

Herausforderungen und Anforderungen  
an die  
Spitalplanungs- und Spitalisten-Prozesse  
nach KVG

Kurz-Analyse im Auftrag von Privatkliniken Schweiz, Bern

Küsnacht, 24. September 2019

## EXECUTIVE SUMMARY

Nach Art. 39 Abs. 1 des eidgenössischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sind Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), 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.

Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wurden unterschiedliche Erfahrungen mit der Erstellung kantonaler Spitalplanungen und Spitallisten gemacht. Da in vielen Kantonen die periodisch vorgesehene Überarbeitung dieser beiden Instrumente gerade begonnen hat oder kurz vor dem Beginn steht, werden im Rahmen dieser Arbeit die früheren Erfahrungen aus gesundheitsökonomischer Sicht analysiert.

Im Anschluss daran wird der Frage nachgegangen, welche absehbaren möglichen Herausforderungen für das schweizerische Gesundheitswesen zu beachten sind. Diese Erkenntnisse werden genutzt, um die anlässlich der Plenarversammlung vom 25. Mai 2018 verabschiedeten, revidierten Empfehlungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren zu analysieren. Dabei stellt sich heraus, dass die revidierten Empfehlungen insbesondere Aspekte der sich reduzierenden Halbwertszeit des medizinischen Wissens, der Digitalisierung und der damit verbundenen vermehrt geforderten Flexibilität (zu) wenig Rechnung tragen. Statische Betrachtungsweise, mangelnde interkantonale Abstimmungen in einem zunehmend interkantonalen Spital-Umfeld und Wettbewerbsverzerrungen sind weitere Punkte mit identifiziertem Verbesserungspotential.

Ausgehend von dieser Beurteilung werden Empfehlungen für zukünftige Spitalplanungen und Spitallisten-Prozesse formuliert, welche sich vermehrt am Ur-Gedanken des KVG orientieren und auf folgenden Grundsätzen basieren:

- Patientenorientierte Versorgungs-Qualität
- Wirtschaftlichkeit
- Flexibilität
- Wettbewerbsneutralität
- Innovative Spitalversorgung

Damit soll das hier vorliegende Dokument auf der Basis der heute gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen einen Beitrag leisten, wettbewerbsorientiertere Denkanstösse für die bevorstehenden Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozesse zur Verfügung zu stellen.

**INHALTSVERZEICHNIS**

	<u>Seite</u>
EXECUTIVE SUMMARY	2
1. Auftrag und Problemstellung	4
2. Methodik und Vorgehensweise	4
3. Aktuelle Rechtslage	5
4. Erfahrungen mit früheren Spitalplanungen und Spitallisten	11
5. Absehbare mögliche Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens	16
5.1. Herausforderung Alterung	16
5.2. Herausforderung medizinische Entwicklung	17
5.3. Herausforderung flexible Planungshorizonte	17
5.4. Herausforderung Verzerrungen der (finanziellen) Anreize	17
5.5. Herausforderung neue Informations- und Kommunikationsmittel	18
5.6. Zwischenfazit	19
6. Die aktuellen Empfehlungen der GDK	21
7. Empfehlungen für zukünftige Spitalplanungen und Spitallisten	27

## 1. Auftrag und Problemstellung

Viele Kantone haben in den vergangenen Wochen mit einem neuen Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozess begonnen oder stehen kurz davor. In den letzten Jahren sind im Rahmen der Diskussionen um Spitallisten-Entscheidungen insbesondere folgende Fragen verschiedentlich diskutiert worden:

- Was bedeutet Versorgungsrelevanz?
- Welche Dimensionen sind dabei zu berücksichtigen?
- Welche Unterschiede ergeben sich zum Status Quo?
- Welche Empfehlungen ergeben sich daraus für Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozesse?

Diesen Fragen soll im Rahmen einer Kurz-Analyse nachgegangen werden.

## 2. Methodik und Vorgehensweise

Zur Aufgabenerfüllung werden in einem ersten Schritt die aktuelle Rechtslage, ausgewählte Erfahrungen mit den in der Vergangenheit erfolgten Spitalplanungs- und Spitallisten-Arbeiten und absehbare mögliche Herausforderungen im schweizerischen Gesundheitswesen dargestellt. An den Herausforderungen und der (Un-) Zeitgemässheit der bisherigen Ansätze gilt es letztlich zu beurteilen, ob und wenn ja wie die anvisierten Überarbeitungen der kantonalen Spitalplanungen und Spitallisten nach KVG zukunftsorientiert ausgestaltet werden müssen.

In einem zweiten Schritt sollen die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung auf dem Hintergrund der bisher gemachten Ausführungen überprüft werden.

Ausgehend von diesen Analyseschritten werden in einem weiteren Teil einige Grundsätze formuliert, welche den bisher gemachten Ausführungen und der dort festgestellten Handlungsbedarfe Rechnung zu tragen vermögen. Ziel dieser Ausführungen soll es nicht sein, fixfertige Rezepte, sondern Ansatzpunkte zu liefern, an denen die für Spitalplanung und Spitalliste verantwortlichen Kantone sich bei der Konkretisierung ihrer jeweiligen Spitalplanungen und Spitallisten orientieren können.

### 3. Aktuelle Rechtslage

Nach Art. 39 Abs. 1 KVG sind Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), 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.

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen; die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. (Art. 49 Abs. 1 KVG)

Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechneten Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen wie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest. (Art. 49 Abs. 2 KVG)

Für somatische Akutspitäler kommen Diagnosis Related Groups (DRGs) zur Anwendung, welche ausgehend von den German DRGs entwickelt wurden (sogenannte SwissDRGs).

Unterschieden wird zwischen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Spitälern durch Spitalliste bzw. durch Vertrag. Setzt ein Kanton ein Spital auf die Spitalliste, so hat die öffentliche Hand die Leistungen im Rahmen des gewährten Leistungsauftrags mitzufinanzieren. Der Krankenversicherer untersteht in diesem Fall dem Vertragszwang und hat seinen Anteil zu bezahlen. Spitäler, welche mit ihrem Leistungsspektrum nicht oder unvollständig auf die Spitalliste gesetzt werden, haben die Möglichkeit, im Rahmen der OKP mit einzelnen Versicherern Verträge abzuschliessen. In diesem Fall bezahlt der Versicherer den vereinbarten Preis, die öffentliche Hand leistet dazu keine Beiträge. Die Versicherer dürfen dabei nach Art. 49a Abs. 4 KVG zu Lasten der OKP höchstens ihren für die betreffenden Kantonseinwohner geltenden Vergütungsanteil übernehmen. Der Anteil, welcher in den Listenspitälern auf die Kantone entfällt, muss demnach von den Versicherten bzw. einer Zusatzversicherung übernommen werden.

Der Anteil der Kantone bei Listenspitälern beträgt mindestens 55 Prozent der Pauschale. In diesem Anteil sind die Investitionsamortisationen enthalten.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (insbesondere Forschung und universitäre Lehre sowie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen) sind von der öffentlichen Hand oder anderen Dritten, aber nicht vom Krankenversicherer zu finanzieren.

Die vom Bundesrat im Oktober 2008 verabschiedete Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) formuliert in Art. 58a den Grundsatz, dass die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder in einem Geburtshaus sowie die Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone umfasst, die die Planung erstellen. Die Kantone haben ihre Planung periodisch zu überprüfen.

Art. 58b bestimmt, dass die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln. Sie stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Abs. 1). Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2). Sie bestimmen das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste nach Art. 58e KVG zu sichern ist, damit die Versorgung gewährleistet ist. Dieses Angebot entspricht dem nach Absatz 1 ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Absatz 2 ermittelten Angebots (Abs. 3).

Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone gemäss Art. 58b Abs. 4 KVV insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist, die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags nach Art. 58e KVV. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität, im Spitalbereich die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien.

Nach Art. 58c KVV erfolgt die Planung für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert, für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen, für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen kapazitätsbezogen.

Im Rahmen der Verpflichtung zur interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 39 Abs. 2 KVG müssen die Kantone gemäss Art. 58d KVV insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und diese mit den betroffenen Kantonen austauschen, sowie die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

Die Kantone führen auf ihrer Liste nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG die inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf, die notwendig sind, um das nach Art. 58b Abs. 3 KVV bestimmte Angebot sicherzustellen (Art. 58e Abs. 1 KVV). Auf den Listen wird für jedes Spital das dem Leistungsauftrag entsprechende Leistungsspektrum aufgeführt (Abs. 2).

Die Kantone erteilen jeder Einrichtung auf ihrer Liste einen Leistungsauftrag nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG. Dieser kann insbesondere die Pflicht zum Notfalldienst beinhalten (Art. 58e Abs. 3 KVV).

Folge der per 1. Januar 2009 in Kraft gesetzten (und mit der Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 umgesetzten) Gesetzgebung ist, dass die Kantone nicht mehr wie vormals nur für Behandlungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten, sondern auch in privaten Institutionen Beiträge zu entrichten haben, wo diese auf die Spitalliste gesetzt werden. Die Kantone haben zudem nicht nur für ausschliesslich Grundversicherte, sondern auch für

Zusatzversicherte den entsprechenden Sockelbeitrag auf Basis der Grundversicherungsleistungen zu entrichten. Dies gilt auch für Privatspitäler, die sich auf der Spitalliste befinden und unabhängig davon, ob sie gemeinnütziger oder For-Profit-orientierter Natur sind. Für Leistungen, welche in Institutionen erbracht werden, die auf der Spitalliste stehen und dafür einen Leistungsauftrag haben, ist der Kanton somit generell beitragspflichtig (und nicht wie früher nur bei den öffentlichen und öffentlich subventionierten Institutionen).

Dies ist insbesondere in jenen Kantonen von Bedeutung, in denen der Kanton selbst Eigentümer von Spitälern ist. Denn in diesen Fällen befindet er sich in Rollenkonflikten, weil er nicht nur Spitalplaner, Spitalisten-Ersteller und Tarif(zwischen)instanz ist, sondern auch als Spital-Eigentümer ein Interesse am Gedeihen seiner eigenen Spitäler aufweist.

