



Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2020

Schwerpunktthema 2022:
Covid-19-Hilfen für Spitäler

Studie im Auftrag von
ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen



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

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

Projektleitung: Prof. Dr. Stefan Felder
Projektbearbeitung: Patrik Gasser
Dr. Stefan Meyer

Vorgeschlagene Zitierweise: Felder, S. und Meyer, S. (2022). *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2020*. Studie im Auftrag von ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen. Universität Basel.

Zusammenfassung (Executive Summary)

A Subventionierung der Spitäler über GWL, überhöhte Basisfallwerte und verdeckte Investitionen

Wir haben in den letzten Jahren kontinuierlich die Entwicklung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen bei der Finanzierung der akutstationären Versorgung auf der Grundlage der Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS) ausgewertet und publiziert. Die Studie schliesst alle Spitäler mit Sitz in der Schweiz mit ein, die gemäss Definition des Bundesamts für Statistik (BFS) den Aktivitätstyp «A» (Akut) oder «B» (Geburtshaus) aufweisen.¹

Die vorliegende Studie geht den nach Trägerschaft unterschiedenen Finanzierungsquellen von Spitälern erneut nach. Es unterteilt zunächst die Trägerschaft der Spitäler in drei Kategorien:

- i) **Private Kliniken** sind privatrechtliche Einrichtungen im Mehrheitsbesitz von privaten, natürlichen oder juristischen Personen. Von den 2020 landesweit insgesamt 183 Akutspitälern und Geburtshäusern sind deren 95, oder 52 Prozent, nach diesem Kriterium privat.
- ii) **Öffentliche Spitäler** sind öffentliche Unternehmen (öffentliche Anstalten oder öffentlich-rechtliche Körperschaften), die von einer staatlichen Stelle betrieben werden. Dazu gehören bspw. das CHUV in Lausanne und die HUG in Genf. 2020 gab es in der Schweiz 35 öffentliche Spitäler.
- iii) Zu den **subventionierten Spitälern** gehören 53 Einrichtungen, die mehrheitlich als öffentliche Trägerschaften sowie häufig als Aktiengesellschaften, Vereine oder Stiftungen auftreten. Dabei vereinigt die öffentliche Hand mehr als 50 Prozent des Aktienkapitals auf sich. Beispiele für diese Spitalkategorie sind die Solothurner Spitäler AG und die Insel Gruppe AG.

Subventionierung über drei Kanäle

An Spitäler fließende Subventionen können drei Bereichen zugeordnet werden:

- a) **Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL)** durch die Kantone. Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören nach einer Aufstellung des Spitalverbandes H+ Spezialaufgaben und -bereiche wie geschützte Operationssäle, Rettungsdienste und die Sanitätsnotrufzentrale 144. Darüber hinaus zählen Forschung und universitäre Lehre zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, ebenso wie Beiträge für die Finanzierung der Vorhalteleistung für Notfälle und Geburtshilfe. Hinzu kommen auch Kantonsbeiträge aufgrund einer kantonalen Defizitgarantie. Die Höhe der kantonalen Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler jährlich als Teil der Erträge ausgewiesen.²
- b) Mögliche **Subventionierung** eines Spitals durch einen **überhöhten Basisfallwert**. Ermöglicht wird eine solche Subventionierung dadurch, dass die Kantone selbst Betreiber von Spitälern sind und somit direkten Einfluss auf die Bestimmung des Basisfallwerts von öffentlichen Spitälern nehmen. Bei subventionierten Spitälern kann sich insofern ein indirekter Einfluss der Kantone auf die Basisfallwerte ergeben, als letztere die durch die Verhandlungspartner vereinbarten Basisfallwerte genehmigen oder im Streitfall als Schiedsstelle fungieren.

¹ vgl. Detailkonzept der Krankenhausstatistik (Version 2.1): <https://www.bfs.admin.ch>

² Aufgrund des eingeschränkten Detailgrads werden die GWL in dieser Studie wie folgt definiert/berechnet: «Alle finanziellen Unterstützungen durch die öffentliche Hand oder privatrechtliche Organisationen in Form von Beiträgen, Subventionen und allfälligen separat ausgewiesenen Defizitdeckungen. Davon werden die Kosten der universitären Lehre (Aus- und Weiterbildung) und Forschung der studienfremden Spitalbereiche abgezogen (Psychiatrie, Rehabilitation/Geriatrie).»



- c) Offene oder verdeckte **Finanzierung der Investitionskosten** von Spitälern über die kantonalen Finanzhaushalte. Dies kann bei öffentlichen Spitälern über die Vermietung von Immobilien, Mobilien oder Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen geschehen. Auch bei subventionierten Spitälern ist dies möglich, wenn diese sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich kann eine verdeckte Subventionierung dann auftreten, wenn die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen bzw. gegenüber dem Markt deutlich günstigeren Konditionen vergeben.

94 Prozent der Subventionen an die öffentlichen Spitäler

Einen differenzierten Überblick über die Subventionen für das Jahr 2020 nach Trägerschaft in den drei Bereichen liefert Tabelle I. Die **Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen** beläuft sich landesweit auf 2.43 Mrd. Franken, wovon 2.26 Mrd. Franken oder 92.7 Prozent auf die subventionierten und öffentlichen Spitäler entfallen. Die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist demnach sehr ungleich auf die unterschiedlichen Spitalkategorien verteilt. Offensichtlich fehlt ein freier Marktzugang, der es privaten Kliniken erlauben würde, ebenfalls gemeinwirtschaftliche Leistungen in einem relevanten Umfang bereit zu stellen.

Tabelle I: Offene und verdeckte Subventionierung nach Trägerschaft, 2020

Jahr 2020	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
Total (in Mio. CHF)				
GWL	178.6	567.9	1'688.1	2'434.7
Basisfallwert	-	119.3	168.8	288.1
Investitionen	-	118.0	228.1	346.2
Total	178.6	805.3	2'085.0	3'069.0
Pro Fall (in CHF)				
GWL	649.0	1'351.7	3'341.7	2'028.0
Basisfallwert	-	284.0	334.2	240.0
Investitionen	-	280.9	451.6	288.3
Total	649.0	1'916.6	4'127.4	2'556.3
Pro Akutbett (in CHF)				
GWL	36'724.2	77'527.6	160'277.1	107'149.1
Basisfallwert	-	16'289.8	16'027.1	12'680.7
Investitionen	-	16'112.7	21'658.6	15'234.0
Total	36'724.2	109'930.2	197'962.9	135'063.7

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Berechnungen: Universität Basel

Mit Hilfe eines ökonomischen Modells lässt sich für 2020 der Unterschied im durchschnittlichen Basisfallwert zwischen privaten Spitälern und öffentlichen oder subventionierten Spitälern schätzen. Dabei wird berücksichtigt, dass Universitätskliniken im Mittel einen **höheren Basisfallwert** aufweisen, ebenso wie Kinderspitäler. Dennoch waren die öffentlichen und subventionierten Spitäler im Jahr 2020 gegenüber den privaten Kliniken im Durchschnitt pro Fall um 290 Franken bzw. 289 Franken teurer. Aus diesen erhöhten Basisfallwerten ergeben sich gemäss Tabelle I Subventionen für die öffentlichen und subventionierten Spitäler in Höhe von 169 Mio. bzw. 119 Mio. Franken.

Die Subventionen aufgrund **verdeckter Investitionskosten** wurden ebenfalls geschätzt, nämlich auf der Grundlage der Differenz der Investitionsquote auf Ebene des einzelnen Spitals zu der bei der SwissDRG-Vergütung im Jahr 2012 eingerechneten Investitionsquote von 10 Prozent. Die durchschnittliche Investitionsquote der öffentlichen und subventionierten Spitäler lag 2020 mit 6.7 Prozent resp. 7.7 Prozent deutlich unter 10 Prozent. Die derart berechneten Subventionen belaufen sich landesweit auf 346 Mio. Franken, die sich im Verhältnis 66 Prozent zu 34 Prozent auf öffentliche und subventionierte Einrichtungen aufteilen.

Öffentliche und subventionierte Spitäler erhalten zusammen 94.2 Prozent aller Kantonssubventionen, bei einem Marktanteil an den Pflgetagen von knapp 81 Prozent. Der Marktanteil der öffentlichen liegt mit 47.3 Prozent um das 1.4-fache höher als jener der subventionierten Spitäler (33.4 Prozent). Die Subventionen der öffentlichen Spitäler sind fast dreimal höher als jene der subventionierten. Werden die drei Subventionsarten summiert und auf die Anzahl der vorgehaltenen Akutbetten bezogen, ergeben sich landesweit jährliche Gesamtsubventionen pro Bett bei privaten, subventionierten und öffentlichen Spitälern von rund 36'700 Franken, 109'900 Franken und 198'000 Franken.

Insgesamt hat die Subventionierung zwischen 2019 und 2020 um 18.8 Prozent zugenommen (vgl. Abbildung I). Trotz Diskussionen über ihre Legitimität und Angemessenheit sind die gemeinwirtschaftlichen Leistungen seit 2013 kontinuierlich gestiegen und erreichten – auch bedingt durch die Covid-19-Pandemie – im Jahr 2020 einen neuen Höchststand. Demgegenüber verliefen die Beiträge via überhöhten Basisfallwert und die Subventionen aufgrund der verdeckten Investitionsfinanzierung seit 2013 relativ stabil.

Abbildung I: Subventionierung über die drei Kanäle seit 2013



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2020). Berechnungen: Universität Basel.

Grosse Unterschiede zwischen den Kantonen

Das Ausmass der Gesamtsubventionen variiert beträchtlich zwischen den Kantonen (vgl. Tabelle II). Die höchsten Subventionen zahlt mit 642 Mio. Franken der Kanton Waadt aus. Dies entspricht 6'016 Franken pro Fall, 286'507 Franken pro stationärem Akutbett oder 792 Franken pro Einwohner.

Die niedrigsten Zuschüsse pro Akutfall und Einwohner ergeben sich im Kanton Zug: 461 Franken pro Austritt bzw. 53 Franken pro Einwohner. Auf die Akutbetten gerechnet sind die Gesamtsubventionen im Thurgau am niedrigsten. Zusammen mit den ordentlichen Beiträgen der Kantone an die subjektbezogene DRG-Vergütung (Tarife), die sich aufgrund unterschiedlicher stationärer Kosten ebenfalls kantonal unterscheiden, bedeuten diese Zuschüsse eine grosse Belastung der kantonalen Finanzhaushalte.



Tabelle II: Gesamtsubventionen nach Kanton, Total und pro Akutbett und Einwohner, 2020

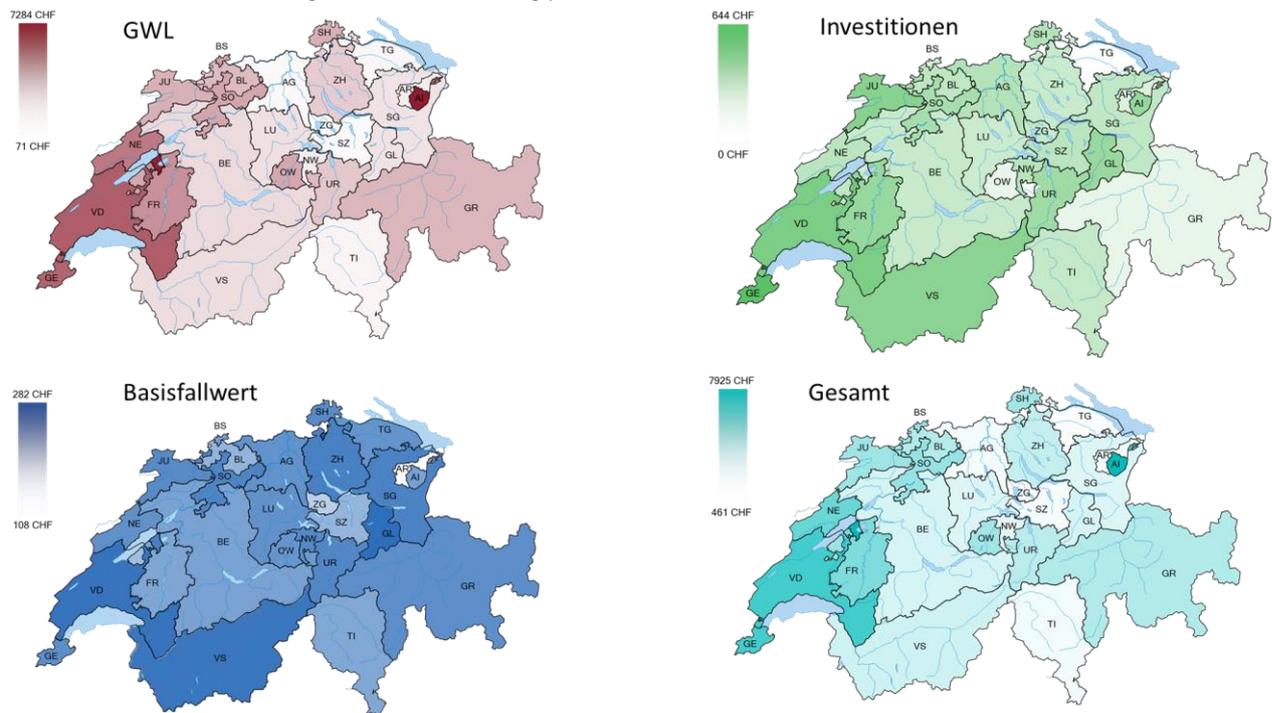
Kanton	Betrag	Pro Bett	Pro Einw.	Kanton	Betrag	Pro Bett	Pro Einw.
AG	70'353'448	49'602	102	NW	6'331'828	87'283	146
AI	5'888'140	327'119	363	OW	10'941'943	223'917	288
AR	12'118'387	58'560	219	SG	110'610'741	72'343	216
BE	290'898'269	101'631	279	SH	31'361'160	144'866	379
BL	76'121'248	138'048	262	SO	110'172'299	202'849	399
BS	236'128'932	175'683	1'203	SZ	12'082'808	48'988	75
FR	116'580'226	198'949	360	TG	17'606'570	31'291	63
GE	404'324'618	255'250	800	TI	45'091'578	34'235	128
GL	6'936'977	83'807	170	UR	8'988'120	176'720	245
GR	90'257'794	179'415	452	VD	641'656'709	286'507	792
JU	24'831'226	157'162	337	VS	68'363'927	90'275	197
LU	81'994'965	80'461	198	ZG	6'842'125	33'214	53
NE	91'358'756	240'615	519	ZH	491'113'130	116'237	318
				CH	3'068'955'925	135'024	355

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Berechnungen: Universität Basel.

Bei der kartografischen Abbildung der Unterschiede bezüglich der Höhe der Subventionierung pro Fall (vgl. Abbildung II) ist ein gewisses Ost-West-Gefälle zwischen den Kantonen zu beobachten. Dieses zeigt sich insbesondere bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, bei welchen in einigen Westschweizer Kantonen überdurchschnittlich hohe Subventionen pro stationären Fall auffallen.

Abbildung II: Subventionierung pro stationären Fall in den Kantonen, 2020



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Darstellung: Universität Basel

Zeitliche Entwicklung der Subventionen

Die Entwicklung der Gesamtsubventionen im Vergleich zum Vorjahr offenbart ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen. Pro Akutbett haben sie in Schaffhausen im Jahr 2020 mit 100'247 Franken am stärksten zugenommen, gefolgt von Appenzell-Innerrhoden mit 87'994 Franken. Merkwürdig zurückgegangen sind die Subventionen pro Bett gegenüber dem Vorjahr lediglich in Appenzell-Ausserrhoden und Basel-Landschaft, wobei es sich im Falle von Appenzell-Ausserrhoden um einen Sondereffekt des Vorjahres handelt.

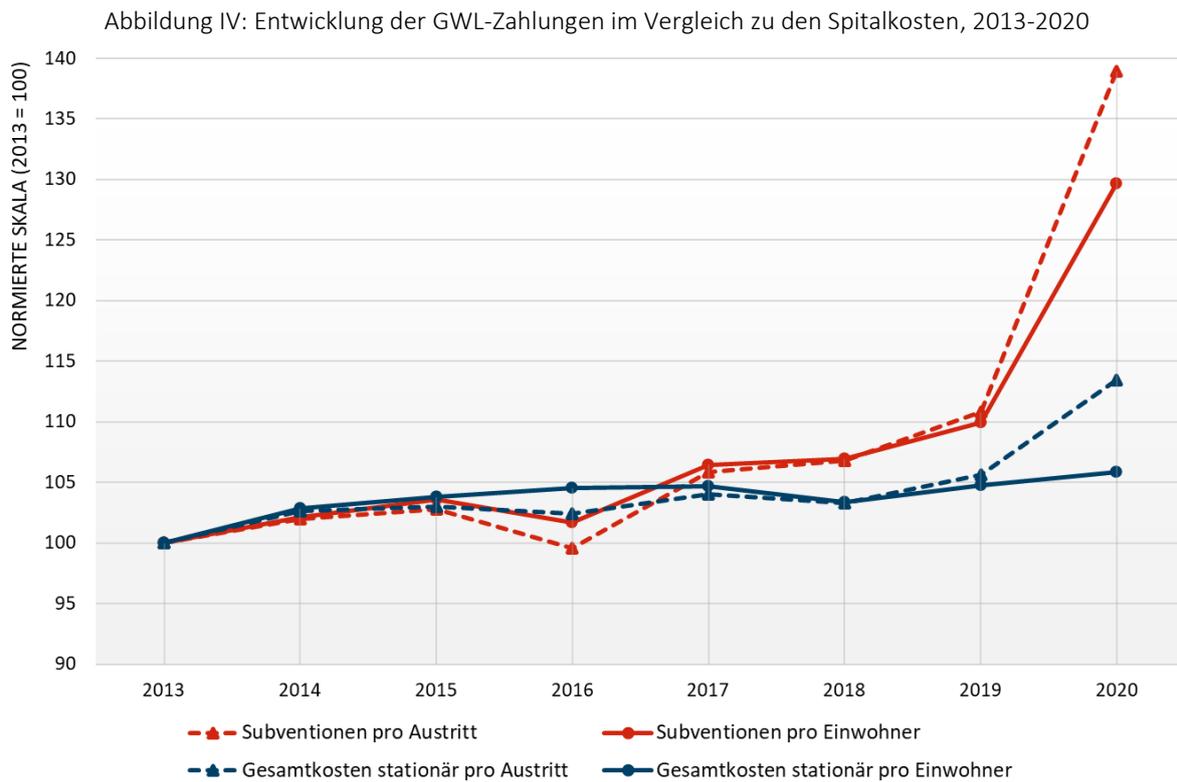
Tabelle III: Gesamtsubventionen nach Kanton, Änderungen 2019/2020

Kanton	Gesamtsubventionen		Pro Akutbett	Kanton	Gesamtsubventionen		Pro Akutbett
	2020	Änderung 2019-2020	Änderung 2019-2020		2020	Änderung 2019-2020	Änderung 2019-2020
AG	70'353'448	+ 2'582'538	+3'516	NW	6'331'828	+261'276	+3'871
AI	5'888'140	+ 1'583'885	+87'994	OW	10'941'943	+3'240'923	+63'589
AR	12'118'387	-40'319'199	-186'931	SG	110'610'741	+22'024'450	+15'436
BE	290'898'269	+58'700'601	+25'419	SH	31'361'160	+22'928'096	+100'247
BL	76'121'248	-19'729'501	-26'097	SO	110'172'299	+45'589'067	+84'986
BS	236'128'932	+82'154'964	+47'338	SZ	12'082'808	-403'359	-561
FR	116'580'226	+35'993'728	+50'972	TG	17'606'570	+1'577'500	+3'332
GE	404'324'618	+60'173'941	+33'560	TI	45'091'578	-3'516'905	-3'071
GL	6'936'977	+193'472	+3'527	UR	8'988'120	+1'269'340	+45'894
GR	90'257'794	+34'849'379	+72'045	VD	641'656'709	+88'278'770	+58'539
JU	24'831'226	+8'369'207	+51'748	VS	68'363'927	+33'455'142	+41'879
LU	81'994'965	+27'625'199	+24'853	ZG	6'842'125	+250'628	+1'217
NE	91'358'756	+24'054'398	+61'648	ZH	491'113'130	+24'066'774	+9'400
				CH	3'068'955'925	+515'254'313	+24'319

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnungen: Universität Basel.

In den ersten Jahren seit Beginn der Untersuchung im Jahr 2013 änderte sich bei den Gesamtsubventionen, landesweit betrachtet, wenig. Bezogen auf die Spitalaustritte und die Bevölkerung stiegen die GWL-Zahlungen zwischen 2013 und 2017 um rund 6 Prozent und damit im Gleichschritt mit den akutstationären Gesundheitskosten. Zwischen 2017 und 2020 ist jedoch ein deutlicher Anstieg der GWL-Zahlungen pro Kopf und Austritt auszumachen. Gleichzeitig sind die stationären Kosten nicht weiter gestiegen, wenn man diese pro Kopf ausweist. Diese Divergenz führt dazu, dass ein immer grösser werdender Teil der Spitalkosten durch GWL und damit durch Steuergelder finanziert werden. Das Covid-19-Jahr 2020 hat diesem Trend starken Auftrieb verschafft, da die Mehrkosten der Spitäler sowie die Ertragsausfälle grösstenteils durch kantonale Beiträge gedeckt worden sind (vgl. Kapitel B der Zusammenfassung).

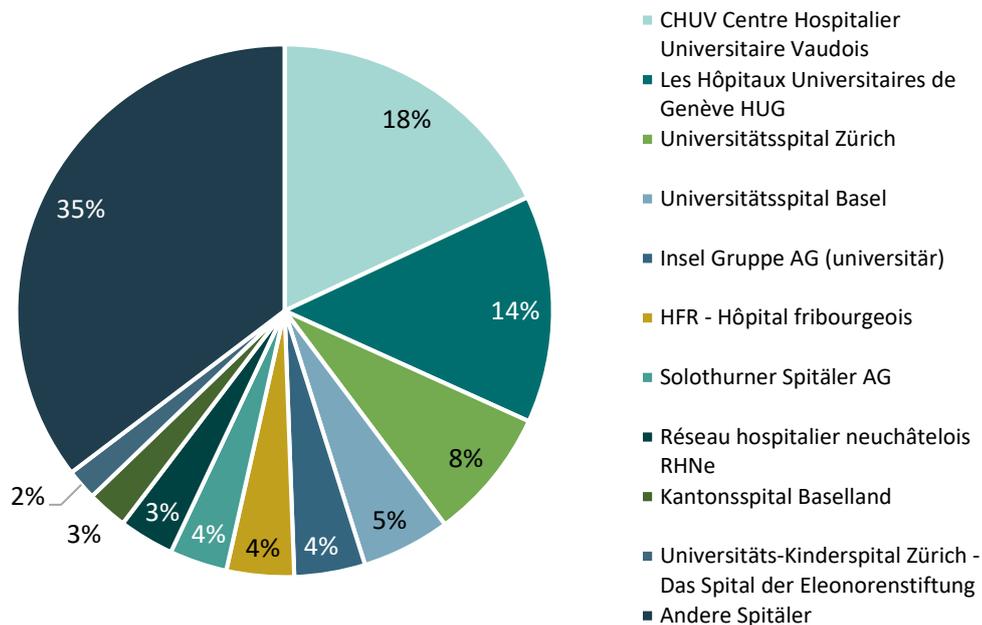


Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2020). Darstellung: Universität Basel

Die «Top 10-Spitäler» bei den Subventionen

Die Ungleichgewichte in der Höhe der bezogenen Subventionen, die sich zwischen den Kantonen zeigen, sind noch ausgeprägter auf der Ebene der einzelnen Spitäler. Die «Top 10» der Spitäler erhalten zwei Drittel der landesweiten GWL-Zahlungen (vgl. Abbildung IV). Die Universitätsspitäler von Lausanne (CHUV, 18 Prozent), Genf (HUG, 14 Prozent), Zürich (USZ, 8 Prozent), Basel (USB; 5 Prozent) und Bern (Inselspital, 4 Prozent) beziehen zusammen die Hälfte der gesamten Subventionen in der akutstationären Versorgung.

Abbildung IV: Die wichtigsten GWL-Empfänger, 2020



Anmerkungen: Gezeigt werden die Anteile am Gesamtbetrag von 2.4 Mrd. Franken im Jahr 2020
Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Darstellung: Universität Basel

Die Mehrfachrolle der Kantone überdenken

Das Krankenversicherungsgesetz ordnet den Kantonen die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung zu. Da sie gleichzeitig Betreiber oder Eigentümer von Spitälern sind, kommt es zu einem **Rollenkonflikt**. i) Der Kanton ist gesetzlich verpflichtet, die stationäre Versorgung kostengünstig und qualitativ befriedigend zu planen, hat aber als Eigentümer ein Interesse an hohen Einnahmen seiner Einrichtungen. ii) Zudem sieht das Gesetz den Kanton als Schiedsrichter vor, falls sich Spitäler und Versicherer bei Verhandlungen über den Basisfallwert nicht verständigen können. Auch hier greifen die Kantone indirekt in die Rechte privater Wettbewerber ein. iii) Weiter geschieht dies ebenfalls bei der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen. Die Kantone bestellen Forschungs- und Lehrleistungen oder erhalten stationäre Strukturen aus regionalpolitischen Gründen aufrecht und sichern mit den entsprechenden Zahlungen die Einnahmen ihrer Einrichtungen.

Die Problematik der Mehrfachrolle der Kantone in der stationären Versorgung wurde bei der Spitalreform 2012 entschärft, als man die bis dahin erfolgte Objektfinanzierung der Spitäler durch die Kantone aufgab. Allerdings blieb man bei der Einführung der Subjektfinanzierung auf halbem Weg stecken. Eine **klare Trennung zwischen Beauftragung und Regulierung** auf der einen Seite und **Leistungserbringung** auf der anderen Seite steht weiterhin aus. Eine Lösung könnte darin bestehen, dass sich die Kantone aus der Leistungserbringung und der Trägerschaft von akutstationären Einrichtungen zurückziehen. Dabei könnte der Versorgungsauftrag beim Kanton belassen werden. Damit würden sich die Kantone auf die Rolle der Regulierung und Beauftragung beschränken. Diese Alternative liesse es weiterhin zu, dass Gebietskörperschaften unterhalb der kantonalen Ebene Spitäler betreiben oder besitzen. Ausgeschlossen aber wäre der heutige Zustand, bei dem Leistungserbringung und Trägerschaft bzw. Eigentumskontrolle auf Kantonsebene zusammenfallen.

Wettbewerb um den Markt und über den Preis

Zusätzlich bedarf es einer **Öffnung des Marktes** für gemeinwirtschaftliche Leistungen. Der Schweizer Gesetzgeber hat strukturell die Unterscheidung zwischen Leistungen gemäss der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und gemeinwirtschaftlichen Leistungen angelegt. Die Kantone sind angehalten, die Leistungen und Kosten



explizit in diese zwei Bereiche auszuscheiden. Der Gesetzgeber will damit vermeiden, dass es zu einer Quersubventionierung von Leistungen, die der Kanton beauftragt, durch Erträge aus der OKP kommt. Aus ordnungspolitischer Sicht reicht diese Trennung jedoch nicht aus, solange es keinen Wettbewerb um die Erbringung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen gibt.

Eine Lösung wäre ein Ausschreibungsverfahren, in welchem der Anbieter mit dem günstigsten Gebot den Leistungsauftrag erhielte. Der Zuschlag und der Preis für gemeinwirtschaftliche Leistungen sollten deshalb dem öffentlichen Submissionsrecht unterliegen.

Bei der stationären Leistungserbringung sind finanzielle Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten der Spitäler gesetzt. Die Relativgewichte in der fallpauschalierten Vergütung basieren auf standardisierten Kosten, auf deren Höhe das einzelne Spital in der Regel keinen Einfluss hat. Somit besteht bei gegebener Höhe einer Fallpauschale für Leistungserbringer immer ein Anreiz, die internen Prozesse zu optimieren und die Kosten zu senken. Wenn dieser Wettbewerb über die Preise funktioniert, werden die Spitäler gezwungen sich anzupassen, oder aus dem Markt auszuscheiden. Die Mehrfachrolle der Kantone schränkt allerdings den Wettbewerb stark ein. In vielen Kantonen ist zudem der Marktanteil der öffentlichen Spitäler so hoch, dass man nach gängigem Verständnis von einer **marktbeherrschenden Stellung** sprechen muss. Ordnungspolitisch korrekt wäre es, wenn die Kantone sich auf den Versorgungsauftrag beschränkten, sich aus der Leistungserbringung zurückzögen und dort, wo sie als Eigentümer eine marktbeherrschende Stellung innehaben, ihre **Spitäler privatisieren** würden.

B Schwerpunkt 2022: Covid-19-Hilfen für die Spitäler (Update)

Der Bundesrat hat im Frühjahr 2020 die Spitäler **per Notrecht** dazu verpflichtet, Betten für die Behandlung von Covid-19-Patienten bereitzustellen, in dem sie auf die Durchführung von nicht-dringlichen Eingriffen verzichten. Die Spitäler haben dadurch erhebliche **Ertragsausfälle** bei stationären und spitalambulanten Behandlungen erlitten. Gleichzeitig sahen sich jene Spitäler, welche von den Kantonen mit dem Aufbau und Betrieb von Covid-19-Stationen beauftragt wurden, mit substanziellen **Mehrkosten** konfrontiert. Der Unternehmensberater PricewaterhouseCoopers AG geht davon aus, dass sich der finanzielle Schaden der Spitäler auf 0.8 bis 1.3 Mrd. Franken beläuft (PwC, 2021). Damit verknüpft ist die Frage, wer für die finanziellen Einbussen der Spitäler aufzukommen hat.

Kantone haben die Spitäler bis anhin mit rund 1.2 Mrd. Franken unterstützt

Wie unsere Online-Recherche ergeben hat, haben insgesamt 23 Kantone auf politischem Weg sichergestellt, dass die Spitäler für die unverschuldeten Ertragsausfälle und Mehrkosten entschädigt werden. Für das Jahr 2020 haben die kantonalen Regierungen und Parlamente insgesamt rund 1.2 Mrd. Franken gesprochen (vgl. Tabelle IV). Im Falle der Kantone Appenzell-Innerrhoden, Nidwalden und Zug sind bisher keine Beschlüsse bekannt geworden. Aus den Zahlen der Kantone mit Beschlüssen geht nicht genau hervor, wie sich die finanziellen Beiträge auf die Bereiche Mehrkosten bzw. Mindererträge aufteilen. Dies hat damit zu tun, dass einige Kantone eine globale Entschädigung berechnet haben, die beide Aspekte abdecken soll. Nimmt man die Zahlen jener Kantone als Grundlage, bei denen die Aufteilung bekannt ist, so lässt sich sagen, dass für das Jahr 2020 mindestens 455 Mio. Franken für die **Ertragsausfälle** und 268 Mio. für die **Mehrkosten** vergütet wurden. Die höchste finanzielle Unterstützung leisteten die Kantone Genf (177.5 Mio. Franken), Waadt (160 Mio. Franken), Zürich (149.1 Mio. Franken) und Bern (116.9 Mio. Franken).

Im Vergleich zum Covid-19-Jahr 2020 mit der ersten und zweiten Pandemiewelle fallen die Entschädigungen der Spitäler für das Jahr 2021 wesentlich geringer aus und konzentrieren sich primär auf die Mehrkosten für die Behandlung von Covid-19-Patienten. Gemäss eigenen Recherchen sind in neun Kantonen Zahlungen für das Jahr 2021 beschlossen bzw. bereits gezahlt worden. Der Umfang dieser Zahlungen dürfte bei rund 200 Mio. Franken liegen, wobei in einigen Kantonen auf die definitiven Abschlüsse der Spitäler gewartet wird. In einigen Kantonen ziehen sich die Entschädigungszahlungen bis ins Jahr 2022, so bspw. im Kanton Zürich. Dies liegt darin begründet,

dass die letzte versorgungsrelevante Pandemiewelle im Winter 2021/2022 stattfand, bevor im Frühjahr 2022 die weniger schwerwiegende Omikron-Variante des Virus vorherrschend wurde.

Tabelle IV: Vereinbarte oder erfolgte Covid-19-Kompensationen für das Jahr 2020

Kanton	Total	Ertragsausfälle	Mehr- und Zusatzkosten	Anderes	Entscheidungsinstanz/ Link	Datum des Entscheids
AG	83.0 Mio.	?	?	(-)	Verordnung	15.12.2021
AI	Keine Beschlüsse bekannt					
AR	6.8 Mio.	6.03 Mio.	0.76 Mio.	(-)	Regierung 1 Regierung 2 Regierung 3	22.01.2021 26.01.2021 26.01.2021
BE	116.9 Mio.	?	?	(-)	Regierung 1 Geschäftsbericht 2021 Band 2	26.03.2021
BL	26.8 Mio.	(-)	26.8 Mio.	(-)	Regierung	
BS	66.1 Mio.	(-)	66.1 Mio.	(-)	Parlament	13.01.2021
FR	34.8 Mio.	?	?	?	Regierung 1 Regierung 2	
GE	177.5 Mio.	95 Mio.	74.5 Mio.	8 Mio.	HUG	
GL	3.0 Mio.	3 Mio.	(-)	(-)	Regierung	14.06.2022
GR	32.7 Mio.	?	?	?	Regierung 1 Regierung 2	14.04.2021
JU	3.5 Mio.	?	?	?	Postulat zurückgezogen	26.10.2021
LU	52.9 Mio.	14 Mio.	13 Mio.	25.9 Mio.	Regierung 1 Abstimmung	01.07.2021 13.02.2022
NE	46.9 Mio.	?	?	?	Regierungsrat	26.01.2021
NW	Keine Beschlüsse bekannt					
OW	2.9 Mio.	1.5 Mio.	1 Mio.	0.4 Mio.	Parlament	28.05.2020
SG	42.3 Mio.	42.3 Mio.	(-)	(-)	Parlament	16.02.2021
SH	14.4 Mio.	?	?	(-)	Regierung	13.04.2021
SO	41.5 Mio.	27.7 Mio.	13.8 Mio.	(-)	Volk 1 Volk 2	25.04.2021 13.02.2022
SZ	7.3 Mio.	7.1 Mio.	0.18 Mio.	(-)	Regierung	14.09.2021
TI	20.0 Mio.	(-)	20 Mio.	(-)	Regierung	05.08.2021
TG	16.8 Mio.	6.5 Mio.	8.8 Mio.	1.5 Mio.	Regierung	14.01.2021
UR	0.4 Mio.	(-)	(-)	0.4 Mio.	Regierung	01.10.2020
VD	160.0 Mio.	126.5 Mio.	33.5 Mio.	(-)	Regierung	26.06.2021
VS	64.0 Mio.	?	?	(-)	Regierung	04.02.2021
ZG	Keine Beschlüsse bekannt					
ZH	149.1 Mio.	125 Mio.	10 Mio.	14.1 Mio.	Regierung 1 Regierung 2	05.06.2020 11.11.2020
Total[†]	1169.6 Mio.	>454.6 Mio.	>268.4 Mio.	>50.3 Mio.		

