

# **Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung**

**Bericht des Bundesrates  
vom 18. Dezember 2013**

**in Erfüllung**

des Postulates 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» vom 11. Dezember 2009, und

des Postulates 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» vom 29. September 2010.

## Zusammenfassung

Mit dem Postulat 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» wird der Bundesrat weiter beauftragt, einen Bericht über eine mögliche Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz, insbesondere in Bezug auf die Akutversorgung, auszuarbeiten und das Postulat 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» verpflichtet schliesslich den Bundesrat zur Berichterstattung über den Stand der Umsetzung der kantonalen Spitallisten. Gleichzeitig soll er Massnahmen vorschlagen, die eine gesamtschweizerisch konsistente Umsetzung von Artikel 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) garantieren. Mit dem vorliegenden Bericht werden diese Anliegen erfüllt.

Die Pflicht der Kantone zur Spitalplanung wurde mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 gesetzlich verankert. Die Übergangsbestimmungen zur Einführung des KVG sahen vor, dass die Kantone bis am 1. Januar 1997 eine Spitalplanung im Sinne des Artikels 39 KVG zu erstellen hatten. Mit dem Instrument der Spitalplanung sollte auf gesamtschweizerischer Ebene ein Schritt in Richtung Koordination der Leistungserbringer, optimaler Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten getan werden. Acht Jahre nach Inkrafttreten des KVG gab das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen des Forschungsprogramms KVG II eine Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen in Auftrag. Die Experten kamen zum Schluss, dass die meisten strukturellen Veränderungen im Spitalbereich direkt auf Massnahmenpakete zur Haushaltssanierung oder auf davon inspirierte spitalpolitische Konzeptionen zurückgingen, die jeweils vor Inkrafttreten des KVG verabschiedet worden waren. Der Strukturwandel sei durch die kantonalen Spitallisten nicht ausgelöst, sondern allenfalls etwas beschleunigt worden.

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen. Im Zentrum steht die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen für alle Spitäler, ob privat, öffentlich oder öffentlich subventioniert, sowohl in Bezug auf die Finanzierung der Leistungen als auch in Bezug auf die Spitalplanung. Der Bundesrat wurde verpflichtet, nach Anhörung der Kantone, der Leistungserbringer und der Versicherer einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Mit dem Erlass der Artikel 58a bis 58e der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) ist der Bundesrat dieser Pflicht nachgekommen. Die Kantone ihrerseits wurden verpflichtet, ihre Planungen bis Ende 2014 zu überarbeiten und im Bereich der hochspezialisierten Versorgung eine gemeinsame Planung zu erstellen.

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK hat erstmals im Jahre 1997 Empfehlungen zur Spitalplanung verabschiedet. Diese wurden im Jahre 2002 revidiert und der entsprechende Leitfaden wurde im Jahre 2009 an die neuen rechtlichen Gegebenheiten angepasst. Im Hinblick auf die bessere Koordination der Planungen haben die Kantone ein Leistungsgruppenkonzept erarbeitet. Sie wenden dieses bei der leistungsorientierten Planung an.

Um die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung zu untersuchen, hat der Bundesrat am 25. Mai 2011 die Durchführung einer Wirkungsanalyse gutgeheissen. 2017 sollten die Resultate einer Studie zu den Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Spitallandschaft vorliegen. Am 28. Oktober 2009 hiess der Bundesrat zudem den Bericht «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen» gut und erteilte dem BAG im Rahmen des Berichts zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie vom 25. Mai 2011 Aufträge zu dessen Umsetzung. In seinen am 23. Januar 2013 verabschiedeten gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» weist der Bundesrat darauf hin, dass die heutigen Versorgungsstrukturen stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet sind. Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Versorgungssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf

chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden. Allfällige zusätzliche Vorgaben des Bundesrates für die Spitalplanung werden sich in diesen Kontext einfügen müssen.

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Einführung</b> .....	<b>5</b>
1.1 Auftrag.....	5
1.2 Komplexität des Spitalsystems .....	5
1.3 Kompetenz der Kantone für die Gesundheitsversorgung.....	6
1.4 Aufbau des Berichtes.....	7
<b>2 Berichte zur Spitalplanung</b> .....	<b>7</b>
2.1 Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (2002) .....	7
2.2 Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen (2005) .....	7
2.3 OECD/WHO-Berichte über das Gesundheitssystem der Schweiz (2006 und 2011) .....	8
<b>3 Überblick über die Spitallandschaft bis 2011</b> .....	<b>9</b>
3.1 Anpassung des Angebotes nach Inkrafttreten des KVG .....	9
3.2 Statistische Angaben .....	10
3.2.1 Anzahl stationärer Betten der Krankenhäuser (1998-2011).....	10
3.2.2 Anzahl Krankenhäuser pro 100'000 Einwohner .....	11
3.2.3 Anzahl Standorte pro Betrieb .....	12
<b>4 Neue Grundlagen für die Spitalplanung</b> .....	<b>13</b>
4.1 Bundesgesetzliche Grundlagen .....	13
4.1.1 Neuordnung der Spitalfinanzierung (2007) .....	13
4.1.2 Planungskriterien des Bundesrats.....	13
4.2 Grundlagen auf Seiten der Kantone .....	15
4.2.1 Empfehlungen der GDK (1997, revidiert 2002 und 2009) .....	15
4.2.2 Leitfaden der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung (2005) .....	15
4.2.3 Leitfaden der GDK zur Psychiatrieplanung (2008).....	16
4.2.4 Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) .....	16
4.2.5 Leistungsgruppenkonzept der Kantone (2011) .....	16
4.3 Detaillierungsgrad der Grundlagen.....	17
<b>5 Erste Auswirkungen der Neuregelung der Spitalfinanzierung</b> .....	<b>18</b>
5.1 Gesamtschweizerische Planung im Bereich der HSM .....	18
5.2 Kantonale Planungen und Listen.....	19
5.2.1 Neu erarbeitete Spitalplanungen und -listen .....	19
5.2.2 Beispiele von Kriterien für die Spitalplanung.....	19
5.2.3 Anforderungen an die Spitäler .....	19
<b>6 Qualitätssicherung</b> .....	<b>21</b>
6.1 Qualitätssicherung im Rahmen der kantonalen Planungskompetenz .....	21
6.2 Die Rolle des Bundes für die Förderung der Qualitätssicherung .....	22
<b>7 Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung</b> .....	<b>23</b>
7.1 Ziele der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung .....	23
7.2 Umsetzung der Spitalplanung.....	24

7.3	<i>Wirkungsanalyse</i> .....	24
<b>8</b>	<b>Schlussbetrachtungen und Ausblick</b> .....	<b>24</b>
8.1	<i>Schlussbetrachtungen zu den Postulaten «Modelle für die Spitalplanung», «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» und «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung»</i> 24	
8.2	<i>Ausblick</i> .....	25

## 1 Einführung

### 1.1 Auftrag

Bereits mit dem seit längerem abgeschriebenen Postulat 02.3750 «Modelle für die Spitalplanung» wurde der Bundesrat beauftragt, die Erarbeitung von Kriterien zu veranlassen, auf deren Grundlage die optimale Grösse von Akutspitälern festgelegt werden kann, und daraufhin insbesondere auf Daten von Geostat des Bundesamts für Statistik (BFS) gestützte fundierte Modelle für eine echte, zwischen dem Bund und den Kantonen abgestimmte Spitalplanung zu entwickeln. Mit dem Postulat 09.4239 «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» wird der Bundesrat beauftragt, einen Bericht über eine mögliche Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz, insbesondere in Bezug auf die Akutversorgung, auszuarbeiten. Dieser Bericht soll einen globalen und nationalen Ansatz einer Spitalplanung, den tatsächlichen Bedarf für die Akutversorgung in unserem Land, das realisierbare Einsparpotenzial sowie die politische Machbarkeit eines solchen Ansatzes darstellen. Das Postulat wurde am 19. März 2010 überwiesen.

Mit dem Postulat 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung» wird der Bundesrat beauftragt, über den Stand der Umsetzung der kantonalen Spitalisten Bericht zu erstatten. Gleichzeitig soll er Massnahmen vorschlagen, die eine gesamtschweizerisch konsistente Umsetzung von Artikel 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) garantieren, beispielsweise mit einer Definition von Mindestzahlen pro Spitalarzt, dem Vorliegen eines Qualitätsberichtes sowie Vorgaben für Aus- und Weiterbildungsplätze. Nötigenfalls hätte der Bundesrat eine Gesetzesänderung vorzulegen. Das Postulat wurde am 18. März 2011 überwiesen.

Zwei Motionen, die ebenfalls im Zusammenhang mit der Gestaltung der Versorgungslandschaft standen, wurden abgeschrieben, weil sie mehr als zwei Jahren hängig waren. Dabei handelt es sich um die Motion 10.3449 «Bessere Gesundheitsversorgung durch Versorgungsregionen» von Nationalrätin Thérèse Meyer und die Motion 09.3801 «Eine Gesundheitsstrategie für die Schweiz» der Fraktion CVP/EVP/glp, mit deren Umsetzung ein Meinungsbildungsprozess zu zukünftigen Kooperationsformen und Kompetenzordnungen im Gesundheitsbereich verbunden gewesen wäre.

### 1.2 Komplexität des Spitalsystems

Die Postulate 02.3750 und 09.4239 nehmen Bezug auf das Modell Geostat. Geostat ist ein mathematisches Modell, das Einwohnerzahlen mit Strassenstrukturen in Beziehung setzt. In einer auf dieses Modell gestützten und im Jahre 2002 veröffentlichten Studie beschreibt der Autor François B. de Wolff mit Hinweis auf die steigenden Gesundheitskosten und die damals noch weitgehend fehlende Planungssystematik einen Ansatz, der es erlaubt, die Zahl der Akutbetten im Spitalsektor drastisch zu reduzieren.<sup>1</sup> Mit Hilfe von Geostat zeigt der Autor auf, dass die Spitalbetten im Akutbereich auf ungefähr 40 Spitäler verteilt werden könnten, von denen keines eine Anreisezeit von mehr als 60 Minuten hat. Mit einer groben Überschlagsrechnung versucht er, das ungefähre Sparpotenzial zu erfassen. Der Autor weist auf die praktischen Schwierigkeiten einer solchen grundlegenden Reform des Spitalwesens hin, kommt aber in seiner Analyse zum Schluss, dass ein strategisches Vorgehen, das sich auf Modellierungstechniken abstützt, ein grosses, in der Schweiz noch recht wenig ausgeschöpftes Potenzial aufweist, insbesondere als Entscheidungshilfe für die Spitalplanung.

Der geografische Ansatz, auf den sich das Postulat 09.4239 bezieht, entwirft eine Versorgungsstruktur, die den Zugang der Versicherten zur Versorgung ins Zentrum stellt. Der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist ist eines der Kri-

---

<sup>1</sup> De Wolff, François B. (2002): Planification hospitalière, visions + actions, essais de modélisation pour la Suisse (professeur Domenighetti Gianfranco / expert politique: Stähelin Philipp / expert technique: Crivelli Luca), <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/MemoireDeWolff.pdf>.

terien, welche bei der Gestaltung der Spitallandschaft zu beachten sind, jedoch bei weitem nicht der einzige. Im Vordergrund stehen insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen, die die Spitäler erbringen. Die Auswirkung einer Konzentration des Angebotes auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist insbesondere vom betroffenen Leistungsspektrum, von der unterschiedlichen Bedeutung der Mindestfallzahlen je nach Leistungsspektrum und von den Synergien zwischen den Leistungsbereichen eines Spitals abhängig. Weiter kann eine Institution die Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht nur über ein optimales Angebot, sondern auch über die eigene Dynamik bei der Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Struktur, der Optimierung der Prozesse und der Motivation und Qualifikation des Personals steigern. In diesem Sinne ist dem neuen Ansatz der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vom 23. Dezember 2007 (AS 2008 2049) Rechnung zu tragen, welcher den Wettbewerb als Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsfaktor ins Zentrum stellt und impliziert, dass die Planung genügend Spielraum für den Wettbewerb erlauben muss. Dies kann im Widerspruch zu einer geographischer Zentralisierung stehen. Auch die im Postulat 10.3753 erwähnten Aspekte der Qualitätssicherung und der Mindestfallzahlen stehen mit der von der revidierten Spitalfinanzierung erwarteten Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Institutionen im Zusammenhang.

