Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Spitallandschaft im Wandel

STANDPUNKT

Die Spitaldichte in der Schweiz ist ein Dauerthema in Politik und Öffentlichkeit. Oft wird die Anzahl Spitäler als zu hoch erachtet und ein angebliches Überangebot beklagt. Von einer Reduktion verspricht man sich Effizienzgewinne und Kostenreduktionen. Ausgeblendet werden dabei häufig die geografischen oder auch sprachlichen Gegebenheiten in der Schweiz, die einen Einfluss auf die Spitallandschaft haben. Der internationale Vergleich zeigt jedoch, dass die Bettendichte in der Schweiz im europäi-schen Mittelfeld liegt (OECD, 2025). Zudem hat die Covid-19-Pandemie eindrücklich vor Augen geführt, wie wichtig eine leistungsfähige und widerstandsfähige Spitalversorgung ist.

Das vorliegende Bulletin des Obsan verdeutlicht, dass die Spitallandschaft in Bewegung ist: Es geht in Richtung Konzentration und Spezialisierung. Das ist aus Qualitäts- und Effizienzsicht zu begrüssen. Die Kantone unterstützen diese Entwicklung im Bereich der hochspezialisierten Medizin mit einer gesamtschweizerischen, von allen Kantonen getragenen Spitalplanung. Zudem erachtet die GDK eine verbindlichere, systematischere Koordination der kantonalen Spitalplanungen als erstrebenswert. So lässt sich trotz zunehmender Spezialisierung der Zugang zu einem breiten, qualitativ hochstehenden medizinischen Angebot wirtschaftlich nachhaltig sicherstellen.

Das Bulletin fokussiert auf die spitalstationäre Versorgung. Angesichts der zunehmenden Verlagerung in den ambulanten Bereich wird es künftig ebenso wichtig sein, auch dort Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen berücksichtigen – selbst, wenn die Kantone mit ihren Spitalplanungen keinen direkten Einfluss auf den ambulanten Sektor haben.

Kathrin Huber,
Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen in der akutstationären Versorgung seit 2013

Die Spitallandschaft in der Schweiz befindet sich in stetigem Wandel: Spitäler fusionieren, Spitalstandorte werden geschlossen und neue spezialisierte Zentren eröffnet. Das vorliegende Bulletin bildet diese Entwicklungen in der Spitallandschaft ab. Analysiert wird die akutstationäre Versorgung seit 2013. Im Zentrum stehen zwei Fragen: Gibt es heute – insgesamt und pro Leistungsbereich – weniger Spitäler als noch vor zehn Jahren? Und, fokussieren sich die Spitäler stärker auf bestimmte Leistungsbereiche?

Wichtigste Ergebnisse

- Zwischen 2013 und 2023 zeigt sich eine zunehmende Konzentration der Spitalleistungen in der Akutsomatik.
- In 19 von 24 Spitalplanungs-Leistungsbereichen (SPLB) sind klare Konzentrationstendenzen erkennbar – besonders in *Ophthalmologie, (Radio-)Onkologie* und im Bereich *Hals-Nasen-Ohren*. Gegenläufige Tendenzen sind in den SPLB *Urologie, Gefässe, Nephrologie, Thoraxchirurgie,* und *Schwere Verletzungen* auszumachen.
- Die beobachtete Konzentration geht einerseits auf eine Reduktion der Spitalstandorte und andererseits auf die zunehmende Spezialisierung der Spitäler zurück.
- Das Bulletin macht die strukturellen Veränderungen in der Spitallandschaft sichtbar: Die Entwicklungen lassen sich mit den verfügbaren Daten gut beschreiben. Was genau die Ur-sachen dafür sind und welche Rolle die Massnahmen im Rahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung dabei spielen, lässt sich jedoch nicht abschliessend beurteilen.

Hintergrund

Trotz rückläufiger Anzahl Spitalstandorte seit den 1980er-Jahren weist die Schweiz im internationalen Vergleich traditionell eine hohe Spitaldichte auf. Dennoch liegt die Bettendichte unter jener der Nachbarländer, da die einzelnen Spitäler tendenziell klein sind (De Pietro et al., 2015). Diese strukturellen Voraussetzungen werden häufig mit den vergleichsweise hohen Gesundheitskosten in der Schweiz in Verbindung gebracht. Vor diesem Hintergrund verfolgte die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur Spitalfinanzierung, die 2012 in Kraft trat, unter anderem das Ziel, Veränderungen in der Spitallandschaft herbeizuführen – einerseits durch die Stärkung von Wettbewerbselementen, andererseits durch eine gezielte Steuerung im Rahmen der kantonalen Spitalplanungen (Jörg & Ruflin, 2016). Die dabei unterstellten Wirkungsmechanismen sind vielschichtig. Fallpauschalen, die dualfixe Finanzierung und somit die Aufhebung der Unterscheidung von privaten und öffentlichen Spitälern in Verbindung mit der freien Spitalwahl erhöhen den Wettbewerbsdruck. Dieser führt dazu, dass wirtschaftlich weniger leistungsfähige Spitäler Marktanteile verlieren oder ganz aus dem Markt ausscheiden. Gleichzeitig schaffen die kantonalen Spitalplanungen und die interkantonale Koordination zusätzliche Anreize für Spitäler, sich auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren (Pellegrini et al., 2010). Dies gilt insbesondere für komplexe Eingriffe, etwa im Bereich der hochspezialisierten Medizin, bei denen sich gezeigt hat, dass eine höhere Fallzahl mit einer besseren Behandlungsqualität einhergeht (volume-outcome relationship).

