

Forschungsprogramm KVG II

WIRKUNGSANALYSE DER
KANTONALEN SPITALPLANUNGEN

Christian Rüefli

lic.rer.soc.

Mitarbeit:

Céline Anderegg, Büro Vatter

Yann Boggio, evaluanda

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit

Bern, März 2005

Vorwort

Seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahre 1996 sind die Kantone verpflichtet, eine Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung im Spitalbereich zu erstellen. Die Spitalplanung ist ein Instrument der Kantone zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. In der sozialen Krankenversicherung ist sie eine der Voraussetzungen, damit ein Spital als Leistungserbringer zugelassen ist (Art. 39 KVG). Die Pflicht aller Kantone zur Spitalplanung wurde im Krankenversicherungsgesetz verankert in der Absicht der besseren Koordination der Leistungserbringer und der optimalen Nutzung der Ressourcen, letztlich also der Kosteneindämmung.

Der vorliegende Expertenbericht reiht sich ein in die Wirkungsanalysen, welche zur Evaluation des KVG bereits durchgeführt worden sind. Weil die Wirkungszusammenhänge im Spitalbereich äusserst komplex sind und das Spektrum möglicher Wirkungen der Spitalplanung entsprechend gross, war eine sorgfältige Planung dessen, was diese Studie evaluieren kann und soll, besonders wichtig. Die Fragestellungen verfolgen nun hauptsächlich ein exploratives, deskriptives Erkenntnisinteresse. Im Vordergrund steht die Frage, zu welchen Ergebnissen die in Artikel 39 KVG verankerte Pflicht der Kantone zur Spitalplanung geführt hat, wie sich die Planungen und Listen auf die Spitalversorgung in den Kantonen auswirkten. Im Rahmen des Möglichen soll zudem beurteilt werden, ob und wie die Kosten im stationären Bereich durch die Spitalplanung beeinflusst wurden. Letzteres stösst insbesondere wegen der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes an Grenzen. Obwohl die Kosten der stationären Versorgung auch von Faktoren abhängig sind, die durch spitalplanerische Massnahmen nicht oder nur bedingt beeinflusst werden können, kamen die Autoren zum Schluss, dass ein Einsparpotenzial der Spitalplanung durchaus gegeben sei, dessen Ausschöpfung allerdings abhängig vom vorhandenen finanziellen und politischen Druck sowie dem politischen Willen der verantwortlichen Akteure und ihren Möglichkeiten sei, Widerständen wirkungsvoll entgegenzutreten.

Mit der vorliegenden Studie liegt eine Bestandesaufnahme zur Konzeption und Umsetzung der kantonalen Spitalplanungen vor. Vor dem Hintergrund der bereits eingeleiteten Diskussion über künftige Steuerungsmöglichkeiten im Spitalbereich werden zudem denkbare Entwicklungsperspektiven diskutiert. Damit vermittelt die Studie eine umfassende Sicht über die bisherige Entwicklung und den Stand der Erkenntnis im Bereich der Spitalplanung.

Marie-Thérèse Furrer, Projektleiterin

Préface

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les cantons sont tenus d'établir une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers. La planification hospitalière sert donc d'instrument aux cantons pour assurer la couverture médicale de la population. Dans l'assurance-maladie sociale, elle est l'une des conditions à remplir pour qu'un hôpital soit admis au titre de fournisseur de prestations (art. 39 LAMal). Cette obligation de planification pour tous les cantons a été inscrite dans la loi en vue d'assurer une meilleure coordination des fournisseurs de prestations et une utilisation optimale des ressources, donc en fin de compte de maîtriser les coûts.

Le présent rapport d'experts prend place dans la série d'analyses déjà réalisées pour évaluer les effets de la LAMal. Etant donné que les interactions dans le domaine hospitalier sont extrêmement complexes et que l'éventail des effets possibles de la planification hospitalière est donc très large, il était particulièrement important de planifier avec soin ce que cette étude pouvait et devait évaluer. Les questions formulées poursuivent un but essentiellement exploratoire et descriptif. La principale concerne les résultats de l'obligation de planification inscrite dans l'art. 39 LAMal, autrement dit les effets des planifications et des listes des hôpitaux sur la desserte hospitalière dans les cantons. Il s'agissait aussi d'évaluer dans la mesure du possible si, dans le domaine hospitalier, les coûts avaient été influencés par la planification, et de quelle manière. Cette dernière recherche se heurte cependant à des limites, surtout en raison de la complexité de son objet. Bien que les coûts des soins hospitaliers dépendent aussi de facteurs sur lesquels les mesures de planification ne peuvent pas influencer, ou seulement à certaines conditions, les auteurs parviennent à la conclusion que la planification hospitalière présente indéniablement un potentiel d'économies, mais que l'exploitation de ce potentiel dépend des pressions financières et politiques exercées, ainsi que de la volonté politique des acteurs responsables et de leurs possibilités de combattre efficacement les résistances.

La présente étude offre un inventaire de la conception et de la mise en œuvre des planifications hospitalières cantonales. S'inscrivant dans le débat déjà engagé sur les possibilités de pilotage envisageables à l'avenir dans le domaine hospitalier, les auteurs discutent en outre des perspectives de développement imaginables. Cette étude donne ainsi une vue d'ensemble de l'évolution suivie jusqu'ici dans la planification hospitalière, des résultats obtenus à ce jour et de l'évolution possible.

Marie-Thérèse Furrer, responsable de projet

Premessa

Dall'entrata in vigore della LAMal, nel 1996, i Cantoni sono tenuti a elaborare una pianificazione volta a soddisfare la domanda in ambito ospedaliero. La pianificazione ospedaliera è uno strumento con cui i Cantoni garantiscono l'assistenza medica alla popolazione. Nell'assicurazione malattie sociale, è uno dei presupposti affinché un ospedale sia ammesso come fornitore di prestazioni (art. 39 LAMal). L'obbligo di pianificazione ospedaliera, a cui sono soggetti tutti i Cantoni, è stato sancito nella legge sull'assicurazione malattie allo scopo di migliorare il coordinamento dei fornitori di prestazioni, di ottimizzare l'utilizzazione delle risorse e, di conseguenza, di contenere i costi.

Il presente rapporto di esperti si inserisce nella serie di analisi degli effetti già svolte per valutare la LAMal. Siccome in ambito ospedaliero le interazioni sono estremamente complesse e il ventaglio dei possibili effetti della pianificazione ospedaliera è quindi ampio, ha assunto particolare importanza la pianificazione accurata di ciò che poteva e doveva valutare il presente studio. Le domande poste sono mosse quindi principalmente da un interesse esplorativo e descritto. Quali risultati ha prodotto l'obbligo di pianificazione ospedaliera dei Cantoni, sancito nell'articolo 39 LAMal, e che ripercussioni hanno avuto le pianificazioni e gli elenchi sull'offerta ospedaliera nei Cantoni? È questo il quesito centrale. Lo studio mira inoltre a stabilire, nei limiti del possibile, se e come i costi in ambito stazionario sono stati influenzati dalla pianificazione ospedaliera, un punto questo che ha potuto essere analizzato solo entro certi limiti, soprattutto a causa della complessità della materia. Benché i costi delle prestazioni stazionarie dipendano anche da fattori che non possono essere influenzati dalle misure di pianificazione ospedaliera, o possono esserlo solo parzialmente, gli autori sono giunti alla conclusione che vi è certo un potenziale di risparmio nella pianificazione ospedaliera, il cui sfruttamento dipende tuttavia dalla pressione finanziaria e politica nonché dalla volontà politica degli attori responsabili e dalle loro possibilità di superare efficacemente le resistenze.

Il presente studio permette un quadro delle pianificazioni ospedaliere cantonali, per quanto concerne la concezione e l'attuazione. Sullo sfondo delle discussioni già avviate sulle future possibilità di controllo in ambito ospedaliero sono inoltre esaminate alcune prospettive di sviluppo ipotizzabili. Lo studio fornisce così una panoramica completa sull'evoluzione e sullo stato delle conoscenze in materia di pianificazione ospedaliera.

Marie-Thérèse Furrer, capoprogetto

Preface

Since the Health Insurance Law (KVG) came into effect in 1996, the cantons have been required to carry out planning to ensure needs-oriented provision of hospital care. Hospital planning is an instrument used by the cantons to ensure that the population has access to adequate medical care. Within the social health insurance system it is one of the requirements that a hospital has to meet in order to be recognized as a service provider (Article 39 KVG). The obligation on all cantons to carry out hospital planning was incorporated into the Health Insurance Law with the intention of improving coordination between service providers and achieving optimum use of resources; ultimately, therefore, in order to contain costs.

This expert report is one of a number of impact analyses which have been carried out to evaluate the KVG. The interactions in the hospital environment are extremely complex and the range of possible effects that hospital planning can have is correspondingly wide; accordingly it was particularly important to plan what this study could and should evaluate. The study takes a largely explorative and descriptive fact-finding approach. Its primary focus is the question of what results the duty of the cantons to carry out hospital planning, as stipulated in Article 39 KVG, has had, and how the planning and lists have affected the provision of hospital care in the cantons. As far as possible the aim of the study is also to evaluate whether and how the costs of in-patient care have been affected by hospital planning. This last aspect is limited by the complexity of the subject of this study, in particular. Although the cost of providing in-patient care is also determined by factors which can be affected little, if at all, by hospital planning, the authors came to the conclusion that there is certainly a savings potential associated with hospital planning, although whether this potential is exhausted depends on financial and political pressure, the political agenda of the responsible players, and their ability to resist pressure effectively.

This study is a survey of the current status of the conception and implementation of cantonal hospital planning. Possible development perspectives are also considered in the light of the debate on future approaches to managing hospital services which is already in progress. This study therefore provides a comprehensive overview of development to date and the current status of hospital planning.

Marie-Thérèse Furrer, Project Leader

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	xiii
Synthèse.....	xix
Sintesi.....	xxv
Synopsis	xxxii
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziel der Studie und Fragestellungen	1
1.2 Aufbau des Forschungsberichts	2
2 Die Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG	5
2.1 Kantonale Spitalpolitik	5
2.2 Zielsetzungen und Konzeption der Spitalplanung gemäss KVG.....	7
2.3 Abgrenzungsprobleme der Spitalplanung und -listen.....	10
2.4 Bisherige Forschungsarbeiten zur Spitalplanung in der Schweiz.....	13
2.4.1 Studien zur Planungsmethodik und zu den Spitallisten	13
2.4.2 Studien zur Umsetzung und zu den Wirkungen der Spitalplanung.....	14
2.5 Forschungsstand international	17
3 Analysekonzept und Untersuchungsgegenstände.....	19
3.1 Analysekonzept.....	19
3.2 Untersuchungsgegenstände	22
3.2.1 Planungsprozesse: Konzeption und Erarbeitung der Spitalplanungen	22
3.2.2 Die kantonalen Aktionspläne: Die Spitalplanungen	23
3.2.3 Implementation der Spitalplanungen: Erlass der Planung und Erarbeitung der Spitalliste.....	23
3.2.4 Der kantonale Output: Die Spitallisten und Leistungsaufträge	23
3.2.5 Outcome: Die Effekte der Spitalplanung (Verhaltensänderungen)	23
3.2.6 Impact: Die Wirkungen der Spitalplanung (Systemveränderungen)	24
3.2.7 Entwicklungsperspektiven der Spitalplanung	24
3.3 Vorgehen und Forschungsmethodik.....	24

4	Die Spitalplanungspraxis der Kantone	27
4.1	Die Entwicklung und der Stand der kantonalen Planungen.....	27
4.2	Der Handlungsspielraum der Kantone bei der Spitalplanung.....	30
4.3	Die kantonalen Planungsprozesse	32
4.4	Merkmale der kantonalen Spitalplanungen.....	34
4.4.1	Zielparameter der kantonalen Planungen.....	34
4.4.2	Methodik der Bedarfsermittlung	37
4.4.3	Planungshorizont und Periodizität der Planungen	39
4.4.4	Inhaltlicher Geltungsbereich der Planungen	42
4.4.5	Berücksichtigung privater Trägerschaften.....	44
4.4.6	Interkantonale Planung und Berücksichtigung ausserkantonaler Versorgungsstrukturen.....	45
4.4.7	Fazit zur Planungspraxis	49
4.5	Die kantonalen Spitallisten.....	51
4.5.1	Chronologie	51
4.5.2	Erarbeitung der Spitallisten	53
4.5.3	Ausgestaltung der Spitallisten und der Leistungsaufträge	56
4.5.4	Integrale und geteilte Spitallisten, Zuweisung von Bettenkapazitäten.....	58
4.5.5	Berücksichtigung ausserkantonaler Leistungserbringer	60
4.5.6	Berücksichtigung privater Leistungserbringer	63
4.5.7	Fazit zu den Spitallisten.....	66
4.6	Konflikte in Zusammenhang mit der Erarbeitung der Planungen und Listen	67
4.6.1	Hauptakteure der Konflikte	69
4.6.2	Hauptsächliche Konfliktpunkte	71
4.6.3	Konfliktbewältigung und Auswirkungen auf Spitalplanung und Spitalliste .	72
5	Umsetzungsprozesse und Fallbeispiele.....	75
5.1	Umsetzungsstrategien der Kantone.....	75
5.1.1	Spitalschliessungen.....	76
5.1.2	Neuordnung der Spitalversorgung	77
5.1.3	Linearer Bettenabbau	78
5.1.4	Kein Handlungsbedarf.....	79
5.1.5	Weiterentwicklung der kantonalen Spitalpolitik.....	80
5.2	Getroffene Massnahmen zur Umsetzung der Spitallisten.....	81
5.3	Konfliktdimensionen bei der Umsetzung der Spitallisten	83
5.4	Die Umsetzung und Wirkungen der Spitalplanung in sechs Kantonen.....	84
5.4.1	Kanton Aargau	85
5.4.2	Kanton Bern	90
5.4.3	Kanton Graubünden	95

5.4.4	Kanton Jura	101
5.4.5	Kanton Waadt	105
5.4.6	Kanton Zürich	110
6	Die Wirkungen der kantonalen Spitalplanung	117
6.1	Veränderungen in den kantonalen Spitallandschaften	117
6.2	Veränderungen des Leistungsangebots	123
6.3	Personal im Spitalwesen	126
6.4	Veränderungen in der Leistungserbringung	127
6.5	Kostenwirkungen	128
6.5.1	Kostenentwicklung im Spitalwesen	128
6.5.2	Auswirkungen der Spitalplanung auf die Kostenentwicklung	134
7	Entwicklungsperspektiven	139
7.1	Tendenzen in der Weiterentwicklung der Spitalplanung	139
7.2	Integrierte Versorgungsplanung	140
7.3	Kantonsübergreifende Planung	141
7.4	Leistungsorientierte Spitalplanung – Voraussetzungen und Stand in der Schweiz	143
7.5	Wettbewerb als Alternative zur Planung	145
7.6	Gesamtschweizerische Regulationsinstrumente	148
8	Fazit und Schlussfolgerungen	151
8.1	Bisherige Umsetzung der Spitalplanung	151
8.2	Konfliktualität der kantonalen Vollzugsprozesse	156
8.3	Auswirkungen der Spitalplanung	159
8.4	Entwicklungsperspektiven im Bereich der Spitalplanung	164
	Literatur	167
	Interviews	175
	Anhang 1: Spitalpolitische Grundlagen, Spitalplanung und Spitallisten der Kantone	177
	Anhang 2: Fragebogen an die kantonalen Gesundheitsbehörden	187

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhaltliche Abgrenzung zwischen Spitalpolitik, Spitalplanung und Spitalliste.....	13
Tabelle 2: Planungsaktivitäten vor 1996	28
Tabelle 3: Das Planungsgeschehen in den Kantonen.....	29
Tabelle 4: Zuständigkeit für die Spitalplanung.....	32
Tabelle 5: In die Spitalplanung einbezogene Akteure	33
Tabelle 6: Quantitative Zielsetzungen der Planungen.....	36
Tabelle 7: Parameter der kantonalen Spitalplanungen.....	37
Tabelle 8: Typologisierung der kantonalen Spitalplanungsmethoden	38
Tabelle 9: Die Planungshorizonte der Kantone	40
Tabelle 10: Überarbeitung der Spitalplanung.....	41
Tabelle 11: Differenzierungsgrad der Planungen zwischen Versorgungsbereichen.....	42
Tabelle 12: In den Planungen abgedeckte Versorgungsstufen	43
Tabelle 13: Berücksichtigung privater Anbieter in der Bedarfsermittlung der kantonalen Spitalplanungen (Akutsomatik)	45
Tabelle 14: Interkantonale Zusammenarbeit im Rahmen der Spitalplanung	47
Tabelle 15: Chronologische Entwicklung der kantonalen Spitallisten	52
Tabelle 16: In die Erstellung der Spitalliste einbezogene Akteure	54
Tabelle 17: Auswahlkriterien bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Spitalliste.....	55
Tabelle 18: Vorwiegende Form der erteilten Leistungsaufträge.....	58
Tabelle 19: Zuweisung von Bettenkapazitäten in der Spitalliste	59
Tabelle 20: Art der Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler auf den Spitallisten	61
Tabelle 21: Vereinbarungen mit anderen Kantonen oder ausserkantonalen Leistungserbringern	62
Tabelle 22: Verhandlungen über die Berücksichtigung ausserkantonaler Leistungserbringer auf der Spitalliste.....	62
Tabelle 23: Art der Berücksichtigung privater Leistungserbringer auf den Spitallisten	64
Tabelle 24: Auftreten von Konflikten in Zusammenhang mit der Spitalplanung und der Spitalliste	68
Tabelle 25: Hauptakteure der Konflikte im Rahmen der Umsetzung von Art. 39 KVG	69
Tabelle 26: Hauptsächliche Konfliktpunkte in Zusammenhang mit der Umsetzung von Art. 39 KVG.....	71
Tabelle 27: Grösster Widerstand gegen die Spitallisten.....	72
Tabelle 28: Regelung der Konflikte in Zusammenhang mit der Umsetzung von Art. 39 KVG	73
Tabelle 29: Parlamentsvorstösse und/oder Debatten zur Spitalplanung	74

Tabelle 30: Von Kantonsregierungen vorgesehene und verfolgte Strategien zur Umsetzung von Art. 39 KVG.....	80
Tabelle 31: Massnahmen der Kantone auf der Ebene der Spitäler	81
Tabelle 32: Massnahmen der Kantone auf der Ebene der medizinischen Leistungsbereiche.....	82
Tabelle 33: Massnahmen der Kantone auf der Ebene der Betten/des Personals	83
Tabelle 34: Konflikte in Zusammenhang mit der Umsetzung der Spitallisten	84
Tabelle 35: Prozentuale Veränderung der Bettenzahl pro Spalkategorie 1998-2002	119
Tabelle 36: Entwicklung der Bettenzahlen (stationär+teilstationär) in den Kantonen.....	120
Tabelle 37: Vergleich der Auswirkungen kantonaler Umsetzungsstrategien auf die Spitalwesen	122
Tabelle 38: Veränderungen des Leistungsangebotes der Spitäler in den Kantonen 1998-2002.....	124
Tabelle 39: Leistungsbereiche mit der stärksten quantitativen Veränderung 1998-2002	125
Tabelle 40: Entwicklung der Ausgaben der öffentlichen Hand und der Bruttoleistungen der OKP an Spitäler 1997-2002.....	131
Tabelle 41: Jahresdurchschnittliche Veränderung der OKP-Bruttoleistungen "Spital stationär" und des Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden "Spitäler" und "Psychiatrische Kliniken" 1997-2002 in %	133
Tabelle 42: Kantonale Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Spitalplanung	140
Tabelle 43: Bestrebungen zur Einführung einer integrierten Versorgungsplanung.....	141
Tabelle 44: Bestrebungen einer gemeinsamen Spitalplanung mit anderen Kantonen	142
Tabelle 45: Bestrebungen zur Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung	143
Tabelle 46: Spitalpolitische Grundlagen, Spitalplanungen und Spitallisten der Kantone	177

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgrenzung zwischen KVG, Spitalpolitik, Spitalplanung und Spitalliste.....	11
Abbildung 2: Politikkonzept der Spitalplanung (vereinfacht)	19
Abbildung 3: Untersuchungsgegenstände des Policy cycle.....	20
Abbildung 4: Modell zur Analyse der Umsetzung und der Auswirkungen der Spitalplanung.....	21
Abbildung 5: Einschätzung des Handlungsspielraums der Kantone bei der Spitalplanung....	31
Abbildung 6: Kosten für Krankenhäuser insgesamt 1985-2002	129
Abbildung 7: Vergleich der Entwicklung der öffentlichen Ausgaben und der OKP-Kosten im Spitalwesen 1997-2002.....	132
Abbildung 8: Modell der Kostenentstehung im Spitalwesen	135

Zusammenfassung

Auftrag und Fragestellungen

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Umsetzung und den Wirkungen der kantonalen Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG. Dieser Artikel verlangt von den Kantonen, eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu erstellen und eine Spitalliste zu führen. Diese bezeichnet die Spitäler, welche der bedarfsgerechten Spitalplanung entsprechen und zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen sind. Während ein grosser Teil der Kantone bereits vor Inkrafttreten des KVG im Rahmen ihrer Spitalpolitik unterschiedliche Formen der Spitalplanung einsetzten, um die stationäre Versorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen, figuriert sie im KVG als Instrument zur Kostendämpfung im stationären Bereich, welches zur stärkeren Koordination zwischen der Leistungserbringung und einer optimalen Ressourcennutzung beitragen sollte. Zu diesem Zweck wurde auch das neue Steuerungsinstrument der kantonalen Spitalisten geschaffen.

Im Auftrag des BAG untersucht die Studie, mit welchen Ansätzen und in welcher Form die Spitalplanung von den Kantonen bisher umgesetzt wurde, welche Konflikte dabei auftraten wie sie bewältigt wurden und wie sie sich auswirkten, zu welchen Veränderungen die Spitalplanung in den kantonalen Spitallandschaften führte, wie das Einsparpotenzial eingeschätzt wird und welche künftigen Entwicklungen sich in der Spitalplanungspraxis abzeichnen. Die Ausführungen beziehen sich auf die Bereiche der somatischen Akutmedizin, Rehabilitation und Psychiatrie. Die ebenfalls in Art. 39 KVG vorgeschriebene Pflegeheimplanung ist nicht Gegenstand der Wirkungsanalyse.

Empirisches Vorgehen

Das Forschungskonzept orientiert sich an einem Analysemodell auf der Basis des Policy-Zyklus, welches die wesentlichen Untersuchungsgegenstände benennt und zwischen Vollzugsanalyse und Wirkungsanalyse unterscheidet. In empirischer Hinsicht kam eine Kombination aus qualitativen und quantitativen sozialwissenschaftlichen Erhebungs- und Auswertungsmethoden zur Anwendung. Dabei kam der Erarbeitung der bisher fehlenden systematischen Informationsgrundlagen über spitalpolitische und –planerische Entwicklungen in den Kantonen sowie über die erfolgten Veränderungen der kantonalen Spitalwesen grosses Gewicht zu. Anhand einer Dokumentenanalyse und einer schriftlichen standardisierten Befragung aller 26 Gesundheitsdirektionen wurde eine Bestandesaufnahme der kantonalen Spitalplanungen und –listen erstellt, um die Vollzugspraxis der Kantone analysieren zu können. Ergänzend erfolgten strukturierte Expertengespräche mit Vertretern der wichtigsten Akteure auf nationaler Ebene (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), H+ Die Spitäler der Schweiz, Privatkliniken Schweiz und santésuisse). Zu vier Kantonen (Aargau, Bern, Graubünden und Jura) wurden auf der Basis von Dokumentenanalysen und leitfadengestützten Expertengesprächen standardisierte Fallstudien verfasst, um die Spitalpolitik, die Planungs- und Implementationsprozesse sowie die erfolgten Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen zu beschreiben und analysieren. Zusätz-

lich wurden zwei Fallstudien in Form von Sekundäranalysen zu den Kantonen Waadt und Zürich erstellt. Die Dokumentation und Analyse der Wirkungen stützt sich auf die Auswertung von Daten der Krankenhausstatistik des BFS sowie des Datenpools von santésuisse. Ergänzend wurde eine selbst erarbeitete Datenbank zu den Beschwerdeentscheiden des Bundesrates in Sachen Spitalplanung und –listen herangezogen.

Vollzugsanalyse

Seit 1998 verfügen sämtliche Kantone über eine Planung für die stationäre Gesundheitsversorgung. Lediglich in fünf Kantonen (AI, GL, NW, OW, UR) war dies zuvor nicht der Fall. Aufgrund der Planungspflicht im KVG weiteten sich die kantonalen Planungen auch auf den Rehabilitationsbereich aus, der infolgedessen gegenüber anderen Versorgungsbereichen konkreter abgegrenzt wurde. Als wichtigste Rahmenbedingungen der kantonalen Spitalplanung können die finanzielle Situation der Kantonshaushalte, regionalpolitische Interessen der Bevölkerung und Bestandesinteressen der Spitäler identifiziert werden. Sie findet somit in einem politischen Spannungsfeld statt. Die meisten Kantone gestalten die von der Verwaltung gesteuerte Spitalplanung als partizipativen Prozess aus, an dem die direkt betroffenen (Spitäler, Versicherer) so wie weitere Akteure aktiv oder passiv beteiligt sind.

In der Ausgestaltung der Planung lässt das KVG den Kantonen grossen Handlungsspielraum, der von diesen ambivalent beurteilt wird. Angesichts fehlender Vorgaben seitens des Bundes wird die judikative Nachkontrolle in Form der bundesrätlichen Rechtssprechung eher als Unsicherheitsfaktor betrachtet. In der Planungsmethodik besteht eine grosse Vielfalt unter den Kantonen. Grundsätzlich lässt sich zwischen normativen und analytischen Ansätzen unterscheiden, welche auf der Basis der bisherigen Entwicklung der Angebotsstrukturen und der Inanspruchnahme den künftigen Bedarf prognostizieren. Morbiditätsbezogene Faktoren spielen bisher keine Rolle. Mit der Bettenzahl steht mangels Alternativen nach wie vor ein Inputfaktor als Planungsparameter im Vordergrund. Outputfaktoren kommen noch kaum als Planungsgrösse zur Anwendung, gewinnen jedoch zunehmend an Bedeutung. Die Planungen unterscheiden sich zudem in ihrem Differenzierungsgrad zwischen den Versorgungsstufen und –bereichen sowie hinsichtlich des Einbezugs rein privater Anbieter. Diese sind nicht in allen kantonalen Planungen berücksichtigt. Dagegen beziehen sich die meisten kantonalen Planungen auf das gesamte Patientenaufkommen und nicht ausschliesslich auf die Leistungen im Rahmen des KVG.

Überkantonale Planungen stossen an konzeptionelle und politische Grenzen und kamen bisher lediglich in zwei Fällen (Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie Uri, Ob- und Nidwalden) zustande. Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit in Grenzgebieten oder in spezifischen medizinischen Fachbereichen bestehen zahlreiche Abkommen unter Kantonen bzw. zwischen Kantonen und Spitälern. Grundsätzlich wird die interkantonale Patientenmigration im Rahmen der Bedarfsanalyse in Form der festgelegten Service-Population berücksichtigt, wobei zu vermuten ist, dass dabei verschiedene Überschneidungen bestehen.

Auch in der Form und inhaltlichen Gestaltung der kantonalen Spitallisten besteht eine breite Vielfalt. In den 26 Kantonen finden sich Ende 2004 30 Spitallisten, wobei einzig Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine gemeinsame Liste für den somatischen Akutbereich führen. Im Kanton St. Gallen besteht bisher lediglich eine Spitalliste für die Betriebe im Bereich der

Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei der Zulassung der Anbieter zur Leistungserbringung zulasten der OKP orientierten sich die Kantone weitgehend am Status quo. Von den sechs näher untersuchten Kantonen machte zunächst einzig Zürich von der Möglichkeit Gebrauch, Spitäler nicht auf die Spitalliste zu setzen. Bern tat dies in einer späteren Phase ebenfalls. Mit wenigen Ausnahmen (Jura, Uri, Wallis, einzelne Teillisten) wurden die kantonalen Spitallisten jeweils von den Krankenversicherern oder von einzelnen Spitälern beim Bundesrat angefochten. Lediglich sieben Listen wurden in diesen Beschwerdeverfahren vollumfänglich gestützt, die übrigen mussten entweder überarbeitet werden oder wurden vom Bundesrat aufgehoben.

Das eigentliche Steuerungsinstrument der Spitalliste sind die Leistungsaufträge an die Spitäler. Diese sind in der Regel breit gefasst und offen gehalten, um sowohl den Kantonen als auch den Leistungserbringern grösstmögliche Flexibilität zu belassen. Gleichzeitig besteht so jedoch grosser Interpretationsspielraum, der eine präzise Leistungssteuerung, die interkantonale Spitalplanung und unter Umständen auch eine Kapazitätsreduktion erschwert. Nur 12 der 30 Spitallisten enthalten explizit Kapazitätsvorgaben an die Betriebe. Solche können indessen auch in den Planungen enthalten sein. Dies kompliziert die empirische Beurteilung von Soll- und Ist-Zustand des Abbaus von Überkapazitäten.

Die Spitallisten enthalten meistens auch ausserkantonale Leistungserbringer, mit denen Versorgungsabkommen bestehen, um die Finanzierung ausserkantonaler Hospitalisationen zu regeln. Ein funktioneller Mangel in der bundesrätlichen Konzeption der getrennten Versicherungsbereiche zeigt sich bezüglich des Ziels der Kostendämpfung darin, dass Angebote im Zusatzversicherungsbereich praktisch einen Rechtsanspruch auf Erwähnung in der Spitalliste haben. Da diese Leistungen von der OKP mitfinanziert werden, jedoch keiner Kapazitätsbeschränkung unterliegen, ist der potenzielle Wirkungssperimeter von Art. 39 KVG eingeschränkt. Diesem Umstand begegneten vier Kantone, indem sie geteilte Listen erliessen.

Während im OKP-Bereich private Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken weitgehend gleichartig auf den kantonalen Spitallisten berücksichtigt werden, wie öffentlich und öffentlich subventionierte Anbieter, finden sich einzelne Kantone, welche nicht subventionierte private Akutspitäler nur selektiv berücksichtigen, um das öffentliche Versorgungsangebot mit spezifischen Behandlungen zu ergänzen.

Umsetzungsmassnahmen der Kantone und Konfliktkonstellationen

Die Spitalplanungen und –listen orientieren sich nicht ausschliesslich an Art. 39 KVG, sondern sind im weiter gefassten Kontext der jeweiligen kantonalen Spitalpolitik zu betrachten. Dementsprechend richten sich die Massnahmen der Kantone zur Umsetzung ihrer Planungen und Listen nach ihren spezifischen spitalpolitischen Zielen und Vorgehensweisen. Diesbezüglich lassen sich vier grundsätzliche Strategien unterscheiden. In sieben Kantonen erfolgten Spitalschliessungen ohne weitere strukturelle Massnahmen. Zehn Kantone leiteten eine strukturelle Reorganisation ihrer Spitalversorgung ein, die auch Schliessungen beinhalten kann. Fünf Kantone nahmen einen linearen Bettenabbau in ihren Spitälern vor, und in vier Kantonen lokalisierten die Regierungen keinen unmittelbaren Handlungsbedarf.

Innerhalb dieser Grundstrategien findet sich eine breite Palette konkreter Massnahmen. Auf der Ebene der Spitäler erfolgten Schliessungen, Zweckumwandlungen und Zusammenschlü-

se, z.T. mit Veränderung der Trägerschaft. Zugleich wurden Leistungsbereiche abgebaut oder zusammengelegt, vereinzelt auch neu aufgebaut, insbesondere auch auf Initiative der Spitäler. Am häufigsten setzten Veränderungen auf der Ebene der Bettenkapazitäten an. In zahlreichen Kantonen gingen derartige strukturelle Massnahmen mit weiteren ordnungspolitischen Massnahmen einher, indem die Führungsstrukturen von Spitälern und/oder die Modalitäten der Spitalfinanzierung angepasst wurden. Diesbezüglich sind Tendenzen zur Ver selbständigung und teilweise zur Zentralisierung öffentlicher Spitäler sowie zur Einführung leistungsorientierter Abgeltungsformen auszumachen.

In der Mehrheit der Kantone kam es in Zusammenhang mit der Spitalliste zu Konflikten, an denen neben den Kantonsbehörden auf der einen Seite die Krankenversicherer, auf der anderen Seite die verschiedenen Spitäler am häufigsten als Akteure beteiligt waren. Dabei stellten in allen Umsetzungsphasen Anliegen in Zusammenhang mit der Anerkennung, dem Leistungsauftrag und den Versorgungskapazitäten von Spitälern die hauptsächlichen Konfliktgegenstände dar. Während sich Spitäler sich in der Regel gegen Einschränkungen ihres Leistungsangebotes oder gegen ihre Umwandlung oder Schliessung zur Wehr setzten, forderten die Krankenversicherer von den Kantonen einen stärkeren Abbau der vorhandenen Versorgungskapazitäten. Diese Konflikte wurden in den meisten Fällen über den Beschwerdeweg gemäss Art. 53 KVG ausgetragen und durch den Bundesrat entschieden. In den meisten Kantonen war zudem die Spitalplanung Gegenstand parlamentarischer Vorstösse und Debatten. Als weitere Konfliktdimension ist zudem der Widerstand regionaler Aktionsgruppen und der breiten Bevölkerung zu erwähnen, der im Fall von geplanten Schliessungen oder -umwandlungen von Spitälern oder Spitalabteilungen einen wesentlichen regionalpolitischen Faktor mit potenziellen elektoralen Auswirkungen darstellen und so spitalpolitische Regierungsentscheide durchaus prägen kann.

Wirkungsanalyse

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 und wurden vor allem Leistungsstellen aus den Bereichen Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, innere Medizin sowie Langzeitpflege bzw. Geriatrie abgebaut oder zusammengelegt. 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 Kapazitätsrückgang betrifft hauptsächlich öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler, während der Anteil rein privater Betriebe bzw. Betten am gesamtschweizerischen Total jeweils zunahm. Es ist zu vermuten, dass sich der Marktanteil privater Leistungserbringer infolge der Spitalplanung und der bundesrätlichen Rechtssprechung zur Frage der Berücksichtigung privater Anbieter auf den Spitallisten in einzelnen Kantonen etwas erhöht hat. 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. 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. Das Instrument der Spitalliste wurde vor allem im Kanton Zürich als Durchsetzungsinstrument dieser in anderem Kontext beschlossenen Massnahmen eingesetzt, während sie in anderen Kantonen lediglich die erfolgten Veränderungen nachträglich abbildete.

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. Insofern kann der Einfluss der Spitalplanung auf die Entwicklungsdynamik in den kantonalen Spitallandschaften nicht eindeutig beziffert werden.

Dasselbe gilt für den Einfluss spitalplanerischer Massnahmen auf die Kostenentwicklung im Spitalwesen. Da die Spitalplanung vor allem auf der Aufwandseite ansetzt, die Kostendynamik jedoch auch von der Ertragsentwicklung, den Finanzierungsmechanismen und anderen aufwandbezogenen Faktoren wie den stetig steigenden Personalkosten abhängig ist, bleibt das kostendämpfende Potenzial der Spitalplanung eher begrenzt. Es ist davon auszugehen, dass durch strukturelle Massnahmen, welche den Betriebsaufwand reduzieren bzw. die Effizienz der Leistungserbringung erhöhen, das Kostenwachstum durchaus gebremst werden kann, dass jedoch andere Mechanismen die Kostenentwicklung stärker beeinflussen als die Spitalplanung. Im interkantonalen Vergleich besteht vordergründig kein direkter Zusammenhang zwischen dem Ausmass struktureller Veränderungen und der Kostendynamik im Spitalwesen.

Als weitere Wirkungen von Art. 39 KVG können spitalpolitische Lernprozesse identifiziert werden. Durch die Pflicht, KVG-konforme Bedarfsplanungen und Spitallisten zu erstellen, sahen sich zahlreiche kantonale Gesundheitsbehörden dazu veranlasst, Planungs- und Entscheidungsgrundlagen sowie Reformszenarien zu erarbeiten. Des Weiteren fand eine verstärkte Abgrenzung zwischen Versorgungsbereichen, insbesondere der Akutsomatik und der Rehabilitation, der Geriatrie und der Langzeitversorgung, statt. 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. Von verschiedener Seite wird zudem das System der in Spitallisten festgehaltenen Leistungsaufträge und Kapazitätsvorgaben als zu starr, unflexibel und hinderlich für betriebliche Entwicklungen empfunden.

Weiterentwicklung der Spitalplanung

Nicht zuletzt in Zusammenhang mit der laufenden 2. KVG-Revision sind in der Schweiz verschiedene Entwicklungstendenzen zu beobachten, die sich auf die Rahmenbedingungen und Praxis der Spitalplanung auswirken werden. Neben verschiedenen Bemühungen zur interkantonalen Zusammenarbeit bei der Planung oder im Betrieb von Spitälern ist vor allem die Einführung leistungsorientierter Finanzierungsformen in mehreren Kantonen zu nennen.

Zur Zeit befasst sich ein interkantonaler Ausschuss mit der Erarbeitung eines Leitfadens für eine leistungsorientierte Spitalplanung. Damit zeichnet sich ein Wandel von der inputorientierten Bettenplanung zu einer Outputplanung ab.

Im November 2004 wurde eine interkantonale Vereinbarung verabschiedet, welche einzelne Leistungen der hochspezialisierten Medizin der Planung einzelner Kantone entzieht und in diesem Bereich mittelfristig zu einer Strukturbereinigung und Konzentration soll.

In zahlreichen Kantonen bestehen Bestrebungen zur Einführung integrierter (bereichsübergreifender), überkantonaler oder leistungsorientierter Planungen. Diese Bemühungen werden jedoch durch kantonal verschiedene Versorgungskonzepte, fehlende Planungskonzepte, ungenügende und uneinheitliche Datengrundlagen sowie die Vielfalt der Finanzierungsmechanismen erschwert. Für die verschiedentlich geforderte Ablösung der Planung durch preis- und qualitätsbasierte Wettbewerbsmechanismen sind zur Zeit diverse finanzierungsbezogene und strukturelle Voraussetzungen (monistische Finanzierung, Unternehmensfreiheit der Spitäler, Gleichbehandlung öffentlicher und privater Anbieter, Abgrenzung zwischen KVG- und übrigen Leistungen, Beurteilungsgrundlagen für Qualität) nicht gegeben.

Synthèse

Mandat et données du problème

La présente étude s'occupe de la réalisation et des effets des planifications hospitalières cantonales selon l'art. 39 LAMal. Cet article exige des cantons qu'ils établissent une planification afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers et qu'ils tiennent une liste des hôpitaux. Celle-ci désigne les hôpitaux qui correspondent à ladite planification et qui sont admis à fournir leurs prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Si une bonne partie des cantons, avant même l'entrée en vigueur de la LAMal, appliquaient déjà différentes formes de planification en vue de couvrir les besoins de leur population en soins hospitaliers, la planification hospitalière figure dans la LAMal en tant qu'instrument de maîtrise des coûts dans ce domaine, censé renforcer la coordination entre les fournisseurs de prestations et contribuer à une utilisation optimale des ressources. Un nouvel instrument de pilotage, les listes cantonales des hôpitaux, a également été créé dans ce but.

Sur mandat de l'OFSP, notre étude examine selon quelles approches et sous quelle forme la planification hospitalière a été appliquée jusqu'ici par les cantons, quels conflits ont surgi à cette occasion, comment ils ont été gérés et quels effets ils ont eus, quels changements la planification a provoqués dans les paysages hospitaliers cantonaux, quel est le potentiel d'économies estimé et quelles évolutions se dessinent dans la pratique de la planification hospitalière. Nos observations concernent les domaines des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie. Mais l'analyse des effets ne porte pas sur la planification des établissements médico-sociaux, également prescrite par l'art. 39 LAMal.

Méthode empirique

Le concept de recherche suit un modèle d'analyse basé sur le « policy cycle », qui nomme les principaux objets de la recherche et qui distingue entre analyse de l'application et analyse des effets. Dans une perspective empirique, on a appliqué des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives de récolte et d'exploitation des données, en accordant une grande importance au traitement des bases d'information systématiques sur l'évolution de la politique et de la planification hospitalières des cantons, qui faisaient défaut jusque-là, ainsi qu'aux changements survenus dans le secteur hospitalier au niveau des cantons. Un inventaire des planifications hospitalières et des listes cantonales des hôpitaux a été établi à l'aide d'une analyse de documents et d'un questionnaire standardisé adressé aux 26 directions cantonales de la santé, afin de pouvoir analyser la pratique des cantons en matière d'application. En complément, des entretiens ont été menés avec des experts représentant les principaux acteurs au niveau national (Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS), H+ Les Hôpitaux de Suisse, les Cliniques privées suisses et santésuisse). Quatre cantons (Argovie, Berne, les Grisons et le Jura) ont fait l'objet d'une étude de cas standardisée – basée sur l'analyse de documents et sur des entretiens menés avec des experts suivant un canevas – pour en décrire et en analyser la politique hospitalière, les processus de planification et de mise en œuvre, ainsi que les changements survenus dans le paysage hospitalier cantonal. En outre, deux études de cas sous forme d'analyses secondaires ont été réalisées sur les cantons de Vaud et de Zurich. La documentation et l'analyse des effets se fondent sur le

dépouillement des données de la statistique des hôpitaux réalisée par l'OFS ainsi que sur le pool de données de santéuisse. Les auteurs ont également utilisé leur propre base de données concernant les décisions rendues sur recours par le Conseil fédéral en matière de planification hospitalière et de listes des hôpitaux.

Analyse de l'application

Depuis 1998, tous les cantons disposent d'une planification en vue de couvrir les besoins en soins hospitaliers. Seuls cinq d'entre eux (AI, GL, NW, OW, UR) n'en avaient pas jusque-là. En raison de l'obligation contenue dans la LAMal, les planifications cantonales se sont étendues au domaine de la réadaptation, qui de ce fait s'est trouvé plus précisément délimité par rapport aux autres domaines de soins. Au titre de principaux éléments conditionnant la planification hospitalière, on peut relever la situation des finances cantonales, les intérêts de la population en matière de politique régionale et les intérêts corporatifs des hôpitaux. Cette planification s'inscrit donc dans un champ de tensions politiques. La plupart des cantons l'organisent comme un processus participatif, piloté par l'administration, auquel les intéressés directs (hôpitaux, assureurs) et d'autres acteurs prennent une part active ou passive.

La LAMal laisse aux cantons une grande marge de manœuvre dans l'organisation de la planification, marge que ceux-ci jugent de manière ambivalente. Etant donné l'absence de prescriptions de la part de la Confédération, le suivi judiciaire assuré par la jurisprudence du Conseil fédéral est considéré plutôt comme un facteur d'incertitude. Les méthodes de planification diffèrent beaucoup d'un canton à l'autre. Globalement, on peut distinguer entre approches normatives et approches analytiques, qui prévoient les besoins futurs sur la base de l'évolution des structures observée jusque-là et du recours fait à ces structures. Les facteurs liés à la morbidité ne jouent jusqu'ici aucun rôle. Avec le nombre de lits, c'est encore une ressource (input) qui sert de principal paramètre pour la planification, faute d'alternative. Les prestations produites (output) servent encore rarement de paramètres, mais gagnent en importance. Les planifications diffèrent encore l'une de l'autre par leur degré de différenciation entre les niveaux et les domaines de soins, ainsi que par le fait qu'elles incluent ou non les prestataires privés. Ceux-ci ne sont pas pris en compte par tous les cantons. En revanche, la plupart des planifications cantonales considèrent l'ensemble des patients pris en charge et non pas exclusivement les prestations relevant de la LAMal.

Les planifications supracantonales se heurtent à des limites conceptuelles et politiques et il n'y en a que deux exemples à ce jour (Bâle-Ville et Bâle-Campagne, Uri et Unterwald). Il existe toutefois de nombreuses conventions entre cantons, ou entre cantons et hôpitaux, pour garantir la couverture des besoins en soins dans les régions limitrophes ou dans des domaines médicaux spécifiques. En principe, l'analyse des besoins prend en compte les migrations de patients d'un canton à l'autre en établissant la population à desservir, mais il est permis de supposer qu'il y a là différents chevauchements.

On trouve également une grande diversité dans la forme et dans l'agencement du contenu des listes cantonales des hôpitaux. Pour 26 cantons, il existait à fin 2004 30 listes des hôpitaux, seuls Bâle-Ville et Bâle-Campagne tenant une liste commune pour le domaine des soins somatiques aigus. Dans le canton de Saint-Gall, il n'existe pour l'heure de liste des hôpitaux que pour les établissements psychiatriques pour enfants et adolescents. En ce qui concerne l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS, les cantons se fondent largement sur le statu quo. Des six cantons examinés de plus près, Zurich était au

départ le seul à faire usage de la possibilité de ne pas faire figurer certains hôpitaux sur la liste. Berne a suivi son exemple par la suite. A quelques exceptions près (Jura, Uri, Valais, quelques listes partielles), les listes cantonales des hôpitaux ont toutes été attaquées devant le Conseil fédéral par les assureurs-maladie ou par certains hôpitaux. Seules sept listes sont sorties entièrement confirmées de ces procédures de recours, les autres ont dû être remaniées ou ont été annulées par le Conseil fédéral.

Le véritable instrument de pilotage de la liste des hôpitaux est constitué par les mandats de prestations conclus avec les hôpitaux. Ceux-ci sont en règle générale larges et ouverts, afin de laisser la plus grande flexibilité possible tant aux cantons qu'aux fournisseurs de prestations. Mais il en résulte du même coup une grande marge d'interprétation, qui rend difficiles un pilotage précis des prestations, une planification intercantonale et même, le cas échéant, une réduction des capacités. Seules 12 des 30 listes des hôpitaux contiennent des prescriptions explicites en matière de capacités. Mais ce genre de prescriptions faites aux établissements peut également figurer dans les planifications. Cela complique l'appréciation empirique de la situation actuelle et de l'objectif visé en matière de réduction des surcapacités.

La plupart des listes des hôpitaux comprennent aussi des fournisseurs de prestations extracantonales avec lesquels des conventions ont été conclues en vue de financer les hospitalisations hors du canton. A cet égard, la conception du Conseil fédéral consistant à séparer les domaines d'assurance présente un défaut fonctionnel en ce qui concerne l'objectif de la maîtrise des coûts : en effet, les offres du domaine des assurances complémentaires ont pratiquement le droit de figurer sur la liste des hôpitaux. Etant donné que ces prestations sont cofinancées par l'AOS, mais ne sont soumises à aucune limitation de capacités, le rayon d'action potentiel de l'art. 39 LAMal est restreint. Quatre cantons ont réagi à cette circonstance en publiant des listes subdivisées.

Si, dans le domaine de l'AOS, les cliniques psychiatriques et les cliniques de réadaptation privées sont en général prises en considération dans les listes cantonales des hôpitaux de la même manière que les établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, certains cantons ne tiennent compte des hôpitaux de soins aigus privés non subventionnés que sélectivement, afin de compléter l'offre de soins des établissements publics par des traitements spécifiques.

Mesures d'application prises par les cantons et situations de conflit

Les planifications hospitalières et les listes des hôpitaux ne sont pas déterminées uniquement par l'art. 39 LAMal, mais s'inscrivent dans le contexte plus large de la politique hospitalière cantonale. Les mesures prises par les cantons pour mettre en œuvre leurs planifications et leurs listes suivent donc les objectifs et les manières de procéder propres à cette politique. A cet égard, on peut distinguer quatre types de stratégie. Sept cantons ont fermé des hôpitaux sans prendre d'autres mesures structurelles. Dix cantons ont entamé une réorganisation structurelle de leur couverture hospitalière, qui peut aussi impliquer la fermeture d'établissements. Cinq cantons ont réduit linéairement le nombre de lits de leurs hôpitaux, et dans quatre cantons les gouvernements n'ont pas décelé de besoin d'action immédiate.

A l'intérieur de ces stratégies de base, on trouve un large éventail de mesures concrètes. Au niveau des hôpitaux, il y a eu des fermetures, des changements de mission et des fusions, parfois avec changement de support juridique. Parallèlement, des domaines de prestations ont été réduits ou regroupés, certains ont aussi connu un nouveau développement, surtout à

l'initiative des hôpitaux. La plupart du temps, les changements interviennent au niveau du nombre de lits. Dans de nombreux cantons, ce genre de mesures structurelles s'accompagne d'autres mesures de politique réglementaire, à savoir l'adaptation des structures de direction et/ou des modalités de financement des hôpitaux. A cet égard, on observe des tendances à l'autonomisation et parfois à la centralisation des hôpitaux publics, ainsi qu'à l'introduction de formes de rétribution axées sur les prestations.

Dans la plupart des cantons, les listes des hôpitaux ont donné lieu à des conflits dont les acteurs les plus fréquents, à part les autorités cantonales, ont été d'un côté les assureurs-maladie, de l'autre les différents hôpitaux. Les principales causes de conflit, dans toutes les phases de mise en œuvre, ont été des questions liées à la reconnaissance, au mandat de prestations et aux capacités des hôpitaux à couvrir les besoins. Alors que les hôpitaux se sont en général défendus contre des réductions de leur offre de prestations ou contre le changement de leur mission ou leur fermeture, les assureurs-maladie ont exigé des cantons une réduction plus importante des capacités hospitalières. Dans la majeure partie des cas, ces conflits ont suivi la voie du recours selon l'art. 53 LAMal et ont été tranchés par le Conseil fédéral. Dans une majorité de cantons, la planification hospitalière a fait en outre l'objet d'interventions et de débats parlementaires. On peut encore mentionner comme dimension conflictuelle la résistance opposée par des groupes d'action régionaux ou par le grand public, résistance qui, lorsque des fermetures ou des réaffectations d'hôpitaux ou de divisions sont prévues, peut représenter un facteur important de politique régionale avec des effets possibles au niveau électoral et, par conséquent, influencer sur les décisions de politique hospitalière prises par l'exécutif cantonal.

Analyse des effets

Selon la statistique des hôpitaux de l'OFS, le nombre d'établissements hospitaliers, de 1997 à 2003, est passé de 406 à 354 suite à des fusions, des fermetures et des changements de mission. C'est surtout en chirurgie, en gynécologie et obstétrique, en médecine interne et en soins de longue durée, ou plutôt en gériatrie, que des services ont été supprimés ou regroupés. Dans le même laps de temps, le nombre de lits a été réduit de 10,5 %. La dynamique diffère passablement d'un canton à l'autre : 99 % des suppressions de lits ont eu lieu dans 13 cantons, et près de la moitié dans les cantons de Berne et de Zurich. Les réductions de capacités concernent essentiellement les hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics, alors que la proportion des lits dans des établissements purement privés est en constante augmentation. Il est permis de supposer que la part de marché des fournisseurs de prestations privés a quelque peu augmenté dans certains cantons sous l'effet de la planification hospitalière et de la jurisprudence du Conseil fédéral touchant la question de la prise en considération des fournisseurs privés dans les listes des hôpitaux.

Ce changement structurel correspond à une tendance observable depuis 1985 et n'a donc pas été provoqué, mais tout au plus un peu accéléré par les listes cantonales des hôpitaux. Comme le montrent les études de cas, ce n'est en général pas l'obligation faite par l'art. 39 LAMal d'établir une planification hospitalière qui a déclenché les réformes de politique hospitalière, mais bien plutôt la pression exercée sur les cantons pour qu'ils fassent des économies. La plupart des changements structurels sont directement liés à des trains de mesures d'assainissement budgétaire ou à des conceptions de politique hospitalière inspirées par ces mesures et adoptées avant l'entrée en vigueur de la LAMal. C'est surtout dans le canton de

Zürich que la liste des hôpitaux a été utilisée comme instrument pour imposer ces mesures décidées dans un autre contexte, alors que dans d'autres cantons elle n'a fait que refléter après coup les changements opérés.

Par ailleurs, le changement structurel survenu n'est pas uniquement la conséquence de mesures de planification hospitalière. La réduction du nombre de lits résulte aussi du raccourcissement de la durée des hospitalisations grâce aux progrès de la médecine et aux nouvelles formes de traitement. Les fusions d'établissements surtout, et une partie des fermetures ou des changements de mission, de cliniques privées en particulier, répondaient à des motifs de gestion d'entreprise. De ce fait, il n'est pas possible de chiffrer clairement l'influence exercée par la planification hospitalière sur la dynamique de transformation des paysages hospitaliers cantonaux.

On peut en dire autant en ce qui concerne l'influence des mesures de planification sur l'évolution des coûts dans le domaine hospitalier. Comme la planification hospitalière intervient surtout du côté des dépenses, mais que la dynamique des coûts dépend aussi de l'évolution des recettes, des mécanismes de financement et d'autres facteurs liés aux dépenses, comme les frais de personnel, qui sont en constante augmentation, le potentiel de maîtrise des coûts recelé par cette planification est plutôt limité. On peut donc penser que des mesures structurelles réduisant les charges d'exploitation ou augmentant l'efficacité des prestations peuvent tout à fait freiner la croissance des coûts, mais que d'autres mécanismes influent davantage sur l'évolution des coûts que la planification hospitalière. En comparaison intercantonale, il n'existe à première vue aucun lien direct entre l'ampleur des changements structurels et la dynamique des coûts du secteur hospitalier.

Au nombre des effets de l'art. 39 LAMal, on peut encore compter des processus d'apprentissage en matière de politique hospitalière. L'obligation de planifier les besoins et d'établir des listes des hôpitaux conformes à la LAMal a conduit de nombreuses autorités sanitaires cantonales à élaborer des bases de planification et de décision ainsi que des scénarios de réforme. En outre, les domaines de soins ont été plus strictement délimités, en particulier les soins somatiques aigus et la réadaptation, la gériatrie et les soins de longue durée. On observe, en relation avec les listes des hôpitaux, une politisation des questions de planification hospitalière : d'un côté, les assureurs-maladie ont exercé une pression plus forte sur les autorités cantonales en recourant devant le Conseil fédéral, de l'autre, dans de nombreux cantons, les projets de redimensionnement formés par l'exécutif se sont heurtés à la résistance des hôpitaux concernés et à la population des régions touchées. Par ailleurs, de nombreux acteurs jugent que le système des contrats de prestations et des prescriptions de capacités compris dans les listes des hôpitaux est trop rigide et gêne le développement des établissements.

Evolution future

On observe en Suisse, principalement en lien avec la 2^e révision de la LAMal en cours, différentes tendances en matière d'évolution de la planification hospitalière, qui agiront sur le cadre et sur la pratique. Outre les efforts accomplis de diverses parts pour une collaboration intercantonale en matière de planification ou de gestion d'hôpitaux, il faut citer surtout l'introduction, dans plusieurs cantons, de formes de financement axées sur les prestations. Actuellement, une commission intercantonale travaille à l'élaboration d'un guide pour une planification hospitalière axée sur les prestations. On voit s'amorcer ainsi le passage d'une

planification en fonction des ressources (nombre de lits, input) à une planification en fonction des prestations produites (output).

En novembre 2004 a été conclue une convention intercantonale qui soustrait à la planification de différents cantons certaines prestations de médecine hautement spécialisée et qui devrait conduire dans ce domaine, à moyen terme, à une simplification des structures et à une concentration.

Dans de nombreux cantons, des efforts sont déployés en vue d'introduire une planification intégrée (touchant plusieurs domaines), supracantonale ou axée sur les prestations. Ces efforts sont cependant entravés par la diversité des concepts cantonaux de desserte hospitalière, le manque de stratégies de planification, l'insuffisance et l'hétérogénéité des bases de données, ainsi que par la diversité des mécanismes de financement. Si, de divers côtés, l'on souhaite que la planification soit remplacée par des mécanismes de concurrence basés sur les prix et la qualité, il faut relever que cela impliquerait diverses conditions financières et structurelles (financement moniste, liberté d'entreprise des hôpitaux, égalité de traitement entre fournisseurs publics et fournisseurs privés, séparation des prestations LAMal et des autres prestations, bases pour l'appréciation de la qualité) qui, pour l'heure, font défaut.

Sintesi

Mandato e interrogativi

Il presente studio si occupa dell'attuazione e degli effetti della pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi dell'articolo 39 LAMal, che chiede ai Cantoni di approntare una pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero e di stilare un elenco degli istituti corrispondenti a tale pianificazione e autorizzati a fornire prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Se buona parte dei Cantoni si avvaleva di svariate forme di pianificazione per garantire l'assistenza stazionaria alla popolazione nell'ambito della propria politica ospedaliera già prima dell'entrata in vigore della LAMal, in questa legge la pianificazione ospedaliera è considerata uno strumento per contenere i costi in ambito stazionario, volto a rafforzare il coordinamento tra la fornitura di prestazioni e l'utilizzazione ottimale delle risorse. A tal fine è stato creato anche il nuovo strumento di controllo degli elenchi ospedalieri cantonali.

Su incarico dell'UFSP, lo studio esamina le soluzioni e le forme con cui la pianificazione ospedaliera è stata attuata finora dai Cantoni, i conflitti emersi, le modalità con cui sono stati affrontati e le loro ripercussioni, i cambiamenti prodotti dalla pianificazione ospedaliera nei sistemi ospedalieri cantonali, il potenziale di risparmio e le prospettive future che si delineano nella prassi in materia di pianificazione ospedaliera. Le riflessioni si riferiscono alla medicina somatica acuta, alla riabilitazione e alla psichiatria. La pianificazione delle case di cura, prescritta anch'essa all'articolo 39 LAMal, non è invece oggetto della presente analisi degli effetti.

Metodo empirico

L'approccio della ricerca si ispira a un modello di analisi basato sul policy cycle, che identifica gli oggetti essenziali da analizzare e distingue tra analisi dell'attuazione e analisi degli effetti. Dal punto di vista empirico è stata utilizzata una combinazione di metodi di rilevazione e analisi delle scienze sociali qualitativi e quantitativi. Particolare importanza è stata attribuita all'elaborazione di basi d'informazione sistematiche, finora inesistenti, sugli sviluppi in materia di politica e pianificazione ospedaliera nei Cantoni nonché sui cambiamenti verificatisi in ambito ospedaliero cantonale. In base a un'analisi di documenti e a un'indagine scritta standard presso tutte le 26 direzioni cantonali della sanità è stato fatto un inventario delle pianificazioni e degli elenchi ospedalieri cantonali, in modo da poter analizzare la prassi dei Cantoni a livello di esecuzione. A titolo complementare sono poi stati condotti colloqui strutturati con esperti in rappresentanza dei principali attori sul piano nazionale (Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), H+ Gli Ospedali Svizzeri, le cliniche private svizzere e santésuisse). Per quattro Cantoni (Argovia, Berna, Grigioni e Giura), sulla base dell'analisi dei documenti e dei colloqui guidati con gli esperti sono stati redatti degli studi di casi standard, allo scopo di descrivere e analizzare la politica ospedaliera, i processi di pianificazione e attuazione nonché i cambiamenti verificatisi in ambito ospedaliero cantonale. Sono inoltre stati elaborati due studi di casi sotto forma di analisi secondarie per i Can-

toni Vaud e Zurigo. La documentazione e l'analisi degli effetti si basano su dati estratti dalla statistica ospedaliera dell'UST e dal pool di dati di santésuisse. A titolo complementare è stata impiegata anche una banca dati, allestita appositamente, delle decisioni del Consiglio federale in merito ai ricorsi in materia di pianificazione ed elenchi ospedalieri.

Analisi dell'attuazione

Dal 1998, tutti i Cantoni hanno adottato una pianificazione dell'assistenza sanitaria stazionaria. Solo in cinque Cantoni (AI, GL, NW, OW, UR) precedentemente non esisteva una pianificazione. In seguito all'obbligo previsto dalla LAMal, le pianificazioni cantonali sono state estese anche al settore della riabilitazione, che di conseguenza è stato delimitato più concretamente rispetto ad altri settori. Le principali condizioni quadro della pianificazione ospedaliera cantonale sono rappresentate dalla situazione finanziaria dei bilanci cantonali, dagli interessi politico-regionali della popolazione e dagli interessi di stabilità degli ospedali. La pianificazione s'iscrive quindi in un campo di forze politiche. La maggior parte dei Cantoni imposta la pianificazione ospedaliera controllata dall'amministrazione sotto forma di processo partecipativo, in cui sono coinvolti attivamente o passivamente i diretti interessati (ospedali, assicuratori) nonché altri attori.

Nell'impostazione della pianificazione, la LAMal concede ai Cantoni un ampio margine di libertà, giudicato però in modo ambivalente dai Cantoni. Data la mancanza di indicazioni da parte della Confederazione, il controllo giudiziario a posteriori sotto forma di giurisprudenza del Consiglio federale è considerato tendenzialmente un fattore d'incertezza. A livello di metodi di pianificazione vi è una grande diversità tra i Cantoni. In linea di principio è possibile operare una distinzione tra soluzioni normative e soluzioni analitiche, che stimano il fabbisogno futuro sulla base dell'evoluzione passata dell'offerta di strutture e della domanda di prestazioni. Finora non stati presi in considerazione i fattori legati alla morbilità. In mancanza di alternative, con il numero di posti letto il principale parametro della pianificazione resta un fattore basato sull'input. Per il momento i fattori basati sull'output sono praticamente inutilizzati quali grandezza di pianificazione, ma assumono sempre più importanza. Le pianificazioni si distinguono inoltre per il loro grado di differenziazione tra livelli e settori di assistenza nonché dal punto di vista del coinvolgimento di offerenti esclusivamente privati, che non sono sempre considerati nelle pianificazioni cantonali. La maggior parte delle pianificazioni cantonali si riferisce però al volume totale di pazienti e non esclusivamente alle prestazioni nell'ambito della LAMal.

Le pianificazioni intercantionali sottostanno a limiti concettuali e politici e finora si sono concretizzate solo in due casi (Basilea Città e Basilea Campagna nonché Uri, Obvaldo e Nidvaldo). Per garantire la sicurezza dell'assistenza nelle regioni di frontiera o in settori medici specializzati sono stati conclusi numerosi accordi tra Cantoni o tra Cantoni e ospedali. In linea di principio, la migrazione intercantionale di pazienti è presa in considerazione nell'ambito dell'analisi del fabbisogno attraverso la stima del service population, ma è presumibile che sussistano varie sovrapposizioni.

Emerge un'ampia diversità anche a livello di forma e contenuto degli elenchi ospedalieri cantonali. Alla fine del 2004, nei 26 Cantoni erano in vigore 30 elenchi ospedalieri e solo Basilea Città e Basilea Campagna tenevano un elenco comune per il settore somatico acuto.

Nel Canton San Gallo, esisteva solo un elenco degli istituti ospedalieri di psichiatria infantile e giovanile. Per permettere di fornire prestazioni a carico dell'AOMS, i Cantoni si orientano sostanzialmente allo status quo. Dei sei Cantoni esaminati in dettaglio, inizialmente solo Zurigo si avvaleva della possibilità di omettere degli istituti dall'elenco ospedaliero. Successivamente l'ha fatto anche Berna. Salvo in qualche eccezione (Giura, Uri, Vallese, singoli elenchi parziali), gli elenchi ospedalieri cantonali sono stati impugnati dinanzi al Consiglio federale dagli assicuratori malattie o da singoli istituti ospedalieri. Solo sette elenchi hanno superato indenni la procedura di ricorso, gli altri hanno dovuto essere riveduti o sono stati abrogati dal Consiglio federale.

Il vero e proprio strumento di controllo dell'elenco ospedaliero è costituito dai mandati di prestazioni assegnati agli ospedali, che di norma sono redatti in termini generali e aperti per lasciare la massima flessibilità sia ai Cantoni che ai fornitori di prestazioni. Contemporaneamente, tuttavia, ciò comporta un ampio margine d'interpretazione, il che ostacola un controllo preciso delle prestazioni, la pianificazione ospedaliera intercantonale e forse anche la riduzione delle capacità. Solo 12 dei 30 elenchi ospedalieri contengono esplicitamente indicazioni sulle capacità destinate agli istituti ospedalieri. Indicazioni di questo tipo possono invece essere incluse anche nelle pianificazioni, il che complica la valutazione empirica dello stato ideale e reale della riduzione delle sovraccapacità.

Gli elenchi ospedalieri includono generalmente anche fornitori di prestazioni extracantonali, con cui sono stati conclusi accordi di assistenza per disciplinare il finanziamento delle ospedalizzazioni fuori Cantone. Per quanto riguarda l'obiettivo di contenimento dei costi, la concezione dei settori assicurativi separati elaborata dal Consiglio federale presenta un difetto funzionale e cioè il fatto che le offerte nell'ambito delle assicurazioni complementari praticamente hanno diritto a essere menzionate nell'elenco ospedaliero. Siccome queste prestazioni sono cofinanziate dall'AOMS, ma non sono soggette a nessuna limitazione delle capacità, il potenziale perimetro d'azione dell'articolo 39 LAMal è limitato. Quattro Cantoni ovviano a questo effetto emanando elenchi separati.

Se nell'ambito dell'AOMS le cliniche psichiatriche e di riabilitazione private sono considerate negli elenchi ospedalieri cantonali in misura sostanzialmente analoga agli istituti pubblici e pubblici sussidiati, vi sono alcuni Cantoni che tengono conto degli ospedali acuti privati non sussidiati solo selettivamente, per completare l'offerta di assistenza pubblica con trattamenti specifici.

Misure di attuazione dei Cantoni e costellazioni conflittuali

Le pianificazioni e gli elenchi ospedalieri non si basano esclusivamente sull'articolo 39 LAMal, ma vanno visti nel contesto più ampio della politica ospedaliera cantonale. Le misure dei Cantoni per attuare le pianificazioni e gli elenchi si orientano quindi alla loro prassi e ai loro obiettivi specifici in materia di politica ospedaliera. In proposito si distinguono quattro strategie di base. In sette Cantoni sono stati chiusi degli ospedali senza altre misure strutturali. Dieci Cantoni hanno avviato una riorganizzazione strutturale dell'assistenza ospedaliera, che può comportare anche delle chiusure. Cinque Cantoni hanno proceduto a una riduzione lineare dei posti letto nei loro ospedali e in quattro Cantoni i governi non hanno identificato alcun bisogno di intervento immediato.

All'interno di queste strategie di base si riscontra un'ampia gamma di misure concrete. A livello degli ospedali sono stati decisi chiusure, cambiamenti di destinazione e fusioni, in parte con un cambiamento di gestione. Contemporaneamente, settori di prestazioni sono stati ridimensionati o raggruppati, in singoli casi ne sono stati creati di nuovi, in particolare su iniziativa degli ospedali. Nella maggior parte dei casi, i cambiamenti hanno fatto leva sulla capacità di posti letto. In numerosi Cantoni, misure strutturali di questo tipo sono state accompagnate da altre misure regolamentari, nel senso che sono state adeguate le strutture di gestione e/o le modalità di finanziamento degli ospedali. In proposito si constatano tendenze verso un'autonomizzazione e in parte una centralizzazione degli ospedali pubblici nonché verso l'introduzione di forme di remunerazione basate sulle prestazioni.

Nella maggior parte dei Cantoni, l'elenco ospedaliero ha suscitato conflitti, che nella maggior parte dei casi hanno opposto, oltre alle autorità cantonali, gli assicuratori malattie su un fronte e gli ospedali sull'altro. In tutte le fasi dell'attuazione, i principali oggetti del contendere erano rappresentati da interessi legati al riconoscimento, al mandato di prestazioni e alle capacità assistenziali degli ospedali. Se di norma gli ospedali si sono schierati contro le limitazioni dell'offerta di prestazioni o contro la loro trasformazione o chiusura, gli assicuratori malattie chiedevano invece ai Cantoni una maggior riduzione delle capacità disponibili. Nella maggior parte dei casi, questi conflitti sono stati portati avanti mediante ricorso ai sensi dell'articolo 53 LAMal e risolti dal Consiglio federale. In buona parte dei Cantoni, inoltre, la pianificazione ospedaliera è stata oggetto di interventi e dibattiti parlamentari. Tra le dimensioni conflittuali va menzionata anche la resistenza di gruppi d'azione regionali e della popolazione, che di fronte a progetti di chiusura o trasformazione di ospedali o reparti costituiscono un fattore essenziale di politica regionale con potenziali ripercussioni elettorali e possono quindi influenzare le decisioni governative in materia di politica ospedaliera.

Analisi degli effetti

Secondo la statistica ospedaliera dell'UST, in Svizzera tra il 1997 e il 2003 il numero di istituti ospedalieri è sceso da 406 a 354 in seguito a fusioni, chiusure e cambiamenti di destinazione e sono stati smantellati o raggruppati soprattutto servizi dei reparti di chirurgia, ginecologia e ostetricia, medicina interna nonché lungodegenza o geriatria. Nello stesso periodo, il numero di posti letto è stato ridotto del 10,5% circa. La dinamica si differenzia in modo relativamente netto da un Cantone all'altro – il 99% della riduzione dei posti letto si concentra in 13 Cantoni, di cui circa la metà a Zurigo e Berna. Lo smantellamento delle capacità riguarda prevalentemente gli ospedali pubblici e quelli pubblici sussidiati, mentre la quota di istituti ospedalieri o posti letto esclusivamente privati sul totale a livello nazionale è cresciuta. È ipotizzabile che in singoli Cantoni la quota di mercato dei fornitori di prestazioni privati sia leggermente aumentata in seguito alla pianificazione ospedaliera e alla giurisprudenza del Consiglio federale in merito all'inclusione di offerenti privati negli elenchi ospedalieri.

Questa evoluzione strutturale ricalca una tendenza in atto dal 1985, che non è stata scatenata dagli elenchi ospedalieri cantonali, ma tutt'al più leggermente accelerata. Come mostrano gli studi di casi, di norma ad aver fatto scattare le riforme in materia di politica ospedaliera non è stato l'obbligo di pianificazione ospedaliera previsto dall'articolo 39 LAMal, ma piuttosto la pressione finanziaria al risparmio nei Cantoni. La maggior parte dei cambiamenti strutturali

è infatti da attribuire direttamente a pacchetti di misure o piani di politica ospedaliera volti a risanare i bilanci, adottati prima dell'entrata in vigore della LAMal. Lo strumento dell'elenco ospedaliero è stato impiegato per attuare queste misure decise in un altro contesto soprattutto nel Canton Zurigo, mentre in altri Cantoni ha semplicemente rispecchiato i cambiamenti intervenuti.

La trasformazione strutturale verificatasi, inoltre, non è il frutto esclusivamente di misure di pianificazione ospedaliera. La riduzione dei posti letto è anche una conseguenza del calo delle durate di degenza dovuto ai progressi medici e alle nuove forme di trattamento. Soprattutto le fusioni di istituti ospedalieri e una parte delle chiusure e dei cambiamenti di destinazione, in particolare di ospedali privati, sono da attribuire a motivi di economia aziendale. L'influsso della pianificazione ospedaliera sulla dinamica di sviluppo nei paesaggi ospedalieri cantonali non può quindi essere quantificato esattamente.

Lo stesso vale per l'influsso delle misure di pianificazione ospedaliera sull'andamento dei costi nel settore ospedaliero. Siccome la pianificazione ospedaliera fa leva soprattutto sulle uscite, mentre la dinamica dei costi dipende anche dall'evoluzione delle entrate, dai meccanismi di finanziamento e da altri fattori legati alle uscite, come la continua crescita delle spese di personale, il potenziale di attenuazione dei costi della pianificazione ospedaliera resta piuttosto limitato. Certo, è presumibile che misure strutturali che riducono le spese di gestione o aumentano l'efficienza della fornitura di prestazioni permettano di frenare la crescita dei costi, ma vi sono altri meccanismi che influenzano l'andamento dei costi più della pianificazione ospedaliera. Nel raffronto intercantonale, a prima vista non vi è alcun legame diretto tra l'entità dei cambiamenti strutturali e la dinamica dei costi nel settore ospedaliero.

Tra gli effetti dell'articolo 39 LAMal possono essere menzionati anche processi di apprendimento in materia di politica ospedaliera. L'obbligo di approntare pianificazioni intese a coprire il fabbisogno ed elenchi ospedalieri conformemente alla LAMal ha indotto numerose autorità sanitarie cantonali a elaborare basi pianificatorie e decisionali nonché scenari di riforma. Si è inoltre rafforzata la delimitazione tra i settori di assistenza, in particolare a livello di medicina somatica acuta e riabilitazione, geriatria e lungodegenza. In relazione agli elenchi ospedalieri si osserva una politicizzazione degli aspetti legati alla pianificazione ospedaliera, nel senso che da un lato con i ricorsi al Consiglio federale gli assicuratori malattie hanno esercitato una maggior pressione sulle autorità cantonali e dall'altro in numerosi Cantoni i progetti governativi di smantellamento hanno suscitato resistenze da parte degli ospedali interessati e della popolazione regionale. Il sistema dei mandati di prestazioni e delle prescrizioni in materia di capacità integrati negli elenchi ospedalieri è inoltre visto da molti come troppo rigido, non flessibile e d'intralcio allo sviluppo aziendale.

Ulteriore sviluppo della pianificazione ospedaliera

Non da ultimo, in relazione alla seconda revisione della LAMal, attualmente in corso, in Svizzera si osservano varie tendenze di sviluppo, che si ripercuoteranno sulle condizioni quadro e sulla prassi in materia di pianificazione ospedaliera. Accanto ai vari sforzi di cooperazione intercantonale nell'ambito della pianificazione o della gestione degli istituti ospedalieri, va citata in particolare l'introduzione in vari Cantoni di forme di finanziamento basate sulle prestazioni. Un comitato intercantonale si sta occupando attualmente dell'elaborazione

di una guida per una pianificazione ospedaliera basata sulle prestazioni. Si delinea così un passaggio dalla pianificazione dei posti letto basata sull'input a una pianificazione basata sull'output.

Nel novembre 2004 è stata adottata una convenzione intercantonale, che sottrae singole prestazioni mediche altamente specializzate alla pianificazione dei singoli Cantoni allo scopo di raggiungere, a medio termine, una riforma strutturale e una concentrazione in questo settore.

In numerosi Cantoni sono in atto sforzi volti a introdurre pianificazioni integrate (intersettoriali), intercantionali o basate sulle prestazioni. Questi sforzi sono tuttavia ostacolati da strategie di assistenza differenti da un Cantone all'altro, dall'assenza di strategie di pianificazione, da basi di dati insufficienti e non unitarie nonché dalla molteplicità dei meccanismi di finanziamento. Infine, per sostituire la pianificazione con meccanismi concorrenziali basati sui prezzi e sulla qualità, come chiedono in molti, per il momento mancano varie premesse di natura finanziaria e strutturale (finanziamento monistico, libertà imprenditoriale degli ospedali, parità di trattamento degli offerenti pubblici e privati, delimitazione tra le prestazioni LAMal e le altre prestazioni, basi di valutazione della qualità).

Synopsis

Mandate and focus of study

This study looks at the implementation and impact of cantonal hospital planning as stipulated in Article 39 KVG. This article requires the cantons to plan needs-oriented provision of hospital care and to maintain a hospital list. The list shows which hospitals comply with the canton's needs-oriented planning and are authorized to provide services under the compulsory health insurance system. A large number of cantons were already using various forms of hospital planning as a policy tool before the KVG came into effect in order to ensure an adequate level of in-patient provision for their residents; in the KVG, hospital planning is used as a means of containing the costs of in-patient care and is intended to help achieve better coordination between service providers and optimum use of resources. This was also the thinking behind the introduction of the cantonal hospital lists as a new instrument for managing this setting.

This study, commissioned by the SFOPH, looks at the approaches and content of hospital planning by the cantons so far, the conflicts that arose in the process, how they were overcome and what impact they had, what changes hospital planning has produced in the cantonal hospital landscape, what savings potential is thought to exist, and what developments in hospital planning practice are emerging. The comments in this study apply to the provision of acute somatic care, rehabilitation and psychiatry; the nursing home planning also required by Article 39 KVG is not the subject of this impact analysis.

Empirical approach

The research concept is based on an analytical model used to study policy cycles; it identifies the major objects of the study and differentiates between an analysis of implementation and an analysis of impact. In empirical terms, a combination of qualitative and quantitative documentation and evaluation methods developed in the field of social sciences was used. Major emphasis was placed on establishing a systematic body of information on developments in hospital planning and policy in the cantons, as this had not been done before, and on identifying changes that have taken place in the cantonal hospital system. Documents were analyzed and a standardized written questionnaire was distributed to all 26 Directors of Health; the resulting data were used to describe the current status of cantonal hospital planning and the hospital lists so that the implementation practice of the cantons could be analyzed. In addition, structured discussions were held with experts representing the major national players (Swiss Conference of Cantonal Directors of Health (GDK), H+ Die Spitäler der Schweiz, Privatkliniken Schweiz and santésuisse). Four cantons (Aargau, Berne, Grisons and Jura) were the focus of standardized case studies based on document analysis and guided discussions with experts; the aim here was to describe and analyze hospital policy, planning and implementation processes and the changes that have taken place in the cantonal hospital system. Two additional case studies were carried out in the form of secondary analyses of the cantons Vaud and Zurich. The documentation and analysis of the impact of hospital planning

were based on an evaluation of data from the hospital statistics of the Swiss Federal Statistical Office (SFSO) and the data pool maintained by santésuisse. A database created by us containing decisions by the Federal Council on complaints concerning hospital planning and lists was also used.

Implementation analysis

All cantons have carried out planning for in-patient health care since 1998. Only in five cantons (Appenzell-Innerrhoden, Glarus, Nidwalden, Obwalden, and Uri) was this not the case prior to 1998. Because of the requirement in the KVG for cantons to plan hospital care, their planning was extended to cover rehabilitation as well; as a result this area was made more distinct from other areas of health care. The most important factors affecting cantonal hospital planning are the financial health of the cantonal budgets, the regional political interests of the population, and the interest of hospitals in maintaining their status. It is thus in the cross-fire of a number of political interests. Most of the cantons conduct hospital planning, which is led by the administration, as a participatory process involving the parties directly affected (hospitals, insurers) and other players in an active or passive capacity.

The KVG gives the cantons a great deal of leeway in organizing their planning, something which is viewed ambivalently by the cantons. In the absence of parameters set by the federal government, legal supervision in the form of the Federal Council's jurisdiction tends to be seen as a factor that generates uncertainty. The planning methods vary greatly between the cantons. We can make a basic distinction between normative approaches and analytical approaches; the latter seek to forecast future requirements on the basis of the way supply structures and the use made of them have developed in the past. So far disease-based factors have not been factored into planning. As far as the number of beds is concerned, the main planning parameter is still an input factor in the absence of alternatives. Little use is made of output factors in planning, although their significance is increasing. The various forms of planning also differ in the extent to which they differentiate between the levels and types of care and in whether or not they include purely private suppliers (not all cantons do). Most cantons, on the other hand, plan on the basis of all patients requiring treatment and not solely on the basis of services supplied under the KVG.

Planning involving more than one canton has encountered political and design limitations and has only been carried out in two cases so far (Basel-Stadt/Basel-Landschaft and Uri/Obwalden/Nidwalden). There are numerous agreements between cantons and between cantons and hospitals designed to ensure adequate hospital care in areas close to the country's borders or in specific fields of medicine. Intercantonal patient migration is factored into the needs analysis in the form of a pre-defined service population, and it can be assumed that there are various overlaps in this approach.

The form and structure of the cantonal hospital lists also vary widely. At the end of 2004, there were 30 hospital lists in the 26 cantons; Basel-Stadt and Basel-Landschaft were the only cantons with a joint list for acute somatic care. St. Gallen so far only has a list of hospitals providing paediatric care and paediatric psychiatric services. The cantons largely observe the status quo in authorizing hospitals to provide services under the compulsory health insurance system. Of the six cantons studied in more detail, only Zurich initially made use of

the provision enabling it not to put hospitals on the list. Berne followed suit at a later date. With very few exceptions (Jura, Uri, Vaud, certain subsections of lists), all the cantonal hospital lists were contested by the health insurance providers or by individual hospitals in complaints to the Federal Council. Just seven lists were retained in full in the process of this complaints procedure; the others either had to be revised or were revoked by the Federal Council.

Hospital lists control the provision of health care through performance mandates issued to the hospitals. These are generally broad in meaning and non-restrictive in nature to give the cantons and service providers as much flexibility as possible. At the same time, however, this leaves so much room for interpretation that precise control of services, intercantonal hospital planning and, under certain circumstances, capacity reduction are made more difficult. Only 12 of the 30 hospital lists contain explicit capacity requirements that the facilities have to observe, although requirements of this kind may also be included in the planning. This complicates the empirical evaluation of actual and target progress in eliminating excess capacities.

The hospital lists also tend to include service providers outside the canton with whom an agreement to provide health care has been concluded; this is how the funding of hospitalization outside the canton is regulated. One functional flaw in the Federal Council's concept of separate categories of insurance has emerged with respect to the aim of cost containment: services provided under top-up health insurance policies have practically a legal right to be included in the hospital lists. Since these services are funded in part by the compulsory health insurance system, yet at the same time are not subject to restrictions on capacity, the potential scope of Article 39 KVG is limited. Four cantons have tried to overcome this problem by introducing separate lists.

Within the compulsory health insurance system, private psychiatric and rehabilitation clinics tend to be included in the cantonal hospital lists on much the same basis as public and publicly subsidized service providers. Conversely, certain cantons have a selective policy towards including unsubsidized private acute hospitals, the aim of which is to round out the public health care system with specific treatments.

How the cantons implement planning, and potential for conflict

Hospital planning and lists are not governed exclusively by Article 39 KVG; they must be seen in the broader context of each canton's hospital policy. Accordingly, the measures taken by the cantons to implement their planning and lists are determined by their specific hospital policy objectives and approaches. In this respect, we can differentiate between four basic strategies. In seven cantons hospitals were closed without any other structural measures being taken. Ten cantons launched a structural reorganization of the way hospital care is provided, an approach which can also include closures. Five cantons implemented a linear reduction of the number of beds in their hospitals. In four cantons the governments determined that there was no immediate need for action.

We find a wide range of specific measures within these four basic strategies. Hospitals were closed, used for other purposes or merged, in some cases under different sponsors. At the same time, some departments were down-sized or merged, in a few cases re-established from

scratch, particularly at the hospitals' initiative. The most common changes were in the number of beds. In numerous cantons structural measures of this kind were associated with other political changes such as adjustment of hospital management structures and/or the way hospitals are funded. There was a trend towards greater independence, or in some cases towards greater centralization, of public hospitals and towards the introduction of performance-related compensation.

In most of the cantons there were conflicts over the hospital lists, most frequently involving the cantonal authorities and the health insurance providers on the one side and the various hospitals on the other. The main causes of the conflicts during all the implementation phases were the recognition of hospitals, their performance mandates and their capacities. The hospitals generally objected to the range of services they offered being restricted, to being assigned a different function, or to being closed; the health insurers, on the other hand, demanded that the cantons make a greater effort to reduce excess capacities. Most of these complaints were dealt with via the complaints procedure foreseen in Article 53 KVG and decided by the Federal Council. In most cantons hospital planning was also the subject of parliamentary initiatives and debates. A further dimension in the conflict was resistance by regional action groups and the general public; both represent a significant factor in regional politics, and in matters such as the planned closure or conversion of hospitals or departments can have an impact on elections and thus on government decisions affecting hospitals.

Impact analysis

The statistics kept by the SFSO show that between 1997 and 2003 the number of hospitals in Switzerland declined from 406 to 354 as a result of mergers, closures and conversions. The areas most commonly affected by reductions or mergers were surgery, gynaecology and obstetrics, internal medicine and long-term care/geriatrics. During the same period, the number of beds was reduced by around 10.5%. There was a relatively large difference in developments in the individual cantons – 99% of the bed reductions were made in 13 cantons, about half of them in Zurich and Berne. Most of the capacity reduction took place in public and publicly subsidized hospitals, while the proportion of Swiss in-patient care provided by entirely private facilities and beds increased. Presumably the market share held by private service providers has increased slightly in individual cantons as a result of hospital planning and the Federal Council's pronouncements on the inclusion of private providers in the hospital lists.

The structural change is in keeping with a trend that has been observed since 1985; it was not triggered by the cantonal hospital lists, and has at most been slightly accelerated by them. As the case studies show, it was generally not the obligation on the cantons to carry out hospital planning as stipulated in Article 39 KVG that precipitated a reform of hospital policy. The deciding factor was rather the financial pressure on the cantons and the need to economize. Most of the structural changes are derived directly from packages designed to stabilize budgets and approaches to hospital policy inspired by this imperative, all of which were decided before the KVG came into effect. In the canton of Zurich, in particular, the hospital list was used as an instrument for implementing these measures which had been decided in another

context, while in other cantons the hospital lists simply reflected the changes after they had happened.

Moreover, the structural change that has taken place is not solely the result of hospital policy. The reduction in bed numbers also reflects shorter hospital stays due to medical progress and new forms of therapy. In particular, hospital mergers and some of the closures and conversions, of private hospitals especially, are the result of business management decisions. Against this background, it is not possible to quantify exactly the impact of hospital planning on developments in the cantonal hospital landscape.

The same applies to the impact of hospital planning activities on the development of costs in the hospital system. Since hospital planning is directed largely at the expenses side while cost development is also affected by profit trends, funding mechanisms and other cost-related factors such as continually rising labour costs, the potential of hospital planning for containing costs will tend to be limited. It can be assumed that structural measures which reduce operating costs or increase the efficiency with which services are provided can certainly slow the increase in costs, but equally that other mechanisms have a greater impact on cost development than hospital planning. An intercantonal comparison shows that there is basically no direct connection between the extent of structural changes and cost development in the hospital system.

Learning processes with regard to hospital policy can be identified as another effect of Article 39 KVG. The obligation to plan needs in accordance with the KVG and to produce hospital lists led numerous cantonal health authorities to develop a basis for planning and decision-making and reform scenarios. They also started to differentiate more clearly between different areas of health care provision, particularly between acute somatic care and rehabilitation and between geriatric care and long-term care. The hospital lists introduced politics into hospital planning in that, on the one hand, the health insurance providers exerted greater pressure on the cantonal authorities by submitting complaints to the Federal Council and, on the other hand, in numerous cantons government plans to reduce capacities met with resistance from the affected hospitals and the regional population. There has also been much criticism of the system of incorporating performance mandates and capacity requirements into the hospital lists, as this is felt to be too rigid and inflexible and detrimental to development in the hospitals themselves.

How hospital planning is likely to develop

Various tendencies can currently be observed in Switzerland, not least in the context of the ongoing second revision of the KVG; these developments will have an impact on the framework in which hospital planning is carried out and its practical implementation. Efforts are being made to collaborate on an intercantonal basis in the planning or running of hospitals, and several cantons have introduced performance-related forms of funding. An intercantonal committee is currently working on guidelines for performance-related hospital planning. This marks a change from input-oriented bed planning to output planning.

In November 2004 an intercantonal agreement was concluded which removes certain highly specialized medical services from the scope of planning in the individual cantons; the aim here is to streamline structures and concentrate services in the medium term.

Numerous cantons are endeavouring to introduce integrated (affecting several fields) supra-cantonal or performance-oriented planning systems. However, these efforts are being undermined by the different concepts for the provision of hospital care in the different cantons, a lack of planning concepts, inadequate and heterogeneous data, and a multiplicity of funding mechanisms. Various players have called for planning to be replaced by competitive mechanisms driven by price and quality, but at the moment the financial and structural conditions that would be needed for this to work do not exist (monistic funding, entrepreneurial freedom for hospitals, equal treatment of public and private service providers, distinction between services provided under the KVG and other services, a basis for evaluating quality).

1 Einleitung

1.1 Ziel der Studie und Fragestellungen

Die vorliegende Studie untersucht die Umsetzung und die Wirkungen der kantonalen Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG¹. Dieser Artikel verlangt von den Kantonen, eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung und eine Spitalliste zu führen. Diese bezeichnet die Spitäler, welche der bedarfsgerechten Spitalplanung entsprechen und zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen sind. Nach Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 hatten die Kantone bis zum 1. Januar 1998 Zeit, dieser Verpflichtung nachzukommen.² Der Bundesrat fasst die Spitalplanung als ein wichtiges Instrument zur Kostendämpfung im stationären Bereich auf (Bundesrat 1991: 75).

Im Folgenden wird untersucht, wie Art. 39 KVG in den Kantonen umgesetzt wurde, welche Wirkungen durch die Spitalplanung erzielt wurden, und wie ihr Sparpotenzial zu beurteilen ist. Angestrebt werden eine Bestandesaufnahme der Vollzugspraxis in allen Kantonen und die Beantwortung von vier Frageblöcken:

Bisherige Umsetzung der Spitalplanung

- Wie wurde die Spitalplanung bisher umgesetzt? Welche Konzeptionen bzw. Spitalplanungsmodelle stehen dahinter?
- Wie wurden Angebot und Nachfrage aus anderen Kantonen und wie und in welchem Masse die privaten Trägerschaften berücksichtigt? Haben Gespräche mit anderen Kantonen stattgefunden und mit welchem Erfolg?
- Wie erfolgte die Berücksichtigung privater Trägerschaften?
- Welche Formen interkantonalen Planung wurden entwickelt? Hat das KVG die interkantonale Planung eher gefördert oder gehemmt?

Konfliktualität der kantonalen Vollzugsprozesse

- Wie schätzen die Kantone ihren Handlungsspielraum in Bezug auf die Spitalplanung ein, und wie wird die Spitalplanung von den wichtigsten Akteuren (Kanton, Spitäler, Versicherer) beurteilt? Welches sind die treibenden Faktoren und welches die Widerstände?
- Wie wurden die interessierten Kreise, insbesondere die öffentlichen und privaten Spitäler sowie die Krankenversicherer in die Planung mit einbezogen? Kam es zu Auseinandersetzungen bzw. Beschwerden beim Erlass der Planung?
 - Welches waren die allfälligen Konfliktpunkte und wie verliefen die Konfliktlinien?
 - Welche Entscheidungsverfahren wurden gewählt?
 - Wurden Konflikte auf politischer Ebene thematisiert? Mit welchem Erfolg?
 - Welches sind die Auswirkungen der Spitalplanungsdiskussion auf die Spitalplanung?

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)

² Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.101)

Auswirkungen der Spitalplanung

- In welchen Kantonen wurden Spitäler oder Spitalabteilungen geschlossen und mit welchen Folgen auf das Bettenangebot, das Angebot an Medizintechnologien, auf die Behandlungsmethoden sowie auf die Kosten?
- Welche allfälligen indirekten Wirkungen (z.B. Fusionen auf Initiative der Spitalverantwortlichen) hat das Erstellen der Spitallisten ausgelöst?
- Gibt es aus Sicht der Akteure unerwünschte Auswirkungen der Spitalplanung?
- Wie wird das Einsparpotential durch die Spitalplanung von den Kantonsvertretern eingeschätzt? Aus welchen Gründen kann dieses realisiert bzw. nicht realisiert werden?
- Sind Substitutionseffekte zwischen den Spitalbereichen und zwischen verschiedenen Leistungserbringern auszumachen?

Entwicklungsperspektiven im Bereich der Spitalplanung

- Wie wird die weitere Entwicklung der Spitalplanung eingeschätzt; sind insbesondere die Voraussetzungen für den Übergang zur kantonalen und interkantonalen Leistungsplanung erfüllt? Welche Vorkehrungen sind erforderlich?
- Welche Wirkungen werden von wettbewerblichen Alternativen zur Spitalplanung erwartet?
- Wie interferieren vor kurzem aufgenommene oder noch in Planung befindliche gesamtschweizerische Regulationsinstrumente (Planung der Spitzenmedizin, Angebotsplanung im Rahmen der Nationalen Gesundheitspolitik) mit den kantonalen Spitalplanungen?

Die Studie befasst sich mit der Spitalplanung für die Bereiche der somatischen Akutmedizin, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Pflegeheimplanung, ebenfalls in Art. 39 KVG vorgeschrieben, ist nicht Gegenstand der Wirkungsanalyse.

Die Reichweite der vorzunehmenden Analyse ist abhängig von den zur Verfügung stehenden Informationsgrundlagen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass seit der unpublizierten Arbeitsunterlage von Rothenbühler (1999a) ein systematischer und gesamtschweizerischer Überblick über die Planungsaktivitäten der Kantone, die spitalpolitischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen sowie die strukturellen Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen fehlt. Für die vorliegende Studie mussten somit zunächst die entsprechenden Grundlagen erarbeitet werden. Indem er davon ausgehend die Entwicklung der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG nachzeichnet, zentrale Merkmale der Spitalplanungspraxis der Kantone und der kantonalen Spitallisten systematisch erfasst, eine detaillierte Betrachtung der Umsetzungsprozesse in einigen ausgewählten Kantonen vornimmt, die Veränderungen in der schweizerischen Spitallandschaft beschreibt und den Einfluss der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG darauf untersucht, kommt dem hier vorliegenden Forschungsbericht in gewisser Hinsicht Pioniercharakter zu.