### **1.3 Kompetenz der Kantone für die Gesundheitsversorgung**

Aufgrund der in Artikel 3 der schweizerischen Bundesverfassung (BV; SR 101) festgehaltenen Kompetenzausscheidung bildet die Gesundheitsversorgung eine Aufgabe der Kantone. Ihnen obliegt die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitspflege und des gesundheitspolizeilichen Bereichs. So sorgen sie unter anderem zusammen mit den Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung, wozu auch das Bereitstellen der dafür notwendigen Einrichtungen und Infrastruktur gehört. Sie erteilen insbesondere die gesundheitspolizeiliche Zulassung, die eine Voraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) darstellt. Der Bund trägt die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann (Art. 117 BV; vgl. dazu VPB 48, 1984, S. 492 ff.). In diesem Sinne ist im KVG die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste als kantonale Aufgabe festgehalten (Art. 39 KVG). Entsprechend können sie auch Einfluss auf die Gestaltung der Versorgung nehmen. Die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, obliegt folglich den Kantonen. Nach Artikel 39 Absatz 2 KVG sind die Kantone in jedem Fall zur Koordination ihrer Planungen verpflichtet. Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung werden die Kantone zur gemeinsamen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtet. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Nach Artikel 48 BV haben die Kantone die Möglichkeit, miteinander Verträge zu schliessen und gemeinsame Organisationen und Einrichtungen zu schaffen. In diesem Rahmen könnte auch eine gemeinsame Spitalplanung vorgenommen werden beziehungsweise die Bildung von Versorgungsregionen erfolgen. Nach Artikel 48a Absatz 1 Buchstabe h BV könnte der Bund, auf Antrag interessierter Kantone, interkantonale Verträge allgemein verbindlich erklären oder Kantone zur Beteiligung an interkantonalen Verträgen in diesem Bereich verpflichten.

Weil die Kantone mit ihrer Spitalplanung bestimmen, welche Infrastruktur für die stationäre Versorgung ihrer Bevölkerung zur Verfügung steht und damit Kosten auslösen, müssen sie sich an den Kosten anteilmässig beteiligen (Art. 49a Abs. 1 KVG). Sie können als finanzielles Steuerungsinstrument nach Artikel 51 KVG auch ein Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime festsetzen.

## **1.4 Aufbau des Berichtes**

Der vorliegende Bericht beschreibt den Stand der Umsetzung der Spitalplanungen im Sinne des Postulats 10.3753. Er liefert damit Antwortelemente zur Frage einer schweizweit konsistenten Umsetzung der Spitalplanung im Sinne dieses Postulats sowie zur Frage der Konzentration des Angebotes im Sinne des Postulats 09.4239. Dem Hinweis auf die zwischen 2002 und 2006 aus je unterschiedlichem Anlass erstellten Berichte zur Spitalplanung (s. Kapitel 2) folgt ein Überblick der Spitallandschaft bis 2011 (Kapitel 3), der die Situation der Spitallandschaft nach Einführung des KVG und vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung darstellt.

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurden die Bestimmungen über die Spitalplanung geändert und erweitert. In Kapitel 4 werden die neuen Planungsgrundlagen beschrieben und in Kapitel 5 wird auf erste Auswirkungen der geänderten Bestimmungen über die Spitalplanung hingewiesen.

Kapitel 6 enthält Ausführungen zur Qualitätsstrategie des Bundes. Dieser Aspekt steht nicht nur im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Spitalversorgung, sondern auch mit der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Im Hinblick auf die zukünftigen Herausforderungen und die Umsetzung der Agenda «Gesundheit 2020» gilt es für den Bund und die Kantone, die Aufgaben und diesbezüglichen Regelungen aufeinander abzustimmen.

In Kapitel 7 werden die Grundzüge der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beschrieben. Kapitel 8 enthält die Schlussbetrachtungen sowie einen Ausblick.

## **2 Berichte zur Spitalplanung**

### **2.1 Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (2002)**

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen beschloss die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates im Rahmen ihres Jahresprogrammes 2000, den Einfluss des Bundes bei der Kostendämpfung im Bereich des KVG zu untersuchen. Eines der betrachteten Elemente war auch die Spitalplanung. Gestützt auf einen Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) vom 30. November 2001 kam die ständerätliche Geschäftsprüfungskommission in ihrem Bericht vom 5. April 2002 zum Schluss, dass das KVG den Trägern des Bundes in den allermeisten Fällen nur indirekte Möglichkeiten gibt, zur Kosteneindämmung beizutragen.

Im Übrigen vertraten die von der PVK beauftragten Experten die Ansicht, dass das in den Kantonen eingesetzte Instrument der Kapazitätsplanung für das Ziel der Kosteneindämmung inadäquat sei. Eigentliche Kostenfaktoren seien nicht die vorhandenen Betten, sondern die erbrachten Leistungen. Ausserdem wurde auf problematische Verlagerungseffekte hingewiesen: In der allgemeinen Abteilung via Spitalplanung abgebaute Kapazitäten würden durch private und halbprivate Angebote kompensiert, welche im Rahmen der Zusatzversicherungen ebenfalls Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten und so deren Prämien in die Höhe treiben. Zudem würden Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor verschoben, der vollständig von der sozialen Krankenversicherung finanziert wird.

### **2.2 Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen (2005)**

Acht Jahre nach Inkrafttreten des KVG gab das BAG im Rahmen des Forschungsprogramms KVG II eine Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen in Auftrag.<sup>2</sup> Die folgenden

---

<sup>2</sup> Vgl. Rüefli Christian; Boggio, Yvan; Anderegg, Céline (2005): Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Bern, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06392/06517/index.html?lang=de>.



Auszüge aus der Zusammenfassung der Publikation enthalten die Beurteilung der auffälligsten Tendenzen durch die mit der Analyse beauftragten Experten:

«Gemäss Krankenhausstatistik des BFS ging zwischen 1997 und 2003 in der Schweiz durch Betriebszusammenschlüsse, Schliessungen und Zweckumwandlungen die Anzahl Spitalbetriebe von 406 auf 354 zurück [...]. Im selben Zeitraum wurde die Bettenzahl um rund 10,5% gesenkt. Die Dynamik unterscheidet sich relativ stark zwischen den Kantonen – 99% des erfolgten Bettenabbaus fand in 13 Kantonen statt, rund die Hälfte davon in Zürich und Bern [...]. Der Strukturwandel entspricht einem seit 1985 beobachtbaren Trend und wurde durch die kantonalen Spitallisten nicht ausgelöst, sondern allenfalls etwas beschleunigt. Wie die Fallstudien zeigen, war in der Regel nicht die in Art. 39 KVG festgehaltene Spitalplanungspflicht Auslöser spitalpolitischer Reformen, sondern vielmehr finanzieller Spardruck in den Kantonen.

Der erfolgte Strukturwandel ist zudem nicht ausschliesslich die Folge spitalplanerischer Massnahmen. Der Bettenabbau ist auch eine Folge sinkender Aufenthaltsdauern aufgrund des medizinischen Fortschritts und veränderter Behandlungsformen. Vor allem Betriebszusammenschlüsse und ein Teil der Schliessungen bzw. Zweckumwandlungen, insbesondere privater Spitäler, sind auf betriebswirtschaftliche Gründe zurückzuführen [...].

In Zusammenhang mit den Spitallisten ist eine Politisierung von Spitalplanungsfragen festzustellen, indem auf der einen Seite die Krankenversicherer mittels Beschwerden an den Bundesrat verstärkten Druck auf die Kantonsbehörden ausübten, auf der anderen Seite in zahlreichen Kantonen Abbauvorhaben der Regierung auf den Widerstand der betroffenen Spitäler und der regionalen Bevölkerung stiessen [...].»

Die Autoren stellten in ihrem Fazit folgendes fest: «Der Strukturwandel entspricht einem seit 1985 beobachtbaren Trend und wurde durch die kantonalen Spitallisten nicht ausgelöst, sondern allenfalls etwas beschleunigt. Der Bettenabbau ist auch eine Folge sinkender Aufenthaltsdauern aufgrund des medizinischen Fortschritts und veränderter Behandlungsformen. Vor allem Betriebszusammenschlüsse und ein Teil der Schliessungen bzw. Zweckumwandlungen, insbesondere privater Spitäler, sind auf betriebswirtschaftliche Gründe zurückzuführen. Insofern kann der Einfluss der Spitalplanung auf die Entwicklungsdynamik in den kantonalen Spitallandschaften nicht eindeutig beziffert werden. Die meisten strukturellen Veränderungen gehen direkt auf Massnahmenpakete zur Haushaltssanierung oder auf dadurch inspirierte spitalpolitische Konzeptionen zurück, die jeweils vor Inkrafttreten des KVG verabschiedet wurden.»

### **2.3 OECD/WHO-Berichte über das Gesundheitssystem der Schweiz (2006 und 2011)**

Im Bericht der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) und der World Health Organization (WHO) von 2006 über das Gesundheitssystem der Schweiz<sup>3</sup> wurden unter anderem die ambulante und stationäre Versorgung sowie die Medikamentenpolitik betrachtet und deren Effizienz beurteilt (Kapitel 4.2, Seite 124). In Bezug auf die Spitalaktivitäten wurde festgestellt, dass zwar die meisten Indikatoren in Bezug auf die Spitalaktivitäten nahe am OECD-Durchschnitt liegen würden und die Hospitalisierungsraten bei den meisten Diagnosegruppen nach OECD-Massstäben niedrig seien. Nach Aussage der Expertinnen und Experten könnten Kürzungen bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bei allen Behandlungsverfahren und Herabsetzungen der Spitalkapazitäten weitere Produktivitätsfortschritte begünstigen. Sie weisen zudem auf grosse Unterschiede in der Nutzung von Gesundheitsangeboten von Kantonen mit ähnlichem Versorgungsniveau hin. Da sie bei den Spitälern beträchtliche Divergenzen bei der Effizienz und Produktivität nach Spitaltypen und Komplexität des Case-Mix feststellten, kamen sie zum Schluss, dass die Ressourcen nicht auf dem höchsten Produktivitätsniveau genutzt werden. Gestützt auf die statistischen Werte

---

<sup>3</sup> OECD; WHO (2006): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2006.

zur Nutzung der Gesundheitsressourcen in den anderen OECD-Ländern wurde zudem vermutet, dass der Mix zwischen den im Spital ambulant und stationär durchgeführten Behandlungen suboptimal sein könnte. Zugeschrieben wurde dies dem Anreiz, der aus der unterschiedlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen resultiert. Die dezentralisierte Regelungskompetenz und die kantonale Planung werden als Faktoren bezeichnet, die das Spielen des Marktes und den Wettbewerb behindern, sowohl im Spitalbereich als auch bei den Versicherern. Zudem führe der kleine Geltungsbereich der Spitalplanungen zur Duplizierung von Leistungsangeboten. Das Resultat sei eine ineffiziente Organisation des Spitalangebots, die eine ineffiziente Nutzung der finanziellen und personellen Ressourcen mit sich bringe. Die kantonale Kompetenz für die Versorgung und die fehlende Verpflichtung einer interkantonalen Planung sei ein politischer Entscheid. Im Bereich der HSM sei deshalb eine gesamtschweizerische Planung erforderlich, um Effizienz, Qualität und eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen (Kapitel 4.2.6, Seite 133f.).

Im 2011 veröffentlichten zweiten Bericht über das Gesundheitssystem der Schweiz der OECD/WHO<sup>4</sup> wird erneut darauf hingewiesen, dass die strukturellen Eigenschaften des schweizerischen Gesundheitssystems die Effizienz beeinträchtigen und dass deshalb die von der Änderung des Finanzierungssystems zu erwartenden Auswirkungen eingeschränkt sein dürften (Kapitel 4.3, Seite 126).

### **3 Überblick über die Spitallandschaft bis 2011**

#### **3.1 Anpassung des Angebotes nach Inkrafttreten des KVG**

Die Pflicht der Kantone zur Spitalplanung wurde im Rahmen der Revision der Krankenversicherung gesetzlich verankert. Die Übergangsbestimmungen zur Einführung des KVG vom 18. März 1994 sahen vor, dass die Kantone bis am 1. Januar 1997 eine Spitalplanung im Sinne des Artikels 39 KVG zu erstellen hatten. Mit dem Instrument der Spitalplanung sollte auf gesamtschweizerischer Ebene ein Schritt in Richtung Koordination der Leistungserbringer, optimale Ressourcennutzung und Eindämmung der Kosten getan werden. In vielen Kantonen ist eine KVG-konforme Spitalplanung dennoch erst mehrere Jahren später erstellt worden, namentlich nachdem der Bundesrat in seiner damaligen Rolle als zuständige Behörde im Beschwerdefall in seinen Entscheiden spezifische Anforderungen an die einzelnen Kantone gestellt hatte. Wie oben erwähnt (Kapitel 2.2), ist der Strukturwandel im Spitalbereich vor allem auf den finanziellen Spardruck in den Kantonen zurückzuführen. Die Spitalplanungspflicht und das KVG haben diesen Prozess allenfalls beschleunigt: Erstens, weil die eingeführte Planungspflicht die Kantone legitimiert hat, nicht nur das Angebot der öffentlichen Spitäler, sondern auch dasjenige der privaten Anbieter zu planen. Zweitens haben die Versicherer mit dem KVG die Möglichkeit erhalten, mittels Beschwerde an den Bundesrat Druck auf die Kantone auszuüben und den Abbau von Überkapazitäten voranzutreiben. Der Bundesrat seinerseits hat im Rahmen seiner Rechtsprechung in Sachen Spitalplanung neben der Reduktion des Bettenangebotes auch die Reduktion der Anzahl Spitäler unterstützt, dies mit dem Ziel der Erhöhung der Skaleneffizienz. In einem nicht publizierten Entscheid zur Spitalliste des Kantons Tessin vom 22. August 2007 hat der Bundesrat festgestellt, dass der auf das Prinzip der Skaleneffizienz gestützte Planungsentscheid des Kantons Tessin grundsätzlich von der Rechtsprechung gutgeheissen wird.