Entscheidend für das Verständnis der neuen gesetzlichen Vorlage ist im Weiteren auch, dass das eidgenössische Parlament von einer Kostenerstattung zu einem Preissystem wechseln wollte. Die Philosophie der neuen Gesetzgebung hat der Bundesrat u.a. wie folgt umschrieben:<sup>1</sup>

„Zentraler Punkt der Vorlage ist der Tarifbereich. In diesem steht der Wettbewerbsgedanke im Vordergrund. Dies wird nicht zuletzt deutlich durch die in Artikel 46 Absatz 3 KVG eingeführten Normen, die kartellrechtlich verbotenes Verhalten der Leistungserbringer zu verhindern suchen. Eine Stärkung dieses Wettbewerbsgedankens ist eines der Ziele dieser Vorlage. Zwar ist grundsätzlich am System der Pauschaltarifierung festzuhalten. Dabei sollen jedoch Leistungen finanziert und nicht mehr Kosten gedeckt werden. Mit der leistungsbezogenen Finanzierung soll eine Abkehr von der bisher üblichen Objektsubventionierung bewirkt werden. Zudem soll die finanzielle Beteiligung der Kantone explizit verankert werden.“

„Um die (nicht kosteneindämmenden) Anreize der heutigen Objektfinanzierung zu korrigieren, ist aus ökonomischer Sicht das System der Leistungsfinanzierung auf breiter Basis einzuführen. Diese Art der Finanzierung hat den Vorteil, dass die erbrachte Leistung tarifiert werden kann, und somit das Preis-Leistungsverhältnis im Vordergrund steht. Die leistungsbezogene Pauschale ist der «Preis», den der Versicherer für die Leistungserbringung vergütet.“

„Nach dem Übergang zur Leistungsfinanzierung kann nicht mehr auf die anrechenbaren Kosten Bezug genommen werden. Massgebend ist die Vergütung der jeweiligen Leistung.“

Mit dem Wechsel zur Preisorientierung ergeben sich aus gesundheitsökonomischer Sicht einige grundlegende Veränderungen, weil Preise ober- oder unterhalb oder genau den anfallenden Kosten entsprechen können. Es obliegt somit dem unternehmerischen Risiko des einzelnen Spitals, ob es mit dem Preis auskommt oder nicht. Überschüsse können zur Reservenbildung, zur Gewinnausschüttung oder anderweitig eingesetzt werden. Im Fall von Verlusten muss sich das Spital überlegen, ob es diese Leistungen noch anbieten will und wenn ja, wie es diese effektiver und effizienter gestalten kann. Prozessoptimierungen werden damit zu einem Thema. Genau diese beiden Anreize sollten durch die neue Bundesgesetzgebung gesetzt werden.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht gilt es zudem darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber zu Recht das Preisprinzip nicht im luftleeren Raum eingeführt hat, sondern gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG eben auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur. Damit sollte mehr Transparenz und als Folge davon ein Preis-Leistungs-Vergleich vorgenommen werden können. Angefügt werden könnte in einem solchen Fall auch, was Steinmeyer-Bauer u.a. so formulierten:<sup>2</sup> „Um Anreize für wirtschaftliches Handeln zu schaffen, haben sich marktwirtschaftliche Instrumente bewährt. Problematisch wird es immer dann, wenn unter „wirtschaftlich“ lediglich „billig“ verstanden und durch einschneidende

<sup>1</sup> Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, BBl, S. 5551 – 5592, erstes Zitat: S. 5569, zweites Zitat: S. 5577, drittes Zitat: S. 5579.

<sup>2</sup> Steinmeyer-Bauer Klaus, Qualität und Ökonomie: Es gibt keinen Zielkonflikt, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 41, 9. Oktober 2009, S. 1995.

Eingriffe in Teilbereiche des Behandlungsprozesses versucht wird, die Leistungserstellung einzelner Abteilungen effizienter zu gestalten, ohne auf die Auswirkungen im Gesamtprozess und damit die Qualität zu achten. Wer Wettbewerb mit reinem Kostendruck verwechselt, hat die Prinzipien des Markts nicht verstanden. Niemand, der sich etwas mit Prozesskostenrechnung auskennt, wird möglichst unerfahrene Ärzte einstellen, weil die Tarifverträge deren Lohnkosten eher niedrig halten. Nur ein funktionierender Mix aus erfahrenen, hoch qualifizierten und jungen unerfahrenen Mitarbeitern gewährleistet, dass die Leistungserstellung nachhaltig gesichert werden kann. Ein „billiger“, unerfahrener Assistenzarzt in der Aufnahme eines Krankenhauses kann mehr Schaden durch falsche oder unnötige Diagnostik und damit einer verlängerten Verweildauer induzieren, als für zwei erfahrene Fachärzte an Lohnkosten im selben Bereich zu kalkulieren sind. Qualität und Ökonomie stehen eben nicht in einem Zielkonflikt.“

In den letzten Jahren haben verschiedene Kantone darüber hinaus begonnen, ambulante gegenüber stationären Leistungen im Rahmen sogenannter „Ambulant vor stationär“ (AVOS)-Projekte zu forcieren. Die entsprechenden Kantone gehen dabei bei verschiedenen Leistungen über jene Anforderungen hinaus, welche der Bund formuliert hat. Wie weit das Vorgehen der entsprechenden Kantone rechtlich zulässig ist, ist zur Zeit Gegenstand eines laufenden Verfahrens im Kanton Aargau.

Die Ausgangslage ist nicht nur, aber insbesondere in diesen Kantonen für die Spitäler besonders herausfordernd, weil sie in der Regel selbst beurteilen sollen, ob eine ambulante Behandlung medizinisch zumutbar ist oder nicht. Dabei gilt es insbesondere auch die möglichen negativen Nebenwirkungen von DRGs zu beachten, die oft nicht in den ersten Jahren nach der DRG-Einführung, sondern erst danach im Rahmen von Langzeit-Folgen (besser) sichtbar werden. Dazu gehören insbesondere:<sup>3</sup>

- Übermässige Reduktion der Aufenthaltsdauer
  - Nahtlose, zügige aber zu frühzeitige Überleitung in Rehabilitationskliniken und dort Zunahme akutmedizinischer Aufgaben
  - Durch für den Genesungsprozess zu frühe Entlassungen entstehen zusätzliche medizinische und pflegerische Aufwände im ambulanten Bereich
- Auslagerung von Leistungen in den vor- und nachgelagerten Bereich
  - Unkoordinierte und sachlich nicht abgesicherte Verschiebung von Teilen der stationären Behandlungsnotwendigkeiten in den ambulanten Bereich
  - Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlung
- Risikoselektion
  - Gezielte Aufnahme von Patienten mit geringeren Schwierigkeitsgraden
  - Verweigerung und Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen (z.B. bei Budgeterschöpfung oder einem unkalkulierbaren Kostenrisiko)
  - Verweigerung der Aufnahme oder Abschiebung von Notfallpatienten
  - Verlegungen von „aufwändigen“ Patienten in andere Spitäler
  - Verstärkte öffentlichkeitswirksame Massnahmen zur Bindung von Patienten in profitablen Leistungsbereichen
- Zersplitterung der Fälle
  - Zergliederung von stationären Aufenthalten in mehrere Einzelaufenthalte
  - Drehtüreffekt: kurzfristige Entlassung oder Wiederaufnahme bzw. Rehospitalisationen von Patienten mit dem Ziel einer Aufspaltung der Behandlung in verschiedene Episoden und einer insgesamt höheren Vergütung

---

<sup>3</sup> Indra Peter, Die Einführung der Swiss-DRGs in Schweizer Spitälern und deren Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen, Master Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health im Rahmen des interuniversitären Nachdiplomstudiums Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich, Zürich, Juli 2004, S. 73ff.

- Reduktion medizinischer Leistungen
  - Einsatz suboptimaler medizinischer Verfahren zum Erzielen von Überschüssen oder Vermeiden von Unterdeckungen
  - Verweigerung von notwendigen Leistungen
- Erhöhung des Schweregrades einer Behandlung
  - Berechtigte Erhöhung des Case-Mix (Fallschwere) über eine verbesserte Codierung
  - „Künstliche“ Erhöhung des Case-Mix über eine ungerechtfertigte Erhöhung des Case-Mix mittels einer absichtlich falschen Codierung
  - Medizinisch nicht notwendige Verlegung in pflegeintensivere und teurere Intensivstation zum Zweck einer höheren Abrechnung
  - Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen zur Erzielung höherer oder zusätzlicher Vergütungen
- Optimierungen im bestehenden System
  - Solange es parallele Vergütungsformen gibt: Verlängerung der Aufenthaltsdauern im Bereich der Tagespauschalen-Erschädigung, um Leer-Bettenkapazitäten als Folge von Rückgängen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Fallpauschalen-Bereich aufzufüllen
- Ausrichtung der Spitäler auf lukrative Gebiete (Spezialisierung)
  - Konzentration der Tätigkeiten auf lukrative Leistungsbereiche
  - Umschichtung des Personals in Richtung nachgefragter und profitabler Leistungsbereiche

Spitäler, welche mögliche Nebenwirkungen ernst nehmen und gegenüber den Patienten vermeiden wollen, riskieren, dass sie wegen (zu) vorsichtigem Verhalten substantielle Ertragsverluste wegen kantonaler Opposition in Kauf nehmen müssen. Antizipiert das Spital die Entwicklung und reduziert es seine stationären Kapazitäten, läuft es im negativen Fall Gefahr, nicht nur Patienten Schaden zuzufügen, sondern auch noch auf Haftpflicht-Risiken zuzulaufen, für die der Kanton trotz seiner forcierten Gesetzgebung nicht bzw. nur indirekt aufkommt. Letzteres führt wiederum zu Wettbewerbsverzerrungen, weil er diese nur in den Fällen übernimmt, in denen er Eigentümer des entsprechenden Spitals ist. Private Träger werden dadurch benachteiligt.

Nicht zu vergessen sind auch die beabsichtigten Wechselwirkungen der Spitalfinanzierungs-Reform auf die Zusatzversicherungen. Ausgangspunkt für die Gesetzesreform bildete nicht zuletzt der Willen, zusatzversicherte Patientinnen und Patienten gegenüber ausschliesslich grundversicherten nicht zu benachteiligen. Diverse Entscheide im Zusammenhang mit ausserkantonalen Hospitalisationen von zusatzversicherten Patienten hatten ergeben, dass der Kanton unter dem alten Regime bei stationären Behandlungen von zusatzversicherten Patienten in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital den entsprechenden Sockelbeitrag zu bezahlen hatte, in Privatspitalern dagegen nicht. Diese Ungleichbehandlung sollte u.a. dadurch beseitigt werden, dass keine Unterscheidung mehr zwischen öffentlichen, öffentlich subventionierten und privaten Spitalern, sondern künftig nur noch zwischen Listen- und Vertragsspitalern erfolgen sollte. Diese neue Unterscheidung sollte bewusst unabhängig von der Rechtsform erfolgen. Spitäler können dabei je nach Leistungsaufträgen in Teilbereichen den Charakter von Listen-, in anderen Teilbereichen von Vertragsspitalern annehmen.

Basis für die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen sollte als Folge davon auch das Konzept des Mehrnutzens (added value) der Zusatz- gegenüber der Grundversicherung sein. Diese Folgerung ergab sich auch aus dem angedachten Wechsel zur Preisorientierung in der Grundversicherung, weil mit dem Preis die angefallenen Kosten in der Grundversicherung vollständig abgegolten werden sollten. Wenn die Kosten über dem Preis liegen, so soll das betreffende Spital einen Anreiz zu Kostenverbesserungen verspüren. Mit dieser Bestimmung sollte zudem vermieden werden, dass Zusatzversicherte mit ihren Prämien zuerst eine Kostenunterdeckung aus der allgemeinen Abteilung

mitfinanzieren und damit für eine Leistung dreifach (für die eigene Grundversicherungsleistung, für die Kostenunterdeckung des Spitals in der allgemeinen Abteilung und für andere grundversicherte Patienten) mitbezahlen müssen, bevor überhaupt ein Franken der Zusatzversicherungs-Prämie für einen Mehrnutzen zur Verfügung steht. Idee war deshalb, die Zusatzversicherung zu entlasten und für mehr Handlungsspielraum zu sorgen. Diesem Grundsatz ist in einem System, in dem Zusatzversicherungen in Ergänzung zur Grundversicherung angeboten werden (also komplementärer und nicht substitutiver Natur sind), besondere Beachtung zu schenken.

#### 4. Erfahrungen mit früheren Spitalplanungen und Spitallisten

Im Rahmen des ersten grösseren Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozesses nach der Einführung der oben geschilderten neuen leistungsorientierten Spitalfinanzierung konnten einige Erfahrungen gesammelt werden. Diese sollten dazu genutzt werden, den Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozess zu aktualisieren und wo möglich und nötig zu verbessern.

