

Schweizerische Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
(GDK)
Herrn Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger,
Präsident
Speichergasse 6
Postfach 684

3000 Bern 7

Bern, 6. Januar 2017

Stellungnahme der Privatkliniken Schweiz (PKS) zur teilweise revidierten Version der Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (V11 vom 11.10.2016)

Sehr geehrter Herr Präsident

Auf unser Gesuch vom 19. August 2016 hin haben Sie uns gemeinsam mit dem stv. Zentralsekretär der GDK am 13. Dezember 2016 in Zürich zu einem Gespräch zur titelerwähnten Thematik empfangen. Nach Darstellung verschiedener kritischer Punkte des aktuellen Vorschlags haben Sie uns eingeladen, zur laufenden Vernehmlassung bei den Kantonen – obwohl nicht direkt eingeladen – ebenfalls Stellung zu nehmen und den Kantonen unsere Eingabe zur Verfügung zu stellen. Dieser Einladung kommen wir gerne nach, umso mehr, als PKS auch von Eidg. Parlamentariern aufgefordert wurde, den direkten Kontakt mit der GDK zu suchen.

Generelle Anmerkung

Die Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung sind schweizweit relevante Vorarbeiten für die künftigen Spitalplanungen der Kantone, selbst wenn diese rein rechtlich betrachtet keine direkte Bindungskraft entfalten. Der rechtzeitige Einbezug der Privatkliniken in diesen Prozess ist insbesondere im Lichte von KVG Art. 39 Abs. 1 lit d. angezeigt, zumal öffentliche Spitäler über die Kantone in ihrer Funktion als Eigentümer – in vielen Fällen auch als Betreiber – bereits in diese Arbeiten eingebunden sein dürften.

Die Privatkliniken sind in den meisten Kantonen systemrelevant: Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab 2012 sind viele unserer Mitglieder vor gänzlich neue Herausforderungen gestellt worden. Diese bewältigen die allermeisten Spitäler hervorragend. Die verfügbaren Zahlen (2014) zeigen für unsere Mitglieder einen durchschnittlichen Anteil an den kantonalen Pflegebetagen von deutlich über 20 Prozent. Auch volkswirtschaftlich sind die Privatkliniken in vielen Kantonen von Bedeutung: Fast 30'000 Beschäftigte plus rund 2'000 Auszubildende und rund 7'000 Belegärzte sind in Privatspitälern tätig.

Im Folgenden nimmt PKS nur zu den gegenüber den ursprünglichen Empfehlungen (vom 14.5.2009) geänderten Texten Stellung. Bei Bedarf nimmt PKS gerne zu einem späteren Zeitpunkt Stellung zu den übrigen Empfehlungen.

Die wichtigsten Forderungen der Privatkliniken im Überblick:

- Dynamischen Ansatz anwenden: Die Spitalplanung ist auf den voraussichtlichen Bedarf und auf Nachweise der künftigen Leistungsfähigkeit auszurichten statt auf den Status Quo.
- Bedarfsgerecht planen: Jeder Kanton soll den gesamten Bedarf seiner Wohnbevölkerung planen (Verzicht auf systematische Unterkapazitäten (70 oder 80%).
- Gesetzliche Spitalwahlfreiheit gewährleisten: Für jede Leistungsgruppe sind mind. 3 Anbieter (in begründeten Fällen nur 2, inner- oder ausserkantonale Leistungserbringer) auf die Spitalliste aufzunehmen.
- Willkür unterbinden: Verzicht auf das unnötige Kriterium der Versorgungsrelevanz für die Vergabe von Leistungsaufträgen.

Für die Änderungsanträge im Detail und deren Begründung weisen wir Sie ausdrücklich auf die Anmerkungen in der Tabelle ab der Folgeseite hin.

Wir danken Ihnen bereits heute für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für weitere Auskünfte jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Privatkliniken Schweiz



Adrian Dennler
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär

cc:

- Sekretariat GDK mit der Bitte um Weiterleitung an die kantonalen Gesundheitsdirektionen
- Vorstand, Kantonal- und Regionalverbände PKS

GDK-Empfehlungen (nur veränderte Abschnitte) gem. V11	Anträge PKS	Begründung PKS
1 Kontext		
Die vorliegenden Empfehlungen betreffen nicht die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin nach Art. 39 Abs. 2 bis KVG und der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM).	Die vorliegenden Empfehlungen betreffen auch die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin nach Art. 39 Abs. 2 bis KVG und der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM).	Die durch IVHSM gestaltete Spitalliste untersteht denselben gesetzlichen Bestimmungen wie die kantonalen Spitallisten. Sind diese Empfehlungen für die kantonalen Spitalplanungen gesetzeskonform, müssen sie zwingend auch für die IVHSM Geltung haben.
2 Empfehlungen der GDK im Zuge der KVG-Revision Spitalfinanzierung 2.1 Leistungsorientierte Spitalplanung (ergänzt)		
Empfehlung 1:		
Begründung zu b):		
<ul style="list-style-type: none"> · Entzug eines Leistungsauftrags · Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen bei Ablauf der Befristung: Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrages · Kündigung eines Leistungsauf- 	<ul style="list-style-type: none"> · Entzug eines Leistungsauftrags · Überprüfung von befristeten Leistungsaufträgen bei Ablauf der Befristung: Umwandlung in unbefristete Leistungsaufträge oder keine Erneuerung des Leistungsauftrages · Kündigung eines Leistungsauf- 	„kleinere Anpassungen“ sind nur kleinere Anpassungen, wenn sie redaktionell sind (s.u.). Jede materielle Anpassung, gerade bspw. die Änderung der Mindestfallzahlen, kann massive Auswirkungen auf das Gesamtsystem des Leistungsangebots eines Spitals haben. Anpassungen, die den Leistungsauftrag betreffen, und das tun Mindestfallzahlen, können nur mit Zustimmung der Spitäler als Vertragspartner beim Leistungsauftrag erfolgen und nicht durch einseitige

