, elektive Hüftgelenkprothesen, Laminketomien und Magenbypassoperationen.

Tabelle INFRAS. Quelle: Tuch et al. 2018

Vorweg ist zu erwähnen, dass die aufgeführten Indikatoren aus Sicht der EvaluatorInnen für die Beurteilung der Ergebnisqualität – insbesondere betreffend die Kennzahlen zu den Rehospitalisierungen – schwierig zu interpretieren sind. Die 30-Tage-Mortalität und Rehospitalisierungen sind im internationalen Kontext häufig verwendete Indikatoren zur Abbildung der Ergebnisqualität. Die für die Schweiz verfügbare 30-Tage-Mortalität berücksichtigt allerdings keine Todesfälle ausserhalb von Spitälern (vgl. Tuch et al. 2018).¹⁰⁹ Der Indikator Rehospitalisierungen bildet im Vergleich zur Mortalitätsrate eher feinere Abstufungen von Veränderungen in der Qualität ab. Bei diesem Indikator besteht allerdings die Schwierigkeit, vermeidbare Rehospitalisierungen zu operationalisieren.¹¹⁰ Die Patientenzufriedenheit gilt als ein Proxy-Indikator für die Ergebnisqualität. Allerdings können die PatientInnen die Behandlungsqualität nur eingeschränkt bewerten und die Bewertung könnte von weiteren Faktoren (z. B. Freundlichkeit des Personals) beeinflusst sein (vgl. auch Preisüberwacher 2016). In der Literatur gibt es aber auch Hinweise, dass Zusammenhänge bestehen zwischen einer höheren Patientenzufriedenheit und tieferen Mortalitätsraten im Spital (Doyle et al. 2017). Die weiteren aufgeführten Indikatoren

¹⁰⁹ Eine Analyse der sogenannten «Outhouse-Mortality» konnte nicht durchgeführt werden, da eine Verknüpfung der Medizinischen Statistik und der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) gemäss Obsan aktuell nicht möglich ist.

¹¹⁰ Vgl. dazu die in Tuch et al. (2018) beschriebenen Varianten der Operationalisierung der Rehospitalisierungen sowie die Methode SQLape zur Operationalisierung von potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen (ANQ 2013 und 2018).

beleuchten jeweils einzelne Aspekte der Qualität der medizinischen Behandlungen und der Pflege in Spitälern und können somit Hinweise auf Teilbereiche der Gesamtqualität geben.

Um den Einfluss der KVG-Revision auf die Ergebnisqualität zu ermitteln, kann mit den verfügbaren Informationen lediglich ein Vorher/Nachher-Vergleich vorgenommen werden. Kausale Effekte können mangels einer Kontrollgruppe nicht nachgewiesen werden.¹¹¹ Zwar kann die Entwicklung vor und nach der Revision Hinweise auf einen möglichen Effekt geben. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass die Entwicklung durch weitere von der Revision unabhängige Faktoren zustande gekommen ist. Ein Beispiel hierfür ist der medizinische Schweregrad der PatientInnen, welcher im Laufe der Zeit aufgrund der Alterung der Bevölkerung zugenommen haben könnte. In den Analysen des Obsan wird dieser mögliche Effekt zum Teil in multivariaten Analysen kontrolliert. Es besteht dabei aber die Unsicherheit, dass ein zunehmender medizinischer Schweregrad nicht die effektive Veränderung des Patientenmix misst, sondern (auch) durch eine vermehrte und veränderte Codierpraxis¹¹². Des Weiteren steht für den Vorher/Nachher-Vergleich für den Zeitraum vor der Revision nur ein kurzer Zeitraum zur Verfügung (maximal ab 2009).

Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zu den verschiedenen Indikatoren der Ergebnisqualität zusammengefasst. Für detailliertere Ausführungen verweisen wir auf die Ausführungen des Obsan (Tuch et al. 2018). Wie aus der obigen Tabelle hervorgeht beziehen sich die Indikatoren nur auf den Versorgungsbereich der Akutsomatik. Für die Rehabilitation und die Psychiatrie existieren prinzipiell auch Daten zu den ANQ-Indikatoren. Zum jetzigen Zeitpunkt wurde darauf verzichtet, diese für ergänzende Analysen zu verwenden (vgl. Tuch et al. 2018).

Mortalitätsraten

In Bezug auf die 30-Tage-Mortalität ist ein statistisch signifikanter Rückgang unter Kontrolle von möglichen Einflussvariablen zu beobachten. Im Vergleich zum Referenzjahr 2011 sank die adjustierte Mortalitätsrate in der Akutsomatik bis 2016 je nach statistischem Modell durchschnittlich zwischen 0.7% und 8.5% pro Jahr.¹¹³ Eine sinkende 30-Tage Mortalität zeigt sich auch in den Mortalitätsraten einiger häufiger internistischer Diagnosegruppen (z. B. Schlaganfall). Als wichtige Einschränkung zu den Ergebnissen der Mortalitätsraten ist wie erwähnt darauf hinzuweisen, dass lediglich die Mortalität innerhalb eines Spitals gemessen wird. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass eine Verlagerung der Mortalität nach aussen stattgefunden hat.

¹¹¹ Dies wäre nur möglich, wenn die Revision nur für einen Teil der Spitäler eingeführt worden wäre.

¹¹² Im Vorfeld der Revision wurde ein sogenanntes «Upcoding» (Höhercodierung, um höhergewichtete DRG abrechnen zu können) befürchtet. Gemäss B,S,S. (2018) gibt es allerdings keine Hinweise auf systematische Höhercodierungen.

¹¹³ Die höchste jährliche Wachstumsrate ergibt sich im Modell mit Kontrolle des Schweregrads. Unklar ist, inwieweit die tatsächliche Entwicklung des Schweregrads abgebildet ist oder ein Effekt der veränderten Kodierung einfließt.

Rehospitalisierungen

Bei den Rehospitalisierungen (18-Tage) zeigt sich in der Akutsomatik hingegen (unter Berücksichtigung von weiteren Einflussfaktoren) ein statistisch signifikanter Anstieg der Rehospitalisierungsraten. Der durchschnittliche jährliche Anstieg beträgt im Vergleich zum Referenzjahr 2011 bis 2016 je nach statistischen Modell zwischen 1.1% und 3.3%¹¹⁴ (Tuch et al. 2018). Auch unter Verwendung von 30-Tage-Rehospitalisierungen¹¹⁵ mit Operationalisierungsvarianten, welche den medizinischen Zusammenhang zwischen der Rehospitalisierung und dem vorangegangenen Spitalaufenthalt stärker berücksichtigen, zeigen sich noch steigende Tendenzen ab 2011. Dies könnte ein Hinweis auf negative Effekte auf die Ergebnisqualität durch verfrühte Entlassungen («Drehtüreffekte») sein. Eher dagegen spricht, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Spitalaufenthalten, welche später zu einer Rehospitalisierung geführt haben, in geringerem Ausmass abgenommen hat als bei Spitalaufenthalten ohne späterer Rehospitalisierung (Tuch et al. 2018).

Eine frühere Studie, die die Unterschiede vor der KVG-Revision zwischen Kantonen mit und ohne APDRG untersuchte (Busato und von Below 2010), deutet auf steigende Rehospitalisierungen durch leistungsbezogene Fallpauschalen hin. Sie weist höhere Rehospitalisierungsraten in Kantonen mit APDRG-Systemen aus.

Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit in den Akutspitälern blieb zwischen 2011 und 2015 auf einem hohen Niveau insgesamt konstant (vgl. Tuch et al. 2018). Der Zufriedenheitsindikator des ANQ umfasst dabei fünf Zufriedenheitsdimensionen und basiert auf einem Kurzfragebogen.¹¹⁶ Bezogen auf die Dimension der Behandlungsqualität zeigt sich, dass nur 2.0-2.3% der PatientInnen die Behandlungsqualität im Zeitraum 2011-2015 im negativen Bereich der Skala bewerten (Werte zwischen 0-4 auf einer Skala von 0-10 bzw. 2016 «weniger gut» oder «schlecht»).

Weitere Ergebnisqualitätsindikatoren des ANQ

Die weiteren Ergebnisindikatoren geben Hinweise auf Teilaspekte der Ergebnisqualität. Die drei Indikatoren «30-Tage-Prävalenz von Stürzen im Akutspital», «Anteil Dekubitus (Wundliegen)»

¹¹⁴ Der geringste Anstieg ist im Modell mit Kontrolle des Schweregrads.

¹¹⁵ Im Gegensatz zu der 18-Tage-Rehospitalisierungsrate nach SwissDRG, wird die Rate bei diesen Indikatoren nicht auf Basis der Fallzusammenführungen (Anteil Fälle mit mindestens einem Wiedereintritt), sondern aufgrund der effektiven Spitalaufenthalte berechnet, d.h., die wegen SwissDRG zusammengeführten Fälle werden anhand der Zwischenaustritte wieder auseinandergenommen und die als Rehospitalisierungen identifizierten Aufenthalte werden ins Verhältnis zu sämtlichen Spitalaufenthalten (nicht Fällen) gesetzt.

¹¹⁶ Bei den ersten zwei Fragen wird die allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung erfasst. Anhand zwei weiterer Fragen beurteilen die PatientInnen die Information der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegefachpersonen. Schliesslich beurteilen sie, ob sie sich im Spital respekt- und würdevoll behandelt fühlten. Daten für 2016 liegen vor, diese sind aber nicht direkt vergleichbar, da 2016 der Indikator (Fragen und Antwortskala) modifiziert wurde.

und «postoperative Wundinfektionen» blieben seit dem Jahr 2011 (bis 2016) mehr oder weniger stabil. Wie bei der Patientenzufriedenheit zeichnet sich somit weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung ab. Dabei ist relevant, auf welchem Niveau die Raten anzusiedeln sind. Um dies zu beurteilen, können in Bezug auf einzelne Indikatoren Vergleiche mit dem Ausland herangezogen werden. Ein Bericht des ANQ (2016) zeigt, dass die Infektionsraten im Vergleich zum Ausland zum Teil (insbesondere im Bereich der Colonchirurgie und Rektumoperationen) eher hoch sind, auch nach Korrektur der Effekte aufgrund der offenbar exakteren Erhebung in der Schweiz.

Auswertungen der potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen auf Basis der ANQ-Erhebungen zeigen einen tendenziellen Rückgang von 2010 bis 2015. Die potenziell vermeidbare Rehospitalisierungsrate stützt sich auf eine andere Methode als die Rehospitalisierungsrate basierend auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse ist daher nicht möglich. Eine Rehospitalisierung wird als potenziell vermeidbar angesehen, wenn sie zum Zeitpunkt der letzten Entlassung nicht voraussehbar war, wenn sie verursacht wird von mindestens einer Erkrankung, die bei der Entlassung schon bekannt war, und wenn sie innert 30 Tagen erfolgt. Als vorhergesehen betrachtet werden zum Beispiel Transplantationen, Entbindungen, Chemo- oder Strahlentherapien sowie mit chirurgischen Eingriffen verbundene Rehospitalisationen, die einem Untersuchungsaufenthalt folgen. Rehospitalisationen für eine neue Erkrankung, die während des letzten Aufenthaltes nicht aufgetreten war, werden als unvermeidbar eingestuft (vgl. ANQ, 2018).¹¹⁷

Erkenntnisse aus der Literatur

Die vorliegenden Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren sind im Grossen und Ganzen konform mit Untersuchungen zu den Wirkungen von leistungsbezogenen Fallpauschalen in anderen Ländern. Ein systematisches Literatur-Review von 91 wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema kommt zu dem Schluss, dass sich negative Effekte wie «blutige Entlassungen» und andere gravierende Qualitätseinbussen nicht zeigen lassen (Brügger 2010). Auch eine Studie zur Einführung von DRG in Deutschland zeigt, dass sich die Versorgungsqualität im Grossen und Ganzen nicht verschlechtert hat, sondern im Wesentlichen gleichgeblieben ist (Sens et al. 2010).