Angesichts der damals geringen Datenlagen konnten viele Kantone in einer Anfangsphase wohl nicht umhin, relativ viele Kostendaten zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzufordern. Diese Vorgehensweise ist dadurch entstanden, dass die meisten Kantone unter der befürchteten Mehr-Belastung der neuen Spitalfinanzierung bereits bis zum Inkrafttreten der neuen Finanzierungsregeln im Jahr 2012 ihre Spitalplanungen und Spitallisten modifiziert haben wollten. Der eigentliche Wille des Bundes-Gesetzgebers dürfte aber nicht zuletzt wegen der mangelnden verfügbaren Datenlage vorgesehen haben, dass die Kantone bis im Jahr 2015 Zeit gehabt hätten, ihre Spitalplanungen und Spitallisten anzupassen. Damit hätte zuerst einmal analysiert werden können, wie sich die neue Spitalfinanzierung entwickelt und gestützt darauf Qualität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Spitäler geprüft werden können.

Angesichts der wohl in erster Linie finanzpolitisch motiviert erfolgten vorzeitigen Umsetzung der kantonalen Spitalplanung und Spitalliste, welche vom Gesetz her nicht verboten war, dürfte sich aus gesundheitsökonomischer Sicht die Forderung ergeben, dass die Überprüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit anhand neuer, näher am Gedanken der KVG-Revision liegenden Daten erfolgen sollte.

Die KVV sieht vor, dass die Planung in der Akutsomatik leistungsorientiert zu erfolgen hat. In der Realität verfolgen die meisten Kantone jedoch weiterhin einen kapazitätsorientierten Ansatz, der sich zwar nicht mehr an Betten, aber an anderen inputorientierten Faktoren orientiert. Dazu gehören etwa minimale Fallzahlen pro Operateur, Standort-Vorgaben für die Leistungserbringung oder minimale Anteile an ausschliesslich grundversicherten stationären Patienten. Eine Leistungsorientierung hätte sich aber an den für Patienten und Versicherte relevanten Kriterien Ergebnis-Qualität/ Outcome und Preis zu orientieren und nicht nur an Struktur- und/ oder Prozesskriterien wie beispielsweise Beitritt zum «Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken» (ANQ) und Teilnahme bei den ANQ-Messungen. Verbesserung ist dabei auch im Rahmen neuerer Spitalplanungs-Arbeiten nicht in Sicht, sieht doch etwa der Regierungsrat des Kantons Aargau in seinem Regierungsratsbeschluss Nr. 2019-000931 zu den Spitallisten 2020 vom 14. August 2019 für die Bereiche Akutsomatik und Psychiatrie im Bereich der spezialisierten Versorgung vor, dass aus Gründen der Angebotskonzentration Leistungsgruppen bei einem Leistungserbringer pro Standortgemeinde konzentriert werden sollen, welcher bereits jetzt eine entsprechend hohe stationäre Fallzahl aufweist<sup>4</sup>. Diese Mikromanagement-artige Planung verstösst nicht nur gegen die mit der KVG-Revision verfolgte wettbewerbliche Orientierung, sondern auch gegen die freie Spitalwahl-Philosophie. Denn Wettbewerb braucht per definitionem ein gewisses Mass an Überkapazitäten, sonst kann eine Wahlmöglichkeit nicht sichergestellt werden.

Eine solche Limitierung verkennt auch, dass sich der Bedarf während der Gültigkeitsdauer der Spitalliste wandeln kann, weil der Bedarf eben von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist, die nicht alle beplant werden können, weil sie oft auch nicht vorhersehbar sind. Dies liegt in der Medizin quasi in der Natur der Sache, weil die Halbwertszeit des medizinischen

---

<sup>4</sup> Regierungsratsbeschluss Nr. 2019-000931 des Regierungsrats des Kantons Aargau vom 14. August 2019 «Spitallisten 2020 des Kantons Aargau Akutsomatik und Psychiatrie; Leistungsaufträge; Auflagen, Bedingungen und Anforderungen pro Leistungsgruppe; Festsetzung; Inkraftsetzung; Publikation; Auftrag an Departement Gesundheit und Soziales, Aarau, Versand: 24. August 2019, S. 25.

Wissens in der Regel kürzer sein dürfte als die Gültigkeitsdauer einer Spitalliste. Bei der Angebotskonzentrations-Vorschrift des Kantons Aargau hinzu kommt, dass die Begründung suggeriert, dass der Leistungsauftrag erteilt worden wäre, wenn das betreffende Spital nicht in der gleichen Standortgemeinde wie das Spital mit dem grösseren Patientenvolumen beheimatet wäre. Würde das Spital also in eine Nachbargemeinde ziehen, die kein entsprechendes Leistungsangebot eines anderen Spitals aufweist, wäre der Leistungsauftrag erteilt worden. Eine solche Vorgehensweise verkennt auch die (gestiegene) Mobilität der Bevölkerung und zeugt von einem extrem inputorientierten – und eben nicht wie von der KVV gefordert leistungsorientierten – Blickwinkel.

Aus Optik der Spitäler ist ausserdem die Frage, welche Daten zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit abgeliefert werden sollen, von besonderer Bedeutung. Denn in einem Preiswettbewerb stellen Kostendaten Betriebsgeheimnisse dar. Aus gesundheitsökonomischer Sicht sollten daher Spitalplanungen und Spitallisten für das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht mehr auf Kostendaten abstützen, sondern zum Preisprinzip-Gedanken übergehen. So sollte es beispielsweise Sache der Spitäler sein, ob sie angesichts ihrer Kapazitäten eine Grenzkosten- oder eine andere (Preis-) Strategie verfolgen wollen. Entscheidend ist eigentlich nur, dass die entsprechenden Spitäler dokumentieren können, dass sie die entsprechenden Leistungen während der Vertragsdauer gemäss den gesetzlichen Vorgaben der Qualität und Wirtschaftlichkeit gemäss Leistungsauftrag erbringen können.

Die entsprechenden bundesrechtlichen Verordnungs-Bestimmungen verlangen im Bereich der Spitallisten-Erstellung ein transparentes Verfahren. Anders als im Kanton Zürich durch die Regierung und im Kanton Aargau durch das Parlament gegen den Willen der seinerzeitigen kantonalen Gesundheitsdirektorin wurde in verschiedenen Kantonen kein Bewerbungsverfahren vorgeschlagen, in dem für alle Spitäler die Möglichkeit bestand, sich in allen Leistungsbereichen zu bewerben, sofern sie die entsprechenden offen ausgewiesenen Anforderungen erfüllten. Oft war auch nicht ersichtlich, nach welchen Kriterien das Verfahren ablaufen soll. Dies nährt den Verdacht, dass kein transparentes Bewerbungsverfahren zur Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit geplant wurde. Damit ist aber prinzipiell auch der Willkür Tür und Tor geöffnet.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in den letzten Jahren seine Rechtsprechung zur Auflage eines minimalen Anteils grundversicherter Patienten konkretisiert. Nach Auffassung des Bundesverwaltungsgerichts hat ein Kanton nach Art. 41a Abs. 3 KVG dafür zu sorgen, «dass auch die weniger rentablen Fälle – wie die ausschliesslich Grundversicherten – von den Spitälern aufgenommen werden. Wenn er hierfür einen Mindestanteil von nur OKP-Versicherten vorgibt, entspricht dies grundsätzlich einer bundesrechtskonformen Konkretisierung von Art. 41a KVG. Der maximale Anteil von Zusatzversicherten (oder von Selbstzahlenden) ist eine unvermeidliche (mathematische) Folge des Mindestanteils von nur OKP-Versicherten, bedeutet aber nicht, dass der Kanton eine (unzulässige) Planung für den Bereich der Zusatzversicherten vornimmt und zusatzversicherte Leistungen steuert.»<sup>5</sup> Auffallend ist dabei, dass selbst das Bundesverwaltungsgericht keine saubere Trennung zwischen ausschliesslich grundversicherten und zusatzversicherten Patienten vornimmt. Die Überlegungen für den Begriff «Zusatzversicherte» beziehen sich in der Regel einzig auf die zusatzversicherten Personen mit der Deckung «halbprivat» und «privat». Andere Zusatzversicherungen wie beispielsweise «allgemeine Abteilung ganze Schweiz» oder «ambulante Zusatzversicherung», welche auch eine Übernachtung nach ambulante Eingriff im Spital vorsehen können, sind in den Ausführungen nicht erwähnt.

Das Bundesverwaltungsgericht gesteht den Kantonen mangels bundesrechtlicher Vorgaben einen weiten Ermessensspielraum zu. Es verlangt auch nicht eine kantonale spezialgesetzliche Grundlage für die Formulierung eines Mindestanteils an ausschliesslich

---

<sup>5</sup> BVGE C-4231/2017, Urteil vom 16. Juli 2019, 4.4.6.

grundversicherten Patienten. Eine solche Forderung lasse sich auf Art. 41a KVG stützen. «Wesentlich ist jedoch, dass die Vorgaben betreffend Mindestanteil – wie die übrigen (leistungsgruppenspezifischen und weiteren) Anforderungen – generell für alle Listenspitäler gelten und den Spitälern, welche sich um einen Listenplatz bewerben, bekannt sind»<sup>6</sup> Darüber hinaus haben sich solche Auflagen an klare Regeln zu halten, damit sie nicht wie im zu beurteilenden Fall des Kantons St. Gallen als bundesrechtswidrig einzustufen sind. Einerseits sind «bei der Überprüfung der Aufnahmepflicht nur die aufgrund des kantonalen Leistungsauftrags erbrachten Leistungen zu berücksichtigen»<sup>7</sup> Denn es «muss für die Beschwerdeführerin als Adressatin klar sein, was sie zu tun hat, um den Leistungsauftrag nicht zu verlieren. Deshalb muss ihr nicht nur der geforderte Mindestanteil (kantonaler Schwellenwert) bekannt sein; sie muss auch wissen, wie dessen Einhaltung überprüft wird.»<sup>8</sup> Die Herleitung des Mindestanteils von nur OKP-Versicherten muss nachvollziehbar dargelegt sein<sup>9</sup>.

Verschiedentlich erhoben die Kantone auch den Anspruch, dass sie bei den Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Spitälern dabei sein wollten. Diese Auffassung übersieht, dass die Kantone eindeutig keine Tarifpartner im stationären Bereich sind. Das lässt sich beispielsweise aus Art. 49 Abs. 2 KVG ableiten. Hinzu kommt, dass dadurch die kantonalen Rollenkonflikte weiter zunehmen dürften. Bei den Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Privatspitälern sassen viele Kantone auch als Eigentümer von öffentlichen Spitälern, also von Mitbewerbern, am Verhandlungstisch. Ausserdem hätte der Kanton als Tarif-Festsetzungsinstanz beim allfälligen Scheitern der Tarifverhandlungen und als Tarifgenehmigungsbehörde bei einvernehmlicher Lösung Verhandlungen zu beurteilen bzw. zu bewilligen, an denen der Kanton selbst beteiligt war.