Der Prozess der Reduktion des Bettenangebotes einschliesslich Spitalschliessungen wurde mit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 nicht verursacht, möglicherweise aber beschleunigt. So mussten mehrere Kantone ihr Bettenangebot wegen des durch die Beschwerden der Versicherer entstandenen Drucks und wegen der in den Entscheiden des Bundesrates enthaltenen Vorgaben wesentlich reduzieren. Namentlich konnte auch nicht mehr die Reduktion des Bettenangebotes im öffentlichen Bereich durch die Erhöhung des

---

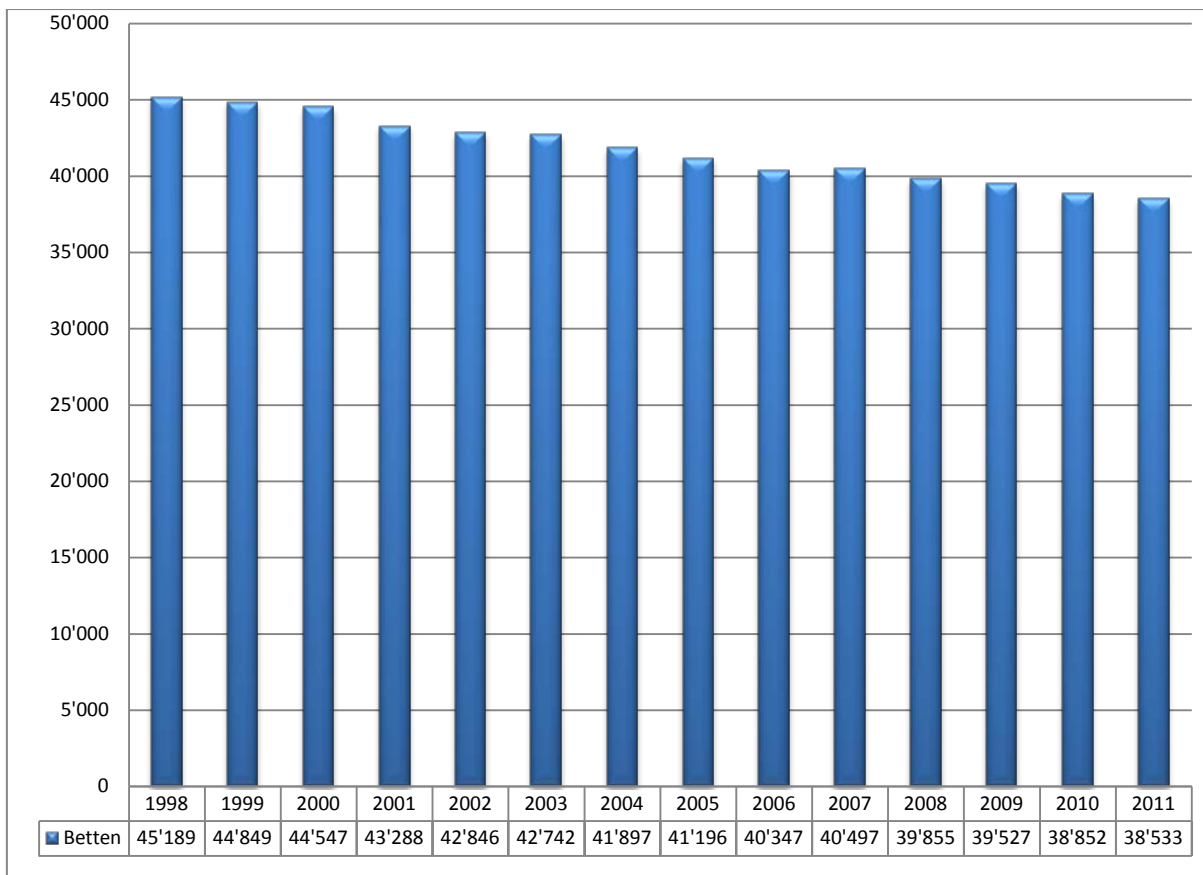
<sup>4</sup> OECD; WHO (2011): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011.

Angebots durch private Anbieter kompensiert werden. Der neue gesetzliche Rahmen dürfte auch die Umwandlung von Spitälern in Pflegeheime unterstützt haben, was auch dem Versorgungsbedarfs entsprach.

## 3.2 Statistische Angaben

### 3.2.1 Anzahl stationärer Betten der Krankenhäuser (1998-2011)

Graphik 1: Anzahl stationärer Betten der Krankenhäuser (1998-2011)

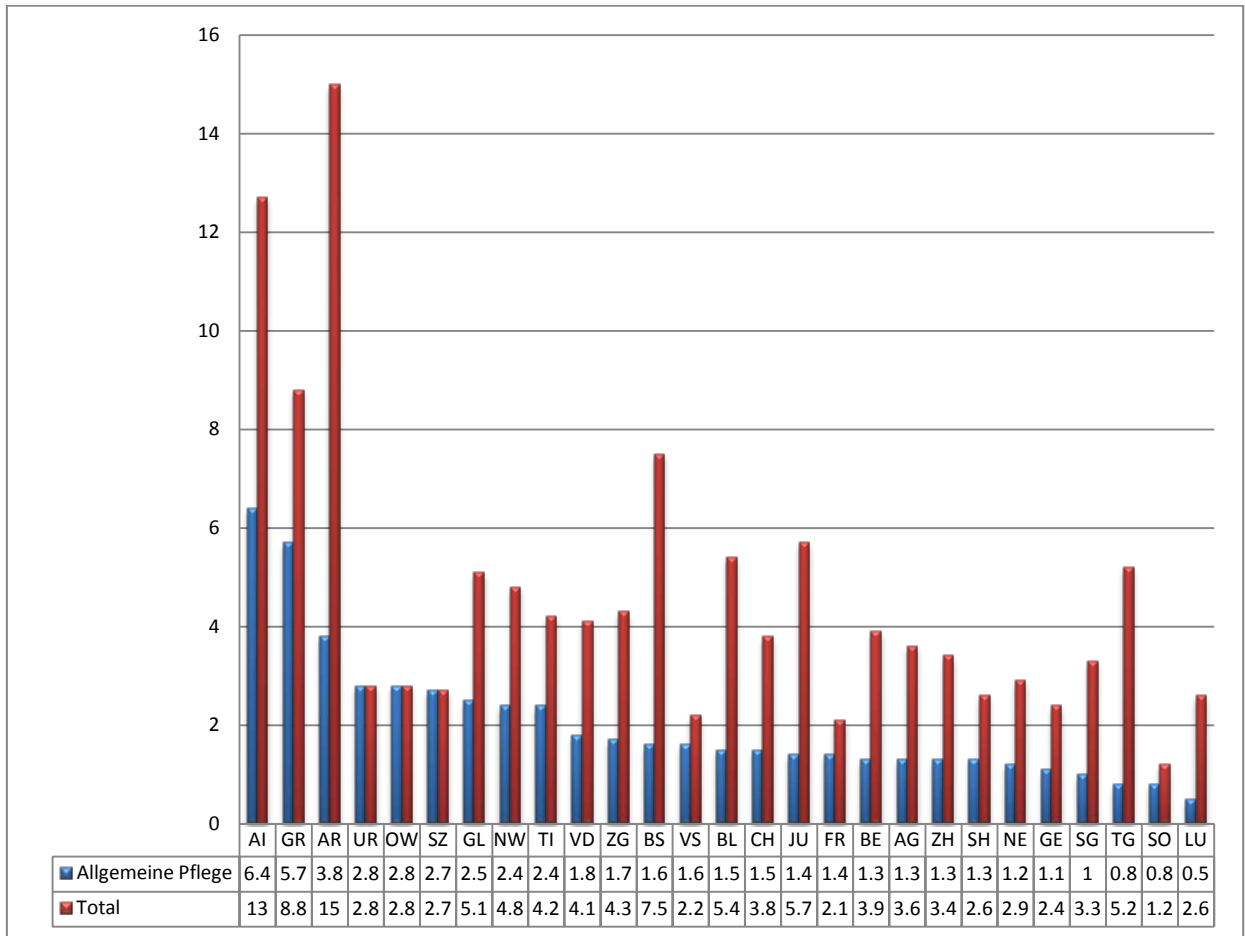


Quelle: Darstellung BAG aufgrund der Angaben der Krankenhausstatistik des BFS, Tabelle D.1., 1998-2008, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/data/04.html> und Tabelle 14.3.2.2, 2009-2011, [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/key/01.html).

Die Entwicklung der Anzahl stationärer Betten zeigt, dass in der Periode von 1998 bis 2011 diese Anzahl für alle Spitäler von 45'189 auf 38'533 (-15%) reduziert wurde. Diese Reduktion dürfte wie bereits erwähnt durch das Inkrafttreten des KVG beschleunigt worden sein, weil sich der Bundesrat in seinen Beschwerdeentscheiden namentlich auf den Vergleich der Bettendichte (Anzahl Betten pro Einwohner) zwischen den Kantonen gestützt hat und mehrere Spitalplanungen der Kantone zur Überarbeitung zurückgewiesen hat. Dabei handelte es sich um eine Anpassung des Angebotes im Sinne einer Reduktion von Überkapazitäten. Die damit bezweckte Kosteneindämmung sollte, gestützt auf die vor Inkrafttreten der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung geltenden Rechtsprechung des Bundesrates, durch das Instrument der Kapazitätsplanung bewirkt werden.

### 3.2.2 Anzahl Krankenhäuser pro 100'000 Einwohner

Graphik 2: Anzahl Krankenhäuser (Betriebe) pro 100'000 Einwohner, 2011



Quelle: Darstellung BAG auf der Grundlage der Angaben der Krankenhausstatistik 2011 des BFS, Standardtabellen, definitive Resultate, März 2013, Tabelle A3, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5104>

In Kantonen mit einer kleinen Anzahl Einwohner (Uri, Obwalden, Nidwalden, Glarus, Appenzell Inner- und Ausserrhoden, Jura) führt bereits die Präsenz eines einzigen Spitals der allgemeinen Pflege – das heisst mit Angebot in der Grundversorgung und der Zentrumversorgung – zu einer hohen Anzahl Betriebe pro Einwohner. Die föderalistische Struktur der Schweiz hat dazu geführt, dass auch kleine Kantone über eigene Spitäler der allgemeinen Pflege verfügen, auch in Situationen, in denen überregionale Institutionen geeigneter sein könnten, um Synergien betreffend Infrastruktur und Qualität zu ermöglichen. Dass für den Kanton Graubünden eine hohe Anzahl Spitäler pro Einwohner ausgewiesen ist, lässt sich mindestens zum Teil mit der spezifischen geografischen Situation mit vielen Tälern und entsprechend langen Transportwegen erklären. Weil die Wohnbevölkerung der erwähnten Kantone auch in Universitätsspitalern oder in grossen Kantonsspitalern ausserkantonale behandelt wird, dürfte das ihr zur Verfügung stehende Angebot mit der dargestellten Spitaldichte eher unterschätzt sein.