Somit stehen insbesondere zwei Begriffe im Zentrum der Entwicklung der Spitallandschaft: Konzentration und Spezialisierung. **Konzentration** bezeichnet im vorliegenden Bulletin die Reduktion der Zahl der Leistungserbringer bzw. die Verschiebung der Marktanteile zugunsten grosser Leistungserbringer – insgesamt oder innerhalb von einzelnen Leistungsbereichen. Bei Fragen zur Konzentration liegt der Fokus demnach auf der Spitallandschaft als Ganzes. **Spezialisierung** hingegen beschreibt die Fokussierung einzelner Spitäler auf bestimmte Leistungsbereiche, also Entwicklungen auf Ebene einzelner Spitäler. Beide Entwicklungen treten oft gemeinsam auf, sind aber analytisch zu unterscheiden: Eine zunehmende Konzentration kann von einer Spezialisierung einzelner Spitäler auf bestimmte Leistungsbereiche herrühren– muss es aber nicht zwangsläufig.

Das Bulletin untersucht, ob und in welcher Form sich Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse im Zeitverlauf tatsächlich zeigten und in welchen Bereichen sie besonders ausgeprägt sind. Zentrale Grundlage für die Analysen bilden die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) sowie die Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamts für Statistik (BFS) der Jahre 2013 bis 2023. Weitere Informationen zur Methodik finden sich in Kasten K1 sowie im Begleitdokument zu diesem Bulletin.

Kasten 1: Daten und Methoden

Die Analysen im Bulletin basieren auf den stationären Leistungen der Schweizer Spitäler zwischen der 2013 und 2023 gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamts für Statistik (BFS).

Als Analyseeinheit dienen die **Spitalstandorte**, d.h. bei Spitälern mit mehreren Standorten werden die einzelnen Standorte, nicht die übergeordneten Betriebe betrachtet. Zwecks Leserlichkeit wird im Bulletin auch der Begriff Spital stellvertretend für Spitalstandort verwendet. Berücksichtigt wurden nur Spitalstandorte mit akutsomatischen Leistungen. Die Identifikation der Spitalstandorte und Abgrenzung der Akutsomatik stützt sich auf die Krankenhausstatistik (KS) des Bundesamts für Statistik (BFS) und Erfahrungen des Obsan aus früheren Studien sowie Abklärungen bei den zuständigen Kantonen (siehe Abgrenzung und Falldefinition und Ausführungen im Begleitdokument).

Zur Analyse des Leistungsspektrums (d.h. des medizinischen Angebots) der Spitäler und bereichsspezifischer Konzentrationstendenzen werden die **Spitalplanungs-Leistungsbereiche (SPLB)** gemäss Systematik der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GDZH) genutzt. Zur Gruppierung wurde der SPLG-Grouper Version 2024.0.51 mit den Definitionen gemäss Spitalplanung 2012 (SPL12) der GDZH verwendet. Im Gegensatz zu den Leistungsgruppen (SPLG) sind die Definitionen der SPLB über die Jahre weitgehend stabil, deshalb sind die SPLB für zeitliche Vergleiche besser geeignet. Bei Änderungen in der Klassifikation wurde der Analysezeitraum für einzelne SPLB eingeschränkt **(primärer Analysezeitraum, pAZ)**, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Im Sinne einer Sensitivitätsanalyse wurden zusätzlich Auswertungen auf Ebene von **Diagnosegruppen** vorgenommen.

Zur Analyse von Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen werden verschiedene **Indikatoren** herangezogen:

1. Die **Anzahl Spitalstandorte** bezeichnet die Zahl der Leistungserbringer mit mindestens 10 akutsomatischen Fällen (im betreffenden Leistungsbereich).
2. Die **Konzentrationsrate** bezeichnet den kumulierten Marktanteil der zehn grössten Spitäler.
3. Der **Herfindahl-Hirschman-Index (HHI)** berechnet, wie stark konzentriert die Marktanteile in der Schweizer Spitallandschaft bzw. in einem bestimmten Leistungsbereich sind, indem die Quadrate der Marktanteile aller Spitäler summiert werden.
4. Der **Information Theory Index (ITI)** zeigt, wie spezialisiert ein Spital ist, indem er vergleicht, wie anders sein Leistungsspektrum im Vergleich zum Durchschnitt aller Spitäler ist.

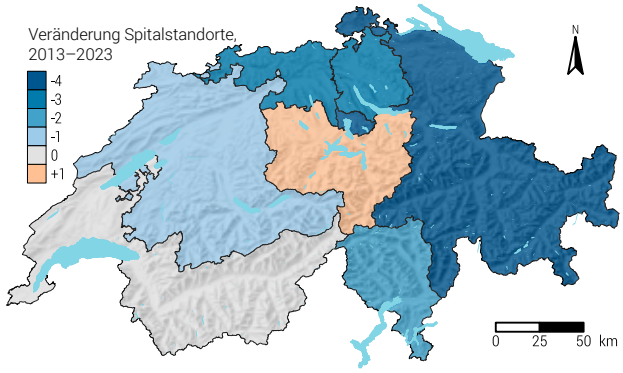
Weiterführende Informationen zur Methodik sowie zusätzliche Auswertungen und Visualisierungen sind im Begleitdokument zu diesem Bulletin zu finden.