<p>trages durch ein Listenspital</p> <ul style="list-style-type: none"> · Erteilung einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungsportfolios. · Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung . · Kleinere Anpassungen an den Anforderungen (z.B. Erhöhung Mindestfallzahlvorgaben). 	<p>trages durch ein Listenspital</p> <ul style="list-style-type: none"> · Erteilung einer zusätzlichen Leistungsgruppe innerhalb eines bestehenden Leistungsbereichs für ein bereits auf der Spitalliste figurierendes Spital zur sinnvollen Abrundung seines Leistungsportfolios. · Aufnahme eines neuen Listenspitals zur Behebung oder Entschärfung einer Unterversorgung . · Kleinere Anpassungen an den Anforderungen (z.B. Erhöhung Mindestfallzahlvorgaben). 	<p>Anpassungen in der Spitalliste. Solche Änderungen haben damit oft einen höheren materiellen Wert, als er seitens einzelner Kantone beurteilt wird.</p>
<p>Im Unterschied zu einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nicht in Frage gestellt. (Unbefristete) Leistungsaufträge können innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nur entzogen werden, wenn ein Listenspital die Spitallisten-</p>	<p>Im Unterschied zu einer neuen Spitalplanung werden aber die bisherigen Listenspitäler nicht erneut auf diese Kriterien überprüft. Auch werden die Leistungsaufträge der bisherigen Listenspitäler durch den Antrag eines neuen Bewerbers innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nicht in Frage gestellt. (Unbefristete) Leistungsaufträge können innerhalb der Spitalplanungs-Periodizität nur entzogen werden, wenn ein Listenspital die Spitallisten-Anforderungen nicht mehr erfüllt. Neue Spitäler können bei einer Aktualisierung der Spital-</p>	<p>Die Begründung ist unvollständig und nicht nachvollziehbar: Welche materiellen Gründe sprechen für 80% (resp. 70%) nötige Sicherung? Ist nicht jede Unterversorgung relevant? Jede Unterversorgung ist eine Unterversorgung. Liegt eine Unterversorgung vor, hat der Kanton entsprechende inner- oder ausserkantonale Spitäler auf der Spitalliste aufzuführen, ansonsten ist die Spitalliste nicht bedarfsgerecht.</p>

<p>Anforderungen nicht mehr erfüllt. Neue Spitäler können bei einer Aktualisierung der Spitalliste somit nur bei einer bestehenden oder sich abzeichnenden Unterversorgung berücksichtigt werden. Von Unterversorgung ist dann auszugehen, wenn entweder aktuell <u>in einer Leistungsgruppe</u> weniger als 80 Prozent der aktuellen Inanspruchnahme (in Kantonen mit weniger als 300'000 Einwohner 70 Prozent) auf der Spitalliste gesichert sind, oder der künftige Bedarf <u>in einer Leistungsgruppe</u> viel höher ist als die aktuelle Inanspruchnahme und Anzeichen dafür bestehen, dass die bestehenden Leistungserbringer den zusätzlichen Bedarf nicht zu decken vermögen. Die Streichung von Mengen- und Kapazitätsbeschränkungen sind einer Neuerteilung eines Leistungsauftrags bzw. einer Neuaufnahme eines Spitals auf der Liste gleichzusetzen.</p>	<p>liste somit nur bei einer bestehenden oder sich abzeichnenden Unterversorgung berücksichtigt werden. Von Unterversorgung ist dann auszugehen, wenn entweder aktuell in einer Leistungsgruppe weniger als 80 Prozent der der die gesamte aktuellen Inanspruchnahme (in Kantonen mit weniger als 300'000 Einwohner 70 Prozent) auf der Spitalliste gesichert ist, oder der künftige Bedarf in einer Leistungsgruppe viel höher ist als die aktuelle Inanspruchnahme und Anzeichen dafür bestehen, dass die bestehenden Leistungserbringer den zusätzlichen Bedarf nicht zu decken vermögen. Die Streichung von Mengen- und Kapazitätsbeschränkungen sind einer Neuerteilung eines Leistungsauftrags bzw. einer Neuaufnahme eines Spitals auf der Liste gleichzusetzen.</p>	
<p>c) Änderungen der Spitallisten formeller Natur, welche nicht zu einer neuen oder aktualisierten Spitalliste im Sinne der Empfehlungen in Buchstaben e) und f) führen, sind namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nachvollzug von IVHSM-Entscheiden; · Nachvollzug der Kataloganpas- 	<p>c) Änderungen der Spitallisten formeller Natur, welche nicht zu einer neuen oder aktualisierten Spitalliste im Sinne der Empfehlungen in Buchstaben e) und f) führen, können sein sind namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nachvollzug von IVHSM- 	<p>Es ist unbestritten, dass «Änderungen der Spitallisten formeller Natur» ohne Parteirechte der betroffenen Spitäler auf der Spitalliste erfolgen können,</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn die Änderungen rein redaktioneller Natur sind – und den Leistungsauftrag nicht betreffen.