Ebenfalls als wenig sinnvoll bezeichnet werden müssen Vorstellungen der Standortkantone, den innerkantonalen (öffentlichen und privaten) Spitälern - im Gegensatz zu ausserkantonalen Spitälern - bei der Behandlung von innerkantonalen Patienten maximale Mengen bzw. Globalbudgets aufzuerlegen. Denn damit würden die Spitäler im Standortkanton bei der Behandlung von kantonseigenen Patienten gegenüber ausserkantonalen Spitälern benachteiligt, welche von ihren Standortkantonen auf die Spitalliste gesetzt wurden. Denn dort muss der entsprechende Kanton pro Patient maximal im gleichen Umfang wie bei den Listen-Spitälern des eigenen Kantons bezahlen, weil mit der KVG-Revision die freie Spitalwahl gesetzlich verankert wurde. Damit greift aber auch die Vorstellung ins Leere, über Globalbudgets oder maximale Mengen-Vorgaben kantonale Ausgaben begrenzen zu können. Der Kanton wird ausserkantonal gemäss den bundesrechtlichen Vorgaben zahlungspflichtig. Steuergelder könnten also bei (zu) rigiden maximalen Mengen- oder Globalbudgetvorgaben vermehrt in andere Kantone abfliessen. Für die entsprechenden Spitäler könnte zusätzlich auch noch das Risiko bestehen, dass durch das kantonale Globalbudget auch die Krankenversicherer ihre Zahlungen beschränken, weil die bundesrechtliche Vorgabe der Preisübernahme zu mindestens 55 Prozent durch den Kanton gemäss KVG erfüllt bleiben muss.

Das KVG enthält keine abschliessende Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen nach Art. 49 Abs. 3 KVG. Diese führten zu jährlichen dreistelligen Millionen-Beiträgen der Kantone an vorwiegend eigene kantonale Spitäler. Die Vergabe der Beiträge erfolgt oft intransparent und freihändig<sup>10</sup>. Die Spitäler hätten aber die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen in ihren Kostenträgerrechnungen gemäss Art. 2 Abs. 1 lit. g VKL transparent

<sup>6</sup> BVGE C-4231/2017, Urteil vom 16. Juli 2019, 5.1.

<sup>7</sup> BVGE C-4231/2017, Urteil vom 16. Juli 2019, 5.3.2.

<sup>8</sup> BVGE C-4231/2017, Urteil vom 16. Juli 2019, 5.3.4.

<sup>9</sup> BVGE C-4231/2017, Urteil vom 16. Juli 2019, 5.4.4.

<sup>10</sup> Motion Nationalrätin Verena Herzog vom 30. September 2016, Transparenz in der Spitalfinanzierung. Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

auszuweisen<sup>11</sup>. Die Konkretisierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen erfolgte weitgehend über die Rechtsprechung, trotzdem bleibt der Umstand bestehen, dass die Kantone innerhalb dieser Rechtsprechung in der Interpretation des Begriffs weitgehend frei sind. Nicht zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören die Aufnahmepflichten, weil diese vom Parlament in den Beratungen gestrichen worden sind. Stationäre Behandlungen bei einem Notfall gehören zu den OKP-Pflichtleistungen und sind damit durch die leistungsorientierten Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG abzugelten<sup>12</sup>.

Für die Gewährung gemeinwirtschaftlicher Leistungen und allfälliger weiterer staatlicher Leistungen ist das Prinzip der Wettbewerbsneutralität aus gesundheitsökonomischer Sicht zentral. Der Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit verlangt auch aus juristischer Sicht, Konkurrenten gleich zu behandeln<sup>13</sup>. Dieses Prinzip ist im Gesundheitswesen gerade auf kantonaler Ebene von besonderer Bedeutung, weil Kantone in der Regel Mehrfachrollen aufweisen. Sie sind nicht nur Regulatoren (Spitalplaner, Spitallisten-Ersteller, Tarifinstanz), sondern auch Eigner eines oder mehrerer Spitäler, die in der Regel im Wettbewerb mit anderen öffentlich-rechtlichen und privaten Spitälern stehen. Nach Rütsche liegen über die KVG-Abgeltungen hinausgehende Finanzhilfen der Kantone nur dann in einem hinreichenden öffentlichen Versorgungsinteresse, wenn und soweit sie notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen: «Das bedeutet, dass solche Finanzhilfen nur Listenspitalern gewährt werden dürfen, welche voraussichtlich auch in Zukunft in der Lage sein werden, die krankensicherungsrechtlichen Spitalplanungskriterien zu erfüllen und damit auf der Spitalliste des Kantons zu bleiben («Listenfähigkeit» des subventionierten Spitals).»<sup>14</sup> Aus gesundheitsökonomischer Sicht liegt die Herausforderung – wie noch zu zeigen sein wird – einerseits darin, einen Wettbewerb um die richtigen Parameter zu finden und andererseits dem sich wandelnden Spitalbegriff («fluide Spitäler») angemessene Rechnung zu tragen.

Wettbewerbsneutralität verlangt, dass die Bearbeitungs-Kriterien für die Spitallisten-Aufnahme transparent und für alle Leistungserbringer nach den gleichen Grundsätzen angewendet werden. Die KVV erwähnt dabei insbesondere die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit. Auffallend ist, dass sich die Kantone dabei kaum bis gar nicht von den für die Patientenversorgung wesentlichen Ergebnissen/ Outcomes leiten lassen, sondern oft zu struktur- und prozessorientierten Auflagen tendieren.

Gegen die Wettbewerbsneutralität verstösst auch der Grundsatz, dass bisherige oder neue Anbieter während der Spitallisten-Gültigkeitsdauer in der Regel kaum bis gar keine Aussicht darauf haben, selbst mit innovativen, die Patientenversorgung verbessernden Versorgungsmodellen auf die Spitalliste gesetzt zu werden. Solche Praktiken kommen einer eigentlichen Marktzutritts-Schranke gleich, welche innovationshemmende Effekte zeitigen kann. Ebenfalls erschwert werden dadurch neue kosteneffizientere Modelle.

Im Unterschied zum stationären Bereich ist die ambulante Gesundheitsversorgung – selbst bei versicherungsrechtlicher Abdeckung durch die OKP – grundsätzlich keine öffentliche Aufgabe. Der Kanton ist demnach nicht verpflichtet, über Leistungsaufträge die ambulante Versorgung sicherzustellen. Trotzdem beeinflussen die Kantone mit ihren Spitalplanungen und Spitallisten mindestens indirekt die ambulante Angebotsstruktur, indem sie beispielsweise Vorgaben bzgl. der Leistungen vornehmen, welche von medizinisch begründeten Ausnahmen abgesehen ambulant statt stationär erbracht werden sollen. Eine solche Auflage kann auch Auswirkungen auf die ambulanten Spitalstrukturen haben. Dabei gilt es nicht nur den von den Kantonen in der Regel beabsichtigten Fall zu beachten, dass

---

<sup>11</sup> Rütsche Bernhard, Bundesrechtliche Grundlagen und Vorgaben für die Finanzierung der Spitalverbände durch den Kanton, Rechtsgutachten zu Händen der Staatskanzlei des Kantons St. Gallen vom 10. Mai 2019, S. 8.

<sup>12</sup> Rütsche Bernhard, a.a.O., S. 12f.

<sup>13</sup> Rütsche Bernhard, a.a.O., S. 28.

<sup>14</sup> Rütsche Bernhard, a.a.O., S. 35.

weniger Patienten stationär betreut werden müssen. Aus der Versorgungssicherheit heraus stellt sich auch die Frage, ob Unterversorgung und als Folge davon unzumutbare Wartezeiten entstehen, wenn die entsprechenden Behandlungen ambulant durchgeführt werden sollten, die entsprechenden Anreizstrukturen aber die freien Anbieter ohne Angebotspflicht nicht zu einem bedarfsgerechten Angebot motivieren können.

## 5. Absehbare mögliche Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens

Wenn grundlegende strategische Weichenstellungen in einer kantonalen Spital-Landschaft angestrebt werden sollen, kann dies nicht im luftleeren Raum erfolgen. Es kommt aus gesundheitsökonomischer Sicht vielmehr darauf an, soweit möglich sicherzustellen, dass die entsprechenden Weichenstellungen zukunftsgerichtet erfolgen, also einen Beitrag zur bedarfsgerechten Positionierung der Spitäler im Rahmen der sich abzeichnenden Herausforderungen leisten können. Aus diesem Grund sollen im Folgenden einige wichtige Herausforderungen der kommenden Jahre und Jahrzehnte dargestellt werden. Diese Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sollen aber doch einige wichtige Elemente darstellen.

### 5.1. Herausforderung Alterung

Eines der grössten Probleme der Gesundheitspolitik und -planung ist die Feststellung des Bedarfs, weil die Anbieter von Gesundheitsgütern gleichzeitig die Nachfrage nach ihren Leistungen selbst stark beeinflussen können. Ausser vom Angebot wird der Bedarf insbesondere von Veränderungen der Morbidität, des Krankheitsbegriffs, der Risikofaktoren, des Gesundheitsverhaltens, des Bildungsstands, der Bevölkerungsstruktur und –entwicklung sowie vom medizinischen und technischen Fortschritt und den vorherrschenden finanziellen Anreizen beeinflusst.

Hinzu kommt, dass im Rahmen von Spitalplanungs-Prozessen in der Regel von Zeiträumen von rund 10 Jahren ausgegangen wird, in denen die Entwicklung der Medizin kaum oder gar nicht annäherungsweise prognostiziert werden kann. Angesichts der demographischen Entwicklung in den (westeuropäischen) Industriestaaten dürfte davon auszugehen sein, dass das Gesundheitswesen mindestens in diesen Ländern in den kommenden Jahren zu den Wirtschaftsbranchen zählt, welche angesichts des zu erwartenden Bedarfs überdurchschnittlich wachsen dürften, weil wegen der Zukunftsaussichten besonders viele Unternehmen in diese Märkte einsteigen wollen. Die Ergebnisse dieser Investitionen und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Bedarf der Bevölkerung an stationären und ambulanten Leistungen dürften dadurch mit zusätzlichen Unsicherheitsfaktoren verbunden sein.

Ausserdem dürfte auch künftig und insbesondere in einer älter werdenden Gesellschaft mit der damit zu erwartenden geringeren Mobilität der Individuen davon auszugehen sein, dass der Wunsch und auch der Bedarf nach einer wohnortsnahen Grund- und soweit möglich spezialisierten Versorgung tendenziell eher noch steigt. Insbesondere relativ gut dokumentiert scheint der Umstand, dass Menschen soweit möglich zu Hause, im Umfeld ihrer Angehörigen oder in deren Nähe sterben wollen. Aus diesen Gründen kann ein rein Fallkosten-basiertes oder an medizinisch kritischen Grössen orientiertes Konzept in einem Land der Kantone, wie es die Schweiz darstellt, kaum zielführend sein. Das Recht auf eine gewisse, qualitativ vertretbare Grundversorgung stellt oft eine Art „Menschenrecht“ dar, analog zur Grundschulausbildung im eigenen Land oder der Bereitstellung von Verkehrsinfrastruktur. Dies heisst aber nicht zwingend, dass die entsprechenden Leistungen stationär erbracht werden müssen. Vielmehr ergibt sich daraus das Erfordernis, vermehrt in durchgängigen Behandlungspfaden von digital über ambulant zu stationär zu denken (vgl. dazu auch die unten stehenden Ausführungen).

Mit dem demographischen Alterungsprozess einhergehen dürfte zudem die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten multimorbid sind, also an mehreren (oft chronischen) Krankheiten gleichzeitig leiden und je nach Episode ein anderes Krankheitsbild im Vordergrund stehen kann. Interaktionen zwischen den verschiedenen Behandlungen bzw.

insbesondere zwischen verschiedenen Medikamenten gilt es dabei besonders Rechnung zu tragen.

## **5.2. Herausforderung medizinische Entwicklung**

Im Rahmen der medizinischen Entwicklung dürfte es vermehrt darauf ankommen, die demographische Entwicklung und die damit einher gehenden altersbedingt häufig auftretenden Krankheitsbilder und Mehrfacherkrankungen integral abzudecken. Viele dieser Krankheiten weisen chronische Verläufe auf, weil sie mit den älter werdenden Menschen altern. Ältere Menschen sind vermehrt auf ein wohnortsnahes Netz angewiesen, welches eine möglichst integrierte, d.h. vernetzte Versorgung abdeckt. Diese Versorgung sollte schwergewichtig wegen der in der Regel eingeschränkten Mobilität in der Region erfolgen.