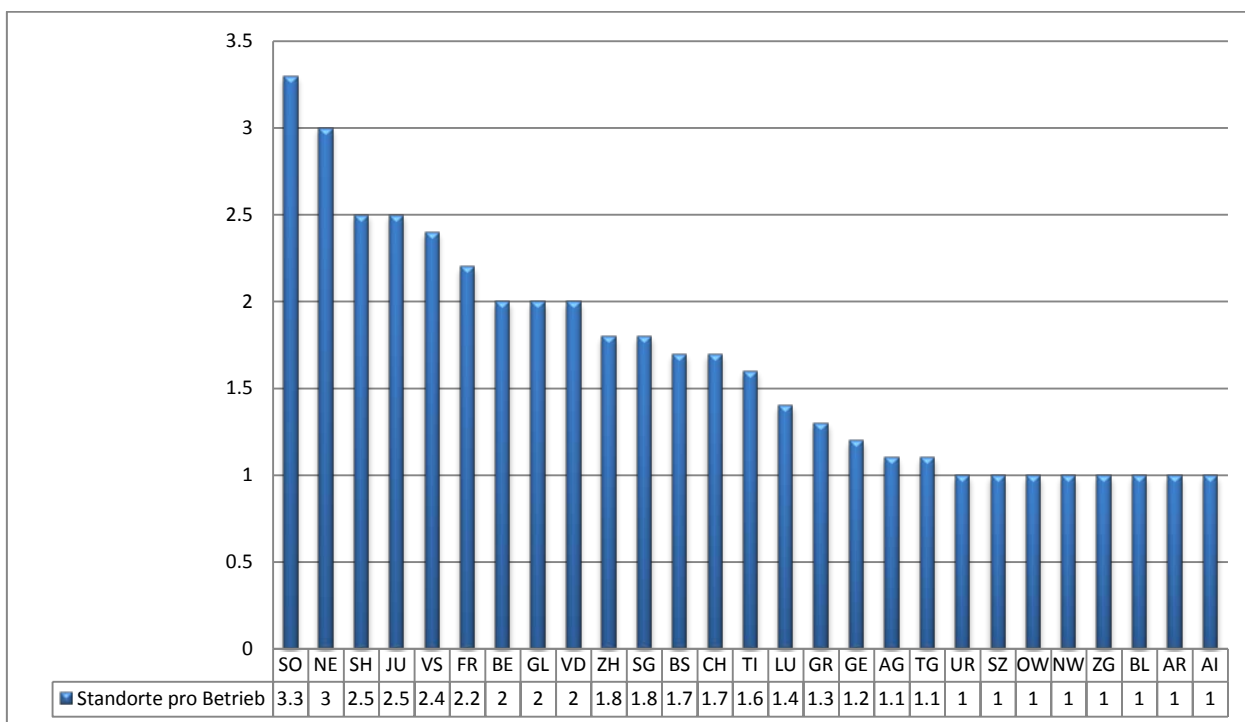
Die Graphik 2 zeigt, dass die Spitäler der allgemeinen Pflege homogener in den Kantonen verteilt sind als die Gesamtheit aller Spitäler, die auch die Spezialkliniken (psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und andere Kliniken) einschliesst. Der Kanton Appenzell-Ausserrhoden verfügt zum Beispiel über drei Rehabilitationskliniken, was nur mit einem Im-

port von Patienten erklärt werden kann. Der Zustrom der Patienten ist im Übrigen auch in Bezug auf die Universitätsspitäler und die grossen Kantonsspitäler vorhanden.

Bei der Interpretation der Graphik 2 ist zu berücksichtigen, dass die Betriebe je nach Kanton unterschiedlich auf einen oder mehrere Standorte aufgeteilt sind. Deshalb hat die Grösse «Anzahl Betriebe» eine je nach Kanton unterschiedliche Bedeutung (vgl. Ziffer 3.2.3).

### 3.2.3 Anzahl Standorte pro Betrieb

Graphik 3: Anzahl Standorte pro Betrieb, 2011



Quelle: Darstellung BAG auf der Grundlage der Angaben der Krankenhausstatistik 2011 des BFS, Standardtabellen, definitive Resultate, März 2013, Tabelle A2, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5104>

Insbesondere in der Zeit nach dem Inkrafttreten des KVG sind, im Sinne einer Koordination, viele Spitäler zu einer juristischen Einheit fusioniert worden, wobei die ursprünglichen Standorte in vielen Kantonen gleich geblieben sind. Organisatorisch kann eine solche Fusion qualitative und wirtschaftliche Vorteile haben, wenn die Aufgaben besser verteilt und Synergien genutzt werden. Ein Betrieb, der auf mehrere Standorten verteilt ist, kann aber Punkte Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht mit einer gleich grossen Einheit, die auf einen einzigen Standort konzentriert ist, gleichgestellt werden. Aus diesem Grund kann aus der Krankenhausstatistik des BFS nicht abgeleitet werden, dass eine kleine Anzahl Betriebe einer entsprechenden Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung entspricht.

Die statistischen Daten zur Anzahl Betriebe sind vorsichtig zu interpretieren. Zum Beispiel zeigt die Krankenhausstatistik für die Kantone Neuenburg und Solothurn eine kleine Anzahl Betriebe (vgl. Graphik 2). Der Grund dafür dürfte darin liegen, dass in diesen Kantonen am meisten Betriebe auf mehrere Standorte verteilt sind (vgl. Graphik 3). Eine Diskussion über die Konzentration des Angebotes muss deswegen differenziert und bezogen auf die für den jeweiligen Kanton spezifische Situation erfolgen.

## **4 Neue Grundlagen für die Spitalplanung**

### **4.1 Bundesgesetzliche Grundlagen**

#### **4.1.1 Neuordnung der Spitalfinanzierung (2007)**

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Im Zentrum stehen der Übergang zur Leistungsfinanzierung – mit der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen – und die Ausdehnung der Wahlmöglichkeit der Versicherten. Mit den neuen Instrumenten sollen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und der Qualitätswettbewerb gefördert werden. Mit der neuen Regelung vergüten die obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Wohnsitzkanton ihren Beitrag an den Aufenthalt in Spitälern und Geburtshäusern auch dann, wenn diese nicht auf der Liste des Wohnkantons des Versicherten aufgeführt sind: Die Patientinnen und Patienten können neben den Listenspitälern ihres Wohnkantons auch unter den auf der Liste des Standortkantons aufgeführten Spitälern frei wählen, ohne dass der Finanzierungsbeitrag des Kantons wegfällt (Art. 41 KVG). Zudem können die Versicherer mit Spitälern und Geburtshäusern, die nicht auf einer kantonalen Liste aufgeführt sind, Verträge über die Vergütung von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung schliessen. Die Planung eines Kantons oder mehrerer Kantone muss diesen neuen Vorgaben Rechnung tragen, immer mit dem Ziel, die Versorgung der Kantonsbevölkerung sicherzustellen.

Mit dem im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung verabschiedeten Artikel 39 Absatz 2<sup>bis</sup> KVG werden die Kantone verpflichtet, im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gesamtschweizerische Planung zu beschliessen. Für den Fall, dass die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen sollten, sieht das Gesetz vor, dass der Bundesrat die Planung vornimmt. Mit Artikel 39 Absatz 2<sup>ter</sup> KVG wird der Bundesrat verpflichtet, auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit einheitliche Planungskriterien zu erlassen.

#### **4.1.2 Planungskriterien des Bundesrats**

Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen der neuen Spitalfinanzierung mittels Änderungen der KVV und der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) verabschiedet. Mit den Artikeln 58a - 58e KVV hat der Bundesrat Planungskriterien erlassen. Zudem hat er Anpassungen in Bezug auf die Rechnungsstellung vorgenommen (Art. 59 - 59a<sup>ter</sup> KVV) sowie, basierend auf Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 des KVG, die Schlussbestimmungen zur KVV und der VKL erlassen. Die Bestimmungen traten am 1. Januar 2009 und am 1. Januar 2013 in Kraft.

Die Vorgabe von Planungskriterien soll die Unterschiede zwischen den kantonalen Planungskonzepten verringern. Zudem soll der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden. Wie die Vergütung der Leistungen soll auch die Planung leistungsbezogen sein, so dass bezüglich Planung und Finanzierung Kompatibilität besteht. Die Beachtung der bundesrätlichen Planungskriterien ist für die Kantone verbindlich. Sie gelten für die Spitälern, die Geburtshäuser und die Pflegeheime als Ganzes und auch für deren Abteilungen. Die Planungskriterien sind sowohl bei einer kantonalen Planung als auch bei einer gemeinsamen Planung durch verschiedene Kantone zu beachten. Gemeinsam planen bedeutet, dass die Kantone im betroffenen Leistungsbereich die Nachfrage der gemeinsamen Wohnbevölkerung ermitteln und bei der Beurteilung und Auswahl des notwendigen Angebotes an Leistungserbringern die Einrichtungen im gemeinsamen Gebiet berücksichtigen.

Die Planungskriterien definieren das System der Spitalplanung im Sinne des KVG. Dabei handelt es sich um abstrakte Vorgaben, bei deren Umsetzung die Kantone einen grossen Spielraum haben. Die Planung muss den Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit Rechnung

tragen und hat das Ziel, die stationäre Behandlung für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone sicherzustellen. Dazu muss der Versorgungsbedarf für die Kantonsbevölkerung ermittelt und dem vorhandenen Angebot gegenübergestellt werden. Damit das Angebot, das auf der Liste eines Kantons aufzuführen und zu sichern ist, bestimmt werden kann, müssen die Wahlmöglichkeiten der Versicherten zur Inanspruchnahme von stationären Leistungen in Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Kantons figurieren (werden) und jenen, die in Vertragsspitalern und Vertragsgeburtshäusern in Anspruch genommen werden, berücksichtigt werden. Zudem ist bei der Auswahl der Einrichtungen, die auf die Liste des Kantons aufgenommen werden sollen, wie bisher den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung Rechnung zu tragen, als Voraussetzung für eine günstige und qualitativ hochstehende Leistungserbringung. «Wirtschaftlich» darf nicht bedeuten, dass immer der kostengünstigste Anbieter ausgewählt werden muss; der Effizienz- und der Qualitätsaspekt sind ebenfalls zu berücksichtigen. Darüber hinaus bedingt die Spitalwahl der Versicherten eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und die Koordination der Planungen. So müssen die Kantone die Informationen über die Patientenströme beschaffen und die vorgesehenen Massnahmen koordinieren.

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung ist ein Paradigmenwechsel vorgenommen worden. Die Kantone sind nicht mehr verpflichtet, mit ihrer Spitalplanung die Mengen zu steuern. Gestützt auf die neue Regelung soll eine Spitalplanung erstellt werden, die genügend Raum für eine Planung des Angebotes aufgrund der Faktoren Wirtschaftlichkeit und Qualität lässt. Im Gegensatz zu der vor der KVG-Revision geltenden Regelung können Überkapazitäten vom Kanton nur indirekt beeinflusst werden. Ein Instrument, das den Kantonen zu diesem Zweck nach wie vor zur Verfügung steht, ist die Festsetzung eines Globalbudgets (Art. 51 Abs. 1 KVG). Dass die Versicherten unter allen Listenspitalern wählen können und die einzelnen Versicherer Verträge zur Versorgung der eigenen Versicherten schliessen können (Vertragsspitaler), erschwert es den Kantonen, das Angebot an Spitälern zu bestimmen, das für die Versorgung der Kantonsbevölkerung notwendig ist. Der Anteil der Patienten, die dank der freien Spitalwahl eine Leistung ausserhalb des Wohnkantons beanspruchen, ist namentlich von der geografischen Lage des Wohnkantons und vom Spitalangebot in den benachbarten Kantonen abhängig und der Anteil, der in Vertragsspitalern beansprucht wird, vom Vertragsverhalten der Versicherer und von der Nachfrage der Zusatzversicherten. Je höher der Anteil der Vertragsspitaler im gesamten Spitalangebot, desto tiefer die kantonale Mitfinanzierung, weil der Kanton für die Behandlung in den Vertragsspitalern keinen Beitrag entrichten muss. In dieser Situation werden die Kantone zu einer Mengensteuerung durch die Planung nicht verpflichtet.

Nach Artikel 49 Absatz 8 KVG muss der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Spitälern anordnen, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Der Bundesrat ist verpflichtet, die Betriebsvergleiche zu veröffentlichen. Eine erste Konzept- und Machbarkeitsstudie liegt vor<sup>5</sup>. Die Arbeiten werden weitergeführt. Nach Artikel 50 KVG ist diese Bestimmung für die Pflegeheime sinngemäss anwendbar. Die Betriebsvergleiche sind ein Instrument zur Verbesserung der Transparenz. Zum einen dienen sie zur Information der Patientinnen und Patienten. Für die Patientinnen und Patienten steht bei der Spitalwahl die Qualität der Spitaler im jeweils interessierenden Leistungsbereich im Vordergrund. Zum anderen erhalten die Kantone vergleichbare Angaben von Spitälern und Pflegeheimen im Kanton und in anderen Kantonen. Diese schweizweit einheitlich erhobenen Informationen können sie bei ihrer Spital- und Pflegeheimplanung verwenden.