Fazit

Zur Ergebnisqualität bestehen in der Schweiz einzelne Daten, die in ihrem Spektrum zum Teil begrenzt sind. Die Betrachtung der Entwicklung aller verfügbaren Indikatoren lassen aus unserer Sicht aber den Schluss zu, dass sich die Ergebnisqualität aufgrund der KVG-Revision mindestens nicht verschlechtert hat. Die Entwicklung der Indikatoren verlief mehrheitlich stabil oder

¹¹⁷ Datenbasis sind die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS. Die Berechnung wird mit der Methode SQLape durchgeführt.

positiv: Positiv entwickelt hat sich die Rate der 30-Tage-Mortalität in der Akutsomatik (innerhalb der Spitäler). Stabil geblieben sind die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zu einzelnen Aspekten der Ergebnisqualität (z.B. postoperative Wundinfektionen, Stürze etc.). Hingegen haben die Rehospitalisierungen in der Akutsomatik seit 2009 signifikant zugenommen. Inwieweit dieser Trend auf die KVG-Revision zurückzuführen ist, lässt sich auch aufgrund weiterer Ergebnisse aus der Evaluation nicht abschliessend beurteilen.

Die festgestellten positiven Entwicklungen in der Struktur- und Prozessqualität müssten sich theoretisch positiv auf die Ergebnisqualität auswirken. Insgesamt ist dies auch der Fall, wie es etwa die sinkenden Mortalitätsraten auf nationaler Ebene bei den wichtigsten Krankheitsgruppen zeigen. Es fällt aber auf, dass grössere Qualitätsunterschiede zwischen Schweizer Spitalern (z.B. in den Wundinfektionsraten oder der Patientenzufriedenheit) nicht wesentlich reduziert werden konnten. Auch gibt es Qualitätsindikatoren, bei denen die Schweizer Spitaler insgesamt im Vergleich zum Ausland nach wie vor relativ schlecht dastehen (z.B. postoperative Wundinfektionen). Die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität scheinen sich somit (bisher) wenn dann nur verhalten auf die Ergebnisqualität auszuwirken.

7. Gesamtbeurteilung

Im Folgenden werden die übergeordneten Fragestellungen der Evaluation der Auswirkungen der KVG-Revision in Bezug auf die Qualität beantwortet:

1. Welches sind die Auswirkungen der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen? (Kap. 7.1)
2. Welche Auswirkungen hat die Revision auf die jeweils betroffenen Hauptakteure des Gesundheitssystems, das heisst auf die Versicherten, die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer? (Kap. 7.2)
3. Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung des Ziels der Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung? (Kap. 7.3)
4. Wie ist die Zweckmässigkeit der Revision, also das Ausmass der Eignung, eine Eindämmung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erzielen, zu beurteilen? (Kap. 7.4)
5. In welchen Bereichen wird Handlungsbedarf gesehen? (Kap. 8)

7.1. Auswirkungen der Revision im Bereich Qualität

Wir schliessen aus den verschiedenen Quellen, dass sich die **Ergebnisqualität** aufgrund der KVG-Revision insgesamt nicht verschlechtert, sondern wenn dann tendenziell eher verbessert hat. Die verschiedenen Indikatoren zur Ergebnisqualität haben sich seit der Revision mehrheitlich stabil oder positiv entwickelt (vgl. Kap. 6). Positiv entwickelt hat sich die Rate der 30-Tage-Mortalität in der Akutsomatik (innerhalb der Spitäler). Stabil geblieben sind die Patientenzufriedenheit sowie Indikatoren zu einzelnen Aspekten der Ergebnisqualität (z. B. postoperative Wundinfektionen, Stürze etc.). Hingegen haben die Rehospitalisierungen in der Akutsomatik seit 2009 signifikant zugenommen. Inwieweit dieser Trend auf die KVG-Revision zurückzuführen ist, lässt sich auch aufgrund weiterer Ergebnisse aus der Evaluation nicht abschliessend beurteilen. Die Hypothese, dass gesunkene Aufenthaltsdauern zu vermehrten «Drehtüreffekten» geführt haben, bestätigt sich aufgrund von vertieften Datenanalysen nicht.

Wichtig ist aus unserer Sicht, dass die Spitäler seit der Revision Fortschritte bei der **Struktur- und Prozessqualität** erzielt haben (vgl. Kap. 5.1). Diese dürften sich zum Teil bereits kurz- und mittelfristig auf die Ergebnisqualität niederschlagen – so z.B. die Standardisierung von Behandlungsprozessen, Fehlermanagementsysteme oder interprofessionelle Behandlungsprozesse etc. Insgesamt ist dies auch der Fall, wie es etwa die sinkenden Mortalitätsraten auf nationaler Ebene bei den wichtigsten Krankheitsgruppen zeigen. Es fällt aber auf, dass bei gewissen Qualitätsindikatoren keine Verbesserungen erzielt werden konnten. So bestehen heute nach wie vor grosse Unterschiede zwischen Spitälern, beispielsweise bei der Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus weist die Schweiz beispielsweise bei postoperativen Wundinfektionen eher

hohe Raten auf, welche auch seit der KVG-Revision nicht nennenswert gesunken sind. Die Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität scheinen sich somit (bisher) wenn dann nur verhalten auf die Ergebnisqualität auszuwirken.

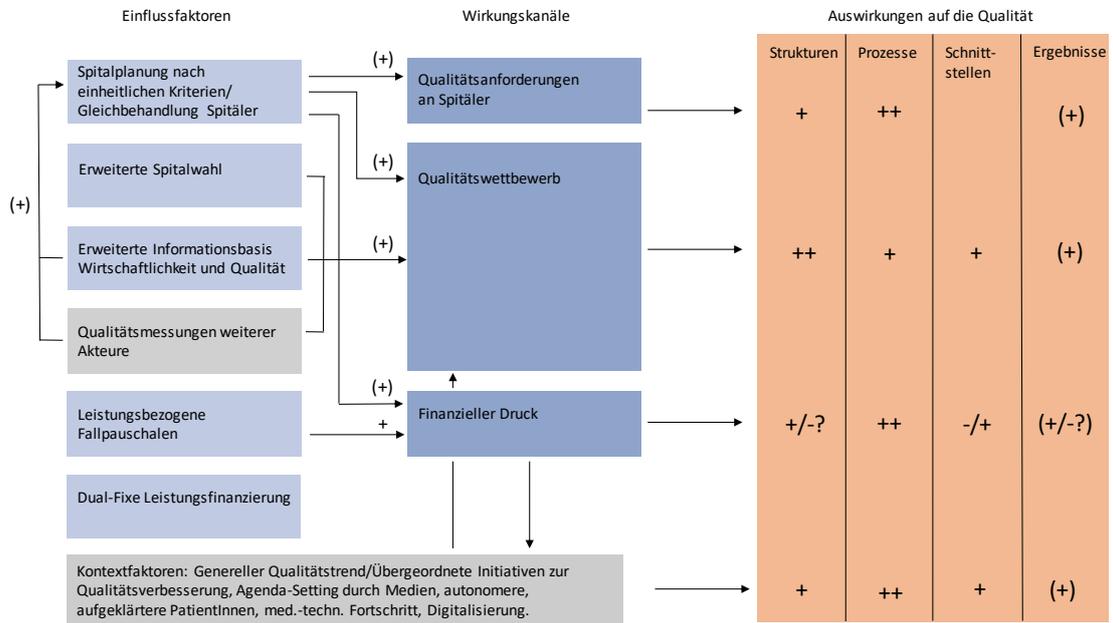
Auf negative Auswirkungen auf die Qualität der Spitalleistungen, wie sie teils vor der KVG-Revision befürchtet wurden, gibt es lediglich einzelne Hinweise. Diese betreffen die **Qualität an den Schnittstellen** (vgl. Kap. 5.2): Die Schnittstellen sind seit der Revision noch wichtiger geworden, da durch die Fallpauschalen Anreize zu früheren Verlegungen in nachsorgende Bereiche bestehen. Dies bestätigen die Ergebnisse zur Aufenthaltsdauer und die Befragung der Spitäler: Seit 2009 verlegen Spitäler die PatientInnen vermehrt und früher in die nachsorgenden Bereiche. Entsprechend haben die Spitäler gemäss eigenen Angaben das Schnittstellenmanagement seit der KVG-Revision intensiviert. Teilweise scheinen diese Bemühungen aber nicht auszureichen. Einzelne befragte nachsorgende Institutionen berichten von grossen Unterschieden beim Schnittstellenmanagement der Spitäler und stellen teilweise bedeutende Qualitätsmängel fest. Diese hätten zwar bereits vor der Revision bestanden, hätten aber durch die vermehrten und früheren Verlegungen akzentuiert.

Insgesamt schliessen wir, dass die Qualität der Spitalleistungen im Grossen und Ganzen mindestens aufrechterhalten werden konnte. Der durch die KVG-Revision intensivierte Kostendruck hat sich insgesamt nicht wie teils befürchtet negativ auf die Qualität ausgewirkt. Zu beobachten sind aus unserer Sicht die Entwicklungen an den Schnittstellen. Hier bleibt unklar, wie sich die früheren Übertritte in nachgelagerte Versorgungsbereiche auf die Ergebnisqualität bei diesen PatientInnen auswirken.

Beitrag der Massnahmen der KVG-Revision

Aus der Evaluation ergeben sich Hinweise, auf welche Weise und in welchem ungefähren Ausmass die einzelnen Massnahmen der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen eingewirkt haben. Die Zusammenhänge sind komplex und führen über drei zentrale Wirkungskanäle. Daneben beeinflussen weitere von der Revision unabhängige Kontextfaktoren die Qualitätsentwicklungen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Wirkungszusammenhänge und die durch die Evaluation festgestellten Einflüsse. Bei den Bewertungen (+) und (-) handelt es sich um eine Einschätzung des Evaluationsteams basierend auf den Ergebnissen der Evaluation.

Abbildung 10: Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen



Graue Kästen: Kontextfaktoren.

Klammern (): Im Bereich der Einflussfaktoren und Wirkungskanäle visualisieren die Klammern eine eingeschränkte Wirkung, die sich dadurch ergibt, dass die Umsetzung noch Optimierungspotenziale aufweist. Im Bereich der Auswirkungen bedeuten die Klammern, dass die Auswirkungen durch die vorliegenden Ergebnisse nicht abschliessend belegt werden können.

Grafik INFRAS. Eigene Darstellung

Qualitätsanforderungen an Spitäler

Die *Spitalplanung* trägt vor allem über die Umsetzung der Berücksichtigung des Planungskriteriums Qualität zu Verbesserungen der Qualität der Spitalleistungen bei. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kantone mehrheitlich Qualitätsanforderungen zur Aufnahme auf die Spitalliste definiert haben. Aus Sicht der EvaluatorInnen schöpfen die Kantone ihre Möglichkeiten diesbezüglich aber noch nicht genügend aus (vgl. Kap. 2.3, Fazit 2). Dennoch hat rund ein Viertel der Spitäler gemäss eigenen Angaben aufgrund der Spitalplanung Verbesserungsmaßnahmen im Bereich der Qualität nach der Revision umgesetzt – dies insbesondere im Bereich der Strukturqualität (Personal) und Prozessqualität (Organisationsprinzipien, Zertifizierungen und Fehlermanagementsysteme).

Qualitätswettbewerb

Die Ergebnisse zeigen, dass der durch die Spitäler wahrgenommene Qualitätswettbewerb seit der Revision deutlich zugenommen hat. Durch diesen finden vor allem Verbesserungen in Bereichen statt, die für die PatientInnen sichtbar sind, konkret in der Servicequalität und bei Gebäude und Infrastrukturen.