Wichtig ist in solchen Konstellationen auch, dass ältere Menschen oft mit ihrer/ ihren wichtigsten Bezugsperson/-en altern. Unnötige Wechsel solcher Bezugspersonen können den Therapieerfolg negativ beeinflussen.

Zu beachten gilt es darüber hinaus, dass sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten die Halbwertszeit des medizinischen Wissens signifikant verkürzt hat. Es kann heute davon ausgegangen werden, dass die Halbwertszeit des medizinischen Wissens nach Aussagen von Medizinern rund drei Jahre beträgt. In Teilgebieten der Medizin wird sogar von signifikant tieferen Werten für die Zukunft ausgegangen<sup>15</sup>.

## **5.3. Herausforderung flexible Planungshorizonte**

Angesichts der in der Regel für einen Zeitraum von 10 Jahren konzipierten Spitalplanungen macht es wenig Sinn, eine verbindliche Planung über längere Zeiträume zu fordern. Angesichts der wohl als Folge des medizinischen und technischen Fortschritts weiter kürzer werdenden Halbwertszeit des Wissens macht es ebenso wenig bis gar keinen Sinn, über solche Zeiträume fix planen zu wollen. Vielmehr ergibt sich daraus, das Erfordernis anzuerkennen, dass heute nicht geplant werden kann, wie sich Medizin in Zeiträumen von einem Jahrzehnt entwickelt und wie sie dann gemacht wird. Dies dürfte erst recht für kantonale Planungsbehörden zutreffen, von denen angesichts dieser Ausgangslage erhöhte und vor allem grosse Flexibilität im Sinne des zuzugestehenden Freiraums für die ausführenden Spitäler und anderen Leistungserbringer erwartet werden sollte.

## **5.4. Herausforderung Verzerrungen der (finanziellen) Anreize**

Der Bund wirkt auf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens regulierend ein. Dazu gehören einerseits die Regelungen auf der (Sozial-) Versicherungsseite, andererseits aber auch die direkt bzw. indirekt damit verbundenen Finanzierungsanreize für Spitäler, Ärzteschaft, andere Leistungserbringer und die Bevölkerung.

Die schweizerische Sozialversicherungsgesetzgebung ist historisch gewachsen. Sie basiert im Wesentlichen auf dem Kausalitätsprinzip. Die Ursache, warum eine Leistung erbracht

---

<sup>15</sup> Remo Christen, Direktor Market Access & Health Care Affairs, Roche Pharma (Schweiz) AG, wies am 30. Forum der Krankenversicherer darauf hin, dass bis zum Jahr 2020 sich das vorhandene medizinische Wissen alle 73 Tage verdoppeln werde. 1980 dauerte es bis zur Wissens-Verdoppelung nach Christen noch sieben Jahre, zitiert nach: infosantesuisse, Nr. 2/ 2019, S. 12.

werden muss, bestimmt beispielsweise den Preis der entsprechenden Leistung wesentlich mit. Im Zeitalter der Ökonomisierung ist jedoch eher das Finalitätsprinzip gefragt, also das Ziel oder die Leistung, für die ein Preis bezahlt werden soll. Unter diesem Preis-Leistungs-Gedanken ist beispielsweise nicht einzusehen, warum die gleiche Behandlung oder der gleiche Eingriff im Spital einen anderen Preis haben soll, wenn dafür ein Unfall und nicht eine Krankheit die Ursache war.

Doch damit nicht genug: mit der zu erwartenden demographischen Entwicklung dürfte unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen die Anzahl zu behandelnder älterer multimorbider Patienten zunehmen. Der zunehmenden Komplexität von multimorbiden Patienten dürften zurzeit nicht nur viele Spitäler, sondern auch die schweizerischen Sozialversicherungssysteme kaum gewachsen sein.

Hinzu kommt, dass unser Sozialversicherungssystem so konzipiert ist, dass man klare Unterscheidungen zwischen alters-, krankheits- und sozial bedingten Kosten vornehmen und daher auch immer einen anderen Finanzierer zahlen lassen kann. Gerade im Bereich der Geriatrie gibt es keine dem Autor bekannte klare und brauchbare medizinische und pflegerische Abgrenzung zwischen diesen drei Komponenten. Diese Unterscheidung war möglicherweise für das Gesamtsystem nicht zentral, solange der Anteil der davon betroffenen Menschen relativ gering war. Mit der zu erwartenden demographischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten dürfte diese Problemstellung aber vermehrt auf das Tapet kommen.

Einer der Hauptmängel des heutigen Systems besteht beispielsweise darin, dass in der Regel jener Finanzierer, der die Heilungskosten mindestens teilweise zu übernehmen hat (dies ist in vielen Fällen der Krankenversicherer), oft nicht den Return on Investment in diesem System hat.

Es besteht daher mindestens aus gesundheitsökonomischer Sicht begründeter Verdacht, dass Mehrleistungen als Folge finanzieller Verzerrungen entstehen. Denn wenn beispielsweise Innovationen nicht zeitgerecht zugelassen und/ oder von der sozialen Krankenversicherung übernommen werden können, werden möglicherweise weniger effektive bzw. weniger effiziente Produkte eingesetzt, womit mehr auszuführende Leistungen verbunden sein können. Andere medizinische Leistungen werden durch die gesetzgeberischen Vorgaben geradezu ausgelöst, wie beispielsweise das Einholen des Arbeitszeugnisses bei Fernbleiben vom Arbeitsplatz aus Krankheitsgründen, um die entsprechenden Versicherungsansprüche des Arbeitgebers geltend machen zu können.

Im Rahmen der Krankenversicherung besonders zu beachten gilt es die wichtige Signalfunktion von Preisen. Sind diese zu tief, droht Anbietern eine Unterfinanzierung, was zur Folge haben dürfte, dass entsprechende Leistungen nicht oder in zu geringem Ausmass angeboten werden. Dies kann beispielsweise im ambulanten Bereich der Fall sein, wo einerseits ein vermehrter Druck zur Leistungserbringung vormals stationär erbrachter Leistungen als Folge von AVOS-Vorgaben entsteht, andererseits Spitäler aber nicht gezwungen sind, ein entsprechendes ambulantes Leistungsangebot sicherzustellen. Es gilt daher in einem Preissystem auch Fragen der Anreizwirkungen bestimmter Tarife nachzugehen, wenn Fragen zur bedarfsgerechten Versorgung erörtert werden.

## **5.5. Neue Informations- und Kommunikationsmittel**

Für Personen, die nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, bietet das Internet viele Vorteile (leicht speicherbare Informationen, schnelle Verfügbarkeit von Aktualitäten, Möglichkeit eines persönlichen Feedbacks). Es besteht daher die Möglichkeit, dass Internet-Nutzer massgeschneidert auf ihre Bedürfnisse Informationen suchen. Allerdings kommt

dabei dem Kontext, in den die entsprechenden Informationen eingebettet sind, hohe Bedeutung zu.<sup>16</sup>

Sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte können zu verändertem Verhalten und zu Mehr-Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen. Im positiven Fall kann durch die schnelle Verfügbarkeit geeigneter Informationen ein Patient möglicherweise auf ein Leiden stossen, das ihm bewusst wird und er deshalb auch bereit ist, behandeln zu lassen. Dadurch können höhere Folgekosten vermieden werden. Im negativen Fall führt die Befolgung entsprechender Empfehlungen – beispielsweise weil die Informationen nicht seriöser Natur waren – möglicherweise zu gesundheitlichen Problemen, welche ebenfalls mit einem Mehrbedarf an Leistungen verbunden sein können. In diesem Fall entstehen höhere Folgekosten.

Für letzteres sprechen dürfte u.a. der Umstand, dass offenbar viele Menschen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, die Quelle der betrachteten Website nicht hinterfragen. Viele Internet-User scheinen nicht an der Glaubwürdigkeit von Online-Gesundheitsinformationen zu zweifeln. Studien zu dieser Thematik untersuchen oft in erster Linie die Qualität der gesundheitsbezogenen Informationen aus medizinischer Sicht. Diese Art der Qualitätssicherung dürfte verkennen, dass „durchschnittliche“ Internet-User Informationen auf andere Weise suchen und beurteilen, als Experten dies tun.<sup>17</sup>

Die Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien haben in verschiedener Hinsicht einen Einfluss auf Arzt-Patienten-Beziehungen. „Informierte“ Patienten dürften daher oft aufwendiger sein, wollen aktiv an ihrer Behandlung teilnehmen und verlangen mehr Zeit, noch mehr Informationen und einen grösseren Aufwand. Durch die steigende Informiertheit der Patienten steigt in der Regel auch der Fortbildungsdruck auf Personen in Gesundheitsberufen, was den Aufwand noch weiter erhöht.<sup>18</sup>

Die Reduktion des Informationsungleichgewichts zwischen Ärzteschaft und Patienten dürfte auch zu einer weiter gehenden Veränderung im Gesundheitswesen führen. Nicht nur „aufgeklärte“ Patienten stellen Ansprüche, sondern auch Kunden werden häufiger, welche sich darüber hinaus zu Fragen des Leistungsangebots und über Leistungserbringer im Gesundheitswesen informieren.

Letztlich verhält es sich bei neuen Informations- und Kommunikationsmitteln ähnlich wie bei der Entwicklung des medizinischen Wissens. Es dürfte nahezu unmöglich sein, die Entwicklungs-Richtungen der Digitalisierung und mögliche Auswirkungen davon auf die Medizin und die dafür benötigte Versorgungsstruktur der schweizerischen Spitallandschaft für einen Zeitraum von 10 Jahren verlässlich planen zu können. Es dürfte einzig davon ausgegangen werden können, dass Digitalisierung einen Einfluss haben dürfte, vielleicht einen der treibenden Faktoren darstellt. Wohin die Entwicklung geht, kann aber nicht verlässlich prognostiziert werden.

## 5.6. Zwischenfazit

Wichtige erste Quintessenz aus den bisher gemachten Überlegungen zu den zukünftigen Herausforderungen des schweizerischen Gesundheitswesens ist, dass Planungsarbeiten für Zeithorizonte von 10 Jahren noch schwieriger werden dürften als in der Vergangenheit.

---

<sup>16</sup> Stetina Birgit U./ Kryspin-Exner Ilse, Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien, Springer-Verlag, Wien/ New York, 2009, S. 4f.

<sup>17</sup> Stetina Birgit U./ Kryspin-Exner Ilse, a.a.O., S. 8.

<sup>18</sup> Stetina Birgit U./ Kryspin-Exner Ilse, a.a.O., S. 15 und die dort zitierte Literatur.

Planungsarbeiten müssen diesen gestiegenen Unsicherheiten und der geringeren Halbwertszeit des medizinischen Wissens vermehrte Beachtung schenken. Gefordert ist daher vermehrte Flexibilität und Modularität im Rahmen des Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozesses und während der Spitalplanungs-Periode selbst.

## 6. Die aktuellen Empfehlungen der GDK

Die GDK hat unter Berücksichtigung der oben dargestellten KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 und der Rechtsprechung vom 1. Januar 2012 bis 1. Januar 2018 eine revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14. Mai 2009 verabschiedeten Empfehlungen anlässlich ihrer GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018 genehmigt. Der volle Wortlaut ist unter [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) abrufbar. Im Folgenden sollen die im Hinblick auf die oben dargestellten Herausforderungen des Gesundheitswesens besonders bedeutenden Bestimmungen aus gesundheitsökonomischer Sicht einer kritischen Analyse unterzogen werden.