1.2 Aufbau des Forschungsberichts

Der Bericht enthält im nächsten Kapitel eine kurze Darstellung des Untersuchungsgegenstandes, der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG, und seines Kontextes sowie einen kurzen

Überblick über die bisherigen Forschungsarbeiten zur Spitalplanung in der Schweiz. Das dritte Kapitel beschreibt das Analysekonzept und benennt die wichtigsten Untersuchungsgegenstände. Anschliessend erfolgt eine Übersicht über die Planungspraxis der Kantone, indem auf der Basis einer Dokumentenanalyse und einer standardisierten Kantonsbefragung zentrale Merkmale der Spitalplanungen und –listen verglichen werden. Ebenfalls erörtert werden die mit der Spitalplanung verbundenen Konflikte auf kantonaler Ebene. Das fünfte Kapitel gibt Auskunft über die Umsetzung von Art. 39 KVG durch die Kantone und fasst sechs exemplarische Fallstudien zusammen. Nach einer Analyse der Auswirkungen von Art. 39 KVG auf den verschiedenen Ebenen Spitalwesen, Leistungserbringung und Kosten erfolgt eine Diskussion verschiedener Entwicklungsperspektiven. Das Schlusskapitel zieht ein Fazit zu den Wirkungen der kantonalen Spitalplanungen und beantwortet die eingangs aufgelisteten Forschungsfragen.

2 Die Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG

2.1 Kantonale Spitalpolitik

Die Spitalversorgung stellt ein komplexes Regelungsfeld dar, das sich hinsichtlich dreier miteinander verflochtener Dimensionen strukturieren lässt. Spitäler definieren sich zunächst über ihre *Leistungen*. Es handelt sich dabei um Einrichtungen, die im 24-Stunden-Betrieb Patienten zur stationären Untersuchung, Behandlung und Pflege aufnehmen und deren Dienste unter Aufsicht eines Arztes durch ausgebildetes Personal erbracht werden (BFS 1997a: 9). Daneben umfasst das medizinische Leistungsspektrum von Spitälern jedoch zunehmend auch die teilstationäre³ und ambulante Behandlung (Kägi et al. 2004) sowie die Lehre und Forschung.⁴ In seiner Krankenhaustypologie (BFS 2001b) unterscheidet das Bundesamt für Statistik (BFS) anhand der vorhandenen medizinischen Leistungsstellen und der Anzahl Pflergetage zwischen allgemeinen Spitälern für die somatische Akutversorgung, psychiatrischen Kliniken, Rehabilitationskliniken und anderen Spezialkliniken⁵.

An der *Finanzierung* des Spitalwesens ist eine Vielzahl von Akteuren beteiligt. Gemäss Schätzungen des BFS wird der stationäre Sektor zu 32,8% durch staatliche Gelder (hauptsächlich Kantone und Gemeinden), zu 32,7% über die OKP, zu 5,9% über andere Sozialversicherungszweige, zu 19,8% aus privaten Zusatzversicherungen und zu 8,7% aus Zahlungen der privaten Haushalte finanziert (Direktzahler, jeweils Mittelwerte 1996-2001). Der grösste Teil der Spitalbehandlungen fällt unter das Finanzierungsregime des KVG. Dies betrifft auch die Leistungen von privaten Zusatzversicherungen, welche z.B. Chefarztbetreuung, zusätzlichen Hotelleriekomfort etc. beinhalten (die so genannten Halbprivat- und Privatabteilungen) und so die Grundleistungen der OKP ergänzen. Nicht im KVG geregelt werden z.B. die Behandlung von Unfällen, für welche eine Unfallversicherung aufkommt (Art. 1a Abs. 2 KVG), oder die Versorgung von PatientInnen, welche nicht gemäss KVG obligatorisch versichert sind, z.B. ausländische Touristen. Diese machen jedoch einen vergleichsweise geringen Anteil aller Behandlungen aus.

Eng mit der Finanzierung verknüpft ist der *Betriebsstatus* der Spitäler. Hier wird zwischen öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten Leistungserbringern unterschieden (BFS 2001b). Als privat werden Spitäler dann bezeichnet, wenn sie eine privatrechtliche Rechtsform aufweisen und weder Betriebs- noch Defizitbeiträge der öffentlichen Hand erhalten (vgl. BFS 2001b).⁶ Im Jahr 2002 wiesen gemäss Krankenhausstatistik (KHS) des BFS 139 der 365 Spitäler in der Schweiz (38%) den rechtlich-wirtschaftlichen Status "privat" auf. Sie

³ Das Konzept der teilstationären Leistungen soll im Rahmen der laufenden Teilrevision des KVG gestrichen und der ambulanten Leistungserbringung gleichgestellt werden (Bundesrat 2004: 5567).

⁴ Diese Begriffe werden in Art. 3-7 VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002; SR 832.104) definiert und abgegrenzt.

⁵ Darunter werden Kliniken für Chirurgie, Gynäkologie/Neantologie, Pädiatrie, Geriatrie sowie diverse Spezialkliniken verstanden (BFS 2001a). Im Jahr 2003 unterteilten sich die 354 Spitäler in der Schweiz in 163 Akutspitäler, 62 Psychiatrie- und 47 Rehabilitationskliniken sowie 82 andere Spezialkliniken (BFS 2005a: Tab. A1).

⁶ Auch öffentlich subventionierte Betriebe sind private Anbieter, werden aber von den reinen Privatkliniken unterschieden, da sie Beiträge der öffentlichen Hand erhalten.

stellten 2002 rund 18% der in der Schweiz vorhandenen Spitalbetten und trugen mit jeweils rund 20% zur Gesamtzahl behandelter Fälle bzw. Pflgetage bei (eigene Berechnung anhand von KHS-Daten).

Die Komplexität dieser Leistungsstrukturen findet ihre Entsprechung in den Regelungsstrukturen.⁷ Aufgrund des föderalistischen Staatsaufbaus findet sich im schweizerischen Gesundheitswesen eine entsprechend vielfältige Kompetenz- und Aufgabenverteilung (Vatter 2003). Grundsätzlich obliegen das Gesundheitswesen und damit auch die Sicherstellung der stationären Krankenversorgung den Kantonen (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 278). Somit führt in der Regel jeder Kanton seine eigene *Spitalpolitik*, welche die Organisation (Umfang und Struktur der Spitalversorgung, Rechtsform und Handlungsautonomie der Spitäler, Aufgabenteilung mit Gemeinden) und die Finanzierung des kantonalen Spitalwesens, allenfalls Personal- und Ausbildungsfragen sowie die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen im Bereich der stationären Versorgung umfasst und üblicherweise in einem kantonalen Spitalgesetz festgehalten ist. Die Spitalpolitik der Kantone ist im Wesentlichen auf das Ziel der Versorgungssicherheit in allen Leistungssegmenten des stationären Bereichs gerichtet. Sie bezieht sich somit auf die Gesamtheit der Spitalleistungen und tangiert so nicht nur die stationäre Versorgung, sondern sämtliche von Spitalern erbrachten Leistungen, d.h. auch den teilstationären und den ambulanten Bereich. Gleichzeitig hat sie auch den Berührungspunkten mit den vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen (ambulante ärztliche Versorgung, Spitex, Langzeitpflege) Rechnung zu tragen. Die Kantone haben zudem nicht nur für die Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall, sondern auch für die Unfallversorgung Vorkehrungen zu treffen.

Adressaten der kantonalen Spitalpolitik sind in erster Linie die öffentlichen Spitäler. Abgesehen davon, dass sie eine kantonale Betriebsbewilligung benötigen, unterstehen Leistungserbringer mit privater Trägerschaft der kantonalen Spitalgesetzgebung in der Regel nur insofern, als dass sie öffentliche Beiträge erhalten und/oder über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügen.

Die zentralen Inhalte der Spitalpolitik der Kantone stellten – abgesehen von der Umsetzung des 1996 in Kraft getretenen KVG – in den letzten Jahren zum einen die Reorganisation der kantonalen Spitalwesen und ihrer Führungsstrukturen (Zentralisierung, Schliessung, Zusammenschlüsse und Verselbständigung von Spitalern, Führung über Leistungsverträge etc.), zum anderen Reformen in der Finanzierung (Einführung von Globalbudgets, Umstellung von Tages- auf Fall- oder Abteilungspauschalen etc.) dar (vgl. Bolgiani 2001; Haari 2002: 48; Kägi et al. 2004: 75-76; Undritz 2003).

Angesichts der grossen finanziellen Bedeutung der Spitalpolitik für die Kantone⁸ kommt der Planung in diesem Bereich eine besondere Funktion zu. Teil der Spitalpolitik ist deshalb die *Spitalplanung*, welche den kantonalen Gesundheitsbehörden als Führungsinstrument dient, um die Entwicklung des Spitalwesens hinsichtlich des künftigen Versorgungsbedarfs und der dafür notwendigen staatlichen Investitionen zu planen und der erwarteten Entwicklung spitalpolitisch relevanter Faktoren anzupassen (vgl. Hoffmeyer 1994: 64; Sektion Gesund-

⁷ Zur Begrifflichkeit und Unterscheidung von Leistungs- und Regelungsstruktur vgl. Mayntz/Scharpf (1995).

⁸ In den Jahren 1990-1998 stellten die Spitäler mit einem durchschnittlichen Anteil von 12,1% den grössten Einzelposten aller kantonalen Ausgaben dar (EFV 2000: 45).

heitsökonomie 1994; Müller 1996). Über die Konzeption und Ausgestaltung der Spitalplanung entscheiden die Kantone autonom in ihrer Gesetzgebung.

2.2 Zielsetzungen und Konzeption der Spitalplanung gemäss KVG

Trotz der hohen Autonomie der Kantone nimmt der Bund im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf einen bedeutenden Teilbereich des Gesundheitswesens Einfluss.⁹ Über das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene KVG regelt er u.a. die Finanzierung der stationären Versorgung durch die OKP und legt so diverse Rahmenbedingungen für die kantonalen Spitalwesen fest. Eine davon ist die Zulassungsregelung in Art. 39 KVG.¹⁰ Um für die Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen zu werden, müssen Spitäler und Pflegeheime verschiedene Voraussetzungen erfüllen (vgl. Kasten 1).

Kasten 1: Art. 39 KVG

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

- ¹ Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:
 - a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
 - b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
 - c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
 - d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
 - e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.
- ² Die Voraussetzungen von Absatz 1 Buchstaben a–c gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der teilstationären Krankenpflege dienen.
- ³ Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).

Das KVG verpflichtet die Kantone so zur Spitalplanung und zur Führung einer *Spitalliste*, welche diejenigen stationären Versorgungseinrichtungen bezeichnet, die zur Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassen sind. Während die Spitalplanung bereits vor In-

⁹ Rund ein Drittel der gesamten Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens wird über die OKP finanziert (Sturny 2004: 11).

¹⁰ Weitere Regelungen im KVG betreffen die freie Spitalwahl für Versicherte und die Grundsätze der Kostenübernahme von Spitalaufenthalten durch die obligatorische Grundversicherung (Art. 41), die Ausgestaltung von Tarifen (Art. 43) und Tarifverträgen zwischen Versicherern und Spitälern (Art. 49 Abs. 4-5), die Pflicht der Spitäler zur Führung einer Kostenstellenrechnung und einer Leistungsstatistik (Art. 49 Abs. 6; vgl. Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) vom 3. Juli 2002; SR 832.104), die Möglichkeit von Betriebsvergleichen zwischen Spitälern (Art. 49 Abs. 7), die Möglichkeit für Kantone, Globalbudgets für den stationären Bereich festzulegen (Art. 51), den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen (Art. 56) sowie Bestimmungen zur Qualitätssicherung (Art. 58).

krafttreten des KVG von einem grossen Teil der Kantone in der einen oder anderen Form praktiziert wurde (Sektion Gesundheitsökonomie 1994; Güntert/Berger 1995: 255; Oggier 1996: 116), stellt die Spitalliste ein neues Element der Gesundheitspolitik dar (SDK 1997: 3). Es handelt sich dabei um ein eigenes und direktes Steuerungsinstrument der Kantonsregierungen im Bereich der Gesundheitsversorgung, das sie allerdings nicht aus eigenem Antrieb im Rahmen ihrer Spitalpolitik, sondern in ihrer Rolle als Vollzugsträger des KVG anwenden. Mit Art. 39 KVG wurde die kantonale Spitalplanung nicht nur neu zum Gegenstand gesetzlicher Regelung auf Bundesebene, sondern erhielt auch eine zusätzliche Dimension als *Kostendämpfungsinstrument*. Der Einführung des Instruments der Spitalliste in das KVG liegt die Bestrebung zugrunde, über die Beschränkung der durch die OKP finanzierten Versorgungskapazitäten die Kostenentwicklung im stationären Bereich zu bremsen. Im internationalen bzw. europäischen Vergleich wies die Schweiz Mitte der 1990er Jahre nicht nur eine überdurchschnittlich hohe Spitalbettendichte, sondern auch eine überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer auf (vgl. European Observatory 2000: 53-54; Baur 2002: 2). Dies hängt damit zusammen, dass in den neunziger Jahren die Spitäler hauptsächlich über Tagespauschalen finanziert wurden (Koch 2001: 64), welche für die Spitäler keinen Anreiz für eine kurze Aufenthaltsdauer darstellen (Hoffmeyer 1994: 66; Gerlinger/Rosenbrock 2004: 148). Unter diesen Umständen stiegen nicht nur die Kosten der stationären Versorgung (Spitäler und sozialmedizinische Institutionen) zwischen 1960 und 2003¹¹ kontinuierlich von 769,8 Mio. Fr. auf 23'935,1 Mio. Fr. an (BFS 2003c: 6; BFS 2005c), sondern auch ihr Anteil am Total der Kosten des Gesundheitswesens wuchs zwischen 1960 und 2003 von 39,7% auf 47,9% an¹² (BFS 2003c: 8; BFS 2005c).

Während die Kantone die Spitalplanung vor allem als wichtiges Instrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung betrachten, hat sie in der Bundesgesetzgebung in erster Linie die Bedeutung einer Massnahme zur Kostendämpfung im Spitalwesen. Der Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung vom 9. Oktober 1992 (AS 1992 1838) verpflichtete in Art. 8 die Kantone dazu, "innerkantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen mit dem Ziel, die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu verbessern, die Ressourcen optimal zu nutzen und die Kosten einzudämmen." Dieselben Ziele stehen auch hinter Art. 39 KVG (vgl. Bundesrat 1991: 75). Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) fasste die Spitalplanung "als Mittel zur Anpassung an die neuen Gegebenheiten" (demographische und technologische Entwicklung, Aufbau von spitalergänzenden Pflegestrukturen, Kostensteigerung) bzw. zur "Optimierung der Strukturen im Spitalbereich" auf (Sektion Gesundheitsökonomie 1994: 286). Aus der Perspektive des KVG kann der Abbau von Überkapazitäten¹³ im stationären Bereich als implizites Ziel der Spitalplanung aufgefasst werden: "Auf Grund einer bedarfsgerechten Planung sollen die Kantone dafür sorgen, dass die Bedürfnisse abgedeckt,

¹¹ Die Zahlen für 2003 sind provisorisch, da die definitiven Ausgaben der Gemeinden noch nicht vorliegen.

¹² Dabei gilt es anzumerken, dass zwischen 1985 und 2000 – nur für diesen Zeitraum liegen detaillierte Zeitreihen vor – der Anteil der Krankenhäuser praktisch kontinuierlich von 38,5% auf 34,3% zurückging, während sich derjenige der sozialmedizinischen Institutionen im selben Zeitraum von 10,7% auf 17,5% erhöhte.

¹³ "Überkapazität im Gesundheitswesen liegt vor, wenn das Leistungsvermögen der vorhandenen Ressourcen (Einrichtungen, Geräte, Personal, usw.) den für die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche medizinische

gleichzeitig aber keine Überkapazitäten aufrechterhalten oder aufgebaut werden" (BSV 2001: 2). In diesem Sinn wird Art. 39 KVG durch die Regelung in Art. 49 Abs. 1 KVG ergänzt, wonach Betriebskostenanteile aus Überkapazität nicht in die anrechenbaren Kosten, welche von der OKP übernommen werden, einzubeziehen sind.

In den gesetzlichen Grundlagen finden sich keine konkreten und damit auch mess- bzw. quantifizierbare Zielgrössen der Spitalplanung, was den Kantonen einen entsprechenden Interpretations- und Handlungsspielraum eröffnet. Als allgemeine Zielsetzung kann Art. 43 Abs. 6 KVG herangezogen werden, gemäss welchem die Leistungserbringer und Versicherer sowie die zuständigen Behörden beim Abschluss von Tarifverträgen darauf zu achten haben, "dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird."

Der in der Spitalliste festgehaltene *Leistungsauftrag* an ein Spital stellt das eigentliche Steuerungsinstrument der Spitalplanung dar. Ein Leistungsauftrag beschreibt, welche Aufgaben ein Spital im Rahmen der kantonalen Planung zu erfüllen hat (Bundesrat 2000: 786), bzw. legt das Leistungsspektrum eines Spitals fest, für welches die OKP leistungspflichtig ist. Die Zuweisung eines Leistungsauftrags ist für allgemeine Abteilungen¹⁴ zwingend; im Zusatzversicherungsbereich ist sie nur dann erforderlich, wenn den entsprechenden Abteilungen auch zur Behandlung von allgemein versicherten PatientInnen zugelassen sind (Ayer 2000: 16; Salzmann 2003: 7).

Das KVG und seine Ausführungsverordnungen enthalten keine Bestimmungen darüber oder Hinweise darauf, wie eine gesetzeskonforme Planung und das darauf beruhende Zulassungssystem auszusehen haben (Rothenbühler 1999b: 6; Ayer 2000: 4).^{15,16} Die einzigen expliziten Anforderungen, die direkt aus Art. 39 KVG hervorgehen, sind die Pflicht zum angemessenen Einbezug privater Trägerschaften in die Planung und die Vorgabe, die Spitalliste sei nach Leistungsaufträgen in Kategorien zu gliedern. Daneben obliegen die Festlegung der Planungsmethodik und der Aufnahmebedingungen in die Spitalliste sowie deren Gestaltung den Kantonen, welche somit über einen grossen Handlungsspielraum bei der Umsetzung der Spitalplanung verfügen (Flessenkämper 1995: 216; Müller 1999).

Art. 53 KVG eröffnet die Möglichkeit, beim Bundesrat gegen Beschlüsse von Kantonsregierungen, u.a. in Zusammenhang mit Art. 39 KVG, Beschwerde einzulegen. Die bundesrätliche Rechtssprechung überprüft somit die KVG-Konformität der kantonalen Spitalplanungen und –listen und konkretisiert die allgemein gehaltenen gesetzlichen Rahmenbedingungen der

Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Leistungsbedarf (inkl. Leistungsreserven zur Abdeckung der üblichen Bedarfsschwankungen) übersteigt" (SDK 1997: 7).

¹⁴ Die allgemeinen Abteilungen werden nur über die OKP und allenfalls staatliche Beiträge finanziert und behandeln somit in der Regel lediglich PatientInnen ohne Zusatzversicherung. Die im Dezember 2003 im Parlament gescheiterte 2. KVG-Revision hatte u.a. vorgesehen, den Begriff der "allgemeinen Abteilung" aus dem Gesetz zu streichen (vgl. Bundesrat 2000: 780). Dies beabsichtigt auch das aktuell laufende Projekt zur Teilrevision des KVG (Bundesrat 2004: 5566).

¹⁵ Insbesondere die Begriffe "bedarfsgerechte Spitalversorgung", "angemessen ... einzubeziehen" und "Leistungsaufträge" sind nicht näher präzisiert (Krüger 1998: 16).

¹⁶ In einem Bericht zur Revision des KVG empfahl die Schweizerische Kartellkommission 1992, die Kantone nicht nur zur Spitalplanung zu verpflichten, sondern auch Bestimmungen in das Gesetz aufzunehmen, welche es dem Bund ermöglichen, die Kantone bei der Planung zu unterstützen und im Bereich der Spitzenmedizin die kantonalen Planungen subsidiär zu koordinieren und für einen Abbau von Überkapazitäten zu sorgen (Flessenkämper 1995: 216). Dieser Empfehlung wurde allerdings nicht Folge geleistet. Das bundesrätliche Projekt zur

Spitalplanung. Die wesentlichen Grundzüge der bundesrätlichen Rechtssprechung sind in Ayer (2000) und Salzmann (2003a) zusammengefasst. Ihre Auswirkungen 2001 wurden im Auftrag der ständerätlichen Geschäftsprüfungskommission untersucht (Sager et al. 2001). Im Rahmen von Art. 53 KVG ist der Bundesrat auch Beschwerdeinstanz bei Tarifentscheiden der Kantone. Unter Berufung auf Art. 49 Abs. 1 KVG können somit Tarifverträge zwischen Versicherern und Spitälern angefochten werden, wenn der so genannte Überkapazitätsabzug als ungenügend erachtet wird. Die bundesrätliche Rechtssprechung stellt in diesem Sinn ein evaluatives Element der Spitalplanung dar, indem sie im Fall einer Tarifbeschwerde die konkrete Situation zu beurteilen und den Grad an vorhandenen Überkapazitäten festzustellen hat (vgl. Salzmann 2003b: 4).¹⁷ Dadurch eröffnet sich den Krankenversicherern eine verstärkte Möglichkeit der Einflussnahme auf die Tarifgestaltung (vgl. Hammer et al. 2000a).

Seit Inkrafttreten des KVG 1996 können zwei Phasen der Spitalplanung unterschieden werden (SDK 2002: 4). In einer ersten Phase (1998-2001) stand der Abbau bzw. die Vermeidung struktureller Überkapazitäten in Form von kostentreibenden Betten im Vordergrund. Gleichzeitig erfolgte über die bundesrätliche Rechtssprechung, die zwischen 1996 und 2001 rund 140 Beschwerdeentscheide fällte (Sager et al. 2001), eine juristische Konsolidierung der Planungsgrundlagen. In einer zweiten Phase, ungefähr ab dem Jahr 2002, wurden die Planungsarbeiten der Kantone vertieft, und es setzten erste Reformbemühungen ein. Im Vordergrund stehen dabei Bestrebungen, den Übergang von der bisher vorherrschenden inputorientierten Bettenbedarfsplanung zu einer outputorientierten Leistungsplanung einzuleiten, sowie die Spitalplanung vermehrt zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (somatische Akutversorgung/Rehabilitation/Langzeitpflege) einerseits und zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungserbringern andererseits zu koordinieren.

2.3 Abgrenzungsprobleme der Spitalplanung und -listen

Obschon sich Spitalpolitik, Spitalplanung und Spitalliste inhaltlich einigermaßen klar definieren und voneinander trennen lassen, führen die komplexen Leistungs- und Regelungsstrukturen und insbesondere die Überlagerung von Bundes- und Kantonskompetenzen in der stationären Gesundheitsversorgung zu gewissen Abgrenzungsproblemen. Wie weiter oben bereits erläutert, bezieht sich die Spitalpolitik der Kantone auf sämtliche Bereiche der Spitalversorgung, wobei ihre Reichweite allerdings in der Regel auf die öffentlichen und öffentlich subventionierten Betriebe beschränkt ist. Demgegenüber erstreckt sich der Einflussbereich des Bundes bzw. des KVG unabhängig vom Betriebsstatus der Spitäler auf sämtliche Leistungen, die von der OKP finanziert werden.¹⁸ Grundsätzlich lässt sich somit festhalten, dass die

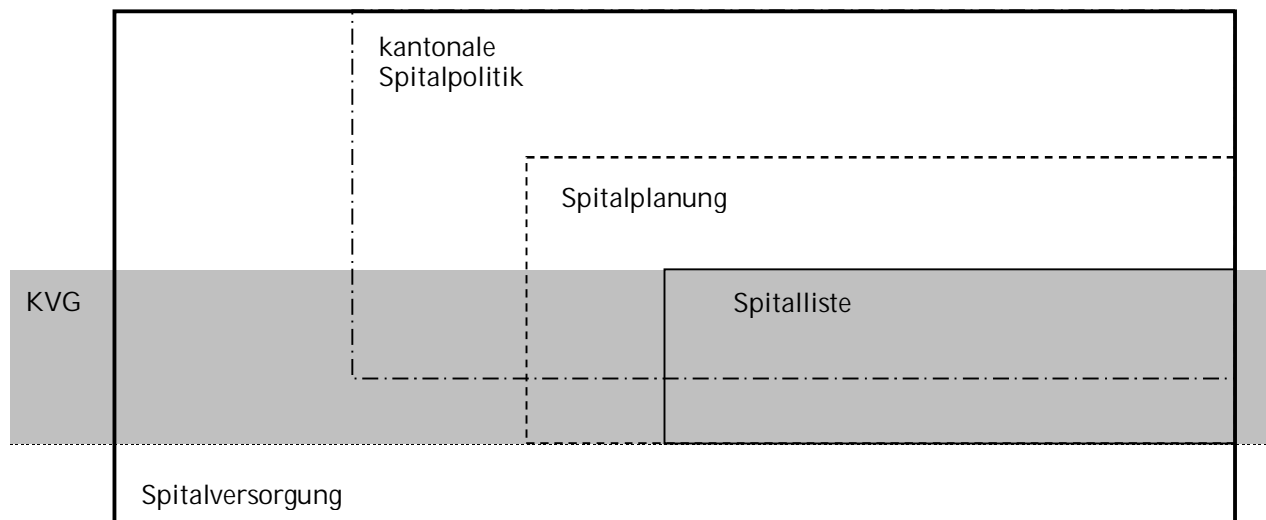
Reform der Spitalfinanzierung schlägt nun aber vor, dem Bundesrat die Kompetenz zur Formulierung von Planungsgrundsätzen zuhanden der Kantone zu erteilen (Bundesrat 2004: 5568).

¹⁷ Bei Tarifbeschwerden im Rahmen von Art. 53 KVG wird in der Regel der Preisüberwacher zu einer Stellungnahme zuhanden des Bundesrates eingeladen. Bei der Überprüfung der kantonalen Spitaltaxen orientiert sich der Preisüberwacher u.a. am Kriterium der Überkapazitäten. Dabei geht er von einem normativen Bettenbelegungsgrad von mindestens 85% bei Akutspitälern und mindestens 90% bei psychiatrischen, Rehabilitations- und Spezialkliniken aus (Preisüberwacher 1996: 21).

¹⁸ Dabei handelt es sich um die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung der nach KVG versicherten Personen. Die Finanzierung von Investitionen sowie der Forschung und Lehre erfolgt nicht über das KVG (vgl. Art. 49 Abs. 1 und Abs. 5 KVG).

im KVG enthaltenen Regelungen zum Spitalbereich sich lediglich auf einen Teilbereich der kantonalen Spitalpolitik beziehen, gleichzeitig jedoch auch Bereiche abdecken, die nicht Gegenstand der kantonalen Spitalpolitik sind (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Abgrenzung zwischen KVG, Spitalpolitik, Spitalplanung und Spitalliste



Dies gilt auch für die in Art. 39 KVG verankerte Planungspflicht der Kantone. Sie bezieht sich auf die stationäre Behandlung aller nach KVG obligatorisch versicherten Personen in allen Spitälern, unabhängig von deren Betriebsstatus. Nicht der Spitalplanung gemäss KVG unterstehen die ambulante und teilstationäre Spitalversorgung sowie stationäre Leistungen, die nicht über das KVG finanziert werden, wie z.B. Behandlungen bei Unfällen, deren Vergütung über das UVG geregelt ist, oder die Behandlung von nicht nach KVG obligatorisch versicherten (z.B. ausländischen) PatientInnen (im Jahr 2001 2,5% der stationären und teilstationären Behandlungsfälle; BFS 2003a: 45). Die Planungspflicht bezieht sich demnach nur auf einen Ausschnitt der ganzen Spitalversorgung, umfasst hingegen auch die privaten Leistungserbringer, die nicht oder nur begrenzt der kantonalen Gesetzgebung unterstehen. Da die meisten Kantone schon vor 1996 eine Spitalplanung betrieben, konnten allerdings je nach Umfang und Konzeption der bisherigen Planungen grosse Unterschiede zum Planungsansatz gemäss Art. 39 KVG bestehen, indem sich die Bedarfsermittlung auf die Gesamtheit der zu versorgenden PatientInnen bezog, und nicht nur auf Behandlungen, die über die OKP finanziert werden (vgl. Abschnitt 4.4.4).

Ein weiteres Abgrenzungsproblem resultiert aus der Trennung zwischen der im KVG geregelten sozialen Krankenversicherung und privaten Zusatzversicherungen gemäss VVG¹⁹ (Bundesrat 1991: 48). In Anerkennung dieser Trennung sieht die bundesrätliche Konzeption der Kostendämpfung im Spitalwesen eine Kombination von wettbewerblichen und interventionistischen Optionen vor (Bundesrat 1991: 32). Im alleinigen Einflussbereich des KVG, d.h. in der Versorgung von lediglich OKP-versicherten PatientInnen, soll das Instrument der Spitalplanung zu einer Kapazitätsreduktion führen (vgl. Abschnitt 2.2). Zu diesem Zweck haben die Kantone die zur Leistungserbringung zulasten der OKP zugelassenen Abteilungen auf der

¹⁹ Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1)

Spitalliste aufzuführen und mit einem Leistungsauftrag und einer Bettenzahl zu versehen (Salzmann 2003a: 7). Demgegenüber soll im Zusatzversicherungsbereich Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern herrschen. Zwar sind Halbprivat- und Privatabteilungen gemäss bundesrätlicher Rechtsprechung auch in der Spitalliste aufzuführen. Dieser kommt so die Bedeutung eines "fachtechnischen Attests" zu. Eine Zuweisung von Bettenkapazitäten und Leistungsaufträgen an diese Institutionen ist jedoch nicht notwendig (RKUV 4/2002: 306). Damit bilden die Spitallisten wiederum nur einen Ausschnitt der kantonalen Spitalplanungen ab.

Grund- und Zusatzversicherungsbereich unterliegen zwar unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen, sind jedoch nicht eindeutig voneinander getrennt, da die OKP auch bei Behandlungen in (halb-)privaten Abteilungen einen Anteil der Kosten – den so genannten Sockelbeitrag – zu übernehmen hat (Müller 1999: 318; Ayer 2000: 17; SGK 2002).²⁰ Damit ergeben sich einerseits erhebliche Abgrenzungsprobleme zwischen den Planungsinstrumenten des KVG und den Marktmechanismen im Privatversicherungsbereich, andererseits beschränkt sich die potenzielle kostendämpfende Wirkung der kantonalen Spitallisten auf den Bereich der Versorgung von rein allgemein versicherten PatientInnen (vgl. Sager et al. 2001: 73). Tabelle 1 veranschaulicht nochmals die unterschiedlichen Grundlagen und Reichweiten der soeben diskutierten Regelungsbereiche und zeigt deutlich auf, dass die Bestimmungen des KVG sich nur auf einen Ausschnitt der kantonalen Spitalpolitik beziehen. Da hingegen für die meisten stationären Leistungserbringer die Finanzierung durch die OKP de facto eine Existenzbedingung darstellt, kommt den KVG-Regelungen für die kantonalen Spitalwesen eine weitaus grössere Bedeutung zu, als dies aus Tabelle 1 hervorgeht.

²⁰ Die sich aus Art. 49 Abs. 1 ergebende Sockelbeitragspflicht der Kantone war seit Inkrafttreten des KVG zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern umstritten. Nachdem das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in zwei Entscheiden vom 16. und 19. Dezember 1997 die Beitragspflicht der Kantone bei ausserkantonalen Hospitalisationen in öffentlichen Spitälern unabhängig von der Art der Abteilung bestätigt hatte (BGE 123 V 290ff.; 310ff.), fällte es dasselbe Urteil am 30. November 2001 auch für innerkantonale Hospitalisationen (BGE 127 V 422ff.). Um die aus diesen Entscheiden erwachsene finanzielle Mehrbelastung der Kantone aufzufangen, wurde per 1. Januar 2002 das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14) in Kraft gesetzt.

Tabelle 1: Inhaltliche Abgrenzung zwischen Spitalpolitik, Spitalplanung und Spitalliste

	Spitalpolitik		Spitalplanung		Spitalliste	
	kant. Gesetzgebung	KVG	kant. Gesetzgebung	Art. 39 KVG	kant. Gesetzgebung	Art. 39 KVG
gesetzliche Grundlagen	kant. Gesetzgebung	KVG	kant. Gesetzgebung	Art. 39 KVG	kant. Gesetzgebung	Art. 39 KVG
<i>leistungsbezogene Reichweite:</i>						
- stationäre Behandlung	x	x	x	x		x
- teilstationäre/ambulante Behandlung	x	x	x ¹			
- ambulante Behandlung	x	x	x ¹			
- Lehre und Forschung	x		x ¹			
- Investitionen	x		x ¹			
<i>finanzierungsbezogene Reichweite:</i>						
- öffentliche Hand	x		x			
- OKP	x	x	x	x		x
- private Zusatzversicherungen	x		x	x ²		x ³
- andere Sozialversicherungen (z.B. UV)	x		x			
- ausländische Patienten, andere	x		x			
<i>Leistungserbringer:</i>						
- öffentliche Betriebe	x	x	x	x		x
- öffentlich subventionierte Betriebe	x	x	x	x		x
- private Betriebe	x ¹	x	x ¹	x		x ³

¹ abhängig von der kantonalen Gesetzgebung

² Private Zusatzversicherungen finanzieren zusätzliche Leistungen, welche in Abhängigkeit von den OKP-Grundleistungen, die gemäss Art. 39 KVG zu planen sind, ergänzend beansprucht werden.

³ Abteilungen, die über die OKP (mit)finanziert werden, sind auf der Liste aufzuführen. Für Halbpri- und Privatabteilungen ist hingegen gemäss bundesrätlicher Rechtssprechung kein Leistungsauftrag zu formulieren (Salzmann 2003: 7).

2.4 Bisherige Forschungsarbeiten zur Spitalplanung in der Schweiz

Seit 1996 haben sich nur wenige Forschungsarbeiten mit der Spitalplanung in der Schweiz befasst. Dabei sind zwei Schwerpunkte auszumachen: zum einen finden sich Studien zur Planungsmethodik (Nyfeler et al. 1997; Krüger 1998; Biersack 2000; De Wolff 2002), zum anderen waren die Umsetzung und Wirkungen der Spitalplanung Gegenstand von Untersuchungen (Rothenbühler 1999b; Ayer 2000; Hammer et al. 2000b; Moritz 2000; Sager et al. 2001; Haari 2002). Die zentralen Befunde dieser Arbeiten werden im Folgenden kurz zusammengefasst, um den aktuellen Forschungsstand zur Spitalplanung wiederzugeben.

2.4.1 Studien zur Planungsmethodik und zu den Spitallisten

Im Auftrag von santésuisse erarbeiteten Nyfeler et al. (1997) ein ökonomisch ausgerichtetes Spitalplanungskonzept, das im Wesentlichen auf einem Indikatorensystem zur Angebots- und zur Bedarfsermittlung beruht. Das Konzept schlägt vor, über einen Vergleich von Soll- und Ist-Werten Massnahmenpakete festzulegen, mittels derer die angestrebten Zielwerte und insbesondere eine Senkung der anrechenbaren Kosten im Spitalwesen erreicht werden sollen. Das Modell zielt im Wesentlichen darauf ab, Grössen wie den Versorgungsbereich, das

Behandlungsangebot, die Ressourcenproduktivität und die Qualität der Spitalleistungen zu optimieren und weist Indikatoren wie der Anzahl Pflergetage oder Bettenzahlen eine eher nebensächliche Bedeutung zu.

Eine Studie von Krüger (1998) befasst sich mit Planungsdeterminanten und der Bedarfsanalyse. Weil die geringe Datenqualität keine verlässliche Prognose des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung zulässt, beruht die Spitalplanung meist auf Annahmen über die wahrscheinliche künftige Entwicklung. Detaillierte medizinische Statistiken stellen den Planern jedoch eine rationale Informationsbasis zur Verfügung und dienen als objektive Kriterien zum Vergleich zwischen Spitalern und deren Evaluation. Gemäss Krüger ermöglicht die zentrale Steuerung durch staatliche Planung ausserdem eine Neuausrichtung der kantonalen Spitallandschaft durch die Zuweisung von Leistungsaufträgen, wodurch auch der Effekt der angebotsinduzierten Nachfrage gebrochen werden könne. Allerdings muss sich die staatliche Steuerung aufgrund der komplexen Umsetzungsvoraussetzungen auf die Vorgabe der Grundzüge und die Festlegung von Bettendichten beschränken. Eine Steuerung über Marktmechanismen (Preis) scheitert daran, dass wegen fehlender Daten kein Angebotsvergleich stattfinden kann.

Eine Bestandesaufnahme der effektiv angewandten Planungsmethoden in den Kantonen findet sich bei Biersack (2000). Aus der Auswertung der kantonalen Planungsdokumente resultiert eine Kantonstypologie, gemäss welcher zehn Kantone ihren Versorgungsbedarf ausschliesslich normativ ermitteln, neun auf analytische Verfahren (Bettenbedarfsformel) setzen und die übrigen sieben Kantone sich beider Methoden gleichzeitig bedienen (vgl. Abschnitt 4.4.1). Biersack hält allerdings fest, dass auch bei der analytischen Vorgehensweise vielfach Bedarfsdeterminanten normativ festgelegt werden. Damit ist der durch die Spitalplanung ermittelte Versorgungsbedarf nicht ausschliesslich das Ergebnis eines technokratischen Prozesses, sondern vielmehr abhängig von politischen Entscheidungen. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Ermittlung der so genannten Service-Population lassen sich zudem die Hospitalisationsraten und die festgelegten Sollbettendichten nur beschränkt zwischen den Kantonen vergleichen.

Die Studie von De Wolff (2002) plädiert für eine gesamthafte Betrachtungsweise der Spitalplanung und präsentiert ein Modell, wie der gesamtschweizerische Bettenbedarf – den De Wolff auf 24'000 Betten²¹ beziffert, ohne diese Zahl näher herzuleiten – so abgedeckt werden könnte, dass jedes Spital eine ökonomisch sinnvolle Grösse aufwiese und alle Landesbewohner innerhalb von 60 Minuten ein Spital erreichen könnten. Ohne weiter auf die damit verbundenen politischen Implikationen einzugehen, skizziert die Studie einen Vorschlag für die Errichtung von drei bis vier Planungsregionen und einer Versorgungsstruktur mit gesamtschweizerisch ca. 40 Spitalern.

2.4.2 Studien zur Umsetzung und zu den Wirkungen der Spitalplanung

Eine erste Untersuchung zur Umsetzung und den Auswirkungen der Spitalplanung legte Rothenbühler (1999b) vor. Er schätzt, dass durch den Abbau von rund 2000 Akutbetten, die Schliessung oder Umnutzung von acht Akutspitalern und die Streichung von 600-700 Stellen

²¹ 2003 standen in der Schweiz gemäss Krankenhausstatistik des BFS knapp 44'000 Spitalbetten zur Verfügung (BFS 2005a: Tab. D1).

bis Februar 1999 jährlich ca. 215 Mio. Franken eingespart worden seien. Hingegen bemängelt die Studie die Beschränkung der Planungsbemühungen auf die stationäre Versorgung, die kaum erfolgte überkantonale Abstimmung der Planungen und die unklaren und demokratisch nur schwach legitimierten Zielsetzungen der Planungen. Des Weiteren erwiesen sich die Kantone nicht als sinnvolle Planungsregionen und fehle eine Angebotssteuerung im Bereich der hoch spezialisierten Medizin. Rothenbühler zweifelt an der Tauglichkeit der Spitallisten als isolierte strukturbezogene Steuerungsinstrumente und plädiert für eine outputorientierte Steuerung mittels Leistungsverträgen.

Ayer (2000) nahm eine Bestandesaufnahme der bundesrätlichen Rechtssprechung zur Spitalplanung vor und untersuchte insbesondere, wie darin die Fragen zur Ausgestaltung Spitallisten für inner- und ausserkantonale Spitäler, zur Bedarfsermittlung, zur Festlegung von Leistungsaufträgen und zur Planung halbprivater und privater Abteilungen gehandhabt wurden. Ayer hält fest, dass sich aus der Rechtssprechung des Bundesrates zwar gewisse Grundprinzipien zur Erarbeitung der Planungen und Listen ableiten lassen, diese jedoch nicht verallgemeinerbar sind, sondern stets anhand von Einzelfällen konkretisiert werden. Den Kantonen fehle so die Rechtssicherheit, was durch den Erlass einer bundesrätlichen Verordnung behoben werden könnte.

Mit den Auswirkungen der Spitalplanung befasste sich die Studie von Hammer et al. (2000b) im Rahmen der KVG-Wirkungsanalyse. Zwar hat das KVG den Kantonen ein Instrument zum Kapazitätsabbau zur Verfügung gestellt, die diesbezüglich verstärkten Anstrengungen seien jedoch vor allem eine Folge der finanziellen Situation der Kantone. Die Planungen werden – mit Ausnahmen – als nicht sehr restriktiv beurteilt. Dieser Umstand wird mit politischen Faktoren, der strukturellen Ausgangslage und dem unterschiedlichen Einbezug von Privatkliniken erklärt. Die interkantonale Zusammenarbeit wird trotz punktueller Verbesserungen als ungenügend erachtet, was unter anderem auf die bundesrätliche Rechtssprechung zurückgeführt wird. Hingegen könne die Spitalplanung unter Umständen zu verstärkter innerkantonaler Zusammenarbeit zwischen Spitälern beitragen und Impulse zum Abschluss von Freizügigkeitsvereinbarungen zwischen Kantonen setzen, was sich allerdings beides erst in geringem Ausmass bemerkbar mache. Privatkliniken seien vom Kapazitätsabbau übermässig betroffen und durch diverse Unklarheiten verunsichert worden. Die Studie erwähnt mehrere Beispiele von erfolgten oder geplanten Umsetzungsmassnahmen und geht davon aus, dass eine verbesserte Ressourcennutzung und eine gewisse Kosteneindämmung hauptsächlich in Kantonen mit einer restriktiven Planung erzielt werden konnten. Der finanzielle Nutzen der Spitalplanung wird allerdings insgesamt als fragwürdig beurteilt, da sie vielmehr Kostenverlagerungen als Einsparungen zur Folge habe.

Die Argumentation und die Handlungslogiken der verschiedenen in die Spitalplanung involvierten Akteure untersuchte Moritz (2000). Die Autorin lokalisiert die unterschiedlichen Handlungslogiken und daraus resultierenden Argumentationen als Hauptursachen für die beobachtete Blockade in der Umsetzung der Spitalplanung des Kantons Waadt. Die Kostendämpfung und die Versorgungsqualität erweisen sich als diejenigen Themen, die unter den Akteuren am meisten umstritten sind.

Sager et al. (2001) analysierten die Auswirkungen der bundesrätlichen Rechtssprechung zur Spitalplanung und kamen dabei zum Schluss, dass die juristisch in sich kohärente Rechtssprechung politisch teilweise widersprüchliche Signale aussende. Dies hätte mit dem Erlass

klarer Planungsgrundsätze in einer Verordnung vermieden werden können. Die systemimmanente Einzelfallbeurteilung sowie das Fehlen von Anreizen zur interkantonalen Koordination im KVG zementieren die Kantone als weitgehend isolierte Planungsregionen, was den Zielen der Spitalplanung eigentlich widerspricht. Indem der Bundesrat in seiner Rechtsprechung die Trennung von Planung im Grundversicherungs- und Wettbewerb im Zusatzversicherungsbereich (vgl. Abschnitt 2.3) durchsetzt, wird den Kantonen die Kostendämpfung im durch Zusatzversicherungen mitfinanzierten Versorgungsbereich verunmöglicht. Eine mögliche Lösung für dieses Problem wird in der Zuweisung der erbrachten Spitalleistungen zu den verschiedenen Versicherungskategorien und einer damit verbundenen leistungsorientierten Planung gesehen.

In seiner Analyse der Gesundheitspolitiken von sieben Modellkantonen untersuchte Haari (2002) auch die Spitalplanungen und stellte dabei fest, dass überall Bestrebungen für eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu beobachten sind. Unterschiede finden sich hinsichtlich des Handlungsbedarfs zum Abbau von Überkapazitäten und beim dazu gewählten Vorgehen, wo Haari vier Typen identifiziert: die fehlende Notwendigkeit zum Abbau von Betten biete die beste Ausgangslage, weil das Angebot bereits weitgehend dem Bedarf entspricht. Ein Bettenabbau kann mit einer Neuorganisation des Gesundheitswesens oder einer Vernetzung mit anderen Angeboten verbunden werden. Am wenigsten weit geht die Strategie, ohne Berücksichtigung der Struktur des kantonalen Gesundheitswesens Betten abzubauen. Kantone mit zentralisierten Gesundheitssystemen und fachspezifischen Planungsgremien weisen tendenziell die höheren Gesundheitskosten auf, als Kantone mit dezentraler und gemeindenahen Gesundheitswesen bzw. Planungen.

In ihrer am WWZ Basel entstandenen, noch nicht publizierten Dissertation erstellte Biersack eine Bestandesaufnahme und Systematisierung der unterschiedlichen Konzeptionen der kantonalen Spitalplanungen. Nebst einer politisch-ökonomischen Analyse der Ausarbeitungs- und Umsetzungsprozesse der Spitallisten nahm Biersack auch eine Beurteilung des Erfolgs der Spitalplanung und ihres Beitrag zum Strukturwandel und zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen vor.²² Angesichts der institutionellen und ökonomischen Rahmenbedingungen bezweifelt die Studie die Effizienz und das Kostenpotenzial der Spitalplanung. Zum einen kann der Versorgungsbedarf nicht objektiv ermittelt werden, zum anderen beschränken der sektorale Charakter der Spitalplanung gemäss KVG und ihre überwiegende Ausrichtung auf Bettenkapazitäten die Kostenkontrollmöglichkeiten. Des Weiteren stellen Rollenkonflikte der Kantone als Spitalfinanzierer, Planungsinstanz und Spitalbetreiber sowie die politischen Rahmenbedingungen schlechte Voraussetzungen für einen Abbau von Überkapazitäten dar. Deshalb seien verstärkte Bemühungen um kantonale Autarkie, selektive Koordination zum Schutz der kantonseigenen Spitäler sowie eine fehlende Koordination der Spitzenmedizin zu beobachten. Die Bedarfsermittlung beruhe auf falschen Grundlagen, sei intransparent und trage nicht zur Reduktion von Überkapazitäten bei. Die Studie beziffert den seit 1996 erfolgten Kapazitätsabbau durch Spitalschliessungen auf 2%, durch "sonstige Massnahmen" auf 13% (Sommer/Biersack 2003).

²² www.wwz.unibas.ch/gs/forschung/spitallisten.htm [November 2004]. Die erwähnte Arbeit stand für die vorliegende Studie nicht zur Verfügung.

2.5 Forschungsstand international

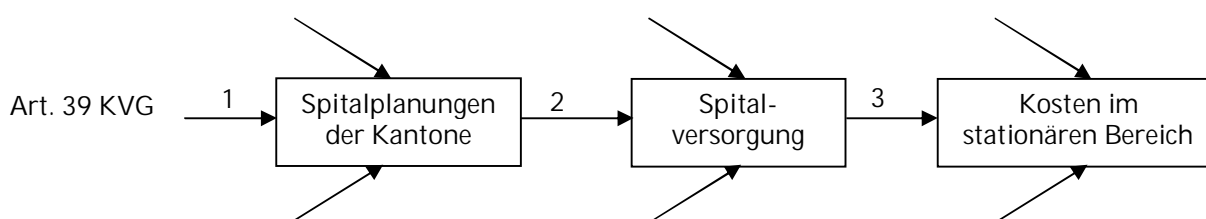
Ein WHO-Synthesepapier (McKee 2003) berichtet über internationale Erfahrungen mit Kapazitätsreduktion in Spitälern. Demnach ist es einigen Staaten gelungen, die Anzahl Spitalbetten zu reduzieren, indem sie in alternative Einrichtungen investierten. Mancherorts führte der massive Abbau hingegen zu Kapazitätsknappheit, was Wartelisten und Versorgungsengpässe zur Folge haben kann. In Westeuropa hat sich ein Bettenabbau dort als schwierig erwiesen, wo die Trägerschaft und Führung von Spitälern auf verschiedene Organisationen verteilt ist. Es spricht einiges dafür, dass der Bedarf an Spitalbetten durch koordinierte Disease-Management-Programme, die Zuweisung von PatientInnen an den geeigneten Leistungserbringer, Verlagerung der Behandlungen vom stationären auf den ambulanten Bereich und frühere Patientenaustritte verringert werden kann. Allerdings können Einschränkungen bei der Patientenaufnahme und bei der Aufenthaltsdauer auch die Kosten pro Patient erhöhen, und die notwendigen Investitionen zur Substitution der wegfallenden Spitalbetten kompensieren unter Umständen die erzielten Einsparungen. Nordamerikanische Studien zeigen, dass sich Bettenabbau häufig negativ auf das Spitalpersonal und dessen Arbeitssituation auswirkt. Die Folgen für die PatientInnen sind hingegen abhängig von der Ausgangslage. Bei bestehenden Überkapazitäten sind sie marginal, während Bettenabbau bei bereits ausgelasteten Versorgungskapazitäten die Versorgung insbesondere älterer PatientInnen beeinträchtigen kann.

3 Analysekonzept und Untersuchungsgegenstände

3.1 Analysekonzept

Das Art. 39 KVG zugrunde liegende Politikkonzept wurde bereits in Abschnitt 2.2 erläutert und geht davon aus, dass die Kantone durch die bedarfsgerechte Planung und Zuweisung von Leistungsaufträgen an Spitäler ihre Strukturen im Spitalbereich optimieren, um so deren Effizienz zu erhöhen und die Kostenentwicklung im stationären Bereich positiv zu beeinflussen. Abbildung 2 stellt dieses Konzept in vereinfachter Form dar:

Abbildung 2: Politikkonzept der Spitalplanung (vereinfacht)



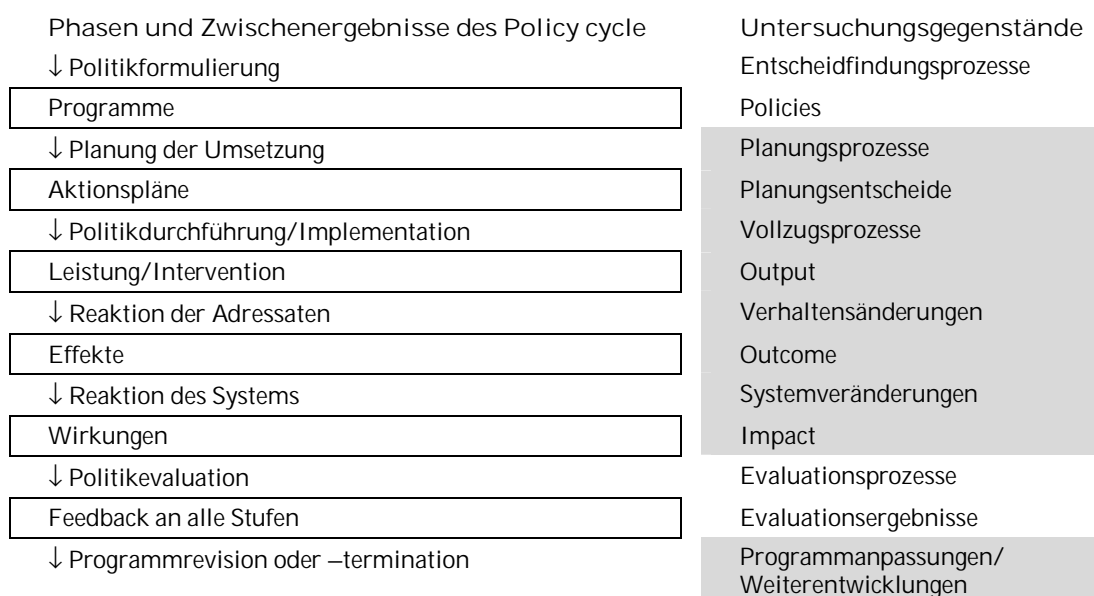
Die vorliegende Studie interessiert sich für die Umsetzung der Spitalplanung durch die Kantone und ihre Auswirkungen (vgl. Abschnitt 1.1). Die Fragestellungen verfolgen hauptsächlich ein exploratives, deskriptives Erkenntnisinteresse. Es ist zu untersuchen, zu welchen Ergebnissen (kantonale Spitalplanungen und –listen) Art. 39 KVG geführt hat (Pfeil 1), wie sich die Planungen und Listen auf die Spitalversorgung in den Kantonen auswirkten (Pfeil 2), und wie dadurch die Kosten im stationären Bereich beeinflusst wurden (Pfeil 3). Wie bereits erläutert sind die kantonalen Spitalplanungen allerdings nicht ausschliesslich das Ergebnis von Art. 39 KVG, sondern ein bereits vorher etabliertes Instrument der Spitalpolitik der Kantone. Ebenso wenig ist die Spitalplanung die einzige Determinante für das Versorgungsgeschehen und die Kostenentwicklung im stationären Bereich. Bei der Analyse ist demnach dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die verschiedenen Untersuchungsgegenstände auch weiteren Einflussfaktoren unterliegen, die es zu identifizieren und zu berücksichtigen gilt (vgl. die Pfeile in Abbildung 2).

Der Prozess der Erstellung und Umsetzung der kantonalen Spitalplanungen kann in mehrere Phasen unterteilt werden (vgl. Abschnitt 2.2), die jeweils ihre eigenen Besonderheiten aufweisen. Diese Phasen lassen sich auf das idealtypische Modell des Policy cycle übertragen, welches dazu dient, politische Prozesse in einzelne Stufen und Zwischenergebnisse zu unterteilen und so einer Analyse zugänglich zu machen (vgl. Knoepfel/Bussmann 1997; Knoepfel et al. 2001; Jann/Wegrich 2003). Ausgangspunkt des Konzepts des Policy cycles stellt die Identifikation und Artikulation eines politisch zu lösenden Problems dar. Die *Politikformulierung* beschreibt die Phase der Entscheidungsfindung über die zur Problemlösung zu ergreifenden Massnahmen. Diese Massnahmen werden in Programmen, den eigentlichen *Policies* zusammengefasst. Eine Policy steckt den juristischen und programmatischen Rahmen für die Politikumsetzung ab, legt also die konkreten Zielsetzungen, Instrumente, Kompetenzordnungen und Verfahrensweisen zur Problemlösung fest. Die zur Umsetzung einer Policy notwendigen Planungs- und Priorisierungsentscheide können in *Aktionsplänen* festgehalten

werden. Die Umsetzung der Policy führt zu Wirkungen, die sich auf drei Ebenen beobachten lassen (Jann/Wegrich 2003: 80): Die *Outputs* stellen die eigentlichen Produkte einer Policy dar. Es handelt sich dabei um staatliche Interventionen oder Leistungen, mit denen versucht wird, das Verhalten von Akteuren zu verändern. Der *Outcome* bezeichnet die Effekte, die aus den Verhaltensänderungen der von den Outputs angesprochenen Zielgruppen resultieren. Als *Impact* werden die Wirkungen der Policy auf der Systemebene, d.h. auf das zu lösende Problem bezeichnet.²³

Abbildung 3 zeigt eine vereinfachte Darstellung des Policy cycles, wobei die Prozessstufen als Pfeile und deren Zwischenergebnisse als Kästen dargestellt sind. Ebenfalls enthalten sind die sich daraus ergebenden Untersuchungsgegenstände, wobei die in der vorliegenden Studie interessierenden grau schattiert sind.

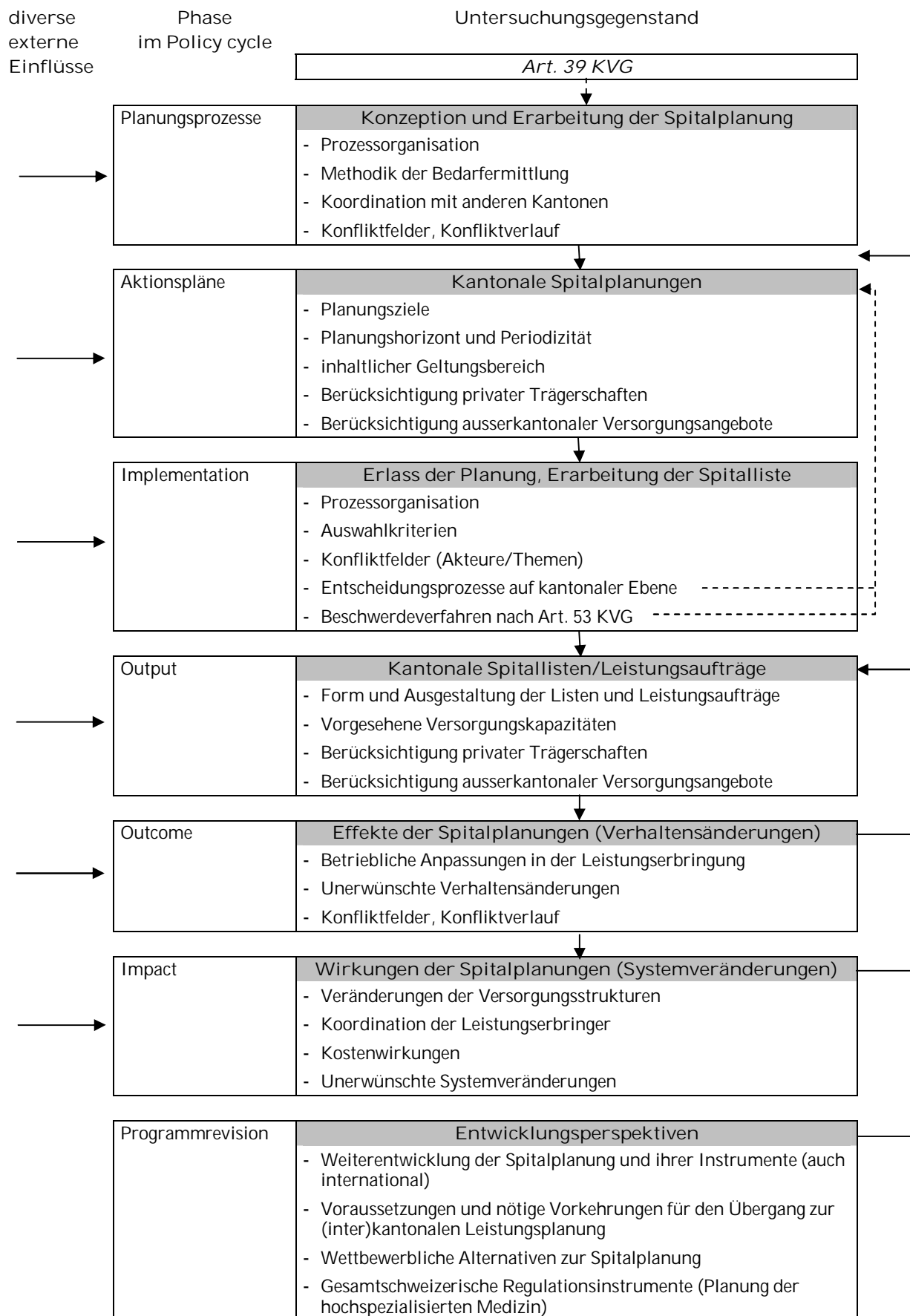
Abbildung 3: Untersuchungsgegenstände des Policy cycle



In Anlehnung an die in Kapitel 1 aufgeführten Forschungsfragen kann in Konkretisierung von Abbildung 3 ein Analysemodell formuliert werden, das einerseits die Funktionsweise der Spitalplanung darstellt, und es andererseits ermöglicht, die vorzunehmende Analyse sinnvoll zu strukturieren (Abbildung 4). Die verschiedenen Untersuchungsgegenstände, die sich aus den Fragestellungen ergeben, sind grau schattiert.

²³ Die Begriffe "Outcome" und "Impact" werden hier nicht gemäss der Terminologie bei Knoepfel/Bussmann (1997) oder Jann/Wegrich (2003) verwendet, sondern der in der internationalen Evaluationsforschung gängigen Usanz entsprechend, d.h. genau umgekehrt (vgl. z.B. Patton 1997: 193f.; BAG 1997: 69-70).

Abbildung 4: Modell zur Analyse der Umsetzung und der Auswirkungen der Spitalplanung



Im Modell ebenfalls enthalten sind die verschiedenen Entwicklungsperspektiven und Feedbackschlaufen, welche zur Weiterentwicklung der kantonalen Spitalplanungen beitragen, sowie die in Art. 53 KVG enthaltene Beschwerdemöglichkeit gegen kantonale Spitalplanungsentscheide, welche die kantonale Spitalplanung sowie die Spitallisten und ihre Auswirkungen zusätzlich beeinflussen kann.

Die angedeuteten, nicht näher konkretisierten externen Einflussfaktoren weisen darauf hin, dass die einzelnen Untersuchungsgegenstände sich nicht nur aus den jeweils vorgelagerten Stufen des Phasenmodells ergeben, sondern auch weiteren Einflüssen unterliegen. Konkret ist die hier interessierende Entwicklung der kantonalen Spitalwesen abhängig von den kantonal unterschiedlichen Versorgungsstufen, der finanziellen Situation der Kantone, von den unterschiedlich verbreiteten Reformbemühungen im Rahmen von New Public Management, von der demographischen und medizinaltechnologischen Entwicklung sowie von den laufenden Reformen des KVG auf Bundesebene (vgl. Haari 2002: 47ff.; Bolgiani 2002; Bundesrat 2004). Die beobachteten Phänomene sind ausserdem das Ergebnis der Interaktion verschiedener Akteure, die im Rahmen institutioneller Regelungen unterschiedliche Ressourcen mobilisieren, um ihre Interessen zu verfolgen (vgl. Knoepfel/Larrue/Varone 2001). Als relevanteste Akteure lassen sich diesbezüglich die kantonalen Gesundheitsbehörden, die Spitäler und Krankenversicherer und deren Verbände sowie die Bevölkerung in ihrer Dreifachrolle als PatientInnen, Versicherte/Prämienzahler und Steuerzahler/Stimmbürger (vgl. Vatter 2003: 161) identifizieren.

3.2 Untersuchungsgegenstände

Die verschiedenen in Abbildung 4 enthaltenen Untersuchungsgegenstände werden nachfolgend kurz erläutert. Ausführliche Erklärungen zu ihrer Bedeutung für die Spitalplanung finden sich jeweils einleitend in den Abschnitten der vorliegenden Studie, die sich mit ihnen befassen.

3.2.1 Planungsprozesse: Konzeption und Erarbeitung der Spitalplanungen

Als Planungsprozess wird die Phase verstanden, in welcher die Kantone die von Art. 39 KVG verlangte Bedarfsplanung erstellten bzw. ihre bestehende Planung an die neuen Rahmenbedingungen des KVG anpassten. Dabei sind verschiedene Merkmale von Interesse. Hinsichtlich der Prozessorganisation geht es um die Frage, ob die Kantone bei der Spitalplanung einen rein bürokratischen oder einen partizipativen Ansatz verfolgen, ob bzw. welche Interessen der davon betroffenen Akteure (Spitäler, Krankenversicherer, Bevölkerung) in die Planung einfließen, und auf welche Weise dies geschieht. Die Methodik der Bedarfsermittlung bestimmt die Ziele der Planungen und damit eine wichtige Vorgabe der Umsetzung von Art. 39 KVG. Die Koordination mit anderen Kantonen ist in Art. 39 KVG als Möglichkeit vorgesehen und wird von der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK; bis 2004 SDK) empfohlen (SDK 1997: 5). Diesbezüglich ist danach zu fragen, ob, wie und in welchem Umfang die Kantone ihre Planungen untereinander abstimmen und welche Probleme sich dabei ergeben. Da die Spitalplanung zentrale Interessen der Kantone, der

Spitäler, der Versicherer und der Bevölkerung betrifft, birgt sie grosses Konfliktpotenzial. Die sich daraus ergebenden Konfliktfelder und Konfliktverläufe sind zu benennen.

3.2.2 Die kantonalen Aktionspläne: Die Spitalplanungen

Die kantonalen Planungen legen den benötigten stationären Versorgungsbedarf fest und zeigen auf, wie dieser für einen bestimmten Zeitraum abgedeckt werden soll. Von Interesse ist, welche Planungsziele die Kantone verfolgen, welchen Planungshorizont sie anvisieren und in welcher Periodizität Anpassungen der Planungen vorgesehen sind. Aus den in Abschnitt 2.3 dargestellten Abgrenzungsproblemen ergibt sich die Frage nach dem inhaltlichen Geltungsbereich der kantonalen Planungen. Die Berücksichtigung privater Trägerschaften ist eine Vorgabe von Art. 39 KVG und stellt eine zentrale Konfliktdimension in der Umsetzung der kantonalen Spitalplanungen dar (Müller 1999; Ayer 2000; Sager et al. 2001). Umfang sowie Art und Weise des Einbezugs privater Anbieter in die Planungen sollen deshalb untersucht werden. Dasselbe gilt für die Berücksichtigung ausserkantonaler Versorgungsangebote zur besseren Koordination der Leistungserbringer.

3.2.3 Implementation der Spitalplanungen: Erlass der Planung und Erarbeitung der Spitalliste

Gemäss KVG beruhen die Spitallisten auf bedarfsgerechten Spitalplanungen und gehen somit aus diesen hervor. Angesichts ihrer ökonomischen und politischen Relevanz interessieren nicht nur die Prozessorganisation der Listenbildung, sondern insbesondere auch die Kriterien, gemäss denen die auf der Liste aufgeführten Spitäler bestimmt werden. Auch in Zusammenhang mit der Spitalliste können sich spezifische Konfliktfelder eröffnen, die in Entscheidungsprozessen auf kantonaler Ebene angegangen werden. Die Beschwerdeverfahren nach Art. 53 KVG werden als Bestandteil der Umsetzungsprozesse behandelt, da sie Inhalt und Form der rechtskräftigen Liste beeinflussen können.

3.2.4 Der kantonale Output: Die Spitallisten und Leistungsaufträge

Da das KVG die konkrete Ausgestaltung der Spitallisten nicht näher definiert, sind bezüglich Form und Ausgestaltung der Listen und Leistungsaufträge wesentliche Unterschiede zwischen den Kantonen zu erwarten. Diese Faktoren stellen auch wichtige Grundlagen für die Beurteilung der Wirkungen der Spitalplanungen dar. Die vorgesehenen Versorgungskapazitäten beschreiben den von Planung und Liste angestrebten Soll-Zustand der kantonalen Spitalwesen. Dabei ist auch von zentralem Interesse, ob und wie private Anbieter und ausserkantonale Versorgungsangebote berücksichtigt wurden.

3.2.5 Outcome: Die Effekte der Spitalplanung (Verhaltensänderungen)

Die Outputs einer Politik lösen seitens der Zielgruppen Verhaltensänderungen aus, welche im Idealfall zur Lösung des Ausgangsproblems beitragen. Die Spitalplanungen und –listen zielen auf betriebliche Anpassungen in der Leistungserbringung in den Spitälern ab. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Verhaltensänderungen, die durch staatliche Anordnung

hierarchisch durchgesetzt werden, und solchen, die auf autonome Entscheidungen der Spitalführungen zurückgehen. Die Spitalplanung kann auch unerwünschte Verhaltensänderungen hervorrufen, welche nicht vorgesehen waren, die Problemlösung beeinträchtigen bzw. verhindern. Dies betrifft z.B. Ausweichreaktionen der Politikadressaten, welche sich kontraproduktiv auswirken. Die Umsetzung der Spitalplanung und –liste kann auch zu Konflikten führen deren Konstellationen und Verlauf aufzuzeigen ist.

3.2.6 Impact: Die Wirkungen der Spitalplanung (Systemveränderungen)

Ein wesentliches Ziel von Art. 39 KVG ist es, die Koordination der Leistungserbringer zu verbessern, die vorhandenen Versorgungskapazitäten effizienter zu nutzen und so die Kosten im stationären Bereich einzudämmen (Bundesrat 1991: 75). Auf der Ebene der Impacts ist somit zu untersuchen, welche Veränderungen auf Systemebene die Spitalplanung bewirkte, wie sich die Koordination der Leistungserbringer, die Kosten und die Effizienz im Spitalwesen seit der Einführung von Art. 39 KVG verändert haben, und welchen Beitrag die Spitalplanung daran geleistet hat. Dabei ist auch allenfalls eingetretenen unerwünschten Wirkungen Rechnung zu tragen. Zu berücksichtigen gilt es auch die unterschiedlichen Planungshorizonte und den jeweiligen Stand der Umsetzung.

3.2.7 Entwicklungsperspektiven der Spitalplanung

Angesichts der Kostenentwicklung im stationären Sektor wird sowohl national wie international eine breite Diskussion über die Steuerungsmöglichkeiten im Spitalbereich geführt (Bolgiani 2002; McKee/Healy 2002; OECD 2003). Vor diesem Hintergrund sind verschiedene Entwicklungsperspektiven und Alternativansätze für die Spitalplanung aufzuzeigen und zu diskutieren. Bezüglich der Weiterentwicklung der Spitalplanung und ihrer Instrumente zeichnet sich in der Schweiz ein Übergang von der kapazitätsorientierten Spitalplanung zu einer vermehrt leistungsorientierten Versorgungsplanung und zu stärker integrierten Planungsansätzen ab (vgl. SDK 2002: 4). Der Wettbewerb wird oftmals als Alternative zur Spitalplanung vorgeschlagen, um einen Kapazitätsabbau über das Spiel der Marktkräfte zu erreichen. Auf interkantonaler Ebene sind zudem aktuell Bestrebungen im Gang, die Zusammenarbeit im Bereich der hoch spezialisierten Medizin zu erreichen (SDK 2003a: 14ff.). In diesem Zusammenhang ist zu untersuchen, wie diese gesamtschweizerischen Regulationsinstrumente mit den kantonalen Spitalplanungen in Zusammenhang stehen.

3.3 Vorgehen und Forschungsmethodik

Das Vorgehen zur Beantwortung der Ausgangsfragen der vorliegenden Studie kann grob in vier Phasen unterteilt werden. In einem ersten Schritt ging es darum, die vorhandene Grundlagenliteratur und bereits bestehende Forschungsarbeiten zur Spitalplanung zu sichten, um eine inhaltliche Auslegeordnung zu erstellen. Zweitens erfolgte die Bestandesaufnahme der kantonalen Spitalplanungen und Listen, um die Vollzugspraxis der Kantone analysieren zu können. In einer dritten Phase wurde der Prozess der Planung, ihrer Umsetzung und deren

Wirkungen in ausgewählten Kantonen vertieft beschrieben und untersucht. Schliesslich erfolgten die eigentliche Wirkungsanalyse und die Diskussion der Entwicklungsperspektiven. Für die Datenerhebung kam ein breiter Mix aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden zur Anwendung. Grundsatzfragen in Zusammenhang mit der Spitalplanung wurden mittels vier Expertengesprächen mit Vertretern der wichtigsten Akteure auf nationaler Ebene (GDK, H+ Die Spitäler der Schweiz, Privatkliniken Schweiz und santésuisse; vgl. Liste im Anhang) erörtert. Die Vollzugsanalyse erfolgte anhand einer systematischen Auswertung der kantonalen Planungsdokumente und einer Kantonsbefragung mittels eines standardisierten schriftlichen Fragebogens in Deutsch und Französisch (vgl. Anhang), welchen 25 der 26 kantonalen Gesundheitsdirektionen retournierten.²⁴

In vier Kantonen (Aargau, Bern, Graubünden und Jura) erfolgten Fallstudien anhand eines standardisierten Analyserasters, um die Spitalpolitik, die Planungs- und Implementationsprozesse sowie die erfolgten Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen zu beschreiben und analysieren. Nebst der vertieften Auswertung von relevanten Dokumenten wurden dazu auch leitfadengestützte Expertengespräche mit Vertretern der kantonalen Gesundheitsbehörden, der kantonalen Spitalverbände und der kantonalen santésuisse-Geschäftsstelle geführt (vgl. Liste im Anhang). Zusätzlich wurden zwei Fallstudien in Form von Sekundäranalysen auf der Basis bereits bestehender Untersuchungen zu den Kantonen Waadt und Zürich erstellt. Die vollständigen Fallstudien liegen als gesonderter Materialienband vor, in diesem Bericht findet sich eine Zusammenfassung derselben (Abschnitte 5.4.1-5.4.7).

Zur Dokumentation der Beschwerdeentscheide des Bundesrates in Sachen Spitalplanung und –liste standen die Daten einer 2001 durchgeführten Erhebung (Sager et al. 2001) beim Bundesamt für Justiz (BJ) zur Verfügung, die für die vorliegende Studie mittels Angaben des BJ aktualisiert wurden. Die Dokumentation und Analyse der Wirkungen stützt sich auf die Auswertung von Daten der Krankenhausstatistik²⁵ des BFS sowie des Datenpools von santésuisse, die von den jeweiligen Stellen für die vorliegende Studie aufbereitet und zur Verfügung gestellt wurden.

²⁴ Das Sanitäts- und Fürsorgedepartement des Kantons Glarus sah sich ausserstande, den Fragebogen auszufüllen und gab stattdessen in einer schriftlichen Stellungnahme zu seiner Planungspraxis Auskunft. Wo möglich, werden die darin enthaltenen Informationen ebenfalls als Ergebnis der Kantonsbefragung ausgewiesen.

²⁵ Die Quellenangabe "Krankenhausstatistik BFS" verweist auf eigene Auswertungen der BFS-Rohdaten. Sind die Angaben BFS-Publikationen zur Krankenhausstatistik entnommen, werden diese als Quelle ausgewiesen.

4 Die Spitalplanungspraxis der Kantone

Ziel dieses Kapitels ist es, die kantonale Praxis der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG darzustellen und zu vergleichen. Es geht im Wesentlichen um die Beantwortung des ersten Frageblocks (vgl. Abschnitt 1.1), d.h. wie die Kantone den Versorgungsbedarf ermitteln und den Planungsprozess gestalten. Im Vordergrund stehen dementsprechend die in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.4 angesprochenen Untersuchungsgegenstände: die Planungsprozesse, deren Ergebnisse, d.h. die Bedarfsplanungen und die Spitallisten. Ebenfalls thematisiert werden die verschiedenen Konfliktsituationen in Zusammenhang mit der Spitalplanung. Bevor allerdings auf die einzelnen Teilaspekte eingegangen wird, erfolgt zunächst eine kurze Übersicht über die Entwicklung und den aktuellen Stand der kantonalen Spitalplanungen.

4.1 Die Entwicklung und der Stand der kantonalen Planungen

Art. 2 Abs. 2 der Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.101) verlangte von den Kantonen, bis zum 1. Januar 1998 eine bedarfsgerechte Spitalplanung und eine Spitalliste zu erstellen. Mit Stand Februar 1999 erarbeitete Rothenbühler (1999b) eine erste Bestandesaufnahme und hielt dabei fest, dass alle Kantone rechtzeitig ihrer Planungspflicht nachgekommen waren. Eine nicht publizierte Arbeitsunterlage (Rothenbühler 1999a) beschreibt für jeden Kanton die Planungsaktivitäten, den Inhalt und erste Auswirkungen der Spitallisten sowie weitere Massnahmen der kantonalen Spitalpolitik.

Für die vorliegende Studie wurde diese Übersicht aktualisiert. Dies erfolgte anhand einer Internetrecherche auf den kantonalen Websites, der Konsultation der im GDK-Zentralsekretariat verfügbaren Planungsunterlagen und direkter Nachfrage bei den kantonalen Gesundheitsbehörden. Die so gewonnenen Angaben sind in Tabelle 46 im Anhang zusammengestellt. Berücksichtigt wurden diejenigen Berichte²⁶, auf welche sich die kantonalen Spitalplanungen bei Inkrafttreten des KVG 1996 abstützten, sowie sämtliche Berichte, die nach 1996 erarbeitet wurden. Tabelle 46 ist eine Aktualisierung und Erweiterung der Übersicht in Rothenbühler (1999b: 7-14), wobei allerdings die Entwicklung im Bereich der Pflegeheime nicht dargestellt wird. Die Tabelle enthält neben der Planungsbasis und den Spitallisten zusätzlich auch Angaben über Entwicklungen in der kantonalen Spitalpolitik, um der in Kapitel 2 vorgenommenen Abgrenzung zwischen Spitallisten, -planung und -politik gerecht zu werden. Veränderungen auf dieser übergeordneten Ebene können auch Anpassungen der Spitalplanungen und Spitallisten zur Folge haben. Die Informationen dazu stammen entweder aus Rothenbühler (1999a) oder aus eigener Recherche. Da die kantonalen Websites unterschiedlich umfassend sind und nicht alle Gesundheitsdirektionen auf die wiederholten Anfragen reagierten, erhebt Tabelle 46 keinen Anspruch auf Vollständigkeit.²⁷ Wo die Re-

²⁶ Als Planungsberichte werden hier Dokumente bezeichnet, die im Sinne der SDK-Empfehlungen eine Bedarfsanalyse für die stationäre Gesundheitsversorgung enthalten.

²⁷ Vor allem bei der Übersicht über die Entwicklung der Spitallisten kann es Lücken geben, da oft nur die ersten Listen nach dem KVG, die bei Rothenbühler aufgelistet wurden, sowie die heutigen Listen zur Verfügung standen. Vor allem in grösseren Kantonen wurde die Spitalliste aber zwischen 1999 und 2004 wahrscheinlich ein- oder mehrmals überarbeitet.

cherche keine aktuelleren Gesetze, Listen, Planungen oder andere relevante Dokumente hervorbrachte, als sie in Rothenbühler (1999b) ausgewiesen sind, wird davon ausgegangen, dass seither keine Änderungen vorgenommen wurden. Die Übersicht in wird im Folgenden unter verschiedenen Gesichtspunkten näher beleuchtet und mit Resultaten aus der Kantonsbefragung ergänzt.²⁸

Tabelle 2 zeigt, dass im somatischen Akutbereich und in der Psychiatrie die meisten Kantone bereits vor 1996 über Planungsgrundlagen zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs verfügten. Demgegenüber erfolgte in der Mehrheit der Kantone vor 1996 keine Planung im Rehabilitationsbereich. Diese Feststellung lässt vermuten, dass die Rehabilitationsplanung mancherorts erst durch Art. 39 KVG initiiert wurde, da dessen Planungsvorgaben für alle stationären Leistungserbringer gleichermaßen gilt. Die Rehabilitation weist jedoch einige Charakteristika auf, die sie von der Akutmedizin und der Psychiatrie unterscheiden und eine Bedarfsplanung erschweren. So ist die Möglichkeit der Quantifizierung des Versorgungsbedarfs anhand epidemiologischer Daten beschränkt und bestanden bis Ende der 1990er Jahre noch kaum Versorgungskonzepte, welche Behandlungsketten und die Schnittstellen zwischen Akutmedizin, Rehabilitationsmedizin und Kur definieren (Aktennotiz der GDK vom 9. Mai 2001; vgl. auch Knüsel 2004).

Tabelle 2: Planungsaktivitäten vor 1996

Hat Ihr Kanton schon vor Inkrafttreten des KVG eine Spitalplanung betrieben? (Frage 1.1)				
Planung vor KVG	Ja	N	Nein	N
Akutsomatik	AG, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SG, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	21	AI, GL, NW, OW, UR	5
Psychiatrie	AG, AR, BE, BL, BS, FR, GR, JU, LU, NE, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	20	AI, GE, GL, NW, OW, UR	6
Rehabilitation	AG, BE, BL, LU, SG, SO, SZ, TG, VD, ZH	10	AI, AR, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SH, TI, UR, VS, ZG	16

Einzig die fünf Kantone Uri, Obwalden, Nidwalden, Glarus und Appenzell Innerrhoden sahen sich erst durch Art. 39 KVG dazu veranlasst, eine eigentliche Spitalplanung zu erarbeiten. Es handelt sich dabei um diejenigen Kantone, die jeweils lediglich über ein einziges Akutspital (AI und GL zusätzlich über eine Rehabilitationsklinik) verfügen, was die Notwendigkeit einer formellen Planungsgrundlage als Steuerungsinstrument entsprechend reduzierte.

Tabelle 3 bildet auf der Basis der Anhangstabelle 46 anhand der Publikationsjahre der relevanten Planungsberichte die chronologische Entwicklung des Planungsgeschehens in den Kantonen in den Bereichen somatische Akutmedizin, Psychiatrie und Rehabilitation ab. Berücksichtigt sind jeweils die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG (1996) aktuellen sowie die seither erarbeiteten, prospektiv ausgerichteten Planungsberichte, die sich auf das gesamte kantonale Spitalwesen beziehen und eine Bedarfsermittlung enthalten. Berichte zu

²⁸ Informationen in Tabellen ohne Quellenangaben stammen jeweils aus der schriftlichen Kantonsbefragung. Die Angaben des Kantons Glarus, aus dem kein ausgefüllter Fragebogen vorliegt, wurden wo möglich aus der schriftlichen Stellungnahme des Departementssekretärs entnommen.

einzelnen Institutionen oder spitalpolitischen Gesichtspunkten (Organisation/Finanzierung des Spitalwesens) werden nicht aufgeführt.

Tabelle 3: Das Planungsgeschehen in den Kantonen

Kanton	Planungsberichte mit Bedarfsermittlung		
	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation
ZH	1991, 1997	1991, 1997, 2004	1991, 1997
BE	1978	1978	1978
LU	1992	1995	1992, 2002
UR/OW/NW	1997	1997	1997
SZ	1995, 1997	1995, 1997	1995, 1997
GL	1997	1997	1997
ZG	1985, 1996	1985, 1996	1996
FR	1987, 1997	1987, 1997	1997
SO	1992	1992	1992
BS/BL	1995, 1997	-	-
BS	-	1990, 1997	1998
BL	2003	1997 ¹ , 2003	1997 ¹ , 2003
SH	1997 ¹	1997 ¹	1997
AR	1989, 1997	1989, 1997	1997
AI	1997	1997	1997
SG	1995	1995, 2002 ²	1995
GR	1997, 2002 ¹	1997, 2002 ¹	1997, 2002
AG	1994, 1997	1994, 1997	1994, 1997
TG	1997 ¹	1997 ¹	1997 ¹
TI	1984, 1997, 2001	1984, 1997, 2001	1997, 2001
VD	1989, 1997, 1998, 2000	1989, 1997, 1998, 2000	1989, 1997, 1998, 2000
VS	1992, 1996	1992, 1996	1996
NE	1995, 1997	1995, 1997	1997
GE	1991, 1997, 2003	1997, 2003	1997, 2003
JU	1998 ¹	1998 ¹	1998

¹ Gemäss der Kantonsbefragung verfügte der Kanton bereits vor 1996 über eine Planung. Weder in der GDK-Dokumentation noch bei Rothenbühler (1999a) finden sich allerdings Hinweise auf einen Planungsbericht.

² Bedarfsanalyse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Übersicht macht zunächst deutlich, dass alle Kantone innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist, d.h. bis Anfang 1998 über eine Spitalplanung verfügten. Dabei zeigen sich allerdings Unterschiede, indem einzelne Kantone nach Inkrafttreten des KVG an einer bereits bestehenden Bedarfsermittlung festhielten (z.B. Bern: 1978, Solothurn: 1992, St. Gallen: 1995) und bis 1998 keine neuen Grundlagen erarbeiteten. Die Mehrzahl der Planungsberichte (15) wurde im Laufe des Jahres 1997 vorgelegt. Seit 1998 erarbeiteten lediglich die Kantone Waadt (2000), Tessin (2001), Graubünden (2002), Genf, Basel-Landschaft (2003) und Zürich (2004, Psychiatrie) neue Bedarfsplanungen. Alle anderen Kantone stützen sich aktuell

bei der Festlegung ihres Versorgungsbedarfs nach wie vor auf die Mitte und Ende der 1990er Jahre erstellten Planungsberichte ab. Allenfalls laufende Projekte zur Überarbeitung dieser Planungen wurden allerdings im Rahmen dieser Studie nicht systematisch erhoben. Zahlreiche Kantone wie z.B. Bern (1999), Jura (2002), Aargau, Luzern und Wallis (2004) legten seit 1998 neue Berichte zur Neukonzeption der Gesundheits- bzw. Spitalversorgung vor, die jedoch nicht explizit auf einer neuen Bedarfsplanung beruhen oder eine solche beinhalten.

Die überwiegende Mehrheit der Kantone erstellte eine eigenständige Spitalplanung. Lediglich die beiden Basler Kantone und die Innerschweizer Kantone Uri, Ob- und Nidwalden (so genannte UNO-Region) erarbeiteten jeweils gemeinsame Planungen. Sie kamen so als einzige einer entsprechenden Empfehlung der SDK (1997: 5) nach. Rothenbühler (1999b: 16) hält diesbezüglich fest, dass die Koordination selbst zwischen Nachbarkantonen durch formale und begriffliche Unterschiede in der Planung und fehlende Abstimmung der Rahmenbedingungen und Planungshorizonte erschwert werde (vgl. Abschnitt 4.4.6).

4.2 Der Handlungsspielraum der Kantone bei der Spitalplanung

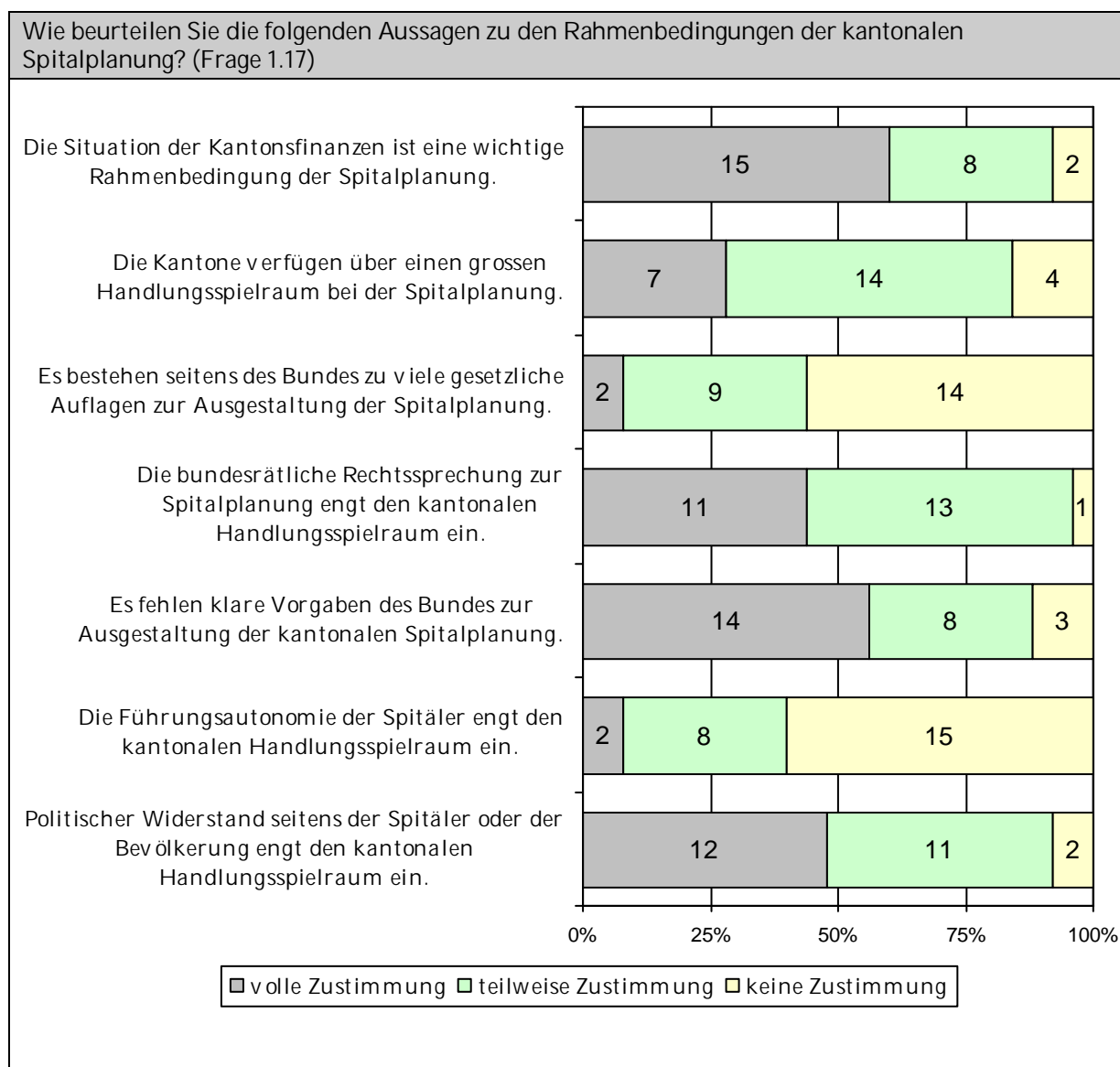
Das KVG schreibt vor, dass die Kantone eine "Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung" zu erstellen haben, macht jedoch keine Vorgaben für die Umsetzung dieser Bestimmung und lässt den Kantonen dabei einen gewissen Handlungsspielraum. Wie die Kantonsbefragung zeigt, wird dieser von befragten Behördenvertretern unterschiedlich eingeschätzt (Abbildung 5).

Insgesamt schätzen die Befragten den Handlungsspielraum der Kantone als eher ambivalent ein. Gemäss den eingegangenen Antworten haben die Kantonsfinanzen sowie politischer Widerstand von Spitälern oder der Bevölkerung einen grossen Einfluss auf die Spitalplanung, während die Führungsautonomie der Spitäler kaum als Hindernis für die kantonale Planung empfunden wird. Lediglich zwei Kantone sind der Ansicht, der Bund mache zu viele gesetzliche Auflagen, während die grosse Mehrheit dieser Aussage nur teilweise oder überhaupt nicht zustimmt. Gerade umgekehrt verhalten sich die Ansichten zur Aussage, die Vorgaben des Bundes seien zu wenig klar. Die bundesrätliche Rechtssprechung wird eher als Einschränkung empfunden, wobei dies die meisten Kantone nicht absolut bejahen. Nur gerade ein Kanton lehnt diese Aussage ab. Aus diesen Feststellungen lässt sich der Schluss ziehen, dass sich die Kantone eine Abkehr von der judikativen Nachkontrolle durch die Rechtssprechung des Bundesrates verbunden mit klaren Vorgaben von Normen wünschen.

Die Ergebnisse der Kantonsbefragung bestätigen die Aussagen der befragten Experten auf nationaler Ebene. Diese eruierten die Situation der Kantonsfinanzen und regionalpolitische Überlegungen als Hauptdeterminanten der Planung. Der mangels vorgegebener einheitlicher Planungskriterien bestehende Handlungsspielraum der Kantonsregierungen hänge aber auch vom Einfluss und dem Druck der Parlamente und von der eigenen Wahrnehmung des Problemdrucks ab. Einschränkende Faktoren seien der Widerstand der Bevölkerung gegen Spitalschliessungen, der auch die Wahlchancen der kantonalen Gesundheitsdirektoren beeinflusse, und zu einem gewissen Grad die bundesrätliche Rechtssprechung. Letztere könne den Kantonen jedoch auch dabei helfen, unangenehme Entscheidungen zu legitimieren und mit Verweis auf "Beschlüsse aus Bern" durchzusetzen (vgl. das Beispiel des Kantons Tessin in

Sager et al. 2001: 57ff.). Kritisiert wird indes die lange Verfahrensdauer, welche insbesondere von den Kantonen als unbefriedigend bezeichnet wird.²⁹

Abbildung 5: Einschätzung des Handlungsspielraums der Kantone bei der Spitalplanung



Angesichts des durchaus bestehenden, aber durch diverse Einschränkungen begrenzten kantonalen Handlungsspielraums sowie des unterschiedlich ausgeprägten Erfahrungsstandes (vgl. Tabelle 3) ist hinsichtlich der Planungspraxis der Kantone eine breite Bandbreite von angestrebten Zielen, angewandten Methoden und vorgesehenen Massnahmen zur Zielerreichung zu erwarten. Um den Kantonen das Vorgehen zu erleichtern und eine gewisse Harmonisierung zu ermöglichen, erarbeitete die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK; bis 2004 SDK) Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflege-

²⁹ Art. 53 Abs. 3 KVG sieht eine Behandlungsdauer von Beschwerden von "längstens vier Monaten" vor, wobei die Frist bei wichtigen Gründen um vier Monate überschritten werden kann. Gemäss einer Auswertung der Behandlungsfristen der vorliegenden 159 Bundesratsbeschwerden beträgt die durchschnittliche Behandlungs-

heimliste nach Art. 39 KVG zuhanden der Kantone (SDK 1997). Diese wurden im Jahr 2002 überarbeitet (SDK 2002).

Die SDK-Empfehlungen beziehen sich hauptsächlich auf allgemeine Grundsätze und die Methodik der Bedarfsermittlung sowie auf die Gestaltung der Spitalliste, enthalten jedoch keine konkreten Handlungsanweisungen oder Hinweise für die Realisierung des geforderten Kapazitätsabbaus. Die Hauptverantwortung für die Planung und deren Umsetzung wurde ausdrücklich den einzelnen Kantonen zugesprochen (Pressemitteilung der SDK vom 29. März 1997).