Es gibt mehrere Hinweise darauf, dass die KVG-Revision über die *erweiterte Spitalwahl* kombiniert mit *vermehrt verfügbaren Qualitätsindikatoren* dazu beigetragen hat (vgl. Fazit 1, Kap. 4). Die erweiterte Spitalwahl scheint allerdings effektiv kaum zu qualitätsorientierten Patientenströmen geführt zu haben (Gruber und Lippitsch 2018). Dafür gibt es zwei Begründungen: Erstens erwähnt die Literatur (z. B. Avenir Suisse 2018), dass die Kantone die erweiterte Spitalwahl teilweise durch Fallkontingente oder tiefe Referenztarife einschränken. Zweitens sind die verfügbaren Qualitätskennzahlen für die PatientInnen noch wenig aussagekräftig – auch wenn teils bedingt durch die KVG-Revision vermehrt Qualitätsmessungen durch die Spitäler erfolgen und mehr Vergleichsplattformen für PatientInnen entstanden sind (vgl. Kap. 3). Dennoch haben die Spitäler gemäss eigenen Angaben aufgrund von Ansprüchen der PatientInnen und der Konkurrenz durch die erweiterte Spitalwahl vermehrt in die Struktur- und Prozessqualität investiert. Aus diesem Grund gehen wir davon aus, dass die KVG-Revision dennoch zu dem höheren Qualitätswettbewerb beigetragen hat. Eine Erklärung ist, dass die Spitäler einen stärkeren Qualitätswettbewerb erwartet haben. Schliesslich geht aus der Evaluation hervor, dass die grosse Mehrheit der Kantone ihre Möglichkeiten in der *Spitalplanung*, den Qualitätswettbewerb über Qualitätsvergleiche anzustossen, erst wenig ausschöpft (vgl. Kap. 2.3). Nicht auszuschliessen ist aber auch hier, dass die Spitäler dies stärker erwartet und präventiv vermehrt Massnahmen zur Verbesserung der Qualität, v.a. der Struktur- und Prozessqualität, ergriffen haben.

Finanzieller Druck

Des Weiteren zeigen die Evaluationsergebnisse, dass der finanzielle Druck teils durch die KVG-Revision gestiegen ist (vgl. Kap. 4.4). Auf den gestiegenen finanziellen Druck reagieren die Spitäler gemäss den Evaluationsergebnissen überwiegend mit qualitätssteigernden Prozessoptimierungen (v.a. Standardisierung von Behandlungsprozessen, Entlassungs- und Schnittstellenmanagement). Es gibt einzelne Hinweise auf qualitätsmindernde Reaktionen aufgrund des gestiegenen Kostendrucks im Bereich der Qualität an den Schnittstellen (vgl. Fazit 3, Kap. 5). Auf einen möglichen Personalabbau gibt es keine Hinweise. Möglich ist aber, dass die Prozessoptimierungen zu vermehrtem Stress beim Personal führen.

Diese Entwicklung des finanziellen Drucks kann durch verschiedene – auch von der KVG-Revision unabhängige - Faktoren beeinflusst sein. Aus unserer Sicht leistet die KVG-Revision ihren Beitrag dazu. Die Spitäler geben als Hauptgrund für den gestiegenen finanziellen Druck nicht kostendeckende stationäre Tarife bzw. *leistungsbezogene Fallpauschalen* an. Einen weite-

ren Beitrag könnte die *kantonale Spitalplanung* mit der *erweiterten Informationsbasis zur Wirtschaftlichkeit* leisten. Letztere hat verbesserten Möglichkeiten für Betriebsvergleiche (vgl. B,S,S. 2018) und somit mehr Druckmöglichkeiten für die Kantone geschaffen.

Kontextfaktoren

Aus mehreren Interviews mit Stakeholdern geht hervor, dass die in den Spitälern umgesetzten Qualitätsmassnahmen auch generellen Trends geschuldet sind. Dazu gehören generelle Qualitätstrends bspw. basierend auf Bestrebungen weiterer Akteure, Erkenntnissen aus dem Ausland, etc. und ein vermehrtes öffentliches Interesse an der Thematik. Diese Trends können wiederum den Qualitätswettbewerb verstärken und zur höheren Qualität beitragen.

Insgesamt schliessen wir, dass die Revision einen Beitrag leisten konnte, die Qualität mindestens aufrecht zu erhalten. Der Qualitätswettbewerb und die kantonale Spitalplanung und damit die Qualitätsanstrengungen der Spitäler greifen aber zum Teil noch zu kurz, um die Qualität massgeblich zu verbessern bzw. bestehende Qualitätsunterschiede bei den Schnittstellen oder den postoperativen Wundinfektionsraten zu verringern. So zeigt sich auch, dass die Spitäler häufig in strukturelle Bereiche investieren, die für die PatientInnen sichtbar sind, aber weniger direkt die Ergebnisqualität beeinflussen.

7.2. Auswirkungen der Revision auf die Hauptakteure

Auswirkungen auf die Versicherten

Auf die Versicherten hat sich die KVG-Revision aus unserer Sicht in Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen und den Zugang zu diesen eher positiv ausgewirkt. Gemäss den Evaluationsergebnissen hatte die KVG-Revision kaum negative, sondern insgesamt eher positive Wirkungen auf die Qualität der Spitalleistungen. Diese dürften gemäss den Ergebnissen insbesondere im Bereich der Servicequalität, bei den Gebäuden und Infrastrukturen spürbar geworden sein. Für eine Beeinträchtigung der Behandlungsqualität und der Qualität der Pflege gibt es keine erhärteten Hinweise (vgl. Kap. 6). Die Ergebnisse der Evaluation zeigen aber, dass die PatientInnen durch die KVG-Revision tendenziell früher entlassen werden. Ob sich dies allenfalls negativ auf die PatientInnen ausgewirkt hat – z. B. in Form von Rehospitalisierungen oder schlechteren Gesundheitsoutcomes – lässt sich nicht abschliessend beurteilen. Entsprechende Indikatoren zeigen unterschiedliche Resultate.

Darüber hinaus stehen den PatientInnen durch die erweiterte Spitalwahl mehr Wahlmöglichkeiten zur Verfügung. Die Evaluationsergebnisse zeigen allerdings, dass die vermehrten Möglichkeiten nur bedingt verstärkt in Anspruch genommen werden (Gruber und Lippitsch 2018). Den PatientInnen stehen zwar als indirekte Folge aus der erweiterten Informationsbasis

vermehrt Vergleichsplattformen zur Verfügung. Die Informationsasymmetrien konnten dadurch aber nur bedingt abgebaut werden. Die Qualitätsindikatoren sind für PatientInnen auch aus Sicht der Stakeholder nach wie vor schwer interpretierbar (vgl. Kap. 3.4). Als ein weiteres Hindernis für ausserkantonale Hospitalisationen sind die Referenztarife zu nennen, durch die die PatientInnen teilweise für ausserkantonale Spitalaufenthalte einen finanziellen Beitrag leisten müssen.

Auswirkungen auf die Spitäler

Die Spitäler nehmen aufgrund der Spitaltarife einen zunehmenden finanziellen Druck wahr. Darüber hinaus haben die Spitalplanung (mit den zu berücksichtigten Qualitätskriterien) und die erweiterte Spitalwahl in Verbindung mit der erhöhten Transparenz für PatientInnen den Qualitätsdruck auf die Spitäler erhöht. Auf den gestiegenen Kosten- und Qualitätsdruck haben die Spitäler überwiegend mit qualitätssteigernden Massnahmen, vorwiegend im Bereich der Prozessqualität¹¹⁸, sowie mit früheren und häufigeren Verlegungen in vor- und nachgelagerte Versorgungsbereiche reagiert. Es gibt keine erhärteten Hinweise, dass die Spitäler den gestiegenen finanziellen Druck mit einem Personalabbau kompensieren.

Auswirkungen auf die Nachversorger

Die Nachversorger (z. B. Spitex, Pflegeheime, Rehabilitation, Hospize) erhalten gemäss den Evaluationsergebnissen aufgrund des finanziellen Drucks in der Akutsomatik mehr und frühere Überweisungen.¹¹⁹ Gemäss Aussagen von Nachversorgern entstehen dadurch im Bereich Spitex, Pflegeheime und Hospize höhere Kosten, da sie qualifizierteres Personal anstellen müssen. Die befragten Nachversorger nehmen generell grosse Qualitätsunterschiede zwischen Spitälern in Bezug auf die Qualität der Übertritte wahr und stellen teils gravierende Qualitätsdefizite fest.

Auswirkungen auf die Kantone

Den Kantonen stehen insgesamt, wenn auch noch eingeschränkt, bessere Planungsgrundlagen in Bezug auf die Qualität der Spitalleistungen zur Verfügung (Qualitätskennzahlen, Transparenz). Sie schöpfen ihre Möglichkeiten zur «qualitätsorientierten Spitalplanung» gemäss den Evaluationsergebnissen aber noch nicht vollständig aus. Einige Kantone stellen für die Leistungsaufträge keine Qualitätsanforderungen. Die Kantone, welche Qualitätsanforderungen verwenden, könnten diese aus unserer Sicht noch ausbauen und erhöhen. Defizite bestehen aus unserer Sicht

¹¹⁸ Überproportional oft waren diese Bestrebungen in Unispitälern und Zentrumsversorgern sowie in Rehabilitationskliniken bereits vor 2012 im Gang. Bei den Grundversorgern haben diese Bestrebungen in der Tendenz erst nach 2012 eingesetzt.

¹¹⁹ Inwiefern es dabei Unterschiede gibt, ob die PatientInnen danach in der Kurz- oder Langzeitpflege bzw. in der Akut- und Übergangspflege betreut werden, geht aus den Ergebnissen nicht hervor.

auch bei der Überprüfung der Qualitätsanforderungen. Nicht bekannt ist, inwieweit die Kantone Sanktionen ergreifen, wenn die Spitäler die Qualitätsanforderungen nicht einhalten.

Aus der Evaluation gehen keine Hinweise auf mögliche Auswirkungen der KVG-Revision auf die **Versicherer** in Bezug auf die Qualität hervor.

7.3. Beitrag der Revision zum Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung

Mit der KVG-Revision der Spitalfinanzierung, die v.a. darauf abzielte, den Wettbewerb und die Effizienz zu fördern und die Kosten einzudämmen, sollte das KVG-Ziel des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung nicht beeinträchtigt werden. Im Vorfeld der Revision wurden als Reaktion auf einen zunehmenden finanziellen Druck qualitätsmindernde Reaktionen sowie Risikoselektionen durch die Spitäler befürchtet. Zudem wurde befürchtet, dass die KVG-Revision zu Leistungskonzentrationen bzw. einem Abbau an Leistungen an Standorten führt, welche die Erreichbarkeit von Behandlungen innert nützlicher Frist einschränkt (Pellegrini et al. 2010).

Aus Sicht der EvaluatorInnen hat die KVG-Revision der Spitalfinanzierung den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung kaum verändert: Die Qualität wurde durch die KVG-Revision insgesamt nicht beeinträchtigt bzw. hat sich tendenziell sogar leicht verbessert. Die Erreichbarkeit von Notfällen blieb gemäss einer Erreichbarkeitsanalyse praktisch unverändert. Eine leichte Abnahme ist lediglich in ländlichen Gebieten (v.a. Genferseeregion und Espace Mittelland) festzustellen (econcept/LENZ 2018). Aus der Befragung der Spitäler ergeben sich Hinweise darauf, dass vermehrt Kooperationen zwischen Spitälern eingegangen werden, u.a. um Überweisungen bei Überkapazitäten oder für spezialisiertere Behandlungen sicherzustellen (vgl. Kap. 5.3). Auch die mit der KVG-Revision eingeführte erweiterte Spitalwahl sollte den Zugang zu elektiven Behandlungen prinzipiell verbessern. Es ist aber nur zu einem leicht höheren Anteil ausserkantonaler Behandlungen gekommen. Dies könnte zum Teil damit zusammenhängen, dass die Kantone mit Referenztarifen die erweiterte Spitalwahl in finanzieller Hinsicht für die PatientInnen einschränken und für die PatientInnen Qualitätsunterschiede von Spitälern aufgrund der verfügbaren Informationen schwer einzuschätzen sind (vgl. Kap. 7.2). Schliesslich sind keine systematischen negativen Effekte in Bezug auf Patientenselektionen oder die Verletzung der Aufnahmepflicht zu erkennen (B,S,S. 2018).