---

<sup>5</sup> Ernst&Young, ZHAW (2012): Konzept und Machbarkeitsstudie „Veröffentlichung von Betriebsvergleichen durch den Bundesrat“, Schlussbericht, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>



## 4.2 Grundlagen auf Seiten der Kantone

### 4.2.1 Empfehlungen der GDK (1997, revidiert 2002 und 2009)

Die vom Bundesrat in der KVV erlassenen Planungskriterien sind Vorgaben für die einheitliche und gesetzeskonforme Gestaltung der Planung und Liste auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Am 14. Mai 2009 hat der Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) Empfehlungen zur Spitalplanung verabschiedet.<sup>6</sup> Sie sollen eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung. Die GDK hatte bereits bei der Einführung des KVG Empfehlungen formuliert. Diese wurden erstmals im Jahr 2002 und erneut unter Berücksichtigung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung im Jahr 2009 revidiert. Dies sowohl in Bezug auf die leistungsorientierte Planung – mit Verweis auf den unter Federführung der GDK erarbeiteten «Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung» vom Juli 2005 und auf den «Leitfaden zur Psychiatrieplanung» vom November 2006 als mögliche Methoden zur leistungsorientierten Ermittlung des Bedarfs – als auch in Sachen Leistungsspektrum, Mindestfallzahlen, Mengensteuerung, Aufnahmepflicht, Notfallaufnahme, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Datenlieferung, Investitionen, Arbeitsbedingungen, Ausbildungsleistungen, Erreichbarkeit und interkantonale Patientenströme. Die Empfehlungen richten sich an die Kantone und sind im Hinblick auf die Anpassung der Spitalplanung im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beziehungsweise auf die Planungskriterien des Bundesrates abgegeben worden. Die Empfehlungen haben keinen verbindlichen Charakter und haben zu Diskussionen über die Kompatibilität mit den Zielen der KVG-Revision geführt. Zu diesem Thema hat der Bundesrat in seiner Antwort vom 7. Dezember 2012 auf die Interpellation 12.3865 «Ungereimtheiten bei der Umsetzung der Spitalfinanzierung» festgehalten, dass bei einer Mengenbegrenzung, welche im Übrigen auch mittels Globalbudget nach Artikel 51 KVG erfolgen könnte, sich die Frage des Qualitätswettbewerbs und der Einschränkung der Spitalwahl stelle. In derselben Antwort hat der Bundesrat daran erinnert, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 10. Juli 2012 in Sachen kantonales Tessiner Anwendungsgesetz des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung<sup>7</sup> festgehalten hat, dass die Kantone berechtigt seien, eine Mengenkontrolle durchzuführen.

### 4.2.2 Leitfaden der GDK zur leistungsorientierten Spitalplanung (2005)

Im Hinblick auf die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung der Spitäler mussten, damit eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden konnte, die Spitalplanungen an die absehbare Neuordnung der Spitalfinanzierung angepasst werden. Mit dem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung wurden die Methodik einer leistungsorientierten Spitalplanung entwickelt und verschiedene zentrale Begriffe rund um die leistungsorientierte Spitalplanung des akutsomatischen stationären Bereichs definiert. Der Leitfaden enthält Kernaussagen zu den dargestellten Planungsetappen, erklärt grundsätzliche Aspekte leistungsbezogener Planungen, definiert die leistungsorientierte Spitalplanung, beschreibt Veränderungen in der stationären Gesundheitsversorgung, die eine Anpassung der Planungsinstrumente erforderlich machen. Der Leitfaden listet auch die zwingenden Voraussetzungen für die Durchführung einer leistungsorientierten Spitalplanung auf und enthält Ausführungen zum Rollenverständnis der Kantone im Rahmen einer leistungsorientierten Spitalplanung.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, 27. April 2009, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>.

<sup>7</sup> Bundesgericht, Urteil vom 10. Juli 2012 in Sachen «ricorso in materia di diritto pubblico contro la modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) decretata il 17 marzo 2011 dal Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino» (2C 796/2011), Erw. 3, unter [http://entscheide.weblaw.ch/cache/f.php?url=links.weblaw.ch%2F10.07.2012\\_2C\\_796-2011&ul=de&l=it](http://entscheide.weblaw.ch/cache/f.php?url=links.weblaw.ch%2F10.07.2012_2C_796-2011&ul=de&l=it).

<sup>8</sup> Vgl. GDK: Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung, Juli 2005, unter [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Leistungsorient.Spitalplanung/Bericht-Leitfaden-def-d\\_01.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Leistungsorient.Spitalplanung/Bericht-Leitfaden-def-d_01.pdf).



### **4.2.3 Leitfaden der GDK zur Psychiatrieplanung (2008)**

Der Leitfaden zur Psychiatrieplanung vom Juli 2008 bildet eine Ergänzung zu den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung und zum Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung. Das Dokument ist ein Leitfaden zur Unterstützung der Kantone bei der Planung einer dem KVG genügenden psychiatrischen Versorgung, mit einer adäquateren Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung und der Durchführung von Modellprogrammen. Laut dem Leitfaden zur Psychiatrieplanung scheine mittel- und langfristig eine Reduktion des Bettenangebots in der Erwachsenenpsychiatrie möglich. Dabei werde eine sorgfältige Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs vorausgesetzt. Zudem sollten die institutionellen Verbindungen zur Rehabilitation und Eingliederung verstärkt werden. Vermehrte Beachtung solle der systematischen Informationsbeschaffung, der Prüfung der Bettenbelegung, der Analyse der Verbindungen zwischen stationären, teilstationären sowie ambulanten Leistungen und der Evaluation geschenkt werden.<sup>9</sup>

### **4.2.4 Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)**

Anstoss für eine gesamtschweizerische Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) war die Erkenntnis, dass sich neue medizinische Technologien zunehmend als Kostenfaktor niederschlagen. Zudem verspricht man sich von einer Konzentration dieser Angebote eine bessere Auslastung hochspezialisierter Einrichtungen und eine bessere Qualität. Im Rahmen des von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen Projektes «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen» (NFA) wurde die HSM als einer derjenigen Bereiche identifiziert, der zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene zu organisieren ist und in Artikel 48a Absatz 1 Buchstabe h BV genannt wird. Dieser Aspekt wurde denn auch von den Eidgenössischen Räten anlässlich der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung aufgenommen. Artikel 39 KVG verlangt, dass nur solche Spitäler als Leistungserbringer zugelassen werden dürfen, die der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Im Bereich der HSM sind die Kantone mit Artikel 39 Absatz 2<sup>bis</sup> KVG neu zu einer gesamtschweizerischen Planung verpflichtet.

Am 14. März 2008 ist die IVHSM von der GDK einstimmig verabschiedet und anschliessend durch alle Kantone ratifiziert worden.<sup>10</sup> Die Vereinbarung wurde auf den 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Dieses ist von der Versammlung der Vereinbarungskantone am 30. Januar 2009 eingesetzt worden. Die gemeinsame Planung der HSM durch die Kantone hat sich in einer Anzahl Zuteilungsentscheidungen an Zentren konkretisiert (vgl. hierzu Tabelle 1, Anhang 1).

### **4.2.5 Leistungsgruppenkonzept der Kantone (2011)**

Mit der Umstellung auf die leistungsorientierte Spitalplanung werden die Leistungsaufträge der Kantone an die Spitäler detaillierter und leistungsspezifischer. Damit diese leistungsspezifischen Leistungsaufträge eindeutig definiert sind, müssen sie möglichst auf allgemein anerkannten medizinischen Klassifizierungssystemen beruhen. Die heute gebräuchlichen medizinischen Klassifizierungssysteme enthalten eine sehr grosse Anzahl von medizinischen Leistungen und sind deshalb als Basis für Leistungsaufträge zu detailliert und zu unübersichtlich. Um die Vergabe von Leistungsaufträgen zu erleichtern, hat die Gesundheitsdirekti-

---

<sup>9</sup> Vgl. GDK: Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Juli 2008, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=615>.

<sup>10</sup> Die Dokumente der IVHSM sind unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822> publiziert.

on des Kantons Zürich in Zusammenarbeit mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ein Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik erarbeitet.<sup>11</sup>

Der Vorstand der GDK hat den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung dieses Klassifikationssystems bei der Erstellung der leistungsorientierten Spitalplanung empfohlen. Dieses System fasst die Diagnosis Related Groups (DRG) beziehungsweise Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) in medizinisch und ökonomisch sinnvolle Leistungsgruppen zusammen und erlaubt es, diese mit medizinisch begründeten Auflagen zu belegen. In seiner Empfehlung an die Kantone vom 15. April 2010 würdigte der Vorstand der GDK die Vorteile des Instruments und äusserte den Wunsch, dass die Kantone ein einziges Klassifikationsschema anwenden. Darüber hinaus wurden im Leistungsgruppenkonzept auch eine umfassende Grundversorgung (Basispaket), elektiv mögliche Leistungsbereiche sowie spezifische Anforderungen pro Leistungsgruppe formuliert, die jedoch noch nicht Gegenstand der Empfehlung des GDK-Vorstandes waren.

Die GDK hat sich vom Leistungsgruppenkonzept folgende Vorteile versprochen:

- Das Konzept der Leistungsgruppen erlaubt die Bündelung einzelner medizinischen Leistungen anhand der DRG, Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) zu medizinisch sinnvollen Leistungsgruppen.
- Es bietet mit rund 125 Leistungsgruppen einerseits eine sinnvolle Aggregationsstufe und erlaubt andererseits eine einheitliche, verbindliche und im Klinikalltag umsetzbare Definition von Leistungsaufträgen.
- Das Konzept bietet medizinisch begründete, leistungsspezifische Anforderungen und Verknüpfungen von Leistungsgruppen, welche direkt im Leistungsauftrag verankert werden können.
- Die eindeutig definierten Leistungsgruppen erlauben eine systematische Überprüfung der Leistungsaufträge mit der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS.

Aus Sicht der GDK gälte bei einer gesamtschweizerischen Anwendung durch alle Kantone zusätzlich:

- Die Koordination der Spitalplanungen unter den Kantonen wird vereinfacht.
- Für die Spitäler sind einheitlich formulierte Leistungsaufträge aus verschiedenen Kantonen verknüpfbar.

#### **4.3 Detaillierungsgrad der Grundlagen**

Die Bestimmungen des KVG sowie die gestützt auf das KVG erlassenen Verordnungsbestimmungen sind verbindlich. Aus diesem Grund hat der Bundesrat beim Erlass der Planungskriterien darauf geachtet, dass die Kriterien so formuliert sind, dass eine Anwendung durch alle Kantone und in allen Situationen möglich ist und dass die Kantone die ihnen vom Gesetz übertragene Pflicht zur Spitalplanung wahrnehmen können. Die Kantone sollen die Möglichkeit haben, ihre Spitalplanung unter Beachtung der kantonalen Gegebenheiten zu erstellen und die Planungsinstrumente gestützt auf die Kenntnisse ihres spezifischen Spitalbereichs zu entwickeln.

Der Bund betrachtet es in der jetzigen Situation nicht als angebracht, für die Spitalplanung detaillierte Beurteilungsgrössen zu entwickeln und vorzugeben oder auf bestimmte Situationen bezogene Anforderungen verbindlich festzusetzen. Der Bund hat mit den Planungskriterien (Art. 58a-58e KVV) den Rahmen festgelegt, den die Kantone bei der Erstellung der detaillierten und situationsspezifischen Planung zu beachten haben. In diesem Sinne hat der Gesetzgeber den Bundesrat zum Erlass von Planungskriterien auf der Grundlage der Wirt-

---

<sup>11</sup> Vgl. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623>.

schaftlichkeit und der Qualität (Art. 39 Abs. 2<sup>ter</sup> KVG) verpflichtet und nicht zum Erlass von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien, auf denen die Planung beruhen soll. Dies bedeutet, dass der Bundesrat mit den Planungskriterien den allgemeinen Rahmen für die Entwicklung eines Planungssystems, das eine wirtschaftliche und qualitativ hochstehende Leistungserbringung gewährleistet, vorzugeben hatte. Mit den Planungskriterien werden die Kantone im Übrigen nicht verpflichtet, die Spitalplanung mit einer Mengensteuerung zu verbinden, denn im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung sollen der Preis- und der Qualitätswettbewerb bei der Bestimmung des Versorgungsangebots eine massgebende Rolle spielen. Die entsprechenden Elemente sind auch in den Planungskriterien enthalten, indem zum Beispiel vorgegeben wird, dass das auf der Spitalliste zu sichernde Angebot namentlich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung ausgewählt werden muss. Damit wird ausgeschlossen, dass Leistungsaufträge erteilt werden, ohne dass Kosten und Qualität der anbietenden Leistungserbringer verglichen werden.

Die Kantone als Planungsbehörden und die Spitäler sind die Spezialisten, die detaillierte Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsparameter praxis- und situationsnah festsetzen sollen. In diesem Sinne haben die Kantone bereits die entsprechenden Empfehlungen formuliert. Diese sind nicht verbindlich und können im Laufe der Zeit angepasst werden. Deshalb können sie detaillierter sein als die Planungskriterien des Bundesrates (vgl. Kapitel 4.1.2). Es wäre nicht adäquat, wenn der Bund Anforderungen wie zum Beispiel Mindestfallzahlen pro Spitalarzt oder verbindlichen Zahlen zu Ausbildungsplätzen festsetzen würde, wie dies im Postulat 10.3753 beantragt wird.

Die Planungskriterien des Bundesrates sind kein Handbuch der Spitalplanung. Einheitlichkeit kann nur auf einer abstrakten Ebene gefordert werden. Sie gewährleisten aber, dass die Planungsschritte einheitlich erfolgen. Andererseits setzten die Planungskriterien die anzuwendenden Werte bewusst nicht fest, weil diese den verschiedenen Situationen entsprechen und sich mit den technischen und medizinischen Erkenntnissen entwickeln sollen.