Reduktion der Spitalstandorte

Zur Messung von Konzentrationstendenzen wurden verschiedene Indikatoren verwendet (siehe auch Kasten K 1). Besonders intuitiv verständlich ist dabei die Anzahl der Spitäler: Sinkt die Zahl der Spitäler, so deutet dies in der Regel auf eine Konzentration in der Spitallandschaft hin.

In der MS wurden für das Jahr 2013 insgesamt 239 Spitalstandorte mit akutsomatischen Leistungen bzw. mit mindes-tens zehn Fällen verzeichnet. Zwischen 2013 und 2023 ist die Zahl der Standorte auf insgesamt 228 gesunken und das obschon die Zahl der akutsomatischen Hospitalisierungen im selben Zeitraum von 1,2 Mio. auf 1,4 Mio. Fälle gestiegen ist (+9%). Das bedeutet: In weniger Spitälern wurden mehr Patien-tinnen und Patienten behandelt.

Entwicklung der Anzahl Spitalstandorte nach Grossregion, 2013-2023 **G1**



Quellen: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

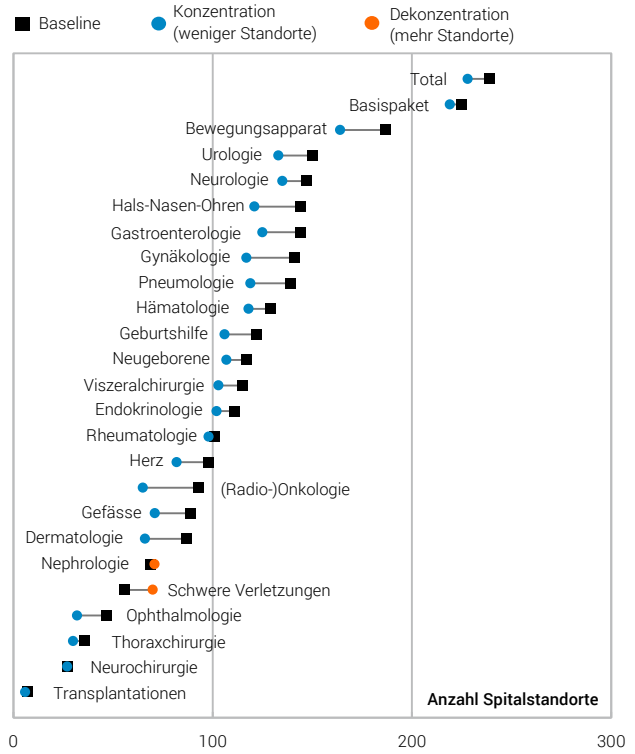
Die Karte (Grafik G 1) zeigt die Entwicklungen der Anzahl Spitalstandorte nach Grossregion. Die deutlichste Abnahme ist in der Ostschweiz zu beobachten.

Berücksichtigt man zudem das Bevölkerungswachstum, zeigt sich in allen Regionen ein Rückgang der Anzahl Spitalstandorte pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (siehe Be-gleitdokument). Dabei ist zu beachten, dass sich aus der Zahl der Standorte pro Einwohnerin und Einwohner keine Aussage über die Angemessenheit der Versorgung zulässt. So ist es beispielsweise nachvollziehbar, dass in alpinen Regionen mit grossen Fahrdistanzen mehr Spitalstandorte notwendig sind, um den Zugang zur medizinischen Versorgung innerhalb nützlicher Frist sicherzustellen. Grafik G 1 erlaubt demnach keine normative Beurteilung der Entwicklungen, sondern zeigt in erster Linie die regional unterschiedlichen Dynamiken in der Spitallandschaft auf.

Weniger Spitäler pro Leistungsbereich

Konzentration bedeutet nicht zwangsläufig die Schliessung ganzer Spitäler, sondern kann sich auch auf Ebene einzelner Kliniken, Abteilungen und/oder Leistungsbereiche ausdrücken. Grafik G 2 zeigt deshalb die Entwicklung der Anzahl Spitalstandorte pro Spitalplanungs-Leistungsbereich (SPLB). Die Zahl der Spitäler ist in beinahe allen SPLB rückläufig (21 von 24 SPLB, 88%). Ausnahmen bilden lediglich die SPLB Schwere Verletzungen, Nephrologie und Neurochirurgie. Verhältnismässig deutlich ist die Reduktion der Spitalstandorte in den SPLB Ophthalmologie (–32% bzw. –15 Standorte), (Radio-) Onkologie (–30% bzw. –28 Standorte) und Dermatologie (24%, –21 Standorte).

Anzahl Spitalstandorte nach SPLB, 2013–2023 **G2**



Bemerkung: Dargestellt ist die Anzahl Spitalstandorte mit mindestens 10 Fällen (im betreffenden SPLB). Grundsätzlich ist die Entwicklung zwischen 2013 und 2023 dargestellt. Bei Veränderungen der SPLB-Definitionen im Zeitverlauf, die die zeitliche Vergleichbarkeit einschränken, wurde ein primärer Analysezeitraum (pAZ) bestimmt. Der pAZ ist in der Regel der Zeitraum seit dem letzten bekannten Datenbruch bis 2023.