<p>sungen CHOP und ICD in den Leistungsgruppen-Definitionen;</p> <ul style="list-style-type: none"> · Korrektur von Fehlern; · Nachvollzug von formellen Änderungen (Namenswechsel etc.). 	<p>Entscheiden;</p> <ul style="list-style-type: none"> · Nachvollzug der Kataloganpassungen CHOP und ICD in den Leistungsgruppen-Definitionen; · Korrektur von Fehlern; · Nachvollzug von formellen Änderungen (Namenswechsel etc.), <p>sofern die Änderungen rein redaktioneller Natur sind und zu keinen Anpassungen des Leistungsauftrags oder Rechten und Pflichten daraus führen. Sobald der formelle Charakter der oben erwähnten Anpassungen bei der Notifikation durch ein betroffenes Spital bestritten wird, liegt im Gegenteil eine materielle Änderung der Spitalliste vor.</p>	<p>Kataloganpassungen CHOP und ICD in Leistungsgruppen-Definitionen sind nicht zwingend derartige rein formelle Änderungen, sondern können Rechte und Pflichten der Spitäler massiv betreffen, weil sie über die Kataloganpassungen auch den Leistungsauftrag ändern. Dies gilt vor allem auch, weil Leistungsbereiche von jedem Kanton selbst definiert werden können (s. hierzu Definitionen unter 2.3 Bst. a und b) Leistungsspektrum (revidiert)) und damit keine Gewähr dafür gegeben ist, dass eine Kataloganpassung nicht zu Verschiebungen im zugelassenen OP-Katalog führt.</p> <p>Der formelle Charakter dürfte dann gegeben sein, wenn dieser unbestritten bleibt.</p>
<p>2.2 Bedarfsgerechte Spitalplanung (neu)</p>		
<p>Empfehlung 2:</p>		
<p>b) Neben Qualität und Wirtschaftlichkeit ist auch die Versorgungsrelevanz eines Spitals zur Deckung des notwendigen Bedarfs ein mögliches Kriterium für die Vergabe eines Leistungsauftrags. Die Kantone</p>	<p>b) STREICHEN Die beiden zentralen Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen sind die Bedarfsgerechtigkeit und die Bedarfsnotwendigkeit. Es gibt weder eine gesetzliche Grundlage noch eine Not-</p>	<p>Weder Gesetz noch Rechtsprechung legitimieren die Definition von Schwellenwerten zur Sicherstellung der „Versorgungsrelevanz“. Der «Leitfaden für eine leistungsorientierte Spitalplanung» der GDK weist zudem aus, dass bereits bei 200 Spitalbetten die Skaleneffekte vollständig realisiert sein können und somit grosse Spitalagglomerationen</p>

<p>können entsprechend Schwellenwerte für den durch einen Leistungserbringer zu deckenden Bedarf festlegen (vgl. Buchstaben c und d).</p>	<p>wendigkeit, Schwellenwerte für den durch einen Leistungserbringer zu deckenden Bedarf festzulegen.</p>	<p>merate keine Gewähr für eine kostengünstige Spitalversorgung geben. Sind grosse Spitalagglomerate kostengünstiger, würden sie sich in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV durchsetzen. Auf das Festlegen von Schwellenwerten ist somit zu verzichten.</p> <p>Schwellenwerte dienen dazu, bei der Vergabe der Leistungsaufträge künftige Leistungspakete quantitativ zu bestimmen. Keinesfalls sind mit retrospektiv angewandten Schwellenwerten Marktteilnehmer von der Spitalplanung auszuschliessen, weil sie historisch die Schwellenwerte nicht erreicht haben. Ansonsten würden neue wirtschaftlichere Konzepte zum Vorneherein eliminiert und Strukturhaltung der wirtschaftlich Erfolglosen betrieben. Falls Schwellenwerte zu wirtschaftlich oder qualitativ optimierten Angebot führen, wird sich dies in Anwendung von Art. 58b Abs. 4 lit. a KVV erweisen.</p> <p>Falls Schwellenwerte trotzdem angewandt werden sollen, sind sie für die künftige Vergabe von Leistungsaufträgen anzuwenden: Jeder Leistungserbringer, der nachweisen kann, dass er die Leistungsaufträge unter Einhaltung der Schwellenwerte wirtschaftlich und qualitativ erbringen kann, hat Anspruch auf einen Leistungsauftrag. Schwellenwerte dürfen nicht dazu missbraucht werden, Besitzstandswahrung zu betreiben.</p>
<p>c) Bei insgesamt ausreichendem oder</p>	<p>c) Bei insgesamt ausreichendem oder</p>	<p>Hier gehen die Empfehlungen bzw. deren Be-</p>

<p>über den Bedarf hinausgehendem Leistungsangebot ist ein innerkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs nicht als versorgungsrelevant zu betrachten, wenn der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe während einer vom Kanton festgelegten Periode nicht mindestens 5 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und –einwohnern beträgt. In begründeten Fällen, insbesondere aus versorgungspolitischen Gründen im Sinne einer dezentralen Gesundheitsversorgung, kann bei der Gestaltung der Spitalliste von den empfohlenen Schwellenwerten abgewichen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.</p>	<p>über den Bedarf hinausgehendem Leistungsangebot ist ein innerkantonales Spital zur Deckung des künftigen Bedarfs nicht als bedarfsnotwendig versorgungsrelevant zu betrachten, wenn es nicht den Nachweis erbringen kann, der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe während einer der vom Kanton festgelegten künftigen Planungsperiode Periode mindestens 5 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und –einwohnern leisten zu können beträgt. In begründeten Fällen, insbesondere aus versorgungspolitischen Gründen im Sinne einer dezentralen Gesundheitsversorgung und wenn dies aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen der Leistungsgruppen angezeigt ist, kann bei der Gestaltung der Spitalliste von den empfohlenen Schwellenwerten abgewichen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.</p>	<p>gründung davon aus, dass die retrospektive Betrachtung der Marktanteile der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität vorgeht. D.h. nur wer die Schwellenwerte historisch erreicht hatte, wird hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit geprüft. Dies ist gesetzeswidrig. Damit würde Strukturhaltung betrieben und die Monopolisierung gefördert. Richtig ist, dass nur Leistungsaufträge über den Schwellenwerten erhalten darf, wer i) Qualität und ii) Wirtschaftlichkeit bewiesen hat sowie iii) den Nachweis erbringen kann, dass er die zugewiesenen Mengen leisten kann. Ob historisch die Schwellenwerte überschritten wurden, muss irrelevant sein. Das historische Einhalten der Schwellenwerte ist ein Indiz dafür, dass auch künftig diese Schwellenwerte geleistet werden können (s. iii)), mehr aber nicht. Hingegen muss ein neuer Leistungserbringer diesen Nachweis anderweitig erbringen. Die Schwellenwerte können nicht über alle Leistungsgruppen gleich festgelegt werden, sondern müssen nach Leistungsgruppen differenziert werden (so ist bspw. zwischen Geburten und komplexen Herzoperationen zu unterscheiden). Ebenso ist das Einzugsgebiet des jeweiligen Spitals zu berücksichtigen. Darüber hinaus gilt es jeden Schwellenwert in der Höhe zu begründen und zwar welche spitalplanungsimmanente Kriterien (wie Wirtschaftlichkeit und Qualität) für einen Schwellenwert sprechen und was für die gewählte Grösse des Schwellenwertes spricht. Darüber</p>
---	--	---