7.4. Zweckmässigkeit der Revision

Aus Qualitätssicht beurteilen wir die KVG-Revision als zweckmässig: Die Massnahmen im Bereich der Transparenz, der erweiterten Spitalwahl und der Spitalplanung haben dazu beigetragen, dass die Qualität der Spitalleistungen zumindest nicht gesunken ist. Diese qualitätsorientierten Massnahmen der KVG-Revision waren zweckmässige und notwendige Elemente, damit der verstärkte Wettbewerb und finanzielle Druck bei den Spitälern nicht zu Lasten der Qualität der Spitalleistungen gegangen ist. Gravierende Abstriche bei der Qualität, wie sie im Vorfeld der Revision unter dem Titel «blutigen Entlassungen» und «Drehtüreffekte» befürchtet wurden, blieben weitgehend aus. Die erweiterte Spitalwahl und die Transparenz haben den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern erhöht und die Spitäler zur Verbesserung der Qualität ihrer Strukturen und Prozesse veranlasst. Auch die Leistungsaufträge in der Spitalplanung bilden ein zweckmässiges Instrument, Qualität bei den Spitalleistungen einzufordern.

Bei allen Massnahmen wurde aus unserer Sicht das mögliche Potenzial für Qualitätsverbesserungen aber noch nicht genügend ausgeschöpft.

- Die Auflage aus KVV-Artikel (58b) zur Berücksichtigung der Qualitätskriterien in der Spitalplanung lässt den Kantonen viel Spielraum. Entsprechend kommt es unter den Kantonen auch zu erheblichen Unterschieden, inwieweit die Qualitätskriterien berücksichtigt und eingefordert werden.
- Mit den vermehrt verfügbaren Qualitätskennzahlen wurde grundsätzlich mehr Transparenz geschaffen. Die Herausforderungen bestehen in einer korrekten Interpretation und Anwendung des Kriteriums «Qualität». Bei einigen Kantonen sind nicht zuletzt diese Schwierigkeiten mit ein Grund, die Qualitätskennzahlen bei der Spitalplanung nicht ausreichend zu berücksichtigen. Für PatientInnen sind die Schwierigkeiten noch grösser. Die Qualitätsinformationen auf den Vergleichsportalen sind für PatientInnen wenig verständlich und schlecht interpretierbar. Entsprechend werden sie von den PatientInnen für die Wahl eines Spitals wenig genutzt.
- In der Folge wählen die PatientInnen ihr Spital selten aufgrund von Qualitätskriterien. Zudem erschweren die Kantone die kantonsübergreifende Spitalwahl teils durch tarifliche Hürden.

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung wurde die KVG-Revision somit gut konzipiert. Bei der Umsetzung liegen aus unserer Sicht aber noch grössere Potenziale, um die Qualität der Spitalleistungen zu verbessern.

8. Handlungsbedarf

Basierend auf den Ergebnissen und der Beurteilung ist im Folgenden der Handlungsbedarf aus Sicht des Evaluationsteams dargelegt.

8.1. Defizite und Schwächen

Handlungsbedarf ergibt sich primär aus den Defiziten und Schwächen bei der Umsetzung der KVG-Revision.

Spitalplanung

- Nicht alle Kantone wenden Qualitätskriterien in der Spitalplanung für alle Versorgungsbereiche an. Auch minimale Qualitätsstandards werden nur zum Teil angewendet.
- Wenn Kantone Qualitätskriterien einsetzen, fehlen die Überprüfung und eine allfällige Sanktionierung. Qualitätsmängel haben selten Konsequenzen, z. B. auch bei systematisch tiefer Patientenzufriedenheit.
- Das Set von Qualitätskriterien, das die Kantone anwenden, ist zum Teil nicht ausreichend, um eine hohe Qualität sicherzustellen. Neben den bestehenden müssten die Kantone weitere Kriterien einsetzen bzw. Anforderungen definieren (bspw. im Bereich Zuweiserbefragungen, Weiterbildung Personal etc.).
- Die Kantone nutzen die verfügbaren Qualitätsindikatoren kaum für systematische Qualitätsvergleiche zwischen den Spitätern. Dies wäre nötig, um Qualitätsunterschiede bzw. -mängel aufzudecken (bspw. hohe Wundinfektionsraten, tiefere Patientenzufriedenheit im Vergleich zu anderen Spitätern) und mit Qualitätsanforderung entsprechend gegenzusteuern. Zudem könnten die Kantone dadurch den Qualitätswettbewerb stärker ankurbeln.

Erweiterte Informationsbasis zur Qualität

Die Transparenz ist stark gestiegen, aber es besteht noch viel Potenzial.

- Es mangelt an einer ausreichenden Zahl von validen und von allen Akteuren als wirksam akzeptierten Indikatoren.
- Die Qualitätsindikatoren werden nicht laiengerecht vermittelt. Sie brauchen Interpretationshilfen.

Erweiterte Spitalwahl

Die interkantonalen Patientenströme sind tendenziell angestiegen, es besteht aber vermehrtes Potenzial über die freie Spitalwahl den Qualitätswettbewerb zu fördern.

- Qualitätskennzahlen sind von Bund, Kantonen, Versicherern, Leistungserbringern und Medien stärker zu thematisieren und auf Vergleichsportalen auch zielgruppengerecht zu vermitteln.
- Bestehende tarifliche Hindernisse bzw. tiefe Referenztarife der Kantone bei ausserkantonalen Spitalleistungen schränken das Potenzial für den Qualitätswettbewerb ein. Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG bestimmt, dass der Versicherer und der Wohnkanton bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif übernehmen, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

8.2. Handlungsbedarf nach Akteuren

Bezogen auf die einzelnen Akteure sehen wir folgenden Handlungsbedarf:

Bund

- Fortführung und Intensivierung der Umsetzung der Qualitätsstrategie:
 - Stärkere Förderung und Veröffentlichung von validen/vergleichbaren Indikatoren.
 - Verbesserung der Datengrundlagen, z.B. differenziertere Angaben zum Personal und den Kosten im stationären und im spitalambulanten Bereich.
 - Unterstützung für patientengerechte Aufbereitung und Kommunikation von Qualitätsindikatoren.
- Verstärkte Vorgaben an die Kantone zur Umsetzung von Qualitätskriterien in der Spitalplanung:
 - Vereinheitlichung (Harmonisierung) von validen Qualitätsindikatoren in der Spitalplanung der Kantone.
 - Subsidiär Vorgaben von einheitlichen Qualitätsstandards durch den Bund, falls Umsetzung durch die Kantone ungenügend bleibt.
 - Im Bereich Rehabilitation Einigung über einen einheitlichen Rehabilitationsbegriff gemeinsam mit der GDK als Grundvoraussetzung für die Umsetzung von Qualitätskriterien.
 - Einfordern von Überprüfungen und Sanktionierungen bei Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen.
- Verstärkte Vorgaben an die Versicherer, Qualitätskriterien in den Tarif- und Vertragsverhandlungen zu berücksichtigen. Subsidiär eigene Vorgaben erlassen.
- Erleichterung der erweiterten Spitalwahl, Beseitigung von tariflichen Hindernissen bei ausserkantonalen Spitalleistungen (Anpassung Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

Am 9. Mai 2018 hat der Bundesrat die Botschaft zur Teilrevision des KVG im Bereich der Zulassung von Leistungserbringern zuhanden des Parlaments verabschiedet. Der Bundesrat will da-

mit u.a. die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch eine Erhöhung der Anforderungen an die Leistungserbringer steigern. Darin erhält der Bundesrat u.a. die Kompetenz, einheitliche Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer zu stellen. Diese beschränken sich aber auf den ambulanten Bereich. Der Bund sollte die Kantone anhalten, auch für den stationären Bereich einheitliche Qualitätsstandards zu schaffen oder subsidiär selber erlassen.

Zu der Rolle des Bund wurden im Rahmen der Umsetzung der Qualitätsstrategie ebenfalls schon verschiedene Vorschläge in diese Richtung gemacht. Das BAG hat in einem Bericht an den Bundesrat im Jahr 2011 betreffend die Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes die folgenden Massnahmen vorgeschlagen, die bei Betrachtung der Evaluationsergebnisse nach wie vor ihre Gültigkeit haben. Es waren die folgenden Vorschläge (Bundesamt für Gesundheit 2011):

- Weiterentwicklung der Erhebung und Publikation von Qualitätsindikatoren aufgrund von Routinedaten.
- Förderung der Koordination unter den Akteuren durch Schaffung von Transparenz und Kommunikationsgefässen unter Einbezug bestehender Initiativen insbesondere von H+ und ANQ.
- Förderung von flächendeckenden Qualitätsmessungen durch geeignete Rahmenbedingungen auf Verordnungsebene.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Führung von Registern sowie die Publikation von geeigneten Datenauswertungen im Interesse der Öffentlichkeit in Gesetzen und Verordnungen.
- Entwicklung eines nationalen integrativen Konzeptes betreffend Qualitätsinformationen unter Einbezug und in Abstimmung mit den verschiedenen Akteuren.

Kantone

- Flächendeckende und stärkere Anwendung von Qualitätskriterien sowie Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren in der Spitalplanung, systematische Überprüfung und Durchsetzen von konkreten Verbesserungsmassnahmen.
- Schaffen von einheitlichen Qualitätsstandards.
- Fördern einer transparenten und adressatengerechten Kommunikation von Qualitätsindikatoren.

Versicherer

Prinzipiell sind die Tarifpartner gemäss Art. 59d Abs. 1 lit b KVV gehalten, Instrumenten und Mechanismen zur Qualitätssicherung bei Vertragsverhandlungen und Zusammenarbeitsverträgen zu vereinbaren. Somit kommt den Versicherern mit der KVG-Revision ebenfalls eine Rolle im Bereich der Qualitätssicherung zu. Welche Anstrengungen die Versicherer diesbezüglich -

neben der Einforderung der ANQ-Messungen - seit der KVG-Revision vorgenommen haben, wurde in der vorliegenden Evaluation nicht vertieft beleuchtet.

Spitäler

- Stärkere Gewichtung des Themas Qualität in den Spital- und Klinikleitungen. Vermehrte Wahrnehmung des Themas Qualität als Führungsaufgabe.
- Systematische Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und der Patientensicherheit (Entwickeln einer Fehlerkultur, Orientierung an den PatientInnen, Medikationssicherheit, Checklisten, Ergebnisorientierung, Indikationsqualität).

Annex

A1 Detaillierte Evaluationsfragen

A) Welche Rolle spielen Qualitätskriterien in der kantonalen Spitalplanung und bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler?

- Funktionieren die Prozesse der Spitalplanung und deren Umsetzung in bedarfsgerechte Spitallisten? Sind diese Prozesse auf die Optimierung der Versorgung ausgerichtet (Kosten, Qualität, Zugang)? Welchen Stellenwert haben Qualitätskriterien?
- Bewährt sich die Umsetzung des Instruments der Leistungsaufträge (Sicht Kantone und Leistungserbringer)? Welche Rolle spielt dabei die Qualität?
- *Haben Qualitätskriterien im Rahmen der Überarbeitung von Spitallisten zu konkreten Veränderungen bei den Spitälern und Kliniken geführt?*

B) Fördern die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung den Qualitätswettbewerb unter den Spitälern? Kommt es zu einer grösseren Transparenz über die Qualität der stationären Spitalleistungen?

