



Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung

**unter Berücksichtigung der
KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007**

**Ersetzt die Empfehlungen zum akut-somatischen stationären Bereich der
"revidierten Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste
und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG" vom 3.5.2002**

vom Vorstand der GDK verabschiedet am 14.5.2009

Inhalt

1	Kontext	2
2	Empfehlungen der GDK im Zuge der KVG-Revision Spitalfinanzierung	3
2.1	Leistungsorientierte Spitalplanung	3
2.2	Leistungsspektrum	4
2.3	Mindestfallzahlen	6
2.4	Mengensteuerung	7
2.5	Aufnahmepflicht	8
2.6	Notfallaufnahme	9
2.7	Wirtschaftlichkeit	10
2.8	Qualität	11
2.9	Datenlieferung	12
2.10	Auslösen von Investitionen	13
2.11	Investitionskostenbeiträge	14
2.12	Arbeitsbedingungen	15
2.13	Ausbildungsleistungen	16
2.14	Erreichbarkeit und interkantonale Patientenströme	16



1 Kontext

Die KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 (KVG-n) sowie die Verordnungsbestimmungen dazu (KVV-n und VKL-n) haben auch Auswirkungen auf die Spitalplanung der Kantone.

Die Arbeitsgruppe Spitalplanung hat im Auftrag der Kommission "Vollzug KVG" die vorliegenden Empfehlungen erarbeitet. Diese wurden vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedet.

Die vorliegenden Empfehlungen werden ergänzt durch folgende Arbeitsgrundlagen¹:

- Spitalplanungsmodell vom xx.xx.2009: Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung der GDK vom Juli 2005, mit Anpassungen an die neuen Rechtsgrundlagen zur Bedarfsplanung sowie an die vorliegenden Empfehlungen als Beispiel eines möglichen Vorgehens².
- Klassifikation der Leistungen nach DRG und nach Grund- und Spezialversorgung als Basis für die Formulierung von Leistungsaufträgen. Dabei sollte nach Möglichkeit eine Klassifikation nach SwissDRG, in einer Übergangsphase evt. aber noch nach AP-DRG erfolgen.
- Modell für Wirtschaftlichkeitsvergleiche vom xx.xx.2009.

Die vorliegenden Empfehlungen ersetzen die *"revidierten Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG"* vom 3.5.2002 soweit diese den akut-somatischen stationären Bereich betreffen.

Empfehlungen der GDK sind für die Kantone nicht bindend. Sie sollen jedoch eine gemeinsame Sicht auf die kantonale Aufgabe der Spitalplanung anregen und verstehen sich damit auch als einen Beitrag zur interkantonalen Koordination der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 3 KVG.

Zum Begriff des Leistungsauftrags

- In den nachstehenden Empfehlungen wird für die unterschiedlichen möglichen Ausprägungen eines *"Leistungsauftrags"* nur dieser eine Begriff verwendet.
- Der Begriff "Leistungsauftrag" wird wie folgt definiert:
Ein Leistungsauftrag ist eine auf die Versorgungsplanung gemäss Art. 58b KVV abgestützte Sicherung des Angebots einer Einrichtung auf der Spitalliste im Sinne von Art. 58b Abs. 3 KVV. Er enthält das ihm unter Auflagen und Bedingungen zugewiesene Leistungsspektrum.
- Die Kantone überprüfen gemäss Art. 58a Abs. 2 KVV ihre Planung periodisch. Mit einer allfälligen Aufteilung in einen langfristigen Leistungsauftrag einerseits und in einen kurz- bis mittelfristigen Leistungsauftrag andererseits kann dieser Anforderung sowie dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Spitalplanung ein rollender Prozess ist, der den Leistungserbringern dennoch eine gewisse (Investitions-) Sicherheit bieten muss.
- Die allfällige rechtliche Abstützung der kantonalen Leistungsaufträge in kantonalen Gesetzgrundlagen sowie die inhaltliche Ausgestaltung ist Sache der Kantone.

¹ Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der vorliegenden Empfehlungen durch den GDK-Vorstand liegen diese Dokumente noch nicht vor. Sie werden dem Vorstand zu einem späteren Zeitpunkt zur Genehmigung unterbreitet und anschliessend den kantonalen Gesundheitsdepartementen zur Verfügung gestellt.

² Im Rahmen dieses Modells soll auch auf das Arbeitsdokument 32 des Obsan "Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung" eingegangen werden, auf welches hiermit bereits verwiesen sei.



2 Empfehlungen der GDK im Zuge der KVG-Revision Spitalfinanzierung

2.1 Leistungsorientierte Spitalplanung

Empfehlung 1:

- a) Der Leitfaden für eine leistungsorientierte Spitalplanung und der Leitfaden zur Psychiatrieplanung stellen mögliche Methoden zur leistungsorientierten Ermittlung des Bedarfs gemäss Art. 58c Bst. a KVV (Akut-Somatik und Geburtshaus) und gegebenenfalls nach Art. 58c Bst. b KVV (Psychiatrie) dar.
- b) Datengrundlagen nach Art. 58b Abs. 1 und 2 KVV sind die relevanten, vom BFS ausgewiesenen definitiven statistischen Daten. Provisorische Daten sowie Daten aus kantonalen Erhebungen können beigezogen werden, soweit sie für den Kanton verfügbar sind.
- c) Die Spitalplanung (im Sinne einer Bedarfs- und Angebotsermittlung) einerseits und die Erteilung von Leistungsaufträgen und ihre Zusammenfassung in der kantonalen Spitalliste andererseits können Gegenstand separater Beschlüsse sein.
- d) Die Erteilung von Leistungsaufträgen stellt eine hoheitliche Zuteilung dar.