Anmerkung: Keine Beschlüsse: AI, NW, ZG;

Legende: «?» = Höhe der Beiträge ist unbekannt; «(-)» = keine Beiträge vorhanden.

Bei der Deckung der Covid-19-bedingten Mehrkosten kommen grösstenteils die Universitäts- und Kantonsspitäler zum Zug. Dies ist wenig überraschend, da die öffentlichen Spitäler während der ersten Covid-19-Welle in den meisten Kantonen einen überwiegenden Teil der Covid-19-Patienten behandelt haben. Privatspitäler haben



grundsätzlich Zugang zu Kurzarbeitsentschädigung, während dies für öffentliche und subventionierte Spitäler nach einer Weisung des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO nicht der Fall ist. In welchen Kantonen die Privatspitäler effektiv Zugang zur Kurzarbeiterentschädigung hatten und wie hoch diese ausgefallen ist, ist nicht bekannt. Das gilt auch allgemein für die Zahlungen der Kantone, zumal die Beschlüsse in vielen Fällen noch nicht umgesetzt worden sind. Der Kanton Waadt bspw. beschränkt die Covid-19-Hilfen für Ertragsausfälle explizit auf öffentliche Spitäler.

Gemäss den Kennzahlen der Schweizer Spitäler stiegen die Beiträge an GWL im Jahr 2020 um rund 571 Mio. Franken. Dies ist deutlich weniger als die 1.2 Mrd. Franken, die gemäss Angaben der Kantone für die Covid-19-bedingten Kosten an die Spitäler gezahlt wurden. Auf der Grundlage der historischen Entwicklung der GWL schätzen wir für 2020 ausserordentliche Zuwendungen in der Höhe von knapp 300 Mio. Franken, also 900 Mio. weniger als die von den Kantonen anvisierten Covid-19-Extrazahlungen. Der Unterschied ist wohl der schlichten Tatsache geschuldet, dass eine Mehrheit der Zahlungen im Jahre 2020 noch nicht bei den Spitälern ankam und daher von ihnen nicht verbucht wurde. Deshalb ist damit zu rechnen, dass ein Grossteil der anvisierten Zahlungen erst im Jahr 2021 oder gar erst im Jahr 2022 in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler sichtbar werden wird.

Die Haftungsfrage und die Rolle der Krankenversicherer

Das Epidemien-gesetz sieht in Art. 63 eine Haftung durch die Behörde für Schäden vor, die Personen aufgrund der angeordneten Massnahmen erleiden. Der Bund wies per Verordnung vom 17. März 2020 die Spitäler und Kliniken an, auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien zu verzichten. Auf der Grundlage derselben Verordnung verpflichteten die Kantone Spitäler und Kliniken, ihre Kapazitäten für die Aufnahme von Patienten zur Verfügung zu stellen. Daraus ergibt sich grundsätzlich eine Haftungspflicht für den Bund für die Ertragsausfälle aufgrund des vorübergehenden Behandlungsverbots von elektiven Fällen und für die Kantone für die Mehrkosten, die den Spitälern für die Vorhaltung von Spitalkapazitäten zur Behandlung von Covid-19-Patienten entstanden. Das Epidemien-gesetz nennt nur einzelne Personen, aber keine Personengruppen, wie Ärzte und Gesundheitsfachpersonen, die einen Anspruch auf Entschädigung bei Schäden durch behördlich angeordnete Massnahmen haben. Es ist fraglich, ob es sich dabei um ein «qualifiziertes Schweigen» des Gesetzgebers handelt. Im Nationalrat ist die [Motion](#) von Frau Eva Herzog hängig, die vom Parlament fordert, diese Lücke zu schliessen. Der Bundesrat lehnt die Motion mit dem Hinweis ab, der Bund habe sich mit der Übernahme der Impfkosten und den Finanzierungshilfen für Unternehmen bereits massiv an den Pandemiekosten beteiligt.

Die durch die Kantone beschlossenen Kompensationsmassnahmen beziehen sich durchwegs auf den Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Eine Kompensation der aufgrund von Covid-19-Massnahmen entstandenen Zusatzkosten und Mindererträge im Zusatzversicherungsbereich (VVG) wird dagegen nicht vorgesehen. Die Argumentation der Kantone via Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), dass die Ertragsausfälle im VVG-Bereich dem «Betriebsrisiko» zuzuschreiben seien, ist nicht nachvollziehbar (vgl. H+ Die Spitäler der Schweiz, 2021). Unternehmen sind zwar zwangsläufig einem mehr oder weniger grossen wirtschaftlichen Risiko ausgesetzt. Die behördlich angeordneten Covid-19-Massnahmen bei Spitälern und Kliniken haben jedoch weder mit dem üblichen betrieblichen Risiko zu tun, noch sind sie einer höheren Gewalt gleichzusetzen. Selbst wenn die SARS-CoV-2-Pandemie als unabwendbares Ereignis eingestuft werden sollte, hatten die Behörden beim Beschliessen der Massnahmen einen grossen Entscheidungsspielraum. Dass es sich bei den Vergütungen im Zusatzversicherungsbereich um private Einkünfte handelt (wie bspw. bei Restaurants, Geschäften oder Fitnesscentern), hat indes keinen Einfluss auf die Haftungsfrage, da lediglich der Kostenträger ein anderer ist.

Auch wenn die Kantone in ihrer Rolle als Spitalplaner die Finanzierung der Covid-19-bedingten Mehrkosten übernommen haben, stehen grundsätzlich auch die **Krankenversicherer** in der Pflicht. Mehrkosten für die Behandlung von Covid-19 können über die Anpassung des DRG-Katalogs und der Relativgewichte für betroffene DRGs abgegolten werden. Die entsprechenden Vorkehrungen sind von Swiss DRG AG bereits getroffen worden. Über diesen Mechanismus geschieht eine Kostenaufteilung im Sinne des KVG zwischen den Trägern, Kantonen und Versicherern, automatisch. Etwas komplexer ist die Situation bei den Vorhalteleistungen (d.h. die Kosten für vorgehaltene

Betten, Beatmungsgeräte, Personal usw.). Die damit verbundenen Kosten werden grundsätzlich als gemeinwirtschaftliche Leistungen eingestuft und von den Kantonen finanziert. Allerdings hat sich das Bundesverwaltungsgericht wiederholt zum Thema Vorhalteleistungen geäußert und festgestellt, dass es sich bei den Vorhalteleistungen um Pflichtleistungen im Sinne der OKP handelt. Die Kosten für die Bereitstellung dieser Leistungen wären daher bei der Tarifierung zu berücksichtigen und damit durch Versicherer und Kantone anteilig zu finanzieren. Andererseits kann auch argumentiert werden, dass für die Kosten der Covid-19-spezifischen Vorhalteleistungen die Kantone vollständig haften, weil sie diese anordneten.



Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG (EXECUTIVE SUMMARY).....	I
A SUBVENTIONIERUNG DER SPITÄLER ÜBER GWL, ÜBERHÖHTE BASISFALLWERTE UND VERDECKTE INVESTITIONEN.....	I
B SCHWERPUNKT 2022: COVID-19-HILFEN FÜR DIE SPITÄLER (UPDATE)	VIII
INHALTSVERZEICHNIS.....	XII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XIII
TABELLENVERZEICHNIS	XIII
VERWENDETE ABKÜRZUNGEN.....	XIV
1. EINLEITUNG	1
2. DIE AKUTSTATIONÄRE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DER SCHWEIZ	3
2.1 BETTENDICHTE, AUSLASTUNG UND INTERKANTONALE PATIENTENWANDERUNG	3
2.2 DIE AKUTSTATIONÄREN LEISTUNGSERBRINGER NACH TRÄGERSCHAFT.....	7
3. SUBVENTIONIERUNG DER SPITÄLER	18
3.1 GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN IM KANTONALEN VERGLEICH	18
3.2 UNTERSUCHUNG DER BASISFALLWERTE AUF SPITALEBENE	21
3.3 VERDECKTE SUBVENTIONEN BEI DER INVESTITIONSFINANZIERUNG	25
3.4 DIE SUBVENTIONEN INSGESAMT	27
4. SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	32
5. COVID-19-HILFEN FÜR SPITÄLER: UPDATE 2022	34
5.1 HINTERGRUND.....	34
5.2 FINANZIELLE COVID-19-HILFEN FÜR SPITÄLER	35
5.2.1 <i>Analyserahmen</i>	35
5.2.2 <i>Vereinbarte Covid-19-Hilfen in den Kantonen (Stand: Juli 2022)</i>	36
5.3 ABGLEICH MIT DEN KENNZAHLEN DER SCHWEIZER SPITÄLER 2020.....	50
5.4 BEWERTUNG DER MASSNAHMEN	52
5.3.1 <i>Staatliche Haftung für Ertragsausfälle und Zusatzkosten</i>	52
5.3.2 <i>Beiträge an die Mehrkosten</i>	53
5.3.3 <i>Beiträge an die Ertragsausfälle</i>	54
5.3.4 <i>Covid-19-Beiträge und die Trägerschaft</i>	54
LITERATURVERZEICHNIS.....	56
ANHANG I: DATENQUELLEN.....	57
ANHANG II: TABELLEN.....	58
ANHANG III: VERZEICHNIS DER SCHWEIZER AKUTSPITÄLER 2020	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012	2
Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2020	4
Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2020	6
Abbildung 4: Import und Export von stationären Leistungen, 2020	7
Abbildung 5: Schätzer der Trägerschaftseffekte inkl. 95-Konfidenzintervall, 2013-2020	23
Abbildung 6: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2020.....	25
Abbildung 7: Nicht erklärbare GWL-Zahlungen im Jahr 2020.....	50
Abbildung 8: GWL-Zahlungen (2019) und Covid-19-Entschädigungen (2020)	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bettendichte 2020 im Vergleich zu 2019, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton.....	3
Tabelle 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2020 und im Vergleich zu 2019	5
Tabelle 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2020 und im Vergleich zu 2019	8
Tabelle 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2020 und im Vergleich zu 2019	9
Tabelle 5: Marktanteile akutstationärer Pflge tage nach Trägerschaft, 2020 im Vergleich zu 2019.....	10
Tabelle 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2020.....	11
Tabelle 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2020 im Vergleich zu 2019.....	12
Tabelle 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2020 und im Vergleich zu 2019	13
Tabelle 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2020 und im Vergleich zu 2019	14
Tabelle 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2020 und im Vergleich zu 2019	15
Tabelle 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2020.....	16
Tabelle 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2020 und im Vergleich zu 2019	17
Tabelle 13: GWL in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2020 und im Vergleich zu 2019	19
Tabelle 14: GWL in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2020	20
Tabelle 15: GWL in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2020	21
Tabelle 16: Entwicklung der Basisfallwerte in Franken zwischen 2013 und 2020 nach Trägerschaft	22
Tabelle 17: Subventionen in Franken durch höhere Basisfallwerte, insgesamt und pro Fall,.....	24
Tabelle 18: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege (in Franken)	26
Tabelle 19: Übersicht der Subventionen, 2020	27
Tabelle 20: Änderung der Subventionen in Franken 2020/2019, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft.....	28
Tabelle 21: Gesamtsbventionen nach Kanton, 2020 und im Vergleich zu 2019	29
Tabelle 22: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall (Fallgewicht = 1.0), Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2020.....	30
Tabelle 23: Finanzieller Verlust, akutstationär und spitalambulant, 2020.....	34
Tabelle 24: Vereinbarte oder erfolgte Covid-19-Kompensationen für das Jahr 2020.....	37
Tabelle A25: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennzahlen aufgrund von Rücksprachen.....	58
Tabelle A26: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2020	59
Tabelle A27: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2020	60



Verwendete Abkürzungen

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

1. Einleitung

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

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

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

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

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

Bei den **gemeinwirtschaftlichen Leistungen** interessiert die Aufteilung zwischen Beiträgen für Forschung und Lehre einerseits und weiteren Beiträgen andererseits. Zusätzlich zu den Erträgen für gemeinwirtschaftliche Leistungen können weitere Subventionen an einzelne Spitäler fliessen, die offiziell nicht ausgewiesen werden oder nur schwer zu identifizieren sind. Obwohl gesetzlich nicht zulässig ist es denkbar, dass via Fallpauschalen-Vergütung Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen finanziert werden. In diesem Fall findet eine Quersubventionierung von der akutstationären medizinischen Versorgung gemäss OKP zugunsten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen statt (vgl. Blitz in Abbildung 1). Während bspw. die Kosten für einen Rettungsdienst, die Spitalseelsorge oder die universitäre Lehre und Forschung relativ gut ausgeschieden werden können, ist dies beim dritten Typ von GWL gemäss der H+-Definition weitaus schwieriger. Im heutigen System ist es nicht auszuschliessen, dass Geld aus der OKP verwendet wird, um «die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art. 49 Abs. 3 Bst. a KVG) zu finanzieren. Dafür fehlt schlichtweg ein methodisches Konzept.

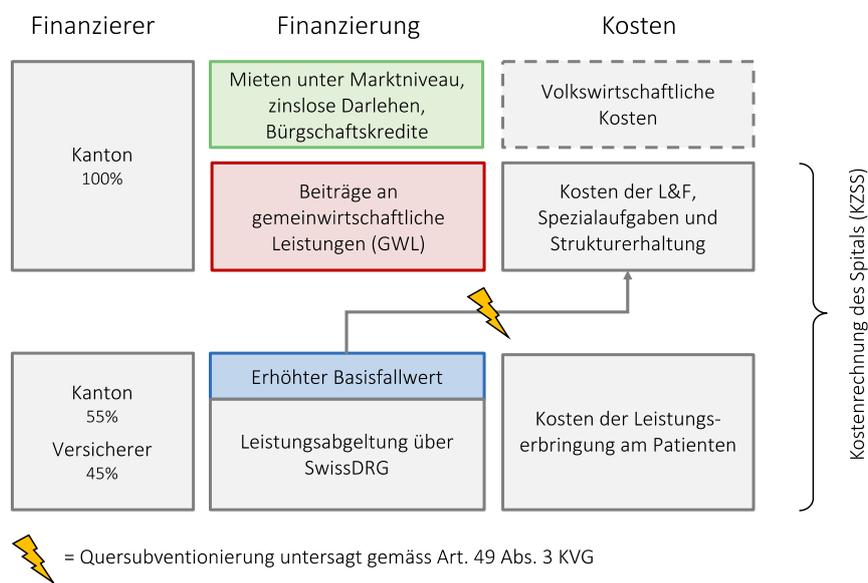
³ Vgl. Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014). Entscheid zum Antrag Nr. 14_001. Bern: H+ Die Spitäler der Schweiz.



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

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

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Finanzierung akutstationärer Spitäler ab 2012



Darstellung: Universität Basel.

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

In einer im Jahr 2021 publizierten Studie haben die Autoren dieser Studie für die Jahre 2013 bis 2019 die Subventionen auf der Grundlage der Kennzahlen der Schweizer Spitäler erhoben (vgl. Felder und Meyer, 2021). Für die vorliegende Studie wurden zusätzlich die Kennzahlen für das Jahr 2020 ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass bei den Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) der Kantonsanteil bei der OKP-Finanzierung nach wie vor fälschlicherweise unter «Subventionen, Beiträge und Defizitgarantie» statt unter «Erträge für medizinische Leistungen und Pflege» verbucht wird. Die Zahlen mussten entsprechend angepasst werden. Im Appendix II sind die Spitäler aufgeführt, bei denen für den Untersuchungszeitraum 2013 bis 2020 die entsprechenden Korrekturen durch die Autoren vorgenommen wurden (vgl. Tabelle A25).

2. Die akutstationäre medizinische Versorgung in der Schweiz

2.1 Bettendichte, Auslastung und interkantonale Patientenwanderung

Die gesamten Schweizer Gesundheitskosten beliefen sich 2020 auf 83.3 Mrd. Franken (BFS, 2022). Das sind rund 1 Prozent mehr als im Vorjahr. Davon entfielen 30.9 Mrd. Franken bzw. 37.1 Prozent der Gesamtausgaben auf die Krankenhäuser. Leistungsseitig sind 16.2 Mrd. Franken oder 19.5 Prozent aller Kosten der stationären Akutbehandlung zuzurechnen. Damit sind die Kosten für die akutstationären Leistungen im Jahr 2020 nach zwei rückläufigen Jahren wieder angestiegen (+3.1 Prozent). Einen starken Rückgang gab es bei den ambulanten Kurativbehandlungen (-6.8 Prozent). Sowohl der Kostenanstieg im stationären Bereich wie auch der Rückgang bei ambulanten Leistungen im Spital und der freien Praxis dürften primär das Resultat der Covid-19-Pandemie und damit Sondereffekte sein.

Tabelle 1: Bettendichte 2020 im Vergleich zu 2019, gesamte und akutstationäre Versorgung nach Kanton

Kanton	Gesamt		Akutpflege/Geburtshaus			
			Absolut		Anteil	
	2020	rel. Δ 2019	2020	rel. Δ 2019	2020	rel. Δ 2019
AG	4.63	+2.4%	2.06	-3.3%	44.4%	-2.6%
AI	2.30	+13.6%	1.11	-0.5%	48.3%	-6.8%
AR	9.39	+4.9%	3.74	-0.7%	39.8%	-2.2%
BE	4.71	-2.3%	2.75	-6.6%	58.3%	-2.7%
BL	3.25	-4.1%	1.90	-5.8%	58.4%	-1.0%
BS	10.79	-2.8%	6.85	+11.6%	63.5%	+8.2%
FR	2.83	-0.6%	1.81	+6.0%	63.9%	+4.0%
GE	4.90	-0.4%	3.14	+4.5%	63.9%	+3.0%
GL	3.53	-3.0%	2.03	-4.5%	57.6%	-0.9%
GR	5.10	-10.2%	2.52	-8.2%	49.4%	+1.1%
JU	4.75	+0.1%	2.15	+8.7%	45.2%	+3.6%
LU	3.88	+3.2%	2.46	+3.4%	63.3%	+0.2%
NE	3.35	-1.6%	2.15	-1.2%	64.4%	+0.2%
NW	2.30	-0.5%	1.68	-1.4%	72.9%	-0.7%
OW	2.18	+6.8%	1.29	-3.2%	59.0%	-6.1%
SG	4.43	-1.8%	2.98	-2.9%	67.3%	-0.8%
SH	3.70	+4.7%	2.62	+15.9%	70.7%	+6.8%
SO	2.52	+0.9%	1.97	+5.6%	77.8%	+3.5%
SZ	1.96	-6.7%	1.53	-10.8%	78.2%	-3.6%
TG	5.75	+2.8%	2.00	-2.3%	34.8%	-1.8%
TI	5.27	-1.1%	3.75	-1.2%	71.2%	-0.1%
UR	1.38	-19.7%	1.38	-19.7%	100.0%	+0.0%
VD	4.27	-4.6%	2.77	-2.2%	64.7%	+1.6%
VS	3.92	-7.3%	2.18	-9.8%	55.6%	-1.5%
ZG	4.34	-2.7%	1.61	-0.8%	37.0%	+0.7%
ZH	3.95	-2.9%	2.73	-6.5%	69.1%	-2.7%
CH	4.35	-1.9%	2.63	-2.4%	60.4%	-0.3%

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

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2019/2020); STATPOP (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

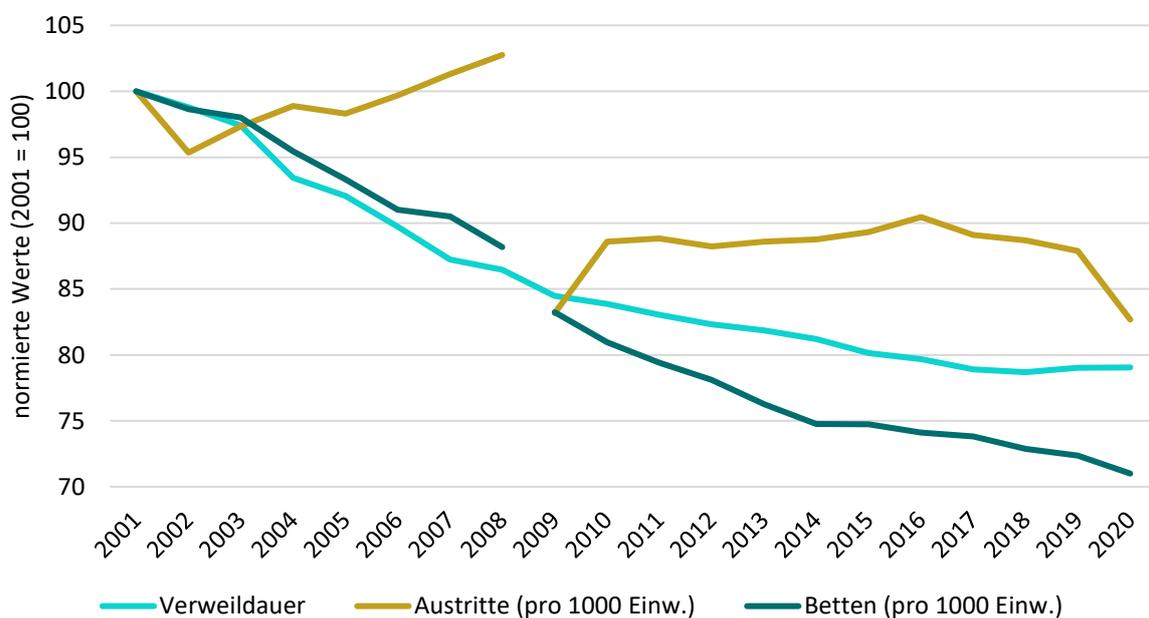


Das Angebot an stationärer Versorgung kann mit der Anzahl vorgehaltener Betten pro 1'000 Einwohner (Betten-dichte) gemessen werden. Tabelle 1 zeigt die Gesamtwerte für alle Formen der stationären Versorgung (Akutpflege/Geburtshaus, Psychiatrie und Reha), sowie die Untergruppe Akutpflege inklusive Geburtshäuser.⁴

Die Kantone Basel-Stadt und Appenzell-Ausserrhodan sind mit insgesamt 10.79 bzw. 9.39 bereitgehaltenen Betten auf 1'000 Einwohner Spitzenreiter, während Uri mit 1.38 Betten das niedrigste Bettenangebot aufweist. Gegenüber dem Vorjahr ist die Bettendichte landesweit mit -1.9 Prozent leicht rückläufig und liegt im Jahr 2020 bei 4.35 Betten pro 1000 Einwohner. Dieser Rückgang ist in erster Linie auf einen Abbau der Betten im akutstationären Bereich zurückzuführen. Im Covid-19-Jahr 2020 hat sich die Dichte der Akutbetten um -2.4 Prozent auf 2.63 Betten reduziert, wenn auch die kantonalen Unterschiede beträchtlich sind. Während die Kantone Schaffhausen, Basel-Stadt und Jura tendenziell ausgebaut haben, wurden in Uri, Schwyz und Wallis weniger Betten registriert. Die Zahlen sind vermutlich das Resultat mehrerer sich überlagernder Effekte; nebst dem langfristigen Trend eines Bettenabbaus wirkten im Jahr 2020 einerseits das zeitweise Behandlungsverbot aufgrund der Covid-19-Pandemie und andererseits die stärkere Belastung des stationären Gesundheitssektors aufgrund der Covid-19-Patienten.

Die Bettendichte in der Schweiz ist seit den frühen 2000er-Jahren konstant rückläufig (vgl. Abbildung 2). Im Jahr 2001 kamen auf 1'000 Personen 6.13 Betten (inkl. teilstationäre Betten). Im Jahr 2020 waren es noch 4.35 Betten (-29.0 Prozent). Dieser Trend ist weniger einer schwindenden Zahl von Austritten geschuldet als einem starken Rückgang bei der Verweildauer. Die Hospitalisierungsrate war seit den 2010er-Jahren relativ stabil, bevor sich im Jahr 2020 ein Covid-19-bedingter Sondereffekt zeigt; im Jahr-zu-Jahr-Vergleich ergibt sich bei der Hospitalisierungsrate ein Rückgang von 5.9 Prozent.

Abbildung 2: Entwicklung der Betten, Austritte und Verweildauer, 2001-2020



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

Quelle: Krankenhausstatistik (2001-2020), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2001-2020).

Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Dass die Zahl der Austritte gemessen an der Gesamtbevölkerung nicht wächst, hat auch damit zu tun, dass eine kontinuierliche Verlagerung in den ambulanten Spitalbereich stattfindet. Diese Verlagerung mag auch ein Grund dafür sein, dass bei der Verweildauer seit einigen Jahren eine Stabilisierung zu beobachten ist; zwar verkürzen

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

schonende, minimal-invasive Therapieverfahren und die Frührehabilitation den Spitalaufenthalt, gleichzeitig führt die Ambulantisierung aber dazu, dass der durchschnittliche stationäre Patient «kranker» wird.

Mit den Angaben aus den Kennzahlen der Schweizer Spitäler kann die Auslastung der Betten abgeschätzt werden. Im Jahr 2020 betrug diese in der Akutpflege landesweit 76.7 Prozent (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad nach Kanton, 2020 und im Vergleich zu 2019

Kanton	Auslastung in %		Anteil Patienten mit Behandlung im eigenen Kanton	
	2020	abs. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019
AG	81.9%	-3.4%	77.3%	-0.1%
AI	46.6%	-10.7%	21.9%	+0.5%
AR	76.9%	-1.1%	54.1%	+3.6%
BE	81.1%	-0.2%	94.3%	+0.1%
BL	73.9%	+4.0%	41.5%	-0.5%
BS	83.2%	-5.7%	85.8%	-0.1%
FR	78.5%	+1.6%	70.6%	-0.7%
GE	74.2%	-6.5%	95.1%	+0.3%
GL	78.7%	-6.3%	61.8%	-0.2%
GR	83.7%	-2.7%	82.1%	+0.7%
JU	79.9%	+4.9%	60.5%	-1.5%
LU	75.8%	-9.3%	81.5%	-0.8%
NE	73.4%	+2.2%	74.6%	+0.2%
NW	84.4%	-10.4%	57.7%	+1.0%
OW	76.9%	-5.4%	52.3%	+1.9%
SG	73.7%	-3.6%	72.1%	-4.7%
SH	60.9%	-18.9%	64.1%	+0.1%
SO	80.4%	-5.3%	55.3%	-0.6%
SZ	77.5%	+0.4%	55.1%	-0.3%
TG	75.1%	-2.3%	68.6%	+1.8%
TI	67.6%	-12.9%	93.1%	+0.1%
UR	90.7%	+1.1%	61.1%	-2.1%
VD	71.0%	-3.8%	92.2%	+0.4%
VS	83.2%	-3.7%	83.0%	-0.1%
ZG	83.4%	-4.3%	68.8%	+0.3%
ZH	76.8%	-2.6%	89.2%	-0.3%
CH	76.7%	-3.7%	80.2%	-0.3%

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019, 2020), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2019, 2020). Berechnung: Universität Basel.

Während sich die Auslastung im landesweiten Mittel zwischen 2013 und 2019 in etwa bei 80 Prozent bewegte, zeigt sich für das Jahr 2020 eine Reduktion auf 76.7 Prozent. Den niedrigsten Wert weist der Kanton Appenzell-Innerrhoden mit nur 46.6 Prozent aus; das Kantonsspital verzeichnete 3062 Pflgetage bei 18 Betten. Am höchsten war die Auslastung hingegen mit über 90 Prozent im Kantonsspital Uri. Es fällt auf, dass die Veränderung im Vergleich zum Vorjahr zwischen den Kantonen höchst unterschiedlich ausfällt; starke Rückgänge bei der Bettenbelegung haben die Kantone Schaffhausen, Tessin und Appenzell-Innerrhoden zu verzeichnen (alle mind. -10 Prozent), während die durchschnittliche Auslastung in den Kantonen Jura, Basel-Landschaft und Neuenburg gestiegen ist. Die Steigerungen in den Kantonen Basel-Landschaft und Neuenburg gehen jedoch von einem sehr tiefen Niveau aus.

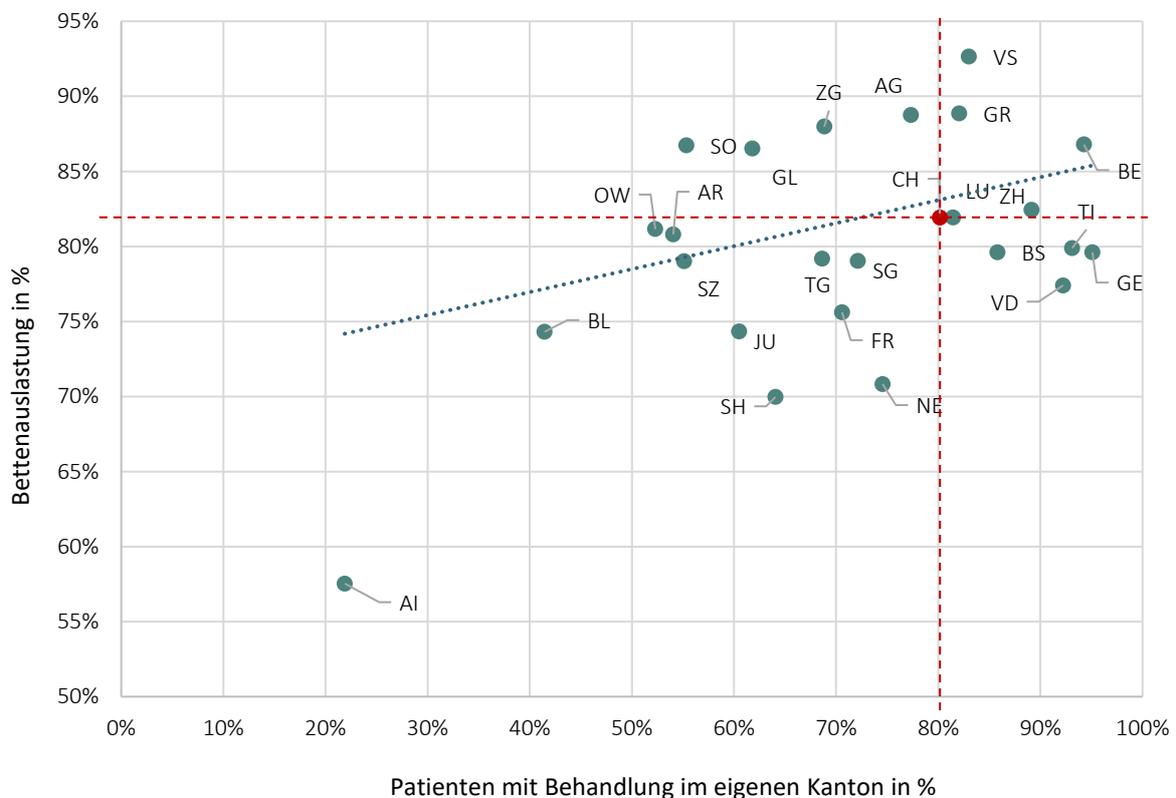


Aus den Angaben zu den Patientenströmen kann der Anteil Patienten berechnet werden, die im eigenen Kanton stationär behandelt werden. Rund 80 Prozent der Schweizer lassen sich (noch) in ihrem Wohnkanton behandeln. Allerdings gibt es eine grosse Spannweite zwischen den Kantonen. Auffallend tief ist der Selbstversorgungsgrad in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden und Basel-Landschaft. In beiden Kantonen lässt sich eine überwiegende Mehrheit der Kantonsbewohner in einem anderen Kanton stationär behandeln. Heute werden in sieben Kantonen (Appenzell-Inner- und -Ausserrhoden, Basel-Landschaft, Nid- und Obwalden, Solothurn und Schwyz) mindestens vier von zehn ansässigen Patienten ausserkantonal behandelt. Die stärkste Tendenz hin zu ausserkantonalen Behandlungen ist im Kanton St. Gallen auszumachen. Dort hat sich der Anteil der innerkantonal behandelten Patienten auf Jahresbasis um 4.7 Prozent reduziert.

Die Datengrundlage 2013 bis 2020 zeigt, dass die Öffnung der Kantons Grenzen für die Patienten der Grundversicherung durch die Finanzierungsreform 2012 die Patientenströme verändert hat. Patientinnen und Patienten begeben sich seither häufiger in andere Kantone, wenn sie sich stationär behandeln lassen wollen. Dies wiederum führt in den betroffenen Kantonen zu strukturellen Schwierigkeiten und erhöht die Wichtigkeit der interkantonalen Spitalplanung.

Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang zwischen der kantonalen Bettenauslastung und dem Anteil Patienten, die sich im eigenen Kanton behandeln lassen («Selbstversorgungsgrad»). Der Korrelationskoeffizient beträgt 0.30 und ist nur schwach signifikant. Der geringe Zusammenhang ist u. a. damit zu begründen, dass die Bettenauslastung auch vom Bettenangebot abhängt. Dieses wiederum wird von politischen Entscheidungen und historischen Komponenten beeinflusst.

Abbildung 3: Kantonale Bettenauslastung und Selbstversorgungsgrad, 2020



Anmerkung: Der Selbstversorgungsgrad bezieht sich auf sämtliche stationären Fälle des Jahres 2020 (Akutbereich, Rehabilitation/Geriatrie, Psychiatrie, Geburtshaus). **Quelle:** Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2020).

Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

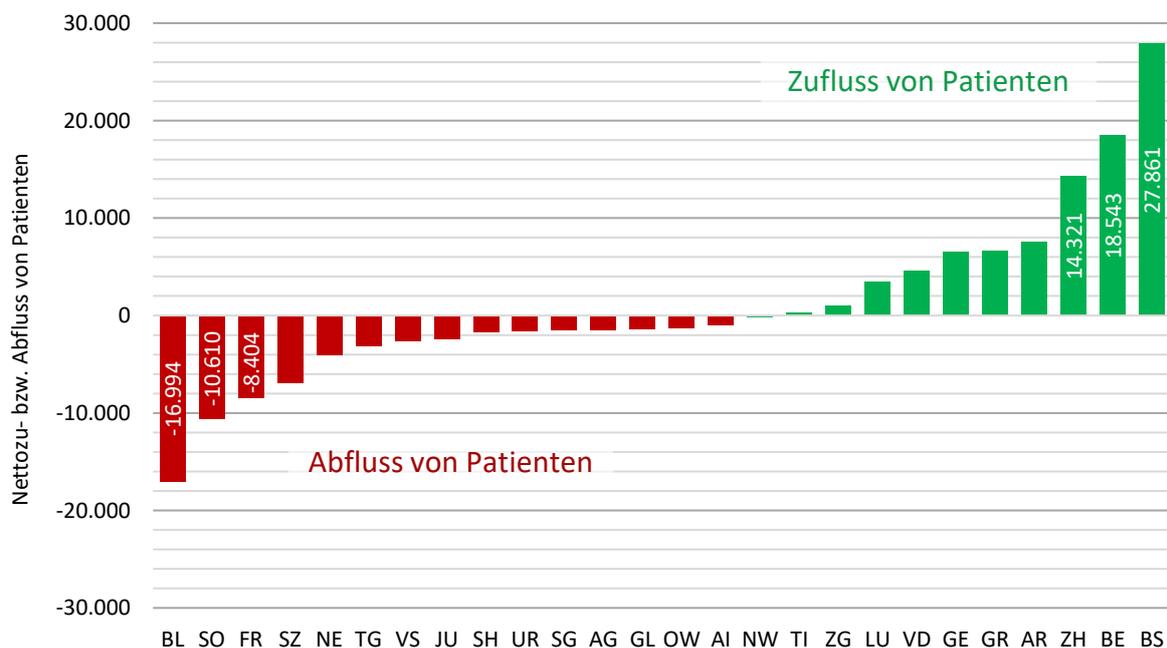
In der Tendenz erreicht man also eine gute Bettenauslastung nur, wenn die Spitäler für die eigene Bevölkerung attraktiv sind. In Appenzell Innerrhoden und im Kanton Basel-Landschaft liegt die Bettenauslastung der Spitäler

unter 75 Prozent. Dort, wie auch in Appenzell-Innerrhoden, lassen sich sogar eine Mehrheit der Wohnbevölkerung in einem Spital eines anderen Kantons behandeln.

Abbildung 4 verdeutlicht die Nettowanderung der Patienten über die Kantons Grenzen hinweg. Die Nettowanderung meint dabei die Anzahl Patienten, die aus anderen Kantonen stammen, abzüglich der Wanderungsverluste in andere Kantone. Ein Wert von «null» bedeutet daher, dass genau gleich viele Patienten in andere Kantone abwandern wie aus anderen Kantonen hinzukommen.

Von den 26 Kantonen weisen 11 einen Nettozufluss von Patienten auf, während die restlichen 15 Kantone einen Abfluss von Patienten verzeichnen. Die Spitzenreiter beim Export von Leistungen sind die Kantone Basel-Stadt, Bern und Zürich. Die drei Kantone verzeichnen zusammen einen Nettozufluss an Patienten im Umfang von rund 61'000 pro Jahr. Alle drei Kantone beherbergen ein Universitätsspital, in welchem in erheblichem Umfang Patienten aus den angrenzenden Kantonen oder dem Ausland behandelt werden. Auch die Kantone Appenzell-Ausser rhoden und Graubünden verzeichnen eine substanzielle Netto-Zuwanderung, die sich primär durch die hohe Dichte an Rehabilitationseinrichtungen erklären lässt. Umgekehrt werden viele Patienten, die in den Kantonen Basel-Landschaft (Nettoabfluss: 16'994), Solothurn (10'610) und Freiburg (8'404) wohnen, im jeweiligen Nachbar kanton behandelt. Dies gilt auch für den einwohnerschwächsten Kanton Appenzell-Innerrhoden. Die Zentrumsfunktion des Universitätsspitals Basel und anderer hochspezialisierter Kliniken in Basel-Stadt wirkt sich auch auf die Kantone Aargau (Fricktal), Solothurn und Basel-Landschaft aus. Das Universitätsspital Zürich, die Insel Gruppe AG Bern und das Kantonsspital Luzern weisen ähnliche kantonsübergreifende Versorgungsfunktionen auf.

Abbildung 4: Import und Export von stationären Leistungen, 2020



Anmerkung: Ohne Berücksichtigung von ausländischen Patienten. Die Zu- und Abflüsse beziehen sich auf sämtliche stationären Fälle des Jahres 2020 (Akutbereich, Rehabilitation/Geriatrie, Psychiatrie, Geburtshaus).

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (2020). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

2.2 Die akutstationären Leistungserbringer nach Trägerschaft

Nach der aktuellen, seit 2012 vom Bundesamt für Statistik verwendeten Definition der Trägerschaft von stationären medizinischen Einrichtungen gelten jene Spitäler als öffentliche Einrichtungen, die von einer öffentlichen Körperschaft betrieben werden. Alle anderen Spitäler sind dagegen privat, inklusive jener, die zwar in öffentlichem



Eigentum sind, rechtlich aber bspw. als Aktiengesellschaft verfasst sind.⁵ Weiter werden im Rahmen dieser Studie subventionierte Einrichtungen unterschieden, die zwar als privat definiert sind, aber mehrheitlich im Besitz von Gemeinden oder des Kantons sind. Damit gelten als privat nur jene Kliniken, deren Eigenkapital zu mehr als 50 Prozent privat getragen wird.

Tabelle 3: Anzahl Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2020 und im Vergleich zu 2019
nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019
AG	0	0	8	0	2	-1	10	-1	20.0%	-7.3%
AI	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
AR	2	+1	0	0	2	0	4	+1	50.0%	-16.7%
BE	0	0	10	0	9	0	19	0	47.4%	0.0%
BL	1	0	0	0	8	-1	9	-1	88.9%	-1.1%
BS	3	+1	0	0	8	+1	11	+2	72.7%	-5.1%
FR	1	0	0	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
GE	1	0	0	0	7	-1	8	-1	87.5%	-1.4%
GL	0	0	1	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
GR	3	0	8	0	2	0	13	0	15.4%	0.0%
JU	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
LU	2	0	0	0	3	-1	5	-1	60.0%	-6.7%
NE	1	0	0	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
NW	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
OW	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
SG	5	0	1	0	4	0	10	0	40.0%	0.0%
SH	1	0	0	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
SO	0	0	1	0	2	0	3	0	66.7%	0.0%
SZ	0	0	2	-1	2	+1	4	0	50.0%	25.0%
TG	0	0	1	0	3	0	4	0	75.0%	0.0%
TI	1	0	0	0	8	0	9	0	88.9%	0.0%
UR	1	0	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%
VD	1	0	10	3	8	0	19	+3	42.1%	-7.9%
VS	2	0	0	0	2	0	4	0	50.0%	0.0%
ZG	0	0	1	0	1	0	2	0	50.0%	0.0%
ZH	6	-1	10	1	15	0	31	0	48.4%	0.0%
CH	35	+1	53	+3	95	-2	183	+2	51.9%	-1.7%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

Über alle drei Kategorien hinweg hat sich im Vergleich zu 2019 die Zahl der in der Schweiz registrierten Akutspitäler oder Geburtshäuser im Jahr 2020 um 2 auf 183 Einrichtungen erhöht (vgl. Tabelle 3). Davon gelten 35 als öffent-

⁵ Die vor 2012 relevante Definition richtete sich dagegen nach der staatlichen Mitfinanzierung von Spitälern: Verfügte eine Einrichtung über eine staatliche Beitrags- oder eine Defizitgarantie, galt sie als öffentliches Spital, selbst wenn sie nicht öffentlich-rechtlich verfasst war.

liche Spitäler. 53 Einrichtungen sind gemäss oben genanntem Kriterium «privat, jedoch überwiegend in öffentlicher Hand» und werden daher als subventioniert klassifiziert. 95 Kliniken sind schliesslich private Einrichtungen, also überwiegend in privater Hand.⁶

Seit 2013 ist der Anteil der privaten Spitäler landesweit rückläufig und lag im Jahr 2020 bei 51.9 Prozent. In den Kantonen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Freiburg, Genf, Luzern, Neuenburg, Solothurn, Thurgau und Tessin waren im Jahr 2020 eine Mehrheit der Institutionen in privater Hand.

Die 183 Spitäler verteilen sich auf insgesamt 311 Standorte (vgl. Tabelle 4). Dies entspricht einem Durchschnitt von 1.7 Standorten pro Einrichtung. Die Anzahl der Standorte hat sich dabei seit 2019 um vier erhöht.

Tabelle 4: Anzahl Standorte Akutspitäler einschl. Geburtshäuser, 2020 und im Vergleich zu 2019 nach Trägerschaft und Kanton

	Öffentlich		Subventioniert		Privat		Total		Anteil Privat	
	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019	2020	Δ 2019
AG	0	+0	15	+0	2	-1	17	-1	11.8%	-4.9%
AI	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
AR	3	+1	0	+0	3	+0	6	+1	50.0%	-10.0%
BE	0	+0	29	+0	16	+0	45	+0	35.6%	+0.0%
BL	3	+0	0	+0	9	-1	12	-1	75.0%	-1.9%
BS	4	+2	0	+0	9	+2	13	+4	69.2%	-8.5%
FR	5	+0	0	+0	3	+0	8	+0	37.5%	+0.0%
GE	5	+0	0	+0	7	-1	12	-1	58.3%	-3.2%
GL	0	+0	2	+0	0	+0	2	+0	0.0%	+0.0%
GR	3	+0	8	+0	3	+0	14	+0	21.4%	+0.0%
JU	4	+0	0	+0	1	+0	5	+0	20.0%	+0.0%
LU	6	-1	0	+0	5	+0	11	-1	45.5%	+3.8%
NE	6	+0	0	+0	5	+0	11	+0	45.5%	+0.0%
NW	1	+0	0	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
OW	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
SG	11	+0	2	+0	5	+1	18	+1	27.8%	+4.2%
SH	3	+0	0	+0	1	-1	4	-1	25.0%	-15.0%
SO	0	+0	5	+0	2	+0	7	+0	28.6%	+0.0%
SZ	0	+0	2	-1	2	+1	4	+0	50.0%	+25.0%
TG	0	+0	2	+0	3	+0	5	+0	60.0%	+0.0%
TI	9	+0	0	+0	8	+0	17	+0	47.1%	+0.0%
UR	1	+0	0	+0	0	+0	1	+0	0.0%	+0.0%
VD	3	+0	24	+2	9	+0	36	+2	25.0%	-1.5%
VS	11	+0	0	+0	2	+0	13	+0	15.4%	+0.0%
ZG	0	+0	1	+0	1	+0	2	+0	50.0%	+0.0%
ZH	12	+0	15	+3	17	-2	44	+1	38.6%	-5.5%
CH	92	+2	105	+4	114	-2	311	+4	36.7%	-1.1%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

Im Anhang weist Tabelle A27 alle Einrichtungen aus, die zwischen 2013 und 2020 geschlossen wurden, mit anderen Einrichtungen fusionierten, ihren Funktionstyp oder die Trägerschaft wechselten.

⁶ Für die Zuteilung der Schweizer Spitäler zu den einzelnen Spitalkategorien sei an dieser Stelle auf das entsprechende Verzeichnis im Anhang A III verwiesen.



Die relative Marktstellung der Anbieter nach Trägerschaft kann durch die Marktanteile nach Pflgeetagen gemessen werden (vgl. Tabelle 5). Dieses Mass berücksichtigt insbesondere die unterschiedliche Grösse der Einrichtungen. Landesweit beträgt der Anteil der privaten Spitälern an den Pflgeetagen 19.3 Prozent.⁷ Mit 49.3 Prozent erreichen die privaten Spitälern im Kanton Appenzell-Ausserrhodon den höchsten Marktanteil, gefolgt von jenen der Kantone Tessin (33.1%) und Basel-Stadt (32.9%). Demgegenüber gibt es etliche Kantone, welche über kein privates Akutspital verfügen oder wo der Marktanteil der Privaten nur sehr gering ausfällt. Auch im bevölkerungsstärksten Kanton der Schweiz, dem Kanton Zürich, ist der private Marktanteil mit 17.9 Prozent unterdurchschnittlich. Dies gilt auch für den bevölkerungsreichsten Kanton der Westschweiz, den Kanton Waadt (15.2 Prozent).

Tabelle 5: Marktanteile akutstationärer Pflgeetage nach Trägerschaft, 2020 im Vergleich zu 2019

	Öffentlich		Subventioniert		Privat	
	2020	abs. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019
AG	0.0%	+0.0%	88.4%	+0.4%	11.6%	-0.4%
AI	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
AR	50.7%	-2.3%	0.0%	+0.0%	49.3%	+2.3%
BE	0.0%	+0.0%	71.7%	-1.9%	28.3%	+1.9%
BL	75.9%	-0.5%	0.0%	+0.0%	24.1%	+0.5%
BS	67.1%	+1.3%	0.0%	+0.0%	32.9%	-1.3%
FR	80.9%	+2.1%	0.0%	+0.0%	19.1%	-2.1%
GE	76.0%	-2.5%	0.0%	+0.0%	24.0%	+2.5%
GL	0.0%	+0.0%	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
GR	8.4%	+0.6%	85.1%	-0.4%	6.5%	-0.2%
JU	99.8%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.2%	-0.0%
LU	74.8%	+1.7%	0.0%	+0.0%	25.2%	-1.7%
NE	91.8%	+1.7%	0.0%	+0.0%	8.2%	-1.7%
NW	96.8%	-0.6%	0.0%	+0.0%	3.2%	+0.6%
OW	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
SG	86.6%	-0.3%	4.9%	+0.2%	8.6%	+0.1%
SH	95.1%	+2.8%	0.0%	+0.0%	4.9%	-2.8%
SO	0.0%	+0.0%	94.3%	-0.8%	5.7%	+0.8%
SZ	0.0%	+0.0%	81.5%	-18.5%	18.5%	+18.5%
TG	0.0%	+0.0%	89.1%	+0.1%	10.9%	-0.1%
TI	66.9%	-0.0%	0.0%	+0.0%	33.1%	+0.0%
UR	100.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%	0.0%	+0.0%
VD	42.1%	-0.6%	42.6%	+0.2%	15.2%	+0.5%
VS	94.6%	-0.2%	0.0%	+0.0%	5.4%	+0.2%
ZG	0.0%	+0.0%	75.4%	+0.6%	24.6%	-0.6%
ZH	55.1%	-2.6%	27.0%	+1.7%	17.9%	+0.9%
CH	47.3%	-0.4%	33.4%	-0.3%	19.3%	+0.7%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitälern (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

Die Marktanteile haben sich im Jahresvergleich etwas zu Gunsten der Privatspitälern verschoben. Ob diese Entwicklung einer Trendwende entspricht oder aber einen Covid-19 bedingten Sondereffekt darstellt, bleibt abzuwarten.

⁷ Der Jahresbericht von ospita 2022 berichtet für 2020 einen landesweiten Marktanteil der privaten Kliniken bei den Pflgeetagen von 26.2%. Dieser bezieht die Rehabilitation und Psychiatrie zusätzlich ein, während hier nur die akutstationären Pflgeetage berücksichtigt werden.

Eher gegen die These einer Trendwende spricht, dass der Marktanteil der Privaten vor allem wuchs, weil die Zahl der Pflergetage bei den öffentlichen Spitälern rückläufig war.

Tabelle 6 zeigt erhebliche Unterschiede in der Grösse, der Ausstattung, sowie den Leistungen auf Spitalebene nach Trägerschaft auf. 2020 wies ein durchschnittliches privates Spital 51.2 Betten aus; das sind rund 0.7 Betten bzw. 1.3 Prozent mehr als im Jahr 2019. Die Grössenunterschiede zu den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind nicht so stark ausgeprägt, wie sie auf den ersten Blick scheinen, wenn man die nach Trägerschaft unterschiedliche Anzahl an Standorten berücksichtigt.

Tabelle 6: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2020

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler
	(n = 95)	(n = 53)	(n = 35)
Strukturelle Daten			
Anzahl Betten (Akutpflege)	51.2	138.2	300.9
Mittlere Bettenbelegung (in %) ¹	69.0%	79.6%	78.3%
Anzahl Standorte	1.2	2.0	2.6
Anzahl Operationssäle	3.5	5.85	10.8
Anzahl Kreissäle	1.0	2.40	3.83
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	28.4%	90.6%	88.6%
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	13.7%	56.6%	71.4%
Computertomographie (in % der Spitäler)	32.6%	77.4%	82.9%
Magnetresonanztomografie (in % der Spitäler)	30.5%	62.3%	71.4%
Leistungen			
Anzahl Austritte (Akutpflege)	2'897.3	7'927.4	14'433.2
Anzahl Tage (Akutpflege)	12'904.8	40'158.1	86'016.0
Anzahl Neugeborene	193	537	876
Patientenstruktur			
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	25.0%	15.1%	16.9%
Patienten aus dem Ausland (in %)	2.8%	1.5%	2.8%
Patienten (halb-)privat (in %)	40.7%	16.7%	16.3%
CMI netto ²	0.912	0.911	1.033
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	4.5	5.1	6.0

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

Lesebeispiel: Im Jahr 2020 verfügten die öffentlichen Spitäler im Durchschnitt über 10.8 Operationssäle.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Berechnung: Universität Basel.

Weiter fällt auf, dass nur 28.4 Prozent der privaten Spitäler eine Notfallaufnahme aufweisen; bei den anderen Trägerschaften sind es jeweils rund 9 von 10 Einrichtungen. Intensivstationen, neueste bildgebende Verfahren wie die Computertomographie und die Magnetresonanztomografie (MRT) sind in privaten Kliniken ebenfalls signifikant weniger häufig vorhanden als in subventionierten und öffentlichen Spitälern.⁸ Bei den Privatspitälern zeigt sich in Bezug auf CT- und MRT-Geräte ein positiver Trend.

Deutliche Unterschiede gibt es auch in der Patientenstruktur der Einrichtungen. Bei den privaten Spitälern sind 40.7 Prozent der Patienten halbprivat oder ganzprivat versichert, wohingegen es bei den subventionierten und

⁸ Die bildgebende Diagnostik eines Spitals kann allerdings auch ausgelagert sein und von ambulanten Radiologiezentren angeboten werden. In diesem Fall sind die bildgebenden Verfahren verfügbar, erscheinen aber nicht in der Statistik.



öffentlichen Spitälern nur jeder sechste Patient ist. Allerdings lassen sich heute mehr allgemein versicherte Patienten in einem Privatspital behandeln als Privat- und Halbprivatversicherte. Die in privaten Spitälern behandelten Patienten sind geografisch mobiler; etwa einer von vier Patienten kommt aus einem anderen Kanton und jeder Dreissigste gar aus dem Ausland. Bei den subventionierten und öffentlichen Spitälern sind die Anteile ausserkantonaler Patienten deutlich geringer, haben gegenüber der Vorperiode jedoch leicht zugelegt.

Unterschiede nach Trägerschaft gibt es ebenfalls beim sogenannten Case-Mix-Index (CMI), der den mittleren Schweregrad der behandelten Patienten eines Spitals angibt. Die privaten Einrichtungen sind in punkto mittlerer Schweregrad gut mit den subventionierten Spitälern zu vergleichen. Die öffentlichen Spitäler weisen mit einem Wert von 1.033 den mit Abstand höchsten durchschnittlichen Schweregrad auf. Der hohe Wert ist teilweise damit zu erklären, dass sich unter den öffentlichen Spitälern viele Universitätskliniken und andere Zentrumsversorger befinden. Die mittlere Verweildauer ist in den öffentlichen Spitäler um 1.5 Tage länger als in den privaten Einrichtungen.

Tabelle 7 weist bezüglich Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger die Veränderungen zum Vorjahr aus. Die privaten Kliniken haben die Bettenkapazität leicht steigern können, während sie bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen zurückging. Die Anzahl akutstationärer Pflgetage reduzierte sich bei den privaten Kliniken leicht (-0.6 %). Der Rückgang fiel bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern mit -9.4 Prozent bzw. -12 Prozent aber wesentlich deutlicher aus. Bei den Geburten ist für das Jahr 2020 eine deutliche Verlagerung in den privaten Bereich zu beobachten. Die mittlere Anzahl Neugeborene erhöhte sich im Jahresvergleich um 6.2 Prozent, während die öffentlichen und subventionierten Spitäler einen Rückgang von rund 7 Prozent verzeichneten.

Tabelle 7: Struktur und Leistungen der akutstationären Versorger, 2020 im Vergleich zu 2019

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
Strukturelle Daten						
Anzahl Betten (Akutpflege)	+0.66	+1.3%	-14.16	-9.3%	-8.62	-2.8%
Mittlere Bettenbelegung (in %)	-1.3%		-2.5%		-5.7%	
Anzahl Standorte	+0.00	+0.3%	-0.04	-1.9%	-0.02	-0.7%
Anzahl Operationssäle	+0.13	+4.0%	-0.39	-6.3%	-0.67	-5.8%
Anzahl Kreissäle	+0.10	+11.7%	-0.22	-8.5%	-0.20	-5.0%
Notfallaufnahme (in % der Spitäler)	-0.4%		-1.4%		-5.5%	
Intensivpflegestation (in % der Spitäler)	+0.3%		-3.4%		-2.1%	
Computertomographie (in % der Spitäler)	+1.7%		-2.6%		-2.4%	
Magnetresonanztomografie (in % der Spitäler)	+1.7%		+0.3%		-2.1%	
Leistungen						
Anzahl Austritte (Akutpflege)	+38.5	+1.3%	-981.3	-11.0%	-1'551.6	-9.7%
Anzahl Tage (Akutpflege)	-82.9	-0.6%	-5'498.6	-12.0%	-8'915.2	-9.4%
Anzahl Neugeborene	+11.3	+6.2%	-41.2	-7.1%	-69.1	-7.3%
Patientenstruktur						
Patienten aus anderen Kantonen (in %)	+0.1%		+0.4%		+0.3%	
Patienten aus dem Ausland (in %)	-0.6%		-0.3%		-0.4%	
Patienten (halb-)privat (in %)	-2.0%		-0.2%		-0.4%	
CMI brutto	+0.02	+2.4%	+0.02	+1.7%	+0.06	+6.6%
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	-0.09	-2.0%	-0.06	-1.2%	+0.02	+0.3%

Lesebeispiel: Im Jahr 2020 betrieben die Privatkliniken im Durchschnitt 0.7 Betten mehr als noch im Basisjahr 2019; dies entspricht einer relativen Zunahme von 1.3% Prozent gegenüber 2019.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). **Berechnung:** Universität Basel.

In privaten Einrichtungen sind, gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), im Durchschnitt 233.5 Personen beschäftigt. Dies entspricht 4.6 Personen pro vorgehaltenem Akutbett (vgl. Tabelle 8). Die subventionierten Spitäler setzen durchschnittlich zwei, die öffentlichen drei Personen mehr pro Bett ein. Auffällig ist, dass die privaten Spitäler gut um die Hälfte weniger ärztliches, dafür mehr übriges Personal beschäftigen als die subventionierten und öffentlichen Spitäler. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass private Spitäler häufig Belegärzte einsetzen, deren Entlohnung beim übrigen Betriebsaufwand verbucht wird. Verrechnet ein Belegarzt seine im Auftrag des Spitals erbrachte Leistung direkt mit der Sozialversicherung, ohne dass das Spital dabei involviert ist, wird dieser Betrag der Gruppe der nicht sozialversicherungspflichtigen Honorare angerechnet. Dieses Konto ist nicht Teil des Personalaufwands gemäss Krankenhausstatistik und fällt daher in den Bereich des übrigen Betriebsaufwands. Die Unterschiede im Personalaufwand und im übrigen Betriebsaufwand zwischen den Trägerschaften sind somit teilweise durch das Belegarztsystem der privaten Spitäler zu erklären.

Im Vergleich zu 2019 zeigt sich beim Personalbestand ein heterogenes Bild; die Privatspitäler haben tendenziell mehr Leute beschäftigt, während der totale Personalbestand bei den subventionierten Häusern rückläufig war. Pro Bett setzen Spitäler aller drei Trägerschaften gegenüber dem Vorjahr mehr Personal ein; die privaten Einrichtungen 4.8 Prozent, die subventionierten und öffentlichen Spitäler gar +6.6 Prozent bzw. +4.6 Prozent. Insgesamt haben die Akutspitäler, die in dieser Studie berücksichtigt werden, zwischen 2013 und 2020 über 23'600 Vollzeitstellen geschaffen. Im Jahr 2019 betrug die Zahl der VZÄ rund 150'500.

Tabelle 8: Personal in der akutstationären Versorgung, 2020 und im Vergleich zu 2019

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
Personal total (VZÄ)	233.5		929.4		2'259.7	
pro Bett Akutpflege	4.6		6.7		7.5	
<i>davon</i>						
Ärztenschaft	6.7%		16.6%		17.1%	
Pflege	45.3%		41.3%		39.6%	
Medizin-technisches und -therapeutisches Personal (MTT)	14.0%		13.5%		13.2%	
Übrige (Administration, Sozialdienst, technische Dienste, Hausdienste)	34.0%		28.6%		30.1%	
	Veränderungen im Vergleich zu 2019					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Personal total (VZÄ)	+13.65	+6.2%	-31.61	-3.3%	+6.48	+0.3%
pro Bett Akutpflege	+0.21	+4.8%	+0.42	+6.6%	+0.29	+4.6%
<i>Davon</i>						
Ärztenschaft	+0.1%		+0.2%		-0.1%	
Pflege	+0.3%		-0.2%		+0.1%	
MTT	+0.2%		-0.2%		+0.1%	
Übrige	-0.6%		+0.2%		-0.1%	

Lesebeispiel: Das Gesamtpersonal bei den subventionierten Spitälern hat zwischen 2019 und 2020 um durchschnittlich 31.61 Vollzeitstellen abgenommen; dies entspricht einer Abnahme von 3.3 Prozent gegenüber dem Basisjahr 2019.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). **Berechnung:** Universität Basel.

Die stationären Kosten pro Fall variieren nach Trägerschaft der Einrichtungen (vgl. Tabelle 9). Dabei wird der gesamte stationäre Kostenblock durch die Fallzahl dividiert, wobei die Fallschwere berücksichtigt wird. Diese Fallkosten sind bei privaten Kliniken und öffentlichen Spitälern in etwa gleich hoch. In subventionierten Spitälern sind sie beinahe 1000 Franken niedriger als bei öffentlichen Spitälern. Berücksichtigt man hingegen nur die stationären Kosten, welche zulasten der OKP abgerechnet werden, sinken die Fallkosten markant. Am deutlichsten ist dieser Effekt bei den Privatkliniken und darauf zurückzuführen, dass diese einen höheren Anteil an Zusatzversicherten



Patienten betreuen. Die damit verbundenen (nicht OKP-pflichtigen) Kosten für Arzthonorare und Hotellerie sind beim ersten Wert berücksichtigt, beim zweiten jedoch nicht.

Ein deutlicher Unterschied ist bei den Investitionskosten auszumachen. Mit 14.1 Prozent des Gesamtaufwands sind sie bei den privaten Spitälern in etwa doppelt so hoch wie bei den subventionierten und öffentlichen Einrichtungen. An diesem Bild hat sich über die vergangenen Jahre qualitativ nichts verändert. Die Investitionskosten fassen Aufwand für Anlagenutzung (Abschreibungen und Mieten) und Zinsaufwand zusammen. Dass die Investitionskosten bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern so niedrig sind, kann mehrere Gründe haben. Einerseits können die Kantone, die teilweise noch im Besitz von Spitalimmobilien sind, keine marktüblichen Mieten einfordern oder die Immobilien bereits abgeschrieben an die Spitäler übergeben haben. Andererseits ist es öffentlichen Einrichtungen aufgrund der De-facto-Staatsgarantie möglich, zu günstigeren Konditionen am Kapitalmarkt Geld aufzunehmen. Hingegen ist es unwahrscheinlich, dass die niedrige Investitionsquote das Resultat einer zurückhaltenden Investitionstätigkeit ist, da insbesondere öffentliche Spitäler in den vergangenen Jahren massiv investiert haben.

Tabelle 9: Kosten der akutstationären Versorger, 2020 und im Vergleich zu 2019

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken		Subventionierte Kliniken		Öffentliche Spitäler	
Stationäre Fallkosten (CHF)	11'950		11'429		12'381	
Stationäre OKP-Fallkosten ⁹ (CHF)	10'736		10'651		11'569	
<i>davon</i>						
Personalaufwand	44.9%		63.0%		66.1%	
Investitionsaufwand	14.1%		7.7%		6.7%	
Übriger Betriebsaufwand	40.0%		28.8%		26.5%	
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	1.0%		0.5%		0.6%	
	Veränderungen im Vergleich zu 2019					
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Stationäre Fallkosten (CHF / %)	-50.5	-0.4%	+483.17	+4.4%	+811.6	+7.0%
Stationäre OKP-Fallkosten (CHF / %)	+174.8	+1.7%	+518.9	+5.1%	+846.5	+7.9%
<i>Davon</i>						
Personalaufwand	+0.7%		+0.1%		+0.5%	
Investitionsaufwand	-0.6%		+0.4%		+0.0%	
Übriger Betriebsaufwand	-0.1%		+0.1%		+0.8%	
Steuern & ausserordentlicher Aufwand	-0.1%		-0.6%		-1.3%	

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

Bei den Erträgen der Spitäler fällt auf (vgl. Tabelle 10), dass die Subventionen («Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen und andere Beiträge») bei den öffentlichen Einrichtungen mit 12.9 Prozent einen vergleichsweise grossen Anteil an den Gesamterträgen ausmachen. Bei den subventionierten Spitälern liegt dieser Anteil bei 6.4 Prozent, bei den privaten bei 3.7 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Subventionsanteil bei den subventionierten Spitälern mit 2.4 Prozentpunkten am stärksten erhöht, gefolgt von den öffentlichen Spitälern und den Privatkliniken.

⁹ Bei der Berechnung werden lediglich grundversicherte Patienten berücksichtigt. Die Kostenausscheidung bei den zusatzversicherten Patienten ist im Datensatz ungenügend, was zu unplausibel hohen OKP-Fallkosten führt. Da die durchschnittliche Fallschwere (CMI) nur spitalspezifisch vorliegt, wird die Annahme getroffen, dass sich die grundversicherten Patienten von den zusatzversicherten Patienten hinsichtlich des Schweregrads nicht systematisch unterscheiden.

Tabelle 10: Ertragssituation der akutstationären Versorger, 2020 und im Vergleich zu 2019

Mittelwerte pro Spital	Private Kliniken	Subventionierte Kliniken	Öffentliche Spitäler			
Ertragssituation						
Gesamtertrag (in tausend CHF)	50'734	179'438	406'393			
- Ertrag aus med. Leistungen	89.7%	85.6%	80.3%			
- Übriger Betriebsertrag	6.5%	8.0%	6.8%			
- Subventionen (GWL) und Beiträge	3.7%	6.4%	12.9%			
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	47'855	145'217	372'696			
Veränderungen im Vergleich zu 2019						
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtertrag (in tausend CHF)	+386	+0.8%	+5'110	+2.9%	+12'371	+3.1%
- Ertrag aus med. Leistungen	-2.3%		-3.9%		-2.5%	
- Übriger Betriebsertrag	+1.0%		+1.5%		+0.9%	
- Subventionen (GWL) und Beiträge	+1.3%		+2.4%		+1.6%	
Erträge Akutpflege (in tausend CHF)	-1'403	-2.8%	-13'050	-8.2%	+8'770	+2.4%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

Bei den Privatkliniken handelt es sich bei den Subventionen und Beiträgen grösstenteils um eine Defizitdeckung durch den Träger. Aufgrund einer KZSS-Variable, die seit 2019 vorliegt, lässt sich sagen, dass rund 64 Prozent der Erträge, welche die Privatkliniken im Jahr 2020 unter diesem Konto verbucht haben, als Defizitdeckung kategorisiert wurden. Bei den subventionierten Spitälern (20.4 Prozent) und den öffentlichen Spitälern (7.8 Prozent) ist dieser Anteil deutlich geringer.

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

Die Beiträge der Kantone zur subjektbezogenen Finanzierung beliefen sich 2020 auf rund 7.4 Mrd. Franken. Dies entspricht im Durchschnitt 6'035 Franken pro OKP-Fall. Pro Fall war der Anteil der Kantone mit 5'260 Franken im Kanton Zug am geringsten und mit 7'061 Franken in Basel-Landschaft am höchsten. Die Unterschiede lassen sich einerseits mit der Höhe des vereinbarten Basisfallwerts begründen und andererseits mit Zusatzentgelten im Rahmen der SwissDRG-Vergütung.