- Gibt es einen Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern und wie gestaltet sich dieser? Wie ist der Zusammenhang mit der KVG-Revision?
- Welche Rolle spielt der Kostendruck auf die Spitäler? Welchen Stellenwert hat der Kostendruck im Verhältnis zu Qualitätsbestrebungen?
- Verbessert sich die Transparenz hinsichtlich Planung und Leistungserbringung (Qualität)?
 - a) Existieren schweizweit vergleichbare und öffentlich zugängliche Qualitätskennzahlen? Welche?
 - b) Welche Akteure (PatientInnen, Versicherer, Kantone, Spitäler, Nachversorger, weitere?) nutzen die Qualitätskennzahlen und für welche Zwecke?
 - c) Wie ist die Aussagekraft der Kennzahlen zu beurteilen? Sind diese für den Laien verständlich? Können Laien für Sie relevante Rückschlüsse aus den Kennzahlen ziehen?
 - d) Welche Massnahmen ergreifen Spitäler, um Transparenz über die Qualität zu schaffen?
- Welche Rolle und welchen Stellenwert haben Qualitätsmessungen und -vergleiche verschiedener Akteure aus dem Qualitätsbereich (z. B. ANQ, Versichererverbände, Comparis, weitere etc.) für den Wettbewerb? Hat die Revision die Aktivitäten dieser Akteure beeinflusst?
- Wie reagieren die Versicherer auf die Gesetzesänderung? Ergreifen diese Massnahmen zur Förderung des Qualitätswettbewerbs? Fordern sie mehr Transparenz über die Qualität der Leistungen ein?
- Sind Bereiche festzustellen, in denen hinsichtlich Transparenz von Qualitätsunterschieden Lücken bestehen? (z. B. Dekubitus, Spitalinfekte)? Wie steht es um die Patientenzufriedenheit?
- Kommt es zu qualitätsorientierten Patientenflüssen, innerhalb der Kantone und über Kantonsgrenzen hinweg?
- Welche Verbesserungsmassnahmen wurden aufgrund der Messungen/Qualitätsvergleiche bei den Spitälern umgesetzt?

C) Wie reagieren die Spitäler auf den erhöhten Kosten- und Qualitätsdruck und wie wirkt sich das auf die Versorgungsstrukturen aus?

- Was sind positive Reaktionen der Spitäler? Welchen Einfluss hat die Revision auf das Leistungsspektrum und die entsprechenden Leistungsvolumina der Spitäler? Welche Anstrengungen unternehmen die Spitäler zur Verbesserung der Qualität?
- Wie entwickeln sich «unerwünschte», qualitätsbeeinflussende Wirkungen, z. B. Patientenselektionen, verfrühte Entlassungen, qualitätseinschränkende Abkürzungen von Prozessen im klinischen Alltag oder Veränderungen bei der Diagnosestellung und der Wahl von Behandlungsmethoden aufgrund des finanziellen Drucks?
- Wie wirken sich jeweils die positiven und negativen Reaktionen auf die Struktur- und Prozessqualität aus, d.h. auf die Infrastruktur und die Behandlungsabläufe im Spital?
- Welchen Einfluss haben die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen innerhalb des stationären Bereichs (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie) sowie zwischen dem stationären und den nachgelagerten Bereichen (z. B. Pflegeheime, Spitex)?
- Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Nachversorgung (Behandlungsketten)?

D) Welche Auswirkung hat die Gesamtheit der Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Ergebnisqualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten?

- Was sind die Auswirkungen auf die Ergebnisqualität? Was heisst das für die Behandlungsqualität und für die Pflegequalität? Zeigen sich unerwünschte Beeinträchtigungen (z. B. Dekubitus, Spitalinfekte)? Wie steht es um die Patientenzufriedenheit?

Tabelle INFRAS. Quelle: Pflichtenheft BAG und eigene Ergänzungen.

A2 Interviewpartner der qualitativen Interviews

Tabelle 7: Liste der InterviewpartnerInnen

InterviewpartnerIn	Organisation
Stakeholder und ExpertInnen	
Pascal Besson	H+
Dr. Dieter Conen	Stiftung für Patientensicherheit
Dr. Pierre-François Cuénod	Chefärzte und leitende Spitalärzte Schweiz VLSS
Dr. Constanze Hergeth	SwissDRG
Dr. Tarun Mehra	Universitätsspital Zürich (Experte Versorgungsforschung)
Dr. Felix Roth	santésuisse
Helena Zaugg	SBK
Erika Ziltener	Dachverband Schweizer Patientenstellen
Regula Heller	ANQ
Spitäler und Nachversorger	
Dr. Regina Classen	Kantonsspital Baselland
Anne Claussen	USB
Dr. Daniel Germann	KSSG
Dr. Heike Gudat	Hospiz im Park Arlesheim
Dieter Hermann	Hospiz Aargau
Heinrich Neuwiler	KSGR
Helmut Paula	Inselspital Bern
Brigitte Riederer	Alterswohnheim am Wildbach
Bruno Ritter	Evangelisches Pflege- und Altersheim Thusis
Doris Ruckstuhl	Spitex Kanton Zug
Ulrike Sollmann	Hirslanden
Jörg Stähelin	Spitex Ittigen
Daniela Vetterli	KSAG
Dr. Orsola Vettori	Spital Zollikerberg
Fortunat von Planta	Kantonsspital Uri
Informationsportale	
Dr. Manuela Gschwend	welches-spital.ch
Felix Schneuwly	Comparis.ch
Dr. Felix Roth	www.spitalfinder.ch

Tabelle INFRAS.

A3 Präzisierungen zur Onlinebefragung der Spitäler

Die Befragung der Spitäler fand als Vollerhebung unter allen Schweizer Spitälern und Kliniken (N=288) statt. Diese sind in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler¹²⁰ des BAG gelistet. Grundlage bildeten die Kennzahlen von 2015. Die dort gelisteten Spitäler verfügen zum Teil über mehrere Standorte. Den Spitälern und Kliniken wurde es freigestellt, die Befragung für die Standorte einzeln oder aus der Gesamtperspektive für alle Standorte auszufüllen. Alle teilnehmenden Spitäler füllten die Befragung aus der Gesamtperspektive für alle ihre Standorte aus. Die Fragen umfassten u.a. Fragen zum finanziellen Druck, zum Qualitätswettbewerb, zu den Auswirkungen der Revision der Spitalfinanzierung auf die Spitäler und zum Handlungsbedarf (vgl. Fragebogen in Anhang A5 der Tabellenband INFRAS 2018). Die Erhebung fand im Herbst 2017 zwischen September und November statt.

Die folgende Tabelle zeigt die Grundgesamtheit und den realisierten Rücklauf nach Spitaltyp (zur Einteilung der Spitaltypen vgl. Tabellenband INFRAS 2018).

Tabelle 8: Grundgesamtheit und realisierter Rücklauf nach Spitaltyp

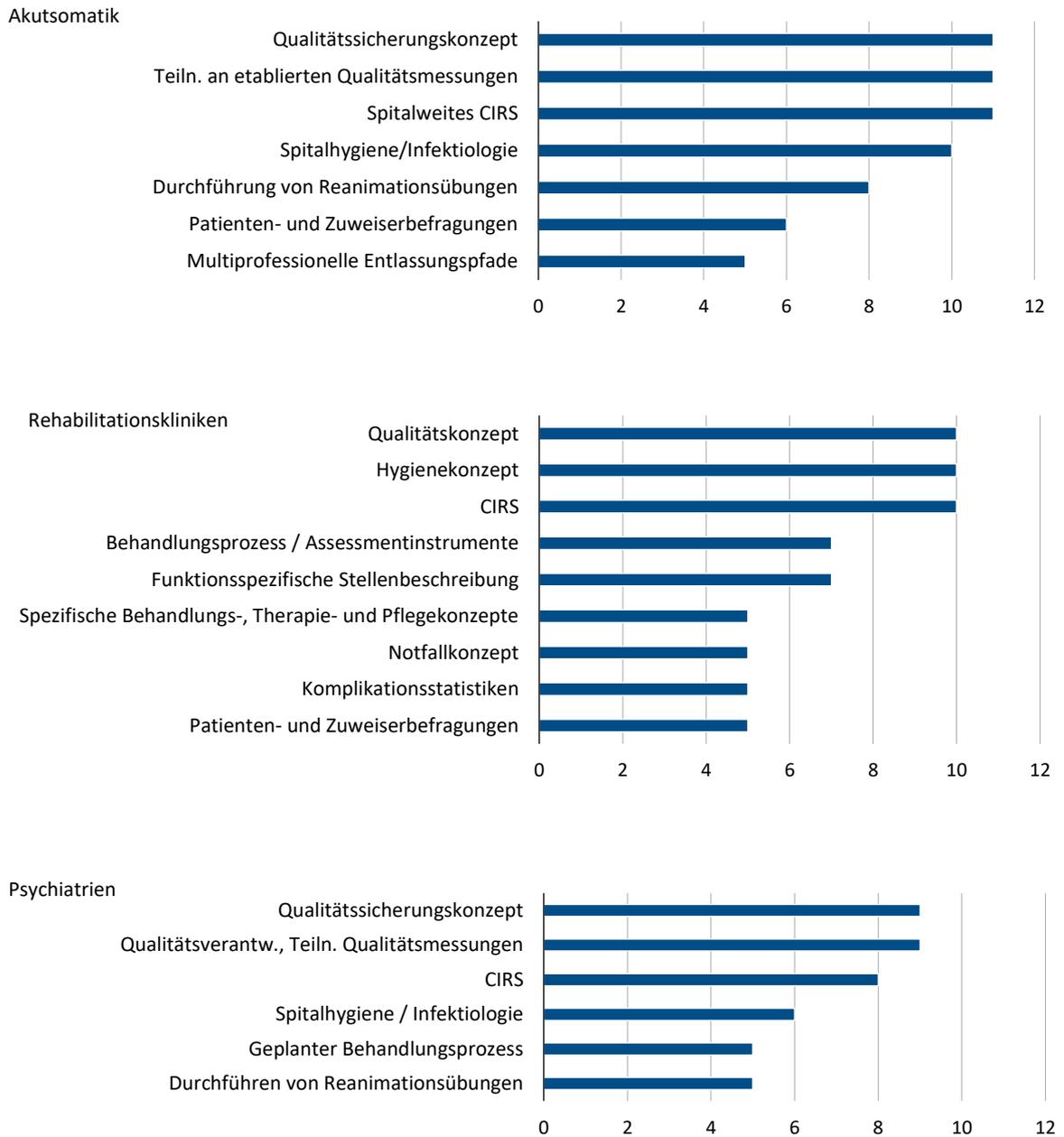
Spitaltyp	Anzahl Grundgesamtheit	Anzahl Antwortende	Rücklaufquote
Universitätsspitäler	5	5	100%
Weitere Spitäler der Zentrumsversorgung	35	17	49%
Spitäler der Grundversorgung	66	25	38%
Psychiatrische Kliniken	49	26	53%
Rehabilitationskliniken	50	14	28%
Spezialkliniken (Chirurgie, Gynäkologie/Neonatologie, Pädiatrie, Geriatrie, Diverse)	83	31	37%
TOTAL	288	118	41%

Tabelle INFRAS. Datenquellen: Kennzahlen der Schweizer Spitäler des BAG, INFRAS: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017. Eigene Zusammenstellung INFRAS.