	<p>Bei fehlendem Wettbewerb innerhalb einer Leistungsgruppe (mindestens 3 Leistungserbringer, in begründeten Fällen 2) auf der Spitalliste sind zusätzliche Leistungserbringer auf die Spitalliste aufzunehmen. Fehlt es an innerkantonalen Anbietern für die betroffene Leistungsgruppe, sind ausserkantonale Anbieter aufzunehmen.</p>	<p>hinaus ist zu prüfen, was mit Leistungserbringern geschieht, die die Schwellenwerte knapp nicht erreichen, aber steigende Fallzahlen haben und was mit Leistungserbringern geschieht, die die Fallzahlen knapp erreichen, aber sinkende Fallzahlen haben. Gibt es zu wenig Wettbewerb, drohen Monopol- bzw. Oligopolrenten. Deshalb ist ein weiteres Kriterium für die Versorgungsrelevanz auch die Sicherstellung des Wettbewerbs.</p>
<p>d) Bei insgesamt ausreichendem oder über den Bedarf hinausgehendem Leistungsangebot ist ein ausserkantonales Spital zur Deckung des Bedarfs nicht als versorgungsrelevant zu betrachten, 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 Einwohnern des planenden Kantons beträgt. In begründeten Fällen kann bei der Gestaltung der Spitalliste von den empfohlenen Stellenwerten abgewi-</p>	<p>d) Bei insgesamt ausreichendem oder über den Bedarf hinausgehendem Leistungsangebot ist ein ausserkantonales Spital zur Deckung des künftigen Bedarfs nicht als bedarfsnotwendig versorgungsrelevant zu betrachten, wenn es nicht den Nachweis erbringen kann, der Anteil dieses Spitals in der betroffenen Leistungsgruppe während einer der vom Kanton festgelegten künftigen Planungsperiode mindestens 5 Prozent (und zugleich mindestens 10 Fälle) der stationären Behandlungen von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern leisten zu können beträgt. In begründeten Fällen Insbesondere wenn dies aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen der Leistungsgruppen angezeigt ist,</p>	<p>Es wird nicht begründet und ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb ausserkantonale Spitäler einen höheren Schwellenwert erreichen müssen als innerkantonale Spitäler. Im Rahmen der interkantonalen Spitalplanung müssen innerkantonale und ausserkantonale Spitäler rechtsgleich behandelt werden.</p>

<p>chen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.</p>	<p>kann bei der Gestaltung der Spitalliste von den empfohlenen Schwellenwerten abgewichen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.</p>	
<p>e) Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht, wenn in der Spitalliste Leistungsaufträge an inner- und ausserkantonale Spitäler so erteilt werden, dass für jede Leistungsgruppe mindestens ein Leistungsauftrag vergeben wird. Je nach Inanspruchnahme von Leistungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste kann in Leistungsgruppen von einer Abdeckung von 100% der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abgewichen werden. Eine Abdeckung von unter 80% der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung (resp. von unter 70% bei Kantonen mit weniger als 300'000 EinwohnerInnen) ist in jedem Fall zu begründen. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen</p>	<p>e) Eine Spitalplanung ist bedarfsgerecht und genügt den wettbewerblichen Anforderungen, wenn in der Spitalliste Leistungsaufträge an inner- und ausserkantonale Spitäler so erteilt werden, dass für jede Leistungsgruppe mindestens drei (in begründeten Fällen mindestens 2) Leistungsaufträge vergeben werden und zweitens bei jeder Leistungsgruppe mind. 100 Prozent mindestens 80 Prozent der stationären Behandlungen der Kantonsbevölkerung abgedeckt sind. In Kantonen mit weniger als 300'000 Einwohnern sollten mindestens 70 Prozent abgedeckt sein. In begründeten Fällen kann bei der Gestaltung der Spitalliste vom empfohlenen Schwellenwert</p>	<p>Eine bedarfsgerechte Spitalplanung nach revidiertem KVG setzt voraus, dass die Kantone ihrer Pflicht zur Koordination (vgl. Art. 39 Abs. 2 KVG) nachkommen und ihre Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren. Kommt ein Kanton dieser Verpflichtung nicht nach, kann dies nicht nur seine eigene Versorgungsplanung, sondern auch diejenige anderer Kantone tangieren. Wenn ein Kanton 20% seines Bedarfs nicht deckt, sind die Patientinnen und Patienten faktisch gezwungen, ausserkantonale Institutionen aufzusuchen. Dies kann auf die umliegenden Kantone nachteilige Auswirkungen haben, weil deren Patientinnen und Patienten allenfalls zu wenige Spitalplätze haben. Die Pflicht der Kantone zur interkantonalen Spitalplanung rechtfertigt somit, dass die Kantone zwingend mind. 100% ihres Bedarfs mit inner- und ausserkantonalen Institutionen abdecken müssen. Aus Wettbewerbsgründen ist eine Abdeckung von über 100% wünschenswert, damit der Qualitätswettbewerb über die Kantonsgrenzen hinaus Nutzen stiften kann.</p>

bleiben vorbehalten.	abgewichen werden. Die in der kantonalen Gesetzgebung festgeschriebenen Anforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen bleiben vorbehalten.	
Begründung zu:		
a) –e)		<p>Die Begründung zu Empfehlung 2: a) – e) ist eine Wiederholung der Empfehlungen in Behauptungsform.</p> <p>Überkapazitäten können auch ohne Schwellenwerte abgebaut werden.</p> <p>Zudem sind nicht die historischen Schwellenwerte zu beachten, sondern die zukünftigen Fallzahlen, wie sie gemäss Leistungsauftrag erreicht werden sollen. Werden die historischen Schwellenwerte nicht beachtet, können neue erfolgreiche Anbieter berücksichtigt werden und so dem wirtschaftlichsten Anbieter für die Zukunft der Leistungsauftrag angeboten werden. Historisch unwirtschaftliche Anbieter fallen dadurch weg.</p> <p>Der vorgeschlagene Paradigmawechsel sichert, dass die Kantone sowohl die Qualität/Wirtschaftlichkeit berücksichtigen als auch künftige Überkapazitäten abbauen. Historische Schwellenwerte wirken als strukturerhaltende Hürden. Neue erfolgreiche Anbieter können so vom Markt ferngehalten werden. Schwellenwerte</p>