Die Planungskriterien des Bundesrates bilden den Rahmen für die Erstellung einer mit der neuen Spitalfinanzierung konformen Spitalplanung, auf einer verbindlichen und für alle Kantone und Situationen geltenden Ebene. Die Kantone haben in diesem Rahmen ein Instrumentarium entwickelt, das Empfehlungscharakter hat und sich auf einer differenzierten, operationellen und evolutiven Ebene befindet. Der Bundesrat erkennt deshalb in der jetzigen Situation keine Notwendigkeit, auf dieser Ebene einzugreifen.

## **5 Erste Auswirkungen der Neuregelung der Spitalfinanzierung**

### **5.1 Gesamtschweizerische Planung im Bereich der HSM**

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM (vgl. Kapitel 4.2.4) haben die Kantone bisher Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen der HSM verabschiedet. Die Leistungszuteilungen sind zeitlich befristet. Für die Aufsicht und Kontrolle des Vollzugs der Leistungszuteilungen sowie der mit der Leistungserbringung verbundenen Auflagen ist der jeweilige Standortkanton zuständig. Mit der gemeinsamen Planung der HSM durch die Kantone wird die Erbringung der Leistungen auf die im jeweiligen Beschluss genannten Zentren konzentriert. Die Liste der Zuteilungsentscheide findet sich in Anhang 1.

Der mit dem Erlass von Artikel 39 Ansatz 2<sup>bis</sup> KVG von den Eidgenössischen Räten anvisierte Prozess hat somit begonnen. Die Entscheide des Beschlussorgans sind zeitlich bis Ende 2013, 2014 oder 2015 befristet. Es ist davon auszugehen, dass die Situation in den einzelnen Fachgebieten nach einer gewissen Zeit neu beurteilt wird und dass sich die gemeinsame Planung der HSM weiterentwickelt.

Die Kantone haben sich bereits im Jahr 2008 mit der IVHSM über die für die Planung der HSM nötige Organisation geeinigt (vgl. Kapitel 4.2.4), sodass die HSM-Planung rechtzeitig beginnen konnte. Die Planung erfolgt schrittweise nach den ausgewählten HSM-Teilbereichen und konkretisiert sich in HSM-Fachorganbeschlüssen. Die Arbeiten werden

fortgesetzt. So wurden am 19. September 2013 verschiedene Entscheide u.a. bezüglich den Organtransplantationen gefällt<sup>12</sup>.

## 5.2 Kantonale Planungen und Listen

### 5.2.1 Neu erarbeitete Spitalplanungen und -listen

Die Übergangsbestimmungen zur KVG-Änderung vom 21. Dezember 2007 geben den Kantonen bis Ende 2014 Zeit, die kantonalen Spitalplanungen an die neuen Anforderungen anzupassen. Wenn die Kantone in der Übergangszeit eine neue Spitalplanung erarbeiten und neue Spitallisten erlassen, müssen Planung und Liste, wie vom Bundesverwaltungsgericht festgehalten, ganz den neuen vom Bundesrat erlassenen Planungskriterien (Art. 58a-58e KVV) entsprechen.<sup>13</sup>

Gewisse Kantone haben ihre Spitalplanung bereits im Sinne der geänderten Bestimmungen überarbeitet und die entsprechenden Listen erlassen.<sup>14</sup> Diese unterscheiden sich sowohl in Bezug auf die Vorgaben des Kantons als auch in Bezug auf den Detaillierungsgrad. Im Wesentlichen halten sie sich jedoch an das vom Vorstand der GDK empfohlene Leistungsgruppenkonzept.

Die Spitalplanung ist ein kontinuierlicher Prozess, die Kantone müssen ihre Planungen periodisch überprüfen und anpassen, gestützt sowohl auf die Erfahrungen mit der nun überarbeiteten Spitalplanung als auch auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

### 5.2.2 Beispiele von Kriterien für die Spitalplanung

Die Kriterien, die der Spitalplanung zugrunde liegen müssen, leiten sich aus dem Gesetzestext und aus den Verordnungsbestimmungen ab. Grundlegende Kriterien der Spitalplanung sind die Wirtschaftlichkeit und die Qualität. Zudem sind andere Kriterien zu beachten wie die Erreichbarkeit, die Aufnahmebereitschaft und die zu erwartenden interkantonalen Patientenströme. Die Kantone können zudem in ihrer Spitalplanung weitere Kriterien festsetzen, die notwendig sind, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, zum Beispiel die Pflicht zum Notfalldienst oder die Pflicht zur Ausbildung von Fachpersonen.

Wie die Kriterien konkretisiert werden, zeigen die nachfolgenden Beispiele. Verschiedene Kantone orientieren dabei sich an der Zürcher Spitalplanung.

### 5.2.3 Anforderungen an die Spitäler<sup>15</sup>

#### a. Generelle Anforderungen

Die Anforderungen an die Qualität und die Wirtschaftlichkeit müssen von allen Spitalern, die auf einer Spitalliste enthalten sind, erfüllt werden.

---

<sup>12</sup> [http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=402&no\\_cache=1&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=304&cHash=5d9c957c937305bf5566dd3b430ea3af](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=402&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=304&cHash=5d9c957c937305bf5566dd3b430ea3af)

<sup>13</sup> Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. Juni 2012 (C-325/2010), Erw. 4.6., elektronisch publiziert.

<sup>14</sup> Die GDK führt eine Übersicht mit Zugriff auf alle kantonalen Spitalisten, unter [www.gdk-cds.ch/index.php?id=624](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624).

<sup>15</sup> Vgl. Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 71-84, unter: [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_spitalisten/akutsomatik.html](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitalisten/akutsomatik.html)

#### a.a Generelle Qualitätsanforderungen

Gewisse Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung sowie an die Qualitätssicherung müssen von allen Listenspitälern, unabhängig von ihrem Leistungsspektrum, erfüllt werden.

Beispiele sind

- Qualitätssicherungskonzept;
- Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen;
- Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS);
- Multiprofessionelle Entlassungspfade;
- Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen;
- Durchführung von Reanimationsübungen;
- Massnahmen der Spitalhygiene/Infektiologie.

Es liegt in der Kompetenz der Kantone, weitere Elemente beizuziehen, wie zum Beispiel Indikatoren für die Ergebnisqualität.

#### a.b Wirtschaftlichkeitsanforderungen

Grundlage für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind vor allem Kostendaten. Damit ein Wirtschaftlichkeitsvergleich möglich ist, müssen sich die Daten auf ein einheitliches Raster beziehen. Von Interesse ist deshalb insbesondere die fallbezogene Kostenträgerrechnung eines Spitals. Bei Neubewerbern, die bisher keine beziehungsweise wenige stationäre Patienten behandelten, kann kein Fallkostenvergleich vorgenommen werden. Als Möglichkeit zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kann in solchen Fällen zum Beispiel ein Businessplan dienen.

#### b. Leistungsspezifische Anforderungen

Je nach Leistungsspektrum beziehungsweise Leistungsgruppen, für die ein Spital einen Leistungsauftrag erhält, kann der Kanton leistungsspezifische Anforderungen festsetzen, zum Beispiel zu folgenden Aspekten:

##### b.a Facharzt und Verfügbarkeit

Je nach Leistungsgruppe und abhängig von der medizinischen Notwendigkeit können eine bestimmte Zusammensetzung des Ärzte- beziehungsweise Fachärztegremiums vorgeschrieben und Anforderungen an deren Verfügbarkeit definiert werden.

##### b.b Notfallstation

Für Leistungsgruppen mit vielen Notfallpatienten kann das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben und je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe können Anforderungen definiert werden, beispielsweise an die ärztliche Versorgung und betreffend Beizug von Fachpersonen.

##### b.c Intensivstation

Für Leistungsgruppen, die oft eine Verlegung der Patienten auf die Intensivstation erfordern, kann das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben werden. Auch für Intensivstationen können Anforderungen an Fachpersonal und Infrastruktur definiert werden.

##### b.d Fachübergreifende Behandlungen

Für Patientinnen und Patienten, für deren Behandlung fachübergreifendes medizinisches Wissen erforderlich ist, kann ein zweckmässiges Setting vorgeschrieben werden, beispielsweise dass die Leistungen am gleichen Standort erbracht werden müssen.

##### b.e Tumorboard

Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen zur Behandlung von Karzinompatienten kann ein Tumorboard und dessen Zusammensetzung vorgeschrieben werden.

#### b.f Mindestfallzahlen

Nach Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten. Für bestimmte, insbesondere komplexe Behandlungen ist der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität in der wissenschaftlichen Literatur belegt.<sup>16</sup> Jedoch sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die generelle Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vorhanden. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenig Studien oder keine empirische Evidenz. Ein Vergleich der in verschiedenen Ländern festgesetzten Mindestfallzahlen zeigt zudem, dass sie in Bezug auf die gleiche Leistung beträchtlich variieren. Ein vorsichtiges und pragmatisches Vorgehen ist so lange angebracht, als die wissenschaftlichen Grundlagen für die Festsetzung von Mindestfallzahlen in vielen Bereichen noch nicht vorhanden sind.

#### b.g Sonstige leistungsspezifische Anforderungen

Bei bestimmten Behandlungen sind zusätzliche leistungsgruppenspezifische Anforderungen möglich.

#### b.h Anforderungen an Querschnittsleistungsgruppen

Verschiedene medizinische Leistungen stehen quer zu den organspezifischen Behandlungen. Dafür können Gruppen mit Querschnittsleistungen gebildet und diesbezügliche Anforderungen definiert werden.

## 6 Qualitätssicherung

### 6.1 Qualitätssicherung im Rahmen der kantonalen Planungskompetenz

Die vom Vorstand der GDK am 14. Mai 2009 verabschiedeten Empfehlungen zur Spitalplanung sehen in Sachen Qualität Folgendes vor (Empfehlung 8)<sup>17</sup>:

«a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen prüft der Kanton die spezifischen Anforderungen an die Infrastruktur und die Personaldotation, die sich für die Erbringung bestimmter Leistungen stellen. Er kann die Erteilung des jeweiligen leistungsbezogenen Auftrags von der Erfüllung dieser Anforderungen abhängig machen.

b) Im kantonalen Leistungsauftrag werden die erforderlichen Auflagen zur Qualitätssicherung und zum Ausweis der Qualität festgehalten.

c) Die Kantone halten im kantonalen Leistungsauftrag die Spitäler an, dem «Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken»<sup>18</sup> beizutreten und an den dort koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Allfällige darüber hinausgehende Anforderungen an Messungen und Datenlieferungen sind separat festzuhalten oder werden von den zuständigen Gremien vorgegeben. Dies trifft insbesondere auf die Vereinbarung über die Bearbeitung der Daten und ihre Publikation zu.

d) Die Kantone sind bestrebt, die Bestimmungen nach Art. 77 KVV im Rahmen des «Nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken» zu koordinieren.»

---

<sup>16</sup> Frick, Ulrich; Krischker Stefan; Gmel, Gerhard (2013): Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleistungen (stationär): Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität. Forschungsbericht No. 330 aus dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich.

<sup>17</sup> Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, 27. April 2009, S. 11, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>.

<sup>18</sup> ANQ, <http://www.anq.ch/index.php?id=2&L=0>.

Im Rahmen ihrer Planungszuständigkeit haben die Kantone bereits Empfehlungen zur Qualität formuliert oder, wie zum Beispiel der Kanton Zürich, spezifische Qualitätsanforderungen definiert (vgl. Kapitel 5.2.3 a.a). Die im Postulat 10.3753 genannten Anforderungen sind ein erster Schritt in der Anwendung von Vorgaben zur Qualität. Diese müssten allerdings schrittweise erweitert werden. Eigentlich zeigt die Empfehlung der GDK in Sachen Qualität, dass die Kantone mehr als nur auf die Durchführung von Messungen und die Erstellung von Berichten anvisieren. Hingegen übernimmt der Bund eine aktive Rolle auf einer anderen Ebene: Bei der Förderung der Qualität und Qualitätssicherung (vgl. Kapitel 6.2).

## **6.2 Die Rolle des Bundes für die Förderung der Qualitätssicherung**

Nach Artikel 58 Absätze 1 und 2 KVG kann der Bundesrat systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen vorsehen und deren Durchführung den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

Nach Artikel 58 Absatz 3 KVG hat der Bundesrat die Aufgabe, Massnahmen zur Sicherung und Wiederherstellung der Qualität sowie des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen vorzusehen. Diese Aufgabe hängt zudem mit Artikel 32 KVG zusammen, wonach die von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein müssen. Der Bundesrat hat dem EDI die Kompetenz zur Leistungsbezeichnung (Art. 33 Abs. 5 KVV) sowie zum Erlass der Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 KVG (Art. 77 Abs. 4 KVV) übertragen. Zur Erreichung der WZW-Vorgabe kann die Leistungspflicht von der Erfüllung bestimmter Bedingungen abhängig gemacht werden. Als spezifische Massnahmen sind insbesondere die vertrauensärztliche Zustimmung zu bestimmten Diagnose- und Behandlungsverfahren und die Bestimmung der zur Durchführung zugelassenen Leistungserbringer genannt. Der Bundesrat kann auch andere geeignete Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität vorsehen.