Es soll dabei darum gehen, die GDK-Empfehlungen im Hinblick auf die eingangs formulierten folgenden Fragestellungen zu überprüfen:

- Was bedeutet Versorgungsrelevanz?
- Welche Dimensionen sind dabei zu berücksichtigen?
- Welche Unterschiede ergeben sich zum Status Quo?
- Welche Empfehlungen ergeben sich daraus für Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozesse?

Bzgl. der Versorgungsrelevanz lassen sich mindestens folgende kritische Anmerkungen machen:

- Bereits auf Seite 2 wird im zweitletzten Abschnitt darauf hingewiesen, dass es zwar die Versorgungsbereiche Psychiatrie und Rehabilitation zu beachten gelte, aber am Ausgangspunkt der Empfehlungen mehrheitlich Problemstellungen aus dem Bereich der Akutsomatik lägen. Diese Ausführungen liefern einen ersten Anhaltspunkt für den relativ statischen Blickwinkel, den die folgenden Empfehlungen einnehmen. Auf Seite 4 wird betont, dass nicht die Bezeichnung, sondern die Funktion innerhalb des Spitals massgebend dafür sei, ob ein Spital im Sinne dieser Empfehlungen vorliege. Zentral sei die räumliche Kontinuität in der Patientenversorgung. Diese Einführungen verkennen nicht nur, dass Psychiatrie und Rehabilitation auch präventive Elemente beinhalten und damit nicht am Schluss, sondern am Anfang des Prozesses stehen können, sondern vor allem auch dass Gesundheits-Dienstleistungen im virtuellen Zeitalter zunehmend nicht mehr am gleichen Standort, nicht mehr nur noch analog, sondern oft digital erbracht werden.
- Im Rahmen der **Empfehlung 1** und den darin anschliessenden Kommentaren wird auf die leistungsorientierte Spitalplanung eingegangen. Nicht thematisiert wird dabei allerdings der in der Regel unterstellte 10jährige Spitalplanungs-Horizont (inkl. Bedarfserhebung) und die im Vergleich dazu signifikant kürzere Halbwertszeit des medizinischen Wissens. Als Folge davon bleiben auch die Ausführungen zu den Aktualisierungen der Spitalliste in lit. b vage, konzentrieren sich vor allem auf den für die Schweiz oft unrealistischen Fall der Unterversorgung, vermeiden aber – wohl zum Schutz der kantonseigenen Spitäler – eine Aktualisierung bei offensichtlicher Überversorgung – beispielsweise als Folge digitaler Veränderungen – zu thematisieren. Dass Innovationen, welche oft aus dem privaten (Start-up-) Bereich kommen, in deren Einführung gebremst werden können, wird dadurch offenbar, dass die Leistungsaufträge der bisherigen Leistungserbringer im Rahmen einer entsprechenden Periode nicht in Frage gestellt werden.
- Ebenfalls unerwähnt bleibt der Umstand, dass Kantone eigene Initiativen ergreifen, welche über jene des Bundes hinausgehen, um ambulante gegenüber stationären Leistungen zu fördern. Wenn schon von interkantonalen Abstimmungen die Rede ist, dann sollte diese in diesem Bereich zwingend erfolgen. Ebenso zwingend sollten die Kantone in diesem Fall auch die entsprechenden Leistungs- und

Kapazitätsplanungen im Rahmen der Spitalplanungen (insbesondere auch bei ihren eigenen Spitälern) im Gleichschritt anpassen müssen.

- Auf Seite 7 verweist der Leitfaden darauf, dass es auch für den Psychriatriebereich einen Leitfaden zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung und Planung der GDK gibt, nicht jedoch für den Bereich der Rehabilitation. Damit wird der bei der Substitution von stationären durch ambulante Leistungen gewonnene Eindruck verstärkt, dass dort, wo es den grössten Koordinationsbedarf gibt, weil auch die ausserkantonalen Patientenströme anteilmässig am grössten sind, am wenigsten gemacht wird, weil die eigenen Institutionen nicht gefährdet werden sollen (im ambulanten Bereich, weil die Patientinnen und Patienten sich am Wohn- und/ oder Arbeitsort bzw. in der Nähe davon behandeln lassen dürfen; in der Rehabilitation wegen unterschiedlicher Begriffsdefinitionen und -interpretationen). So werden in bestimmten Kantonen Leistungsaufträge für geriatrische Rehabilitation erteilt, in anderen nicht; und in der Westschweiz dürften einige der geriatrischen Leistungsaufträge dem Charakter der Akut- und Übergangspflege in der Deutschschweiz entsprechen.
- In **Empfehlung 2** wird die Versorgungsrelevanz so definiert, dass ein innerkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs (in einer Leistungsgruppe) nicht als versorgungsrelevant zu betrachten ist, wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe nicht mindestens 5 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern beträgt. Auch diese Bestimmung verkennt, dass die Kantone die Versorgungssicherheit als Ganzes betrachten sollten und diese nicht auf den stationären Bereich beschränkt werden sollte. Schlimmer noch: Spitäler, welche dem Anliegen der Kantone nach möglichst vollständiger Substitution stationärer durch ambulante Leistungen nachkommen, laufen dadurch Gefahr, unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen schneller als nicht versorgungsrelevant eingestuft zu werden als ihre weniger rasch substituierenden Konkurrenten. Versorgungsrelevanz ist ein dynamischer Begriff, der nicht nur die Dimensionen ambulant und stationär, sondern auch digital umfassen sollte. Dynamik ist auch angesagt, weil die oben erwähnte Halbwertszeit des medizinischen Wissens in der Regel signifikant kürzer ausfällt als der Planungshorizont.
- Nicht zu überzeugen vermag, warum ein ausserkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs (in einer Leistungsgruppe) als nicht versorgungsrelevant zu betrachten ist, wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe während einer vom Kanton festgelegten Periode nicht mindestens 10 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen der Einwohnerinnen und Einwohner des planenden Kantons beträgt. Die unterschiedliche prozentuale Behandlung inner- und ausserkantonaler Spitäler stellt eine Ungleichbehandlung der Spitäler über die Kantonsgrenzen hinaus dar. Hinzu kommt, dass die entsprechende Regelung grundsätzlich zu hinterfragen sein dürfte, hat doch das Bundesverwaltungsgericht im Rahmen einer juristischen Auseinandersetzung zwischen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Klinik Aadorf (Kanton Thurgau) entschieden, dass der Kanton Zürich seine Zahlungen an das entsprechende Spital nicht wie der Standortkanton Thurgau auf vier Betten beschränken kann. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hatte mit seiner Spitalliste stationäre Angebote wie in Aadorf begrenzt und auf ambulante Angebote gesetzt. Allerdings wurden zwischenzeitlich die stationären Angebote im Kanton wegen Knappheit wieder ausgebaut.<sup>19</sup>
- Wenn ein Spital viele ausserkantonale Patienten aufweist, dann kann es versorgungsrelevant sein, auch wenn es innerkantonale weniger als 5 Prozent Anteil aufweist, weil Versorgungsrelevanz weder mit der – wie oben erwähnt – ausschliesslich stationären noch mit der innerkantonalen Perspektive gleichgesetzt werden kann. Versorgungsrelevanz sollte aus der Optik der Patienten betrachtet

<sup>19</sup> Gabrieli Jonas, Der Kanton Zürich muss mehrere Millionen Franken an Aadorfer Privatklinik nachzahlen, in: Der Landbote, 17. September 2019 (Urteil 9C\_540/ 2018 vom 29. August 2019)

werden. So ist beispielsweise denkbar, dass ein spezialisiertes Spital im Bereich der Orthopädie und Traumatologie in Tourismusgebieten beispielsweise als Folge schlechter Witterungsverhältnisse und/ oder grosser Touristenströme einen hohen Anteil ausserkantonaler Patientinnen und Patienten nach KVG zu versorgen hat. Der Einwand, wonach diese Patienten oft unfallversicherte Patienten sein dürften, greift dabei zu kurz, ist doch mit der zu erwartenden demographischen Alterung davon auszugehen, dass der Anteil subsidiär nach KVG gegen Unfall versicherten Patientinnen und Patienten zunehmen dürfte. Ebenso denkbar ist die Situation, dass ein spezialisiertes Spital an einem zentralen interkantonalen Drehknotenpunkt in verschiedenen Kantonen relativ hohe Patientenzahlen aufweist und gerade deswegen innerkantonal eher einen kleineren Stellenwert aufweist und/ oder – wie oben am Beispiel des Kantons Aargau erwähnt – aus Angebots-Konzentrations-Überlegungen an einem Standort nicht auf die Spitalliste des Standortkantons gelangt. Damit wird ein aufwendiger kostensteigernder Spitalisten-Vorgehens-Prozess in Gang gesetzt wird, weil das Spital nun bei allen anderen Kantonen, aus denen es Patienten betreut, Leistungsaufträge beantragen muss.

- Aus Patientensicht in Frage gestellt werden sollte auch, dass gemäss lit. e je nach Inanspruchnahme von Leistungen ausserhalb einer kantonalen Spitalliste in Leistungsgruppen von einer Abdeckung von 100 Prozent der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abgewichen werden kann. Eine Abdeckung von unter 80 Prozent der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung (resp. von unter 70 Prozent bei Kantonen mit weniger als 300'000 Einwohnern) sei zu begründen. Diese Sichtweise verkennt, dass Patienten für eine echte Auswahl ein gewisses Mass an Überkapazitäten zur Verfügung gestellt werden muss. Andernfalls droht, dass – in der entsprechenden statischen Betrachtungsweise – 100 Prozent der Patienten auf die 100 Prozent berechneten Kapazitäten verteilt werden müssen. Genau dies widerspricht aber dem Anliegen des KVG nach der freien Wahl der Patienten unter den zugelassenen Spitälern.

Bzgl. der Versorgungsrelevanz-Dimensionen lassen sich mindestens folgende weitere kritische Anmerkungen machen:

- Im Rahmen der **Empfehlung 3** wird zwar die Anwendung des Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzepts (SPLG) empfohlen, gleichzeitig aber auch formuliert, dass die Kantone Abweichungen von leistungsspezifischen Anforderungen vornehmen können. Diese Konkretisierung der Versorgungsrelevanz ist also im Endeffekt keine Konkretisierung, weil jeder Kanton doch machen kann, was er wo will. Dadurch dürfte nicht nur die interkantonale Vergleichbarkeit erschwert werden, sondern auch dem Patienten die für eine bei elektiven Eingriffen qualifizierte Wahl des Leistungserbringers wichtige Signalwirkung von Spitalisten entzogen werden, weil er nicht davon ausgehen kann, dass jedes Spital schweizweit im entsprechenden Leistungsbereich von allen Kantonen nach den gleichen Kriterien insbesondere bzgl. Qualität und Wirtschaftlichkeit verglichen wird. Vor allem aber macht diese Empfehlung auch klar, dass die veränderten Versorgungs-Dimensionen auf der Leistungserbringer-Seite bei den Kantonen entweder nicht angekommen zu sein scheinen oder bewusst ausgebremst werden sollen, um die kantoneigenen Spitäler zu fördern. Denn nicht nur in der Akutsomatik, sondern auch in der Rehabilitation und Psychiatrie haben sich insbesondere bei privaten Trägern Spitalgruppen gebildet, welche in mehreren Kantonen Standorte und durch ihre Fachkompetenz auch einen hohen Anteil an ausserkantonalen Patienten aufweisen. Zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit wären daher gerade auch für die innovativen interkantonal tätigen Spitalgruppen Verlässlichkeit und interkantonal einheitliche Standards die Basis zur (vermehrten) Realisierung der vom KVG gewünschten Synergieeffekte in qualitativer und ökonomischer Hinsicht.
- Die standortbezogene Erteilung von Leistungsaufträgen bringt erneut die analoge Denkweise zum Ausdruck, welche im digitalen Zeitalter und mit den sich dadurch

ergebenden Geschäfts- und Organisationsmodellen mit höheren Anteilen virtueller Natur in dieser Form nicht mehr zeitgemäss erscheint. Sie erschwert dadurch auch flexiblere Geschäftsmodelle, welche insbesondere in belegärztlich organisierten Spitälern zur Anwendung kommen, wo die Belegärzte mit ihrer grossen Erfahrung auch zwischen den Standorten wandern. Analoges dürfte in der Zukunft auch vermehrt im Bereich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu erwarten sein, beispielsweise durch Springer-Dienste, die nicht nur zwischen Abteilungen, sondern im Rahmen von sich vermehrt bildenden Spitalgruppen und Kooperationsprojekten zwischen den Spital-Standorten bzw. unter den Kooperationspartnern zum Einsatz kommen dürften.