		<p>sind deshalb das Antidot gegen eine marktorientierte Spitalplanung, die die wirtschaftlich und qualitativ erfolgreichen Spitäler fördern will.</p> <p>Weiter blendet das vorgeschlagene Modell aus, dass auch neue Methoden innerhalb einer Leistungsgruppe oder Leistungsgruppen übergreifend zu planen sind, die unter Umständen keine Schwellenwerte erreichen können, aber aus wirtschaftlichen oder qualitativen Gründen künftig ein Bedarf besteht.</p>
<p>e) Die stationäre Gesundheitsversorgung steht im Spannungsfeld zwischen Planung und Wettbewerb. Die Kantons-einwohner haben bei einer Spitalbe-handlung die Wahl zwischen dem An-gebot auf der Spitalliste ihres Wohnkan-tons und den Spitallisten der übrigen Kantone in der Schweiz, wobei die Be-anspruchung von ausserkantonalen Spitälern mit Zusatzkosten verbunden sein kann. Ist davon auszugehen, dass der Bedarf der Wohnbevölkerung teil-weise durch Angebote ausserhalb der Spitalliste gedeckt wird, sind die Kanto-ne nicht verpflichtet, alle Leistungen, welche von ihrer Kantonsbevölkerung beansprucht werden, auf ihren Spitallis-</p>	<p>e) Die stationäre Gesundheitsversorgung steht im Spannungsfeld zwischen Planung und Wettbewerb. Die Kantons-einwohner haben bei einer Spitalbe-handlung die Wahl zwischen dem Angebot auf der Spitalliste ihres Wohn-kantons und den Spitallisten der übrigen Kan-tone in der Schweiz, wobei die Beanspru-chung von ausserkantonalen Spitälern mit Zusatzkosten verbunden sein kann. Ist davon auszugehen, dass der Bedarf der Wohnbevöl-kerung teilweise durch Angebote ausserhalb der Spitalliste gedeckt wird, sind die Kantone nicht verpflichtet, alle Leistungen, welche von ihrer Kantonsbevölkerung beansprucht wer-den, auf ihren Spitallisten sichern. In jedem Fall ist jedoch zu begründen, wenn auf der kantonalen Spitalliste weniger als 100 Prozent (bei Kantonen mit weniger als 300'000 Einwohnern 70 Prozent) der von der Wohnbevölkerung in einer Leistungsgruppe in</p>	<p>Die GDK zitiert oben in Begründung zu Empfeh-lung 2 b-d) selbst die Rechtsprechung, weshalb ein Quorum von 80% oder 70% Abdeckung ge-setzeswidrig ist: Eine Spitalplanung ist bedarfsge-recht, wenn dadurch der ermittelte Bedarf der Wohnbevölkerung gedeckt wird, [...] (C-4232/2014 E. 5.4.4). Wenn der Bedarf nicht ge-deckt ist, ist die Spitalplanung nicht bedarfsge-recht und damit nicht gesetzeskonform.</p>

<p>ten sichern. In jedem Fall ist jedoch zu begründen, wenn auf der kantonalen Spitalliste weniger als 80 Prozent (bei Kantonen mit weniger als 300'000 Einwohnern 70 Prozent) der von der Wohnbevölkerung in einer Leistungsgruppe in Anspruch genommenen Leistungen auf der Spitalliste gesichert werden.</p>	<p>Anspruch genommenen Leistungen auf der Spitalliste gesichert werden.</p>	
<p>2.3 Leistungsspektrum (revidiert)</p>		
<p>Empfehlung 3:</p>		
<p>a) Das Leistungsspektrum in der Akutso-matik ist gemäss dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG) zu klassifizieren. Die Klassifikation kann auf aggregierten Stufen (Leistungsbe-reichen) erfolgen.</p>	<p>a) Das Leistungsspektrum in der Akutso-matik ist gemäss dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Konzept (SPLG) zu klassifizieren. Die Klassifikation kann auf aggregierten Stufen (Leistungsbe-reichen) erfolgen.</p>	<p>Mit der Datenerhebung und –bearbeitung auf Stufe Leistungsgruppen wird eine wichtige Basis für die interkantonale Koordination ge- legt.</p> <p>Wenn dann jeder Kanton für seine Planung wieder willkürlich Leistungsbereiche festle- gen darf, für welche er Leistungsaufträge er- teilen kann, ist nicht nur eine interkantonale Spitalplanung verunmöglicht, sondern Wild- wuchs zur Strukturhaltung Tür und Tor ge- öffnet.</p> <p>Entweder ist auf die Planung in Leistungsbe- reichen zu verzichten oder es sind schweiz- weit gleich nach medizinisch und ökonomisch</p>

		sinnvollen Parametern Leistungsbereiche zu definieren.
b) Die für jede SPLG festgelegten, medizinisch hergeleiteten leistungsspezifischen Anforderungen bilden grundsätzlich integralen Bestandteil des SPLG-Konzeptes. Die Kantone sind angehalten, diese Anforderungen in ihren Planungen anzuwenden. In begründeten Fällen kann ein Kanton bei seiner Spitalplanung davon abweichen.		
c) Die Leistungsaufträge an die akutsomatischen Spitäler und Geburtshäuser werden gemäss den SPLG vergeben. Für jede Leistungsgruppe wird mindestens ein Leistungsauftrag an ein inner- oder ausserkantonales Spital erteilt.	c) Die Leistungsaufträge an die akutsomatischen Spitäler und Geburtshäuser werden gemäss den SPLG vergeben. Für jede Leistungsgruppe werden mindestens drei (in begründeten Ausnahmefällen zwei) ein Leistungsaufträge an ein inner- oder ausserkantonales Spitäler erteilt.	
d) Der Kanton kann zur Auflage oder Bedingung für die Erteilung eines Leistungsauftrages machen, dass ein bestimmtes Leistungsspektrum zur Sicherstellung der (Grund-) Versorgung in der Region integral angeboten werden muss.	d.) Der Kanton kann zur Auflage oder Bedingung für die Erteilung eines Leistungsauftrages machen, dass ein bestimmtes Leistungsspektrum zur Sicherstellung der (Grund-) Versorgung in der Region integral angeboten werden muss. Ungedeckte Kosten dieser vom Kan-	Bestellt der Kanton Leistungen, die nicht kostendeckend zu erbringen sind und das Spital diese ohne kantonale Bestellung nicht anbieten würde, hat der Kanton die ungedeckten Kosten zu tragen.