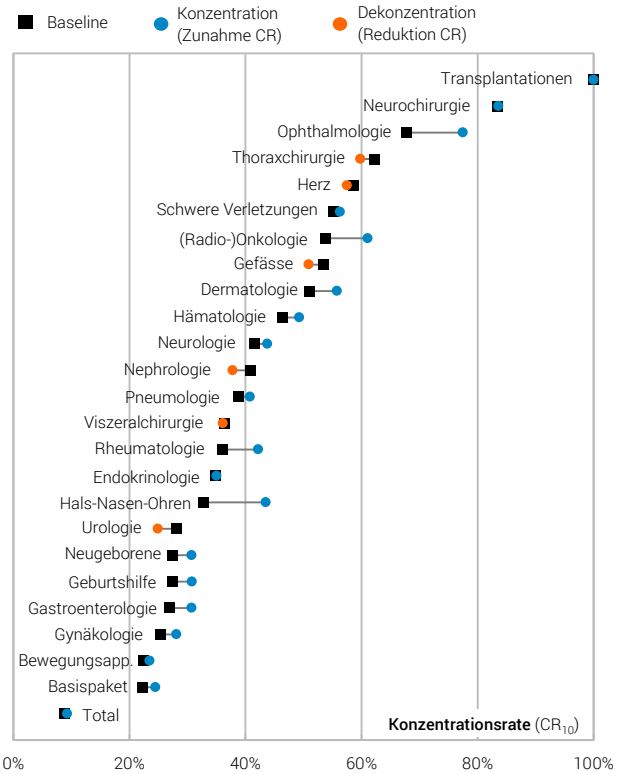
Quelle: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Grosse Spitäler gewinnen Marktanteile

Die im vorherigen Abschnitt dargestellte Reduktion der Spitalstandorte eignet sich besonders, um Veränderungen bei Leistungserbringern mit geringen Fallzahlen bzw. kleineren Anbietern sichtbar zu machen – etwa dann, wenn kleinere Spitäler bestimmte Leistungen aufgeben oder ihren Betrieb einstellen. Konzentration kann jedoch auch am anderen Ende – bei den Leistungserbringern mit hohen Marktanteilen – stattfinden. Diese Entwicklungen lassen sich mit der Konzentrationsrate (CR) abbilden. Die Konzentrationsrate bezeichnet den kumulierten Marktanteil der grössten Leistungserbringer. Grafik G 3 zeigt den kumulierten Marktanteil der zehn grössten Spitäler (CR_{10}) pro SPLB.

Bereits 2013 lassen sich beträchtliche Unterschiede in Bezug auf die Konzentrationsrate feststellen. In spezialisierten Leistungsbereichen wie den SPLB *Transplantationen, Neurochirurgie, Ophthalmologie* und *Thoraxchirurgie* waren mehr als 60% der stationären Behandlungen auf die zehn grössten Spitäler zurückzuführen. Im Gegensatz dazu verzeichneten die SPLB *Basispaket, Bewegungsapparat chirurgisch, Gastroenterologie, Urologie* sowie *Gynäkologie* und *Geburtshilfe* 2013 eine Konzentrationsrate unter 30%, d.h. in diesen SPLB verteilen sich die stationären Leistungen auf mehr Spitäler

Konzentrationsrate mit Bezug auf die 10 grössten Spitäler (CR_{10}) nach SPLB, 2013–2023 **G3**



Bemerkung: Grundsätzlich ist die Entwicklung zwischen 2013 und 2023 dargestellt. Bei Veränderungen der SPLB-Definitionen im Zeitverlauf, die die zeitliche Vergleichbarkeit einschränken, wurde ein primärer Analysezeitraum (pAZ) bestimmt. Der pAZ ist in der Regel der Zeitraum seit dem letzten bekannten Datenbruch bis 2023.

Quelle: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Betrachtet man die Entwicklung im Analysezeitraum bis 2023 zeigt sich eine Zunahme der Konzentrationsrate in 17 von 24 SPLB (71%). Am stärksten ist die Zunahme in den SPLB *Hals-Nasen-Ohren* (+11 Prozentpunkte), *Ophthalmologie* (+10 pp.), (Radio-)*Onkologie* (+7 pp.) und *Rheumatologie* (+6 pp.). Eine Reduktion der Konzentrationsrate im Analysezeitraum zeigt sich in den SPLB *Urologie, Nephrologie, Gefässe, Thoraxchirurgie, Herz* und *Viszeralchirurgie.*

Konzentration in der Mehrheit der Leistungsbereiche

Der Indikator zur Anzahl Spitalstandorte zeigt, wenn kleine Leistungserbringer bestimmte Leistungen einstellen. Die Konzentrationsrate bildet die Entwicklungen in Bezug auf die grossen Leistungserbringer ab. Die Dynamiken am unteren und oberen Ende der Verteilung können dabei auch gegenläufig sein: Für den SPLB *Herz* kann beispielsweise im Analysezeitraum eine Reduktion der Spitalstandorte verzeichnet werden (Grafik G 2), gleichzeitig sinkt der kumulierte Anteil der zehn grössten Spitäler (Grafik G 3) und weist somit auf eine Dekonzentration hin. Für eine umfassende Einschätzungen allfälliger Konzentrationstendenzen müssen alle Bewegungen gleichzeitig berücksichtigt werden. Dazu dient der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI), welcher in Grafik G 4 abgebildet ist. Der HHI berücksichtigt die Ver-änderungen der Marktanteile aller Leistungserbringer und erlaubt eine umfassende Einschätzung der Veränderungen in der Spitallandschaft. Je höher der HHI, desto konzentrierter ein Markt. Eine detaillierte Beschreibung der Berechnungsweise des HHI findet sich im Begleitdokument zu diesem Bulletin.