4.3 Die kantonalen Planungsprozesse

Bei der Spitalplanung handelt es sich um einen politischen Prozess, der gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Einflüssen unterliegt (SDK 1997: 3). Weil sie zentrale Rahmenbedingungen der stationären Gesundheitsversorgung vorgibt und deshalb unterschiedliche Interessen tangiert, ist einerseits zunächst die Frage der politischen Zuständigkeit bzw. Verantwortlichkeit für die Planung von Bedeutung, andererseits auch die Ausgestaltung des Planungsprozesses selbst. Die Kantone können bei der Planung einen verwaltungsinternen, eher technokratischen Ansatz verfolgen, oder einem partizipativen Ansatz den Vorzug geben und die wichtigsten an der Spitalversorgung beteiligten Akteure einbeziehen. Der vorliegende Abschnitt geht auf diese Fragen ein.

Die Dokumentanalyse zeigte auf, dass in nur sieben Kantonen die Planung hauptsächlich von der Gesundheitsdirektion erarbeitet wurde, davon in drei Fällen unter Einbezug eines externen Experten. In 15 Kantonen wurde unter der Leitung der Gesundheitsbehörden eine Arbeitsgruppe unter Einbezug verwaltungsexterner Akteure eingesetzt, zu vier Kantonen konnte die Projektorganisation nicht eruiert werden.

Hinsichtlich der politischen Zuständigkeit ist generell davon auszugehen, dass Entscheide, die das Parlament zu treffen hat, tendenziell breiter abgestützt sind, allerdings auch aufgrund des möglichen Einflusses von Interessenvertretern stärker umstritten sind. Wie Tabelle 4 zeigt, ist die Spitalplanung im Wesentlichen eine Regierungs- und Verwaltungsangelegenheit. Nur in fünf Kantonen entscheidet das Kantonsparlament abschliessend über die Planung (bis 2003 war dies auch in Aargau der Fall).

Tabelle 4: Zuständigkeit für die Spitalplanung

Wer entscheidet abschliessend über die Spitalplanung? (Frage 1.9)		
Kantonsregierung	AG, AR, BL, BS, FR, GE, GR, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS, ZG, ZH	20
Kantonsparlament	AI, BE, JU, LU, TI	5

dauer 624 Tage, d.h. knapp 21 Monate (Maximum: 1566 Tage, Minimum: 97 Tage, Median: 565 Tage). Lediglich je zwei Beschwerden wurden innert 4 bzw. 8 Monaten vom Bundesrat entschieden.

Tabelle 5: In die Spitalplanung einbezogene Akteure

Werden die folgenden Akteure in den Planungsprozess einbezogen, und in welcher Form? (Frage 1.6)				
Akteur	Form	Kantone	N	Total
Öffentliche Spitäler	Mitwirkung	AG, BE, BL, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SG, SH, SO, TI, UR, VS	17	25
	Stellungnahme	AG, AI, AR, BE, FR, GR, JU, OW, TG, VD, VS, ZG, ZH	13	
Private, öffentlich subventionierte Spitäler	Mitwirkung	AG, BE, BL, BS, LU, NE, SG, SH, TI, VS	10	17
	Stellungnahme	AG, BE, GR, SO, SZ ¹ , TG, VD, VS, ZG, ZH	10	
	<i>keine vorhanden</i>	<i>AI, AR, GE, GL, JU, NW, OW, UR</i>	8	8
Private Spitäler	Mitwirkung	BE, BL, BS, GE, JU, LU, SH, TI	8	18
	Stellungnahme	AG, AR, BE, FR, GR, JU, SO, SG, SZ ¹ , TG, VD, ZG	12	
	<i>keine vorhanden</i>	<i>GL, NW, OW, UR</i>	4	4
Krankenversicherer	Mitwirkung	AG, BE, BL, BS, FR, GL, LU, NW, SG, TI, VS	11	26
	Stellungnahme	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GR, JU, NE, OW, SH, SO, SZ ¹ , TG, UR, VD, VS, ZG, ZH	19	
Ärzeschaft	Mitwirkung	AG, BE, BL, GL, JU, LU, NE, NW, SG, SH, TI, VS	12	23
	Stellungnahme	AG, AI, BE, BS, FR, GE, GR, JU, OW, SO, SZ ¹ , UR, VD, VS, ZH	15	
Kantonsparlament	Mitwirkung	BE, JU, LU, NW	4	20
	Stellungnahme	AG, AI, AR, BL, GE, GR, NE, OW, SO, SZ, TI, VD	12	
	anderes	BS (Kenntnisnahme, Anträge) FR (bestimmt die generellen Ziele) VS, ZG (Motionen, Interpellationen)	4	
Gemeinden	Mitwirkung	BS, FR, JU, LU, SG	5	15
	Stellungnahme	AG, AR, BE, FR, GR, SO, SZ (Bezirke) ¹ , TI, VD, ZH	10	
	anderes	VS (Vorschläge)	1	
andere Kantone	Mitwirkung	BL, BS, LU, NW, UR	5	12
	Stellungnahme	FR, GR, SG, SO, VS, ZG	6	
	anderes	JU (Information)	1	

¹Spitalkommission

Tabelle 5 gibt darüber Auskunft, welche Akteure in welcher Form von den Kantonen in den Prozess der Spitalplanung einbezogen werden. In allen Kantonen waren die Krankenversicherer und die öffentlichen Spitäler³⁰ in der einen oder anderen Form beteiligt. Die Ärzteschaft war lediglich in Appenzell Ausserrhoden, Thurgau und Zug nicht in die Planung involviert. Öffentliche Spitäler konnten häufiger aktiv an der Planung mitwirken als private, die in der Mehrheit der Kantone lediglich eine Stellungnahme zur erfolgten Planung abgeben konnten.

³⁰ Im Kanton Schwyz werden die Spitäler nicht vom Kanton, sondern ausschliesslich von den Gemeinden bzw. Bezirken betrieben und vom Kanton subventioniert.

ten. Dasselbe gilt für die Krankenversicherer, welche in elf Kantonen aktiv auf die Planung Einfluss nehmen konnten, in den übrigen via Stellungnahme.

Zahlenmässig sind in den Kantonen Luzern und Graubünden am meisten Akteure aktiv oder passiv an der Planung beteiligt, am wenigsten in Appenzell Innerrhoden, Obwalden und Wallis. Qualitativ bestehen jedoch Unterschiede in der Offenheit der Planungsprozesse. Die meisten aktiv an der Planung beteiligten Akteure finden sich in Luzern (8), den beiden Basel (6) und Bern, Schaffhausen, Tessin (5) sowie Nidwalden (4, keine Privatspitäler). Demgegenüber erfolgte die Planung in acht Kantonen (AI, AR, OW, SZ, TG, VD, ZG und ZH) ohne die aktive Mitwirkung verwaltungsexterner Akteure. Diese Kantone sehen dafür in unterschiedlichem Mass eine passive Beteiligung in Form von Stellungnahmen zur erfolgten Planung vor. Zürich und Waadt ermöglichen dies sechs Akteuren, Zug und Neuenburg fünf.

4.4 Merkmale der kantonalen Spitalplanungen

Aus theoretischer Sicht dienen Planungen dazu, die Umsetzung staatlicher Leistungen und Massnahmen vorzubereiten. Idealerweise beschreiben sie den Problemdruck einer bestimmten Ausgangssituation und zeigen auf, mit welchen Massnahmen und zu welchen Kosten sich staatliches Handeln an welche Zielgruppen richten soll. Zu diesem Zweck legen sie funktionelle, zeitliche, räumliche und soziale Prioritäten fest (Knoepfel et al. 2001: 228). Eine Planung dient unter anderem dann als wirkungsvolles Instrument politischer Steuerung, wenn sie explizit formuliert ist, klare zeitliche Prioritäten setzt und die Aufgaben und Kompetenzen der für die Umsetzung zuständigen Akteure strukturiert (Knoepfel et al. 2001: 236). Ausgehend vom Art. 39 KVG zugrunde liegenden Politikkonzept sind dementsprechend für die Untersuchung der kantonalen Planungspraxis verschiedene inhaltliche Aspekte der kantonalen Spitalplanungen von Interesse: die Zielparameter, die Methode zur Ermittlung bzw. Festlegung des stationären Versorgungsbedarfs, der Planungshorizont und die vorgesehene Periodizität zur Anpassung bzw. Überarbeitung sowie der inhaltliche Geltungsbereich der Planung (vgl. Abbildung 1). Zusätzlich interessieren die Art und Weise und der Umfang des Einbezugs ausserkantonalen Versorgungsangebote und privater Trägerschaften.

4.4.1 Zielparameter der kantonalen Planungen

Als Ziel einer Planung wird im Folgenden ein von den planenden Akteuren als erwünscht definierter und anzustrebender Zustand verstanden (vgl. Knoepfel et al. 1997: 86). Rothenbühler stellte diesbezüglich fest, dass die notwendige öffentliche Auseinandersetzung um Ziele und Grundsätze der Gesundheitspolitik vielerorts verpasst worden sei. "Konsequenterweise konnten den kantonalen Spitalplanungen kaum explizite und widerspruchsfreie Zielvorstellungen zugrunde gelegt werden, welche sich zur Erarbeitung von Massnahmenvorschlägen zur praktischen Umsetzung dieser Zielvorstellungen eignen würden" (Rothenbühler 1999b: 18). Im Rahmen der vorgenommenen Analyse der kantonalen Planungsdokumente wurden deshalb deren qualitativen und quantitativen Zielsetzungen in den drei untersuchten Versorgungsbereichen erhoben, um Rothenbühlers Befund zu vertiefen. Aus Platzgründen wird auf eine tabellarische Darstellung der eruierten und gruppierten Zielformulierungen verzichtet.

Die Gewährleistung der Versorgungssicherheit stellt das wichtigste Ziel der kantonalen Planungen in der Akutsomatik dar. Vor allem für kleinere, ländliche Kantone wie Nidwalden, Obwalden, Uri oder Schwyz ist dies explizit ein grosses Anliegen. In Bergkantonen wie Wallis oder Graubünden spielt ausserdem die Versorgung der abgelegenen Täler eine wichtige Rolle. An zweiter Stelle folgen effizienzbezogene Zielsetzungen. Ein wirksamer und ökonomischer Ressourceneinsatz sowie die Vermeidung von Überkapazitäten werden von neun Planungen als Ziel definiert. Zwei Kantone (Luzern und Waadt) nennen die Vermeidung von Fehlbelegungen und überflüssigen Hospitalisationen als Zielsetzung ihrer Planungen. Strukturbezogene Zielsetzungen bilden eine dritte Gruppe. Fünf Kantone nennen explizit die interkantonale Zusammenarbeit, vier weitere eine bessere spitalübergreifende Abstimmung als Planungsziel. Die drei Westschweizer Kantone Genf, Neuenburg und Waadt streben die Bildung von Gesundheitsnetzen über die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung an, vier Kantone die Verlagerung des Leistungsgeschehens vom stationären in den teilstationären oder ambulanten Bereich. Die Leistungsqualität wird von Neuenburg und Wallis explizit als Zieldimension genannt. Bemerkenswert ist ausserdem das explizit vermerkte Ziel des Kantons Schwyz, ausserkantonale Hospitalisationen zu vermeiden.

Im Rehabilitationsbereich sind weniger explizite Zielsetzungen zu finden, lediglich neun von 23 Planungen äussern sich dazu. Dies liegt primär daran, dass die Planungsziele oft allgemein formuliert sind und sich auf alle Versorgungsbereiche gleichzeitig beziehen, zum anderen, dass die Rehabilitationsplanungen in einigen Kantonen weniger differenziert ausfallen als in den anderen Versorgungsbereichen, nicht zuletzt, weil das Rehabilitationsangebot unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Finden sich aber rehabilitationsspezifische Zielsetzungen, sind sie oft entsprechend konkret formuliert. Das am häufigsten genannte Ziel (Schwyz, Appenzell Innerrhoden, Aargau) ist die Sicherstellung einer lückenlosen Rehabilitationskette. Die Stärkung und der Ausbau der Rehabilitation sind entsprechend Ziele, die in einer Gruppe von Kantonen (UNO-Region, Schaffhausen, Schwyz, St. Gallen) von Bedeutung sind. Demgegenüber verfolgt Zürich im Bereich der Rehabilitation eher abbauorientierte Ziele.

Auch zur stationären Psychiatrieversorgung äussert nur ein kleiner Teil der Planungen qualitative Zielvorstellungen, die sich grösstenteils an denjenigen zur Akutversorgung orientieren. Auch hier finden sich in Zürich eine abbau- bzw. verlagerungsorientierte Strategie und in Schwyz die Konzentration der Leistungserbringung auf innerkantonale Angebote als Ziel.

Somit kann festgehalten werden, dass die kantonalen Planungen die Zielsetzungen von Art. 39 KVG (vgl. Abschnitt 2.1) weitgehend aufnehmen und mehr oder weniger differenziert konkretisieren. Neben dem Ziel der Effizienzsteigerung im Spitalwesen nimmt allerdings das Sicherstellen ausreichender Versorgungsstrukturen einen hohen Stellenwert ein.

In quantitativer Hinsicht konnten in der Dokumentenanalyse fünf Zielparameter eruiert werden: In der Akutsomatik orientieren sich alle analysierten Planungen an der Anzahl Betten bzw. an der Bettendichte. Zusätzlich formulieren fünf Kantone quantitative Zielgrössen für die Bettenauslastung und zwei für die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tabelle 6). Die Planungen der Kantone Genf und Basel-Landschaft aus dem Jahr 2003 beziehen sich nicht mehr bzw. nur noch ergänzend auf den Bettenbedarf und stellen auf die Anzahl Pflge tage bzw. die Behandlungsfälle als hauptsächliche Zielparameter ab.

Tabelle 6: Quantitative Zielsetzungen der Planungen

Quantitative Ziele	Akutsomatik	N	Rehabilitation	N	Psychiatrie	N
Bettenbedarf bzw. Bettendichte	AG, AI, AR, BE, BL/BS, FR, GE (97, 03), GL, GR (97/02), JU, LU, NE, NW/OW/UR, SG, SH, SO, SZ, TG, TI (97/01), VD, VS, ZH	22	AG, BE, GL, NE, TG, TI (97/01), VS (96)	9	AR, GR, NE, SG, SZ, TG, TI (97/01), VS, ZH	7
Bettenauslastung	AI, GE (97), NE, SH, VD	5	NE	1	NE	1
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	GE (97), NE	2	NE	1	NE	1
Pflegetage	GE (03)	1	GE (03)	1		
Fallzahlen	BL (03)	1	BL (03)	1	BL (03)	1

Quelle: Dokumentenanalyse

Viele Kantone verzichteten auf eine Festlegung von quantitativen Parametern in der Rehabilitations- und Psychiatrieplanung. Wie im Akutbereich wird am häufigsten auf die Bettendichte abgestellt, während Neuenburg zugleich auch für die Bettenauslastung und die Aufenthaltsdauer anzustrebende Grössen vorgibt (Tabelle 6).

In Ergänzung zur Dokumentenanalyse wurde in der Kantonsbefragung erhoben, auf welche Parameter sich die kantonalen Planungen in der Praxis beziehen. Dabei wurden geschlossene Antwortkategorien vorgegeben. Tabelle 7 unterstreicht die Anzahl verfügbarer Betten als vorherrschende Planungsgrösse: die überwiegende Mehrheit der antwortenden Kantone bezieht ihre Planungen darauf. Damit bestätigt sich der Eindruck, dass die meisten Spitalplanungen nach wie vor kapazitäts- bzw. inputorientiert erfolgen.

Lediglich Genf (Pflegetage), Luzern (Leistungsbereiche), Obwalden (Spitalabteilungen) und Schwyz (DRG-Diagnosis Related Groups) orientieren sich an anderen Indikatoren als an Spitalbetten. Als zweitwichtigste Planungsgrösse erweisen sich medizinische Leistungen/Leistungsbereiche. Medizinisch-technische Geräte werden insbesondere im Bereich der Akutsomatik von mehreren – vor allem Westschweizer – Kantonen geplant, in der Rehabilitation und Psychiatrie, wo derartige Geräte auch seltener zum Einsatz kommen, nur von Freiburg und Tessin. Drei Westschweizer Kantone beziehen ihre Planungen auch auf das Personal. Als einziger Kanton richtet Genf seine Planung ausschliesslich auf Pflegetage aus.

Interessant ist die Feststellung, dass drei Kantone ihre Planung im Akutbereich anhand von Diagnosegruppen (DRG) vornehmen. Während Schwyz diese konsequent als einzigen Parameter verwendet, stellen sie in Neuenburg und Waadt ein Element unter mehreren dar. Nachdem in Deutschland die Spitalfinanzierung flächendeckend auf diagnosebezogene Fallpauschalen umgestellt wurde (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 152ff.; Stapf-Finé/Polei 2002), ist anzunehmen, dass DRG als Planungsgrösse in Zusammenhang mit der laufenden Diskussion um die leistungsorientierte Spitalplanung (vgl. Abschnitt 7.4) auch in der Schweiz künftig an Bedeutung gewinnen werden.

Tabelle 7: Parameter der kantonalen Spitalplanungen

Auf welche Zielgrössen bezieht sich die Spitalplanung? (Frage 1.8; mehrere Antworten möglich)						
Grösse	Akutsomatik	N	Psychiatrie	N	Rehabilitation	N
Anzahl verfügbare Betten	AG, AI, AR, BE ¹ , BL, BS, FR, GR, JU, NE, NW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH	21	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GR, JU, NE, NW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH	20	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GR, JU, NE, SG, SH, SO, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	18
medizinische Leistungen/ Leistungsbereiche	AG, AI, BE, BS, FR, GR, JU, LU, NE, SH, SO, TG, UR, VD, VS, ZH	16	AG, AI, BS, FR, GR, JU, LU, NE, SH, SO, TG, VD, VS, ZH	14	AG, AI, BS, FR, GR, JU, LU, NE, SH, SO, TG, VD, VS, ZH	14
Spitalabteilungen	AR, BE, GR, NE, OW, SG, SO, TI, UR, VD, VS, ZH	12	AR, BE, GR, OW, SG, SO, TI, VD, VS, ZG, ZH	11	AR, BE, GR, OW, SG, SO, TI, VD, VS, ZH	10
Medizinisch-technische Geräte	BS, FR, JU, NE, SO, TI, VD, VS	8	FR, TI, VS	3	FR, TI, VS	3
Diagnosegruppen (DRG)	NE, SZ, VD	3	-	0	-	0
Personal	FR, JU, NE	3	FR, JU, NE	3	FR, JU, NE	3
anderes:						
Pflegetage	BL, GE	2	BL, GE	2	BL, GE	2
Fälle	BL	1	BL	1	BL	1
keine Angaben	-	0	SZ	1	NW, SZ, UR	3

¹ Die im Grundsatz noch geltende Berner Spitalplanung von 1978 basiert auf Bettenzahlen und Spitalabteilungen. In der Praxis werden heute medizinische Leistungen/Leistungsbereiche geplant.

4.4.2 Methodik der Bedarfsermittlung

Nachdem der Bettenbedarf als hauptsächliche bisherige Planungsgrösse ermittelt wurde, interessiert nun, wie dieser Bedarf ermittelt und festgelegt wird. Die SDK (1997: 6f.) empfahl den Kantonen dafür zwei verschiedene Methoden. Beide zielen darauf ab, den zu einem bestimmten Zeitpunkt (Planungshorizont) angestrebten Versorgungsbedarf in Form einer Soll-Bettendichte abzubilden.

Die *normative* Festlegung des Bettenangebots erfolgt, indem sich ein Kanton an einer vergleichbaren Region orientiert, deren Versorgung für effizient, effektiv und von guter Qualität erachtet wird, und deren Referenzwerte auf das eigene Einzugsgebiet überträgt (Biersack 2000: 4). Die *analytische* Bedarfsermittlung erfolgt anhand der so genannten Bettenbedarfsformel³¹, welche die für die Versorgung notwendige Bettendichte anhand der mittleren Aufenthaltsdauer, der Hospitalisationsrate, der Anzahl Einwohner des Versorgungsgebiets (Service-Population) und der mittleren Bettenbelegung errechnet (Biersack 2000: 3). Die von den Kantonen angewandten Planungsmethoden entsprechen diesen Grundtypen weitgehend, allerdings finden sich auch Mischformen und unterschiedliche Ausprägungen der einzelnen Vorgehensweisen. Zum einen stützen sich die Kantone auf jeweils unterschiedliche

³¹ Bettenbedarf =
$$\frac{\text{Hospitalisationsrate} \times \text{Aufenthaltsdauer} \times \text{Einwohnerzahl}}{365 \times \text{mittlere Bettenbelegung}}$$

Entscheidungsgrundlagen, zum anderen kommen auch bei der analytischen Bedarfsberechnung mitunter normativ festgelegte Grössen zum Zug, was die Abgrenzung zwischen den Methoden verschwimmen lässt und der Bedarfsermittlung unabhängig von der Planungsmethode politischen Charakter verleihe (Biersack 2000: 6 und 41).

In der Studie von Biersack (2000) findet sich eine detaillierte Darstellung der Planungsmethoden und -parameter aller Kantone.³² Sie weist zunächst darauf hin, dass der Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen nicht objektiv ermittelt werden könne, da zum einen mit Ausnahme der demographischen Entwicklung die übrigen exogenen Einflussfaktoren nicht abgeschätzt und quantifiziert werden könnten, und zum anderen der grosse Ermessensspielraum der Medizin, Verfügbarkeitseffekte sowie auf Expansion ausgerichtete finanzielle Anreize Unsicherheit und Pfadabhängigkeit zur Folge hätten (Biersack 2000: 1-2).

Da die Bedarfswerte je nach Entscheidungsgrundlage, Grundannahmen und Bezugsgrössen unterschiedlich ermittelt und festgelegt wurden, sind sie kaum unter den Kantonen vergleichbar. Die wesentlichen Unterschiede betreffen das Vorgehen bei der Berücksichtigung von Patientenimport und –export, den Einbezug der Versichertenstruktur (ja/nein) und die von der Planung erfassten Spitäler (Betriebsstatus: nur öffentliche/öffentlich subventionierte oder auch private Spitäler; Versorgungsstufe). Deshalb und wegen der unterschiedlich festgelegten Planungshorizonte sind auch die aus den Planungen resultierenden Sollbettendichten der Kantone nicht per se untereinander vergleichbar. Zusammenfassend legte Biersack (2000: 7) die in Tabelle 8 präsentierte Typologisierung der kantonalen Planungsmethoden vor. Da inzwischen etliche Kantone neue Planungen erarbeiteten, werden auch allfällige Veränderungen der verwendeten Methodik ausgewiesen.

Tabelle 8: Typologisierung der kantonalen Spitalplanungsmethoden

Methode		Kantone resp. Planungen
normativ	Orientierung an SG	GR (1997), OW/NW/UR, SZ
	andere	FR, JU, NE, SG, TI (1997, 2001)
analytisch	argumentativ/normativ	AR, BE, GE (1997), GL, SO, TG, VS
	detailliert projektiv	VD, ZH
normativ und analytisch		AG, AI, BS/BL, GE (2003), LU, SH, ZG, GR (2002)

Quelle: Biersack (2000: 7); eigene Ergänzungen

Die normativen Planungen unterscheiden sich im Wesentlichen darin, dass sich eine erste Gruppe von Kantonen (GR, OW/NW/UR und SZ) explizit auf die Planungsparameter des Kantons St. Gallen abstützte und diese auf die eigenen Verhältnisse anpasste. Die Wahl von St. Gallen als Referenzkanton wurde u.a. mit dem im gesamtschweizerischen Vergleich sehr tiefen Betriebsaufwand der dortigen Spitäler begründet. Zudem war St. Gallen einer der ersten Kantone, der in den 1990er Jahren eine systematische Bedarfsermittlung vorgenommen hatte, indem er seine Versorgungsstrukturen mit der in den Kantonen Aargau und Luzern verglich. Nicht zuletzt wurden die Planungen des Kantons Schwyz und der UNO-Region

³² Die Studie berücksichtigte die bei Rothenbühler (1999) erwähnten Planungen (Direktauskunft O. Biersack).

von demselben Gutachter begleitet, der auch die St. Galler Planung konzipierte (Biersack 2000: 10). Freiburg, Jura, Neuenburg und Tessin trafen jeweils eigenständige Annahmen über den zu deckenden Versorgungsbedarf.

Bei den analytischen Planungen zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Bedarfsdeterminanten, die sowohl normativ als auch analytisch ermittelt wurden und somit zwischen den Kantonen variieren. Die grössten Unterschiede bestehen zum einen bei der mittleren Aufenthaltsdauer und der Bettenbelegung, zum anderen beim Einbezug der Patientenmigration, die entweder in der Hospitalisationsrate oder in der Bevölkerungszahl berücksichtigt ist (Biersack 2000: 15). Die einzigen Kantone, welche die Bestimmungsfaktoren der Planung detailliert herleiteten, sind Waadt und Zürich, wobei Zürich den Entwicklungstrend anhand der Bevölkerungsentwicklung prognostizierte, während Waadt ein eigenes Verfahren zur Ermittlung der Hospitalisationsrate entwickelte (Biersack 2000: 22f.). Die Kantone, die sich bei der Spitalplanung beider Methoden bedienen, taten dies insbesondere, um ihr mit einer Methode erhaltenes Ergebnis mittels der anderen Methode zu plausibilisieren (Biersack 2000: 31). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die analytische Ermittlung des künftig benötigten stationären Versorgungsbedarfs zumeist auf der Extrapolation des bisherigen Angebots und der bisherigen Nachfrage beruht. Damit ist eine Neigung zur Pfadabhängigkeit gegeben, indem die Planung vom Status quo der vorhandenen Versorgungskapazitäten ausgeht, der dann als bedarfsgerecht bezeichnet wird, wenn aufgrund genügender Auslastung kein Angebotsüberhang identifiziert wird. Tiefere Sollbettendichten resultieren bei analytischer Festlegung entweder aus einer niedrigeren Aufenthaltsdauer, einer erhöhten Bettenauslastung, einer abnehmenden Bevölkerungszahl oder einer abnehmenden Hospitalisationsrate. Die Identifikation und das Ausmass von Überkapazitäten hängen somit weitgehend von den analytisch ermittelten oder normativ festgelegten Bedarfsdeterminanten ab.

4.4.3 Planungshorizont und Periodizität der Planungen

Der Planungshorizont gibt eine zeitliche Perspektive vor, in welcher die Planungsziele realisiert werden sollen. Dieses Element ist insofern von Bedeutung, als bei einer inputorientierten Planung anhand des Vergleichs der für einen bestimmten zukünftigen Zeitpunkt festgelegten und der gegenwärtig vorhandenen Kapazitäten die Überkapazitäten eines Kantons ersichtlich werden, welche entsprechend abzubauen sind (SDK 1997: 7). In der Analyse der kantonalen Planungsberichte wurde dieser Horizont jeweils für die drei Versorgungsbereiche ermittelt (vgl. Tabelle 9).

Sofern ein solcher explizit identifizierbar ist, findet sich in den meisten Kantonen für alle drei Versorgungsbereiche derselbe zeitliche Planungshorizont. Sieben Planungen (FR, SO, BS/BL, AR, SG, VS und JU) nehmen eine Differenzierung vor, wobei in den meisten davon für den Akutbereich zeitliche Vorgaben bestehen, jedoch keine für die Psychiatrie und die Rehabilitation. Der umgekehrte Fall findet sich in Solothurn, wo für die Psychiatrie ein Planungshorizont festgelegt wurde, für die übrigen Bereiche hingegen nicht.

Die meisten Planungen orientieren sich zeitlich an den Jahren 2000 (6) bzw. 2005 (7). Den weitesten Planungshorizont wählte Appenzell Innerrhoden mit 2010. Freiburg und Jura planten mehrstufig, indem sie für mehrere Zeitpunkte unterschiedliche Bettendichten festlegten (vgl. Biersack 2000: 11). In vier Kantonen (Bern, Schaffhausen, Solothurn und Zug) ist

keine klare zeitliche Reichweite festgelegt. Auffallend ist, dass die beiden Basler Kantone zwar eine gemeinsame Spitalplanung erarbeiteten, für deren Vollzug hingegen eine unterschiedliche zeitliche Ausgestaltung vorsahen.

Tabelle 9: Die Planungshorizonte der Kantone

Planung	Jahr der Planung	Planungshorizont		
		Akutsomatik	Rehabilitation	Psychiatrie
ZH	1997	2005		
BE	1999	nicht explizit		
LU	1992	2002		-
	1995	-	-	2002
UR/OW/NW	1997	2000		
SZ	1995	2005		
	1997	2000		
GL	1997	2005		
ZG	1996	2000		
FR	1997	2000/2010-2020	nicht explizit	nicht explizit
SO	1992	nicht explizit	2000	
BS/BL	1997	BS: 2002 BL: 1998	nicht explizit	nicht explizit
BL	2003			
SH	1997	nicht explizit		
AR	1997	2000	2010	2000
AI	1997	2010		
SG	1995	2005	nicht explizit	
GR	1997	2000		
	2002	2005		
AG	1997	2005		
TG	1997	2005		
TI	1997	1998/2005		
	2001	2003		
VD	1997	2005		
	1998	2005		
VS	1996	2002	2000	2000
NE	1997	2003		
GE	1997	2001		
	2003	2010		
JU	1998	2000/2010/2020	nicht explizit	

Quelle: Dokumentenanalyse

Mit Blick auf die Entwicklung des Planungsgeschehens in den Kantonen ist festzuhalten, dass von den 15 Kantonen, deren Planungshorizont mittlerweile verstrichen ist, bisher lediglich Basel-Landschaft, Graubünden, Tessin und Genf neue Planungen erarbeitet haben. Die übrigen zwölf Kantone mit einem klar festgelegten Planungshorizont haben bisher keine Aktualisi-

sierung der Planungsgrundlagen vorgenommen, wobei jedoch allenfalls laufende Revisionsprojekte im Rahmen der vorliegenden Erhebung nicht berücksichtigt wurden. Dieser Befund muss nicht notwendigerweise bedeuten, dass den Planungshorizonten keine grosse Verbindlichkeit zukommt. Die seit 2000 laufende 2. KVG-Revision sieht auch gewisse Änderungen im Bereich der Spitalplanung vor (vgl. Abschnitt 7.1), weshalb die Kantone es vorziehen, mit der Revision ihrer Planung zuzuwarten, bis die Rahmenbedingungen klar sind.

Da die Spitalplanung keinen abschliessenden, sondern einen iterativen Prozess darstellt, der laufend verschiedenen politischen, wirtschaftlichen, technologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen angepasst werden muss, ist von Interesse, ob und wie die Kantone Modalitäten für die Anpassung ihrer Planungen vorsehen. Tabelle 10 enthält die Antworten auf die entsprechende geschlossene Frage in der Kantonsbefragung. Daraus wird ersichtlich, dass nicht ganz die Hälfte der Kantone eine periodische Überarbeitung vorsehen, wobei die Intervalle – sofern solche angegeben wurden – zwischen vier und zehn Jahren variieren. In fast ebenso vielen Fällen erfolgen Anpassungen "bei Bedarf" bzw. im Rahmen einer rollenden Planung. Es ist anzunehmen, dass sich diese Kantone eine möglichst hohe Flexibilität erhalten wollen und deshalb keine rigiden Vorgaben formulieren.

Tabelle 10: Überarbeitung der Spitalplanung

Bei welchen Gelegenheiten ist eine Überarbeitung der Spitalplanung vorgesehen? (Frage 1.10)						
	Akutsomatik	N	Psychiatrie	N	Rehabilitation	N
Periodisch (in Klammer: vorgesehenes Intervall)	AG, GR SH, TI, VS (4 Jahre) ZG (4-5 Jahre) TG (5-10 Jahre) JU, ZH (7-10 Jahre) LU, SG (ca. 10 Jahre)	11	AG, GR, VS SH, TI (4 Jahre) ZG (6 Jahre) TG (5-10 Jahre) JU, ZH (7-10 Jahre) LU, SG (ca. 10 Jahre)	11	AG, GR, VS SH, TI (4 Jahre) ZG (6 Jahre) TG (5-10 Jahre) JU, ZH (7-10 Jahre) LU, SG (ca. 10 Jahre)	11
Rollend bzw. bei Bedarf	AI, BE, BL, BS, GE, LU, NE, NW, SO ¹ , UR, ZG	11	AI, BE, BL, BS, GE, LU, NE, NW, SO ¹ , UR	10	AI, BL, BS, GE, LU, NE, SO ¹ , UR	8
andere	AI, AR, FR, SZ	4	AI, FR, OW, SZ	4	AI, AR, FR, SZ	4

¹ Immer auch bei Sanierungs- und Investitionsvorhaben

Interessant sind die (in Tabelle 10 nicht ausgewiesenen) Antworten einzelner Kantone wie Waadt (bei Legislaturwechsel nach Ermessen des Departements), Appenzell Ausserrhoden (nach KVG-Revision) oder Obwalden (auf Antrag des Kantonsspitals). Sie weisen darauf hin, dass die Weiterentwicklung der Planungen von kantonspolitischen Zyklen, von spitalpolitischen Entwicklungen oder von Entscheidungen auf Bundesebene, insbesondere in Zusammenhang mit der Revision des KVG, abhängig sein kann. Anpassungen erfolgen zudem jeweils auch aufgrund von bundesrätlichen Beschwerdeentscheiden.

4.4.4 Inhaltlicher Geltungsbereich der Planungen

Angesichts des Umstandes, dass sich die Spitalplanung im inhaltlichen Spannungsfeld zwischen kantonaler Spitalpolitik und KVG-Umsetzung bewegt (vgl. Abschnitt 2.3), ist der sachliche Umfang der kantonalen Planungen von Bedeutung. Dabei kann zum einen auf das von der Planung tangierte Versorgungsangebot, zum anderen auf die erwartete Nachfrage eingegangen werden. Wie bereits in Abschnitt 4.4.1 festgehalten, hängt ausserdem auch der von der Planung ermittelte Soll-Zustand im Sinne des Versorgungsbedarfs stark davon ab, auf welche Versorgungsbereiche und –stufen, Spitäler und Bevölkerungsgruppen sich die Planung bezieht.

Die Sichtung der kantonalen Planungsdokumente gab darüber Aufschluss, wie differenziert die Bedarfsermittlung der Kantone hinsichtlich der einzelnen Versorgungsbereiche (Akutso-matik, Psychiatrie, Rehabilitation) erfolgte. Tabelle 11 zeigt, dass rund die Hälfte der Planungen nicht zwischen den einzelnen Bereichen unterscheiden und sie gemeinsam planen, während ebenfalls in rund der Hälfte aller Planungen die Versorgungsbereiche einzeln betrachtet wurden. In Zürich dagegen wurden Akutversorgung und Rehabilitation gemeinsam geplant, während für die Psychiatrie eine eigene Planung erarbeitet wurde.

Die Dokumentenanalyse zeigt, dass die kantonalen Spitalplanungen nicht in jedem Fall nur auf Spitäler im Sinne der Definition des BFS beziehen, sondern häufig auch weitere Institutionen aus Bereichen wie der Suchtbehandlung oder der Langzeitpflege zum Gegenstand haben. Einige Psychiatriekonzeptionen umfassen zudem auch explizit den ambulanten Versorgungsbereich und gehen auch auf die Schnittstellen zu therapeutischen Betreuungsangeboten (Wohnheime etc.) ein. Ein weiteres Abgrenzungsproblem liegt darin, dass zahlreiche Akutspitäler auch über Abteilungen für Bereiche wie Langzeitpflege, Rehabilitation und Psychiatrie verfügen oder ihnen Pflegeheime angegliedert sind. Somit erweisen sich die Übergänge zwischen den verschiedenen stationären Versorgungsbereichen als fliessend, weshalb die Kantone den inhaltlichen Umfang ihrer Planungen dementsprechend unterschiedlich weit abstecken.

Tabelle 11: Differenzierungsgrad der Planungen zwischen Versorgungsbereichen

Behandlung der Versorgungsbereiche in den Planungen		
Gemeinsame Betrachtung	AI, AR, BE, FR, GE (97/02), JU, NE, SO, SZ, VS, ZG	11
Akutversorgung und Rehabilitation gemeinsam, Psychiatrie separat	ZH	1
jeweils einzelne Betrachtung	AG, BS/BL, GL, GR (1997/2002), LU, NW/OW/UR, SG, SH, TG, TI, VD	11

Quelle: Dokumentenanalyse

Die somatische Akutversorgung gliedert sich in verschiedene Versorgungsstufen, die jeweils bestimmte medizinische Fachbereiche enthalten. Gemeinhin wird zwischen Grund- und erweiterter Grundversorgung (Stufe 1), spezialisierter (Zentrums-)Versorgung (Stufe 2) und hochspezialisierter Versorgung (Stufe 3) unterschieden. Deren Abgrenzung kann jedoch von Kanton zu Kanton variieren (SDK 2002: 18; vgl. für eine beispielhafte Abgrenzung SDK 2002: 33). Dem Versorgungsniveau der Spitäler entsprechend beziehen sich die kantonalen

Planungen auf diese Stufen (Biersack 2000, vgl. Tabelle 12). Um die Versorgung in Gebieten, die im eigenen Kanton nicht angeboten werden, sicherzustellen, schliessen die Kantone in der Regel Versorgungsabkommen mit ausserkantonalen Spitälern oder anderen Kantonen ab (SDK 1997: 8; vgl. Abschnitt 4.4.6).

Tabelle 12: In den Planungen abgedeckte Versorgungsstufen

In den Planungen abgedeckte Versorgungsstufen		
Grund- und erweiterte Grundversorgung	AI, AR, GL, OW/NW/UR, SH, SZ, ZG	7
spezialisierte Versorgung	AG, FR, GR, JU, LU, NE, SG, SO, TG, TI, VS	11
hochspezialisierte Versorgung	BE, BS/BL, GE, VD, ZH	5

Quelle: Biersack (2000: 7)

Die Planungspflicht gemäss Art. 39 KVG ist sachlich und personell begrenzt und umfasst den Bereich der OKP-Leistungen, die zuhanden obligatorisch nach KVG versicherten Personen erbracht werden. Wie der Bundesrat im Beschwerdeentscheid vom 20. Dezember 2000 zur Bündner Spitalliste diesbezüglich festhielt (Erwägung 5.2.5.2.), sind die Kantone entweder verpflichtet, sich auf die Ermittlung und Planung im KVG-Leistungsbereich zu beschränken oder diesen getrennt zu erfassen, wenn sie eine darüber hinausgehende Versorgungsplanung anstreben, welche die gesamte stationäre Spitalversorgung abdeckt. Wie die Dokumentenanalyse zeigte, geben die kantonalen Planungen allerdings selten präzise darüber Auskunft, auf welche konkreten Patienten- bzw. Versichertengruppen sich die normativen Annahmen oder analytischen Berechnungen (vgl. Abschnitt 4.4.1) beziehen. Obwohl eine Unterscheidung zwischen OKP-PatientInnen und "anderen" anhand des hauptsächlichen Kostenträgers der erfolgten Behandlung durchaus möglich erscheint³³, ist davon auszugehen, dass – wie der Kanton Graubünden (vgl. obgenannter Beschwerdeentscheid) – zumindest ein Teil der Kantone auf die Gesamtheit der erfassten Hospitalisationen abstellt und bei der Bedarfsermittlung nicht unterscheidet, ob die zu versorgenden PatientInnen KVG-Leistungen beziehen oder im Rahmen anderer Versicherungs- bzw. Finanzierungsformen, z.B. gemäss UVG, behandelt werden (vgl. Abschnitt 2.1).³⁴ Lediglich fünf Kantone (AR, LU, TG, VD und ZH) bezogen die Versichertenstruktur in ihre Bedarfsermittlung ein und unterschieden zwischen dem Bedarf für Grund- und Zusatzversicherte. Es handelt sich dabei um Kantone, die vorwiegend analytisch vorgehen. Somit ist anzunehmen, dass zahlreiche kantonale Planungen über den von Art. 39 KVG abgegrenzten Bereich hinaus gehen, was zu einem entsprechend höheren ermittelten Versorgungsbedarf führt, als bei einer lediglich auf OKP-Hospitalisationen bezogenen Bedarfsermittlung zu erwarten wäre. Mangels verlässlicher Informationen über die in den kantonalen Planungen verwendeten Datengrundlagen kann

³³ Die kantonalen Spitalplanungen beruhen im Wesentlichen auf den Erhebungen der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens des BFS. Während die Krankenhausstatistik patientenbezogene Angaben wie Fallzahlen, Pflage tage etc. nicht nach Kostenträger aufschlüsselt (vgl. BFS 1997a), wird bei der medizinischen Statistik der Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen erhoben (BFS 1997b: 31).

³⁴ Diese Feststellung bezieht sich lediglich auf Bedarfsdeterminanten, bei denen die finanzierende Versicherung von Relevanz ist, wie die Hospitalisationsrate, die Aufenthaltsdauer und die Bettenbelegung. Bei der Ermittlung der zu versorgenden Bevölkerung macht eine Unterscheidung zwischen KVG- und anderen PatientInnen hingegen aufgrund des Versicherungsobligatoriums im KVG keinen Sinn.

jedoch das effektive Ausmass dieses Sachverhalts im Rahmen der vorliegenden Studie nicht systematisch überprüft und empirisch belegt werden.

Bei der Bedarfsermittlung haben die Kantone auch den interkantonalen Patientenströmen Rechnung zu tragen. Dabei finden sich unterschiedliche Definitionen der zu versorgenden Bevölkerungskreise. Ein Teil der Kantone stellte auf die *innerkantonale Spitalbelastung* ab, welche Patientenimporte und –exporte berücksichtigt, während andere Kantone vom gesamten *innerkantonalen Patientenaufkommen* ausgingen, d.h. sämtliche innerkantonalen Hospitalisationen inklusive Import sowie ausserkantonale Behandlungen von Kantonsewohnern berücksichtigten (Biersack 2000: 21). Die normativ planenden Kantone gingen bei der Festlegung der Bettendichte vorwiegend von der so genannten Servicepopulation aus, welche ebenfalls den Patientenströmen Rechnung trägt (Biersack 2000: 9ff.). Dabei zeigen sich weitere Unterschiede darin, dass einzelne Kantone eine dynamische Betrachtung anstellten und von einem Rückgang ausserkantonomer Hospitalisationen ausgingen, während andere Kantone konstante Import-Export-Verhältnisse annahmen. Aufgrund der unterschiedlichen Definition der zu versorgenden Bevölkerungsgruppen ist davon auszugehen, dass einzelne Bevölkerungsteile sowohl in der Spitalplanung ihres Wohnkantons als auch als "importierte" PatientInnen in der Spitalplanung eines anderen Kantons erfasst werden. Dies hätte zur Folge, dass sich die Bedarfsermittlung gesamtschweizerisch gesehen auf mehr Personen bezieht, als eigentlich versorgt werden müssten.

4.4.5 Berücksichtigung privater Trägerschaften

Da die Spitalplanung in erster Linie ein Instrument der kantonalen Spitalpolitik darstellt, bezieht sie sich dementsprechend primär auf diejenigen Betriebe, die der kantonalen Spitalgesetzgebung unterstellt sind. Art. 39 KVG verlangt jedoch den "angemessenen Einbezug privater Anbieter".³⁵ Angesichts des Spannungsfeldes zwischen der unternehmerischen Freiheit privater Leistungsanbieter und der kantonalen Hoheit in der Planung der Gesundheitsversorgung (SDK 2002: 8) und in Anbetracht der komplexen Finanzierungsmechanismen im Spitalwesen (vgl. Abschnitt 2.3; SDK 2002: 37) stellt der Einbezug privater Versorgungsangebote eine zentrale Konfliktdimension in der Umsetzung der kantonalen Spitalplanungen dar (Müller 1999; Ayer 2000; Sager et al. 2001). In Bezug auf diese Problematik interessiert die Frage, in welchem Umfang und auf welche Weise die Kantone private Trägerschaften in ihre Spitalplanung integrierten. Dabei ist allerdings den unterschiedlichen Ausgangslagen Rechnung zu tragen: Während Kantone wie Appenzell Ausserrhoden, Tessin, Genf oder Waadt einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Betten in privaten Spitälern aufweisen, sind in mehreren Kantonen (Uri, Obwalden, Nidwalden, Glarus) überhaupt keine privaten Spitälern ansässig (BFS 2005a: Tab. A3).³⁶

³⁵ "Angemessen" bedeutet gemäss bundesrätlicher Rechtssprechung, dass private Einrichtungen, die bereits vor Erarbeitung der Planung einen substantiellen Beitrag an die Versorgung eines Kantons geleistet haben, gegenüber öffentlichen Einrichtungen nicht benachteiligt werden dürfen (vgl. Salzmann 2003).

³⁶ Im Jahr 2000 erbrachten in den Kantonen GR, TI, TG, AR, ZG, AG, BE und LU Spitälern mit privaten Trägerschaften überdurchschnittlich viele Pflgeetage in allgemeinen Abteilungen (Krankenhausstatistik BFS; eigene Berechnung).

Die gesichteten Planungsunterlagen der Kantone gaben nur beschränkt darüber Auskunft, auf welche Spitäler sich die verwendeten Planungs determinanten bzw. ermittelten Bedarfs- werte konkret beziehen. Tabelle 13 zeigt, dass im Bereich der Akutversorgung zehn der 18 Planungsregionen, in denen sich private Akutspitäler finden, diese auch in die Bedarfsermittlung einbezogen. In den grossen Kantonen Bern und Zürich war dies hingegen nicht der Fall, die kantonale Planung umfasst dort lediglich die öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler.³⁷ In diesen beiden Kantonen bestehen somit zwei prinzipiell voneinander getrennte Versorgungssysteme – ein öffentliches und ein privates mit einem jeweils relativ grossen Leistungsangebot. Auch die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Freiburg, Luzern, Neuenburg, St. Gallen und Schwyz bezogen ihre Bedarfsplanung nur auf die öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler. Dort finden sich allerdings lediglich wenige, vorwiegend spezialisierte Privatkliniken, welche das öffentliche Versorgungsangebot ergänzen.

Tabelle 13: Berücksichtigung privater Anbieter in der Bedarfsermittlung der kantonalen Spitalplanungen (Akutsomatik)

Einbezug privater Anbieter in Bedarfsermittlung		
ja	AG, BS/BL, GE, GR, SH, SO, TG, TI, VD, ZG	10
nein	AR, BE, FR, LU, NE, SG, SZ, ZH	8
keine vorhanden	AI, GL, JU, NW/OW/UR, VS	5

Quelle: Dokumentenanalyse

Wie die Kantonsbefragung zeigt (vgl. Tabelle 6), waren in lediglich acht der 22 Kantone mit privaten Anbietern (auf alle Versorgungsbereiche bezogen) diese aktiv an der Erarbeitung der Spitalplanung beteiligt. Zwölf Kantone boten ihnen die Möglichkeit zur Stellungnahme. In Bern und Jura war beides der Fall, während Appenzell Innerrhoden, Neuenburg, Wallis und Zürich gemäss Kantonsbefragung keine aktive oder passive Beteiligung von Privatspitalern vorsahen. Dieser Befund kann für Neuenburg und Wallis möglicherweise mit der vermutlich relativ geringen Bedeutung der privaten Anbieter (in Neuenburg handelt es sich dabei um zwei "andere Spezialkliniken", in Wallis um ein kleines Akutspital und eine von drei Rehabilitationskliniken) für die kantonale Spitalversorgung erklärt werden. Demgegenüber verfolgen die Kantone Appenzell Innerrhoden und Zürich generell einen eher wenig partizipativen Planungsansatz (vgl. Abschnitt 4.3), was die Absenz der Privatkliniken in diesem Prozess erklären könnte.

4.4.6 Interkantonale Planung und Berücksichtigung ausserkantonaler Versorgungsstrukturen

Die Kantone stellen keine in sich abgeschlossenen Versorgungsregionen dar, sondern es finden rege interkantonale Patientenwanderungen statt (Crivelli et al. 2000; Zahnd 2003). Diese sind insbesondere damit zu begründen, dass nicht jeder Kanton alle stationären Versorgungsstufen abdeckt (vgl. Tabelle 12) und somit vor allem für spezialisierte und hochspe-

³⁷ In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass im Kanton Bern über ein Viertel aller Fälle von privaten Anbietern versorgt wird, im Kanton Zürich rund ein Fünftel.

zialisierte Behandlungen auf ausserkantonale Angebote zurückgreift. Folglich soll die Spitalplanung auch Hinweise darauf enthalten, "wo jene stationären Leistungen erbracht werden, die im eigenen Kanton nicht angeboten werden" (SDK 1997: 8). Das Ziel von Art. 39 KVG, eine bessere Koordination der Leistungserbringer zu erreichen, bezieht sich somit implizit auch auf die überkantonale Abstimmung der Spitalversorgung. Dementsprechend empfahl die SDK (1997: 5) den Kantonen, die Spitalplanungen untereinander zu koordinieren und für die Versorgung in Grenzgebieten bilaterale oder multilaterale Abkommen abzuschliessen. Wie Rothenbühler (1999: 17f.) allerdings feststellte, konnten bis 1999 "überregionale oder gar landesweite Abstimmungen der Spitalplanungen (...) noch nicht verwirklicht werden." Die einzigen Ausnahmen bilden die beiden Basler Kantone sowie die Innerschweizer Kantone Obwalden, Nidwalden und Uri, welche jeweils eine gemeinsame Planung erstellten. An diesem Umstand hat sich bis heute wenig geändert. Die einzige Ausnahme stellt die gemeinsame Rehabilitationsplanung der Kantone der GDK-Ost dar, welche sich in Arbeit befindet (vgl. unten).

Die interkantonale Planung erfolgte in der UNO-Region mittels einer gemeinsamen Planungskommission, in der Regierungs- und Verwaltungsvertreter sowie die betroffenen Akteure aller drei Kantone vertreten waren. Die für die ganze Region ermittelte Soll-Bettendichte wurde jeweils auf jedes der drei Kantonsspitäler umgelegt, um den Soll-Bettenbestand zu bestimmen. Die gemeinsame Planung der beiden Basler Kantone wurde verwaltungsintern erarbeitet, wobei die beiden Kantone als eine einzige Versorgungsregion betrachtet wurden. Die verwendeten Bedarfsdeterminanten sowie die Soll-Werte der Planung und die skizzierten Massnahmen zu deren Umsetzung bezogen sich auf beide Kantone zugleich, auf eine kantonsspezifische Differenzierung wurde verzichtet.

Da die überwiegende Mehrheit der Kantone nach wie vor über eine eigenständige Spitalplanung verfügt, ist zu fragen, ob, wie und mit welchem Erfolg die Kantone bei der Erstellung ihrer Planungen zusammengearbeitet haben. Tabelle 14 zeigt auf, unter welchen Kantonen dies erfolgt ist. Dabei fällt zunächst auf, dass diverse Kantone (BE, LU, SZ, AR, SG, NE) gemäss ihren Angaben aus der Kantonsbefragung bei der Bedarfsermittlung für die Akutversorgung nicht mit anderen Kantonen zusammenarbeiteten. Zürich tat dies nur im Rahmen der hochspezialisierten Versorgung. Wo Zusammenarbeit erfolgte, geschah dies in der Regel innerhalb von geographischen Regionen, d.h. vor allem in der Zentralschweiz (LU, OW, NW, SZ, UR, ZG) und in der Nordwestschweiz (AG, BL, BS, SO), teilweise auch in der Ostschweiz. In der Westschweiz wird häufig mit Genf zusammengearbeitet, ansonsten beschränkt sich die Kooperation auf Grenzgebiete.

Obwohl zu erwarten wäre, dass Kantone, die lediglich eine Grundversorgung anbieten, häufiger mit Kantonen einer höheren Stufe zusammenarbeiten, war dies nicht überall der Fall. Es sind keine eindeutigen Muster entlang der Versorgungsstufen erkennbar.

In der Psychiatrie verstehen sich die Kantone weitgehend noch als eigenständige Versorgungsregionen. Mit wenigen Ausnahmen (JU à BE, SO à BL) arbeiteten lediglich die Innerschweizer Kantone ohne psychiatrische Klinik sowie diverse Kantone der Ostschweiz untereinander zusammen. Ähnlich präsentiert sich die Situation in der Rehabilitation. Hier ist zunächst auf das Projekt der GDK-Ost zu verweisen, welche zur Zeit eine gemeinsame Rehabilitationsplanung erarbeiten. Daneben gaben lediglich die Nordostschweizer Kantone sowie

Freiburg, Jura und Obwalden an, ihre Bedarfsplanung mit anderen Kantonen koordiniert zu haben.

Tabelle 14: Interkantonale Zusammenarbeit im Rahmen der Spitalplanung

Erfolgt bei der Bedarfsermittlung für die Spitalplanung eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen? Wenn ja: Welche Kantone sind an dieser Zusammenarbeit beteiligt? (Frage 1.7)						
Kanton	VS	Akutsomatik ¹			Psych.	Reha
		Grundversorgung	Spezialisierte Versorgung	Hochspez. Versorgung		
ZH	3	-	-	GDK-CICOMS	-	GDK-Ost ²
BE ³	3	-	-	-	-	-
LU ³	2	-	-	-	-	-
UR	1	OW, NW	LU, ZG, SZ, OW, NW	-	ZG, SZ ⁴	- ⁵
SZ	1	-	-	-	UR, ZG ⁴	- ⁵
OW	1	NW	NW, UR, SZ, ZG, LU	-	NW ⁴	NW ⁵
NW	1	UR, OW	LU, UR, OW	-	OW ⁴	- ⁵
GL	1	k.A.	k.A.	k.A.	k.A. ⁴	GDK-Ost
ZG	1	-	ZH, AG, LU	-	TG	-
FR	2	VD	k.A.	k.A.	-	VD ⁵
SO	2	k.A.	BL, AG	BE, BS, AG	BL	BL ⁵
BS	3	BL	BL	BL	-	BL, AG, JU
BL	3	BS, AG, SO	BS, AG, SO	BS	-	BS, AG, SO ⁵
SH	1	ZH, TG	ZH	ZH	ZH, TG	GDK-Ost ⁵
AR	1	-	k.A.	k.A.	AI, GL	GDK-Ost
AI	1	AR	AR, SG	ZH	AR ⁴	GDK-Ost
SG	2	-	-	-	-	GDK-Ost
GR	2	TI	ZH, SG	ZH, BE, BS	ZH, SG, TI	SG
AG	2	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
TG	2	-	ZH, SG, BE	ZH, SG, BE	-	GDK-Ost
TI	2	GR	k.A.	k.A.	GR	GR
VD	3	VS, FR, GE	k.A.	k.A.	-	-
VS	2	VD, GE, BE	k.A.	k.A.	-	-
NE	2	-	k.A.	k.A.	-	- ⁵
GE	3	VD	k.A.	k.A.	-	-
JU	2	BE	k.A.	k.A.	BE ⁴	BE

VS = Versorgungsstufe (gemäss Biersack 2000: 7) - = keine Zusammenarbeit k.A. = keine Angabe

¹ Infolge eines Versehens bei der Übersetzung war in den französischsprachigen Fragebogen der Akutbereich nicht in Versorgungsstufen unterteilt.

² GDK-Ost: AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH

³ Keine Zusammenarbeit bei der Bedarfsermittlung, aber im Rahmen von Versorgungsverträgen

⁴ keine Psychiatriekliniken (1998)

⁵ keine Rehabilitationskliniken (1998)

Gemäss einer SDK-Empfehlung sollten die Kantone bei der Bedarfsermittlung wenn möglich auch die zur Versorgung ausserkantonaler PatientInnen benötigten Kapazitäten einbeziehen

(SDK 1997: 9). In den meisten Planungen erfolgte dies über die Berücksichtigung des Patientenimports, wie in Abschnitt 4.4.4 bereits erläutert wurde.

Die interkantonale Koordination der Spitalversorgung beinhaltet im Grunde den grenzüberschreitenden Leistungseinkauf mit der Konsequenz, dass ein Kanton die eigenen Versorgungskapazitäten reduziert bzw. auf einen Ausbau derselben verzichtet und die Kapazitäten eines anderen Kantons beansprucht. In den Expertengesprächen wurden jedoch verschiedene Probleme erwähnt, die sich dabei stellen. Zum einen kamen praktische Gründe zur Sprache, wie z.B. mangelnde Verfügbarkeit von Informationen über interkantonale Patientenströme, die ungeklärte Frage der Beteiligung des einkaufenden Kantons an den Investitionskosten, unklare Zuständigkeiten bei der Planung oder unterschiedliche Strategien der Versorgungspolitik, welche die interkantonale Planung erschwerten. Es sei für die Kantone ungewohnt, Leistungen einzukaufen, ohne die Planungshoheit über die anbietenden Spitäler zu haben. Andere Hinderungsgründe sind eher politischer Art. So stellt die Möglichkeit, Spitalbehandlungen zu importieren, einen Standortvorteil dar, den die zuständigen Regierungen nur ungern verlören. Zudem sei es der Bevölkerung und den Parlamenten schwierig zu vermitteln, man wolle Behandlungen ausserkantonale einzukaufen und dafür Kapazitäten im eigenen Kanton abbauen. Schliesslich bestünden stets auch territoriale Grenzen der Kantonspolitik, da sich die Regierungen primär den Wählern des eigenen Kantons verpflichtet fühlten und ihnen eine überkantonale Optik oft fremd sei. Wie die Beispiele der beiden Basler Kantone und der UNO-Region sowie mehrere interkantonale Spitäler (vgl. Abschnitt 7.3) zeigen, können derartige Schwierigkeiten jedoch durchaus überwunden werden.

Die konsultierten Experten äusserten die Vermutung, dass grosse Kantone sich bezüglich der ausserkantonalen Leistungseinkaufs eher zurückhaltend verhielten, während kleinere Kantone stärker mit der Notwendigkeit konfrontiert seien, ihren Bedarf ausserkantonale zu decken. Versorgungsvereinbarungen böten ihnen die Möglichkeit, die Versorgung ihrer Bevölkerung zu gewährleisten und verschafften gleichzeitig den grossen Kantonen, bei welchen die Leistungen eingekauft werden, Planungssicherheit. Sie stellen damit ein transparentes Instrument zur Sicherung von ausserkantonalen Leistungsangeboten dar (SDK 2002: 11).

Eine gesamtschweizerische Übersicht über interkantonale Verträge und Leistungsvereinbarungen im stationären Bereich besteht nicht und wurde im Rahmen der vorliegenden Studie auch nicht angestrebt.³⁸ Die bei Rothenbühler (1999a) aufgelisteten und im Rahmen der Dokumentenanalyse eruierten, vermutlich unvollständigen Informationen weisen darauf hin, dass neben zwei kantonsübergreifenden Freizügigkeitsabkommen (Ostschweizer Krankenhausvereinbarung zwischen AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZG, ZH ab 1996 und Convention intercantonale d'hospitalisation hors canton zwischen FR, GE, JU, NE, TI, VS und VD ab 2002) vor allem zwei Arten von Vereinbarungen bestehen: Zum einen regeln zahlreiche Abkommen zwischen benachbarten Kantonen die Versorgung in Grenzgebieten, zum anderen finden sich Vereinbarungen zwischen Kantonen und einzelnen Spitalern, insbesondere Universitätsspitalern, über die Versorgung in spezifischen Leistungsbereichen (z.B. Herzchirurgie, Neurochirurgie, Paraplegie, Rehabilitation).

³⁸ Rothenbühler (1999a) führt zahlreiche Abkommen zwischen Kantonen bzw. Kantonen und Spitalern auf, jedoch ist zum einen nicht klar, ob es sich dabei um eine vollständige Auflistung handelt, zum anderen ist nicht immer bekannt, wann diese Abkommen in Kraft traten bzw. ob sie aktuell noch in Kraft sind oder nicht.

Es ist davon auszugehen, dass diejenigen Kantone, welche auf der Basis von Versorgungsabkommen Leistungen zuhanden ausserkantonaler PatientInnen erbringen, diesen Patientenimport im Rahmen der Festsetzung der zu versorgenden Bevölkerungssegmente in ihrer Bedarfsplanung berücksichtigen.

4.4.7 Fazit zur Planungspraxis

Art. 39 KVG hat dazu geführt, dass seit 1998 sämtliche Kantone in der Schweiz eine Versorgungsplanung im stationären Bereich aufweisen, wobei lediglich fünf Kantone (AI, GL, NW, OW, UR) eine solche neu erarbeiten mussten. Die übrigen Kantone konnten auf bereits bestehende Planungen zurückgreifen und nahmen in der Regel gewisse Anpassungen an die neuen Bestimmungen des KVG vor. Während im Bereich der somatischen Akutversorgung und etwas weniger ausgeprägt in der Psychiatrie eine langjährige Planungstradition besteht, verfügte die Mehrheit der Kantone 1996 noch über keine Rehabilitationsplanung. Als hier nicht weiter überprüfte Hypothese kann vermutet werden, dass die Planungspflicht des KVG zu einer gewissen Ausdifferenzierung der stationären Versorgung und einer klareren Abgrenzung ihrer verschiedenen Bereiche, insbesondere zwischen Akut- und Langzeitversorgung, Geriatrie und Rehabilitation, beigetragen hat.

Als wichtigste Rahmenbedingungen der kantonalen Spitalplanung können die finanzielle Situation der Kantonshaushalte, regionalpolitische Interessen der Bevölkerung und Bestandesinteressen der Spitäler identifiziert werden. Die Spitalplanung findet somit im politisch sensiblen Spannungsfeld zwischen Spardruck und Widerstand gegen Eingriffe in die Versorgungsstrukturen statt. Die Feststellung, dass nur in fünf Kantonen das Parlament abschliessend über die Spitalplanung entscheidet, in den übrigen die Regierung, vermag angesichts dieses Umstandes etwas zu erstaunen. Interessant wäre die Frage, ob diesbezüglich eine Verlagerung der Entscheidungskompetenz in Richtung Regierung stattgefunden hat, um die Spitalplanung zu entpolitisieren und Blockaden im Parlament zu vermeiden. Die meisten Kantone gestalten die von der Verwaltung gesteuerte Spitalplanung jedoch als partizipativen Prozess aus, an dem die direkt betroffenen (Spitäler, Versicherer) so wie weitere Akteure aktiv oder passiv beteiligt sind.

Der vom KVG gelassene Handlungsspielraum der Kantone wird von diesen ambivalent beurteilt. Angesichts fehlender Vorgaben seitens des Bundes wird die judikative Nachkontrolle in Form der bundesrätlichen Rechtssprechung eher als Unsicherheitsfaktor betrachtet.

Hinsichtlich der Planungsmethodik ist zunächst festzuhalten, dass grosse Unterschiede zwischen den Kantonen bestehen, welche einen Vergleich der Planungsergebnisse praktisch verunmöglichen. Mit der benötigten Bettenkapazität steht nach wie vor ein Inputfaktor als Planungsparameter im Vordergrund, während Outputfaktoren (Behandlungen, z.B. DRGs) noch kaum als Planungsgrösse zur Anwendung kommen, jedoch zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die behördliche Planung ressourcenintensiver Grössen wie technische Geräte oder Personal ist nicht weit verbreitet und wird vor allem in Westschweizer Kantonen praktiziert. Die Abgrenzung zwischen den einzelnen Versorgungsstufen und –bereichen (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) wird unterschiedlich gehandhabt. Während ein Teil der Kantone stufen- und/oder bereichsübergreifende Planungen erarbeitete, differenzierten andere Kantone in einer oder beiden Dimensionen.

In Bezug auf den inhaltlichen Umfang der kantonalen Planungen zeigen sich die Auswirkungen der in Abschnitt 2.3 erläuterten Abgrenzungsproblematik zwischen der kantonalen Spitalpolitik und dem Geltungsbereich des KVG. Obwohl sich die Planungspflicht gemäss KVG lediglich auf die von der OKP finanzierten stationären Behandlungen bezieht, unterscheiden die kantonalen Planungen in der Regel nicht zwischen der Versorgung von KVG- und anderen PatientInnen. Eine nach Finanzierungsträger (OKP, Unfallversicherung etc.) differenzierte Spitalplanung entspricht zwar dem Willen des Gesetzgebers, erhöht jedoch seitens der Kantone den Planungsaufwand und die Komplexität der Versorgungssteuerung. Gleichzeitig reduzieren sich so die Einflussmöglichkeiten der Kantone, mittels planerischer Vorgaben bestehende Überkapazitäten abzubauen, da die Leistungserbringer ihre Bettenkapazitäten nicht physisch nach Sozialversicherungszweig differenzieren. Eine allfällige Unterscheidung zwischen KVG- und anderen Betten weist eher hypothetischen Charakter auf und kann von den Spitälern jederzeit unterlaufen werden. Hier zeigen sich die Grenzen einer auf den KVG-Bereich begrenzten Inputplanung.

Die Bedarfsermittlung erfolgt entweder normativ oder analytisch bzw. mittels einer Kombination der beiden Verfahren. Sie beruht zumeist auf der Extrapolation vergangener Entwicklungen von Angebot und Nachfrage, wobei auf die Bevölkerungsentwicklung, Hospitalisationsrate, Aufenthaltsdauer und Bettenauslastung abgestellt wird. Epidemiologische bzw. morbiditätsbezogene Faktoren spielen in der Planung in der Regel keine Rolle, nicht zuletzt mangels entsprechender Planungskonzepte bzw. ausreichender Informationsgrundlagen. Die Bedarfsprognose beruht somit im Wesentlichen auf der Extrapolation der bisherigen Inanspruchnahme des verfügbaren Angebots und kaum auf krankheitsbezogenen Grundlagen. Indem sie so weitgehend die vergangene Entwicklung fortschreibt, neigt die Spitalplanung zu ausgeprägter Pfadabhängigkeit, was inkrementelle Veränderungen des Status quo begünstigt und die Wahrscheinlichkeit grundlegender Strukturreformen verringert.

Private Anbieter sind unterschiedlich in die kantonalen Spitalplanungen einbezogen. Während rund die Hälfte der Kantone mit Privatspitälern ihren Versorgungsbedarf bezogen auf alle Leistungserbringer ermittelten, berücksichtigten insbesondere die beiden Grosskantone Bern und Zürich sowie einige Kantone mit marginalem privatem Angebot nur die öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler. In prozessualer Hinsicht waren private Anbieter im Vergleich mit den öffentlichen Spitälern häufiger nur passiv und in einzelnen Fällen gar nicht an der Planung beteiligt.

Die überkantonale Spitalplanung stösst an konzeptionelle und politische Grenzen und kam bisher lediglich in zwei Fällen (Basel-Stadt und Basel-Landschaft sowie Uri, Ob- und Nidwalden) zur Anwendung. Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit in Grenzgebieten oder in spezifischen medizinischen Fachbereichen, die im eigenen Kanton nicht angeboten werden, bestehen zahlreiche Abkommen zwischen Kantonen bzw. Kantonen und Spitälern. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die stattfindende Patientenmigration im Rahmen der Bedarfsanalyse in Form der festgelegten Service-Population berücksichtigt wird. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen und der teilweise bescheidenen verfügbaren Daten über interkantonale Patientenströme ist allerdings zu vermuten, dass dabei verschiedene Überschneidungen bestehen und die Planungen nicht trennscharf sind.

4.5 Die kantonalen Spitallisten

4.5.1 Chronologie

Während die Kantone bei Inkraftsetzung des KVG in der Regel bereits über langjährige Planungserfahrung verfügten, verlangte Art. 39 KVG von ihnen neu auch die Erarbeitung einer Spitalliste, welche sie bis zum 1. Januar 1998 vorzulegen hatten (vgl. Fussnote 2). Bei den Spitallisten handelt es sich um Regierungsbeschlüsse, denen aufgrund von Anpassungen und Neuerlassen³⁹ ein dynamischer Charakter zukommt. Gemäss Kantonsbefragung (Frage 2.14) ist in 12 Kantonen eine periodische Nachführung der Liste vorgesehen, während die übrigen 12 antwortenden Kantone eine rollende oder situativ bedingte Nachführung pflegen. Überarbeitungen können jedoch auch infolge einer Beschwerde nach Art. 53 KVG vom Bundesrat verlangt werden. Tabelle 15 zeigt die chronologische Entwicklung der Listenerlasse auf, wobei auch allfällige Beschwerdeverfahren und deren Ergebnisse bzw. Folgen aufgeführt werden. Als Grundlage dienen die Bestandesaufnahme von Rothenbühler (1999a), die in Abschnitt 4.1 erläuterte Recherche sowie eine Erhebung der Bundesratsentscheide zu Beschwerden zu Spitallisten, die im Rahmen einer Studie von Sager et al. (2001) durchgeführt und für die vorliegende Studie aktualisiert wurde (vgl. dazu Abschnitt 3.3).

Aufgrund diverser Beschwerdeverfahren erhielt ein Teil der Spitallisten erst nach dem 1. Januar 1998 Rechtskraft, da sie durch den Bundesrat aufgehoben und zur Überarbeitung zurückgewiesen wurden. Dies war in fünf Kantonen (AR, SH, SZ, SG und ZG) der Fall. Weil er dieser bundesrätlichen Aufforderung bis heute nicht nachgekommen ist und dies juristisch nicht beanstandet wurde, verfügt der Kanton St. Gallen ausser im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie heute noch immer nicht über eine rechtskräftige Spitalliste.

Sechs Listen (Zürich (Akutversorgung), Glarus, beide Freiburger Listen, Genf und Tessin) wurden vom Bundesrat zwar nicht aufgehoben, aber mit Auflagen zur Überarbeitung versehen. Sechs Listen (BE, BS/BL, BS, GR, TG und VD) erfuhren aufgrund von Beschwerdeentscheiden Veränderungen, da der Bundesrat entweder die Aufnahme oder die Streichung von Institutionen verlangte, die Listen als solche jedoch in Kraft liess. Sieben Listen (AG, BL, OW, NW, LU, AI und NE innerkantonal) wurden vom Bundesrat als KVG-konform bezeichnet und unverändert gutgeheissen. Lediglich gegen acht Spitallisten wurden gemäss den vorliegenden Angaben nach 1998 keine Beschwerden erhoben: Solothurn, Zürich (Psychiatrie), Wallis, St. Gallen (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Uri, Neuenburg (ausserkantonal) und Jura. Da die Solothurner Liste bereits vor 1998 angepasst worden war und es sich bei drei weiteren um Teillisten handelt, kam es einzig in den Kantonen Jura, Wallis und Uri zu keinen Beschwerdeverfahren gemäss Art. 53 KVG in Zusammenhang mit der Spitalliste.

Wie Tabelle 15 zeigt, verfügen lediglich die beiden Basler Kantone über eine gemeinsame Spitalliste für die somatische Akutversorgung. Ansonsten gibt es keine kantonsübergreifenden Listen, auch nicht in der UNO-Region, welche eine gemeinsame Spitalplanung erarbeite-

³⁹ Gemäss Kantonsbefragung (Frage 2.15) erfordern folgende Anpassungen der Liste einen Neuerlass durch die Kantonsregierung: Aufnahme von Spitälern (15 Kantone), Streichung von Spitälern (18 Kantone), Änderung der Leistungsaufträge (18 Kantone), Änderungen der Bettenkapazität (5 Kantone).

te. Hauptgrund dafür dürfte sein, dass es sich bei der Spitalliste im Gegensatz zur Planung um einen kantonalen Rechtserlass handelt, der von der Regierung beschlossen wird.

Tabelle 15: Chronologische Entwicklung der kantonalen Spitallisten

Kanton	erste publizierte Liste	BRE	Folgen für Liste	Überarbeitungen (soweit bekannt)
SO	April 1996 ¹			
ZH	Juni 1996 (Akutversorgung)	x	(*)	Juli 2001, 2003
	Dezember 1997 (Psychiatrie)			2000
ZG	Dezember 1995 ¹ (ohne innerkantonale Akutversorgung) Juli 1996 (innerkantonale Akutversorgung)	x	*	aufgrund BR-Entscheid
VS	Dezember 1996			Januar 2004
AR	April 1997	x	*	aufgrund BR-Entscheid
SG	Juni 1997	x	*	nicht erfolgt
	Dezember 2002 (Kinder- und Jugendpsychiatrie)			
AG	September 1997	x	+	
BE	Oktober 1997	x	~	bisher jährlich
BS/BL	November 1997 (somatische Akutversorgung)	x	~	Februar 2003 (rückwirkend per 1.1.2003) Januar 2004 (rückwirkend per 1.1.2004)
BS	November 1997 (Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Spezialangebote)	x	~	April 2003 (rückwirkend per 1.1.2003)
BL	November 1997 (Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation, Spezialkrankenhäuser, ausserkantonale Vertragsspitäler und Angebote im Zusatzversicherungsbereich)	x	+	Dezember 2003
OW	November 1997	x	+	Juli 2003 (rückwirkend per 1.1.2003)
NW	November 1997	x	+	
LU	Dezember 1997	x	+	November 2002
UR	Dezember 1997			
SZ	Dezember 1997 ¹	x	*	Juli 2001
GL	Dezember 1997 ¹	x	(*)	aufgrund BR-Entscheid
FR	Dezember 1997 (innerkantonale Spitäler)	x	(*)	Dezember 2000 Dezember 2004
	Dezember 1998 (ausserkantonale Spitäler)	x	(*)	Dezember 2000 Dezember 2004
SH	Dezember 1997 ¹	x	*	Januar 1999, Juni 2002
AI	Dezember 1997 ¹	x	+	
GR	Dezember 1997	x	~	Juni 2002
TG	Dezember 1997 ¹	x	~	April 2002
TI	Dezember 1997	x	(*)	Juni 2001

Tabelle 15 (Fortsetzung): Chronologische Entwicklung der kantonalen Spitallisten

Kanton	erste publizierte Liste	BRE	Folgen für Liste	Überarbeitungen (soweit bekannt)
VD	Dezember 1997	x	~	aufgrund BR-Entscheid
NE	Dezember 1997 (innerkantonale Spitäler)	x	+	Juni 1998 (innerkantonale Spitäler) September 1998, 1999
	Februar 1998 (ausserkantonale Spitäler)			August 1998 (ausserkantonale Spitäler)
GE	Dezember 1997	x	(*)	Januar 2004
JU	Dezember 1997			Januar 2003

¹ Die vorgängig publizierte provisorische Liste wurde beim Bundesrat angefochten und überarbeitet.

BRE = Beschwerdeentscheid des Bundesrates gemäss Art. 53 KVG

* Liste zur Überarbeitung aufgehoben

~ Anpassungen verlangt

(*) Liste nicht aufgehoben, aber Auflagen zur Überarbeitung

+ Liste vorbehaltlos gestützt

Gemäss Tabelle 15 wurden seit 1998 17 der insgesamt 30 bestehenden Spitallisten⁴⁰ mindestens einmal überarbeitet, die Mehrzahl davon nach 2001. In vier Kantonen (Graubünden, Genf, Tessin und Wallis) ist dies auf die Revision der Spitalplanung zurückzuführen (vgl. Abschnitt 4.1), die übrigen Anpassungen erfolgten aus anderen Gründen, insbesondere auch aufgrund von Beschwerdeentscheiden des Bundesrats. Mehrmalige Anpassungen erfuhren die Listen in Zürich, den beiden Basel, Schaffhausen und Neuenburg (innerkantonal). Als Besonderheit ist die Spitalliste des Kantons Bern zu erwähnen, die bisher jährlich neu erlassen wurde. Dies entspringt allerdings nicht einer systematischen Praxis, sondern ergab sich bisher aus der Notwendigkeit, die Liste laufend an die Entwicklung des Berner Spitalwesens anzupassen.

4.5.2 Erarbeitung der Spitallisten

Bei der Spitalliste handelt es sich in der Regel um einen verwaltungsintern erarbeiteten Regierungsbeschluss. Trotzdem zeigt die Kantonsbefragung (Frage 2.3), dass diverse von der Liste betroffene Akteure aktiv am Entscheidungsprozess mitwirkten oder zu einer Stellungnahme eingeladen wurden. Wie aus Tabelle 16 hervorgeht, sind in den meisten Kantonen alle Spitäler am Prozess der Listenbildung beteiligt, einzig Zürich, Schwyz, Wallis und Genf verzichten auf Einbezug der privaten Spitäler im Kanton. Aktive und passive Mitwirkung sind jeweils praktisch hälftig verteilt, wobei festzustellen ist, dass privaten Kliniken häufiger bloss die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Liste gegeben wird. Auch die Krankenversicherer können auf die Listen Einfluss nehmen, sieben Kantone beteiligen sie aktiv am Prozess der Erarbeitung. Keine Beteiligung ist in Nidwalden, Uri und Genf vorgesehen. Insgesamt werden im Vergleich mit der Erarbeitung der Spitalplanung (Tabelle 6) allerdings jeweils weniger Akteure in den Prozess einbezogen.

⁴⁰ Die vom Bundesrat aufgehobene und bisher nicht überarbeitete Spitalliste des Kantons St. Gallen ist in dieser Zählung nicht berücksichtigt.

Tabelle 16: In die Erstellung der Spitalliste einbezogene Akteure

Werden die folgenden Akteure in die Erstellung der Spitalliste einbezogen, und in welcher Form? (Frage 2.3)				
Akteur	Einbezug	Kantone	N	Total
Öffentliche Spitäler	Mitwirkung	AG, BE, BL, BS, JU, NW, OW, TI, UR, VD, VS	11	21
	Stellungnahme	AI, AR, BE, FR, GE, GR, SG, SO, TG, ZG, ZH	11	
Private, öffentlich subventionierte Spitäler	Mitwirkung	AG, BE, BL, BS, NW, TI, VD, VS	8	15
	Stellungnahme	BE, FR, GR, SG, SO, SZ, ZG, ZH	8	
	<i>keine vorhanden</i>	<i>AI, AR, GE, GL, JU, NW, OW, UR</i>	8	8
Private Spitäler	Mitwirkung	BE, BL, BS, TI, UR, VD	6	17
	Stellungnahme	AG, AR, BE, FR, GE, GR, JU, SG, SO, TG, ZG	11	
	<i>keine vorhanden</i>	<i>GL, NW, OW, UR</i>	4	4
Krankenversicherer	Mitwirkung	AG, BE, BL, BS, TI, VD, VS	7	19
	Stellungnahme	AI, AR, BE, FR, GR, JU, OW, SG, SO, SZ, TG, ZG, ZH	13	
Ärzeschaft	Mitwirkung	BE, BL, OW, TI, VD, VS	6	17
	Stellungnahme	AG, AI, AR, BE, BS, GR, JU, SO, SZ, TG, ZG, ZH	12	
Kantonsparlament	Mitwirkung	VS	1	10
	Stellungnahme	AG, AI, AR, BL, JU, OW, SO, TG, TI	9	
Gemeinden	Mitwirkung	BS	1	7
	Stellungnahme	AG, BE, SO, TI, ZH	5	
	Anderes	VS (Information)	1	
Andere Kantone	Mitwirkung	BL, BS, OW, NW	4	10
	Stellungnahme	AG, SG, SO, TG, VS	5	
	Anderes	VD (Konsultation bei Bedarf)	1	

keine Antwort: GL, NE und SH; LU: Einbezug je nach Betroffenheit

Gemäss Art. 39 KVG sind diejenigen Spitäler auf der Liste aufzuführen, welche dem in der Spitalplanung ermittelten Versorgungsbedarf entsprechen (SDK 1997: 10). Nicht zur Versorgung benötigte Spitäler oder Abteilungen sind nicht zu berücksichtigen. Der Auswahl der über die OKP zu finanzierenden stationären Einrichtungen kommt somit sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Krankenversicherer eine zentrale Bedeutung zu. Gleichzeitig tangiert die Spitalliste sowohl die Versorgungssituation als auch den Arbeitsmarkt und damit wesentliche Interessen der Bevölkerung (vgl. Hammer et al. 2000b: 42f.), was der Festlegung der Spitalliste und der Leistungsaufträge einen gewissen politischen Stellenwert verleiht. Angesichts des bestehenden Interpretationsspielraums der geltenden Regelungen ist von zentralem Interesse, nach welchen Kriterien die Kantone bei der Erarbeitung der ersten Spitalliste und allfälligen Überarbeitungen die zu berücksichtigenden Spitäler auswählten. Dies wurde im Rahmen der Kantonsbefragung ermittelt. Dabei wurden die Kriterien, welche die SDK (2002: 12) den Kantonen empfahl, Mindestfallzahlen und "andere" als Antwortmöglichkeiten vorgeschlagen. Tabelle 17 berichtet über die eingegangenen Antworten.

Tabelle 17: Auswahlkriterien bei der Erarbeitung und Überarbeitung der Spitalliste

Nach welchen Kriterien wurden diejenigen Leistungserbringer bzw. Versorgungsangebote ausgewählt, die auf der ersten rechtskräftigen Spitalliste gemäss Art. 39 KVG figurieren? (mehrere Antworten möglich) (Frage 2.1)				
Sofern die erste Spitalliste gemäss Art. 39 KVG inzwischen überarbeitet wurde, nach welchen Kriterien wurden diejenigen Leistungserbringer bzw. Versorgungsangebote ausgewählt, die auf der neuen Spitalliste figurieren? (Mehrere Antworten möglich. Sofern die Liste bereits mehrmals überarbeitet wurde, geben Sie bitte alle Kriterien an, die dabei jemals relevant waren.) (Frage 2.2)				
Kriterium	Erste Spitalliste	N	Überarbeitung	N
Mindestfallzahlen	BS, GR, SO, VS, ZG, ZH	6	BS, FR, GR, VS, ZG, ZH	6
Wirtschaftlichkeit der Leistungen	BS, GR, SH, SO, TG, VS, ZG, ZH	8	BL, BS, FR, GR, OW, VS, ZG, ZH	8
Qualität der Leistungen	AR, BS, GR, NW, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG	10	BE, BL, BS, FR, GR, VS, ZG	7
Geographische Lage	AI, GR, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VS, ZH	10	BE, BL, FR, GR, VS, ZH	6
Möglichkeit zur Einbindung in ein Versorgungskonzept	AG, AI, BS, FR, SH, SO, VS, ZG	8	AG, BE, BS, FR, GR, VS, ZG	7
Bereitschaft zur Übernahme von Verpflichtungen gemäss Spitalplanung	BL, FR, OW, UR, VS, ZG, ZH	7	AG, BE, BL, FR, OW, VS, ZG, ZH	8
keine Evaluation erfolgt	BE, JU, GE, NE, NW	5	JU	1
keine Überarbeitung erfolgt/ angegeben	-	-	AI, AR, NW, SH, SZ, TG, UR	7

LU: unterschiedliche Kriterien bei privaten und öffentlichen Spitälern, keine näheren Angaben

keine Antwort: SG (keine rechtskräftige Spitalliste), GL

Als erster Befund fällt auf, dass fünf Kantone (BE, JU, GE, NE, NW) angaben, beim Erstellen der ersten Spitalliste keine Evaluation der zu berücksichtigenden Spitäler vorgenommen zu haben. Dies erklärt sich lediglich bei Nidwalden mit dem Umstand, dass der Kanton nur ein einziges Spital aufweist, die übrigen Kantone, insbesondere Bern, weisen komplexere Spitalwesen auf. Die beiden am häufigsten genannten Kriterien sind die Qualität der Leistungen und die geographische Lage, an zweiter Stelle folgen die Wirtschaftlichkeit und die Möglichkeit der Einbindung in ein Versorgungskonzept.

Die in Tabelle 17 nicht ausgewiesenen offenen Antworten geben Hinweise darauf, welche weiteren Kriterien für die Berücksichtigung von Spitälern relevant waren. Die wenigen eigenständig formulierten Antworten beziehen sich eher auf grundlegende "weiche" Prinzipien wie Versorgungssicherheit, Bedarfsgerechtigkeit oder Wahlfreiheit als auf "harte" Kriterien. Aufschlussreich ist hingegen die Antwort des Kantons Tessin, der die historischen Gegebenheiten und insbesondere den politischen Einfluss der Anbieter als Beurteilungskriterium nennt. Es ist anzunehmen, dass derartige Faktoren auch in anderen Kantonen relevant waren, jedoch nicht explizit genannt wurden. Die zentrale Bedeutung regionalpolitischer Faktoren beim Erstellen der Spitalliste wird auch von Hammer et al. (2000) und den befragten Experten stark hervorgehoben.

Nachdem die erste Generation von Spitallisten mangels bundesrechtlicher Vorgaben unter einer gewissen Unsicherheit entstanden war, wäre zu erwarten, dass die gemachten Erfah-

rungen und die bundesrätliche Rechtssprechung zu den Spitallisten eine gewisse Konsolidierung der Listenpraxis zur Folge gehabt hätten. Der Vergleich der Kriterien zwischen der Erarbeitung der ersten Liste und erfolgten Überarbeitungen zeigt, dass nach Erlass der ursprünglichen Liste auch Bern eine Evaluation der Spitäler vorgenommen hat und dabei auf Qualität, Lage, Einbindung in ein Versorgungskonzept und Bereitschaft zur Pflichtübernahme abstellte. In Basel-Landschaft kamen neu die Kriterien Wirtschaftlichkeit, Qualität und Lage dazu, in Obwalden die Wirtschaftlichkeit, und in Graubünden die Einbindung ins Versorgungskonzept. Ansonsten kamen dieselben Kriterien zur Anwendung.

Bei der Interpretation der Angaben in Tabelle 17 muss allerdings offen bleiben, inwiefern die kantonalen Gesundheitsbehörden die genannten Kriterien bei der Erarbeitung der Liste bewusst anwendeten und inwiefern es sich dabei um ex-post Einschätzungen der antwortenden Personen handelt. Angesichts der Feststellungen, dass der grösste Teil der von Versicherern beanstandeten kantonalen Spitallisten als reine Bestandesaufnahme der vorhandenen Betriebe kritisiert wurde (vgl. Rothenbühler 1999a), und nur in einem Fünftel aller Bundesratsbeschwerden ein Spital die Aufnahme auf die Liste seines Standortkantons forderte (eigene Erhebung)⁴¹, liegt die Vermutung nahe, dass zahlreiche Kantone bei der Listenfestsetzung eher pragmatisch vorgehen und keine systematische Evaluation nach harten Beurteilungskriterien vornahmen, sondern sich primär am vorhandenen Status quo orientierten.

4.5.3 Ausgestaltung der Spitallisten und der Leistungsaufträge

Art. 39 KVG sieht lediglich vor, dass die Spitallisten "nach Leistungsaufträgen in Kategorien" zu gliedern sind. Ansonsten bestehen keine Vorgaben über deren Form und Ausgestaltung. Die SDK gab deshalb auch hierzu Empfehlungen ab und erarbeitete einen beispielhaften Entwurf (SDK 1997). Im Rahmen der durchgeführten Dokumentenanalyse wurden einige zentrale Merkmale der Spitallisten erfasst, die nachfolgend kurz diskutiert werden.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Spitalliste der meisten Kantone in einem einzigen Rechtserrlass festgehalten ist. Ausnahmen finden sich in den Kantonen Zürich, der separate Listen für die Akutversorgung und die Psychiatrie führt, sowie Freiburg und Neuenburg, welche jeweils zwei separate Verordnungen zur Bezeichnung der inner- und der ausserkantonalen Listenspitäler erliessen (vgl. Tabelle 15).

Die innere Gliederung der einzelnen Listen unterscheidet sich von Kanton zu Kanton. Entlang der drei Dimensionen *Versorgungsbereiche* (Akutversorgung, Psychiatrie, Rehabilitation, Suchtbehandlung, Spezialkliniken etc.), *Betriebsstatus* (öffentliche, öffentlich subventionierte und private Spitäler) und *Standort* (innerkantonal, ausserkantonal) finden sich die unterschiedlichsten Kombinationen und Varianten. Meist separat erwähnt werden Spitäler mit ausserkantonalem Standort bzw. mit denen der Kanton ein Versorgungsabkommen abgeschlossen hat (vgl. Abschnitt 4.5.5).

⁴¹ Von den 159 erfassten Beschwerden forderten in 35 Fällen innerkantonale Spitäler (öffentlich und privat) die Berücksichtigung auf der Liste oder die Ausweitung des Leistungsauftrages. In 93 Fällen wurden diese Forderungen von ausserkantonalen Spitälern vorgebracht, in fünf von Privatpersonen. Die Versicherer verlangten in fünf Beschwerden die Aufhebung der Liste und in 14 Fällen eine weitere Kapazitätsreduktion.

Während die innere Gliederung der Listen kaum von praktischer Relevanz ist, sind die in der Liste festgehaltene Kategorisierung und die Form der Leistungsaufträge von zentraler Bedeutung, da sie das Leistungsspektrum der einzelnen Spitäler umschreiben. Der Spitalliste kommt diesbezüglich auch eine Transparenz- und Publizitätswirkung zu (SDK 2002: 14). Als Kategorien sind gemäss den Empfehlungen der SDK (2002: 18) die verschiedenen Versorgungsstufen (vgl. Abschnitt 4.4.4) zu verwenden, denen jeweils unterschiedliche medizinische Spezialitäten zugeordnet werden. Die Kohärenz zwischen diesen beiden Klassifikationen ist jedoch nur bedingt gegeben, und die inhaltliche Abgrenzung in Grund- und erweiterte Grundversorgung, spezialisierte Versorgung und hochspezialisierte Versorgung unterscheidet sich von Kanton zu Kanton (SDK 2002: 18). Die uneinheitliche Terminologie stellt denn auch gemäss Rothenbühler (1999b: 16) eines der hauptsächlichen Hindernisse interkantona-ler Planung dar.

Bezüglich der Versorgungsstufen ist gleichzeitig auch festzuhalten, dass ihnen in aller Regel ganze Spitäler zugeordnet werden, obwohl sie sich unter Umständen innerhalb eines Spitals von Abteilung zu Abteilung unterscheiden können. Es wird somit von den Kantonen kaum eine differenzierte Steuerung des Leistungsgeschehens via Spitalliste angestrebt.

Die in der Spitalliste festgehaltenen Leistungsaufträge definieren, welche Leistungen ein Spital in einem bestimmten Fachbereich zulasten der OKP abrechnen darf (SDK 2002: 14). Dabei stellt sich für die Kantone die Problematik, dass zu allgemein formulierte Leistungsaufträge zu grossen Interpretationsspielraum offen lassen und es einem Spital ermöglichen, unter einem Titel wie z.B. "Chirurgie" auch Leistungen anzubieten, die nicht seiner Versorgungsstufe entsprechen und für die es möglicherweise aus Sicht der Qualitätssicherung die notwendige kritische Grösse nicht aufweist. Gleichzeitig besteht bei eng gefassten, detailliert ausformulierten Leistungsaufträgen das Problem, dass sie der Dynamik der medizinischen und technischen Entwicklung nicht gerecht werden und betriebliche Anpassungen in Spitälern erschweren können. Zudem haben auch kleine Änderungen der Leistungsaufträge einen Neuerlass der Spitalliste zur Folge,⁴² was mit entsprechendem administrativem Aufwand verbunden ist und Beschwerden beim Bundesrat gemäss Art. 53 KVG auslösen kann.

Neben globalen Leistungsaufträgen unterscheidet die SDK in ihren Empfehlungen auch Negativlisten, welche bestimmte Leistungen bezeichnen, die ein Spital explizit nicht zulasten der OKP erbringen darf, und Exklusivitätenlisten, welche ausgewählten Spitälern nur bestimmte Segmente eines Leistungsauftrages erteilen (SDK 2002: 18f.). Die Verwendung einschränkender Formen von Leistungsaufträgen ermöglicht es den Kantonsbehörden somit, präzisere Vorgaben zum Angebotsspektrum der Spitäler zu machen.

Tabelle 18 zeigt auf der Basis der Dokumentenanalyse, dass der globale Leistungsauftrag die am meisten verbreitete Form darstellt. Er findet sich in der Regel kombiniert mit der exklusiven Zuweisung einzelner Bereiche an ausserkantonale und/oder private Spitäler. Acht eher ländliche Kantone mit wenig komplexen Spitalstrukturen vergaben an die innerkantonalen

⁴² Die bundesrätliche Rechtsprechung betrachtet die Leistungsaufträge als Bestandteil der Spitalliste, sie müssen aus der Liste klar hervorgehen. Der Verweis auf andere Listen und Schriftstücke ist dann zulässig, wenn die Leistungsaufträge so umfangreich sind, dass ihre volle Erwähnung den Rahmen der Liste sprengen und deren Lesbarkeit und Verständlichkeit darunter leiden würde. Die Erteilung, Änderungen oder Aufhebungen von Leistungsaufträgen unterliegen denselben Regeln, wie sie für die Spitalliste gelten, d.h. es kann dagegen Beschwerde beim Bundesrat erhoben werden (Salzmann 2003: 7).

Anstalten globale Leistungsaufträge, während ausserkantonalen Anstalten Aufträge für konkrete einzelne Bereiche zugeteilt wurden. In sieben Listen finden sich eingeschränkte Leistungsaufträge auch für innerkantonale Spitäler. Neun Listen enthalten nur globale und drei nur exklusive Leistungsaufträge.