Tabelle 11: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken und Aufteilung nach Kanton und Versicherer, 2020

Kanton	OKP-Erträge SwissDRG	Prozentualer Anteil Kanton	Absoluter Anteil Versicherer	Anteil Kanton	
				absolut	pro OKP-Fall gewichtet
AG	884'444'277	55%	397'999'925	486'444'352	5'786
AI	6'766'488	55%	3'044'920	3'721'568	6'527
AR	114'253'081	55%	51'413'886	62'839'195	5'877
BE	1'894'367'356	55%	852'465'310	1'041'902'046	5'695
BL	314'594'215	55%	141'567'397	173'026'818	7'061
BS	923'253'405	56%	406'231'498	517'021'907	6'953
FR	272'447'420	55%	122'601'339	149'846'081	5'754
GE*	791'642'072	55%	356'238'932	435'403'140	6'317
GL	48'962'515	55%	22'033'132	26'929'383	6'126
GR	308'814'144	55%	138'966'365	169'847'779	6'016
JU	67'520'596	55%	30'384'268	37'136'328	5'970
LU	610'298'835	55%	274'634'476	335'664'359	5'861
NE	179'423'922	55%	80'740'765	98'683'157	5'898
NW	44'722'761	55%	20'125'242	24'597'519	5'931
OW	25'118'347	55%	11'303'256	13'815'091	5'269
SG	790'950'730	55%	355'927'829	435'022'902	5'837
SH	90'604'397	55%	40'771'979	49'832'418	5'376
SO	333'565'032	55%	150'104'264	183'460'768	6'150
SZ	123'719'562	55%	55'673'803	68'045'759	5'309
TG	313'390'433	55%	141'025'695	172'364'738	5'804
TI	610'462'616	55%	274'708'177	335'754'439	5'842
UR	31'104'030	55%	13'996'814	17'107'217	5'490
VD	1'295'848'666	55%	583'131'900	712'716'766	6'086
VS	356'199'274	55%	160'289'673	195'909'601	5'403
ZG	110'935'110	55%	49'920'800	61'014'311	5'260
ZH	2'854'280'939	55%	1'284'426'423	1'569'854'516	6'341
CH	13'397'690'223	55.1%	6'019'728'066	7'377'962'157	6'035

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. *Für das HUG sind die Werte von 2020 geschätzt, da der ausgewiesene Kostenteiler und die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel sind. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020); GDK (2020). Berechnung: Universität Basel.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die OKP-Erträge landesweit um 0.9 Prozent angestiegen (vgl. Tabelle 12). In absoluten Zahlen haben sich die Erträge aus den stationären Fallpauschalen aber reduziert. Dies ist die Konsequenz der gesunkenen Anzahl von behandelten Patienten im Jahr 2020.

Tabelle 12: SwissDRG-Erträge der Spitäler in Franken, 2020 und im Vergleich zu 2019

Kanton	OKP-Erträge SwissDRG 2020	rel. Δ 2019	Anteil Kanton			
			2020	rel. Δ 2019	pro OKP-Fall ge- wichtet 2020	rel. Δ 2019
AG	852'531'422	-3.6%	468'892'282	-3.6%	5'418	+1.3%
AI	5'679'030	-16.1%	3'123'467	-16.1%	4'204	-6.1%
AR	122'822'407	+7.5%	67'552'324	+7.5%	4'984	+13.0%
BE	1'817'465'369	-4.1%	999'605'953	-4.1%	5'787	+1.0%
BL	288'711'069	-8.2%	158'791'088	-8.2%	5'586	-4.8%
BS*	936'808'951	+1.5%	524'613'013	+1.5%	7'506	+1.5%
FR	265'180'394	-2.7%	145'849'217	-2.7%	5'302	+2.3%
GE*	885'763'731	+11.9%	487'170'052	+11.9%	7'155	+18.0%
GL	45'351'482	-7.4%	24'943'315	-7.4%	5'907	+1.0%
GR	300'257'672	-2.8%	165'141'720	-2.8%	4'958	+0.8%
JU	62'243'503	-7.8%	34'233'927	-7.8%	4'512	-1.2%
LU	613'644'503	+0.5%	337'504'477	+0.5%	6'127	+6.7%
NE*	185'992'305	+3.7%	102'295'768	+3.7%	5'442	+7.4%
NW	44'877'478	+0.3%	24'682'613	+0.3%	4'850	+6.2%
OW	25'141'133	+0.1%	13'827'623	+0.1%	4'007	+0.3%
SG	750'983'043	-5.1%	413'040'674	-5.1%	5'446	+0.7%
SH	86'237'115	-4.8%	47'430'413	-4.8%	4'795	+0.2%
SO	323'890'107	-2.9%	178'139'559	-2.9%	5'688	+1.9%
SZ	131'507'078	+6.3%	72'328'893	+6.3%	4'483	+9.2%
TG	314'454'543	+0.3%	172'949'999	+0.3%	5'594	+3.7%
TI	606'599'090	-0.6%	333'629'500	-0.6%	6'425	+12.2%
UR	28'522'487	-8.3%	15'687'368	-8.3%	4'309	-1.9%
VD	1'256'277'210	-3.1%	690'952'466	-3.1%	6'479	+4.5%
VS	346'286'130	-2.8%	190'457'372	-2.8%	5'263	+3.5%
ZG	114'559'465	+3.3%	63'007'706	+3.3%	4'242	+5.2%
ZH	2'404'336'782	-15.8%	1'322'385'230	-15.8%	5'796	-11.1%
CH	12'816'123'499	-4.3%	7'057'272'514	-4.3%	5'878	+0.9%

Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. *Die Werte für die HUG wurden korrigiert. Bei diesen drei öffentlichen Spitälern ist der ausgewiesene Kostenteiler oder die Gesamterträge akutstationär nicht plausibel. Auf Basis des vereinbarten Kostenteilers gemäss GDK wurden die Erträge entsprechend angepasst.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020); GDK (2020). **Berechnung:** Universität Basel.



3. Subventionierung der Spitäler

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

3.1 Gemeinwirtschaftliche Leistungen im kantonalen Vergleich

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

Eine zweite Unschärfe resultiert aus den Aktivitätstypen der Spitäler: Einige Spitäler erbringen nicht nur akutstationäre Leistungen, sondern sind gleichzeitig auch in den Bereichen Rehabilitation/Geriatrie und Psychiatrie tätig. Dadurch könnte es zu einer Überschätzung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen der Akutversorgung kommen. In den Kennzahlen werden die Kosten für die universitäre Forschung und Lehre im Bereich der Rehabilitation und Psychiatrie jedoch ebenfalls ausgewiesen. Diese, explizit nicht der Akutversorgung zugeordneten Leistungen, wurden daher von den ausgewiesenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen abgezogen. Für 2020 betrug diese Korrektur landesweit 101.1 Mio. Franken, bzw. 4 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Andere Beiträge für GWL in den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation, bspw. zur Finanzierung nicht kostendeckender Tarife, können hingegen nicht ausgeschieden werden und verbleiben daher in der Analyse.

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

Insgesamt belief sich 2020 die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen im akutstationären Bereich auf 2.43 Mrd. Franken; rund 570 Mio. Franken mehr als im Basisjahr 2019 (vgl. Tabelle 13). Im Jahr 2020 betrug die gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Fall 2028 Franken. Das sind ca. 556 Franken mehr als noch ein Jahr zuvor. 2020 machten Forschung und Lehre im akutstationären Bereich 1.044 Mrd. Franken aus. Das sind 42.9 Prozent der gesamten gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Dieser Anteil war 2019 mit 58 Prozent noch wesentlich höher und hat damit zu tun, dass die Beiträge für die Forschung und Lehre in absoluten Zahlen in etwa gleichgeblieben, während die restlichen Beiträge an GWL markant gestiegen sind.

Die höchste Abgeltung für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird mit 556 Mio. Franken in der Waadt erreicht (davon CHUV: 438.2 Mio. Franken), die geringste mit rund 1 Mio. Franken im Kanton Zug.¹⁰ In den meisten Kantonen ist gegenüber 2019 ein deutlicher Anstieg der Zahlungen zu verzeichnen. Absolut am meisten zugenommen haben die Subventionen und Beiträge im Kanton Waadt, wo die GWL schweizweit ohnehin bereits am höchsten

¹⁰ Zu beachten gilt, dass die Abgeltung im Bereich von Lehre und Forschung teilweise auch von Kantonen ausserhalb des Standortkantons einer universitären Einrichtung bezahlt wird. So ist z. B. das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) eine gemeinsame Einrichtung der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Dessen Erträge für Lehre und Forschung werden jedoch ausschliesslich Basel-Stadt zugeordnet.

sind. Die prozentuale Zunahme fällt entsprechend eher durchschnittlich aus. Relativ gesehen haben die Subventionen in den Kantonen SH, VS, SO und LU am stärksten zugenommen. Dies hat auch damit zu tun, dass in Schaffhausen und im Wallis im Vorjahr noch keine substanziellen Zahlungen geflossen sind. Lediglich in den Kantonen AR und BL ist im Jahresvergleich ein Rückgang verzeichnet worden; in beiden Fällen handelt es sich aber um Sondereffekte des Vorjahrs, welche das Ausgangsniveau stark erhöht haben.

Heruntergebrochen auf die stationären Fälle stechen die Westschweizer Kantone Freiburg, Genf, Neuenburg und Waadt aus der Masse heraus sowie der kleine Kanton Appenzell-Innerrhoden. Im letzteren Fall führte eine ausserordentliche Defizitdeckung beim Kantonalen Spital Appenzell im Umfang von 3.3 Mio. Franken zu diesem hohen Wert.

Tabelle 13: GWL in Franken insgesamt und pro Fall nach Kanton, 2020 und im Vergleich zu 2019

Kanton	GWL insgesamt			GWL pro Fall	
	2020	abs. Δ 2019	rel. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019
AG	23'492'540	+2'785'841	+13.5%	271.5	+43.7
AI	5'411'853	+1'557'437	+40.4%	7'283.8	+2'645.5
AR	8'731'746	-39'175'997	-81.8%	644.2	-2'717.5
BE*	214'670'168	+64'284'883	+42.7%	1'242.8	+416.2
BL	63'207'747	-26'479'061	-29.5%	2'223.5	-817.6
BS	208'665'619	+81'601'101	+64.2%	2'985.7	+1'167.9
FR*	99'035'107	+34'954'168	+54.5%	3'600.5	+1'384.5
GE*	342'567'847	+70'215'134	+25.8%	5'031.1	+1'237.7
GL	4'004'780	+55	+0.0%	948.3	+78.7
GR	79'124'215	+37'334'593	+89.3%	2'375.6	+1'165.1
JU	19'302'741	+8'384'654	+76.8%	2'544.2	+1'200.9
LU	57'270'213	+28'922'566	+102.0%	1'039.6	+554.6
NE*	81'658'698	+23'789'268	+41.1%	4'343.8	+1'371.5
NW	3'633'000	+203'000	+5.9%	713.9	+76.9
OW	9'815'145	+3'309'645	+50.9%	2'844.1	+962.3
SG	72'310'922	+27'993'174	+63.2%	953.4	+402.6
SH	25'937'527	+22'527'474	+660.6%	2'622.3	+2'294.8
SO	91'122'097	+47'250'888	+107.7%	2'909.5	+1'574.9
SZ*	4'481'489	+325'699	+7.8%	277.8	+27.0
TG	10'305'112	+2'393'013	+30.2%	333.3	+85.8
TI*	21'864'148	+3'726'060	+20.5%	421.0	+111.8
UR	6'673'000	+858'000	+14.8%	1'832.7	+339.8
VD	556'345'202	+100'800'396	+22.1%	5'216.4	+1'254.3
VS	41'554'034	+35'281'509	+562.5%	1'148.3	+985.4
ZG*	1'054'781	+28'864	+2.8%	71.0	+3.2
ZH*	382'431'983	+37'491'524	+10.9%	1'676.1	+243.2
CH	2'434'671'714	+570'363'888	+30.6%	2'028.0	+555.6

Anmerkungen: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. *Das HUG in Genf weist den Kantonsanteil in der DRG-Vergütung fälschlicherweise den Subventionen und Beiträgen zu. Wir korrigierten daher beim HUG die GWL anhand des vereinbarten Budgets zwischen dem Kanton Genf und dem Leistungserbringer.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Da gemeinwirtschaftliche Leistungen als Subventionen an die Institution und deren Infrastruktur gezahlt und nicht fallspezifisch vergütet werden, ist eine Analyse der GWL-Zahlungen pro Bett interessant. Das Ausweisen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen pro Bett bringt den weiteren Vorteil mit sich, dass die Grösse unabhängig von



der Auslastung der Spitäler berechnet werden kann. Tabelle 14 zeigt die mittleren GWL-Zahlungen pro Kanton und Trägerschaft. Die Zahlen nach Trägerschaft können nur für jene Kantone ausgewiesen werden, in denen mindestens ein Spital dieser Kategorie operativ tätig ist.

Bei den Privatspitälern zeigen sich beim Kanton Solothurn überdurchschnittlich hohe Zahlungen pro Bett. Grund dafür ist die Pallas Kliniken AG, welche im Jahr 2020 eine Defizitdeckung über 6.4 Mio. Franken verbucht hat. Bereits im Vorjahr wies das Spital eine Defizitdeckung von 3.3 Mio. Franken aus.

Tabelle 14: GWL in Franken pro Akutbett, nach Trägerschaft und Kanton, 2020

Kanton	PRIV	SUBV	OEFF	Total
AG	1'403	18'670		16'563
AI			300'659	300'659
AR	1'088		84'486	42'195
BE	62'268	79'674		74'999
BL	26'815		144'344	114'629
BS	58'367		203'536	155'250
FR			225'185	178'127
GE	13'731		301'790	217'181
GL		48'383		48'383
GR	53'686	159'761	210'689	157'283
JU			122'947	122'171
LU	135'212		25'845	56'199
NE	7'875		269'860	215'068
NW			52'042	50'080
OW			200'858	200'858
SG	1'510	182'643	43'852	47'294
SH			137'612	119'813
SO	146'482	169'673		167'774
SZ	16'049	18'928		18'169
TG	5'688	19'869		18'315
TI	24'416		11'891	16'600
UR			131'202	131'202
VD	21'646	114'098	479'458	236'986
VS	4'958		68'585	61'173
ZG		7'032		5'120
ZH	27'703	75'618	120'018	90'514
CH	36'724	77'528	160'277	107'149

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

Bei den subventionierten Kliniken sticht der Kanton St. Gallen heraus; mit über 182'000 Franken pro Bett sind die GWL-Zahlungen bei den subventionierten Kliniken in diesem Kanton am höchsten. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Kantonen existieren aber bei den öffentlichen Institutionen. Stark überdurchschnittliche GWL-Zahlungen pro Bett werden in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden, Freiburg, Jura, Neuenburg und Waadt verzeichnet. Letzterer sticht dabei deutlich hervor. Im schweizweiten Durchschnitt wurden im Jahr 2020 pro Akutbett schätzungsweise 107'000 Franken an GWL gezahlt.

Das Ausmass der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen ist nicht nur von der Trägerschaft abhängig, sondern gleichzeitig stark an den Typ eines Spitals gebunden (vgl. Tabelle 15). So flossen im Jahr 2020 rund die Hälfte der gemeinwirtschaftlichen Leistungen an die fünf Universitätsspitäler. In absoluten Zahlen ausgedrückt

waren dies schätzungsweise 1.2 Mrd. Franken. Die übrigen Gelder wurden primär an grosse Zentrumsspitäler gezahlt (33.7%) und zu kleineren Teilen an die verschiedenen Kinderspitäler (3.6%). Diese drei Spitaltypen vereinten 87 Prozent der gesamten GWL-Zahlungen auf sich. Pro Akutbett ausgedrückt stehen nebst den Universitätsspitalern mit 216'000 Franken vor allem die Kinderspitäler heraus. Diese Institutionen werden durchschnittlich mit 258'000 Franken pro Bett subventioniert. Sowohl bei den Kinderspitälern wie auch bei den universitären Kliniken fliesst ein Grossteil der finanziellen Mittel in die universitäre Lehre und Forschung.

Tabelle 15: GWL in Franken und pro Akutbett, nach Spitaltyp gemäss BFS, 2020

Spitaltyp	GWL in CHF	In %	GWL pro Bett
Universitätsspitäler (Niveau 1)	1'203'372'761	49.4%	265'030
Zentrumsversorger (Niveau 2)	819'357'768	33.7%	68'858
Grundversorger (Niveau 3)	84'694'374	3.5%	41'029
Grundversorger (Niveau 4)	81'253'087	3.3%	47'839
Grundversorger (Niveau 5)	40'408'335	1.7%	91'955
Spezialklinik Pädiatrie	88'472'251	3.6%	258'511
Übrige	117'113'138	4.8%	67'378
Insgesamt	2'434'671'714	100.0%	107'149

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020); Angaben der Kantone. Berechnung: Universität Basel.

3.2 Untersuchung der Basisfallwerte auf Spitalebene

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

Während das Tarifsysteem SwissDRG die relativen Kostengewichte für jede einzelne DRG landesweit einheitlich festlegt, wird der sogenannte Basisfallwert zwischen Versicherern und Spitalern einzeln ausgehandelt.¹¹ Konkret gibt es auf Spitalebene je nach Standortkanton bis zu drei unterschiedliche Basisfallwerte, die von Einkaufsgesellschaften für die Versicherer mit den einzelnen Spitalern verhandelt werden. Können sich die Vertragspartner über diesen Preis nicht einigen, legt ihn der Kanton in erster Instanz fest. Dagegen können die Parteien beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) Einspruch einlegen. Letzte Instanz ist somit das BVGer, das aber faktisch den Kantonen grossen Gestaltungsspielraum lässt.

Die Entwicklung der Basisfallwerte nach Trägerschaft zwischen 2013 und 2020 ist in Tabelle 16 aufgezeigt. Dabei wurden die auf Spitalebene publizierten Basisfallwerte der Einkaufsgemeinschaften zunächst zu einem ungewichteten Wert gemittelt. Bei der Berechnung des durchschnittlichen Basisfallwerts von Spitalern gleicher Trägerschaft wurde dagegen die unterschiedliche Fallzahl der Spitäler berücksichtigt. Es handelt sich demnach um gewichtete durchschnittliche Basisfallwerte. Aktuell liegt der durchschnittliche Basisfallwert der privaten Kliniken um 531 Franken unterhalb jenem der öffentlichen und um 249 Franken unter jenem der subventionierten Spitäler.

Die Differenz im Basisfallwert der öffentlichen Spitäler zu den privaten Spitalern hatte sich vorübergehend etwas vergrössert. Inzwischen ist aber eine, wenn auch nur leichte Tendenz hin zu einer Angleichung zwischen den Trä-

¹¹ Die Vergütung für die Behandlung eines individuellen Patienten bemisst sich aus dem Produkt von Basisfallwert und dem Bewertungsgewicht der dem Patienten zugeordneten DRG.



gerschaften zu beobachten; über den gesamten Beobachtungszeitraum gesehen sind die Basisfallwerte der privaten und subventionierten Spitäler in etwa konstant geblieben, während jene der öffentlichen Institutionen um 0.8 Prozent zurückgegangen sind. Der gewichtete Durchschnitt des Basisfallwerts betrug im Jahr 2020 schweizweit 9'821 Franken.

Tabelle 16: Entwicklung der Basisfallwerte in Franken zwischen 2013 und 2020 nach Trägerschaft

Trägerschaft	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	rel. Δ 2019
PRIV	9'584	9'512	9'452	9'461	9'488	9'457	9'482	9'488	+0.07%
SUBV	10'084	9'966	9'918	9'928	9'917	9'913	9'737	9'737	+0.01%
OEFF	10'162	10'095	10'050	10'139	10'128	10'106	10'099	10'019	-0.80%
Total	10'022	9'930	9'880	9'924	9'923	9'914	9'856	9'821	-0.35%
<i>Diff. PRIV zu OEFF</i>	-5.68%	-5.78%	-5.96%	-6.68%	-6.32%	-6.42%	-6.12%	-5.30%	
<i>Diff. PRIV zu SUBV</i>	-4.95%	-4.56%	-4.71%	-4.70%	-4.32%	-4.60%	-2.62%	-2.56%	

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2020); Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK (2013-2017) und tarifsuisse (2013-2020).

Berechnung: Universität Basel.

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

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

Die Schätzkoeffizienten β_1 bezeichnen den Unterschied zwischen den Trägerschaften im Ausgangsjahr 2013, der Koeffizient β_2 die etwaigen Differenzen zwischen den Spitaltypen. Da wir sämtliche Daten der Jahre 2013 bis 2020 betrachten, berücksichtigen wir, dass sich die Basisfallwerte und die Diskrepanzen zwischen den Trägerschaften bzw. Spitaltypen über die Zeit ändern können. Diese fixen Jahres- und Interaktionseffekte werden anhand der Parameter β_3 , β_4 und β_5 modelliert. Zusätzlich wird ein potenzieller Effekt des Casemix-Index (CMI) berücksichtigt (β_6).¹² Das Regressionsmodell wird komplettiert durch einen zufälligen, spitalspezifischen Effekt u_i . Diese Variable fängt zufällige, spitalindividuelle Effekte auf, die über die Zeit hinweg stabil sind und nicht durch die Trägerschaft oder den Spitaltypen erklärt werden können. ε_{it} steht für den Einfluss möglicher weiterer, jedoch nicht beobachtbarer Variablen auf den Basisfallwert eines Spitals.

In die Schätzungen fließen die Angaben von 158 Einrichtungen über den Zeitraum 2013 bis 2020 ein.¹³ Über die Betrachtungsperiode von mittlerweile acht Jahren hinweg ergeben sich insgesamt 1140 Beobachtungen. Da es während des Untersuchungszeitraums zahlreiche Zu- und Weggänge bei den Spitälern gab, fehlen insgesamt 124 Beobachtungen. Der Basisfallwert variiert zwischen 8500 und 10'870 Franken, bei einem Mittelwert von 9571 Franken.¹⁴ 31.3 Prozent der Einrichtungen in unserer Stichprobe sind subventioniert und 23.1 Prozent öffentlich-rechtlich verfasst. Bei fünf handelt es sich um Universitätskliniken, bei dreien um Kinderspitäler und bei 13 um

¹² Der CMI sollte für die Festlegung der Basisfallwerte keine Rolle spielen ($\beta_6 = 0$). Da der CMI den mittleren Schweregrad der Fälle in einem Spital nur unvollständig erfasst, kann es aber sein, dass dieser bei den Verhandlungen trotzdem eine Rolle spielt. Wie die Resultate aber zeigen, ist der Einfluss des CMI auf den Basisfallwert zumindest nicht signifikant ($p > 0.05$).

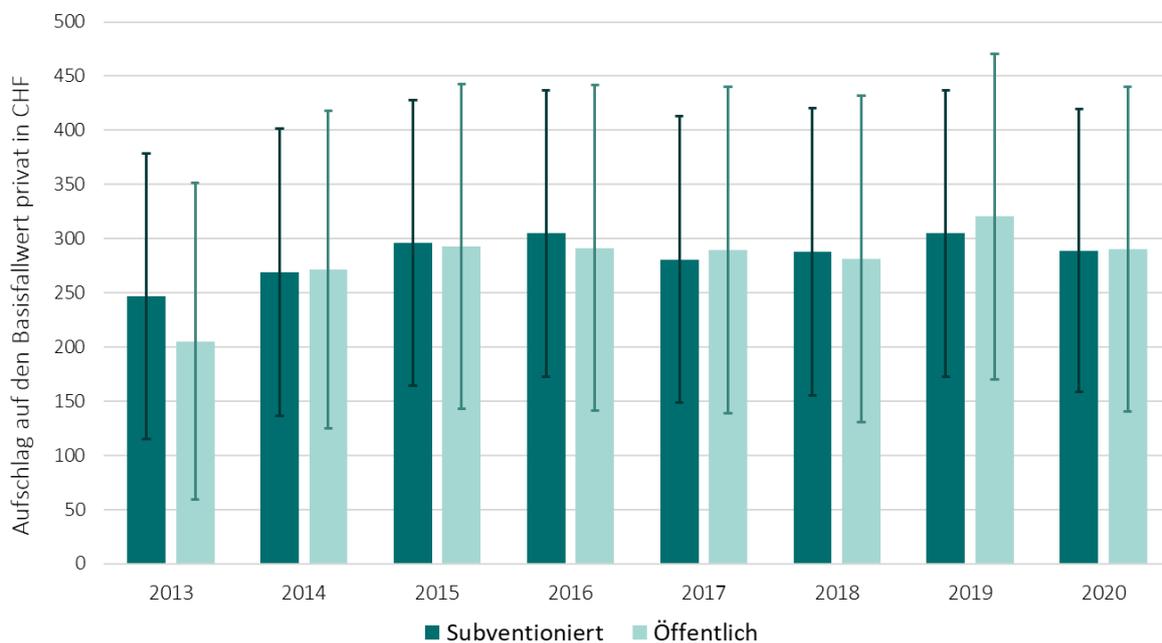
¹³ Die CMI-Werte sind nicht für alle Spitäler verfügbar. Für die Regression können nur jene Beobachtungen berücksichtigt werden, für welche alle Variablen zur Verfügung stehen.

¹⁴ Dieser Wert unterscheidet sich aus zwei Gründen von den Angaben in Tabelle 18. Einerseits sind die Werte nicht gewichtet, andererseits werden lediglich jene Spitäler berücksichtigt, welche einen CMI ausweisen.

Geburtshäuser. Der durchschnittliche Schweregrad des in einer Einrichtung behandelten Patienten (CMI) variiert zwischen 0.36 und 1.65.

Abbildung 5 zeigt die Schätzergebnisse für die Aufschläge auf die Basisfallwerte nach Trägerschaft und Jahr. Die Balken bilden jeweils den geschätzten Wert ab, während die vertikalen Linien das 95%-Konfidenzintervall beschreiben. Alle insgesamt 16 geschätzten Effekte sind signifikant von null verschieden. Der Fehlerbereich ist allerdings relativ gross; bspw. beträgt der geschätzte Aufschlag für subventionierte Spitäler im Jahr 2016 rund 305 Franken, wobei der wahre Effekt mit grosser Wahrscheinlichkeit zwischen 172 und 437 liegt. Wie ein Vergleich über die Jahre zeigt, nahm der Aufschlag auf den Basisfallwert zwischen 2013 und 2015 zu und blieb fortan relativ stabil. Seither beträgt der Aufschlag der öffentlichen und subventionierten Spitäler jeweils zwischen rund 250 und 300 Franken.

Abbildung 5: Schätzer der Trägerschaftseffekte inkl. 95-Konfidenzintervall, 2013-2020



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2020), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.
Berechnung: Universität Basel.

Es zeigt sich, dass Universitätskliniken und Kinderspitäler höhere Tarife lösen als andere Akutspitäler, was aufgrund der politischen Kostendiskussion wenig überrascht. Die Preisunterschiede belaufen sich für Universitätskliniken bzw. Kinderspitäler für das Jahr 2020 auf 607 Franken bzw. 772 Franken. Dieser Aufschlag hat sich jedoch über die vergangenen Jahre abgeschwächt. Bei den Kinderspitälern war der Rückgang massiv; von 2150 Franken im Jahr 2013 hat sich der Aufschlag zunächst auf 1350 Franken im Jahr 2017 reduziert, bevor er dann im Jahr 2020 bei rund 770 Franken zu liegen kam. Die Geburtshäuser auf der anderen Seite waren anfänglich mit einem Abschlag auf den Basisfallwert von rund 240 Franken konfrontiert. Seit dem Jahr 2018 ist allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen den Geburtshäusern und den nicht- universitären Akutspitalern auszumachen. Letztlich kann das Modell keinen signifikant positiven Einfluss des Casemix-Index feststellen.¹⁵

Auf der Grundlage dieser Schätzungen kann das Sparpotenzial bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen für den Fall berechnet werden, dass deren Basisfallwert auf das Niveau der Privaten zurückkäme. Hierzu wird für jedes einzelne öffentliche und subventionierte Spital und individuell nach Jahr dessen Basisfallwert geschätzt, wenn es privat wäre. Zu diesem Zweck werden die Koeffizienten β_1 und β_4 verwendet. Sodann werden

¹⁵ Ein positiver Zusammenhang könnte beispielsweise dann entstehen, wenn die Höhe des CMI in die Vereinbarungen mit den Tarifpartnern miteinfliesst.



die Erträge berechnet, die ein Spital beim geschätzten Basisfallwert erreichen würde. Diese wiederum ergeben sich als Produkt der Anzahl Fälle, des CMI und des geschätzten Aufschlags auf den Basisfallwert. Schliesslich werden auf Kantonsebene die geschätzten Mehrerträge der Spitäler aufsummiert.

Tabelle 17 zeigt das Ergebnis dieser Berechnungen. Demnach belaufen sich die Subventionen der öffentlichen und subventionierten Spitäler aufgrund erhöhter Basisfallwerte im Vergleich zu privaten Kliniken landesweit auf 288 Mio. Franken. Dies entspricht im Vergleich zum Jahr 2013 einem Rückgang von 53 Mio. Franken (-15.5%). Dieser Rückgang hat einerseits mit dem etwas tieferen Aufschlag gemäss Regressionsmodell zu tun, andererseits mit der gesunkenen Fallzahl im Jahr 2020; aufgrund der Covid-19-Pandemie hat sich die Fallzahl bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern im Datensatz um 6.7% reduziert.

Tabelle 17: Subventionen in Franken durch höhere Basisfallwerte, insgesamt und pro Fall, 2020 und im Vergleich zu 2019

Kanton	absolut			Pro Fall	
	2020	abs. Δ 2019	rel. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019
AG	20'637'773	-4'441'197	-17.7%	238.5	-37.4
AI	164'039	-55'671	-25.3%	220.8	-43.6
AR	1'456'740	-274'051	-15.8%	107.5	-14.0
BE	37'967'053	-7'889'255	-17.2%	219.8	-32.2
BL	5'604'346	-995'241	-15.1%	197.1	-26.6
BS	15'743'634	-2'639'261	-14.4%	225.3	-37.7
FR	5'918'988	-529'019	-8.2%	215.2	-7.8
GE	16'546'510	-3'106'775	-15.8%	243.0	-30.7
GL	1'190'409	-319'387	-21.2%	281.9	-46.0
GR	8'094'873	-1'494'120	-15.6%	243.0	-34.7
JU	1'878'620	-232'926	-11.0%	247.6	-12.2
LU	13'167'510	-1'951'207	-12.9%	239.0	-19.6
NE	4'499'333	-298'400	-6.2%	239.3	-7.1
NW	1'264'720	-198'442	-13.6%	248.5	-23.2
OW	811'383	-113'769	-12.3%	235.1	-32.5
SG	19'504'097	-3'511'985	-15.3%	257.2	-28.9
SH	2'453'228	-348'199	-12.4%	248.0	-21.0
SO	7'983'262	-1'635'466	-17.0%	254.9	-37.7
SZ	3'164'340	-1'426'546	-31.1%	196.1	-80.9
TG	7'301'458	-1'149'315	-13.6%	236.2	-28.2
TI	11'026'759	-2'166'812	-16.4%	212.3	-12.6
UR	918'693	-186'468	-16.9%	252.3	-31.4
VD	29'306'497	-5'198'248	-15.1%	274.8	-24.5
VS	9'852'175	-1'663'032	-14.4%	272.2	-26.7
ZG	2'448'029	-393'009	-13.8%	164.8	-22.9
ZH	59'229'460	-10'729'686	-15.3%	259.6	-31.0
CH	288'133'932	-52'947'485	-15.5%	240.0	-29.3

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020), Angaben der Einkaufsgemeinschaften HSK und tarifsuisse.

Berechnung: Universität Basel.

Pro Fall belaufen sich diese Subventionen 2020 zwischen 107.5 Franken in Appenzell-Ausserrhoden und 281.9 Franken im Kanton Glarus. Der Rückgang bei den geschätzten Mehrerträgen ist zwar bei allen Kantonen zu beobachten, fällt allerdings unterschiedlich stark aus. Der Grund dafür liegt vermutlich darin, dass die Fallzahlen während des Covid-19-Jahres 2020 nicht in allen Kantonen gleich stark zurückgegangen sind.

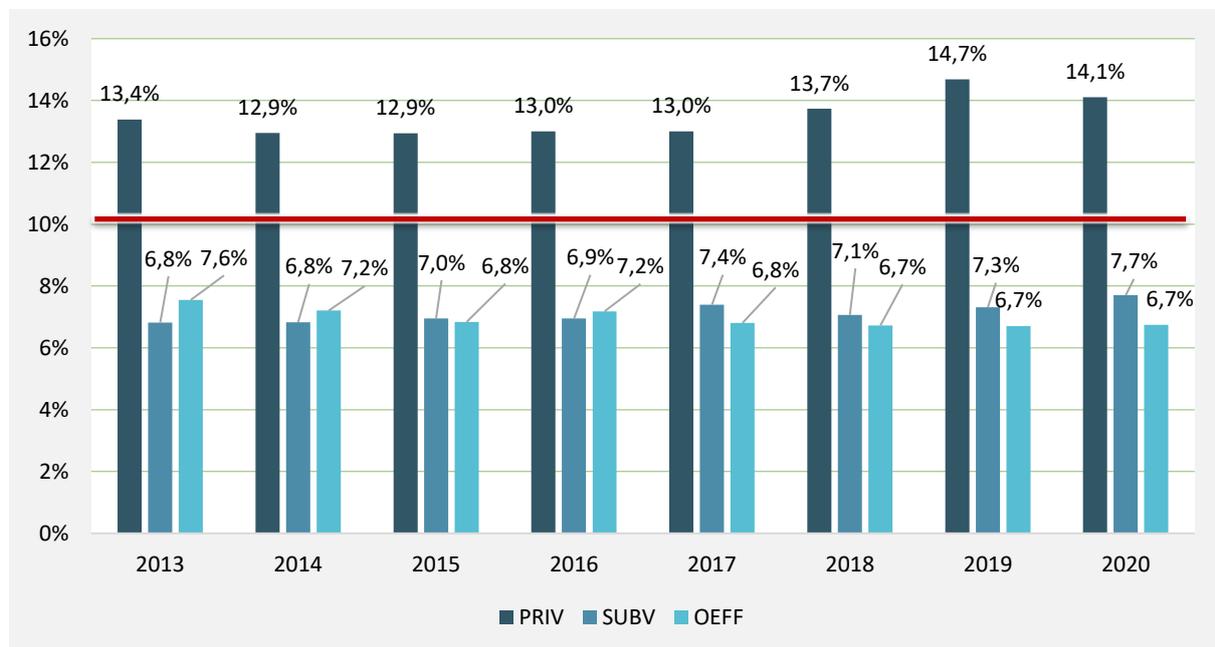
Diese Subventionen stellen Deckungsbeiträge aus den OKP-Erträgen der öffentlichen und subventionierten Spitäler an die Kosten der Leistungserbringung dar. Ob sie verwendet wurden, um die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren oder eine möglicherweise ineffiziente Produktion von akutstationären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

3.3 Verdeckte Subventionen bei der Investitionsfinanzierung

Der Kostenanteil für die Anlagenutzung (Abschreibungen, Mieten und Zinsen) beträgt 2020 bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern 6.7 bzw. 7.7 Prozent und bei den Privatkliniken 14.1 Prozent. Im Vergleich zu 2013 hat sich an diesem Bild wenig geändert (vgl. Abbildung 6). Die privaten Kliniken weisen konstant eine rund 6 Prozentpunkte höhere Investitionsquote aus. Der Wert von 14.1 Prozent entspricht dem zweithöchsten Stand über die gesamte Beobachtungszeit. Trotz neuer Spitalfinanzierung hat sich die ausgewiesene Investitionsquote bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern nicht erhöht. Sie ist noch immer weit von der in den SwissDRG-Pauschalen 2012 festgehaltenen Quote von 10 Prozent entfernt (vgl. rote Linie).