	ton bestellten Leistungen übernimmt der Kanton als gemeinwirtschaftliche Leistungen.	
Begründung zu:		
<p>d.) Im Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept bildet das Basispaket die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Die Kantone können weitere, integral zu erbringende Leistungspakete definieren in Form von Verknüpfungen zwischen Leistungsgruppen. Die Formulierung von solchen integral zu erbringenden "Leistungspaketen" kann notwendig sein, um die umfassende (Grund) Versorgung in einer Region zu gewährleisten und/oder um den interessierten Leistungserbringern zu ermöglichen, die Leistungen dank einer gewissen Konzentration des Angebots insgesamt wirtschaftlich zu erbringen. Das Zusammenfassen von Leistungen ist insbesondere auch angezeigt, wenn der Leistungser-</p>	<p>d) Im Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept bildet das Basispaket die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Die Kantone können weitere, integral zu erbringende Leistungspakete definieren in Form von Verknüpfungen zwischen Leistungsgruppen. Die Formulierung von solchen integral zu erbringenden "Leistungspaketen" kann notwendig sein, um die umfassende (Grund) Versorgung in einer Region zu gewährleisten und/oder um den interessierten Leistungserbringern zu ermöglichen, die Leistungen dank einer gewissen Konzentration des Angebots insgesamt wirtschaftlich zu erbringen. Das Zusammenfassen von Leistungen ist insbesondere auch angezeigt, wenn der Leistungserbringer Aufgaben wie Aus- und Weiterbildung und Notfalldienst wahrnimmt und eine Aufnahme-pflicht kennt. Gerade im Kontext</p>	<p>Hinsichtlich der Planung in „Leistungspaketen“ wird auf die Ausführung weiter oben verwiesen. Zu Sicherstellung einer funktionierenden interkantonalen Spitalplanung müssen Leistungsbe-reiche schweizweit gleich definiert werden oder die Planung erfolgt nur über die Leistungsgruppen.</p> <p>Jeder stationäre Leistungserbringer kennt dieselbe Aufnahmepflicht. Diese Bedingung ist zu streichen.kann gestrichen werden.</p> <p>Falsch ist es hingegen, wenn der Kanton standortgebunden Leistungsaufträge vergibt. Standortungebundene Leistungsaufträge ermöglichen eine flexiblere Ausgestaltung der Aus- und Weiterbildung und der Leistungserbringung, was Wirtschaftlichkeit und Qualität fördert. Versorgungssicherheit, wo diese standortgebunden nötig ist, kann mit der entsprechenden Verpflichtung im Leistungsauftrag gesichert werden. Die künftigen Marktveränderungen durch Kooperationen im Spitalwesen verlangen geradezu danach, dass Leistungsaufträge nicht standortgebunden vergeben werden.</p>

<p>bringer Aufgaben wie Aus- und Weiterbildung und Notfalldienst wahrnimmt und eine Aufnahmepflicht kennt. Gerade im Kontext der Versorgungssicherheit, aber auch der Qualität ist es wichtig, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe an ein anderes Spital unterlaufen wird, sondern die Leistungsaufträge standortbezogen vergeben und eingehalten werden.</p>	<p>der Versorgungssicherheit, aber auch der Qualität ist es wichtig, dass die kantonale Planung nicht mittels Weitergabe an ein anderes Spital unterlaufen wird, sondern die Leistungsaufträge standortbezogen vergeben und eingehalten werden.</p>	<p>Bedingungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen hinsichtlich Personal und Infrastruktur zur Sicherung der Qualität sind umgehend zu stoppen. Alle Auflagen haben bis anhin nur zu einer Verteuerung der Dienstleistungen geführt oder sollten die bestehenden Strukturen sichern, ohne dass ein Nachweis für bessere Qualität vorliegen würde.</p>
<p>2.4 Wirtschaftlichkeit (revidiert)</p>		
<p>Empfehlung 4:</p>		
<p>a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen beurteilt der Kanton die Wirtschaftlichkeit eines antragstellenden Spitals im Sinne einer effizienten Leistungserbringung. Basis der Beurteilung der Effizienz bildet in der Regel ein Vergleich der schweregradbereinigten (Fall)Kosten einer möglichst repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler.</p>	<p>a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen beurteilt der Kanton die Wirtschaftlichkeit eines antragstellenden Spitals im Sinne einer effizienten Leistungserbringung. Basis der Beurteilung der Effizienz bildet in der Regel ein Vergleich der schweregradbereinigten (Fall)Kosten aller Spitäler entsprechend dem Betriebsvergleich im Rahmen des Tarifgenehmigungs- und festsetzungsverfahrens einer möglichst repräsentativen Anzahl vergleichbarer Spitäler.</p>	<p>Das System der einheitlichen Tarifstruktur eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit von Betriebsvergleichen über die Grenzen der Spitaltypen und -kategorien hinaus (BVGE 2014/36 E. 3.8). Es gibt keinen Grund, vom System der Betriebsvergleiche im Tariffestsetzungsverfahren bei der Spitalplanung abzuweichen.</p>