Gestützt auf Artikel 58 KVG hat der Bundesrat in Artikel 77 Absätze 1 bis 3 KVV die Leistungserbringer und die Versicherer mit der Erarbeitung von Konzepten und Programmen über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität sowie mit deren Umsetzung beauftragt. Dies auch im Hinblick auf Artikel 59 KVG, in dem die Umsetzungsinstrumente den Versicherern zugeteilt sind. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist diesbezüglich einbezogen, indem die Vertragsparteien über die gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren und auf Wunsch des BAG Bericht zu erstatten haben. Verfügen die Vertragsparteien über keine oder ungenügende Vereinbarungen, so hat der Bundesrat nach Artikel 77 Absatz 3 KVV die subsidiäre Kompetenz zum Erlass der erforderlichen Bestimmungen.

In Artikel 22a KVG, der seit dem 1. Januar 2009 in Kraft ist, werden die Leistungserbringer verpflichtet, dem Bund medizinische Qualitätsindikatoren bekannt zu geben, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu überwachen. Der Bund hat die Aufgabe, konzeptionelle Vorgaben für die Erhebung der Daten und Indikatoren zu machen.

Das Parlament stellte bei der Umsetzung der Qualitätssicherung Defizite fest und verlangte verschiedentlich vom Bundesrat, in dieser Frage aktiver zu werden. Die GPK-S hat denn auch im Jahr 2007 den Bericht „Evaluation über die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG“ erstellt und dem Bundesrat mit konkreten Empfehlungen zur Stellungnahme unterbreitet. Der Bundesrat legte in der Folge im Herbst 2009 die Qualitätsstrategie im Schweizerischen Gesundheitswesen vor. Im Frühjahr 2011 hiess er den Bericht zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie gut und beschloss die Durchführung eines ersten nationalen Qualitätsprogramms für die Jahre 2012 bis 2014. Er erteilte zudem den Auftrag, die gesetzlichen Grundlagen zur Schaffung einer nationalen Struktur und zur nachhaltigen Finanzierung



der Umsetzung der Qualitätsstrategie in Form eines Beitrags pro versicherte Person vorzubereiten.

Zurzeit liegen die Schwerpunkte in der Umsetzung der Qualitätsstrategie hauptsächlich bei folgenden zwei Aktivitäten: die Durchführung von nationalen Pilotprogrammen zur Erhöhung der Patientensicherheit und die Erarbeitung gesetzlicher Grundlagen, um eine finanzielle und strukturelle Umsetzung der Qualitätsstrategie zu gewährleisten.

Die nationalen Pilotprogramme werden von der Stiftung für Patientensicherheit durchgeführt und vom Bund finanziert. Ihr primäres Ziel ist es, die Spitäler zu vernetzen und durch einen gemeinsamen Verbesserungsprozess eine wesentliche Erhöhung der Patientensicherheit und Qualität zu erreichen. Das Pilotprogramm lehnt sich auch an Erfahrung aus anderen Ländern an. Ähnliche Programme wurden bereits in Grossbritannien, Dänemark, Schweden, Holland, Schottland, USA und Kanada durchgeführt. Die Pilotprogramme werden in zwei Themenbereichen - sogenannten Hotspots durchgeführt. Im Themenbereich «Sichere Chirurgie» soll die durchgängige Verwendung von Checklisten im Operationssaal umgesetzt werden. Im zweiten Themenfeld soll die Erhöhung der «Medikationssicherheit bei Übergängen», insbesondere die Problematik von nicht aktualisierten und verlässlichen Medikationslisten bei Spitalein- und -austritt, angegangen werden.

Bei der zweiten Aktivität zur Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes geht es um die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Umsetzung der Qualitätsstrategie. Einerseits soll eine Finanzierungsgrundlage im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Umsetzung der Massnahmen der Qualitätsstrategie geschaffen werden. Andererseits ist die Schaffung einer nationalen Struktur vorgesehen. Eine national unabhängige Struktur könnte im Vergleich zur heutigen Situation in verschiedenen Bereichen einen beträchtlichen Mehrwert schaffen. Als nationale Drehscheibe könnte diese Struktur die heute meist isolierten Aktivitäten der Qualitätssicherung einzelner Akteure besser vernetzen, Synergien nutzen, das gegenseitige Lernen fördern und insgesamt beschleunigen. Diese nationale Struktur würde u.a. Grundlagen und Massnahmen zur Qualitätssicherung erarbeiten, auch zur Schliessung der heutigen grossen Lücken im Bereich von Qualitätsindikatoren, insbesondere im ambulanten Bereich, und in einer integrierten Leistungserbringer übergreifenden Betrachtung. Sie würde zudem nationale Qualitätsprogramme entwickeln und umsetzen. Gleichzeitig könnte sie Defizite im Bereich der Bewertung von Gesundheitstechnologien und des angemessenen Einsatzes der diagnostischen und therapeutischen Leistungen schliessen. Es würde Synergien schaffen, indem es Experten der Qualitätssicherung und der Gesundheitstechnologiebewertung zusammenführt. Dadurch würde eine kompetente und schlagkräftige Organisation entstehen.

Selbstverständlich soll eine neue nationale Struktur weder bestehende Organisationen konkurrenzieren noch sollen Doppelspurigkeiten entstehen. Es ist hier beispielsweise auf den nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) hingewiesen, der eine wichtige, komplementäre Aufgabe im Auftrag der Tarifpartner und der Kantone wahrnimmt. Die Tätigkeiten des ANQ und der nationalen Struktur ergänzen sich und stützen sich je auf entsprechende gesetzliche Grundlagen.

## **7 Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung**

### **7.1 Ziele der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung**

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung steht im Zeichen der Stärkung der Wettbewerbselemente. Die Ausdehnung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten soll den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern fördern. Mit der Einführung der leistungsbezogenen Finanzierung, die auf einheitlichen Strukturen beruhen muss, wird die Transparenz erhöht und mit dem Übergang von der Kostendeckung zur Leistungsfinanzierung die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert werden. Die Systemelemente sollen sich in dem vom Staat vorgegebenen Rahmen entfalten. Im Rahmen der Gesetzesrevision wurde den



Kantone die Vorgabe gemacht, dass sie ihre Planung koordinieren müssen. Zudem müssen sie den vom Bundesrat auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlassenen Planungskriterien Rechnung tragen.

## **7.2 Umsetzung der Spitalplanung**

Der Bundesrat geht davon aus, dass die Kantone mit den zur Verfügung stehenden Informationen in der Lage sind, ihre Spitalplanung auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erstellen. Die Kantone haben dafür noch bis Ende 2014 Zeit. Der vorliegende Bericht ist eine Aufnahme der heutigen Situation bei der Umsetzung der Spitalplanung. Es ist im Moment noch verfrüht, um sich abschliessend über die Umsetzung der Spitalplanung gemäss der neuen Spitalfinanzierung zu äussern. Zudem ist vorgesehen, die Ergebnisse nach Abschluss der Umsetzung der mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung geänderten gesetzlichen Vorgaben im Bereich der Spitalplanung einer Evaluation zu unterziehen.

## **7.3 Wirkungsanalyse**

Um die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu untersuchen, hat der Bundesrat am 25. Mai 2011 die Durchführung einer Wirkungsanalyse gutgeheissen. Von 2012 bis 2018 sollen in sechs Themenbereichen wissenschaftliche Studien durchgeführt werden. Im Zusammenhang mit der Spitalplanung und deren Weiterentwicklung ist vor allem die Studie «Einfluss der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung», die 2017 vorliegen soll, von Interesse. Es ist davon auszugehen, dass in diesem Zusammenhang auch die Entwicklung der kantonalen Spitalplanungen und die Veränderungen des Leistungsspektrums der Spitäler sowie allfällige Konzentrationsprozesse beleuchtet werden. Generell von Interesse ist, ob die Qualität der Leistungen und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gewährleistet sind und ob der Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung weiterhin sichergestellt ist.

## **8 Schlussbetrachtungen und Ausblick**

### **8.1 Schlussbetrachtungen zu den Postulaten «Modelle für die Spitalplanung», «Reduktion der Anzahl Spitäler in der Schweiz» und «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei der Spitalplanung»**

Ausgangspunkt des vorliegenden Berichtes ist ein Postulat, das auf ein mathematisches Modell des BFS und eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Jahr 2002 Bezug nimmt. Im Zeitpunkt der Publikation leistete der die wissenschaftliche Arbeit einen Beitrag zur Diskussion über die Spitalplanung und die Kriterien, die der Spitalplanung zugrunde liegen sollen. In der seither vergangenen Zeit haben die Kantone ihre Spitalplanungen weiterentwickelt. Im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurden zudem die gesetzlichen Vorgaben für die Spitalplanung geändert. Damit ein optimales Angebot entsteht, soll die Spitalplanung auf den Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität beruhen. Mit der Vereinheitlichung der Finanzierungsregelung für die öffentlichen und die privaten Spitäler, die in einer Spitalplanung berücksichtigt sind, und der Ausdehnung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten, die beim Aufenthalt in einem Listenspital ausserhalb ihres Wohnkantons Anspruch auf einen Beitrag des Kantons haben, wurden die Rahmenbedingungen für den Qualitätswettbewerb geschaffen. Gestützt auf Artikel 39 Absatz 2<sup>ter</sup> KVG hat der Bundesrat zudem einheitliche Kriterien für die Spitalplanung erlassen, insbesondere um die Unterschiede zwischen den kantonalen Planungskonzepten zu verringern.

Die Kantone sind für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich. Bei der Gegenüberstellung von Versorgungsbedarf für die Kantonsbevölkerung und dem vorhandenen Angebot müssen die interkantonalen Patientenströme beachtet werden. Entscheidungsgrundlagen für die

Zuteilung eines Leistungsauftrags an ein Spital sind die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Kantone entscheiden, mittels welcher Messgrössen sie die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Spitäler beurteilen. Eine Optimierung beziehungsweise eine Konzentration und Rationalisierung des Spitalangebotes muss in diesem Rahmen erfolgen. Bundesrätliche Vorgaben zur optimalen Grösse von Akutspitalern im Sinne des abbeschriebenen Postulats 02.3750 passen nicht in dieses Konzept. Gewisse Kantone haben die Spitalplanung bezogen auf die seit 1. Januar 2009 geltenden gesetzlichen Anforderungen angepasst. In erster Linie massgebend für die Berücksichtigung eines Spitals in der Planung sind die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität. Der in der Studie «de Wolff» vorgestellte Ansatz einer mathematischen Methode zur Planung der Spitalversorgung ist ein Element, das in der Spitalplanung berücksichtigt werden kann, das aber nicht im Vordergrund steht. Der Bundesrat geht davon aus, dass die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu einer Bereinigung der Spitallandschaft führen wird. Eine direkte Intervention des Bundes zur Reduktion der Spitäler entspricht weder der verfassungsmässigen Kompetenzaufteilung noch liegt sie in dem vom Gesetzgeber mit der Neuordnung der Spitalfinanzierung vorgezeichneten Rahmen.

Die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals ist eine Aufgabe der Kantone und ein Element, das in den kantonalen Gesundheits- und Spitalplanungen berücksichtigt werden muss. Der Bundesrat hat jedoch nicht die Kompetenz, Vorgaben zu Aus- und Weiterbildungsplätzen insbesondere für Assistenzärzte zu definieren, wie dies im Postulat 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei Spitalisten» verlangt wird. Die Sicherung von Aus- und Weiterbildungsplätzen ist nicht Bestandteil der Spitalplanung im Sinne des KVG. Nach Artikel 49 Absatz 3 KVG übernimmt die OKP denn auch keine Kosten für die Forschung und universitäre Lehre. Auch die übrigen im Postulat 10.3753 enthaltenen Forderungen sind, zumindest in der ersten Umsetzungsphase der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, Angelegenheit der Kantone. So überträgt der Bundesrat den Kantonen mit Artikel 58b Absatz 5 Buchstabe c KVV die Aufgabe, im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten. In einer späteren Phase ist zu überprüfen, ob Mindestfallzahlen oder andere Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung gesamtschweizerisch verbindlich sein sollen. Gegebenenfalls könnte der Bundesrat diese, gestützt auf Artikel 39 Absatz 2<sup>ter</sup> KVG, als Voraussetzung für die Zuweisung eines Leistungsauftrags für bestimmte Leistungsbereiche auf Verordnungsebene verankern.