Begründung zu:

- a) Aus Sicht der GDK kann mit diesem Vorgehen die Anforderung nach einer leistungsorientierten Planung im akut-somatischen Bereich und der Psychiatrie erfüllt werden.
Gemäss Art. 58c Bst. b KVV erfolgt die Planung in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen. Für den Psychiatriebereich liegt ein Leitfaden zur leistungsorientierten Bedarfsermittlung und Planung der GDK vor, nicht jedoch für den Bereich der Rehabilitation.
- b) Provisorische Ergebnisse des BFS können, müssen jedoch nicht zur Ermittlung von Nachfrage und Angebot herangezogen werden.
- c) Damit kann ein effizienter und zeitgerechter Vollzug ermöglicht werden, wenn die Spitalplanung einerseits und die Erteilung von Leistungsaufträgen andererseits Gegenstand separater Beschlüsse sind, die ggf. einzeln angefochten werden müssen³.
Überdies ist auch darauf hinzuweisen, dass das Beschwerdeverfahren nach Art. 53 KVG-n neu geregelt wurde. Insbesondere ist die Rüge der Unangemessenheit gemäss Art. 53 Abs. 2 Bst. e KVG-n gegen Beschlüsse nach Art. 39 KVG unzulässig. Mit Blick auf Art. 39 Abs. 1 KVG ist die Relevanz dieser Einschränkung des Beschwerderechts sowohl für die Spitalplanung (Art. 39.1 Bst. d) als insbesondere auch für die Erteilung von Leistungsaufträgen (Art. 39.1 Bst. e) hervorzuheben.
- d) Das Bundesparlament hat darauf verzichtet, die Entscheide zu den Leistungsaufträgen den Regeln des Bundesgesetzes über das öffentliche Beschaffungswesen (BoeB) zu unterstellen.
Zur Einschränkung des Beschwerderechts siehe auch Anmerkung zu c).

³ Nach den bisherigen Beschlüssen des Bundesrates war die Spitalplanung allein nicht beschwerdefähig. Es kann vermutet werden, dass dies so bleibt.



- Empfehlung 2:**
- a)** Das Leistungsspektrum ist im akut-stationären Bereich in der Regel auf der Grundlage der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur (SwissDRG) zu klassifizieren, ggf. aber auch detaillierter, z.B. nach ICD oder CHOP. Solange noch keine zuverlässigen, mit SwissDRG gruppierten Daten verfügbar sind, kann auf eine Klassifizierung nach AP-DRG abgestellt werden (s. Arbeitsgrundlage "Klassifikation der Leistungen nach DRG").
Falls im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation eine leistungsorientierte Planung gewählt wird, erfolgt die Klassifizierung in der Regel auf kantonal verfügbaren Tarifstrukturen, solange keine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur vorliegt.
 - b)** Mehrere Positionen bzw. Fallgruppen können zusammengefasst werden. Die Referenz auf DRG ist im akut-somatischen Fall dennoch in der Regel zu wahren.
 - c)** Die Erteilung von Leistungsaufträgen basiert in der Regel auf den DRG-Klassifizierungen. Der Leistungsauftrag kann neben einer Positivliste zusätzlich auch einen Negativkatalog von ausgeschlossenen Leistungen enthalten.
 - d)** Im akut-somatischen Bereich werden die Leistungen – zusätzlich zur Zuteilung auf Basis von DRG-Positionen – in der Regel Versorgungsstufen zugeteilt (Grund- und (hoch-) spezialisierte Versorgung).
 - e)** 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. Er kann auch eine teilweise oder vollständige Weitergabe des Leistungsauftrags an Dritte (Untervergabe) ausschliessen oder sie einer Bewilligungs- oder Informationspflicht unterstellen.
 - f)** Die Definition der Klassifikation und die Erteilung von Leistungsaufträgen nach dieser Klassifikation können flankierend in einer separaten (d.h. von der Spitalliste) getrennten kantonalen Rechtsgrundlage verankert werden.
 - g)** Ein Spital gelangt im Rahmen und Umfang der zugewiesenen Leistungsaufträge auf die kantonale Spitalliste.
 - h)** Ein marginaler Bedarf oder ein marginales Leistungsangebot müssen für die Spitalliste nicht berücksichtigt werden, wenn die Versorgung dennoch gewährleistet ist.

- Begründung zu:**
- a)** Die Klassifikation nach DRG erlaubt eine klare und justiziable Definition und Zuteilung der Leistungsspektren. Soweit eine Klassifizierung nach SwissDRG unter Zuteilung der Fallgruppen auf die Versorgungsstufe noch nicht erfolgt ist, kann auf AP-DRG zurückgegriffen werden. In gewissen Fällen kann das Bedürfnis bestehen, das Leistungsspektrum präziser zu definieren, z.B. nach ICD oder CHOP. In diesen spezifischen Fällen ist eine feinere Leistungsgruppierung als jene nach DRG-Fallgruppen angezeigt.
Im nicht akut-somatischen Bereich besteht noch keine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur. Daher muss eine leistungsbezogene Planung zur Klassifizierung der Leistungen auf bestehende Strukturen zurückgreifen. Die Planung kann gemäss Art. 58c Bst. b KVV aber auch kapazitätsbezogen erfolgen.



b) Mehrere DRG-Positionen können zu Leistungsgruppen zusammengefasst werden. Die Zusammenfassung mehrerer Positionen bzw. Fallgruppen erlaubt eine allenfalls aus planungsökonomischer Sicht notwendige Reduktion des Detaillierungsgrads der Spitalplanung. Die Beibehaltung der Referenz zu SwissDRG bewahrt die Definition und Justiziabilität.

c) Die zu erteilenden Leistungsaufträge leiten sich aus der Bedarfsplanung ab. Die Spitalliste stellt eine Auflistung der erteilten kantonalen Leistungsaufträge dar (Positivliste). Sollen im Hinblick auf die Vermeidung von Diskussionen über die zugelassenen Leistungen bestimmte Leistungen explizit ausgeschlossen werden, kann dieser Ausschluss in einem Negativkatalog formuliert werden.

d) Die Zuteilung der jeweiligen Position zu einer bestimmten Versorgungsstufe gewährleistet eine stufengerechte Planung.