Tabelle 18: Vorwiegende Form der erteilten Leistungsaufträge

Form der Leistungsaufträge	Listen	N
global	BL, FR (innerkantonale), GE, JU, NE (innerkantonale), NW, UR, VS, ZH (Psychiatrie)	9
global für innerkantonale Spitäler exklusiv für ausserkantonale Spitäler	AI, AR, GR, OW, SG (Kinder- und Jugendpsychiatrie), SH, TI, ZG	8
hauptsächlich global, ergänzt durch Exklusivitätenliste und/oder zusätzliche Auflagen	AG, BE, BL/BS, GL, SZ, TG, ZH (Akut/Reha)	7
Exklusivitätenliste	BS, NE (ausserkantonale), VD	3
Negativliste	FR (ausserkantonale) ¹	1
Verweis auf Globalbudget oder andere Dokumente	LU (bei innerkantonalen Spitälern) SO (für Akutversorgung und Rehabilitation, Psychiatrie global)	2

¹ Das Kantonsspital erstellt eine Negativliste, ausserkantonale Spitäler sind für diejenigen Leistungen zugelassen, die nicht auf dieser Liste enthalten sind.

Quelle: Dokumentenanalyse

Einen besonderen Weg wählte der Kanton Freiburg, wo das Kantonsspital auf einer Negativliste jene Leistungen festhielt, die es nicht selber erbringt. Als Folge dieser Liste wurden für die am Kantonsspital nicht angebotenen Leistungen verschiedene exklusive Leistungsaufträge vergeben. Im Kanton Luzern werden die Leistungsaufträge der innerkantonalen Spitäler nicht in der Spitalliste, sondern in Zusammenhang mit dem jeweiligen Globalbudget festgehalten. Auch Solothurn hält die Leistungsaufträge für Akut- und Rehabilitationsanstalten nicht in der Liste, sondern in einem separaten Regierungsratsbeschluss fest. Auf allfällige Unterschiede in der Behandlung inner- und ausserkantonaler bzw. öffentlicher bzw. subventionierter und privater Spitäler wird in separaten Abschnitten eingegangen.

4.5.4 Integrale und geteilte Spitallisten, Zuweisung von Bettenkapazitäten

Die kantonalen Spitallisten lassen sich in zwei grundsätzlichen Typen zuordnen (Ayer 2000: 10). Eine *geteilte Liste* unterscheidet zwischen Spitälern, deren allgemeine Abteilungen zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind (Liste A), und Spitälern bzw. Abteilungen, die Leistungen im Zusatzversicherungsbereich anbieten (Liste B). Diese Form orientiert sich konsequent an der bundesrätlichen Konzeption, das Angebot in Halbprivat- und Privatabteilungen dem Wettbewerb zu überlassen (vgl. Abschnitt 2.3) und unterscheidet demzufolge bei der Zulassung von Spitalabteilungen zwischen den verschiedenen Versicherungskategorien. Geteilte Listen finden sich in den vier Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Neuenburg (innerkantonale), Thurgau und Zürich (nur Akutbereich). Bei den übrigen Spitallisten handelt es sich um *integrale Listen*, welche nicht zwischen verschiedenen Spitalabteilungen unterscheiden. Alle darauf verzeichneten Spitäler sind zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen.

Es ist Sache der Kantone, den auf der Spitalliste enthaltenen Betrieben eine feste Bettenzahl zuzuweisen. Eine solche Kennziffer dient der Steuerung und dem Ausdruck von Behandlungskapazitäten (Salzmann 2003: 6). Infolge der bundesrätlichen Rechtssprechung zu dieser Frage sind die Kantone "gehalten, die der Spitalplanung entsprechende Anzahl der zugelassenen Betten oder der zu erbringenden Leistungen je Spital mit Standort innerhalb des Kantons auch in der Spitalliste aufzuführen". Bei Spitälern mit ausserkantonalem Standort erfolgt dies jedoch in der Regel nicht (SDK 2002: 17). Wie Tabelle 19 verdeutlicht, nimmt fast die Hälfte der Kantone in ihrer Spitalliste eine Kapazitätszuweisung vor, während die knappe Mehrheit darauf verzichtet. Es wurde allerdings nicht erhoben, ob in anderer Form, z.B. im Rahmen von Leistungsvereinbarungen, Kapazitätsvorgaben gemacht werden.

Tabelle 19: Zuweisung von Bettenkapazitäten in der Spitalliste

Zuweisung von Bettenkapazitäten	Listen		N	Total
ja	integral	AG, BL/BS, BS, FR (innerkantonal), GE, GL, GR, JU, SG (Kinder- und Jugendpsychiatrie), SZ, TI	11	12
	geteilt	TG (nur A-Liste innerkantonal)	1	
nein	integral	AI, BE, BL, FR (ausserkantonal), LU, NW, OW, SH, SO, UR, VD, VS, ZG	13	18
	geteilt	AR, NE (beide Listen), ZH (beide Listen)	5	

Quelle: Dokumentenanalyse

Da die Planungspflicht gemäss KVG auf den OKP-Bereich beschränkt ist, ist die Zuweisung von Leistungsaufträgen und Bettenkapazitäten für den Zusatzversicherungsbereich prinzipiell nicht nötig (Ayer 2000; Salzmann 2003). Dementsprechend weisen geteilte Spitallisten die Besonderheit auf, dass die B-Listen lediglich eine Aufzählung der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen Halbprivat- und Privatabteilungen enthalten. Sie stellen in den Augen des Bundesrates ein "fachtechnisches Attest" dafür dar, dass sie die Zulassungsbedingungen gemäss Art. 39 KVG erfüllen. Für die betreffenden Spitäler heisst das, dass sie Anrecht auf den so genannten Sockelbeitrag (vgl. Abschnitt 2.3) aus der OKP haben (Ayer 2000: 17). Eine geteilte Liste erfordert von den Kantonen, für die Betriebe auf der A-Liste Bettenkapazitäten festzulegen. Nur gerade der Kanton Thurgau hat dies auch getan, die drei anderen Kantone mit geteilter Liste haben darauf verzichtet.

Demgegenüber unterscheidet die integrale Liste nicht zwischen den Versicherungsbereichen. Sofern Bettenkapazitäten festgelegt sind, beziehen sie sich auf alle Versicherungsklassen. Diese Vorgehensweise erlaubt den Spitälern eine grössere operative Flexibilität, da die vorhandenen Betten innerhalb der vorgegebenen Höchstkapazitäten je nach Bedarf einem bestimmten Versicherungsbereich zugeordnet werden können.

4.5.5 Berücksichtigung ausserkantonomer Leistungserbringer

Aufgrund der Regelungen zur Wahlfreiheit und der Abgeltung ausserkantonomer Hospitalisationen in Art. 41 KVG⁴³ hat die Berücksichtigung ausserkantonomer Spitäler auf der Spitalliste eines Kantons Auswirkungen auf die Finanzierung von Spitalaufenthalten und die Kostenaufteilung zwischen Patient, Krankenversicherung und Kanton (vgl. SDK 2002: 35ff.), weshalb der Listenpraxis diesbezüglich eine wesentliche Bedeutung zukommt. Die SDK empfiehlt den Kantonen, Spitäler mit ausserkantonomem Standort nur in besonderen Fällen auf die Spitalliste aufzunehmen, und dies nur, wenn der entsprechende Betrieb auf der Spitalliste seines Standortkantons aufgeführt und ist und sowohl der Betrieb als auch der Standortkanton diesbezüglich vorgängig kontaktiert wurden (SDK 1997: 12). Begründet wird dieser Grundsatz mit möglichen Zielkonflikten zwischen dem Standortkanton, der im Rahmen seiner Planung auf die Kenntnis über bedeutende Patientenwanderungen angewiesen ist, dem Planungskanton, der seine Planungsfreiheit so weit wie möglich aufrecht erhalten will, und den betroffenen Spitälern, die vermehrt über Entscheidungsfreiheit verfügen und sich die Möglichkeit erhalten wollen, Verträge auch mit anderen Kantonen abschliessen zu können (SDK 2002: 15).

Ausnahmen sind gemäss SDK zu erwägen, wenn der planende Kanton Träger oder Mitträger eines ausserkantonomeren Betriebes ist, wenn Versorgungsvereinbarungen zwischen dem Kanton und der Trägerschaft des ausserkantonomeren Spitals bestehen, wenn mehrere Kantone eine gemeinsame Spitalliste erlassen, oder wenn der Kanton seinen Versicherten eine erweiterte Wahlfreiheit ohne Nachteile bei der Versicherungsdeckung ermöglichen will (SDK 1997: 13).

Wie aus Tabelle 20 hervorgeht, haben die beiden Kantone Freiburg und Neuenburg eigene Listen für die ausserkantonomeren Spitäler erlassen, während gut die Hälfte der Kantone ausserkantonomere Institutionen jeweils in einem separaten Abschnitt der Liste aufführt. Im Akutbereich und der Rehabilitation finden sich nur wenige Listen ohne Erwähnung ausserkantonomeren Spitäler, während immerhin zwölf Kantone keine ausserkantonomeren Psychiatriekliniken auf der Liste führen. Die Innerschweizer Kantone Glarus, Luzern, Ob- und Nidwalden und Uri sowie die beiden Appenzell und Schaffhausen, die zur Mehrzahl lediglich eine erweiterte Grundversorgung anbieten, führen eine offene Spitalliste (Ayer 2000: 12), welche auf die so genannte *Standortklausel* abstellt, nach der alle ausserkantonomeren Leistungserbringer zugelassen sind, die auf der Liste ihres Standortkantons stehen.⁴⁴

Im Bereich der somatischen Akutversorgung führt eine Mehrheit von zwölf Kantonen nur die ausserkantonomeren Vertragsspitäler auf der Liste. Glarus erwähnt zusätzlich eine ausserkantonomere Anstalt, die vom Kanton mitgetragen wird. Neun Kantone erteilen den ausserkantonomeren Institutionen exklusive, sieben Kantone vergeben globale Leistungsaufträge. Weil es sich dabei vor allem um kleinere Kantone handelt, beziehen sich diese Leistungsaufträge vor

⁴³ Bei medizinisch indizierten Behandlungen in ausserkantonomeren öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern hat der Wohnkanton des Versicherten die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons zu übernehmen.

⁴⁴ Der Bundesrat hat die Zulässigkeit der Standortklausel für kleinere Kantone, welche in grösserem Umfang zur Versorgung ihrer Wohnbevölkerung auf ausserkantonomere Spitäler angewiesen sind, in seiner Rechtsprechung bestätigt. Mittlere und grosse Kantone hingegen haben ausserkantonomere Leistungserbringer grundsätzlich genau so zu planen und zu evaluieren wie innerkantonomere, ausser es liege nur eine marginale Versorgungslücke vor (Salzmann 2003: 5f.).

allem auf Bereiche der Spezialversorgung. Neun Kantone beschränken die Zulassung ausserkantonaler Institutionen auf die Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen in Grenzregionen.

Im Rehabilitationsbereich sind die vier Kantone Aargau, Bern, Graubünden und Thurgau Mitträger ausserkantonaler Anbieter. Die vier Kantone Appenzell Ausserrhodens, Basellandschaft, Waadt und Genf führen diejenigen Rehabilitationskliniken auf, mit denen sie Abkommen geschlossen haben. Zehn Kantone vergeben Leistungsaufträge an ausserkantonale Institutionen, wobei es sich in acht Fällen um exklusive und in drei um globale Aufträge handelt. Auch hier beziehen sich die Leistungsaufträge in der Regel auf Spezialbereiche wie z.B. Para- und Tetraplegie.

Tabelle 20: Art der Berücksichtigung ausserkantonaler Spitäler auf den Spitallisten

	Akutsomatik		Psychiatrie		Rehabilitation	
	Kantone	N	Kantone	N	Kantone	N
<i>Separate Liste</i>	FR, NE	2			FR, NE	2
<i>Separater Abschnitt in der Liste</i>	AG, GE, GR, JU, LU, NW, OW, SG, SO, SZ, UR, VD, VS, ZG	13	GE, JU, LU, NW, OW, SG, UR, VS, ZG	9	AG, GE, GR, JU, LU, NW, OW, SZ, UR, VD, VS	11
Standortklausel	AI, AR, GL, LU, NW, OW, SH, UR	8	AI, AR, GL, LU, NW, OW, SH, UR	8	AI, AR, GL, LU, NW, OW, SH, UR	8
Keine aufgeführt	BE, BL/BS	2	AG, BE, BS, FR, GR, NE, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, ZH	13	BS, SO, ZG	3
globale Leistungsaufträge für einzelne Versorgungsbereiche	AG, JU, NE, SO, SZ, TG, VS	7			BL, LU, NE	3
exklusive Leistungsaufträge für einzelne Versorgungsbereiche	AG, FR, GL, GR, SH, SZ, TI, ZG, ZH	9			FR, GR, JU, SH, SZ, TI, VS, ZH	8
Zulassung auf die Versorgung bestimmter (Grenz-) Regionen beschränkt	AI, AG, BL, GR, SH, SO, VD, VS, ZH	9	GR	1		
Vertragsspitäler	AG, AR, BL, GE, GL, JU, LU, NW, OW, VD, VS, ZG	12	BL, GE, GL, JU, LU, NW, OW, SG, UR, VD, ZG	10	AR, BL, GE, VD	4
Spitäler mit Kanton als Mitträger	GL	1	AI	1	AG, BE, GR, TG	4

Quelle: Dokumentenanalyse

Neben der Art und Weise, wie ausserkantonale Spitäler auf den Spitallisten berücksichtigt wurden, interessiert auch, auf welcher Grundlage diese Nennungen beruhen. Die meisten Kantone sichern die ausserkantonale Versorgung mittels interkantonalen Abkommen, wobei diese in fünf Kantonen für alle berücksichtigten Spitäler, in 16 für einen Teil davon gelten. Mit ausserkantonalen Spitalern schlossen 17 Kantone ein Abkommen ab, mit ausserkantonalen Spitalträgerschaften 14 Kantone. Einzig der Kanton Tessin gab an, mit keinen auf seiner

Spitalliste aufgeführten ausserkantonalen Spitälern oder anderen Kantonen Versorgungsvereinbarungen abgeschlossen zu haben (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Vereinbarungen mit anderen Kantonen oder ausserkantonalen Leistungserbringern

Sofern die Spitalliste Ihres Kantons auch ausserkantonale Spitäler aufführt, bestehen mit diesen oder deren Trägerschaften bzw. Standortkantonen vertragliche Vereinbarungen über die Spitalversorgung? (Frage 2.4)					
Art der Vereinbarung	in allen Fällen	N	in einzelnen Fällen	N	keine
mit dem Standortkanton	BL, BS, GE, OW, SH	5	AG, AR, BE, FR, GR, JU, LU, NE, NW, SO, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH	16	TI
mit der Trägerschaft (wenn Trägerschaft ≠ Standortkanton)			AG, BE, BL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SO, SZ, TG, VS, ZG	14	TI
mit dem Spital	GE, NE	2	AG, AI, AR, BL, FR, GR, JU, LU, NW, SO, SZ, VD, VS, ZG, ZH	15	BE, TI
Spital mit interkantonomer Trägerschaft	BL, BS	2	AI, BE, FR, JU, NE, NW, SZ, TG, UR, VS	10	TI

keine Antwort: GL, SG

Ebenfalls erfragt wurde der Verlauf allfälliger Verhandlungen über die Aufnahme ausserkantonomer Leistungserbringer auf die Spitalliste eines Kantons. Wie aus Tabelle 22 hervorgeht, führten 14 der antwortenden Kantone solche Verhandlungen, 10 nicht. Am häufigsten wurde dabei zwischen den Kantonen verhandelt, wobei in den meisten Fällen auch Spitäler bzw. Spitalträgerschaften direkt beteiligt waren. Diese Verhandlungen waren lediglich für den Kanton Jura mehrheitlich konfliktuell, während in drei Kantonen (BS, FR, SZ) vereinzelt Konflikte auftraten, welche in der Mehrheit bzw. alle (SZ) in einer Einigung mündeten. Konfliktlos und mit vollständiger Einigung verliefen die Verhandlungen für Nidwalden, Thurgau und Zug, während Aargau und Solothurn keine Konflikte angaben, jedoch nur in der Mehrheit der Verhandlungen eine Einigung erzielen konnten. Einzig die Verhandlungen des Kantons Zürich, der ebenfalls keine Konflikte vermerkte, waren nur in der Minderheit der Fälle erfolgreich.

Tabelle 22: Verhandlungen über die Berücksichtigung ausserkantonomer Leistungserbringer auf der Spitalliste

Kam es bei der Erstellung der ersten Spitalliste gemäss Art. 39 KVG in Zusammenhang mit der Berücksichtigung ausserkantonomer Versorgungsangebote zu Verhandlungen mit anderen Kantonen, Spitalträgerschaften oder Spitälern? (Frage 2.5)				
Verhandlungen	Verhandlungspartner	Kantone	N	
ja, mit...	anderen Kantonen	AG, BL, BS, FR, JU, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, VS, ZH	13	14
	ausserkantonomalen Spitalträgerschaften	AG, BL, JU, NW, SH, SO, SZ, VS, ZG	9	
	ausserkantonomalen Spitälern	BL, FR, JU, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG	11	
nein		AI, AR, BE, GE, GR, LU, NE, TI, UR, VD	10	

keine Antwort: GL, SG

Im Rahmen von Überarbeitungen der Spitalliste führten neben etlichen, bereits in Tabelle 22 genannten Kantonen, auch Bern, Genf und Graubünden, welche für die Erstellung der ersten Spitalliste noch darauf verzichtet hatten, Verhandlungen mit anderen Kantonen (BE, GE), Spitalträgerschaften (BE, GE, GR) und Spitälern (BE, GE, GR) (Frage 2.7). Dabei gab lediglich Bern an, es sei in der Minderheit der Fälle zu Konflikten gekommen, die mehrheitlich bereinigt werden konnten. Genf kam konfliktlos in allen Fällen zu einer Einigung (ebenso wie OW, TG, VS und ZG), während dies in Graubünden mehrheitlich der Fall war. In einer Minderheit der Verhandlungsfälle hatten auch die beiden Basler Halbkantone Konflikte zu bewältigen. Basel-Landschaft gelangte dabei immer zu einer Einigung, Basel-Stadt in einer Mehrheit. Ohne Konflikte kam es auch für Aargau, Schaffhausen, Solothurn und Zürich nur in einer Mehrheit der Fälle zu einer Einigung (Frage 2.8).

4.5.6 Berücksichtigung privater Leistungserbringer

Der "angemessene Einbezug privater Anbieter" in die Spitalliste ist eine Auflage von Art. 39 KVG, welche so ausgelegt wird, dass Leistungserbringer mit einer privaten Trägerschaft, die bereits bisher einen Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung geleistet haben, gegenüber öffentlichen Einrichtungen nicht benachteiligt werden dürfen (SDK 2002: 13). Sie sind ausserdem zu berücksichtigen, wenn ihre Kapazitäten zur Abdeckung eines gegenwärtigen oder künftigen Bedarfs nötig sind. Bei der Erstellung der Spitalliste haben die Kantone darauf zu achten, dass eine allfällige Nichtaufnahme einer Privatklinik bezüglich der wirtschaftlichen Folgen dem Verhältnismässigkeitsprinzip entspricht und dass ein allfälliger Kapazitätsabbau im Vergleich zum öffentlichen Sektor angemessen erfolgt (Salzmann 2003: 4f.).

Gemäss den geführten Expertengesprächen ist das Ausmass, in dem private Anbieter auf die Spitalliste aufgenommen wurden, davon abhängig, ob die betreffenden Spitäler allgemeine Abteilungen führen oder nicht, in welchem Umfang sie zur Versorgung der Kantonsbevölkerung beitragen und ob sie von der öffentlichen Hand subventioniert werden oder nicht. Weil die Kantone bisher nicht zur Finanzierung von Spitalaufenthalten in Privatspitälern verpflichtet sind⁴⁵, hat ein umfangreicher Einbezug privater Anbieter für die Kantone keine direkten finanziellen Konsequenzen. Deshalb seien die Kantone bisher gegenüber privaten Anbietern grosszügig gewesen.

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass aufgrund der bundesrätliche Rechtssprechung Halbprivat- und Privatabteilungen von Spitälern grundsätzlich einen Rechtsanspruch auf Berücksichtigung auf der Spitalliste geltend machen können, da eine Einschränkung des Leistungsangebots mittels Spitalliste im Zusatzversicherungsbereich nicht zulässig ist (Salzmann 2003: 8; vgl. Abschnitt 2.3). Eine Auswertung der bundesrätlichen Listenentscheide zeigt denn auch, dass von den 20 Beschwerden innerkantonaler Privatspitäler, welche die Aufnahme ihrer allgemeinen Abteilungen auf die Liste forderten, elf (55%) vom Bundesrat gutgeheissen wurden. Von den 83 Beschwerden ausserkantonaler Privatkliniken mit derselben Forderung waren 57 (68,7%) erfolgreich. Zwei weitere erreichten gar die Aufhebung der

⁴⁵ Die vom Bundesrat vorgeschlagene Reform der Spitalfinanzierung sieht die Einführung der dual-fixen Kostenaufteilung vor, d.h. die Spitalfinanzierung erfolgt unabhängig des Betriebsstatus je hälftig durch Kantone und Versicherer (vgl. Bundesrat 2004).

Spitalliste des betreffenden Kantons. Die meisten dieser Entscheide begründete der Bundesrat mit einer unrechtmässigen Bedarfsevaluation oder mit ungenügendem Einbezug privater Anbieter (eigene Erhebung).

Tabelle 23 gibt darüber Auskunft, wie die Kantone private Leistungserbringer, die keine öffentlichen Betriebs- oder Defizitbeiträge erhalten, im Vergleich mit öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern auf der Spitalliste aufführen. Dabei fällt in formeller Hinsicht zunächst auf, dass nur wenige Spitallisten nach Trägerschaft unterteilte Rubriken aufweisen. Die übrigen Listen weisen zwar in der Regel aus, ob ein Spital öffentlich, öffentlich subventioniert oder privat ist, tragen dieser Unterscheidung jedoch in der Gliederung nicht Rechnung.

Tabelle 23: Art der Berücksichtigung privater Leistungserbringer auf den Spitallisten

	Akutsomatik		Psychiatrie		Rehabilitation	
	Listen	N	Listen	N	Listen	N
eigene Rubrik in Liste	AG, BE, LU, NE ¹ , SO, SZ, VD	7	BE, VD	2	BE, LU, VD	3
keine Unterscheidung zwischen öff./privat	AR ¹ , BL, BS, FR, GE, GR, SH, TG ¹ , TI, ZG, ZH ¹	11	AG, SG, TG ¹ , TI, ZH ¹	5	AG, BS, GR, TG ¹ , TI, VS	6
keine privaten Anbieter im Kanton (gemäss Typologie des BFS)	AI, GL, JU, OW, NW, UR, VS	7	AI, AR ¹ , BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE ² , OW, NW, SH, SO, SZ, UR, VS, ZG	19	BL, FR, GE, GL, LU, NE ¹ , NW, OW, SH, SO, SZ, UR, ZG, ZH ¹	14
Gleiche Behandlung wie öffentliche Spitälern	AG, AR ¹ , BE, BL/BS, FR, GE, LU, SH, SO, SZ, TI, VD, ZG	13	AG, BE, OW ² , SG ² , TI, VD, ZH	7	AG, BE, BS, GR, NE ¹ , TG ¹ , TI, VD, VS	9
Spezifische Leistungsaufträge für einzelne Fachbereiche	GR, TG ¹ , TI, ZH ¹	4	TG ¹	1	ZH ^{1,2}	1
Zulassung nur für Zusatzversicherungsbereich (geteilte Liste)	AR ¹ , NE ¹ , ZH ¹	3			ZH ¹	1
nur private Anbieter im Kanton					AI, AR ¹ , JU	3

¹ Kanton mit geteilter Spitalliste: nur A-Liste berücksichtigt

² ausserkantonale Klinik(en)

Quelle: Dokumentenanalyse

In einem zweiten Schritt ist nun der Frage nachzugehen, ob bezüglich der Einbindung in die kantonalen Versorgungsstrukturen, welche in der Spitalliste abgebildet werden, Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerschaften bestehen. Diese Beurteilung erfolgt anhand eines Vergleichs der Form bzw. des Umfangs der in der Liste formulierten Leistungsaufträge.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Privatkliniken häufig um Spezialkliniken⁴⁶ handelt, welche oft ein weniger grosses Leistungsspektrum anbieten als öffentliche Spitäler (Jaeger/Helwig 2004: 6f.). Werden privaten Anbietern exklusive Leistungsaufträge erteilt, bedeutet das somit nicht a priori eine Einschränkung bzw. eine Ungleichbehandlung gegenüber öffentlichen bzw. subventionierten Spitälern. Es kann auch bedeuten, dass der Leistungsauftrag die von ihnen angebotenen Leistungen konkret umschreibt. Eine einschränkende Behandlung würde dann vorliegen, wenn der Leistungsauftrag einer Privatklinik nur einen Teil ihres tatsächlichen Leistungsangebotes abdeckt. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde allerdings kein solcher Vergleich vorgenommen.

Im Akutbereich (Allgemeinspitäler und Spezialkliniken), wo laut Krankenhausstatistik 2002 98 der 258 Spitäler privaten Status aufweisen (38%), sind auf 13 Spitallisten hinsichtlich der Art und Weise der Berücksichtigung keine Unterschiede zwischen öffentlichen, subventionierten und privaten Spitälern auszumachen.⁴⁷ Vier Kantone weisen privaten Leistungserbringern eingeschränkte, exklusive Leistungsaufträge für bestimmte Fachgebiete zu, während öffentliche bzw. subventionierte Betriebe in der Regel globale Leistungsaufträge erhalten. Hier ist davon auszugehen, dass Privatspitäler selektiv zur Ergänzung des kantonalen Versorgungsangebotes herangezogen werden. In dieser Gruppe finden sich auch zwei der vier Kantone mit geteilter Liste, welche einzelnen privaten Anbietern auch Leistungsaufträge in der allgemeinen Abteilung zuweisen. Drei dieser Kantone setzen zudem das System der geteilten Liste konsequent um, indem sie einzelne Privatkliniken nur im Zusatzversicherungsbereich zulassen.

Im Psychatriebereich, wo sich gemäss der Krankenhausstatistik 2002 mit 11 von 61 Kliniken (18%) ein wesentlich geringerer Anteil privater Anbieter findet, sind bezüglich der Leistungsaufträge kaum Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Anbietern festzustellen. Lediglich einer (TG) der acht Kantone mit privaten Psychatriekliniken auf der Spitalliste weist den privaten Kliniken spezifische, den öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern allgemeine Leistungsaufträge zu. Auch bei den Rehabilitationskliniken, die zu 58% privat sind (26 von 45 gemäss Krankenhausstatistik 2002) erteilt nur gerade ein Kanton (ZH) privaten Kliniken im Gegensatz zu öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Anbietern nicht globale, sondern spezifische Leistungsaufträge. Der Kanton Zürich führt zudem einzelne Rehabilitationskliniken gar nur auf der B-Liste auf, d.h. sie sind nur für die Behandlung von zusatzversicherten PatientInnen zugelassen. In den beiden Appenzell sowie im Jura finden sich nur private Rehabilitationskliniken, somit besteht keine Vergleichsmöglichkeit mit öffentlichen Anbietern.

Ausser im Angebotsspektrum unterscheiden sich private Kliniken von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern dadurch, dass sie rund dreimal mehr Pflegetage für aus-

⁴⁶ 53 der 134 in der Krankenhausstatistik 2002 als Privatspitäler geführten Betriebe (39,5%) sind "andere Spezialkliniken".

⁴⁷ Im Kanton Aargau z.B. sind Privatkliniken "gemäss ihrem Leistungsumfang am (Stichdatum)" oder "gemäss Betriebsbewilligung" auf der Liste aufgeführt, d.h. mit ihrem gesamten Angebotsspektrum. Die Kantone Genf und Solothurn bspw. unterscheiden auf ihrer Spitalliste zwischen einem "Leistungsauftrag" für die öffentlichen und dem "Leistungsangebot" für die privaten Spitäler.

serkantonale PatientInnen erbringen (2002: 29,5% bzw. 10,4%; Jaeger/Helwig 2004: 8).⁴⁸ Dieser Umstand kann dazu führen, dass Kantone Privatkliniken auch dann auf ihre Spitalliste aufnehmen, wenn sie nicht wesentlich zur Versorgung der eigenen Kantonsbevölkerung beitragen, um den ausserkantonalen PatientInnen den Zugang weiterhin zu ermöglichen. Dieses Argument wurde beispielsweise vom Kanton Schwyz oder im Fall der Aargauer Rehabilitationskliniken explizit vorgebracht.

4.5.7 Fazit zu den Spitallisten

Zusammenfassend ist zu den kantonalen Spitallisten festzustellen, dass eine breite Vielfalt in der Form und inhaltlichen Gestaltung besteht. In den 26 Kantonen finden sich Ende 2004 30 Spitallisten, wobei einzig Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine gemeinsame Liste für den somatischen Akutbereich führen, während die übrigen Kantone über eine oder mehrere (Freiburg, Neuenburg, Zürich) eigenständige Spitallisten verfügen. Im Kanton St. Gallen besteht bisher lediglich eine Spitalliste für die Betriebe im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Liste für die übrigen Spitäler fehlt.

Im Vergleich zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Spitalplanung sind zumeist weniger Akteure an der Erarbeitung der Spitalliste beteiligt, wobei die passive Form der Stellungnahme gegenüber der aktiven Mitwirkung überwiegt. Am häufigsten können sich die öffentlichen Spitäler und die Krankenversicherer einbringen. Bei der Bestimmung derjenigen Anbieter, die im Rahmen der OKP zur Leistungserbringung zugelassen sind, kamen harte Beurteilungskriterien nur bedingt zur Anwendung. Die Kantone orientierten sich weitgehend am Status quo. Wie auch die Fallstudien zeigen, enthielten die ersten Spitallisten von vier der sechs untersuchten Kantone alle im Kanton vorhandenen stationären Leistungserbringer im Akut-, Psychiatrie- oder Rehabilitationsbereich. Lediglich Zürich verweigerte einigen Regionalspitalern die Zulassung ihrer allgemeinen Abteilungen zur Tätigkeit zulasten der OKP, und in Graubünden hatten einzelne Anbieter von sich aus auf die Aufnahme auf die Spitalliste verzichtet (vgl. Abschnitte 5.4.1-5.4.6).

Die Spitalliste wurde mit Ausnahme von Jura, Uri und Wallis und von Teillisten in Neuenburg, St. Gallen und Zürich in allen Kantonen von den Krankenversicherern oder von einzelnen Spitalern beim Bundesrat angefochten. Lediglich sieben Listen wurden in diesen Beschwerdeverfahren vollumfänglich gestützt, die übrigen mussten entweder angepasst oder überarbeitet werden oder wurden vom Bundesrat aufgehoben. Dieser Befund weist zum einen auf das grosse Konfliktpotenzial hin, das in den kantonalen Spitallisten liegt (vgl. Abschnitt 4.6), zum anderen auf eine latente Unsicherheit seitens der Kantone bei der Umsetzung von Art. 39 KVG.

Das eigentliche Steuerungsinstrument der Spitalliste sind die Leistungsaufträge an die Spitäler. Diese sind in der Regel breit gefasst und offen gehalten, um sowohl den planenden Kantonen als auch den geplanten Leistungserbringern grösstmögliche Flexibilität zu belassen. Gleichzeitig besteht so jedoch grosser Interpretationsspielraum, der eine präzise Leistungssteuerung und unter Umständen auch eine Kapazitätsreduktion erschwert. Das Fehlen einer

⁴⁸ Noch grösser ist der Unterschied bei PatientInnen ausländischer Herkunft. Auf solche entfallen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalern 1,5% der Pflagestage, in Privatkliniken 6,8% (Jaeger/Helwig 2004: 8).

gesamtschweizerisch einheitlichen und verbindlichen Kategorisierung der Leistungsaufträge und Versorgungsstufen erschwert zudem die interkantonale Spitalplanung und damit die Koordination der Spitalversorgung.

Vier Kantone führen eine geteilte Spitalliste und folgen so der bundesrätlichen Grundkonzeption, die Leistungen zulasten der OKP zu planen und mittels Leistungsaufträgen Überkapazitäten abzubauen, während im Zusatzversicherungsbereich der Wettbewerb spielen soll. Eine Kapazitätszuweisung an diejenigen Abteilungen, welche nur OKP-versicherte PatientInnen behandeln, erfolgt nur in 12 der 30 Spitallisten.

Entgegen einer Empfehlung der SDK enthalten die Spitallisten der meisten Kantone auch ausserkantonale Spitäler. Zumeist handelt es sich dabei um Anbieter, mit denen der betreffende Kanton Versorgungsabkommen abgeschlossen hat, insbesondere für spezifische Leistungen, die im eigenen Kanton nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen, oder um für die Bevölkerung von Grenzregionen den Zugang zu nahe gelegenen Spitälern sicherzustellen. Dies ist u.a. auf die Finanzierungsregelungen im KVG zurückzuführen, welche bei ausserkantonalen Hospitalisationen zu finanziellen Mehrbelastungen des Wohnkantons und/oder zu Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten führen können. Da die Erwähnung ausserkantonomer Spitäler auf einer Spitalliste keinen Einfluss auf die Leistungspflicht der OKP hat, solange die betreffenden Anbieter auf der Spitalliste ihres Standortkantons aufgeführt sind, dient die Spitalliste im Fall ausserkantonomer Spitäler den Kantonen dazu, die Aufteilung der Finanzierung ausserkantonomer Hospitalisationen ihrer Einwohner zu regeln.

Hinsichtlich der Berücksichtigung privater Spitäler auf den kantonalen Spitallisten ist zunächst festzuhalten, dass gemäss der bundesrätlichen Rechtssprechung Spitalabteilungen, welche Leistungen im Zusatzversicherungsbereich erbringen, einen Rechtsanspruch auf Erwähnung auf der Spitalliste haben. Dieser Umstand schränkt den potenziellen Wirkungssperimeter von Art. 39 KVG ein, da diese Leistungen von der OKP mitfinanziert werden, den Kantonen jedoch die Möglichkeit genommen ist, die Kapazitäten der betreffenden Halbprivat- und Privatabteilungen durch die Spitalliste zu begrenzen. Hier zeigt sich bezüglich des Ziels der Kostendämpfung ein funktioneller Mangel in der bundesrätlichen Konzeption der getrennten Versicherungsbereiche.

Im OKP-Bereich werden in der Psychiatrie und der Rehabilitation private Anbieter weitgehend gleichartig auf den kantonalen Spitallisten berücksichtigt, wie öffentlich und öffentlich subventionierte Spitäler. Unterschiedlich wird der Einbezug privater Akutspitäler gehandhabt. Hier finden sich einzelne Kantone, welche private Anbieter nur selektiv berücksichtigen, um das öffentliche Versorgungsangebot mit spezifischen Behandlungen zu ergänzen.

4.6 Konflikte in Zusammenhang mit der Erarbeitung der Planungen und Listen

Die Spitalplanung legt wichtige Rahmenbedingungen der kantonalen Gesundheitsversorgung im stationären Bereich fest. Sie tangiert sowohl die Entscheidungskompetenz der davon erfassten Spitäler als auch den Umfang des Versorgungsangebots. Indem die Spitalliste festlegt, welche stationären Einrichtungen über die OKP finanziert werden dürfen, hat sie für die Leistungserbringer, aber auch für die Krankenversicherer eine zentrale Bedeutung. Gleichzei-

tig sind mit der Versorgungssituation und dem Arbeitsmarkt auch wesentliche Interessen der Bevölkerung involviert (vgl. Hammer et al. 2000b: 42f.). Dementsprechend ist bei der Umsetzung der Spitalplanung, d.h. bei der Festlegung der Spitalliste und der Leistungsaufträge, ein grosses Konfliktpotenzial gegeben. Darauf weisen auch die in Abschnitt 4.5.1 bereits erörterten zahlreichen Beschwerden beim Bundesrat gegen die kantonalen Spitallisten hin. Die folgenden Abschnitte beschreiben, zu welchen Konflikten die kantonalen Planungen und Listen Anlass gaben, welche Akteure und welche Interessen daran beteiligt waren bzw. sind, wie diese Konflikte verliefen, in welchen Arenen sie ausgetragen, wie und mit welchem Ergebnis sie bearbeitet wurden und wie sie sich auf die kantonale Spitalplanung auswirkten. Gemäss den Expertengesprächen treten Konflikte in der Regel dann auf, wenn die Planung der Öffentlichkeit vorgestellt wird und in Form einer Spitalliste konkretisiert wird. Die eigentliche Planungsphase ist dagegen kaum konfliktreich. Als zentrale Konfliktfelder wurden einerseits regionalpolitische Aspekte genannt, d.h. der Widerstand von Spitälern und der Bevölkerung gegen einen mit der Schliessung von Betrieben oder Abteilungen verbundenen Leistungs- und Personalabbau, andererseits auf der Ebene der Spitäler die Zuweisung der Leistungsaufträge, welche nicht immer auf objektiven Kriterien beruhe und zu Unklarheiten und Abgrenzungsproblemen, insbesondere zwischen KVG- und Vorhalteleistungen, führe. In der Kantonsbefragung wurden die wesentlichen Konfliktdimensionen, die beteiligten Akteure und die Form der Konfliktregelung in Zusammenhang mit der Spitalplanung und den Spitallisten ermittelt. Dabei ist hinsichtlich des zeitlichen Auftretens der Konflikte festzustellen (vgl. Tabelle 24), dass vor allem die Planung und die erstellte Liste Anlass zu Konflikten boten, der Prozess der Listenerarbeitung hingegen etwas weniger häufig Konfliktgegenstand darstellte.

Tabelle 24: Auftreten von Konflikten in Zusammenhang mit der Spitalplanung und der Spitalliste

War seit Inkrafttreten des KVG 1996 die Spitalplanung Gegenstand von Konflikten zwischen oder unter Spitälern, den Kantonsbehörden, Versicherern und allenfalls anderen Akteuren? (Frage 1.12)		
Ja	BE, BS, FR, GE, GR, JU, NE, SG, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	16
Nein	AG, AI, AR, BL, LU, NW, OW, SH, UR	9
Kam es in Zusammenhang mit der Erstellung der kantonalen Spitalliste gemäss Art. 39 KVG, d.h. vor deren Erlass, zu Konflikten zwischen oder unter Spitälern, den Kantonsbehörden, Versicherern und allenfalls anderen Akteuren? (Frage 2.9)		
Ja	AG, BE, BL, BS, GR, LU, SG, SO, TI, UR, VD, ZG	12
Nein	AI, AR, FR, GE, JU, NE, NW, OW, SH, SZ, TG, VS, ZH	13
Kam es nach dem Erlass der kantonalen Spitalliste gemäss Art. 39 KVG zu Konflikten zwischen oder unter Spitälern, den Kantonsbehörden, Versicherern und allenfalls anderen Akteuren? (Frage 2.17)		
Ja	AG, AR, BE, BL, BS, FR, GR, LU, NE, SG, SO, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	17
Nein	AI, GE, JU, NW, OW, SH, SZ, UR	8

In vier Kantonen (AI, NW, OW, SH) sind gemäss den eingegangenen Antworten überhaupt keine Konflikte aufgetreten, in Appenzell Ausserrhoden gab erst die publizierte Liste Anlass zu Auseinandersetzungen. In ebenfalls vier Kantonen (AG, BL, LU, UR) war die Planung unbestritten, jedoch die Liste ein Konfliktgegenstand. In Genf, Jura und Schwyz kam es zu Konflikten in Zusammenhang mit der Planung, jedoch nicht bezüglich der Spitalliste, in

Freiburg, Neuenburg, Thurgau, Wallis und Zürich war lediglich die Listenerstellung kein Konfliktgegenstand, und in acht Kantonen (BE, BS, GR, SG, SO, TI, VD, ZG) erwiesen sich alle drei Phasen als umstritten. Das Auftreten von Konflikten steht nicht systematisch mit dem Partizipationsgrad der Planungen bzw. Listenerstellung (vgl. Abschnitte 4.3 und 4.5.2) in Zusammenhang. Allerdings fällt auf, dass in den kleinen ländlichen Kantonen der Zentral- und Ostschweiz die Spitalplanungsdiskussion am ehesten konfliktfrei verlief.

4.6.1 Hauptakteure der Konflikte

Tabelle 25 enthält die aus der Kantonsbefragung resultierenden Antworten zu den Akteuren in den Konflikten, die im Rahmen der Umsetzung von Art. 39 KVG durch die Kantone auftraten (Fragen 1.13, 2.10 und 2.18). Erwartungsgemäss erwiesen sich dabei die Krankenversicherer und die Spitäler als Hauptakteure. Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Umsetzungsphasen und bezüglich der Komplexität der Konfliktkonstellationen. In Zusammenhang mit der Spitalplanung waren Spitäler in 11, Versicherer in 9 der 16 Kantone mit Konflikten in dieser Phase involviert. Bei der Erstellung der Spitalliste wurden die Versicherer häufiger als Konfliktpartei genannt (9 von 12 Fällen, im Gegensatz zu den Spitälern in 6 von 12 Fällen). Es kann vermutet werden, dass den Anliegen der Spitäler oft bereits in den Planungsprozessen Rechnung getragen wurde und die Versicherer ihre Interessen erst in Zusammenhang mit den Listen, welche sie finanziell direkt betreffen, geltend machten. Dasselbe gilt für Konflikte um die erstellte Spitalliste, bei denen die Versicherer in 12 von 17 Fällen genannt wurden, Spitäler von 13 Kantonen (davon neunmal explizit Privatspitäler). Die meisten in der Kantonsbefragung genannten Konflikte stehen mit dem Erlass der Spitalliste in Zusammenhang.

Tabelle 25: Hauptakteure der Konflikte im Rahmen der Umsetzung von Art. 39 KVG

Welches waren die Hauptakteure dieser Konflikte? (Fragen 1.13, 2.10 und 2.18)						
	Planung		Listenerstellung		Spitalliste	
Versicherer	BE, BS, FR, GE, GR, SG, SZ, TG, TI	9	AG, BE, BS, LU, SG, SO, TI, UR, VD	9	AG, AR, BE, BL, BS, FR, GR, LU, SG, TG, TI, ZH	12
Spitäler	BE, BS, GE, GR, NE, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH	11	BE, BS, GR, SO, UR, ZG	6	AR, BL, BS, GR, SG, VS, ZH	7
Privatspitäler					BE, BS, NE, SG, SO, TG, VD, ZG, ZH	9
Gemeinden/Bezirke	FR, JU, SO, VS	4	TI	1		
Berufsverbände	BE, NE	2	BE	1		
Bevölkerung	FR, NE	2				
Kantone			BL, BS	2		
Behörden der Spitalregionen					BE, BL, GR, VS	4
Ausserkantonale Leistungserbringer					VD, ZH	2

In rund der Hälfte der Kantone (AR, BE, BL, BS, GE, GR, SG, SO, SZ, TG, UR, ZH) traten in mindestens einer der drei unterschiedenen Phasen sowohl Spitäler als auch Versicherer gleichzeitig als Konfliktpartei auf. In den übrigen Kantonen, welche auf Konflikte hinwiesen, waren jeweils nur entweder Spitäler oder Versicherer involviert. Die komplexesten Konfliktkonstellationen ergaben sich infolge der erstellten Spitallisten. In 8 von 17 Kantonen finden sich multiple Konfliktfronten mit mehreren beteiligten Akteuren.

Neben den Spitälern und Versicherern finden sich weitere Akteure. In insgesamt acht Kantonen (BE, BL, FR, GR, JU, SO, TI und VS) traten Gemeinden oder Bezirke bzw. Behörden der Spitalregionen als Konfliktpartei auf, und zwar hauptsächlich in Zusammenhang mit der Spitalplanung und nach Publikation der Spitalliste. Dabei stellten die Existenz, der Standort oder der Leistungsumfang eines Spitals die wesentlichen Konfliktgegenstände dar. Von Bern und Neuenburg wurden die Berufsverbände als Konfliktparteien genannt, die ihre arbeitsplatzbezogenen Interessen von der Spitalplanung gefährdet sahen und zu verteidigen suchten. Ebenfalls zu erwähnen ist ein interkantonaler Konflikt. Bei der Erarbeitung der gemeinsamen Spitalliste der beiden Basel traten Unstimmigkeiten bezüglich des Spitalabkommens zwischen den beiden Kantonen auf. Dieser Umstand liefert einen weiteren Hinweis auf die Problematik und das Konfliktpotenzial kantonsübergreifender Planungen. Da die meisten übrigen Kantone eigenständige Planungen erarbeiteten, konnten sie derartige Probleme weitgehend vermeiden. Allerdings verliefen auch die Verhandlungen über die Aufnahme ausserkantonaler Betriebe auf die Spitalliste nicht immer konfliktfrei (vgl. Abschnitt 4.5.5).

Die ebenfalls von der Spitalplanung und den Spitallisten betroffene Bevölkerung wurde im Rahmen der Kantonsbefragung kaum als Hauptakteur genannt, obwohl der Widerstand gegen Schliessungen von oder Leistungsabbau an Spitälern mehrfach als ein zentraler Einflussfaktor auf die kantonale Spitalplanung identifiziert wurde (Expertengespräche; vgl. auch Abbildung 5). Lediglich Freiburg und Neuenburg führten sie diesbezüglich explizit als Akteur in Konflikten an.⁴⁹ Diese Diskrepanz kann zum einen mit der Formulierung der entsprechenden Einleitungsfrage (vgl. Tabelle 24), zum anderen mit dem Kontext der Kantonsbefragung erklärt werden. Diese richtete sich an die für die Spitalplanung zuständigen Verwaltungsstellen. Deren Mitarbeiter befassen sich häufiger mit konkreten Sachgeschäften als mit allgemeinen politischen Fragen und stehen deshalb vorwiegend mit anderen Verwaltungsstellen sowie mit den wesentlichen Akteuren in ihrem konkreten Regelungsfeld, d.h. hier mit den Spitälern, Versicherern und diversen anderen Organisationen, in Kontakt. In der Wahrnehmung der antwortenden Personen sind deren Interessenartikulationen somit naheliegenderweise eher präsent als die nicht immer in organisierter Form vorgebrachten Anliegen der von der Spitalplanung betroffenen Bevölkerungsgruppen. Die aus der Kantonsbefragung resultierenden Antworten zeichnen somit ein unvollständiges Bild, das jedoch durch die exemplarischen Fallstudien zu den kantonalen Umsetzungsprozessen (Kapitel 5) vervollständigt wird.

⁴⁹ Von sieben weiteren Kantonen wurden Gemeinden und Bezirke bzw. die Behörden von Spitalregionen als Konfliktparteien genannt. Es ist anzunehmen, dass auch diese im Interesse ihrer Bevölkerung auftraten.

4.6.2 Hauptsächliche Konfliktpunkte

In den genannten Konflikten stellten in allen Umsetzungsphasen Anliegen in Zusammenhang mit der Anerkennung, dem Leistungsauftrag und den Versorgungskapazitäten von Spitälern die Hauptgegenstände dar (vgl. Tabelle 26). Während sich Spitäler in der Regel gegen Einschränkungen ihres Leistungsangebotes oder gar gegen ihre Umwandlung oder Schliessung zur Wehr setzten, forderten auf der anderen Seite die Krankenversicherer von den Kantonen einen stärkeren Abbau der vorhandenen Versorgungskapazitäten. Die genannten Konfliktgegenstände sind somit in beide Richtungen hin zu interpretieren.

Tabelle 26: Hauptsächliche Konfliktpunkte in Zusammenhang mit der Umsetzung von Art. 39 KVG

Welches waren die hauptsächlichen Konfliktpunkte? (Fragen 1.14, 2.11 und 2.19)						
	Planung		Listenerstellung		Spitalliste	
Umwandlung oder Schliessung von Abteilungen oder Spitälern, Aufnahme auf die Spitalliste	BE, JU, NE, SG, SO, VD, ZG, ZH	8	BE, LU, SG, SO, TI, UR, ZG	7	AG, AR, BE, BL, LU, NE, SO, VD, ZH	9
Leistungsaufträge	BS, FR, GR, NE, TG, VD, VS	7	BS, GR, SG	3	BS, GR, TG, VS, ZH	5
Bettenkapazitäten	BS, FR, SZ, TI, ZG	5	BS, SG, TI, VD	4	BL, BS, FR, TI	4
Berücksichtigung eines Privatspitals	GE, SZ, ZG	3				
Verfahren und Organisation der Planung	BS, SG	2				
Probleme bei Zusammenarbeit	NE	1				
Planungsziele	GE	1				
Interkantonale Abkommen			BL, BS	2		
Offenheit, Konkretisierung der Liste			AG	1		
Verfahrensfragen, Kompetenzzuteilung			BS	1	BS, VS	1
Wirkung der festgelegten Bettenzahl					ZG	1
Geltung für Zusatzversicherte					ZG	1
Rechtmässigkeit der Spitalplanung					SG	1

Als weitere Konfliktgegenstände erwähnten drei Kantone (BS, GE und SG) organisatorische Aspekte bzw. das Ziel der Planung. Neuenburg gab an, die Spitäler hätten mit der vom Kanton verlangten engeren Zusammenarbeit Probleme gehabt. Neben den bereits angesprochenen Problemen der beiden Basler Kantone mit dem interkantonalen Spitalabkommen nannten einzelne Kantone weitere Konflikte in Zusammenhang mit der Spitalliste. So kam es im Kanton Wallis zu einer Auseinandersetzung mit den Behörden der Spitalregionen, weil die Zuständigkeit für die Finanzierung von Spitalleistungen nicht eindeutig geklärt war. In Zug

waren der Geltungsbereich und die Wirkung der Spitalliste Konfliktgegenstand. In St. Gallen wurden die Bedarfsplanung beanstandet, insbesondere der Einbezug ausserkantonaler und privater Leistungserbringer.

In der Kantonsbefragung wurde offen nach dem grössten Widerstand gegen die kantonalen Spitallisten gefragt. Die eingegangenen Antworten sind in Tabelle 27 wiedergegeben und zeigen ein relativ breites Spektrum, wobei der Widerstand von – vermutlich nicht auf der Liste berücksichtigten oder in ihrem Leistungsspektrum eingeschränkten – Spitälern am häufigsten genannt wird. Damit in Zusammenhang steht aus Sicht der Bevölkerung die Angst um Arbeitsplätze, die aufgrund des Abbaus von Überkapazitäten verloren gehen können, sowie die Angst vor Versorgungslücken oder einer Einschränkung der freien Spitalwahl. Der viermal genannte "regionale/politische Widerstand" umfasst all diese Aspekte. Insgesamt nannten 16 antwortende Kantonsvertreter Faktoren in Zusammenhang mit der angestrebten Kapazitätsreduktion als grössten Widerstand gegen die Spitalliste. Von vier Kantonen wurden die Krankenversicherer als wichtige Quelle von Widerstand genannt. Drei davon gaben auch an, versorgungspolitische Opposition erfahren zu haben, weshalb zumindest in diesen Fällen nicht von einseitigen, sondern von komplexer gelagerten Spannungsfeldern auszugehen ist. Während Basel-Stadt nicht näher spezifizierte Eigeninteressen als Widerstandsgrund nannte, verweisen die Antworten von Freiburg und Luzern auf Systemprobleme, die sich auf die Bedeutung der Spitalfinanzierungsmechanismen beziehen. Die Kantone Obwalden und Schwyz gaben an, die Spitalliste habe überhaupt keinen Widerstand erfahren.

Tabelle 27: Grösster Widerstand gegen die Spitallisten

Welches sind Ihrer Ansicht nach die grössten Widerstände gegen die kantonalen Spitallisten? (Frage 3.10)		
Privatspitäler	AR, BL, NE, SG, UR, ZG	6
Leistungserbringer, die nicht mehr berücksichtigt werden	BE, VD, ZH	3
Interessen der Spitäler	TG	1
Reduktion der Leistungsbereiche	GR	1
Belegärzte	ZG	1
Angst um Arbeitsplätze	AG, FR, ZH	3
Angst vor Versorgungslücke	AG, ZH	2
Eingeschränkte Wahlfreiheit	TG	1
Regionaler und/oder politischer Widerstand	FR, SO, TI, VS	4
Krankenversicherer	AG, AI, SG, VD	4
Eigeninteressen	BS	1
Verschiedene Finanzierungspartner	FR	1
Leistungsverträge müssten über das Budget, nicht über die Spitalplanung definiert werden	LU	1
Keine Widerstände	OW, SZ	2

keine Antwort: GE, JU, NW, SH

4.6.3 Konfliktbewältigung und Auswirkungen auf Spitalplanung und Spitalliste

Wie Tabelle 28 zeigt, erfolgte die Regelung der diversen Konflikte in den meisten Fällen über den Weg einer Bundesratsbeschwerde nach Art. 53 KVG, insbesondere im Fall von Konflik-

ten infolge der Spitalliste. In sieben Kantonen gelang es nach Angabe der Befragten, eine einvernehmliche Regelung mit allen Beteiligten zu finden, wobei dieser Lösungsweg nicht als Ersatz für Bundesratsentscheide interpretiert werden kann, da es in denselben Kantonen jeweils auch Beschwerdeverfahren kam.

Insbesondere Konflikte in Zusammenhang mit der Spitalplanung wurden teilweise über den kantonalen politischen Prozess, d.h. via Kantonsparlament, Regierungsbeschlüsse oder Volksabstimmung ausgetragen. Dieses Ergebnis ist nahe liegend, handelt es sich doch bei den Spitallisten in der Regel um einen Regierungsbeschluss, der dem politischen Entscheidungsprozess weitgehend entzogen ist und auf juristischem Weg beanstandet werden kann. In den beiden Kantonen Waadt und Zürich wurden umstrittene Fragen von der Kantonsregierung hierarchisch entschieden, wobei in beiden Fällen die Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste verweigert wurde. Auf Regierungsebene erfolgte auch die Konfliktbewältigung zwischen den beiden Basler Kantonen, welche ein neues interkantonales Abkommen abschlossen.

Im Wallis wurde das Réseau Santé Valais geschaffen, um die Kompetenzstreitigkeiten zwischen dem Kanton, den Spitalträgerschaften und Gemeinde- bzw. Bezirksbehörden zu bereinigen, in Schwyz erfolgte die Konfliktbearbeitung im Rahmen von Projekt- und Kommissionsarbeit, welche letztlich zur Genehmigung der Spitalliste führte. In Uri wurde eine Beschwerde zurückgezogen, einzig in St. Gallen konnte keine Einigung über die umstrittene Spitalliste erzielt werden.

Tabelle 28: Regelung der Konflikte in Zusammenhang mit der Umsetzung von Art. 39 KVG

Wie wurden diese Konflikte geregelt (Entscheidungsverfahren, Ergebnis)? (Fragen 1.15, 2.12 und 2.20)						
	Planung		Listenerstellung		Spitalliste	
Bundesratsentscheid	GE, GR, SG, TG, TI, ZG	6	AG, LU, TI, ZG	4	AG, AR, BE, BL, FR, GR, LU, NE, SG, TG, VD, ZG, ZH	14
Einvernehmlich mit allen Beteiligten	BS, FR, NE	3	BS, GR, SO, VD	4	BL, BS, SO	3
Entscheid via politischem Prozess	BE, JU, SO, VD, ZG	5	BE	1		
Entscheid des Regierungsrats	ZH	1			VD	1
Schaffung einer Führungsstruktur	VS	1			VS	1
Projekt- und Kommissionsarbeit	SZ	1				
Neues interkantonales Abkommen			BL, BS	2		
Rückzug der Beschwerde			UR	1		
Keine Einigung			SG	1		

Tabelle 29: Parlamentsvorstösse und/oder Debatten zur Spitalplanung

War seit Inkrafttreten des KVG 1996 die Spitalplanung in Ihrem Kanton jemals Gegenstand parlamentarischer Vorstösse und Debatten? (Frage 1.11)				
War seit Inkrafttreten des KVG 1996 die Spitalliste in Ihrem Kanton jemals Gegenstand parlamentarischer Vorstösse und Debatten? (Frage 2.16)				
	Spitalplanung		Spitalliste	
Ja	AG, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, NE, NW, SG, SH, SO, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	19	BS, GR, SG, SH, SO, TI, VD, VS, ZG, ZH	10
Nein	AI, AR, LU, OW, UR	5	AG, AI, AR, BE, BL, FR, GE, JU, LU, NW, OW, TG, UR	13
Nicht bekannt	SZ	1	NE, SZ	2

Aus Tabelle 29 geht hervor, dass die Spitalplanung seit 1996 in 19 Kantonen auch Gegenstand parlamentarischer Vorstösse war – lediglich in den Kleinkantonen Appenzell Inner- und Ausserrhoden, Obwalden und Uri sowie Luzern wurde dieses Thema nicht politisch thematisiert. Zu den kantonalen Spitallisten sind weniger parlamentarische Debatten oder Vorstösse zu verzeichnen. Dies kann damit erklärt werden, dass die Spitalplanung häufig Grundsatzfragen zur Ausgestaltung der Spitalversorgung aufwirft, welche zu entsprechenden politischen Diskussionen Anlass geben, die Spitallisten demgegenüber eher konkrete Sachfragen betreffen, insbesondere die Stellung einzelner Spitäler.

Neben den diversen Wegen der Konfliktbearbeitung interessierten in der Kantonsbefragung auch die Auswirkungen der Konflikte auf die Spitalplanungen und die Listen (Fragen 1.16, 2.13 und 2.21). Am häufigsten wurden dabei die Überarbeitung der Spitalplanung (6 Kantone) bzw. die Anpassung der Spitalliste (10 Kantone) genannt, was in den meisten Fällen auf einen bundesrätlichen Beschwerdeentscheid zurückzuführen ist. Neben diesen materiellen bzw. inhaltlichen Auswirkungen kamen auch prozessuale und organisatorische Änderungen zur Sprache. Insgesamt achtmal wurden Verzögerungen bei der Umsetzung der Planung bzw. des Listenerlasses genannt, während demgegenüber der Konflikt in Freiburg zur Schaffung neuer Führungsstrukturen führte und die Planung beschleunigte. Auch in Basel-Stadt kam es zu einer Anpassung der Planungsorganisation. Durch Einbezug aller Betroffenen konnte eine Verfahrensoptimierung erreicht werden. In Bern führte der Konflikt zu einer Änderung der Planungsphilosophie und zur Bildung von Spitalgruppen (vgl. auch Abschnitt 5.4.2). Der Kanton St. Gallen, dessen Spitalliste durch einen Bundesratsentscheid aufgehoben wurde, verzichtete bisher auf die Erarbeitung einer neuen Liste (vgl. Abschnitt 4.5.1).

5 Umsetzungsprozesse und Fallbeispiele

Idealtypisch bedeutet Planung, "auf der Basis von ausreichenden Informationen über die Bedingungen und Wirkungsbeziehungen in dem zu planenden Bereich (a) Planungsziele zu definieren (z.B. bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit wirtschaftlichen, wirksamen und zweckmässigen medizinischen Leistungen), (b) Mittel zu ihrer Verwirklichung zu bestimmen (Festlegung von Kapazitäten/Leistungen/finanziellen Mitteln etc.) und (c) eine oder mehrere Durchsetzungsstrategien vorzulegen (Erlass der Spitalliste und der Leistungsaufträge)" (SDK 2002: 7).⁵⁰ Der in den Planungszielen festgelegte Soll-Zustand soll mit dem Ist-Zustand verglichen werden. "Aus dieser Gegenüberstellung werden die Überkapazitäten, die fehlenden Kapazitäten und die Über- und Unterversorgung an Leistungen ersichtlich." Allfällige Überkapazitäten sind mittels geeigneter Massnahmen abzubauen (SDK 2002: 10).

Nachdem das vorangehende Kapitel die ersten beiden Schritte behandelte, legt nun dieses Kapitel den Fokus auf die Umsetzungsprozesse der kantonalen Spitalplanungen und insbesondere der aus ihnen hervorgehenden Spitallisten. Nach einem gerafften gesamtschweizerischen Überblick wird das Vorgehen von sechs Kantonen (Aargau, Bern, Graubünden, Jura, Waadt und Zürich) als exemplarische Fallbeispiele näher ausgeführt. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die verschiedenen Vorgehensweisen der Kantone, die dabei aufgetretenen Konfliktkonstellationen und deren Bewältigung sowie die Auswirkungen auf die kantonalen Spitallandschaften.

5.1 Umsetzungsstrategien der Kantone

Bisher wurde die Spitalplanung vorwiegend unter dem Blickwinkel der Bedarfsermittlung und der Zulassung von Spitälern zur Tätigkeit zulasten der OKP betrachtet. Dies entspricht weitgehend dem Art. 39 KVG implizit zugrunde liegenden Politikkonzept. Die kantonalen Planungen gehen jedoch in zahlreichen Fällen inhaltlich über die Festsetzung bedarfsgerechter Versorgungskapazitäten hinaus und befassen sich gleichzeitig auch mit vom KVG unabhängigen spitalpolitischen Fragen wie den Organisationsprinzipien der kantonalen Spitalversorgung und den Mechanismen ihrer Finanzierung. Mehrere Kantone nahmen die Pflicht, eine KVG-konforme Spitalliste zu erstellen zum Anlass, neue Versorgungskonzepte zu erarbeiten oder hatten dies unabhängig vom KVG bereits vor 1996 getan. Diese Planungsberichte weisen den Status eines spitalpolitischen Leitbildes auf und hatten nicht nur die Erstellung einer Spitalliste zum Ziel, sondern skizzierten weiterführende spitalpolitische Veränderungen, die teilweise auch mit einer Revision des kantonalen Spitalgesetzes in Zusammenhang standen. Tabelle 46 im Anhang gibt Hinweise darauf, in welchen Kantonen derartige Reformbemühungen in Gang waren und mit der Spitalplanung in Zusammenhang gestanden haben dürften.

⁵⁰ Ähnliche Konzeptionen finden sich auch bei der Sektion Gesundheitsökonomie (1994), Müller (1996) und Nyfeler et al. (1997)

Vor diesem Hintergrund gilt es zu berücksichtigen, dass sich die kantonalen Massnahmen zur Umsetzung der Spitalplanungen und –listen nicht auf die Zulassung von Spitälern, die Festlegung von Versorgungskapazitäten und die Erteilung von Leistungsaufträgen beschränken. Über diese strukturellen Aspekte hinaus können sie gleichzeitig weitere Massnahmen beinhalten, die nicht direkt mit der Bedarfsermittlung in Zusammenhang stehen, sondern der Verfolgung kantonspezifischer spitalpolitische Ziele dienen. Empirisch lassen sich diese beiden Kontexte kaum voneinander trennen, weshalb die Vorkehrungen der Kantone zur Umsetzung ihrer Spitalplanungen und –listen stets in einem grösseren spitalpolitischen Zusammenhang betrachtet werden müssen.

Über die verschiedenen Massnahmen, welche die Kantonsregierungen zur Umsetzung ihrer Planungen und Listen vorgesehen hatten, geben eine Artikelserie der NZZ (Neue Zürcher Zeitung) von Ende 1997⁵¹ und die Zusammenstellung von Rothenbühler (1999a) Auskunft. Die Kantone können anhand einer von Sommer/Biersack (2003) vorgeschlagenen Typologie (vgl. auch Haari 2002) in vier Gruppen eingeteilt werden:

Die unmittelbarste Vorgehensweise zum Abbau von Überkapazitäten stellt die *Schliessung* ganzer Spitäler oder Abteilungen dar. Dadurch werden nicht nur Betten abgebaut, sondern auch Personal- und Infrastrukturkosten sowie Investitionsbedarf reduziert, sofern nicht andernorts eine Kompensation erfolgt (vgl. Oggier 1996: 122). Eine andere Strategie besteht darin, eine *Reorganisation des Spitalwesens* vorzunehmen um so dessen Effizienz zu erhöhen. Dieses Vorgehen zeichnet sich in der Regel durch die Zentralisierung der Führungsstruktur, verbunden mit einer allfälligen Neuausrichtung des Leistungsspektrums einzelner Spitäler aus. Als dritte Vorgehensweise ist der *lineare Abbau* von Spitalbetten zu nennen (vgl. Undritz 2001: 105), welcher eine vorzunehmende Kapazitätsreduktion auf mehrere Betriebe verteilt, ohne weitere strukturelle Massnahmen vorzunehmen. Neben diesen drei Varianten ist auch eine Gruppe mit denjenigen Kantonen zu bilden, deren Versorgungsplanung zu keinen konkreten strukturellen Massnahmen Anlass bot und die somit *keinen Handlungsbedarf* lokalisierten.

Die nachfolgenden Abschnitte zu den einzelnen Strategien skizzieren die ursprünglich in den Planungen vorgesehenen Vorgehensweisen der einzelnen Kantone und geben Auskunft über Stand und Erfolg der Umsetzung bzw. allfällige Änderungen. Da sich die vier Gruppen nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen, und die Kantone zum Teil mehrere Massnahmen kombinierten, wurde jeweils die im Vordergrund stehende berücksichtigt und diese gemäss der Prioritätenordnung "Schliessung vor Reorganisation vor Bettenabbau" gewichtet.

5.1.1 Spitalschliessungen

Fünf Kantone sahen in ihrer Planung Spitalschliessungen vor. Die einschneidendsten Schritte unternahm der Kanton Zürich, der seine Versorgungsstruktur revidierte und 1998 fünf Regionalspitäler schloss sowie mehrere Fusionen und den Abbau von Betten an einzelnen Spitälern vornahm. Die veränderten Rahmenbedingungen führten zur Schliessung von drei

⁵¹ "Die Spitallisten der Kantone – ein hürdenreicher Prozess" (6. August 1997), "Steiniger Weg zu sinnvollen Spitalregionen" (13. August 1997), "Verstärkte Zusammenarbeit unter den Westschweizer Kantonen" (15. August 1997) und "Sinkende Bettenzahl hier, stabile dort" (20. Dezember 1997).

weiteren Akutspitalern (vgl. Abschnitt 5.4.6). Der Kanton Zug hatte bereits 1996 ein Spital geschlossen und beabsichtigte, die beiden bestehenden kantonalen Spitäler aufzuheben und durch ein neu zu errichtendes Zentrumsspital zu ersetzen. Die entsprechenden Gesetzesvorlagen wurden 1999 angenommen. Als Ergänzung sah die Spitalplanung ein einzelnes Privatspital vor (NZZ vom 6.8.1997). Die Umsetzung dieses Vorhabens ist im Gang und soll 2008 abgeschlossen sein (Regierungsrat Zug 2003). In Appenzell Ausserrhoden war die Schliessung eines Akutspitals geplant (Rothenbühler 1999a: 40). Das betreffende Spital wurde denn auch Ende 1999 in ein Pflegeheim umgewandelt. Im Jahr 2000 wurden zudem die drei verbleibenden öffentlichen Spitäler zum Spitalverbund Appenzell unter gemeinsamer Führung zusammengeschlossen.⁵² Die Spitalplanung des Kantons Solothurn von 1992 sah die Schliessung einer Höhenklinik, eines Bezirksspitals und einer Geburtsabteilung vor (Rothenbühler 1999a: 30). Während die Bevölkerung das erste Vorhaben zweimal in Volksabstimmungen ablehnte, erfolgten die Umwandlung des Bezirksspitals in ein Alterszentrum und die Schliessung der Geburtsabteilung erst 2003. Mit dem neuen, unabhängig von der Spitalplanung erarbeiteten Spitalgesetz wurden per 2005 drei Spitalregionen gebildet und die dazugehörigen Spitäler jeweils zusammengeschlossen und verselbständigt (Regierungsrat Solothurn 2003). Auch in St. Gallen beabsichtigte die Regierung, im Rahmen des Massnahmenpakets 1997 zwei Spitäler zu schliessen. Nachdem das Kantonsparlament dies abgelehnt hatte, präsentierte die Regierung eine neue Strategie und schlug die Bildung von Versorgungsregionen vor (Regierungsrat St. Gallen 2001: 9). Die Spitalreform "Quadriga" wurde per Januar 2003 umgesetzt.

5.1.2 Neuordnung der Spitalversorgung

Vier Westschweizer Kantone und der Kanton Bern verzichteten zunächst auf die Schliessung von Spitalern und beabsichtigten stattdessen, durch die Bildung von Spitalnetzen die Spitalstrukturen effizienter zu gestalten und bestehende Überkapazitäten abzubauen.⁵³ In den Kantonen Waadt und Jura geht die Vernetzung auf eine Gesamtplanung des Gesundheitswesens zurück. Das Waadtländer Kantonsparlament verabschiedete 1997 das Projekt NOPS (Nouvelles orientations de politique sanitaire), welches die Schaffung bereichsübergreifender regionaler Versorgungsnetze vorsieht und sich in Umsetzung befindet (Conseil d'Etat Vaud 2004; vgl. Abschnitt 5.4.5). Dabei wurden auch Spitäler fusioniert, geschlossen und in Rehabilitations- bzw. Pflegeeinrichtungen umgewandelt. Die 1998 vom Parlament verabschiedete Gesundheitsplanung des Kantons Jura sah die Fusion der drei kantonalen Spitäler zu einem "hôpital multisite" mit Globalbudget vor (Gouvernement Jura 2001), welche per 2003 erfolgte (vgl. Abschnitt 5.4.4). Eine Neuordnung der stationären Versorgung strebte auch die Spitalplanung des Kantons Freiburg von 1997 an. Durch die Umwandlung von vier Bezirksspitalern in Pflege- und Rehabilitationszentren sollte die Zahl von sieben Spitalern auf drei reduziert werden (vgl. Krüger 1998). Gleichzeitig war die Schaffung eines interkantonalen Spitals mit dem Kanton Waadt vorgesehen. Während letzteres 1999 realisiert wurde, schlos-

⁵² Verordnung über den Betrieb des Spitalverbundes AR (Betriebsverordnung) vom 8. Juni 2000 (AGS 812.111)

⁵³ Die fünf Kantone dieser Gruppe wiesen mit Ausnahme von Jura bereits 1998 allesamt unterdurchschnittliche Bettendichten auf.

sen sich in einem Bezirk drei Spitäler zu einem Betrieb zusammen. In einem weiteren Bezirk ist die Reorganisation nach wie vor Gegenstand von politischen Verhandlungen.⁵⁴ Die Walliser Spitalkonzeption 1996 stellte ein Element einer umfassenden Gesundheitskonzeption dar und beinhaltete noch nicht näher skizzierte Elemente einer Reorganisation, indem die medizinischen Spezialitäten unter den einzelnen Spitalern aufgeteilt werden sollten. Die Regierung strebte eine Zentralisierung der Grund- und eine Kantonalisierung der Spezialversorgung an (Gesundheitsdepartement Wallis 1996). Im Rahmen des 2002 geschaffenen Gesundheitsnetzes Wallis (Réseau Santé Valais) sind nun die Zentralisierung der Spitalversorgung und die Bildung einer einzigen Spitalzone vorgesehen (DGSE 2004). Die Reorganisation des Berner Spitalwesens sollte nach dem Willen der Regierung ursprünglich ohne Spitalschliessungen über die Bildung von Versorgungsregionen und die stärkere Zusammenarbeit der Spitäler erfolgen (GEF 2003: 51). Nachdem das Parlament beschlossen hatte, die Strukturbereinigung über das wettbewerbsorientierte "Modell Partnerschaft" zu erreichen, führten schliesslich Haushaltssanierungsmassnahmen zur Schliessung von fünf Bezirksspitalern und mehrerer Abteilungen. In einer späteren Phase bildeten sich selbständige regionale Spitalgruppen (vgl. Abschnitt 5.4.2).

5.1.3 Linearer Bettenabbau

Acht Kantone strebten mit ihren Planungen weder die Schliessung von Spitalern noch die Reorganisation ihrer Spitalwesen an, sondern leiteten einen über mehrere Spitäler verteilten Bettenabbau in die Wege. Die Kantone Neuenburg und Schwyz wiesen bereits 1998 eine unterdurchschnittliche Bettendichte aus, sahen aber dennoch eine Kapazitätsreduktion vor. Während in Schwyz in den drei Regionalspitalern 31 Betten abgebaut werden sollten, strebte die Neuenburger Regierung die Aufhebung von 256 Betten und je drei Operationssälen bzw. Geburtsabteilungen sowie den Abbau von 204 Stellen an (Rothenbühler 1999a: 19 und 65). Mittlerweile ist jedoch die Kantonalisierung und Zusammenführung von sieben Spitalern zu einem hôpital multisite projektiert (Conseil d'Etat Neuchâtel 2004).

Der Kanton Appenzell Innerrhoden lokalisierte nur sehr geringen Abbaubedarf, sah jedoch ebenfalls eine Reduktion der Bettendichte vor, verbunden mit einer Erhöhung der Bettenauslastung (Rothenbühler 1999a: 42). Neben dem Abbau von Akutbetten war im Kanton Tessin auch die Umwandlung eines Teils davon in Langzeitbetten vorgesehen (Rothenbühler 1999a: 56). Inzwischen wurden jedoch per 2003 zusätzlich zum linearen Abbau sieben Akutspitäler nicht mehr auf die Spitalliste gesetzt, was die Schliessung von drei und die Zweckumwandlung von vier Betrieben zur Folge hatte.⁵⁵ Die Kantone Graubünden (vgl. Abschnitt 5.4.3) und Genf strebten im Akutbereich eine Bettenreduktion um 158 bzw. 442 Einheiten an (Rothenbühler 1999a: 46 und 67). Die gemeinsame Spitalplanung der beiden Basler Kantone sah im Akutbereich einen zweistufigen Prozess zur Kapazitätsreduktion vor, wobei zunächst ein Bettenabbau in den Belegarzspitalern erfolgen und anschliessend Verbundlösungen und Kooperationen zwischen den öffentlichen Spitalern der beiden Kantone

⁵⁴ www.fr.ch/ssp/de/planification_du_lac/default.htm#planification-districts [Oktober 2004].

⁵⁵ www.ti.ch/DSS/temi/pian-osp/archivio/p1-frame.html [Oktober 2004].

erarbeitet werden sollten.⁵⁶ Bei der Umsetzung Spitalplanung kam es allerdings auch zur Schliessung einer Privatklinik, welche vom Kanton Basel-Stadt nicht auf die Spitalliste aufgenommen worden war. Eine ursprünglich ebenfalls nicht auf der Liste enthaltene Klinik rekurrierte beim Bundesrat erfolgreich gegen den Schliessungsentscheid (Sager et al. 2001: 49ff.).

Dass diese Kantone trotz einer überdurchschnittlich hohen Bettendichte 1998 zunächst auf weiter gehende Massnahmen verzichteten, kann unterschiedlich begründet werden. Während in Graubünden und Tessin die topographischen Verhältnisse den Handlungsspielraum für Restrukturierungen einengen, fanden sich 1998 in Genf (9 von 15), Tessin (19 von 28) und Basel-Landschaft (5 von 9) eine überdurchschnittlich grosse Zahl privater Anbieter, die nur beschränkt der kantonalen Gesetzgebung unterstehen. Appenzell Innerrhoden und Graubünden sind zudem die beiden Kantone mit den schweizweit höchsten Anteilen ausserkantonalen PatientInnen (35,0% bzw. 32,5% in 2000, eigene Berechnung gemäss KHS-Daten), was ihre hohe Bettendichte zu einem Teil erklärt. Auch die beiden Basler Kantone weisen hohe Importanteile aus.

5.1.4 Kein Handlungsbedarf

Die übrigen acht Kantone ermittelten in ihren Spitalplanungen keine Überkapazitäten und lokalisierten demnach auch keinen Handlungsbedarf hinsichtlich eines Kapazitätsabbaus. Darunter finden sich zunächst diejenigen Kantone mit einer sehr einfachen Versorgungsstruktur, d.h. lediglich einem oder zwei öffentlichen Spitälern (Glarus, Obwalden, Nidwalden und Uri). Aargau (vgl. Abschnitt 5.4.1) und Luzern wiesen bereits Mitte der 1990er Jahre eine unterdurchschnittliche Bettendichte auf, Thurgau und Schaffhausen hatten bereits vor 1998 Strukturanpassungen mit einem substanziellen Kapazitätsabbau vorgenommen (Rothenbühler 1999a: 37 und 54). Thurgau wies zudem bereits 1998 einen überdurchschnittlich hohen Anteil privater Anbieter auf, welche nicht der kantonalen Spitalpolitik unterstehen, sowie einen hohen Importanteil ausserkantonaler PatientInnen von 39,6% im Jahr 2000 (eigene Berechnung auf der Basis von KHS-Daten). Seit 1998 haben sich allerdings auch in einigen dieser Kantone Änderungen in der spitalpolitischen Strategie ergeben. Am umfassendsten ist dies in Thurgau erfolgt, der seine vier kantonalen Spitäler per 2000 in einer Betriebs-AG zusammenfasste und aus der Verwaltung ausgliederte.⁵⁷ Im Kanton Schaffhausen ist die Zusammenführung und Verselbständigung der kantonalen Spitäler geplant (Regierungsrat Schaffhausen 2003), und die Regierungen Ob- und Nidwaldens beschlossen im Jahr 2000, die Zusammenführung ihrer Kantonsspitäler zu prüfen und mehrere Varianten abzuklären (Regierungsrat Obwalden 2004).⁵⁸

⁵⁶ Spitalliste 1998 (Vernehmlassung) für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft; www.baselland.ch/docs/vsd/spitalliste98/spit-list98_main.htm#top [Oktober 2004]

⁵⁷ Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten vom 10. Februar 1999 (RB 811.31)

⁵⁸ In Aargau wurden 2003 ein neues Finanzierungssystem eingeführt sowie die kantonalen Spitäler verselbständigt (vgl. Abschnitt 5.4.1), und in Luzern ist die Verselbständigung der kantonalen Spitäler und die Führung per Leistungsauftrag vorgesehen, um die öffentlichen den privaten Spitälern gleichzustellen (Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern 2003). Diese Schritte stehen jedoch nicht direkt mit der Bedarfsplanung in Zusammenhang.

5.1.5 Weiterentwicklung der kantonalen Spitalpolitik

Der kurze Überblick zeigt zunächst, dass nur wenige Kantone aufgrund ihrer Spitalplanung die Schliessung ganzer Spitäler beabsichtigten, und dass von diesen vor allem Zürich und Appenzell Ausserrhoden erfolgreich waren, während in Solothurn und Zug die entsprechenden Vorhaben erst einige Zeit später umgesetzt werden konnten bzw. noch in der Umsetzung stehen. Interessanterweise finden sich drei Kantone (Basel-Stadt, Bern und Tessin), deren ursprüngliche Umsetzungsstrategie keine Spitalschliessungen vorgesehen hatte, solche aber dennoch erfolgten. Demgegenüber kamen in St. Gallen die vorgesehenen Schliessungen nicht zustande, die Regierung musste aufgrund des parlamentarischen Widerstandes auf eine andere Strategie umschwenken. Eine ähnliche Situation findet sich in Freiburg, wo die Spitalreform aufgrund lokalen Widerstandes nicht in der ursprünglich vorgesehenen Form erfolgen konnte und noch immer in Gang ist.

In zahlreichen Kantonen ist gegenüber den 1990er Jahren eine planungsrelevante Weiterentwicklung der Spitalpolitik festzustellen. Während Wallis seine 1996 bereits angetönte Regionalisierung fortsetzt und intensiviert, verfolgt inzwischen auch Neuenburg auf der Grundlage der Gesundheitsplanung von 1999 diese Strategie. Insbesondere Kantone, welche in ihrer KVG-relevanten Bedarfsermittlung keinen Handlungsbedarf diagnostiziert hatten, haben organisatorische Veränderungen in ihren Spitalwesen vorgenommen oder vorgesehen – hauptsächlich die Zusammenführung der kantonalen Spitäler. Dies betrifft die Kantone Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen und Thurgau. Von den 16 Kantonen, deren Planungen einen linearen Abbau vorsahen oder keinen Handlungsbedarf ermittelten, führten bisher neun keine weiteren Reformen durch.

Tabelle 30 gibt die in den kantonalen Planungen ursprünglich vorgesehenen sowie die von den Kantonen effektiv eingeschlagenen Strategien zur Umsetzung ihrer Spitalplanungen und –listen wieder, um so die erfolgten Anpassungen darzustellen. Dabei gelten dieselben Bemerkungen, wie sie eingangs von Abschnitt 5.1 gemacht wurden. Die Bezeichnung "kein Handlungsbedarf" soll zudem nicht unterstellen, dass die betreffenden Kantone keine spitalpolitischen Aktivitäten an den Tag legten. Wie in Abschnitt 5.1.4 erwähnt, sind auch in dieser Gruppe verschiedene Reformen und Anpassungen erfolgt oder vorgesehen.

Tabelle 30: Von Kantonsregierungen vorgesehene und verfolgte Strategien zur Umsetzung von Art. 39 KVG

Strategie	in Spitalplanung vorgesehen		effektiv verfolgt/in Gang	
	Kantone	N	Kantone	N
Schliessung von Spitälern	AR, SG, SO, ZG, ZH	5	AR, BE, BS, SO, TI, ZG, ZH	7
Neuordnung der Spitalversorgung ohne Schliessung	BE, FR, JU, VD, VS	5	FR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, VD, VS	10
linearer Bettenabbau	AI, BL, BS, GE, GR, NE, SZ, TI	8	AI, BL, GE, GR, SZ	5
kein Handlungsbedarf	AG, GL, LU, NW, OW, SH, TG, UR	8	AG, GL, LU, UR	4

Quellen: NZZ 1997; Rothenbühler 1999a; Dokumentenanalyse

fett: Kantone, deren effektiv gewähltes Vorgehen vom ursprünglich vorgesehenen abweicht

5.2 Getroffene Massnahmen zur Umsetzung der Spitallisten

Die Kantonsbefragung beinhaltete die systematische Erfassung der von den Kantonen getroffenen Massnahmen zur Umsetzung der (ersten rechtskräftigen) Spitalliste (Frage 3.3; vgl. Fragebogen im Anhang). Dabei wurden drei Ebenen unterschieden: Spitalbetriebe (Schliessung, Zusammenschluss, Zweckumwandlung), medizinische Leistungsbereiche (Konzentration, Abbau, Ausbau, Verlagerung, Aufbau) und Betten/Personal (Abbau, Aufbau, Umwandlung). Es war jeweils die oberste Ebene anzugeben, auf welcher der Kanton Massnahmen initiierte. Eine erste Übersicht über die eingegangenen Antworten führt zur Feststellung, dass neun Kantone Massnahmen auf der Ebene der Spitäler trafen, acht auf der Ebene der medizinischen Leistungsbereiche und 16 auf der Ebene der Betten bzw. des Personals. Von diesen setzten sechs nur auf der niedrigsten Ebene an, während in den übrigen Kantonen Veränderungen bei den Betten oder beim Personal mit Massnahmen auf den übergeordneten Ebenen einhergingen. Aus acht Kantonen (Bern, Glarus, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, St. Gallen) liegen keine Antworten zu Frage 3.3 vor.

In vier antwortenden Kantonen wurden auf Initiative des Kantons Spitäler geschlossen, insbesondere im Akutbereich (vgl. Tabelle 31). Solothurn und Tessin schlossen auch Rehabilitationskliniken. Die häufigste Massnahme stellt der Zusammenschluss von Spitäler an mehreren Standorten unter gemeinsamer Führung dar – es ist dies auch die einzige Massnahme, die im Psychriatriebereich ergriffen wurde. Zweckumwandlungen nahmen Tessin, Waadt und Wallis vor. Sowohl dabei als auch bei Zusammenführungen kam es in einigen Fällen gleichzeitig auch zu Veränderungen der Spitalträgerschaft (Privatisierungen). Durch Spitäler selber initiierte Massnahmen erfolgten gemäss den vorliegenden Antworten nur im Bereich der Akutversorgung. Dabei handelt es sich um Schliessungen in Waadt und Zürich, um die Zusammenführung zu einem Betrieb mit mehreren Standorten im Tessin und Wallis sowie um Zweckumwandlungen in Zürich.

Tabelle 31: Massnahmen der Kantone auf der Ebene der Spitäler

Vom Kanton initiierte Massnahmen zur Umsetzung der ersten rechtskräftigen Spitalliste (Frage 3.3)				
Ebene 1: Spitäler	Akutsomatik	Psychiatrie	Rehabilitation	N
ersatzlose Schliessung ganzer Spitäler ohne Zweckumwandlung	AR, BS, SO, TI		SO, TI	4
Zusammenschluss von Spitalern an einem Standort	BS, SO ¹ , ZG ¹ , ZH ¹			4
Zusammenschluss von Spitalern an mehreren Standorten unter gemeinsamer Führung	AR, BS, FR ¹ , VD ¹ , VS ¹	AR, VD	FR ¹ , VD ²	5
Zweckumwandlung von Spitalern	TI ³ , VD ³ , VS		VD	3
Anzahl Kantone	9	2	4	

¹ mit gleichzeitiger Veränderung der Spitalträgerschaft und des Leistungsspektrums

² mit gleichzeitiger Veränderung des Leistungsspektrums (teilweise)

³ mit gleichzeitiger Veränderung der Spitalträgerschaft

keine Antwort: BE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG

Lediglich zwei Kantone (Graubünden und Schaffhausen) ergriffen Massnahmen auf der Ebene der medizinischen Leistungsbereiche, ohne die Spitalstruktur verändert zu haben. Aus

der Übersicht in Tabelle 32 geht hervor, dass der ersatzlose Abbau und die Konzentration von Leistungsbereichen am häufigsten stattgefunden haben, dass in einzelnen Kantonen gleichzeitig aber auch bestehende Leistungsbereiche ausgebaut oder neue aufgebaut wurden. Ersteres dürfte vor allem eine Folge der Konzentration der Leistungen sein. Seitens der Spitäler erfolgte häufiger ein Leistungsausbau als ein Leistungsabbau. Auffallend ist die Feststellung, dass ein von Spitalern initiiertes Aufbau neuer Leistungsbereiche fast ausschliesslich von Kantonen angegeben wird, welche selber Leistungen abbauten. Dieser Befund könnte darauf hindeuten, dass die in öffentlichen Spitalern wegfallenden Versorgungsbereiche durch neue Angebote von Privatkliniken kompensiert werden. Die vorliegenden Informationen sind allerdings zu wenig differenziert, um diese Vermutung empirisch zu bestätigen.

Tabelle 32: Massnahmen der Kantone auf der Ebene der medizinischen Leistungsbereiche

Vom Kanton initiierte Massnahmen zur Umsetzung der ersten rechtskräftigen Spitalliste (Frage 3.3)				
Ebene 2: Leistungsbereiche	vom Kanton initiiert	N	von Spital initiiert	N
Konzentration bzw. gemeinsame Nutzung von Leistungsbereichen	BS, FR, GR, SO, VD, VS	6	TG, TI	2
ersatzloser Abbau von Leistungsbereichen an einzelnen Spitalern	BS, FR, GR, SH, SO, VD, ZG	7	SH, TG	2
Ausbau bestehender Leistungsbereiche an einzelnen Spitalern	BS, GR, VS	3	BS, TG, VD	3
Verlagerung von Leistungsbereichen innerhalb einzelner Spitäler	VS, FR, VS	3	TG, TI, VD	3
Aufbau neuer Leistungsbereiche	FR, SO, VS	3	BS, SO, TG, VD, ZG	5

keine Antwort: BE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG

Sofern aufgrund der Spitalliste sowohl die Spitalstruktur als auch die Leistungsstruktur unverändert belassen wurden, bestand die Möglichkeit, auf der Ebene der Betten- und Personalkapazitäten Anpassungen vorzunehmen. Auf dieser dritten Ebene zeigten sich denn auch die meisten Kantone aktiv, wobei nur sechs nicht auch auf den anderen beiden Ebenen Massnahmen ergriffen. Tabelle 33 zeigt, dass die meisten antwortenden Kantone eine Bettenreduktion vornahmen, während in keinem Kanton isolierte Massnahmen im Personalbereich erfolgten (Schaffhausen und Waadt schlossen auch Spitäler und Abteilungen, vgl. oben). Die Umwandlung von Akut- in Geriatrie- und Rehabilitationsbetten stellt gemäss seinen Angaben die einzige Massnahme des Kantons Basel-Landschaft dar. Während in je drei Kantonen Spitäler auf eigene Initiativen Betten bzw. Personal abbauten, kam es in zwei Kantonen zu einem Bettenaufbau von Spitalern und zur Aufstockung von Personal. Wiederum kann anhand der vorliegenden Informationen nicht überprüft werden, ob es sich dabei um eine Kompensation durch private Anbieter handelt.

Tabelle 33: Massnahmen der Kantone auf der Ebene der Betten/des Personals

Vom Kanton initiierte Massnahmen zur Umsetzung der ersten rechtskräftigen Spitalliste (Frage 3.3)				
Ebene 3: Betten/Personal	vom Kanton initiiert	N	von Spital initiiert	N
ersatzloser Abbau von Bettenkapazitäten einzelner Abteilungen	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GR, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG	16	GE, SH, UR	3
Erweiterung der bestehenden Bettenkapazitäten			BS, VD	2
Umwandlung von Bettenkapazitäten	BL	1		
ersatzloser Abbau von Personalstellen	SH, VD	1	BS, SH, VD	3
Schaffung neuer Personalstellen	TI ¹	1	BS, SH, VD	3

¹ auch infolge der Senkung der Wochenarbeitszeit

keine Antwort: BE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SG

5.3 Konfliktdimensionen bei der Umsetzung der Spitallisten

Analog zu den Ausführungen in Abschnitt 4.6 können die bei der Umsetzung der Spitallisten auftretenden Konflikte kurz beschrieben werden. Die in Abschnitt 5.2 beschriebenen Massnahmen führten gemäss der Kantonsbefragung lediglich in acht Kantonen zu Konflikten (Tabelle 34). Als Hauptakteure der Konflikte bei der Umsetzung der Spitalliste können Spitäler, Spitalträgerschaften oder mit Spitälern verbundene Interessengruppen identifiziert werden. Nur gerade der Kanton Basel-Stadt erwähnte die Versicherer als Konfliktpartei. Von Bedeutung waren in einigen Kantonen auch die Spitalregionen. Als wichtigste inhaltliche Dimensionen erweisen sich die Folgen des Kapazitätsabbaus, die Leistungsaufträge sowie vereinzelt Verfahrensfragen. Damit wird deutlich, dass Konflikte bei der Listenumsetzung hauptsächlich auf den Widerstand der davon direkt betroffenen Akteure zurückzuführen sind. Die Angaben des Kantons Wallis deuten auf Übergangsprobleme bei der Restrukturierung des Spitalwesens hin, während in Basel-Stadt Verfahrensfragen zur Debatte standen. Die Konfliktbearbeitung erfolgte auf unterschiedliche Art und Weise, neben je zwei Bundesratsentscheiden und einvernehmlichen Regelungen sind sowohl demokratische (Volksabstimmung in Solothurn) als auch strukturelle (Schaffung einer Führungsstruktur im Wallis), politische (Schwyz, Freiburg) und hierarchische (Zürich) Entscheide zu beobachten.

In der Kantonsbefragung (Frage 3.8) gaben 20 Kantone an, die Ziele der Spitalplanung erreicht zu haben, drei davon (Genf, Nidwalden, Waadt) teilweise. Genf macht die gestiegene Hospitalisationsrate dafür verantwortlich, und in Waadt brauchte die Restrukturierung des Gesundheitswesens mehr Zeit als erwartet. Die angestrebte Zusammenführung der Kantons-spitäler Nidwalden, Obwalden und Uri kam bisher nicht zustande, jedoch immerhin eine gemeinsame Direktion. Einzig in Jura, Neuenburg, Solothurn und Wallis konnten gemäss den Antwortenden die Planungsziele nicht erreicht werden. In Neuenburg ist die Umsetzung noch nicht abgeschlossen, während sich in den anderen Kantonen politischer Widerstand regte. In Jura wurde die Umsetzung gebremst durch Machtkämpfe zwischen den Regionen, der Bevölkerung und den Personalverbänden (vgl. Abschnitt 5.4.4), in Solothurn wurde eine

geplante Spitalschliessung vom Volk mehrmals abgelehnt, und in Wallis ist der Prozess blockiert, da die Spitalregionen Widerstand leisten.