Die vorliegenden Zahlen lassen aber darauf schliessen, dass die vereinbarten Mietkosten zu niedrig angesetzt werden und nicht die effektiven Investitionskosten widerspiegeln. Die beträchtliche Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand und die gleichzeitig niedrige Investitionsquote bei den öffentlichen Spitälern lassen vermuten, dass ein wesentlicher Teil der verursachten Kosten vom Kanton getragen wird.¹⁶ Bei vermieteten Liegenschaften hiesse dies, dass sich die Mietpreise unterhalb des Marktniveaus befinden und für den Kanton somit Opportunitätskosten entstehen. Spricht der Kanton beim Bau von Spitalimmobilien kostengünstige bzw. zinslose Kredite oder geht er eine Bürgschaft ein, verlagert sich das Ausfallrisiko auf die öffentliche Hand. Unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung trägt der Steuerzahler am Ende die finanzielle Last der kantonalen Investitionspolitik.

Abbildung 6: Investitionsquoten nach Trägerschaft, 2013-2020



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2020). Darstellung und Berechnung: Universität Basel.

Um die verdeckten Subventionen abzuschätzen, werden die Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für den Fall berechnet, dass deren Investitionsniveau 10 Prozent der akutstationären Erträge beträgt. Dieses Niveau entspricht dem durchschnittlichen Anteil der Investitionskosten bei der Vollkostenerhebung

¹⁶ Diese Praxis untergräbt die Absicht der neuen Spitalfinanzierung. Diese hält fest, dass die Anlagenutzung Teil der Fallpauschale sein soll und so in einem fixen Verhältnis zwischen den Kantonen und Krankenversicherern aufgeteilt wird.



gemäss SwissDRG. Weist ein Spital bereits eine Investitionsquote grösser als 10 Prozent auf, so gilt es als nicht subventioniert. Im anderen Fall berechnet sich die Subventionsrate als Differenz zwischen 10 Prozent und der tatsächlichen Investitionsquote eines Spitals.¹⁷ Die Subvention schliesslich entspricht der Rate, multipliziert mit den Gesamtkosten.

Die verdeckten Investitionskosten summieren sich landesweit auf rund 346.2 Mio. Franken (vgl. Tabelle 18). Dies entspricht 3.2 Prozent der Gesamtkosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler für akutstationäre Behandlungen. Im Vergleich zu 2019 sind die verdeckten Investitionskosten landesweit um 31.5 Mio. Franken zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang von 8.4 Prozent. Zwischen den Kantonen sind die Unterschiede wiederum gross. Die höchsten Subventionen werden mit rund 56 Mio. Franken im Kanton Waadt gezahlt. Pro Fall variieren die verdeckten Investitionskosten ebenfalls beträchtlich. Sie sind im Kanton Genf mit 664 Franken am höchsten, obschon der Kanton im Vergleich mit 2019 einen markanten Rückgang verzeichnete. 11 Kantone weisen verdeckte Investitionshilfen von über 300 Franken pro Fall auf.

Tabelle 18: Nicht ausgewiesene Investitionskosten der öffentlichen und subventionierten Spitäler in der stationären Akutpflege (in Franken)

	absolut			Pro Fall	
	2020	abs. Δ 2019	rel. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019
AG	26'223'135	+727'762	+2.9%	303.0	+22.5
AI	312'248	+67'617	+27.6%	420.3	+125.9
AR	1'929'901	+1'929'901	-	142.4	+142.4
BE	38'261'048	-4'113'221	-9.7%	221.5	-11.4
BL	7'309'154	+7'309'154	-	257.1	+257.1
BS	11'719'679	+1'979'646	+20.3%	167.7	+28.3
FR	11'626'131	+1'142'938	+10.9%	422.7	+60.2
GE	45'210'261	-8'231'755	-15.4%	664.0	-80.4
GL	1'741'789	+301'489	+20.9%	412.5	+99.7
GR	3'038'705	-2'280'493	-42.9%	91.2	-62.8
JU	3'649'865	+78'093	+2.2%	481.1	+41.6
LU	11'557'241	-344'165	-2.9%	209.8	+6.2
NE	5'200'725	+246'826	+5.0%	276.6	+22.2
NW	1'434'109	+160'133	+12.6%	281.8	+45.2
OW	315'415	-16'024	-4.8%	91.4	-4.5
SG	18'795'722	-4'081'178	-17.8%	247.8	-36.5
SH	2'970'406	+563'895	+23.4%	300.3	+69.2
SO	11'066'940	-1'372'622	-11.0%	353.4	-25.1
SZ	4'436'979	+54'933	+1.3%	275.0	+10.6
TG	0	-848'995	-100.0%	0.0	-26.6
TI	12'200'670	-5'947'077	-32.8%	235.0	-74.5
UR	1'396'427	+524'855	+60.2%	383.5	+159.8
VD	56'005'010	-9'947'444	-15.1%	525.1	-46.9
VS	16'957'718	-923'468	-5.2%	468.6	+4.5
ZG	3'339'315	+217'132	+7.0%	224.8	+18.6
ZH	49'451'686	-8'809'236	-15.1%	216.7	-25.3
CH	346'150'279	-31'611'306	-8.4%	288.3	-9.9

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

¹⁷ Beträgt die effektive Investitionsquote bspw. 7.5%, so ergibt sich eine Subventionsrate von 2.5% (= 10% - 7.5%).

Auffällig, aber nicht überraschend, ist schliesslich die starke Variation der Veränderung zwischen 2019 und 2020. Während die verdeckten Investitionskosten in 12 Kantonen abgenommen haben, sind sie in 14 Kantonen innerhalb eines Jahres gestiegen. Die Spitäler im Kanton Thurgau verzeichnen im Berichtsjahr keine Investitionskosten; dies kann so erklärt werden, dass die Spital Thurgau AG im Jahr 2020 eine Investitionsrate von knapp über 10 Prozent aufweist. Eine markante Zunahme hat der Kanton Basel-Landschaft zu verzeichnen; Grund dafür ist eine Wertberichtigung beim Kantonsspital Baselland (KSBL) im Jahr 2019, die die Investitionsquote massiv nach oben getrieben hat.

3.4 Die Subventionen insgesamt

In diesem Abschnitt sollen nun die einzelnen Komponenten der Subventionen zusammengetragen und aufsummiert werden. Aus Abschnitt 3.1 stehen die Subventionen zur Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) zur Verfügung. Sie summieren sich im Jahr 2020 landesweit auf 2.43 Mrd. Franken. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler mit 1.69 Mrd. Franken oder 69.3 Prozent den grössten Anteil. Die subventionierten Spitäler werden mit 567.9 Mio. Franken bezuschusst (23.3%), während die privaten Kliniken 178.6 Mio. Franken (7.3%) beziehen (vgl. Tabelle 19). Bei den Privatkliniken ist dieser Wert primär mit dem Instrument der Defizitdeckung durch die privaten Eigentümer zu erklären. Diese belief sich im Jahr 2020 schweizweit auf 115 Mio. Franken. Gemäss KZSS 2020 fiel die Defizitdeckung bei der privaten Hirslanden Bern AG mit rund 33 Mio. Franken am höchsten aus.

Über die höheren Basisfallwerte, berechnet in Abschnitt 3.2, fliessen landesweit zusätzlich 288 Mio. Franken an die öffentlichen und subventionierten Spitäler. Davon erhalten die öffentlichen Spitäler 59 Prozent, die subventionierten 41 Prozent und die privaten annahmegemäss null. Bei den verdeckten Investitionshilfen belaufen sich die Subventionen auf 346.2 Mio. Franken und teilen sich im Verhältnis 66 Prozent zu 34 Prozent auf öffentliche und subventionierte Spitäler auf. Nach diesen Berechnungen summieren sich die Subventionen über alle drei Bereiche auf 3.07 Mrd. Franken. 2.09 Mrd. Franken oder 67.9 Prozent der Gesamtsumme fliessen an öffentliche Spitäler, 805.3 Mio. Franken oder 26.2 Prozent an subventionierte Einrichtungen und 178.6 Mio. Franken oder 5.8 Prozent an private Kliniken.

Tabelle 19: Übersicht der Subventionen, 2020

Jahr 2020	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
Total (in Mio. CHF)				
GWL	178.6	567.9	1'688.1	2'434.7
Basisfallwert	0	119.3	168.8	288.1
Investitionen	0	118.0	228.1	346.2
Total	178.6	805.3	2'085.0	3'069.0
Pro Fall (in CHF)				
GWL	649.0	1'351.7	3'341.7	2'028.0
Basisfallwert	0	284.0	334.2	240.0
Investitionen	0	280.9	451.6	288.3
Total	649.0	1'916.6	4'127.4	2'556.3
Pro Akutbett (in CHF)				
GWL	36'724.2	77'527.6	160'277.1	107'149.1
Basisfallwert	0	16'289.8	16'027.1	12'680.7
Investitionen	0	16'112.7	21'658.6	15'234.0
Total	36'724.2	109'930.2	197'962.9	135'063.7

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Berechnung: Universität Basel.

Tabelle 19 weist zusätzlich die gesamten Subventionsbeträge pro Fall und pro Akutbett aus. Landesweit machen die Zuschüsse 2'556 Franken pro Fall aus. Bei einem durchschnittlichen Basisfallwert von rund 9'900 Franken sind dies zusätzliche Erträge von etwa 26 Prozent. Bei den öffentlichen Einrichtungen belaufen sich die Subventionen



auf 4'127 Franken pro Fall; somit ergeben sich rund 40 Prozent zusätzliche Erträge über die SwissDRG-Vergütung hinaus. Bei den subventionierten Einrichtungen betragen die Zuschüsse 1'917 Franken pro Fall; hier resultieren somit rund 19 Prozent zusätzliche Erträge pro behandelten Patienten. Bei den privaten Kliniken betragen die Subventionen 649 Franken pro Fall und generieren damit zusätzliche Erträge von rund 6.5 Prozent über die SwissDRG-Vergütung hinaus.

Bezogen auf ein Akutbett belaufen sich die Subventionen landesweit im Durchschnitt auf 135'000 Franken pro Jahr. Bei den öffentlichen Spitälern beträgt dieser Wert 198'000 Franken, bei den subventionierten 110'000 Franken und bei den privaten Kliniken 37'000 Franken.

Nachfolgend werden die Veränderungen seit 2019 genauer beleuchtet (vgl. Tabelle 20). Insgesamt haben die Subventionen im Jahresvergleich um 486 Mio. Franken oder 18.8 Prozent zugenommen; dieser Effekt wird ausschliesslich von den substanziiell höheren Zahlungen für GWL getrieben. Im selben Zeitraum war beim überhöhten Basisfallwert (-15.5 %) und den Investitionsbeiträgen (-8.4 %) ein Rückgang zu beobachten.

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen hat es Verschiebungen nach Trägerschaft gegeben. Auf niedrigem Niveau hat die Abgeltung von GWL (insb. Defizitdeckung) bei privaten Kliniken um 63.5 Mio. Franken auf 178.6 Mio. Franken zugenommen. Bei den subventionierten Spitälern ist ein starker Anstieg um 222 Mio. Franken auf 567.9 Mio. Franken zu verzeichnen. Ein wesentlicher Teil dieses Anstiegs ist auf die Solothurner Spitäler AG zurückzuführen. Gemäss KZSS haben die Erträge aus GWL beim Solothurner Kantonsspital allein zwischen 2019 und 2020 um rund 44 Mio. Franken zugenommen. Bei den subventionierten Einrichtungen hat der Umfang der Abgeltungen von GWL in der Berichtszeit ebenfalls zugenommen; prozentual gesehen ist der Anstieg aber weniger deutlich (+13.0 %).

Tabelle 20: Änderung der Subventionen in Franken 2020/2019, gesamt und pro Fall nach Trägerschaft

2020/2019	PRIV		SUBV		OEFF		TOTAL	
Gesamt	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
GWL	+63'503'757	+55.2%	+221'874'641	+64.1%	+284'985'490	+20.3%	+570'363'888	+30.6%
Basisfallwert			-24'107'774	-16.8%	-28'839'711	-14.6%	-52'947'485	-15.5%
Investitionen			-14'797'792	-11.1%	-16'813'514	-6.9%	-31'611'306	-8.4%
Total	+63'503'757	+55.2%	+182'969'075	+29.4%	+239'332'265	+13.0%	+485'805'097	+18.8%
Pro Fall	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ	abs. Δ	rel. Δ
GWL	+234	+56.3%	+575	+74.0%	+760	+29.4%	+556	+37.7%
Basisfallwert			-38	-11.8%	-30	-8.1%	-29	-10.9%
Investitionen			-17	-5.8%	1	0.2%	-10	-3.4%
Total	+234	+56.3%	+520	+37.2%	+731	+21.5%	+516	+25.3%

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnung: Universität Basel.

Tabelle 21 weist die kantonalen Gesamtsubventionen für 2020 und im Vergleich zu 2019 aus. In der Waadt belaufen sich die Subventionen 2020 insgesamt auf 642 Mio. Franken. Das sind 6'016 Franken pro Fall und 1'181 Franken mehr gegenüber 2019. Der Anstieg kann grösstenteils mit den höheren Subventionszahlungen an das CHUV, die eHnv und das Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais erklärt werden. Die prozentual höchste Zunahme, die im Kanton Schaffhausen zu beobachten ist, ist ausschliesslich auf einen grossen Anstieg der GWL bei den Spitälern Schaffhausen zurückzuführen. Die Subventionen haben sich innert Jahresfrist von 3.7 auf 26.3 Mio. Franken erhöht.

Die niedrigsten Zuschüsse pro Fall verzeichnet mit 461 Franken der Kanton Zug, die höchsten Zuschüsse werden mit 7'925 Franken im Kanton Appenzell-Innerrhoden gemessen. Im Kanton Appenzell-Ausserrhoden haben sich die Gesamtsubventionen pro Fall um mehr als 75 Prozent reduziert. Beim markanten Rückgang handelt es sich um

einen Sondereffekt im Vorjahr, wobei die Hirslanden Klinik am Rosenberg eine einmalige Defizitdeckung in der Höhe von 46.5 Mio. Franken erhalten hat.

Tabelle 21: Gesamtsubventionen nach Kanton, 2020 und im Vergleich zu 2019

	Absolut			Pro Fall	
	2020	abs. Δ 2019	rel. Δ 2019	2020	abs. Δ 2019
AG	70'353'448	-927'594	-1.3%	813.0	+28.8
AI	5'888'140	+1'569'382	+36.3%	7'924.8	+2'727.8
AR	12'118'387	-37'520'148	-75.6%	894.0	-2'589.1
BE	290'898'269	+52'282'407	+21.9%	1'684.1	+372.5
BL	76'121'248	-20'165'148	-20.9%	2'677.8	-587.2
BS	236'128'932	+80'941'486	+52.2%	3'378.7	+1'158.5
FR	116'580'226	+35'568'087	+43.9%	4'238.4	+1'436.9
GE	404'324'618	+58'876'603	+17.0%	5'938.1	+1'126.6
GL	6'936'977	-17'844	-0.3%	1'642.7	+132.4
GR	90'257'794	+33'559'981	+59.2%	2'709.9	+1'067.5
JU	24'831'226	+8'229'821	+49.6%	3'272.9	+1'230.4
LU	81'994'965	+26'627'194	+48.1%	1'488.4	+541.2
NE	91'358'756	+23'737'694	+35.1%	4'859.8	+1'386.7
NW	6'331'828	+164'691	+2.7%	1'244.2	+99.0
OW	10'941'943	+3'179'852	+41.0%	3'170.7	+925.3
SG	110'610'741	+20'400'012	+22.6%	1'458.4	+337.2
SH	31'361'160	+22'743'170	+263.9%	3'170.7	+2'343.0
SO	110'172'299	+44'242'800	+67.1%	3'517.7	+1'512.2
SZ	12'082'808	-1'045'913	-8.0%	748.9	-43.2
TG	17'606'570	+394'703	+2.3%	569.5	+31.0
TI	45'091'578	-4'387'829	-8.9%	868.3	+24.7
UR	8'988'120	+1'196'387	+15.4%	2'468.6	+468.1
VD	641'656'709	+85'654'704	+15.4%	6'016.3	+1'180.5
VS	68'363'927	+32'695'009	+91.7%	1'889.1	+963.2
ZG	6'842'125	-147'013	-2.1%	460.7	-1.1
ZH	491'113'130	+17'952'603	+3.8%	2'152.5	+186.9
CH	3'068'955'925	485'805'097	+18.8%	2'556.3	+516.2

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2019/2020). Berechnungen: Universität Basel.

Die Subventionen sind in jenen Kantonen stärker angestiegen, die pro Fall bereits führend sind, so bspw. in Appenzell-Innerrhoden, Freiburg, Genf, Neuenburg und Waadt. Rückgängig waren die Subventionen hingegen in Basel-Stadt und Bern. Nebst dem Kanton Appenzell-Ausserrhoden waren die Gesamtsubventionen nur in den Kantonen Aargau, Basel-Landschaft, Glarus, Schwyz und Zug leicht bzw. moderat rückläufig.



Tabelle 22: OKP-Ertrag nach Kanton pro Fall (Fallgew. = 1.0), Preisniveau privat und Subventionsbeiträge, 2020

In Franken	OKP-Ertrag Preisniveau privat	Subventionsbeiträge			Bruttoertrag
		höhere Basisfallwerte	Investitionen	GWL	
AG	9'410	255	324	315	10'305
AI	9'137	343	652	11'300	21'432
AR	9'380	134	177	702	10'393
BE	9'544	215	212	1'211	11'181
BL	9'552	230	300	2'595	12'677
BS	9'505	280	208	2'832	12'825
FR	9'280	221	434	3'700	13'636
GE	10'136	252	689	5'152	16'230
GL	9'457	293	428	985	11'164
GR	9'413	291	109	2'785	12'598
JU	9'350	299	580	3'068	13'297
LU	9'526	232	204	689	10'651
NE	9'300	260	300	4'678	14'538
NW	9'273	310	351	890	10'824
OW	9'308	311	121	3'765	13'505
SG	9'494	274	261	953	10'982
SH	9'299	282	342	2'984	12'907
SO	9'330	275	381	2'910	12'895
SZ	9'530	242	340	346	10'458
TG	9'328	247	0	349	9'925
TI	9'136	220	243	322	9'921
UR	9'307	312	475	2'268	12'362
VD	9'898	257	551	5'241	15'946
VS	9'202	265	452	1'379	11'297
ZG	9'374	211	288	91	9'965
ZH	9'734	254	209	1'582	11'779
CH	9'573	248	298	2'014	12'132

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Berechnungen: Universität Basel.

Abschliessend beleuchtet Tabelle 22 die Gesamtsubventionen der Kantone noch aus einer weiteren Perspektive. Die erste Spalte zeigt die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau der privaten Spitäler.^{18,19} Mit 10'136 bzw. 9'898 Franken pro Fall (Fallgewicht = 1.0) sind die OKP-Erträge in Genf und Waadt am höchsten, mit 9'136 Franken im Tessin am niedrigsten. Der Aufschlag auf die Fallpauschalen-Erträge beim Preisniveau privat ist aufgrund der höheren Basisfallwerte von öffentlichen und subventionierten Einrichtungen mit 343 Franken in Appenzell-Innerrhoden am höchsten und mit 134 Franken in Appenzell-Ausserrhoden am niedrigsten. Die verdeckten Investitionshil-

¹⁸ Die Beträge verstehen sich pro stationären Fall im Kanton (Listenspitäler und Vertragsspitäler). Die Angaben zum Basisfallwert stehen nur für die Listenspitäler zur Verfügung. Somit wurde die Schätzung der Quersubventionierung nur für diese Spitäler vorgenommen. Die Summe der Basisfallwerte privates Niveau plus Subventionierung über den Basisfallwert entspricht daher nicht dem durchschnittlichen Basisfallwert im Kanton, sondern bewegt sich leicht darunter.

¹⁹ Allgemein entspricht das Preisniveau privat dem hypothetischen Preisniveau, welches vorherrschen würde, wenn die öffentlichen Anstalten keinen Preisaufschlag auf ihren Basisfallwert hätten. Das Preisniveau privat kann auch dann berechnet werden, wenn es in einem Kanton keine private Klinik gibt. Das private Preisniveau entspricht dort dem Preisniveau der öffentlichen Spitäler, unter der Annahme, dass der vom Modell geschätzte Aufschlag für öffentliche Spitäler wegfällt.

fen für öffentliche und subventionierte Spitäler sind mit 689 Franken, bezogen auf die Anzahl behandelter Patienten, in Genf am höchsten. Im Kanton Thurgau erreichte die Investitionsrate das private Niveau, so dass keine verdeckten Investitionen zu verzeichnen sind.

Die letzte Kolonne in Tabelle 22 weist für die einzelnen Kantone den Bruttoertrag pro behandelten Fall aus, einschliesslich der drei Subventionsbeiträge. Im Durchschnitt beläuft er sich landesweit auf 12'132 Franken. Mit 21'432 Franken ist der Bruttoertrag in Appenzell-Innerrhoden am höchsten, während die Kantone Tessin, Thurgau und Zug einen Bruttoertrag von unter 10'000 Franken ausweisen. Die Spanne der Bruttoerträge pro Fall beträgt 11'500 Franken (69 Prozent). Der vergleichsweise hohe Wert im Kanton Appenzell-Innerrhoden ist auf die GWL-Zahlungen an das Kantonale Spital Appenzell zurückzuführen. Das Spital verbuchte für das Jahr 2020 bei nur 743 Austritten einen Subventionsbeitrag von 5.4 Mio. Franken.



4. Schlussfolgerungen

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

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

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

Das zweite Instrument der Kantone bilden die **Subventionen**, auf welche in dieser Studie detailliert eingegangen wurde. Die Zahlen der vergangenen Jahre zeigen, dass die finanzielle Abgeltung aus den drei Quellen seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sogar zugenommen hat. Gleichzeitig fliesst nach wie vor ein überwiegender Teil dieser Beiträge – insgesamt rund 2.4 Mrd. Franken pro Jahr – ausschliesslich an öffentliche und subventionierte Spitäler.

Bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind insbesondere Beiträge für explizite Dienstleistungen wie Lehre und Forschung sowie Spezialaufgaben von den wenig spezifischen Zahlungen zu unterscheiden, die für die **Ausfinanzierung ungedeckter Kosten** gedacht sind. Bei den expliziten Dienstleistungen ist es zentral, dass die Spitäler die Kosten für diese Dienste korrekt ausweisen, um eine Quersubventionierung mit Geldern der OKP zu vermeiden. Die Datenlage in diesem Bereich verbessert sich zusehends, wenn auch langsam. Es besteht immer noch eine starke Heterogenität bezüglich Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Finanzierungsströme von den Kantonen zu den Spitälern.

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

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

Private Kliniken erbringen heute rund 20 Prozent der Pflēgetage im akutstationären Bereich. Viele davon sind fester Bestandteil der kantonalen Spitallisten und werden entsprechend auch durch die Kantone mitfinanziert. Gleich lange Spiesse zwischen den öffentlichen und privaten Anbieter stationärer Leistungen, wie es das KVG eigentlich fordert, gibt es trotz der neuen Spitalfinanzierung weiterhin nicht. Zum einen fordert Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG einen angemessenen Einbezug von privaten Trägerschaften in die Spitalplanung, und zum andern haben private Spitäler einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staates bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die empirischen Befunde sowie der tiefe Marktanteil der privaten Betreiber und deren beschränkter Zugang zu gemeinwirtschaftlichen Leistungen widersprechen den gesetzlichen Vorgaben. Längerfristig könnte ein Rückzug der Kantone aus der Rolle des Spitalbetreibers für eine Entspannung sorgen. Dieser Schritt findet heute jedoch noch keine Unterstützung – weder in der Politik noch bei der Bevölkerung.

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

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

Beim Basisfallwert könnte einzig ein funktionierender Wettbewerb garantieren, dass eine Quersubventionierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen mit OKP-Erträgen weitgehend entfällt. Das bedingt aber, dass sich auch öffentliche und subventionierte Spitäler zu gleichen Bedingungen im Markt bewähren müssen. Der absolute Aufschlag für öffentliche und subventionierte Spitäler von zwischen 250 und 300 Franken pro Fall weist hingegen auf eine **marktbeherrschende Stellung** dieser Einrichtungen hin. Dabei ist es der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers, dass sich die Spitaltarife an jenen Spitalern orientieren, welche die versicherte Leistung effizient und kostengünstig erbringen (Art. 49 Abs. 1 KVG). Daher spricht denkbar wenig dafür, dass sich die Spitaltarife innerhalb eines Kantons (oder einer Region) wesentlich unterscheiden. Einen Sonderfall bilden lediglich die Universitäts- und Kinderspitäler. Das heutige Vergütungssystem ist aber noch nicht vollständig in der Lage, die spezielle Leistungsstruktur dieser Institutionen und die daraus resultierenden Mehrkosten genügend abzubilden. Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich, sondern auch für spitalambulante Leistungen.



5. Covid-19-Hilfen für Spitäler: Update 2022

5.1 Hintergrund

Im Verlauf der ersten Covid-19-Welle im Frühjahr 2020 erliess der Bundesrat per Notrecht zahlreiche Einschränkungen, um die Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 einzudämmen. Nebst jenen Massnahmen, die auf die Durchbrechung der Infektionskette zielten, bestand ein anderer Teil der Strategie darin, die Kapazitäten im Gesundheitswesen zur Behandlung von Covid-19-Erkrankungen zu erhöhen. Damit wollte man einer Überlastung der Spitäler zuvorkommen. In der COV-19-Verordnung des Bundes vom 16. März 2020 beschloss der Bundesrat u.a. Folgendes:

Art. 10a Pflichten der Gesundheitseinrichtungen

¹ Die Kantone können private Spitäler und Kliniken verpflichten, ihre Kapazitäten für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

² Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und Zahnarztpraxen müssen auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten.

Durch die Einschränkung bei der Leistungserbringung rechneten die Spitäler bereits im Frühjahr 2020 mit deutlichen Einnahmeausfällen. Nicht zuletzt deshalb, weil davon auszugehen war, dass Patienten nicht dringliche operative Eingriffe verschieben werden, um sich nicht dem Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion im Spital auszusetzen. Im Zeitraum vom 17. März bis zum 26. April 2020 waren elektive Behandlungen in Spitälern per Bundesverordnung verboten. Die tatsächliche Höhe der Einbussen ist aufgrund der vielen Einflussfaktoren schwer abschätzbar. PricewaterhouseCoopers AG schätzte in einer von SpitalBenchmark beauftragten Studie die finanziellen Einbussen für die Akutspitäler für das Jahr 2020 ab. Die aufdatierte Schätzung vom Juni 2021 geht von einem Verlust in der Höhe von 0.8 bis 1.3 Mrd. Franken aus (vgl. Tabelle 23). Die Ertragsausfälle aufgrund nicht durchgeführter Eingriffe und die Mehrkosten (bspw. aufgrund von Schutzvorkehrungen, Material, Schulung usw.) stehen dabei in einem Verhältnis von rund 70 zu 30 (vgl. PwC, 2021).

Tabelle 23: Finanzieller Verlust, akutstationär und spitalambulant, 2020

Kosten (in Mio. CHF)	Nullwachstum		Normalverlauf	
	Min.	Max.	Min.	Max.
Ertragsausfälle	473	582	813	951
Mehrkosten	333	368	333	368
Gesamt	806	950	1146	1319

Quelle: PwC (2021)

Die Höhe der Covid-19-bedingten Mehrkosten wurde in den Medien kontrovers diskutiert. Dabei wurde auf zwei Faktoren hingewiesen, welche die Verluste der Spitäler begrenzen könnten. Zum einen hatten einige Privatspitäler bereits Kurzarbeitsentschädigungen beantragt, um die personenbezogenen Fixkosten teilweise auszugleichen. Weiterhin wurde argumentiert, dass ein Nachholeffekt bei den elektiven Eintritten auftreten werde. Die Autoren von PwC (2021) kamen auf Grundlage von Leistungsdaten allerdings zum Schluss, dass im Sommer 2020 noch kein Aufholeffekt zu erkennen war.

Die geschätzten Covid-19-bedingten Mehrkosten machen gemäss PwC (2021) 5 bis 7 Prozent der Gesamtkosten des Spitalsektors aus. Obwohl bei den Ertragsausfällen und den Kosten der Schutzmassnahmen der Bund für seine Beschlüsse grundsätzlich in der Finanzierungsverantwortung steht, haben sich in den vergangenen Monaten vor allem die Kantone als Besteller und Mit-Finanzierer von Spitalleistungen in Szene gesetzt. Die kantonalen Gesundheitsdepartemente koordinierten die Schutzmassnahmen und den Aufbau von Kapazitäten zur Intensivbehand-

lung in ihrem Gebiet und sahen sich dabei mit Forderungen der Spitäler nach finanzieller Kompensation konfrontiert. Zudem zeigte sich, dass das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) bei der Kurzarbeitsentschädigung eine Differenzierung zwischen öffentlich- und privatrechtlichen Einrichtungen vornimmt. Das SECO vertritt nämlich die Ansicht, dass öffentlich-rechtliche Einrichtungen inklusive Spitäler die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kurzarbeitsentschädigung nicht erfüllen, da sie keine eigentlichen Betriebsrisiken eingehen. Aufgrund des Verbots von nicht dringlichen Operationen im Zeitraum 17. März bis 26. April 2020 sahen sich alle Spitäler gezwungen, vorübergehend Kurzarbeit einzuführen, einen Antrag auf Kurzarbeitsentschädigung konnten aber nur privatrechtliche Einrichtungen stellen. Dies veranlasste einzelne Kantone, die Spitäler in ihrem Verwaltungsbereich finanziell zu unterstützen. Das nächste Kapitel geht näher auf die verschiedenen kantonalen finanziellen Unterstützungsmassnahmen für Spitäler ein.

5.2 Finanzielle Covid-19-Hilfen für Spitäler

5.2.1 Analyserahmen

Wir haben im Frühjahr 2021 eine breit angelegte Recherche bei allen 26 Kantonen zu Covid-19-Hilfen vorgenommen. Dabei prüften wir einerseits, ob bei den kantonalen Regierungen und Parlamenten finanzielle Unterstützung für Spitäler traktandiert und diskutiert worden sind. Wir achteten darauf, für welchen Zweck die Gelder gesprochen wurden, wie hoch der gesprochene Gesamtbetrag ausfiel und nach welchen Kriterien das Geld an die Spitäler verteilt werden sollte. Im Juli 2022 führten wir eine zweite Recherche durch. Die hier vorgestellte Kantonsübersicht bezieht sich auf den Stand von Mitte Juli 2022.

Die Mehrkosten und Ertragsausfälle, die den Spitalern aufgrund der Covid-19-Massnahmen entstanden sind, lassen sich wie folgt kategorisieren:

- **Ertragsausfälle bei elektiven Eingriffen:** Ausfall von Einnahmen aus ambulanten und stationären Tarifen aufgrund des temporären Verbots von elektiv durchgeführten Eingriffen. Die Ertragsausfälle beschränken sich dabei nicht nur auf den OKP-Bereich. Den betroffenen Spitalern entgehen auch Tarife aus der Krankenzusatzversicherung nach VVG und – zu einem kleineren Teil – Erträge von Selbstzahlern.
- **Aufbau- und Betriebskosten Covid-19-Station:** Dies betrifft primär jene Spitäler, die von den Kantonen als Behandlungsort für Covid-19-Patienten bestimmt wurden. Darunter fallen die Zusatzkosten für Schutz- und Hygienemassnahmen, die Beschaffung von (zusätzlicher) Infrastruktur, die betriebliche Trennung von Covid-19- und anderen Patienten sowie indirekte Kosten (z.B. Anpassungskosten an die dynamische epidemiologische Situation in Bezug auf die Raumnutzung, das Personal und die Prozesse).

Modell EBITDAR von H+

Der Spitalverband H+ hat seinen Mitgliedern bereits im Juni 2020 ein Berechnungsmodell zur Verfügung gestellt, mit welchem sich die Höhe der Covid-19-Entschädigung auf Basis der Finanzbuchhaltung ermitteln liesse. Inzwischen hat H+ das Modell erweitert, damit Ertragsausfälle im Zusatzversicherungsgeschäft bei der Berechnung ausgeschieden werden können. Diese Anpassung berücksichtigt gemäss Aussage von H+ die Haltung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), wonach Ertragsausfälle im VVG-Bereich und von Selbstzahlern als «Betriebsrisiko» zu werten seien.

Die Berechnung berücksichtigt die Aufwand- und Ertragssituation aus dem Vorjahr (2019) und die entsprechende EBITDAR-Marge. Gleichzeitig werden bereits bezogene Vorleistungen der Kantone und Sondereffekte wie Rückstellungen oder eine Ausweitung des Leistungsangebots berücksichtigt. Die Ergebnisse des Modells sind dennoch als Näherungswerte zu verstehen, da letzten Endes niemand wissen kann, wie ein Spital X ohne Corona-Pandemie am Ende des Jahres 2020 dagestanden hätte.