¹²⁰ Vgl. www.bag.admin.ch/kzss

A4 Grafiken und Tabellen zu Kapitel 2

Abbildung 11: Generelle Qualitätskriterien der kantonalen Planungsdokumente

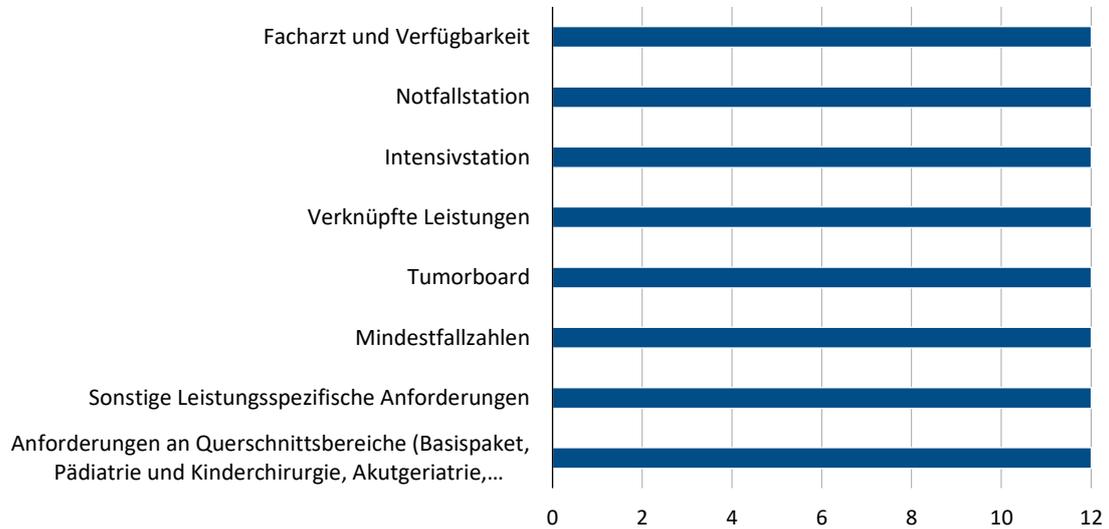


Anzahl Kantone, bei denen die Qualitätskriterien in den kantonalen Planungsdokumenten explizit erfasst sind. Qualitätskriterien mit mehr als vier Nennungen.

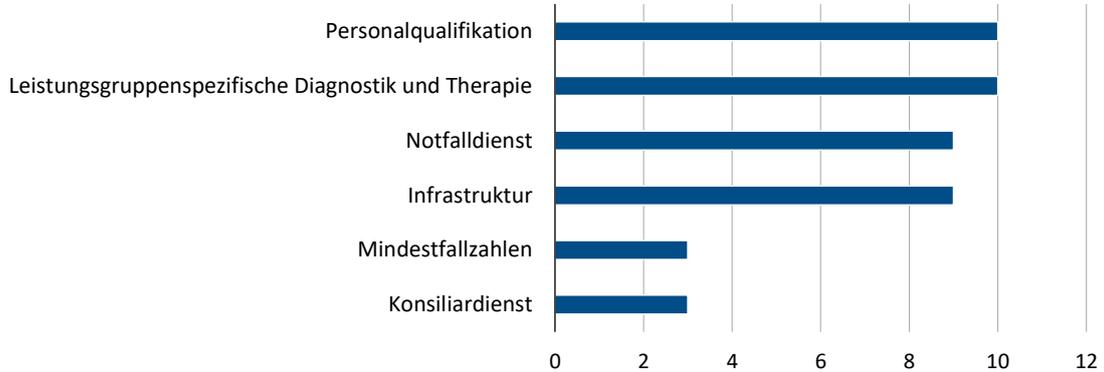
Grafik INFRAS. Quelle: socialdesign 2016

Abbildung 12: Leistungsspezifische Qualitätskriterien der kantonalen Planungsdokumente

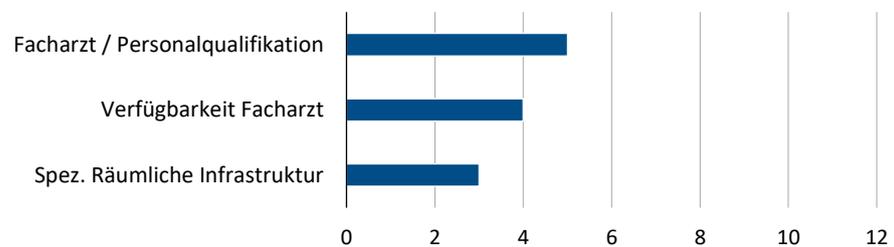
Akutsomatik



Rehabilitationskliniken



Psychiatrien



Anzahl Kantone, bei denen die Qualitätskriterien in den kantonalen Planungsdokumenten explizit erfasst sind. Qualitätskriterien mit mehr als 2 Nennungen.

Grafik INFRAS. Quelle: socialdesign 2016

Tabelle 9: Verwendung und Veränderung von Qualitätskriterien in der Spitalplanung

Kanton	Definition Kriterien*			Veränderung Kriterien**		
	Akut	Reha	Psychiatrie	Akut	Reha	Psychiatrie
AG	1	1	1	2	2	2
AI	0	0	0	-	-	-
AR	1	1	0	2	2	2
BE	0	0	0	1	1	1
BL	0	0	0	1	1	1
BS	0	0	0	1	1	1
FR	1	1	1	1	1	1
GE	0	0	0	0	0	0
GL	1	1	1	-	-	-
GR	0	0	0	0	0	0
JU	1	1	1	2	2	2
LU	0	0	0	1	1	1
NE	2	2	2	0	0	0
NW	0	0	0	-	-	-
OW	0	0	0	0	0	0
SG	1	1	2	2	2	0
SH	1	2	2	1	1	1
SO	0	0	0	2	1	1
SZ	3	0	0	-	-	-
TG	1	1	0	1	1	0
TI	3	1	0	0	0	0
UR	0	0	0	1	0	0
VD	3	0	0	-2	-	-
VS	1	1	1	-	-	-
ZG	0	0	0	-	-	-
ZH	1	1	1	-2	-2	-2

*Definition Kriterien: 1 = generelle und leistungsspezifische Kriterien; 2 = nur generelle Kriterien; 3 = nur leistungsspezifische Kriterien; 0 = Keine Kriterien. Quelle: socialdesign 2016

** Veränderung Kriterien seit KVG-Revision: 0 = Keine Veränderung; 1 = leicht verschärfte Kriterien; 2 = stark verschärfte Kriterien; -1 = leicht erleichterte Kriterien; -2 = stark erleichterte Kriterien; «-» = Keine Angabe.

Tabelle INFRAS. Quelle: econcept 2018

Tabelle 10: Durchführung von Vergleichen mit Qualitätskennzahlen

Kanton	Akut		Reha		Psychiatrie	
	Ja/Nein	Kennzahlen	Ja/Nein	Kennzahlen	Ja/Nein	Kennzahlen
AG	Ja	ANQ	Ja	ANQ	Ja	ANQ
AI	Nein		Nein		Nein	
AR	Ja	ANQ, BAG	Ja	ANQ, BAG	Ja	ANQ, BAG
BE	Ja	ANQ, Eingriffsspezifische Register (in Erarbeitung)	Ja	ANQ	Ja	ANQ
BL	Nein		-		-	
BS	Ja	ANQ, BAG	Ja	SWISS REHA-Vorgaben, Patientenzufriedenheit	Ja	Patientenzufriedenheit, Fürsorgerische Unterbringungen
FR	Nein		Nein		Nein	
GE	Ja	ANQ	Ja	ANQ	Ja	ANQ
GL	Nein		Nein		Nein	
GR	Nein		Nein		Nein	
JU	Ja	ANQ, BAG	Ja	-	Ja	-
LU	Ja	ANQ, Infos Beschwerdemanagement	Ja	ANQ, Infos Beschwerdemanagement	Ja	ANQ, Infos Beschwerdemanagement
NE	Nein		Nein		Nein	
NW	-		-		-	
OW	Nein		Nein		Nein	
SG	Nein		Nein		Nein	
SH	Ja	ANQ	Ja	ANQ	Ja	ANQ
SO	Nein		Nein		Nein	
SZ	Nein		Nein		Nein	
TG	Nein		Nein		Nein	
TI	Ja	ANQ	Ja	ANQ SWISS REHA	Ja	ANQ
UR	Ja	ANQ	Nein		Nein	
VD	Ja	ANQ, BAG (Mortalität), HPCI**	Ja	ANQ, BAG (Mortalität),	Ja	ANQ, BAG (Mortalität), HPCI
VS	Ja		Nein		Nein	
ZG	Ja	ANQ, Fallzahlen, Qualitätsberichte, BAG	Ja	ANQ, Fallzahlen, Qualitätsberichte	Ja	ANQ, Fallzahlen, Qualitätsberichte
ZH	Ja	vgl. Grundlagen	Ja	vgl. Grundlagen	Ja	vgl. Grundlagen

*BAG = Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler des BAG

** Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (Surveillance des infections nosocomiales et de l'hygiène hospitalière), vgl.

<https://www.hpci.ch/accueil>

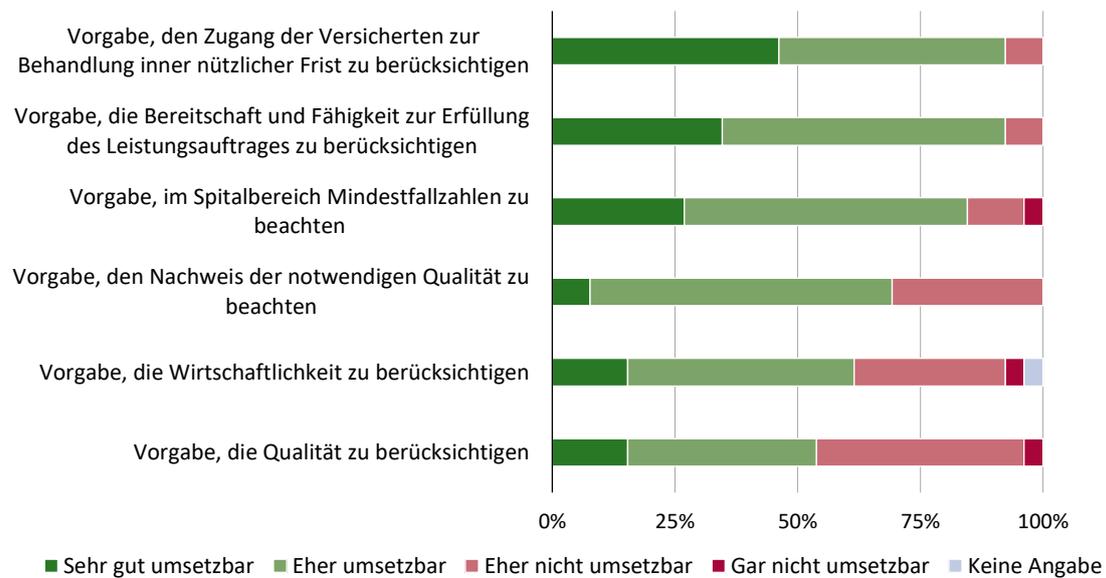
Tabelle INFRAS. Quelle: econcept 2018

Tabelle 11: Verfahren zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen

Verfahren zur Überprüfung der Einhaltung	Anzahl Kantone	Kantone
Regelmässige Überprüfung vor Ort/durch Gespräche/Audits	7	GE, GR, SO, TG, TI, VS, ZH
Per Anforderung und Prüfung von Dokumenten	1	FR
Überprüfung bei Hinweisen auf Verletzung	3	SZ, VD, ZG
Nur Überprüfung Mindestfallzahlen	2	AG, LU
Nur bei Bewerbung inkl. Überprüfung	3	AR, BS, SG
Nur bei Bewerbung durch Selbstdeklaration	1	JU
Keine Angabe/Angabe unklar	8	BE, BL, GL, NE, NW, OW, SH, UR

Tabelle INFRAS. Quelle: econcept 2018 (eigene Kategorisierung der offenen Antworten)

Abbildung 13: Einschätzung der Kantone zur Umsetzbarkeit der Vorgaben der Spitalplanung