Wenn DRG-Fallgruppen direkt dem jeweiligen Spital zugeteilt werden, ist eine Zuteilung zu den Versorgungsstufen nicht zwingend erforderlich.

e) 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 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. Der Kanton kann daher eine teilweise oder vollständige Weitergabe an Dritte ausschliessen, sie der Bewilligungspflicht unterstellen oder gegebenenfalls auch nur eine Informationspflicht vorsehen.

f) Da der Bundesgesetz- und -verordnungsgeber keine Vorgaben gemacht hat, wie die Leistungspakete geschnürt werden sollen, wird mit der Klassifikation durch den Kanton Bundesrecht konkretisiert und damit ausgeführt und nicht bloss vollzogen. Dies kann direkt über die Spitalliste erfolgen oder auch flankierend in separaten Rechtserlassen abgestützt werden.

g) Der Bundesgesetzgeber sieht die Möglichkeit vor, differenzierte Leistungsaufträge nach Kategorien zu erteilen. Die Spitalliste stellt die Summe der Leistungsaufträge dar. Die (inner- und ausserkantonale) freie Spitalwahl nach Art. 41 und die Aufnahmepflicht nach 41a KVG-n beziehen sich folglich einzig auf das jeweilige Leistungsspektrum, für welches das Spital einen Leistungsauftrag erhalten hat.

h) Die freie Spitalwahl nach Art. 41 KVG-n wird zu einer stärkeren Fragmentierung der Nachfrage führen. Umsomehr wird klar, dass der Kanton nur die relevanten Leistungsangebote mit Leistungsaufträgen sichern muss. Die Mindestfallzahlen stellen daher auch eine Schwelle dar, ab welcher ein Angebot überhaupt für die Spitalplanung als relevant erachtet und in den Prozess der Planung und Leistungserteilung einbezogen wird. Dieses Vorgehen ist zulässig, soweit dadurch dieser Bedarf mit anderen in der Planung erfassten Angeboten gedeckt werden kann.



2.3 Mindestfallzahlen

Empfehlung 3:

- a) Der Kanton kann als Basis für die Zuteilung bestimmter Leistungen Mindestfallzahlen gemäss Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV festlegen. Diese beruhen in der Regel auf Erfahrungen, normativen Werten oder wissenschaftlichen Überlegungen. Es wird empfohlen zu prüfen, ob dazu eine kantonrechtliche Grundlage notwendig ist.
- b) Die Beurteilung des Angebots eines Leistungserbringers stützt sich in der Regel auf dessen bisheriges Mengengerüst als Basis für die erwartete Anzahl Fälle, welche vom Leistungserbringer in einem Jahr voraussichtlich erbracht werden.
- c) Mindestfallzahlen dienen der Qualitätssicherung und zugleich der Konzentration des Angebots und damit der Wirtschaftlichkeit.
- d) Die allfällige Anwendung von Mindestfallzahlen im Rahmen der hochspezialisierten Medizin richtet sich nach den einschlägigen Bestimmungen der zuständigen Beschlussorgane.

Begründung zu:

- a) Die Bestimmung in Art. 58b Abs. 5 Bst. c KVV umfasst neben den Mindestfallzahlen auch die Nutzung von Synergien und die Bündelung von Aufgaben. Diese Bestimmung ist im Zusammenhang mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit formuliert, welche bei der Spitalplanung zu berücksichtigen ist. Die Definition von Mindestfallzahlen ist daher nur soweit vorzunehmen, als sie im Kontext der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Relevanz ist. Entsprechend gilt sie nicht zwingend für alle, sondern für die vom Kanton zu bezeichnenden Leistungen oder Leistungsgruppen. Eine Aggregation einzelner Leistungen zu Leistungsgruppen steht im Ermessen des Kantons, soweit die Zusammenfassung auch aus medizinischer Sicht zwecks Qualitätssicherung sinnvoll ist. Bei der Definition von Mindestfallzahlen stützt sich der Kanton in der Regel auf Erfahrungswerte, normative Werte oder wissenschaftliche Überlegungen, soweit letztere auf die Schweiz anwendbar sind.
- b) Die erbrachten Fälle sind Indikator für die bestehende Expertise in einem Spital. Dementsprechend stützen sich in der Regel Mindestfallzahlen auf die erbrachten Leistungen. Sie stellen hingegen keine Auflage für die zu erbringende Anzahl Fälle dar. Eine tiefere Anzahl Fälle gibt daher nicht zu Sanktionen Anlass, sondern kann ggf. zu einer Neuevaluation führen.
- c) Die Wirtschaftlichkeit eines Spitals wird nicht nach einzelnen Leistungspositionen, sondern im Kontext der gesamten stationären Leistungserbringung bewertet. Dennoch können Mindestfallzahlen einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit leisten, indem sie den Leistungserbringern ermöglichen, die Leistungen dank einer gewissen Konzentration des Angebots insgesamt wirtschaftlich zu erbringen.
- d) Im Zusammenhang mit der Koordination der Konzentration der hochspezialisierten Medizin (HSM) durch die GDK werden Fallzahlen ein Kriterium für die Regelung der Ressourcenallokation darstellen. Empfehlung 3 klammert die diesbezüglichen Entscheide aus; im HSM-Bereich sind die Entscheide der HSM-Beschlussorgane relevant.