Die Unterschiede im HHI in einem einzelnen Jahr (z. B. im Referenzjahr) spiegeln die Unterschiede in der Spezialisierung nach SPLB wider, ohne dass dabei der zeitliche Trend berück-sichtigt wird. Besonders konzentriert sind die Leistungen in den SPLB *Transplantationen* (HHI=2106), *Neurochirurgie* (882) und *Ophthalmologie* (582), während das *Basispaket* (111) und der SPLB *Bewegungsapparat chirurgisch* (114) deutlich weniger konzentriert sind.

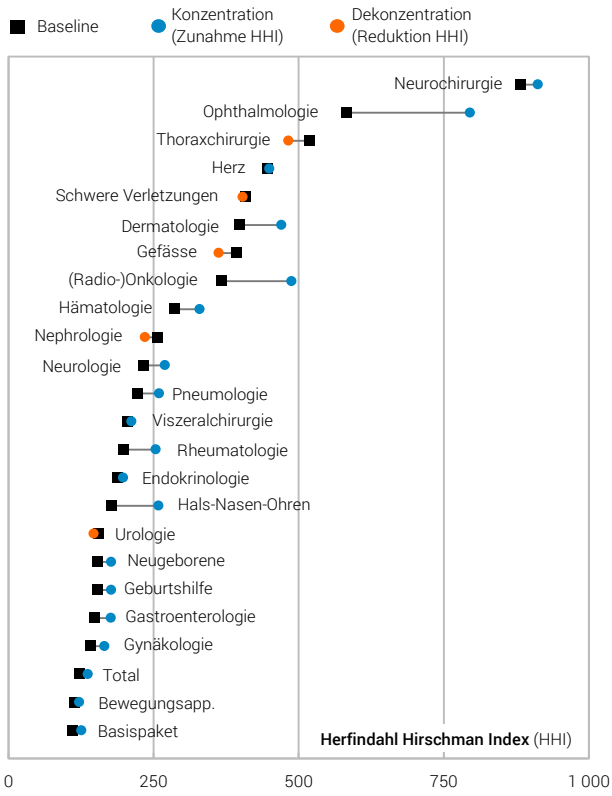
Im Analysezeitraum zwischen 2013 und 2023 steigt der HHI in 19 von 24 SPLB (79 %) und weist somit auf eine zunehmende Konzentration hin. Besonders ausgeprägt ist dies in der *Ophthalmologie* (+214), der *(Radio-)Onkologie* (+122) sowie im Bereich *Hals-Nasen-Ohren* (+81). In fünf SPLB – *Thoraxchirurgie, Gefässe, Nephrologie, Urologie* und *Schwere Verletzungen* – ist tendenziell eine Dekonzentration der Leistungen zu beobachten. Im Total stieg der HHI von 122 im Jahr 2013 auf 137 im Jahr 2023.

Spezialisierung der Leistungserbringer

Die bisherigen Analysen haben auf die Spitallandschaft als Ganzes fokussiert. Mit der Frage nach Spezialisierung rücken die einzelnen Spitäler ins Zentrum. Untersucht wird, ob sich die Leistungsspektren der Spitäler im Analysezeitraum verändert haben und wenn ja, ob diese Veränderungen in den Leistungs-spektren auf eine Spezialisierung hindeuten.

Der Spezialisierungsgrad der Spitäler wird mit dem Informa-tion Theory Index (ITI) gemessen. Dieser Index zeigt, wie stark sich der Patientenmix eines Spitals im Hinblick auf die Vertei-lung der Fälle nach Leistungsbereich vom schweizweiten Durch-schnitt unterscheidet. Je weiter der ITI von null abweicht, desto grösser die Abweichung vom Schweizer Durchschnitt.[1] Eine detaillierte Beschreibung der Berechnungsweise findet sich im Begleitdokument.

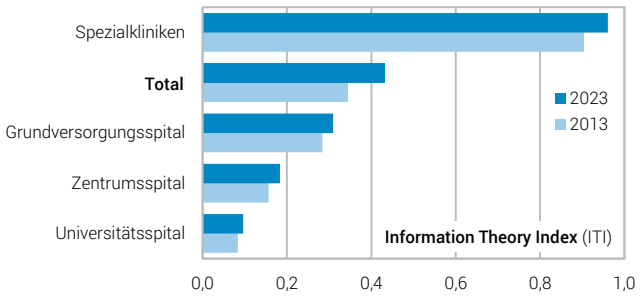
Herfindahl Hirschman Index (HHI) nach SPLB, 2013–2023 **G4**



Bemerkung: Grundsätzlich ist die Entwicklung zwischen 2013 und 2023 dargestellt. Bei Veränderungen der SPLB-Definitionen im Zeitverlauf, die die zeitliche Vergleichbarkeit einschränken, wurde primärer Analysezeit-raum (pAZ) bestimmt. Der pAZ ist in der Regel der Zeitraum seit dem letzten bekannten Datenbruch bis 2023. Nicht sichtbar ist der SPLB Trans-plantationen, weil dessen Werte ausserhalb des dargestellten Wertebe-reichs ist (Baseline: HHI=2106, Endwert: HHI=2161).