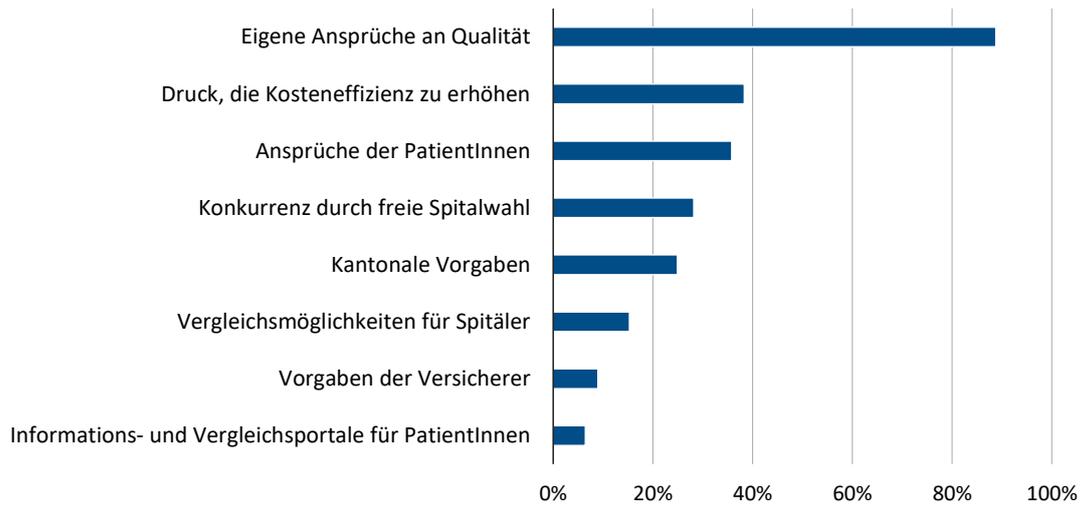
Frage: «Inwiefern ist die Vorgabe umsetzbar, dass die Vorgabe [...] zu berücksichtigen ist (Art. 58b Abs. 4 KVV)» N=26 Kantone.

Grafik INFRAS. Quelle: econcept 2018.

A5 Grafiken und Tabellen zu Kapitel 4

Abbildung 14: Gründe für Qualitätsanstrengungen

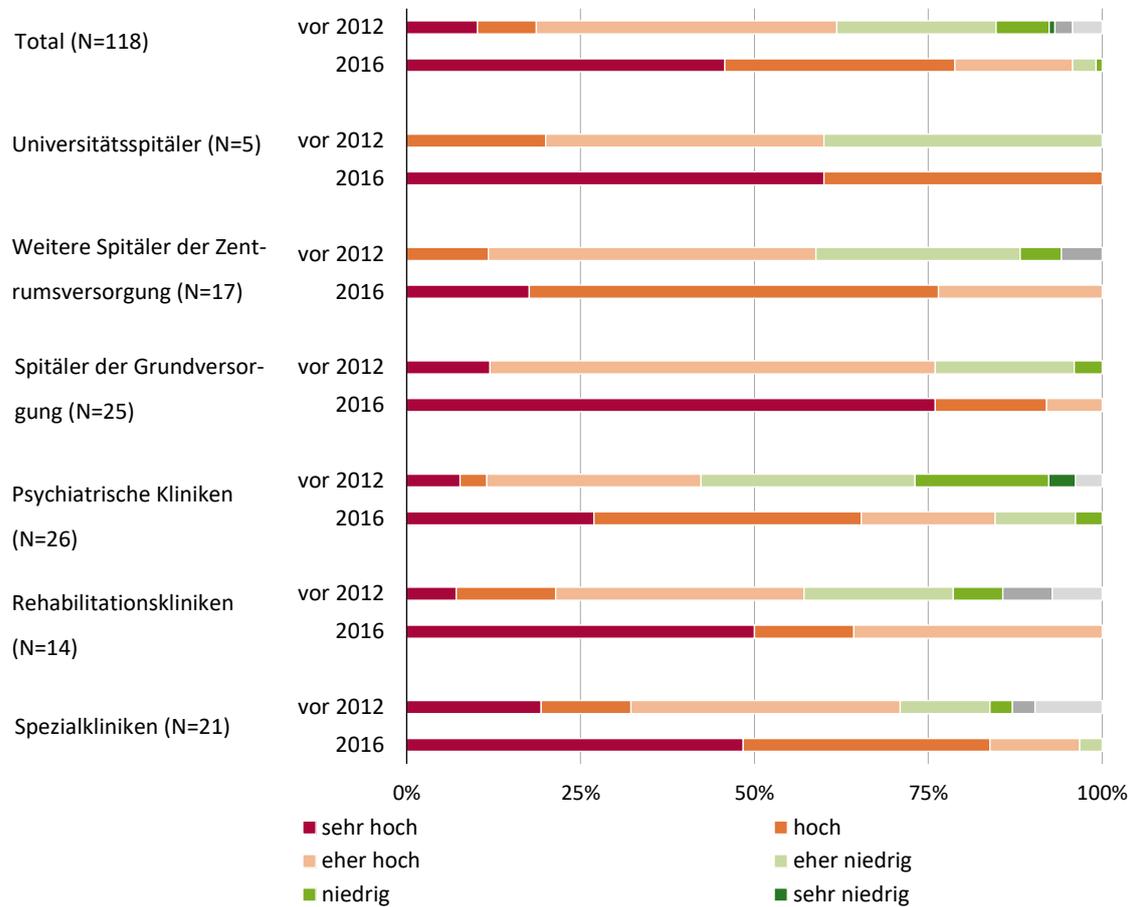
Anteil in %



Frage: «Sie haben angegeben, dass Ihr Spital seit dem Jahr 2012 in den folgenden Bereichen versucht hat, die Qualität Ihrer Spitalleistungen zu verbessern. Welches waren die Gründe dafür? » (N=105 Spitäler und Kliniken)

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Abbildung 15: Finanzieller Druck vor 2012 und in 2016 aus Sicht der Spitäler (Q3.1/Q3.2)



Frage: «Der finanzielle Druck auf Ihr Spital vor 2012 / im Jahr 2016 war...»
 N=118, fehlend=0

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

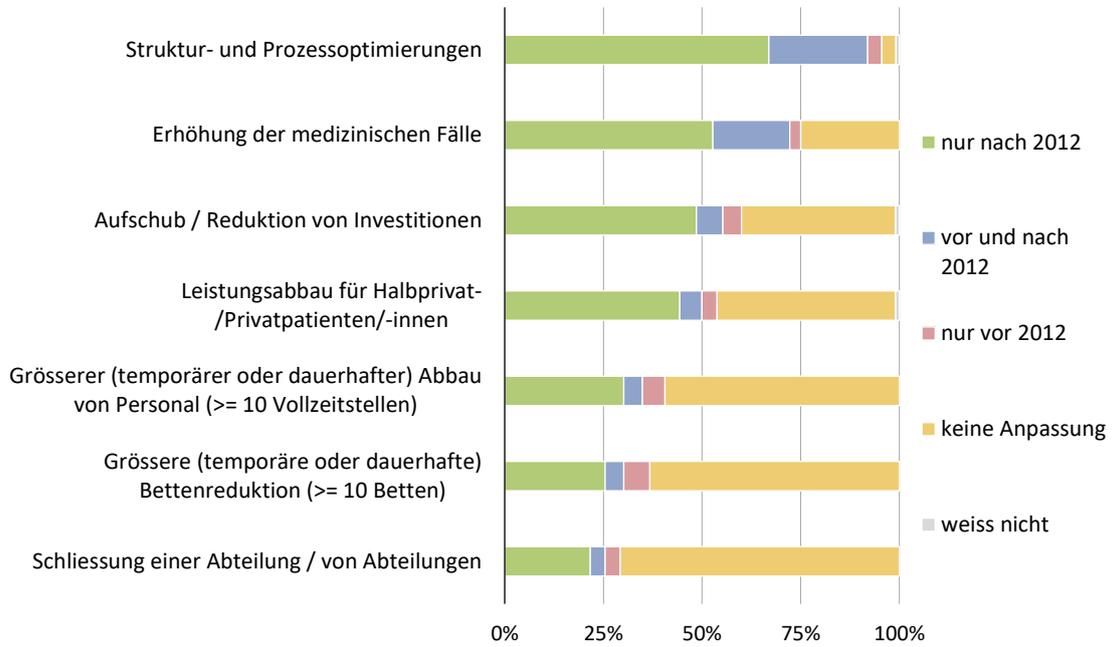
A6 Grafiken und Tabellen zu Kapitel 5

Präzisierungen zu den Qualitätsaktivitäten im Fragenbogen (Abbildung 6, Kap. 5.1):

- *Behandlungsprozesse*: Standardisierung von Behandlungsprozessen (z. B. Anwendung von Checklisten/Guidelines, Patientenpfade, Umsetzung Empfehlungen Stiftung Patientensicherheit/Swissnoso: «Clean hands», sichere Chirurgie etc.)
- *Entlassungs- und Schnittstellenmanagement* zu nachgelagerten Bereichen (z. B. Kooperationen mit Pflegeheimen oder Rehabilitationskliniken, standardisierter Informationsaustausch);

- *Fehlermanagement* (z. B. Berichtssysteme über kritische Vorkommnisse, Beschwerdemanagement)
- *Interprofessionelle Verfahren*: Verfahren zur interprofessionellen Analyse und Diskussion der Behandlungsprozesse (z. B. interprofessionelle Konferenzen, Tumorboards, Qualitätskommissionen, Fallbesprechungen, Teilnahme interprofessionelle Peer-Reviews etc.)
- *Organisationsprinzipien, Zertifizierungen* (z. B. spezifische Managementsysteme/-prinzipien, qualitätsspezifische Zertifizierungen, Teilnahme an nationalen Verbesserungsprogrammen)
- *Qualitätsmessungen/Transparenz*: Messungen der Ergebnisqualität, die über Messungen des ANQ und des BAG hinaus gehen (z. B. Zuweiserbefragung, erweiterte Patientenbefragungen, Hygienedaten, fachspezifische Qualitätsindikatoren, Teilnahme medizinische Register)
- *Servicequalität* (Gastronomie, Kommunikation etc.)
- Überprüfung der Indikationsqualität
- *Gebäude und Infrastruktur* (z. B. Gebäudenormen, medizinische Geräte, qualitätsorientierte Umbauten, klinische Informationssysteme)
- *Personal* (z. B. Skill-Grade-Mix, Einsatzplanung, Fortbildungen, Personalbefragungen, Anstellungsbedingungen, Personalkommission).

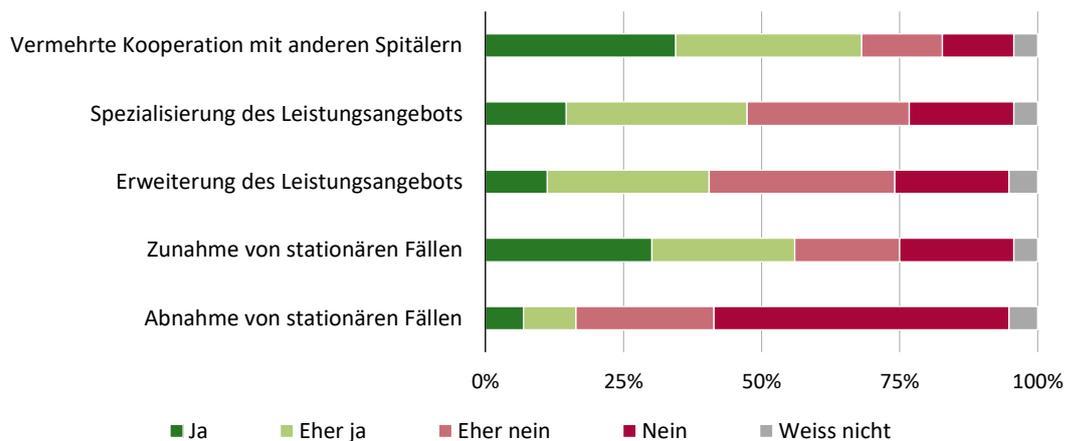
Abbildung 16: Anpassungen bei den Spitälern aufgrund des finanziellen Drucks



Frage: «Ist es in Ihrem Spital aufgrund von finanziellem Druck zu folgenden Anpassungen gekommen?»
N=105-108 (je nach item)

Grafik INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Abbildung 17: Entwicklungen aufgrund der KVG-Revision (Zustimmung in %)



Frage: «Bitte nehmen Sie eine Einschätzung zu folgenden Aussagen vor: Die KVG-Revision hat in unserem Spital zu folgenden Entwicklungen geführt: ...» N=116

Grafik INFRAS. Quelle: INFRAS: Befragung der Spitäler und Kliniken 2017.