- **Empfehlung 4** zur Wirtschaftlichkeit basiert immer noch auf einem Kostenvergleich statt die vom KVG gewollte Förderung des Preisprinzips zu realisieren. Die krankenversicherungsrechtlichen Spitaltarife beruhen auf einer Vollkostenrechnung<sup>20</sup>. Folge davon dürften Mehrkosten sein, weil in Überkapazitäts-Gebieten kein Grenzkosten-Angebot auf Preisbasis durch ein Spital zur Marktanteils-Gewinnung erfolgen kann.
- Aus Gründen der Synergienutzung ist auch die erneute Betonung der Standortgebundenheit der Leistungsauftrags-Erteilung für die Zukunft gesundheitsökonomisch mindestens fragwürdig. Aus diesem Grund sind auch die in **Empfehlung 5** formulierten Grundsätze zur Qualität, insbesondere zu leistungsspezifischen Auflagen zur Struktur- und Prozessqualität pro Standort in der formulierten Form zu statisch und mindestens zu flexibilisieren bzw. ganz aufzuheben. Letzteres gilt beispielsweise für Prozesskriterien. Diese sollten nicht auf Leistungsgruppen bezogen sein, sondern wenn schon auf die vertikalen Patientenprozesse. Diese Definition kann aber nicht Aufgabe der Kantone sein, sondern stellt in erster Linie eine qualitätssichernde Massnahme der einzelnen Institutionen dar. Hinzu kommt, dass auch im Rahmen dieser Empfehlung keine abschliessende und damit auch keine schweizweit einheitliche Interpretation durch die Kantone sichergestellt wird, weil auf eine abschliessende Aufzählung bewusst verzichtet wird. Ausserdem können die Kantone gemäss Erläuterungen zu lit. c bei der Erteilung von Leistungsaufträgen die veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsberichte nach eigenem Ermessen berücksichtigen. Es kann also vorkommen, dass die Spitälern die Daten erheben, dafür Kosten verursacht werden und die entsprechenden Erkenntnisse im Rahmen der Versorgungsrelevanz-Dimensionen gar nicht berücksichtigt werden.
- Im **Empfehlung 6** wird die Erreichbarkeit für die in Frage stehende Behandlung innert nützlicher Frist thematisiert. Auch in diesem Bereich fehlen Erwägungen zu den digitalen Möglichkeiten vollständig.
- Zu **Empfehlung 7** (minimale Fallzahlen) anzufügen gilt, dass wer mit minimalen Fallzahlen argumentiert, beachten sollte, wo es um minimale Fallzahlen pro Spital bzw. pro Arzt geht. Wenn Letzteres zutrifft, sind Leistungsaufträge vermehrt ärztebezogen zu formulieren. Belegärzte müssten dann auch an verschiedenen Standorten die entsprechenden Leistungsaufträge ausführen können. Eine Leistungsauftrags-Erteilung an einen Standort erscheint in diesem Fall unter Umständen nicht sinnvoll.
- Mindestfallzahlen sollten für die Zulassung überall gleich sein. Sonst besteht die Gefahr, dass ein innerkantonaler Standort einen Leistungsauftrag nicht bekommt, weil er die entsprechend hohe minimale Fallzahl nicht erfüllt, im Nachbarkanton aber zugelassen worden wäre, wenn er dort seinen Standort gehabt hätte, weil dieser tiefere oder gar keine minimalen Fallzahlen formuliert hat. Patienten könnten also aus dem ersten Kanton in den Kanton mit der niedrigeren minimalen Fallzahl-Anforderung wechseln und sich dort als Folge davon behandeln lassen. Damit würde die Ur-Intention des erstgenannten Kantons torpediert. Hinzu kommt, dass aus Spital-Sicht

---

<sup>20</sup> Eugster Gebhard, Krankenversicherung, Rz. 1073; Eugster Gebhard, Art. 49 KVG, Rz. 7f., je in: Gächter Thomas/ Rüttsche Bernhard (Hrsg.), Gesundheitsrecht, Basel, 2018.

in den beiden Kantonen ungleich lange Spiesse vorherrschen und die wichtige Signalfunktion der Spitalliste für die Sicherung der Wahlfreiheit für die Patienten fehlt.

- Bei der **Empfehlung 8** zur Mengensteuerung kommt erneut die statische Betrachtungsweise zum Ausdruck, Wenn der eine Kanton Mengensteuerungen einführt, der andere nicht, wird der erste nicht verhindern können, dass Patientinnen und Patienten sich insbesondere bei ausgeschöpften Mengen ausserkantonale behandeln lassen, um die Wartezeit verkürzen zu können. Der Kanton muss in diesem Fall im selben Ausmass mitbezahlen wie bei einer innerkantonalen Behandlung, sofern es sich um ein Spital handelt, das für den entsprechenden Leistungsauftrag von seinem Standortkanton auf die Spitalliste gesetzt worden ist.
- Eine Einschränkung der stationären Leistungserbringung, wenn die ambulante Behandlung wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher ist, sollte erst dann erfolgen, wenn der Kanton die entsprechenden Kapazitäten auch bei der Spitalplanung und insbesondere auch bei seinen eigenen stationären Institutionen im Rahmen der Spitallisten-Prozesse entsprechend nach unten angepasst hat.
- Aus Qualitäts-Sicht anzufügen ist ausserdem, dass wenn schon eher minimale, aber nicht maximale Fallzahlen im Vordergrund stehen sollten. Andernfalls besteht hohe Wahrscheinlichkeit, dass die erfahrensten (und in der Regel dadurch auch qualitativ besseren) Leistungserbringer eingeschränkt werden.
- Nicht zu überzeugen vermögen auch die in **Empfehlung 13** zu den Arbeitsbedingungen erwähnten Möglichkeiten zu Lohnobergrenzen und Bonuszahlungen, die von Fallzahlen abhängig sind. Wenn der Kanton selbst die Möglichkeit haben soll, minimale (und sogar maximale) Fallzahlen festzulegen, sollte dies auch den Spitälern im Sinne eines intelligent ausgestalteten Anreizes erlaubt sein. Denn leistungsorientierte Boni sind nicht zwingend schlecht, sie können auch einen Anreiz darstellen, Unterversorgung anzugehen bzw. Marktanteile gegenüber Mit-Bewerbern zu gewinnen. Unnötige Mengenausweitungen können über eine seriöse Indikationsstellung vermieden werden.
- **Empfehlung 14** zu den Ausbildungsleistungen erwähnt u.a., dass bei der Vergabe von Leistungsaufträgen das Interesse am Erhalt eines regional, national und international hohen Lehr- und Forschungsniveaus zu berücksichtigen ist. Ziel der jeweiligen Spitalplanung müsse es daher sein, Spitälern mit Lehr- und Forschungsauftrag Leistungsaufträge im erforderlichen Umfang zuzusprechen, damit diese in der Lage seien, das regional, national und international hohe Lehr- und Forschungsniveau zu halten. Diese Empfehlung muss aus gesundheitsökonomischer Sicht als wesensfremd bezeichnet werden, weil es nicht Aufgabe des KVG ist, Lehre und Forschung zu finanzieren. Die Formulierung erweckt eher den Eindruck, dass Patienten aus der Versorgungsoptik heraus als Versuchs-Objekte für Forschung und Lehre genutzt und daher die entsprechenden Leistungsaufträge an die entsprechenden Spitäler erteilt werden sollen. Genau dies sollte aber aus Versorgungssicht vermieden werden. Wer die notwendige Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht zu erbringen vermag, sollte auch keinen Leistungsauftrag erhalten. Ausländische Erfahrungen zeigen, dass in einem solchen Fall den Aufgaben der Lehre und Forschung trotzdem nachgekommen werden kann, ohne den gewünschten Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zu konterkarieren, beispielsweise über private Lehr-Krankenhäuser, welche die entsprechenden Fallzahlen in der Krankenversorgung aufweisen.
- Im Rahmen der **Empfehlung 15** zu Controlling, Aufsicht und Sanktionen wird in den Erläuterungen u.a. ausgeführt, dass die Leistungsaufträge bindend sind und es den Leistungserbringern verbieten würden, Behandlungen oder Untersuchungen ausserhalb des Leistungsauftrags zulasten des Kantons und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen. Der so beschriebene Sachverhalt trifft allerdings nicht zwingend zu, denn es besteht für Spitäler nach wie vor die Möglichkeit, als Vertragsspital mit einem oder mehreren Krankenversicherern Verträge abzuschliessen. In diesem Fall zahlt zwar der Kanton nichts, der

Krankenversicherer aber maximal im Umfang eines Grundversicherer-Tarifs eines vergleichbaren Listen-Spitals für die entsprechenden Leistungen.

Bzgl. der Unterschiede zum Status Quo lassen sich mindestens folgende kritische Anmerkungen machen:

- Der GDK-Leitfaden weist darauf hin, dass das Bundesverwaltungsgericht der Ansicht ist, dass die Pflicht der Kantone, ihre Spitalplanung zu koordinieren, wie sie in Art. 39 Abs. 2 KVG vorgesehen und in Art. 58d KVV konkretisiert ist, generell gilt und nicht nur, um Unterkapazitäten bei Spitalleistungen zu verhindern (C-6266/2013, E. 4.5). Genau diesem Anspruch vermag der GDK-Leitfaden aber nicht zu genügen, weil er an vielen Orten den Kantonen ausdrücklich einen (zu) grossen Spielraum zur Konkretisierung der Versorgungsrelevanz, der Qualität, der Erreichbarkeit und/ oder der Wirtschaftlichkeit gibt.
- Versorgungsrelevanz heisst nicht zwingend wohnortnah, weil Qualität kritische Grössen (minimale Fallzahlen) brauchen kann und solche Leistungen ausserkantonale zentral erbracht werden können.
- Versorgungsrelevanz in ländlichen Regionen liesse sich auch vermehrt durch unternehmerische Modelle sicherstellen, indem kleinere Spitäler vom Chefarzt- ins Belegarztsystem überführt und privat geführt werden.
- Ebenso sollten neue innovative Modelle mit nicht standortgebunden angebotenen, aber vor Ort verfügbaren Leistungen in einer strukturiert organisierten Behandlungskette «digital – ambulant – akutstationär – postakut» möglich sein.