Tabelle 34: Konflikte in Zusammenhang mit der Umsetzung der Spitallisten

Kam es in Zusammenhang mit den oben (Frage 3.3) erwähnten Anpassungen in der Spitallandschaft des Kantons zu Konflikten zwischen oder unter Spitalern, den Kantonsbehörden, Versicherern und allenfalls anderen Akteuren? (Frage 3.4)		
Ja	BS, FR, SO, SZ, VD, VS, ZG, ZH	8
Nein	AG, AI, AR, BE, BL, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SH, TG, TI, UR	16
keine Antwort	GL, SG	2
Wenn ja, welches waren die Hauptakteure dieser Konflikte? (Frage 3.5)		
Spitäler	BS, SO, SZ, VD, VS, ZG, ZH	7
(Behörden der) Spitalregionen	FR, SO, VS	3
Spitalverband	VD	1
Interessengruppen zur Spitalerhaltung	VD	1
Belegärzte	ZG	1
Versicherer	BS	1
Welches waren die hauptsächlichen Konfliktpunkte? (Frage 3.6)		
Schliessungen von Spitalern/Abteilungen, Bettenabbau	FR, SZ, ZG, ZH	4
Leistungsaufträge	BS, VD, VS	3
Finanzierung und Defizitdeckung	VS	1
Verfahrensfragen	BS	1
Bedarfsfragen	SO	1
Kostenschätzungen	SO	1
Wie wurden diese Konflikte geregelt (Entscheidungsverfahren, Ergebnis)? (Frage 3.7)		
Bundesratsentscheid	SO, ZG	2
Einvernehmlich mit allen Beteiligten	BS, VD	2
Volksabstimmung zu Schliessungen	SO	1
Schaffung einer Führungsstruktur	VS	1
Entzug Staatsbeitragsberechtigung	ZH	1
Liste wird schliesslich akzeptiert	SZ	1
Vertrag zwischen Gemeindeverbänden	FR	1
Verzicht auf Entlassungen, Übernahme von Restrukturierungskosten	FR	1

5.4 Die Umsetzung und Wirkungen der Spitalplanung in sechs Kantonen

In den folgenden Abschnitten werden nun die Fallstudien zu sechs Kantonen, welche als modellhafte Beispiele für die oben genannten Strategien für den Kapazitätsabbau ausgewählt wurden, jeweils zusammengefasst.⁵⁹ Es handelt sich dabei um die Kantone Zürich (Spitalschliessungen), Waadt und Jura (Reorganisation des Spitalwesens), Bern (Regionenbildung

⁵⁹ Aus Platzgründen wird auf eine Wiedergabe der vollständigen Fallstudien verzichtet. Sie sind in einem separaten Materialienband enthalten.

angestrebt, Schliessungen erfolgt), Graubünden (linearer Bettenabbau) und Aargau (kein Kapazitätsabbau vorgesehen).

Die Fallstudien dienen dazu, die Spitalpolitik, die Hintergründe und Methodik der kantonalen Spitalplanung, die Prozesse der Ausarbeitung und Umsetzung von Planung und Spitalliste sowie die erfolgten Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen zu beschreiben und zu analysieren. Diese Detailstudien geben Auskunft über die Zusammenhänge von kantonalen Spitalpolitik, Planung und Listerstellung gemäss Art. 39 KVG und ermöglichen die Einschätzung der Wirkungen der Spitalplanung, indem untersucht wird, welche Veränderungen Art. 39 KVG in den Kantonen ausgelöst hat bzw. welche der eingetretenen Veränderungen auf die Spitalplanung gemäss KVG zurückzuführen sind. Über das methodische Vorgehen bei der Erarbeitung der Fallstudien gibt Abschnitt 3.3 Auskunft.

5.4.1 Kanton Aargau

Ausgangslage

Das stationäre Versorgungswesen im Kanton Aargau umfasste laut Krankenhausstatistik (KHS) 1997 25 Betriebe: zehn Akutspitäler (zwei Kantons- und sieben Regionalspitäler sowie eine private Klinik), zwei psychiatrische Kliniken (eine öffentlich, eine privat), acht Rehabilitationskliniken⁶⁰ (öffentliche SUVA-Klinik, eine öffentlich subventioniert, sechs privat), sowie fünf Spezialkliniken (eine öffentlich subventionierte Spezialklinik, eine private Chirurgieklinik und drei private Gynäkologie/Neurologiebetriebe). Gemäss der Aargauer Spitalliste wurden 1996 total 1848 Akutbetten betrieben, von denen 1633 in den öffentlichen Spitälern und 215 Betten in den Privatspitälern zur Verfügung standen. Dies ergab eine im gesamtschweizerischen Vergleich unterdurchschnittliche Bettendichte von 3,45 pro 1000 Einwohner (Regierungsrat Aargau 1997: 6). Die BFS-Krankenhausstatistik verzeichnet hingegen für den Kanton Aargau 1997 insgesamt 3510 Spitalbetten (inkl. teilstationäre Betten) und eine Bettendichte von 6,61 pro 1000 Einwohner (Schweizer Durchschnitt: 6,93).⁶¹

Planungsgrundlagen

Als Teil der umfassenden Gesundheitsplanung des Kantons Aargau verabschiedete der Grosse Rat 1994 die Spitalkonzeption 2005 (Regierungsrat 1994). Neben der Bedarfsermittlung und den Leistungsaufträgen für die stationäre Versorgung beinhaltet sie auch Überlegungen zur Kostenentwicklung und zur Qualitätssicherung. Als relevante Stossrichtungen werden unter anderem die Einführung leistungsbasierter Finanzierungsformen, eine grössere wirtschaftliche Autonomie und Führungsverantwortung der Spitäler sowie die Koordination des über die Grundversorgung hinausgehenden Angebots auf der einen, sowie der stationären mit der ambulanten Versorgung auf der anderen Seite skizziert (Regierungsrat 1994: 11-26). Die Spitalkonzeption bezieht neben den Betrieben zur Akutversorgung auch die Krankenhäuser und die Rehabilitationskliniken ein. Gleichzeitig enthält sie auch Überlegungen zur Psychiatriekonzeption als eigenständigen Bestandteil. Aufgrund des Planungsberichts Psy-

⁶⁰ Der Kanton Aargau beherbergte 1997 einen Fünftel aller schweizerischen Rehabilitationskliniken. 70% ihrer Betten werden von ausserkantonalen PatientInnen belegt (Gesundheitsdepartement 1998).

⁶¹ Die BFS-Zahlen enthalten vermutlich auch die Betten der einigen Akutspitälern angeschlossenen Pflegeheime.

chirurgie von 1991 hatte der Grosse Rat eine Regionalisierung der ambulanten Versorgung und die Schaffung eines Externen Psychiatrischen Dienstes beschlossen, während die Strukturen der stationären Versorgung unverändert blieben (Regierungsrat 1994: 116ff.). Das 1998 vorgestellte Rehabilitationskonzept nimmt eine Bestandesaufnahme vor und skizziert die konzeptionelle Weiterentwicklung der stationären Rehabilitation (Regierungsrat 1998). In der Rehabilitation verzichtete der Kanton bewusst auf zentralistische, planwirtschaftliche Ansätze, sondern ging von einer dezentralen Struktur mit einem marktwirtschaftlichen, wettbewerbsorientierten Leistungsangebot aus (Regierungsrat 1998: 2).

Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung für die Grundversorgung im Akutbereich bezieht sich auf sämtliche vom Kanton subventionierten stationären Betriebe. Der Versorgungsbedarf wurde für jede Spitalregion anhand der Bettenbedarfsformel analytisch errechnet. Zur Erstellung der Spitalliste gemäss KVG wurde der Bedarf neu berechnet, wobei gegenüber 1994 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 9,5 auf 9 Tage reduziert und die Normbettenauslastung von 80% auf 85% angehoben wurden. Die Bedarfsermittlung bezieht sich auf die Gesamtbevölkerung des Kantons Aargau unter Einbezug der interkantonalen Patientenwanderungen (Gesundheitsdepartement 1998). Für 2005 resultierte ein Versorgungsbedarf von 1846 Akutbetten, davon 100 Betten für ausserkantonale PatientInnen. 1633 dieser Betten entfielen auf öffentliche Spitäler. 1996 wurden im Kanton Aargau 1842 Betten betrieben, womit der für 2005 ermittelte Bedarf bereits erreicht war. Allerdings wurde Zahl der Planbetten⁶² um 234 auf 1846 reduziert (Gesundheitsdepartement 1998: 8). Darüber hinaus wurde im stationären Akutbereich keinen Handlungsbedarf zur Kapazitätsreduktion festgestellt.

Der Versorgungsbedarf in der stationären Psychiatrie wurde ebenfalls analytisch ermittelt. Aufgrund der revidierten Bedarfsrechnung 1998 wurde die Planbettenzahl von 560 auf 452 gesenkt (Gesundheitsdepartement 1998: 8). Auf der Basis einer Patientenzahlerhebung ermittelte das Gesundheitsdepartement für die Rehabilitation einen Bedarf von 270 bis 295 Betten. Damit bestanden hohe Überkapazitäten in den vorwiegend privaten Betrieben, denen der Kanton jedoch mangels Rechtsgrundlage keine Vorgaben machen konnte. Die Nachfrageentwicklung sollte das Angebot regulieren. Mittels baulicher Massnahmen wollte der Kanton jedoch die Zukunft der Rehabilitation im Kanton Aargau sichern und ein attraktives Angebot für ausserkantonale Leistungsbezüger schaffen. Die Regierung begründete dies mit der volkswirtschaftlichen Bedeutung dieses Bereichs mit rund 1000 Arbeitsplätzen (Regierungsrat 1998: 21ff.).

Umsetzung von Art. 39 KVG - Spitalliste

Da in den öffentlichen und subventionierten Betrieben keine Überkapazitäten ermittelt wurden, wurden alle innerkantonalen Spitäler und Kliniken auf die Spitalliste aufgenommen. Zusätzlich führt die Liste die Zurzacher Aussenstation einer Zürcher Privatklinik, drei medizinische Einrichtungen für Suchtkranke sowie – bis Ende 1999 befristet – ein Solbad als weitere Rehabilitationsklinik auf. Es figurieren einige ausserkantonale Spitäler bei denen der

Kanton Mitträger ist, die im Rahmen von Spitalabkommen als Leistungserbringer zugelassen sind, oder deren im Aargau nicht verfügbaren hochspezialisierten Leistungen der Kanton gemäss Art. 41.3 KVG zu finanzieren hat. Für die übrigen ausserkantonalen Spitäler gilt die Standortklausel (Regierungsrat 1997: 3). Bei der Aargauer Spitalliste handelt sich um eine integrale Liste. Für alle innerkantonalen Einrichtungen mit Ausnahme der Rehabilitationsstätten sind Gesamtbettenzahlen angegeben, wobei die Zahlen der privaten Akutkliniken auch Betten für ausserkantonale PatientInnen beinhalten. Die Bettenzahlen beziehen sich auf die gesamte Versorgungskapazität der Spitäler, beschränken sich also nicht auf den KVG-relevanten Bereich.

Die Leistungsaufträge⁶³ für innerkantonale, öffentlich subventionierte Institutionen sind in der Regel global und stützen sich auf die Spitalkonzeption 2005 ab, wurden jedoch angepasst (vgl. unten). Diejenigen der privaten Anbieter richten sich nach ihrem Leistungsumfang an einem Stichtag oder nach der Betriebsbewilligung und sind nicht näher umschrieben. Den Rehabilitationskliniken sind einzelne Fachbereiche zugewiesen, die sich zum Teil ebenfalls auf die Spitalkonzeption 2005 abstützen. Die Weiterführung der Leistungsaufträge war in der Spitalliste an die Bedingung geknüpft, dass gewisse Regionalspitäler ihre Angebots- und Infrastruktur untereinander und mit den Kantonsspitalern koordinieren.

Die Spitalliste des Kantons Aargau wurde am 24. September 1997 vom Regierungsrat verabschiedet und trat am 1. Januar 1998 in Kraft. Der damalige Aargauer Krankenkassenverband (AKV) erhob im Oktober 1997 gegen die Liste Beschwerde beim Bundesrat, der diese jedoch im Februar 1999 abwies (Sager et al. 2001: 42ff.; vgl. unten). Eine Überarbeitung oder Anpassung der Liste ist bisher nicht erfolgt (Interviews). Die Leistungsaufträge wurden 1999 aufgrund eines Auftrags des Grossen Rates grundsätzlich überarbeitet und präzisiert (Regierungsrat 1999). 2004 wurden zwei weitere Leistungsaufträge (Radio-Onkologie am Kantonsspital Baden und Radiologie an den Regionalspitälern) inhaltlich ausgeweitet.⁶⁴

Umsetzung von Spitalplanung und Spitalliste

Der Erlass der auf der Spitalkonzeption beruhenden Spitalliste und die Neuformulierung der Leistungsaufträge führte zu Veränderungen der Leistungsangebote einiger öffentlicher Spitäler (z.B. Aufgabe der Geburtshilfe und orthopädischen Chirurgie in Laufenburg, keine Grossgeräte für Regionalspitäler⁶⁵, Ausweitung des Angebots in Leuggern, Aufwertung der Regionalspitäler mit orthopädischer Chirurgie) sowie zu einer Reduktion der Planbettenzahlen. Zudem handelte der Kanton neue Versorgungsabkommen mit Luzern und Basel-Landschaft aus. Die angestrebten Abkommen mit Bern und Zürich kamen hingegen aus politischen (Bern) und finanziellen (Zürich) Gründen nicht zustande (Interviewpartner).

⁶² Planbetten sind die offiziellen, nach Spitalkonzeption vorgegebenen Bettenzahlen. Betriebene Betten sind die an einem bestimmten Stichtag tatsächlich im Einsatz stehenden Betten einer Institution, für welche auch das nötige Personal zur Verfügung steht (Regierungsrat 1997: 5).

⁶³ Die Leistungsaufträge der akuten Regionalspitäler (Grundversorgung) sind in Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe (ab 1999 separat), Anästhesiologie, Radiologie, Orthopädie (ab 1999 Orthopädische Chirurgie), ORL und Ophthalmologie unterteilt, diejenigen für die Kantonsspitäler und die Klinik Barmelweid sind in der Spitalkonzeption 2005 explizit ausgeführt, ebenso wie der Leistungsauftrag der Psychiatrie.

⁶⁴ www.ag.ch/gesundheit/de/pub/aktuell/konzeptionen.htm [September 2004]

⁶⁵ Diese Beschränkung wurde mit den in Fussnote 64 erwähnten Anpassungen wieder rückgängig gemacht.

Die Umsetzung der Spitalkonzeption 2005 hatte verschiedene Veränderungen zur Folge. So wurde u.a. das Angebot ambulanter Spitalleistungen ausgebaut, um die stationäre Versorgung zu entlasten. Das auf der Grundlage der Spitalkonzeption seit 1998 revidierte und 2004 in Kraft getretene Spitalgesetz änderte die Zuständigkeiten der politischen Behörden, führte zur Verselbständigung der Kantonsspitäler und zu höherer Autonomie der Regionalspitäler und führte flächendeckend die Leistungsfinanzierung ein (Regierungsrat 2002). Damit erfolgt heute im Kanton Aargau eine Leistungssteuerung über den Preis (Fallpauschalen).

Veränderungen in der Spitallandschaft und Kostenentwicklung

Im Akutbereich schlossen sich 1999 die beiden Regionalspitäler Rheinfelden und Laufenburg zum Gesundheitszentrum Fricktal zusammen. So konnte das bereits Anfang der 1990er Jahre schlecht ausgelastete Spital Laufenburg vor der Schliessung bewahrt werden. Diese wurde im Rahmen des Finanzpaktes 1998 diskutiert. 2002 schlossen sich die beiden Rehabilitationskliniken Baden und Zurzach gemeinsam mit der Klinik Braunwald (GL) zur RehabClinic Zurzach zusammen. Die von der SUVA betriebene Bäderklinik "zum Schiff" in Baden wurde 2001 aufgegeben und geschlossen. Im Dezember 2004 beantragte die Regierung dem Parlament die Aufhebung des Spitalstandorts Brugg und die Umwandlung des Bezirksspitals in ein Pflegeheim (Regierungsrat 2004). Mit der Gründung der Argovia Spital-Allianz⁶⁶ durch die Spitäler Laufenburg und Rheinfelden gemeinsam mit dem Bezirksspital Brugg, dem Spital Zofingen und dem Kreisspital Muri im Juli 2002, wurde die in der Spitalliste formulierte Auflage der stärkeren Koordination erfüllt. Ebenfalls 2002 schlossen sich die beiden Regionalspitäler Leuggern und Menziken zu einer gemeinsamen Betriebsaktiengesellschaft zusammen und bilden nun die Asana-Gruppe.⁶⁷ Über Prozess- und Preisoptimierungen versuchten die Spitäler, ihre Wettbewerbsposition zu stärken. Als weitere strukturelle Veränderung ist die Verselbständigung der beiden Kantonsspitäler und der psychiatrischen Klinik zu nennen. Das Leistungsangebot der Spitäler hat seit 1998 eine gewisse Erweiterung erfahren, die sich allerdings bei den öffentlichen Spitälern in engen Grenzen halte (Interviews; vgl. oben). Da das Angebot der privaten Kliniken im Zusatzversicherungsbereich nicht über Leistungsaufträge geplant werden darf, konnten diese ihr Leistungsspektrum hingegen erweitern. Der Bettenbestand (stationär und teilstationär) aller Spitäler gemäss KHS sank zwischen 1997 und 2003 minim von 3510 auf 3492. Ein detaillierter Vergleich der Zahlen von 1998 und 2002 zeigt, dass eine Verlagerung von Betten in öffentlichen zu privaten Spitälern erfolgt ist, insbesondere in der Rehabilitation. Der stärkste Bettenrückgang ist in öffentlichen Akutspitälern der Stufe K112 (Allgemeinspitäler mit 9000-30'000 Fällen; BFS 2001) festzustellen. Während die Anzahl Fälle zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 22% stieg (öffentliche Spitäler +19%, Privatkliniken +33%) nahm die Anzahl Pflage tage um 18% zu, in öffentlichen Spitälern um 14%, in privaten um 19%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nahm über alle Bereiche hinweg im selben Zeitraum von 21,2 auf 19,5 Tage ab. In privaten Betrieben findet sich – abgesehen von der Psychiatrie – jeweils der stärkere Rückgang als in öffentli-

⁶⁶ Die Allianz bezweckt eine engere Zusammenarbeit unter den Spitälern unter Wahrung der jeweiligen betrieblichen Autonomie (www.spitalallianz.ch).

⁶⁷ Die zwei Standorte bleiben erhalten, aber durch die gemeinsame strategische und operative Führungsebene sollen Einsparungen bei den internen Diensten und eine bessere Marktposition erreicht werden (www.asanagruppe.ch).

chen. Stark ausgebaut wurde die ambulante Leistungserbringung in Akutspitälern (Interview).

Die öffentlichen Ausgaben (Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für Spitäler und Psychiatrie) sind zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 12,6% (CH: 42,2%), pro Jahr durchschnittlich um 3% angestiegen (gesamtschweizerischer Durchschnitt: 8,76%), die Bruttoausgaben der Krankenversicherer für Spitäler im selben Zeitraum insgesamt um 24,8%, jahresdurchschnittlich um 5,7% (stationär: +18,1% total/+4,2% pro Jahr; ambulant: +40,0% total/+8,7% pro Jahr). Die Wachstumsraten blieben bei den öffentlichen Ausgaben jeweils unter, bei den Versicherungskosten fast durchgehend über den gesamtschweizerischen Mittelwerten, was auf eine Verschiebung der Kostenanteile von der öffentlichen Hand auf die Krankenversicherung hindeutet. Der Anstieg der öffentlichen Ausgaben ist gemäss Interviews auf Lohnrevisionen, veränderte Arbeitsbedingungen des medizinischen und pflegenden Personals sowie die Medizinprodukteverordnung des Bundes zurückzuführen.

Konflikte und Konfliktbearbeitung

Als wesentlichster Konflikt ist die Beschwerde des Aargauer Krankenkassenverbands gegen die Spitalliste zu nennen. Als Begründung führte der AKV an, die Liste sei nicht KVG-konform, da sie lediglich eine Bestandesaufnahme darstelle und bezüglich der Privatklinik und der Rehabilitation auf ungenügenden Planungsgrundlagen beruhe. Der Forderung nach einer Kapazitätsreduktion gab der Bundesrat hingegen nicht statt, er erachtete die Planung als KVG-konform, zumal der Kanton ein Rehabilitationskonzept nachlieferte. Anlässlich der Debatte über die zu verabschiedende Bedarfsermittlung im Aargauer Parlament forderte eine Versicherungsvertreterin auch die Schliessung von Spitälern (Protokoll des Grossen Rates vom 28. April 1998, S. 886ff.). Im Rahmen der Neuformulierung der Leistungsaufträge 1999 sei es ausserdem zu verschiedenen Interessenartikulationen der Spitäler gekommen, die entweder direkt mit der Verwaltung geklärt wurden oder im Rahmen parlamentarischer Debatten, insbesondere in Zusammenhang mit Budgetfragen, vorgebracht wurden. Dabei ging es zum einen um die inhaltliche Abgrenzung der Leistungsaufträge (welche Leistungen umfassen die verschiedenen Versorgungsstufen), zum anderen um die Zuweisung der Leistungen an die einzelnen Spitäler.

Wirkungen von Art. 39 KVG

Im Kanton Aargau führte Art. 39 KVG zu Anpassungen der Spitalkonzeption 2005, indem das Gesundheitsdepartement die Bedarfsrechnung und die Leistungsaufträge der Spitäler überarbeitete. Ansonsten sind keine wesentlichen Wirkungen von Art. 39 KVG auszumachen. Zum einen bestand im Einflussbereich der kantonalen Spitalpolitik kaum Bedarf zum Abbau von Überkapazitäten, zum anderen wurde die Spitalkonzeption 2005, auf der die Spitalliste beruht, unabhängig vom KVG erarbeitet. Sämtliche Veränderungen des kantonalen Spitalwesens beruhen entweder auf dieser oder auf Bemühungen der Spitäler, ihre wirtschaftliche Situation zu verbessern. Der Versuch des Krankenversichererverbands, vom Kanton eine restriktivere Planung zu verlangen, scheiterte an der Ablehnung der entsprechenden Beschwerde durch den Bundesrat.

Die Steuerungsfunktion der Leistungsaufträge wurde in den Interviews in Frage gestellt, da sie zum einen relativ vage formuliert seien und Interpretationsspielraum offen liessen, zum anderen entweder über Konsiliar- und Belegärzte oder politisch unterlaufen werden konnten,

solange sie vom Kantonsparlament genehmigt werden mussten.⁶⁸ Aus diesem Grund versuchte die Verwaltung, die Versorgung über die Infrastrukturzuweisung zu steuern. Mit der neuen leistungsorientierten Spitalfinanzierung erfolgt dies nun über die Fallpauschalen, d.h. den Preis. Die von den Spitälern initiierten Fusionen und Kooperationen sind gemäss den Interviews vor allem auf die veränderten wirtschaftlichen Anreize zurückzuführen, nicht auf direkte Massnahmen des Kantons bzw. die Spitalkonzeption oder die Spitalliste.

5.4.2 Kanton Bern

Strukturelle Ausgangslage

Der Kanton Bern wies 1997 ein dichtes dreistufig und dezentral organisiertes Versorgungssystem mit 54 Krankenhäusern auf (GEF 1994: 5; KHS 1997). 34 Spitäler stellten die allgemeine Akutversorgung sicher. Neben dem Inselspital als universitäres medizinisches Zentrum für die hochspezialisierte Versorgung waren sieben Regional- und 21 Bezirksspitäler für die Grund- und erweiterte Grundversorgung zuständig. Als weitere Akutversorger fanden sich das kantonale Frauenspital und vier Privatspitäler. Die psychiatrische Versorgung erfolgte durch je drei kantonale und private Kliniken sowie sechs psychiatrische Stützpunkte an Regionalspitälern. Die Krankenhausstatistik 1997 listet für Bern vier Rehabilitationskliniken auf, darunter die beiden öffentlich subventionierten Betriebe in Heiligenschwendi und Crans Montana (VS) und eine private Klinik. Daneben waren Bezirks- und Regionalspitälern Abteilungen für Chronischkranke angegliedert, Regionalspitäler und das medizinische Zentrum führten Abteilungen für Geriatrie und Rehabilitation (Spitalplanung 1978: 1.2).⁶⁹ Unter den anderen Spezialkliniken fanden sich sechs private und vier öffentlich subventionierte Leistungserbringer. Die KHS verzeichnet 1997 für den Kanton Bern insgesamt 6862 Betten und eine leicht überdurchschnittliche Bettendichte von 7,24 pro 1000 Einwohner. In der akuten Grundversorgung entfiel rund ein Fünftel dieser Betten auf die vorwiegend in der Stadt bzw. Region Bern ansässigen privaten Anbieter.

Planungsgrundlagen

Die Spitalplanung des Kantons Bern beruht nach wie vor auf dem Planungsbericht von 1978, das Inkrafttreten des KVG hatte keine Anpassungen in der kantonalen Planungspraxis zur Folge. Im Rahmen der Bemühungen zur Sanierung des Kantonshaushalts war die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) zu Beginn der 1990er Jahre damit beauftragt worden, eine Neuorganisation des Berner Spitalwesens vorzubereiten. Zu diesem Zweck erfolgte zwischen 1992 und 1994 eine "integrale Überprüfung des stationären Akut- und Langzeitbereichs (IUSB)" (GEF 1994). 1996 sprach sich der Grosse Rat für das "Modell Partnerschaft" aus, welches vorsah, dass der Kanton aufgrund einer Versorgungsplanung den Bedarf ermittelt und diesen über zeitlich befristete Leistungsaufträge mit inner- und ausserkantonalen Leistungserbringern deckt (Regierungsrat 2003: 51f.). In der Folge entwarf die GEF ein

⁶⁸ Mit dem 2004 in Kraft getretenen Spitalgesetz (SAR 331.200) wurde die Zuständigkeit für die Leistungsaufträge zur Regierung verschoben.

⁶⁹ Die geriatrische Rehabilitation war gemäss Spitalplanung 1978 eine Aufgabe der Regionalspitäler, die nichtgeriatrische Rehabilitation wurde entweder als Teilbereich der entsprechenden medizinischen Fachgebiete verstanden oder an Spezialkliniken übertragen (GEF 1997: 3).

neues Spitalversorgungsgesetz (SpVG), auf dessen Grundlage eine neue Spitalplanung erarbeitet werden sollte. Das Inkrafttreten dieses Gesetzes ist infolge zahlreicher Verzögerungen auf den 1. Januar 2006 vorgesehen, weshalb noch keine neue Spitalplanung besteht. Mitte der 1990er Jahre stützte sich somit die Versorgungssteuerung nicht auf eine systematische Bedarfsanalyse im Sinne von Art. 39 KVG ab, sondern orientierte sich an den Sparvorgaben von Parlament und Regierung und wurde laufend den veränderten Gegebenheiten im Berner Spitalwesen angepasst (Interview).

Die Spitalplanung von 1978 bezieht sich auf die Akutversorgung, die Betreuung von Chronischkranken sowie die Geriatrie und Rehabilitation in den öffentlichen Spitälern (inkl. Inselspital). Für die Psychiatrie verabschiedete der Grosse Rat 1977 Versorgungsgrundsätze, die jedoch keine Planungskomponenten enthalten. Nach einer umfassenden Überprüfung der Psychiatrieversorgung 1992-1998 erarbeitete die GEF konzeptionelle Grundlagen für die Reorganisation der Psychiatrieversorgung ausserhalb der Universitären Psychiatrischen Dienste. Die Arbeiten an der Psychiatrieplanung wurden im Jahr 1998 allerdings sistiert.

Anstelle einer Bedarfsplanung erarbeitete die GEF im Rahmen der vom Kantonsparlament initiierten Sparbemühungen zwei Massnahmenpakete zur Reorganisation des Berner Spitalwesens. Die 1997 lancierte *Einvernehmliche Strukturanpassung 99 (ESa 99)* gab den Spitälern einen eingeschränkten Finanzrahmen vor, innerhalb dessen sie eigenständig Reformmassnahmen ergreifen sollten (GEF 1998). Die ESa 99 wurde 2000 mit den *Versorgungsplanerischen Massnahmen (VPM)* ergänzt und weitergeführt (GEF 1999).

Bedarfsermittlung

Die Planung 1978 enthält für den Akutbereich (inkl. Langzeitpflege, Geriatrie und Rehabilitation) analytische Bettenbedarfsberechnungen unter Berücksichtigung der Hospitalisationshäufigkeit, der Aufenthaltsdauer, der Bettenbelegung der Patientenwanderungen und der Altersstruktur (Gesundheitsdirektion 1978: 4.3). Die IUSB 1992-1994 ermittelte anhand "traditioneller Berechnungsmethoden" einen Bedarf von 3700 Akutbetten im Jahr 2010 (3,6 Betten pro 1000 Einwohner im Bereich der Grund- und erweiterten Grundversorgung) und kam zum Schluss, dass im Kanton Bern rund 1000 Betten abgebaut werden müssten (Rothenbühler 1999a: 9). Dieser Versorgungsbedarf wurde argumentativ-normativ anhand der Bettenbedarfsformel hergeleitet und bezieht sich auf die Servicepopulation, d.h. auf die von den im Kanton angesiedelten Leistungserbringern versorgten Bevölkerungskreise (Biersack 2000: 15 und 19). Die Bedarfsermittlung bezieht sich ausschliesslich auf die öffentlichen Spitälern, die privaten Anbieter wurden nicht berücksichtigt. Für die Psychiatrie besteht keine Bedarfsplanung, die Rehabilitation wird im Akutbereich subsumiert. Anlässlich der Erarbeitung der Spitalliste wurde davon ausgegangen, dass das bestehende öffentliche und private medizinische Rehabilitationsangebot dem Versorgungsbedarf entspreche (GEF 1997: 4).

Umsetzung von Art. 39 KVG – Spitalliste

Die im Oktober 1997 erlassene Spitalliste 1998 beruht auf der Spitalplanung 1978 und den darauf basierenden Aufgabenfestlegungen und -übertragungen des Kantons an die Spitälern. Die Privatspitälern wurden im Rahmen ihrer Betriebsbewilligungen als Bestandteil der kantonalen Planung betrachtet (GEF 1997). Da seitens der GEF vorgesehen war, ab 1999 im Rahmen von Übergangsregelungen Massnahmen zur Strukturbereinigung im Spitalwesen zu ergreifen, wies die Spitalliste 1998 provisorischen Charakter auf. Es war vorgesehen, sie 1999

und 2001 der laufenden Neuorganisation des Spitalwesens anzupassen. Somit wurden zunächst sämtliche 64 öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten stationären Einrichtungen im Kanton auf die Spitalliste gesetzt. Zusätzlich zu den 54 in der KHS 1997 verzeichneten Betrieben figurierten auch einige Institutionen zur Suchtbehandlung, einzelne Kurhäuser mit kantonaler Betriebsbewilligung als Rehabilitationskliniken sowie drei mit Spitalbetten ausgestattete private Arztpraxen auf der Liste. Die Leistungsaufträge⁷⁰ richteten sich nach den bestehenden Aufgabenfestlegungen und -übertragungen. Da diese auch die bereitzustellenden Behandlungskapazitäten enthielten, wies die Spitalliste 1998 den Spitälern keine Bettenzahlen zu (GEF 1997: 2). Ausser der Berner Klinik Montana und der vom Kanton Bern mitgetragenen Rheuma- und Rehabilitationsklinik Leukerbad enthielt die Liste 1998 keine ausserkantonalen Leistungserbringer.

Die Spitalliste 1998 wurde vom damaligen Kantonalverband Bernischer Krankenversicherer (KVBK) beim Bundesrat angefochten, weil sie nicht auf einer KVG-konformen Bedarfsplanung beruhe. Die Beschwerde wurde im Dezember 1999 gutheissen, was jedoch kaum Auswirkungen zeigte, da inzwischen bereits eine neue, reduzierte Liste vorgelegt worden war (s.u.). Hingegen passte die GEF aufgrund der Beschwerde die Zulassungskriterien für Rehabilitationskliniken an, was zu einer Strukturbereinigung führte (Interview). Zudem erstritten zwei ausserkantonale Privatkliniken beim Bundesrat ihre Zulassung auf die Liste.

Im November 1998 verabschiedete der Regierungsrat die Spitalliste 1999. Sie war bis Ende 1999 gültig und berücksichtigte die im Rahmen der ESa 99 erfolgten Veränderungen im Spitalwesen. Sie bildete die neu geschaffenen Spitalgruppen (s.u.) ab und enthielt die beiden Bezirksspitäler Schwarzenburg und Oberdiessbach sowie eine private Kleinklinik für plastische und ästhetische Chirurgie nicht mehr. Weiter wurden die Leistungsaufträge im Bereich der Rehabilitation präzisiert und von 25 auf 11 reduziert sowie die Leistungsaufträge für Gynäkologie und Geburtshilfe in zehn öffentlichen Spitälern befristet bzw. gestrichen und das Geriatrieangebot dreier Regionalspitäler abgebaut. Die im November 1999 erlassene Spitalliste enthielt das Bezirksspital Herzogenbuchsee nicht mehr und sah die Schliessung von vier weiteren Bezirksspitälern sowie einer Geburtenabteilung bis Ende 2000 vor. Gegen diese Liste wurden vier Beschwerden von Privatkliniken erhoben, von denen der Bundesrat lediglich eine guthiess. Die Spitalliste wird laufend vom Regierungsrat den aktuellen Gegebenheiten angepasst und bei Bedarf neu erlassen. Die zur Zeit gültige Spitalliste enthält noch 55 einzelne Leistungserbringer, die jedoch z.T. in Spitalgruppen zusammengeschlossen sind.

Umsetzung von Spitalplanung und Spitalliste

Weder die Spitalplanung 1978 noch die Spitalliste 1998 gaben nach Inkrafttreten des KVG zu konkreten Umsetzungsmassnahmen im Berner Spitalwesen Anlass. Stattdessen stellten die Reformpakete ESa 99 und VPM die Grundlagen für Restrukturierungen dar. Dabei dienten in einem ersten Schritt weder bedarfsorientierte Kapazitätsvorgaben noch Leistungsaufträge des Kantons als Steuerungsinstrument, sondern die Sparvorgaben der GEF an die staatsbeitragsberechtigten Spitäler im Rahmen von ESa 99. Die Spitäler sollten auf dieser Basis ein-

⁷⁰ Die Leistungsaufträge gliedern sich wie folgt: IPS, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie, Ophthalmologie, HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Röntgendiagnostik, Medizini-

zeln oder gemeinsam Vorschläge für ihr künftiges Leistungsangebot machen, danach würde die GEF eine neue Aufgabenfestlegung vornehmen. Damit delegierte der Kanton die Umsetzung des Sparauftrags an die Leistungserbringer, welche in der Folge verschiedene Restrukturierungsmassnahmen einleiteten. So kam es nicht nur zur Zweckumwandlung zweier Bezirksspitäler und zum Leistungsabbau in der Geburtshilfe und der Rehabilitation, sondern auch zur Bildung von Spitalgruppen um die bestehenden Regionalspitäler. Diese Entwicklung wurde in der Spitalliste 1999 abgebildet. Nachdem die Zielvorgaben von ESa 99 nicht vollständig erreicht wurden, beschloss die Regierung 1999 im Rahmen der versorgungsplanerischen Massnahmen die Schliessung von fünf Bezirksspitalern bis Ende 2000.⁷¹ Gleichzeitig forderte sie eine Optimierung der Aufgabenverteilung unter den einzelnen Spitalverbänden sowie zwischen dem Inselehospital und dem Spitalverband Bern (GEF 1999). Seitens der Spitäler konsolidierte sich der bereits angelaufene Prozess der Gruppenbildung weiter. Die Liquidation der fünf Bezirksspitäler führte zu Folgeproblemen, welche mittels einer Task Force und zweier Regierungsratsbeschlüsse (GEF 2000a und 2000b) geregelt wurden.

Nach dem Muster der ESa 99 erteilte die Berner Regierung den Spitalern im April 2003 den Auftrag, bis Ende Mai 2003 Vorschläge zur Einsparung von 41 Mio. Fr. zu skizzieren, um so den Kantonshaushalt weiter entlasten zu können (Medienmitteilung vom 3. April 2003). Die Spitäler erklärten sich jedoch ausserstande, betriebliche Massnahmen zu ergreifen, und forderten vom Kanton Vorgaben für strukturelle Massnahmen. Die Regierung verzichtete allerdings mangels eines parlamentarischen Auftrags und der dazu notwendigen Planungsgrundlagen darauf, solche zu machen ("Der Bund" vom 7. und 26. Juni 2003).

Die Entwicklungen beziehen sich primär auf die Akutversorgung in den Bezirks- und Regionalspitälern und die Rehabilitation. Weitgehend von spitalplanerischen Massnahmen ausgeklammert blieben das universitäre Inselehospital sowie die Psychiatrie.

Neben den skizzierten strukturellen Massnahmen sind seitens des Kantons zwei weitere Reformschritte zu erwähnen. Zum einen trat 2002 das Gesetz über den Finanz- und Lastenausgleich (FILAG) in Kraft, welches die Gemeinden von der Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten entlastete und diese vollumfänglich dem Kanton übertrug (Regierungsrat 2000), zum anderen wurde ebenfalls 2002 in den Bezirks- und Regionalspitälern ein neues Abgeltungssystem eingeführt. Die bisherigen Tagespauschalen wurden durch Abteilungsfallpauschalen abgelöst (Medienmitteilung vom 21.12.2001).

Veränderungen in der Spitallandschaft und Kostenentwicklung

Im Vergleich mit 1997 verzeichnet der Kanton Bern 2003 gemäss KHS insgesamt nur noch 36 Spitäler, d.h. 18 Betriebe weniger. Konkret sind noch 19 allgemeine Spitäler (-15), sieben psychiatrische Kliniken (+1)⁷², sechs Rehabilitationskliniken (+2) und vier Spezialkliniken

sche Rehabilitation (ab 1999 in Einzeldisziplinen ausdifferenziert), Geriatrie, permanenter Notfalldienst, Rehabilitation Suchtkranke.

⁷¹ Die Ermittlung der zu schliessenden Spitäler erfolgte anhand eines Vergleichs der Kriterien 'Versorgung der Bevölkerung', 'Attraktivität' (Zuwanderung aus anderen Bezirken), 'Bezirkstreue', 'altersbereinigte Fallkosten' und 'durchschnittliche Aufenthaltsdauer' innerhalb der einzelnen Versorgungsräume. Als Richtwert wurde zudem eine Bettendichte von 2,96 pro 1000 Einwohner (2800 Betten) in der Grund- und erweiterten Grundversorgung zugrunde gelegt, was Überkapazitäten von rund 300 Betten entsprach (GEF 1999).

⁷² 2003 wird eine psychiatrische Institution selbständig in der Statistik geführt, die bisher in der KHS als Bestandteil der Universitären Psychiatrischen Dienste betrachtet wurde (BFS 2005b: 7).

(-6) aufgeführt.⁷³ Die Veränderungen in der Akutversorgung erklären sich mit Schliessungen, Gruppenbildungen und Zweckumwandlungen vor allem seitens der öffentlichen Spitäler. Konkret wurden insgesamt fünf Bezirksspitäler geschlossen und zwei in Pflegeheime umgewandelt, während sich 17 Betriebe zu sieben Spitalgruppen zusammenschlossen.⁷⁴ Vier dieser Gruppen mit insgesamt elf Standorten werden in der KHS als je ein Betrieb geführt. Zudem wurde das Kinderspital Wildermeth ins Regionalspital Biel integriert. Seitens der vier privaten Akutspitäler sind keine strukturellen Veränderungen zu verzeichnen.

In der Bettenstatistik des BFS ist zwischen 1997 und 2002 ein Rückgang um 1327 (fast 20%) auf insgesamt 5535 Betten (stationär und teilstationär) zu verzeichnen, was den höchsten absoluten Bettenabbau aller Kantone darstellt. Der grösste Anteil dieses Rückgangs ist auf die Schliessung und Umwandlung der sieben Bezirksspitäler zurückzuführen. In der Kategorie der Zentrumsspitäler ist hingegen ein Bettenzuwachs festzustellen. Während der Bettenrückgang fast ausschliesslich bei öffentlichen Spitalen stattfand, erhöhte sich die Versorgungskapazität der privaten Anbieter leicht.

Dem Abbau der Leistungsaufträge in den Bereichen Geburtshilfe, Geriatrie und Rehabilitation steht ein Aufbau in anderen medizinischen Spezialitäten v.a. in der Alternativmedizin und der Diagnostik (z.B. MRI) gegenüber, der teilweise von privater Seite finanziert wird und somit dem Einfluss des Kantons entzogen ist (Interview). Die Anzahl Pflgetage ging zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 17% zurück, fast ausschliesslich in den öffentlichen Spitalen, während sie bei den Privatkliniken praktisch stagnierte. Die Anzahl Fälle nahm insgesamt um 3% ab, wobei der Rückgang in den öffentlichen Spitalen 10% betrug, die Privatkliniken dagegen eine Zunahme um 30% verzeichneten. Die Sparmassnahmen im öffentlichen Spitalwesen haben somit die Marktposition der Privatkliniken gestärkt (Interviews).

Die öffentlichen Ausgaben (Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für Spitäler und Psychiatrie) sind zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 59,6% (CH: 42,2%), pro Jahr durchschnittlich um 12,4% angestiegen (gesamtschweizerischer Durchschnitt: 8,76%), die Bruttoausgaben der Krankenversicherer für Spitäler im selben Zeitraum insgesamt um 17,1%, jahresdurchschnittlich um 4,0% (stationär: +2,0% total/+0,5% pro Jahr; ambulant: +49,4% total/+10,6% pro Jahr). Das Wachstum der OKP-Kosten blieb somit im interkantonalen Vergleich unter dem gesamtschweizerischen Mittelwert. Der Anstieg der öffentlichen Ausgaben ist u.a. auf die veränderte Arbeitsgesetzgebung, Massnahmen im Pflegebereich, die Kostenentwicklung im medizinischen Bedarf und die höhere Defizitdeckung wegen des Rückgangs zusatzversicherter PatientInnen zurückzuführen. Gleichzeitig hat der Kanton jedoch kontinuierlich desinvestiert, was das Ausgabenwachstum weniger stark ausfallen liess als dies ohne die erfolgten Strukturanpassungen zu erwarten gewesen wäre (Interview).

⁷³ Der Zuwachs an Rehabilitationskliniken in der KHS erklärt sich mit der Umteilung zweier anderer Spezialkliniken in diese Kategorie. Vier weitere als andere Spezialkliniken geführte Betriebe entfielen aufgrund von Schliessungen oder einer Bereinigung der Statistik.

⁷⁴ Spitalgruppen: FMI (RS Interlaken, BS Frutigen, BS Meiringen), Spital Thun-Simmental AG (RS Thun, BS Erlenchbach, BS Zweisimmen), Spital Bern (Tiefenau, Ziegler), Neue Horizonte (BS Belp, BS Aarberg), Hôpital du Jura Bernois (BS Moutier, BS Courtelary), Spitalregion Oberraargau (RS Langenthal, BS Huttwil, BS Niederbipp), Regionalspital Emmental (RS Burgdorf, BS Langnau).

Konflikte und Konfliktbearbeitung

Da die Restrukturierung des Berner Spitalwesens Gegenstand eines noch laufenden Gesetzgebungsprozesses ist und hauptsächlich auf die kantonalen Bemühungen zur Haushaltssanierung zurückgeht, waren die Spitalplanung und die Versorgungspolitik mehrmals Gegenstand politischer Auseinandersetzungen, die im Kantonsparlament ausgetragen wurden. Zum einen wurden im Parlament die Spitalschliessungen kritisiert, welche infolge des von ihm erteilten Sparauftrags von der Regierung verfügt wurden, zum anderen bestehen aufgrund des noch geltenden Spitalgesetzes auch grundsätzliche Zuständigkeitskonflikte zwischen Parlament und Regierung (Interview). Neben dem Parlament übten auch die Versicherer Druck auf die Regierung aus. Die bereits 1997 geäusserte Forderung nach einer Angebotsstraffung durch den Abbau von Überkapazitäten und die Schliessung überflüssiger Spitäler⁷⁵ wurde 1998 in Form einer Beschwerde gegen die Spitalliste wiederholt.

Die Schliessung von fünf Bezirksspitalern im Jahr 2000 und diverser Geburtsabteilungen lösten jeweils Proteste und Widerstand der lokalen Bevölkerung und der Spitalträgerschaften aus, denen die Verantwortlichen mit öffentlichen Auftritten zu begegnen versuchten. Die Regierungsentscheide konnten jedoch in allen Fällen durchgesetzt werden. Dazu trugen auch mehrere Beschwerdeentscheide des Bundesrates bei, welche den Aufbau von privat finanzierten Ersatzangeboten untersagten.

Wirkungen von Art. 39 KVG

Art. 39 KVG entfaltete im Kanton Bern praktisch keine direkten Wirkungen. Eine bedarfsgerechte Spitalplanung im Sinne des KVG wurde seit 1978 nicht erstellt. Die Spitalliste geht somit nicht aus der Planung hervor, sondern bildet nachträglich die Strukturbereinigungen ab, welche infolge der Massnahmen zur Haushaltssanierung vom Kanton verfügt oder von den Spitalern selber in die Wege geleitet wurden. Dass auch ohne KVG-konforme Spitalplanung im Akutbereich eine Strukturbereinigung und ein starker Kapazitätsabbau erfolgten, ist auf die Situation der Kantonsfinanzen und den Sparauftrag des Parlaments an die Regierung zurückzuführen. Sekundäre Auswirkungen von Art. 39 KVG sind allerdings darin zu sehen, dass der Bundesrat die Schliessungsentscheide der Regierung stützte, indem er in Berufung auf die Spitalplanungsbestimmungen des KVG die verschiedenen Beschwerden dagegen ablehnte. Demgegenüber kam es infolge der Beschwerde des KVBK zu einem Rückgang des Leistungsangebots im Rehabilitationsbereich.

5.4.3 Kanton Graubünden

Ausgangslage

Der Kanton Graubünden war gemäss Krankenhausstatistik 1997 Standort von 26 Spitalbetrieben, von denen insgesamt 14 mit öffentlichen Geldern subventioniert wurden und damit der kantonalen Gesetzgebung unterstanden. 13 (12 öffentliche und ein privates) Spitäler leisteten die allgemeine Akutversorgung. Aufgrund der topographischen Verhältnisse verfügt jedes Haupttal über ein öffentliches Regionalspital, wobei es sich dabei zum Teil um Kleinspitäler mit weniger als 10 Akutbetten handelt. In der Psychiatrie fanden sich zwei öffentliche

Kliniken. Die KHS führte zwei private Rehabilitationskliniken auf, zudem war der Kanton Graubünden Mitträger der Klinik Valens im Kanton St. Gallen. Bei den neun anderen Spezialkliniken handelte es sich um das kantonale Frauenspital in Chur, zwei private Chirurgiekliniken, die Kinderklinik Davos sowie fünf weitere private Spezialkliniken, die vor allem eine ausserkantonale Klientele betreuten (Spitalplanungskommission 1997: 17). Insgesamt verzeichnet die KHS 1997 für Graubünden 2075 Spitalbetten und die dritthöchste Bettendichte der Schweiz.

Die Grundversorgung im Akutbereich für die Region Misox wurde über einen Vertrag mit dem Ospedale San Giovanni in Bellinzona sichergestellt. Für Leistungen der Spezialversorgung bestanden Verträge mit diversen ausserkantonalen Spitälern bzw. anderen Kantonen. Graubünden trat zudem 1995 der Ostschweizer Krankenhausvereinbarung bei, welche die Abgeltung von ausserkantonalen Hospitalisationen in den Listenspitälern der Ostschweizer Kantone regelt. Im Jahr 2000 entfiel fast ein Drittel aller Hospitalisationen in Graubünden auf kantonsexterne PatientInnen, davon rund 20% auf ausländische Personen (BFS 2002: 57). Das Bündner Spitalwesen versorgt damit auch eine grössere Anzahl PatientInnen, die nicht gemäss KVG versichert sind. Aufgrund dieser Situation sind der Versorgungsbedarf wie auch der Personal- und Ressourcenbedarf starken saisonalen Schwankungen unterlegen (Interviews).

Planungsgrundlagen

Aufgrund des Inkrafttretens des KVG wurde die Spitalbettenplanung 1994 überarbeitet und durch die Spitalplanung 1997 ersetzt (Spitalplanungskommission Graubünden 1997a). Diese enthält ausführliche allgemeine Überlegungen über mögliche Ansätze zur Kostendämpfung im stationären Sektor und skizziert auch Stossrichtungen und Handlungsmöglichkeiten der allgemeinen Spitalpolitik des Kantons und verweist dazu auf einen Regierungsbericht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen von 1998. Dieser sah diverse Schwerpunkt- und flankierende Massnahmen seitens des Kantons vor und erwartete gleichzeitig Schritte von den Partnern im Gesundheitswesen (Regierungsrat 1998: 96ff.). Schwergewichtig sollten unter anderem die Spitalregionen und die Zusammenarbeit zwischen den Spitälern optimiert und ein neues Finanzierungssystem eingeführt werden. Aufgrund Art. 39 KVG stand im Akutbereich der "politisch traktandierete" Abbau von Überkapazitäten mit dem Ziel der Kosteneindämmung im Mittelpunkt der Planung 1997. Bezüglich der Psychiatrie und der Rehabilitation machte der Bericht keine konkreten Planungsvorgaben, da die dazu notwendigen Konzept- und Informationsgrundlagen nicht vorhanden seien (Spitalplanungskommission 1997a). Spitalschliessungen wurden bisher mit Verweis auf die topographische Situation des Kantons Graubünden als ungeeignetes Mittel zur Kapazitätsreduktion bezeichnet, da so die Versorgungssicherheit gefährdet würde (Interview).

Aufgrund eines bundesrätlichen Beschwerdeentscheids (s.u.) erarbeitete das Gesundheitsamt eine neue Spitalplanung, welche im Juni 2002 vorgelegt wurde und sich auf die Ermittlung des Versorgungsbedarfs und die Festlegung von Leistungsaufträgen beschränkte. Diese Planung bezieht sich nur noch auf die KVG-relevanten Bettenkapazitäten und stützt sich gegenüber 1997 auf detailliertere Datenerhebungen ab, insbesondere in den Bereichen Psychiatrie

⁷⁵ Schreiben des KV BK an die GEF vom 22. April 1997, vgl. auch Motion Hayoz im Berner Grosse Rat (057/97).

und Rehabilitation. Ausser den Anpassungen in der Bedarfsberechnung beinhaltet die Spitalplanung 2002 jedoch keine neuen konzeptionellen Elemente.

Bedarfsermittlung

Die Spitalplanung 1997 nahm für den Akutbereich eine normative Bedarfsfestlegung vor, indem der Planungswert des Kantons St. Gallen von 3,28 Betten pro 1000 Einwohner per 2005 als Orientierungsgrösse übernommen und infolge der besonderen Bündner Verhältnisse auf 3,5 festgelegt wurde. Für 2000 galt ein Richtwert von 4,0 Betten. Zwischen 1996 und 2000 sollten somit 150 Betten abgebaut werden, wobei jedem Spital – auch den privaten Anbietern – konkrete Vorgaben gemacht wurden (Spitalplanungskommission 1997a: 8f.). Dieser Planungswert bezog sich auf sämtliche im Kanton behandelten PatientInnen ohne die in Bellinzona versorgte Bevölkerung des Misox bzw. auf die zwölf öffentlichen Spitäler des Akutbereichs und das Frauenspital Chur sowie fünf Privatspitäler. Nicht erfasst wurden die vier privaten "anderen Spezialkliniken" im Kanton. Die Spitalplanung 1997 ging davon aus, dass weder in der Psychiatrie noch in der Rehabilitation Überkapazitäten bestünden und nahm deshalb für diese Bereiche keine Bedarfsplanung vor.

Die Bedarfsermittlung 2002 bezieht sich im Gegensatz zu 1997 nur noch auf Behandlungen, die im Rahmen des KVG finanziert werden, und beruht auf einem zweistufigen Verfahren. Die planungsrelevanten Informationen wurden mittels einer Erhebung in sämtlichen inner- und zahlreichen ausserkantonalen Spitälern ermittelt.⁷⁶ Zunächst wurde der Bettenbedarf für 2003 pro Spital analytisch prognostiziert, anschliessend die jedem Spital zugewiesene Bettenzahl für die Jahre 2003 und 2005 unter Berücksichtigung von Faktoren wie z.B. dem Alterslastquotient normativ festgelegt. Ein globaler Bettenrichtwert wurde nicht vorgegeben, hingegen wurde grundsätzlich eine Reduktion der Bettenzahl angestrebt. Die konsequente Erfüllung der Planung sollte u.a. mittels des so genannten Appropriateness Evaluation Protocols (AEP), eines Instrumentes zur Erhebung von Fehlbelegungen, gesichert werden. Wie im Akutbereich erfolgte auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation eine datengestützte analytische, durch normative Gesichtspunkte ergänzte Bedarfsfestlegung, auch für private und ausserkantonale Anbieter.

Umsetzung von Art. 39 KVG – Spitalliste

Auf der Spitalliste 1998 waren 19 innerkantonale Akutspitäler und Spezialkliniken, die beiden psychiatrischen Kliniken sowie neun innerkantonale Rehabilitationskliniken enthalten.⁷⁷ Damit figurierten sämtliche in der KHS enthaltenen, im Kanton ansässigen öffentlichen und privaten Leistungserbringer, inklusive der Zürcher Höhenklinik Davos, sowie zusätzlich das Kurhaus Tgea Sulegl (Rehabilitation) und die Clinica al Ronc für Komplementärmedizin auf der Spitalliste. Es handelte sich um eine integrale Liste, die nicht zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, sondern lediglich zwischen inner- und ausserkantonalen Institutionen unterschied und diesen eine Bettenzahl zuwies. 1998 waren nur das Ospedale San Gio-

⁷⁶ Dabei zeigte sich, dass im Rehabilitationsbereich insgesamt nur rund 25% der Pflgetage für Bündner PatientInnen erbracht wurden und nur fünf der acht berücksichtigten Betriebe einen relevanten Beitrag an die Versorgung der Kantonsbevölkerung leisteten (Spitalplanung 2002: 58f.).

⁷⁷ Mehrere Rehabilitationskliniken erhielten auch einen Leistungsauftrag für die akutsomatische Versorgung und sind so doppelt gezählt.

vanni in Bellinzona und Rehabilitationsklinik Valens (SG) als ausserkantonale Leistungserbringer aufgeführt.

Die Spitalliste 1998 wurde vom damaligen Kantonalverband Bündnerischer Krankenversicherer (KBK; heute santésuisse Graubünden) beim Bundesrat angefochten. Der KBK verlangte die Senkung des Bettenbedarfswertes für 2000 auf 3,0 und bemängelte die fehlende Bedarfsanalyse und Kapazitätsfestlegung in der Rehabilitation (Rothenbühler 1999: 48). Der Bundesrat hiess die Beschwerde im Dezember 2000 gut und verlangte u.a., die Planung auf den KVG-Leistungsbereich zu beschränken, was die Erarbeitung der Spitalplanung 2002 zur Folge hatte (s.o.). Ebenfalls gutgeheissen wurden die Beschwerden einer innerkantonalen und einer ausserkantonalen Privatklinik, die auf die Liste aufgenommen werden wollten. Keine Berücksichtigung fand hingegen ein Thermalbad, welches die Auflistung als Rehabilitationsklinik verlangte. Zwei weitere Beschwerden wies der Bundesrat Mitte 2001 ab.⁷⁸

Die Spitalliste 2002 hielt im Wesentlichen den bestehenden Status quo fest (Interview), enthielt jedoch eine private Klinik weniger als die Liste 1998, da diese in ein Alters- und Pflegeheim umgewandelt wurde. Allen aufgeführten Spitalern, auch den ausserkantonalen, ist eine Bettenkapazität zugewiesen, wobei sich diese im Gegensatz zu 1998 nur auf Bündner-KVG-PatientInnen bezieht. In zahlreichen Fällen handelt es sich dabei nur um ein Bett. Gegenüber 1998 wurden im Akutbereich die Leistungsaufträge des Rätischen Kantons- und Regionalspitals und der Frauenklinik Fontana in Chur erweitert, während dem Kreuzspital der Leistungsauftrag für Urologie entzogen wurde. Die Leistungsaufträge der übrigen Spitäler blieben unverändert, die von einzelnen Kliniken eingereichten Anträge auf Erweiterung lehnte der Kanton ab. Im Rehabilitationsbereich erhielten neben den fünf Kliniken, welche zur Versorgung von Bündner PatientInnen beitragen, unter Berufung auf Art. 43 Abs. 6 auch zwei Kliniken ohne Bündner PatientInnen aufgrund ihres vorteilhaften Preis-Leistungs-Verhältnisses einen Leistungsauftrag. Leistungsaufträge erhielten auch acht ausserkantonale Rehabilitationskliniken (JPSD 2002).

Nach Erlass der Spitalliste 2002 reichte eine innerkantonale Privatklinik eine Beschwerde beim Bundesrat ein und forderte die Ausweitung ihres Leistungsauftrags. Der Bundesrat wies die Beschwerde ab, da die Bedarfsbewertung rechtmässig erfolgt sei (eigene Erhebung).

Umsetzung von Spitalplanung und Spitalliste

In den Spitalern hatten die Kapazitätsvorgaben der Spitalliste keine wesentlichen betriebsinternen Veränderungen zur Folge, sie führten primär dazu, dass interne Abläufe optimiert und die Betriebsstatistik anders geführt wurde. Gemäss Interviews ist die Kapazitätsreduktion vor allem auf dem Papier erfolgt, indem im Gegensatz zu 1997 im Rahmen der Planung 2002 lediglich die Zahl der KVG-Betten ermittelt wurde (Interviews).

Unabhängig von der Spitalplanung und der –liste wurden die im Bericht zur Kostenentwicklung 1998 (Regierungsrat 1998) skizzierten Massnahmen seitens des Kantons grösstenteils umgesetzt (Interview). Unter anderem wurde 2003 im Rahmen des Projekts "Spitalplatz Chur" die operative Führung der drei Akutspitäler in Chur der gemeinsam gegründeten Spitäler Chur AG übertragen. Die Fusion ist für 2006 vorgesehen (Interview). Per 2002

⁷⁸ Ein innerkantonales öffentliches Spital hatte eine Ausweitung seines Leistungsauftrags gefordert, und ein ausserkantonales Privatspital hatte um Aufnahme auf die Liste ersucht (Beschwerden: eigene Erhebung).

wurden die beiden psychiatrischen Kliniken sowie die Wohnheime und Arbeitsstätten für behinderte Menschen als öffentlich-rechtliche Anstalt (Psychiatrische Dienste Graubünden) verselbständigt (vgl. Regierungsrat 2002 und Psychiatrie-Organisationsgesetz 500.900). Als weiteren von der Planung unabhängigen Schritt beschloss der Grosse Rat Ende August 2004, in der Spitalfinanzierung per 2005 vom System der Defizitdeckung auf ein leistungsorientiertes Abgeltungssystem nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen überzugehen (Protokoll des Grossen Rates vom 26. August 2004, S. 426).

Veränderungen in der Spitallandschaft und Kostenentwicklung

Die Krankenhausstatistik 2003 weist im Akut- und Psychiatriebereich gleich viele Leistungserbringer aus wie 1997, während ein zusätzlicher Rehabilitationsbetrieb und drei Spezialkliniken weniger aufgeführt werden.⁷⁹ Im Bündner Spitalwesen sind somit bis 2003 keine wesentlichen strukturellen Veränderungen zu verzeichnen.⁸⁰ Die Verselbständigung der Psychiatrie und die Gründung der Spitäler Chur AG hatten bislang noch keine Auswirkungen auf die Angebotsstruktur.

Zwischen 1997 und 2003 ging die Bettenzahl (stationär und teilstationär) laut KHS von 2075 auf 1502 zurück, was einen Abbau von 573 Betten und mit rund 28% den gesamtschweizerisch höchsten prozentualen Rückgang bedeutet. Diese Entwicklung ist zu grossen Teilen auf die Eliminierung dreier privater Spezialkliniken aus der KHS zurückzuführen. Während der übrige Bettenrückgang hauptsächlich in öffentlichen Akutspitälern erfolgte, hielten die privaten Akutkliniken ihren Stand weitgehend, wie eine Detailbetrachtung der KHS-Zahlen zeigt. Die Bettenkapazitäten in Psychiatrie und Rehabilitation blieben weitgehend unverändert. Die Bettenzahlen der Spitäler seien primär als Anpassung an die sinkende Aufenthaltsdauer reduziert worden, um die von den Versicherern geforderte Mindestauslastung von 85% zu erreichen. Dabei stellt sich für die Bündner Spitäler allerdings das Problem der saisonalen Schwankungen, da es in Spitzenzeiten infolge knapper Bettenkapazitäten häufig zu einer zu hohen Auslastung kommt (Interview). Neben den 2002 erfolgten Anpassungen der Leistungsaufträge (s.o.) kam es auf der Ebene der Spitalabteilungen zu keinen nennenswerten Verschiebungen von Leistungsbereichen und zu keinen Umnutzungen von Abteilungen (Interview).

Zwischen 1998 und 2002 gingen die Behandlungsfälle und die Pfl egetage in der Akut- und Spezialversorgung zurück, während sie in der Psychiatrie und in der Rehabilitation zunahmen. Die öffentlichen Spitäler verzeichneten insgesamt jeweils einen geringeren Rückgang als die privaten Anbieter. Das Leistungsgeschehen im Akutbereich hat sich zudem von den kleineren Regionalspitälern ins zentrale Kantonsspital Chur verlagert (eigene Berechnung aus KHS-Daten).

⁷⁹ Die Thurgauer Schaffhauser Höhenklinik wurde in der KHS bis 1999 dem Kanton Thurgau, danach dem Kanton Graubünden zugeordnet. Eine Spezialklinik stellte ihren Betrieb ein, der Grund für das Ausscheiden der anderen beiden aus der KHS konnte nicht eruiert werden.

⁸⁰ Im November 2004 gab das JPSD eine Vorlage zur Neukonzeption der Bündner Spitalversorgung in Vernehmlassung, welche nur noch zwei Versorgungsstufen und die Einschränkung der Leistungsaufträge zahlreicher Regionalspitäler vorsieht und die Möglichkeit von Spitalschliessungen diskutiert (JPSD 2004). Diese Neukonzeption geht auf die kantonalen Bemühungen zur Haushaltssanierung (Regierungsrat 2004) zurück. In jüngster Zeit findet zudem auf dem Platz Davos eine Strukturbereinigung statt, indem im Herbst 2004 diverse Höhenkliniken ihre Schliessung bekannt gaben (NZZ vom 27. November 2004).

Die öffentlichen Ausgaben (Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für Spitäler und Psychiatrie) sind zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 23,1% (CH: 42,2%), pro Jahr durchschnittlich um 5,3% angestiegen (gesamtschweizerischer Durchschnitt: 8,8%), die Bruttoausgaben der Krankenversicherer für Spitäler im selben Zeitraum insgesamt um 24,1%, jahresdurchschnittlich um 5,6% (stationär: +14,8% total/+3,5% pro Jahr; ambulant: +62,2% total/+12,8% pro Jahr). Der Kanton Graubünden weist im gesamtschweizerischen Vergleich somit bei beiden Grössen ein unterdurchschnittliches Wachstum auf.

Konflikte und Konfliktbearbeitung

Schon vor dem Erlass der Spitalliste erreichten einzelne Spitäler beim Kanton eine Ausweitung ihrer Leistungsaufträge, nicht zuletzt dank der Intervention einiger Kantonsparlamentarier, welche die Stellung ihrer Regionalspitäler zu sichern suchten. Der KBK dagegen regte die Schliessung einzelner Spitäler auf der Achse Schiers-Chur-Thusis an und verlangte eine Straffung des Leistungsangebots, was allerdings als Angriff auf die peripheren Regionen empfunden und abgelehnt wurde (Interview). Nach Erlass der ersten Spitalliste erhob der Verband beim Bundesrat erfolgreich Beschwerde dagegen (s.o.), was zur Erarbeitung einer neuer Spitalplanung und einer neuen Spitalliste führte, aber keine wesentlichen Veränderungen im Spitalwesen zur Folge hatte.

Die Spitalliste 1998 trug einige Beschwerden nicht berücksichtigter privater Anbieter, insbesondere im Rehabilitationsbereich, nach sich (s.o.). Da alle subventionierten Spitäler aufgeführt wurden, gab die Liste zu keinem Widerstand von dieser Seite Anlass (Interview). Hingegen führten die Kapazitätsvorgaben in der Spitalliste zu Diskussionen und Verhandlungen zwischen Kanton, Versicherern und Spitalern. Schliesslich habe der Kanton die Vorgaben so gesetzt, dass sie für die Spitäler erreichbar waren (Interview).

Anlässlich der Bedarfsermittlung für die Liste 2002 forderten einige inner- und ausserkantonale Spitäler die Ausweitung ihrer Leistungsaufträge. Das Gesundheitsamt konnte einen Kompromiss finden und gab einem Teil der Anliegen statt (Interview). Die Spitalplanung war seit 1996 Gegenstand parlamentarischer Vorstösse. Diese bezogen sich hauptsächlich auf das Projekt "Spitalplatz Chur" oder auf die Vergabe eines Leistungsauftrags in Orthopädie im Oberengadin in der Spitalliste 2002 (www.gr.ch).

Unabhängig von der Spitalplanung bzw. der –liste gab auch das Projekt "Spitalplatz Chur" zu Unstimmigkeiten Anlass, indem sich die Trägerschaft des Kreuzspitals zunächst gegen die Integration des Spitals in eine gemeinsame Führung wehrte. Nachdem die Kantonsregierung 2002 beschlossen hatte, das Projekt ohne Einbezug des Kreuzspitals weiterzuverfolgen und dessen Leistungsauftrag zurückzustufen, lenkte die Trägerschaft nicht zuletzt auch auf Druck des ärztlichen Personals schliesslich ein und schloss sich dem Spitalplatz Chur an (Interview).

Wirkungen von Art. 39 KVG

Das Inkrafttreten des KVG hatte im Kanton Graubünden die Erarbeitung einer neuen Bedarfsplanung zur Folge, welche einen linearen Bettenabbau in öffentlichen und privaten Spitalern vorsah, der jedoch von den betroffenen Anbietern nicht als besonders einschränkend empfunden wurde. In der Tat gingen die in der KHS ausgewiesenen Bettenzahlen zwischen 1997 und 2003 stark zurück. Auf die Struktur des Bündner Spitalwesens und die Leistungserbringung hatte Art. 39 KVG hingegen kaum einen Einfluss. Die festgestellten Verän-

derungen betreffen entweder private Betriebe, welche nicht der kantonalen Gesetzgebung und der Planung unterstehen, oder gehen auf andere spitalpolitische Massnahmen des Kantons zurück. Die Planungspflicht führte hingegen zu verbesserten Informationsgrundlagen über Hospitalisationen von Bündner PatientInnen und zu einer klareren Abgrenzung zwischen Kliniken für medizinische Rehabilitation und Kurhäusern bzw. Thermalbädern. Aus Sicht der Spitäler hat die Spitalliste eine gewisse Steuerungswirkung entfaltet, indem sie die ohnehin stattfindende betriebliche Weiterentwicklung proaktiv unterstützte, statt sie lediglich nachträglich abzubilden (Interview).

Viel grössere betriebliche Veränderungen als die Kapazitätsvorgaben der Spitalliste und entsprechende Unruhe lösten gemäss Interviewaussagen die ab 1999/2000 restriktiveren Budgetvorgaben des Kantons an die Spitäler und die Umstellung der Finanzierung von Defizitbeiträgen auf mengenflexible, auf Fallzahlen und Pfliegetage abgestimmte Globalbudgets aus. Diese Massnahmen begründen sich mit verstärkten SpARBemühungen des Kantons.

Als unerwünschte Wirkungen der Spitalplanung erwähnten die Interviewpartner die eingeschränkte Flexibilität, welche als Wettbewerbsbeschränkung empfunden wird. Während die Planung dem Kanton die Möglichkeit nehme, die Versorgung in den wirtschaftlichsten Spitälern, auch ausserkantonale, einzukaufen, sei es den Spitälern nicht möglich, kurzfristig die Kapazitäten zu erhöhen, da die Spitalliste die Versorgungskapazitäten verbindlich fest schreibt und eine langwierige Überarbeitung von Planung und Liste notwendig wäre. Dadurch würden zudem unwirtschaftlich arbeitende Spitäler gestützt.

5.4.4 Kanton Jura⁸¹

Ausgangslage

1997 verfügte der Kanton Jura über insgesamt vier Spitäler. Die zwei Regionalspitäler in Delémont und Porrentruy und das Bezirksspital Saignelégier leisteten die Akutversorgung. Den Spitälern in Porrentruy und Saignelégier waren zugleich jeweils auch gerontopsychiatrische Abteilungen angegliedert. Daneben fand sich die auf kardiovaskuläre Rehabilitation spezialisierte Privatklinik Le Noirmont. Insgesamt standen so gemäss KHS 1997 548 Spitalbetten (stationär und teilstationär) zur Verfügung.

Das Spitalwesen war im 1994 in Kraft getretenen Spitalgesetz⁸² geregelt und wurde durch den Kanton und die Gemeinden gemeinsam finanziert. Mit diesem Gesetz wurden auch die drei Akutspitäler im öffentlich-rechtlichen Centre de gestion hospitalière (CGH) unter einer gemeinsamen Führung zusammengefasst, um die Verwaltung zu rationalisieren. Eine wichtige Rahmenbedingung der Spitalplanung stellt die Kompetenz des Parlaments, die Standorte der Versorgungsangebote festzulegen, dar. Lediglich die psychiatrischen Einrichtungen unterstehen direkt dem Gesundheitsamt.

Als Kanton mit spezialisierter Versorgung (Biersack 2000: 7) verzeichnet der Jura eine gewisse Patientenmigration, wobei die Patientenexporte die –importe um fast das Doppelte überwiegen. Im Jahr 2000 wurde rund jede fünfte hospitalisierte Kantonseinwohnerin aus-

⁸¹ Die Fallstudie zum Kanton Jura wurde von Yann Boggio, evaluanda, Genf, erarbeitet und von Christian Rüefli zusammengefasst.

⁸² Loi sur les hôpitaux du 22 juin 1994 (RSJU 810.11)

serkantonal behandelt (eigene Berechnung anhand von BFS 2002: 57). Mit zahlreichen ausserkantonalen Spitälern in Bern, Basel-Landschaft sowie den Universitätsspitälern Basel, Bern, Lausanne und Genf bestanden Versorgungsabkommen. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bestand ein Versorgungsabkommen mit dem Spital Moutier.

Planungsgrundlagen

Die erste Spitalplanung des Kantons Jura stammt aus dem Jahr 1988 und vermochte seine Ziele weitgehend zu erreichen. 1994 begannen die Arbeiten an einer neuen Gesundheitsplanung (plan sanitaire), welche einerseits Sparsbemühungen des Kantons, andererseits der Planungspflicht im KVG Rechnung tragen sollte (Gouvernement 1998). Die Gesundheitsplanung bezog sich auf das gesamte öffentliche Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und hatte zum Ziel, die öffentlichen Gesundheitsausgaben unter Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung und einer hohen Leistungsqualität möglichst zu begrenzen. Dazu waren u.a. ein Kapazitätsabbau an den Spitälern sowie die verstärkte Komplementarität unter den Spitälern sowie zwischen diesen und anderen Leistungserbringern vorgesehen. Nach einem mehrstufigen partizipativen Entscheidungsprozess wurde die Zusammenführung der drei Akutspitäler zu einem hôpital multisite beschlossen.

Die Gesundheitsplanung wurde im Herbst 2001 durch eine Spitalplanung (plan hospitalier) ergänzt. Diese Planung beruht auf mehreren Vorstudien (u.a. Paccaud 1997), einem Runden Tisch, an welchem die wichtigsten Akteure der Gesundheitsversorgung vertreten waren sowie diversen Hearings mit betroffenen und Experten. Sie schlug die Schaffung eines Spitals mit mehreren Standorten und komplementären Leistungsangebot vor, was eine teilweise Umverteilung der bisherigen Leistungen bedingte. So sollte die Akutversorgung in Delémont zentralisiert werden, während in Porrentruy vorwiegend Übergangspflege, Rehabilitation und Langzeitpflege, in Saignelégier hauptsächlich Geriatrie angeboten werden sollten. Ein kantonsweiter Rettungsdienst sollte die Akutversorgung im Notfall sicherstellen.

Nachdem sich aus der Bevölkerung und im Parlament Widerstand gegen diese Vorhaben regte, wurde die Planung bezüglich der Verteilung der Leistungsbereiche überarbeitet und im Juni 2002 verabschiedet (s.u.). Organisatorische Kernpunkte wie die einheitliche Führung durch einen Chefarzt und ein einziges Budget pro medizinisches Fachgebiet wurden hingegen aufrechterhalten. Ziel war es, die Anzahl Betten um ca. 150 zu reduzieren und 4 Mio. CHF pro Jahr einzusparen.

Eine Resolution der Assemblée interjurassienne von 2002 fordert die regionale Ausweitung der Spitalplanung und den Einbezug der Leistungsangebote des Berner Juras. Seit 2004 befasst sich eine Arbeitsgruppe mit möglichen Synergien und Zusammenarbeitsformen unter den verschiedenen Betrieben.

Bedarfsermittlung

Der plan sanitaire legte in Anlehnung an die Empfehlungen der SDK einen Bedarf von 250 Betten bis 2000 bzw. von 210 bis 2005 fest, der durch eine Reduktion der Hospitalisationsrate und der Aufenthaltsdauer erreicht werden sollte (Biersack 2000: 11). Im plan hospitalier von 2002 waren 150-170 Akutbetten, 20 Psychiatriebetten, 60 Rehabilitationsbetten sowie 50-60 Langzeit- bzw. Pflegebetten vorgesehen, d.h. ein Total von 280-310. Dies betrifft die Standorte Delémont und Porrentruy, die 13 Betten in Saignelégier sollten unverändert bleiben. Bezüglich der Bettenkapazitäten wurde somit durch einen starken Abbau von Akutbet-

ten und einen leichten Aufbau von Rehabilitations-, Langzeit- und Pflegebetten ein Abbau der Gesamtbettenzahl angestrebt. Auf der Ebene der Spitalleistungen sah der plan hospitalier eine gewisse Konzentration der Leistungen in Delémont vor, was u.a. die Beschränkung der Operationstätigkeit am Wochenende in Porrentruy bedeutete.

Der plan hospitalier bezieht sich lediglich auf die öffentlichen Betriebe, die private Rehabilitationsklinik in Le Noirmont wurde nicht in die Bedarfsermittlung einbezogen.

Umsetzung von Art. 39 KVG – Spitalliste

Die Spitalliste vom 19. Dezember 1997 enthält alle bestehenden öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten stationären Einrichtungen des Kantons, d.h. die drei Akutspitäler, zwei Rehabilitationskliniken, sechs psychiatrische Einrichtungen sowie diverse Pflege- und Wohnheime. Zusätzlich sind zahlreiche ausserkantonale Leistungserbringer aufgeführt, mit denen Versorgungsabkommen bestehen: sieben Universitätsspitäler, die fünf Akutspitäler in Moutier, St. Imier, Biel, Laufen und La-Chaux-de-Fonds, sieben Rehabilitationseinrichtungen und die psychiatrische Klinik in Bellelay. Die Liste gliedert sich in die Kategorien Akutspitäler, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime, Altersheime und psychiatrische Einrichtungen. Für jedes Spital sind der rechtliche Status, die Finanzierung, die zu erbringenden Leistungen und die Anzahl Betten festgehalten.

Um dem plan hospitalier von 2002 Rechnung zu tragen, wurde die Liste 2003 überarbeitet und nennt das Hôpital du Jura als einzige innerkantonale stationäre Einrichtung der Akutversorgung. Ebenso hatten Anpassungen in der Psychiatrieversorgung des Kantons Bern eine entsprechende formale Änderung zur Folge.

Umsetzung von Spitalplanung und Spitalliste

Die Spitalliste von 1997 gab zu keinen Umsetzungsmassnahmen Anlass, da sie den Status quo der stationären Versorgung abbildete. Die Umsetzung des plan hospitalier von 2002 hatte eine interne Reorganisation der Bettenzuteilung sowie gewisse bauliche Massnahmen zur Folge (Gouvernement 2001). Bis 2004 wurden die Intensivpflege in Delémont zentralisiert und die garde unique im Operationstrakt eingeführt. Zwischen 2005 und 2007 ist die Reorganisation der übrigen Abteilungen vorgesehen. Neben diesen strukturellen Massnahmen wurde auf organisatorischer Ebene die Führung jedes Fachbereichs unter eine Leitung gestellt, unabhängig vom Spitalstandort. Eine zweite Phase sieht u.a. den Umzug und Ausbau der Dialyseabteilung in Delémont vor. Ein Umsetzungsplan wurde im Juni 2004 vorgelegt (Hôpital du Jura 2004).

Unabhängig von der Spitalplanung wurde im Rahmen einer Revision des kantonalen Finanzausgleichs per 2005 die Finanzierung der kantonalen Spitäler vollumfänglich dem Kanton übertragen und die Gemeinden davon entlastet⁸³.

Veränderungen in der Spitallandschaft und Kostenentwicklung

Im Vergleich mit 1997 verfügt der Kanton Jura 2003 im Akutbereich nach wie vor über dieselben stationären Einrichtungen, wobei allerdings in der KHS die drei im Hôpital du Jura zusammengeführten Spitäler neu als ein einziger Betrieb aufgelistet werden. Ab 2000 wird

⁸³ Loi concernant la péréquation financière du 20 octobre 2004 (RSJU 651)

die 1998 geschaffene, dem Regionalspital Delémont angegliederte Unité hospitalière medico-psychiatrique (UHMP) als eigenständige psychiatrische Einrichtung geführt. Bezüglich der Bettenzahlen weist die KHS einen Rückgang von 548 (1997) auf 458 (2003) aus, d.h. eine Reduktion um 16,4%. Dieser betrifft fast ausschliesslich die öffentlichen Spitäler, da die private Rehabilitationsklinik Le Noirmont von der kantonalen Planung nicht erfasst wird und keine Veränderungen zu gewähren hatte. Die meisten Akutbetten wurden in Pflege- und Langzeitbetten umgewandelt, deren Zahl sich im selben Zeitraum erhöhte (Hôpital du Jura 2003). Hinsichtlich der Leistungsbereiche wurde neben den bereits erwähnten Verlagerungen in der Intensivmedizin und der Chirurgie der Leistungsauftrag des Bezirksspitals Saignelégier von der Akut- auf die Langzeitversorgung angepasst sowie in Delémont eine Hämodialysestation eingerichtet. Die Anzahl der behandelten Fälle sank zwischen 1998 und 2003 von 9970 auf 9062 um 9,1%, während sich die Anzahl Pflegetage im selben Zeitraum um 8,5% erhöhte.

Die öffentlichen Ausgaben (Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für Spitäler und Psychiatrie) sind zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 35,2% (CH: 42,2%), pro Jahr durchschnittlich um 7,8% angestiegen (gesamtschweizerischer Durchschnitt: 8,8%), die Bruttoausgaben der Krankenversicherer für Spitäler im selben Zeitraum insgesamt um 3,1%, jahresdurchschnittlich um 0,8%, wobei sie im stationären Bereich um -0,2% (-0,5% pro Jahr) abnahmen, im ambulanten Bereich total um 9,8% (2,4% pro Jahr) anstiegen. Letzteres kann mit dem Rückgang der Anzahl hospitalisierter Personen zusammenhängen, ersteres dürfte auf die erfolgten strukturellen und operativen Veränderungen zur Umsetzung des plan hospitalier zusammenhängen. In den Interviews wurde auf relativ hohe Kosten der bestehenden Strukturen hingewiesen, die nicht reduziert werden könnten, solange regionalpolitische Interessen eine stärkere Nutzung des bestehenden Synergiepotenzials und eine höhere Auslastung der bestehenden Kapazitäten verhinderten.

Konflikte und Konfliktbearbeitung

Die erste Version des plan hospitalier von 2001 stiess auf den Widerstand seitens der jurassischen Ärztesgesellschaft, der Bevölkerung der Ajoie sowie der Belegschaft des Spitals in Porrentruy. Die Opposition gegenüber der vorgesehenen Neuverteilung der Spitalleistungen, insbesondere der Schliessung der Geburtsabteilung in Porrentruy, manifestierte sich anhand einer Petition mit 13'000 Unterschriften, öffentlichen Demonstrationen sowie zahlreichen Leserbriefen. Angesichts dieser für die Behörden überraschenden Kritik wurde die Spitalplanung überarbeitet. Das Spital Porrentruy behielt eine Akutstation inklusive Geburtsabteilung, Gynäkologie und Pädiatrie und die entsprechenden Operationseinheiten. Der Aufbau des vorgesehenen mobilen Notfall- und Rettungsdienstes wurde aufgeschoben.

Die Konfliktbearbeitung erfolgte primär auf politischem Weg im Rahmen der Gesundheitskommission, welche die Spitalplanung in direkter Verhandlung zwischen den Vertretern der Opposition in Porrentruy und der Kantonsregierung überarbeitete und dem Parlament erneut zur Genehmigung unterbreitete.

Die Spitalliste von 1997 hatte keine Konflikte ausgelöst, da sie alle bestehenden stationären Einrichtungen vollumfänglich enthielt. Es wurde keine Bundesratsbeschwerde dagegen erhoben. Dasselbe gilt für die überarbeitete Spitalliste von 2003, welche das Ergebnis der Überarbeitung der Spitalplanung abbildet und so politisch ausreichend abgestützt ist.

Wirkungen von Art. 39 KVG

Die im KVG verankerte Planungspflicht war ein Grund zur Überarbeitung der bestehenden Spitalplanung des Kantons Jura. Gleichzeitig war die Spitalplanung jedoch auch Bestandteil der umfassenden kantonalen Gesundheitsplanung, welche ab 1994 Jahre erarbeitet wurde. Als eigentlicher Anlass für die erfolgten spitalpolitischen Reformen sind die Bemühungen des Kantons, durch die stärkere Nutzung vorhandener Synergien die Effizienz des kantonalen Spitalwesens zu erhöhen und so die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben möglichst zu begrenzen, zu betrachten. Art. 39 KVG spielte somit lediglich eine untergeordnete Rolle für die Entwicklung des jurassischen Spitalwesens. Eine Reorganisation und Kapazitätsreduktion im Sinne des Artikels fanden durchaus statt, doch waren kantonale finanz- und spitalpolitische Ziele ausschlaggebend dafür, nicht die Verpflichtung, eine Spitalliste auszuarbeiten. Die Reorganisation der stationären Versorgung konnte zudem aufgrund massiven regionalpolitischen Widerstandes nicht in der vom Kanton vorgesehenen Form vollzogen werden. Die aktuelle Versorgungssituation stellt somit weitgehend das Resultat eines politisch ausgehandelten Kompromisses dar und entspricht nicht der ursprünglich anvisierten ökonomisch-pragmatischen Konzeption.

5.4.5 Kanton Waadt⁸⁴

Ausgangslage

Die stationäre Versorgung im Kanton Waadt umfasste 1997 insgesamt 49 Einrichtungen: das öffentliche Universitätsspital Lausanne (CHUV), 19 öffentliche oder öffentlich subventionierte Regional- oder Zonenspitäler sowie neun Privatkliniken im Akutbereich, sechs Psychiatrieeinrichtungen (davon 1 privat) sowie 14 Langzeit- und Rehabilitationseinrichtungen (davon 4 privat). Die KHS verzeichnet 22 Allgemeinspitäler, sieben psychiatrische und fünf Rehabilitationskliniken sowie 15 andere Spezialkliniken und weist für 1997 einen Bettenbestand (stationär und teilstationär) von 4026 bzw. eine Dichte von 6,52 Betten pro 1000 Einwohner aus.

Die verschiedenen Einrichtungen des Universitätsspitals sind im Service des Hospices cantonaux zusammengefasst, der eine Dienststelle des kantonalen Gesundheitsdepartements darstellt. Die Betriebe mit privater Trägerschaft, welche über ein Leistungsabkommen mit dem Kanton und somit über öffentliche Subventionen verfügen (*reconnus d'intérêt public*) sind in der *Fédération des hopitaux vaudois* (FHV) organisiert. Während die Betriebe des CHUV rund 30% und die FHV rund 50% der Hospitalisationen verrechnen, entfallen rund 20% auf nicht subventionierte private Anbieter.

Bezüglich der Patientenströme ist der Kanton Waadt ein Importkanton. Während 1995 rund 13% aller Hospitalisationen auf ausserkantonale PatientInnen entfielen, begaben sich nur knapp 4,2% aller hospitalisierten Kantonseinwohner in ausserkantonale Behandlung.

⁸⁴ Die Fallstudie zum Kanton Waadt wurde von Yann Boggio, evaluanda, Genf, verfasst. Die Zusammenfassung erfolgte durch Christian Rüefli.

Planungsgrundlagen

Die erste Spitalplanung wurde 1966 erarbeitet und blieb bis 1997 bestehen. Sie strebte eine Zentralisierung der hochspezialisierten Versorgung und die Dezentralisierung der Grundversorgung an. Die Planung unterschied vier (Behandlungs-)Typen und sechs Kategorien von Akutspitalern. Der Kanton war in acht Spitalzonen unterteilt, drei Regionen wurden als Halbzonen definiert. Die dem Kanton unterstellte Psychiatrieversorgung war in vier Sektoren gegliedert. 1978 erfuhr die Planung eine Anpassung infolge der Einführung der prospektiven Finanzierung über Globalbudgets⁸⁵. Zwischen 1992 und 1995 wurden im Rahmen eines kantonalen Sparprogramms verschiedene organisatorische Massnahmen ergriffen und insgesamt 282 Akutbetten abgebaut, was Einsparungen von 88 Mio. CHF ermöglichte.

Zentrale Planungsgrundlage stellt das 1996 lancierte Projekt "Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire" (NOPS) dar, welches seit 1998/1999 umgesetzt wird.⁸⁶ NOPS zielt primär auf die Schaffung von Versorgungsnetzen und die Bildung entsprechender Führungsstrukturen ab. Weitere Elemente beziehen sich auf die Kostendämpfung, die Einführung neuer Finanzierungsmodalitäten und die Patienteninformation. Die Planungspflicht im KVG, NOPS sowie die kantonalen Sparbemühungen im Rahmen des Programms Equation 33 bilden den Rahmen der kantonalen Spitalplanung. Diese sah vor, mittels betrieblicher Massnahmen in allen Spitalern sowie einer Reorganisation der Spitalstrukturen und einer Rationalisierung der Leistungsaufträge die Effizienz des Spitalwesens zu erhöhen und Einsparungen zu erzielen.

Bedarfsermittlung

Die Spitalplanung beruht auf mehreren Studien des Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS), der 1997 den Versorgungsbedarf für 2005 ermittelte. Entsprechend den Empfehlungen der GDK bildete die Bettenbedarfsformel die Grundlage der analytischen Bedarfsprognose. Diese unterscheidet zwischen Akutbetten (A-Betten) und Rehabilitations-/Palliativbetten (B-Betten) und wurde jeweils für das Universitätsspital und die Spitäler der FHV erstellt. Im Akutbereich wurde 1997 von einer weitgehend konstanten Nachfrageentwicklung ausgegangen, während die Aufenthaltsdauer sich an den jeweils tiefsten Durchschnittswerten annähern und die Bettenbelegung keine Überkapazitäten mehr ausweisen sollten. Diese wurde auf 80% (A-Betten) bzw. 85% (B-Betten) festgelegt (SCRIS 1997). Als Planungseinheiten dienten die aus DRG abgeleiteten GPH (Groupes de patients hospitalisés; Fekete et al. 1991). Die Verfügbarkeit neuer statistischer Grundlagen führte zur Erstellung neuer Bedarfsanalysen (SCRIS 1998 und 2000), welche auch die privaten Anbieter beinhalteten und statt der GPH auf AP-DRG abstellten. Zudem wurden von neuen demographischen Szenarien und einer Bettenauslastung von 85% (A-Betten) bzw. 90% (B-Betten) ausgegangen, wobei ein best-practice-Benchmark als Vorgabe diente. Während 1997 von einem Bedarf von insgesamt 1855 A- und B-Betten in 2005 ausgegangen wurde, wurde aufgrund veränderter Annahmen zur demographischen Entwicklung 2000 ein zusätzlicher Bettenbedarf prognostiziert, der zwischen 2008 und 2127 Betten betrug.⁸⁷

⁸⁵ Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RSV 810.01)

⁸⁶ Unterlagen dazu finden sich auf www.nops.vd.ch

⁸⁷ Die Analyse von 1998 ergab je nach Szenario einen Versorgungsbedarf von 1716 bzw. 1779 (SCRIS 1998).

Die Planung und Erarbeitung von Umsetzungsmassnahmen erfolgte im Rahmen von ad-hoc-Arbeitsgruppen des Gesundheitsamtes unter Einbezug der FHV, der Waadtländer Ärztesellschaft, der Waadtländer Vereinigung der Privatkliniken sowie des Kantonalverbands der Krankenversicherer (FVAM).

Umsetzung von Art. 39 KVG – Spitalliste

Es wurden diejenigen innerkantonalen Leistungserbringer auf die Spitalliste aufgenommen, die über eine Betriebsbewilligung verfügten, den KVG-relevanten Anforderungen entsprachen, massgeblich zur Bedarfsdeckung beitrugen und mit dem Kanton eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hatten. Ausserkantonale Spitäler wurden berücksichtigt, wenn sie im Kanton oder in der Grenzregion nicht erbrachte Leistungen anboten oder mit dem Kanton ein Abkommen abgeschlossen hatten, wenn sie ein entsprechendes Gesuch gestellt hatten, einen innerkantonal nicht gedeckten Bedarf abdecken konnten und regelmässig eine gewisse Zahl Waadtländer PatientInnen versorgten.

Die Waadtländer Spitalliste (Service de la santé publique 1997) wurde im Dezember 1997 erlassen und enthielt sämtliche 49 öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten innerkantonalen Leistungserbringer. Im Rahmen interkantonomer Abkommen figurierten das Universitätsspital Genf, die Paraplegiezentren Genf und Basel sowie das Spital Monthey (VS) auf der Liste. Die Spitäler Saanen (BE), Estavayer (FR) und das Kantonsspital Freiburg sind unter Vorbehalt jeweiliger interkantonomer Versorgungsabkommen aufgeführt. Lediglich eine auf Schönheitschirurgie spezialisierte Klinik verzichtete darauf, auf der Liste zu figurieren, da sie keine KVG-Leistungen erbringt.

Im Anhang zur Spitalliste finden sich die detaillierten Leistungsaufträge aller Spitäler, aufgeschlüsselt nach allgemeinem Auftrag⁸⁸, spezifischem Auftrag (26 medizinische Fachgebiete) und weiteren 8 Querschnitts- oder Spezialgebieten. Des Weiteren findet sich eine detaillierte Zusammenstellung der verfügbaren medizinisch-technischen Infrastruktur pro Spital. Die Leistungsaufträge in der Spitalliste formulierte das Gesundheitsamt mittels eines Vergleichs der von den Spitälern angegebenen Leistungsspektren mit ihrer jeweiligen Infrastruktur.

Die Spitalliste ist in drei Teile gegliedert: Allgemeine Abteilungen der öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler, nicht subventionierte allgemeine, halbprivate und private Abteilungen aller Spitäler und ausserkantonale Spitäler. Sie weist den einzelnen Spitälern keine Bettenzahl zu, sondern gibt lediglich die benötigte Gesamtzahl pro Bettenkategorie an. Gegen die Spitalliste erhoben Anfang 1998 zwei ausserkantonale Privatspitäler Beschwerde, in welcher sie Aufnahme auf die Spitalliste forderten. Während eine davon vom Bundesrat abgewiesen wurde, erlangte das Paraplegikerzentrum Nottwil auf diese Weise die Zulassung für Rehabilitation.

Umsetzung von Spitalplanung und Spitalliste

Im Rahmen des kantonalen Restrukturierungsprogrammes Equation 33 trat der Kanton mit den öffentlich subventionierten, jedoch betrieblich selbständigen Spitälern der FHV in Verhandlungen, um sie zu Zusammenschlüssen und Anpassungen ihrer Leistungsspektren zu bewegen.

⁸⁸ Chirurgie, Geburtshilfe, innere Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Rehabilitation und palliative Pflege

Zwischen 1998 und 2002 bildeten sich fünf neue regionale Spitalgruppen, welche mit Ausnahme von sechs Betrieben alle öffentlichen und öffentlich subventionierten Akutspitäler und Rehabilitationskliniken versammelten⁸⁹. Per 2005 fusionierten zudem das resHO und das CHYC⁹⁰ zu den Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (EHNV). Als Spitalgruppen im weiteren Sinn können auch die beiden neu gebildeten interkantonalen Kooperationen bezeichnet werden. 2000 schlossen sich die Spitäler Payerne (VD) und Estavayer-le-Lac (FR) zum Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) zusammen, und im selben Jahr schloss das Spital du Pays-d'Enhaut in Château-d'Oex ein interkantonales Freizügigkeitsabkommen mit dem Bezirksspital Saanen (BE) ab. In beiden Fällen wurden wie im Rahmen der Gruppenbildung auch die Leistungen neu aufgeteilt. Auf dem Platz Lausanne musste das Spital Lavaux seine Akut- und Chirurgieabteilungen schliessen und baute dafür den Rehabilitationsbereich in Zusammenarbeit mit dem CHUV auf. Das Rehabilitationszentrum Rive Neuve schloss einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem Spital Riviera ab. Das Spital Moudon und das Rehabilitationszentrum Bex wurden beide in Alters- und Pflegeheime umgewandelt. Nachdem das Projekt RHUSO zur Zusammenführung der beiden Universitätsspitäler Genf und Lausanne 1998 von der Genfer Stimmbevölkerung abgelehnt worden war, wurden auch die Strukturen der Hospices cantonales etwas überarbeitet (Conseil d'Etat 2004).