Abkürzungsverzeichnis

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APDR	All Patient Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
DRG	Diagnosis Related Groups / diagnosebezogene Fallpauschalen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
H+	Spitzenverband öffentlicher und privater Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
HSM	Hochspezialisierte Medizin
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IV	Invalidenversicherung
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die Hochspezialisierten Medizin
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Deutschland)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer
SPLG	Spitalplanungsleistungsgruppen
SUVA	Schweizerischer Unfallversicherer

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell der (erwünschten) Auswirkungen der KVG-Revision	
Spitalfinanzierung _____	32
Abbildung 2: Veränderung der Kriterien zur Qualität bei der Beurteilung der Leistungsaufträge aufgrund der KVG-Revision _____	41
Abbildung 3: Bewährung der Kriterien zur Qualität bei der Beurteilung der Leistungsaufträge _	43
Abbildung 4: Wahrgenommener Qualitätswettbewerb nach Qualitätsdimension vor und nach der Revision _____	60
Abbildung 5: Entscheidende Faktoren für den Spitalentscheid aus Sicht der Spitäler _____	62
Abbildung 6: Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität vor und nach der Revision _____	70
Abbildung 7: Gründe für Qualitätsverbesserungen in verschiedenen Bereichen _____	73
Abbildung 8: Einschätzung der Kantone zur Beeinflussung der Qualität durch die KVG-Revision	74
Abbildung 9: Entwicklungen aufgrund der KVG-Revision (Zustimmung in %) _____	79
Abbildung 10: Einfluss der KVG-Revision auf die Qualität der Spitalleistungen _____	93
Abbildung 11: Generelle Qualitätskriterien der kantonalen Planungsdokumente _____	107
Abbildung 12: Leistungsspezifische Qualitätskriterien der kantonalen Planungsdokumente __	108
Abbildung 13: Einschätzung der Kantone zur Umsetzbarkeit der Vorgaben der Spitalplanung_	111
Abbildung 14: Gründe für Qualitätsanstrengungen _____	112
Abbildung 15: Finanzieller Druck vor 2012 und in 2016 aus Sicht der Spitäler (Q3.1/Q3.2) ____	113
Abbildung 16: Anpassungen bei den Spitälern aufgrund des finanziellen Drucks _____	115
Abbildung 17: Entwicklungen aufgrund der KVG-Revision (Zustimmung in %) _____	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die eingesetzten Methoden	10
Tableau 2 : Vue d'ensemble des méthodes utilisées	21
Tabelle 3: Überblick über die eingesetzten Methoden	35
Tabelle 4: Bestehende Qualitätsmessungen und deren Einordnung, Stand Juli 2018	48
Tabelle 5: Vergleichsportale in der Schweiz für die Auswahl von Spitälern (Stand Juli 2018)	50
Tabelle 6: Betrachtete Indikatoren zur Ergebnisqualität	86
Tabelle 7: Liste der InterviewpartnerInnen	105
Tabelle 8: Grundgesamtheit und realisierter Rücklauf nach Spitaltyp	106
Tabelle 9: Verwendung und Veränderung von Qualitätskriterien in der Spitalplanung	109
Tabelle 10: Durchführung von Vergleichen mit Qualitätskennzahlen	110
Tabelle 11: Verfahren zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen	111

Literatur

- Al-Deb`i, A., Egger, A., Indra, P., Röder, C. 2015:** Auf der letzten Meile zum Patienten. Die 4. Qualitätsdimension: Indikationsqualität von Hüft- und Knieendoprothesen im Kanton Basel-Stadt. Schweizerische Ärztezeitung, 96 (50–51): 1849–1851.
- ANQ 2018:** Auswertungskonzept Potentiell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen mit SQLape ab BFS-Daten 2016. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).
- ANQ 2016:** Nationaler Vergleichsbericht Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso (Oktober 2016).
- ANQ 2014:** Überprüfung ANQ-Messplan auf Vollständigkeit und Relevanz. Kurzfassung zum 2. Teil des Forschungsberichts des ISGF inkl. Identifikation von Handlungsoptionen. (Februar 2014).
- ANQ 2013:** Überprüfung ANQ-Messplan auf Vollständigkeit und Relevanz. Forschungsbericht ISFG (Mai 2012). Kurzfassung.
- Avenir Suisse 2018:** Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönlicheist».
- Brügger, U. 2010:** Impact of DRGs – Introducing a DRG reimbursement system: A literature review. Schriftenreihe der SGGP; Nr. 98. Bern: SGGP.
- B,S,S. 2018:** Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Bundesamt für Gesundheit 2019:** Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung: Schlussbericht des BAG an den Bundesrat (Arbeitstitel). Bern: Bundesamt für Gesundheit (noch nicht publiziert).
- Bundesamt für Gesundheit 2016:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016. Bern: Bundesamt für Gesundheit. www.bag.admin.ch/kzss
- Bundesamt für Gesundheit 2015a:** Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung. Leicht überarbeitete Version vom 13. Mai 2015 (Ursprungsversion vom 11. Juni 2013).
- Bundesamt für Gesundheit 2015b:** Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat. Bern, 13. Mai 2015.
- Bundesamt für Gesundheit 2011:** Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Version vom 25. Mai 2011.
- Bundesrat 2013:** Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. Bericht des Bundesrates vom 18. Dezember 2013 in Erfüllung des Postulates 09.4239 und 10.3753.
- Busato, A., von Below, G. 2010:** The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population based perspective. In: Health Research and Policy Systems 2010 8:31.

- Comparis 2017:** Spitalwahl: Schweizer wollen von der Todesrate nichts wissen. Comparis Spital-Umfrage: <https://www.comparis.ch/comparis/press/medienmitteilungen/artikel/2017/spitalvergleich/spital-vergleich/spitalumfrage>.
- Cosandey, J., Roten, N., Samuel, R. 2017:** Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligeist». Zürich: Avenir Suisse.
- Donabedian, A. 2002:** An introduction to quality assurance in health care, Oxford University Press.
- Dormann, F., Klauber, J., Kuhlen, R. (Hrsg.) 2018:** Qualitätsmonitor 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Berlin). ISBN 978-3-95466-348-4.
- Doyle, J., Graves, J. und Gruber, J. 2017:** Evaluating Measures of Hospital Quality, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper 23166, February 2017.
- econcept 2018:** Tabellenband: Ergebnisse der Kantonsbefragung zur KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- econcept/LENZ 2018:** Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Frick, U., Dickson-Spillmann, M., Krischker, S., Wiedermann, W., Wiedenhöfer, D., Schaub, M. 2014:** Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität an den Schnittstellen (Schnittstellenstudie). Forschungsbericht No. 341 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Frick, U., Krischker, S., Gmel, G. 2013:** Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär). Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- GD ZH 2015:** Gesundheitsversorgungsbericht, Gesundheitsversorgung 2015. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
- Grütter, M., Karlegger, A., Haering, B., Bock, S. 2012:** Vorstudie zur Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär), Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, econcept, Zürich.
- gfs.bern 2017:** H+ Spital- und Klinik-Barometer 2017. Studie im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz. Schlussbericht.
- Gruber J., Lippitsch S. 2018:** Entwicklung der interkantonalen Patientenströme 2010-2015 in der stationären Versorgung (Akutsomatik, Rehabilitation & Psychiatrie). Studie innerhalb der Evaluation «Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung». LENZ AG im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

- Hedinger, D., Tuch, A., Jörg, R. und Widmer, M. 2018:** Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009-2016. (Obsan Bulletin 4/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Heller, G. 2008:** Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz (2008) 51:1173–1182.
- Huber, K. 2015:** Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl. Analyse der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen von 2010 bis 2013. Obsan Dossier 48.
- INFRAS 2018:** Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Ergebnisse der Onlinebefragung der Spitäler und Kliniken zu den Auswirkungen der Revision. Tabellenband. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Kleinknecht-Dolf, M., Haubner, S., Wild, V., Spirig, R. 2015a:** Wie erleben Pflegefachpersonen Moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? In: Pflege&Gesellschaft, 2015. 20(2): p. 115-132.
- Kleinknecht-Dolf, Spichiger, E., Frei, I., Müller, M., Martin, J., Spirig, R. 2015b:** Monitoring von Pflegekontextfaktoren – Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizerischen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung der SwissDRG. In: Pflege, 2015, Heft 2.
- KPMG 2016:** Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. KPMG International. Publication number 133989-G. March 2017.
- Kraft, E., Hersperger, M., Herren, D. 2012:** Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93(41), 1485-89.
- Künzi, K., Jäggi, J., Dubach, P. 2017:** Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation. Bern. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Nimptsch, U. Peschke, D., Mansky, T. 2016:** Der Einfluss von Qualitätsmessung, Transparenz und Peer Reviews auf die Krankenhaussterblichkeit – Retrospektive Vorher-Nachher-Studie mit 63 Kliniken. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volumes 115–116, Oktober 2016, 116.
- Nimptsch, U. und Mansky, T. 2017:** Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009-2014. BMJ Open 2017, (7).
- OECD 2010:** Improving Value in Health Care - Measuring Quality. OECD Health Policy Studies.
- Office fédéral de la santé publique (2019):** Évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Rapport final de l'OFSP du Conseil fédéral (titre provisoire de travail). Berne: Office fédéral de la santé publique (à venir).

- Oggier, W. 2017:** Die Umsetzung kantonaler Spitalplanungen unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitation. In W. Oggier, G. Pellanda, & G. R. Rossi (Hrsg.), 20 Jahre KVG. Rück- und Ausblick für die Rehabilitation. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik Nr. 132 (S. 85 – 114).
- Pellegrini, S., Widmer, T., Weaver, F., Fritschi, T. und Bennett, J. (2010).** KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Berner Fachhochschule und Universität Zürich, Bern und Zürich. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Porter, M. E. und Teisberg, E. O. 2006:** Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Publishing.
- Preisüberwacher 2016:** Bericht zu Behandlungsqualität und Kostenniveau von Schweizer Spitälern im Ländervergleich. Bern, August 2016.
- SAMW 2017:** Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen der SAMW.
- Sens, B., Wenzlaff, P., Pommer, G., von der Hardt, H. 2010:** Auswirkungen der DRG-Einführung: Die Qualität hat nicht gelitten. Deutsches Ärzteblatt, JG. 107, Heft 1-2. Siehe <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67293/Auswirkungen-der-DRG-Einfuehrung-Die-Qualitaet-hat-nicht-gelitten>.
- socialdesign 2016:** Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung. Konzept- und Machbarkeitsstudie inklusive einer Bestandesaufnahme. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Staub, L., Röder, C., Parli, N. 2016:** Konzept- und Machbarkeitsstudie «Nutzung von Registerdaten zur Messung des Einflusses der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Ergebnisqualität der stationären Spitalleistungen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D., Widmer, M. 2018:** Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009-2016. Schlussbericht (Obsan-Dossier 65). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Widmer, P., Hochuli, P., Telsler, H., Reich, O. (2017).** Erwünschte und unerwünschte Optimierungen betreffend Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich – 2. Teilstudie: Leistungsverlagerungen unter SwissDRG, Polynomics und Helsana. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- WIdO 2007:** Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. AOK-Bundesverband FEISA HELIOS Kliniken WIdO.