Zur Plausibilisierung des Modells hat H+ die Mindereinnahmen und Mehrausgaben bei den Spitalern anhand einer Checkliste erhoben. Diese Daten bilden die Grundlage für die Auswertung von PwC (2021). Gemäss Angaben des Spitalverbands betragen die Ertragsausfälle rund 80 Prozent des gesamten finanziellen Schadens, gefolgt von den Bereitstellungskosten (17 Prozent) sowie den zusätzlichen Behandlungskosten (3 Prozent).

Quelle: H+ Die Spitäler der Schweiz (2021)



- **Behandlungskosten (Covid-19-Patienten):** Damit sind alle Kosten gemeint, welche in direktem Zusammenhang mit der Behandlung von Covid-19-Patienten stehen. Darunter fallen alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen, die Nutzung der vorhandenen Infrastruktur/Geräte, Medikamente und Verbrauchsmaterial sowie die Kosten der Patientenadministration.
- **Weitere Covid-19-bedingte Mehrkosten:** Darunter fallen v.a. die Kosten für die Umsetzung der bundesrechtlichen und kantonalen Schutz- und Hygienemassnahmen im normalen Spitalbetrieb sowie Administrativkosten (z.B. für die Anmeldung von Kurzarbeit).

Auch ohne zusätzliche Beiträge der Kantone dürften sich die Ertragsausfälle und Mehrkosten nicht eins zu eins auf das finanzielle Ergebnis der Spitäler auswirken. Einerseits sind Ertragsausfälle mit einer Senkung variabler Kosten verbunden, andererseits konnten die Mehrkosten zum Teil mit Zuwendungen aus Drittquellen gedeckt werden. Eine geringere Auslastung im stationären Betrieb führte dazu, dass variable Kosten etwa für Verbrauchsmaterial und Medikamente zurückgingen. Die Spitäler blieben während des Lockdowns allerdings auf den Fixkosten sitzen, die primär durch das angestellte Personal und die Infrastruktur gegeben sind. Beim Personal hatten die Privatspitäler den Vorteil, dass sie Kurzarbeit anmelden konnten. Auf diese Weise erhielten sie während der ersten und zweiten Covid-19-Welle 80 Prozent der Lohnzahlungen des Personals in Kurzarbeit zurückerstattet. Bei den öffentlichen und subventionierten Spitälern fielen die Ertragsausfälle kleiner aus, da diese durch die Mehrerträge bei den Covid-19-Patienten teilweise kompensiert werden konnten.

Nebst den Ertragsausfällen bilden die Mehrkosten für den Aufbau und Betrieb einer spezialisierten Covid-19-Station den grössten Kostenblock (vgl. Tabelle 23). Diese ausserordentlichen Kosten können die betroffenen Spitäler in aller Regel nicht den Krankenversicherern weiterverrechnen. Zu einem grossen Teil handelt es sich dabei um kurzfristig generierte, zusätzliche Vorhalteleistungen für den Fall einer Verschlechterung der epidemiologischen Lage. Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) führte in mehreren Entscheiden aus, dass es sich bei Vorhalteleistungen um Pflichtleistungen der OKP handelt.²⁰ Danach müssten diese Kosten im Verhältnis 45 zu 55 von den Krankenversicherern und den Kantonen getragen werden, wie dies bei den stationären Behandlungskosten grundsätzlich der Fall ist.

Die Behandlungskosten der Covid-19-Patienten sind grundsätzlich über die stationären Tarife (Fallpauschalen) gedeckt. Ob allerdings die dafür vorgesehenen Fallgruppen von SwissDRG die Behandlungskosten akkurat abbilden, ist unklar. Sollten die Tarife unzureichend sein, ergäbe sich auch hier eine Finanzierungslücke, welche grundsätzlich von den stationären Kostenträgern, Kantonen und Krankenversicherern, zu finanzieren wäre.

Nicht Teil dieser Studie sind die weiteren Covid-19-bedingten Mehrkosten, da sie sämtliche Wirtschaftsbereiche betreffen und nicht ausschliesslich den Spitalsektor (vgl. Kostenkategorie 4). Die Kosten für die Umsetzung der Schutz- und Hygienemassnahmen werden daher solidarisch von der Gesamtwirtschaft und der Gesellschaft getragen.

5.2.2 Vereinbarte Covid-19-Hilfen in den Kantonen (Stand: Juli 2022)

Mit Ausnahme der Kantone Appenzell-Innerrhoden, Nidwalden und Zug wurden in allen Kantonen Entschädigungszahlungen an Spitäler gesprochen. Stand Juli dürften sich die gesamthaft für das Jahr 2020 gezahlten Beiträge auf mindestens 1.2 Mrd. Franken summieren. Diese Entschädigungen entsprechen ziemlich exakt der Kostenschätzung von PwC aus dem Jahr 2021. Tabelle 24 fasst die erfolgten oder vereinbarten Zahlungen für Ertragsausfälle und Mehrkosten im Zusammenhang mit Massnahmen zur Bekämpfung der Sars-CoV-2 Pandemie im Jahr 2020 zusammen. In 23 Kantonen hat es Vorschläge, Postulate oder Beschlüsse der Regierung oder des Parlaments gegeben. Solothurn führte sogar mehrere Volksabstimmungen über finanzielle Kompensationen an die Spitäler

²⁰ Vgl. BVGer-Urteil C-2283/2013, C-3617/2013 und BVGer-Urteil C-4374/2017, C-4461/2017. Im Urteil C-4374/2017, C-4461/2017 hält das BVGer fest: «Die Notfall-Vorhalteleistungen (erhöhte Flexibilität und Verfügbarkeit, dauernd freie Aufnahmekapazitäten, Pikettdienst, zusätzlicher Personalaufwand) sind [...] ebenfalls tarifrelevant (BVGE 2014/36 E. 21). Im Grundsatz ist daher davon auszugehen, dass Vorhalteleistungen OKP-pflichtig sind» (6.7.2).

durch. Für drei Kantone (Appenzell-Innerrhoden, Nidwalden und Zug) sind weder Beschlüsse noch Angaben für Zahlungen verfügbar.

Tabelle 24: Vereinbarte oder erfolgte Covid-19-Kompensationen für das Jahr 2020

Kanton	Total	Ertragsausfälle	Mehr- und Zusatzkosten	Anderes	Entscheidungsinstanz/ Link	Datum des Entscheids
AG	83 Mio.	?	?	(-)	Verordnung	15.12.2021
AI	Keine Beschlüsse bekannt					
AR	6.8 Mio.	6.03 Mio.	0.76 Mio.	(-)	Regierung 1 Regierung 2 Regierung 3	22.01.2021 26.01.2021 26.01.2021
BE	116.9 Mio.	?	?	(-)	Regierung 1 Geschäftsbericht 2021 Band 2	26.03.2021
BL	26.8 Mio.	(-)	26.8 Mio.	(-)	Regierung	
BS	66.1 Mio.	(-)	66.1 Mio.	(-)	Parlament	13.01.2021
FR	34.8 Mio.	?	?	?	Regierung 1 Regierung 2	
GE	177.5 Mio.	95 Mio.	74.5 Mio.	8 Mio.	HUG	
GL	3.0 Mio.	3 Mio.	(-)	(-)	Regierung	14.06.2022
GR	32.7 Mio.	?	?	?	Regierung 1 Regierung 2	14.04.2021
JU	3.5 Mio.	?	?	?		
LU	52.9 Mio.	14 Mio.	13 Mio.	25.9 Mio.	Postulat zurückgezogen Regierung 1 Abstimmung	26.10.2021 01.07.2021 13.02.2022
NE	46.9 Mio.	?	?	?	Regierungsrat	26.01.2021
NW	Keine Beschlüsse bekannt					
OW	2.9 Mio.	1.5 Mio.	1 Mio.	0.4 Mio.	Parlament	28.05.2020
SG	42.3 Mio.	42.3 Mio.	(-)	(-)	Parlament	16.02.2021
SH	14.4 Mio.	?	?	(-)	Regierung	13.04.2021
SO	41.5 Mio.	27.7 Mio.	13.8 Mio.	(-)	Volk 1 Volk 2	25.04.2021 13.02.2022
SZ	7.3 Mio.	7.1 Mio.	0.18 Mio.	(-)	Regierung	14.09.2021
TI	20 Mio.	(-)	20 Mio.	(-)	Regierung	05.08.2021
TG	16.8 Mio.	6.5 Mio.	8.8 Mio.	1.5 Mio.	Regierung	14.01.2021
UR	0.4 Mio.	(-)	(-)	0.4 Mio.	Regierung	01.10.2020
VD	160 Mio.	126.5 Mio.	33.5 Mio.	(-)	Regierung	26.06.2021
VS	64 Mio.	?	?	(-)	Regierung	04.02.2021
ZG	Keine Beschlüsse bekannt					
ZH	149.1 Mio.	125 Mio.	10 Mio.	14.1 Mio.	Regierung 1 Regierung 2	05.06.2020 11.11.2020
Total[‡]	1169.6 Mio.	>454.6 Mio.	>268.4 Mio.	>50.3 Mio.		

Anmerkung: Keine Beschlüsse: AI, NW, ZG;

Legende: «?» = Höhe der Beiträge ist unbekannt; «(-)» = keine Beiträge vorhanden.



Aus den Zahlen der Kantone geht nicht genau hervor, wie sich die finanziellen Beiträge auf die Bereiche Mehrkosten bzw. Mindererträge aufteilen. Dies hat damit zu tun, dass einige Kantone eine globale Entschädigung berechnet haben, die beide Aspekte abdecken soll. Nimmt man die Zahlen jener Kantone als Grundlage, wo die Aufteilung bekannt ist, so lässt sich sagen, dass für das Jahr 2020 mindestens 455 Mio. Franken für die Ertragsausfälle und 268 Mio. für Mehrkosten vergütet wurden. Die höchste finanzielle Unterstützung leisteten die Kantone Genf (177.5 Mio. Franken), Waadt (160 Mio. Franken), Zürich (149.1 Mio. Franken) und Bern (116.9 Mio. Franken).

Im Vergleich zum Covid-19-Jahr 2020 mit der ersten und zweiten Pandemiewelle fällt die Entschädigung der Spitäler für das Jahr 2021 wesentlich geringer aus. Gemäss eigenen Recherchen sind in neun Kantonen Zahlungen für das Jahr 2021 beschlossen bzw. bereits gezahlt worden. Der Umfang dieser Zahlungen dürfte bei rund 200 Mio. Franken liegen, wobei in einigen Kantonen auf die definitiven Abschlüsse der Spitäler gewartet wird. In einigen Kantonen ziehen sich die Entschädigungszahlungen bis ins Jahr 2022, so bspw. im Kanton Zürich. Dies liegt darin begründet, dass die letzte versorgungsrelevante Pandemiewelle im Winter 2021/2022 stattfand, bevor im Frühjahr 2022 die weniger schwerwiegende Omikron-Variante des Virus vorherrschend wurde.

Im Folgenden gehen wir einzeln auf die Beschlüsse in den Kantonen ein.

Kanton Aargau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat des Kantons Aargau hatte bereits im Frühjahr 2021 einen detaillierten Vorschlag ausgearbeitet, welcher die Covid-19-bedingten Ertragsausfälle wie auch die Zusatzkosten abgelten sollte. Letztere sollten vollständig kompensiert werden und mussten dem Kanton mit einem Raster gemeldet werden.

Am 24. August 2021 hat der Grosse Rat einen Verpflichtungskredit für die Entschädigung der Spitäler für Covid-19-bedingte Vorhalteleistungen (Ertragsausfälle und Zusatzkosten) für die Jahre 2020 und 2021 in der Höhe von 125 Mio. Franken beschlossen. Der Regierungsrat hat die Entschädigung in der neuen Verordnung zur Entschädigung der Spitäler für Vorhalteleistungen (VoleV), die am 1. Januar 2022 in Kraft trat, geregelt. Die Auszahlung der Vorhalteleistungen des Jahres 2020 ist am 22. März 2022 erfolgt und beträgt rund 83 Mio. Franken: Rund 68 Mio. Franken gehen an die Akutspitäler, 11 Mio. Franken an die Rehabilitationskliniken und 4 Mio. Franken an die Psychiatrien.

Appenzell Ausserrhoden

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Am 22. Januar 2021 entschied der Regierungsrat des Kantons Appenzell Ausserrhoden, die Mehrkosten der Spitäler während der Corona Pandemie abzugelten. Er genehmigte die Ausgaben im Umfang von 757'000 Franken in Form einer Kreditüberschreitung. Ausgeglichen wurden Mehrkosten sowie die Minusstunden des Personals des Spitalverbands Appenzell Ausserrhoden (SVAR), um fehlende Kurzarbeitszeitentschädigungen zu kompensieren. In erster Linie wurde der SVAR als Grundversorger in die Pflicht genommen, sodass dieser mit 612'000 Franken am meisten erhält. Mit insgesamt 95'000 Franken werden die Berit Klinik AG, die Hirslanden Klinik am Rosenberg, die Rheinburg-Klinik sowie die Klinik Gais AG entschädigt. 50'000 Franken stehen für noch nicht bekannte Mehraufwendungen zur Verfügung. Die Ertragsausfälle der Spitäler, die durch das Verbot von elektiven Eingriffen entstanden sind, waren nicht Gegenstand dieses Beschlusses.

Der Kanton hat inzwischen auch Beiträge an die Ertragsausfälle der Spitäler gesprochen. Konkret genehmigte er zwei Nachtragskredite für Ertragsausfälle einerseits beim Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden in der Höhe von rund 5.9 Mio. Franken und andererseits bei der Rheinburg-Klinik der Stiftung Valens in der Höhe von 122'543 Franken. Gemeinsam mit den gezahlten Entschädigungen für die Deckung der Mehraufwände ergibt sich für den Kanton Appenzell-Ausserrhoden somit ein Betrag von rund 6.78 Mio. Franken.

Appenzell Innerrhoden

Es liegen keine Informationen zu Covid-19-Zahlungen vor.

Kanton Basel-Landschaft

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat hat die Entschädigung für die bis Ende März 2020 angefallenen Zusatzkosten bereits bewilligt. Sie belaufen sich für das Kantonsspital Baselland (KSBL) auf knapp 25 Mio. Franken. Derzeit ist eine Vorlage in Bearbeitung betreffend den Ausgabenbeschluss für die Zeit nach der Notlage ab April 2020. Damit sind Mehr- und Zusatzkosten gemeint, aber auch Schutzmaterialien, medizinische Ausrüstungen, Medikamente und Vorhalteleistungen. Eine allfällige Entschädigung für die Ertragsausfälle müsste durch einen Parlamentsentscheid beschlossen werden.

Wie aus der Jahresrechnung 2021 des Kantons hervorgeht, betragen die effektiv gezahlten Entschädigungen 26.8 Mio. Franken. Der grösste Teil davon floss an die öffentlichen Spitäler des Kantons, kleinere Beiträge erhielten die privaten Spitäler sowie die Spitäler im Kanton Basel-Stadt für die Intensivbehandlung von Patienten (vgl. nachfolgende Tabelle)

in Millionen Franken	Vorhalte- und Zusatzkosten	IPS-Vereinbarung BS/BL
Öffentliche Spitäler BL (Kantonsspital und Psychiatrie)	16,8	
Übrige Spitäler BL (Klinik Arlesheim und Klinik Birshof)	5,0	
UKBB	3,5	
Öffentliche Spitäler BS		2,1
Übrige Spitäler BS		0,6
Auflösung und Bildung von Abgrenzungen/Umbuchungen		-1,3
Total	25,3	1,4

Quelle: Kanton Basel-Landschaft – Jahresbericht 2021, S. 15.

Kanton Basel-Stadt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Basel-Stadt hat sich dafür entschieden, erst dann über den Umgang mit Ertragsausfällen zu diskutieren, wenn die Jahresabschlüsse 2020 und 2021 der Spitäler vorliegen. Hingegen beschloss der Grosse Rat am 13.01.2021, dass die Mehr- und Zusatzkosten der basel-städtischen Spitäler in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie erstattet werden sollen. Auch im Kanton BS sind die Zahlungen an die Bedingung geknüpft, dass die Spitäler damit keinen direkten Gewinn erzielen.



Die Spitäler konnten ihre Mehrkosten anhand eines vorgegebenen Formulars beim Gesundheitsdepartement melden. Bis und mit August 2020 wurde ein Total von 19.53 Mio. Franken eingefordert. Es sind dies Mehrkosten für das Personal sowie für den medizinischen Sachaufwand. Hinzu kommen die Mehrkosten für vorgehaltene Betten auf den Intensiv- und Isolierstationen. Für den Zeitraum vom 12. März bis 31. August 2020 errechnete der Kanton auf Basis des ITAR_K-Kostenträgermodells und der individuellen Bettenauslastung der Spitäler einen Gesamtbeitrag von 29.14 Mio. Franken. Ausgehend von dieser Momentaufnahme prognostizierte der Regierungsrat ein Gesamtvolumen von 100 Mio. Franken, wobei 73.05 Mio. Franken für das Jahr 2020 vorgesehen sind und 26.95 Mio. Franken für das Jahr 2021.

Inzwischen wurden die Abgeltungen für das Jahr 2020 gezahlt, welche sich für die basel-städtischen Spitäler auf 66.12 Mio. Franken belaufen. Für das erste Halbjahr 2021 wird mit Abgeltungen von 27.62 Mio. Franken gerechnet. Für das zweite Halbjahr 2021 wird mit Mehrkosten für Spitäler und das Universitäre Zentrum für Zahnmedizin von fast 30 Mio. Franken gerechnet. Der Ratschlag des Regierungsrates an den Grossen Rat des Kantons Basel-Stadt zur Erhöhung der Rahmenausgabenbewilligung um 23.7 Mio. Franken ist noch in Bearbeitung.

Kanton Bern

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Regierung des Kantons Bern erliess bereits zu Beginn der ersten Covid-19-Welle eine Verordnung, welche den Spitälern eine gewisse Rechtssicherheit bezüglich Corona-Entschädigungen gab. Der Kanton Bern übernimmt – an gewisse Bedingungen geknüpft – sowohl Mehrkosten als auch Ertragsausfälle der kantonalen Listenspitäler. Und zwar im stationären und ambulanten Bereich; ein All-Inclusive-Angebot sozusagen. Da der Entscheid sehr früh kam, wurde ex ante kein Budget festgelegt, sondern eine Rückstellung gebildet.

Bei der Entschädigung der Ertragsausfälle kommen alle Listenspitäler der Akutsomatik zum Zug. Diese erhalten die Differenz der Tarifeinnahmen gemäss KVG aus den beiden Jahren 2019 und 2020 vom Kanton zurückerstattet. Dabei sollen Aufwandminderungen berücksichtigt und die Beiträge an jene Spitäler begrenzt werden, welche eine EBITDA-Marge von über 8 Prozent aufweisen (vgl. dazu H+-Modell, Box auf Seite 36). Über die detaillierte Berechnungsweise der Unterdeckung ist zurzeit noch nichts bekannt.

Der Kanton Bern möchte ebenfalls für die Covid-19-bedingten Mehrkosten für Infrastruktur und Personal aufkommen. Die Spitäler können ein Gesuch beim Kanton einreichen. Dieser spricht das Geld unter Berücksichtigung der Einnahmen aus anderen Quellen. Als dritter Bestandteil des Massnahmenpakets sollen auch etwaige Unterdeckungen bei den Behandlungskosten in Form einer Pauschale pro Covid-19-Patienten gezahlt werden. Auch bei diesen Massnahmen ist über die absolute Höhe des Betrags noch nichts bekannt.

Für das Jahr 2020 rechnete der Kanton Bern mit Ausgaben von rund 154 Mio. Franken. Davon wurden 116.9 Mio. Franken an die Leistungserbringer ausbezahlt. Weitere 3.0 Mio. Franken wurden zurückgestellt, da noch nicht alle offenen Fragen geklärt worden sind.

Kanton Freiburg

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Kanton Freiburg entschädigt die privaten Spitäler mit 645'000 Franken. Dabei erhalten die Permanence mit 269'000 Franken und das Daler-Spital mit 258'000 Franken deutlich mehr Gelder als die Clinique Générale, die

118'000 Franken erhält. Diesen Beträgen gegenüber steht das Freiburger Spital HFR, das für 2020 einen Beitrag von circa 32 Mio. Franken erhielt. Die Beiträge an die Privaten fallen deutlich tiefer aus, da diese Kurzarbeitsentschädigung in Anspruch genommen hatten und nicht so direkt an der Front zur Bewältigung der Corona-Pandemie standen wie das HFR. Der Regierungsrat des Kantons Freiburg hat für die finanziellen Verluste durch Covid-19 bereits im Jahr 2020 34.2 Mio. Franken gesprochen. Dazu hat er dem HFR für das Jahr 2021 weitere 35 Mio. Franken abgegolten, wobei eine ähnliche Summe für das Jahr 2022 erwartet wird. Die privaten Kliniken haben für die weiteren Jahre 2021 und 2022 keine Zahlungen erhalten.

Kanton Genf

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Die Genfer Universitätsklinik HUG hat vom Kanton für die Mehrkosten und Mindererträge im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie 169.5 Mio. Franken erhalten. Dies geht aus einer Mitteilung der HUG hervor. Die Zahlung ist im Rahmen der Defizitgarantie des Kantons zu sehen, welche die Genfer Verfassung der HUG zubilligt. Vier Privatkliniken wurden auf der Grundlage von Leistungsverträgen mit insgesamt 8 Mio. Franken für Defizite kompensiert, die im Zusammenhang mit ungedeckten Struktur- und Betriebskosten sowie Behandlungskosten während des ersten Lockdowns entstanden.

Kanton Glarus

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Kanton Glarus entschädigt dem Kantonsspital sowie zwei Einrichtungen für Menschen mit Behinderung Mehrkosten und Ertragsausfälle. Der Kanton hat dem Kantonsspital Glarus bereits im Jahr 2020 pandemiebedingte Mehrkosten von 3.0 Mio. Franken und Ertragsausfälle von 0.67 Mio. Franken entschädigt. Zudem werden nach dem Entscheid des Regierungsrates dem Kantonsspital pandemiebedingte Mehrkosten von 2.1 Mio. Franken für das Jahr 2021 und 0.59 Mio. Franken für das 1. Quartal 2022 vergütet.

Kanton Graubünden

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat hat bereits am 14. April 2020 beschlossen, dass der Kanton Auszahlungen von gemeinwirtschaftlichen Leistungen leisten und zudem für die Ertragsausfälle der Spitäler aufkommen wird.

Als gemeinwirtschaftliche Leistungen gelten gemäss der Regierung «die dem Betrieb durch die Covid-19-Pandemie zusätzlich angefallenen Kosten, insbesondere für Verbrauchsmaterialien (Masken, Schutzkleidung etc.), Testmaterial für Gesundheitsfachpersonal, gemäss Artikel 10 Absatz 5 VKL zu aktivierende, vom Gesundheitsamt genehmigte Investitionen sowie zusätzlicher Personalaufwand» (vgl. Art 2 Regierungsratsbeschluss AGS 2020-017). Wie der Titel der Verordnung bereits sagt, sind die Auszahlungen der gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausschliesslich für öffentliche Spitäler bestimmt.



Für die Ermittlung der Einnahmeausfälle werden die Vergütungen der Sozialversicherungen und der Kantone mit einbezogen. Der Regierungsbeschluss sieht dabei explizit vor, dass ambulante und stationäre Ertragsausfälle kompensiert werden sollen. In den Genuss der Zahlungen kommen sämtliche Listenspitäler des Kantons, wobei bei der Höhe der anrechenbaren Ertragsausfälle eine Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Trägerschaften gemacht wird. Während die Einnahmeausfälle der privaten und ausserkantonalen Spitäler zu 100 Prozent übernommen werden, gilt für die öffentlichen Spitäler ein Wert von 90 Prozent. Weshalb die Regierung diese Differenzierung vornimmt, geht aus der Verordnung nicht hervor. Denkbar ist aber, dass die Regierung verhindern wollte, dass die öffentlichen, akutsomatischen Spitäler des Kantons, welche hauptsächlich für die Behandlung von Covid-19-Patienten verantwortlich sind, überkompensiert werden. So oder so dürften die Ertragsausfälle von COVID-19-Spitälern ohnehin gering ausfallen, da die fehlenden Elektivpatienten zumindest teilweise durch Covid-19-Fälle ausgeglichen wurden.

Die betroffenen Spitäler haben in einem Zweimonatsrhythmus provisorische Zahlungen erhalten. Der Kanton Graubünden rechnet damit, dass per Ende 2021 die definitiven Auszahlungen feststehen werden.

Für die Spitäler waren im Budget 2020 67.2 Mio. Franken als Nachtragskredite vorhanden. Diese Summe war für gemeinwirtschaftliche Leistungen und Einnahmeausfälle gedacht. Gemäss der Rechnung 2020 wurden davon 32.7 Mio. Franken verwendet.

Kanton Jura

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern | <input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern | <input type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Gemäss der Jahresrechnung 2020 des Kantons Jura wurde zur Abfederung der Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitsversorgung eine Rückstellung in der Höhe von 12.0 Mio. Franken gebildet. Diese Rückstellung wurde im Jahr 2021 wieder aufgelöst, während laut Jahresrechnung 3.5 Mio. effektiv ausbezahlt wurden.

Kanton Luzern

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Kanton Luzern anerkennt in seiner Stellungnahme zum Postulat (P 391) Huser Barmettler und Mitunterzeichner über den Entscheid zur Beteiligung an den Corona-bedingten Mehrkosten in den Spitälern und der Luzerner Psychiatrie, dass Mehrkosten entstanden und diese vom Kanton zu tragen sind. Die Mehrkosten, welche sich auf (zusätzliche) Vorhalteleistungen sowie ungedeckte Behandlungskosten beziehen, sollen sich über alle Spitäler betrachtet auf schätzungsweise 15 Mio. Franken belaufen. Er anerkennt auch, dass Ertragsausfälle entstanden sind. Um diese zu decken, sei jedoch ein Kantonsratsentscheid nötig. Dazu werden aber noch die Jahresabschlüsse 2020 der Spitäler abgewartet. Die Ertragsausfälle sollen sich schätzungsweise auf 40 Mio. Franken belaufen.

Der Kantonsrat hat einen Nachtragskredit von 14 Mio. Franken gesprochen, um die Ertragsausfälle 2020 der Listenspitäler zu decken. Für die Deckung der Mehrkosten hat der Regierungsrat bereits in eigener Kompetenz 13 Mio. Franken gesprochen. Zudem entschied die Stimmbevölkerung des Kantons Luzern mit 73% Ja-Stimmen, das Aktienkapital des Luzerner Kantonsspital um 25.9 Mio. Franken zu erhöhen, um den Covid-19-bedingten Verlust von 2020 zu decken.

Kanton Neuenburg

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Das Finanzdepartement des Kantons Neuenburg teilte am 7. Januar 2021 der Finanzkommission des Grossen Rates mit, das öffentliche Spital Neuenburg für dessen zusätzlichen Kosten bei der Behandlung von Covid-19-Fällen und für dessen Mindererträge mit insgesamt 30.7 Mio. Franken zu entschädigen. Ende November 2020 hatte der Regierungsrat die Zusatzkosten des Spitals noch mit 14.47 Mio. Franken eingeschätzt. Dank der zusätzlichen Zahlung des Kantons konnte das Spital für das Geschäftsjahr 2020 einen ausgeglichenen Jahresabschluss vorlegen.

Die ausserordentliche Subventionierung der Covid-19-Finanzierungsfolgen wurde inzwischen von 38.7 Mio. Franken auf 59.4 Mio. Franken aufgestockt. Zum Zuge kommen jedoch nicht nur Spitäler, sondern die «entités partenaires de l'État au bénéfice d'un contrat de prestations» und damit sämtliche Institutionen (d.h. auch ausserhalb des Gesundheitswesens), die über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügen. Gemäss eigenen Berechnungen fliessen von den 59.4 Mio. Franken rund 46.9 Mio. Franken an Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen im Kanton.

Laut Angaben von ospita wurden auch private Spitäler durch den Kanton entschädigt; dies im Rahmen eines Kompromisses, der zwischen dem Kanton und den Privatspitälern in Zusammenhang mit dem Leistungsauftrag geschmiedet wurde. Wie hoch die Entschädigungen allerdings sind, bleibt unklar.

Kanton Nidwalden

Es liegen keine Informationen zu Entschädigungen vor.

Kanton Obwalden

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Das Kantonsspital Obwalden erhält vom Kanton mehr Geld, um die Ertragsausfälle wegen der Massnahmen gegen das Coronavirus zu kompensieren sowie für die Covid-19-bedingten Mehrkosten. Das Spital, welches im Frühjahr 2020 in massive Liquiditätsengpässe geriet, schätzt seine Covid-19-bedingten Ertragsausfälle auf rund 4 Mio. Franken, für die ausserordentlichen Mehrkosten wurden 673'000 Franken veranschlagt. Das Kantonsparlament hat Ende Mai 2020 einen Kredit von bis zu 4.4 Mio. Franken bewilligt. Von diesen 4.4 Mio. Franken hat das Kantonsspital im Jahr 2020 insgesamt 2.9 Mio. Franken bezogen. Davon waren 1.5 Mio. Franken für ungenutzte Vorhalteleistungen, 0.4 Mio. Franken für die Sicherung der Zahlungsfähigkeit und 1 Mio. Franken für zusätzliche Kosten des Kantonsspitals. Bis Oktober 2021 waren keine grösseren direkten Auswirkungen der Pandemie auf die Finanzlage des Spitals zu spüren.



Kanton St. Gallen

<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Kantonsrat des Kantons St. Gallen hat am 16. Februar 2021 einen Ausgleich von Ertragsausfällen der öffentlichen und privaten Spitäler und Kliniken aufgrund der Covid-19-Pandemie beschlossen. Dafür hat er eine Ausgabe von 42.3 Mio. Franken gesprochen. Die Entschädigungen werden ausgerichtet für Ertragsausfälle im ambulanten und stationären Bereich, wobei inner- und ausserkantonale Patienten berücksichtigt werden.

Die finanzielle Unterstützung wird nur dann geleistet, wenn es während der ersten Welle im Frühjahr 2020 zu einem signifikanten Frequenzeinbruch kam. Sollte der Umsatz bzw. die Frequenz um weniger als 4 Prozent zurückgegangen sein, leistet der Kanton keinen Beitrag. Ebenfalls kommen jene Spitäler nicht in den Genuss der Entschädigungen, bei welchen die Kurzarbeitsentschädigungen den Ertragsausfall übersteigen.

Auf Basis von Berechnungen des Gesundheitsdepartements haben sieben Spitäler und Kliniken im Akutbereich Anspruch auf eine Entschädigung. Der Kanton St. Gallen hat den Akutspitalern insgesamt 39.5 Mio. Franken als Ausgleich von Ertragsausfällen abgegolten. Dabei erhielt das Kantonsspital mit 21.5 Mio. Franken den Grossteil dieser Entschädigungen. Jedoch wurden auch andere Spitäler für die Ertragsausfälle kompensiert, so bspw. das Ostschweizer Kinderspital (2.39 Mio. Franken) und die Klinik Stephanshorn (2.45 Mio. Franken). Die Rosenklinik sowie die Thurklinik gehen dabei leer aus, da der Frequenz- bzw. Umsatzrückgang bei diesen Leistungserbringern zu wenig stark ausgefallen ist. Damit profitiert lediglich die private Klinik Stephanshorn von den Entschädigungen des Kantons. Der Restbetrag aus den 42.3 Mio. Franken teilt sich auf die Rehabilitation (1.8 Mio. Franken) und die Psychiatrie (1.1 Mio. Franken) auf.

Kanton Schaffhausen

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Spitäler Schaffhausen AG erhielten gemäss eigener Erfolgsrechnung im Jahr 2020 pandemiebedingte Zuschüsse von 14.4 Mio. durch den Kanton. Der Regierungsrat anerkennt einerseits die pandemiebedingten Mehrkosten des Spitals, andererseits werden die Ertragsausfälle zur Kenntnis genommen. Im Rahmenvertrag des Regierungsrats mit den Spitälern Schaffhausen vom 5. / 21. Juli 2016 wurde ein Modus vereinbart, der den Spitälern einen Anspruch auf Zusatzbeiträge des Kantons im Falle einer Pandemie zusichert. Der Mechanismus sieht vor, dass dem Spital eine EBITDA-Marge von 8 Prozent zugesichert wird. Das Spital selbst schätzt seine Ertragsausfälle und die Mehrkosten beim Personal und beim medizinischen Aufwand auf 24.3 Mio. Franken.

Aus dem Jahresbericht 2021 der Spitäler Schaffhausen geht hervor, dass auch im Covid-19-Jahr 2021 staatliche Pandemie-Zuschüsse im Umfang von 3.79 Mio. Franken geflossen sind. Diese Zahlungen sind als «Entschädigung für Tarifunterdeckungen von Covid-19-Behandlungen und gemeinwirtschaftliche Leistungen im Zusammenhang mit der Bewältigung der Corona-Pandemie» gedacht. Somit ergibt sich für die Jahre 2020/2021 ein Gesamtbetrag von 18.2 Mio. Franken.

Kanton Schwyz

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Kanton Schwyz hatte sich bereits in einem Beschluss vom 17. März 2020 zur Absicht geäußert, die Spitäler aufgrund der Covid-19-Pandemie notlagemässig mit den erforderlichen und geeigneten Mitteln kurz- und mittelfristig zu unterstützen, um die Spitalversorgung aufrechterhalten zu können (RRB Nr. 182). Auf dieser Basis hat die Regierung einen detaillierten Bericht verfasst, der die Einzelheiten der Vergütung regeln soll und am 23. September 2021 publiziert wurde. Darin erbittet der Regierungsrat das Parlament, einer Ausgabenbewilligung von 7.28 Mio. Franken für die Entschädigung der Schwyzer Spitäler zuzustimmen.