<p>b) Die Ermittlungen der schweregradbereinigten (Fall)Kosten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erfolgt im Rahmen der Spitalplanung in der Regel analog zu derjenigen bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung. Die Methodik der Kostenherleitung richtet sich nach den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.</p>	<p>b) Die Ermittlungen der schweregradbereinigten (Fall)Kosten zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit erfolgt im Rahmen der Spitalplanung in der Regel analog zu der rechtssprechungskonformen Praxis derjenigen bei der Tarifgenehmigung bzw. Festsetzung. Die Methodik der Kostenherleitung richtet sich nach den Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.</p>	<p>Seit dem 1. August 2016 sind die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbaren Art. 30ff. KVV in Kraft. Die Empfehlungen der GDK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung datieren vom 25. Juni 2015, berücksichtigen die neuen KVV Bestimmungen nicht und verstossen damit gegen Bundesrecht (KVG und DSG).</p> <p>Einzig die Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand von Betriebsvergleichen im Tarifgenehmigung und -festsetzung nach der Rechtsprechung des BVGer darf Anwendung finden. Ansonsten wird ein gesetzgeberisch nicht gewollter Methodenpluralismus im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeführt, die das Ziel einer einheitlich sichergestellten qualitativ guten Versorgung bei kostengünstigen Preisen unterminiert.</p> <p>Absolut kein Sinn gibt der Einbezug der EBITDA-Marge in die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die EBITA-Marge wird auch durch bessere Tarifverträge, erfolgreiche Nebenbetriebe, anderes Kostenmanagement, Immobilieneigentum unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im KVG Bereich beeinflusst.</p>
<p>Begründung dazu:</p>		
<p>b)Es sind die KVG-relevanten Kosten in die Betriebsvergleiche einzubeziehen.</p>		<p>Grotesk ist der Einbezug der EBITDA-Marge in die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die EBITA-Marge wird auch durch bessere Tarifverträge, erfolgrei-</p>

<p>Die Empfehlungen der GDK zur Herleitung der vergleichsrelevanten Kosten beziehen sich auf diese KVG-relevanten, schweregradbereinigten Kosten. Es ist somit zielführend, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Spitalplanung – soweit möglich – ähnlich vorzugehen wie bei der Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung, wobei abweichende Aspekte berücksichtigt werden, wie z.B. Mehrjahresbetrachtungen und der Einbezug weiterer Kennzahlen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit (z.B. EBITDA-Marge).</p>		<p>che Nebenbetriebe, anderes Kostenmanagement, Immobilieneigentum unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im KVG Bereich beeinflusst. Was aus der EBITDA Marge hinsichtlich Wirtschaftlichkeit abgeleitet werden könnte, bleibt ein Rätsel.</p>
<p>2.8 Mengensteuerung (revidiert)</p>		
<p>Empfehlung 8:</p>		
<p>a) Mit der Mengensteuerung können medizinisch nicht indizierte stationäre Behandlungen (z.B. Mengenausweitungen, stationäre statt ambulante Behandlungen), welche zwecks Ertragssteigerung vorgenommen werden, eingeschränkt werden.</p>	<p>a) Mit der Mengensteuerung können medizinisch nicht indizierte stationäre Behandlungen (z.B. Mengenausweitungen, stationäre statt ambulante Behandlungen), welche zwecks Ertragssteigerung vorgenommen werden, eingeschränkt werden. Das Angebot von Spitälern an ausserkantonale Patienten ist von der innerkantonalen Mengensteuerung nicht betroffen.</p>	<p>Jeder Kanton kann nur die Leistungserbringung seiner Spitäler für seinen eigenen Bedarf steuern, weil das KVG nur diesen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit der Spitäler deckt. Spitäler sind somit immer frei, ihre Behandlungen ausserkantonalen Patienten anzubieten. Führen die Kantone Mengenbeschränkungen für innerkantonale Patienten ein, fördern sie interkantonale Patientenströme, verhindern aber nicht medizinisch nicht indizierte Eingriffe. Medizinisch nicht indizierte Eingriffe zu verhindern, ist Aufgabe der Krankenversicherer im Rahmen ihrer Wirt-</p>

		schaftlichkeitskontrolle.
c) Wird im Leistungsauftrag die maximale Anzahl der zu behandelnden Fälle festgelegt, sollte dieser auch die Folgen bei Überschreiten der Leistungsmenge beinhalten. Es wird empfohlen zu prüfen, ob dazu eine kantonale Rechtsgrundlage notwendig ist.	c) Wird im Leistungsauftrag die maximale Anzahl der zu behandelnden Fälle festgelegt, sollte dieser auch die Folgen bei Überschreiten der Leistungsmenge beinhalten. Es wird empfohlen zu prüfen, ob dazu eine kantonale Rechtsgrundlage notwendig ist. Bei dieser Art der Mengensteuerung sind die Fallzahlen zur Berücksichtigung veränderter Angebotsbedingungen und Patientenströme jährlich neu festzulegen.	Wird trotzdem die Mengensteuerung versucht, so sind die Fallzahlen jährlich neu festzulegen und entsprechende wettbewerbsbedingte Steigerungen und Verluste von Fallzahlen umgehend für das Folgejahr zu berücksichtigen. Bei Wechsel von Ärzteteams zu anderen Kliniken sind disruptive Fallzahlenänderungen einzuplanen resp. zu billigen, weil die Zuweisungen dem Ärzteteam folgen werden und alles Andere die Einschränkung der freien Arztwahl des Patienten entspräche.
d) Im Leistungsauftrag kann allenfalls festgehalten werden, welche Leistungen in der Regel nicht stationär erbracht werden sollen.	d)STREICHEN	Die Spitalplanung der Kantone betrifft nur die stationären Leistungen des Spitals. Wenn Leistungen nicht stationär erbracht werden sollen, fallen sie auch nicht in die Planungspflicht des Kantons und sind aus den Leistungsgruppen zu entfernen. Jedenfalls können nicht in Leistungsaufträgen zur stationären Behandlung Bedingungen gesetzt werden, die die ambulante Behandlungen betreffen, weil dies gesetzlich so nicht vorgesehen ist.
Begründung zu:		
b) Die Anzahl Fälle kann als Maximalwert oder als Bandbreite formuliert werden, mit Meldepflicht bei Veränderungen. Die Mengenbeschränkung muss		Wird trotzdem die Mengensteuerung versucht, so sind nicht nur 5% zu hohe Maximalfälle festzulegen, weil dies nur die Strukturhaltung fördert. Die Fallzahlen sind jährlich neu festzulegen und