2.4 Mengensteuerung

- Empfehlung 4:**
- a)** Mit der Mengensteuerung können medizinisch nicht indizierte stationäre Behandlungen (z.B. Mengenausweitungen, stationäre statt ambulante Behandlungen), welche zwecks Ertragssteigerung vorgenommen werden, eingeschränkt werden.
 - b)** Eine *direkte* Mengensteuerung bezieht sich auf die Anzahl Fälle. Der Kanton kann im Rahmen des Leistungsauftrags die Anzahl Fälle für bestimmte Leistungskategorien limitieren.
Eine *indirekte* Mengensteuerung kann Kapazitäten und Ausrüstung limitieren (s. Empfehlung 10).
 - c)** Wird im Leistungsauftrag die Anzahl Fälle festgelegt, sollte dieser auch die Folgen bei Überschreiten der Leistungsmenge beinhalten. Es wird empfohlen zu prüfen, ob dazu eine kantonrechtliche Grundlage notwendig ist.
 - d)** Wird ein degressiver Tarif angewandt, sollte dieser zusammen mit den Anwendungsmodalitäten ebenfalls im Tarifvertrag festgehalten werden.
 - e)** Im Leistungsauftrag kann allenfalls festgehalten werden, welche Leistungen in der Regel ambulant erbracht werden müssen.

- Begründung zu:
- a)** Das Überschreiten einer beschränkten Mengeneinheit bedeutet nicht automatisch Mengenausweitung. Es kann auch die Folge der Qualität des Spitals, der Patientenströme bei freier Spitalwahl oder der epidemiologischen Entwicklung sein. Eine (zu rigide) Mengensteuerung kann daher strukturerhaltend bzw. wettbewerbshemmend wirken. Wird das Instrument der Mengensteuerung angewendet, sollten diese unerwünschten bzw. nicht beeinflussbaren Faktoren ebenfalls in die Überlegungen einbezogen werden. Ebenfalls in die Überlegungen einbezogen werden sollten mögliche Verschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereichen sowie die Anreize der leistungsbezogenen Pauschalen zur möglichst frühzeitigen Entlassung aus der Spitalpflege und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Rehospitalisationen und die Fallzahlen. Alle Instrumente zur Mengensteuerung bergen die Gefahr einer (zu starken) Angebotsverknappung und damit der Rationierung sowie der Einschränkung des Wettbewerbs. Sie sind deshalb in ihrer Wirkung oder in ihrem Anwendungsbereich massvoll einzusetzen. Die Mengensteuerung ist im Übrigen von Mindestfallzahlen zu unterscheiden, welche der Konzentration der Leistungen sowie der Qualitätssicherung dienen (s. Empfehlung 3).
 - b)** Die Anzahl Fälle kann als Maximalwert oder als Bandbreite formuliert werden. Die Mengenbeschränkung muss sich nicht zwingend auf alle Leistungskategorien beziehen.
 - c)** Im Leistungsauftrag werden bei der direkten Mengensteuerung die Folgen bei Überschreiten der festgelegten Leistungsmenge definiert. In erster Linie kommt ein Abschlag auf den Fallpauschalen in Betracht (degressiver Tarif). Es können mehrere Degressionsstufen gewählt werden. Der Tarif soll um den Umfang des Deckungsbeitrags pro Fall an den Fixkosten reduziert werden. Darunter fallen die Anlagennutzungskosten und evt. auch ein Teil der Personalkosten. Ein Abzug auf den Personalkosten rechtfertigt sich insofern, als einer Mengenausweitung infolge Unterauslastung des Personals vorzubeugen ist. Dabei ist daran zu erinnern, dass Überkapazitäten sich nicht nur in Personalkosten, sondern auch in Kapitalkos-



ten niederschlagen können.

Da der Abschlag abgeltungsrelevant und im KVG nicht vorgesehen ist, empfiehlt sich die Prüfung einer kantonalgesetzlichen Grundlage.

d) Degressive Tarife betreffen die Abgeltung auf Basis von 100% der Fallentschädigung, welche in den OKP- und den Kantonsanteil aufgeteilt wird. Deshalb ist die Regelung auch in den Tarifverträgen festzuhalten.

e) Grundsätzlich ist es sinnvoll, wenn möglichst viele Behandlungen ambulant erfolgen. Je nach Abgeltung können jedoch die finanziellen Anreize hin zu einer stationären Versorgung gelegt sein. Die Kantone sollten deshalb ein Auge darauf behalten: Wird festgestellt, dass Leistungen unnötigerweise stationär statt ambulant erbracht werden, kann die GDK der Eidg. Grundsatz- und Leistungskommission beantragen, entsprechende "Guidelines" zu erlassen. Nehmen die Kantone unabhängig davon weitere Bestimmungen auf, empfiehlt sich die Prüfung von deren kantonalrechtlicher Verankerung.

2.5 Aufnahmepflicht

<p>Empfehlung 5:</p> <p>a) Die Kantone können punktuell Ausnahmen von der allgemeinen Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a KVG im kantonalen Leistungsauftrag vorsehen. .</p> <p>b) Die Einhaltung der Aufnahmepflicht wird nachträglich anhand der Patientenstruktur ermittelt. Sie kann als erfüllt gelten, wenn die Leistungen gemäss Leistungsauftrag für mindestens 50% der Patienten ausschliesslich über die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden.</p> <p>c) Als ausschliesslich allgemein versichert gelten Patienten, für welche die stationären Leistungen bei vollem Tarifschutz einzig über die obligatorische Krankenpflegeversicherung fakturiert werden, d.h. ohne Zuzahlung für erhöhten Hotelleriestandard und / oder erweiterte Wahlfreiheit betreffend Arzt oder Termin.</p> <p>d) Vorbehalten bleiben Meldungen über Vorkommnisse, welche auf eine Verletzung der Aufnahmepflicht hindeuten.</p> <p>e) Der Kanton definiert im Leistungsauftrag die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Aufnahmepflicht.</p> <p>f) Es wird empfohlen, die kantonalgesetzliche Verankerung dieser Regelung zu prüfen.</p>

Begründung zu: a) Die Bevölkerung hat den Anspruch, sich auch ohne Zusatzversicherung in einem Spital behandeln lassen zu können⁴. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, unterliegen die Spitäler mit einem öffentlichen Leistungsauftrag gemäss Art. 41a KVG generell der Aufnahmepflicht. Punktuelle Ausnahmen können sinnvollerweise dennoch formuliert werden, wenn damit der Leistungserbringer von der Pflicht entbunden werden soll, auch eine Notfallaufnahme zu betreiben, oder weil die Aufnahmepflicht inkl.