Zum Zuge kommen alle vier Akutspitäler im Kanton; darunter auch das Spital Einsiedeln und die Seeklinik Brunnen, die beide der AMEOS Gruppe gehören. Der Löwenanteil der Entschädigung fällt auf die Abgeltung der Mindererträge, nämlich rund 7.1 Mio. Franken. Die Abgeltung der (Netto-)Mehrkosten hält sich hingegen in engen Grenzen. Dass die Mehrkosten gering ausfallen, überrascht aufgrund der Methodik nicht. Denn es handelt sich dabei um eine Nettobetrachtung, wobei die Minderkosten durch die ausbleibende Behandlung von Patienten in Abzug gebracht werden.

Kanton Solothurn

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Die Solothurner Bevölkerung hat am 25. April 2021 einer Regierungsvorlage für Akontozahlungen an die Spitäler zugestimmt. Die Zustimmung fiel mit 71 Prozent äusserst deutlich aus. Diesem Entscheid voraus ging ein einstimmiger Beschluss des Kantonsrats vom 27. Januar 2021.

Die Vorlage beschränkte sich auf die Deckung der Ertragsausfälle während der ersten Covid-19-Welle im Frühjahr 2020. Die Spitäler und Kliniken haben dem Kanton für die Berechnungen detaillierte Daten zur Verfügung gestellt. Mit einer Akontozahlung von insgesamt 16.2 Mio. Franken sollten rund 75 Prozent der Ertragsausfälle der Spitäler ausfinanziert werden. Es wurden ausschliesslich Ertragsausfälle im Zusammenhang mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Invaliden-, Militär- und Unfallversicherung berücksichtigt. Ertragsausfälle im Zusatzversicherungsbereich (halbprivat und privatversicherte Patientinnen und Patienten) gehen zulasten der Spitäler oder der Krankenkassen. Zudem wurde entschieden, dass die berücksichtigten Spitäler für das Jahr 2020 keine Dividenden ausschütten dürfen.

Vom Gesamtbetrag entfallen 3.1 Mio. Franken auf die Pallas Kliniken AG, 1.3 Mio. Franken auf die Privatklinik Obach und 11.8 Mio. Franken auf die Solothurner Spitäler AG. 27 Prozent der Zahlungen fliessen damit an private Trägerschaften. Sobald detaillierte Kostendaten der Spitäler zur Verfügung stehen, sollte die definitive Höhe der Abgeltung festgelegt werden. Aber auch über die Vergütung der entstandenen Mehrkosten für Schutzmaterial und das Anwenden von Schutzkonzepten sollte zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden.

Zusätzlich zu dieser Akontozahlung von 16.2 Mio. Franken erhalten die Solothurner Spitäler nach der Volksabstimmung vom 13. Februar 2022 eine Schlusszahlung von 26.2 Mio. Franken. Zusammen mit der bereits geleisteten Akontozahlung von 16.2 Mio. Franken betragen die Abgeltungen der Ertragsausfälle und Mehrkosten nun 41.5 Mio. Franken, wovon 35.5 Mio. Franken auf die Solothurner Spitäler AG und 6.0 Mio. Franken auf die Pallas Kliniken AG entfallen.



Auch im Jahr 2021 gab es Vorgaben des Kantons an die Solothurner Spitäler und Kliniken. Entsprechend zeigte dieser sich in einer schriftlichen Botschaft bereit, die Mehrkosten und Ertragsausfälle teilweise abzugelten, sofern ein Defizit vorliegt und keine Dividenden für 2021 ausbezahlt werden. Von 16.4 Mio. Franken an Ertragsausfällen und pandemiebedingten Mehrkosten sollen 12.1 Mio. Franken abgegolten werden. Dabei entfallen 10.1 Mio. Franken auf die Solothurner Spitäler AG, 1.8 Mio. auf die Pallas Kliniken AG und 0.1 Mio. Franken auf die Privatklinik Obach. Die Botschaft und der Entwurf müssen in einem nächsten Schritt dem Kantonsrat unterbreitet werden. Voraussichtlich am 12. März 2023 wird die Bevölkerung des Kantons Solothurn darüber abstimmen, da diese Zahlungen ebenfalls der obligatorischen Volksabstimmung unterliegen.

Kanton Tessin

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat des Kantons legte am 5. August 2021 den Betrag von CHF 20 Mio. auf der Grundlage der endgültigen Zahlen des Jahres 2020 fest. Mehrkosten für den Aufbau- und Betrieb von Kapazitäten für die Behandlung von Covid-19 Patienten werden abgegolten und Personalkosten bis zu 70 Prozent kompensiert. Aber auch ungedeckte Behandlungskosten (z.B. Hotelzimmer für Grenzpersonal) werden vergütet. In 2020 hatte der Tessiner Regierungsrat über erlassene Dekrete Vorschüsse an die Spitäler und Kliniken geleistet; das Gesetz über die Anwendung des KVG (LCAMal) lässt dies ohne Konsultation des Parlamentes zu.

Anders ist die Situation in Bezug auf die Kompensation der Ertragsausfälle. Dort hat der Tessiner Regierungsrat zunächst die Verpflichtung zur Entschädigung für Ertragsausfälle prinzipiell anerkannt. Er wird jedoch erst über den Betrag entscheiden können, nachdem der Grosse Rat seine Stellungnahme abgegeben hat.

Das Dossier zur Entschädigung der Mehr- und Zusatzkosten ist bisher noch nicht behandelt worden. Der Regierungsrat scheint die Behandlung dessen per Ende 2022 zu planen.

Kanton Thurgau

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau konzidierte im Januar 2021, dass der Handlungsspielraum der Leistungserbringer durch die im Jahr 2020 erfolgten Bundesmassnahmen (zeitweises Verbot von elektiven Behandlungen und Verpflichtung zum Aufbau von Infrastruktur zur Behandlung von Covid-19-Patienten) eingeschränkt war. Er sprach deshalb einen Betrag von maximal 16.8 Mio. Franken. Maximal 6.5 Mio. Franken an die Ertragsausfälle für stationäre Leistungen, falls die Spitäler die Verluste bis Ende 2020 nicht auffangen konnten und maximal 8.8 Mio. Franken auf Gesuch hin für eine Abgeltung an Covid-19-bedingte Zusatzkosten, die nicht über die bestehenden Abgeltungssysteme oder andere Abgeltungen gedeckt sind. Zusätzlich wurden dem Spital Thurgau AG 1.5 Mio. Franken gewährt, weil die Kantonsspitäler in Frauenfeld und Münsterlingen keine Kurzarbeitsentschädigung beantragen konnten. Die Kantonsspitäler des Kantons Thurgau sind keine öffentlich-rechtlichen Institutionen, sind aber eigentumsrechtlich im Besitz des Kantons und gelten damit nach der Definition dieses Berichts als subventioniert.

Kanton Uri

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Im Kanton Uri beteiligt sich die Regierung mit 0.4 Mio. an den Covid-19-Kosten des Kantonsspitals, dies geht aus dem Budget des Kantons Uri für das Jahr 2021 hervor. Ob es sich dabei um eine Abgeltung der Ertragsausfälle, der Mehr- und Zusatzkosten oder der ungedeckten Behandlungskosten handelt, ist nicht klar. Der Beitrag von 400'000 Franken dürfte aber ohnehin nicht hoch genug sein, um das Spital finanziell zu entlasten. Aus dem Jahresbericht 2020 des Kantonsspitals Uri geht hervor, dass die ambulanten und stationären Erträge im Vergleich zum Vorjahr um 3 Mio. Franken zurückgegangen sind. Entsprechend sank auch das Eigenkapitalpolster des Unternehmens.

Die Kosten für 2020 beliefen sich jedoch insgesamt auf 0.54 Mio. Franken. Zudem rechnete der Regierungsrat des Kantons Uri damit, dass die ungedeckten Kosten des Kantonsspitals ungefähr gleich hoch bleiben würden. Da jedoch noch weitere Geräte angeschafft werden mussten, rechnete man für 2021 mit Kosten in einer Höhe von 0.90 Mio. Franken. Auch für das Jahr 2022 wird mit Zusatzkosten gerechnet, welche entschädigt werden sollen.

Kanton Waadt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitalern | <input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten |
| | <input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten |

Der Staatsrat des Kantons Waadt hat am 26. Juni 2020 kommuniziert, dass er zusätzliche Gelder von 160 Mio. Franken für die Spitäler des Kantons bereitstellen will. Es fehlen allerdings Überlegungen dazu, auf welcher Basis der Gesamtbetrag von 160 Mio. Franken von der Regierung festgelegt wurde. 126.5 Mio. Franken sind als Kompensation für die Ertragsausfälle im stationären Bereich gedacht. Der ambulante Bereich soll zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigt werden; allenfalls in Kombination mit anderen ambulanten Leistungserbringern. Die Zahlungen für den stationären Bereich beschränken sich auf Spitäler «d'intérêt public» im Sinne von Art. 4 des kantonalen Gesetzes über die Spitalplanung und -finanzierung. Das bedeutet, dass nur das CHUV und die Spitäler der Fédération des Hôpitaux Vaudois (allesamt subventionierte Spitäler) in den Genuss dieser Zahlungen kommen; Privatkliniken werden hingegen nicht für Ertragsausfälle entschädigt.

Die restlichen 33.5 Mio. Franken vom Staatsrat gesprochenen Gelder sollen die Mehrkosten der Spitäler für spezifische Leistungen decken. Darunter versteht der Kanton die Covid-19-Schutzausrüstung, spezielle Vorkehrungen für die Versorgung der Covid-19-Patienten, die Testung und das zusätzliche Personal. Das Geld ist für die öffentlichen, subventionierten und privaten Spitäler gedacht. Es fehlen allerdings Angaben, nach welchem Prinzip der Gesamtbetrag auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilt werden soll.

Die 33.5 Mio. Franken für Mehrkosten wurden im Allgemeinen bereits ausbezahlt. Eine Beschwerde der Vereinigung der Privatspitäler des Kantons Waadt wurde vom Bundesgericht abgewiesen. Der vom Kanton verwendete Begriff («d'intérêt public») sei nicht willkürlich und diene dementsprechend nicht dazu, öffentliche Spitäler zu begünstigen.



Kanton Wallis

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Staatsrat des Kantons Wallis entschied am 4. Februar 2021, die finanziellen Verluste der Spitäler wegen Ertragsausfällen und Mehrkosten mit 64 Mio. Franken zu kompensieren. 53.5 Mio. Franken fliessen an die Spitäler des Kantons (41.5 Mio. an das Spital Wallis und 6.4 Mio. an das Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis). Der Rest betrifft die Kliniken Valère und CIC Saxon, die Berner, Genfer und Luzerner Klinik in Montana, die Clinique romande de réadaptation und die Leukerbad Clinic. Die finanzielle Entschädigung für die Alters- und Pflegeheime und Tagesstrukturen werden auf 10.5 Mio. Franken veranschlagt. Dieser Betrag wird zwischen dem Kanton (70%) und den Gemeinden (30%) aufgeteilt.

Die zusätzlichen Kosten für den Kanton, die den Spitälern, Kliniken, Alters- und Pflegeheimen und anderen Gesundheitseinrichtungen durch die Pandemie entstanden sind, werden auf 61 Mio. Franken geschätzt. Ein Teil davon, nämlich 30.7 Mio. Franken, kann aus dem Restbudget der Dienststelle für Gesundheitswesen gedeckt werden. Die Budgetüberschreitung von 30.2 Mio. Franken wird dem Parlament im Rahmen der Genehmigung der Rechnung 2020 unterbreitet.

Zu diesen 61 Mio. aus dem Jahr 2020 kommen noch 28 Mio. Franken für das Jahr 2021. Dies ist der Betrag, der als zusätzliche durch die Pandemie verursachte Ausgaben für Spitäler, Alters- und Pflegeheime durch den Regierungsrat geschätzt wird.

Kanton Zug

<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Es liegen keine Informationen zu Covid-19-Zahlungen vor.

Kanton Zürich

<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Vertragsspitalern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Ertragsausfällen
<input checked="" type="checkbox"/> Berücksichtigung von Privatspitälern	<input checked="" type="checkbox"/> Vergütung von Aufbau- und Betriebskosten
	<input type="checkbox"/> Vergütung von ungedeckten Behandlungskosten

Der Zürcher Regierungsrat verabschiedete im Sommer 2020 ein Massnahmenpaket zur Unterstützung der Spitäler bei der Bewältigung der finanziellen Folgen der Corona-Pandemie. Der Kanton rechnete damals mit Ertragsausfällen von 7 Prozent der Gesamterträge bzw. 383 Mio. Franken, wovon 164 Mio. Franken auf private Trägerschaften entfallen. Daneben wurden die Zusatzkosten auf 5 bis 15 Mio. Franken geschätzt. Als Zusatzkosten gelten Investitions- und Sachkosten für den Aufbau, die Anpassung und die Umstellung von bestehenden medizinischen Abteilungen und die damit verbundene Anpassung von Prozessen sowie die Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten (Betten, Intensivpflegeplätze und Beatmungsplätze).

Diese Massnahmen weisen ein Volumen von insgesamt 305 Mio. Franken auf. 135 Mio. Franken werden in Form von nicht rückzahlbaren Beiträgen geleistet. Bei den Ertragsausfällen beteiligt sich der Kanton ausschliesslich an jenen Mindereinnahmen im stationären Bereich, die zulasten der OKP oder der Invalidenversicherung abgerechnet worden wären (Massnahme 1; 125 Mio. Franken). Davon deckt der Kanton Zürich 55 Prozent bzw. 20 Prozent.

In den Genuss der Zahlungen kommen nebst den Listenspitälern ebenfalls die Vertragsspitäler im Kanton. Bei der Berechnung werden Einnahmen aus Drittquellen (Kurzarbeitsentschädigung, Beiträge von anderen Kantonen) berücksichtigt. Die Beiträge werden zudem gekappt, sollte ein Spital dadurch im Jahr 2020 einen Gewinn erzielen. Bei den Zusatzkosten vergütet der Kanton hingegen 100 Prozent der Kosten (Massnahme 2; 10 Mio. Franken).

Nebst den A-fonds-perdu-Beiträgen gewährt der Kanton Zürich Überbrückungsdarlehen und Bürgschaften (Massnahme 3). Massgebend für die Gewährung solcher Darlehen sind Ertragsausfälle, welche nicht bereits durch die Massnahme 1 abgedeckt werden. Die Kantonsspitäler haben kein Anrecht auf kantonale Darlehen.

Am 11. November 2020 hat der Regierungsrat ein zweites Massnahmenpaket beschlossen, welches die Zusatzkosten der Covid-19-A- und Covid-19-B-Spitäler während der zweiten Welle (17.10.2020 – 31.12.2020) decken sollte. Beschlossen wurde eine pauschale Abgeltung pro Bett; 12'800 Franken für ein Intensivpflegebett sowie 3'200 Franken für ein Normalbett. Insgesamt wurde ein zusätzlicher Beitrag von 14.1 Mio. Franken budgetiert. Die über das Jahresende hinausgehenden Mehrkosten der zweiten Covid-19-Welle wurden anhand einer separaten Vorlage vergütet.

Am 15. September 2021 hat der Regierungsrat ein weiteres Massnahmenpaket beschlossen. Die Gesamtsumme dieses Pakets beläuft sich auf 18.1 Mio. Franken. Das Paket setzt sich dabei aus leistungsbezogenen Beiträgen zur Abgeltung der Tarifierdeckungen (9.9 Mio. Franken) und pauschalen Beiträgen zur Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen zusammen (8.2 Mio. Franken).

Das neueste Paket hat der Regierungsrat des Kantons Zürich am 12. Januar 2022 beschlossen. Die beiden Massnahmen summieren sich auf insgesamt rund 20.9 Mio. Franken. In diesem Paket wird einerseits wieder per Pauschale pro Bett vergütet. So werden 9.7 Mio. Franken als Entschädigung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen verteilt. Andererseits werden maximal 11.2 Mio. Franken bereitgestellt, um die Tarifierdeckungen mit leistungsbezogenen Beiträgen zu erstatten.

Insgesamt hat der Kanton Zürich folgende Massnahmenpakete und Umfänge beschlossen:

- Juni 2020, 305 Mio. CHF: [COVID-19-Pandemie, Massnahmenpaket zur Unterstützung der Spitäler](#)
- November 2020, 14.1 Mio. CHF: [Entschädigung der Zusatzkosten von COVID-Spitälern in der zweiten Pandemie-Welle](#)
- Dezember 2020, 12.4 Mio. CHF: [Corona-Pandemie, zweite Welle, Entschädigung der Zusatzkosten von COVID-Spitälern im Januar und Februar 2021, zusätzliche Ausgabenbewilligung](#)
- September 2021, 18.1 Mio. CHF: [Vierte Welle der Covid-Pandemie, Entschädigung der Zusatzkosten von Covid-Spitälern](#)
- Januar 2022, 20.9 Mio. CHF: [Fünfte Welle der Coronapandemie, Entschädigung der Zusatzkosten von Covid-Spitälern vom Dezember 2021 bis Februar 2022, zusätzliche gebundene Ausgabe](#)



5.3 Abgleich mit den Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2020

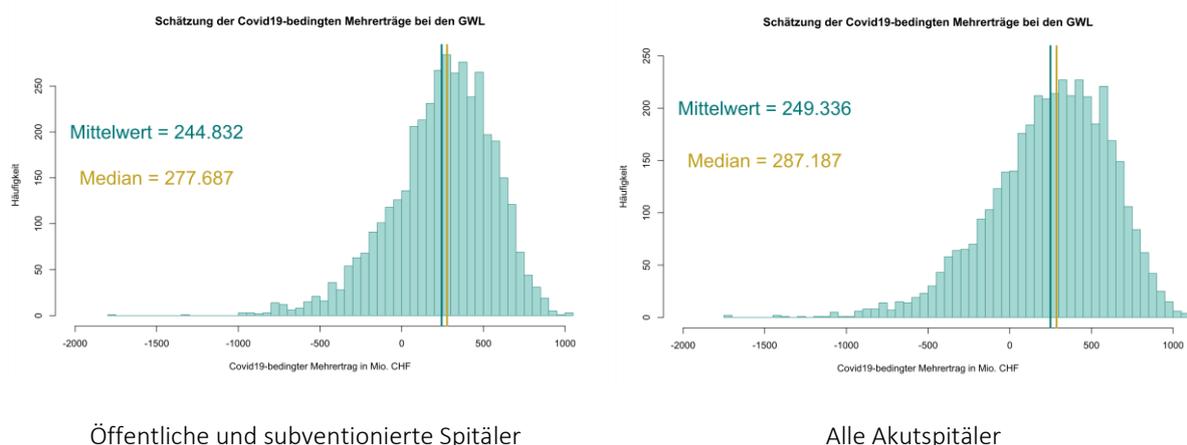
Aufgrund des teils zögerlichen Vorgehens der Kantone dürfte ein wesentlicher Teil der gezahlten Gelder noch nicht im Jahr 2020 in den Buchhaltungen der Spitäler auftauchen, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt. Unabhängig davon hat das Monitoring gezeigt, dass die GWL im Jahr 2020 markant angestiegen sind. Die Statistik der Schweizer Spitäler lässt es nicht zu, die Covid-19-bedingten Zuschüsse zu identifizieren, da diese nicht über ein eigenständiges Konto erfasst werden. Um trotzdem abschätzen zu können, welcher Anteil der Covid-19-bedingten Zuschüsse in den KZSS 2020 bereits verbucht worden sind, rechnen wir ein weiteres Regressionsmodell. Dabei werden die GWL-Beiträge pro Jahr und Kanton aufsummiert und dieser Betrag anhand der Anzahl Akutbetten, eines linearen Zeittrends sowie eines kantonalen Niveau-Effekts erklärt. Danach werden die nicht erklärbaren Abweichungen der Modellvoraussage von den effektiven GWL-Zahlungen im Jahr 2020 (Residuen) aufsummiert. Diese können als Indikator eines «Sondereffekts» im Jahr 2020 interpretiert werden und stellen einen Schätzwert der Covid-19-bedingten Vergütungen dar. Um die statistische Unsicherheit bei der Berechnung dieser Vergütungen zu berücksichtigen, werden die Residuen von insgesamt 4000 Replikationen des Modells berechnet und grafisch ausgewertet (vgl. Abbildung 7).

Zahlenvergleich

Gemäss Angaben der Kantone belaufen sich die Covid-19-Entschädigungen für das Jahr 2020 auf mind. 1.2 Mrd. Franken. Wie die KZSS 2020 zeigen, stiegen die Beiträge an GWL aber nur um rund 571 Mio. Franken. Von diesen 571 Mio. Franken dürften nur rund die Hälfte auf Covid-19-bedingte Ausgleichszahlungen zurückzuführen sein. Die restlichen Vergütungen werden erst in den folgenden Berichtsjahren vollständig sichtbar.

Im linken Teil der Abbildung werden lediglich die öffentlichen und subventionierten Spitäler berücksichtigt, im rechten Teil der Grafik fliessen die GWL-Zahlungen an sämtliche Spitäler mit ein. Die statistische Unsicherheit bei der Berechnung der Mehrerträge ist relativ gross. Konzentriert man sich jedoch auf den Median der 4000 Modellreplikationen, kommt man für alle Spitäler auf einen Mehrertrag von rund 287 Mio. Franken für das Jahr 2020. Diese Beiträge flossen praktisch ausschliesslich an subventionierte und öffentliche Spitäler. Bezogen auf die insgesamt gezahlten GWL von 2.43 Mrd. Franken ergibt sich ein Covid-19-bedingter Anteil von rund 11.8 Prozent.

Abbildung 7: Nicht erklärbare GWL-Zahlungen im Jahr 2020



Quelle: Angaben der Kantone. Darstellung: Universität Basel.

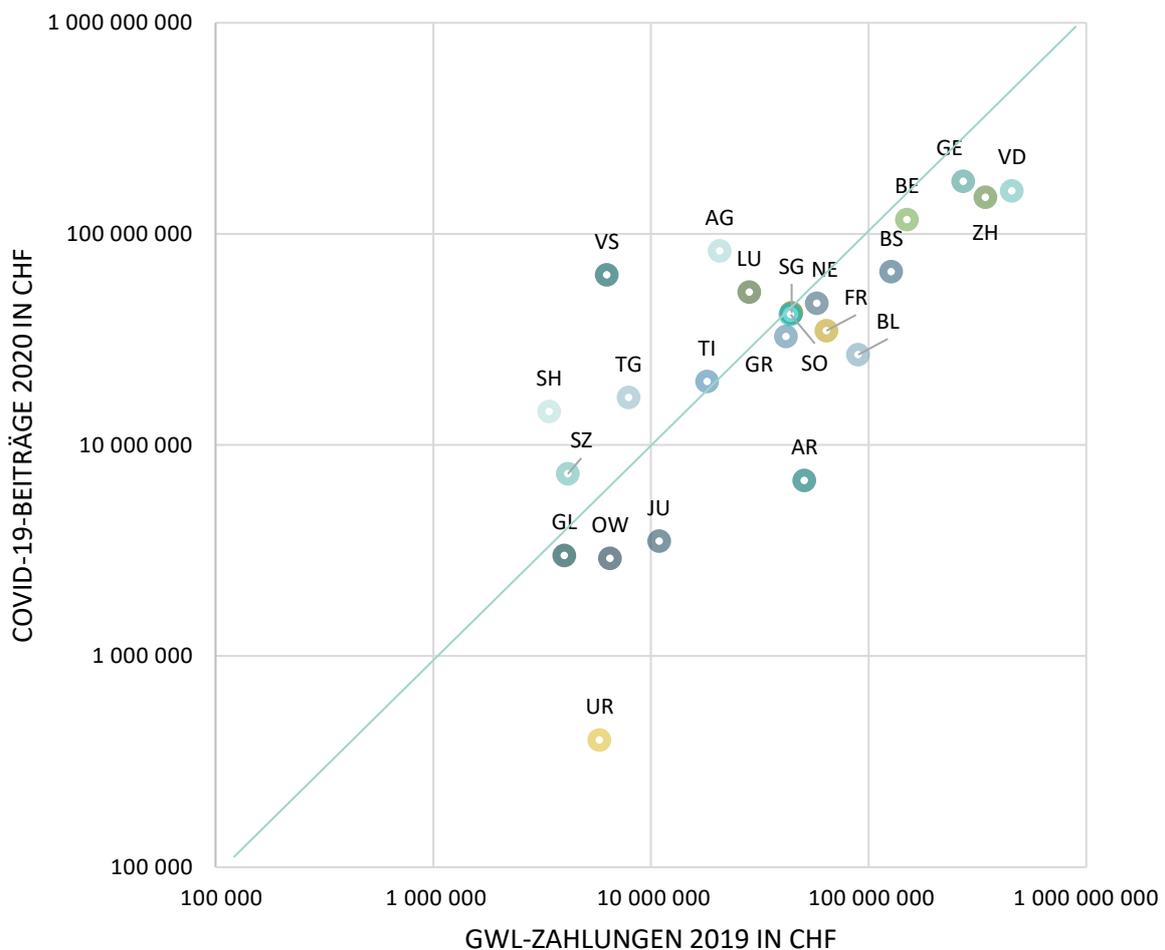
Anmerkung: Die Werte sind definiert als die Abweichung der tatsächlich verbuchten GWL und den Vorhersagen des Regressionsmodells. Dargestellt sind die Werte aus 4000 MCMC-Replikationen des Bayes-Regressionmodells.

Die Modellschätzung ist mit 287 Mio. Franken wesentlich niedriger als die anvisierten kantonalen Beiträge in der Höhe von rund 1.2 Mrd. Franken. Weshalb sich diese Beiträge noch nicht vollständig in den Rechnungen der Spitäler widerspiegeln, hat mehrere Gründe. Ein Hauptgrund ist die zeitliche Verzögerung vieler Zahlungen; zahlreiche Kantone haben die Beiträge erst im Jahr 2021 (oder sogar erst im Jahr 2022) an die Spitäler gezahlt. Somit

werden diese transitorischen Einnahmen erst in 2021 oder 2022 in den Kennzahlen enthalten sein. Der zweite Grund hat mit dem Analyserahmen der Studie zu tun; in einigen Kantonen erhielten bspw. auch die psychiatrischen Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen Beiträge vom Kanton für allfällige Mindereinnahmen. Da diese Studie allerdings auf akutsomatische Spitäler fokussiert, laufen diese Beiträge ausserhalb der für diese Analyse verwendeten Kennzahlen der Schweizer Spitäler. In jedem Fall ist aufgrund der verzögerten Auszahlung damit zu rechnen, dass auch im Jahr 2021 in den KZSS ein Covid-19-bedingter Sondereffekt zu sehen sein wird.

Vergleicht man die von den Kantonen gezahlten Beiträge an GWL für das Jahr 2019 mit den Covid-19-Entschädigungen für das Jahr 2020, wird eine starke Korrelation deutlich. Abbildung 8 stellt diesen Zusammenhang grafisch dar. Der Korrelationskoeffizient beträgt 0.74²¹, wobei man bereits bei einem Wert von 0.5 von einem starken Zusammenhang spricht. Unter den 23 dargestellten Kantonen gibt es einige, bei denen die Covid-19-Entschädigungen die Beiträge an die GWL im Vorjahr sogar übersteigen; es sind dies Aargau, Luzern, Schaffhausen, Schwyz, Thurgau, Tessin und Wallis. Am deutlichsten übersteigen die Covid-19-Beiträge die «normalen» GWL im Kanton Wallis. Auf der gegenüberliegenden Seite sticht der Kanton Uri hervor; im Vergleich zu den 5.8 Mio. Franken an GWL im Vorjahr fallen die Covid-19-Entschädigungen eher bescheiden aus. Aufgrund der stark positiven Korrelation dürfte die Covid-19-Krise die Unterschiede bei den GWL-Zahlungen zwischen den Kantonen akzentuieren.

Abbildung 8: GWL-Zahlungen (2019) und Covid-19-Entschädigungen (2020)



Quelle: Kennzahlen der Spitäler (2019), Angaben der Kantone (2020). Darstellung: Universität Basel.

Anmerkung: Aufgrund der stark unterschiedlichen Höhe der Zahlungen wurde eine logarithmische Darstellung gewählt.

²¹ Aufgrund des unklaren funktionalen Zusammenhangs zwischen den beiden Grössen und der fehlenden Normalverteilung wurde die Rangkorrelation von Spearman verwendet.



5.4 Bewertung der Massnahmen

5.3.1 Staatliche Haftung für Ertragsausfälle und Zusatzkosten

Der Bundesrat handelte während der Pandemie auf der Grundlage des Epidemiengesetzes. Nach Art. 7 EpG kann er, «wenn es eine ausserordentliche Lage erfordert, [...] für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen». Nach Art. 6 Abs. 1 EpG liegt eine besondere Lage vor, wenn

1. eine erhöhte Ansteckungs- und Ausbreitungsgefahr,
2. eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit und
3. schwerwiegende Auswirkungen auf die Wirtschaft oder auf andere Lebensbereiche bestehen

und die ordentlichen Vollzugsorgane nicht in der Lage sind, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen.

Der Bundesrat kann in diesem Fall nach Anhörung der Kantone insbesondere Ärztinnen, Ärzte und weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichten, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken (Art. 6 Abs. 2, Lit. c EpG). Nach weitverbreiteter Meinung war im März 2020 die Lage ausserordentlich und daher der Anlass gegeben, einschränkende Massnahmen zu ergreifen. Eine Beurteilung darüber, ob die konkret erlassenen Massnahmen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich waren, wie sie Art. 81 EpG vom Bundesrat verlangt, steht allerdings bisher aus.

Weiterhin stellt sich die **Haftungsfrage** für die aufgrund der erfolgten Massnahmen entstandenen Schäden. Nach Art. 63 EpG kann die anordnende Behörde Personen, die einen Schaden erleiden, entschädigen, soweit die Schäden nicht anderweitig gedeckt sind. In Art. 10a der Covid-19-Verordnung 2 vom 17. März 2020 sind die anordnenden Behörden, Bund und Kantone, und deren Massnahmen genannt. Der **Bund** wies die Spitäler und Kliniken an, auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien zu verzichten (Abs. 1). Daher sollte er grundsätzlich für die Ertragsausfälle haften, die aufgrund dieser Anordnung den Spitälern und Kliniken entstanden sind. Ebenfalls scheinen die **Kantone** in der Pflicht zu sein, für Mehrkosten zu haften, die privaten Spitälern und Kliniken durch die Verpflichtung entstanden, ihre Kapazitäten für die Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen (Abs. 2). Art. 63 EpG verpflichtet die anordnenden Behörden nicht zur Haftung, sondern lässt deren Haftung zu. Ob aus dem «Kann» ein «Muss» wird, werden Gerichte zu klären haben.

Das Epidemiengesetz sieht weiterhin eine Haftung für Schäden durch behördliche Massnahmen nach den Artikeln 33–38 sowie 41 Absatz 3 vor. Dies betrifft ausschliesslich einzelne Personen. Personengruppen, wie Ärzte und Gesundheitsfachpersonen, werden dagegen in diesen Artikeln nicht explizit adressiert. Ob damit eine Entschädigung von Personengruppen tatsächlich ausgeschlossen ist, ist allerdings fraglich. Es würde dem Sinn des Gesetzes widersprechen. Zudem anerkennen die Kantone faktisch über die beschlossenen Hilfen an Spitäler und Kliniken für finanzielle Schäden aufgrund von Covid-19-Massnahmen ihre Haftungspflicht. Frau Nationalrätin Herzog reichte am 19.03.2021 im Parlament eine [Motion](#) ein, wonach das Epidemiengesetz um einen Passus ergänzt werden solle, der Bund und Kantone verpflichtet, die Spitäler für jene Kosten zu entschädigen, die diesen durch die angeordneten Massnahmen entstehen. Der Bundesrat lehnte die Motion ab (vgl. Anhang zur Motion), der Nationalrat hat das Geschäft bisher noch nicht traktandiert. Seine ablehnende Haltung begründete der Bundesrat am 26. Juni 2021 damit, dass die Bewältigung der Pandemie und insbesondere der Umgang mit den eigenen Kompetenzen sorgfältig zu evaluieren sei und anschliessend dem Parlament eine Revision des Epidemiengesetzes unterbreitet würde. Zum jetzigen Zeitpunkt käme allerdings eine Revision zu früh. Zudem argumentiert er, mit der Übernahme der Test- und Impfkosten und den Unterstützungsmassnahmen von rund 57 Mrd. Franken habe sich der Bund bereits massgeblich an den Covid-19-Kosten beteiligt.

Des Weiteren reichte der Kanton Tessin im März 2021 eine [Standesinitiative](#) ein. Diese ist noch in der Vorprüfung und wurde vom Ständerat behandelt. Der eingereichte Text fordert die Bundesversammlung auf sicherzustellen, dass sich der Bund an den Mehrkosten für die Bereitstellung der Kapazitäten in der Covid-19-Pandemie und der

Aufrechterhaltung von Effizienz und Qualität beteiligt. Zudem wird ein Ausgleich allfälliger Einnahmeausfälle durch die Verordnung vom 16. März 2020 gefordert. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat dem Parlament empfohlen diese Initiative abzulehnen, wie auch drei andere, ähnliche Standesinitiativen der Kantone [Basel-Stadt](#), [Aargau](#) und [Schaffhausen](#). Die kleine Kammer folgte diesem Antrag, genauso wie bei den drei anderen Standesinitiativen, mit 21 zu 19 Stimmen und 2 Enthaltungen.

Die durch die Kantone beschlossenen Kompensationsmassnahmen beziehen sich durchwegs auf den Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die durch H+ erarbeiteten Vorschläge zur Kompensation von aufgrund von Covid-19-Massnahmen entstandenen Zusatzkosten und Mindererträge schliessen den **Zusatzversicherungsbereich** (VVG) aus. Die Argumentation der Kantone via Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), dass die Ertragsausfälle im VVG-Bereich dem «Betriebsrisiko» zuzuschreiben seien, ist nicht nachvollziehbar. Unternehmen sind zwar zwangsläufig einem mehr oder weniger grossen wirtschaftlichen Risiko ausgesetzt. Die behördlich angeordneten Eingriffe, wie sie während der 1. Welle vom Bundesrat getätigt wurden, haben jedoch weder mit dem üblichen betrieblichen Risiko zu tun, da diese nicht zu erwarten waren, noch sind sie das Ergebnis eines Ereignisses von höherer Gewalt. Selbst wenn die Covid-19-Pandemie als seltenes, unabwendbares Ereignis eingestuft wird, hatten die Behörden beim Beschliessen der Massnahmen einen grossen Entscheidungsspielraum. Dass es sich bei den Vergütungen im Zusatzversicherungsbereich um private Einkünfte handelt wie bspw. bei Restaurants, Geschäften oder Fitnesscentern, hat indes keinen Einfluss auf die Haftungsfrage, da lediglich der Kostenträger ein anderer ist.