Quelle: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Median Information Theory Index (ITI) nach Spitaltyp, 2013–2023 **G5**



Bemerkung: Der ITI basiert auf dem relativen Verhältnis der SPLB (exkl. Basispaket) pro Spitalstandort. Die Grundgesamtheit umfasst alle Spitäler mit akutsomatischen Leistungen, wobei Rehabilitations- und psychiatrische Kliniken sowie Geburtshäuser (gemäss Spitaltypologie) ausgeschlossen wurden. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden Spitäler ohne beobachtbare Werte zu Beginn (2013) oder Ende (2023) des Analysezeitraums.

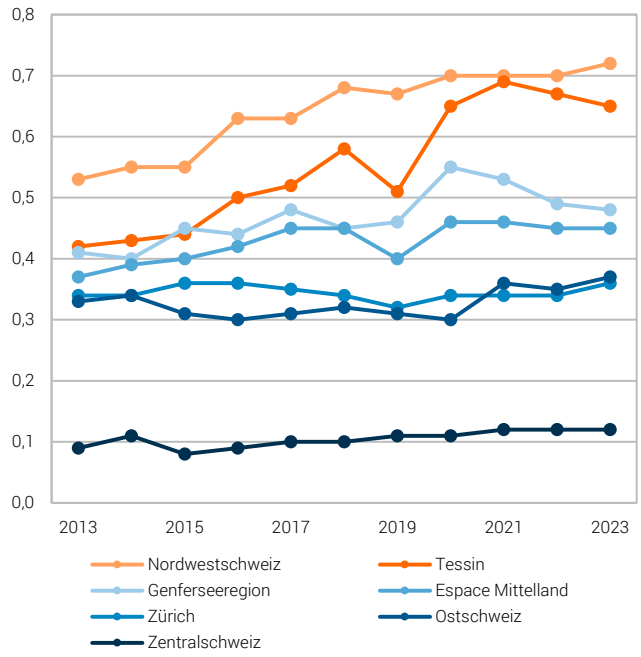
Quelle: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Zur besseren Einordnung des ITI lohnt sich ein Blick auf die Medianwerte nach Spitaltyp (Grafik G 5): 2023 verzeichneten Universitätsspitäler mit einem ITI von 0,1 die geringste, Spezialkliniken mit 0,96 naturgemäss die höchste Spezialisierung. Insgesamt ist der Median des ITI gestiegen – von 0,35 im Jahr 2013 auf 0,43 im Jahr 2023. Das weist auf eine generelle Zunahme der Spezialisierung der Spitäler hin. Grafik G 6 zeigt die Entwicklung der Spezialisierung nach Grossregion. Tendenziell steigt der Median-ITI leicht an – besonders deutlich in der Nordwestschweiz und im Tessin.

Wie sind aber diese Veränderung hinsichtlich des ITI zu in-terpretieren? Für ein besseres Verständnis kann man als zusätz-lichen Indikator die Anzahl unterschiedlicher SPLB, die ein Spital(-typ) durchschnittlich abdeckt, heranziehen. Im Durchschnitt behandelten Spitäler 2013 Fälle aus 11,5 SPLB (exklusive Basis-paket), 2023 noch 11,0. Das Leistungsspektrum von Spezialklini-ken umfasst rund 4,2 SPLB und bleibt im Analysezeitraum weit-gehend konstant. Universitätsspitäler behandeln Patientinnen und Patienten in allen 23 SPLB. Die grössten Veränderungen sind bei Grundversorgungsspitälern und Zentrumsspitälern auszumachen: Im Jahr 2013 erbrachten Grundversorgungsspitäler im Schnitt Leistungen in 11,9 SPLB, 2023 waren es noch 11,0 SPLB, bei Zentrumsspitälern waren es 2013 15,8 und 2023 15,0. Das Leistungsspektrum von Grundversorgungs- und Zentrumsspitälern reduzierte sich seit 2013 somit durchschnittlich um knapp einen Leistungsbereich.

[1] Dabei können sowohl Spitäler mit einem sehr eingeschränkten als auch mit einem besonders breiten Angebot hohe Indexwerte erreichen. So kann ein einfach ausgestattetes Grundversorgungsspital, das nur grundlegende Behandlungen durchführt und wenige Leistungen anbietet, denselben Indexwert erzielen wie ein Tertiärversorger – also ein hochspezialisiertes Spital, das eine umfassende medizinische Versorgung einschließlich komplexer und seltener Behandlungsfälle anbietet. Ein wesentlicher Nachteil des ITI liegt demnach darin, dass er nicht zwischen diesen beiden sehr unterschiedlichen Formen der «Spezialisierung» unterscheidet.

Median Information Theory Index (ITI) nach Grossregion, 2013–2023 **G6**



Bemerkung: Der ITI basiert auf dem relativen Verhältnis der SPLB (exkl. Basispaket) pro Spitalstandort. Die Grundgesamtheit umfasst alle Spitäler mit akutsomatischen Leistungen, wobei Rehabilitations- und psychiatrische Kliniken sowie Geburtshäuser (gemäss Spitaltypologie) ausgeschlossen wurden. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden Spitäler ohne beobachtbare Werte zu Beginn (2013) oder Ende (2023) des Analysezeitraums.

Quellen: BFS – MS, KS / Auswertung Obsan © Obsan 2025

Kasten 2: Auswertungen nach Diagnosegruppen

Die Definitionen der SPLB sind weitgehend stabil, weshalb sie sich zur Analyse von Entwicklungen im Zeitverlauf durchaus eignen. Nichtsdestotrotz kann es Datenbrüche geben. Bei den Auswertungen für das vorliegende Bulletin wurden diese Datenbrüche, soweit bekannt, antizipiert, indem der Analysezeitraum je nach SPLB eingeschränkt wurde.