⁴ Im Kommentar zur KVV-n S. 8 wird im Kontext der Abgrenzung zwischen Vertrags- und Listenspital Folgendes festgehalten: "Jede versicherte Person, die keine Zusatzkosten für eine Behandlung übernehmen möchte oder kann, muss die Möglichkeit haben, für das vollständige Leistungsspektrum eine Behandlung entweder in einem auf der Liste des Wohnkantons aufgeführten Spital oder in einer anderen Einrichtung in Anspruch zu nehmen; ..."



Notfalldienst hinreichend durch andere Leistungserbringer in der näheren Umgebung abgedeckt wird. Die Aufnahmepflicht unterscheidet sich dabei von der Nothilfe, zu der ohnehin alle Leistungserbringer, d.h. auch Vertragsspitäler, verpflichtet sind.

b) Aufgrund des unter Fussnote 4 zitierten Kommentars ist die Unterscheidung nach Versichertenstatus zulässig. Der Wert von 50% ist bewusst tief angesetzt. Er beinhaltet eine grosse Sicherheitsmarge.

Der Wert wird nicht bei Erteilung des Leistungsauftrags geprüft. Einem Spital kann so die Möglichkeit eingeräumt werden, die Auflage der Aufnahmepflicht im Rahmen eines öffentlichen Leistungsauftrags neu zu erfüllen. Die Erfüllung dieser Auflage wird bspw. nach einem Jahr anhand des empirischen Wertes von 50% allgemeinversicherten Patienten geprüft. Basis sind die gemäss dem jeweiligen kantonalen Leistungsauftrag erbrachten Leistungen.

c) Privat bezahlte Upgrades in der Liegeklasse bzw. beim Hotelkomfort werden wie eine entsprechende Zusatzversicherung bewertet.

d) Weil der empirische Schwellenwert von 50% nur allgemein versicherter Patienten leicht eingehalten werden kann, sollte der Kanton auch Interventionsmöglichkeiten und Sanktionen vorsehen, wenn Meldungen oder Hinweise über die Nichteinhaltung der Aufnahmepflicht vorliegen.

e) Sanktionen können beispielsweise anteilmässige Rückforderungen der vom Kanton (und gegebenenfalls der OKP) geleisteten Vergütungen und/oder den Rückzug des Leistungsauftrags (Streichung von der Spitalliste) umfassen.

2.6 Notfallaufnahme

Empfehlung 6:

- a) Das Führen einer Notfallaufnahme sowie die damit verbundenen Anforderungen können als Auflage formuliert werden.
- b) Die Notfallversorgung stellt keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG-n dar.
- c) Der Kanton kann im Zusammenhang mit der Notfallversorgung weitere Auflagen formulieren, insbesondere bezüglich Aufnahmebereitschaft und Vorkehrungen zum Katastrophenschutz.

Begründung zu: a) Das Führen einer Notfallaufnahme ist zwingend mit der Aufnahmepflicht zu verbinden, nicht jedoch umgekehrt. Weitere Anforderungen können die minimale Personaldotation oder den 24-Stunden-Dienst betreffen.

b) Gegenüber dem Kanton kann der Leistungserbringer für die Notfallaufnahme keine zusätzlichen Vergütungsansprüche nach Art. 49 Abs. 3 KVG-n geltend machen. Die Kosten der Notfallaufnahme werden in der Regel durch die Leistungserbringung gedeckt.

c) Um die Notfallversorgung und die damit verbundene Aufnahmepflicht zu gewährleisten, ist es angezeigt, die notwendigen Vorhalteleistungen im Sinne des Bereitschaftsdienstes oder der Bereithaltung von Aufnahmekapazitäten als Auflagen im Leistungsauftrag festzuhalten.



2.7 Wirtschaftlichkeit

Empfehlung 7: a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen beurteilt der Kanton die Wirtschaftlichkeit in der Regel im Vergleich mit anderen Leistungserbringern. Er kann auch andere ökonomische Faktoren einbeziehen.

b) Der Kanton kann den formulierten Auflagen und den damit verbundenen finanziellen Lasten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsvergleiche Rechnung tragen, sofern diese weder als gemeinwirtschaftliche Leistungen noch in den fallabhängigen Kosten abgegolten werden.

c) Die Praxis des Bundesrates, soweit diese gemäss revidiertem KVG noch relevant ist, sowie die (noch zu entwickelnde) Praxis des Bundesverwaltungsgerichts werden berücksichtigt, soweit sie auch für die Erteilung von Leistungsaufträgen relevant sind.

d) Als Beurteilungskriterium ist auch die Abweichung der fallschwerebereinigten Fallkosten zu den anderen Leistungserbringern beizuziehen.

[EVENTUELL: e) Das Modell für Wirtschaftlichkeitsvergleiche der GDK [IN ENTWICKLUNG] kann für einen gesamtschweizerischen Vergleich herangezogen werden, soweit ausreichend aussagekräftige Daten rechtzeitig und umfassend vorliegen.]