Seit 2001 steuern die Kantonsbehörden die Spitalversorgung der Hospices cantonales und der FHV über einen strategischen Vierjahresplan und jährlichen Leistungsverträgen. Per 2002 wurden zudem die Finanzierungsmechanismen im Akutbereich angepasst. Die Tarifverträge mit den Krankenversicherern basieren auf Fallgruppen (AP-DRG), während die staatlichen Beiträge in Form prospektiver Globalbudgets entrichtet werden, die zwischen Vorhalteleistungen im Auftrag des Kantons (Forschung und Lehre, Notfalldienst, Intensivpflege etc.) und laufenden Pflegeleistungen unterscheiden, deren Umfang im Rahmen eines Benchmark-Verfahrens festgelegt werden. Für die Psychiatrie und Rehabilitation sind entsprechende Nomenklaturen in Arbeit, so dass auch in diesen Bereichen auf eine Leistungsfinanzierung umgestellt werden kann.

Veränderungen in der Spitallandschaft und Kostenentwicklung

Das BFS weist für 2003 noch 35 Spitalbetriebe aus, was gegenüber 1997 einen Rückgang um 14 bedeutet. Dieser verteilt sich auf sieben Allgemeinspitäler, drei psychiatrische Einrichtungen und fünf andere Spezialkliniken, während eine zusätzliche Rehabilitationsklinik aufgeführt ist. Die Veränderungen erklären sich weitgehend mit den oben skizzierten Gruppenbildungen und Zweckumwandlungen. Seitens der privaten Anbieter ist zudem die Schliessung der beiden Kliniken Rosiaz in Pully (1999) und Beau Reveil in Leysin (2002) zu vermerken.

Die Bettenstatistik verzeichnet eine leichte Zunahme um 10 Einheiten, d.h. 4036 Betten für 2003. Eine Detailanalyse anhand der Rohdaten von 1998 und 2002 zeigt, dass ein Zuwachs vor allem in öffentlichen und öffentlich subventionierten Akutspitalern sowie in privaten Rehabilitations- und anderen Spezialkliniken erfolgte. Ein Rückgang ist bei öffentlichen

⁸⁹ Réseau hospitalier St-Loup/Orbe/La Vallée (resHO), Ensemble hospitalier de la Côte (EHC; Morges, Aubonne, Rehabilitationszentrum La Côte), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (GHOL; Nyon und Rolle), Spital Riviera (Vevey, Montreux, Rehabilitationsklinik Mottex), Hôpital du Chablais (HDC; Aigle, Klinik Miremont und Spital Monthey (VS)).

⁹⁰ Centre hospitalier Yverdon-Chamblon

Rehabilitations- und anderen Spezialkliniken zu verzeichnen, während die Psychiatriekapazitäten praktisch unverändert blieben.

Die Anzahl Pflgeetage blieb zwischen 1998 und 2002 in der Psychiatrie und anderen Spezialkliniken weitgehend konstant, nahm hingegen im Akutbereich um 16% zu (öffentliche und öffentlich subventionierte Betriebe: +2%, private +80%) und in der Rehabilitation um 34% ab (öff./sub. -50%, privat +29%). Die Anzahl Fälle nahm in der Akutversorgung um 10%, in der Psychiatrie um 22% zu, in der Rehabilitation um 37% und bei anderen Spezialkliniken um 19% ab.

Die Kostenentwicklung präsentiert sich wie folgt: Die öffentlichen Ausgaben (Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für Spitäler und Psychiatrie) sind zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 28,0% (CH: 42,2%), pro Jahr durchschnittlich um 6,4% angestiegen (gesamtschweizerischer Durchschnitt: 8,8%), die Bruttoausgaben der Krankenversicherer für Spitäler im selben Zeitraum insgesamt um 19,5%, jahresdurchschnittlich um 4,5%, wobei sie im stationären Bereich um 4,9% (1,2% pro Jahr), im ambulanten Bereich total um 42,7% (9,3% pro Jahr) anstiegen. Damit blieb in dieser Periode die Kostenentwicklung in beiden Fällen unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Konflikte und Konfliktbearbeitung

Die Waadtländer Spitalplanung stellte in den 1990er Jahren einen bedeutenden Konfliktgegenstand dar. Die Studien von Moritz (2000) und Bolgiani (2002) gehen ausführlich auf die Konfliktfronten der Waadtländer Spitalplanung ein und zeigen die Problematik des politischen Prozesses auf, in dessen Verlauf u.a. zwischen 1994 und 2004 dreimal ein Wechsel an der Spitze des Gesundheitsdepartements erfolgte. Das politische Klima im Kanton Waadt war in dieser Zeit insbesondere auch durch drei aufeinander folgende Spar- und Reformprogramme (Orchidée I, Equation 33, Table ronde) geprägt, welche für das Spitalwesen eine gewisse Belastung darstellten. Nachdem 1994 der damalige Gesundheitsdirektor tiefgreifende Reformen vorgeschlagen hatte und nicht wiedergewählt wurde, legte die Regierung abgeschwächte und partizipativere Pläne vor. Auch die 1997 angegangene, breit angelegte Restrukturierung des kantonalen Spitalwesens im Rahmen von NOPS rief jedoch den Widerstand seitens der Bevölkerung in den peripheren Regionen hervor. Die 1998 eingereichte Volksinitiative "Pour des hôpitaux de proximité" stellte eine Reaktion auf die vorgesehenen Restrukturierungen der Spitäler Moudon, Vallée und Château-d'Oex dar und wurde im September 2000 mit lediglich 631 Stimmen Differenz abgelehnt.

Abgesehen von den bereits erwähnten beiden Bundesratsbeschwerden ausserkantonaler Privatkliniken gab die Waadtländer Spitalliste zu keinen weiteren Konflikten Anlass. Die Krankenversicherer kündigten zwar an, sich gegen die Finanzierung von Überkapazitäten zu wehren. Die kantonalen Behörden vermochten jedoch darzulegen, dass die auf Pflgeetage ausgerichtete Finanzierung sich auf weniger Betten als die in den Bedarfsanalysen ausgewiesenen bezieht, worauf die Versicherer auf eine Beschwerde verzichteten.

Wirkungen von Art. 39 KVG

Im Kanton Waadt sind zwischen 1998 und 2002 wesentliche Anpassungen in der Struktur der Spitalversorgung erfolgt, insbesondere durch die Bildung von Spitalgruppen und die sich daraus ergebende Neuordnung der Leistungserbringung. Diese Veränderungen betreffen praktisch ausschliesslich die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. Auslöser

dieses noch nicht abgeschlossenen und konfliktreichen Prozesses war jedoch nicht die Pflicht, eine Spitalliste zu erstellen – diese enthält alle 1997 im Kanton vorhandenen Anbieter von Leistungen im Rahmen des KVG. Die Spitalplanung im Sinne des KVG, d.h. die Ermittlung des Versorgungsbedarfs, der Erlass der Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen, stellte primär einen Rahmen für die beschriebenen Reformen dar, war jedoch nicht ausschlaggebend für die Entwicklung des Waadtländer Spitalwesens. Von weitaus grösserer Bedeutung waren die Bemühungen des Kantons, durch die Etablierung neuer Versorgungs- und Steuerungsstrukturen die Effizienz des Spitalwesens zu erhöhen und so die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben in diesem Bereich bremsen zu können.

Eine wesentliche indirekte Wirkung der Spitalplanung besteht darin, dass seitens der Spitäler ein Lernprozess erfolgte und ein Klima der Kooperation entstand, welches trotz fehlender Möglichkeit der direkten hierarchischen Einflussnahme durch den Kanton die beschriebenen Restrukturierungen ermöglichte.

5.4.6 Kanton Zürich

Ausgangslage

Die stationäre Spitalversorgung im Kanton Zürich umfasste 1997 insgesamt 61 Betriebe: 28 allgemeine Spitäler (davon sieben private), 17 psychiatrische Einrichtungen (davon eine privat), 15 Spezialkliniken (davon sieben privat) und eine öffentlich subventionierte Rehabilitationsklinik (KHS 1997). Die Versorgungsstruktur im Akutbereich war vierstufig aufgebaut: dezentrale Regionalspitäler leisteten die Grundversorgung, Schwerpunktspitäler die erweiterte Grundversorgung, Zentralspitäler die Spezialversorgung und die Universitätsspitäler die hochspezialisierte Versorgung. Daneben fanden sich Ergänzungsspitäler, welche weitere Leistungen wie Komplementärmedizin oder Rehabilitation anboten. Das Psychiatrieangebot umfasste neben den Betrieben der Erwachsenenpsychiatrie auch Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtbehandlung und Gerontopsychiatrie.

Gemäss KHS fanden sich 1997 in den stationären Betrieben im Kanton Zürich insgesamt 9033 Betten, was einer Bettendichte von 7,54 pro 1000 Einwohner (CH: 6,93) und rund 18% der gesamtschweizerischen Bettenkapazität entspricht. Im Vergleich mit anderen Kantonen leisteten im Kanton Zürich private Anbieter einen relativ geringen Anteil an die stationäre Versorgung. Aufgrund seines breiten Angebotsspektrums konnte der Kanton die Spitalversorgung grösstenteils selbst sicherstellen und war kaum auf ausserkantonale Institutionen angewiesen. Der Kanton Zürich ist ein wichtiger Leistungserbringer für andere Kantone, er weist nach Luzern absolut gesehen den höchsten Patientenimport auf (BFS 2002: 57).

Planungsgrundlagen

Der Kanton Zürich verfügt seit 1947 über eine Spitalplanung (Sektion Gesundheitsökonomie 1995). Zur Umsetzung von Art. 39 KVG wurde die Spitalplanung 1991 überarbeitet und im Juni 1997 der Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998 vorgelegt (Direktion des Gesundheitswesens 1997a). Dieser bezieht sich auf die Akutspitäler, Rehabilitationskliniken und Spezialkrankenhäuser. Die Psychiatrieplanung beruht auf einem separaten Psychiatriekonzept, welches 1998 von der Regierung verabschiedet wurde (Direktion des Gesundheitswesens 1997b; Gesundheitsdirektion 1999).

Explizites Ziel der Spitalplanung 1998 war die Senkung der Kosten im stationären Bereich durch eine schnelle und tiefgreifende Strukturanpassung im Zürcher Spitalwesen und den Abbau der vorhandenen Überkapazitäten (Direktion des Gesundheitswesens 1997: 1). Aufgrund der Tatsache, dass im Kanton Zürich trotz eines Abbaus von 700 Betten zwischen 1989 und 1996 die Gesamtkosten weiter gestiegen waren, erachtete man einen linearen Abbau als wirkungslos. Die bisher vierstufige Versorgungsstruktur wurde auf die drei Stufen regionale Grundversorgung, überregionale Spezialversorgung und überkantonale hochspezialisierte Versorgung reduziert. Die Regionalspitäler wurden aus dem Versorgungskonzept eliminiert, die Ergänzungsspitäler blieben erhalten.

Für den Akutbereich skizzierte die Spitalplanung 1998 vier Stossrichtungen. Erstens sollten die allgemeinen Abteilungen von sechs Regionalspitälern nicht auf die Spitalliste gesetzt werden. Zweitens waren zwei Fusionen (Horgen und Wädenswil bzw. Schweizerische Pflege-
rinnenschule und Neumünster) vorgesehen. Drittens waren je zwei Spitäler in der Stadt Zürich (Triemli und Maternité Inselhof bzw. Balgrist und Schulthess) dazu angehalten, ihre Infrastrukturen soweit wie möglich zusammenzulegen. Schliesslich sollten in den übrigen Spitälern bis 1998 weitere 200 Betten abgebaut werden. Während das bestehende Angebot der Komplementärmedizin anerkannt und zusätzlich berücksichtigt wurde, bestand für die Rehabilitationsplanung keine eigentliche Grundlage (Direktion des Gesundheitswesens 1997a).

Das Psychatriekonzept sah eine regionenorientierte Versorgungsstruktur und den Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote vor, um die stationären Behandlungen möglichst reduzieren zu können. Zusätzlich sollte ein ausreichendes Angebot an überregionalen Spezialangeboten geschaffen werden (Direktion des Gesundheitswesens 1997b). Im Rahmen des von der Kantonsregierung 2003 beschlossenen Sanierungsprogramms 04 erfolgte eine neue Bedarfsermittlung, welche strukturelle Massnahmen zur Umsetzung der Sparvorgaben begründete (Gesundheitsdirektion 2004).

Bedarfsermittlung

Zur Ermittlung des Bettenbedarfs für die somatische Akutmedizin kam die analytische Bettenbedarfsformel zur Anwendung, deren einzelne Parameter detailliert hergeleitet und anhand von Trendbeobachtungen für die Zukunft geschätzt wurden. Die Berechnungen beziehen sich auf das gesamte Patientenaufkommen im Kanton Zürich, d.h. auf alle im Kanton hospitalisierten (auch kantonsfremde) und alle ausserkantonale versorgten Zürcher PatientInnen (Direktion des Gesundheitswesens 1997a). Auch die Versichertenstruktur floss in die Berechnung ein. Für das Jahr 2005 resultierte ein Bedarf von 4320 Betten, somit bestand gegenüber 1994 (Planungsgrundlage) ein Überschuss von 1221 Betten. Mit der Spitalliste 1998 sollten in einem ersten Schritt 600 Betten abgebaut werden.

In der Rehabilitation fehlten die Grundlagen für eine analytische Bedarfsermittlung. Es wurde angenommen, dass die beiden Zürcher Höhenkliniken in Wald und Davos den Bedarf weitgehend zu decken vermochten. Ausserkantonale Kliniken sollten als Ergänzung beigezogen werden (Direktion des Gesundheitswesens 1997a: 14).

Der Bedarf an stationären Psychatriebetten wurde analog ermittelt, wobei sich die Bedarfsdeterminanten leicht von der Akutsomatik unterscheiden. Insgesamt wurde für 2005 ein Bedarf von 1800 Betten prognostiziert (inkl. Langzeitversorgung), was einem Überschuss von

280 Betten entspricht. Dabei wurde jedoch zwischen den Psychiatrieregionen differenziert – während in zwei Regionen ein Bettenabbau vorzunehmen war, verzeichneten drei einen Bettenmangel (Direktion des Gesundheitswesens 1997b: 33ff.). Im Rahmen des Sanierungsprogramms 04 wurde eine neue Bedarfsanalyse vorgenommen, bei der ein externes Expertenteam gegenüber 2002 einen Überschuss von 305 Betten bis 2005, von 605 Betten bis 2010 eruierte (Gesundheitsdirektion 2004: 19).

Umsetzung von Art. 39 KVG – Spitalliste

Entsprechend den separaten Planungen erliess die Zürcher Regierung auch zwei Spitallisten, eine für Akut-, Spezial- und Rehabilitationsbetriebe sowie eine Psychiatrieliste. Die Spitalliste 1998 für den Akutbereich (Regierungsrat 1997a) ist Ausdruck der in der Spitalplanung skizzierten Restrukturierung der Spitalversorgung. Sie ist in zwei Abschnitte gegliedert und führt auf der Liste A jene Institutionen auf, welche zur Versorgung von PatientInnen in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der OKP zugelassen sind. Sie unterscheidet sechs Leistungsaufträge⁹¹ in den drei obgenannten Versorgungsstufen und enthält 30 innerkantonale sowie 14 ausserkantonale Betriebe. Nicht aufgeführt wurden die sechs Regionalspitäler Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald, denen der Kanton die Staatsbeitragsberechtigung entzog. Die Leistungsaufträge zahlreicher privater Anbieter sowie diejenigen für Rehabilitation waren exklusiv spezifiziert, die übrigen global gefasst. Es wurden keine Bettenkapazitäten vorgegeben. Die Zulassung der ausserkantonalen Kliniken war entweder auf einzelne Leistungsbereiche, v.a. der Rehabilitation, oder auf die Akutversorgung von Einwohnern in spezifischen Grenzbezirken beschränkt. Letzteres erforderte den Abschluss interkantonalen Versorgungsabkommen. Die Liste B (halbprivate und private Abteilung) umfasst das private Angebot der öffentlich-rechtlichen Spitäler und der Privatkliniken. 1998 enthielt sie 45 im Kanton stationierte Betriebe, von denen 29 auch auf der A-Liste figurierten, sowie die Zürcher Höhenklinik in Davos und die Zurzacher Aussenstation einer Privatklinik. Neben zahlreichen privaten Anbietern, die nicht auf der Liste A enthalten waren, führte die Liste B auch die sechs öffentlichen Regionalspitäler, die keine Aufnahme auf die Liste A fanden, auf.

Diese sechs Regionalspitäler fochten die Spitalliste beim Bundesrat an, der die Beschwerden jedoch im Februar 1999 alle abwies (vgl. exemplarisch RKUV 3/1999 211ff.), ebenso wie die Beschwerden von vier innerkantonalen Privatkliniken. Zehn ausserkantonale Privatspitäler forderten die Aufnahme ihrer allgemeinen Abteilung auf die Liste. Acht dieser Beschwerden lehnte der Bundesrat ab, während er eine Versorgungslücke im Bereich der Neurorehabilitation bemängelte und den Kanton Zürich anwies, zwei Kliniken mit einem entsprechenden Leistungsauftrag auf die Liste aufzunehmen (Beschwerden: eigene Erhebung).

Die Spitalliste wurde 2001 überarbeitet und den seit 1998 erfolgten Veränderungen der Zürcher Spitallandschaft, der bundesrätlichen Rechtssprechung sowie dem Stand der interkantonalen Abkommen angepasst (Regierungsrat 2001a). Die Grundstruktur blieb erhalten, wobei der Leistungsauftrag für Rehabilitation klar von der somatischen Akutversorgung

⁹¹ Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Rehabilitation

getrennt wurde. Die Liste A enthält noch 26 kantonale Institutionen⁹² und weiterhin 14 ausserkantonale Betriebe⁹³. Des Weiteren wurden einzelne Leistungsaufträge konkretisiert und angepasst. Die Liste B führt nur noch 37 Leistungserbringer auf, gestrichen wurden die geschlossenen bzw. umgewandelten Regionalspitäler, vier private Einrichtungen, die ihren Betrieb eingestellt hatten, sowie zwei fusionierte Betriebe. Neu enthält sie eine zusätzliche private Spezialklinik und ein Geburtshaus. Gegen die Spitalliste 2001 gingen keine Beschwerden beim Bundesrat ein.

Die Psychiatrieliste 1998 orientierte sich am Status quo – sie enthielt 22 innerkantonale psychiatrische Kliniken, psychogeriatrische Krankenhäuser und Akuteinrichtungen für Suchtkranke mit unterschiedlichen Leistungsaufträgen in vier Bereichen⁹⁴ (Regierungsrat 1997b). Neben den 17 in der KHS geführten Betrieben fanden sich die Psychiatriestationen dreier Akutspitäler, ein Krankenhaus sowie eine Drogenstation auf der Liste. Sechs ausserkantonale Anbieter waren in der Liste selbst nicht enthalten, wurden jedoch im Regierungsratsbeschluss explizit für die Behandlung von vor dem 11. Januar 1998 eingetretene Zürcher LangzeitpatientInnen zugelassen, sofern sie ihr Standortkanton auf seiner Liste führte.

Die Psychiatrieliste wurde ebenfalls 2001 überarbeitet, um der inzwischen erfolgten Entwicklung Rechnung zu tragen. Bei unveränderter Struktur enthält die Liste 2001 20 innerkantonale⁹⁵ und neu eine ausserkantonale Klinik in Schaffhausen, deren Zulassung an das Zustandekommen eines Versorgungsabkommens für die entsprechende Grenzregion geknüpft war. Die Leistungsaufträge zweier Institutionen wurden erweitert (Gesundheitsdirektion 2001a). Per 2005 erfuhr die Psychiatrieliste erneut eine Anpassung, indem drei Betriebe von der Liste gestrichen wurden (Regierungsrat 2004a).

Umsetzung von Spitalplanung und Spitalliste

Die in Spitalplanung und Spitalliste skizzierten Massnahmen im Akutbereich wurden weitestgehend umgesetzt (Regierungsrat 2001a). Vier der sechs gestrichenen Regionalspitäler wurden in Pflegeheime umgewandelt, die Akutabteilung des Spitals Adliswil wird von einer Privatklinik als Tagesklinik geführt, und das Spital Wald hatte bereits im Dezember 1997 mit dem Spital Rüti fusioniert. Dieser Verbund schloss sich seinerseits per 2000 mit den Spitälern Bauma und Wetzikon zur Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland (GZO) zusammen. Die vom Kanton geforderte Fusion zwischen der Pflegerinnenschule und dem Spital Neumünster zum Spital Zollikerberg erfolgte 1999, diejenige zwischen den Spitälern Wädenswil und Horgen zum Spital Zimmerberg per 2000. Die Universitätsklinik Balgrist und die Schulthessklinik schlossen Ende 2000 einen Zusammenarbeitsvertrag im Infrastrukturbereich. Die Kooperation zwischen Triemli und Maternité Inselhof mündete in der Integration der Maternité ins Triemlispital per 2005 (Medienmitteilung des Triemlispitals vom 1. September 2004).

⁹² Die Spitäler Rüti und Wädenswil sowie das Krankenzimmer für Obdachlose hatten jeweils fusioniert, das Anker-Huus hatte 1998 seinen Betrieb eingestellt.

⁹³ Zwei öffentliche Aargauer Spitäler waren aufgrund gescheiterter interkantonalen Verhandlungen nicht mehr auf der Liste enthalten, dafür wurden infolge einer erfolgreichen Beschwerde beim Bundesrat zwei zusätzliche private Rehabilitationskliniken aufgeführt.

⁹⁴ Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie, Psychogeriatric, Suchtbehandlung

Unabhängig von der Spitalplanung änderte der Kanton Zürich per 2000 die Finanzierung der Leistungserbringer in der Akutsomatik, indem im Rahmen des wif!-Projekts "LORAS" (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich) auf Leistungsvereinbarungen basierende Globalbudgets flächendeckend eingeführt wurden. Die Budgetsteuerung erfolgt über ein Benchmarking und Effizienzsteigerungsvorgaben (Regierungsrat 2004: 6f.).

Im Rahmen der Umsetzung der Psychiatrieplanung erfolgten diverse Anpassungen der stationären Versorgungsstruktur im Sinne der Regionalisierung. Zum einen wurde im Rahmen der kantonalen Verwaltungsreform wif! die Integrierte Psychiatrie Winterthur geschaffen, was die Redimensionierung und Umnutzung der Klinik Rheinau und die Aufwertung des Krankenhauses Wülflingen in eine Klinik zur Folge hatte, zum anderen erhielt die subventionierte Klinik Hohenegg einen Leistungsauftrag für die Versorgung des rechten Zürichseeufers. Weiter wurde 2004 am Akutspital Affoltern ein Psychiatriestützpunkt geschaffen (Regierungsrat 2004b: 25). Die Ausgliederung von Langzeitfällen an Wohnheime und der Aufbau ambulanter und teilstationärer Angebote ermöglichten einen Bettenabbau in stationären Betrieben. Die strukturellen Massnahmen im Rahmen des Sanierungsprogramms 04 führten zur Schliessung der Suchtklinik Sonnenbühl per Ende 2003 und zum Entzug der Staatsbeitragsberechtigung, d.h. zur faktischen Schliessung der Klinik Hohenegg per 2005. Deren Versorgungsaufgaben sollen anderen Kliniken übertragen werden (Gesundheitsdirektion 2004).⁹⁶

Veränderungen in der Spitallandschaft und Kostenentwicklung

Im Vergleich mit 1997 bestehen 2003 gemäss KHS acht Allgemeinspitäler, eine psychiatrische Einrichtung und eine Spezialklinik weniger. Gemäss KHS betrug die Bettenzahl (stationär und teilstationär) für 2003 insgesamt 7772. Gegenüber 1997 wurden damit 1261 Betten abgebaut (-14%), was 24,4% des gesamtschweizerischen Bettenrückgangs entspricht. Ein Detailvergleich zwischen den Daten für 1998 und 2002 zeigt jedoch, dass dieser fast ausschliesslich in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erfolgt ist, da sich in diesem Zeitraum die Bettenzahl privater Einrichtungen praktisch verdoppelte. Aufgrund der ungenügenden Datenqualität kann bezüglich der Anzahl Fälle und Pflergetage kein aussagekräftiger detaillierter Zeitvergleich vorgenommen werden.

Die Zürcher Regierung präsentierte im Herbst 2004 eine Bilanz ihrer strukturellen Massnahmen zur Umsetzung von Art. 39 KVG, die einen Vergleich mit der Situation 1990 vornimmt. Während die Zahl der Austritte im Akutbereich in den Zürcher Spitälern in dieser Zeit stabil blieb, gingen die Pflergetage um 16% zurück, was vor allem auf die verkürzte Aufenthaltsdauer sowie auf die Verlagerung von PatientInnen in nachbehandelnde Institutionen und in den teilstationären Bereich zurückzuführen ist (Regierungsrat 2004b). Die Bettenbelegung, die am Anfang der 1990er Jahre noch unter 80% lag, konnte auf die angestrebten 85% erhöht werden.

⁹⁵ Das Therapiezentrum Hirschen, das Kinderheim Brüsshalde sowie das Krankenhaus Wülflingen, das in die neu geschaffene Integrierte Psychiatrie Winterthur eingegliedert worden war, figurierten nicht mehr auf der Liste.

⁹⁶ Die Klinik Hohenegg erhob beim Bundesrat Beschwerde gegen den Entscheid der Kantonsregierung. Das EJPD gewährte die aufschiebende Wirkung, weshalb die Klinik bis zu einem Entscheid des Bundesrates vorläufig zugelassen bleibt (Medienmitteilung der Gesundheitsdirektion Zürich vom 26. August 2004).

Die öffentlichen Ausgaben (Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für Spitäler und Psychiatrie) sind zwischen 1998 und 2002 insgesamt um 142,9% (CH: 42,2%), pro Jahr durchschnittlich um 24,8% angestiegen (gesamtschweizerischer Durchschnitt: 8,76%), die Bruttoausgaben der Krankenversicherer für Spitäler im selben Zeitraum insgesamt um 31,4%, jahresdurchschnittlich um 7,1% (stationär: +20,8% total/+4,8% pro Jahr; ambulant: +52,3% total/+11,1% pro Jahr). Der anhaltende Anstieg der öffentlichen Ausgaben wird u.a. mit arbeitsrechtlichen Veränderungen auf Bundes- und Kantonsebene und den dadurch steigenden Lohnkosten begründet (Regierungsrat 2004b: 7f.). Die Zürcher Regierung schätzt, dass durch die strukturellen Eingriffe mittels der Spitalliste das Aufwandniveau in der Akutsomatik nachhaltig um 250-300 Mio. Franken gesenkt werden konnte (Regierungsrat 2004b). In der Studie von Hammer et al. (2000b: 199) hält fest, dass die potenziellen Kostenwirkungen der erfolgten Anpassungen möglicherweise dadurch eingeschränkt wurden, dass gleich viele Spitalbehandlungen erfolgen wie zuvor, diese jedoch statt in relativ kostengünstigen kleineren in teureren grossen Spitälern stattfinden.

Konflikte und Konfliktbearbeitung

Anhand der für die vorliegende Fallstudie konsultierten Dokumente und der Kantonsbefragung ist der Widerstand derjenigen Spitäler, denen der Kanton die Staatsbeitragsberechtigung entzog bzw. die nicht auf die A-Liste gelangten, als einzige Konfliktdimension in Zusammenhang mit der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG zu nennen. Sowohl die Regionalspitäler im Akutbereich als auch die psychiatrische Klinik Hohenegg erhoben beim Bundesrat Beschwerde gegen die kantonalen Entscheide. Die Strukturbereinigung im Akutbereich wurde vom Bundesrat jedoch vollumfänglich gestützt und als KVG-konform bezeichnet, womit die Kantonsregierung ihre Entscheidungen hierarchisch durchsetzen konnte. Der Bundesratsentscheid über die Schliessung der Klinik Hohenegg steht noch aus. Neben dem Rechtsweg gemäss Art. 53 KVG stellte auch das Kantonsparlament eine Arena zur Konflikt austragung dar. Sowohl die Spitalplanung und –liste als auch das Psychiatriekonzept waren seit 1996 mehrmals Gegenstand parlamentarischer Vorstösse und Debatten.

Wirkungen von Art. 39 KVG

Im Akutbereich hat die Zürcher Regierung die mit Art. 39 KVG bestehende Steuerungsmöglichkeit zur Durchsetzung einer Restrukturierung seines Spitalwesens genutzt und so die Schliessung bzw. Umnutzung von insgesamt fünf öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Betrieben veranlasst. Zwei Betriebe wurden auf Veranlassung des Kantons mit anderen fusioniert. Die übrigen Schliessungen und Fusionen sind nicht auf Art. 39 KVG zurückzuführen, sondern erfolgten im Psychiatriebereich in Zusammenhang mit dem Sanierungsprogramm 04, im Fall der diversen privaten Kliniken aus wirtschaftlichen Gründen. Seitens der Leistungserbringung führten die Strukturanpassungen im Zürcher Spitalwesen primär zu einer höheren Auslastung und einer Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern in den Spitälern.

6 Die Wirkungen der kantonalen Spitalplanung

Das nachfolgende Kapitel untersucht, welche Wirkungen die Spitalplanung der Kantone gemäss Art. 39 KVG seit Einführung der Planungspflicht 1996 ausgelöst hat. Ausgehend von den diversen beobachtbaren Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen geht es im Folgenden primär darum aufzuzeigen, inwiefern diese auf die Spitalplanung und –listen der Kantone zurückzuführen sind oder ob sie durch andere Faktoren ausgelöst wurden. Hinweise für die Beurteilung dieser Frage liefern die detaillierten Untersuchungen der exemplarischen Fallstudien.

Als Datengrundlage zur Beschreibung der Veränderungen der kantonalen Spitallandschaften dient die Krankenhausstatistik (KHS) des BFS. Diese wird seit 1997 jährlich erhoben⁹⁷ und enthält neben allgemeinen Angaben Daten zum Leistungsangebot, zu den Beschäftigten, Bettenzahlen und Hospitalisierungsfälle, Finanzbuchhaltung sowie Preise und Tarife aus sämtlichen⁹⁸ Spitälern der Schweiz (vgl. BFS 1997a). Indem die KHS nicht nur die öffentlichen und öffentlich subventionierten, sondern auch die privaten Spitäler umfasst und die Daten standardisiert nach einheitlichen Vorgaben erhebt, stellt sie im Gegensatz zu den von zahlreichen Kantonen publizierten Statistiken eine valide Grundlage für umfassende und vergleichende Analysen dar. Abweichungen zu kantonalen Statistiken sind in der Regel durch Unterschiede im Umfang der berücksichtigten Betriebe, in den Erhebungskonzepten und Variablendefinitionen sowie in der Ausfülldisziplin der einzelnen Betriebe begründet.

Aus den vom BFS publizierten Standardtabellen sowie einer Spezialauswertung für die Jahre 1997-2000 (BFS 2003b) liegen für einige Indikatoren Angaben sowohl für 1997 als auch 2003 vor. Wo möglich, wurde für die Betrachtung aggregierter Grössen in den nachfolgenden Abschnitten auf diese abgestellt. Verfeinerte, nach Kanton, Spitaltyp oder –status aufgeschlüsselte Analysen konnten anhand der Rohdaten für die Jahre 1998 bis 2002 vorgenommen werden, welche das BFS für die vorliegende Studie in anonymisierter Form zur Verfügung stellte.⁹⁹

Bei der Interpretation der Angaben aus der Krankenhausstatistik des BFS gilt es zu berücksichtigen, dass diese sämtliche in der Schweiz ansässigen, als Spital klassifizierten stationären Betriebe beinhaltet, unabhängig davon, ob sie Bestandteil der kantonalen Spitalpolitik oder –planung sind oder zulasten der OKP abrechnen oder nicht (vgl. BFS 1997a).

6.1 Veränderungen in den kantonalen Spitallandschaften

Aus der Krankenhausstatistik des BFS geht hervor, dass zwischen 1997 (erste Erhebung) und 2003 gesamtschweizerisch ein Rückgang von 406 auf 354 erfasste Betriebe zu verzeichnen ist (-13%). Nominal sind in den Kantonen Bern (-18), Waadt (-14) und Zürich (-10) die grössten Veränderungen zu verzeichnen. Im Tessin ging die Anzahl aufgeführter Betriebe um vier, in Aargau, Freiburg und St. Gallen um je drei, in Graubünden und Thurgau um je zwei und in

⁹⁷ Bis 1996 wurde die Krankenhausstatistik vom Vorläufer des Spitalverbandes H+, der VESKA, geführt.

⁹⁸ Die Teilnahmequote der Betriebe betrug 1997 72%, 1998 und 1999 95% und ab 2000 jeweils 99%.

⁹⁹ Auf eine Auswertung der Rohdaten von 1997 wurde aufgrund der ungenügenden Beteiligung verzichtet, diejenigen für 2003 standen für die vorliegende Studie noch nicht zur Verfügung.

Appenzell Ausserrhoden, Basel-Stadt, Glarus und Jura um eins zurück, während im Wallis (5), in Basel-Landschaft (4) sowie in Genf und Luzern (1) zusätzliche Betriebe in der Statistik erscheinen (jeweils Nettoveränderung 1997-2003). Hinsichtlich der Spitalkategorien verzeichnen die Kategorien der Zentrumsversorgung (1), Psychiatrie (1) und Rehabilitation (6) zusätzliche Betriebe. Dagegen ging die Zahl der allgemeinen Spitäler um 45 und die der anderen Spezialkliniken um 15 zurück. Bezogen auf den Betriebsstatus ging die Zahl der öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Betriebe von 259 auf 220 (um 15%), diejenige der privaten Betriebe von 147 auf 134 (um 9%) zurück. Der Anteil privater Anbieter erhöhte sich somit leicht von 36% auf 38%.

Diese Zahlen sind jedoch nur beschränkt aussagekräftig, da die Abnahme der Anzahl Spitäler im Akutbereich nicht einzig auf Schliessungen zurückzuführen ist, sondern sich auch infolge von Fusionen oder Zweckumwandlungen ergibt.¹⁰⁰ Wie insbesondere das Beispiel des Kantons Bern und der dort gebildeten Spitalgruppen zeigt (vgl. Abschnitt 5.4.2), verstellen die Zahlen der Krankenhausstatistik den Blick auf die effektiv erfolgten Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen.

Mit dem Rückgang der Anzahl Spitalbetriebe geht ein Bettenabbau einher. Verzeichnete die Krankenhausstatistik 1997 gesamtschweizerisch noch 49'292 Spitalbetten (stationär und teilstationär; BFS 2003b: 16), sind es 2003 noch 44'115 (BFS 2005a: Tab. D1)¹⁰¹. Dies entspricht einem Rückgang von 10,5% bzw. 1,8% pro Jahr. Wie allerdings ein Blick auf die Datenreihen der WHO zeigt, nimmt die Bettenzahl in der Schweiz seit 1985 kontinuierlich ab – gemäss der Health-for-all-database¹⁰² zwischen 1985 und 1997 um durchschnittlich 1,4% pro Jahr (vgl. auch European Observatory 2000: 55). Die Anzahl Spitäler betrug gemäss WHO-Zahlen 1985 noch 456. Der festgestellte Kapazitätsabbau ist somit nicht auf das Inkrafttreten des KVG und die darin verankerte Spitalplanungspflicht zurückzuführen, sondern entspricht einem langjährigen Trend, der sich allerdings nach 1997 durchaus etwas beschleunigte. Eine wesentliche Ursache dafür ist die Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen aufgrund des medizinischen Fortschritts und veränderter Behandlungsformen (vgl. Abschnitt 6.4). Insofern kann Art. 39 KVG sicher nicht als Auslöser, sondern allenfalls als Katalysator der Entwicklung bezeichnet werden.

Die durchschnittliche Bettenzahl pro Spital erhöhte sich zwischen 1997 und 2003 über alle Kategorien betrachtet leicht von rund 120 auf 125, allerdings haben gewisse Umverteilungen zwischen den verschiedenen Kategorien stattgefunden (vgl. Tabelle 35). Aus der detaillierten Betrachtung der Veränderung der Bettenzahlen zwischen 1998 und 2002 geht hervor, dass der leichte Rückgang der Gesamtzahl vor allem auf einen Bettenabbau in kleinen Allgemein-

¹⁰⁰ Fusionen bzw. Zusammenschlüsse zu Spitälern mit mehreren Standorten haben zur Folge, dass die Anzahl der von der Statistik berücksichtigten Betriebe zurückgeht, obwohl die Zahl der physisch vorhandenen Spitäler unverändert bleibt. Wird ein Akutspital in eine Rehabilitationsklinik umgewandelt oder privatisiert, erscheint es als neuer Betrieb in der entsprechenden Kategorie. Bei einer Umwandlung in ein Pflegeheim erscheint es als neuer Betrieb in der Statistik der sozialmedizinischen Einrichtungen des BFS.

¹⁰¹ Während der Wert für 1997 von einer Teilnahmequote von 100% aller Spitäler ausgeht, liegen in der Statistik 2003 die Werte für zwei Spitäler nicht vor (Teilnahmequote 99%).

¹⁰² Die Angaben dieser Datenbank (<http://data.euro.who.int/hfad/b/>) stimmen für die Jahre ab 1998 nicht exakt mit denjenigen der BFS-Krankenhausstatistik überein, entsprechen ihnen aber ungefähr (vor 1997 liegen keine KHS-Daten vor). Zwischen 1997 und 1998 verzeichnen die WHO-Daten im Gegensatz zu denen des BFS einen markanten Sprung, der zum einen auf eine Änderung der Datengrundlage hindeutet und zum anderen die Zu-

Spitälern und in anderen – vor allem privaten – Spezialkliniken zurückzuführen ist. Bei den Allgemeinspitälern fand eine Verschiebung von kleineren zu mittleren Spitälern statt, deren Bettenzahl sich leicht erhöhte. Diesbezüglich kann ein Konzentrationsprozess festgestellt werden, der tendenziell in Richtung der ökonomisch als ideal betrachteten Spitalgrösse¹⁰³ zu verlaufen scheint. In der Psychiatrie bauten insbesondere private Anbieter Betten ab, während sich ausserdem die Behandlungskapazitäten von grösseren zu kleineren Kliniken verlagerten. Im Bereich der Rehabilitation sorgten private Anbieter für einen Zuwachs der Kapazitäten. Insgesamt ging die Bettenzahl in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern stärker zurück als in privaten Spitälern.

Tabelle 35: Prozentuale Veränderung der Bettenzahl pro Spitalkategorie 1998-2002¹⁰⁴

Spitalkategorie (KHS)	öff./sub.	privat	Total
Universitätsspitäler	+		+
Allg. Spitäler 9000-30'000 Fälle	-	o	o
Allg. Spitäler 6000-9000 Fälle	++	+	+
Allg. Spitäler 3000-6000 Fälle	-	++	+
Allg. Spitäler < 3000 Fälle	--	--	--
Total allgemeine Spitäler	-	+	-
Psych. Kliniken > 50'000 Pflage tage	-	--	-
Psych. Kliniken < 50'000 Pflage tage	+	-	+
Total psych. Kliniken	-	-	-
Rehabilitationskliniken	-	++	+
andere Spezialkliniken	-	--	--
Total	-	o	-

Legende: ++ starke prozentuale Zunahme + prozentuale Zunahme o Stagnation
 – schwache prozentuale Abnahme -- starke prozentuale Abnahme

Quelle: Krankenhausstatistik BFS, eigene Berechnung

Der Vergleich der Entwicklung der Bettenzahl unter den Kantonen (Tabelle 36) zeigt, dass rund die Hälfte des Bettenrückgangs zwischen 1997 und 2003 in den Kantonen Zürich und Bern erfolgte. Kumuliert in absteigender Reihenfolge des absoluten Bettenabbaus betrachtet ist festzustellen, dass exakt die Hälfte der 26 Kantone (ZH, BE, GR, BS, TI, SO, TG, FR, AR, NE, JU, SH und SZ) für 99% des gesamtschweizerischen Kapazitätsabbaus verantwortlich

verlässigkeit der WHO-Zeitreihe in Frage stellt. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Daten bis 1997 zumindest die Entwicklungstendenz einigermaßen korrekt abbilden.

¹⁰³ Ein internationaler Literaturreview ergab, dass Skalenerträge bei einer Spitalgrösse von 100-200 Betten vollständig ausgeschöpft werden können (Posnett 2002: 114). Für die Schweiz ermittelten Crivelli et al. (2000) eine ökonomisch optimale Spitalgrösse von 300 Betten, wobei Skalenerträge jedoch bereits ab 135 Betten erzielt werden könnten. Gemäss KHS betrug 2003 die durchschnittliche Bettenzahl pro Betrieb in den allgemeinen Spitälern 167, in Psychiatrischen Kliniken 135, in Rehabilitationskliniken 85 und in Spezialkliniken 56, über alle Kategorien hinweg bei 125. Die optimale Spitalgrösse hängt jedoch nicht nur von der Möglichkeit von Skalenerträgen ab, sondern auch von der Outcomequalität und der Erreichbarkeit. In der Literatur finden sich jedoch keine eindeutigen Hinweise auf eine allgemeingültig ideale Bettenzahl eines Spitals (Posnett 2002).

¹⁰⁴ Aufgrund der unterschiedlich hohen Teilnahmequoten an der Erhebung der Krankenhausstatistik wird auf die Wiedergabe absoluter Werte oder prozentualer Angaben verzichtet. Die Angaben widerspiegeln die relativen Grössenordnungen der erfolgten Veränderungen.

sind, während die übrigen Kantone nur einen marginalen Beitrag zum Rückgang der Bettenzahlen leisteten oder sogar Betten aufbauten.

Bezogen auf das Ausgangsjahr 1997 weist der Kanton Graubünden mit rund 28% den stärksten prozentualen Rückgang seiner Bettenzahl auf, während die Kantone Obwalden, Appenzell Ausserrhoden, Solothurn und Schwyz jeweils rund einen Fünftel ihrer Bettenkapazitäten abbauten. Nach einem leichten Rückgang weist der Kanton Wallis 2003 infolge eines Zuwachses an Rehabilitationsbetten fast wieder dieselbe Bettenzahl aus wie 1997. Demgegenüber verzeichnen Waadt und Genf eine leichte, Luzern eine prozentual eher starke Zunahme. Seit 1998 ist allerdings die Bettenzahl im Kanton Luzern um fast 7% zurückgegangen. Die Zunahme der Bettenzahl in den Kantonen Waadt und Genf erfolgte in allgemeinen Akutspitalern.

Tabelle 36: Entwicklung der Bettenzahlen (stationär+teilstationär) in den Kantonen

	Betten- dichte 1997 ¹	1997	1999	2001	2003	Diff. 97-03 absolut	Diff. 97-03 in %	% am Total
ZH	7,54	9033	8524	7662	7772	-1261	-14,0	24,4
BE	7,24	6862	6543	5607	5619	-1243	-18,1	24,0
VD	6,52	4026	4131	4093	4036	10	0,2	-0,2
AG	6,61	3510	3458	3379	3492	-18	-0,5	0,3
GE	7,54	3001	2966	2957	3043	42	1,4	-0,8
BS	14,71	2896	2590	2506	2417	-479	-16,5	9,3
TI	8,46	2549	2372	2241	2128	-421	-16,5	8,1
SG	5,56	2464	2310	2282	2421	-43	-1,7	0,8
GR	11,65	2075	1772	1650	1502	-573	-27,6	11,1
VS	6,28	1691	1510	1591	1693	2	0,1	0,0
TG	7,31	1645	1636	1419	1419	-226	-13,7	4,4
LU	4,30	1466	1630	1540	1522	56	3,8	-1,1
BL	5,57	1407	1393	1376	1390	-17	-1,2	0,3
SO	4,85	1160	1074	1034	931	-229	-19,7	4,4
FR	4,75	1098	1136	1042	932	-166	-15,1	3,2
NE	6,31	1047	1074	1022	917	-130	-12,4	2,5
AR	13,56	728	704	576	577	-151	-20,7	2,9
SH	7,89	579	537	485	494	-85	-14,7	1,6
JU	8,11	548	528	465	458	-90	-16,4	1,7
ZG	5,34	504	579	486	484	-20	-4,0	0,4
SZ	3,01	373	338	308	300	-73	-19,6	1,4
GL	4,05	156	152	158	133	-23	-14,7	0,4
UR	4,24	148	145	145	143	-5	-3,4	0,1
AI	8,16	118	117	111	114	-4	-3,4	0,1
NW	2,88	104	102	91	98	-6	-5,8	0,1
OW	3,30	104	104	90	81	-23	-22,1	0,4
CH	6,93	49'292	47'425	44'316	44'115	-5177	-10,5	100,0

¹ Anzahl Betten pro 1000 Einwohner

Quellen: 1997-2003: BFS (2003b: 16); 2001: BFS (2003a); eigene Berechnung

Obwohl mit wenigen Ausnahmen fast alle Kantone mit einer überdurchschnittlich hohen Bettendichte 1997 eher grosse Prozentanteile ihrer Spitalbetten abbauten, steht das Ausmass des absoluten und prozentualen Bettenrückgangs nicht systematisch mit dieser Grösse in Zusammenhang. Zum einen wiesen die beiden Kantone mit dem grössten Abbau nicht die höchste Bettendichte auf, zum anderen verzeichnet auch ein Teil der kleineren Kantone mit bereits unterdurchschnittlicher Bettendichte mitunter einen beträchtlichen prozentualen Rückgang an Spitalbetten, während sich in zahlreichen grösseren Kantonen diesbezüglich kaum eine Entwicklung feststellen lässt. Diese Beobachtung könnte sich allenfalls mit einer Veränderung der Patientenströme erklären lassen, z.B. durch eine mögliche vermehrte Inanspruchnahme der Luzerner Spitäler durch Einwohner anderer Innerschweizer Kantone. Derartigen Verlagerungseffekten wurde jedoch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht nachgegangen.

Nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Hospitalisationsraten und Versorgungsstufen sowie der Patientenströme zwischen den Kantonen ist die Aussagekraft eines derartigen Kantonsvergleiches zu relativieren. Weitere Einschränkungen ergeben sich aus der uneinheitlichen Handhabung des Konzepts der teilstationären Behandlungen (vgl. Kägi et al. 2004: 6), Veränderungen in der Zuordnung einzelner Betriebe zu einem Kanton oder dem Umstand, dass die Abgrenzung zwischen Akut- und Pflege- bzw. Langzeitbetten von je nach Spital unterschiedlich gehandhabt werden kann (vgl. BFS 2005b).

Die vier in Abschnitt 5.1 identifizierten kantonalen Strategien zum Abbau von Überkapazitäten lassen sich nun anhand verschiedener Indikatoren vergleichen (Tabelle 37). Berücksichtigt werden die tatsächlich eingeschlagenen Vorgehensweisen der Kantone, nicht die ursprünglich vorgesehenen (vgl. Tabelle 30). Als Vergleichsdimensionen dienen die Veränderung der Anzahl Betriebe, das durchschnittliche Ausmass des Bettenabbaus sowie der Anteil am gesamtschweizerischen Abbau von Bettenkapazitäten.

Aus dem Vergleich der effektiv verfolgten kantonalen Strategien zum Abbau von Überkapazitäten ergibt sich der Befund, dass in den sieben Kantonen, welche auf Spitalschliessungen abstellten, 73,5% des gesamtschweizerischen Kapazitätsabbaus erfolgte und insgesamt 34 Betriebe aus der Statistik verschwanden – wobei dieser Rückgang nicht ausschliesslich auf Schliessungen zurückzuführen ist, sondern es sich dabei auch um Zusammenschlüsse und Zweckumwandlungen handeln kann. Zugleich fand auch der stärkste durchschnittliche Bettenabbau statt. Die zehn Kantone, die auf eine Reorganisation des Spitalwesens setzten, verzeichnen 2003 18 Betriebe weniger als 1997 und eliminierten gleichzeitig 14,6% der gesamtschweizerischen Bettenkapazitäten. Der Durchschnittliche Abbau beträgt 10,7% pro Kanton. Die Kantone mit linearem Abbau trugen mit 12,1% zum Bettenrückgang bei (durchschnittlich 10,1% pro Kanton), dagegen erhöhte sich die Zahl der in der Krankenhausstatistik aufgeführten Betriebe um drei. In der Gruppe der Kantone, die keinen Handlungsbedarf sahen, nahm die Anzahl Spitäler um drei ab und erfolgte trotz eines durchschnittlichen Abbaus von 3,7% pro Kanton insgesamt ein Zuwachs um 0,2% der gesamtschweizerischen Bettenkapazitäten. Bezogen auf die drei betrachteten Indikatoren erwiesen sich somit Spitalschliessungen als die wirkungsvollste Strategie zur Kapazitätsreduktion im Spitalwesen. Dass die Kantone mit linearem Abbau trotz einer Zunahme der Anzahl Betriebe fast gleichviel zum gesamtschweizerischen Rückgang an Spitalbetten beitrugen, wie die Kantone, welche gleichzeitig eine Reorganisation ihres Spitalwesens vornahmen bzw. vorsehen, belegt, dass ein

Kapazitätsabbau nicht zwingend über Spitalschliessungen erfolgen muss, sondern auch über eine Reduktion der durchschnittlichen Spitalgrösse erreicht werden kann. Hingegen dürften sich die verschiedenen Vorgehensweisen trotz vergleichbarer Kapazitätsindikatoren unterschiedlich auf die Versorgungssituation auswirken. Diese Feststellungen beziehen sich auf die Gesamtheit der in der Krankenhausstatistik erfassten Spitäler und unterscheiden nicht zwischen den einzelnen Spitalkategorien.

Tabelle 37: Vergleich der Auswirkungen kantonaler Umsetzungsstrategien auf die Spitalwesen

Strategie	Kantone	Veränderung der Anzahl Betriebe ¹ 1997-2003	durchschnittlicher Bettenabbau 1997-2003	Anteil am totalen Bettenabbau 1997-2003
Spitalschliessungen	AR, BE, BS, SO, TI, ZG, ZH	-34	-15,7%	73,5%
Reorganisation	FR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, TG, VD, VS	-18	-10,2%	14,6%
linearer Abbau	AI, BL, GE, GR, SZ	+3	-10,1%	13,1%
kein Handlungsbedarf	AG, GL, LU, UR	-3	-3,7%	-0,2%

¹ Nettoveränderung der Anzahl in der Krankenhausstatistik aufgeführten Betriebe (inkl. Schliessungen, Fusionen und Zweckumwandlungen).

Quelle: Krankenhausstatistik; eigene Berechnung

Bezüglich der Analyse der Entwicklung der schweizerischen Spitallandschaft gilt es anzumerken, dass weder die Krankenhausstatistik des BFS noch kantonale Statistiken eine Unterscheidung nach Finanzierungsträger vornehmen, d.h. zwischen Kapazitäten zur Versorgung von KVG- und anderen (Unfall-, MV- etc.) PatientenInnen unterscheiden. Es können somit keine spezifischen Aussagen über die Auswirkungen der Spitalplanung auf KVG-relevante Behandlungskapazitäten gemacht werden, sondern nur über die insgesamt vorhandenen.

Wie die Fallstudien zeigten, sind Spitalschliessungen und –fusionen und Bettenabbau nicht so zwingend und eindeutig auf die kantonale Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG zurückzuführen, wie dies andere Untersuchungen (Hammer et al. 2000a; Rothenbühler 1999: 3) implizieren. Von den drei Kantonen mit dem stärksten Bettenrückgang (BE, ZH, GR) nutzte einzig Zürich das Steuerungsinstrument der Spitalliste für einen markanten Kapazitätsabbau, während in Bern die Sparvorgaben des Kantons und eigenständige Anpassungen der Spitäler an die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die eigentlichen Gründe für die erfolgten Restrukturierungen darstellen und Art. 39 KVG kaum von Bedeutung für diesen Prozess war. In Graubünden erfolgte aus wirtschaftlichen Gründen eine Konsolidierung bei privaten, nicht subventionierten Spezialkliniken. Dies war zusätzlich zu den vom Kanton veranlassten Veränderungen auch in Zürich teilweise der Fall. Die Schaffung des Hôpital du Jura und die umfassende Restrukturierung der Waadtländer Spitallandschaft erfolgten jeweils im Rahmen kantonaler Sparbemühungen.

Unter der Annahme, die spitalplanerischen Massnahmen der Kantone betreffen insbesondere öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler, während die Entwicklung der nicht subventionierten Privatkliniken von der kantonalen Spitalplanung weitgehend unbeeinflusst sei, kann eine nach Betriebsstatus differenzierte Betrachtung der strukturellen Veränderungen

Hinweise darauf liefern, welcher ungefähre Anteil dieser Veränderungen direkt mit der Umsetzung von Art. 39 KVG in Zusammenhang steht. Bereits erwähnt wurde der Umstand, dass die Anzahl privater Betriebe zwischen 1997 und 2003 weniger stark zurückging, als die der öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler, und sich ihr Anteil am Total leicht erhöhte. Aufgrund fehlender Angaben mehrerer Spitäler in der KHS 1998 kann kein verlässlicher Vergleich der Entwicklung der Bettenzahlen zwischen den beiden Kategorien erfolgen. Die vorhandenen Daten lassen keine zuverlässige Aussage darüber zu, ob die Bettenzahl in reinen Privatkliniken gesamtschweizerisch leicht zu- oder leicht abgenommen hat. Klar ist jedoch, dass in den öffentlichen und subventionierten Spitälern ein markanter Kapazitätsabbau stattgefunden hat, der einen allfälligen Bettenrückgang in privaten Betrieben um ein Mehrfaches übersteigt. Damit ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die planerischen Massnahmen seitens der Kantone die erwarteten Steuerungswirkungen hinsichtlich der Bettenkapazitäten durchaus zu entfalten vermögen. Für eine abschliessende Beurteilung ist allerdings auch der allenfalls unterschiedlichen Nachfrageentwicklung in öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten und privaten Spitälern Rechnung zu tragen.

6.2 Veränderungen des Leistungsangebots

Wie in Abschnitt 5.2 bzw. Tabelle 32 angesprochen, ergriffen zahlreiche Kantone Massnahmen auf der Ebene der Fachabteilungen bzw. medizinischen Leistungsbereiche der Spitäler. Auch die Fallstudien machen deutlich, dass – auch in Zusammenhang mit der Erteilung von Leistungsaufträgen auf der Spitalliste – die Umsetzung von Art. 39 KVG auch gewisse Veränderungen des Leistungsangebotes einzelner Spitäler mit sich brachte. Diese können anhand der Angaben zum medizinischen Angebotsspektrum der Spitäler aus der KHS ansatzweise skizziert werden.¹⁰⁵ Dabei ist allerdings dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Zuverlässigkeit der ausgewerteten Daten nicht systematisch überprüft werden konnte und die Ausfülldisziplin der einzelnen Spitäler von Jahr zu variieren kann.

Die KHS erhebt jährlich, welche medizinischen Leistungen eines in 13 Fachbereiche unterteilten vorgegebenen Katalogs (vgl. BFS 1997a: 18f.) ein Spital anbietet. Tabelle 38 illustriert die Veränderung der Anzahl Leistungsbereiche und der durchschnittlichen Anzahl Leistungsbereiche pro Spitalbetrieb in jedem Kanton zwischen 1998 und 2002 anhand der KHS-Rohdaten und einiger Extrapolationen.¹⁰⁶ Dabei beziehen sich die Angaben nicht auf die Anzahl unterschiedlicher Bereiche, sondern auf die Anzahl der von den Spitälern gemachten Nennungen, unabhängig von der Art des Leistungsbereichs. Eine höhere Anzahl pro Spital bei sinkender Anzahl Spitäler wird als Leistungskonzentration bzw. Zentralisierung interpretiert, bei zunehmender oder gleich bleibender Anzahl Spitäler als Diversifizierung bzw. Leis-

¹⁰⁵ Anhand der vorhandenen Rohdaten wurden die fehlenden Werte für 1998 aus den Kantonen AI, AR und TG sowie diejenigen für 2002 aus GE und SH geschätzt. Für die übrigen fehlenden Werte des Jahres 1998 von insgesamt 21 Spitälern aus den Kantonen ZH, BE, SG, GR, AG VD und GE wurde berechnet, wie viele zusätzliche Leistungsbereiche 1998 hätten vorhanden sein müssen, um das Vorzeichen des in der letzten Spalte von Tabelle 38 ausgewiesenen Differenzwertes zu ändern. Anhand dieser Rechnung erscheint es unplausibel, dass vollständige Information zu einer anderen Beurteilung führen würde, als sie hier aufgrund der unterschätzten Anzahl Leistungsbereiche 1998 bzw. überschätzten Differenzwerte vorgenommen wird.

¹⁰⁶ Wie eine entsprechende Auswertung zeigt, blieb die durchschnittliche Anzahl Leistungsbereiche pro Spitaltyp bzw. pro Betriebsstatus (öffentlich/öffentlich subventioniert/privat) über den betrachteten Zeitraum hinweg ungefähr stabil. Markante Verschiebungen sind lediglich auf der Ebene der Kantone zu beobachten.

tungsausbau. Umgekehrt ist eine sinkende Anzahl Leistungsbereiche pro Spital als Leistungsabbau oder als Spezialisierung einzelner Spitäler zu deuten.

Tabelle 38: Veränderungen des Leistungsangebotes der Spitäler in den Kantonen 1998-2002

	Anzahl Leistungsbereiche in KHS			Anzahl Betriebe gemäss KHS			Leistungsbereiche pro Betrieb		
	1998	2002	Diff.	1998	2002	Diff.	1998	2002	Diff.
Zentralisierung/Leistungsabbau									
JU	90	84	-6	4	5	1	22,50	16,80	-5,70
VS	300	294	-6	14	16	2	21,43	18,38	-3,05
ZG	114	81	-33	6	5	-1	19,00	16,20	-2,80
SO	220	202	-18	9	9	0	24,44	22,44	-2,00
Zentralisierung/Konzentration									
AG	317 ²	390	73	25	23	-2	12,68 ²	16,96	4,28 ³
VD	935 ²	940	5	45	38	-7	20,78 ²	24,74	3,96 ³
SG	265 ²	310	45	21	19	-2	12,62 ²	16,32	3,70 ³
BE	938 ²	786	-152	54	38	-16	17,37 ²	20,68	3,31 ³
GR	390 ²	423	33	26	24	-2	15,00 ²	17,63	2,63 ³
ZH	937 ²	923	-14	57	51	-6	16,44 ²	18,10	1,66 ³
TG	180 ¹	180	0	16	14	-2	11,25	12,86	1,61
AR	95 ¹	96	1	9	8	-1	10,56	12,00	1,44
FR	214	165	-49	11	8	-3	19,45	20,63	1,17
TI	509	522	13	28	27	-1	18,18	19,33	1,15
BS	229	215	-14	15	14	-1	15,27	15,36	0,09
Diversifizierung/Leistungsaufbau									
AI	19 ¹	30	11	2	2	0	9,50	15,00	5,50
NW	12	16	4	1	1	0	12,00	16,00	4,00
GE	275 ²	369 ¹	94	16	18	2	17,19 ²	20,50	3,31 ³
UR	39	41	2	1	1	0	39,00	41,00	2,00
SH	73	77 ¹	4	4	4	0	18,25	19,25	1,00
GL	52	54	2	2	2	0	26,00	27,00	1,00
OW	28	29	1	1	1	0	28,00	29,00	1,00
LU	201	208	7	8	8	0	25,13	26,00	0,88
BL	172	238	66	9	12	3	19,11	19,83	0,72
NE	233	260	27	12	13	1	19,42	20,00	0,58
SZ	98	99	1	4	4	0	24,50	24,75	0,25
CH	6935 ²	7032	97	399	365	-34	17,38 ²	19,27	1,88 ³

¹ Extrapolierte Daten (vgl. Fussnote 105)

² Wert unterschätzt, der effektive Wert liegt höher (vgl. Fussnote 105)

³ Wert überschätzt, die effektive Differenz ist kleiner, aber mit grosser Wahrscheinlichkeit positiv.

Quelle: eigene Berechnung anhand von KHS-Rohdaten

Von den insgesamt 430 in den beiden Jahren 1998 und 2002 erfassten Betrieben bauten 197 ihr Leistungsspektrum aus, 145 reduzierten es, und 88 vermeldeten in beiden Jahren dieselbe Anzahl Leistungsstellen. Gemäss der Auswertung in Tabelle 38 ist festzustellen, dass nur

in vier Kantonen (JU, ZG, VS und SO) die durchschnittliche Anzahl Leistungsbereiche pro Spital abnahm und somit insgesamt ein gewisser Leistungsabbau oder eine Spezialisierung der bestehenden Spitäler erfolgte. Demgegenüber deuten die vorliegenden Daten auf eine Konzentration bzw. Zentralisierung in elf Kantonen (AG, AR, BE, BS, FR, GR, SG, TG, TI, VD und ZH) hin, in denen weniger Betriebe im Durchschnitt mehr Leistungsbereiche pro Betrieb anbieten. Ein Zuwachs von Leistungsbereichen bei gleich bleibender oder grösserer Anzahl der Betriebe ist anhand der vorliegenden Daten in ebenfalls elf Kantonen (AI, BL, GE, GL, LU, OW, NE, NW, SH, SZ und UR) festzustellen.

Eine nach Leistungsangebote aufgeschlüsselte Auswertung (Tabelle 39) zeigt, dass zwischen 1998 und 2002 gesamtschweizerisch am häufigsten Leistungen aus den Bereichen Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, innere Medizin sowie Langzeitpflege bzw. Geriatrie abgebaut oder zusammengelegt wurden. Die Liste enthält einerseits die fünf 1998 am meisten vorhandenen Leistungsstellen und zeigt andererseits auf, dass in dieser Zeit eine stärkere Abgrenzung zwischen der Akut- und der Langzeit- bzw. Altersversorgung erfolgte, indem entsprechende Leistungseinheiten abgebaut oder aus der Krankenhausstatistik eliminiert wurden.

Bei den Leistungsstellen mit dem stärksten Zuwachs an Nennungen handelt es sich um Sammelkategorien der KHS. 'Andere' bezeichnet Leistungen, die durch eine andere Leistungsstelle erbracht werden, als die, der sie gemäss BFS-Typologie zugeordnet sind. Die Zunahme dieser Kategorie deutet auf eine steigende Diversifizierung innerhalb der Leistungsbereiche der betreffenden Spitäler hin. Die Kategorie 'Fachgebiete allgemein' beinhaltet diejenigen Leistungsstellen, die nicht nach Fachgebieten unterteilbar sind (vgl. BFS 1997a). Bei den meisten weiteren Bereichen, die seit 1998 markant häufiger genannt werden, handelt es sich um solche mit eher mittlerer quantitativer Bedeutung. Auffallend hingegen ist der Befund, dass bei dem Bereich 'Innere Medizin' zugeordneten Ambulatorien, die vorher schon zahlreich vorhanden waren und die nicht der Spitalplanung unterliegen, ein zusätzlicher Aufbau erfolgte.

Tabelle 39: Leistungsbereiche mit der stärksten quantitativen Veränderung 1998-2002

Abbau von Leistungsbereichen			Aufbau von Leistungsbereichen		
Leistungsstelle	Rang 1998	Diff. N 98-02	Leistungsstelle	Rang 2002	Diff. N 98-02
Chirurgie (allgemein)	2	-22	Andere (wichtigste andere Leistung)	41	26
Gynäkologie und Geburtshilfe (allgemein)	5	-20	Fachgebiete (allgemein)	7	19
Orthopädische Chirurgie	3	-19	Spezialisierung Rheumatologie	44	12
Langzeitpflege (somatisch) Chronischkranke	30	-19	Poliklinik-Ambulatorium (Innere Medizin)	16	12
Anästhesiologie	4	-14	Plastische und Wiederherstellungschirurgie	23	11
Geriatrie (allgemein)	25	-11	Palliativmedizin	45	11
Innere Medizin (allgemein)	1	-10	Hämatologie	42	11
Radiodiagnostik	11	-10	Dermatologie und Venereologie	43	11

Quelle: eigene Berechnung anhand von KHS-Rohdaten

6.3 Personal im Spitalwesen

Spitalschliessungen sind nicht zuletzt deshalb eine wirkungsvolle Massnahme zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, weil rund 70% der finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens als Personalkosten anfallen (BFS 2004b: 5), und mit einem Stellenabbau entsprechende Einsparungen erzielt werden können. Gleichzeitig stellt das Spitalwesen allerdings einen wichtigen Sektor der Erwerbsbeschäftigung dar – gesamtschweizerisch sind ca. 4% aller Erwerbstätigen in Krankenhäusern tätig.¹⁰⁷ Dementsprechend kommt dem Spitalwesen eine gewisse volkswirtschaftliche Bedeutung zu und stossen Abbaupläne, die mit Stellenabbau verbunden sind, auf Widerstand nicht nur der direkt betroffenen Personen, sondern auch der betroffenen Regionen, welche wichtige Arbeitsplätze gefährdet sehen. Der Personalentwicklung im stationären Bereich kommt somit in Zusammenhang mit den Wirkungen der Spitalplanung eine zentrale Bedeutung zu.

Die Angaben der KHS zur Personalsituation sind mit Unsicherheit behaftet, durchgängige Vergleichbarkeit über die Zeit hinweg ist aufgrund der unterschiedlichen Teilnahmequoten nicht gegeben. Aus demselben Grund ist auch eine differenzierte Betrachtung nach Kantonen nicht sinnvoll. Immerhin kann auf der Basis der Betriebszählungen des BFS festgehalten werden, dass gesamtschweizerisch die Anzahl der in Krankenhäusern beschäftigten Personen (in Vollzeitäquivalenten) zwischen 1995 und 2001 von 115'842 auf 121'130 angestiegen ist. Dazwischen (1998) hatte sie jedoch auf 112'352 abgenommen. Die jahresdurchschnittliche Veränderungsrate betrug somit zwischen 1995 und 1998 -1,0%, zwischen 1998 und 2001 +2,6%. (BFS 2004b: 16). In einer anderen Publikation stellt das BFS fest, dass die Anzahl Beschäftigter pro 100 Betten zwischen 1998 und 2000 von 240 auf 254 zugenommen hat (BFS 2003b: 10). Dabei sind jedoch Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitaltypen festzustellen – die Personalintensität nahm in den allgemeinen Akutspitalern stärker zu als in Spezialkliniken, wo sie teilweise sogar zurückging, z.B. in Chirurgie-, Neonatologie- und Kinderkliniken. Eine starke Zunahme verzeichnen demgegenüber z.B. Universitätsspitaler (BFS 2003b: 19).

Diese Gesamtbetrachtung führt zum Befund, dass der in Abschnitt 6.1 dokumentierte Rückgang in der Anzahl Spitäler und der Bettenkapazitäten nicht mit einem entsprechenden Personalabbau einherging, sondern im Gegenteil die Zahl der in Krankenhäusern beschäftigten Personen nach wie vor zunimmt. Dieser Umstand deutet zum einen darauf hin, dass die Leistungserbringung im Spitalwesen personalintensiv ist und diesbezüglich das Potenzial für Effizienzsteigerungen unter der Voraussetzung konstanter Versorgungs- und Betreuungsqualität offenbar beschränkt ist. Zum anderen erweist sich ein wesentlicher Kostenfaktor in der stationären Versorgung nach wie vor als expansiv orientiert, was – auch in Verbindung mit diversen arbeitsrechtlichen Veränderungen auf Bundes- und Kantonebene¹⁰⁸ – den Hand-

¹⁰⁷ Gemäss BFS (Medienmitteilung vom 19. August 2004) sind rund 12% aller Erwerbspersonen in der Schweiz im Gesundheitswesen tätig. Von diesen 428'993 Personen arbeiteten 2001 34,7% in Krankenhäusern, was einem Anteil von rund 4% an der Gesamtbeschäftigung entspricht.

¹⁰⁸ Auf Bundesebene ist die im März 2002 erfolgte Änderung des Arbeitsgesetzes, mit welcher die Arbeits- und Ruhezeitvorschriften auf Assistenzärzte in Weiterbildung ausgedehnt werden, zu nennen. Die Kantone haben diesen Schritt bis zum 1. Januar 2005 umzusetzen (AS 2002 2547), was die Anstellung zusätzlicher Ärzte an den Spitalern bedingt (vgl. Rüefli/Monaco 2004). In zahlreichen Kantonen erfolgten daneben in der jüngeren Vergangenheit verschiedene weitere Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für das medizini-

lungsspielraum der kantonalen Gesundheitsbehörden zur Ergreifung kostendämpfender Massnahmen im stationären Bereich weiter einschränkt.

6.4 Veränderungen in der Leistungserbringung

Die Krankenhausstatistik zeigt, dass in der Schweiz der Bedarf an stationären Behandlungen laufend steigt, dies primär infolge der Alterung und erweiterten Behandlungsmöglichkeiten (BFS 2003b: 6). Von 1998 bis 2002 nahm die Anzahl Behandlungsfälle (gemessen an der Anzahl Austritte und der Anzahl teilstationärer Fälle) von 1'250'555 auf 1'401'516, d.h. um 12,1% zu.¹⁰⁹ Die weitaus stärkste Zunahme (+70,3%) fand dabei in den psychiatrischen Kliniken statt, insbesondere zwischen 2001 und 2002. Die Fallzahlen in allgemeinen Spitälern nahmen im selben Zeitraum um 10,8% zu, wobei dies insbesondere die beiden Kategorien der Spitälern mit 6000-30'000 Fällen pro Jahr betrifft, während in den kleinsten Spitälern mit weniger als 3000 Fällen pro Jahr ein Rückgang um 24,4% festzustellen ist. Die Fallzahlen in der Rehabilitation stiegen um 23%, in den anderen Spezialkliniken blieben sie dagegen praktisch konstant (1%), wobei sie allerdings in Gynäkologie- und Neonatologiekliniken um 20,5% ab-, dafür in den anderen Kategorien zunahmen.

Von einem Vergleich zwischen den Kantonen bzw. den unterschiedlichen Strategien zum Kapazitätsabbau (vgl. Kapitel 5) muss angesichts der unsicheren Datenqualität der KHS abgesehen werden. Die unterschiedlich hohen Teilnahmequoten der verschiedenen Jahre würden eine entsprechende Aufschlüsselung zu stark verzerren und lassen deshalb keine verlässlichen Aussagen über die Entwicklung der Anzahl Fälle zu. Dasselbe gilt für die Unterscheidung zwischen öffentlich bzw. öffentlich subventionierten und privaten Spitälern, da insbesondere private Anbieter in den ersten Erhebungen der KHS untervertreten sind bzw. unvollständige Angaben machten.

Mit zunehmenden Fallzahlen geht in der Schweiz die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) in den Spitälern zurück. Diese Entwicklung betrifft insbesondere Geburts- und Neonatologiekliniken sowie grosse psychiatrische Kliniken, Chirurgiekliniken und die Kategorie der kleinsten Allgemeinspitäler. In Geriatriekliniken ist dagegen eine Verlängerung der DAD festzustellen (BFS 2003b: 6 und 17). Während die Anzahl Behandlungsfälle kaum direkt durch die Spitalplanung beeinflusst werden kann, steht die festgestellte Verkürzung der DAD durchaus mit der Umsetzung von Art. 39 KVG in Zusammenhang. Sie begründet sich zum einen im medizinischen und technischen Fortschritt, der kürzere Behandlungszeiten und teilweise die Verlagerung von Behandlungen in den teilstationären und ambulanten Bereich ermöglicht (Regierungsrat Zürich 2004: 16), hängt zum anderen aber auch damit zusammen, dass infolge des Abbaus von stationären Bettenkapazitäten und der Bemühungen der Spitälern um mehr Effizienz PatientInnen früher aus der Spitalbehandlung entlassen und für die Nachbetreuung in andere Institutionen überführt oder der Betreuung durch die Spitex oder die Angehörigen übergeben werden. Insbesondere öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern bieten die gemäss KVG geltenden Finanzierungsmodalitäten einen starken

sche und pflegende Personal im Spitalwesen, wie z.B. der Abschluss von Gesamtarbeitsverträgen oder Veränderungen im Lohnsystem (vgl. Haari 2002: 49; Regierungsrat Zürich 2004: 14).

Anreiz, stationäre Behandlungen, an denen sich die Kantone finanziell zu beteiligen haben, in den von der OKP alleine finanzierten ambulanten Bereich zu verlagern (vgl. Kägi et al. 2004: 31f.). Dieses Vorgehen wurde denn auch in zahlreichen kantonalen Spitalplanungen als Möglichkeit zur Effizienzsteigerung im öffentlichen Spitalwesen erwähnt und als Ziel formuliert (vgl. Abschnitt 4.4.2). In ihrer Analyse des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung kommen Kägi et al. (2004: IV) zum Schluss, die Spitalplanung habe kaum 'echte' Verschiebungen¹¹⁰ vom stationären in den ambulanten-teilstationären Leistungsbereich bewirkt, sondern primär den Druck auf die Spitäler zu einer effizienteren Leistungserbringung erhöht, was die erwähnte Verkürzung und Verlagerung stationärer Behandlungen förderte.

6.5 Kostenwirkungen

Das eigentliche Ziel von Art. 39 KVG liegt darin, durch die Beschränkung der zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassenen stationären Leistungserbringer auf diejenigen, die dem in der Spitalplanung ermittelten Bedarf entsprechen und auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt sind, die Ausgaben der OKP zu kontrollieren (vgl. Abschnitt 2.1). Insofern interessieren bezüglich der Kostenwirkungen zum einen die OKP-Kosten für Spitalbehandlungen. Wie erläutert stellt die Spitalplanung jedoch in erster Linie ein Instrument der kantonalen Spitalpolitik dar, um die Organisation und Entwicklung der kantonalen Spitalwesen und damit auch die öffentlichen Ausgaben in diesem Bereich zu steuern. Diese stellen die zweite Grösse dar, die unter dem Aspekt der Kostenwirkungen zu diskutieren ist. Wie die Fallstudien deutlich aufzeigen, erfolgt die Ausgabensteuerung hauptsächlich über die Regelung der Spitalfinanzierung, wobei sich mitunter deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen finden. Gleichzeitig finden sich auch unterschiedlich gelagerte Bemühungen, durch strukturelle Massnahmen und Infrastrukturplanung die Organisation des Spitalwesens möglichst effizient zu gestalten (vgl. Abschnitte 5.1 und 5.4). Dabei kommt für die Kantone der Spitalliste eine sekundäre Bedeutung zu.

Im Folgenden wird zunächst die Entwicklung der Kosten im Spitalwesen insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach den beiden wichtigsten Direktfinanzierern dokumentiert und anschliessend der Einfluss der kantonalen Spitalplanungen auf diese Entwicklung diskutiert.

6.5.1 Kostenentwicklung im Spitalwesen

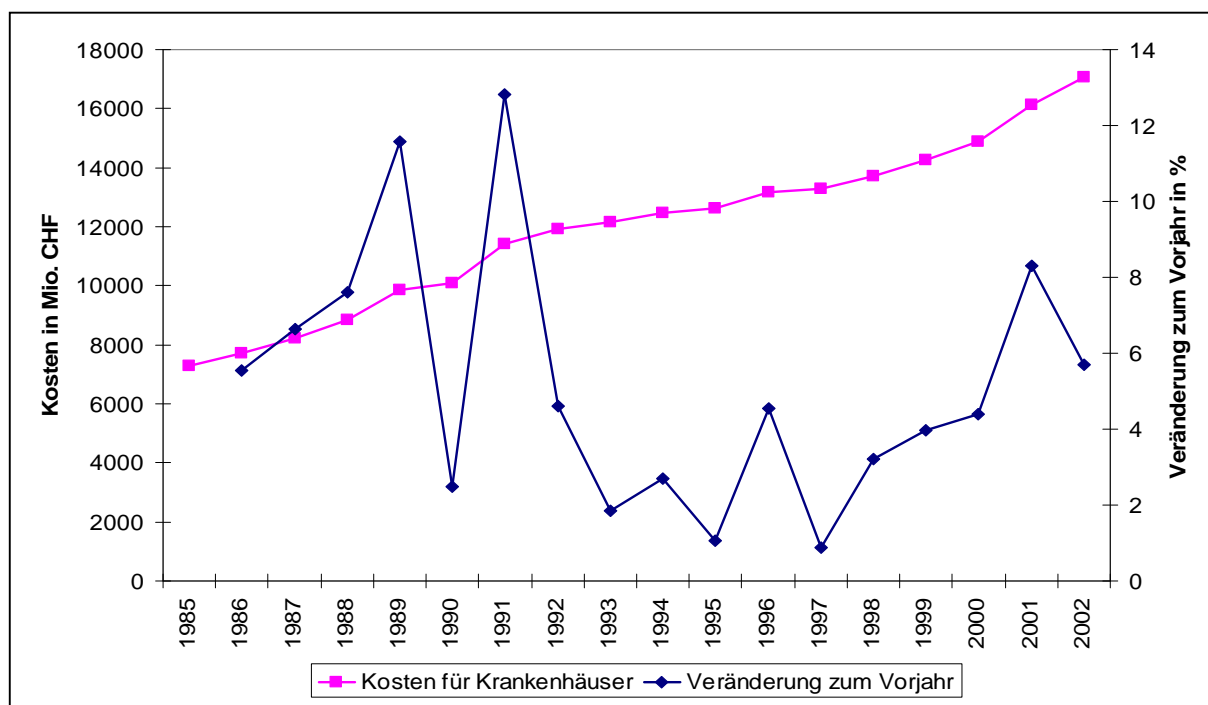
Die Aufschlüsselung der Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer zeigt, dass zwischen 1985 (erstmalige detaillierte Erfassung) und 2002 (aktuellste im Februar 2005 verfügbare Detailzahlen) die Kosten für Krankenhäuser (stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung in allgemeinen Akutspitalern, Rehabilitations- und psychiatrischen Klini-

¹⁰⁹ Die Angaben beziehen sich auf die Rohdaten der Krankenhausstatistik, die für 1998 und 1999 95%, für 2000-2003 99% der Spitäler umfasst.

¹¹⁰ Eine 'echte' Verschiebung des Verhältnisses stationär/ambulant liegt gemäss Kägi et al. (2004: 13f.) dann vor, wenn eine Behandlung, die vorher stationär erfolgte, ambulant erbracht wird, wenn der Verlagerung also eine medizinische Indikation zugrunde liegt. 'Unechte' Verschiebungen sind entweder durch unabhängige Entwicklungen der einzelnen Bereiche oder durch Veränderungen der Abrechnungsmodalitäten oder der statistischen Erfassung bedingt.

ken sowie Spezialkliniken) durchschnittlich um 5,1% pro Jahr von 7'299,9 auf 17'050,4 Mio. CHF angestiegen sind (BFS 2003c: 7, eigene Berechnung).¹¹¹ Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, ist zwischen 1997 und 2001 eine längere Phase steigender Wachstumsraten festzustellen, nachdem sich die Kostenentwicklung zwischen 1991 und 1995 etwas verlangsamt hatte. Somit ist in einem ersten grundlegenden Befund festzuhalten, dass sich die Kostenentwicklung im Spitalwesen nach der Einführung von Spitallisten gemäss Art. 39 KVG bisher eher wieder beschleunigt als gebremst hat. Diese Feststellung sagt jedoch noch nichts über die Kausalitäten aus.

Abbildung 6: Kosten für Krankenhäuser insgesamt 1985-2002



Quelle: BFS (2003c: 7), eigene Berechnung

Das Total der Spitalkosten, welches zwischen 1997 und 2002 um 22,0% zunahm, lässt sich nach Spitaltyp differenzieren. So betrug der Kostenanstieg im selben Zeitraum in Rehabilitationskliniken 32,8% und in allgemeinen Krankenhäusern 22,8%, während er in psychiatrischen Kliniken (17,4%) und anderen Spezialkliniken (16,2%) tiefer ausfiel. Der Anteil ambulanter Spitalbehandlungen am Total der Spitalkosten erhöhte sich ebenfalls zwischen 1997 und 2002 von 11,2% auf 15,4% (eigene Berechnungen anhand von BFS-Angaben), was die zunehmende Bedeutung der ambulanten Leistungserbringung durch Spitäler unterstreicht.¹¹² Eine nach Kantonen differenziertere Betrachtung der Kostenentwicklung im Spitalwesen kann anhand der beiden wichtigsten Direktzahler¹¹³ des stationären Bereichs, den Kantonen

¹¹¹ Es handelt sich dabei im Vergleich mit den übrigen Leistungserbringer-Kategorien um eine der niedrigsten Wachstumsraten. Die Gesamtkosten stiegen 1985-2002 im Jahresdurchschnitt um 5,61% an.

¹¹² Der Anteil ambulanter Spitalleistungen am Gesamttotal der Kosten des Gesundheitswesens erhöhte sich zwischen 1997 und 2002 von 3,9% auf 5,5%.

¹¹³ Als Direktzahler gelten diejenigen Institutionen, die direkt die Güter und Dienstleistungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen bezahlen (BFS 1993: 20).

und Gemeinden einerseits und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) andererseits (vgl. Abschnitt 2.1), erfolgen. Als Indikator für die öffentlichen Ausgaben dient der Netto-Finanzbedarf von Kantonen und Gemeinden, wie ihn die Statistik der öffentlichen Finanzen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) ausweist. Diese Grösse gibt die Summe der laufenden und der Investitionsausgaben von Kantonen und Gemeinden nach Abzug aller Einnahmen inklusive sämtlicher Transfers zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden wieder und ist somit Ausdruck der wirtschaftlichen Belastung der öffentlichen Hand in den verschiedenen Kantonen (BFS 1993: 21, BFS 1999: 29). Es handelt sich dabei um die einzige gesamtschweizerisch verfügbare und interkantonal vergleichbare Grösse, welche die öffentlichen Ausgaben gemäss einem einheitlichen Kontenrahmen aufschlüsselt (vgl. Greppi et al. 1998: 178).¹¹⁴ Diese Daten stehen für die Periode 1990 bis 2002 online zur Verfügung.¹¹⁵ Für die vorliegenden Analysen wurden die laufenden Ausgaben für die Summe der Konten 'Spitäler' (inkl. Rehabilitationskliniken) und 'Psychiatrische Kliniken' betrachtet, die Investitionsrechnung blieb ausgeklammert. Zur Analyse der Kosten der OKP wurde beim Datenpool von santésuisse ein Datensatz beschafft, der die Bruttoleistungen der OKP, welche von 1997 bis 2003 an als "Spital" ausgewiesenen Rechnungssteller ausgerichtet wurden, beinhaltet. Diese Daten sind nach Standortkanton des Rechnungsstellers, nach Art des Leistungserbringers¹¹⁶ sowie nach Leistungsart "stationär" und "ambulant" aufgeschlüsselt.¹¹⁷ Tabelle 40 und Abbildung 7 zeigen zunächst die gesamtschweizerische Entwicklung der beiden Kostengrössen auf. Die gesamten Bruttokosten der Versicherer weisen ein fast ein kontinuierliches Kostenwachstum auf, das sich jedoch seit 1998 tendenziell verlangsamt und sich ungefähr halbiert hat.¹¹⁸ Klar ersichtlich ist der stetig wachsende Anteil der ambulanten Leistungserbringung am Total der Spitalkosten. Demgegenüber verzeichnen die öffentlichen Ausgaben im Vergleich mit den OKP-Kosten eine mehr als doppelt so hohe durchschnittliche Veränderung pro Jahr. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass neben den gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG von der öffentlichen Hand und der OKP gemeinsam abzugelenden Leistungen weitere Faktoren für das Ausgabenwachstum seitens der Kantone verantwortlich sind. Hier ist zunächst auf die – kantonal unterschiedlich geregelte – Deckung von Betriebsdefiziten zu verweisen, jedoch auch auf steigende Personalkosten. Der markante Ausgabenzuwachs ab 2001 ist u.a. auf das EVG-Urteil von 1999 zurückzuführen, welches die Kantone zur Über-

¹¹⁴ Die Kantonsbefragung enthielt einen Frageblock zu den kantonalen Ausgaben im stationären Bereich, der u.a. dazu diente, die EFV-Daten zu validieren oder durch andere Datengrundlagen zu ersetzen. Von den 24 antwortenden Kantonen gaben zwölf an, es seien keine revidierten Zahlen verfügbar, acht Kantone lieferten eigene Zahlen. Zwei dieser Kantone merkten an, die EFV-Daten stimmten "grob" mit ihren eigenen Zahlen überein. Lediglich vier Kantone bestätigten die Validität der EFV-Daten vollumfänglich. Da die von den Kantonen gelieferten Zahlen z.T. nur geringfügig von denjenigen der EFV abweichen, die Grössenordnung bzw. den Verlauf der Ausgabenentwicklung jedoch ungefähr abbilden, und vor allem keine anderen verlässlichen und interkantonal vergleichbaren Datengrundlagen zur Illustration der kantonalen Ausgaben im stationären Bereich vorliegen, beruhen die vorgenommenen Analysen der Kostenwirkungen der Spitalplanung auf den Zahlen der EFV.

¹¹⁵ www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten___finanzierung/kennzahlen0/kosten0/ueberblick.ContentPar.0009.DownloadFile.tmp/Absolu_90-02.zip [Januar 2005].

¹¹⁶ Gemäss Auskunft von Marco D'Angelo (Leiter des santésuisse-Datenpools) sind diese Kategorien weitgehend mit den Krankenhaustypen der BFS-Krankenhausstatistik identisch.

¹¹⁷ Gemessen am Versichertenbestand gemäss Risikoausgleich beträgt der Abdeckungsgrad dieser Daten im Durchschnitt 92,7%. In den Kantonen Waadt, Wallis, Basel-Landschaft und Glarus beträgt er unter 90%, in Luzern und Basel-Stadt über 95%.

¹¹⁸ Gemäss den hier nicht ausgewiesenen Zahlen für 2003 beträgt der Kostenanstieg zwischen 2002 und 2003 überdurchschnittlich hohe 10,19%.

nahme des Sockelbeitrages bei ausserkantonalen Hospitalisationen in Privat- und Halbprivatabteilungen öffentlicher und öffentlich subventionierter Spitäler verpflichtet (vgl. Fussnote 20). Ein weiterer Grund in der Zunahme öffentlicher Ausgaben im Spitalwesen liegt im kontinuierlichen Rückgang an Behandlungen von Patienten mit Zusatzversicherung in öffentlichen Spitälern.¹¹⁹ Da deswegen die Betriebserträge abnehmen, erhöht sich der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der Spitäler (vgl. GEF 2004: 2490).

Tabelle 40: Entwicklung der Ausgaben der öffentlichen Hand und der Bruttoleistungen der OKP an Spitäler 1997-2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	jährl. Veränderung
Nettofinanzbedarf von Kantonen und Gemeinden für "Spitäler" und "Psychiatrie" (laufende Rechnung, ohne Investitionen)							
in 1000 Fr.	3'583'748	3'594'316	3'785'647	4'018'277	4'770'749	5'816'567	10,17%
Veränderung zum Vorjahr	2,55%	0,29%	5,32%	6,15%	18,73%	21,92%	-
indexiert	100	100,29	105,63	112,12	133,12	162,30	-
Bruttoleistungen OKP "Spitäler stationär"							
in 1000 Fr.	2'926'175	3'158'938	3'250'869	3'332'013	3'450'635	3'509'730	3,70%
Veränderung zum Vorjahr	-	7,95%	2,91%	2,50%	3,56%	1,71%	-
indexiert	100	107,95	111,10	113,87	117,92	119,94	-
Bruttoleistungen OKP "Spitäler stationär" + "Spitäler ambulant"							
in 1000 Fr.	4'236'722	4'614'674	4'864'917	5'162'589	5'474'532	5'637'797	5,88%
Veränderung zum Vorjahr	-	8,92%	5,42%	6,12%	6,04%	2,98%	-
indexiert	100	108,92	114,83	121,85	129,22	133,07	-
Anteil ambulant	30,9%	31,5%	33,2%	35,5%	37,0%	37,7%	10,18%

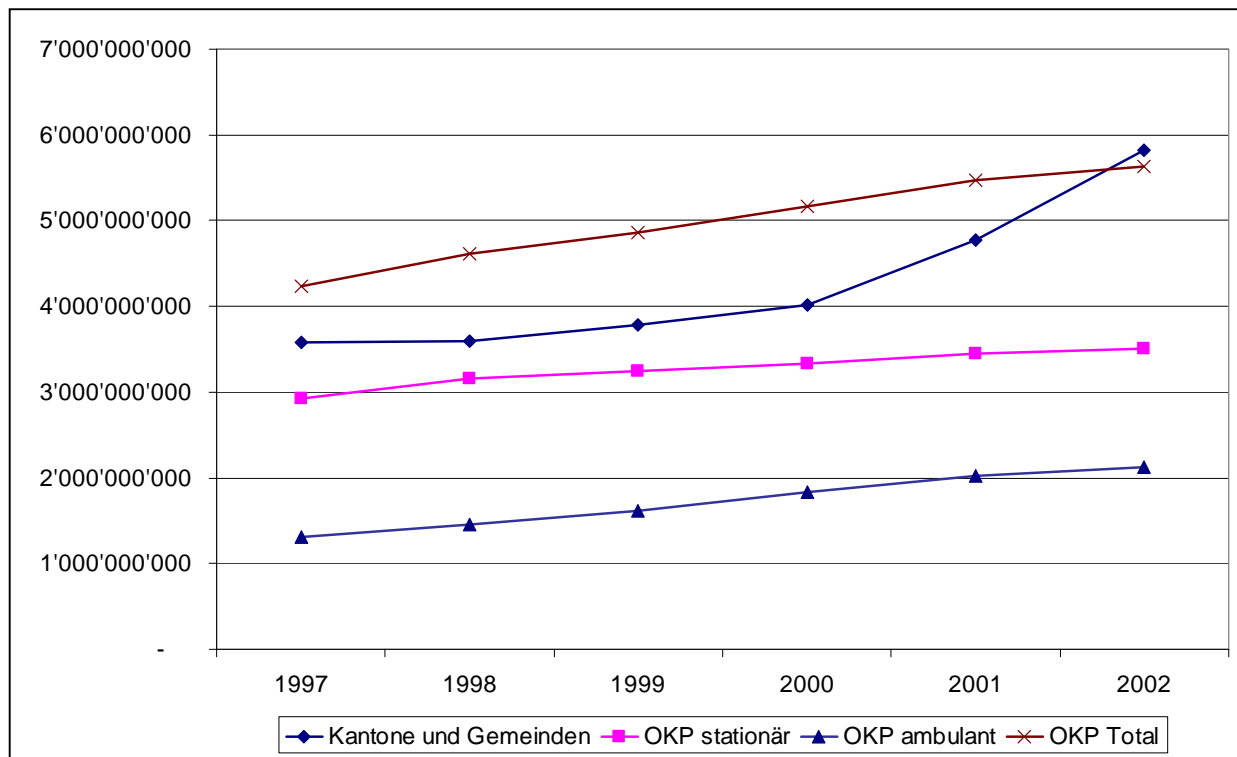
Quellen: Eidgenössische Finanzverwaltung; santésuisse-Datenpool; eigene Berechnung

Für die Kosten der OKP für die Zeit vor 1997 liegen keine vergleichbaren Daten vor. Somit ist ungeachtet der übrigen methodischen Probleme (s.u.) eine Einschätzung der Kostenwirkungen der kantonalen Spitalplanungen im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs nicht möglich. Demgegenüber kann die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben seit 1990 verfolgt werden. Diese zeigt einen vermutlich durch das Inkrafttreten des KVG bedingten Trendbruch ab 1996. Zwischen 1990 und 1996 hatten die öffentlichen Ausgaben gesamtschweizerisch im Jahresdurchschnitt lediglich um 2,13% zu- und in einigen Kantonen sogar abgenommen. Zwischen 1996 und 2002 beträgt die durchschnittliche Wachstumsrate hingegen 8,86%.

¹¹⁹ Eine entsprechende Auswertung der KHS-Rohdaten zeigt, dass der Anteil der Austritte bzw. der Pflage tage in Halbprivat- und Privatabteilungen am Total zwischen 1998 und 2002 ungefähr konstant blieb, jedoch in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern leicht ab-, in privaten Spitälern hingegen zunahm. Insgesamt nimmt gemäss Krankenversicherungsstatistik (BAG 2005: 210) seit 1997 die Anzahl Versicherter mit einer Spitalzusatzversicherung zu, wobei bezüglich der Versicherungsträger eine Verschiebung von KVG-Versicherern zu privaten Versicherern festzustellen ist.

Diese Feststellung deutet zunächst nicht darauf hin, dass die Einführung der Spitalplanungspflicht in Art. 39 KVG zu einer Dämpfung der öffentlichen Ausgaben geführt hätte. Ein Vorher-Nachher-Vergleich müsste jedoch auf kantonaler Ebene ansetzen, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die spitalplanerischen Massnahmen der Kantone zum einen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ergriffen wurden (vgl. Abschnitte 4.1 und 4.4.3), und zum anderen z.T. mit Änderungen der Finanzierungsmechanismen und lohnwirksamen bzw. arbeitsrechtlichen Massnahmen einher gingen.