Um trotzdem die Robustheit der Ergebnisse zu überprüfen, wurden zusätzlich Auswertungen auf Ebene von **Diagnosegruppen** vorgenommen. Die verwendeten Diagnosegruppen basieren auf der Klassifikation der **Global Burden of Disease (GBD) Study** (IHME, 2021). Konkret verwendet wurde eine angepasste und im Schweizer Kontext bereits verwendete Version (Stucki et al., 2024), die für die Analysen im vorliegenden Bericht zusätzlich präzisiert wurde (siehe Begleitdokument). Für die Analysen im vorliegenden Bulletin wurde diese Klassifikation in bestimmten Bereichen präzisiert (z. B. um die «Verletzungen» differenzierter abzubilden). Weil die Diagnosegruppen ausschliesslich auf ICD-Codes beruhen, sind sie über die Zeit sehr stabil. Ausserdem erlauben die 71 Diagnosegruppen eine feinere Klassifikation akutstationärer stationärer Leistungen als dies anhand der 24 SPLB möglich ist.

Die Ergebnisse nach Diagnosegruppe (siehe Begleitdokument) bestätigen die Resultate auf Ebene SPLB: In 51 von 70 Diagnosegruppen (für die Diagnosegruppe zu Covid-19 wurden keine Analysen bzgl. Konzentration vorgenommen) reduzierte sich die Zahl der Spitalstandorte (73%). Die Konzentrationsrate stieg in 53 (76%) und der HHI in 56 Diagnosegruppen (80%).

Einordnung der Ergebnisse

Die Analysen im vorliegenden Bulletin zeigen moderate Entwicklungen hin zu mehr Konzentration und Spezialisierung in der akutsomatischen Spitallandschaft. In den letzten 10 Jahren reduzierte sich die Anzahl der Spitalstandorte, gleichzeitig stiegen die Marktanteile der grossen Leistungserbringer. Besonders ausgeprägt sind die Entwicklungen in den SPLB *Ophthalmologie, (Radio-)Onkologie* und *Hals-Nasen-Ohren*. Diese Tendenzen erweisen sich als robust, auch wenn man anstelle der SPLB eine Klassifikation nach Diagnosegruppen verwendet (siehe Kasten K 2).

Insgesamt bestätigen die beobachteten Ergebnisse des Bulle-tins die Erkenntnisse im Rahmen der Evaluation zur KVG-Revision bezüglich Spitalfinanzierung (BAG, 2019).[2] Es scheint plausibel, dass die Massnahmen im Rahmen der KVG-Revision Spitalfinanzierung diese Entwicklungen gefördert haben. Dazu gehören die Stärkung der Wettbewerbselemente im Schweizer Gesundheitswesen (u.a. Einführung Fallpauschalen, freie Spitalwahl, dual-fixe Finanzierung), aber auch regulatorische Anreize (u.a. die kantonale Spitalplanungen, Mindestfallzahlen, IVHSM). Rückschlüsse auf Kausalitäten und Einschätzungen, welche Massnahme zu welchem Anteil die Entwicklungen bedingt haben, sind allerdings anhand der verfügbaren Daten und mit dem gegebenen Studiendesigns (Beobachtungsstudie) schwierig. Beispielsweise wurden für das vorliegende Bulletin spezifische Analysen für die Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen vorgenommen (siehe Begleitdokument), die Interpretation ist aber herausfordernd. Effekte im Sinne einer Leistungskonzentration wären insbesondere zu Beginn der Einführung von Mindestfallzahlen zu erwarten, da die Vergabe von Leistungsaufträgen an die Erreichung von eben-diesen Mindestfallzahlen gekoppelt ist. Viele Mindestfallzahlen wurden allerdings bereits vor dem Analysezeitraum des vorliegenden Bulletins eingeführt, was keinen direkten Vorher-Nachher-Vergleich erlaubt. Zusätzlich erschweren Regulierungslücken oder Änderungen in den Definitionen der Leistungsgruppen die Analyse und Interpretation.

Bei der Diskussion möglicher Ursachen der heutigen Entwicklungen und Wirkungen der Revision ist es wichtig, auch die Ausgangslage vor Inkrafttreten der Revision zu berücksichtigen. Weiterführende Analysen im Zusammenhang mit dem Bulletin zeigen, dass in Leistungsbereichen in denen Privatspitäler Marktanteile gewonnen haben, tendenziell keine bzw. weniger Leistungskonzentration stattfand (siehe Begleitdokument). Das mag im ersten Moment kontraintuitiv erscheinen, wenn unterstellt wird, dass die Stärkung des Wettbewerbs, Anreize für Spezialisierung und Konzentration schafft. Berücksichtigt

[2] Zum einen wurden solche Tendenzen auf der Basis der MS bereits damals beobachtet (Fontana et al., 2018), zum andern nannten Spitalvertreterinnen und -vertreter , dass sie insgesamt von einer zunehmenden Spezialisierung durch die KVG ausgehen (Trageser et al., 2018).

man allerdings, dass Privatspitäler vor der Revision einen eingeschränkten Marktzugang hatten (v.a. beschränkt auf zusatzversicherte Patientinnen und Patienten), ist es plausibel, dass die Öffnung des Wettbewerbs, zumindest in einer ersten Phase, zu einer Dekonzentration führt, weil mehr Akteure auf demselben Markt sind. Dabei dürften auch Unterschiede in der finanziellen Attraktivität einzelner Leistungsbereiche eine Rolle spielen, da diese die strategische Ausrichtung und das Leistungsspektrum der Spitäler mitbestimmen. Für eine abschliessende Bewertung zum Zusammenhang zwischen finanzieller Anreize nach Leistungsbereich und der Ausrichtung der Leistungsspektren von Spitälern bedarf es allerdings zusätzlicher Analysen unter Einbezug von Leistungs- und Finanzdaten.