Begründung zu: a) Die Wirtschaftlichkeit kann im Vergleich mit anderen Leistungserbringern, aber auch absolut, z.B. anhand der Kostenstruktur (Löhne, Mieten, Ausstattung) eines Spitals beurteilt werden. Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen wird die Wirtschaftlichkeit vorderhand nur grob beurteilt; die detaillierte Beurteilung erfolgt im Rahmen der Tariffindung.

b) Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kann der Kanton – zusätzlich zu den Vorgaben nach Art. 58b Abs. 4 und 5 KVV – besonderen, nicht separat abgegoltenen Lasten oder Kosten (z.B. von Belegarzt-Spitälern) Rechnung tragen, um die Vergleichbarkeit zwischen den Leistungserbringern zu gewährleisten.

c) Die bestehende Praxis des Bundesrates ist nicht in jedem Fall auch auf das revidierte KVG anwendbar. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Praxis des Bundesrates und des Bundesverwaltungsgericht im Rahmen der Tariffindung erfolgte bzw. erfolgen wird. Im Gegensatz zum Kontext der Tariffindung sind im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen weitere Faktoren simultan zu berücksichtigen⁵. Die Kantone geniessen damit einen relativ grossen Entscheidungsspielraum.

d) Die günstigsten Anbieter können keinen direkten Anspruch auf einen kantonalen Leistungsauftrag ableiten. Die Wirtschaftlichkeit ist nicht alleiniges Beurteilungskriterium.

Da die weiteren Kriterien sich nicht in der pekuniären Dimension fassen und daher nicht direkt mit der Wirtschaftlichkeit in Beziehung setzen lassen, liegt es im Ermessen des Kantons, eine Gesamtbeurteilung unter Gewichtung der unterschiedlichen Kriterien vorzunehmen.

[e) Dieser Punkt ist noch offen. Eine Arbeitsgruppe soll im Auftrag der Kommission "Vollzug KVG" ein Modell zur Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickeln. Wenn dies in zufriedenstellender Weise gelingt, kann in den Empfehlungen darauf hingewiesen werden. Die Formulierung ist je nach

⁵ Bei der Tariffindung wird zwar auch die Qualität berücksichtigt, aber nicht evaluiert: Sie wird in diesem Rahmen als gegeben vorausgesetzt, wobei in den Tarifverträgen gemäss Art. 77 KVV Qualitätssicherungsmaßnahmen zu vereinbaren sind.



Bonität des Modells anzupassen und kann erst nach entsprechendem Beschluss der GDK-Vorstandes aufgenommen werden.

2.8 Qualität

Empfehlung 8:

- a) Im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen prüft der Kanton die spezifischen Anforderungen an die Infrastruktur und die Personaldotation, die sich für die Erbringung bestimmter Leistungen stellen. Er kann die Erteilung des jeweiligen leistungsbezogenen Auftrags von der Erfüllung dieser Anforderungen abhängig machen.
- b) Im kantonalen Leistungsauftrag werden die erforderlichen Auflagen zur Qualitätssicherung und zum Ausweis der Qualität festgehalten.
- c) Die Kantone halten im kantonalen Leistungsauftrag die Spitäler an, dem "Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" beizutreten und an den dort koordinierten nationalen Messungen teilzunehmen. Allfällige darüber hinausgehende Anforderungen an Messungen und Datenlieferungen sind separat festzuhalten oder werden von den zuständigen Gremien vorgegeben. Dies trifft insbesondere auf die Vereinbarung über die Bearbeitung der Daten und ihre Publikation zu.
- d) Die Kantone sind bestrebt, die Bestimmungen nach Art. 77 KVV im Rahmen des "Nationalen Vereins zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" zu koordinieren.

Begründung zu:

- a) Die Kantone stellen im Rahmen der polizeilichen Zulassung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. a–c KVG sicher, dass die Anforderungen an eine qualitativ ausreichende und sichere Versorgung *generell* erfüllt sind. Einzelne Leistungen erfordern jedoch spezifisches Fachpersonal und eine spezifische Infrastruktur. Diese *spezifischen* Anforderungen sind im Rahmen des Leistungsauftrags zu sichern. Bei ausserkantonalen Spitälern kann sich der Kanton beim Standortkanton erkundigen, ob auch die spezifischen Anforderungen geprüft wurden und erfüllt sind. Diesbezügliche Bestimmungen dürften auf Stufe von Leistungsvereinbarungen adäquat angesiedelt sein.
- b) Die Kantone wählen mit ihrer Formulierung den Grad der Verbindlichkeit. Die erforderliche Teilnahme an den Messungen des Vereins sichert eine breite Basis für die gesamtschweizerische Vergleichbarkeit zumindest einiger weniger Indikatoren. Auch wenn diese die Qualität der Leistungserbringung in ihrer ganzen Komplexität nicht hinreichend abzubilden vermögen, stellen die Koordinationsbestrebungen eine notwendige Bedingung dar, um überhaupt ein Fundament in der gesamtschweizerisch vergleichbaren Qualitätsmessung zu legen.
- c) In diesem Verein sind auch die Versicherer aktiv, so dass die Bestrebungen dort koordiniert werden können. Voraussetzung dafür ist der Beitritt des Kantons zum Verein, soweit dieser noch nicht erfolgt ist. An dieser Stelle sei daran erinnert, dass die GDK den Kantonen den Beitritt zum IVQ empfohlen hat, der am 25. März 2009 mit der KIQ zum "Nationalen Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken" fusioniert hat. Der Anspruch auf Veröffentlichung von Daten sollte in diesem Verein definiert werden.



2.9 Datenlieferung

Empfehlung 9: a) Der Kanton verpflichtet den Leistungserbringer im Rahmen des Leistungsauftrags explizit zur zeitgerechten Lieferung vollständiger und richtiger Daten der medizinischen Statistik und der Krankenhausstatistik bzw. der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des BFS.

b) Allfällige weitere Verpflichtungen zur Datenlieferung an den Kanton sind im Leistungsauftrag als Auflage festzuhalten. Dazu können auch Qualitätsdaten sowie weitere Angaben zu Bereichen ausserhalb des Leistungsauftrags gehören. Es empfiehlt sich, die Schaffung einer kantonalrechtlichen Grundlage zur Datenbearbeitung und -publikation zu prüfen.

[EVENTUELL c): Die Kantone sichern im Leistungsauftrag die Datenlieferung, welche für das Modell für Wirtschaftlichkeitsvergleiche der GDK notwendig sind.]