Abbildung 7: Vergleich der Entwicklung der öffentlichen Ausgaben und der OKP-Kosten im Spitalwesen 1997-2002



Auf die einzelnen Kantone aufgeschlüsselt zeigt sich bezüglich der Kostenentwicklung ein heterogenes Bild (Tabelle 41). Die jahresdurchschnittlichen Veränderungsrate zwischen 1997 und 2002 variieren bei den Versicherungsleistungen zwischen -1,76% (Schwyz) und 8,24% (Thurgau), bei den öffentlichen Ausgaben zwischen -2,91% (Basel-Stadt) und 19,30% (Zürich). Während in immerhin fünf Kantonen die OKP-Kosten zurückgingen, stiegen die öffentlichen Ausgaben in allen Kantonen ausser in Basel-Stadt kontinuierlich an.

Grundsätzlich lassen sich die Kantone in sechs Gruppen unterteilen, wobei zum einen die gesamtschweizerische durchschnittliche Veränderungsrate, zum anderen die Richtung der kantonalen Veränderung als Kriterien herangezogen werden. So findet sich eine erste Gruppe von vier Kantonen (LU, TI, ZG und ZH) mit jeweils überdurchschnittlichem Kostenwachstum. In ebenfalls vier Kantonen (BE, FR, SG und SO) stiegen die öffentlichen Ausgaben überdurchschnittlich stark an, während das Wachstum der OKP-Kosten unter dem gesamtschweizerischen Mittelwert blieb. Die umgekehrte Konstellation findet sich in den fünf Kantonen AG, AR, GE, TG und VD. Unterdurchschnittliche Entwicklung beider Grössen weisen sechs Kantone (AI, BL, GL, GR, NE und NW) auf. Während in den fünf Kantonen JU, OW, SZ, UR und VS bei z.T. überdurchschnittlich steigenden öffentlichen Ausgaben die Versiche-

rungskosten sanken, konnten die öffentlichen Ausgaben nur im Kanton BS reduziert werden, wobei dort gleichzeitig die Versicherungskosten anstiegen.

Eine einfache Korrelationsanalyse deutet nicht darauf hin, dass die in Tabelle 41 ausgewiesenen jahresdurchschnittlichen Veränderungsrate der beiden Kostengrößen mit einer der anderen in Kapitel 6 diskutierten Veränderungsrate (Bettenzahl, Anzahl Spitäler, Anzahl Leistungsstellen) systematisch in Zusammenhang stehen würden. Angesichts der komplexen Wirkungsmechanismen der Kostenentstehung, die im nachfolgenden Abschnitt diskutiert werden, überrascht diese Feststellung nicht.

Tabelle 41: Jahresdurchschnittliche Veränderung der OKP-Bruttoleistungen "Spital stationär" und des Nettofinanzbedarfs von Kantonen und Gemeinden "Spitäler" und "Psychiatrische Kliniken" 1997-2002 in %

Kanton	OKP Spital stationär	Nettofinanzbedarf Kantone und Gemeinden
ZH	4,21	19,30
TI	5,85	17,51
LU	3,91	12,14
ZG	5,61	11,09
SO	1,89	12,60
BE	0,89	11,10
SG	1,55	10,45
FR	3,31	10,35
TG	8,24	8,15
GE	7,96	7,47
AG	6,45	2,50
AR	4,91	8,61
VD	4,23	7,79
NE	1,44	10,11
NW	1,17	9,32
BL	3,68	8,92
AI	3,47	3,80
GR	3,22	6,35
GL	1,32	9,72
OW	-1,28	18,76
VS	-0,25	13,00
SZ	-1,76	11,84
UR	-1,08	9,90
JU	-0,42	9,38
BS	1,30	-2,91
SH	k.A. ¹	7,25
CH	3,70	10,17

¹ Aus dem Kanton Schaffhausen liegen für die Jahre 1997 und 1998 keine verwertbaren Angaben vor. Auf eine Berechnung der jahresdurchschnittlichen Veränderung wird deshalb verzichtet.

fett: Werte über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt

Quellen: santésuisse-Datenpool; Eidgenössische Finanzverwaltung/BFS; eigene Berechnungen

6.5.2 Auswirkungen der Spitalplanung auf die Kostenentwicklung

Die Kosten im Spitalwesen ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage und sind abhängig vom Preis, der Menge und der Qualität der erbrachten Leistungen (vgl. Bandi 2002: 341). Während die Nachfrage – die Hospitalisationsrate der Bevölkerung – kaum direkt beeinflusst werden kann, bestehen über die Spitalplanung und weitere spitalpolitische Massnahmen gewisse Gestaltungsmöglichkeiten auf der Angebotsseite, insbesondere von Menge und Qualität. Zentrale Bedeutung kommt jedoch der Tarifgestaltung zu, welche die Preise der erbrachten Leistungen festlegt. Diese werden für den Bereich der OKP in Form von Pauschalen zwischen den Vertragsparteien, d.h. den Spitälern und den Versicherern, ausgehandelt (Art. 49 KVG). Dabei nehmen die Kantone eine besondere Stellung ein, da sie nicht nur über die Spitalgesetzgebung die Tarifierungsform für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler festlegen, sondern gleichzeitig auch als Leistungserbringer (öffentliche Spitäler), Leistungsfinanzierer (Subventionierung von Spitälern) und gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG als Genehmigungsbehörde für die Tarife fungieren. Diese Mehrfachrolle wird seit längerem von verschiedener Seite bemängelt und kritisiert. Seit einiger Zeit ist jedoch die Tendenz zur Verselbständigung öffentlicher Spitäler und zur Entflechtung der Kompetenzordnung festzustellen (vgl. Abschnitt 7.5 oder die Fallstudie Aargau in Abschnitt 5.4.1).

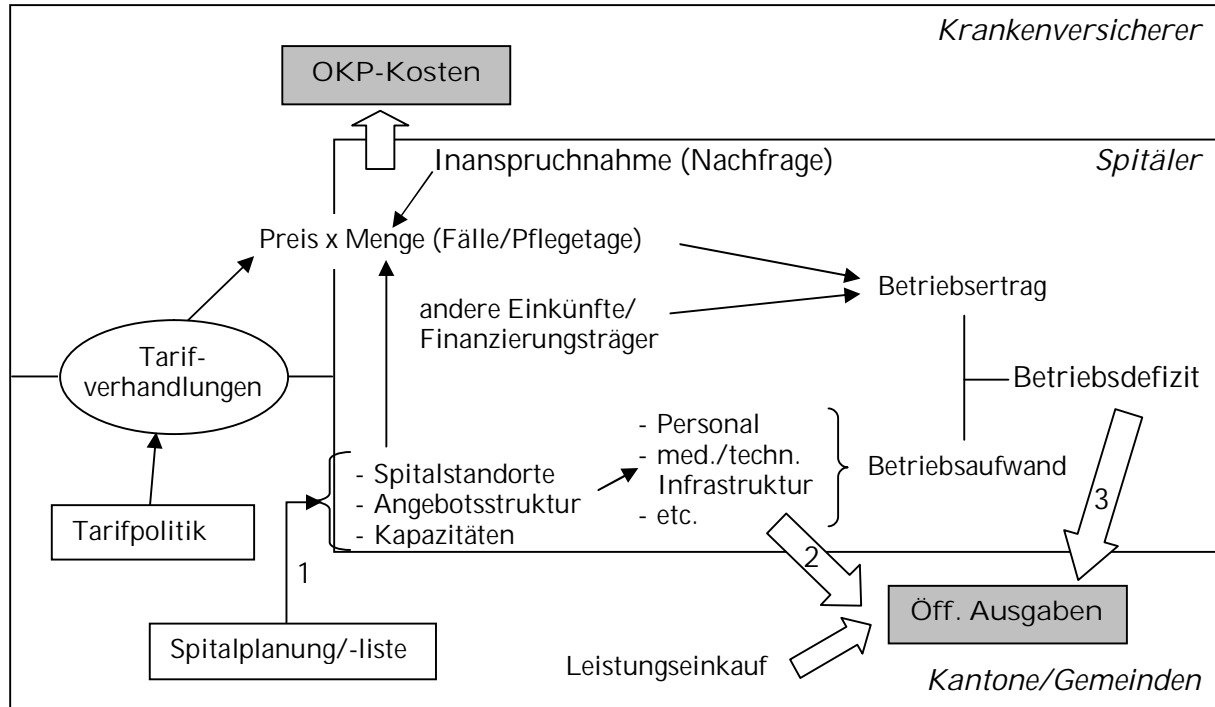
Während sich die Spitalkosten der OKP direkt aus den in Tarifverträgen geregelten Preisen und der Häufigkeit der Inanspruchnahme der dahinter stehenden Leistungen ergeben, beinhalten die öffentlichen Ausgaben in der Regel neben den hier nicht betrachteten Investitionen Betriebs- und Defizitbeiträge an die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler sowie den Leistungseinkauf bei privaten oder ausserkantonalen Spitälern. Sie sind somit einerseits von der Aufwandentwicklung in den Spitälern abhängig. Hier sind Faktoren wie z.B. Medikamentenpreise, aber insbesondere auch die Personalkosten, welche rund 70% der öffentlichen Ausgaben im Spitalwesen ausmachen (BFS 2004b: 5), von Relevanz. Demzufolge haben auch Veränderungen im Lohngefüge oder in arbeitsrechtlichen Bestimmungen grosse Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung (vgl. GEF 2004; Regierungsrat Zürich 2004: 14 und Abschnitt 6.3).¹²⁰ Andererseits ist für die öffentlichen Ausgaben auch der Kostendeckungsgrad durch die Erträge aus der Leistungserbringung von Bedeutung¹²¹, der seinerseits wiederum abhängig ist von der Tarifpolitik, der Inanspruchnahme und der Versichertenstruktur (Anteil Patienten mit Zusatzversicherung).

Diese kurzen Ausführungen zur Kostenentstehung im Spitalwesen können anhand des folgenden Modells grob zusammengefasst werden (Abbildung 8). Das Modell erhebt nicht den Anspruch, sämtliche kostenrelevanten Wirkungszusammenhänge vollständig wiederzugeben, sondern dient primär dazu, die Entstehungsmechanismen der OKP-Kosten und öffentlichen Ausgaben sowie die grundsätzlichen Ansatzpunkte spitalpolitischer Steuerung durch die Kantone abzubilden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Modell sich lediglich auf die Leistungserbringung, primär in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern, be-

¹²⁰ Oggier (1996: 114f.) identifiziert preisseitige und mengenseitige Ursachen für steigende Personalausgaben, wobei letzteren (Verbesserung des diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebots) grössere Bedeutung zukomme. Insofern spielt die kantonale Spitalplanung diesbezüglich eine indirekte, aber nicht zu unterschätzende Rolle für die Entwicklung der Personalausgaben.

zieht, und dass die konkrete Ausgestaltung der Spitaltarife, Betriebs- und Defizitbeiträge von der kantonalen Spitalfinanzierungspolitik abhängig ist. Diese und die Spitalplanung stellen die Hauptachsen kantonalen Spitalpolitik dar (vgl. Abschnitt 2.1).

Abbildung 8: Modell der Kostenentstehung im Spitalwesen



1: Leistungsaufträge

2: Betriebsbeiträge (auch Investitionen)

3: Defizitbeiträge

Da die zahlreichen Einflussfaktoren auf die Kostenentstehung im Spitalwesen empirisch schwer isoliert und systematisch kontrolliert werden können, ist es kaum möglich, einen direkten Bezug zwischen den Massnahmen zur Umsetzung von Art. 39 KVG und der im vorangehenden Abschnitt dokumentierten Kosten- bzw. Ausgabenentwicklung herzustellen und so die allenfalls erzielten Einsparungen zu eruieren. Dies könnte z.B. erfolgen, indem die effektive Kostenentwicklung mit einer auf der Basis einer längeren Zeitreihe extrapolierten hypothetischen Kostenentwicklung, wie sie sich ohne spitalplanerische Massnahmen ergeben hätte, gegenübergestellt und die verschiedenen Einflussfaktoren auf diese Entwicklung analytisch isoliert werden. Die Gesundheitsdirektionen der Kantone Zürich und Bern legten unlängst derartige Berechnungen vor (Regierungsrat Zürich 2004b; GEF 2004).¹²²

Aufgrund der Komplexität eines solchen Vorhabens sowie des Fehlens von ausreichend detaillierten und validen, über alle Kantone vergleichbaren Datengrundlagen konnte ein derartiger systematischer Vergleich für die ganze Schweiz im Rahmen der vorliegenden Studie nicht durchgeführt werden. Stattdessen soll anhand der bisherigen Ausführungen und der in den Fallstudien gewonnenen Erkenntnisse über die Wirkungsmechanismen der Spi-

¹²¹ In einem statistischen Querschnittsvergleich erwies sich der Kostendeckungsgrad als ein wichtiger Faktor zur Erklärung der interkantonalen Unterschiede in den Gesundheitsausgaben (Rüefli/Vatter 2001).

¹²² Gemäss diesen Analysen konnte im Kanton Zürich das Aufwandniveau in der Akutstation jährlich um 250-300 Mio. CHF gesenkt werden (Regierungsrat Zürich 2004b: 15) bzw. im Kanton Bern jährlich 85 Mio. CHF eingespart werden (GEF 2004), dies trotz fortlaufenden Ausgabenwachstums in beiden Kantonen.

talplanung diskutiert werden, ob, in welcher Form und in welche Richtung die Kostenentwicklung im Spitalwesen durch spitalplanerische Massnahmen qualitativ beeinflusst wurde. Aus dem in Abbildung 8 skizzierten Modell geht klar hervor, dass die Spitalplanung, wie sie bis anhin in der Schweiz praktiziert wurde, primär auf der Aufwandseite ansetzt, indem sie die Angebotsstrukturen der kantonalen Spitalwesen festlegt. Die Entwicklung der Ertragsseite hingegen ist kaum abhängig von spitalplanerischen Interventionen, sondern kann hauptsächlich über die Tarifpolitik beeinflusst werden, wo neben den Kantonen die Krankenversicherer als Tarifpartner eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Regierungsrat Zürich 2004b: 10). Wie die Fallstudien zeigen, wurden denn auch seit Inkrafttreten des KVG in fünf der sechs untersuchten Kantone nicht nur strukturelle Massnahmen ergriffen, sondern auch die Finanzierungsmechanismen verändert.

Auf der Angebotsseite können die Kantone aus theoretischer Sicht über das Steuerungsinstrument der Spitalliste festlegen, welche Spitäler mit welchen Kapazitäten welche Leistungen zulasten der OKP erbringen können. So ist es im Prinzip möglich, mittels struktureller Massnahmen eine Angebotsstraffung bzw. eine Leistungskonzentration vorzunehmen und durch die Schliessung oder Zusammenlegung von Spitälern oder Abteilungen Infrastruktur- und Personalkosten einzusparen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die erzielten Einsparungen nicht durch Ersatzinvestitionen in anderen Betrieben kompensiert werden und dass eine allfällige Verlagerung der Leistungserbringung nicht dazu führt, dass dieselben Leistungen von anderen Betrieben zu einem höheren Preis erbracht werden (vgl. Hammer et al. 2000b: 199).

Wie die vorangehenden Kapitel zeigen, ist gesamtschweizerisch ein Rückgang der Anzahl Betriebe und der Bettenkapazitäten festzustellen. Es ist somit davon auszugehen, dass die Ausgabenentwicklung seitens der öffentlichen Hand durchaus gebremst werden konnte, indem infolge von Spital- und Abteilungsschliessungen weniger Betriebseinheiten zu finanzieren sind. Da allerdings nur ein Teil der Kantone derartige strukturelle Massnahmen ergriffen und sich die meisten Spitallisten eher als Bestandesaufnahme denn als restriktives Steuerungsinstrument erwiesen, ist davon auszugehen, dass sich diese ausgabendämpfende Wirkung der Spitalplanung auf einige wenige Kantone beschränkt. Gleichzeitig führten der gesamtschweizerisch zunehmende Personalbestand in den Spitälern sowie in zahlreichen Kantonen Veränderungen im Lohngefüge zu relevanten Mehrausgaben der öffentlichen Hand (vgl. Abschnitt 6.2).

Veränderungen in der Angebotsstruktur können auch Verschiebungen des Leistungsgeschehens zur Folge haben, indem stationäre Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagert werden (vgl. dazu Kägi et al. 2004) oder statt in öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern durch private Anbieter erbracht werden. Beides führt zu einer Entlastung der öffentlichen Haushalte, da sie diese Behandlungen nicht oder in geringerem Ausmass mitfinanzieren, kann jedoch je nach Tarifstruktur zu einer Mehrbelastung der OKP führen. Gleichzeitig können daraus auch Ertragseinbussen seitens der öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler resultieren, was wiederum höhere Defizitbeiträge der öffentlichen Hand auslöst.

Auf die allgemeine starke Zunahme der ambulanten Leistungserbringung wurde bereits in Abschnitt 6.5.1 hingewiesen. Bezüglich der Entwicklung des Anteils privater Leistungserbringer am Total der Anzahl Fälle zwischen 1998 und 2002 ist hingegen nur in sieben Kantonen

(AR, BE, GE, SH, VS, ZG und ZH) eine Verschiebung hin zu privaten Anbietern festzustellen, während in den übrigen Kantonen entweder keine signifikante Veränderung erfolgte oder der Anteil privater Anbieter zurückging (eigene Berechnung anhand von KHS-Rohdaten).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass spitalplanerische Massnahmen durchaus einen dämpfenden Einfluss auf die Kostenentwicklung im Spitalwesen zu entfalten vermögen, dass dieser jedoch von zahlreichen Nebenbedingungen abhängig ist und von anderen Faktoren überlagert wird, welche die Kostenentwicklung im Spitalwesen weitaus stärker beeinflussen. Diese Einschätzung begründet sich mit den soeben gemachten theoretischen Ausführungen sowie mit der Feststellung, dass sich in der Gruppe der Kantone mit überdurchschnittlichem Wachstum bei beiden betrachteten Kostengrössen mit Zürich und Tessin auch zwei Kantone finden, in denen wesentliche strukturelle Massnahmen (Schliessungen und Umwandlungen von Betrieben, Bettenabbau) erfolgten, während Kantone, die keine strukturelle Massnahmen ergriffen oder die aufgrund ihrer Spitalplanung keinen Handlungsbedarf identifizierten, unterdurchschnittliche Veränderungsraten aufweisen (vgl. Tabelle 41).

7 Entwicklungsperspektiven

7.1 Tendenzen in der Weiterentwicklung der Spitalplanung

Bereits zwischen 1996 und 2002 können zwei Phasen der Spitalplanung unterschieden werden (SDK 2002: 4). Auf die ersten Umsetzungsmassnahmen und die Konsolidierung der Planungsgrundsätze durch die bundesrätliche Rechtssprechung folgten erste Reformbemühungen, die in einigen Kantonen zur Erarbeitung neuer Spitalkonzeptionen (z.B. Jura, Schwyz, Wallis) und Bedarfsplanungen (z.B. Tessin, Graubünden, Genf) führten. Daneben finden sich zahlreiche Kantone, in denen seit 1996 neue Spitalversorgungsgesetze in Kraft gesetzt wurden oder noch in Arbeit sind, welche entweder aus Spitalplanungen hervorgingen (z.B. Aargau) oder diese auf eine neue gesetzliche Grundlage stellen (z.B. Bern, Solothurn, Luzern). Hinsichtlich der Planungsinstrumente bestehen verschiedene Bemühungen, bessere Datengrundlagen zur Bedarfs- und Leistungsermittlung in der Spitalversorgung zu schaffen. Diese stehen insbesondere in Zusammenhang mit der Suche nach neuen Abgeltungsformen (z.B. Abteilungs- oder Fallpauschalen), mit welchen die Kostentransparenz und die Wirtschaftlichkeit von Spitälern erhöht werden sollen (Haari 2002: 48). Dieser Trend ist auch auf internationaler Ebene festzustellen (Schölkopf 2001; Stapf-Finé/Polei 2002; Schölkopf/Stapf-Finé 2003).

Bezüglich der Rolle des Bundes in der Spitalplanung wurde in den Expertengesprächen festgehalten, dass die Bundesbehörden mittlerweile anerkennen, dass die Umsetzung von Art. 39 KVG mit realpolitischen Konflikten und Problemen verbunden ist und entsprechende Massnahmen vorsähen. Die vom Bundesrat im September 2004 vorgestellte Botschaft zur Revision der Spitalfinanzierung im KVG (Bundesrat 2004) sieht im Bereich der Spitalplanung einige wesentliche Änderungen vor. Erstens soll explizit festgehalten werden, dass sich die Bedarfsplanung auf alle Kapazitäten bezieht, die der Behandlung nach KVG versicherter PatientInnen dienen, also auch halbprivate und private Abteilungen umfasst. Neu sollen nur noch integrale Spitallisten erstellt werden, da die vorgesehene dual-fixe Spitalfinanzierung (vgl. Fussnote 45) geteilte Listen obsolet werden lässt. Zum zweiten sollen die Kantone verpflichtet werden, im Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen. Erfolgt dies nicht innerhalb einer bestimmten Frist, soll der Bundesrat die Planung erlassen können (vgl. dazu Abschnitt 7.6). Drittens soll das KVG unabhängig von der kantonalen Gesetzgebung den Kantonen die Möglichkeit geben, die Vergabe von Leistungsaufträgen an Auflagen zu knüpfen, um so gleiche Bedingungen für öffentliche, subventionierte und private Spitäler zu schaffen. Schliesslich ist vorgesehen, dass der Bundesrat allgemeine, einheitliche Grundsätze für die Planung erlassen kann, um eine einheitliche Umsetzung der KVG-Bestimmungen sowie eine bessere Koordination unter den Kantonen zu ermöglichen. Die parlamentarische Behandlung dieser Vorlage ist für Juni 2005 vorgesehen.

In den Kantonen beobachten die befragten Experten verschiedene Entwicklungstendenzen. So wird vermehrt mit Globalbudgets, Benchmarking, Qualitätsstandards und DRGs operiert oder der Aufbau interdisziplinärer regionaler Versorgungsnetze diskutiert. Gleichzeitig finden auf der Ebene der Betriebe vermehrt Kooperationen und Zusammenschlüsse statt (vgl. hierzu Lutz 2003). Hinsichtlich der Planungsmethodik diskutieren die Kantone aktuell den

Übergang zur leistungsorientierten Spitalplanung (vgl. Abschnitt 7.4). Angesichts der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben der Kantone in der Spitalversorgung sei eine Steuerung durch die Kantone im Sinne einer Kombination von prospektiver Planung, Monitoring und Controlling unabdingbar.

In der Kantonsbefragung (Frage 4.1) gaben vier Kantone an, die Spitalplanung sei seit 1996 einfacher geworden, weil man inzwischen über gewisse Erfahrungen und besseres Zahlenmaterial verfüge und die bundesrätliche Rechtssprechung zur Konkretisierung beigetragen habe. Demgegenüber waren 16 Kantone der Ansicht, die Planung sei komplexer geworden. Die am häufigsten genannten Gründe dafür sind als ungenügende empfundene Vorgaben und widersprüchliche Rechtssprechung des Bundes (4), die finanzielle Situation (4), die medizinisch-technische Entwicklung (3) sowie der Wandel des rechtlichen und politischen Umfelds (2). Vier Kantone konnten die Frage nicht beurteilen, zwei antworteten nicht darauf. Daneben wurde nach laufenden Bestrebungen der Kantone zur Weiterentwicklung der Spitalplanung gefragt (Frage 4.9). Dabei resultierten die in Tabelle 42 aufgelisteten Antworten.

Tabelle 42: Kantonale Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Spitalplanung

Sind in Ihrem Kanton andere Bestrebungen (Projektarbeiten) zur Weiterentwicklung der Spitalplanung im Gang? (Frage 4.9)		
Kanton	Projekte	N
BE	Neue Versorgungsplanung nach neuem Spitalversorgungsgesetz	
SZ	Versorgungsprojekt 2004 und Projekt Spitalplanung 2008 (Ziel: neue Spitalliste)	
NE	Projekt "Hôpital multisite" und neue Zuteilung der Leistungsaufträge	
VS	Umsetzung der Planung 2004, Organisation der Geburtshilfe in der Spitalregion Mittelwallis	
ZH	Projekt "Morbidityorientierte Spitalplanung"	
BL	Vorbereitung auf Leistungseinkauf nach KVG-Revision	
TI	Interne Überlegungen zur leistungsorientierten Spitalplanung und Mitarbeit in der GDK-Arbeitsgruppe	
BS	Teilnahme an Arbeitsgruppen des Bundes und der GDK, Vernetzung auf allen Ebenen und Ausbau politischer Kontakte	
ZG	Verschiedene Ansätze, aber noch nichts konkret	
Keine Bestrebungen: AI, FR, GR, NW, OW, SG, SO, TG		8
Keine Angaben: AG, AR, GE, GL, JU, LU, SH, UR, VD		9

Vier Kantone verweisen auf laufende Arbeiten zur Vorbereitung einer neuen bzw. zur Umsetzung der bestehenden Planung, ohne sich konkret über Änderungen in der Planungsmethodik zu äussern. Während zwei Kantone die Mitarbeit in Arbeitsgruppen erwähnen, weist Zürich auf die Ausarbeitung einer eigenständigen neuen Planungsmethodik hin.

7.2 Integrierte Versorgungsplanung

Angesichts der dynamischen Entwicklung in der Medizin und der Spezialisierung der Behandlungsangebote, des daraus resultierenden erhöhten Koordinationsbedarfs zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und der zunehmenden Kostenrelevanz dieser Entwicklung erscheint der Aufbau integrierter Versorgungssysteme durchaus sinnvoll (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 226f.). Auch die GDK verweist auf die verstärkte Koordination

zwischen Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation, Langzeitpflege) und ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringern als eine mögliche Dimension für die Weiterentwicklung der Spitalplanung, welche es künftig stärker mit anderen Planungskonzepten zu verknüpfen gelte (SDK 2002: 4).

Gemäss der Kantonsbefragung sind in 14 Kantonen nicht näher konkretisierte Bestrebungen im Gang, die Spitalplanung stärker mit anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verknüpfen (vgl. Tabelle 43). Auffallend ist die Feststellung, dass dies in allen Kantonen der lateinischen Schweiz sowie u.a. in den eher kleinen Kantonen Uri und Zug der Fall ist, jedoch nicht in grösseren Kantonen mit komplexeren Versorgungsstrukturen wie Graubünden, St. Gallen oder Zürich.

Tabelle 43: Bestrebungen zur Einführung einer integrierten Versorgungsplanung

Sind in Ihrem Kanton Bestrebungen (Projektarbeiten) im Gang, um die Spitalplanung mit anderen Versorgungsbereichen (ambulante Versorgung, Langzeit- und Heimpflege) zu verknüpfen? (Frage 4.4)		
	Kantone	N
ja	AG, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, TI, UR, VD, VS, ZG	14
nein	AI, AR, GR, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, ZH	11

In den Expertengesprächen und in der Kantonsbefragung wurde nach den Voraussetzungen für eine bereichsübergreifende Spitalplanung gefragt. Gemäss den ungewichteten und subjektiven Antworten sind zunächst fundamentale Grundvoraussetzungen zu schaffen: Idealer Ausgangspunkt stellt eine globale Gesundheitspolitik mit breit abgestützten konzeptionellen Grundlagen, klaren Definitionen, Indikatoren und Abgrenzungen dar. Auf dieser Basis wären die gesetzlichen Grundlagen und die Zuständigkeiten für alle an der Behandlungskette beteiligten Akteure zu vereinheitlichen. Idealerweise besteht für alle Leistungserbringer derselbe Vertragspartner. Eine integrierte Versorgungsplanung bedingt seitens der Kantone einen klar definierten Planungsprozess mit den nötigen Kompetenzen sowie die Analyse des Bedarfs, der Patientenpfade und der Interdependenzen zwischen den Versorgungsbereichen. Hinsichtlich der Informationsbasis werden eine bessere Datenqualität und Zugang zu den relevanten Daten sowie Kriterien für eine evidenzbasierte Planung als notwendig erachtet.

In organisatorischer Hinsicht erfordert eine übergreifende Planung die Zusammenarbeit verschiedener Akteure und Regionen unter ausgewogenem Einbezug verschiedener Bereiche. In einigen Kantonen müsste die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden angepasst werden. Mehrere Antwortende erachten die Schaffung von Spitalnetzen als sinnvoll. Weitere Bedingungen bestehen in einem für alle involvierten Leistungserbringer einheitlichen Finanzierungssystem und der Elimination falscher oder unterschiedlich wirkender Anreize.

7.3 Kantonsübergreifende Planung

Wie bereits mehrmals festgestellt, stellen in der Schweiz die einzelnen Kantone weitgehend in sich geschlossene Planungsregionen dar und sind nur beschränkte Bemühungen zu einer kantonsübergreifenden Planung, welche über den Abschluss von Versorgungsabkommen zur Regelung der Finanzierung grenzüberschreitender Hospitalisationen hinausgeht, festzustellen. Angesichts dieses Umstandes sind die interkantonale Spitalplanung bzw. Interventionen

des Bundes zur Schaffung kantonsübergreifender Versorgungsregionen Gegenstand verschiedener parlamentarischer Vorstösse auf Bundesebene (Bundesrat 2004: 7f.). Der Bundesrat verweist jedoch diesbezüglich auf die bundesstaatliche Kompetenzordnung, welche die kantonale Autonomie im Gesundheitswesen festschreibt und keine Einflussmöglichkeit des Bundes vorsieht. Interkantonale Zusammenarbeit müsse auf Initiative der Kantone zustande kommen, die Möglichkeiten dazu bestehen über Verträge oder die Schaffung gemeinsamer Organisationen und Einrichtungen (Bundesrat 2004: 15; vgl. hierzu das Beispiel der IVKKM in Abschnitt 7.6).

In der Kantonsbefragung gaben 16 der 25 antwortenden Kantone an, sich um eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Kantonen zu bemühen (Tabelle 44). Folgende Projekte wurden dabei explizit genannt:

- gemeinsame Spitalplanung Uri, Nidwalden und Obwalden
- gemeinsame Spitalplanung Basel-Stadt und Basel-Landschaft
- gemeinsame Rehabilitationsplanung der GDK-Ost (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH)
- gemeinsame Planung für das Grenzgebiet Bern-Jura und Jura-Neuenburg (palliative Pflege)
- interkantonale Spitäler Broye (VD/FR) und Chablais (VD/VS)
- Zusammenarbeit der Universitätsspitäler Lausanne und Genf (RHUSO)
- Zusammenarbeit zwischen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Aargau, Solothurn und Jura

Tabelle 44: Bestrebungen einer gemeinsamen Spitalplanung mit anderen Kantonen

Sind in Ihrem Kanton Bestrebungen (Projektarbeiten) zur gemeinsamen Spitalplanung mit anderen Kantonen im Gang? (Frage 4.6)		
	Kanton	N
ja	AR, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NW, OW, SG, SH, TG, VD, VS, ZH	16
nein	AG, AI, GR, NE, SO, SZ, TI, UR, ZG	9

In der Kantonsbefragung war ebenfalls eine offene Frage zu den nötigen Voraussetzungen für eine überkantonale Spitalplanung enthalten. Dabei wurden mit Abstand am häufigsten (von 13 Kantonen) gemeinsame Ziele und Interessen und ein gemeinsamer Nutzen sowie Kooperationsbereitschaft und politischer Wille erwähnt, was darauf hindeutet, dass diese Bedingungen nicht vorbehaltlos gegeben sind. Andere Äusserungen lauten dahingehend, dass bei der Spitalplanung politischen Aspekten höheres Gewicht zukomme als wirtschaftlichen Kriterien. Sechs Kantone nannten hingegen Zwang zur Zusammenarbeit bzw. Vorgaben des Bundes als Voraussetzung, zwei weitere eine Revision des KVG. Mehrere Antworten beziehen sich auf die Eliminierung von Problemen, die sich aus Unterschieden in der kantonalen Gesetzgebung und Planungspraxis ergeben, z.B. die Schaffung einheitlicher Datengrundlagen oder Finanzierungsmechanismen. Andere je einmal genannte Voraussetzungen sind:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - geographische Vorgaben - Qualitätsvorschriften - finanzieller Druck, Leidensdruck - Unterstützung durch die Bevölkerung - Elimination der kantonalen Barrieren bezüglich der Versicherungsprämien | <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung nach DRG - klare Verantwortlichkeit für Finanzen und Entscheidungen - leistungsbereites Planen und Denken - Bildung überkantonalen Trägerschaften |
|---|---|

7.4 Leistungsorientierte Spitalplanung – Voraussetzungen und Stand in der Schweiz

Die laufende Revision des KVG strebt einen Systemwechsel zu einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung via Fallpauschalen an (Bundesrat 2004: 5577f.). Dieser Schritt stellt die allein inputorientierte Kapazitätsplanung in Frage und legt den Übergang zu einem outputorientierten Ansatz, d.h. zur Planung der zu erbringenden Leistung nahe (Bundesrat 2004: 5568), um die Kompatibilität zwischen Finanzierungssystem und Planungsmethodik sicherzustellen. Die GDK setzte Ende 2003 eine Arbeitsgruppe ein, welche know-how in der leistungsorientierten Spitalplanung fördern, Erfahrungen zusammentragen, Empfehlungen ausarbeiten und die Koordination mit den Bundesämtern sicherstellen soll (GDK 2004).

Wie Tabelle 45 zeigt, befassen sich 15 der 25 auf die Kantonsbefragung antwortenden Kantone bereits mit der leistungsorientierten Spitalplanung.

Tabelle 45: Bestrebungen zur Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung

Sind in Ihrem Kanton Bestrebungen (Projektarbeiten) zur Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung im Gang? (Frage 4.2)		
	Kanton	N
ja	AG, AR, BE, BL, BS, GE, LU, NE, SH, SZ, TI, VD, VS, ZG, ZH	15
nein	AI, FR, GR, JU, NW, OW, SG, SO, TG, UR	10

Während sich das Vorgehen zur Analyse des künftigen Bedarfs und zur Überprüfung der bestehenden Angebotsstrukturen nicht bzw. kaum von der bisherigen Planungspraxis unterscheidet, bedingt leistungsorientierte Spitalplanung grundsätzlich die Strukturierung des Versorgungsbedarfs entlang leistungsbasierter Kriterien. Die Versorgung wird als Kombination von Behandlungsanlass, Behandlungsverfahren und betreuende Fachabteilung beschrieben, welche nach internationalen Klassifizierungssystemen (z.B. ICD-9 oder ICD-10 Codes der WHO) eingeteilt werden (Rüschmann nach SDK 2002: 27ff.). Eine zentrale Voraussetzung zur Einführung leistungsorientierter Planungsinstrumente ist somit die Verfügbarkeit valider und aktueller Daten über Anzahl und Art der Leistungen der einzelnen Spitäler. Bei der Beschreibung des Leistungsgeschehens sind die Kantone allerdings zur Zeit mit Schwierigkeiten hinsichtlich der Definition der Datengrundlagen und der Datenverfügbarkeit konfrontiert. Es finden sich ausserdem kantonal unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Definition der Spitalleistungen¹²³ (SDK 2003c).

In den geführten Expertengesprächen wurden die Schaffung einer einheitlichen Nomenklatur, eine bessere Codierungsqualität und eine nach Leistungen differenzierte Rechnungsstellung als Voraussetzungen zur Einführung einer Leistungsplanung genannt, ebenso wie die Definition und Abgrenzung der Leistungen gemäss KVG und der Vorhalteleistungen zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages und die Regelung ihrer Abgeltung.

Die schriftliche Frage zu nötigen Voraussetzungen zur Einführung einer leistungsorientierten Planung wurde von 21 Kantonen beantwortet. Sieben davon verwiesen auf die Notwendigkeit

klarer Definitionen und Klassifikationen von Leistungen, fünfmal wurde die Erarbeitung von Planungsgrundlagen (verbindlicher Kriterienkatalog des Bundes, einheitliche Planungsparameter, einheitliche formelle Anforderungen, klare Definition von Planungsgegenstand und Indikatoren, konzeptionelle Vorgaben durch KVG oder GDK) genannt. Auf kantonaler Ebene werden detaillierte und präzise Leistungsaufträge als notwendig erachtet (zwei Nennungen). Insgesamt neun Kantone erwähnen ein Informationssystem mit besserer Datenqualität und besserem Zugang zu den Daten, einheitliches Datenmaterial und ein funktionierendes Benchmarking als Voraussetzung für eine leistungsorientierte Planung, sechsmal werden finanzierungsseitige Anpassungen (leistungsorientierte Abgeltung nach Fallpauschalen oder Globalbudgets sowie eine flächendeckende Kostenträgerrechnung) als notwendig erachtet. Weitere einzelne Antworten beziehen sich auf Nebenbedingungen wie eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung, die Zusammenführung aller Spitäler zu einer juristischen Körperschaft, die Schaffung gleicher Bedingungen für öffentliche und private Spitäler, die wissenschaftliche Begleitung der leistungsorientierten Planung oder die gesamtschweizerische Einführung.

Den verschiedenen – subjektiven und ungewichteten – Antworten lässt sich dreierlei entnehmen. Zum einen wünschen die Kantone eine gewisse Erwartungssicherheit, indem zunächst ein einheitliches Begriffsverständnis und klare Grundlagen der bzw. Erwartungen an die leistungsorientierte Planung zu schaffen sind. Zweitens sind ausreichende Informationsgrundlagen zu erarbeiten, welche mit der notwendigen Tiefe Auskunft über das Leistungsgeschehen geben. Drittens ist die Spitalfinanzierung leistungsorientiert zu gestalten.

Ersteres ist auf der Ebene der Kantone im Rahmen des Arbeitsausschusses der GDK im Gang (vgl. GDK 2004), wobei es sich dabei vor allem um eine unverbindliche Informationsplattform handelt, welche den Kantonen jeglichen Handlungsspielraum belässt und nicht explizit auf eine Harmonisierung hinarbeitet. Der Bund verweist grundsätzlich auf die bundesstaatliche Kompetenzordnung und verzichtet prinzipiell darauf, den Kantonen Vorgaben zur Praxis der Spitalplanung zu machen. Allerdings ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, zuhanden der Kantone Planungsgrundsätze zu erlassen, welche allerdings auf der bisherigen Rechtsprechung basieren und gemäss den Spitalfinanzierungsrevision angepasst würden (Bundesrat 2004: 15f.) und somit eher retrospektiven Charakter aufweisen dürften.

Bezüglich der Informationsgrundlagen über das Leistungsgeschehen ist zunächst auf die medizinische Statistik des BFS zu verweisen, welche administrative und medizinische Patienten- und Betriebsdaten umfasst (vgl. BFS 1997b). Deren Qualität hat seit ihrer Einführung 1998 laufend zugenommen, trotzdem bestehen noch Probleme aufgrund uneinheitlicher Auslegung von Definitionen und in der medizinischen Codierung. In 15% der Behandlungsfälle sind nach wie vor Ungenauigkeiten bei der Erfassung festzustellen (BFS 2004a). Für ein Benchmarking können die Daten der medizinischen Statistik mit der ebenfalls vom BFS erhobenen Fallkostenstatistik (vgl. BFS 2000) verknüpft werden. Diese Statistik befindet sich jedoch noch in der Pilotphase und dürfte frühestens ab 2005 verfügbar sein. Die als ungenügend erachtete Datenverfügbarkeit dürfte sich zudem künftig verbessern, da die GDK im

¹²³ Es bieten sich zur Zeit drei Möglichkeiten an: Definition auf der Ebene der Fachabteilungen, Verwendung eines Patientenklassifikationssystems, Verwendung einer Diagnosen- und/oder einer Behandlungsklassifikation (mit anschliessender Gruppierung) (SDK 2003a).

September 2004 mit dem BFS eine Vereinbarung abgeschlossen hat, welche den Zugriff der kantonalen Gesundheitsbehörden auf Einzeldaten aus den Statistiken der stationären Betriebe des Gesundheitswesens regelt.

Ein gesamtschweizerisch einheitliches Fallgruppierungssystem existiert vorderhand nicht. Seit mehreren Jahren sind jedoch Vorarbeiten im Gang, um bis 2007 ein solches zur Verfügung stellen zu können.¹²⁴ Somit finden sich zur Zeit auf kantonaler Ebene unterschiedliche Ausgangslagen. Die Einführung von Fallgruppierungssystemen ist abhängig von der in einem Kanton praktizierten Art der Spitalfinanzierung. Wie eine Zusammenstellung der Tarifstrukturen der GDK¹²⁵ zeigt, erfolgt in sieben Kantonen (Bern, Neuenburg, Schwyz, Tessin, Waadt, Wallis und Zug) aktuell oder künftig die Finanzierung von Spitalaufenthalten nach AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups)¹²⁶, während der Kanton Aargau auf das am Kantons-spital Aargau entwickelte Modell integrierter Patientenpfade (>>mipp>) abstellt. Daneben finden sich diverse weitere Formen von Abgeltungsformen, wobei Tages- und Abteilungsfallpauschalen vorherrschen.

Dieser Vielfalt will die angestrebte Revision der Spitalfinanzierung im KVG entgegenreten, indem Art. 49 Abs. 1 leistungsbezogene Pauschalen vorsieht, welche auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen (Bundesrat 2004: 5578). So sollen Transparenz, gesamtschweizerische Vergleiche und eine einfache interkantonale Vergütung ermöglicht werden.

7.5 Wettbewerb als Alternative zur Planung

Die Planung ist lediglich einer von verschiedenen Ansätzen zur Steuerung des stationären Versorgungsangebots. Während sie in der Schweiz nur im Bereich der OKP vorgeschrieben ist, soll im Zusatzversicherungsbereich weitgehend Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern herrschen (vgl. Abschnitt 2.3). Zum einen wurde auf die Problematik diese Parallelkonzeption bereits mehrfach hingewiesen (Müller 1999; Sager et al. 2001), zum anderen wird von verschiedener Seite die Spitalplanung grundsätzlich in Frage gestellt und/oder die Schaffung wettbewerblicher Rahmenbedingungen angeregt (z.B. Sommer/Biersack 2003; Grob 2003). In den Augen einiger befragter Experten würde die Einführung von Marktmechanismen dazu beitragen, die Spitalplanung zu entpolitisieren und damit obsolet machen. Im vorliegenden Kontext soll deshalb diskutiert werden, welche Voraussetzungen zur Schaffung von Wettbewerb zwischen den stationären Leistungserbringern gegeben sein müssten.

Eine kurze Literaturübersicht zeigt, dass Preis, Qualität und Menge die zentralen Handlungsfelder des Wettbewerbs darstellen (Robra et al. 2003). Eine Wettbewerbsordnung hätte zunächst zur Folge, dass Anzahl und Struktur des Bettenangebots aus Preisverhandlungen zwischen Krankenversicherern und Spitalern hervorgingen und nicht mehr staatlich geplant

¹²⁴ Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Sanitätsdirektorenkonferenz und von H+ Die Spitäler der Schweiz befasste sich 2001 und 2002 mit möglichen Fallgruppierungssystemen. Seit Mai 2004 widmet sich der Verein SwissDRG der gesamtschweizerischen Einführung von Fallpauschalen als Finanzierungssystem in der stationären Versorgung (vgl. www.gdk-cds.ch/52.0.html).

¹²⁵ www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Gesundheitsoekonomie/Spitalfinanzierung/Spitaltarife_Kantone/Stuktur_Spitaltaxen-d.pdf [November 2004].

¹²⁶ Lediglich in Schwyz, Waadt, Wallis und Zug erfolgt die Spitalfinanzierung im KV-Bereich Anfang 2005 über AP-DRG. Bern, Neuenburg und Tessin wenden sie vorerst für den UV/IV/MV-Bereich an, in Neuenburg ist die Einführung im KV-Bereich per 2006 vorgesehen.

würden (Herder-Dorneich 1994: 547). Notwendige Voraussetzungen dafür sind ausreichende Handlungsfreiheit (Vertragsfreiheit, Investitionsautonomie) und gleiche Chancen für die Wettbewerber (Cassel 2003). Aufgrund der im KVG und den kantonalen Gesundheitsgesetzen vorgegebenen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung, insbesondere hinsichtlich der Qualität, wären jedoch gewisse Minimalstandards nötig, um die Versorgungssicherheit nicht zu gefährden (vgl. Herder-Dorneich 1994: 547). Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass in peripheren Regionen, wo Grundversorgungsspitäler über lokale Marktmacht verfügen, kaum Wettbewerb stattfinden kann und kaum sinnvoll ist. Starker Wettbewerb wäre hingegen in engmaschig versorgten Zentrumsregionen zu erwarten (Robra et al. 2003).

Die geführten Expertengespräche zeigen zum einen unterschiedliche Positionen der verschiedenen Akteure auf. Während sowohl die Spitäler als auch die Versicherer der vermehrten Schaffung von Wettbewerbsbedingungen nicht abgeneigt sind, stehen die Kantone einem Machtzuwachs der Versicherer skeptisch gegenüber, da sie aufgrund ihres gesundheitspolitischen Auftrags zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit verpflichtet sind und die Planungshoheit wahren möchten. Zum anderen sind sich die Experten darin einig, dass zur Schaffung einer Wettbewerbsordnung in der Schweiz eine monistische Finanzierung mit Kosten- statt Preisvergütung, verbunden mit der Unternehmensfreiheit seitens der Spitäler und der Vertragsfreiheit zwischen Spitalern und Versicherern notwendig wäre. Leistungsaufträge könnten über Ausschreibungsverfahren vergeben werden, wobei eine klare Abgrenzung zwischen medizinischen Leistungen gemäss KVG und öffentlich zu finanzierenden Leistungen wie Forschung und Ausbildung, Notfallversorgung etc. vorzunehmen wäre. Um Transparenz herzustellen und Preisvergleiche zu ermöglichen wäre daneben auch die Gleichbehandlung aller Spitäler erforderlich. Zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in Randregionen und zur Wahrung der Behandlungsqualität werden staatliche Leitplanken, z.B. in Form von Qualitätsauflagen oder staatlichen Versorgungsaufträgen, als unabdingbar erachtet.

Auch in der Kantonsbefragung wurde nach den Voraussetzungen für die Schaffung von Wettbewerb im Spitalwesen gefragt (Frage 4.12). Dabei wurde hinsichtlich der Rahmenbedingungen lediglich die Verselbständigung der Spitäler zweimal genannt. Weitere einzelne Nennungen beziehen sich auf die Öffnung der Kantonsgrenzen, die Entpolitisierung der Gesundheitsversorgung, die Schaffung gleicher Rechte und Pflichten für alle Involvierten, die Zuweisung klarer Verantwortlichkeiten, die Vorgabe staatlicher Rahmenbedingungen, die Gleichstellung von Qualität mit Quantität sowie die Schaffung von Mechanismen zur Kontrolle der Kosten, des Leistungsvolumens und zur Vermeidung von Überkapazitäten. Ebenfalls genannt werden eine funktionierende ergebnisbezogene Qualitätssicherung und die Vergleichbarkeit von Leistungen, Infrastrukturen und PatientInnen. Finanzierungsseitig wird die mit der Vergabe von Leistungsaufträgen verbundene monistische Finanzierung als Voraussetzung genannt, ebenso wie ein fall- oder DRG-bezogenes, gesamtschweizerisch einheitliches Tarifsystem, die einheitliche Finanzierung von öffentlichen und privaten Spitalern und die getrennte Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Forschung, Ausbildung, Vorhalteleistungen). Fünf Antwortende weisen auf die Notwendigkeit hin, staatliche Vorkehren zu treffen, um die Versorgungssicherheit nicht zu gefährden.

Aktuell sind in der Schweiz die Voraussetzungen für eine Wettbewerbsordnung im stationären Bereich nur ungenügend gegeben. Allerdings sind verschiedene Reformen in Gang, wel-

che diverse der oben genannten Elemente betreffen. Als wichtigste davon ist die angestrebte Revision der Spitalfinanzierung zu nennen, welche mit der Einführung der dual-fixen Finanzierung einen möglichen Übergang zur monistischen Finanzierung vorbereitet, die Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler anstrebt sowie die Einführung eines leistungsbezogenen einheitlichen Tarifsystems vorsieht (Bundesrat 2004). Damit würden finanzierungsseitig einige Grundbedingungen für Wettbewerb geschaffen. Auch hinsichtlich der Vergrößerung der Handlungs- bzw. der Schaffung von Vertragsautonomie sind seitens der Kantone zahlreiche Bestrebungen im Gang, indem ein klarer Trend zur Verselbständigung öffentlicher Spitäler zu erkennen ist. Laut der Kantonsbefragung (Frage 4.10) wurden seit 1996 in 11 Kantonen insgesamt 47 öffentliche Spitäler verselbständigt¹²⁷, d.h. knapp ein Drittel der Spitäler, welche gemäss Krankenhausstatistik 1998 eine öffentliche Trägerschaft aufwiesen. Bisher nicht gegeben sind die klare Abgrenzung zwischen KVG- und Vorhalteleistungen sowie Beurteilungskriterien für die Behandlungs- und Versorgungsqualität als Grundlage für allfällige staatliche Auflagen zur Versorgungssicherheit. Der von Spitalern und Versicherern gemeinsam erarbeitete Qualitätsbericht 2001 hält fest, dass zur Messung von Qualität zunächst Qualitätsanforderungen einheitlich definiert, das Vorgehen national koordiniert und valable Messindikatoren festgelegt werden müssen (vgl. H+/santésuisse 2003). Diesbezüglich besteht nach wie vor grosser Handlungsbedarf.

Abgesehen von den finanzierungsseitigen und strukturellen Bedingungen kann davon ausgegangen werden, dass die politischen Voraussetzungen zur Aufhebung von Art. 39 KVG zugunsten der Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und stationären Leistungserbringern vorläufig nicht gegeben sind. Wie die seit 2000 laufende Diskussion um die Aufhebung des Vertragszwangs für ambulante Leistungserbringer und die dabei vertretenen Argumente und Positionen (vgl. *economiesuisse* 2004) zeigen, bestehen einerseits grosse Vorbehalte gegenüber eines grösseren Einflusses der Versicherer auf die Gestaltung der Angebotsstrukturen, andererseits Befürchtungen, der Wettbewerb orientiere sich mangels Qualitätskriterien einzig an der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer und bedrohe so die Versorgungssicherheit. Da die Spitalversorgung wichtige und einflussreiche Interessen betrifft (vgl. Abschnitt 4.6), die auch im Bundesparlament artikuliert werden, ist davon auszugehen, dass eine Beschränkung der staatlichen Verantwortung für die stationäre Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahren keine politische Mehrheit finden dürfte.

Dieser Befund stützt sich auch auf die theoretischen Feststellungen, dass eine Wettbewerbsordnung das Risiko für alle Beteiligten erhöht. Seitens der Spitäler besteht ein Existenzrisiko für nicht konkurrenzfähige Anbieter, seitens der PatientInnen besteht ein Risiko hinsichtlich der Versorgungssicherheit und der Behandlungsqualität, und Krankenversicherer können Wettbewerbsnachteile erleiden, wenn Spitäler die Behandlung von bestimmten Versicherten verweigern können (Herder-Dorneich 1994: 547).

¹²⁷ Aargau: 3, Bern: 16, Basel-Landschaft: 1, Basel-Stadt: 1, Graubünden: 2, Nidwalden: 1, St. Gallen: 9, Schwyz: 1, Thurgau: 4, Tessin: 7, Zug: 2

7.6 Gesamtschweizerische Regulationsinstrumente

In den vergangenen Jahren wurden von verschiedener Seite Bemühungen angestrebt, um eine bessere Zusammenarbeit im Bereich der hochspezialisierten Medizin zu erreichen (SDK 2003a: 14ff.). Diese Bestrebungen führten zur Bildung einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsdirektorenkonferenz, welche 2003 einen Bericht vorlegte, der den Abschluss einer interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) und die Schaffung einer interkantonalen Kommission (CICOMS) zur Umsetzung der Vereinbarung vorschlug (vgl. SDK 2003a). Im November 2004 verabschiedete die Plenarversammlung der GDK die IVKKM zuhanden der Kantone zur Ratifikation. Sie wird in Kraft treten, sobald ihr 17 Kantone inklusive der fünf Universitätskantone beigetreten sind. Danach werden die im Anhang der IVKKM aufgeführten hochspezialisierten medizinischen Leistungen¹²⁸ nicht mehr von einzelnen Kantonen, sondern auf gesamtschweizerischer Ebene geplant, wobei die CICOMS Vorschläge zuhanden der GDK-Plenarversammlung erarbeitet (GDK 2004: 20). Eine erste Ausschreibung unter den Kantonen hinsichtlich einer gesamtschweizerischen Planung ist spätestens bis Ende 2006 vorgesehen (Medienmitteilung der GDK vom 1. Dezember 2004).

Im Rahmen der vorgenommenen Dokumentenanalyse wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass sich die seit 2000 laufenden Koordinationsbemühungen auf die Spitalplanungen derjenigen Kantone, in denen hochspezialisierte medizinische Leistungen erbracht werden (insbesondere die Universitätskantone BE, BS, GE, VD und ZH, aber zum Teil auch AG, LU und SG; vgl. SDK 2003b), ausgewirkt hätten. Seit Beginn der Vorbereitungsarbeiten zur IVKKM erarbeitete lediglich Genf eine neue Spitalplanung (vgl. Abschnitt 4.1), der entsprechende Bericht (Conseil d'Etat Genève 2003) erwähnt die Spitzenmedizin jedoch nur in allgemeiner Form in Zusammenhang mit Leistungseinkäufen in Lausanne. Es gilt dabei jedoch anzumerken, dass die kantonalen Planungsberichten in der Regel nicht spezifisch auf die spezifische Situation der Universitätsspitäler, an welchen die fraglichen Leistungen überwiegend erbracht werden, eingehen.

Mit Inkrafttreten der IVKKM geben die Kantone ihre Planungsautonomie für die in der Vereinbarung festgehaltenen hochspezialisierten medizinischen Leistungen an die GDK-Plenarversammlung ab. Diese wird auf Antrag der CICOMS die definitiven Planungen verabschieden und die Tätigkeitsgebiete der Spitzenmedizin, die zugelassenen Anbieter, die Standorte, die Kapazitäten mit Preisvorgaben sowie allfällige Übergangsfristen bestimmen (GDK 2004: 15). Dies hat zur Folge, dass die Kantone ab dann auf ihrer Spitalliste keine Anbieter oder Kapazitäten der hochspezialisierten Medizin aufführen dürfen, die nicht der Planung der GDK entsprechen. Von diesen Regelungen vorläufig ausgenommen sind nicht subventionierte Privatspitäler, solange sie nach KVG nicht explizit unter die Planungspflicht der Kantone fallen (GDK 2004: 11).

Für die Anbieterkantone der entsprechenden Leistungen hat das zur Folge, dass sie sich gemäss Art. 4 der IVKKM untereinander auf eine Planung der jeweiligen Bereiche zu einigen

¹²⁸ Zur Zeit sind dies die folgenden Leistungen: Hämatopoietische Stammzellen-Transplantation, Hypophysenchirurgie, interventionelle Neuroradiologie, Kinderherzchirurgie und –kardiologie, Teile der Ophthalmologie,

haben, wobei den Grundsätzen in Art. 5 der IVKKM Rechnung zu tragen ist. Diesbezüglich sind insbesondere das Bestreben nach Herausbildung nationaler Kompetenzzentren und die Abstimmung auf die Schwerpunkte der universitären Lehre und Forschung von Bedeutung.¹²⁹

Für diejenigen Kantone, welche hochspezialisierte Leistungen bei ausserkantonalen Anbietern einkaufen und diese Anbieter auf der Spitalliste führen, wird die Umsetzung der IVKKM zum einen die Auswahlmöglichkeiten – sofern solche bisher bestanden – zwischen verschiedenen Anbietern einschränken, zum anderen jedoch die Abwicklung des Leistungseinkaufs vereinfachen, da nicht mehr mit mehreren Anbietern über Preise, Kapazitäten und Modalitäten verhandelt werden muss, sondern auf die Vorgaben der GDK abgestellt werden kann.

Organtransplantationen, Positronen-Emissions-Tomographie, Protonen-Strahlentherapie, Schwerstverbrennungen (GDK 2004: 5).

¹²⁹ Mit welcher Art von Problemen bei der gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin künftig zu rechnen sein wird, deutet die Episode um den letztlich nicht erfolgten Wechsel eines Spezialisten für Herztransplantationen vom Inselspital Bern ans Universitätsspital Zürich an, welche sich unmittelbar nach dem Beschluss der IVKKM durch das GDK-Plenum im November 2004 abspielte (NZZ vom 1., 2., 3., 5. und 16. Dezember 2004).

8 Fazit und Schlussfolgerungen

Das Abschlusskapitel nimmt die Ausgangsfragen der vorliegenden Studie auf und beantwortet sie anhand der in den vorangehenden Kapiteln präsentierten Forschungsergebnisse.

8.1 Bisherige Umsetzung der Spitalplanung

Wie wurde die Spitalplanung bisher umgesetzt? Welche Konzeptionen bzw. Spitalplanungsmodelle stehen dahinter?

Im interkantonalen Vergleich findet sich eine grosse Bandbreite in der Grundkonzeption der Planungen. Neben einer mehr oder weniger elaborierten Bedarfsermittlung, die als Grundlage zur Erstellung der Spitalliste dient, enthalten zahlreiche *Planungsberichte* auch konzeptionelle Überlegungen zur Frage, wie einerseits die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen sei, andererseits die Effizienz des öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalwesens erhöht werden könne. Indem diese Berichte nicht nur strukturelle, sondern auch organisatorische, finanzierungspolitische, betriebliche, personalbezogene und teilweise auch bauliche Massnahmen diskutieren und so neben den laufenden Ausgaben auch die Investitionen thematisieren, kommt ihnen mitunter der Charakter eines spitalpolitischen Leitbildes zu. Es finden sich diesbezüglich aber grosse Unterschiede zwischen den Kantonen. Die *Spitalliste* dient in der Regel lediglich zur Erfüllung von Art. 39 KVG. Sie wird von den wenigsten Kantonen aktiv als Steuerungsinstrument zur Reorganisation des kantonalen Spitalwesens genutzt, sondern bildet zumeist nachträglich die erfolgte Entwicklung ab. Da die Bedarfsplanungen zu Pfadabhängigkeit neigen und die Gestaltung des Spitalwesens ein politisch sensibles Feld darstellt (s.u.), sind die Spitallisten eher Status quo-orientiert und dienen kaum als Grundlage für Reformen. Hingegen erwiesen sie sich als wirkungsvolles Instrument, um in anderem Zusammenhang eingeleitete strukturelle Massnahmen im Spitalwesen gegen den Widerstand der Betroffenen durchzusetzen. Diesbezüglich diente auch die bundesrätliche Rechtssprechung teilweise als Legitimationsquelle.

In Bezug auf die konkrete Umsetzung der Spitalplanung gemäss Art. 39 KVG ist zu unterscheiden zwischen der Planungsmethodik, d.h. dem Vorgehen zur Ermittlung des künftigen Versorgungsbedarfs, und dem Vorgehen zur Erreichung des so umschriebenen Zielzustandes. Auf beiden Ebenen sind sowohl Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen.

Hinsichtlich der *Bedarfsermittlung* ist zunächst auf die Empfehlungen der GDK an die Kantone zu verweisen. Diese zielten auf eine gewisse Harmonisierung der Planungsmethodik ab, die in Grundzügen auch erreicht wurde. So ermittelten in einer ersten Phase alle Kantone ihren Versorgungsbedarf anhand der Anzahl Spitalbetten (entweder absolut oder pro 1000 Einwohner) und legten die Zielgrössen entweder normativ fest oder ermittelten sie analytisch anhand der Bettenbedarfsformel. Ein Teil der Kantone kombinierte die beiden Verfahren. Eine objektive Bedarfsermittlung erscheint infolge der medizinischen Entwicklungsdynamik und der schwer prognostizierbaren Nachfrageentwicklung kaum möglich.

Die Verwendung von Bettenzahlen als Planungsparameter begründet sich damit, dass Mitte der 1990er Jahre Alternativen im Planungsinstrumentarium bzw. ausreichende statistische

Informationen über die medizinische Leistungserbringung in den Spitälern fehlten. Somit erfolgt die Spitalplanung hauptsächlich strukturorientiert, epidemiologische Faktoren stellen bisher keine Planungsgrundlage dar. Allgemein ist festzustellen, dass die Planungen im akutsomatischen Versorgungsbereich den höchsten Detaillierungs- und Konkretisierungsgrad aufweisen, während sich die Planungen in der Psychiatrie teilweise und im Rehabilitationsbereich in der Regel nur auf rudimentäre Grundlagen stützen. Mittlerweile sind in zahlreichen Kantonen Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Planungsmethodik in Gang (vgl. Abschnitt 8.4).

Neben diesen grundsätzlichen Gemeinsamkeiten sind beim konkreten Vorgehen zur Bedarfsermittlung grössere Unterschiede zwischen den Kantonen festzustellen, welche die Vergleichbarkeit der ermittelten Zielgrössen stark einschränken. Dies betrifft insbesondere die Ermittlung der Bedarfsdeterminanten, die Abgrenzung zwischen Versorgungsbereichen und den inhaltlichen Umfang der Planung. Die Planungspflicht gemäss KVG bezieht sich lediglich auf PatientInnen, deren Behandlung durch die OKP finanziert wird. Hingegen ist davon auszugehen, dass sich die kantonalen Planungen in der Regel auf die Gesamtheit der im Kanton hospitalisierten Personen beziehen, unabhängig von der Finanzierung des Spitalaufenthaltes. Diesbezüglich zeigen sich auch unterschiedliche Konzepte zur Berücksichtigung der interkantonalen Patientenwanderungen (s.u.), welche vermuten lassen, dass gewisse Bevölkerungsteile mehrfach in Bedarfsberechnungen einfließen.

Nicht jeder Kanton verfügt über separate Planungen für die Akutversorgung, die Rehabilitation und die Psychiatrie. Zwar führte Art. 39 KVG zur Erarbeitung von konzeptionellen Grundlagen zur Planung des Rehabilitationsbereichs und zu deren verstärkter Differenzierung von der Akut- bzw. der Langzeitversorgung, diese wird jedoch von den Kantonen nach wie vor unterschiedlich gehandhabt. Wo keine separaten Planungen bestehen, legen die Kantone einen globalen Bettenrichtwert für die gesamte stationäre Versorgung fest. In den wenigsten Fällen wird der Bedarf auf einzelne medizinische Leistungsbereiche (z.B. Chirurgie, Geburtshilfe) ermittelt und aufgeschlüsselt.

Die Bedarfsermittlung erfolgt zumeist mittels der Extrapolation von Bedarfsdeterminanten auf der Grundlage der bisherigen Angebots- und Nachfrageentwicklung. Das Ausmass der allenfalls festgestellten Überkapazitäten hängt somit von den – kantonal unterschiedlichen – Annahmen über die künftige Entwicklung ab. Indem sich dieses Vorgehen stark am Status quo orientiert, neigt die Spitalplanung stark zu Pfadabhängigkeit.

Dies zeigt sich auch anhand der kantonalen *Spitallisten*, welche in den meisten Kantonen alle bisherigen stationären Leistungserbringer enthielten und nur in wenigen Fällen einzelne Anbieter nicht aufführten (vgl. Abschnitt 8.3). Häufiger erfolgten Strukturanpassungen auf der Ebene der Leistungsaufträge, welche je nach Kanton unterschiedlich weit gefasst und nach Versorgungsstufen abgegrenzt sind, oder mittels der Vorgabe von Bettenkapazitäten, die tiefer angesetzt sind als der Status quo, damit allerdings auch dem langfristigen Trend folgen und so teilweise auch die zu erwartende Entwicklung vorwegnehmen.

Die SDK-Empfehlungen beziehen sich explizit nicht auf *Strategien zum Abbau von Überkapazitäten*. Wie die Kantone dabei vorgehen, hängt neben der Komplexität des Spitalwesens und den ermittelten Überkapazitäten vor allem auch von der kantonalen Politik (Präferenzen von Parlament und Regierung) ab. Auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen geht Abschnitt 8.3 ein. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Spitalplanung für kleinere

Kantone mit nur einem Spital oder einem Anbieter pro Versorgungsbereich kaum zu wesentlichen Veränderungen im Spitalwesen Anlass gibt und die Bedarfsermittlung bzw. die Erstellung einer Spitalliste eher der Erfüllung von Art. 39 KVG dient als der Steuerung des Versorgungsangebots bzw. der Kostenentwicklung. Darauf deutet auch der Umstand hin, dass erst das Inkrafttreten des KVG die betreffenden Kantone dazu veranlasste, eine Spitalplanung zu erarbeiten.

Wie wurden Angebot und Nachfrage aus anderen Kantonen und wie und in welchem Masse die privaten Trägerschaften berücksichtigt? Haben Gespräche mit anderen Kantonen stattgefunden und mit welchem Erfolg?

Die Berücksichtigung der interkantonalen Patientenwanderung bei der Bedarfsermittlung erfolgt nachfrageseitig hauptsächlich über die Bedarfsdeterminanten, insbesondere über die Definition der zu versorgenden Bevölkerungsgruppen (Service-Population). Dabei finden sich zwei unterschiedliche Konzepte, die entweder von der innerkantonalen Spitalbelastung (Verrechnung von Patientenimport und –export) oder vom innerkantonalen Patientenaufkommen (sämtliche im Kanton versorgte PatientInnen sowie ausserkantonal versorgte Kantonseinwohner) ausgehen. Angebote anderer Kantone werden primär für die Versorgung der Bevölkerung in Grenzregionen oder in medizinischen Fachgebieten, die im eigenen Kanton nicht angeboten oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen, in die Planung einbezogen. Dies erfolgt in der Regel über entsprechende Versorgungsabkommen zwischen den betreffenden Kantonen oder zwischen dem nachfragenden Kanton und dem anbietenden Spital. Im Rahmen der Spitalplanung arbeiteten rund zwei Drittel der Kantone zur Bedarfsermittlung im Akutbereich mit anderen Kantonen zusammen, im Psychiatriebereich und in der Rehabilitation jeweils rund die Hälfte. Dabei kam es vor allem zu Kooperationen zwischen angrenzenden Kantonen, welche geographische Versorgungsregionen bilden. Nur vier Kantone gaben an, im Rahmen von Verhandlungen über die Berücksichtigung ausserkantonomer Spitäler auf der Spitalliste sei es zu Konflikten gekommen. Diese führten jedoch ebenso wie die konfliktfrei verlaufenen Verhandlungen in der grossen Mehrheit zu Einigungen. Lediglich ein Kanton gab an, die Mehrheit der Verhandlungen sei gescheitert. Für kleine Kantone lässt die bundesrätliche Rechtssprechung die Standortklausel zu, d.h. sie sind von der Pflicht, ausserkantonale Institutionen in ihre Bedarfs-evaluation einzubeziehen, entbunden und können auf die Spitallisten der anderen Kantone verweisen.

Wie erfolgte die Berücksichtigung privater Trägerschaften?

Während in acht Kantonen bzw. fünf Planungsregionen keine nicht subventionierten privaten Anbieter im Akutbereich vorhanden sind, beziehen zehn der übrigen 18 Spitalplanungen diese auch in die Bedarfsermittlung ein. In acht Kantonen ist dies jedoch nicht der Fall. Die grossen Kantone Bern und Zürich planen lediglich das öffentliche bzw. öffentlich subventionierte Versorgungssystem planen. Dort besteht parallel dazu ein privates Versorgungsangebot, welches ersteres mehr oder weniger stark konkurrenziert. In den übrigen

sechs Kantonen sind nur wenige Privatkliniken vorhanden, welche vorwiegend spezialisierte Leistungen ergänzend anbieten.

Private Anbieter sind weniger häufig an den Planungsprozessen beteiligt, als öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler, und öfters nur in Form der Möglichkeit zur passiven Stellungnahme als mittels aktiver Mitwirkung. Dasselbe gilt für die Erarbeitung der Spitalliste.

Die Nennung öffentlich nicht subventionierter privater Anbieter auf der Spitalliste hat für die Kantone bisher keine finanziellen Konsequenzen. Dies ist im Fall der OKP anders, da diese nicht nur den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung von Privatkliniken, sondern auch einen Sockelbeitrag an den Aufenthalt in Halbprivat- und Privatabteilungen zu vergüten hat. Während ein Teil der Kantone sämtliche privaten Anbieter in ihrem Gebiet auf die Spitalliste aufnahm und Massnahmen zum Abbau allfälliger Überkapazitäten auf die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitätern beschränkte, führten andere Kantone nicht alle Privatkliniken auf, um neben dem öffentlichen und öffentlich subventionierten auch das private Versorgungssegment am Kapazitätsabbau zu beteiligen. Mittels Beschwerden beim Bundesrat gemäss Art. 53 KVG konnten jedoch zahlreiche Kliniken einen Rechtsanspruch auf die Berücksichtigung ihrer Zusatzversicherungsangebote auf der Spitalliste geltend machen, was die Möglichkeit der Kantone zur Beeinflussung des nicht subventionierten privaten Leistungsangebots erheblich reduziert und die potenzielle kostendämpfende Wirkung der Spitalplanung einschränkt, da diese Leistungen von der OKP mitfinanziert werden.

Vier Kantone (AR, NE, TG, ZH) erstellten eine so genannte geteilte Spitalliste, deren erster Teil diejenigen Spitäler enthält, die zur Versorgung von allgemein versicherten PatientInnen zulasten der OKP zugelassen sind, während der zweite Teil die mit ihren Halbprivat- und Privatabteilungen zugelassenen Anbieter auflistet. Diese Listenform trägt der bundesrätlichen Konzeption, das Angebot im Zusatzversicherungsbereich über Marktmechanismen zu steuern, konsequent Rechnung und erhöht die Möglichkeit, die Kapazitäten zur Behandlung nur OKP-Versicherter zu begrenzen.

Hinsichtlich der Leistungsaufträge, welche privaten Anbietern zugewiesen werden, zeigen sich in der Mehrheit der Kantone keine Unterschiede zwischen öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten und rein privaten Spitätern. Letztere werden meistens mit ihrem vollen Leistungsangebot bzw. im Rahmen ihrer Betriebsbewilligung zugelassen. Im Akutbereich finden sich nur vier Kantone, welche die Zulassung nicht öffentlich subventionierter Anbieter auf spezifische Fachgebiete beschränkten, in der Psychiatrie und der Rehabilitation je ein Kanton. Drei der vier Kantone mit geteilter Liste lassen einzelne reine Privatkliniken nur im Zusatzversicherungsbereich zu. Die Zulassung privater Anbieter erklärt sich oftmals mit deren Angebots- und Patientenstruktur, welche zum einen das öffentliche Versorgungssystem ergänzen und z.T. kaum konkurrenzieren und zum anderen für die betreffenden Kantone von wirtschaftlicher Bedeutung sein können.

Welche Formen interkantonalen Planung wurden entwickelt? Hat das KVG die interkantonale Planung eher gefördert oder gehemmt?

Bisher finden sich in der Schweiz zwei kantonsübergreifende Spitalplanungen – die gemeinsame Planung für die Akutsomatik der beiden Basler Kantone sowie diejenige der Innerschweizer Kantone Obwalden, Nidwalden und Uri (so genannte UNO-Region). Die betreffenden Kantone stellen jeweils eine Planungsregion dar, für welche der Versorgungsbedarf kantonsübergreifend ermittelt wurde. Die interkantonale Planung erfolgte in der UNO-Region mittels einer gemeinsamen Planungskommission, in der Regierungs- und Verwaltungsvertreter sowie die betroffenen Akteure aller drei Kantone vertreten waren. Die für die ganze Region ermittelte Soll-Bettendichte wurde jeweils auf jedes der drei Kantonsspitäler umgelegt, um den Soll-Bettenbestand zu bestimmen. Die gemeinsame Akutplanung der beiden Basler Kantone wurde verwaltungsimern erarbeitet. Die verwendeten Bedarfsdeterminanten sowie die Soll-Werte der Planung und die skizzierten Massnahmen zu deren Umsetzung bezogen sich auf beide Kantone zugleich, auf eine kantonsspezifische Differenzierung wurde verzichtet. Die übrigen Versorgungsbereiche wurden hingegen von jedem Halbkanton separat geplant.

Neben diesen umfassenden kantonsübergreifenden Planungen sind weitere Projekte zu nennen. So erarbeiten die Kantone der GDK-Ost (AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH) eine gemeinsame Rehabilitationsplanung und betreibt der Kanton Waadt gemeinsam mit Freiburg und Wallis je ein interkantonales Spital. Zudem besteht eine enge Zusammenarbeit der Universitätsspitäler in Lausanne und Genf. Sobald 17 Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) ratifiziert haben, werden die darin genannten spezifischen Leistungen zudem auf gesamtschweizerischer Ebene im Rahmen der GDK geplant und nicht mehr von den einzelnen Kantonen (vgl. Abschnitt 8.4).

Die übrige interkantonale Abstimmung der Versorgung erfolgt bisher mittels interkantonalen Abkommen (vgl. oben). Aufgrund der Finanzierungsregeln ausserkantonaler Spitalaufenthalte neigen die Kantone prinzipiell dazu, den Versorgungsbedarf für ihre Bevölkerung wenn möglich selber anzubieten, statt ihn ausserkantonal abzudecken, da die Tarife für ausserkantonale Hospitalisationen höher ausfallen und somit für den Wohnkanton der betreffenden PatientInnen höhere Kosten entstehen. Eine Ausweitung des auf der Spitalliste enthaltenen Angebots durch ausserkantonale Spitäler dient primär der Ausweitung der Wahlfreiheit der Versicherten bei voller Kostendeckung. Insofern stellt Art. 41 Abs. 3 ein gewisses Hindernis für die interkantonale Planung dar. Daneben bestehen jedoch weitere Schwierigkeiten struktureller, konzeptioneller oder politischer Natur. Dabei sind unterschiedliche Planungsansätze, Terminologien, Datengrundlagen und Finanzierungsmechanismen sowie unterschiedliche versorgungspolitische Strategien, ungeklärte Fragen bezüglich der Abgeltung von Investitionskosten, fehlende Kooperationsbereitschaft oder auch regionalpolitischer Widerstand im Fall von allfälligem Leistungsabbau oder Spitalschliessungen zu nennen.

8.2 Konfliktualität der kantonalen Vollzugsprozesse

Wie schätzen die Kantone ihren Handlungsspielraum in Bezug auf die Spitalplanung ein, und wie wird die Spitalplanung von den wichtigsten Akteuren (Kanton, Spitäler, Versicherer) beurteilt? Welches sind die treibenden Faktoren und welches die Widerstände?

Die Kantone schätzen den Handlungsspielraum, den ihnen die allgemein gefassten Bestimmungen in Art. 39 KVG lassen, ambivalent ein. Die bundesrechtlichen Vorgaben werden mehrheitlich als ungenügend bzw. zu wenig klar beurteilt. Als eher einschränkender Faktor wird die bundesrätliche Rechtssprechung zur Spitalplanung empfunden, welche die kantonalen Planungen nachträglich und mit teilweise grosser zeitlicher Verzögerung korrigiert und für die Kantone nicht immer kohärent und nachvollziehbar erscheint. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei allfälligen Änderungen der Bestimmungen zur Spitalplanung gleichzeitig klarere Vorgaben des Bundes zu deren Umsetzung erarbeitet werden sollten, um den Kantonen Rechts- und Erwartungssicherheit zu verschaffen.

Auf kantonaler Ebene wird der Handlungsspielraum in Sachen Spitalplanung hauptsächlich von der Situation der kantonalen Finanzhaushalte und dem politischen Widerstand von Spitalträgerschaften und der regionalen Bevölkerung gegen allfällige Einschränkungen der bisherigen Infrastruktur begrenzt. Wie insbesondere die Fallstudie zum Kanton Bern zeigt, können auch politische Auseinandersetzungen in Zusammenhang mit Spitalgesetzesrevisionen und/oder Sparbemühungen den Handlungsspielraum der Regierung einengen.

Aus Sicht der Spitäler wirft die Mehrfachrolle der Kantone als Planungsinstanz, Spitalbetreiber und Finanzierungsträger Fragen auf. Zum einen wird auf die ungleichen Voraussetzungen für öffentliche bzw. öffentlich subventionierte und private Spitäler hingewiesen, welche unterschiedliche Marktbedingungen zur Folge haben, zum anderen wird bemängelt, dass die Angebotsfestlegung über Leistungsaufträge in die unternehmerische Freiheit der selbständigen Spitäler eingreife. Ein marktorientiertes System mit für alle Spitäler einheitlichen Rahmenbedingungen und klarer Abgrenzung zwischen KVG-Leistungen und staatlich abgegoltenen Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung, auf dessen Basis Leistungsaufträge unter verschiedenen Anbietern ausgeschrieben würden, würde ihren Präferenzen am ehesten entsprechen.

Den Krankenversicherern bot Art. 39 KVG in Kombination mit der in Art. 53 KVG festgehaltenen Beschwerdemöglichkeit ein Druckmittel gegenüber den Kantonen, um Kapazitätsreduktionen bzw. strukturelle Massnahmen einzufordern. In ihrer Einschätzung nutzten die Kantone das Instrument der Spitalliste mit wenigen Ausnahmen bisher zu wenig und oft zulasten der Versicherer, indem Akutspitäler in Pflegeheime umgewandelt wurden und so eine Verlagerung der Finanzierung erfolgte. Die struktur- und kostenorientierte Diskussion über die Spitalversorgung berücksichtige hingegen den Faktor Qualität noch zu wenig. Zudem wären neben Strukturanpassungen weitere effizienzsteigernde Massnahmen denkbar, die auch von den Spitalern selber ergriffen werden könnten. Die Spitalplanung verhindere teilweise eine unternehmerische Spitalführung und schütze in Kombination mit der Defizitfinanzierung durch die öffentliche Hand insbesondere öffentliche Spitäler.

Vor allem seitens der Krankenversicherer, aber auch teilweise der Spitäler wird beanstandet, dass die Kantonsregierungen in Spitalplanungsfragen vorwiegend nach politischen und weniger nach ökonomisch-rationalen Gesichtspunkten entscheiden würden. Diese Einschätzung ist anhand der vorliegenden empirischen Befunde weitgehend zu teilen. Dabei gilt es allerdings nicht nur der verstärkten Politisierung und dem Konfliktpotenzial der Spitalplanung (s.u.) Rechnung zu tragen, sondern vor allem auch dem offenkundigen Umstand, dass es sich bei Regierungen um politische Gremien handelt, deren Entscheidungen selbstredend primär einer politischen Rationalität folgen.

Ein treibender Faktor der Spitalplanung war die Verankerung der Planungspflicht in Art. 39 KVG, welche einige Kantone zur erstmaligen Erarbeitung einer Spitalplanung veranlasste und allgemein die Verbesserung und Differenzierung der Planungsgrundlagen auch in der Psychiatrie und der Rehabilitation zur Folge hatte. Zur Erreichung der eigentlichen Zielsetzung von Art. 39 KVG, Überkapazitäten in der stationären Versorgung abzubauen, erwies sich dieser Schritt jedoch nicht als ausreichend. Als zentraler Faktor, der einen Kanton dazu bringt, im Rahmen seiner Spitalplanung eine Reorganisation seines Spitalwesens anzustreben, kann aufgrund der Fallstudien finanzieller Spardruck identifiziert werden. Restriktive Planungen kamen nicht aus dem alleinigen Willen zum Kapazitätsabbau zustande, sondern aus der Notwendigkeit, das Wachstum der öffentlichen Ausgaben zu begrenzen. Die Verknappung der öffentlichen Subventionen oder die Veränderung der Finanzierungsmechanismen stellen diejenige Mittel dar, welche auch unabhängig von planerischen Vorgaben strukturelle Veränderungen im Spitalwesen zu bewirken vermögen.

Als wichtigster Hinderungsgrund gegen strukturorientierte Planungsvorgaben ist der Widerstand gegen die sich daraus ergebenden Massnahmen zum Abbau von Leistungsbereichen oder zur Schliessung bzw. Zweckumwandlung von Spitälern zu nennen. Dieser äussert sich entweder politisch, d.h. über parlamentarische Vorstösse, via öffentliche Proteste in Medien, mittels Petitionen und Demonstrationen und der möglichen Abwahl des verantwortlichen Gesundheitsdirektors, oder juristisch, indem von einer Kapazitätsreduktion betroffene Spitäler beim Bundesrat Beschwerde gegen die Spitalliste und den ihnen erteilten Leistungsauftrag erheben können.

Wie wurden die interessierten Kreise, insbesondere die öffentlichen und privaten Spitäler sowie die Krankenversicherer in die Planung mit einbezogen? Kam es zu Auseinandersetzungen bzw. Beschwerden beim Erlass der Planung?

- *Welches waren die allfälligen Konfliktpunkte und wie verliefen die Konfliktlinien?*
- *Welche Entscheidungsverfahren wurden gewählt?*
- *Wurden Konflikte auf politischer Ebene thematisiert? Mit welchem Erfolg?*
- *Welches sind die Auswirkungen der Spitalplanungsdiskussion auf die Spitalplanung?*

Bei der Bedarfsermittlung und der Listenerstellung wurden interessierte Kreise je nach Kanton in unterschiedlichem Ausmass einbezogen. An der Spitalplanung waren die öffentlichen und privaten Spitäler sowie die Krankenversicherer in jedem Kanton entweder direkt oder über eine Vernehmlassung beteiligt, in den meisten Kantonen auch die Ärzteschaft und das Kantonsparlament. Die Listenerstellung erfolgte unter etwas geringerem

Einbezug der Betroffenen, wobei die Spitäler, die Versicherer und die Ärzteschaft in den meisten Kantonen dennoch zumindest Gelegenheit zur Stellungnahme hatten.

Entweder im Rahmen der Spitalplanung oder nach Erlass der Spitalliste kam es ausser in vier Kantonen (Appenzell Innerrhoden, Nidwalden, Obwalden und Schaffhausen) zu Konflikten. Das Auftreten dieser Konflikte steht in keinem systematischen Zusammenhang mit dem Partizipationsgrad der kantonalen Planungen. Die hauptsächlichen Konfliktpunkte stellten Anliegen in Zusammenhang mit der Berücksichtigung von Spitälern auf der Spitalliste, dem Umfang der erteilten Leistungsaufträge und den Kapazitätsvorgaben dar. Dabei setzten sich sowohl öffentliche als auch – häufiger – private Spitäler in der Regel gegen eine Einschränkung ihres Leistungsangebotes, ihre Zweckumwandlung oder Schliessung zur Wehr. Auf der anderen Seite forderten die Krankenversicherer von den Kantonen einen stärkeren Kapazitätsabbau und restriktivere Planungen. Weitere Konflikte betrafen organisatorische Aspekte der Spitalplanung, insbesondere Kompetenzstreitigkeiten zwischen den Kantonsbehörden und den Behörden der Spitalregionen oder den Gemeinden.

Im Rahmen der vorliegenden Studie selten angesprochen und deshalb eher unterschätzt wird die Rolle von regionalen Bevölkerungsgruppen, die sich über verschiedene Kanäle für den Erhalt von Spitälern oder Spitalabteilungen einsetzen, sobald deren Existenz in Frage gestellt wird. Diesbezüglich ist auch auf zahlreiche kantonale Volksabstimmungen zu verweisen, welche von der Regierung vorgesehene Spitalschliessungen abzuwenden vermochten.

Die meisten dieser Konflikte wurden auf dem von Art. 53 KVG vorgegebenen Beschwerdeweg durch einen Bundesratsentscheid bearbeitet. Seit 1996 wurden 159 Entscheide zu den Planungen und Listen von 23 Kantonen erfasst, von denen insgesamt 58% gutgeheissen wurden. Daneben konnten in sieben Kantonen einvernehmliche Regelungen mit allen Beteiligten gefunden werden. In etlichen Fällen erfolgte die Regelung hierarchisch mittels eines Regierungsentscheides. Konflikte in Zusammenhang mit der Spitalplanung wurden auch auf politischer Ebene thematisiert. Die Spitalplanung oder die Spitalliste waren in 19 der 26 Kantone Gegenstand von parlamentarischen Vorstössen und/oder Debatten, die z.B. in Bern und St. Gallen langwierige Neukonzeptionen nötig machten. Auf direktdemokratischer Ebene fanden diverse Volksabstimmungen statt, welche allerdings nicht systematisch erhoben wurden.

Die erwähnten Konflikte führten zumeist zur Überarbeitung der Spitalplanung bzw. zur Anpassung der Spitalliste, in der Regel aufgrund von bundesrätlichen Beschwerdeentscheiden, welche in 36% der Fälle die Aufhebung und Überarbeitung der Liste, in 11% lediglich die Anpassung, in 11% einen Kapazitätszuwachs und in nur 2% der Fälle einen zusätzlichen Abbau zur Folge hatten. In zahlreichen Fällen kam es durch die Konflikte zu Verzögerungen in der Umsetzung der Planung, während in mehreren Kantonen die Schaffung neuer Organisationsstrukturen eine Beschleunigung und Deblockierung der Planung ermöglichte.

8.3 Auswirkungen der Spitalplanung

In welchen Kantonen wurden Spitäler oder Spitalabteilungen geschlossen und mit welchen Folgen auf das Bettenangebot, das Angebot an Medizintechnologien, auf die Behandlungsmethoden sowie auf die Kosten?

Zwischen 1997 und 2003 wurden gemäss den vorliegenden Informationen in den Kantonen Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Graubünden, Solothurn, St. Gallen Tessin, Waadt und Zürich Spitäler geschlossen oder umgenutzt. Dies ist jedoch nur in der Minderheit der Fälle – Basel-Stadt, Freiburg, Tessin und teilweise Zürich – direkt auf Massnahmen zur Umsetzung von Art. 39 KVG bzw. die Erstellung der kantonalen Spitalliste zurückzuführen. Die Schliessungen in Appenzell Ausserrhoden, Bern, Solothurn und Waadt beruhten auf unabhängig vom Inkrafttreten des KVG, bereits vor 1996 beschlossenen spitalpolitischen Reformen oder auf unabhängig von der Spitalplanung erarbeiteten Sparmassnahmen. In den Kantonen Aargau, Graubünden, St. Gallen und teilweise auch in Waadt und Zürich liegen den Schliessungen marktwirtschaftliche bzw. betriebliche Gründe zugrunde und betrafen primär private Anbieter.

Den stärksten Bettenabbau durch Spitalschliessungen oder –umwandlungen erzielten die Kantone Zürich, Bern und Tessin. Dort und in stärkerem Masse in den übrigen Kantonen wurden zusätzlich in den verbleibenden Spitälern Bettenkapazitäten abgebaut. Im Kanton Waadt erfolgte trotz der Schliessung einiger Spitäler ein Kapazitatzuwachs, der vor allem auf einen Ausbau des Universitätsspitals zurückzuführen ist.

Der stärkste Abbau von Leistungsstellen erfolgte in den Bereichen allgemeine Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, orthopädische Chirurgie, somatische Langzeitpflege, Anesthesiologie, allgemeine Geriatrie, allgemeine Innere Medizin und Radiodiagnostik. Die Strukturbereinigung betrifft vor allem diejenigen Leistungen, die insgesamt am häufigsten angeboten werden.

Die Bettenzahl ging gesamtschweizerisch zwischen 1997 und 2003 um rund 10,5% zurück. 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 Kapazitätsrückgang betrifft hauptsächlich öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler, während der Anteil rein privater Betriebe bzw. Betten am gesamtschweizerischen Total jeweils zunahm.

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. Wie die Fallstudien ausserdem zeigen, war in der Regel nicht die in Art. 39 KVG festgehaltene Spitalplanungspflicht Auslöser spitalpolitischer Reformen, sondern vielmehr finanzieller Spardruck in den Kantonen. Die meisten strukturel-

len Veränderungen gehen direkt auf Massnahmenpakete zur Haushaltssanierung oder auf dadurch inspirierte spitalpolitische Konzeptionen zurück, die jeweils vor Inkrafttreten des KVG verabschiedet wurden.

Spitalschliessungen wirken sich insofern auf die Kostenentwicklung aus, dass – in Abhängigkeit der weiteren Verwendung der bestehenden Infrastruktur – laufende Betriebsausgaben, insbesondere Personalkosten, welche durchschnittlich rund 70% des Betriebsaufwandes von Spitälern ausmachen, sowie Infrastrukturkosten und Investitionen eingespart werden können. Da jedoch die Nachfrage nach Spitalleistungen weitgehend konstant bleibt und eine zusätzliche Inanspruchnahme der verbleibenden Betriebe auslöst, können Spitalschliessungen höhere Investitionen in diese anderen Betriebe notwendig machen. Wenn die aufnehmenden Spitäler dieselben Leistungen zu höheren Tarifen anbieten, als die geschlossenen Betriebe, können Spitalschliessungen ausserdem ceteris paribus zu höheren OKP-Kosten führen. Empirisch lässt sich kein direkter systematischer Zusammenhang zwischen den erfolgten Strukturanpassungen und der Kostenentwicklung aufzeigen, da die Wirkungen struktureller Massnahmen durch Anpassungen in der Abgeltungsform, ertragsseitige Veränderungen, übrige betriebliche Massnahmen und insbesondere durch lohnrelevante arbeitsrechtliche Veränderungen überlagert werden. Weil zudem trotz erfolgter Strukturanpassungen gesamtschweizerisch kein Personalabbau erfolgte, sondern die Personalintensität der Versorgung im Gegenteil zugenommen hat, wurden allfällige Einsparungen zumindest teilweise wieder kompensiert.

Welche allfälligen indirekten Wirkungen (z.B. Fusionen auf Initiative der Spitalverantwortlichen) hat das Erstellen der Spitallisten ausgelöst?

Das Erstellen der Spitallisten entfaltete auf mehreren Ebenen indirekte Wirkungen. Seitens der Spitäler fanden in zahlreichen Kantonen Fusionen statt. Ausser in Zürich, wo sie in zwei Fällen eine Auflage des Kantons für die Berücksichtigung auf der Spitalliste darstellten, sind sie in der Regel nicht als Antizipation der von den Kantonen zu erstellenden Spitallisten aufzufassen, da sie oft erst nach Erlass der Listen erfolgten. Zumeist waren sie wirtschaftlich motiviert, um die betriebliche Effizienz zu erhöhen, die Marktstellung eines Spitals zu verbessern oder einer aus wirtschaftlichen Gründen drohenden Schliessung bzw. Zweckumwandlung zu entgehen.

Als weitere indirekte Wirkungen auf Spitalebene sind Verlagerungen der Patientenströme zu bezeichnen, welche sich als Folge der veränderten Leistungsangebote und strukturellen Massnahmen einstellten und die Auslastung und das Betriebsergebnis zahlreicher Spitäler beeinflussten. Diese Verschiebungen können mitunter öffentliche Investitionen zur Folge haben, welche die durch die Spitalplanung allenfalls erzielten Einsparungen teilweise kompensieren (vgl. oben). Ebenso sind deutliche Anzeichen (erhöhte Bettenkapazitäten, steigende Anzahl Fälle und Pflage tage) dafür auszumachen, dass in öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitälern weggefallene Behandlungsangebote von privaten Anbietern übernommen wurden, denen die Kantone im Zusatzversicherungsbereich keine Einschränkungen auferlegen können. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die spitalplanerischen Massnahmen der Kantone mit zur Erhöhung des Marktanteils nicht subventionierter Privatkliniken beitrugen.

Als weitere indirekte Wirkungen von Art. 39 KVG können auf der Ebene der Kantone spitalpolitische Lernprozesse identifiziert werden. Durch die Pflicht, KVG-konforme Bedarfsplanungen und Spitallisten zu erstellen, sahen sich zahlreiche kantonale Gesundheitsbehörden dazu veranlasst, Planungs- und Entscheidungsgrundlagen sowie Strategien zu erarbeiten, um den auf Bundesebene politisch geforderten Strukturwandel im Spitalwesen vorzunehmen. Während allerdings diverse Kantone auch unabhängig vom KVG aufgrund eigenständiger Reform- bzw. Sparbemühungen neue spitalpolitische Konzepte entwickelten, stellte die Planungspflicht für Kantone mit nur einem öffentlichen Spital einen Aufwand dar, der in einem schlechteren Verhältnis zum Steuerungsbedarf steht, als in Kantonen mit komplexeren und höher spezialisierten Spitalwesen. Inwiefern Art. 39 KVG effektiv zu kantonalen Lernprozessen führte, ist somit einerseits von der objektiven Ausgangslage, andererseits vom subjektiv wahrgenommenen Handlungsbedarf abhängig.

Auf konzeptioneller Ebene führte die Erarbeitung von KVG-konformen Planungsgrundlagen zu einer verstärkten Abgrenzung zwischen den einzelnen, in mehreren Kantonen stark miteinander verflochtenen stationären Versorgungsbereichen, insbesondere zwischen der Akutsomatik auf der einen und der Rehabilitation, der Geriatrie und der Langzeitversorgung auf der anderen Seite. In der Mehrheit der Kantone bestanden vor Inkrafttreten des KVG keine Planungsgrundlagen für den Rehabilitationsbereich. Aufgrund Art. 39 KVG wurden in einigen Kantonen konzeptionelle Grundlagen erarbeitet und konsolidierte sich die Rehabilitation als eigenständiger Versorgungsbereich.