## 8.2 Ausblick

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat bereits Auswirkungen auf die Versorgungsplanung. Sowohl die gesamtschweizerische Planung im Bereich der HSM (Kapitel 5.1) als auch die Überarbeitung der kantonalen Spitalplanungen (Kapitel 5.2.2) sind in Angriff genommen worden. Im Rahmen der geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen haben die Kantone im Laufe der Zeit das Spitalangebot geplant und das entsprechende Instrumentarium entwickelt. Das Fachwissen der Kantone hat sich ständig verfeinert, sodass zurzeit zahlreiche Instrumente insbesondere in Form von Empfehlungen vorhanden sind und in den Planungen konkretisiert werden. Es ist davon auszugehen, dass die Kantone die im Rahmen der KVG-Revision beschlossenen Vorgaben zeitgerecht umsetzen, sowohl im Rahmen der HSM als auch der kantonalen Spitalplanungen. Jenen Kantonen, die ihre Spitalplanung noch nicht nach den neuen Vorgaben erstellt haben, bleibt noch bis Ende 2014 Zeit dafür. Im Anschluss an die erstmalige Überarbeitung werden die Strukturen weiter zu optimieren sein. Insbesondere wird es darum gehen, durch die Zuteilung von bestimmten Leistungen auf einzelne Standorte die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung fortwährend zu verbessern. Vor Ablauf der Übergangsbestimmungen der Kantone Ende 2014 kann keine Bestandesaufnahme über die Entwicklung im Spitalbereich gemacht werden. Detaillierte Resultate über die Entwicklung wird die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung enthalten.

In seiner Stellungnahme zum Postulat 10.3753 «Klare Kriterien statt kantonale Willkür bei Spitallisten» vom 17. Dezember 2010 hat der Bundesrat festgehalten, dass er es nicht für angezeigt hält, ohne gefestigte Erkenntnisse neue Vorgaben für die Spitalplanung zu machen. Bis zum Vorliegen dieser Erkenntnisse sollen Verbesserungen in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen nicht mit zusätzlichen Vorgaben für die Spitalplanung, sondern durch andere Ansätze gefördert werden. Am 28. Oktober 2009 hat der Bundesrat den Bericht «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen» gutgeheissen und im Rahmen seiner Entscheide zum Bericht zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie vom 25. Mai 2011 Aufträge erteilt. Der Fokus der Qualitätsstrategie liegt primär auf dem Prozess der Leistungserbringung. Der Bund will mit seiner Qualitätsstrategie eine hohe Qualität in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung zu angemessenen und für die ganze Bevölkerung tragbaren Kosten sicherstellen. Der Bund übernimmt in der Qualitätssicherung zwar eine führende Rolle, aber die Aufgaben und Kompetenzen sind auf verschiedene Akteure verteilt. Nur unter Wahrnehmung der Rollen und Aufgaben durch alle Akteure (Bund, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer, Patienten, andere) und nur mit einer guten Koordination lässt sich die Qualitätsstrategie im Sinne eines integrierenden Konzeptes umsetzen.

In seinen am 23. Januar 2013 verabschiedeten gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» weist der Bundesrat darauf hin, dass die heutigen Versorgungsstrukturen stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet sind. Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden. Die Bildung integrierter Versorgungsmodelle soll in allen Bereichen unterstützt werden: von der Akutbehandlung über die Langzeitpflege bis zur Palliativbehandlung. Nach Aussage des Bundesrates müssen im Hinblick auf die vermehrte Integration der Versorgungsmodelle nicht nur Finanzierungsmechanismen der Versorgung via KVG angepasst, sondern auch die Steuerbarkeit des Versorgungssystems generell erhöht werden. Gemeint ist damit die Einführung neuer Steuerungsmöglichkeiten – etwa für die Versorgung im (spital-)ambulanten Bereich –, damit die Kantone planen und ein Über- bzw. Unterangebot verhindern können. In seiner Botschaft vom 21. November 2012 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung, BBl 2012 9439) hat der Bundesrat darauf hingewiesen, dass auch im ambulanten Bereich Möglichkeiten zu schaffen sind, um das ungehinderte Kostenwachstum zu steuern. In der Folge müssen die Steuerung im stationären und ambulanten Bereich aufeinander abgestimmt und in Bezug zu den Finanzierungsmechanismen gesetzt werden, wenn sich die Versorgungsstrukturen in dem Sinne entwickeln sollen, wie dies vom Bundesrat in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten vorgesehen ist. Allfällige zusätzliche Vorgaben des Bundesrates für die Spitalplanung werden sich in diesen Kontext einfügen.

Liste der Zuteilungsentscheide  
im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin  
(<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>)



## IVHSM-CIMHS

94.66 / BW

Aktualisiert: 19.9.2013

### Liste der Zuteilungsentscheide im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin

#### 2010

Nr./No.	Entscheid	Datum Entscheid	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
2010-01	Cochlea Implantate (CI)	22.06.2010	24/4193	<ul style="list-style-type: none"><li>- CI-Klinikzentrum Basel, Universitäts-HNO-Klinik, Universitätsspital Basel</li><li>- CI-Dienst Bern, Universitäts-HNO-Klinik, Inselspital Bern</li><li>- Centre Romand d'Implants Cochléaires (CRIC), Hôpitaux universitaires de Genève (chirurgischer Eingriff und Folgetherapie), Centre hospitalier universitaire vaudois (Folgetherapie)</li><li>- HNO-Klinik Luzerner Kantonsspital</li><li>- CI-Zentrum Zürich, Labor für Experimentelle Audiologie, ORL-Klinik Universitätsspital Zürich</li></ul>	31.12.2013
2010-02	Protonentherapie	22.06.2010	24/4196	<ul style="list-style-type: none"><li>- Paul Scherer-Institut (PSI), Villigen</li></ul>	31.12.2013
2010-03	Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen (HSZT)	22.06.2010	24/4202	<ul style="list-style-type: none"><li>- Universitätsspital Basel</li><li>- Universitätsspital Zürich</li><li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li></ul>	31.12.2013
2010-04	Organtransplantationen	22.06.2010 06.07.2010	24/4199 26/4445*	<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Nierentransplantationen</u>: Universitätsspitäler Bern, Basel, Zürich, Lausanne und Genf, Kantonsspital St. Gallen</li><li>- <u>Lebertransplantationen</u>: Universitätsspitalern Bern, Zürich, Genf</li><li>- <u>Lungentransplantationen</u>: Universitätsspitäler Lausanne, Zürich</li><li>- <u>Pankreastransplantationen</u> (inkl. kombinierte simultane Nieren- und Pankreastransplantation, Pankreastransplantation nach</li></ul>	31.12.2013

Nr./No.	Entscheid	Datum Entscheid	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<ul style="list-style-type: none"> <li>erfolgter Nierentransplantation sowie Inselzelltransplantationen): Universitätsspitaler Genf, Zürich</li> <li>- <u>Herztransplantationen</u>: Universitätsspitaler Bern, Lausanne, Zürich</li> </ul>	
2010-05	Schwere Verbrennungen	22.06.2010 06.07.2010*	24/4190 26/4448	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbrennungszentrum des Universitätsspitals Zürich (USZ)</li> <li>- Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB) des Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) Lausanne</li> </ul>	31.12.2013

## 2011

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
2011-01	Neurochirurgie Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen	21.06.2011	25/4671	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014
2011-02	Neurochirurgie Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation) beim Erwachsenen	21.06.2011	25/4675	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire Vaudois CHUV, Lausanne</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2014
2011-03	Neurochirurgie Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne die komplexen vaskulären Anomalien	21.06.2011	25/4679	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> </ul>	
2011-04	Neurochirurgie Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (ZNS)	21.06.2011	25/4684	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014
2011-05	Neurochirurgie Seltene Rückenmarkstumoren	21.06.2011	25/4688	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kantonsspital Luzern</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014
2011-06	Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen	21.06.2011	25/4692	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> </ul>	31.12.2014
2011-07	Behandlung von Schwerverletzten	21.06.2011	25/4699	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St.Gallen</li> <li>- Luzerner Kantonsspital</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Kantonsspital Graubünden</li> <li>- Kantonsspital Winterthur</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> <li>- Gesundheitsnetz Wallis, Standort Sion</li> </ul>	
2011-08	Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz	01.11.2011	44/8075	- Kinderspital Zürich	31.12.2015
2011-09	Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern	01.11.2011	44/8078	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB) im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne</li> <li>- Verbrennungszentrum des Kinderspitals Zürich</li> </ul>	31.12.2015
2011-10	Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern	01.11.2011	44/8084	- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	31.12.2015
2011-11	Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern	01.11.2011	44/8087	- Hôpitaux universitaires de Genève	31.12.2015
2011-12	Organtransplantationen (Lunge, Leber, Niere) bei Kindern	01.11.2011	44/8090	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Lungen-Transplantationen</u> bei Kindern: Universitätsspital Zürich</li> <li>- <u>Leber-Transplantationen</u> bei Kindern: Universitätsspital Genf</li> <li>- <u>Nieren-Transplantationen</u> bei Kindern: Universitätsspital Zürich (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich), Inselspital</li> </ul>	31.12.2015



Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<p>Bern, Centre hospitalier universitaire vaudois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Nieren-Lebendspende</u> bei älteren Kindern: kann im Universitätsspital Basel durchgeführt werden, wenn das Inselspital Bern seine Zustimmung gibt.</li> </ul> <p><i>Kombinierte Transplantationen mehrerer Organe (bspw. Herz-Lunge, Leber-Niere) sind von dieser Zuteilungsentscheid ausgeschlossen.</i></p>	
2011-13	Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern	01.11.2011	44/8095	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin)</li> </ul>	31.12.2015
2011-14	Neugeborenen-Intensivpflege	01.11.2011	44/8099	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich (USZ) (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (LUKS)</li> <li>- Kantonsspital Aarau (KSA)</li> <li>- Kantonsspital Graubünden (KSGR)</li> </ul>	31.12.2015
2011-15	Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern	20.12.2011	51/9276	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> </ul>	31.12.2015

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (LUKS)</li> <li>- Kantonsspital Graubünden (KSGR) mit Einschränkungen</li> </ul>	
2011-16	Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern	20.12.2011	51/9282	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
2011-17	Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern	20.12.2011	51/9285	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Schweizerisches Epilepsiezentrum (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)</li> </ul>	31.12.2015

## 2013

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
2013-01	Pädiatrische Onkologie Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen	10.09.2013	35/6773	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kantonsspital Aarau (Kinderklinik)</li> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (Kinderklinik)</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital</li> <li>- Ospedale Regionale di Bellinzona (Kinderklinik)</li> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
2013-02	Pädiatrische Onkologie Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)	10.09.2013	35/6781	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Autologe Stammzelltransplantation:</u> Inselspital Bern, Kinderspital Zürich</li> <li>- <u>Allogene Stammzelltransplantation:</u> Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
2013-03	Pädiatrische Onkologie Behandlung von Neuroblastomen	10.09.2013	35/6783	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
2013-04	Pädiatrische Onkologie Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren	10.09.2013	35/6786	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Extremitäten (Beine, Arme):</u> Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants), Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)</li> </ul>	31.12.2015

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stamm (Becken, Bauch und Thorax)</li> <li>Inselspital (Kinderspital), Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants), Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)</li> </ul>	
2013-05	Pädiatrische Onkologie Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems	10.09.2013	35/6789	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- HUG Genève (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
2013-06	Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Oesophagusresektion	10.09.2013	35/6792	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort ST. Gallen)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				- ZH: Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG	
2013-07	Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Leberresektion	10.09.2013	35/6801	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau</li> <li>- BE: Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Bellinzona)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZH: Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich AG</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>
2013-08	Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Pankreasresektion	10.09.2013	35/6809	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> </ul>	<u>Definitiv:</u> 31.12.2017

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur, Stadtspi- tal Triemli</li> </ul> <p>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau</li> <li>- BE: Spitalzentrum Biel-Bienne, Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Lindenhofspital</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standort Bürgerspital Solothurn)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regio- nale di Bellinzona)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZH: Klinik Hirslanden Zürich AG</li> </ul>	<p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>
2013-09	Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Tiefe Rektumresektion	10.09.2013	35/6817	<p>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberaargau SRO</li> </ul>	31.12.2015

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
				<p>(Standort Spital Langenthal), Spital STS AG (Standort Spital Thun)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standorte Luzern/Sursee), Hirslanden Klinik St. Anna AG</li> <li>- NE: Hôpital Neuchâtelois (Standort Neuchâtel)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- SH: Spitäler Schaffhausen (Standort Schaffhausen)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standorte Bürgerspital Solothurn/Kantonsspital Olten)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Lugano)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (Standort Yverdon-les-Bains), Ensemble Hospitalier de La Côte (Standort Morges), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (Standort Hôpital de Nyon)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital Baar</li> <li>- ZH: Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Uster, Stadtspital Waid</li> </ul>	

Nr./No.	Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
2013-10	Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Komplexe bariatrische Chirurgie	10.09.2013	35/6826	Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- SH: Spitäler Schaffhausen (Standort Schaffhausen)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standort Kantonsspital Olten)</li> <li>- SZ: Spital Lachen</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Frauenfeld)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Bellinzona)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Groupe-ment hospitalier de l'Ouest lémanique (Standort Hôpital de Nyon)</li> <li>- VD/VS: Hôpital du Chablais</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Spital Limmattal, Klinik Hirslanden Zürich AG, GZO Spital Wetzikon</li> </ul>	31.12.2015