Begründung zu: a) Die Datenerhebung ist trotz Obligatorium zur Teilnahme an den Statistiken nicht vollständig. Insbesondere fehlen in der Regel die Daten der Kosten- und Leistungsstatistik von Privatspitälern. Die vollständige Teilnahme ist deshalb im Rahmen allfälliger Leistungsaufträge sicherzustellen. Die Datenübermittlung des BFS an die Kantone ist hingegen auf Basis von Art. 22a und 23 KVG-n hinreichend gewährleistet.

b) Wenn die Kantone weitere Daten erheben wollen, müssen sie dies in den Leistungsaufträgen festhalten. Dabei sollten die Kantone prüfen, ob die Schaffung einer kantonalrechtlichen Grundlage angezeigt ist, um die Daten zu erhalten sowie um sie bearbeiten und publizieren zu können.

[c) Ein erweiterter Datenbedarf könnte sich allenfalls im Zuge der Entwicklung des Modells für den Wirtschaftlichkeitsvergleich ergeben. Der Punkt ist nur relevant, wenn die entsprechenden Daten nicht oder nicht rechtzeitig durch das BFS erhoben werden können.]



2.10 Auslösen von Investitionen

Empfehlung 10: a) Der Leistungsauftrag kann Anforderungen in Bezug auf die Einhaltung von spitalübergreifenden Gebäude- und Geräteplanungen sowie ein Bewilligungsverfahren für das Auslösen von Investitionen beinhalten. Dabei sollte nach Erneuerungsinvestitionen und laufenden Anschaffungen bis zu einem gewissen Wert, welche die Spitäler in eigener Kompetenz tätigen können, einerseits und nach strukturbildenden Erweiterungsinvestitionen und Anschaffungen von Grossapparaten andererseits unterschieden werden, deren Beeinflussung von öffentlichem Interesse sein kann. Es wird empfohlen, die Schaffung einer kantonalrechtlichen Grundlage zur rechtlichen Abstützung dieser Entscheide zu prüfen.

b) Der Bewilligungspflicht unterstellte, aber nicht bewilligte Investitionen gelten nicht als betriebsnotwendige Anlagen im Sinne von Art. 8 Abs. 1 VKL und werden bei der Kostenermittlung nicht angerechnet. Der Kanton kann auch Sanktionen bis hin zur Streichung von der Spitalliste vorsehen.

c) Für Leistungserbringer mit öffentlicher Trägerschaft können die jeweiligen Entscheidkompetenzen auf Ebene der strategischen Führung und der operativen Leitung mit Vorteil in einer Eignerstrategie definiert werden. Laufende Investitionen, welche im Ermessen der operativen Leitung liegen, werden in einem maximalen Betrag pro Anschaffung ausgedrückt.

Begründung zu:

a) Die Frage, nach welchen Entscheidungswegen Investitionen ausgelöst werden, ist zwar nicht eine Frage der Spitalplanung. Dennoch ist die Frage mit Blick auf die finanziellen Konsequenzen für die Leistungserbringung wichtig und sollte vom Kanton aktiv geregelt werden. Eine Bewilligungspflicht für strukturbildende Investitionen und Grossapparate (inkl. Betrieb) könnte eine kantonalgesetzliche Regelung erfordern.

b) Gemäss Art. 8 Abs. 1 VKL werden nur betriebsnotwendige Investitionen bzw. Anlagenutzungskosten angerechnet. Die Betriebsnotwendigkeit definiert sich nach dem Leistungsauftrag gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG beziehungsweise dem Leistungsspektrum gemäss Art. 58e Abs. 2 KVV. Es sollte geprüft werden, ob Sanktionsmöglichkeiten des Kantones ebenfalls kantonalrechtlich verankert werden sollten.

c) Gegenstand der Definition einer allfälligen Eignerstrategie⁶ dürfte auch der Entscheid sein, ob die Gebäude und damit auch deren Unterhalt zu Nutzen und Schaden dem Spital übertragen werden.

⁶ Bei einer Aktiengesellschaft liegt die Entscheidkompetenz über Investitionen beim Verwaltungsrat. Will der Kanton als Eigentümer (im Rahmen der Eignerstrategie) oder als öffentliche Trägerschaft mitentscheiden, ist dies in den Statuten der AG festzuhalten.



2.11 Investitionskostenbeiträge

Empfehlung 11: a) Das Spital kann dazu verpflichtet werden, die vereinnahmten Beiträge zur Abgeltung der Anlagenutzungskosten für die stationären Leistungen in der Ertragsrechnung und der Bilanz separat auszuweisen und darüber sowie über deren Bewirtschaftung und den daraus resultierenden Ertrag Rechenschaft abzulegen.

b) Im Leistungsauftrag kann der Kanton die Zweckbindung dieser Erträge für den Unterhalt und Erneuerungs- bzw. Ersatzinvestitionen als Auflage definieren. Dazu dürfte eine kantonalrechtliche Grundlage von Vorteil sein.

Begründung zu:

a) Leistungsbezogene Pauschalen für die stationäre Behandlung beinhalten neu auch die Anlagenutzungskosten. Sie werden aus Beiträgen der OKP und der Kantone finanziert. Der separate Ausweis ist notwendige Voraussetzung für die nachfolgend empfohlene Zweckbindung. Die entsprechenden Erträge sind kalkulatorisch zu ermitteln, da die leistungsbezogenen Pauschalen voraussichtlich keine Unterscheidung nach Betriebskosten einerseits und Anlagenutzungskosten andererseits ermöglichen werden. In die Kalkulation gehören keine Anlagenutzungskosten aus Mietgeschäften, sofern der Eigentümer für den Unterhalt zuständig ist⁷.

b) Die Vorschrift der Zweckbindung beugt einem finanziellen Sanierungsbedarf zulasten der Trägerschaft vor. Die Zweckbindung ist ebenso für Privatspitäler angezeigt, da auch ein Sanierungsbedarf eines Privatspitals finanzielle Auswirkungen für die Öffentlichkeit nach sich ziehen kann, wenn ohne entsprechende Investitionen die Versorgung nicht hinreichend gewährleistet werden kann. Die VKL erlaubt eine Entschädigung für geleistete und nicht für künftige Investitionen. Daher bezieht sich die Zweckbindung auf den Unterhalt und den Ersatz, nicht aber auf Erweiterungen.