## 7. Empfehlungen für zukünftige Spitalplanungen und Spitallisten

Zukünftige Spitalplanungen und Spitallisten sollten sich vermehrt an den Ur-Gedanken der KVG-Revision orientieren, welche sich insbesondere mit folgenden Elementen beschreiben lassen:

- Patientenorientierte Versorgungs-Qualität
- Wirtschaftlichkeit
- Flexibilität
- Wettbewerbsneutralität
- Innovative Spitalversorgung

Ausgehend von diesen Stichworten können im Folgenden Empfehlungen zur Konkretisierung dieser Elemente formuliert werden, welche im Rahmen von Spitalplanungen und Spitallisten-Erstellungen vermehrt beachtet werden sollten.

Dabei gilt es zu beachten, dass die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu Spitalplanungen und insbesondere Spitallisten nach KVG fortlaufend weiterentwickelt und konkretisiert wird. Aus gesundheitsökonomischer Sicht sollten daher die untenstehenden Elemente im Fall allfälliger anderslautender Entscheide des Bundesverwaltungsgerichts oder anderer rechtskräftiger Entwicklungen über den vom Bundesrat im Rahmen seines ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung am 21. August 2019 angekündigten Experimentierartikel im KVG realisiert werden.

### Patientenorientierte Versorgungs-Qualität

- Spitallisten sollten weniger den Ort oder die Art der Leistungserbringung als die Ergebnis-Qualität/ Outcomes in das Zentrum ihrer Bemühungen stellen. Spitäler sollten im Rahmen ihrer Leistungsspektren die Freiheit erhalten, die entsprechenden Leistungen stationär, ambulant und/ oder digital zu erbringen, ohne dass der Kanton sich aus der entsprechenden Finanzierung zurückzieht. Damit würde eine versorgungsorientierte Capitation-Philosophie gefördert.
- Das inputorientierte Erfordernis der (innerkantonalen) Standortgebundenheit gilt es soweit möglich und damit weitgehend zu unterlassen.
- Ergebnis-Qualität/ Outcomes sollten im Rahmen der Spitallisten-Erstellung anhand weniger, aber möglichst harter, von unabhängiger Stelle gemessenen Kriterien vermehrt Rechnung getragen werden. Diese könnten im Rahmen der vom Parlament im Juni 2019 verabschiedeten KVG-Revision zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit entwickelt werden. Damit könnte auch eine schweizweit einheitliche Grundlage für interkantonalen Wettbewerb geschaffen werden.
- Dabei sollte der Grundsatz gelten: «Je Outcome-orientierter und besser, desto mehr Freiheitsgrade». Unter diesem Grundsatz könnten Spitäler veranlasst werden, vermehrt Outcome-Messungen mit echtem Mehrnutzen für die Patientenversorgung vorzunehmen und zu publizieren, wenn sie im Gegenzug vermehrte Handlungsspielräume im Bereich der Spitallisten-Prozesse erhalten (längere Gültigkeitsdauer bei Leistungsaufträgen, grössere Leistungsaufträge, prioritäre Leistungsauftrags-Erteilung insbesondere bei neuen innovativen Ansätzen etc.).

## Wirtschaftlichkeit

- Aus gesundheitsökonomischer Sicht sollten Spitalplanungen und Spitallisten für das Kriterium der Wirtschaftlichkeit nicht mehr auf Kostendaten abstützen, sondern zum Preisprinzip-Gedanken übergehen. Leitschnur könnte dabei das Kriterium bilden, dass Spitäler bei der Bewerbung für einen Leistungsauftrag auf der Spitalliste angeben sollen, zu welchem Maximalpreis (inkl. Investitionen) sie bereit sind, die entsprechenden Leistungen für grundversicherte Personen zu übernehmen. Zusätzlich sollten sie die Solidität ihrer Leistungsübernahme-Versprechen dokumentieren. Das Konzept des Maximalpreises weist den Vorteil auf, dass damit der Handlungsspielraum für die Krankenversicherer nicht eingeschränkt ist, also Preisverhandlungen nach unten beispielsweise unter Berücksichtigung von Mengen-Komponenten noch möglich sind. Andererseits dürften die Maximalpreis-Angaben für die Kantone auch eine höhere Budget-Genauigkeit erlauben.

## Flexibilität

- Unabhängig von den periodisch durchzuführenden Bedarfserhebungen, Spitalplanungen und darauf abgestützten Spitallisten sollten Leistungsaufträge für neuartige Versorgungsmodelle mit einem Verbesserungspotential bzgl. der Patientenversorgung (Qualität und/ oder Wirtschaftlichkeit) angesichts der geringen Halbwertszeit des medizinischen Wissens und der Digitalisierung auch ausserhalb der periodisch stattfindenden ordentlichen Spitallisten-Prozesse möglich sein. Gegebenenfalls können diese Leistungsaufträge während der Übergangsphase bis zum nächsten ordentlichen Spitallisten-Prozess mit der Auflage spezieller Evaluations-Bestimmungen versehen werden, die jedoch praktikabel und zeitlich realisierbar sein sollten.
- Um der geringen Halbwertszeit des medizinischen Wissens und dem Aufkommen neuer Versorgungsmodelle Rechnung zu tragen, werden rund 80 Prozent der Leistungen fix für die Spitallisten-Gültigkeitsdauer vergeben. Weitere 20 Prozent sollen ganz bewusst flexibel gestaltet werden, um Innovationen, aber auch die Wahl der Versicherten zu fördern und den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, über neue Versorgungs- und Geschäftsmodelle dynamische Anpassungen vorzunehmen. Dabei sind die 80 Prozent der Leistungen auf 100 Prozent des ermittelten Bedarfs zu basieren. Damit kann auch dem Aspekt Rechnung getragen werden, dass es für einen Wettbewerb ein gewisses Mass an Überkapazitäten braucht.
- Spitalplanungen und Spitallisten müssen von viel flexibleren Spital-Begriffen ausgehen, weil die Schnelllebigkeit der Medizin durch Spitalplanungen und Spitallisten nicht berücksichtigt werden kann (vgl. dazu auch die Ausführungen zur innovativen Spitalversorgung).
- Rechtliche Anwendungen verlieren weitgehend die gestalterische Kraft. Wichtig wäre daher, dass Spitalplanungs- und Spitallisten-Verantwortliche sich der längeren Zeiträume ihrer Prozesse bewusst werden und daher vor allem für verlässliche Rahmenbedingungen sorgen. Dazu gehört insbesondere, dass sie sich den entsprechenden Entwicklungen in der schnelllebigen Medizin stellen und für einen schnellen Zugang zu den entsprechenden Anwendungen im Rahmen der Spitalplanungs- und Spitallisten-Prozesse jeweils dort sorgen, wo sie hohen Patientennutzen versprechen.

## Wettbewerbsneutralität

- Den vermehrten interkantonalen Spitalgruppen-Bildungen und den sich daraus ergebenden Synergiepotentialen ist durch verlässlichere, interkantonal konkrete und gültige Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. Unterschiedliche Anforderungen beispielsweise an AVOS-Vorgaben, minimale Fallzahlen, integrale Leistungsgruppen und Leistungsauftrags-Erteilungen sind zu unterlassen.<sup>21</sup>
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen sind periodisch, gleichzeitig und parallel mit den Spitalisten-Leistungsgruppen auszuschreiben. Auch hier sollte das oben beschriebene Konzept des Maximalpreises verfolgt werden. Da es sich bei den KVG-pflichtigen und den gemeinwirtschaftlichen Leistungen auch um Kuppel-Produktionen mit entsprechenden Synergieeffekten handeln kann, ist zu prüfen, ob die Leistungen nicht nur getrennt, sondern subsidiär auch gekoppelt ausgeschrieben werden sollen. Im Sinne der Transparenz ist eine separate Ausschreibung aber aus gesundheitsökonomischer Sicht in jedem Fall geboten. Diese hat auch sicherzustellen, dass mit der Maximalpreis-Offerte gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG maximal die anfallenden Kosten gedeckt werden. Der Maximalpreis kann in diesem Fall aus gesetzlichen Gründen nicht über den anfallenden Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen liegen, wohl aber diesen entsprechen oder darunter liegen.

## Innovative Spitalversorgung

- Es braucht eine Öffnung des Spitalbegriffs (fluide Spitäler), wonach ein Spital auch mit wenigen Betten betrieben werden kann und im Extremfall an einem Tag ein rein ambulanter, am nächsten Tag wieder ein stationärer Leistungserbringer sein kann, je nach der Art der an den entsprechenden Tagen behandelten Patienten. Ein solcher Ansatz könnte auch dazu beitragen, die Problematik der ländlichen Versorgung bedarfsgerecht und flexibel zu lösen. Ein solcher Ansatz dürfte allerdings nur dann erfolversprechend realisierbar sein, wenn das Spital einerseits Gewissheit hat, seinen Spitalisten-Leistungsauftrag nicht zu verlieren und andererseits der Ertragsausfall durch die Verschiebung in Richtung ambulanter Medizin nicht ökonomisch ruinöse Masse annimmt. Dazu gehört auch die angemessene Entschädigung digital erbrachter Leistungen.
- Ein wesentlicher Bestandteil fluider Spitäler besteht demnach in der Öffnung der Versorgungskonzepte. Dabei kann insbesondere auch im Belegarztsystem mit erfahrenen Ärzten so gearbeitet werden, dass diese an verschiedenen Orten operieren können. Zur Sicherstellung fluider Spitäler und insbesondere auch zur Sicherstellung ländlicher Versorgung sind daher standortfixierte Leistungsauftrags-Erteilungen insbesondere in der Grund- und erweiterten Grundversorgung zu vermeiden.
- Fluide Spitäler dürften mit der zu erwartenden Verschärfung der Vorgaben in Richtung „ambulant vor stationär“ zunehmen. Um fluiden Konzepten Rechnung zu tragen, sollten die Kantone den Anteil von mindestens 55 Prozent der leistungsorientierten Pauschalen nicht nur im stationären Bereich gewähren. Um die Fluidität bei den Spitälern sicherzustellen, sollten Kantone bei sämtlichen von ihnen definierten „ambulant vor stationär“-Leistungsbereichen im Falle einer ambulanten Durchführung durch das Spital in Ergänzung zum heute gültigen ambulanten Tarif des Krankenversicherers einen analogen kantonalen Anteil übernehmen, sodass das Verhältnis zwischen Krankenversicherer- und Kantonsbeitrag jenem der stationären

---

<sup>21</sup> Hilfreich könnte in diesem Zusammenhang auch die von Nationalrat Christian Lohr im Rahmen eines Postulats angeregte Massnahme sein, dass der Bund aufzeigen soll, wie die stationäre Versorgung in der Schweiz anhand von periodisch entwickelten Modellen gewährleistet werden kann.

Leistungen entspricht. Dies dürfte den Anreiz insbesondere bei den kleineren betroffenen Spitälern erhöhen, die Anzahl stationärer Betten abzubauen, den Transformationsprozess Richtung fluides Spital anzugehen und offenere Konzepte zu realisieren. In Bereichen wie der Psychiatrie bzw. Rehabilitation könnten solche Ansatzpunkte auch genutzt werden, um die aus tariflicher Sicht uninteressant gewordenen, für Patienten aber wertvollen teilstationären Behandlungen wiederzubeleben. Der Kanton kann davon ebenfalls einen Nutzen ziehen, weil der kantonale Anteil in absoluten Beträgen tiefer zu stehen kommt als im stationären Bereich. Ausserdem dürfte durch den zusätzlichen kantonalen Anteil im ambulanten Bereich mit einer schnelleren Substitution von stationären durch ambulante Leistungen als Folge der Verschiebung der relativen Preise zu rechnen sein.

Küsnacht, 24. September 2019

Dr. Willy Oggier