5.3.2 Beiträge an die Mehrkosten

Die bei einer Covid-19-Erkrankung teilweise erforderliche intensivmedizinische Behandlung der Patienten ist grundsätzlich OKP-pflichtig und daher durch die **Krankenkassen und die Kantone** zu finanzieren. Das BAG attestierte bereits im März 2020, dass «*akut-stationäre Behandlungen von Covid-19 aufgrund der Infektion mit dem neuartigen Corona-Virus SARS-CoV-2 [...] in der [SwissDRG] Version 9.0 nur unzureichend abgebildet [werden]*». ²² Als Konsequenz wurde die Tarifversion 9.0 leicht überarbeitet und das Regelwerk angepasst. Dies ist insofern kein Spezialfall, als dass die SwissDRG ein ordentliches Antragsverfahren kennt, bei dem Leistungserbringer und Kostenträger die Aufnahme neuer Leistungen in das Tarifsysteem beantragen können. Das SwissDRG-System kann daher flexibel an die medizinische Entwicklung angepasst oder im Falle von Corona um neue Krankheitsbilder erweitert werden. Weil Covid-19-Behandlungen auch künftig stattfinden werden, kann dieser Aspekt im Rahmen der SwissDRG-Vergütung geregelt werden. Ein wichtiger Bestandteil der Covid-19-bedingten Behandlungskosten sind medikamentöse Therapien mit neu entwickelten Medikamenten (z.B. Remdesivir). In diesem Fall haben sich die Tarifpartner auf Zusatzentgelte geeinigt. Die Spitäler können diese Medikamente somit separat in Rechnung stellen. Mittelfristig soll die medikamentöse Therapie allerdings inhärenter Bestandteil der Fallpauschale werden.

Die Covid-19-bedingten medizinischen Leistungen (d.h. ärztliche Leistung, Pflege, Medikamente, Verbrauchsmaterial usw.) sind somit als **OKP-pflichtige Leistungen** zu taxieren. Die Aufteilung der entsprechenden Mehrkosten zwischen Versicherer und Kanton müsste im Verhältnis 55 zu 45 erfolgen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für die direkten Behandlungskosten, sondern für sämtliche im Rahmen der Behandlung von Covid-19-Patienten anfallenden Kosten (z.B. Nutzung der Infrastruktur, wie der Aufbau und Betrieb der Covid-19-Station und der Isolierzimmer, Kosten für die Beschaffung von Beatmungsgeräten sowie die Kosten für die nötige Schutz- und Hygieneausrüstung für das Personal). Insofern diese Leistungen für die Versorgung von Covid-19 zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind und eingesetzt werden, sind sie von den Kostenträgern anteilig zu finanzieren.

Zahlreiche Kantone sind in diesem Bereich in Vorleistung gegangen. Sie haben rasch und unbürokratisch gehandelt und mit ihren finanziellen Hilfen die kurz- und mittelfristige Liquidität der Spitäler sichergestellt. Dieses Vorgehen

²² «Kostenübernahme für die stationäre Behandlung im Rahmen der COVID-19-Pandemie», Faktenblatt des BAG vom 5. Mai 2020.



ist als pragmatisch zu beurteilen. Nun liegt der Ball beim Bund, eine faire und KVG-konforme Aufteilung der Kosten zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern zu erwirken.

5.3.3 Beiträge an die Ertragsausfälle

Damit bleibt die Frage der ambulanten und stationären Ertragsausfälle zu klären. Das Verbot der Durchführung elektiver Eingriffe hatte zum Ziel, die Vorhalteleistungen der Spitäler (Intensivbetten, Personal usw.) kurzfristig zu erhöhen. Dämpfend wirkte dabei die Möglichkeit der privaten Spitäler, in einigen Kantonen eine **Kurzarbeitsentschädigung** beantragen zu können. Die öffentlich-rechtlichen Spitäler hatten in diesem Zusammenhang einen Wettbewerbsnachteil, der grundsätzlich vom Kanton durch angemessene Zahlungen ausgeglichen werden könnte. Die Zahlungen könnten nach den Regeln und Ansätzen der Kurzarbeitsentschädigung durch das SECO erfolgen. Solche Zahlungen könnte man als gemeinwirtschaftliche Leistungen klassifizieren.

Die Kurzarbeitsentschädigung leistet allerdings nur einen Beitrag an die Personalkosten der Spitäler (ca. 63 % der Gesamtkosten). Die unter normalen Umständen anfallenden Erträge aus der Leistungserbringung werden ausserdem dafür benötigt, um die Abschreibungen, sowie die Verzinsung des gebundenen Kapitals (Eigen- und Fremdkapital) finanzieren zu können (ca. 9 %). Eine Sonderstellung nehmen in diesem Zusammenhang die Sachkosten (ca. 28 %) ein, die zumindest teilweise fallabhängig bzw. variabel sind (z.B. medizinischer Bedarf, Energie und Wasser, Lebensmittel) und daher nur dann anfallen, wenn tatsächlich Patienten behandelt werden (Stichwort: Aufwandminderung). All diese teilweise gegenläufigen Effekte machen es schwierig, die effektiven Covid-19-bedingten Einnahmeausfälle netto zu berechnen. Dies zeigt sich u.a. auch daran, dass viele Kantone mit den abschliessenden Auszahlungen warten, bis die definitiven Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler vorliegen, oder noch überhaupt keine Zahlungen beschlossen haben.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden von den Kantonen finanziert. Die BVGer-Entscheidung der letzten Jahre könnten jedoch dazu führen, dass die Kosten für **Vorhalteleistungen** (Spitalbetten, Personal, Notfallstation, Beatmungsgeräte usw.) künftig als **tarifrelevant** eingestuft und daher anteilmässig von den Kantonen und Versicherern getragen werden müssen. Das heutige KVG schliesst eine solche Aufteilung der Kosten für Vorhalteleistungen per se nicht aus. Art. 49 Abs. 3 KVG sagt lediglich aus, dass die Kosten für die universitäre Forschung und Lehre sowie die regionalpolitisch motivierte Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten nicht in den stationären Tarifverträgen berücksichtigt werden dürfen. Für eine eingehende Diskussion zum Thema Vorhalteleistungen sei auf die letztjährige Studie verwiesen (Felder und Meyer, 2020).

5.3.4 Covid-19-Beiträge und die Trägerschaft

Ein Grossteil der kantonalen Covid-19-Zahlungen dürfte an öffentliche und subventionierte Spitäler fliessen. Dies ist nebst dem hohen Marktanteil der Universitäts- und Kantonsspitäler vor allem ihrer zentralen Rolle während der Corona-Pandemie geschuldet. Die öffentlichen und subventionierten Spitäler wurden von den Kantonen über Leistungsverträge beauftragt, den überwiegenden Teil der stationären Covid-19-Patienten zu behandeln und waren daher mit Mehrkosten für den Aufbau und den Betrieb von Covid-19-Stationen konfrontiert. Dies gilt zumindest für einen Grossteil der Kantone. Daher zahlen die Kantone den Löwenanteil der Entschädigungen für Covid-19-bedingte Mehrkosten an öffentlich getragene Institutionen. In einigen Kantonen kommen die Privatkliniken überhaupt nicht zum Zuge. So leistet die Waadt Entschädigungen für Ertragsausfälle explizit nur an öffentliche Spitäler. Eine abschliessende Aufstellung der Kantonsbeiträge nach Trägerschaft kann erst dann erstellt werden, wenn die Kantone ihre definitiven Beiträge ausbezahlt haben. In den Kennzahlen der Schweizer Spitäler wird man im nächsten Jahr die Verbuchungen für 2021 nachvollziehen können.

Angesichts der akuten und dynamischen Lage wäre es für die Kantone schwierig gewesen, die Corona-Leistungsaufträge im Submissionsverfahren zu vergeben. Für künftige Gesundheitskrisen sind die Kantone allerdings ange-

halten zu evaluieren, wie sie die Ressourcen des privaten Gesundheitsbereichs besser nutzen könnten. Diese Überlegungen gilt es jedoch nicht erst bei einer allfälligen künftigen Krise anzustellen, sondern als Bestandteil einer kantonalen Gesundheitsstrategie aufzunehmen.

Bei den Entschädigungen für die Ertragsausfälle befanden sich die öffentlichen und subventionierten Spitäler im Nachteil, weil sie keinen Zugang zu Kurzarbeitsentschädigungen hatten. Allerdings ist bisher unklar, wie weit die Kurzarbeiterentschädigung ausreichen, die Löhne des unterbeschäftigten Personals bei den privaten Kliniken zu finanzieren. Wie hoch der Nachteil für die öffentlichen und subventionierten Spitäler schliesslich ausfallen wird, lässt sich ebenfalls erst abschätzen, wenn die definitiven Kostenrechnungen der Spitäler vorliegen. Für die Privat-spitäler fällt ins Gewicht, dass sich die Kantone auf die Entschädigung der OKP-Einnahmen beschränken. Für die Ertragsausfälle der Zusatzversicherungen, welche bei den Privatkliniken eine grössere Rolle spielen, werden gemäss unserer Recherche keine Entschädigungen gezahlt. Da das vorübergehende Verbot von elektiven Behandlungen vom Bund angeordnet wurde, besteht gemäss Epidemien-gesetz grundsätzlich beim Bund eine Haftungs-pflicht.



Literaturverzeichnis

Bundesamt für Statistik BFS (2019), *Kosten des Gesundheitswesens, Provisorische Ergebnisse für 2017*. [LINK](#)

Fachkommission Rechnungswesen & Controlling (2014), *Entscheid zum Antrag Nr. 14_001, H+ Die Spitäler der Schweiz*, Bern. [LINK](#)

Felder, S., und Meyer, S. (2021), *Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013-2018*. Studie im Auftrag ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen. Universität Basel. [LINK](#)

H+ Die Spitäler der Schweiz (2021), *Quantifizierung und Plausibilisierung der finanziellen Auswirkung von COVID-19 auf die Schweizer Spitäler ausgehend von der Finanzbuchhaltung und der Kostenartenrechnung*. (Version 2.0 vom April 2021). [LINK](#)

PwC (2021), *Whitepaper 4.0 – Finanzielle Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die Schweizer Spitäler*. (Stand: 4. Juni 2021). [LINK](#)

Anhang I: Datenquellen

Beschreibung	Link
Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Daten 2013
Kennzahlen der Schweizer Spitäler (KZSS)	Daten 2014
	Daten 2015
	Daten 2016
	Daten 2017
	Daten 2018
	Daten 2019
	Daten 2020
	Daten 2008-2020 (Längsschnittdaten)
Bundesamt für Statistik (BFS)	Betten und Hospitalisierungen nach Aktivitätstyp 1998-2020
Krankenhausstatistik (KS)	Fluss der hospitalisierten Patienten nach Wohnkanton und nach Kanton des Leistungserbringers 1999-2020
Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	
Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2020 (prov. Daten)



Anhang II: Tabellen

Tabelle A25: Überblick der Spitäler mit Änderung der Kennzahlen aufgrund von Rücksprachen

Kanton	Name des Spitals	Jahre mit korrigierten Werten		
BE	Privatklinik Linde AG	2013	2014	2015
	Lindenhof AG		2013	
	Inselspital Bern	2013	2014	2015
	Hôpital du Jura bernois SA	2013	2014	2015
	Spital Netz Bern AG	2013	2014	
	Regionalspital Emmental AG		2013	
	Hirslanden Bern AG	2013	2014	2015
	SRO Spital Region Oberaargau AG	2013	2014	
	Spitalzentrum Biel		2013	
	Spitäler FMI AG	2013	2014	2015
BS	Universitätsspital Basel		2013	
FR	Clinique Générale – Ste-Anne SA		2013	
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG		2013-2020	
NE	Hôpital Neuchâtelois HNE	2013	2014	
SZ	Spital Schwyz		2013	
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale		2013	
VS	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum AG	2014	2014	2015
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	2013		2015-2018
ZG	Zuger Kantonsspital AG		2013	
ZH	GZO Spital Wetzikon		2014	

Tabelle A26: Anteil Fälle nach Herkunft der Patienten nach Kanton, 2020

Kanton	kantonal	Andere Kantone	Ausland
AG	86.1%	12.0%	1.9%
AI	63.2%	35.1%	1.7%
AR	32.3%	67.0%	0.7%
BE	84.5%	14.9%	0.6%
BL	70.0%	27.6%	2.4%
BS	42.1%	52.3%	5.5%
FR	94.2%	5.5%	0.4%
GE	85.7%	6.9%	7.4%
GL	90.2%	9.3%	0.4%
GR	67.0%	26.2%	6.8%
JU	93.9%	5.4%	0.7%
LU	76.4%	22.8%	0.8%
NE	95.2%	4.1%	0.7%
NW	63.0%	35.9%	1.0%
OW	77.8%	21.8%	0.3%
SG	76.7%	18.9%	4.4%
SH	77.8%	17.8%	4.4%
SO	79.0%	20.4%	0.6%
SZ	83.3%	16.2%	0.5%
TG	91.3%	7.7%	1.0%
TI	93.6%	3.7%	2.7%
UR	93.0%	5.8%	1.2%
VD	83.9%	14.4%	1.7%
VS	92.9%	4.8%	2.3%
ZG	75.6%	23.9%	0.5%
ZH	82.9%	15.9%	1.1%
CH	80.5%	17.3%	2.2%

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020). Berechnung: Universität Basel.



Tabelle A27: Schliessungen, Fusionen und Änderung der Trägerschaft, 2013-2020

A) Wegfall aus der Statistik akuter Einrichtungen (Schliessung, Fusion anderer Aktivitätstyp usw.)	Geburtshus Storchenäsch	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2020)
	Hirslanden Klinik St. Anna	Nur noch ein Fragebogen für die beiden Betriebe Hirslanden Klinik St. Anna AG Hirslanden Klinik Meggen (2020)
	Ita Wegman Geburtshaus	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2020)
	Nouvelle Clinique Vert-Pré	Vorübergehende Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2020)
	Augenklinik Dr. A. Scarpatetti AG	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2017)
	Clinique Cecil SA	Fusion mit Hirslanden Lausanne SA; Standort bleibt (2014)
	Clinique la Métairie SA	A/P/R → P (2014)
	Clinique Médico-Chirurgicale de Longeraie SA	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Clinique Montbrillant SA	Fusion mit Swiss Medical Network (2014)
	Geburtshaus Graubünden	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2014)
	Klinik Pyramide Schwerzenbach	Aufgabe des Standorts (2016)
	Klinik Schönberg AG	A/R → R (2014)
	Lukas Klinik	Fusion mit einer anderen Klinik (2014)
	Maison de naissance Aquila	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance La Grange Rouge	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance Lunaissance	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Maison de naissance Zoé	Schliessung/kein stat. Angebot mehr (2016)
	Privatklinik Piano	unklar (nicht mehr in der Statistik, 2014)
	Vista Diagnostics AG	unklar (nicht mehr in der Statistik, 2014)
	Hôpital du Chablais VD	Fusion mit Hôpital de Vaud (2014)
	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB) Estavayer le Lac	Zusammenlegung (statistisch) mit dem Standort in Payerne (2014)
	Schweizerisches Epilepsie Zentrum	Fusion mit Klinik Lengg AG (2014)
	Felix Platter Spital	A/R → R (2014)
	Réseau Santé Mentale SA RSM SA	Fusion mit Hôpital du Jura bernois (2014)
	Klinik St.Georg Goldach AG	Schliessung (2019)
	Clinica Luganese SA Sede San Rocco	Fusion mit Clinica Luganese Moncucco SA (2019, Standort bleibt)
Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	Fusion mit Hôpital du Valais Centre hospitalier du Valais Romand CHVR (2019, Standort bleibt)	
B) Aufnahme in die Statistik akuter Einrichtungen (Neueröffnung, anderer Aktivitätstyp usw.)	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Chablais (CHC)	P/R → A/P/R (2015)
	Leukerbad Clinic RZL Rehabilitationszentrum R Leukerbad AG	R → A/R (2015) → R (2016)
	Geriatrische Klinik St. Gallen	R → A/R (2014) → A (2015)
	Klinik Lengg AG	Ehem. Schweiz. Epilepsie Zentrum (2014)
	Geburtshaus Maternité Alpine	Neueröffnung (2017)

	Clinique CIC Valais SA	Neueröffnung (2014)
	Clinique du Grand-Salève Sàrl	Neueröffnung (2018)
	Matthea Geburtshaus	Neueröffnung (2019)
	Geburtshaus St.Gallen GmbH	Neueröffnung (2019)
	SMN - Klinik Gümliigen	Neuer Betrieb aus Teilverkauf der Siloah AG (2019)
	Hôpital de Moutier SA	Neuer Betrieb aus Abspaltung des Hôpital de Jura bernois (2019)
	Hôpital de Lavaux	R → A/R (2019)
	Fondation Rive-Neuve Unité de Soins Palliatifs	R → A/R (2019)
	Adullam Spital	R → A/R (2020)
	Felix Platter-Spital	R → A/R (2020)
	Pôle santé Vallée de Joux Hôpital de la Vallée de Joux	Neueröffnung (2020)
C) Änderung der Trägerschaft/ Organisationsstruktur	Spital Affoltern	Verein / Stiftung → öff. Unternehmen (2015)
	Spital Netz Bern AG	Insel Gruppe AG (nicht-universitär) (2016)
	Regionalspital Surselva AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH (2015)
	Spital Bülach AG	öff. Unternehmen → AG / GmbH (2015)

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

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013-2020). Darstellung: Universität Basel.



Anhang III: Verzeichnis der Schweizer Akutspitäler 2020

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitäts-typ ²	Anzahl Stand-orte
CH	Private Spitäler	Anzahl 95			114
AG	Hirslanden Klinik Aarau	5000 Aarau	K112	A	1
AG	SMN - Klinik Villa im Park	4852 Rothrist	K235	A	1
AR	Berit Klinik AG	9042 Speicher	K231	A, R	2
AR	Hirslanden Klinik Am Rosenberg AG	9410 Heiden	K231	A	1
BE	Geburtshaus Luna AG	3072 Ostermundigen	K232	B	1
BE	Genossenschaft Geburtshaus Simmental-Saaneland - Maternité Alpine	3770 Zweisimmen	K232	B	1
BE	Hirslanden Bern AG	3013 Bern	K112	A	5
BE	Hirslanden Klinik Linde AG	2503 Biel	K121	A	1
BE	Klinik Hohmad AG	3600 Thun	K231	A	1
BE	Lindenhofgruppe AG	3012 Bern	K112	A	4
BE	Siloah AG	3073 Gümligen	K122	A, R	1
BE	SMN - Klinik Gümligen	3073 Gümligen	K231	A	1
BE	Stiftung Diaconis Palliative Care	3013 Bern	K123	A	1
BL	Ergolz-Klinik	4410 Liestal	K235	A	1
BL	Geburtshaus ambra GmbH	4443 Wittinsburg	K232	B	1
BL	Geburtshaus Tagmond GmbH	4133 Pratteln	K232	B	1
BL	Hirslanden Klinik Birshof	4142 Münchenstein	K231	A	1
BL	Hospiz im Park	4144 Arlesheim	K123	A	1
BL	Klinik Arlesheim AG	4144 Arlesheim	K123	A, P	2
BL	Praxisklinik Rennbahn AG	4132 MuttENZ	K231	A	1
BL	Vista Klinik	4102 Binningen	K235	A	1
BS	Adullam Spital	4056 Basel	K234	A, R	2
BS	Bethesda Spital AG	4052 Basel	K121	A, R	1
BS	Geburtshaus Basel	4054 Basel	K232	B	1
BS	Matthea Geburtshaus	4057 Basel	K232	B	1
BS	Merian Iselin Klinik	4054 Basel	K231	A	1
BS	Palliativzentrum Hildegard	4052 Basel	K235	A	1
BS	SMN - Schmerzlinik Basel	4051 Basel	K235	A	1
BS	St. Claraspital	4058 Basel	K112	A	1
FR	Hôpital Jules Daler	1700 Fribourg	K122	A	1
FR	Maison de Naissance le Petit Prince	1752 Villars-sur-Glâne	K232	B	1
FR	SMN - Clinique Générale - Ste-Anne SA	1700 Fribourg	K231	A	1
GE	Clinique de Carouge AG	1227 Carouge GE	K231	A	1
GE	Clinique de la Plaine	1205 Genève	K231	A	1
GE	Clinique des Grangettes SA	1224 Chêne-Bougeries	K122	A	1
GE	Clinique Générale-Beaulieu	1206 Genève	K122	A	1
GE	Clinique la Colline	1206 Genève	K231	A	1
GE	Hôpital de la Tour	1217 Meyrin	K121	A	1
GE	Maison de naissance La Roseraie	1205 Genève	K232	B	1
GR	Hochgebirgsklinik Davos AG	7265 Davos Wolfgang	K221	A, R	1
GR	Klinik Gut St. Moritz AG	7500 St. Moritz	K231	A	2
JU	Maison de naissance Les Cigognes	2824 Vicques	K232	B	1
LU	Geburtshaus Terra Alta	6208 Oberkirch LU	K232	B	1
LU	Hirslanden Klinik St. Anna AG	6006 Luzern	K112	A	3
LU	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil AG	6207 Nottwil	K235	A, R	1
NE	Clinique Volta SA	2300 La Chaux-de-Fonds	K123	A	1
NE	Maison de Naissance Tilia Sàrl	2000 Neuchâtel	K232	B	1
NE	SMN - Neuchâtel	2001 Neuchâtel	K123	A	3
NW	Geburtshaus Stans	6370 Stans	K232	B	1
SG	Geburtshaus St.Gallen GmbH	9000 St. Gallen	K232	B	1
SG	Hirslanden Klinik Stephanshorn	9016 St. Gallen	K122	A	2
SG	Rosenklinik AG	8640 Rapperswil-Jona	K231	A	1
SG	Thurklinik AG	9244 Niederuzwil	K231	A	1
SH	SMN - Privatklinik Belair	8200 Schaffhausen	K231	A	1

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitäts-typ ²	Anzahl Stand-orte
SO	Pallas Kliniken AG	4600 Olten	K235	A	1
SO	SMN - Privatklinik Obach	4500 Solothurn	K231	A	1
SZ	AMEOS Seeklinikum Brunnen AG	6440 Brunnen	K212	A, P	1
SZ	AMEOS Spital Einsiedeln AG	8840 Einsiedeln	K122	A	1
TG	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	8280 Kreuzlingen	K123	A	1
TG	Klinik Seeschau AG	8280 Kreuzlingen	K231	A	1
TG	Venenklinik Bellevue AG	8280 Kreuzlingen	K231	A	1
TI	Cardiocentro Ticino (CCT)	6900 Lugano	K122	A, R	1
TI	Clinica Dr. Spinedi c/o Clinica Santa Croce	6644 Orselina	K235	A	1
TI	Clinica Fondazione G. Varini	6644 Orselina	K235	A	1
TI	Clinica Luganese Moncucco SA	6900 Lugano	K121	A	1
TI	Clinica Santa Chiara SA	6600 Locarno	K122	A	1
TI	Ospedale Malcantonese Fondazione Giuseppe Rossi	6980 Castelrotto	K212	A, P	1
TI	SMN - Clinica Ars Medica	6929 Gravesano	K231	A	1
TI	SMN - Clinica Sant'Anna	6924 Sorengo	K122	A	1
VD	Biotonus, Clinique Bon-Port SA centre de soins médicaux & esthétiques	1820 Montreux	K235	A	1
VD	Clinique CIC Riviera	1815 Clarens	K231	A	1
VD	Clinique de Genolier	1272 Genolier	K123	A	1
VD	Clinique de La Source	1004 Lausanne	K122	A	1
VD	Clinique de Montchoisi	1006 Lausanne	K231	A	1
VD	Clinique la Prairie SA	1815 Clarens	K235	A	1
VD	Fondation Rive-Neuve - Unité de Soins Palliatifs	1807 Blonay	K235	A, R	1
VD	Hirslanden Lausanne SA	1006 Lausanne	K121	A	2
VS	Clinique CIC Valais SA	1907 Saxon	K231	A	1
VS	SMN - Clinique de Valère	1950 Sion	K231	A	1
ZG	Andreas Klinik	6330 Cham	K122	A	1
ZH	Adus Medica AG	8157 Dielsdorf	K231	A	1
ZH	Eulachklinik AG	8400 Winterthur	K231	A	1
ZH	Geburtshaus Delphys	8003 Zürich	K232	B	1
ZH	Geburtshaus Zürcher Oberland AG	8344 Bäretswil	K232	B	2
ZH	Klinik Hirslanden AG	8008 Zürich	K112	A	2
ZH	Klinik Im Park	8002 Zürich	K121	A	1
ZH	Klinik Pyramide am See AG	8008 Zürich	K231	A	1
ZH	Klinik Susenberg	8044 Zürich	K235	A, R	1
ZH	Klinik Tiefenbrunnen AG	8702 Zollikon	K231	A	1
ZH	Limmatklinik AG	8005 Zürich	K231	A	1
ZH	Paracelsus-Spital Richterswil AG	8805 Richterswil	K123	A	1
ZH	Privatklinik Bethanien - GSMN Schweiz AG	8044 Zürich	K122	A	1
ZH	Privatklinik Lindberg - GSMN Schweiz AG	8400 Winterthur	K231	A	1
ZH	Schulthess Klinik	8008 Zürich	K231	A	1
ZH	Uroviva Klinik AG	8180 Bülach	K231	A	1
CH	Subventionierte Spitäler	Anzahl 53		Standorte	105
AG	Asana Spital Leuggern AG	5316 Leuggern	K122	A	1
AG	Asana Spital Menziken AG	5737 Menziken	K122	A	1
AG	Gesundheitszentrum Fricktal	4310 Rheinfelden	K121	A	3
AG	Kantonsspital Aarau AG	5000 Aarau	K112	A	1
AG	Kantonsspital Baden AG	5404 Baden	K112	A	4
AG	Klinik Barmelweid AG	5017 Barmelweid	K221	A, P, R	3
AG	Spital Zofingen AG	4800 Zofingen	K122	A	1
AG	Stiftung Spital Muri	5630 Muri AG	K121	A	1
BE	Fürsorgeverein Bethesda	3233 Tschugg	K221	A, R	1
BE	Hôpital de Moutier SA	2740 Moutier	K123	A	1
BE	Hôpital du Jura bernois SA	2610 Stlmier	K121	A, P, R	8
BE	Insel Gruppe AG (nicht-universitär)	3010 Bern	K112	A, R	5



Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitäts-typ ²	Anzahl Stand-orte
BE	Insel Gruppe AG (universitär)	3010 Bern	K111	A, R	1
BE	Regionalspital Emmental AG	3400 Burgdorf	K112	A, P	2
BE	Spital STS AG	3600 Thun	K112	A, P	4
BE	Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG	3800 Unterseen	K112	A, P	2
BE	Spitalzentrum Biel AG	2502 Biel	K112	A, R	1
BE	SRO AG	4900 Langenthal	K121	A, P	4
GL	Kantonsspital Glarus	8750 Glarus	K122	A, P	2
GR	Center da Sanadad Savognin SA	7460 Savognin	K123	A	1
GR	Center da Sanda Engiadina Bassa Ospidal d'Engiadina Bassa	7550 Scuol	K123	A, R	1
GR	Centro Sanitario Valposchiavo Ospedale San Sisto	7742 Poschiavo	K123	A	1
GR	Flury Stiftung Spital Schiers	7220 Schiers	K122	A	1
GR	Kantonsspital Graubünden	7000 Chur	K112	A	1
GR	Regionalspital Surselva AG	7130 Ilanz	K122	A	1
GR	Spital Davos AG Akutabteilung	7270 Davos Platz	K122	A	1
GR	Spital Thusis	7430 Thusis	K123	A	1
SG	Stiftung Ostschweizer Kinderspital	9006 St. Gallen	K233	A, P	2
SO	Solothurner Spitäler AG	4500 Solothurn	K112	A, P	5
SZ	Spital Lachen	8853 Lachen SZ	K121	A	1
SZ	Spital Schwyz	6430 Schwyz	K121	A, R	1
TG	Spital Thurgau AG Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen	8501 Frauenfeld	K112	A	2
VD	EHC Ensemble hospitalier de la Côte	1110 Morges	K112	A, R	3
VD	Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)	1400 YverdonlesBains	K112	A, P, R	5
VD	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) SA	1260 Nyon	K121	A, R	2
VD	Hôpital de Lavaux	1096 Cully	K221	A, R	1
VD	Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)	1530 Payerne	K122	A, R	2
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin Fondation Asile des Aveugles	1004 Lausanne	K235	A	1
VD	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	1847 Rennaz	K112	A, R	6
VD	Pôle santé du Pays-d'Enhaut	1660 Châteaud'Oex	K123	A, R	1
VD	Pôle santé Vallée de Joux Hôpital de la Vallée de Joux	1347 Le Sentier	K122	A	1
VD	Réseau Santé Balcon du Jura.vd (RSBJ)	1450 SteCroix	K123	A, R	2
ZG	Zuger Kantonsspital AG	6340 Baar	K112	A	1
ZH	GZO Spital Wetzikon	8620 Wetzikon ZH	K112	A	1
ZH	Klinik Lengg AG	8008 Zürich	K235	A, R	1
ZH	See-Spital	8810 Horgen	K112	A	2
ZH	Spital Affoltern AG	8910 Affoltern am Albis	K122	A, P	1
ZH	Spital Bülach AG	8180 Bülach	K112	A	1
ZH	Spital Männedorf AG	8708 Männedorf	K121	A	1
ZH	Spital Zollikerberg	8125 Zollikerberg	K112	A	2
ZH	Sune-Egge	8005 Zürich	K235	A	1
ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich - Das Spital der Eleonorenstiftung	8032 Zürich	K233	A, P, R	3
ZH	Universitätsklinik Balgrist	8008 Zürich	K231	A, R	2
CH	Öffentliche Spitäler	Anzahl 35			92
AI	Kantonales Spital Appenzell	9050 Appenzell	K123	A	1
AR	Spitalverbund AR, Akutsomatisches Spital Heiden/Herisau	9100 Herisau	K121	A	2
AR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, Psychiatrisches Zentrum	9100 Herisau	K212	P	1
BL	Kantonsspital Baselland	4410 Liestal	K112	A, R	3
BS	Felix Platter-Spital	4055 Basel	K234	A, P, R	2

Kt.	Spital	Ort	Typ ¹	Aktivitäts-typ ²	Anzahl Stand-orte
BS	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	4056 Basel	K233	A	1
BS	Universitätsspital Basel	4031 Basel	K111	A	1
FR	HFR - Hôpital fribourgeois	1708 Fribourg	K112	A, R	5
GE	Les Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	1205 Genève	K111	A, P, R	5
GR	Center da Sanda Val Müstair Akutabteilung	7536 Sta. Maria V. M.	K123	A	1
GR	Centro Sanitario Bregaglia Reparto Acuto	7606 Promontogno	K123	A	1
GR	Spital Oberengadin	7503 Samedan	K122	A	1
JU	Hôpital du Jura	2900 Porrentruy	K121	A, P, R	4
LU	Luzerner Höhenklinik Montana	3963 Crans-Montana	K221	A, R	1
LU	Luzerner Kantonsspital	6004 Luzern	K112	A, R	5
NE	Réseau hospitalier neuchâtelois RHNe	2000 Neuchâtel	K112	A, R	6
NW	Kantonsspital Nidwalden	6370 Stans	K122	A	1
OW	Kantonsspital Obwalden	6060 Sarnen	K121	A	1
SG	Geriatrische Klinik St. Gallen	9000 St. Gallen	K234	A	1
SG	Kantonsspital St. Gallen	9007 St. Gallen	K112	A	3
SG	Spital Linth	8730 Uznach	K122	A	1
SG	Spitalregion Fürstenland Toggenburg	9500 Wil SG	K121	A, P	2
SG	Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	9445 Rebstein	K112	A	4
SH	Spitäler Schaffhausen	8208 Schaffhausen	K112	A, P, R	3
TI	EOC Ente ospedaliero cantonale	6500 Bellinzona	K112	A, R	9
UR	Kantonsspital Uri	6460 Altdorf UR	K122	A	1
VD	CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	1011 Lausanne	K111	A, P, R	3
VS	Hôpital du Valais - Centre hospitalier du Valais Romand CHVR	1950 Sion	K112	A, P, R	8
VS	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO)	3930 Visp	K112	A, P, R	3
ZH	Kantonsspital Winterthur	8400 Winterthur	K112	A, P	3
ZH	Spital Limmattal	8952 Schlieren	K112	A	1
ZH	Spital Uster	8610 Uster	K112	A	1
ZH	Stadtspital Triemli	8063 Zürich	K112	A	2
ZH	Stadtspital Waid	8037 Zürich	K112	A	1
ZH	Universitätsspital Zürich	8091 Zürich	K111	A, P	4
CH	Alle Spitäler	Anzahl	183	Standorte	311

Anmerkungen: ¹Typ (BFS): K111 = Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital), K112 = Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2), K121 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3), K122 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4), K123 = Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5), K211 = Psychiatrische Klinik (Niveau 1), K212 = Psychiatrische Klinik (Niveau 2), K221 = Rehabilitationsklinik, K231 = Spezialklinik: Chirurgie, K232 = Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie, K233 = Spezialklinik: Pädiatrie, K234 = Spezialklinik: Geriatrie, K235 = Spezialklinik: Diverse; ²Aktivitätstyp (BFS): A = Akutpflege, B = Geburtshaus, R = Rehabilitation / Geriatrie, P = Psychiatrie.

Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2020).