⁷ Mietgeschäfte beinhalten auch die Amortisation und erlauben daher dem Eigentümer, den Unterhalt aus den Mieterträgen zu finanzieren. Sie sind daher in diesem Kontext wie Betriebskosten zu behandeln. Abzahlungsgeschäfte sind jedoch den Investitionskosten gleichzusetzen, da Unterhalt- und Erneuerungskosten zulasten des Spitals anfallen.



2.12 Arbeitsbedingungen

Empfehlung 12: a) Die Leistungserbringer können aufgefordert werden, ihre Personal- und Besoldungsreglemente transparent darzulegen. Die Arbeitsbedingungen können integraler Bestandteil der Evaluation im Rahmen der Erteilung von Leistungsaufträgen und der Wirtschaftlichkeitsvergleiche sein.

b) Der Kanton kann die einschlägigen öffentlichen Personal- und Besoldungsreglemente oder die Einhaltung der gesamtarbeitsvertraglichen Regelungen im Leistungsauftrag als anwendbar erklären.

Begründung zu: a) Sowohl Über- als auch Unterentschädigung sind zu vermeiden. Des Weiteren ist es wichtig, dass bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen tiefere Personalkosten als im öffentlichen Bereich nicht zu einem Wettbewerbsvorteil gereichen.

b) Betriebe mit öffentlicher Trägerschaft sind evt. bereits aufgrund kantonalgesetzlicher Grundlagen in ihrer Personal- und Besoldungspolitik gebunden. Eine angemessene Lohnpolitik ist für die Sicherung des Personalbedarfs zentral. Kurz- und mittelfristig wird damit einer Abwanderung von Gesundheitspersonal in andere Berufe vorgebeugt, langfristig die Attraktivität der Gesundheitsberufe bzw. des Arbeitsplatzes Schweiz für angehende Berufsleute und Gesundheitspersonal aus dem Ausland gewahrt. Überdies ist auch die Wahrung des Arbeitsfriedens von öffentlichem und gesundheitspolitischem Interesse.



2.13 Ausbildungsleistungen

Empfehlung 13: a) Für die Forschung und die universitäre Lehre nach Art. 49 Abs. 3 Bst. b KVG-n regelt der Kanton die Finanzierung.

b) Alle anderen Leistungen der Aus- und Weiterbildung eines Leistungserbringers werden als Auflagen im Leistungsauftrag formuliert. Die Spitäler weisen diese Kosten separat aus.

Begründung zu:

a) Die Kantone finanzieren diese Leistungen vollständig. Sie fliessen nicht in die leistungsbezogenen Pauschalen ein. Daher regelt der Kanton die Finanzierung separat⁸.

b) Diese Leistungen stellen keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne von Art. 49 Abs. 3 KVG-n dar. Ihre Kosten sind demnach grundsätzlich anrechenbar und nach den Regeln von Art. 49a KVG-n zu finanzieren. Aus diesem Grund sind diese Leistungen als Auflage zu formulieren. Eine entsprechende kantonale gesetzliche Grundlage kann von Vorteil sein.⁹

2.14 Erreichbarkeit und interkantonale Patientenströme

Empfehlung 14: a) Der Kanton kann die zu erfüllenden Anforderungen an die Erreichbarkeit definieren.

b) Bei der Evaluation und Auswahl des Bedarfs kann ein Kanton die Erreichbarkeit eines Leistungserbringers für die in Frage stehende Behandlung innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV) als wesentliches Kriterium bei der Gesamtbewertung festlegen.

c) Die Kantone, welche ausserkantonale Spitäler auf ihre Spitalliste aufnehmen, werden angehalten, Leistungsaufträge dem jeweiligen Standortkanton eines Spitals mitzuteilen.

Begründung zu:

a) Bei räumlich dezentralisierten Siedlungsstrukturen ist die Gewährleistung der Erreichbarkeit eines Spitals der Grundversorgung innert nützlicher Frist zentral.

b) Aus Gründen der Erreichbarkeit kann der Kanton ein geographisch naheliegenderes Angebot einem anderen Angebot vorziehen, auch wenn letzteres in Bezug auf andere Kriterien vorteilhafter ist.

c) Die Empfehlung ermöglicht es den Standortkantonen, den Gesamtüberblick über die Leistungsaufträge, die andere Kantone den Spitälern mit Standort im seinem Kanton erteilen, zu wahren. Der Standortkanton erhält dank der Mitteilung der anderen Kantone und der Auswertung der Patientenströme einen Überblick über die explizit gesicherten Kapazitäten der Spitäler im eigenen Kanton, über die von ihnen eingegangenen Verbindlichkeiten (inkl. Aufnahmepflicht nach Art. 41 KVG-n) sowie über die zu erwartenden weiteren Inanspruchnahme ohne Leistungsauftrag. Dieser Informationsaustausch dient der interkantonalen Koordination der Planungen nach Art. 58d KVV.

⁸ Gegenwärtig erarbeitet das BFS im Auftrag der SUK eine Studie zur Bewertung der Forschung und universitären Lehre. Diese Studie sollte als Basis herangezogen werden können.

⁹ Zu diskutieren ist noch die Definition der universitären Lehre. Gemäss revidierter VKL beinhaltet sie abweichend zum Gesetzeswortlaut auch die ärztliche Weiterbildung. Die GDK hat gegenüber dem BAG interveniert. Die Diskussionen sind noch hängig.