Gibt es aus Sicht der Akteure unerwünschte Auswirkungen der Spitalplanung?

Die Pflicht, eine auf einer bedarfsgerechten Spitalplanung beruhende Spitalliste zu erarbeiten, hatte in Zusammenhang mit den verstärkten Forderungen und Bemühungen nach Strukturwandel im Spitalwesen in mehrfacher Hinsicht eine Politisierung der Spitalplanung zur Folge. Auf der einen Seite machten die meisten kantonalen Krankenversichererverbände von ihren durch das KVG neu geschaffenen Handlungsmöglichkeiten Gebrauch. Sie übten nicht nur unter Berufung auf Art. 39 und 49 Abs. 1 KVG Druck auf die Kantonsbehörden aus, Überkapazitäten abzubauen, sondern erhoben insbesondere auch in zahlreichen Kantonen beim Bundesrat Beschwerde gegen Spitalplanungen und –listen, die sie als zu wenig restriktiv beanstandeten. Auf der anderen Seite stiessen in zahlreichen Kantonen Abbauvorhaben der Regierung auf den Widerstand der betroffenen Spitäler, der regionalen Bevölkerung und z.T. des Parlamentes. Der Widerstand gegen strukturelle Reformen und den damit verbundenen effektiven oder subjektiv befürchteten Leistungsabbau wird von den meisten Gesundheitsbehörden als wichtige spitalpolitische Rahmenbedingung und grösster Hinderungsgrund bei der Umsetzung von Art. 39 KVG empfunden (s.o.).

Ein weiterer politischer Aspekt der KVG-Normen zur Spitalplanung betrifft das Verhältnis zwischen dem Bund und den Kantonen. Indem die zuvor ausschliesslich kantonal geregelte Spitalplanung mit Art. 39 KVG zum Gegenstand bundesrechtlicher Bestimmungen wurde, und eine Beschwerdemöglichkeit an den Bundesrat geschaffen wurde, sehen sich die meisten Kantone, die in der Spitalpolitik ansonsten über weitgehende Autonomie verfügen, in ihrem Handlungsspielraum punktuell eingeschränkt.

Das System der in Spitallisten festgehaltenen Leistungsaufträge und Kapazitätsvorgaben wird von verschiedener Seite als zu starr und unflexibel empfunden. Aus Sicht der Spitäler werden dadurch Anpassungen und Erweiterungen des angebotenen Leistungsspektrums behindert, was mitunter die Ertragsoptimierung und die Ausrichtung der Betriebskapazitäten an Marktbedürfnisse und –entwicklungen erschwert. Die Beschränkung auf das vorgeschriebene Angebot verunmöglicht Wettbewerb im OKP-Bereich weitgehend und wird verschiedentlich als unerwünschte Auswirkung der Spitalplanung bezeichnet. Diese Marktbeschränkung entspricht jedoch der bundesrätlichen Konzeption und ist politisch beabsichtigt. Die Versorgungssteuerung über die Spitalplanung ist auch für die kantonalen Gesundheitsbehörden mit gewissen Einschränkungen verbunden. Der ausserkantonale Leistungseinkauf wird dadurch erschwert, dass die verfügbaren Versorgungskapazitäten potenzieller Anbieter durch die Spitalplanung ihres Standortkantons vorgegeben sind und somit nicht kurzfristig angepasst werden können, wenn ein anderer Kanton als Nachfrager auftritt, der Versorgungsleistungen in einem bestimmten Fachbereich beziehen möchte. Kantone, die ihre Ausgaben durch den Leistungseinkauf bei einem möglichst preisgünstigen ausserkantonalen Anbieter senken möchten, sehen sich somit mit hohen administrativen und mitunter politischen Hürden konfrontiert.

Die vorliegende Untersuchung förderte keine konkreten Hinweise zutage, dass sich die Spitalplanung negativ auf die Zugänglichkeit und die Qualität der Spitalversorgung ausgewirkt hätte. Diesen Aspekten wurde allerdings nicht systematisch nachgegangen.

Wie wird das Einsparpotential durch die Spitalplanung von den Kantonsvertretern eingeschätzt? Aus welchen Gründen kann dieses realisiert bzw. nicht realisiert werden?

Das grösste Einsparpotential besteht im Rahmen von Spitalschliessungen, weil dadurch laufende Betriebs- und Personalkosten sowie künftige Investitionsausgaben wegfallen (s.o.). Die Möglichkeiten, diese Aufwandreduktion zu realisieren, sind jedoch zum einen dadurch eingeschränkt, dass Spitalschliessungen wegen des politischen Widerstandes dagegen oft schwierig zu vollziehen sind. Zum anderen führen Spitalschliessungen nicht automatisch zu einer Reduktion der Anzahl Hospitalisationen. Diese verlagern sich auf andere Spitäler, was deren Betriebsaufwand erhöht, unter Umständen zusätzliche Investitionen nötig macht und so das vorhandene Einsparpotential reduziert. Als weitere bedeutende kompensatorische Faktoren sind zudem der erhöhte Personalbedarf in den Spitälern, gleichzeitig steigende Personalkosten sowie sinkende Betriebserträge zu nennen.

Neben der unsicheren Durchsetzbarkeit ist der Einfluss spitalplanerischer Massnahmen auf die Kostenentwicklung im Spitalwesen dadurch begrenzt, dass die Spitalplanung vor allem auf der Aufwandseite ansetzt, die Kostendynamik jedoch auch von der Ertragsentwicklung, den Finanzierungsmechanismen und anderen aufwandbezogenen Faktoren abhängig ist. Dementsprechend beurteilen die befragten Vertreter kantonalen Gesundheitsbehörden das Einsparpotential der Spitalplanung eher skeptisch. Diese Einschätzung wird empirisch dadurch gestützt, dass die Entwicklung der OKP-Kosten und der öffentlichen Spitalausgaben in keinem systematischen Zusammenhang mit den erfolgten strukturellen Veränderungen in den kantonalen Spitalwesen steht.

In der Einschätzung der Kantonsvertreter kann die Spitalplanung dann ausgabenrelevante Wirkungen entfalten, wenn sie mit finanzierungsseitigen Massnahmen gekoppelt ist, d.h. indem entweder den Spitälern Sparvorgaben auferlegt bzw. die verfügbaren Mittel verknappt werden, oder indem die öffentliche Subventionierung von konkreten Bedingungen abhängig gemacht wird, die in den Leistungsaufträgen der Spitalliste festgehalten sind. Anschauungsbeispiele dazu finden sich insbesondere in den Fallstudien zu Zürich und Bern.

Sind Substitutionseffekte zwischen den Spitalbereichen und zwischen verschiedenen Leistungserbringern auszumachen?

Die vorliegende Studie liefert Hinweise auf zwei parallele Substitutionseffekte. Zum einen erfolgt eine starke Zunahme ambulanter Spitalleistungen, wie insbesondere der stark steigende Anteil ambulanter Leistungen an den OKP-Kosten zeigt. Auch in den durchgeführten Interviews wurde jeweils darauf verwiesen. Demgegenüber ist die Wachstumsrate stationärer Spitalbehandlungen bzw. –kosten jeweils tiefer. Inwiefern es sich dabei um unabhängig voneinander, mit unterschiedlicher Geschwindigkeit verlaufende Entwicklungen oder um eine tatsächliche Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Spitalbereich handelt, wurde dabei nicht empirisch untersucht. Als Gründe für die Zunahme ambulanter Leistungen werden primär der Wandel in den Behandlungsformen aufgrund der medizinisch-technologischen Entwicklung sowie eine Zunahme von Notfalleinweisungen angeführt. Zum anderen deuten die vorliegenden Zahlen zur Leistungserbringung in einzelnen Kantonen auf eine gewisse Verlagerung der Leistungserbringung von öffentlichen und öffentlich subventionierten zu privaten Spitälern hin. Auf gesamtschweizerischer Ebene kann wegen fehlender Daten kein zuverlässiger Vergleich der Spitalleistungen vorgenommen werden. Hinsichtlich der vorhandenen Behandlungskapazitäten ist hingegen festzustellen, dass der Anteil nicht subventionierter Privatspitäler am gesamtschweizerischen Total zwischen 1997 und 2003 zunahm, während das Angebot öffentlicher und öffentlich subventionierter Spitäler im selben Zeitraum zurückging. Es ist zu vermuten, dass sich der Marktanteil privater Leistungserbringer infolge der Spitalplanung und der bundesrätlichen Rechtsprechung zur Frage der Berücksichtigung privater Anbieter auf den Spitallisten (s.o.) in einzelnen Kantonen etwas erhöht hat.

Die sich aus den Finanzierungsmechanismen und Tarifstrukturen ergebenden Anreizstrukturen werfen die Hypothese auf, dass angesichts des bestehenden Kostendrucks stationäre Akutbehandlungen möglichst kurz gehalten und dafür andere Leistungserbringer (Rehabilitationskliniken, Alters- und Pflegeheime, Spitex) stärker in Anspruch genommen werden. Diese Hypothese wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nicht systematisch überprüft, hingegen deuten verschiedene Feststellungen auf derartige Verlagerungstendenzen hin. So verkürzte sich trotz zunehmender Fallzahlen und abnehmender Bettenkapazitäten die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von PatientInnen in den Akutspitälern. Gleichzeitig erhöhte sich die Anzahl Fälle und Pflegetage in Rehabilitationskliniken überproportional.

8.4 Entwicklungsperspektiven im Bereich der Spitalplanung

Wie wird die weitere Entwicklung der Spitalplanung eingeschätzt; sind insbesondere die Voraussetzungen für den Übergang zur kantonalen und interkantonalen Leistungsplanung erfüllt? Welche Vorkehrungen sind erforderlich?

Die weitere Entwicklung der Spitalplanung ist einerseits abhängig von den Rahmenbedingungen im KVG, welche im Rahmen der laufenden Revision der Spitalfinanzierung gewisse Anpassungen erfahren dürften, andererseits aber insbesondere von den spitalpolitischen Entwicklungstendenzen in den Kantonen. Diesbezüglich sind sowohl auf der Ebene der Finanzierungsmodalitäten (z.B. Einführung von Globalbudgets, Wechsel in der Tarifforn, Leistungs- statt Defizitfinanzierung) als auch der Versorgungskonzepte (z.B. Veränderung der Führungsstrukturen, Vernetzung unter den stationären und mit ausserstationären Leistungserbringern) unterschiedlich weit gehende bzw. fortgeschrittene Reformbemühungen zu beobachten, die auch Konsequenzen für die Spitalplanung haben. Verschiedene Kantone erarbeiteten neue Spitalkonzepte, warten jedoch mit deren Umsetzung zu, bis auf Bundesebene die KVG-Revision abgeschlossen ist.

Besagte KVG-Revision strebt auch die Umstellung der Spitalfinanzierung auf ein leistungsorientiertes Vergütungssystem an. Da einige Kantone bereits von sich aus einen derartigen Wechsel vollzogen haben oder vorbereiten, sind verschiedene Bestrebungen zur Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung in Gang. So hat auch die GDK einen Arbeitsausschuss eingesetzt, der Empfehlungen zuhanden der Kantone erarbeitet.

Die Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung erfordert zunächst eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung sowie als Planungsgrundlage ausreichend detaillierte Informationen über das Leistungsgeschehen. Für beides stellt eine geeignete Systematik zur Fallgruppierung eine notwendige Grundlage dar. Diese wesentlichen Elemente sind grundsätzlich vorhanden: die Abgeltung von Spitalleistungen kann über Fallpauschalen erfolgen, das Leistungsgeschehen wird im Rahmen der medizinischen Statistik des BFS systematisch erhoben, und international finden sich zahlreiche verschiedene Patientenklassifikationssysteme.

Zur Beschreibung des Leistungsgeschehens stehen den Kantonen die Daten der medizinischen Statistik zur Verfügung, auf die sie seit September 2004 detailliert Zugriff haben. Abgesehen von gewissen Erfassungs- und Codierungsproblemen ist somit eine Grundlage zur Einführung der leistungsorientierten Spitalplanung gegeben. Darüber hinaus finden sich allerdings entsprechend der kantonalen Autonomie im Spitalwesen kantonal unterschiedliche Ausgangslagen. So variiert das Abgeltungssystem für Spitalleistungen von Kanton zu Kanton: Während Anfang 2005 im KVG-Bereich erst fünf Kantone (Aargau, Schwyz, Waadt, Wallis und Zug) über ausschliesslich fallbezogene Tarifstrukturen verfügten und in Neuenburg deren Einführung per 2006 vorgesehen ist, pflegen die übrigen 20 Kantone unterschiedliche Systeme mit Abteilungsfall- und Tagespauschalen. Die Fallpauschalen beruhen vorwiegend auf AP-DRG, lediglich der Kanton Aarau verwendet das von ihm selber entwickelte System >>mipp>. Somit kommt vorläufig noch kein gesamtschweizerisch einheitliches Fallgruppierungssystem zur Anwendung. Der Verein SwissDRG will allerdings bis 2007 ein solches vorlegen.

Auf der Ebene einzelner Kantone sind somit die Grundvoraussetzungen zur Einführung der leistungsorientierten Spitalplanung durchaus gegeben. Eine interkantonale Leistungsplanung bedingt hingegen zunächst die Verwendung einheitlicher Klassifikationen und Finanzierungsformen, was entsprechende politische Entscheidungen erfordert. Sind diese technischen Vorbedingungen erfüllt, gilt es jedoch weitere allenfalls bestehende, primär politisch bedingte Hindernisse (vgl. Abschnitt 8.1) zu überwinden.

Wie aus der vorliegenden Studie auch hervorgeht, stellt für die Kantone auch eine gewisse Erwartungssicherheit bezüglich der Vorgaben und Ansprüche des Bundes an die leistungsorientierte Spitalplanung eine wesentliche Voraussetzung zu deren Einführung dar. Aus der Sicht der Kantone sollten wesentliche Fragen zu den Anforderungen an die KVG-Konformität der leistungsorientierten Spitalplanung verbindlich geklärt sein, bevor sie mit der Erarbeitung derartiger Planungen beginnen. Diese Haltung erklärt sich mit der Erfahrung der meisten Kantone, ihre Spitalplanungen bzw. –listen aufgrund bundesrätlicher Beschwerdeentscheide überarbeiten zu müssen, was von ihnen als Einschränkung ihres Handlungsspielraums in der Spitalplanung empfunden wird.

Welche Wirkungen werden von wettbewerblichen Alternativen zur Spitalplanung erwartet?

Die Ablösung der Spitalplanung durch eine *reine Wettbewerbsordnung* hätte zur Folge, dass die verfügbaren Versorgungskapazitäten nicht mehr von der staatlichen Bedarfsplanung vorgegeben würden, sondern aus Preisverhandlungen zwischen Krankenversicherern und Spitälern hervorgingen. Dazu wären ausreichende Handlungsfreiheit und Chancengleichheit der Leistungserbringer notwendig, d.h. betriebliche Selbständigkeit und die Gleichstellung öffentlicher und privater Anbieter, insbesondere bezüglich der Finanzierung. Ein derartiges freies Marktsystem würde allerdings vermutlich insbesondere in wirtschaftlich wenig attraktiven Regionen entweder die Versorgungssicherheit sowohl in Bezug auf die ausreichende Verfügbarkeit medizinischer Leistungen als auch auf die Qualität in Frage stellen oder zu höheren Spitaltarifen und damit auch zu höheren Krankenversicherungsprämien führen. Deshalb wird bezüglich der Versorgungssicherheit die Vorgabe von Mindeststandards durch staatliche Behörden als notwendig erachtet.

Ein *moderateres Wettbewerbsmodell* würde darin bestehen, dass die kantonalen Behörden auf der Basis einer Bedarfsplanung klar umrissene Leistungsaufträge ausschreiben, um die sich öffentliche und private Spitäler bewerben könnten. Als Beurteilungskriterien für die Vergabe der Leistungsaufträge könnten vor allem der angebotene Preis und die Qualität herangezogen werden. Voraussetzungen für ein derartiges Versorgungsmodell wären wiederum Unternehmensfreiheit seitens der Spitäler, ein gesamtschweizerisch einheitliches, monistisches Finanzierungssystem, Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Spitaler sowie die klare Abgrenzung zwischen von der OKP finanzierten medizinischen Leistungen und anders abzugeltenden weiteren Leistungen wie Notfallversorgung, Ausbildung und Forschung. Auch in einem solchen System wird von den befragten Experten die Vorgabe staatlicher Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit als notwendig erachtet.

Während mit der Revision der Spitalfinanzierung im KVG und der zunehmenden Verselbständigung von Spitälern in zahlreichen Kantonen gewisse Wettbewerbsvoraussetzungen

gen zumindest ansatzweise geschaffen werden, sind andere Bedingungen wie die geforderte Leistungsabgrenzungen, Instrumente zur Qualitätsbeurteilung und insbesondere die politischen Voraussetzungen für die Aufhebung von Art. 39 KVG zugunsten eines Wettbewerbssystems vorläufig nicht gegeben.

Aus theoretischer Sicht erhöht sich in einer Wettbewerbsordnung das Risiko aller Akteure der Gesundheitsversorgung mit möglichen negativen Folgen für nicht konkurrenzfähige Spitäler (Existenzrisiko), PatientInnen (Versorgungssicherheit und –qualität) sowie Krankenversicherer (Wettbewerbsrisiko). Den im Rahmen der Fallstudien geführten Interviews kann hingegen entnommen werden, dass es eine Lockerung des verschiedentlich als starr empfundenen Planungs- und Listensystems den kantonalen Behörden ermöglichen würde, Versorgungsleistungen bei den kostengünstigsten Anbietern einzukaufen und damit gewisse Einsparungen zu erzielen. Spitälern würde es ermöglicht, ihr Leistungsangebot flexibel anzupassen und so auf die Nachfrageentwicklung zu reagieren bzw. die betriebliche Entwicklung stärker selbst zu gestalten.

Wie interferieren vor kurzem aufgenommene oder noch in Planung befindliche gesamtschweizerische Regulationsinstrumente (Planung der Spitzenmedizin, Angebotsplanung im Rahmen der Nationalen Gesundheitspolitik) mit den kantonalen Spitalplanungen?

Die verschiedenen auf Bundes- und Kantonsebene initiierten Projekte, ein gesamtschweizerisches Planungsinstrument zu erarbeiten, führten im November 2004 zum Abschluss der Interkantonalen Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) durch die Plenarversammlung der GDK. Sie tritt in Kraft, sobald sie von 17 Kantonen inklusive der fünf Hochschulkantone ratifiziert wurde und sieht vor, dass spezifische Leistungen der hochspezialisierten Medizin nicht mehr auf kantonaler Ebene, sondern von einer interkantonalen Kommission geplant werden.

Dies betrifft primär die fünf Universitätsspitäler in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich und deren Trägerkantone, welche sich auf die Standorte der von der IVKKM erfassten Leistungen zu einigen haben. Ausser den Universitätsspitalern bieten zudem auch die Kantons-spitäler Aargau, Luzern und St. Gallen der IVKKM unterstehende Leistungen an. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten allerdings keine Hinweise darauf gefunden werden, dass die Vorarbeiten zur IVKKM sich konkret auf die Spitalplanungen dieser Kantone auswirkten. Dies ist zum einen damit begründet, dass von diesen einzig Genf seit Beginn des Konzentrationsprozesses eine neue Spitalplanung erarbeitete, zum anderen damit, dass die Universitätsspitäler in den kantonalen Planungsberichten in der Regel eine Sonderrolle einnehmen und die hochspezialisierten Leistungen kaum spezifisch und konkret thematisiert werden.

Da er nicht nur die Leistungserbringung, sondern auch die medizinische Forschung betrifft, und da das Spektrum der angebotenen hochspezialisierten Leistungen insbesondere in Fachkreisen auch als bedeutender Faktor für die Attraktivität eines Spitals wahrgenommen wird, erhält dieser Konzentrationsprozess allerdings vor allem auf dieser Ebene eine gewisse politische Bedeutung.

Literatur

- Ayer, Ariane (2000). *La planification hospitalière cantonale*. Neuchâtel: Institut de droit de la santé.
- Bandi, Till (2002). Entscheidungsgrundlagen für die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit 6/2002; 340-346.
- Baur, Rita (2002). "Die Schweiz im internationalen Kontext". Papier zur Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002. Bern: EDI.
- Biersack, Ortrud (2000). *Evaluation Spitalplanung und Spitallisten nach Art. 39 KVG - Die Planungsmethoden der Kantone*. Bern: SDK.
- Bolgiani, Iva (2002). *L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans les secteurs sanitaire et hospitalier: risques et opportunités*. Schriftenreihe der SGGP, No. 66. Muri: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (1997). *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2005). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2003*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (1993). *Kosten des Gesundheitswesens 1985-1990. Konzept und Ergebnisse*. Bern: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (1997a). *Krankenhausstatistik. Detailkonzept 1997*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (1997b). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser. Detailkonzept 1997*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (1999). *Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklung seit 1960*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2000). *Statistik diagnosebezogener Fallkosten. Provisorisches Detailkonzept 2000, Version 2.1*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2001a). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhaustypologie*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2001b). *Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Rechtlich-wirtschaftlicher Status der Betriebe*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2002). *Informationen über das Projekt "Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens"*. StatSanté 1/2002. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2003a). *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2001*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2003b). *Krankenhausstatistik 1997-2000. Entwicklung des Bettenbestands, der Fallzahlen und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer auf der Grundlage der Krankenhausstatistik des BFS*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2003c). *Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000. Revidierte Zeitreihen*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2004a). *Beurteilung der Datenqualität in der Medizinischen Statistik 1998-2001*. StatSanté 1/2004. Neuchâtel: BFS.

- Bundesamt für Statistik (BFS) (2004b). *Beschäftigte im Gesundheitswesen. Fakten und Trends auf der Basis der Daten der Betriebszählungen 1995, 1998 und 2001*. StatSanté 2/2004. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005a). *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2003. Resultate (Standardtabellen)*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005b). *Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2003. Bemerkungen der Kantone*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005c). "50 Milliarden für das Gesundheitswesen". Medienmitteilung Nr. 0350-0501-90 vom 21. März 2005.
- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) (2001). *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz - Synthesebericht*. Bern: BSV.
- Bundesrat (1991). *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 4. November 1991*. BBI 1992 I 93-294.
- Bundesrat (2000). *Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000*. BBI 2001 741-816.
- Bundesrat (2004). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004*. BBI 2004 5551-5598.
- Cassel, Dieter (2003). "Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung. Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf", in Arnold, Michael; Klauber, Jürgen und Schellschmidt, Henner (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer.
- Conseil d'Etat de la République et du Canton de Genève (2003). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010*.
- Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel (2004). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi sur l'établissement hospitalier multisite cantonal (EHM) du 15 septembre 2004*.
- Conseil d'Etat du Canton de Vaud (2004). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire*.
- Crivelli, Luca; Filippini, Massimo und Lunati, Diego (2000). "Dimensione ottima degli ospedali in uno stato federale". *Quaderno n. 00-08*. Lugano: Decanato della Facoltà di Scienze economiche.
- Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie Kantons Wallis (DGSE; 2004). *Spitalkonzept 2004*.
- De Wolff, François (2002). *Planification hospitalière. Vision + actions. Essais de modélisation pour la Suisse*. Mémoire No. 49; diplôme postgrade en économie et administration de la santé. Lausanne: IEMS.
- economiesuisse (2004). "Mythen und Fakten zum Kontrahierungszwang", *dossierpolitik* Nr. 27. (www.economiesuisse.ch)
- Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) (2000). *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1998*. Bern: EFV.
- European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

- Flessenkämper, Alfred (1995). "KVG und Kostendämpfung im Spital", in *Soziale Sicherheit* 4/1995; 212-217.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2004). "Kantonale Sparanstrengungen erfolgreich", in *Schweizerische Ärztezeitung* 2004;85: Nr. 47; 2486-2491.
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern (2003). Erläuterungen zum Entwurf eines Spitalgesetzes.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Wallis (1996). Walliser Spitalkonzept 1996.
- Gouvernement de la République et Canton du Jura (2001). *Hôpital multisite du Jura. Message du Gouvernement au Parlement*.
- Greppi, Spartaco; Rossel, Raymond und Strüwe, Wolfram (1998): *Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens*. Forschungsbericht Nr. 15/98. Bern: BSV.
- Grob, Uma (2003). "Klare Rollen und Aufträge – auch im Gesundheitswesen", in *NZZ am Sonntag*, 27. Juli 2003.
- Güntert, Bernhard J. und Berger, Daniel H. (1995). "Versorgungsaufträge – ein Instrument des normativen Managements im Krankenhaus – Erfahrungen aus der Schweiz", in Hauke, Eugen (Hrsg.). *Leistungsorientierte Planung im Krankenhaus. Ein partizipativer Ansatz für die Praxis*. Wien: Ueberreuter; 253-276.
- H+ Die Spitäler der Schweiz und santésuisse (2003). *Qualitätsbericht 2001*. Bern: Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung H+/santésuisse.
- Haari, Roland (2002). *Wirkungsanalyse KVG: Kostendifferenzen zwischen den Kantonen. Sozialwissenschaftliche Analyse kantonaler Politiken*. Bern: BSV.
- Hammer, Stephan et al. (2000a). *Auswirkungen des KVG im Tarifbereich*. Bern: BSV.
- Hammer, Stephan et al. (2000b). *Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer*. Bern: BSV.
- Herder-Dorneich, Philipp (1994). *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen*. Baden-Baden: Nomos.
- Hoffmeyer, Ulrich (Hrsg.; 1994). *Gesundheitsreform in der Schweiz. Auszug aus einem internationalen Vergleich*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Jaeger, Franz und Helwig, Carolin (2004). *Die Rolle und Bedeutung der Privatkliniken im schweizerischen Gesundheitswesen*. St. Gallen: Forschungsinstitut für Empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik.
- Jann, Werner und Wegrich, Kai (2003). "Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle", in Schubert, Klaus und Bandelow, Nils C. (Hrsg.). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München/Wien: Oldenbourg; 71-103.
- Kägi, Wolfram; Siegrist, Stefan und Schäfli, Martin (2004). *Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin*. Bern: BSV.
- Knoepfel, Peter und Bussmann, Werner (1997). "Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt", in Werner Bussmann, Ulrich Klöti und Peter Knoepfel (Hrsg.): *Einführung in die Politikevaluation*. Basel und Frankfurt a. M.: Helbing und Lichtenhahn; 58-77.
- Knoepfel, Peter; Larrue, Corrine und Varone, Frédéric (2001). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Genève/Basel/München: Helbing & Lichtenhahn.
- Knüsel, Otto (2004). "Rehabilitation", in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Huber; 254-261.

- Koch, Vincent (2001). "Überblick über die in den Akutspitälern der Schweiz angewandten Arten von Pauschaltarifen", in *Soziale Sicherheit* 1/2001; 63-66.
- Krüger, Roger (1998). *Application de l'article 39 LAMAL: Planification hospitalière. Cadre global et étude de la méthodologie d'évaluation des capacités hospitalières futures nécessaires*. Discussion paper de l'Idheap No 16. Lausanne: Idheap.
- Lutz, Jürg (2003). *Zusammenschlüsse öffentlicher Akutspitäler. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Arbeitsbericht Nr. 69. Bern: Institut für Organisation und Personal der Universität Bern.
- Mayntz, Renate und Scharpf, Fritz W. (1995). "Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren", in Dies. (Hrsg.). *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. Frankfurt/New York: Campus; 9-38.
- McKee, Martin und Healy, Judith (Hrsg.; 2002). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Mc Kee, Martin (2003). *What Are the Lessons Learnt by Countries that Have Had Dramatic Reductions of their Hospital Bed Capacity?* Health Evidence Network Synthesis Report. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Moritz, Inka (2000). *La planification hospitalière: visions et divisions*. Mémoire No. 16. Lausanne: Institut d'économie et management de la santé.
- Müller, Klaus (1996). "'Bedarfsgerechte Spitalversorgung' – Voraussetzungen und Kriterien zur Erfüllung des KVG", in *Soziale Sicherheit* 4/1996; 205-213.
- Müller, Klaus (1999). "Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesrates zur Spitalliste. Bisherige Klarstellung und weiterer Klärungsbedarf", in *Soziale Sicherheit* 6/1999; 317-321.
- Nyfelner, Stephan; Stabuer, Ph. und Mulzer, Dirk (1997). *Des instruments économiques utiles à la planification hospitalière. Un concept de planification hospitalière à court et moyen terme, conforme à la LAMal*. Solothurn: Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer.
- OECD (2003). *Health at a Glance. OECD Indicators 2003*. Paris: OECD.
- Oggier, Willy (1996). *Steuerungsmechanismen beim Ausgabenwachstum der Kantone. Eine Untersuchung am Beispiel des Gesundheitswesens*. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.
- Patton, Michael Quinn (1997). *Utilization-focused Evaluation*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Posnett, John (2002). "Are bigger hospitals better?", in McKee, Martin und Healy, Judith (Hrsg.). *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Preisüberwacher (1996). Jahresbericht 1996. www.preisueberwacher.ch [Abruf am 5.10.2004]
- Regierungsrat des Kantons Obwalden (2004). *Zwischenbericht zur Zusammenführung der Kantonsspitäler Obwalden – Nidwalden über das Ergebnis der Wertschöpfungsstudie und den Stand der Erarbeitung von Alternativmodellen am Standort Sarnen*.
- Regierungsrat des Kantons Schaffhausen (2003). *Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen an den Kantonsrat betreffend Schaffung eines Spitalgesetzes*.
- Regierungsrat des Kantons St. Gallen (2001). *Grossratsbeschluss über die Schaffung von Spitalverbunden, Gesetz über die Spitalverbunde, V. Nachtrag zur Verordnung über die Versicherungskasse für das Staatspersonal (Genehmigung). Nachtragsbotschaft und Entwürfe der Regierung vom 20. November 2001*. Amtsblatt 2001 2671ff.

- Regierungsrat des Kantons Solothurn (2003). *Spitalgesetz. Botschaft und Entwurf des Regierungsrates an den Kantonsrat von Solothurn vom 1. Juli 2003, RRB Nr. 2003/1275.*
- Regierungsrat des Kantons Zug (2003). *Kantonsratsbeschluss betreffend Neubau des Zentralspitals in Baar. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 21. Januar 2003.*
- Robra, Bernt-Peter; Swart, Enno und Felder, Stefan (2003). "Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor", in Arnold, Michael; Klauber, Jürgen und Schellschmidt, Henner (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb.* Stuttgart: Schattauer.
- Rosenbrock, Rolf und Gerlinger, Thomas (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung.* Bern et al.: Verlag Hans Huber.
- Rothenbühler, Martin (1999a). *Übersicht über den aktuellen Stand der Planungen und der Spital- und Pflegeheimlisten der Kantone.* Arbeitsunterlage für das Zentralsekretariat der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz SDK. Bern: SDK (nicht publiziert).
- Rothenbühler, Martin (1999b). *Evaluation der Spitalplanung und der Spitallisten nach Artikel 39 KVG.* Bern: SDK.
- Rüefli, Christian und Monaco, Gianna (2004). *Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG).* Bern: BSV.
- Rüefli, Christian und Vatter, Adrian (2001). *Kostendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen.* Bern: BSV.
- Sager, Fritz; Rüefli, Christian und Mandioni, Lara (2001). *Die Wirkungen der bundesrätlichen Rechtssprechung im Falle der Spitalplanung.* Bern: Parlamentsdienste.
- Salzmann, Heinz (2003a). *Bundesratspraxis zu Spitalplanung und Spitallisten.* Bern: GDK.
- Salzmann, Heinz (2003b). *Bundesratspraxis der Tarifentscheide.* Bern: GDK.
- Schölkopf, Martin (2001). "Die Planung von Krankenhauskapazitäten: Aktuelle Entwicklungen und europäischer Vergleich", in *Sozialer Fortschritt* 9-10/2001; 234-239.
- Schölkopf, Martin und Stapf-Finé, Heinz (2003). "Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung", in *das Krankenhaus* 2/2003; 111-120.
- Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) (1997). *Empfehlungen zur Spitalplanung zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG.* Bern: SDK.
- Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) (2002). *Revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG.* Bern: SDK.
- Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) (2003a). *Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin Schlussbericht der Arbeitsgruppe "Spitzenmedizin" zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK).* Bern: SDK.
- Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) (2003b). *Materialienband II. Sammlung der Fact-Sheets. Arbeitsgruppe "Spitzenmedizin" der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK).* Bern: SDK.
- Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) (2003c). Arbeitstagung "Leistungsorientierte Spitalplanung": Ausgewählte Aspekte und Überlegungen. www.gdk-cds.ch.
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) (2004). Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM). Erläuternder Bericht. Bern: GDK.

- Sektion Gesundheitsökonomie des BSV (1994). "Die Spitalplanung – eine Herausforderung für das Gesundheitswesen", in *Soziale Sicherheit* 6/1994; 286-291.
- SGK (2002). Parlamentarische Initiative. Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 13. Februar 2002. BBI 2002 4365-4374.
- Sommer, Jürg H. und Biersack, Ortrud (2003). "Mehr Planwirtschaft im Gesundheitswesen? Eine Evaluation der Spitalplanung und –listen gemäss KVG", in *WWZ news* Nr. 28; 5-8.
- Stapf-Finé, Heinz und Polei, Günther (2002). "Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung", in *das Krankenhaus* 2/2002; 96-107.
- Sturny, Isabelle (2004). *5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Undritz, Nils (2001). "Krankenhaus", in Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002. Ein aktueller Überblick*. Solothurn: KSK; 97-107.
- Undritz, Nils (2003). "Eine volkswirtschaftliche Betrachtung – Spitäler in Entwicklung". Suhr, mimeo.
- Vatter, Adrian (2003). "Strukturen, Prozesse und Inhalte der schweizerischen Gesundheitspolitik", in Zenger, Christoph A. und Jung, Tarzis (Hrsg.). *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Kontext – Normen – Perspektiven*. Bern: Hans Huber; 155-165.
- Zahnd, Daniel (2003). "Interkantonale Patientenwanderungen im Spitalbereich", in *Soziale Sicherheit* 6/2003; 355-358.

In den Fallstudien zitierte Literatur und Dokumente

Kanton Aargau

- Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau (1998). Ersatz Kapitel 5 der Spitalkonzeption 2005.
- Regierungsrat des Kantons Aargau (1994). Spitalkonzeption 2005 des Kantons Aargau.
- Regierungsrat des Kantons Aargau (1997). Die Spitalliste für den Kanton Aargau 1998, gültig ab 1. Januar 1998.
- Regierungsrat des Kantons Aargau (1998). Rehabilitationskonzept des Kantons Aargau 1998.
- Regierungsrat des Kantons Aargau (1999). Revision der Spitalkonzeption 2005. Ersatz Kapitel 9. Leistungsauftrag für die Akutspitäler.
- Regierungsrat des Kantons Aargau (2004). Botschaft des Regierungsrats des Kantons Aargau an den Grossen Rat vom 22. Dezember 2004. Aufhebung Spitalstandort Brugg.

Kanton Bern

- Gesundheitsdirektion des Kantons Bern (1978). Spitalplanung des Kantons Bern.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Amt für Planung, Bau und Berufsbildung (1994). Bericht Versorgung im Akut- und Langzeitbereich. Bern: GEF

- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF; 1997). Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an den Regierungsrat betreffend Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Kanton Bern; Spitalplanung und Spitalliste für Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Art. 39 KVG) vom 13. Oktober 1997.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF; 1998). Einvernehmliche Strukturanpassung 99 (ESa99). Anwendungsbereich und Gesamtfinanzrahmen; Berechnungsmodell zur Ermittlung der Finanzvorgaben für die einzelnen Spitäler.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF; 1999). Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an den Regierungsrat betreffend Versorgungsplanerische Massnahmen im Spitalbereich; Spitalliste ab 2000 vom 22. November 1999.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF; 2000a). Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an den Regierungsrat betreffend Folgeregelung versorgungsplanerische Massnahmen im Spitalbereich vom 21. Juni 2000.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF; 2000b). Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an den Regierungsrat betreffend Folgeregelung versorgungsplanerische Massnahmen im Spitalbereich II vom 6. September 2000.
- Regierungsrat (2000). Gesetz über den Finanz- und Lastenausgleich (FILAG). Vortrag des Regierungsrates z.Hd. des Grossen Rates vom 16. Februar 2000.
- Regierungsrat (2003). Vortrag des Regierungsrates an den Grossen Rat betreffend das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) vom 15. Oktober 2003.

Kanton Graubünden

- Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement Graubünden (JPSD) (2002). Spitalplanung des Kantons Graubünden 2002.
- Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement Graubünden (JPSD) (2004). Entwurf für eine Neukonzeption der Spitalversorgung des Kantons. Erläuternder Bericht.
- Regierungsrat Graubünden (1998). Botschaft der Regierung an den Grossen Rat. Bericht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen des Kantons Graubünden. Heft Nr.3/1998-99.
- Regierungsrat Graubünden (2000). Botschaft der Regierung an den Grossen Rat. Erlass eines Gesetzes über die Organisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste im Kanton Graubünden. Heft Nr. 6/2000–2001
- Regierungsrat Graubünden (2004). Botschaft der Regierung an den Grossen Rat. Struktur- und Leistungsüberprüfung zur Sanierung des Kantonshaushalts. Heft Nr. 2/2003–2004
- Spitalplanungskommission Graubünden (1997a). Spitalplanung des Kantons Graubünden 1997.
- Spitalplanungskommission Graubünden (1997b). Methodik der Planung.

Kanton Jura

Gouvernement de la République et Canton du Jura (1998) *Plan sanitaire RCJU, Message du Gouvernement au Parlement.*

Gouvernement de la République et Canton du Jura (2001). *Hôpital multisite du Jura. Message du Gouvernement au Parlement*, 21 octobre 2001.

Hôpital du Jura (2003). *Mise en œuvre du plan hospitalier.*

Hôpital du Jura (2004). *Mise en œuvre du plan hospitalier: rapport complémentaire concernant les aménagements et le processus de réalisation de la seconde phase.*

Paccaud, Fred (1997). *Mandat sur la planification sanitaire de la République et Canton du Jura*, Lausanne: IUMSP.

Kanton Waadt

Conseil d'Etat (2004). Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique sanitaire.

Fekete Alain; Beroud, Christiane und Egli, Yves (1991). *Groupes de patients hospitalisés. Regroupement de DRG pour les hôpitaux de zone vaudois.* Prilly: Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois (ADIES).

SCRIS (1997). *Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005.*

SCRIS (1998). *Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005 : actualisation des résultats de l'étude 1997.*

SCRIS (2000). *Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005 et extrapolation pour 2010 et 2015.*

Service de la santé publique (1997). Liste LAMAL 1998 des hôpitaux du canton de Vaud, Rapport au Conseil d'Etat du groupe de travail.

Kanton Zürich

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (1997a). Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998.

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (1997b). Psychatriekonzept des Kantons Zürich. Bedarf und prioritäre Massnahmen. Vernehmlassung.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (1999). Zürcher Psychiatrie. Leitbild und Rahmenkonzept.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2001). Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2001.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2004). Sanierungsprogramm 2004. Strukturelle Massnahmen Psychiatrie. Vernehmlassungsbericht.

Regierungsrat des Kantons Zürich (1997a). Zürcher Spitalliste 1998. Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkrankenhäuser, Beschluss vom 25.6.1997.

Regierungsrat des Kantons Zürich (1997b). Zürcher Spitalliste Psychiatrie 1998 (Festsetzung), Beschluss vom 3.12.1997.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2001a). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates, Sitzung vom 18. Juli 2001. 1103. Zürcher Spitalliste 2001 (Änderung Zürcher Spitalliste 1998).

- Regierungsrat des Kantons Zürich (2001b). Zürcher Spitalliste 2001. Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Beschluss vom 18.7.2001.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2004a). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates, Sitzung vom 7. Juli 2004. 1036. Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2005 (Fortschreibung Spitalliste Psychiatrie 2001).
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2004b). Bericht des Regierungsrates an den Kantonsrat zum Postulat KR-Nr. 391/2001 betreffend Bericht Zwischenbilanz der gesundheitspolitischen Umstrukturierung mittels Spital-, Psychiatrie- und Pflegeheimliste im Kanton Zürich, vom 22. September 2004.

Interviews

Expertengespräche auf nationaler Ebene

- Bernhard Wegmüller, Geschäftsführer H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern, 4. Juni 2003
- Franz Wyss und Roland Unternährer, Zentralsekretariat Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), Bern, 9. Juni 2004
- Peter Marbet (Leiter Politik und Kommunikation), Daniel Wyler (Leiter Services) und Guido Geser (Leiter Regionalstelle Ost I), santésuisse, Solothurn, 28. Juni 2004
- Joggi Bernoulli (Präsident der Wirtschaftskommission) und Ulrich Wanner (Generalsekretär), Privatkliniken Schweiz, (schriftliche Stellungnahme vom 28. Juni 2004)

Expertengespräche im Rahmen der kantonalen Fallstudien

Kanton Aargau

- Erhard Trommsdorff, Leiter Spitalabteilung Kanton Aargau bis 2001, 15. Oktober 2004 (telefonisch)
- Daniel Maag, Geschäftsführer santésuisse Aargau-Solothurn, 21. Oktober 2004 (telefonisch)
- Dieter Keusch, Verwaltungsdirektor Kantonsspital Baden, Vorstandsmitglied VAKA, 26. Oktober 2004 (telefonisch)

Kanton Bern

- Pierre Vallon und Thomas Linder, santésuisse Bern, Bern, 31. August 2004
- Max Rickenbacher, Präsident Vereinigung Berner Krankenhäuser, Burgdorf, 31. August 2004
- Adrian Dennler, Präsident Vereinigung Bernischer Privatspitäler, Biel, 3. September 2004
- Erhard Ramseier und Markus Althaus, Spitalamt Kanton Bern, Bern, 28. September 2004

Kanton Graubünden

- Rudolf Leuthold, Leiter Gesundheitsamt Graubünden, Chur, 27. August 2004 (telefonisch)
- Reto Nick, ehemaliger Geschäftsführer Heime + Spitäler Graubünden, Chur, 2. September 2004 (telefonisch)
- Arnold Bachmann, Direktor Kantonsspital Chur, 30. September 2004 (telefonisch)
- Vincent Augustin, Geschäftsführer santésuisse Graubünden, Chur, 1. Oktober 2004 (telefonisch)

Kanton Jura

- Gabriel Nussbaumer, Chef du Service de la santé publique, Jura
- Nicolas Petremand, économiste du Service de la santé publique
- Jérôme Oeuvray, Président de la Commission parlementaire de la santé
- Laurent Christe, Directeur de l'Hôpital du Jura
- Didier Julliard, santésuisse, responsable du dossier Jura

Kanton Waadt

- Michel Montavon, Service de la santé publique, Lausanne (telefonisch)

Anhang 1: Spitalpolitische Grundlagen, Spitalplanung und Spitallisten der Kantone

Tabelle 46: Spitalpolitische Grundlagen, Spitalplanungen und Spitallisten der Kantone (Aktualisierung und Erweiterung von Rothenbühler 1999a; ohne Pflegeheime)

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
ZH	<p>Gesetz über das Kantonsspital Winterthur, Antrag des Regierungsrates vom 14. Januar 2003</p> <p>Gesetz über das Universitätsspital Zürich, Antrag des Regierungsrates vom 14. Januar 2003</p>	<p><i>Zürcher Krankenhausplanung 1991</i></p> <p><i>Planungsbericht zur Zürcher Spitalliste 1998, Juni 1997</i></p> <p>Psychiatriekonzept des Kantons Zürich. Bedarf und prioritäre Massnahmen, Juli 1997</p>	<p><i>Zürcher Spitalliste 1998 Spitalliste Akutbereich (25. Juni 1997)</i></p> <p><i>Zürcher Spitalliste Psychiatrie (3. Dezember 1997)</i></p> <p>Zürcher Spitalliste 2001 (mit Änderung vom 4. Juni 2003)</p> <p>Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2000</p> <p>Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2005</p>
BE	<p>PriceWaterhouseCooper/Suter & Partner: Die Regelung des Inseleospitals im Spitalversorgungsgesetz, 2002</p> <p>Spitalversorgungsgesetz (SpVG) vom Grossen Rat beschlossen am 22. April 2004</p>	<p><i>Spitalplanung 1978</i></p> <p>A. Gebert, G. Latzel, G. Bartelt: Integrale Überprüfung des stationären Akut- und Langzeitbereiches IUSB 1992: Schlussbericht über alle Teilbereiche, BRAINS, Mai 1994</p> <p><i>K. Müller: Grundlagen für die bedarfsgerechte rehabilitative und geriatrische Versorgung im Kanton Bern. Die strategisch, methodisch und instrumentell relevanten Grundlagen, 1999</i></p> <p><i>Versorgungsplanerische Massnahmen im Spitalbereich, Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat vom 22. November 1999</i></p>	<p><i>Spitalliste 1998 des Kantons Bern (27. Oktober 1997) mit Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern</i></p> <p><i>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 23. Oktober 1996</i></p> <p><i>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 26. März 1997</i></p> <p><i>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 21. Januar 1998</i></p> <p><i>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG), Änderung vom 20. Mai 1998</i></p> <p><i>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG) Änderung. Anhang 2, Spitalliste 1999, 11. November 1998</i></p> <p>Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EV KVG) Anhang 1, Spitalliste des Kantons Bern, gültig ab 1. Januar 2004</p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
LU	<p>Verordnung über die Organisation und die Aufgaben der kantonalen Spitäler (Spitalverordnung) vom 15. Dezember 1998</p> <p>Erläuterungen zum Entwurf eines Spitalgesetzes, Dezember 2003</p>	<p><i>Planungsbericht des Regierungsrates an den Grossen Rat über die generelle Spitalplanung im Kt. Luzern für die nächsten zehn Jahre, vom 26. Juni 1992</i></p> <p><i>Strukturanalyse des Spitalwesens des Kt. Luzern vom 10. Juni 1997, Vorstudie (BSG Unternehmensberatung St. Gallen)</i></p> <p><i>Botschaft des Regierungsrates an den Grossen Rat zum Zwischenbericht IV über die Gesamtplanung der Psychiatrie im Kanton Luzern vom 17. Oktober 1995</i></p> <p>Rahmenkonzept Rehabilitation, 2002</p> <p>Versorgungsplanung Gesundheit für den Kanton Luzern, Bericht des Projektteams vom 3. Juni 2004</p>	<p><i>Spitalliste 1998 des Kantons Luzern und Beschluss des Regierungsrates des Kantons Luzern (16. Dezember 1997)</i></p> <p>Spitalliste des Kantons Luzern vom 16. Dezember 1997, revidiert am 22. November 2002</p>
UR	<p>Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der drei Kantonsspitäler Obwalden, Nidwalden und Uri (UNO-Spitäler) vom 23. Oktober 1998</p> <p>Gesetz über das Kantonsspital, vom 12. März 2000</p> <p>Grobleistungsauftrag 2004 bis 2007 für Kantonsspital Uri vom 12. März 2000</p> <p>Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri vom Dezember 2003</p>	<p><i>Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, August 1997</i></p>	<p><i>Spitalliste 1998 des Kantons Uri: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Uri vom 9. Dezember 1997</i></p>
SZ	<p>Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004</p>	<p><i>Departement des Innern des Kantons Schwyz: Spitalkonzeption des Kantons Schwyz und Leistungsaufträge für die Regionalspitäler 1995</i></p> <p><i>Departement des Innern des Kantons Schwyz: Spitalplanung 1997 / Überarbeitung und Weiterführung der Spitalkonzeption 1995</i></p> <p>Spitalplanungskonzept 2002 (SPK 2002)</p>	<p><i>Provisorische interkantonale Spitalliste (Februar 1996)</i></p> <p><i>Revidierte Spital- und Pflegeheimliste (16. Dezember 1997)</i></p> <p>Spitalliste 2001 des Kantons Schwyz, gültig ab 14. September 2001</p>
OW	<p>Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der drei Kantonsspitäler Obwalden, Nidwalden und Uri (UNO-Spitäler) vom 23. Oktober 1998</p> <p>Verselbständigung des Kantonsspitals per 1. Januar 2000 (Änderungen des Gesundheitsgesetzes und der Spitalverordnung vom 27. Mai 1999 und vom 26. Januar 2001)</p> <p>Zwischenbericht zur Spitalpolitik vom 15. Januar 2002</p>	<p><i>Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, August 1997</i></p>	<p><i>Spitalliste 1998 des Kantons Obwalden: Regierungsratsbeschluss vom 18. November 1997</i></p> <p>Spitalliste 1998 des Kantons Obwalden, Nachtrag vom 1. Juli 2003, in Kraft rückwirkend ab 1. Januar 2003</p>
NW	<p>Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der drei Kantonsspitäler Obwalden, Nidwalden und Uri (UNO-Spitäler) vom 23. Oktober 1998</p>	<p><i>Spitalplanung der Kantone Uri, Nidwalden und Obwalden, August 1997</i></p>	<p>Spitalplanung und Spitalliste 1998 des Kantons Nidwalden: Regierungsratsbeschluss vom 18. November 1997</p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
	Gesetz über das Kantonsspital (Spitalgesetz) vom 24. Mai 2001		
GL		<p><i>Sanitätsdirektion des Kt. Glarus: Spital- und Heimplanung des Kt. Glarus 1998 (Vernehmlassungsexemplar 1997)</i></p> <p><i>Sanitätsdirektion Kt. Glarus: Datenmaterial Spitalplanung 1998. Dezember 1999</i></p>	<p><i>Provisorische Interkantonale Spitalliste (08.1.1996)</i></p> <p><i>Revidierte Spital- und Pflegeheimliste (23.12.1997)</i></p>
ZG	<p><i>Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen: Sanitätsdirektion des Kt. Zug: Überprüfung der Finanzierung der Spitäler des Kt. Zug, Aarau, September 1992</i></p> <p><i>Spitalgesetz. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 6. April 1998. Vorlage Nr. 552.1</i></p> <p><i>Spitalgesetz vom 29. Oktober 1998. Vorlage Nr. 552.11</i></p> <p><i>Gesetz über das Kantonsspital. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 6. April 1998. Vorlage Nr. 553.1</i></p> <p><i>Gesetz über das Kantonsspital vom 27. August 1998. Vorlage Nr. 553.12</i></p> <p><i>Kantonsratsbeschluss betreffend Rahmenkredit für die Planung und Realisierung des Zentralspitals mit Option Pflegeheim. Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 18. August 1998, Vorlage Nr. 585.2</i></p> <p><i>Gesetz über das Zentralspital, 25. März 1999</i></p>	<p><i>Spitalplanung für den Kanton Zug. Bericht und Antrag der Arbeitsgruppe Spitalplanung an den Regierungsrat vom 18. Februar 1985</i></p> <p><i>Die bedarfsgerechte Spitalversorgung im Kanton Zug, Juni 1996, basierend auf der Spitalplanung 1992 und den Kenn-daten 1995 (Tabellen)</i></p> <p><i>Versorgungskonzept 2000. Zusammenfassung der Resultate und Empfehlungen. 21. November 1996</i></p> <p><i>Sanitätsdirektion des Kantons Zug und Lead Consultant AG (Projektleiter: H. Erni) Zürich/Bern/Tübingen: Zentralspi-tal Kanton Zug. Leistungsmodell, Betriebskonzept, Raum-programm. 21. April 1998</i></p>	<p><i>Krankenanstalten – Spitalliste für die stationäre ausserkantonale Spitalversorgung: Regierungsratsbeschluss vom 16.12.1997</i></p> <p><i>Krankenanstalten – Spitalliste gemäss KVG (ohne stationäre kantonale Akutversorgung): Antrag der Sanitätsdirektion an den Regierungsrat (Varianten A und B)</i></p> <p><i>Krankenanstalten – Spitalliste gemäss KVG (ohne stationäre kantonale Akutversorgung): Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zug vom 19.12.1995 (mit Spitalliste im Anhang)</i></p> <p><i>Krankenanstalten – Spitalliste für die stationäre kantonale Akutversorgung: Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zug vom 2.7.1996</i></p>
FR		<p><i>Spitalplanung 1987</i></p> <p><i>Pierre Gilliland: Canton de Fribourg. Système de santé: Les "besoins" en lits hospitaliers et d'hébergement médico-social. Maraçon 1994</i></p> <p><i>Planification hospitalière. Rapport du conseil d'Etat du canton de Fribourg. Fribourg, août 1997</i></p> <p><i>Schlussbericht der Spitalplanungskommission mit Richt-plan für die Neuorganisation des Spitalnetzes, März 1997</i></p> <p><i>Rapport de la commission chargée d'élaborer des propositions sur l'avenir du traitement en milieu hospitalier de la population du district du Lac, Juillet 2002</i></p> <p><i>Rapport H Focus: Prise en charge médico-hospitalière de la population du district du Lac, Canton de Fribourg. 15 septembre 2003</i></p>	<p><i>Liste des hôpitaux du canton de Fribourg. Arrêté du Conseil d'état du 16 décembre 1997</i></p> <p><i>Liste des hôpitaux situées hors du canton de Fribourg. Arrêté du Conseil d'Etat du 16 décembre 1997</i></p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
SO	<p>Überführung des Bezirksspitals Thierstein, Breitenbach, in ein Kompetenzzentrum für das Alter. Botschaft und Entwurf des Regierungsrates an den Kantonsrat von Solothurn vom 20. Mai 2003, RRB Nr. 2003/932</p> <p>Analyse zusätzlicher Varianten der Spitalversorgung in der Spitalregion Solothurn-West; Variantenentscheid. Botschaft und Entwurf des Regierungsrates an den Kantonsrat von Solothurn vom 26. Januar 2004, RRB Nr. 2004/230</p> <p>Spitalgesetz. Kantonsratsbeschluss vom 12. Mai 2004. RG 112/2003</p>	<p><i>Grundlagen und Empfehlungen zum gesundheitspolitischen Leitbild des Kantons Solothurn. Gutachten im Auftrag der Regierung des Kantons Solothurn. PD Dr. Jürg H. Sommer; Mitarbeit: Thomas Schaub, Dr. Iwan Borer, Brigitte Ritschard-Ulrich, Kuno Sommer, Basel, März 1986</i></p> <p><i>Grundlagen und Empfehlungen zum gesundheitspolitischen Leitbild des Kantons Solothurn. Zusammenfassung der Vernehmlassung zum Bericht Sommer. Bereinigte Fassung. Hrsg. Sanitätsdepartement des Kt. Solothurn, Dezember 1986</i></p> <p>Bericht der vom Regierungsrat eingesetzten Projektgruppe: Gesundheitspolitisches Konzept. Solothurn, 30. November 1992. Vom Regierungsrat am 6. April 1993 genehmigt. (+ Anhänge - Sonderband)</p>	<p><i>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 29. April 1996 (Nr. 1024): Spitalliste gemäss Art. 39, Abs. 1 KVG (berichtigte Ausfertigung)</i></p> <p><i>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 24. Juni 1997 (Nr. 1514): Planbettenbestand Akutabteilungen der Solothurner Spitäler</i></p> <p><i>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 8. April 1997 (Nr. 825): Neudefinition der Aufgaben der Spital-Langzeitpflege, Festlegen der Bettenkapazitäten sowie der Finanzierung</i></p>
BS BL		<p><i>Gemeinsame Spitalplanung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Evaluation des Angebotes 1995</i></p> <p><i>Erläuterungen der Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Spitalplanung, zur Restrukturierung des Spitalangebots und zur Spitalliste, November 1997</i></p>	<p>Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft somatische Akutmedizin per 1. Januar 1998 (vom 5. November 1997)</p> <p><i>Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft somatische Akutmedizin per 1. Januar 2003 (geändert durch RBB vom 4. Februar 2003)</i></p> <p><i>Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft somatische Akutmedizin per 1. Januar 2004 (geändert am 27. Januar 2004)</i></p>
BS	<p>Zwischenbericht zur Regionalen Spitalplanung, 2. KVG-Revision, stationären Versorgungsplanung im Kanton Basel-Stadt, Regierungsratsbeschluss vom 11. November 2003</p>	<p><i>Psychatriekonzept. Leitbild für die Psychiatriereform im Kanton Basel-Stadt. Hrsg. Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt, März 1990</i></p> <p><i>Konzept Palliativmedizin Basel-Stadt, Mai 1998</i></p> <p><i>Bericht zur Restrukturierung der stationären Rheumatologie Basel-Stadt, Juni 1998</i></p> <p><i>Bericht Stationäre Rehabilitation Traumatologie/Orthopädie, Juni 1998</i></p> <p>Bericht des Sanitätsdepartements Basel-Stadt zum Stand der Umsetzung der Spitalplanung und den Änderungen in den Spitallisten per 1. Januar 1999</p>	<p><i>Spitalliste für den Kanton Basel-Stadt per 1. Januar 1998: Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Spezialangebote (Fassung vom 5. November 1997)</i></p> <p>Spitalliste für den Kanton Basel-Stadt per 1. Januar 1998: Rehabilitation, Geriatrie, Psychiatrie, Spezialangebote per 1. Januar 2003 (geändert durch RBB vom 1. April 2003)</p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
BL		<p><i>Altersprojektionen 1996-2020 des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft, September 1998 (Anhang 2). Kennzahlen und Finanzierungselemente (Anhang 3).</i></p> <p><i>Bericht der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion zum Stand der Umsetzung der Spitalplanung und den Änderungen in den Spitallisten per 1. Januar 1999</i></p> <p>Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL), Vorlage vom Regierungsrat an den Landrat, vom 4. November 2003</p>	<p>Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft Psychiatrie, Geriatrie, Rehabilitation, Spezialkrankenhäuser, ausserkantonale Vertragsspitäler und Angebote im Zusatzversicherungsbereich, Fassung vom 16. Dezember 2003 (GS 34.1352), in Kraft seit dem 1. Januar 2004</p>
SH	Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen an den Grossen Rat betreffend Schaffung eines Spitalgesetzes, 20. Mai 2003	<p><i>Bericht über die Aktualisierung der Spital- und Heimplanung, genehmigt durch den Regierungsrat am 23. Dezember 1997</i></p> <p>Bericht und Antrag des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen an den Grossen Rat betreffend den Erlass von zwei Dekreten über die Organisation der kantonalen Krankenanstalten, vom 20. August 2002</p>	<p><i>Verordnung über die Zulassung von Spitälern und Heimen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995 (Vorläufige Spital- und Heimliste)</i></p> <p><i>Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen vom 23. Dezember 1997 zur Spital- und Heimplanung/ Spital- und Heimliste</i></p> <p>Verordnung über die Zulassung von Spitälern und Heimen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung vom 1. Juli 2002, geändert gemäss RBB vom 11. Juni 2002</p>
AR	<p>Gesetz über die öffentliche Krankenpflege (Krankenpflegegesetz) vom 12. März 2000</p> <p>Verordnung über den Betrieb des Spitalverbundes AR (Betriebsverordnung) vom 8. Juni 2000</p>	<p><i>Spitalplanung 1989</i></p> <p><i>Kanton Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsdirektion: Spitalplanung / Spitalliste gemäss Art. 39 KVG, Somatische Versorgung, Psychiatrische Versorgung, Herisau, 28. Februar 1997</i></p>	<p><i>Kanton Appenzell Ausserrhoden, Gesundheitsdirektion: Spitalliste 1997 gemäss Art. 39 KVG</i></p>
AI	<i>Spitalgesetz vom 27. April 2003</i>	<p><i>Spitalplanung des Kantons Appenzell-Innerrhoden 1997 – 2010, 19. Dezember 1997</i></p> <p>Verordnung über das Spital- und Pflegeheim Appenzell (Spitalverordnung) vom 23. Juni 2003</p>	<p><i>Provisorische Spital- und Pflegeheimliste, 19. Dezember 1995</i></p> <p><i>Revidierte Spital- und Pflegeheimliste, 16. Dezember 1997</i></p>
SG	<p>Botschaft und Entwürfe der Regierung vom 8. Januar 2001: Grossratsbeschluss über die Schaffung von Spitalverbänden und Nachtragsgesetz zum Gesundheitsgesetz</p> <p>Gesetz über die Spitalverbände vom 22. September 2002</p>	<p><i>Spitalplanung 1985: vom Regierungsrat am 17. Dezember 1985 verabschiedet. Nr. 55 der Schriftenreihe "Der Kt. St. Gallen heute und morgen"</i></p> <p><i>Leitbild Gesundheit: Bericht des Regierungsrates vom 15. Dezember 1992. Nr. 59 der Schriftenreihe "Der Kanton St. Gallen heute und morgen"</i></p> <p><i>Leitbild Gesundheit: Zusatzbericht des Regierungsrates vom 18. Januar 1994.</i></p>	<p>Spitalliste des Kantons St. Gallen per 1. Januar 1996 (provisorisch)</p> <p><i>Regierungsbeschluss über die Spitalliste vom 24. Juni 1997</i></p> <p><i>Spitalliste des Kantons St. Gallen und Erläuterungen zur Spitalliste (Dokument vom 28. Juni 1997)</i></p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
		<p><i>Rehabilitationskonzept für den Kt. St. Gallen, verabschiedet vom Regierungsrat am 16. August 1994</i></p> <p><i>Spitalplanung 1995, Nr. 61 der Schriftenreihe "Der Kt. St. Gallen heute und morgen"</i></p> <p><i>Gesundheitsdepartement des Kt. St. Gallen: Kennzahlen der St. Gallischen Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken 1997. Mai 1998</i></p> <p>Leitbild Gesundheit vom 22. Mai 2002, Nr. 14 der Schriftenreihe „Der Kanton St. Gallen heute und morgen,“</p> <p>Spitalplanung des Kantons St. Gallen: Kinder- und Jugendpsychiatrie, 11. Dezember 2002</p>	<p>Spitalliste des Kantons St. Gallen: Kinder- und Jugendpsychiatrie, 11. Dezember 2002</p>
GR	<p><i>Bericht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen des Kantons Graubünden. Botschaft der Regierung an den Grossen Rat, Heft Nr. 3/1998-1999</i></p>	<p><i>Spitalplanung des Kantons Graubünden: Regierungsbeschluss vom 9. Dezember 1997 und Spitalplanung des Kantons Graubünden 1997</i></p> <p><i>Spitalplanung des Kantons Graubünden: Methodik der Planung</i></p> <p>Spitalplanung des Kantons Graubünden 2002, Juni 2002</p>	<p><i>Spitalliste 1998 des Kantons Graubünden: Regierungsbeschluss vom 9. Dezember 1997 und Spitalliste</i></p> <p>Spitalliste des Kantons Graubünden 2002, Juni 2002</p>
AG	<p>Spitalgesetz vom 25. Februar 2003, in Kraft seit dem 1. Januar 2004</p>	<p><i>Planungskonzept Psychiatrie, genehmigt durch den Grossen Rat am 13. Oktober 1992</i></p> <p><i>Spitalkonzeption 2005, Beschluss des Grossen Rates vom 16. August 1994, angepasst 1997</i></p> <p><i>Regierungsrat des Kanton Aargau: Rehabilitationskonzept des Kantons Aargau, 1998, Beilage zur Botschaft 98.02275</i></p> <p>Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) , Fassung für das Vernehmlassungsverfahren, 20.10.2004</p>	<p><i>Protokoll des Regierungsrates vom 24. September 1997: Verabschiedung der Spitalliste und Auftrag an das Gesundheitsdepartement</i></p> <p><i>Spitalliste für den Kanton Aargau, gültig ab 1. Januar 1998</i></p>
TG	<p><i>Botschaft zu einem Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten (Spitalverbund) und zu einem Beschluss des Grossen Rates über die Verselbständigung der IV-Betriebe Münsterlingen, Frauenfeld, 23. Juni 1998</i></p> <p>Gesetz über den Verbund der kantonalen Krankenanstalten (Spitalverbund) vom 10. Februar 1999, in Kraft seit dem 1. Januar 2000</p>	<p><i>Planung der stationären Gesundheitsversorgung des Kantons Thurgau 1998 (HealthEcon)</i></p> <p><i>Spitalplanung 1998, vom Regierungsrat genehmigt am 9. Dezember 1997</i></p>	<p><i>Provisorische Spital- und Heimliste 1996 vom 19. Dezember 1995</i></p> <p><i>Regierungsrat des Kantons Thurgau, Protokoll vom 11. März 1997: Vorläufiger Erlass zur Ergänzung der provisorischen Spital- und Pflegeheimliste</i></p> <p><i>Spital- und Heimliste, erlassen am 9.12.1997</i></p> <p>Spitalliste, Stand: RBB vom 16. April 2002</p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
TI		<p>Pianificazione ospedaliera cantonale. Ente ospedaliero cantonale; rapporto dicembre 1984</p> <p>Dipartimento delle opere sociali, sezione sanitaria: Il conto sanitario del cantone Ticino 1990, Gruppo di lavoro, Bellinzona, giugno 1992</p> <p><i>Dipartimento delle opere sociali, sezione sanitaria: Problèmes de financement dans le domaine de la santé publique suisse, Bellinzona le 7 décembre 1992</i></p> <p><i>Dipartimento delle opere sociali, sezione sanitaria: Valutazione della disponibilità e dell'adeguatezza del fabbisogno in posti letti per ammalati acuti nel cantone Ticino. Pianificazione del fabbisogno ospedaliero globale in letti acuti per il Cantone, Bellinzona, luglio-ottobre 1994</i></p> <p><i>Consiglio di Stato, Dipartimento delle opere sociali: Cantone Ticino: Pianificazione ospedaliera e elenco degli stabilimenti sanitari, Bellinzona, 16 dicembre 1997</i></p> <p>Consiglio di Stato, Dipartimento delle opere sociali: Pianificazione ospedaliera ed elenco degli stabilimenti sanitari, Bellinzona, 19 giugno 2001</p>	<p>Decreto esecutivo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie di base (art. 39 LAMal)</p> <p>Elenco istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal), elenco approvato il 20 giugno 2001</p>
VD	<p><i>Département de l'Intérieur et de la santé publique. Rapport NOPS Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire; Rapport sur la situation sanitaire et la réforme du financement des établissements d'intérêt public. Texte explicatif et projet de loi modifiant la loi de 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public, juin 1997</i></p> <p><i>Décision commune de collaboration Vaud-Valais pour les hospitalisations en soins aigus et en psychiatrie dans le Chablais valaisan et vaudois</i></p> <p><i>Convention pour l'hôpital du Chablais (HDC) et la libre circulation des patients valaisans et vaudois du 7 octobre 1997</i></p> <p>Rapport périodique sur l'avancement de la réforme NOPS, Etat qu 30 septembre 2003</p> <p>Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique sanitaire, Mars 2004, adopté par le Conseil d'État à Lausanne le 18 décembre 2003</p>	<p><i>Côté patients, côté médecins. Un scénario de démographie médicale dans le secteur ambulatoire (Vaud 1985-2015). Service cantonal de recherche et d'information statistiques, Décembre 1989</i></p> <p><i>Canton de Vaud, Service de la santé publique et de la planification sanitaire. L'évolution de la démographie médicale et ses enjeux. Rapport final de la Commission pour l'étude de l'augmentation de la densité médicale dans le canton de Vaud, Lausanne, avril 1989</i></p> <p>Canton de Vaud, Service de la santé publique et de la planification sanitaire. Étude sur la pédiatrie vaudoise. Compte rendu du rapport de la Commission d'Étude, Lausanne, avril 1990</p> <p><i>Document de travail: Carte hospitalière – horizon 2005, éléments techniques, octobre 1993</i></p> <p><i>Rapport au Conseil d'État du group de travail : Liste LAMal 1998 des hôpitaux du canton de Vaud. Rapport adopté par le Conseil d'État du canton de Vaud le 10 décembre 1997 à Lausanne</i></p>	<p><i>Arrêté du 10 décembre 1997 édictant la liste 1998 des hôpitaux du canton de Vaud</i></p> <p>Annexes, 30 avril 2001, annexe 2: missions général des membres affiliés</p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
	Politique sanitaire du Canton de Vaud: Stratégie du Conseil d'État 2003-2007. Service de la santé publique du canton de Vaud, sanimédia, information en santé publique, décembre 2003	<p><i>Annexes au rapport sur la liste LAMal: Annexe 1: Résumé du rapport technique: Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005. SCRIS, mars 1997</i></p> <p><i>Annexe 2: Interpolation des perspectives 1995–2005</i></p> <p><i>Annexe 3: Démarche d'examen à l'admission sur la liste hospitalière vaudoise.</i></p> <p><i>Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005: actualisation des résultats de l'étude 1997. SCRIS, septembre 1998</i></p> <p><i>Perspectives des besoins en lits hospitaliers A et B dans le canton de Vaud à l'horizon 2005 et extrapolation pour 2010 et 2015. SCRIS, août 2000.</i></p>	
VS	<p><i>Décision commune de collaboration Vaud-Valais pour les hospitalisations en soins aigus et en psychiatrie dans le Chablais valaisan et vaudois</i></p> <p><i>Convention pour l'hôpital du Chablais (HDC) de la libre circulation des patients vaudois et valaisans du 7 octobre 1997</i></p>	<p><i>Canton du Valais: Étude sur l'allocation des ressources hospitalières. Établissements des soins aigus. Institut suisse de la santé publique, septembre 1992</i></p> <p><i>Canton du Valais: Organisation hospitalière du canton du Valais. Dominique Hausser, en collaboration avec Héléne Giacobino, Janine Moser, Jean-Claude Rey. Août 1992, Institut suisse de la santé publique, septembre 1992</i></p> <p><i>Gesundheitsdepartement des Kantons Wallis: "Walliser Spitalkonzept", Dezember 1996</i></p> <p><i>Hervé Guillain, Jean-Claude Rey: Revision der Bettennorm im Akutpflegebereich, Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen, Lausanne, Dezember 1996</i></p> <p><i>Richtlinien der Gesundheits- und Spitalplanung, 2000</i></p> <p><i>Kanton Wallis, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Dienststelle für Gesundheitswesen: Spitalkonzept 2004, Januar 2004</i></p>	<p><i>Spitalliste (Auszug aus dem Protokoll der Sitzungen des Staatsrates), 18.12.1996</i></p> <p><i>Spitalliste 2004, Kapitel 15 des Spitalkonzepts 2004</i></p>
NE		<p><i>Rapport de planification 26 août 1987</i></p> <p><i>Rapport de planification 28 septembre 1992</i></p> <p><i>Rapport de planification, 15 février 1995 (Révision)</i></p> <p><i>La santé publique dans le canton de Neuchâtel en 1996. Rapport préparé par le Service de la santé publique.</i></p> <p><i>Rapport "Éléments de base pour la planification sanitaire cantonale", décembre 1997</i></p>	<p><i>Arrêté du Conseil d'État du 18 février 1998 fixant la liste des hôpitaux sis en dehors du canton de Neuchâtel</i></p> <p><i>Arrêté du Conseil d'État du 22 décembre 1997 fixant la liste cantonale des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en application de l'article 39 LAMal</i></p> <p><i>Liste LAMal neuchâteloise des hôpitaux: annexe à l'arrêté du Conseil d'État du 22 décembre .1997</i></p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
		<p><i>République et canton de Neuchâtel: Planification sanitaire, santé 21. Concept d'organisation 1998 – 1999</i></p> <p><i>République et canton de Neuchâtel, Service de la santé publique: Planification sanitaire cantonale, "Santé 21". Rapport intermédiaire, décembre 1998</i></p> <p><i>Synergies et redéploiement de la psychiatrie dans le canton de Neuchâtel, Rapport intermédiaire v 4.1, 17 octobre 2003</i></p>	<p><i>Arrêté complémentaire fixant la liste cantonale 1998 des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en application de l'article 39 LAMal du 30 juin 1998</i></p> <p><i>Arrêté complémentaire fixant la liste des hôpitaux sis en dehors de canton de Neuchâtel du 12 août 1998</i></p> <p><i>Arrêté complémentaire fixant la liste cantonale 1998 des hôpitaux et des établissements médico-sociaux en application de l'article 39 LAMal du 23 septembre 1998</i></p> <p><i>Annexe à l'arrêté du 15 décembre 1999 fixant la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux du canton de Neuchâtel</i></p>
GE		<p><i>Rapport de synthèse du chargé de mission de la planification hospitalière et sanitaire. Département de la prévoyance sociale et de la santé publique. Planification hospitalière et sanitaire. Auteur: Louis Emmenegger, secrétaire général chargé de mission- Genève, juin 1991</i></p> <p><i>P. Gilliand, M. Erismann: Le Rapport Gilliand sur le système de santé genevois. Genève, Direction de la santé publique 1996 (Les cahiers de la santé No. 7)</i></p> <p><i>Arthur Andersen: Audit global de l'État de Genève. Analyse détaillée, Genève 1996</i></p> <p><i>Planification qualitative du système de santé genevois: Rapport 1: Les domaines d'actions prioritaires et la réforme du système de santé, No. 9.1, janvier 1998</i></p> <p><i>Planification qualitative du système de santé genevois: Rapport 2: La santé de Genevois et le système de santé selon les 38 buts de l'OMS, No. 9.2, janvier 1998</i></p> <p><i>Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique de la santé et sur la planification sanitaire 1998 – 2001, 27 août 1997. (Rapport Gilliand sur le système de santé genevois, 1996, voir pp. 61 – 83 du rapport)</i></p> <p><i>La planification sanitaire 1998 – 2001</i></p> <p><i>Rapport de la Commission conjointe des affaires sociales et de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la politique sanitaire (1998 – 2001) RD 281-A, 3 septembre 1998</i></p>	<p><i>Arrêté du Conseil d'État du 15 décembre 1997, déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)</i></p> <p><i>Arrêté du Conseil d'État du 21 janvier 2004, déterminant la liste des hôpitaux admis par le canton de Genève au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)</i></p>

Kanton	Spitalpolitik	Spitalplanung/Planungsberichte	Spitallisten
		Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010, 16 avril 2003, RD 483	
JU		<i>Département de la santé, des affaires sociales et de la police de la république et Canton du Jura: Plan sanitaire, automne 1997</i> <i>République et Canton du Jura: Plan sanitaire 1998. Message du Gouvernement au Parlement, 19 août 1998</i> Mise en oeuvre du plan hospitalier: Annexes au Rapport 20 novembre 2003 à l'intention du Groupe d'observation et de suivi. Annexe 1: Plan hospitalier jurassien du 26 juin 2002	Liste des hôpitaux et des EMS, 19 décembre 1997 Mise en oeuvre du plan hospitalier: Annexes au Rapport 20 novembre 2003 à l'intention du Groupe d'observation et de suivi. Annexe 2: Répartition des lits et localisation des unités de soins de l'Hôpital du Jura (20 août 2003)

Legende:

Spitalpolitik

Spitalplanung/Planungsberichte

Spitallisten

Berichte/Gesetze/Projekte zur Organisation, Finanzierung und staatlichen Steuerung des Spitalwesens

Grundlagenstudien/Berichte, welche der Ermittlung und Prognose des Versorgungsbedarfs im stationären Sektor dienen

Spitallisten gemäss Art. 39 KVG

kursiv gedruckte Einträge

normal gedruckte Einträge

in Rothenbühler (1999a) erwähnt

eigene Ergänzungen/Aktualisierungen

Fragebogen zur kantonalen Spitalplanung

Hinweise zum Ausfüllen:

- Der Fragebogen unterscheidet zwischen der **Spitalplanung**, verstanden als Prozess zur Ermittlung des stationären Versorgungsbedarfs, und der **Spitalliste** gemäss Art. 39 KVG, welche die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen stationären Versorgungskapazitäten bezeichnet.
- Die Fragen beziehen sich ausschliesslich auf die **Akutversorgung**, die **Rehabilitation** und die **Psychiatrie**. Die Pflegeheimplanung und -listen sind **nicht** Gegenstand der Befragung. Bei spezifischen Fragen zu den einzelnen Versorgungsbereichen wird zwischen diesen unterschieden. Wird generell von "Spitalplanung" oder "Spitalliste" gesprochen, beziehen sich die Fragen gesamthaft auf alle drei Bereiche.
- Wenn bei offenen Fragen der für die Antwort vorgesehene Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes für die Fortsetzung. Bitte geben Sie dabei jeweils die Nummer der Frage an, auf die sich die Antwort bezieht.
- Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne eine elektronische Version des Fragebogens zu.

Mit dem frankierten Antwortcouvert senden an:

Büro Vatter
Politikforschung & -beratung
Gerberngasse 27
3011 Bern

Rücksendetermin: 28. Mai 2004

Einleitende Angaben

Die Antworten beziehen sich auf den Kanton

Adresse für Rückfragen:

.....

Telefon für Rückfragen:

Für Fragen zum Fragebogen

Christian Rüfli
Büro Vatter
Politikforschung & -beratung
Gerberngasse 27
3011 Bern
Tel. 031 312 92 66
ruefli@buerovatter.ch

Für Fragen zum Forschungsprojekt

Marie-Thérèse Furrer
Sektion Tarife und Leistungserbringer
Bundesamt für Gesundheit
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031 323 70 68
marie-therese.furrer@bag.admin.ch

1. Fragen zum Hintergrund und der Handhabung der kantonalen Spitalplanung

1.1 Hat Ihr Kanton schon vor Inkrafttreten des KVG 1996 eine Spitalplanung betrieben?

	ja	nein
Akutversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.2 Hat das Inkrafttreten des neuen KVG 1996 zu Anpassungen der bereits bestehenden kantonalen Spitalplanung geführt?

- ja nein nicht bekannt

1.3 Ist die Spitalplanung mit einer grösseren Rahmenplanung (z.B. Gesundheitsplanung) verknüpft oder in ein Rahmenkonzept eingebettet?

- ja, Gesundheitsplanung bzw. Gesundheitskonzept
 ja, andere Rahmenplanung:
 nein → **weiter zu Frage 1.5**

1.4 Wenn ja, seit wann?

- bereits vor Inkrafttreten des KVG 1996
 nach Inkrafttreten des KVG, seit

1.5 Wer ist in Ihrem Kanton für die Erstellung der Spitalplanung zuständig?

.....

1.6 Werden die folgenden Akteure in den Planungsprozess einbezogen, und in welcher Form?

	aktive Mitwirkung an der Planung	Stellungnahme zur erfolgten Planung	andere Form des Einbezugs
öffentliche Spitäler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
private Spitäler mit öff. Subventionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
private Spitäler ohne öff. Subventionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenversicherer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärzteschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kantonsparlament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemeinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Kantone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevölkerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.7 Erfolgt **bei der Bedarfsermittlung für die Spitalplanung** eine Zusammenarbeit mit anderen Kantonen? Wenn ja: Welche Kantone sind an dieser Zusammenarbeit beteiligt?

	nein	ja	beteiligte Kantone
Aktbereich ¹ :			
Grundversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spezialisierte Versorgung (Zentrumsversorgung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hochspezialisierte Versorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.8 Auf welche Zielgrössen bezieht sich die Spitalplanung? (*mehrere Antworten möglich*)

	Akutversorgung	Rehabilitation	Psychiatrie
Spitalabteilungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anzahl verfügbare Betten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medizinische Leistungen/Leistungsbereiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnosegruppen (DRG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
medizinisch-technische Geräte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere:			

1.9 Wer entscheidet abschliessend über die Spitalplanung?

- Kantonale Gesundheitsbehörde (Verwaltung)
- Kantonsregierung
- Kantonsparlament
- andere:

1.10 Bei welchen Gelegenheiten ist eine Überarbeitung der Spitalplanung vorgesehen?

- Akutversorgung periodisch, alle Jahre
andere:
- Rehabilitation periodisch, alle Jahre
 andere:
- Psychiatrie periodisch, alle Jahre
 andere:

1.11 War **seit Inkrafttreten des KVG 1996** die Spitalplanung in Ihrem Kanton jemals Gegenstand parlamentarischer Vorstösse und Debatten?

- ja
- nein
- nicht bekannt

¹ Zur Abgrenzung vgl. Beiblatt "Beispiel für die Definition von Versorgungsstufen" gemäss Anhang C2 (S. 33) der Empfehlungen der SDK zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG vom 3. Mai 2002.

1.12 War *seit Inkrafttreten des KVG 1996* die Spital*planung* Gegenstand von Konflikten zwischen oder unter Spitälern, den Kantonsbehörden, Versicherern und allenfalls anderen Akteuren?

- nein → *weiter zu Frage 1.17* ja

1.13 Wenn ja, welches waren die Hauptakteure dieser Konflikte?

.....
.....
.....

1.14 Welches waren die hauptsächlichen Konfliktpunkte?

.....
.....
.....

1.15 Wie wurden diese Konflikte geregelt (Entscheidungsverfahren, Ergebnis)?

.....
.....
.....

1.16 Wie wirkten sich diese Konflikte auf die Spital*planung* (nicht die Spital*liste*) aus?

.....
.....
.....

1.17 Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen zu den Rahmenbedingungen der kantonalen Spitalplanung?

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu
Die Situation der Kantonsfinanzen ist eine wichtige Rahmenbedingung der Spitalplanung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kantone verfügen über einen grossen Handlungsspielraum bei der Spitalplanung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bestehen seitens des Bundes zu viele gesetzliche Auflagen zur Ausgestaltung der Spitalplanung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die bundesrätliche Rechtssprechung zur Spitalplanung engt den kantonalen Handlungsspielraum ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fehlen klare Vorgaben des Bundes zur Ausgestaltung der kantonalen Spitalplanung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Führungsautonomie der Spitäler engt den kantonalen Handlungsspielraum ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politischer Widerstand seitens der Spitäler oder der Bevölkerung engt den kantonalen Handlungsspielraum ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Fragen zur Erstellung und Ausgestaltung der Spitalliste

2.1 Nach welchen Kriterien wurden diejenigen Leistungserbringer bzw. Versorgungsangebote ausgewählt, die **auf der ersten rechtskräftigen Spitalliste** gemäss Art. 39 KVG figurieren? (*mehrere Antworten möglich*)

- Berücksichtigung von Mindestfallzahlen
- Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen
- Qualität der erbrachten Leistungen
- geographische Lage
- Möglichkeit zur Einbindung eines Anbieters im Rahmen eines Versorgungskonzepts
- Bereitschaft des Anbieters, Verpflichtungen wie Kapazität, Tarifschutz, Aufnahmezwang oder Notfallsicherheit auf sich zu nehmen
- andere
- keine Evaluation der Leistungserbringer bzw. Versorgungsangebote erfolgt

2.2 Sofern die erste Spitalliste gemäss Art. 39 KVG inzwischen überarbeitet wurde, nach welchen Kriterien wurden diejenigen Leistungserbringer bzw. Versorgungsangebote ausgewählt, die auf der neuen Spitalliste figurieren? (*Mehrere Antworten möglich. Sofern die Liste bereits mehrmals überarbeitet wurde, geben Sie bitte alle Kriterien an, die dabei jemals relevant waren.*)

- Berücksichtigung von Mindestfallzahlen
- Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen
- Qualität der erbrachten Leistungen
- geographische Lage
- Möglichkeit zur Einbindung eines Anbieters im Rahmen eines Versorgungskonzepts
- Bereitschaft des Anbieters, Verpflichtungen wie Kapazität, Tarifschutz, Aufnahmezwang oder Notfallsicherheit auf sich zu nehmen
- andere
- keine Evaluation der Leistungserbringer bzw. Versorgungsangebote erfolgt

2.3 Werden die folgenden Akteure in die Erstellung der Spitalliste einbezogen, und in welcher Form?

	aktive Mitwirkung bei Erstellung	Stellungnahme zur erarbeiteten Liste	andere Form der Mitwirkung
öffentliche Spitäler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
private Spitäler mit öff. Subventionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
private Spitäler ohne öff. Subventionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenversicherer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärzteschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kantonsparlament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemeinden (einzelne oder mehrere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Kantone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevölkerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4 Sofern die Spitalliste Ihres Kantons auch ausserkantonale Spitäler aufführt, bestehen mit diesen oder deren Trägerschaften bzw. Standortkantone vertragliche Vereinbarungen über die Spitalversorgung?

	in allen Fällen	in einzelnen Fällen	keine
Vereinbarung mit Standortkanton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vereinbarung mit Trägerschaft (wenn Trägerschaft ≠ Standortkanton)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vereinbarung mit Spital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gemeinsame Trägerschaft mit anderen Kantonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere:.....			

2.5 Kam es bei der Erstellung **der ersten Spitalliste gemäss Art. 39 KVG** in Zusammenhang mit der Berücksichtigung ausserkantonaler Versorgungsangebote zu Verhandlungen mit anderen Kantonen, Spitalträgerschaften oder Spitälern?

- nein à **weiter zu Frage 2.7**
- ja, mit
 - anderen Kantonen
 - ausserkantonalen Spitalträgerschaften (wenn Trägerschaft ≠ Kanton)
 - ausserkantonalen Spitälern

2.6 Wenn ja, wie verliefen diese Verhandlungen?

in allen Fällen	in der Mehrheit der Fälle	in der Minderheit der Fälle	in keinem Fall	
Es kam zu Konflikten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es kam zu einer Einigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.7 Sofern die erste rechtskräftige Spitalliste gemäss Art. 39 KVG inzwischen überarbeitet wurde, kam es dabei in Zusammenhang mit der Berücksichtigung ausserkantonaler Versorgungsangebote zu Verhandlungen mit anderen Kantonen, Spitalträgerschaften oder Spitälern?

- nein à **weiter zu Frage 2.9**
- ja, mit
 - anderen Kantonen
 - ausserkantonalen Spitalträgerschaften (wenn Trägerschaft ≠ Kanton)
 - ausserkantonalen Spitälern

2.8 Wenn ja, wie verliefen diese Verhandlungen?

in allen Fällen	in der Mehrheit der Fälle	in der Minderheit der Fälle	in keinem Fall	
Es kam zu Konflikten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es kam zu einer Einigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.3 Welche Arten von Massnahmen wurden in Ihrem Kanton **zur Umsetzung der ersten rechtskräftig erstellten Spitalliste** gemäss Art. 39 KVG ergriffen, und wer initiierte sie?

(Mehrere Antworten möglich. Bitte geben Sie nur diejenigen Massnahmen an, die direkt auf die kantonale Spitalliste zurückgehen. Es geht bei dieser Frage um die verschiedenen Massnahmentypen, nicht um die einzelnen Fälle. Bitte geben Sie eine Massnahme nur auf der obersten Aggregationsebene an. Bsp.: Bei Spitalschliessungen ist der daraus resultierende Abbau von Leistungsbereichen und Betten nicht mehr zu vermerken.)

Ebene 1: Spitäler		initiiert durch		mit Veränderung der Spitalträgerschaft?		mit Veränderung des Leistungsspektrums?	
		Kanton	Spital	ja	nein	ja	nein
ersatzlose Schliessung ganzer Spitäler (ohne Zweckumwandlung)	Akutversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Zusammenschluss von Spitälern an einem Standort	Akutversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusammenschluss von Spitälern an mehreren Standorten unter gemeinsamer Führung	Akutversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zweckumwandlung von Spitälern	Akutversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Rehabilitation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Psychiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Ebene 2: Medizinische Leistungsbereiche (Spezialitäten) in Spitälern (ohne gleichzeitige Veränderungen auf der Ebene der Spitäler)

Konzentration bzw. gemeinsame Nutzung von Leistungsbereichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ersatzloser Abbau von Leistungsbereichen an einzelnen Spitälern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausbau bestehender Leistungsbereiche an einzelnen Spitälern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlagerung von Leistungsbereichen innerhalb einzelner Spitäler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbau neuer Leistungsbereiche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ebene 3: Betten/Personal (wenn keine Veränderungen auf der Ebene der Spitäler oder der medizinischen Leistungsbereiche)

ersatzloser Abbau von Bettenkapazitäten einzelner Abteilungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erweiterung der bestehenden Bettenkapazitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ersatzloser Abbau von Personalstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schaffung neuer Personalstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Fragen zur Weiterentwicklung der Spitalplanung

4.1 Wenn Sie auf die Zeit zwischen 1996 und heute zurückblicken, sind die Spitalplanung und die Erstellung von Spitallisten einfacher oder komplexer geworden? Weshalb?

- einfacher geworden komplexer geworden

inwiefern/weshalb?.....
.....
.....

- keine Beurteilung möglich

4.2 Sind in Ihrem Kanton Bestrebungen (Projektarbeiten) zur Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung im Gang?

- ja nein

4.3 Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Ansicht nach zur Einführung einer leistungsorientierten Spitalplanung gegeben sein?

.....
.....
.....

4.4 Sind in Ihrem Kanton Bestrebungen (Projektarbeiten) im Gang, um die Spitalplanung mit anderen Versorgungsbereichen (ambulante Versorgung, Langzeit- und Heimpflege) zu verknüpfen?

- ja nein

4.5 Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Ansicht nach zur Einführung einer integrierten Versorgungsplanung, d.h. zur gemeinsamen Planung mehrerer Versorgungsbereiche gegeben sein?

.....
.....
.....

4.6 Sind in Ihrem Kanton Bestrebungen (Projektarbeiten) zur gemeinsamen Spitalplanung mit anderen Kantonen im Gang?

- nein à **weiter zu Frage 4.8** ja

4.7 Wenn ja, mit welchen Kantonen?

.....

4.8 Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Ansicht nach zur Einführung einer überkantonalen Spitalplanung gegeben sein?

.....
.....
.....

4.9 Sind in Ihrem Kanton andere Bestrebungen (Projektarbeiten) zur Weiterentwicklung der Spitalplanung im Gang?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.10 Wurden zwischen 1996 und heute in Ihrem Kanton öffentliche Spitäler verselbständigt?

nein → **weiter zu Frage 4.12** ja → wie viele Spitäler?

4.11 Falls ja, wie wirken sich diese Verselbständigungen auf die Spitalplanung aus? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich dadurch für diejenige Instanz, welche in Ihrem Kanton für die Spitalplanung zuständig ist?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.12 Welche Voraussetzungen müssten Ihrer Ansicht nach gegeben sein, um die Spitalplanung durch wettbewerbliche Alternativen zu ersetzen?

.....
.....
.....

5. Fragen zu den Kosten des stationären Bereichs

5.1 Die einzigen uns bekannten interkantonal vergleichbaren Zahlen zu den Ausgaben der Kantone im Spitalwesen sind die Angaben zum Nettofinanzbedarf der Kantone aus der Statistik der öffentlichen Finanzen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV). Diese Statistik weist für Ihren Kanton die folgenden Angaben aus (laufende Rechnung, ohne Investitionen):

Spitäler (Code 40 der funktionalen Gliederung; in CHF):

		nur Kanton		Kanton und Gemeinden	
1996:	1999:	1996:	1999:		
1997:	2000:	1997:	2000:		
1998:	2001:	1998:	2001:		

Psychiatrische Kliniken (Code 42 der funktionalen Gliederung; in CHF):

nur Kanton		Kanton und Gemeinden	
1996:	1999:	1996:	1999:
1997:	2000:	1997:	2000:
1998:	2001:	1998:	2001:

Wir sind darauf hingewiesen worden, dass diese Zahlen zur Akutversorgung und zur Psychiatrie teilweise von denjenigen der kantonalen Gesundheitsbehörden abweichen. Ist es Ihnen möglich, diese Abweichungen zu beziffern bzw. bereinigte Angaben zu machen?

- Die Angaben der EFV entsprechen denjenigen der kantonalen Gesundheitsbehörden.
- Es sind keine bereinigten Zahlen verfügbar.
- bereinigte Zahlen verfügbar → **bitte geben Sie uns diese an:**

Spitäler (Code 40 der funktionalen Gliederung):

nur Kanton				Kanton und Gemeinden			
1996	..... CHF	1999	..... CHF	1996	..... CHF	1999	..... CHF
1997	..... CHF	2000	..... CHF	1997	..... CHF	2000	..... CHF
1998	..... CHF	2001	..... CHF	1998	..... CHF	2001	..... CHF

Psychiatrische Kliniken (Code 42 der funktionalen Gliederung):

nur Kanton				Kanton und Gemeinden			
1996	..... CHF	1999	..... CHF	1996	..... CHF	1999	..... CHF
1997	..... CHF	2000	..... CHF	1997	..... CHF	2000	..... CHF
1998	..... CHF	2001	..... CHF	1998	..... CHF	2001	..... CHF

5.2 Wie hoch waren die Ausgaben Ihres Kantons für **ausserkantonale stationäre Behandlungen in Akutspitälern** (Code 40 der funktionalen Gliederung) in den Jahren 1996 bis 2003?

1996:	CHF	2000:	CHF
1997:	CHF	2001:	CHF
1998:	CHF	2002:	CHF
1999:	CHF	2003:	CHF

- Es sind keine Angaben zu den Kosten für ausserkantonale Behandlungen verfügbar.

5.3 Wie hoch waren die Ausgaben Ihres Kantons für **ausserkantonale stationäre Behandlungen in der Psychiatrie** (Code 42 der funktionalen Gliederung) in den Jahren 1996 bis 2003?

1996:	CHF	2000:	CHF
1997:	CHF	2001:	CHF
1998:	CHF	2002:	CHF
1999:	CHF	2003:	CHF

- Es sind keine Angaben zu den Kosten für ausserkantonale Behandlungen verfügbar.

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!