<p>sich nicht zwingend auf alle Leistungskategorien beziehen. Der Kanton kann pro Leistungserbringer einen Zuschlag zum ermittelten Bedarf einrechnen, z.B. von 5 Prozent. Damit wird trotz Mengensteuerung ein gewisses Mass an Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ermöglicht, wie es die ergangenen Gerichtsurteile eingefordert haben. Ein Zuschlag kann auch durch die mögliche Zunahme des Bedarfs und die Einhaltung der Aufnahmepflicht begründet sein.</p>		<p>entsprechende wettbewerbsbedingte Steigerungen und Verluste von Fallzahlen umgehend für das Folgejahr zu berücksichtigen.</p> <p>Übersteigt das eine Spital seine Fallzahlen, ein Konkurrenzspital unterschreitet seine Fallzahlen oder der ausserkantonale Patientenstrom nimmt ab, sind die überzähligen Fälle dem Spital zu entschädigen, weil es offenbar im Qualitätswettbewerb Marktanteile gewinnt, ohne die Fallzahlen gesamthaft zu steigern.</p> <p>Bei Wechsel von Ärzteteams zu anderen Kliniken sind disruptive Fallzahlenänderungen einzuplanen resp. zu billigen, weil die Zuweisungen dem Ärzteteam folgen werden und alles Andere die Einschränkung der freien Arztwahl des Patienten entspräche.</p>
<p>c)Im Leistungsauftrag werden bei der direkten Mengensteuerung die Folgen bei Überschreiten der festgelegten Leistungsmenge definiert. Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG regelt, dass eine Voraussetzung für die Zulassung eines Spitals ist, dass es auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt ist, d.h. über einen Leistungsauftrag verfügt. Wenn der Leistungsauftrag eine Mengenbeschränkung vorsieht und diese überschritten wird, ist die Zulassung zur Abrechnung</p>		<p>Die Vorstellung, dass bei Überschreiten der Fallzahlen nur der kantonale Kostenanteil wegfällt oder degressiv gesenkt werden kann, widerspricht dem Finanzierungsmodell des KVG. Der Krankenkassenanteil müsste im gleichen Ausmass gesenkt werden, damit der gesetzlich vorgesehene Kostensteiler eingehalten bleibt.</p>

<p>zulasten der OKP nicht mehr gegeben. Falls der Kanton die über den festgelegten Leistungsmengen erbrachten Fälle mitfinanziert, kommt gegebenenfalls ein Abschlag auf den kantonalen Anteil an den Fallpauschalen in Betracht (degressiver Tarif). Dieser kann um den Umfang des Deckungsbeitrags pro Fall an den Fixkosten reduziert werden. Da der Abschlag abgeltungsrelevant und im KVG nicht vorgesehen ist, empfiehlt sich die Prüfung einer kantonalgesetzlichen Grundlage.</p>		
<p>2.11 Interkantonale Koordination der Spitalplanung und Patientenströme (neu)</p>		
<p>Empfehlung 11:</p>		
<p>a) Die Patientenströme (Ab- und Zuflüsse) und der prognostizierte Bedarf werden anhand der Leistungsbereiche – wo sinnvoll nach den einzelnen Leistungsgruppen – analysiert.</p>	<p>a) Die Patientenströme (Ab- und Zuflüsse) und der prognostizierte Bedarf werden anhand der Leistungsbereiche – wo sinnvoll nach den einzelnen Leistungsgruppen – analysiert.</p>	<p>Da Leistungsbereiche kantonal unterschiedlich definiert werden dürfen (s.o.), kann die interkantonale Spitalplanungskoordination nur auf der Basis von Leistungsgruppen erfolgen.</p>
<p>b) Im Rahmen einer neuen Spitalplanung lädt der planende Kanton diejenigen Kantone zu einer Stellungnahme ein, die a) benachbart sind, b) Standortkantone eines durch den planenden Kanton auf die Spitalliste aufgenommenen, ausserkantonalen Spitals sind und/oder</p>	<p>b.) Im Rahmen einer neuen Spitalplanung lädt der planende Kanton diejenigen Kantone zu einer Stellungnahme ein, die a) benachbart sind, b) Standortkantone eines durch den planenden Kanton auf die Spitalliste aufgenommenen, ausser-</p>	<p>Wenn in einem Kanton in der aktuell gültigen Spitalliste ausserkantonale Spitäler nicht aufgeführt sind, die aber gewichtige Patientenströme des planenden Kanton aufnehmen, ist dies zu korrigieren. Der entsprechende Sitzkanton ist dazu anzuhören.</p>

<p>c) aus denen gewichtige Patientenströme in die innerkantonalen Spitäler des planenden Kantons fliessen. Werden allfällige, im Rahmen einer solchen Stellungnahme gestellten Gesuche nicht berücksichtigt, ist dies vom planenden Kanton schriftlich zu begründen.</p>	<p>kantonalen Spitals sind und/oder c) aus denen gewichtige Patientenströme in die innerkantonalen Spitäler des planenden Kantons fliessen und/oder d) in die gewichtige Patientenströme in deren-ausserkantonalen Spitäler des planenden Kantons fliessen. Werden allfällige, im Rahmen einer solchen Stellungnahme gestellten Gesuche nicht berücksichtigt, ist dies vom planenden Kanton schriftlich zu begründen.</p>	
<p>2.12 Datenlieferung</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Dieser Abschnitt ist angesichts der ab dem 1.8.2016 geltenden Bestimmungen nach Art. 30ff. KVV zu streichen. Die GDK und die Kantone haben keine Hoheit über Datenlieferungen mehr. Das KVG und die entsprechenden Verordnungen regeln Datenlieferungen abschliessend.</p>