Nicht allein die KVG-Revision beeinflusst die Konzentration in der Spitallandschaft. Bereits vor ihrem Inkrafttreten waren in der akutsomatischen Versorgung gewisse Konzentrationstendenzen erkennbar. So ist beispielsweise die Zahl der Spitalbetriebe schon seit längerem rückläufig (Jörg & Ruflin, 2016). Auch Veränderungen an den Schnittstellen des Versorgungssystems sind mit Bezug auf die Konzentrationstendenzen zu berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich, mitunter bedingt durch die Listen ambulant durchzuführender Eingriffe der Kantone und des BAG (Stichwort «Ambulant vor Stationär (AvS)»). Beispielsweise zeigen die Auswertungen im Bulletin eine steigende Konzentration der stationären Versorgung in den Leistungsbereichen *Ophthalmologie* und *Hals-Nasen-Ohren*. Gleichzeitig kennzeichnen sich diese SPLB auch durch sinkende Fallzahlen zwischen 2013 und 2023. Das dürfte – zumindest teilweise – auf die Ambulantisierung in diesen Bereichen zurückzuführen sein, zumal in der *Ophthalmologie* wie auch im Bereich *Hals-Nasen-Ohren* Eingriffe auf den AvS-Listen von Bund und Kantonen geführt sind (Kataraktoperationen, Mandelexzision) (siehe dazu auch Roth & Pellegrini, 2025). Eine zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich kann Konzentrationstendenzen in der stationären Versorgung fördern, nämlich wenn sich bestimmte Spitäler auf ambulante Leistungen in diesen Bereichen beschränken.

Das vorliegende Bulletin bietet eine umfassende Analyse der Entwicklungen in der akutstationären Versorgung und zeigt auf, welche Leistungsbereiche besonders betroffen sind. Die Auswertungen weisen auf Konzentrationstendenzen hin, die über die Schliessung einzelner Spitäler hinausgehen und eine zunehmende Spezialisierung der Leistungserbringer nahelegen. Auch wenn Ursachen und Wirkungen einzelner Massnahmen nur schwer eindeutig zuzuordnen sind, schafft das Bulletin Transparenz und trägt dazu bei, künftige Veränderungen in der Spitallandschaft besser einordnen zu können.

Referenzen

BAG (2019). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health System Review. Health systems in transition, 17(4), 1–xix.

Fontana, M., Bock, S., Haering, B., Gruber, J. & Lippitsch, S. (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung: Auswirkungen der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. econcept/LENZ AG, Zürich.

IMHE (2024). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA.

Jörg R., Ruflin R. (2016). Auswirkungen der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft und die Sicherstellung der stationären Versorgung: Konzept- und Machbarkeits-studie inklusive einer Bestandesaufnahme. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), socialdesign ag, Bern.

OECD (2025). Hospital beds per 1000 inhabitants 2022, Indikator auf https://www.oecd.org/ (Zugriff: 27.08.2025). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Pellegrini, S., Widmer, T., Weaver, F., Fritschi, T., & Bennett, J. (2010). KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a). Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Rapport 01/2025). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Stucki, M., Vinci, L., Vetsch-Tzogiou, C., Grobet, C., Cakir, L., Müller, B., Kohler, A., Marzetta, J., Schärer, X., Sharakin, M., Thommen, C., Zemlyanska, Y., Eichler, K., Wieser, S., Boes, S., Berger, F., Hughes-Brühlmann, S., Mattli, R., & Lutz, N. (2025). Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz: Schlussbericht im Auftrag des BAG (unveröffentlichtes Manuskript).

Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, T., Vettori, A., Zahnd, D. (2018). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. INFRAS/Info Navigation, Zürich/Bern.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren
Reto Jörg, Fabienne B. Fischer, Alexandre Tuch, Lucas Haldimann (Obsan)

Begleitdokument
www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2025-bulletin-02-begleitdokument

Dank
Wir danken Christoph Altherr, Patricia Sigam, Daniel Tapernoux, Hans-Jörg Schumann, Rahel Studer und Gianluca Macauda (Amt für Gesundheit, Kanton Zürich) und Matthias Fügi (GDK) für ihre Unterstützung in Bezug auf die Identifikation zeitlicher Datenbrüche in Bezug auf die Leistungsbereiche, Leistungsgruppen und Mindestfallzahlen. Michael Stucki (ZHAW) danken wir für die Bereitstellung der Grundlagen für die Klassifikation nach Diagnosegruppen und die Unterstützung bei deren Weiterentwicklung.

Zitierweise
Jörg, R, Fischer, F.B., Tuch, A., Haldimann, L. (2025). Spitallandschaft im Wandel: Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen in der akutstationären Versorgung seit 2013 (Obsan Bulletin 02/2025). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte / Informationen
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext
Deutsch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-2502).

Online
www.obsan.ch → Publikationen

Print
www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

BFS-Nummer
1033-2502

© Obsan 2025

Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.